

## MAGZATI VESZTESÉGET ÁTÉLT NŐK GYÁSZFELDOLGOZÁSÁNAK JELLEGZETESSÉGEI

### CHARACTERISTICS OF WOMEN WHO HAVE EXPERIENCED FETAL LOSS

FERENCZ MÓNIKA – LAKATOS CSILLA<sup>1</sup>

Miskolci Egyetem, Egészségtudományi Kar,  
Gyakorlati Módszertani és Diagnosztikai Intézete

**Összefoglalás:** A szerzők a keresztmetszeti kvantitatív kutatás során olyan tényezőket vizsgáltak, amelyek jelentős szerepet tölthetnek be a gyászfeldolgozás elősegítésében azon nők körében, akik várandósságuk során veszítették el magzatukat. A vizsgálat arra irányult, hogy felmérje, a veszteség bekövetkeztekor a magzat kora miként befolyásolja a veszteség megélését, a partneri és személyes támogatás milyen jelentőséggel bír, továbbá az egészségügyi szakemberek milyen szerepet töltenek be a gyászfeldolgozás folyamatában. A kérdőívet összesen 186 nő töltötte ki, átlagos életkoruk  $33,47 \pm 5,66$  év. A vizsgált mintában a várandósságok számának átlaga  $2,88 \pm 1,48$ , a veszteségek száma átlagosan  $1,81 \pm 1,05$ . Az első trimeszterben 120 (64,52%), a második trimeszterben 51 (27,42%), a harmadik trimeszterben 23 (12,37%) veszteség következett be. A szerzők a veszteséget követő pszichés állapot megítélésére a Depresszió Szorongás Stressz Kérdőív 42 kérdéses változatát (DASS-42), a párkapcsolat szerepének vizsgálatára a Kapcsolati Elégedettség Skálát (RAS-H) használták. Az eredmények alapján a vizsgált mintában mind a személyes környezet, mind az egészségügyi személyzet támogatása kedvezően hatott a gyászfeldolgozásra, nehezítő tényezőként jelent meg várandósság előrehaladott kora a veszteség idején, illetve, ha a veszteséget követően az érintett nők nem részesültek elegendő társas támogatásban.

**Kulcsszavak:** *perinatális veszteség, perinatális gyász, magzati halálozás, párkapcsolati elégedettség*

**Summary:** In this cross-sectional quantitative study, the authors investigated factors that may play a significant role in facilitating bereavement among women who have lost a fetus during pregnancy. The study aimed to assess how the age of the fetus at the time of the loss influences the experience of loss, the importance of partner and personal support, and the role of health professionals in the grieving process. A total of 186 women completed the questionnaire, with an average age of  $33.47 \pm 5.66$  years. The mean number of pregnancies in the sample was  $2.88 \pm 1.48$ , and the mean number of losses was  $1.81 \pm 1.05$ . 120 (64.52%) losses occurred in the first trimester, 51 (27.42%) in the second trimester, and 23 (12.37%) in the third trimester. The 42-question version of the Depression Anxiety Stress Questionnaire (DASS-42) was used to assess psychological state following loss, and the Relationship

<sup>1</sup> Levelező szerző: Lakatos Csilla, Miskolci Egyetem Egészségtudományi Kar, 3515 Miskolc-Egyetemváros, e-mail: csilla.lakatos@uni-miskolc.hu, mobil: +36205386612

Satisfaction Scale (RAS-H) was used to assess the role of the relationship. The results showed that in the study sample, both personal environment and support from health care staff had a positive effect on coping with bereavement, with the presence of advanced age of pregnancy at the time of loss and lack of peer support following the loss as a complicating factor.

**Keywords:** *perinatal loss, perinatal grief, fetal death, relationship satisfaction*

## BEVEZETÉS

A felismert várandósságok közel 20%-a a várandósság első 12 hetében vetéléssel végződik [1]. Egy magzat elvesztése hatalmas lelki teher a szülőknek, bármilyen korán is következik be. Nehézséget okozhat számukra, ha a környezetük nem ismeri el, vagy nem tartja elég komolynak veszteségüket. A veszteséget és az azt követő gyászt számos tabu övezi, mely nehezíti a feldolgozási folyamatot [2]. A perinatális gyász több szempont miatt is speciális, különbözik az általános gyászfolyamattól. A gyász megélését súlyosbítja, hogy a szülők egy olyan személyt veszítenek el gyermekükben, akihez konkrét emlékek nem fűzik őket, mégis ragaszkodnak hozzá. Nehezíti a gyász megélést, hogy gyakran nem állnak rendelkezésre az emlékezést segítő tárgyak. A szülők a veszteséget követően legtöbbször nem kapnak megfelelő támogatást, illetve a veszteség a közös jövőjükéről alkotott elképzeléseikre, illetve a szülésbe vetett hitükre is negatívan hat [1]. A különböző trimeszterben megtapasztalt pszichés változásoknak és az anya-magzat kötődés alakulásának is hatása lehet arra, hogyan éli meg a nő a veszteséget [3]. A várandóssági kor előrehaladtával a veszteségfeldolgozás nehezítettségének kockázata is megnövekszik [4]. A veszteség különböző hatást gyakorolhat a szülők párkapcsolatára. Az érintettek bizonyos esetekben a kapcsolat romlásáról számolnak be, de az is lehetséges, hogy a közösen megélt nehézségek közelebb hozzák a pár tagjait egymáshoz. Ha mindkét fél kölcsönösen képes segíteni partnerét a megélt nehéz helyzetben, akkor várható, hogy erősebbé válik kapcsolatuk. De az is előfordulhat, hogy az apák teljes mértékben elutasítják, tagadják a gyászt, és ez páruktól való eltávolodást okoz [5]. A bekövetkezett veszteség nemcsak az érintett hozzátartozókra, de a jelen lévő szakemberekre is hatással van. Az ő hozzáállásuknak, illetve az ilyen helyzetek kezelésének a módja a szülők gyászfeldolgozása szempontjából is komoly jelentőséggel bír [6]. A szakemberek részéről nyújtott megfelelő támogatás mind kommunikációban, mind pszichésen meghatározó lehet abból a szempontból, hogy megelőzzék a szülők gyászának komplikált gyásszá alakulását [7]. A veszteség feldolgozásában és a gyászoló támogatásában a területi védőnő is nagy segítséget nyújthat [8].

Kutatásunk célja a magzati veszteséget átélt nők gyászfeldolgozásának és a környezeti tényezők összefüggésének vizsgálata azon nők körében, akik az elmúlt 2 évben vetelés, halvaszületés, illetve súlyos fejlődési rendellenesség miatt végzett terhességmegszakítás következtében veszítették el magzatukat.

## ANYAG ÉS MÓDSZEREK

Az adatokat 2022 nyarán kérdőív segítségével gyűjtöttük online és papíralapú formában. A papíralapú adatgyűjtést területi védőnők segítették. Az online kérdőíveket több, a témával foglalkozó közösségi oldalon található csoportban tettük közzé. A kitöltés önkéntes és anonim módon történt minden esetben a kitöltők informálásával, beleegyezésével. A kényelmi mintavétel okán a minta nem reprezentatív.

A kérdőívben szociodemográfiai adatokra (kor, iskolai végzettség, párkapcsolati státusz, gyermekek száma), a várandóssággal kapcsolatos előzményekre (várandósságok és szülések száma), az adott veszteség körülményeire (várandósság kora, veszteség oka), továbbá az azt követő (személyes és professzionális kapcsolatokban megtapasztalt) támogatásra vonatkozó kérdések szerepeltek. A veszteséget követő pszichés állapot megítélésére a Depresszió Szorongás Stressz Kérdőív 42 kérdéses változatát (DASS-42) használtuk, amely a depresszió, szorongás és stressz tüneteit méri fel, mindhárom dimenzióban 14 kérdéssel. Kitöltésnél az előző hétre vonatkozóan kell egy 4 fokú skálán jelölni, hogy mennyire volt jellemző a kitöltőre az adott állítás (0 = egyáltalán nem volt jellemző, 1 = ritkán, 2 = gyakran, 3 = nagyon gyakran előfordult). Egy adott skálán belül elért magasabb pontszám a tünet súlyosabb jelenlétére utal [9]. A párkapcsolat szerepének vizsgálatához a Kapcsolati Elégedettség Skálát (RAS) használtuk, mely összesen 7 tételt tartalmaz. A skála öt pozitívan és két negatívan megfogalmazott kérdése térképezi fel a kapcsolati elégedettség mértékét. A kitöltés során a résztvevőknek arról kell nyilatkozniuk, hogy mennyire jellemzőek rájuk a mérőeszköz állításai. A kitöltők egy ötfokozatú Likert-típusú skálán (1 = kevéssé jellemző, 5 = nagyon jellemző) válaszolnak az egyes tételekre. Az összpontszám kiszámításakor a negatívan megfogalmazott kérdések esetében fordított pontozást kell alkalmazni, és így kell a tételek értékeit összegezni [10].

## EREDMÉNYEK

A kérdőívet összesen 186 nő töltötte ki. Átlagéletkoruk  $33,47 \pm 5,66$  év (min. 19 – max. 47). Családi állapotuk tekintetében 76,88% házas, 20,97% élettársi kapcsolatban él, 1,61% egyedülálló, 0,54% elvált. A vizsgált mintában a várandósságok számának átlaga  $2,88 \pm 1,48$  (min. 1 – max. 8), a veszteségek száma pedig átlagosan  $1,81 \pm 1,05$  (min. 1 – max. 5). Az első trimeszterben 120 (64,52%), a második trimeszterben 51 (27,42%), a harmadik trimeszterben 23 (12,37%) veszteség következett be.

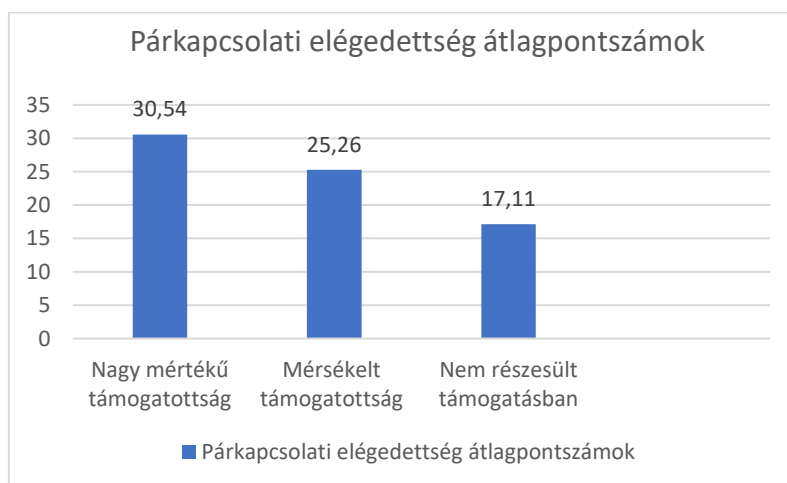
A teljes mintára vonatkoztatott pszichés állapotra vonatkozó értékek átlaga depresszió esetén  $15,33 \pm 12,37$ , szorongásnál  $11,2 \pm 10,2$ , stressznél  $19,66 \pm 11,14$  volt. Trimeszterek alapján történt csoportosítást követően megvizsgáltuk ezen értékek alakulását (1. táblázat). Megfigyelhető, hogy mindhárom tünetegyüttes esetében a legalacsonyabb értékek az első trimeszterben bekövetkezett veszteségeknél, míg a legmagasabb átlagpontszámok harmadik trimeszterben történt veszteségek esetén mutatkoznak.

**1. táblázat**

*Depresszió, szorongás, stressz átlagértékek és szórásuk a különböző trimeszterekben bekövetkezett veszteségek tekintetében*

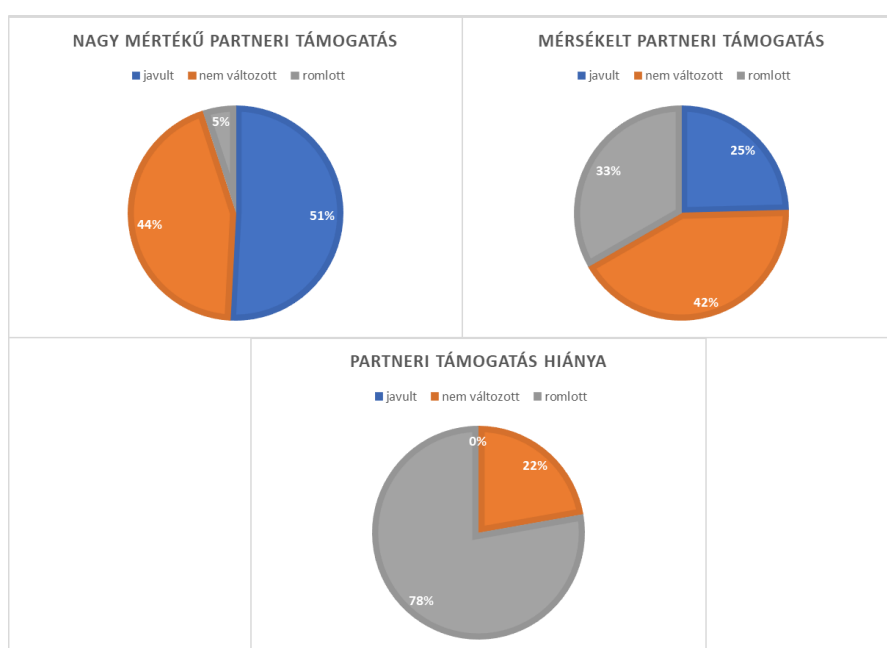
		Depresszió	Szorongás	Stressz
<b>Első trimeszter</b>	átlag	14,25	9,8	19,1
	szórás	12,97	9,9	11,41
<b>Második trimeszter</b>	átlag	15,88	12,7	19,12
	szórás	11,24	11	11,48
<b>Harmadik trimeszter</b>	átlag	19,96	15,52	22,61
	szórás	10,42	10,38	8,16

Vizsgáltuk a párkapcsolat és partner részéről nyújtott támogatás szerepét a veszteséget követően. A teljes mintára vonatkoztatott párkapcsolati elégedettségi pontszám átlaga  $28,27 \pm 6,17$ . A támogatottság mértékétől függően a különböző almintákban a párkapcsolati elégedettségi pontszámok a következőképpen alakultak. Akiknél a partner részéről nyújtott támogatás a legnagyobb mértékű volt, a párkapcsolati elégedettségre vonatkozó pontszámuk átlaga is a legmagasabb. Mérsékelt támogatottság esetén alacsonyabb átlageredmény mutatkozik, a partner részéről támogatásban nem részesülők esetén a legalacsonyabb a párkapcsolati elégedettségre vonatkozó pontszámok átlaga. (1. ábra)



**1. ábra.** Párkapcsolati elégedettségi átlagpontszámok a partner támogatásának mértékétől függően

Vizsgáltuk, hogy miként alakult az érintettek párkapcsolata a veszteséget követően. A támogatottság mértékétől függően a következő eredmények születtek. Akiknél a párkapcsolati támogatottság a legnagyobb mértékű volt, esetükben következett be legnagyobb arányban javulás a kapcsolatokban, illetve náluk a legalacsonyabb az aránya a veszteséget követően megromlott párkapcsolatoknak. A partner részéről nyújtott támogatásban nem részesült nők esetén a legnagyobb arányban romlottak meg a párkapcsolatok, illetve esetükben egyáltalán nem történt javulás a párkapcsolatukban. (2. ábra)



**2. ábra.** A veszteség párkapcsolatra gyakorolt hatása, a partner támogatásának mértékétől függően

A személyes környezet szerepét a veszteségben érintett nők szülei által nyújtott támogatás alapján vizsgáltuk. 81 fő (43,55%) nagyon sok támogatást kapott a szüleitől, 70 fő (37,63%) kapott bizonyos mértékű támogatást, míg 35-en (18,82%) egyáltalán nem.

A szülők részéről nyújtott támogatás alapján a különböző almintákban az alábbi pszichés státuszra vonatkozó eredmények születtek. Depresszió és szorongás tekintetében megfigyelhető, hogy minél nagyobb mértékű támogatásban részesültek a veszteséget megélték, annál alacsonyabb átlagértékek mutatkoznak. Stressz esetében a legalacsonyabb átlagpontszám abban az almintában található, akik részesültek támogatásban, de nem a legnagyobb mértékben, ugyanakkor a legmagasabb stresszszint azoknál mutatkozik, akiket egyáltalán nem támogattak. (2. táblázat)

**2. táblázat***Depresszió, szorongás, stressz értékek a szülői támogatás mértéke szerint*

		<b>Depresszió</b>	<b>Szorongás</b>	<b>Stressz</b>
<b>Nagyon sok támogatást kapott</b>	átlag	14,24	10,73	19,43
	szórás	11,91	9,99	11,53
<b>Bizonyos mértékű támogatást kapott</b>	átlag	15,31	11,24	18,77
	szórás	12,74	10,3	10,44
<b>Nem támogatták</b>	átlag	17,78	12,19	21,89
	szórás	12,31	10,38	11,25

Az egészségügyi szakemberek szerepét a védőnő magzati veszteséget követő támogatása alapján vizsgáltuk. A megkérdezettek közül 26 fő (13,98%) nagyon sok, 51 fő (27,42%) bizonyos mértékű támogatásban részesült a védőnő részéről, 109 fő (58,6%) pedig nem kapott támogatást tőle. A védőnő által nyújtott támogatás alapján a pszichés státuszra vonatkozó eredményeknél megfigyelhető, hogy nagyobb mértékű támogatottsághoz alacsonyabb depresszió, szorongás és stressz eredmények kapcsolódnak. (3. táblázat)

**3. táblázat***Depresszió, szorongás, stressz eredmények a védőnői támogatottság mértékétől függően*

		<b>Depresszió</b>	<b>Szorongás</b>	<b>Stressz</b>
<b>Nagyon sok támogatást kapott</b>	átlag	11,65	9,69	15,65
	szórás	10,9	11,41	12,09
<b>Bizonyos mértékű támogatást kapott</b>	átlag	14,56	11,13	19,13
	szórás	12,49	10,1	11,32
<b>Nem kapott támogatást</b>	átlag	16,58	11,6	20,87
	szórás	12,44	9,9	10,54

## MEGBESZÉLÉS ÉS KÖVETKEZTETÉS

Jelen kutatás célja azon tényezők felderítése, amelyek a legmeghatározóbb szereppel bírnak a magzati veszteséget átélt nők gyászfeldolgozásában. Vizsgálatunk során az alábbi összefüggéseket találtuk.

A vizsgált mintában a trimeszterek előrehaladtával fokozatosan emelkedő értékek mutatkoztak mindhárom pszichés állapotra vonatkozó kategóriában. Ennek alapján a megkérdezettek esetén befolyással bírt a veszteség feldolgozására, hogy a veszítés a várandósság melyik szakaszában következett be, mely egyezést mutat a korábbi kutatási eredményekkel [3, 4].

Vizsgáltuk, hogy a partner részéről nyújtott támogatás a veszteséget követően milyen összefüggést mutat a párkapcsolati elégedettséggel, továbbá miként befolyásolja a kapcsolat későbbi alakulását. A megkérdezettek közül azok a nők voltak a legelégedettebbek a párkapcsolatukkal, akik a legnagyobb mértékű támogatásban részesültek párjuktól, az ő esetükben javult a legmagasabb arányban a kapcsolatok minősége. Ezzel szemben, azok a nők, akik nem kapták meg azt a támogatást, amire szükségük lett volna, a legkevésbé elégedettek párkapcsolatukkal, illetve esetükben következett be legnagyobb arányban romlás a kapcsolat minőségében. Ezen eredmények alapján veszteséget követő gyász megélésében és feldolgozás segítésében a vizsgált mintában rendkívül jelentős a partner részéről nyújtott támogatás, emiatt fontos, hogy veszteség esetén ne csak az anya, hanem a pár közös gyászára is figyelmet fordítsunk, hiszen, ha képesek egymás támogatására, megértésére, az várhatóan elősegíti a gyászfeldolgozást, erősíti a párkapcsolatot és a nők mentális egészségének megtartására is kedvezően hat.

A személyes környezet részéről nyújtott támogatás szempontjából a partner mellett a szülők részéről nyújtott támogatás is meghatározó szereppel bírt a vizsgált mintában, mely eredmény arra hívja fel a figyelmet, hogy perinatális veszteség idején különösen nagy szükség van a tágabb család jelenlétére, támogatására.

Fontosnak tartottuk megkérdezni, hogy a védőnők részéről milyen mértékű támogatásban részesültek az érintettek. Rendkívül magas volt azon válaszolók aránya, akik azt válaszolták, hogy nem kaptak megfelelő segítséget a védőnőtől veszítésüket követően. Jelen kutatás nem tér ki rá, hogy mivel voltak elégedettek vagy elégedetlenek az érintettek a védőnő támogatásával kapcsolatban, ugyanakkor a mintában mutatkozó magas arányú elégedetlenség mind az anyák mind a szakemberek körében végzendő további kutatás szükségességét veti fel. Érdemes lenne a veszteséget átélteket kérdezni, hogy milyen támogatást, segítséget igényelnének a védőnők részéről, továbbá a védőnők körében megvizsgálni, hogy hogyan kezelnének egy ilyen szituációt, illetve mi az, ami számukra nehézséget jelent az ilyen esetekkel kapcsolatban, milyen további ismeretekre lenne szükségük, mely megkönnyítené számukra a segítségnyújtást.

Kutatásunkban több szempont alapján vizsgáltuk a magzati veszteségben érintettek pszichés állapotának alakulását. A vizsgált minta eredményei legtöbb esetben egyezést mutattak a korábbi nemzetközi és hazai kutatási eredményekkel. Jelen vizsgálat egyik limitációja az, hogy nem tért a veszteséget megelőző pszichés státusz

jellemzőire. Ezért a magzati veszteség hatásának még részletesebb megismerése céljából a későbbiekben végzendő kutatások során érdemes lehet figyelembe venni azt is, hogy a válaszadók a veszteség előtt esetlegesen küzdöttek-e lelki nehézségekkel.

#### IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Török Zs. (2015). A perinatális veszteségélmény pszichológiája. In: Pápai N. – Rigó A. (szerk.). *Reproduktív egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, pp. 87–107.
- [2] Zsák É. – Geiszbühl-Szimon P. (2018). Emlékezési módok a perinatális veszteségekben. *Kharón – Thanatológiai Szemle*, 22 (3), pp. 27–40.
- [3] Keefe-Cooperman, K. (2005). A Comparison of Grief as Related to Miscarage and Termination for Fetal Abnormality. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 50 (4), pp. 281–300. <https://doi.org/10.2190/QFDW-LGEY-CYLM-N4LW>
- [4] Sz. Makó H. (2019). „Temetetlen gyász”. A terhességi veszteségélmények pszichológiai következményei, feldolgozásuk sajátosságai és az intervenciók lehetőségei specifikumai. In: Varga K. – Andrek A. – Molnár J. (szerk.). *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, pp. 368–379.
- [5] Andrek A. (2015). A perinatális veszteség és gyász sajátosságai: fókuszban az apák. In: Pápai N. – Rigó A. (szerk.). *Reproduktív egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, pp. 371–382.
- [6] Zsák É. – Kovácsné Török Zs. – Hegedűs K. (2015). A perinatális veszteségek és intrauterin magzati halálozások aktuális szakmai gyakorlatának, valamint a szakemberekre gyakorolt hatásainak vizsgálata. *Orvosi Hetilap*, 156 (29), pp. 1174–1178. <https://doi.org/10.1556/650.2015.30199>
- [7] Monostori D. – Dombi E. – Zelena A. (2022). A perinatális gyásztámogatás helyzete a pandémia időszakában. *Kharón – Thanatológiai Szemle*, 26 (3), pp. 32–42.
- [8] Bornemisza Á. (2020). A perinatális veszteséget kísérő kommunikáció jelentősége. *Szociális Szemle*, 13 (2), pp. 12–18. <https://doi.org/10.15170/SocRev.2020.13.02.02>
- [9] Horváth Zs. (2022). Depresszió Szorongás Stressz Kérdőív (Depression Anxiety Stress Scale, DASS). In: Horváth Zs. – Urbán R. – Kökönyei Gy. – Demetrovics Zs. (szerk.). *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban. Klinikai pszichológiai tünetlisták, szűrő-kérdőívek*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, pp. 415–419.
- [10] Martos T. – Sallay V. – Szabó, T. – Lakatos Cs. – Tóth-Vajna R. (2014). A Kapcsolati Elégedettség Skála magyar változatának (RAS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15 (3), pp. 245–258. <https://doi.org/10.1556/mental.15.2014.3.6>