

Horváth Luca  
védőnő<sup>1</sup>

Dr. Karácsony Ilona PhD.  
egyetemi adjunktus<sup>2</sup>

**Kapcsolattartó szerző:**

Dr. Karácsony Ilona PhD

Levelezési cím:

9700 Szombathely, Jókai utca 14.

Email: [ilona.karacsony@etk.pte.hu](mailto:ilona.karacsony@etk.pte.hu)

Telefon: 94 311 170



# Az antenatális szorongás háttértényezőinek vizsgálata a II. és III. trimeszterben lévő gravidák körében

## Assessment of the background factors of antenatal anxiety among gravidas in the II. and III. trimester

<sup>1</sup>Szombathelyi Egészségügyi és Kulturális Intézmények Gazdasági Ellátó Szervezete, Szombathely (e-mail: [luca990130@gmail.com](mailto:luca990130@gmail.com))

<sup>2</sup>PTE ETK, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Szombathely (e-mail: [ilona.karacsony@etk.pte.hu](mailto:ilona.karacsony@etk.pte.hu))

ORCID-azonosító: 0000-0003-3336-9376

---

### Absztrakt

**Bevezetés és célkitűzés:** Vizsgálatunk során feltártuk a II. és III. trimeszterben lévő várandósok életmódját, mentális egészségi állapotát, kapcsolati rendszereik minőségét.

**Anyag és módszer:** Kvantitatív, keresztmetszeti kutatásunkban II. és III. trimeszterben lévő várandósok (n=540) vettek részt. Szakértői, kényelmi mintavétellel on-line felületen megvalósuló felmérésünk saját szerkesztésű és standard (MSPSS, IBM, STAI Állapotszorongás, EPDS, Pszichoszociális mérőskála) kérdőívek segítségével történt. Adataink elemzéséhez Pearson-, Spearman korrelációt, ANOVA-próbát, t-próbát, chi2 próbát ( $p < 0,05$ ) használtunk.

**Eredmények:** A gesztációs kor növekedése önmagában nem emelte meg a szorongás és a hangulati állapot szintjét illetve annak kialakulásának arányát sem ( $p > 0,05$ ). A magas rizikójú várandósság és a szorongás szint, illetve a pszichoszociális stressz mértéke között összefüggés volt igazolható ( $p < 0,05$ ). A család valamint a jelentősen mások általi társas támogatás és a szorongásszint között gyenge negatív irányú, míg a barátok, illetve a társas támogatás összesített értéke esetében biztos, de gyenge negatív szignifikáns kapcsolatot mutattunk ki ( $p < 0,05$ ). Azoknál a várandósoknál, akiket támogattak a barátaik, kevesebb esetben fordult elő magas szintű szorongás ( $p < 0,05$ ). Társas támogatáson belül nem maga a családi állapot volt számottevő, sokkal inkább annak minősége, az antenatális szorongás szintjét jelentősen növelte a társ csökkenő gondoskodásának a mértéke ( $p < 0,05$ ).

**Következtetés:** A társas támogatás hiánya jelentős mértékben képes befolyásolni a várandósok lelki állapotát negatív irányba. A védőnői munka során sokkal szélesebb körűen kell foglalkozni

a várandósok lelki egészségével, valamint biztosítani kell számukra a pozitív családtervezés lehetőségét. Várandósgondozás során figyelmet kell fordítani a hangulati állapot változásának szűrésére, mellyel elősegíthetjük a korai felismerést, ami a korai kezelés lehetőségét vonja maga után.

*Kulcsszavak: várandós, szorongás, rizikófaktor, társas támogatás*

## Abstract

**Introduction and objective:** In the course of our study we examined the lifestyle, quality of relationship systems and mental state of women in the second and third trimester of their pregnancy. **Participants and method:** Gravidas in their second or third trimester participated in our quantitative, cross-sectional study with targeted, expert sampling method (n=540). An on-line survey with self-administered and standard (MPSS, IBM, STAI, EPDS, Paykel's Psychosocial Scale) questionnaires were used for data collection. Pearson and Spearman's correlation analysis, ANOVA t-test and chi<sup>2</sup>-test were used for analysis (p<0.05).

**Results:** In itself, the increase in gestational age alone increased neither the level of anxiety and mood, nor the rate of its development (p> 0.05). There was a correlation between high-risk pregnancy and anxiety levels as well as the extent of psychosocial stress (p <0.05). There was a weak negative significant relationship between the social support from the family and from significant others and the level of anxiety, while in the case of the total value of friends' support and social support, a definite but weak negative significant relationship could be shown (p <0.05). Pregnant women who were supported by their friends had a lower incidence of high levels of anxiety (p <0.05). Within social support, the marital status itself was not significant, but rather its quality, the level of antenatal anxiety was significantly increased by the degree of decreasing care of the partner (p <0.05).

**Conclusion:** The lack of social support could negatively affect the mental health of gravidae. Mental health of pregnant women should be dealt with greater importance by health visitors, also the possibility of positive family planning must be ensured by them. Screening for mood changes should also be done within pregnant care, to be able to diagnose them early and start timely treatment

*Keywords: pregnant, anxiety, risk factor, social support*

---

## Bevezetés

A szülés utáni depresszió az elmúlt évtizedekben növekvő figyelmet kapott. Ez részben annak a tévhitnek a következménye, hogy korábban a nőket a várandósság alatt hormonálisan védettnek gondolták a pszichológiai zavarokkal szemben. A közelmúltban végzett tanulmányok azonban azt mutatták, hogy a szorongás és a depressziós tünetek gyakorisága magasabb a várandósság alatt, mint a szülés utáni időszakban, kiemelve az antenatális mentális egész-

ségügyi problémák jelentőségét. A szülés előtti mentális egészségügyi problémákat sokkal kevésbé ismerik fel, mint a szülés utáni időszakban (Lee et al., 2007). Bár számos tanulmány becsülte meg az antenatális depresszió és szorongás gyakoriságát, pl: Chan és munkatársai kutatásában (n=298) 17,7%, (Chan et al., 2013) Giardinelli és munkatársai vizsgálatában (n=590) 20,5%, (Giardinelli et al., 2012) Bhushan és munkatársai felmérésében (n=480)

27%, (Bhushan et al., 2020) Cena és munkatársai vizsgálatában (n= 1142) 24,3 % (Cena et al., 2020) volt a szorongás mértéke a várandósság alatt. Chua kutatásában (n=634) a magas szintű antenatális szorongás prevalenciája 29,5% (95% CI 25,6% -33,6%) és az incidenciája 13,9% (95% CI 9,9% -18,0%) volt. A szorongás 17,0%-ban volt állandó (95% CI 14,3%-20,2%), és 26,3%-ban átmeneti (95% CI 23,1%-29,9%). Csak a tartósan szorongó várandósoknak volt magas a második trimeszterben mért szorongás szintje. Az állandó szorongás esélye 29%-kal (95% CI 24%-35%) nőtt abban az esetben, ha a szorongás már az első trimeszterben is jelen volt, és 36%-kal csökkent (95% CI 7%-56%) akkor, ha a várandós felsőfokú végzettséggel rendelkezett (Chua et al., 2018). Kevés tanulmány vizsgálta ezeknek a mentális zavaroknak az anyára, illetve a szülészeti kimenetelre gyakorolt hatását. Összefüggést találtak az antenatális depresszió és szorongás, valamint az újszülöttre nézve káros szülészeti kimenetelek között, mint például a koraszülés, és a gesztációs korhoz képest kisebb, dysmatur újszülöttek világrajövele (Andersson et al., 2004). A koraszülöttek, kis súlyú újszülöttek vagy fejlődési rendellenességgel születettek édesanyái nagyobb mértékben éltek meg stresszt a várandósság alatt. A várandósság alatti distressz a születendő gyermekre is kifejtheti negatív hatását (Balatoni et al., 2018). Azok a várandósok, akiknél szorongásos tüneteket diagnosztizáltak, szignifikánsan alacsonyabb születési súlyú csecsemőket hoztak világra (p<0,03) (Grigoriadis et al., 2018). A szülés előtti anyai szorongás szignifikánsan alacsonyabb szoptatási esélyekkel jár (p<0,01) (Grigoriadis et al., 2019). A perinatális szorongás, a várandósság pszichés zavarainak negatív szülészeti, neonatális következményei az újszülöttek perinatális kimeneteli eredményein is látszanak, ezért a rizikócsoportok gondozása kiemelt népegészségügyi feladat (Balaton et al., 2020). Kétségtelen, hogy a szorongás és a depresszió a várandósság alatt bizonyos kockázatos egészségügyi magatartásokhoz kapcsolódik, mint például a nem megfelelő táplálkozás

és higiénia, a szülés előtti gondozás vagy az orvosi ajánlások követésének motivációjának hiánya, valamint a dohányzás és/vagy az alkohol és kábítószer-visszaélés, amelyek mindegyike a várandósság negatív kimenetelét okozza (Sabri et al., 2015). A korábbi negatív életesemények száma, különösen, ha azok a terhesség előtti két évben történtek, illetve az alacsony szocioökonómia státusz anyai vonatkozása összefüggést mutat a születés előtti szorongással és depresszióval (Verbeek et al., 2019). Szignifikánsan nagyobb a szorongás kockázata az alacsony iskolai végzettségű (p<0,05), a munkanélküli (p<0,05) és az anyagi problémákkal küzdő terhes nőknél (p<0,05). Ezenkívül a várandós nők nagyobb szorongást tapasztalnak, ha nem volt tervezett a várandósság (p<0,05), a kórelőzményükben szerepelt abortusz (p<0,05), és ha már volt idősebb gyermekük (p<0,05) (Cena et al., 2020). A párkapcsolati erőszak (AOR 2,48, 95% CI 1,41–4,33), nem tervezett terhesség (AOR 1,53, 95% CI 1,28–1,83), férfi nemi preferencia (AOR 3,06, 95% CI 1,40–6,72) és a rossz kapcsolat a közeli rokonsággal (AOR 2,69, 95% CI 1,25–5,80) szignifikáns együttes járást mutat a születés előtti depresszióval/szorongással (Insan et al., 2022). Henderson és mtsai. tanulmányában a szülés előtti szorongásról a nők (n=5332) 14%-a, szülés utáni szorongásról pedig a nők 5%-a számolt be. A szülés előtti szorongás összefüggésbe hozható a fiatalabb életkorral, az etnikai státusszal, az egyedülálló gyermekvállalással, a hátrányos szociális helyzettel, a nem kívánt terhességgel és a krónikus egészségügyi problémákkal (Henderson et al., 2013). Ali és munkatársai kutatása is feltárta, hogy a fiatal anyai életkor, a nők alacsonyabb iskolai végzettsége, a párok alacsonyabb jövedelme, a stresszes életesemények és a munkanélküliség összefüggésbe hozható a születés előtti depressziós tünetekkel (Ali et al., 2012). Ha mindehhez a történésekhez érzelmi és társas támasz hiánya társul, illetve a szociális és anyagi biztonság is sérül, akkor a depresszió kialakulásának esélye hatványozottan emelkedik. Szabó és munkatársai metaanalízisre épülő tanulmánya is megerősíti,

hogy a társas támogatottság, mint protektív tényező szerepet játszhat az egészség megőrzésében és a felépülésben egyaránt (Szabó et al., 2011), valamint befolyásoló hatással bír az élettartamra (Pressman et al., 2007), a szerfogyasztás leszokási folyamatára is (Bischof et al., 2007). A várandósság alatti szorongás szignifikánsan ( $p < 0,05$ ) megemeli a szülés utáni depresszió (PPD posztpartum depresszió) kockázatát a szülést követő 1-3 hónapban (Grigoriadis et al., 2019). A fel nem ismert, vagy szövődményeket okozó, anyai hangulatzavar kihat az egész család életére, a személyközi kapcsolatokra, sőt a gyermek későbbi érzelmi, pszichológiai fejlődésére, magatartására is (Bacsó et al., 2018).

## Anyag és módszer

2020-ban folyó kvantitatív, keresztmetszeti kutatásunkban II. és III. trimeszterben lévő várandósok ( $n=540$ ) vettek részt. Kutatásunk során a saját szerkesztésű kérdőívünk mellett az alábbi standard kérdőíveket alkalmaztuk: A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás (MSPSS) Kérdőív (Papp-Zipernovszky et al., 2017), Intim kötődés Mérése kérdőív - Intimate Bond Measurement (IBM) (Hadházi et al., 2019), STAI Állapotszorongás skála (Arany et al., 2017), EPDS skála (Altörjai et al., 2014), Pszichoszociális mérőskála várandósok számára (Sümegei). Beválasztási kritériumnak tekintettük a II. és III trimeszterben lévő várandósságot, illetve a várandósgondozáson

## Eredmények

A vizsgálatban résztvevő nők átlag életkora 30,64 év ( $SD= 4,72$  min=18 max=46) volt. A lakóhely típusát tekintve a gravidák 34,44%-a élt megyeszékhelyen, 47,41%-a városban és 18,15%-a élt faluban vagy községben. A megkérdezettek közül 60,93%-uk rendelkezett főiskolai vagy egyetemi végzettséggel, 32,78%-uk szakközépiskolai vagy gimnáziumi tanulmányokat végzett, 4,81%-uk szakiskolát vagy szakmunkásképzőt végzett valamint 1,48%-uk általános iskolai ismeretekre tett szert.

## Kutatási cél

Kutatásunkban az antenatális szorongás prediktív faktorait kívánjuk kutatni. Legfőbb célunk közé tartozik a felmérés során, hogy megvizsgáljuk a társas, partneri kapcsolatok minősége, esteleges hiánya okozhat-e a várandósság során szorongást. Vizsgáljuk a szorongás szintjének a mértékét és a gesztációs kor közötti párhuzamot. Célunk a kutatás során megállapítani, hogy a várandósgondozási team tagjainak empátiás hozzáállása csökkenti-e a várandósság ideje alatt kialakuló szorongás mértékét, valamint a magas rizikójú várandósok körében milyen gyakorisággal fordul elő az antenatális szorongás.

való részvételt. Kizárási kritériumként határoztuk meg az I. trimeszterben lévő várandósságot, valamint a kutatás ideje alatt is fennálló pszichiátriai kezelést. A célcsoporton belüli, egyszeri, szakértői, kényelmi mintavétellel megvalósuló kutatásunk on-line felületen célcsoport specifikus internetes portálokon történt. Adataink elemzéséhez leíró statisztikát, Pearson-féle korrelációt illetve Spearman-féle korrelációt, Chi2 próbát, t-próbát, ANOVA-próbát ( $p < 0,05$ ) alkalmaztunk. Statisztikai próbák kivitelezéséhez Microsoft Excelt illetve SPSS 22-es verzióját használtuk (Karamánné Pakai et al., 2014, Pakai et al., 2013).

A mintába beválasztott várandósok családi állapotát is megvizsgáltuk. A nők 0,37%-a egyedülálló, 3,70%-a kapcsolatban volt, de nem élettársi viszonyban. A megkérdezettek 11,67%-uk élettársi viszonyban, 84,26%-uk házasságban élt az adatfelvétel idején. Vizsgáltuk a várandósok szociális helyzetét. Megkértük őket, hogy értékeljék a saját maguk és párjuk, illetve családjuk által keresett havi jövedelmet. A gravidák 75%-a azt nyilatkozta, hogy meg vannak elégedve havi jövedelmükkel, hónap végén tudnak

félre tenni belőle. 23,52% szerint a hónap végére elfogy, illetve 1,48%-nak sokszor a havi minimumokra sem elég.

Fontosnak tartottuk feltárni a gravidák életmódját. Ehhez kapcsolódóan három lényeges témakört ragadtunk meg. Ilyen volt a dohányzási szokások, alkoholfogyasztás, illetve a BMI alakulása várandósság kezdetén és jelen pillanatban. A várandósok 4,81%-a rendszeresen dohányzik, 20,37%-a a várandósság előtt leszokott és 74,81%-uk nem él ilyen élvezeti cikkel. Az alkoholfogyasztásra történő kérdéseinkre, azokat az eredményeket kaptuk, hogy a várandósok 6,30%-a fogyaszt néha alkoholt valamint 93,70%-uk nem fogyaszt alkoholt várandóssága alatt. BMI kategóriák értékelése során a várandósság kezdetén a nők 5,74%-a sovány kategóriába, 52,96%-a normál kategóriába, 26,30%-a túlsúlyos, illetve 15%-a az elhízott kategóriába volt sorolható. A kérdőív kitöltésekor a gravidák 0,37%-a esett a sovány kategóriába, 28,52%-uk volt normál testalkatú, 42,78%-uk volt túlsúlyos és 28,33%-uk az elhízott csoportba tartozott. A BMI kategorizálását a WHO szerinti csoportosítás alapján végeztük.

A megkérdezett várandósok közül 9,26%-uknak nem volt tervezett a várandóssága. Kutatásunk során kíváncsiak voltunk a gravidák és az egészségügyi ellátórendszer kapcsolatára. Számításaink alapján a szülész-nőgyógyász szakorvos első felkeresése átlagosan a várandósság 6,50 hetében történik (SD= 1,92). A legkorábbi felkeresés 1 hetes, míg a legkésőbbi 22 hetes várandóssági korban történt. A védőnő első felkeresése átlagosan 9,78 hétre tehető (SD= 2,79). Az eredmények azt mutatják, hogy a legkorábban 4 hetes korban illetve legkésőbb 35 hetes korban történt meg a védőnő felkeresése. A megkérdezett várandósok 32,41%-a részt vett szülésznő által végzett tanácsadáson is.

A szorongás szint vizsgálatához STAI Állapotszorongás skálát alkalmaztuk. Ennek a 20 ítemes mérőszköznek a segítségével a szorongásra való hajlamot mértük. A kitöltés során minimum 20, maximum

80 pontot lehet elérni. A skála pontjait összesítettük, melynek átlaga 41,57 pont (SD= 8,66 min=23 max=69) volt. Az összesített pontszámokat kategorizáltuk, mely során három csoportot tudtunk kialakítani. Az alacsony szorongás szintű csoportba tartoztak azok, akiknek az összpontszáma 0-35,2 között volt. Számolásaink alapján a várandósok 27%-a tartozott ebbe a csoportba. Közepes szorongás szintet állapítottunk meg a várandósok 59%-ánál. Ebben a csoportba azok kerülhettek, akiknek az összpontszáma 35,2-51,6 közé esett. A várandósok 13%-ánál fordult elő magas szorongás szint, mely csoportnak a ponthatárai 51,6-80 pont közé voltak besorolhatók. Társas támogatás kapcsán fontosnak tartottuk megvizsgálni a barátok hozzáállását a jelen várandóssághoz. A válaszadók 90,19%-a azt nyilatkozta, hogy barátaik velük együtt örülnek és várják az újszülöttet. 5%-uk semlegesnek és közömbösnek találja a barátaik hozzáállását. A várandósok 0,93%-ának a barátaik úgy gondolják, hogy meggondolatlan döntést hozott, valamint 3,89% úgy érzi, hogy a várandósságából kifolyólag eltávolodtak tőle a barátaik. A barátok hozzáállását és a gravidák szorongás szintje közti kapcsolatot tovább számoltuk matematikai statisztikai  $\chi^2$  próbával. Számolásunk alapján ebben a kérdésben szignifikancia volt kimutatható ( $\chi^2= 18,02$   $p<0,001$ ). Eredményeinkből adódóan kijelenthetjük, hogy a barátok várandóssághoz való hozzáállása befolyásolja, csökkenti a nagyobb arányú szorongás kialakulását, illetve az általános szorongás szintet. Azoknál a várandósoknál, akiket nem támogattak a barátaik, nagyobb arányban jelent meg a magasabb szorongás szint (18,18%), mint a közepes mértékű szorongás (3,96%). Társas támogatás vizsgálata során rákérdeztünk a család (szülők) hozzáállására a várandóssághoz. A mintában szereplő nők 95,19%-a úgy gondolja, hogy velük együtt örülnek és várják az újszülött érkezését. A várandósok 2,22% érzi semlegesnek, közömbösnek a család (szülők) hozzáállását. A minta 2,59%-a nem érzi biztosnak a család örömét, amit mutatnak.

Feltételeztük, hogy a társas támogatás hiánya együtt jár nagyobb arányú és magasabb általános szorongásszinttel, melynek igazolásához segítségünkre volt a Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív, valamint az Intim kötődés Mérése kérdőív. Az MPSS kérdőív értékelése során kapott értékeket minden kitöltőnél személyenként összesítettük, melyet a társas támogatás összesített csoportnak neveztünk el ( $M=44,71$   $SD=7,65$   $min=10$   $max=50$ ). Ezt követően elkülönítettünk 3 csoportot a kérdőív kérdései alapján a családra ( $M=17,65$   $SD=3,5$   $min=4$   $max=20$ ), barátokra ( $M=12,8$   $SD=3,08$   $min=3$   $max=15$ ) és a jelentősen másokra ( $M=14,27$   $SD=2,1$   $min=3$   $max=15$ ) vonatkoztatottan. Az IBM esetében a személyenként történő pontszámok összesítésén kívül 2 csoportot alakítottunk ki, melyek a gondoskodás

( $M=31,45$   $SD=5,64$   $min=4$   $max=36$ ) és kontroll ( $M=7,85$   $SD=6,26$   $min=1$   $max=6,26$ ) dimenziót fejezik ki a kapcsolaton belül. Társas támogatás szorongásszinttel való kapcsolatát Pearson-féle korrelációs számításal elemeztük. A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív családi támogatásra ( $r= -0,260$   $p < 0,001$ ) és jelentősen másokra ( $r= -0,168$   $p < 0,001$ ) vonatkoztatott értéke, valamint a szorongásszint között gyenge negatív irányú szignifikáns kapcsolat látható. A barátok összesített pontszámai ( $r= -0,368$   $p < 0,001$ ), valamint a társas támogatás összesített értéke ( $r= -0,313$   $p < 0,001$ ) (1.ábra) és a szorongás mértéke biztos, de gyenge negatív irányú összefüggését mutatott. A társas támogatás értékének növekedése csökkenő szorongás értékekkel párosult, legjelentősebben a barátok támogató ereje korrelált

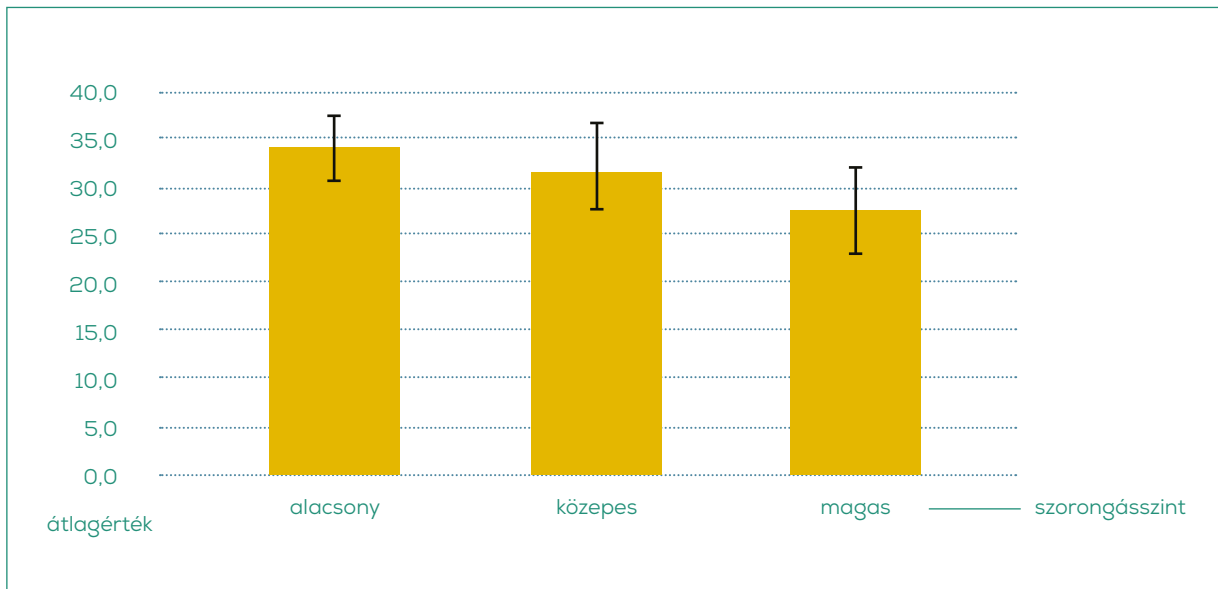
1. ábra: A társas támogatás összesített értéke és a szorongásszint közti kapcsolat  $n=540$



Az Intimate Bond Measurement kérdőív pontszámainak összesített gondoskodásra vonatkoztatott adatait is összehasonlítottuk a szorongásszint értékeivel. A párkapcsolatban megjelenő intim kötődés gondoskodó faktorának emelkedése jelentősen csökkenő szorongásszinteket prezentált (az intímkötődés gondoskodás alkála átlagértékei alacsony  $M=33,72$  kö-

zepes  $M=31,47$  magas szorongás szint  $M=26,67$  esetében  $F(2,537)43,742$   $p < 0,001$  - 2. ábra), ezzel szemben a kapcsolatban megjelenő egyre erőteljesebb kontroll (az intim kötődés kontroll alkála átlagértékei alacsony  $M=5,5$  közepes  $M=7,83$  magas szorongás szint  $M=12,39$  esetében  $F(2,518)31,558$   $p < 0,001$ ) emelkedő szorongás értékeket tükrözött.

2. ábra: Intim kötődés gondoskodás alskála átlagértékei a szorongás szint alapján csoportosítva n=537



Feltételeztük, hogy a várandósgondozási team tagjainak kevésbé empatikus hozzáállása növeli az antenatális szorongást. A védőnő, szülész-nőgyógyász szakorvos, illetve a szülésznő hozzáállására és segítőkészségére utaló Likert skála típusú saját szerkesztésű kérdések eredményeit összesítettük, illetve a szakemberek hozzáállását és segítőkészségét egymástól elkülönítve is értékeltük a szorongás szint kapcsolatával. A várandósgondozási team összesített hozzáállása és segítőkészsége, valamint a szorongás mértékének növekedése között egy negatív irányú, biztos, de gyenge kapcsolatot láthatunk ( $r = -0,16$   $p < 0,001$ ). Várandósgondozás során a védőnő hozzáállása és az általa nyújtott segítőkészség és a szorongás szint növekedése között egy negatív irányú gyenge, majdnem elhanyagolható kapcsolat volt mérhető ( $r = -0,108$   $p < 0,001$ ).

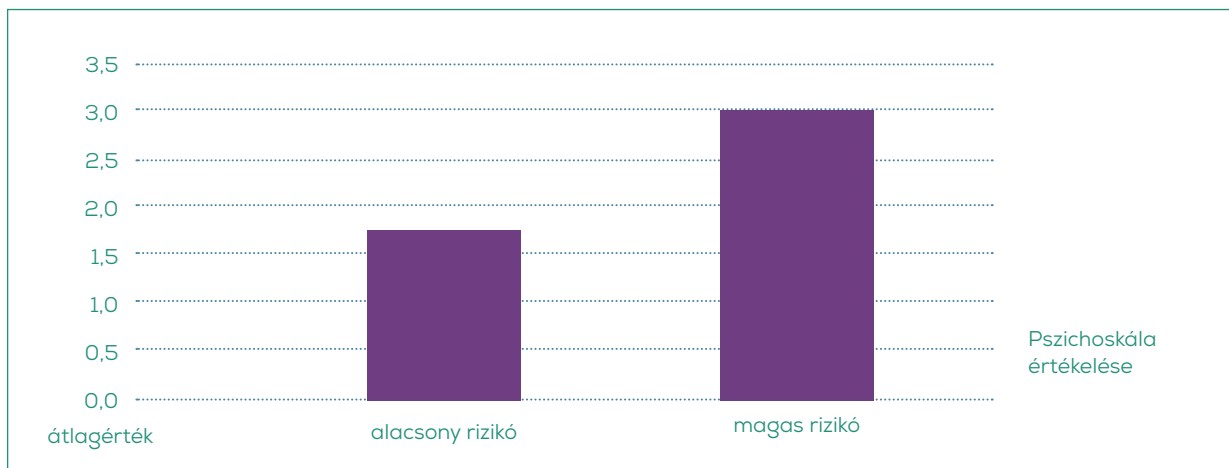
Kutatásunk során vizsgáltuk a családban felmerülő genetikai betegségek előfordulását. A válaszadók 12,22 %-a igennel, valamint 87,78% válaszolt nemmel. Rákérdeztünk a várandósság során kialakult cukorbetegségekre. A gravidák 17,59%-ánál alakult ki cukorbetegség, 82,41%-tól nemleges választ kap-

tunk. Megkérdeztük a várandóssokat, hogy tudnak-e olyan szív-érrendszeri betegségről, esetleg magas vérnyomásról, amely már a várandósság előtt is fennállt. A gravidák 5,71%-a igennel, 94,26%-a nemmel válaszolt. Vizsgáltuk, hogy fordult-e elő a gravidáknál, vagy a családban a szülés időszaka körüli halálozás. A várandóssok 14,07%-a igennel, 85,93%-a nemmel válaszolt. Kérdőívünkben vizsgáltuk, hogy a várandóssoknak korábban hány várandóssága volt sikeresen befejezett élveszületés, melynek átlaga 0,44 (SD= 0,78 min=0 max=6). Vizsgáltuk azt is, hogy a sikeresen befejezett élveszületések számából mennyi volt koraszületés, melynek átlaga 0,03 (SD= 0,19 min=0 max=2). A várandóssok 41,76%-ának volt spontán vetélése. A spontán vetélések alkalmának átlaga 0,53 (SD= 0,70). Mintánkban szerepelt olyan várandóss, akinél még nem fordult elő, viszont volt olyan is, akinél már három alkalommal bekövetkezett spontán vetélése. A várandóssok 49,36%-ának történt művi úton vetélése. A vizsgált mintánkban szereplő várandóssok korábbi művi vetéléseinek átlaga 0,62 (SD= 0,77 min=0 max=5). A várandóssok 14,16%-ának már előfordult korábbi születei során negatív születeseti

esemény. Feltételeztük, hogy a magas rizikóval gondozott gravidák között nagyobb gyakorisággal fordul elő pszichoszociális kockázatokból eredő szorongás és az antenatális szorongás. A magas rizikó megállapítását úgy tettük, hogy összeadtuk a magas rizikó faktorba tartozó tényezők előfordulási gyakoriságát (40 éve feletti életkor, dohányzás, alkoholfogyasztás, 4 vagy efeletti gyermekek száma, 30 feletti BMI érték, 14 hétnél későbbi várandósgondozásba vétel ideje, az előző terhesség(ek) és/vagy szülés(ek) során előfordult szövődmények és a várandósság előtt ismert vagy a grávida állapotának felmérése során felismert betegségek). A rizikótényezők összesítése során a legtöbb rizikótényező, ami előfordult 6 volt (átlag=1,74 SD=1,00). A gravidák 39,81%-a magas rizikóval gondozott várandós volt. A pszichoszociális kockázatokból eredő szorongást a Paykel-féle életeseemény kérdőívvel mértük, ami egy 25 ítemes skála. A megkérdezett az „Előfordult-e” című oszlopban

jelöli a számára igaz állításokat. Az „Érzelmi hatás” című oszlopban pedig jelölnie kell, hogy az adott állítás, melyre igennel válaszolt, milyen érzelmi hatást váltott ki 6-os Likert skálán pontozva. Minden állításnak van egy súlyszáma. Amennyiben a várandós „igen-nel” válaszol, az általa megjelölt érzelmi hatást össze kell szorozni a súlyszámmal, majd a kapott szorzatokat összegezni kell. A súlyszámokat a skála értékelője ismerteti. A jelen mintában az átlag pontszám 10,10 pont volt (SD=14,08 min=0 max=101). A várandós, ha a mérőskálán eléri az 50 pontot, magas rizikójú csoportba tartozik, ami a minta 2,79%-át érintette. Vizsgálatunk eredményei alapján elmondhatjuk, hogy a magas rizikójú várandósok esetében gyakrabban fordul elő pszichoszociális okokból eredő szorongás ( $t(339)=-4,784$   $p<0,001$ ) (3. ábra). Valamint a magas rizikójú gravidák szorongásra való hajlama emelkedő tendenciát mutat. ( $F(2,341)(3,744$   $p=0,025)$ ).

3. ábra: A rizikófaktorok átlagértékei a pszichoszociális skála kategorizációja alapján n=339



Feltételeztük, hogy a gesztációs kor növekedésével párhuzamosan emelkedik a szorongás és a depresszió szintje is. A bizonyításhoz szükségünk volt még a STAI Állapotszorongás skála és az EPDS skála (Edinburgh Postnatal Depression Scale) alkalmazására. Az EPDS kérdőív 10 kérdésből áll, melyek a megelőző hét hangulati állapotát mérik fel várandósok és gyermekágyas édesanyák körében. Minden állítást négyfokú skálán (0-3) lehet pontozni. Az EPDS

skála pontszámait összesítettük, ez alapján az átlag 6,98 (SD= 4,79). A skálát kitöltő várandósok válaszai alapján a legkisebb összpontszám 0, a legnagyobb pedig 26 pont volt. Az összesített skála értékelésén túl két csoportot alakítottunk. Első csoportba tartoztak azok, akik nem igényelték szakember segítségét, a második csoportba pedig azokat soroltuk, akiknek szüksége van szakember segítségére (11,85%). Az adataink vizsgálatát Pearson-féle korrelációs számítással végeztük el.



Eredményeink alapján a gesztációs kor növekedése és a szorongás szint növekedése között nem volt kimutatható kapcsolat ( $r = -0,028$   $p = 0,52$ ). A gesztációs kor növekedése, valamint az EPDS skála összesített

pontszáma között sem volt megfigyelhető összefüggés ( $r = 0,004$   $p = 0,92$ ).

A következő I. számú táblázat a megkérdezettek vizsgált mentális egészségi állapot mutatóit foglalja össze.

I. táblázat: Az esetcsoport mentális egészségi állapotának mutatói  $n = 540$

STAI Állapotszorongás	relatív gyakoriság
alacsony	27,22
közepes	59,44
magas	13,33
<b>Pszichoszociális mérőskála várandósok számára</b>	
nem magas rizikó	97,21
magas rizikó	2,79
<b>EPDS skála</b>	
nem igényel szakember segítségét	88,15

Kutatásunk során korrelációs számítás segítségével együtt járást bizonyítottunk a Paykel életesemény kérdőív emelkedő értékei és az EPDS skála mért adatai

( $r = 0,302$   $p < 0,001$ ) illetve a szorongásszint ( $r = 0,328$   $p < 0,001$ ) között. A növekvő EPDS értékek emelkedő szorongásszinttel párosultak ( $r = 0,765$   $p < 0,001$ ).

## Megbeszélés, következtetés

Kutatásunk során a II. illetve III. trimeszterben lévő várandósok antenatális szorongásának háttértényezőit tártuk fel. Szorongás szintet emelő rizikótényezőnek gondoltuk a magas rizikóval gondozott várandósságot, az alacsony társas támogatást.

Mintánkban a megkérdezettek közül, azok aránya, akik magas szorongás szinttel rendelkeztek közelített nemzetközi tanulmányban tapasztaltakhoz (Giardnelli et al., 2012, Henderson et al., 2013, Chan et al., 2013). A Paykel féle életesemény skálán mért magas rizikóba sorolhatók aránya viszont a kutatásunkban megkérdezett gravidák körében alacsonyabb értéket mutatott (2,9%), mint hazai kutatási adatok (7,5%) (Balatoni et al., 2018).

Eredményeink alapján a barátok pozitív irányú hozzáállása a várandóssághoz csökkenti az általános szorongás szintet valamint a nagyobb arányú szoron-

gás kialakulását. Azoknál a várandósoknál, akiket támogattak a barátaik, kevesebb esetben fordult elő magas szintű szorongás ( $p < 0,05$ ). A család, valamint a jelentősen mások általi társas támogatás és a szorongásszint között gyenge negatív irányú, szignifikáns kapcsolatot mutattunk ki ( $p < 0,05$ ). A párkapcsolat intim kötődés kontroll skálája, és a szorongás szint mértéke között pozitív irányú, biztos, de gyenge kapcsolatot figyelhetünk meg ( $p < 0,05$ ). Társas támogatáson belül nem maga a családi állapot volt számottevő, sokkal inkább annak minősége, az antenatális szorongás szintjét jelentősen növelte a társ csökkenő gondoskodásának a mértéke ( $p < 0,05$ ). Eredményeink megerősítik a természetes emberi közösségek fontosságát, hiszen azok nagymértékben hozzájárul(hat)nak a társas támogatottságon (vagy legalábbis annak szubjektív érzetén) keresztül a biztonságérzet erősö-

déséhez, ami alacsonyabb szorongásszintet eredményez. A koronavírus harmadik hullámában végzett kutatás adatai is a családi kapcsolatok és párkapcsolatok jelentőségére hívják fel a figyelmet, amelyek a karantén, valamint a szociális távolságtartás ideje alatt szorosabbá váltak és csökkent azoknak a száma, akiknek elhidegülték a kapcsolataik (Bíró-Nagy et al., 2021).

A gyermeket váró párok az új családjukban számos ismeretlen helyzettel, nehézséggel kell, hogy szembesüljenek, ami megviselheti a párkapcsolatot. A pár- és családi kapcsolatokon dolgoznia kell a családtagoknak (Soósné Kiss, 2014a). Fontos lenne a kedvezőtlen tendenciákat mérsékelni, megállítani, a kedvezőeket, a védőtényezőket pedig erősíteni, növelni (Karácsony, 2018.), melynek megvalósításában nagy jelentősége lehet a családon belüli pozitív mintáknak is (Hideg, 2020, Hideg, 2021.). A várandósok szorongás szintjének a mértékét leginkább a férjük/élettársuk/párjuk által nyújtott támogatás határozta meg. Több nemzetközi kutatásban is bizonyították, hogy a férj csökkenő társas támogatása a várandósság alatt, szorosán kapcsolódott a rossz anyai pszichoszociális állapothoz, és a magasabb szorongás szinthez ( $p < 0,05$ ) (Din et al., 2016, Grigoriadis et al., 2019, Insan et al., 2022). Hazai szakmai tapasztalatok alapján, a családalapítás „útvesztőiben” könnyű eltévedni, az elaka-

dások megelőzésére azonban vannak hatékony módszerek (Soósné Kiss, 2014b). Fontos, hogy a harmonikus párkapcsolat megteremtésén mindkét fél együtt (párban), aktívan dolgozzon (Soósné Kiss, 2014a), az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek a változó családalapítási tendenciákból fakadó feladatokra is fókuszálva (Soósné Kiss, 2009a), primer prevenció szemlélettel (Soósné Kiss, 2014c), a speciális szükségletű várandósokra és családjukra külön odafigyelve (Hodozsó, K. et al, 2013) is végezzék a munkájukat. Szakemberként – ezek várható szorongáscsökkentő hatása miatt is – mi is fontosnak tartjuk a fentieket.

A várandósgondozási team társas támogatása ( $p < 0,05$ ) hatással volt a várandósok szorongás szintjére, míg a védőnő hozzáállása és segítőkészsége ( $p < 0,05$ ) kisebb mértékű szorongás szinttel járt együtt, de a szülész-nőgyógyász szakorvos ( $p > 0,05$ ) és a szülésznő ( $p > 0,05$ ) ellátása esetében ez már nem volt bizonyítható.

A magas rizikójú gravidák szorongásra való hajlama emelkedő tendenciát mutat. Eredményeink alapján elmondhatjuk, hogy a magas rizikójú várandósok esetében gyakrabban fordul elő pszichoszociális okból eredő szorongás ( $p < 0,05$ ), mint ahogy Henderson és munkatársai, valamint Gourounti és munkatársai tanulmányában (Henderson et al., 2013, Gourounti



## BUDAPESTI SZÁLLÁS LEHETŐSÉG

\*\*\* csillagos szállodákban

Csoportok és egyéni vendégek részére

Rövidebb és hosszabb távra

CENTRAL SALES KFT

sales@centralsales.hu · Tel.: 0630 382 2267 vagy 0670 316 8784

et al., 2013). A gesztációs kor növekedése, a szülés időpontjához való közeledés, viszont mintánkban nem befolyásolta a várandós nők szorongás szintjének mértékét ( $p > 0,05$ ). Ebben hatalmas szerepe lehet az egészségügyi ellátórendszernek, hiszen a szülész-nőgyógyász szakorvosoknak, védőnőknek és szülésznőknek köszönhetően a várandósoknak lehetőségük nyílik szülésre felkészítő tanfolyamokat, illetve szoptatásra felkészítő tanfolyamokat igénybe venni. A tanfolyamokon való részvételt követően csökkenhetnek a várandósok kétségei, félelmei a szülés, illetve a gyermekágyas időszak tekintetében.

Jelen kutatási eredmények is azt igazolják, hogy a védőnői munka során sokkal szélesebb körűen kell foglalkozni a várandósok lelki egészségével, valamint biztosítani kell számukra a pozitív családtervezés lehetőségét a magas rizikójú várandósságok kialakulása, illetve a terhességmegszakítások számának csökkentése érdekében.

Nemzetközi gyakorlat alapján a képzett szociális egészségügyi aktivisták munkáját (ASHA Accredited Social Health Activists) nagyra értékelik, mert hozzájárulnak az anyák egészségügyi oktatásához, és a reprodukív korú nőket összekapcsolják az egészségügyi szolgáltatásokkal, így fontos szerepet játszanak abban, hogy szociális támogatást nyújtsanak a várandós nőknek, különösen azoknak, akik a leginkább ki vannak téve az antenatális szorongásnak (Bhushan et al., 2020). A hazai szakirodalomban, már ennél korábban (2002-ben) is találunk utalást az első gyermeket váró

szülők szakmai támogatása tekintetében a szociális és az egészségügyi szakemberek közös felelősségére vonatkozóan (Soósné Kiss, 2002). Véleményünk szerint, ez a jövőben is fontos feladat.

A várandósokkal történő foglalkozás tekintetében a védőnők mindig is elsődleges szerepet játszottak hazánkban a várandós- és családgondozásban (Soósné Kiss, 2009b), mindemellett a védőnő által végzett családlátogatások keretében elengedhetetlen feladat megvizsgálni a várandós családon belüli, illetve családon kívüli kapcsolatrendszerét, ebből következően a várandós társas támogatottságára. Az első és legfontosabb feladat az antenatális szorongás és depresszió elkerülése, illetve korai felismerése, a prevenció, mely megtörténhet egyéni és csoportos szinten egyaránt. A várandós ellátás team tagjai az orvosok mellett a védőnők, a szülésznők a praxisközösségek esetében a kiterjesztett hatáskörű ápolók is lehetnek, akik képesek egészségterv készítésére, a gravidák egészségi állapotának monitorizálására (Ujváriné Siket et al., 2019).

A várandósgondozás során kiemelt figyelmet kell fordítani a szorongás, illetve depresszió szűrésére minden várandós esetében. A szűréssel elősegítjük a korai felismerést, mely a korai kezelés lehetőségét vonja maga után. Az egészségügyi szakembereknek támogatónak, elfogadónak, empátikusnak, segítőkésznek és hitelesnek kell lenni, hiszen ezzel nyerheti el a gondozottak teljeskörű bizalmát.

#### Szerzői munkamegosztás:

Horvát Luca: a koncepció kidolgozása, irodalomkutatás, statisztikai elemzés, szövegírás

Dr. Karácsony Ilona PhD: szövegírás, statisztikai elemzés, szakértés, szerkesztés. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta

## Felhasznált irodalom

- Ali, S. N., Azam, S. I., Ali, S. B., Tabbusum, G., & Moin, S. S. (2012). Frequency and Associated Factors for Anxiety and Depression in Pregnant Women: A Hospital-Based Cross-Sectional Study. *The Scientific World Journal*, 12, 1-9. doi: 10.1100/2012/653098
- Altorjai, P., Fogarasi, A., & Kereki, J. (2014). Edinburgh Postnatalis Depresszió Skála (EPDS) kérdőív. In: Altorjai, P., Fogarasi, A., & Kereki, J. Gyermek-alapellátási útmutató a 0-7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez 246-249. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Andersson, L., Poromaa-Sundström, I., Wulff, M., Åström, M., & Bixo, M. (2004). Implications of Antenatal Depression and Anxiety for Obstetric Outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 104.(3.), 467-476. doi: 10.1097/01.AOG.0000135277.04565.e9
- Arany, E., Girasek, J., & Pinczésné Palásthy, I. (2017). Pszichológiai vizsgálati módszerek gyűjteménye. *Tanulmányi Füzetek Debreceni Református Hittudományi Egyetem*, 81-83.
- Bacsó, Á., Balatoni, Á., Csordás, Á. K., Fogarasi Greczner, A., Prosszer, M., Hegedűs, K., ,,, Talabér, J. (2018). Egyéni egészségfejlesztés módszertana. Budapest: NNK
- Balatoni, Á., Fogarasi Greczner, A., Sebők, Sz., Csáky-Szunyogh, M., Fehér, Sz., Maradáné Veréb, V. (2018). Koraszülés-Prevenáció Módszertani Kézikönyv Koraszülés/magzati retardáció/fejlődési rendellenességek kialakulásában szerepet játszó rizikófaktorok kivédésének lehetőségei. Budapest: NNK.
- Balatoni, Á., Csáky-Szunyogh, M., Csordás, Á., Fogarasi-Greczner, A., Karácsony, I., Prosszer, M., ... & Varga-Bokor, Zs. (2020). Koraszülést megelőző és optimális magzatfejlődést támogató modellprogram zárótanulmánya. Budapest: NNK.
- Bhushan, N. L., Kruph, K., Jaykrishna, P., Ravi, K., Khan, A., Shidhaye, R., ... & Madhivanan, P. (2020). The association between social support through contacts with Accredited Social Health Activists (ASHAs) and antenatal anxiety among women in Mysore, India: a cross-sectional study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 55.(10.), 1323-1333. doi: 10.1007/s00127-020-01854-4
- Bischof, G., Rumpf, HJ, Meyer, C., Hapke, U., John, U. (2007). Stability of subtypes of natural recovery from alcohol dependence after two years. *Addiction*, 102.(6.), :904-908. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.01834.
- Bíró-Nagy, A, Szászi, Á. (2021). Lélekben a járványon túl: a magyar társadalom a koronavírus-járvány negyedik hullámában. 30-39. Budapest: Policy Solutions.
- Chan, C. Y., Lee, A. M., Lam, S. K., Lee, C. P., Leung, K. Y., Koh, Y. W., & Tang, K. C. (2013). Antenatal anxiety in the first trimester: Risk factors and effect on anxiety and depression in the third trimester and 6-week postpartum. *Open Journal of Psychiatry*, 3., 301-310. doi: 10.4236/ojpsych.2013.33030
- Chua, T. E., Bautista, D. C., Tan, K. H., Yeo, G., & Chen, H. (2018). Antenatal anxiety: prevalence and patterns in a routine obstetric population. *Ann Acad Med Singapore*, 47.(10), 405-412.
- Cena, L., Mirabella, F., Palumbo, G., Gigantesco, A., Trainini, A., & Stefana, A. (2020). Prevalence of maternal antenatal anxiety and its association with demographic and socioeconomic factors: a multicentre study in Italy. *European Psychiatry*, 63.(1). doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.82
- Din, Z., Ambreen, S., Iqbal, Z., Iqbal, M., & Ahmad, S. (2016). Determinants of Antenatal Psychological Distress in Pakistani Women/Pakistanli Kadınlarada Antenatal Psikolojik Stresi Etkileyen Faktörler. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 53(2), 152-157. doi: 10.5152/npa.2015.10235
- Giardnelli, L., Innocenti, A., Benni, L., Stefanini, C. M., Lino, G., Lunardi, C., . . . Faravelli, C. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives of Women's Mental Health*, 15.(1), 21-30. doi: 10.1007/s00737-011-0249-8.
- Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashwili, L., Tomlinson, G., Vigod, S. N., ... & Richter, M. (2019). A systematic review and meta-analysis of the effects of antenatal anxiety on postpartum outcomes. *Archives of women's mental health*, 22.(5), 543-556. doi: 10.1007/s00737-018-0930-2
- Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashwili, L., Tomlinson, G., Vigod, S. N., ... & Richter, M. (2018). Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 79.(5.), 813. doi: 10.4088/JCP17r12011
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., & Lykeridou, K. (2013). Coping strategies as psychological risk factor for antenatal anxiety, worries, and depression among Greek women. *Archives of women's mental health*, 16(5), 353-361. doi: 10.1007/s00737-013-0338-y
- Hadházi, É., & Takács, S. (2019). Az Intim Kötődés Mérése (IBM-HU) kérdőív pszichometriai jellemzőinek bemutatása. *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*, 20.(4.), 351-390. doi: 10.1556/0406.20.2019.015

- Henderson, J., & Redshaw, M. (2013). Anxiety in the perinatal period: antenatal and postnatal influences and women's experience of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31.(5.), 465-478. doi: 10.1080/02646838.2013.835037
- Hideg, G. (2020). *A fair play múltja, jelene és értéke*. Budapest: Fakultás Kiadó.
- Hideg, G. (2021). Role Model Choice Habits of Primary School and University Students in An International Perspective. *International Journal of Advanced Research*, 3.(1.). 115-129. doi:10.37284/ijar.3.1.400
- Hodoszó, K., Soósné Kiss, Zs., Jakus, P.; Feith, H. J.; Hollós, S.; Vingender, I. (2013) Professional help for visually impaired mothers raising a child. *New Medicine*, 17.(4.) 136-139.
- Insan, N., Weke, A., Forrest, S., & Rankin, J. (2022). Social determinants of antenatal depression and anxiety among women in South Asia: A systematic review & meta-analysis. *PLoS one*, 17.(2.) doi: 10.1371/journal.pone.0263760
- Káramánné Pakai, A., & Oláh, A. (2014). Elméleti áttekintés a tudományos kutatásokról. In Ács, P. *Gyakorlati adatelemzés 9-32*. Pécs: PTE ETK.
- Karácsony, I. (2018). Egészségről az iskolában - felvilágosítástól a fejlesztésig. *Képzés és Gyakorlat*, 16.(1.), 107-116. doi: 10.17165/TP2018.1.11
- Lee, M. A., Lam, K. S., Lau Mun Sze, M. S., Chong Yin, S. C., Chui, W. H., & Fong Tak, Y. D. (2007). Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *Obstetrics & Gynecology*, 110.(5.), 1102-1112. doi: 10.1097/01.AOG.0000287065.59491.70.
- Pakai, A., & Kivés, Zs. (2013). Kutatásról ápolóknak. Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségügyi kutatásokban. *Nővér*, 26.(3.), 20-43.
- Papp-Zipernovszky, O., Kékési, M. Z., & Jámbori, S. (2017). A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 18.(3.), 230-262. doi: 10.1556/0406.18.2017.011
- Pressman, S. D., Cohen, S., (2007). Use of Social Words in Autobiographies and Longevity. *Psychosomatic Medicine*, 69. (3.) 262-269. doi: 10.1097/PSY.0b013e31803cb919
- Rankin, N. I. (2022). Social determinants of antenatal depression and anxiety among women in South Asia: A systematic review & meta-analysis.
- Redshaw, J. H. (2013). Anxiety in the perinatal period: antenatal and postnatal influences and women's experience of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 465-478.
- Sabri, Y., & Nabel, H. (2015). The impact of anxiety and depression during pregnancy on fetal growth and the birth outcome. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 36.(2.), 95-100. doi: 10.4103/1110-1105.158117
- Soósné Kiss, Zs. (2002). Egészségügyi és szociális szakemberek közös felelőssége az első gyermeket váró szülők támogatásában. *Nővér*, 15.(5.), 7-12.
- Soósné Kiss, Zs. (2009a.) Változó családalapítási tendenciák hatása az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek munkájára. *Egészségfejlesztés*, 50.(3.), 14-18.
- Soósné Kiss, Zs. (2009b.) Ungarn für und nachsorgen ohne Hebammen. *Deutsche Hebamenscheitrift*, 15. (10.) 68-70.
- Soósné Kiss, Zs. (2014a). A sikeres családalapítás többé nem titok: családot alapító párok, őket felkészítő szakemberek kézikönyve. Budapest: General Press Könyvkiadó.
- Soósné Kiss, Zs. (2014b). A családalapítás útvesztői. Az elakadások megelőzése. *Egészségfejlesztés*, 55. (5-6.), 26-32.
- Soósné Kiss, Zs. (2014c.) Primer prevencióval szemlélettel dolgozó szakemberek lehetőségei a családi krízisek megelőzésében, családterápiás munka tapasztalatai alapján. *Egészségfejlesztés*, 55. (1-2), 20-27.
- Sümei. Pszichoszociális mérőskála várandósok számára (Paykel, rövidített, módosított változat) [onedrive.live.com/?resid=DFE1C95B1EA7324D!1055&authkey=!AA6gcYNo9vYMEw&ithint=file%2cdocx](https://onedrive.live.com/?resid=DFE1C95B1EA7324D!1055&authkey=!AA6gcYNo9vYMEw&ithint=file%2cdocx)
- Szabó, J., Pék, E., Betlehem, J. (2011). A társas támogatottság jelentősége az egészségi állapot alakulásában. *Egészség-Akadémia*, 2. (2.), 99-106.
- Ujváriné Siket, A., Oláh, A., Tulkán, I., & Káramánné Pakai, A. (2019). Az APN ápoló szerepe az egyes kliensutakban a praxisközösségi team-ben. *Népegészségügy*, 97.(3.), 301.
- Verbeek, T., Bockting, C. L., Beijers, C., Meijer, J. L., van Pampus, M. G., & Burger, H. (2019). Low socioeconomic status increases effects of negative life events on antenatal anxiety and depression. *Women and Birth*, 32.(1.), 138-e143. doi: 10.1016/j.wombi.2018.05.005