

AZ INTRAUTERIN KÖTŐDÉS, A VÁRANDÓSSÁG-SPECIFIKUS STRESSZ ÉS A DEPRESSZIÓ KÖZÖTTI KAPCSOLAT VIZSGÁLATA VÁRANDÓS NŐK KÖRÉBEN

TANYI Zsuzsanna, SALAMON Szilvia, KÖVI Zsuzsanna:
Károli Gáspár Református Egyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar,
Pszichológiai Intézet
Email: tanyi.zsuzsanna@gmail.com

Absztrakt

Elméleti háttér és célkitűzés: Jelen kutatás célja, hogy feltárja az anya-magzat intrauterin kötődés, a várandósság-specifikus stressz és depresszió mértékének változását a második és a harmadik trimeszterben járó kismamák között. Ugyanakkor összefüggést keresen az anya-magzat intrauterin kötődés, a várandósság-specifikus stressz és a depresszió mértéke között a terhesség 2. és 3. trimeszterében.

Módszer: A vizsgálatban 157 kismama vett részt, akik terhességük 12. hetét betöltötték (átlag=26,13 ± 8,51 hét), illetve 18. éven felüliek voltak (átlagéletkor = 28,55 ± 4,82 év). A résztvevők kérdőívek kitöltésével, demográfiai jellemzők, biológiai tényezők és várandósságukra jellemző adatok megadásával járultak hozzá a kutatáshoz. A mérőeszközök közül három kérdőív került jelen kutatásban felhasználásra (Várandósság-Specifikus Stressz Skála; Intrauterin Kapcsolati Kérdőív rövidített változata – IUKK-R; Edinburgh Szülés Utáni Depresszió Skála – EPDS).

Eredmények: A kutatás nem talált szignifikáns eltérést az intrauterin kötődés mértékében a második és a harmadik trimeszterben lévő kismamák között. A várandósság-specifikus stressz mértékben a második és a harmadik trimeszterben lévő kismamák között szignifikáns eltérés figyelhető meg, ugyanakkor a legmagasabb várandósság-specifikus stresszt a 2. trimeszter elején, a 12. és 19. hét között figyelhetjük meg. A kutatás a várandósság alatti depresszió mértékében a második és harmadik trimeszterben lévő kismamák között nem talált jelentős eltérést. Az anya-magzat intrauterin kötődés és a várandósság-specifikus stressz között szignifikáns negatív kapcsolatot találtunk, de csak a harmadik trimeszter ideje alatt mutatható ki ez az összefüggés. Az anya-magzat intrauterin kötődés és a várandósság alatti depresszió pedig szignifikáns negatív, közepes erősségű kapcsolatban van egymással a második és a harmadik trimeszter ideje alatt egyaránt.

Következtetések: Az intrauterin kötődés és a várandósság alatti depresszió mértéke független a terhesség idejétől, valószínűleg más tényezők befolyásolják azok intenzitását. A várandósság-specifikus stressz szempontjából különösen érzékeny a terhesség 12.-19. hete, vagyis a második trimeszter eleje, amelynek lehetséges oka a magzat elvesztésétől való félelem, illetve a kellemetlen orvosi vizsgálatokból származó szorongás és azok negatív eredményeitől való félelem. Végül, a magasabb anya-magzat intrauterin kötődés védőfaktorként szolgálhat a terhesség sérülékeny időszakában, alacsonyabb várandóssággal összefüggő stressz-szintet és depressziós szintet eredményezve.

Kulcsszavak: várandósság • intrauterin kötődés • stressz • depresszió

Aims and background

Abstract

The aim of this study is to explore changes in maternal-fetal attachment, pregnancy-related stress, and depression during the second and third trimester of pregnancy. Moreover, the second aim was to find associations between maternal-fetal attachment, pregnancy-related stress, and depression during these two trimesters.

Methods and study design: 157 adult pregnant women after the 12th week of pregnancy (mean: 26,13 $\pm$ 8,51 weeks) (mean age: 28,55 $\pm$ 4,82 years) were tested for measures of maternal-fetal attachment (Intrauterine Relationship Questionnaire), pregnancy-related stress (Pregnancy-related Anxiety Scale), prenatal depression (Edinburgh Postnatal Depression Scale), sociodemographic and pregnancy-related characteristics.

Results: The results of this study revealed that there was no significant difference between the levels of maternal-fetal attachment of these two trimesters. However, significant difference was found between the levels of pregnancy-related stress of the two trimesters: the highest stress level could be seen between the 12th and 19th week of pregnancy (in the first half of the second trimester). There was no difference between the levels of depression of the two trimesters. Analyses indicated that greater maternal-fetal attachment was significantly related to lower pregnancy-related stress, but only in the third trimester. In addition, greater maternal-fetal attachment was significantly related to lower prenatal depression also during the second and third trimester.

Conclusions: Maternal-fetal attachment and prenatal depression were not associated with gestation age. Regarding pregnancy-related stress, the 12th-19th weeks of pregnancy (the first half of second trimester) is a highly sensitive period that can derive from fears of losing the baby, the uncomfortable medical examinations, and negative consequences of these medical tests. Lastly, maternal-fetal attachment can be a protective factor in the sensitive period of pregnancy, causing lower level of pregnancy-related stress and depression.

Keywords: pregnancy ■ maternal-fetal attachment ■ stress ■ depression

SZAKIRODALMI BEVEZETŐ

A várandósság időszakában számos testi és lelki változás megy végbe egy nőben, ezért Erikson (2002) a nő életének ezt az időszakát – a pubertás és klimax periódusa mellett – normatív krízisnek nevezi. Rubin (1975) megfigyelte, hogy az anyáknak a terhesség alatt négy fontos feladatot kell megoldaniuk saját maguk és gyermekük érdekében. Biztosítaniuk kell a terhesség és szülés közti átmenetet, azt, hogy a családban elfogadják a magzatot, illetve biztosítaniuk kell, hogy elkötelezzék magukat a magzathoz és kötődjenek hozzá. Ezen feladatok ellátása fontos szerepet játszik abban, hogy az anya-magzat kötődés kialakuljon, illetve hogy a nőben létrejöjjön az autonóm anyai identitás (Ammaniti és mtsai, 2013). A várandósság időszaka lehetőséget ad az anyának, hogy felkészüljön gyermeke érkezésére, a szülőszerepre és a szülőként ráváró felelősségekre. A várandósság három trimeszterének eseményeit az irodalom kapcsolatba hozza az anya pszichológiai felkészülésével (pl. Raphael-Leff, 2010; Belső, 2017).

A várandósság 3 trimesztere alatti testi-lelki változások

Az első trimeszter az egyesülés jegyében telik (Raphael-Leff, 2010). A terhesség első jelei már az 5. héten megjelennek például fáradtság, kimerültség formájában (W. Ungváry, 2008). Amikor az anya megtudja, hogy teherbe esett, döntés elé áll annak megtartását illetően. Ez az időszak tehát arról is szól, hogyan fogadja el a nő, hogy a magzat az ő testének a része (Cseh és Rigó, 2015). Az elfogadással megkezdődik a fészekrakás, a gyermek számára optimális környezet kialakítására irányuló magatartás is (Belső, 2017). A várandós nő aszerint változtatja meg viselkedését, hogy az a magzat fejlődését támogassa, azaz igyekszik elkerülni a káros életmódot. Ugyanakkor a hetek múlásával olyan fizikai tünetek léphetnek fel, mint a rosszullét, hányinger, gyomorégés, mellek feszülése és egyre fokozódó fáradtságérzés. A hormonális változások, habár túlnyomó részt pozitívan hatnak a kismamára, ugyanakkor negatívan is befolyásolhatják érzelmi állapotát, mindennapi életében való helytállását (Chou és mtsai, 2003). Ezeket a tüneteket nem szabad figyelmen kívül hagyni, mivel negatív hatással vannak a nő saját testével való elégedettségére (Chou és mtsai, 2003), az önbecsülésre és a depressziószintre (Koniak-Griffin, 1994). Ugyanakkor pozitívan is hathatnak a kismamára: sok nő ebben az időszakban úgy érzi, érzelmei túlszordulnak, amelyeket meg akar osztani másokkal, valamint szívesen töltenek időt a világtól félrevonulva, magzatukkal beszélgetve (Belső, 2017).

A második trimeszter a differenciálódás időszaka (Raphael-Leff, 2010). A 13. hét sok anyának jelent megnyugvást, hiszen a vetélés esélye ettől az időszaktól jelentős mértékben lecsökken. Azonban a magzati rendellenességek megállapítására szintén a 13. héttől van lehetőség, kellemetlen és negatív eredménnyel is végződhető beavatkozások (mint például magzatvíz mintavétel) segítségével, amelyek így megnövelhetik a kismama stressz-szintjét (W. Ungváry, 2008). A hetek múlásával a terhesség kezd meglátszódni a kismama pocakján és a magzat mozgolódása már érezhetővé kezd válni az anya számára. A magzat (mozgásának észlelése miatt) egyre emberibbé válik az anya számára, amelynek következtében az anya egyaránt tekint rá saját énjének kiterjesztett részeként, és mint tőle különálló, új entitásként (Brandon és mtsai, 2009). Az eddig önmagára figyelő anya figyelme a magzatra fordul, a „mi” válik fontossá, amelybe bekerül az apa is (Belső, 2017). A magzatmozgások egyre gyakrabban észlelhetőek, sőt a pocakra tett kézzel már a rúgások is érezhetővé válnak. Az anya egyre kíváncsiabb gyermekére, a kettőjük közötti kapcsolat és kommunikáció kifinomodik, valamint az alvás-ébrenlét fázisuk is szinte teljesen összehangolódik. Ugyanakkor a terhesség előrehaladtával megjelennek további testképpel kapcsolatos aggodalmak (C. Molnár, 1996). Ezek az aggodalmak labilissá tehetik az anya érzelmi életét, felerősödhetnek a pszichoneurotikus tünetek és félelmi reakciók.

A harmadik trimeszterrel megkezdődik a szeparáció (Raphael-Leff, 2010). A 28. hétre a nő akár 8-9 kiló súlytöbbletet is felvehet, ami a feszülő pocakon,

a terhescsíkokban és a vizesedő, duzzadó végtagokban látszódik meg leginkább (W. Ungváry, 2008). A 28. héttől megnő a szorongásos zavarok előfordulása, egyrészt a szülésre való felkészülés miatt, másrészt a magzat gyermekként, az anyától különálló entitásként való elfogadása miatt (Belső, 2017). Az utolsó hetekben a nő figyelme a szülésre való felkészülésre koncentrálódik, vagyis a magzattól való különválásra tevődik át a hangsúly. A méh feszülése a magzat megfordulásával egyre gyakoribb érzés, illetve a magzat mozgásai egyre intenzívebb méhösszehúzódasokat váltanak ki (W. Ungváry, 2008). A szülésre várás idejében nyugtalanságot és türelmetlenséget is tapasztalhatnak a kismamák. Jellemző, hogy a hangulat ingadozása az ellentétes és szélsőséges érzésekig is kiterjedhet, mivel a szülés egyaránt kelthet félelmet és szorongást az anyában, ugyanakkor a csecsemő érkezése az örömet és a megkönnyebbülés-érzést is magában rejt (Cseh és Rigó, 2015).

Az anya–magzat kötődésről

A kötődéelméletet megalapozó kutató, John Bowlby (1969) a kötődést alapvetően ösztönalapú viselkedésként írja le, amelynek legfőbb funkciója biológiai jellegű. A korai kötődéskutatások tehát a már megszületett gyermek és anyja közötti kapcsolatban vizsgálták a kötődést, viszont egyre több kutató kezdett azon elmélkedni, hogy a kötődés már az anyaméhben létrejöhet (Alhusen, 2008). Az anyaméhben kialakuló kötődést először Kennell és munkatársai (1970) feljegyzései támasztották alá. Megfigyelték azokat az anyákat, akik csecsemőjüket szülés közben veszítették el, és azt tapasztalták, hogy az anyák ugyanolyan intenzíven gyászoltak függetlenül attól, hogy kézbe foghatták elhunyt csecsemőjüket vagy sem. Ez a megfigyelés kétségekívül a terhesség során kialakuló kötődés elméletének megalkotását alapozta meg. Az intrauterin kötődés egyik első meghatározó alakja Rubin (1975), aki a terhesség során létrejövő anyaszerep vizsgálata során az anya-magzat kötődést a terhesség természetes folyamataként írja le. Később Cranley (1981) megalkotja az anya-magzat kötődés elméleti szerkezetét, és úgy definiálja, mint a nő azon viselkedése, amely a magzattal való interakciót és kapcsolat kialakítást, affiliációt jelképezi. Condon és Corkindale (1997) a prenatális kötődést egyszerűen a várandós szülő és a még meg nem született gyermek között létrejövő érzelmi kötelékként fogalmazzák meg.

Számos kutatás foglalkozott már azzal a kérdéssel, hogy a terhesség előrehaladtával hogyan változik a kötődés mértéke, és az mikor a legerősebb. Az eredmények egyértelműen azt hangsúlyozzák, hogy a gesztációs kor meghatározó a kötődés mértékében, azaz a várandósság előrehaladtával az anya egyre erősebb intrauterin kötődésről számol be (DiPietro, 2010). Ezt a megállapítást erősítette meg egy ausztrál kutatás is (Sedgmen és mtsai, 2006), amely 68 várandós nő

intrauterin kötődését vizsgálta meg terhességük 12-14. hetében, majd 18-22. hetében, ahol a két vizsgált időpontban mért anya-magzat kötődés szignifikánsan emelkedett ($p < 0,01$). Szintén a terhesség előrehaladtával növekedő kötődésről ír Walsh, Hepper és Marshall (2014) kutatásukban, amelynek során a 13., 23. és 33. hétben járó várandós nőket vizsgálták meg ($N=258$). Eredményeik szerint a kötődés mértéke a 23. hétben jelentősen növekedett a 13. héthez képest, és habár tovább növekedik a 33. hétig, ez a növekedés mégsem jelentett szignifikáns eltérést. Úgy tűnik tehát, hogy a kötődés mértéke a második trimeszterben növekszik leglátványosabban, és a második és harmadik trimeszter idején csupán tendenciaszerű vagy nem szignifikáns növekedést tapasztalhatunk. Ez utóbbi megállapítást igazolja Delaram, Jafarzadeh és Shams (2018) kutatása is ($N=208$), akik az anya-magzat kötődést a 28. és a 37. hetek között vizsgálták meg. Eredményeikben már a 28. héten magas kötődést mértek, amely habár növekedett a 37. hétig, az mégsem volt szignifikáns, csupán tendenciaszintű. A hazai intrauterin kötődést vizsgáló kutatók – Andrek, Hadházi és Kekcs – vizsgálatukba 114 várandós anyát vontak be, akik a terhesség 15-38. hete, vagyis a második és harmadik trimeszter között voltak. Az első publikált eredményben használt mérőeszköz (Maternal-Fetal Attachment Scale, Cranley, 1981) megerősítette a fentebb említett kutatások megfigyeléseit, tehát az intrauterin kötődés közepes pozitív együttjárást mutatott a terhesség idejével ($r=0,36$, $p < 0,001$) (Andrek és mtsai, 2015). Azonban legutóbbi kutatásuk során más mérőeszköz használatával (Intrauterin Kapcsolati Kérdőív), ugyanazon mintán ezt az összefüggést már nem tudták alátámasztani (Andrek és mtsai 2017). A kapott eredményt azzal magyarázzák, hogy az általuk használt Intrauterin Kapcsolati Kérdőív a kötődés érzelmi aspektusait méri, amely valószínűleg független a gesztációs hetektől, míg a korábbi kutatásuk során leggyakrabban használt kérdőívek olyan magzati történésekre és interakciókra fókuszáltak, mint amilyen a magzat mozgása.

A prenatális stresszről

A várandóssághoz kötődő, stresszkeltő események által kiváltott testi-lelki reakciót várandósság-specifikus stressznek/szorongásnak vagy prenatális stressznek nevezhetjük (Cseh és Rigó, 2015). Várandósság-specifikus stresszt okozhatnak pszichológiai, szociális vagy fiziográfiai stresszorok (Mulder és mtsai, 2002). Gondolhatunk itt a testben létrejövő változásokhoz való adaptálódásra (Coussons-Read és mtsai, 2012), a magzat egészséges fejlődéséhez kapcsolódó félelmekre, a szülésből fakadó fájdalomtól való félelemre, vagy az orvosi vizsgálatok keltette szorongásérzésre (Van der Zalm és Byrne, 2006). Coussons-Read és munkatársai (2012) szerint a várandós nőt a terhesség elején inkább a fizikai tünetek terhelik meg, mint amilyen a rosszullét és hányinger, viszont a terhes-

ség harmadik trimeszterében a magzat egészségéért való aggodás kelt leginkább stresszérezést az anyában. Lobel és munkatársai (2008) kutatásukban 300 várandós nőt vizsgáltak meg, először a terhességük 10. és 25. hete között, majd a 21. és 35. hét között, végül a 30. hét után, a vizsgálatok között 2 hetet kihagyva. Azt találták, hogy a várandósság-specifikus stressz önmagában bejósolta a koraszülést, sőt pontosabban, mint az állapot- és vonásszorongás, vagy az életesemények okozta stressz. A várandósság-specifikus stressz és a várandósság ideje közötti összefüggésre vonatkozóan kevés adat áll rendelkezésünkre. Tsartara és Johnson (2006) kutatásában a vizsgálati alanyok korábbi terhessége spontán vetéléssel végződött. A résztvevő várandós nők a terhesség első időszakában magas szorongásról és a terhességhez kapcsolódó stresszről számoltak be, viszont ez a stresszérték a várandósság előrehaladtával csökkent. Woods-Giscombé, Lobel és Crandell, (2010) több mint 300 nő bevonásával akarta megvizsgálni a terhesség idejének kapcsolatát a várandósság-specifikus stressz mértékével. A vizsgált nők egy része korábbi spontán vetelésről számolt be, viszont mind az ő esetükben, mind a vetélést át nem élő nők esetében megmutatkozott a várandósság előrehaladtával a stressz mértékének csökkenő tendenciája. A kutatás eredményei alátámasztják, hogy az első trimeszterben magasabb a várandósság-specifikus stressz értéke a második és harmadik trimeszterhez képest. Tehát van kapcsolat a várandósság ideje és a stressz észlelésének mértéke között, mégpedig oly módon, hogy a stresszre való érzékenység a terhesség előrehaladtával csökken.

A prenatális depresszióról

A terhesség időszakában kialakuló hangulatzavar komoly egészségügyi probléma az anya-magzat kapcsolat és az egész család szempontjából (Szemán, 2009). Ma már tudjuk, hogy a terhesség önmagában nem jelent védőfaktort a depresszió ellen, sőt ellenkezőleg, maga a várandósság érzékenyebbé teszi a nőket a hangulatzavar kialakulására (Luskin és mtsai, 2007). A perinatális vagy peripartum depresszió alatt olyan major vagy minor depresszív epizódokat értünk, amelyek a terhesség alatt vagy a csecsemő megszületését követő első 12 hónap alatt jelentkeznek (Gavin és mtsai, 2005). Egy 2012-es felmérés szerint (Tőreki, 2012) Dél-Kelet Magyarországon csaknem minden hetedik várandós nő szenved depressziós hangulatzavarban. Nemzetközi kutatások alapján a terhes nők 5,5-13,6%-a jelez depresszív tüneteket orvosának, míg a minor vagy major depresszió kritériumai alapján 9,1-10,2%-ot diagnosztizáltak depresszióval (Szemán, 2009), habár a major depresszióban szenvedő várandós nők száma elérheti a 20%-ot is (Marcus és mtsai, 2003). A prenatális depresszió tünetei megegyeznek az átlag populáció által megélt major depresszió tüneteivel, ezért mint különálló diagnosztikus kategória nem létezik a DSM 5-ben (Diagnostic and Sta-

tistical Manual of Mental Disorders-5, APA, 2013), így a depresszióra vonatkozó kritériumok szerint diagnosztizálják a klinikusok.

A prenatális depresszió kialakulása és a gesztációs kor közötti összefüggést számos kutatás vizsgálta, viszont ezek a kutatások vegyes eredményeket hoztak. Egy kutatás megvizsgálta, hogy a három trimeszter alatt hogyan alakul a depressziós tünetek intenzitása. Eredményeik szerint az első trimeszter alatt a depresszió értéke 7,4%, ennek értéke 12,8%-ra növekszik a második trimeszter alatt, majd a harmadik trimeszter során 12%-os értéken stagnál (Bennett és mtsai, 2004). Tehát a várandósság középső és az utolsó időszaka az, amely az első trimeszterhez képest jelentősen megterhelő az anyának. Ennek ellentmondva azonban mások a terhesség első és harmadik periódusát emelik ki, mint a depresszióra legérzékenyebb időszakot (Belső, 2006; Török, 2015). Az antenatális depresszió csúcspontja szerintük az első trimeszter, ilyenkor gyakoriak a minor depressziós állapotok, de ezek a terhesség előrehaladtával csökkennek (Szemán, 2009). A kutatók és gyakorló szakemberek leírják, hogy ebben az első három hónapban diagnosztizált depresszió az, amely legerősebben jelzi előre a gyermekágyi depresszió kialakulását. A második trimeszter átmenetileg nyugodtabb periódusát viszont egy újabb pszichésen megterhelő szakasz követi: a harmadik trimeszterben a szorongásos és a major depressziós epizódok gyakoribbá válnak, amely a szülés közeledtével súlyos és pszichotikus állapotokba csaphat át (Belső, 2006).

Az intrauterin kötődés, a várandósság-specifikus stressz és depresszió jelenségeinek szakirodalmi áttekintése során egyértelműen látszódik, hogy ezek a pszichológiai folyamatok szoros kapcsolatban vannak egymással. Armstrong és Hutti (1998) a terhesség-specifikus stressz kapcsolatát vizsgálták az anya-magzat intrauterin kötődéssel olyan kismamák esetében, akik korábbi terhességük során elvesztették magzatukat. A kutatás a kis elemszám ($N=31$ kismama) ellenére is kimutatta a két változó közötti negatív összefüggést, habár nem szignifikáns mértékben. Az anya-magzat kötődés és a várandósság alatti depresszió kapcsolata szintén felkeltette a kutatók figyelmét. Pollock és Percy (1999) 40 várandós nőt vizsgáltak meg, akik pszichiátriai előtörténettel rendelkeztek. A várandósság alatti depresszió erős összefüggést mutatott az alacsony kötődéssel, illetve a magzat bántalmazására irányuló késztetéssel. Alhusen és munkatársai (2012) ezt az összefüggést 166 egészséges, afrikai-amerikai várandós nő bevonásával vizsgálták meg. A vizsgálati személyek 16 év felettiek, alacsony szocioökonómiai státuszúak voltak, nem veszélyeztetett terhesek és korábbi terhességeikben nem veszítették el magzatukat, valamint jelen terhességük a 24. és 28. hét között tartott. Eredményeik szerint az intrauterin kötődés negatívan járt együtt a depresszióval ($r = -0,79$, $p < 0,001$), vagyis minél magasabb volt a depressziós tünetek mértéke, annál alacsonyabb kötődést élt meg az anya a magzatával. Összefoglalva tehát, az anya magzatához való erős kötődése védőfaktorként szolgálhat a terhesség ideje alatt. Az intenzív prenatális kötődés, ami

az anyaszerephez való alkalmazkodással egyre erősödik, jelentősen lecsökkenti annak esélyét, hogy depressziós tünetek, hangulatzavarok alakuljanak ki a várandósság sérülékeny időszaka alatt.

Jelen kutatás célja, hogy feltárja az anya-magzat intrauterin kötődés, a várandósság-specifikus stressz és depresszió mértékének változását a második és a harmadik trimeszterben járó kismamák között. Ugyanakkor összefüggést keressen az anya-magzat intrauterin kötődés, a várandósság-specifikus stressz és a depresszió mértéke között a terhesség 2. és 3. trimeszterében.

HIPOTÉZISEK

1. Hipotézis: Feltételezésünk szerint a harmadik trimeszterben lévő kismamák intrauterin kötődés pontszáma nem tér el szignifikánsan a második trimeszterben lévő kismamák intrauterin kötődés pontszámától (Delaram és mtsai, 2018).

2. Hipotézis: Feltételezésünk szerint a harmadik trimeszterben lévő kismamák várandósság-specifikus stresszértéke szignifikánsan alacsonyabb, mint a második trimeszterben lévő kismamák várandósság-specifikus stresszértéke (Glynn és mtsai, 2001).

3. Hipotézis: Feltételezésünk szerint a harmadik trimeszterben lévő kismamák prenatális depresszió értéke szignifikánsan magasabb, mint a második trimeszterben lévő kismamák prenatális depresszió értéke (Belső, 2006; Török, 2015).

4. Hipotézis: Negatív kapcsolatot feltételezünk az anya-magzat intrauterin kötődés értéke és a várandósság-specifikus stressz értéke között (Armstrong és Hutti, 1998).

5. Hipotézis: Negatív kapcsolatot feltételezünk az anya-magzat intrauterin kötődés értéke és a prenatális depresszió értéke között (Alhusen és mtsai, 2012).

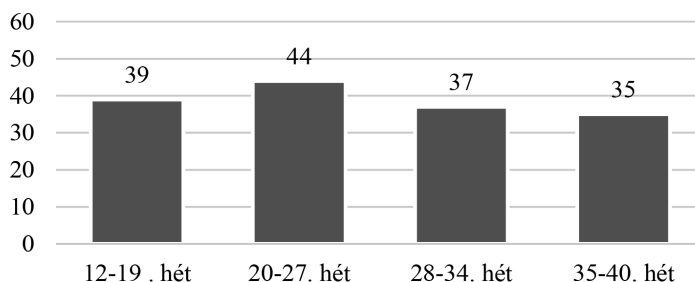
A VIZSGÁLAT MENETE, KÖRÜLMÉNYEI

Jelen vizsgálat a Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézet együttműködésével zajlott, célja pedig a magzatfejlődés és várandósság lelki rizikó- és védőtenyezőinek vizsgálata volt. Kutatásunkhoz a vizsgálati személyeket online toboroztuk: a kérdőívesomag a Facebook nevű közösségi oldalon számos csoportban került megosztásra, ahol a kitöltőket a megosztásra és továbbküldésre buzdítottuk. A mintagyűjtés 2019 január és március között zajlott. A beválogatásnak a következő kritériumai voltak: (1) 18 év feletti várandós kismama, (2) akinek terhessége betöltötte a 12. hetét. A kutatásban résztvevők a kérdőívek kitöltése előtt írott formában tájékoztatást kaptak a kutatás céljáról, valamint a kitöltés anonim és önkéntes jellegéről. A kitöltők a beleegyező nyilatkozat elfo-

gadasával kijelentették, hogy 18 évesek elmúltak, illetve, hogy megadott adataik felhasználásával részt vesznek a kutatásban. A kutatás része volt egy nagyobb volumenű projektnek, amelyben a demográfiai jellemzők felmérése mellett a következőkre kérdeztünk rá: biológiai tényezők, depresszió, várandósság-specifikus stressz, házastársi stressz, házastársi támogatás, intrauterin kötődés, szülői bánásmód és spirituális tényezők. A kutatássorozat ETT-TUKEB által kiadott etikai engedéllyel rendelkezik, amelynek hivatkozási száma 57239-1/2018/EKU.

VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK BEMUTATÁSA

A kutatásban 157 várandós nő vett részt, akik terhességük 12. hetét és 18. életkorukat már betöltötték. A kitöltők átlag életkora 28,55 ($\pm 4,82$) év, és a 2. és 3. trimeszterben lévő kismamák életkora nem különbözött szignifikánsan. A résztvevők átlagosan a terhességük 26,13. ($\pm 8,51$ hét) hetében jártak. A kitöltők 54%-a (84 fő) 2. trimeszterben lévő kismama (12-27.hét), míg a maradék 46%-a (72 fő) a 3. trimeszterben (28-40. hét) járó kismama. A két trimesztert tovább bontva még 2-2 alcsoportra, a következő négy csoportot különítettünk el: az első csoportba azok a kismamák kerültek, akik a terhesség 12-19. hetében (39 fő, 25%), a második csoportba azok, akik a 20-27. hetében (44 fő, 28%), a harmadik csoportba azok, akik a 28-34. hetében (37 fő, 24%), végül a negyedik csoportba azok, akik a terhesség 35-40. hetében jártak (35 fő, 23%) (1. ábra). Hiányzó adatok miatt 2 fő nem került be egyik csoportba sem.



1. ábra. A várandósság kora szerinti 4 csoport elemszáma

A résztvevők legmagasabb iskolai végzettsége 55%-ban felsőfokú (főiskolai vagy egyetemi diploma), 40%-ban középfokú (érettségi vagy OKJ-s képzettség) és 5%-ban általános iskolai végzettség. A kitöltők több mint fele, 67%-a első gyermekével, 23%-a pedig második gyermekével várandós. A kismamák 78%-ának terhessége teljes mértékben tervezett volt, továbbá a minta 12%-a egyáltalán nem tervezte a teherbeesést. A fogantatás a résztvevők 95%-a esetében természetes úton és orvosi beavatkozás nélkül történt meg, csupán 2%-nál került sor

lombik program (IVF, friss embrióval) használatára, és abból is 1 kismama esetében használtak donor petesejtet. A kitöltő kismamák 59%-a házastársi kapcsolatban áll a várt gyermek apjával, 26%-a élettársi viszonyban, míg 13%-uk párjukként jellemezték az apát. A kismamák 88%-a, és a kismamák megítélése szerint az apák 93%-a teljes mértékben örült a várandósság hírének. A résztvevő kismamák 94%-a terhesség alatt nem dohányzik. A minta jelentős része sosem dohányzott, továbbá 13%-uk már a teherbeesés tervezésekor abbahagyta a dohányzást, illetve 23%-uk akkor, amint megtudták a terhesség bizonyosságát. Az egészségi állapotukat 83%-ban megfelelőnek tartják. A kismamák 45%-a orvos által megállapított veszélyeztetett terhességről számol be. A terhességi diabetes a minta 17%-nál áll fent, koraszülés veszélye pedig 6%-nál. A terhességi toxémia veszélyéről 7% számolt be. Magzatvíz teszten 2%-uk vett részt, és magzatfejlődési rendellenességről csak a kismamák 2%-a számolt be.

VIZSGÁLATI MÓDSZEREK

Várandósság-specifikus Stressz Skála

A Várandósság-specifikus Stressz Skála¹ (*Pregnancy-related Anxiety Scale*, Wadhwa és mtsai, 1993) a várandóssághoz kapcsolódó stresszt méri fel. Magyarra fordított verziója jelenleg adaptálás alatt áll. Az eredeti kérdőív reliabilitási értéke megfelelő (Cronbach alfa=0,71 és 0,96 között). A kérdőív 5 tételből áll (például: *Van bennem félelem a kisbabám egészségi állapotát illetően.*), a kitöltő a megadott állításokkal való egyetértését egy 5-fokú Likert skálán értékeli, ahol az 1-es az egyáltalán nem, míg az 5-ös érték a teljes egyetértést jelenti (összpontszám 5 és 25 közötti). A kérdőív tartalmaz fordított itemeket is. A jelenlegi minta esetében az összpontszám belső konzisztenciája megfelelő mértékű (Cronbach α =0,701) volt.

Intrauterin Kapcsolati Kérdőív

Az Intrauterin Kapcsolati Kérdőív rövidített változata (Hadházi és mtsai, 2017) szolgált az intrauterin kötődés mértékének megállapítására. A kérdőív 12 itemet tartalmaz, és 3 alskálára bontható. Az első alskála a *Megfelelés az elvárt anyai magatartásnak* (pl.: *Már most erőfeszítéseket teszek, hogy jó anya legyek.*), a második alskála neve *Pozitív érzelmi bevonódás nehézsége* (pl.: *Nem beszélek szívesen a babámmal kapcsolatos érzéseimről. [fordított item]*), és a harmadik alskála az *Egészségmagatartásra* (pl.: *Jobban odafigyelek magamra amióta*

¹ Mivel a szakirodalom gyakran szinonimaként emlegeti a várandósság-specifikus stressz és várandósság-specifikus szorongás fogalmakat, mi az előbbi kifejezést részesítettük előnyben.

babát várok.) vonatkozó itemeket tartalmazza. A kérdőív kitöltőjének egy 5-fokú Likert skálán kell eldöntenie, mennyire ért egyet a megadott állításokkal (1- egyáltalán nem értek egyet; 5- teljes mértékben egyetértek) (összpontszám 12 és 60 közötti). A kérdőívben megadott válaszok összpontszáma mutatja meg az anya-magzat kötődés intenzitását. Az alskálák és a kérdőív teljes pontszáma korábbi vizsgálatban is jó reliabilitási, Cronbach-alfa értékeket mutattak. Jelen vizsgálatban az alskálákkal való kapcsolatot nem vizsgáltuk. Az összpontszám belső konzisztencia-értéke megfelelőnek bizonyult kutatásunkban (Cronbach $\alpha = 0,824$).

Edinburgh Szülés Utáni Depresszió Skála

A várandósság alatti depresszió mértékét az Edinburgh Postnatal Depression Scale magyarrá fordított változatával mértük fel, amelynek magyar validálását várandós és posztpartum mintán Tőreki és munkatársai végezték el 2013-ban (Tőreki és mtsai, 2013). A kérdőív 10 tételből áll, melyek az előző hét hangulati állapotát (lehangoltság, szorongás stb.) mérik fel (pl.: *Olyan rossz hangulatban voltam, hogy aludni sem tudtam rendesen*). A kitöltőnek 0-3-ig terjedő skálán kell értékelnie, hogy a megadott állításokban leírtak mennyire jellemzőek rá (az összpontszám 0 és 30 közötti). Jelen kutatásban a kérdőív belső konzisztencia-értéke megfelelő volt (Cronbach $\alpha = 0,901$).

Demográfiai és várandóssággal kapcsolatos kérdések

A kérdőívek felvétele mellett számos szociodemográfiai kérdés került felvételre, úgymint a kitöltő kismama életkora, legmagasabb iskolai végzettsége, családi állapota (a gyermeke apjával jelenleg milyen kapcsolati viszonyban van). Emellett számos várandóssággal kapcsolatos kérdésre válaszoltak még: a várandósság ideje, tervezettsége, terhesség veszélyeztetettsége, terhességi diabétesz- illetve toxémia-veszély, koraszülésveszély, fogantatás módja, magzatfejlődési rendellenesség, dohányzás a terhesség alatt, hányadik várandóssága, illetve a kismama, valamint párja mennyire örültek a várandósság hírének.

ADATFELDOLGOZÁS

A változók normalitásának vizsgálatához Kolmogorov-Szmirnov próbát végeztünk. A hipotézisek tesztelésére a normalitás sérülése esetén Mann-Whitney U próba, Kruskal-Wallis próba, Spearman-féle rangkorreláció, a normalitás teljesülésekor pedig Pearson-korrelációt alkalmaztunk. Az adatok feldolgozása IBM SPSS 22 statisztikai programcsomaggal történt.

EREDMÉNYEK

Leíró statisztika

A hipotéziseket az intrauterin kötődés, a várandósság-specifikus stressz és a prenatális depresszió változókkal teszteltük, ezek átlagait és szórásait az 1. táblázat ismerteti. Az intrauterin kötődés mértéke mintánkban viszonylag magasnak mondható, a várandósság-specifikus stressz értéke körülbelül közepes erősségű, a prenatális depresszió értéke pedig alacsony volt.

1. táblázat. Leíró statisztikák ismertetése

Változók	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
Intrauterin Kötődés (IUK) total	23	60	49,24	7
Várandósság-specifikus stressz total	7	23	16,38	2,95
Prenatális depresszió total	0	28	6,35	5,77

Az adatok N=157 elemszámú mintára vonatkoznak

A négy alcsoportra való osztás során a változók normalitása többségében sérül a Kolmogorov-Szmirnov teszt szerint, kivétel a 3. és 4. alcsoport intrauterin kötődés és várandósság-specifikus stressz értékeinek eloszlása, illetve az 1. alcsoport várandósság-specifikus stressz értékének eloszlása, ugyanis ezek normális eloszlásúak.

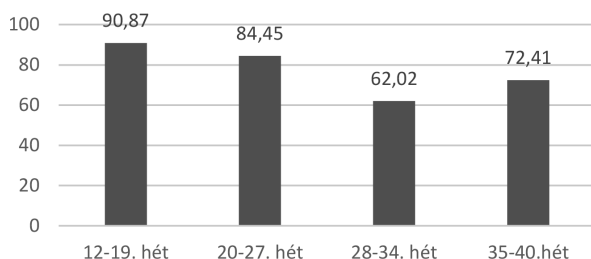
*A második és harmadik trimeszterben lévő kismamák
intrauterin kötődésének összehasonlítása*

Az első hipotézis feltételezése szerint a harmadik trimeszterben lévő kismamák intrauterin kötődés pontszáma nem tér el szignifikánsan a második trimeszterben lévő kismamák intrauterin kötődés pontszámától (Delaram és mtsai, 2018). Az intrauterin kötődés normalitása sérül a 2 vizsgált csoportban, ezért a rangátlagok alapján határoztuk meg a két csoport esetleges eltérését. A Mann-Whitney U próba ($Z = -0,231$; $p = 0,817$) eredménye szerint nincs szignifikáns különbség a két csoport között (2. trimeszter rangátlag értéke = 79,27; 3. trimeszter rangátlag értéke = 77,60). Habár a két csoport között nem találtunk eltérést, a hipotézist aszerint is megvizsgáltuk, hogy a 2. és 3. trimesztert két részre bontottuk, azaz 4 alcsoport között vizsgáltuk meg az intrauterin kötődés mértékét. Mivel a normalitás ebben az esetben is sérül, ezért szintén rangátlagok összehasonlításával vizsgáltuk meg a csoportok közötti különbséget. A Kruskal-Wallis teszt alapján (khi-négyzet = 0,339; $p = 0,953$) szintén nem állapíthatunk meg szignifikáns különbséget a 4 csoportra bontott trimeszterek között. Összefog-

lalva tehát az 1. hipotézis beigazolódott: a második trimeszterben lévő kismamák intrauterin kötődés mértéke nem tér el a harmadik trimeszterben lévő kismamák intrauterin kötődés mértékétől.

A második és harmadik trimeszterben lévő kismamák várandósság-specifikus stresszértékének összehasonlítása

A második hipotézis szerint a harmadik trimeszterben lévő kismamák várandósság-specifikus stresszértéke szignifikánsan alacsonyabb, mint a második trimeszterben lévő kismamák várandósság-specifikus stresszértéke (Glynn és mtsai, 2001). A várandósság-specifikus stressz a 2. és 3. trimeszterben nem normális eloszlású, ezért a rangátlagokat hasonlítottunk össze. A Mann-Whitney-U próba szerint szignifikáns különbség ($Z=-3,220$; $p=0,001$) van a két csoport között. A 2. trimeszterben a várandósság-specifikus stressz mértéke (rangátlag= 89,23) szignifikánsan magasabb, mint a 3. trimeszterben (rangátlag= 65,98). A különbség pontosabb megismerése végett megvizsgáltuk a várandósság-specifikus stressz mértékét a trimesztereket négy csoportban történő felosztásában is. A normalitás a 4 csoportos bontásban is sérült, tehát szintén a rangátlagokat hasonlítottuk össze. A Kruskal-Wallis próba szignifikáns eltérést (khi-négyzet=15,854; $p=0,001$) jelzett a 4 csoport között. A páronkénti vizsgálat alapján kiderül, hogy szignifikáns különbség van az 1. alcsoport (12.-19. hét) és a 3. alcsoport (28.-34. hét) között ($Z= -2,666$; $p=0,008$), illetve az 2. alcsoport (20-27. hét) és a 3. alcsoport (28.-34. hét) között ($Z=- 2,277$; $p=0,023$), viszont a többi esetben nincsen szignifikáns eltérés. Az eredmények alapján kijelenthetjük, hogy a 2. trimeszterben magasabb a várandósság-specifikus stressz mértéke, mint a 3. trimeszterben, ugyanakkor a legmagasabb várandósság-specifikus stresszt a 2. trimeszter elején, a 12. és 19. hét között figyelhetjük meg a kismamák körében (ld. 2. ábra). Összefoglalva elmondható, hogy az eredmények megerősítették a hipotézist, amely szerint a második trimeszterben lévő várandós kismamák várandósság-specifikus stresszértéke magasabb, mint a harmadik trimeszterben lévő kismamák várandósság-specifikus stresszértéke.



2. ábra. A várandósság-specifikus stressz rangátlagai a 4 vizsgálati csoportban

*A második és harmadik trimeszterben lévő kismamák
prenatális depresszióértékének összehasonlítása*

A harmadik hipotézis feltételezése szerint a harmadik trimeszterben lévő kismamák prenatális depresszió-értéke szignifikánsan magasabb, mint a második trimeszterben lévő kismamák prenatális depresszió értéke (Török, 2015; Belső, 2006). A depresszió mértékének eloszlása a 2. és 3. trimeszterekben nem normális, ezért ebben az esetben is a rangátlagokat hasonlítottunk össze. A Mann-Whitney U próba szerint nincs szignifikáns különbség ($Z=-1,353$; $p=0,176$) a két csoport között. Tehát a 2. és 3. trimeszterek során a depresszió mértékében nincs szignifikáns eltérés (2. trimeszter rangátlag értéke= 83,02; 3. trimeszter rangátlag értéke= 73,23). A depresszió esetében is megvizsgáltuk a 4 trimeszter alcsoportok közötti különbséget. A négy csoportra bontás esetében szintén sérül a normalitás, ezért itt is a rangátlagokat hasonlítottunk össze. A Kruskal-Wallis teszt eredménye szerint nincsen szignifikáns különbség (khi-négyzet=2,067 $p=0,559$) a 4 trimeszter csoport depressziómértéke között. Tehát megállapíthatjuk, hogy a depresszió mértéke a 2. trimeszter kezdetétől egészen a 3. trimeszter végéig stabil, nem változik jelentősen, így a harmadik hipotézisünk nem teljesült.

*Az anya-magzat kötődés
és a várandósság-specifikus stressz közötti kapcsolat*

A negyedik hipotézis szerint szignifikáns negatív korrelációt feltételezünk az anya-magzat intrauterin kötődés értéke és a várandósság-specifikus stressz értéke között (Armstrong és Hutti, 1998). Mivel mindkét változó normalitása sérült, ezért a teljes mintára ($N=157$) a Spearman-féle rangkorrelációval vizsgáltuk a kapcsolatot közöttük. Gyenge, szignifikáns negatív kapcsolatot találtunk közöttük ($\rho = -0,225$; $p=0,005$): azaz minél magasabb az intrauterin kötődés értéke, annál alacsonyabb a várandósság-specifikus stressz mértéke. A kapcsolatot részletesebb feltérképezése végett megvizsgáltuk a kötődés és a várandósság-specifikus stressz közötti összefüggést külön a 2. trimeszterben és külön a 3. trimeszterben is. A 2. trimeszterben a normalitás sérül. A Spearman-féle rangkorreláció alapján ($\rho = -0,147$; $p=0,182$) nincs szignifikáns kapcsolat az intrauterin kötődés és a várandósság-specifikus stressz között. A 3. trimeszterben normális eloszlást kapunk, ezért a Pearson-féle korrelációval vizsgáltuk meg a kapcsolatot. A Pearson-korreláció alapján ($r = -0,433$; $p=0,000$) viszont szignifikáns kapcsolat van az intrauterin kötődés és a várandósság-specifikus stressz között, mindamellett ez a kapcsolat negatív és közepes erősségű. Tehát a terhesség kettő trimesztere alatt megvizsgált negatív kapcsolat valójában a 3. trimeszterben megfigyelhető közepes erősségű korrelációból fakad. Összefoglalva a 4. hipotézis részben beigazolódott: a magas intrauterin kötődés a 3. trimesz-

terben alacsonyabb várandósság-specifikus stresszel párosul, azaz teljesült a hipotézis, viszont a 2. trimeszterben ilyen összefüggést nem állapíthatunk meg.

Az anya-magzat kötődés és a prenatális depresszió közötti kapcsolat

Az ötödik hipotézis alapján szignifikáns negatív kapcsolatot feltételezünk az anya-magzat intrauterin kötődés értéke és a prenatális depresszió értéke között (Alhusen és mtsai, 2012). Mindkét változó normalitása sérült, így a teljes mintára (N=157) Spearman-féle rangkorrelációval vizsgáltuk a kapcsolatot közöttük. Közepes erősségű szignifikáns negatív kapcsolatot találtunk ($\rho = -0,355$; $p = 0,000$). Az előző hipotézishez hasonlóan a depresszió esetében is megvizsgáltuk a kapcsolatot a 2 trimeszterre lebontva. A 2. és a 3. trimeszter csoportokban a normalitás sérül, ezért rangkorrelációval vizsgáltuk meg az összefüggést. A 2. trimeszterben a Spearman-rangkorreláció szignifikáns kapcsolatot ($\rho = -0,377$; $p = 0,000$) mutatott az intrauterin kötődés és a depresszió között, amely kapcsolat negatív és közepes erősségű. A 3. trimeszterben a Spearman-féle rangkorreláció szintén szignifikáns kapcsolatot ($\rho = -0,308$; $p = 0,009$) mutatott az intrauterin kötődés és a depresszió között, ez a kapcsolat ugyancsak negatív és közepes erősségű. Tehát a terhesség 2. és 3. trimeszterében megfigyelt negatív kapcsolat az intrauterin kötődés és a depresszió között mindkét csoport esetében közepes erősséggel fennáll. Összefoglalva elmondhatjuk, hogy az 5. hipotézis beigazolódott mind a 2., mind a 3. trimeszterben lévő kismamák esetében, azaz a magasabb intrauterin kötődés alacsonyabb depresszió értékkel társul.

DISZKUSSZIÓ

Kutatásunk legfőbb célja az volt, hogy megvizsgáljuk az anya-magzat kötődés, a várandósság-specifikus stressz és depresszió mértékének változását a terhesség második és harmadik trimeszterében járó kismamák körében. Emellett fontos célunk volt még, hogy megfigyeljük az intrauterin kötődés kapcsolatát a várandósság-specifikus stressz-szel és a depresszióval figyelembe véve azt is, hogy ez a kapcsolat hogyan alakul a 2. és a 3. trimeszterben. Ennek érdekében 157 kismamát kérdeztünk meg – akik legalább a terhességük 12. hetében jártak – a bennük fejlődő magzathoz való kötődésükről, a várandóssággal kapcsolatban megélt stresszről és a depressziós tünetekről.

A második és harmadik trimeszterben lévő kismamák intrauterin kötődésének összehasonlítása során (első hipotézis) feltételeztük, hogy a harmadik trimeszterben lévő kismamák intrauterin kötődés értéke nem tér el szignifikánsan a második trimeszterben lévő kismamák intrauterin kötődés értékétől. Az eredmények igazolták a hipotézist: a második és harmadik trimeszter során a kö-

tódás mértéke stagnál. Az eredmények tehát megerősítik Delaram, Jafarzadeh és Shams (2018) iráni mintán kapott eredményét. Ez felhívja a figyelmet arra, hogy a terhesség alatti anya-magzat intrauterin kötődés mértékének alakulása talán egyetemes jelenség lehet, amely független a kulturális különbségektől. Mindamellett, az eredmények megerősítették Andrek, Hadházi és Kekecs (2017) eredményeit, akik szintén magyar mintán mérték fel az intrauterin kötődést a jelen kutatásban használt kérdőívvel (Intrauterin Kapcsolat Kérdőív). A kérdőív az intrauterin kötődés érzelmi aspektusára, az anya-szereppel való azonosulásra és a kismama egészségmagatartására fókuszál, amely jelenségek az eredmények alapján a 12. hétre már kialakulnak annyira, hogy a terhesség előrehaladtával (a 12. hét után) jelentős mértékben nem változnak. Ezen hipotézist erősíti meg az az eredmény is, hogy a négy csoportra bontás során a második és a harmadik trimeszteren belül sincsen jelentős változás a kötődés mértékében. Ez az eredmény ugyanakkor ellentmond néhány korábbi kutatásnak, amelyek eredményei a második trimeszteren belül is kimutatták az intrauterin kötődés jelentős növekedését (Sedgmen és mtsai, 2006; Walsh és mtsai, 2014). Az ellentmondást az eltérő fókusszal rendelkező kérdőív magyarázhatja: más kutatásokban használt, az intrauterin kötődés interakciós aspektusát felmérő kérdőív különösen érzékeny a 20. hét kezdetétől érzékelhetővé váló magzatmozgásra (Walsh és mtsai, 2014), azonban a jelen kutatásban használt teszt nem az interakciókra fókuszált, valószínűleg ezért nem látszódott meg a 12. és 20. hét között lévő kismamák intrauterin kötődésének eltérése.

A második és harmadik trimeszterben lévő kismamák várandósság-specifikus stresszértékének összehasonlítása (második hipotézis) során feltételeztük, hogy a harmadik trimeszterben lévő kismamák várandósság-specifikus stressz értéke alacsonyabb, mint a második trimeszterben lévő kismamák várandósság-specifikus stressz értéke. Az eredmények alátámasztják ezt a felvetést, és a trimeszterek négy csoportos felosztásából látszik, hogy a második trimeszter első 7 hetében (12.-19. hét) a legmagasabb a prenatális stressz mértéke. Ez a stressz érték jelentősen lecsökken a harmadik trimeszter kezdetén, majd stagnál egészen a szülésig (habár nem szignifikáns mértékben elkezdi emelkedni a 35-40. hétben, ld. 2. ábra). Az eredmények tehát megerősítik Glynn és munkatársai (2001) felfedezését, miszerint a várandósság-specifikus stressz csökken a terhesség előrehaladtával. Feltételezhető, hogy hatással volt az eredményekre az a tény, hogy a résztvevők 67%-a első gyermekét várta. Walsh, Hepper és Marshall (2014) szerint az első várandósságukat megélő kismamák érzékenyebben reagálnak a terhesség során megjelenő fizikai változásokra, rosszulletekre. Ez alapján a második trimeszter elején lévő kismamák által tapasztalt magasabb stressznek különböző magyarázatai léteznek. Habár az első trimesztere (a 12. hétig) a terhességnek a spontán vetélés szempontjából kritikus időszak (Belső, 2017), lehetséges, hogy az emiatt szorongó, első gyermeküket váró kismamákban lévő aggodalom csak fokozatosan múlik el, ezért élnek meg még a 12. hét

elmúltával is stresszt. A magzat elvesztésétől való aggodalom azért is jelentős tényező, hiszen a kutatásunk résztvevőinek 78%-a tervezte terhességét, vagyis erősebb érzelmi bevonódással fordulhattak a magzat felé, és a tapasztalatlanság miatt talán nagyobb eséllyel értelmezhettek félre bizonyos testi jeleket. Másik lehetséges magyarázat, hogy a 12. héttől egyre több orvosi vizsgálaton kell részt venniük a kismamáknak (W. Ungváry, 2008). Orvosi vizsgálatok alatt az ultrahang vizsgálatot, a magzatfejlődési rendellenesség-szűrővizsgálatokat értjük, illetve a magzat nemének megállapítására is a 16. héttől van lehetőség. Ezek számos kismamában okozhatnak distresszt (Van der Zalm és Byrne, 2006), hiszen a vizsgálatok olyan nehézségeket is feltárhatnak, amelyeket megoldani nem lehet, csak elfogadni (pl: Down-szindróma, nyitott gerinc). A harmadik trimeszterre jelentősen lecsökkenő várandósság-specifikus stressz lehetséges magyarázata, hogy a kismamák kevésbé érzékenyek a várandósság-specifikus stresszorok hatására a terhesség előrehaladtával (Hobel és mtsai, 2008). A harmadik trimeszter idejére a kezdetben zavaró fizikai változások, a súlygyarapodás, a kellemetlen vizsgálatok, és azzal kapcsolatos aggodalmak lassan feloldódnak, megszokottá válnak, és a kismama elkezdi élvezni a várandósság más állapotát. Habár a szülés közelségét is stresszkeltő eseményként jellemzi a szakirodalom (Cseh és Rigó, 2015), kutatásunkban a kismamák stressz szintjén ez mégsem jelent meg szignifikáns mértékben.

A második és harmadik trimeszterben lévő kismamák prenatális depresszió-értékének összehasonlítása (harmadik hipotézis) során úgy véltük, hogy a harmadik trimeszterben lévő kismamák prenatális depresszió értéke szignifikánsan magasabb lesz, mint a második trimeszterben lévő kismamák prenatális depresszió értéke. A hipotézist az eredmények megcáfolták, ugyanis a trimeszterek során a várandósság alatti depresszió értéke stagnál, nincsen különbség a második és a harmadik trimeszterben lévő kismamák depresszió értéke között. A hipotézis elvetését erősíti meg, hogy a második trimeszteren és a harmadik trimeszteren belül sincsen jelentős ingadozás a depresszió mértékében. Ezt a hipotézist Belső (2006) tanulmányára alapoztuk, amely szerint a várandósság első és a harmadik trimesztere során különösen érzékenyek a kismamák a depresszió kialakulására, míg a második trimeszter panaszmentes időszak. Tekintve, hogy az első trimeszter időszaka nem került felmérésre, így nem tudhatjuk, hogy a kutatásban (a második és harmadik trimeszter ideje alatt) mért állandó depresszió-érték a terhesség teljes idejére jellemző-e, vagy az első trimeszter valóban érzékeny periódus a hangulatingadozások szempontjából. De azt kijelenthetjük, hogy a szülés közelsége nem feltétlenül teszi sérülékennyé a kismamákat a depresszióra, továbbá valószínűleg a depresszió és a várandósság ideje között nincsen összefüggés, ahogyan azt némely kutató is állítja (pl. Gavin és mtsai, 2005). A kutatásunk ugyanakkor megerősíti Bennett és munkatársainak (2004) eredményeit is. A terhességi depresszió kialakulásában egyik fontos rizikófaktor a nem tervezett terhesség ténye (Lee és mtsai, 2007), azonban

jelen kutatás résztvevőinek 78%-a tervezte terhességét, tehát lehetséges, hogy ez is magyarázhatja a depresszió alacsony, stagnáló mértékét.

Az anya-magzat kötődés és a várandósság-specifikus stressz közötti kapcsolat (negyedik hipotézis) vizsgálata során feltételeztük, hogy az anya-magzat intrauterin kötődés értéke negatív kapcsolatban áll a várandósság-specifikus stressz értékével. A hipotézist megerősítették a kutatás eredményei: a teljes mintát (2. és 3. trimeszterben járó kismamák) alapul véve azt kaptuk, hogy a magasabb intrauterin kötődés alacsonyabb várandósság-specifikus stressz értékkel társul. Ezután a két trimeszter esetében külön-külön is megvizsgálva a változók közötti kapcsolatot azt találtuk, hogy csak a 3. trimeszter esetében jelenik meg a szignifikáns negatív kapcsolat, a 2. trimeszter esetében még nem. Az eredmény alátámasztotta Schwerdtfeger és Goff (2007) kutatási eredményeit, amely szignifikáns kapcsolatot talált az anya-magzat intrauterin kötődés és a várandósság alatti stressz mértéke között. Ugyanakkor jelen kutatás kiegészíti a tanulmányt, hiszen ők stresszor alatt traumatikus eseményeket értettek (mint például baleset átéltése, fizikai abúzus), míg a jelen kutatás a várandósság-specifikus stresszorokra (mint például orvosi beavatkozás) összpontosított. Úgy tűnik tehát, hogy a második trimeszter szakaszában a várandósság-specifikus stressz és az intrauterin kötődés kapcsolata még nem alakul ki, más befolyásoló tényezők hangsúlyosabbak, viszont a harmadik trimeszterben a két változó közötti negatív összefüggés már megjelenik.

Az anya-magzat kötődés és a prenatális depresszió közötti kapcsolat (ötödik hipotézis) vizsgálata során feltételeztük, hogy az anya-magzat intrauterin kötődés negatív kapcsolatban áll a várandósság alatti depresszióval. Az eredmények megerősítették ezt a feltételezést, tehát minél magasabb intrauterin kötődést él meg a kismama a terhesség során, annál alacsonyabb depressziószintről fog beszámolni. Ez a negatív irányú, közepes erősségű összefüggés a második és a harmadik trimeszterben is teljesül. A hipotézis alapját Alhusen és munkatársainak (2012) tanulmánya adta, és az eredmények megerősítették az abban felfedezett összefüggéseket. Az eredmények szintén megegyezők Pollock és Percy (1999) kutatásának eredményeivel, azzal a különbséggel, hogy jelen esetben egészséges mintán is igazolódott az anya-magzat intrauterin kötődés negatív kapcsolata a várandósság alatti depresszióval. Pollock és Percy (1999) kutatásának résztvevői pszichiátriai előtörténettel rendelkeztek és sokadik gyermekükkel voltak terhesek, míg jelen kutatásban nincsen adat pszichiátriai előtörténetre, de a mintánk alacsony depresszió-értékéből és a megfelelőnek értékelt szubjektív egészségi állapotból arra következtethetünk, hogy a kismamák pszichológiai szempontból az egészséges populációba tartoznak. Továbbá, mintánkban az első gyermeküket várók voltak jelentős többségben. A különbségek kiemelésének lényege, hogy ezen változtatások ellenére is kimutatható a várandósság alatti depresszió negatív, közepes erősségű kapcsolata az intrauterin kötődéssel.

Kutatásunk számos korláttal rendelkezik. Egyik gyenge pontja, hogy fókusz-pontjában a terhesség kora áll, ugyanakkor az első trimeszterre vonatkozóan nincsenek adataink. Az első trimeszter alatt sok kismama titkolja terhességét a spontán vetélés lehetősége miatt, így ebben az időszakban kutatásba történő toborzásuk különösen nehéz. Mindamellett az első trimeszterben lévő kismamák élményei pontosíthatták volna a kutatás eredményeit. A szakirodalom többsége egészséges populáción térképezi fel a vizsgált változók kapcsolatát, összefüggéseit. Éppen ezért szükségesnek éreznénk pszichiátriai kezelésben részesülő vagy pszichiátriai előtörténettel rendelkező magyar kismamák felmérését is, többek között a várandósság alatt megélt intrauterin kötődés, várandósság-specifikus stressz és depresszió tekintetében. További limitáció még, hogy bizonyos tényezők, amelyek a szakirodalom szerint szintén összefüggésben állhatnak az intrauterin kötődéssel nem lettek felmérve: a magzat nemének bizonyossága, korábbi spontán vetélés, általános pszichológiai jóllét és alkoholfogyasztás (ld. Andrek és mtsai, 2016; Tsartsara és Johnson, 2006; Alhusen, 2008). Emellett a várandósság-specifikus stressz mértékének alakulása kapcsolatban állhat a korábbi spontán vetéléssel végződő terhesség meglétével (Tsartsara és Johnson, 2006; Woods-Giscombé és mtsai, 2010), ez a tényező azonban (ahogy említettük is) jelen kutatásban sajnos nem került felmérésre. Nem vizsgáltunk továbbá bizonyos meghatározó pszichológiai és szociodemográfiai tényezőket, amelyek befolyásolhatták a prenatális depresszió értékeit (pl: pszichiátriai kórelőzmény, alacsony jövedelem). Utolsó korlátként pedig megemlítenénk, hogy az életkor változó kivételével nem történt meg a 2. és 3. trimeszterben lévő kismamák összehasonlítása egyéb szociodemográfiai változók tekintetében.

Eredményeink segítséget nyújthatnak a várandósokat gondozó mentálhigiénés szakemberek számára az intrauterin kötődés alacsonyabb szintű prenatális depresszióval és stressz-szel való együttjárása miatt. Amennyiben részletesebb, nagyobb elemszámú kutatásnak sikerül igazolnia az anya-magzat kötődés protektív szerepét a várandósság alatti mentális zavarok tekintetében, abban az esetben annak erősítését szolgáló intervenciók alkalmazása még inkább indokoltá válhat. A szakemberek mellett pedig nem utolsósorban ajánljuk tanulmányunkat a várandós kismamáknak is, akik számára ismeretet nyújthatnak eredményeink a várandósságuk alatti pszichológiai változásokról, jelenségekről.

IRODALOMJEGYZÉK

- Alhusen, J. L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(3), 315-328.
- Alhusen, J. L., Gross, D., Hayat, M. J., Rose, L., & Sharps, P. (2012). The role of mental health on maternal-fetal attachment in low-income women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(6), E71-E81.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *DSM-5 referencia-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó
- Ammaniti, M., Tambelli, R., & Odorisio, F. (2013). Exploring maternal representations during pregnancy in normal and at-risk samples: The use of the interview of maternal representations during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 34(1), 1-10.
- Andreik, E., Hadházi, É., & Kekecs Z. (2015). Az anya-magzat kötődés mérésének lehetőségei. In Kisdi B. (Szerk.) *Létkérdések a születés körül* (pp. 367-394.) Budapest: L'Harmattan Kiadó
- Andreik, A., Hadházi, É., & Kekecs, Z. (2016). Az anya-magzat kötődést mérő Maternal-Fetal Attachment Scale kérdőív magyar nyelvű adaptálása és felhasználásának lehetőségei az ultrahang-kommunikációs vizsgálatok során. *Orvosi Hetilap*, 157(20), 789-795.
- Armstrong, D., & Hutti, M. (1998). Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 27(2), 183-189.
- Belső N. (2006) A perinatális időszak pszichés zavarai (terhesség, szülés, gyermekágy). In C. Molnár E., Füredi J. & Papp Z. (Szerk.) (2006) *Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. (pp. 81-92.) Budapest: Medicina Könyvkiadó
- Belső N. (2017) *Szülés utáni depresszió. Előzmények és következmények*. Budapest: Jaffa Kiadó
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 698-709.
- Brandon, A. R., Pitts, S., Denton, W. H., Stringer, C. A., & Evans, H. M. (2009). A history of the theory of prenatal attachment. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 23(4), 201.
- C. Molnár E. (1996). *Az anyaság pszichológiája*. Budapest: Akadémia Kiadó.
- Condon, J. T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70(4), 359-372.
- Coussons-Read, M. E., Lobel, M., Carey, J. C., Kreither, M. O., D'Anna, K., Argys, L., Ross, R. G., Brandt, C., & Cole, S. (2012). The occurrence of preterm delivery is linked to pregnancy-specific distress and elevated inflammatory markers across gestation. *Brain, behavior, and immunity*, 26(4), 650-659.
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing research*, 30(5), 281-284.
- Cseh A. & Rigó A. (2015). A várnádósság alatti biopszichoszociális változások. In Pápay N. & Rigó A. (Szerk.) *Reproduktív egészségpszichológia*. (pp.41-66.) Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Chou, F. H., Lin, L. L., Cooney, A. T., Walker, L. O., & Riggs, M. W. (2003). Psychosocial factors related to nausea, vomiting, and fatigue in early pregnancy. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 119-125.
- Delaram, M., Jafarzadeh, L., & Shams, S. (2018). The effects of fetal movements counting on maternal-fetal attachment: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 12(5).

- DiPietro, J. A. (2010). Psychological and psychophysiological considerations regarding the maternal–fetal relationship. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 19(1), 27–38.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 1071–1083.
- Glynn, L. M., Wadhwa, P. D., Dunkel-Schetter, C., Chicz-DeMet, A., & Sandman, C. A. (2001). When stress happens matters: effects of earthquake timing on stress responsivity in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(4), 637–642.
- Hadházi É., Andrek A. & Kekecs Z. (2017) Előzetes eredmények egy magyar mintán kidolgozott Intrauterin Kapcsolati Kérdőív méréses tapasztalatairól – pilot study. Az anya-magzat kapcsolat és szülői bánásmóddal való összefüggéseinek vizsgálata. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 18(3), 263–300
- Hedegaard, M., Henriksen, T. B., Secher, N. J., Hatch, M. C., & Sabroe, S. (1996). Do stressful life events affect duration of gestation and risk of preterm delivery?. *Epidemiology*, 7(4) 339–345.
- Hobel, C. J., Goldstein, A. M. Y., & Barrett, E. S. (2008). Psychosocial stress and pregnancy outcome. *Clinical obstetrics and gynecology*, 51(2), 333–348.
- Kennell, J. H., Slyter, H., & Klaus, M. H. (1970). The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *New England Journal of Medicine*, 283(7), 344–349.
- Koniak-Griffin, D. (1994). Aerobic exercise, psychological well-being, and physical discomforts during adolescent pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 17(4), 253–263.
- Lee, A. M., Lam, S. K., Lau, S. M. S. M., Chong, C. S. Y., Chui, H. W., & Fong, D. Y. T. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology*, 110(5), 1102–1112.
- Lobel, M., Cannella, D. L., Graham, J. E., DeVincent, C., Schneider, J., & Meyer, B. A. (2008). Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology*, 27(5), 604.
- Lusskin, S. I., Pundiak, T. M., & Habib, S. M. (2007). Perinatal depression: hiding in plain sight. *The Canadian journal of psychiatry*, 52(8), 479–488.
- Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C., & Barry, K. L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, 12(4), 373–380.
- Mulder, E. J., De Medina, P. R., Huizink, A. C., Van den Bergh, B. R., Buitelaar, J. K., & Visser, G. H. (2002). Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Human Development*, 70(1-2), 3–14.
- Pollock, P. H., & Percy, A. (1999). Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1345–1357.
- Raphael-Leff, J. (2010). *Másállapot – A várandósság pszichológiája*. Budapest: Háttér Kiadó
- Raphael-Leff, J. (2010). Mothers' and fathers' orientations: patterns of pregnancy, parenting and the bonding process. In Tyano, S., Keren, M., Herman, H & Cox, J. (Eds.) *Parenthood and mental health: A bridge between infant and adult psychiatry* (pp. 9–22.) Oxford, England: Wiley-Blackwell
- Sedgmen, B., McMahon, C., Cairns, D., Benzie, R. J., & Woodfield, R. L. (2006). The impact of two-dimensional versus three-dimensional ultrasound exposure on maternal–fetal attachment and maternal health behavior in pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 27(3), 245–251.

- Schwerdtfeger, K. L., & Goff, B. S. N. (2007). Intergenerational transmission of trauma: Exploring mother–infant prenatal attachment. *Journal of Traumatic Stress*, 20(1), 39–51.
- Szemán A. (2009) Integrációs spirálok szerepe az antenatális depresszió létrejöttében. Doktori (PhD) Értekezés. Debreceni Egyetem. Letöltve 2019.03.05. innen: <https://dea.lib.unideb.hu/dea/bitstream/handle/2437/85030/ertekezés.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Tsartsara, E. & Johnson, M. P. (2006). The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal–fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(3), 173–182.
- Tőreki A. (2012). A perinatális pszichopatológiák kialakulását elősegítő pszichoszociális faktorok és szűrési lehetőségeik. Doktori értekezés. Szegedi Tudományegyetem. Letöltve 2019.03.06. innen http://doktori.bibl.u-szeged.hu/1626/2/Toreki_tezisfuzet.pdf
- Tőreki A., Andó B., Keresztúri A., Sikovanyecz J., Dudas R. B., Janka Z., Kozinszky Z. & Pál A. (2013). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and antepartum validation for a Hungarian sample. *Midwifery*, 29(4), 308–315.
- Török Zs. (2015) Posztpartum depresszió. In Pápay N. & Rigó A. (Szerk.) *Reproduktív egészségpszichológia*. (pp.109–132.) Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Van der Zalm, J. E., & Byrne, P. J. (2006). Seeing baby: women's experience of prenatal ultrasound examination and unexpected fetal diagnosis. *Journal of Perinatology*, 26(7), 403–408.
- Wadhwa, P. D., Sandman, C. A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C., & Garite, T. J. (1993). The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 169(4), 858–865.
- Walsh, J., Hepper, E. G., & Marshall, B. J. (2014). Investigating attachment, caregiving, and mental health: a model of maternal-fetal relationships. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 383.
- White, O., McCorry, N. K., Scott-Heyes, G., Dempster, M., & Manderson, J. (2008). Maternal appraisals of risk, coping and prenatal attachment among women hospitalised with pregnancy complications. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(2), 74–85.
- Woods-Giscombé, C. L., Lobel, M., & Crandell, J. L. (2010). The impact of miscarriage and parity on patterns of maternal distress in pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 33(4), 316–328.
- W. Ungváry R. (2008) *A kismama terheskönyve*. Budapest: Sanoma Budapest Könyvkiadás