

AKADÉMIAI KIADÓ

# A szüléssel kapcsolatos attitűdök vizsgálata fiatal nők körében – személyorientált elemzés

PETRÓCZKI Petra<sup>1</sup> – LAKATOS Csilla<sup>2</sup>  – MARTOS Tamás<sup>3</sup>   
– SALLAY Viola<sup>3\*</sup> 

## Mentálhigiéné és Pszichoszomatika

25 (2024) 3, 189–202

DOI:  
10.1556/0406.2024.00053

© 2024, A Szerző(k)

<sup>1</sup> Pest Megyei Pedagógiai Szakszolgálat Dunakeszi Tagintézmény, Dunakeszi, Magyarország

<sup>2</sup> Miskolci Egyetem, Egészségtudományi Kar, Elméleti Egészségtudományok Intézete, Miskolc, Magyarország

<sup>3</sup> Szegedi Tudományegyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Szeged, Magyarország

Beérkezett: 2023. augusztus 24., elfogadva: 2024. július 26.

## EREDETI KÖZLEMÉNY



### ABSZTRAKT

*Elméleti háttér:* A szüléssel kapcsolatos kognitív és affektív viszonyulási módokat szülésattitűdöknek nevezzük. A szüléssel kapcsolatos attitűdök vizsgálata kiemelt jelentőségű, mivel azok nagyban meghatározzák a szülés preferált módját és később magát a szülésélményt is. *Cél:* Kutatásunk célja az volt, hogy a szüléssel kapcsolatos attitűdöket személyorientált statisztikai módszerekkel vizsgáljuk annak érdekében, hogy a szüléshez való személyes viszonyulásról differenciáltabb képet kapjunk. *Módszerek:* Keresztmetszeti kérdőíves kutatásunkban még nem szült és nem várandós nőket vizsgáltunk ( $n = 302$ ). Hierarchikus klaszterelemzést végeztünk, majd a kapott klaszterstruktúrát megvizsgáltuk az egészségműveltség, a gyakorlati egészségértés, az étellel való elégedettség és a szüléssel kapcsolatos tudás vonatkozásában is. *Eredmények:* Az eredmények szerint azonosítható egy hét- és egy négyklaszteres struktúra. A továbbiakban a négyklaszteres (Önállóan közelítő, Elkerülő, Külső támaszkereső, Bizakodó) megoldást vizsgáltuk. Ez alapján találtunk szignifikáns különbséget az étellel való elégedettség, az egészségműveltség, valamint a szüléssel kapcsolatos tudás mentén is a klaszterek között. A Bizakodó profil magasabb szubjektív egészségértéssel jellemezhető, mint az Elkerülő [ $F(3; 298) = 2,51; p = 0,059; \eta^2 = 0,029$ ], valamint magasabb az étellel való elégedettsége, mint a Külső támaszkereső, valamint az Elkerülő klaszterben [ $F_{\text{Welch}}(3; 143,7) = 4,82; p = 0,003; F_{\text{Brown-Forsythe}}(3; 235,2) = 5,00; p = 0,002; \eta^2 = 0,054$ ]. Az Önállóan közelítő csoport szüléssel kapcsolatos tudása szignifikánsan magasabb bármely más profilénál [ $\chi^2(6) = 31,96; p < 0,001; \text{Cramér-}V = 0,188$ ]. A profilok nem mutattak szignifikáns kapcsolatot a gyakorlati egészségértéssel. *Következtetések:* A szüléssel kapcsolatos attitűdök személyközpontú elemzése holisztikus képet adhat a fiatal nők szüléssel kapcsolatos elképzeléseiről és aggodalmairól. Emellett az eredmények megmutatják a szüléssel kapcsolatos attitűdök egyéni különbségeinek hátterét és más személyiségjellemzőkkel való kapcsolatát.

### KULCSSZAVAK

szülésattitűdök, szüléssel kapcsolatos tudás, egészségműveltség, személyorientált elemzés, klaszteranalízis

## The examination of birth attitudes in young women – a person-oriented study

### ABSTRACT

*Theoretical background:* Birth attitudes capture cognitive and affective ways of thinking linked to giving birth. Since birth attitudes show a significant relation to the preferred way of giving birth and the birth experience, the research on birth attitudes is really important. *Objective:* We aimed to get a more sophisticated picture of the attitudes towards giving birth. Thus, we examined the birth attitudes by using person-oriented statistic methods. *Methods:* Cross-sectional questionnaire survey was run with nulliparous nonpregnant women ( $n = 302$ ). We used hierarchical cluster analysis; then, we examined the cluster structure related to health literacy, practical health literacy, life satisfaction and knowledge about giving birth. *Results:* We found two different structures, one with seven and another with four clusters. Henceforth, we continued examining the 4-cluster structure (Independently approximate;

\* Levelező szerző:  
Dr. Sallay Viola,  
Szegedi Tudományegyetem,  
Pszichológiai Intézet,  
6722 Szeged, Egyetem u. 2.  
E-mail: [viola.sallay@psy.u-szeged.hu](mailto:viola.sallay@psy.u-szeged.hu)



AKJournals

Avoiding; Searching assistance; Trusting). The clusters show significant association with health literacy, life satisfaction and knowledge about giving birth. The results suggest that women with a Trusting profile are characterised with higher health literacy than the Avoiding profile ( $F(3; 298) = 2.51, p = .059; \eta^2 = .029$ ); and higher life satisfaction than the Searching assistance or the Avoiding profile ( $F_{\text{Welch}}(3; 143.7) = 4.82, p = .003; F_{\text{Brown-Forsythe}}(3; 235.2) = 5.00, p = .002; \eta^2 = .054$ ). The knowledge about giving birth is significantly higher above Independently approximate profile than any other clusters ( $\chi^2(6) = 31.96, p < .001$ ; Cramér's  $V = .188$ ). The clusters did not show significant associations with practical health literacy. *Conclusions:* A person-centred analysis of birth attitudes can provide a holistic picture of young women's childbirth-related ideas and concerns. In addition, the results show the background of individual differences in birth attitudes and their relationship with other personality characteristics.

## KEYWORDS

birth attitudes, knowledge about giving birth, health literacy, person-oriented methods, cluster analysis

## 1. BEVEZETÉS

Számos érzés, gondolat és elvárás fogalmazódhat meg a nőkben a szüléssel kapcsolatban. Ezeket a kognitív és affektív viszonyulási módokat nevezzük szülésattitűdöknek (Sallay, Martos, & Hegyi, 2015). A szülésattitűdökön belül elkülöníthetünk személyes, illetve általános megközelítést. A szüléshez való érzelmileg telített hozzáállást a személyes attitűdök képviselik, míg az általános attitűdök inkább kognitív oldalról közelítik meg a szülés témakörét.

A Szülésattitűdök Kérdőív kidolgozása során Sallay és munkatársai (2015) faktoranalízissel azonosították azokat a dimenziókat, amelyek végül a kérdőív alskáláit is képezik. A személyes és az általános attitűdök egyaránt három alskálára bonthatók. A személyes attitűdök részét képezik a szüléssel kapcsolatos különböző félelmek (*Félelem* alskála); a szüléssel kapcsolatos érdeklődő hozzáállás és tájékozottság (*Közelítés* alskála), illetve a szülés érzelmi távolítása (*Távolítás* alskála). Az általános attitűdökön belül elkülönítik a szülést belső fejlődésként, spirituális élményként való értékelést (*Növekedés* alskála); a szülés mint alapvető női képesség és női szexualitás kifejeződését (*Női erő* alskála); továbbá az orvosi és egészségügyi támogatás témakörének fontosságát (*Orvosi kontroll* alskála).

### 1.1. Szüléssel kapcsolatos attitűdök hatása a szülés módjára és a szülésélményre

A szüléssel kapcsolatos attitűdök vizsgálata kiemelt jelentőségű, mivel azok nagyban meghatározzák a szülés preferált módját és később magát a szülésélményt is (Haines, Rubertsson, Pallant, & Hildingsson, 2012). Az orvosilag megalapozatlan, azaz az anyai kérésre tervezetten elvégzett császármetszés háttére igen sokszínű. Ezen tényezők között található az ellátó személyzet kényelmi és pénzügyi szempontjai, a várandósok alulinformáltsága, a szüléssel járó kockázatok társadalmi szintű túlbecsülése, az ellátott önrendelkezési jogának túlbecsülése, a korábbi császármetszések szerepe és a szüléstől való félelem (Dweik, 2019). Tanulmányunk tárgyát szem előtt tartva a továbbiakban néhány

olyan vizsgálatot ismertetünk, amelyek a szüléshez kapcsolódó félelem hatásainak feltárására irányultak. Egy egyetemi hallgatók körében végzett vizsgálatban összefüggés mutatkozott a szüléshez kapcsolódó félelem, illetve a vajúdás és a szülés várható élménye között. Eszerint a szüléstől való intenzív félelem együtt jár azzal, hogy ijesztő és fájdalmas eseménynek tartják ezt a folyamatot. Ezzel szemben azok a nők, akik alacsony szintű félelemről számoltak be, a szülést természetes eseménynek tartják, és pozitív jelentést tulajdonítanak a vajúdás alatti fájdalomnak (Stoll & Hall, 2013). Egy másik, nem várandós és még nem szült fiatal nők körében végzett vizsgálat eredményei szerint a szüléstől való intenzív félelem négyszeresére növeli a császármetszés választásának valószínűségét (Stoll, Edmonds, & Hall, 2015). Ezt támasztják alá a várandósság idején, majd egy évvel a szülést követően végzett felmérés összehasonlító vizsgálatának eredményei, amelyek arra utalnak, hogy azok a várandós nők, akik kóros félelemmel néznek a szülés elébe, inkább hajlamosak császármetszést választani, mint a magabiztos vagy a közömbösen hozzáálló várandósok (Nilsson, Lundgren, Karlström, & Hildingsson, 2012), ugyanakkor ezek a félelemtelis nők távoztak a szülés után a legtöbb negatív szülésélménnyel. Szintén várandósság ideje alatt, majd a szülés után két hónappal gyűjtött adatok arra engednek következtetni, hogy a császármetszés melletti döntést még inkább meg tudja erősíteni az, ha a nő párja hasonló félelemtelis attitűddel rendelkezik a szüléssel kapcsolatban (Hildingsson, 2014). Mivel a császármetszés során a gyermek nem a szülőcsatornán halad át, nem részesül az ahhoz kapcsolódó protektív és egyéb előnyös hatásokban (felszabaduló katekolamin- és kortizolhatások), valamint gyakrabban sérül az anyával való korai bőr-bőr kontaktus és a korai szoptatás. A tervezett császármetszés esetén ez fokozottan jellemző (Varga, 2019).

Szorosan kapcsolódó kérdés, hogy többször szülő nők esetében van-e összefüggés a várandósság, a szülésélmény, illetve a gyermekágy megélése és a szülési attitűdök, valamint a további gyermekvállalási hajlandóság között. Hazai nők körében felvett mélyinterjúk eredményei arra utalnak, hogy a további gyermekvállalásának vagy nem vállalásának oka nem a szülés megélésében, hanem sokkal inkább a vá-

randósság és a gyermekágy nehézségeiben keresendő (Kisdi, 2016). Ugyanakkor azzal is érdemes számolni, hogy a szüléssel kapcsolatos élmény és az azzal való elégedettség a gyermekszám növekedésével pozitív irányba mozdul, továbbá többször szülő nők szülés utáni napokkal kapcsolatos attitűdje is pozitívabb, mint a kevesebbször szült nőké (Dusa, Markos, Engler, & Várfalvi, 2019), azaz a gyermekszám növekedése a szüléssel kapcsolatos attitűdjük változásával jár együtt.

A szüléstől való félelmen túl egyre gyakrabban vizsgált tényező az egészséggel, ezen belül is a szüléssel kapcsolatos kontrollhit szerepe a szülés választott módjával kapcsolatban. Az egészséggel kapcsolható kontrollhit az egyén gondolataira vonatkozik arról, hogy milyen tényezők vannak befolyással az egészségének alakulására (Wallston, Stein, & Smith, 1994). Wallston és munkatársai (1994) modelljét a szülésre alkalmazva háromféle szüléssel kapcsolatos kontrollhit különböztethető meg: az egészségügyi személyzethez vetett kontrollhit, a nő saját magába vetett kontrollhite, valamint a véletlen és a szerencse szerepét hangsúlyozó kontrollhit (Konkolj Thege, Sallay, Rafael, & Martos, 2018). Egy ezzel kapcsolatos vizsgálatban Martos és munkatársai (2021) azt találták, hogy nem várandós és első gyermekükkel várandós nőknél az egészségügyi személyzethez köthető magas kontrollhit egyaránt együtt járt a kórházi hüvelyi szülés és a császármetszés preferálásával, azonban kevésbé valószínűsítette az otthoni szülés választását. Az egyén saját magába vetett kontrollhite pedig kapcsolatban állt az otthoni szülés preferálásával, és esetükben a császármetszés választása is kevésbé volt valószínű.

A perinatális depresszióval foglalkozó kutatók és klinikusok felismerték a depresszió hátterében a terhességre specifikus szorongás szerepét. Ezen szorongás kialakulásában pedig fontos szerepet játszik a szüléstől való félelem (Huiznik, Mulder, de Medina, Visser, & Buitelaar, 2004), amely már a várandósság előtt is kialakul, és intenzitása megegyezik a várandósság előtt és után is. Tehát a szüléssel kapcsolatos attitűdök fiatal felnőttkorban vagy akár hamarabb is kialakulhatnak (Stoll & Hall, 2013; Stoll, Hall, Janssen, & Carty, 2014). A szülés közbeni viselkedést is nagyban meghatározzák a már várandósság előtti tapasztalatok, mint például a gyermekkori szerepjátékok, a szociális környezet vagy a hallott példák és történetek (Bálint, 1991).

Felmerül a kérdés, hogy melyek azok a tényezők, amelyek befolyásolják a szüléssel kapcsolatos attitűdök alakulását. Egyrészt erősen meghatározzák azok a hiedelmek, amelyek a kultúrába és az egészségügybe ágyazódnak be. A kockázat csökkentésére fókuszáló orvosi rendszer nagyban hozzájárul ahhoz, hogy a nők milyen beavatkozásokat fogadnak el, vagy választanak maguknak (Nettleton, 2006). Ennek a technokrata kultúrának a hozománya, hogy az amúgy természetes szülés folyamatába is hajlamosak vagyunk kívülről beavatkozni. Ez a szemlélet jól tükröződik abban, hogy a nők milyen szülési módokat választanak. Intenzív szüléssel kapcsolatos félelmet átélő nők úgy tekintenek az orvosi beavatkozásokra, mint amelyek segítenek abban, hogy a vajúdas és a szülés kibírhatóbb legyen. Ezzel

ellentétben az alacsony félelmi szintről beszámoló nők sokkal kritikusabbak a beavatkozásokkal szemben (Stoll & Hall, 2013).

## 1.2. Szüléssel kapcsolatos tudás

A nők a szüléssel kapcsolatban gyakran inkább hallomásokra és feltételezésekre hagyatkoznak, nem pedig ellenőrzött információkra (Kisdi, 2017). Elsőszülők nők gyakran kevésbé kontrollálhatónak élik meg a helyzetet, valamint megítélésük szerint kevésbé vehetnek részt a döntési folyamatokban, és fájdalmasabb a vajúdas, mint ahogy az elvárásaikban szerepelt. Ezek a nem megfelelő és irreális elképzelések a szülésről felkészületlenséghez vezethetnek (Lally, Murtagh, Macphail, & Thomson, 2008). Úgy tűnik, hogy ezt időnként az iskolarendszer is támogatja, mivel az iskolai oktatáson belül is gyakori az emberi reprodukció témakör hiányos vagy teljesen elmaradó átadása. Az 1990-es évek óta a Nemzeti alaptanterv része a családi életre nevelés, az információk tartalma azonban még mindig nem egységes (Semsey, 2016).

Márpedig, ha a nők tájékoztatva lennének arról, hogy a szülés természetes folyamatát milyen tényezők segítik (pl.: a magzat koponyacsontjainak elmozdulása a kitolási szakaszban, valamint hogy a női medence szülés közbeni anatómiája, fiziológiája és biomechanikája milyen módon segítik a szülés előmenetelét), az növelhetné a testükbe vetett magabiztosságot, azt a hitet, hogy képesek a szülésre (Borer & Dubovi, 2023; Stoll & Hall, 2013). A pozitív szülésélményt is – a szülés közbeni támogatás és a szükségtelen beavatkozások nélkülözése mellett – leginkább a szülésre való mentális és fizikai felkészültség segíti elő (Taheri, Takian, Taghizadeh, Jafari, & Sarafraz, 2018). Ezzel összhangban van az az eredmény, miszerint azok a nők, akiknek magas önbizalmuk volt a szüléssel kapcsolatos tudásukat illetően, kevésbé félték a szüléstől (Stoll és mtsai, 2015). Ezzel szemben az az összefüggés is megmutatkozott, hogy minél könnyebb a nőknek információhoz jutniuk a szüléssel kapcsolatban, annál intenzívebbek a szüléssel kapcsolatos félelmeik. Továbbá fontos tisztában lenni azzal a ténnyel, hogy mind a várandósság előtti, alatti, illetve a szüléssel és gyermekágygal kapcsolatos időszakhoz számos tévhit köthető, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a gyermekvállalási kedvet és magatartást (Ujvári, 2019). Ilyen tévhit lehetnek például az alábbiak: „a szex ártalmas a várandósság alatt”, „a várandósságban jelentkező problémák esetén szigorú ágynyugalom javasolt”, illetve „gátmetszéssel őrizhető meg a hüvely hosszú távú egészsége”.

Ezen eredményeket vizsgálva fontos az a kérdés, hogy milyen információs források állnak a nők rendelkezésére a szüléssel kapcsolatban, és ezek milyen mértékben befolyásolják őket. Azt találták, hogy elsősorban a családdal és a barátokkal folytatott beszélgetések, illetve a televízióból és filmekből szerzett információk járulnak hozzá a szüléssel kapcsolatos tudásukhoz. A felvilágosító iskolai órák, az internet, könyvek, az egészségügyi dolgozókkal való beszélge-

tések és egy szülés megfigyelése csak ezek után helyezkedtek el (Edmonds, Cwierniewicz, & Stoll, 2015). A szüléssel kapcsolatos feszültség oldására sem az ismeretszerzés vagy a témában való tájékozódás az elsődleges eszközük, ehelyett inkább az orvosra hagyatkoznak (Semsey, 2016).

### 1.3. Egészségműveltség

Az egészségértés vagy egészségműveltség (health literacy) az olyan kognitív és szociális képességek gyűjteménye, amelyek lehetővé teszik, hogy az ember megértse és sikeresen alkalmazza az egészségügyben elhangzó információkat. Ezek közé tartozik az irni-olvasni tudás, a megértésre vonatkozó motiváció, a számolási készségek, a retorikai képességek és a technológiahasználat is (Nagy, Korom, Hódi, & B. Németh, 2015).

Az egészségműveltség szintjével összefüggésben hasonló demográfiai tényezőket találtak iráni és brit populációban egyaránt. Arra az eredményre jutottak, hogy az alacsony iskolai végzettség, a kevés jövedelem, az idősebb kor és a vidéken élés erős, pozitív irányú kapcsolatban állnak az inadekvát egészségműveltséggel (Banihashemi & Amirkhani, 2007; Von Wagner, Knight, Steptoe, & Wardle, 2007).

Koltai és Kun (2016) vizsgálata azt mutatta, hogy a magyar népesség eredményei kiugróan jók az egészségértés terén. A vizsgált populáció csaknem 70%-a nagy valószínűséggel megfelelő gyakorlati egészségértéssel bír. A *Short-Test of Functional Health Literacy* elnevezésű, Magyarországon alkalmazott teszt kidolgozói szintén hasonló eredményre jutottak: eszerint a népesség 8%-a az egészségértés inadekvát, 6%-a a marginális és 86%-a a megfelelő szintjét éri el (Papp-Zipernovszky, Náfrádi, Schulz, & Csabai, 2016).

A magasabb egészségműveltséggel és énerővel rendelkezők jobb egészségi állapotról számolnak be (Náfrádi, Nakamoto, Csabai, Papp-Zipernovszky, & Schulz, 2018). Az egészségműveltség alacsony szintje pedig számos egészségi kockázati tényezővel kapcsolatot mutat, így a mortalitás jelentősen nagyobb valószínűségével jár együtt. Az alacsony egészségértéssel jellemezhető általában hosszabb időt töltenek a kórházban, és nehezebben követik az orvostól elhangzó egészségügyi információkat (Baker, Wolf, Feinglass, Thompson, Gazmararian, & Huang, 2007; Connor, Mantwill, & Schulz, 2013; Mårtensson & Hensing, 2012). Nyman és munkatársai (2018) azt találták, hogy az egészségműveltség nem megfelelő szintjét elérők lassabban gyógyultak fel operáció után, és később az életminőségük is alacsonyabb volt. Továbbá kevésbé elégedettek páciensként, kisebb a hajlandóságuk, hogy részt vegyenek preventív beavatkozásokban, többször szorulnak rá az egészségügyi gondozásra, mindazonáltal kevésbé költenek rá (MacLeod és mtsai, 2017).

Ezzel szemben a várandósokkal foglalkozó kutatásokban részt vevő nők 22–34%-a mutat alacsonynak számító értéket az egészségműveltséget mérő skálán. Az anyai adekvát egészségműveltség szoros kapcsolatban áll a magasabb iskolai végzettséggel, a nagyobb bevétellel, a várandósságok számával, a jobb anyai hematokritértékekkel, a várandósság

alatti megfelelő súlygyarapodással és a gyermek egészséges születési súlyával egyaránt. Továbbá a jobb egészségértés-értékekkel rendelkező nők általában korábban kezdtek terhesgondozásra járni, és gyakrabban is vettek ezeken az alkalmakon részt, szedtek táplálékkiegészítőt, sikereesebb volt a vajúadásuk, és jó hatással volt a szoptatásra is a magasabb egészségértés (Kharazi, Peyman, & Esmaily, 2016; Kohan, Ghasemi, & Dodanghen, 2008). Endres és munkatársai (2004) felmérésében az alacsonyabb szintű egészségműveltséggel rendelkező nőknek nagyobb valószínűséggel volt nem várt a terhességük. Továbbá kisebb eséllyel voltak várandósságuk alatt endokrinológusnál, illetve nőgyógyásznál. Lupattelli és munkatársai (2014) kutatásukban pedig arra mutattak rá, hogy az inadekvát egészségműveltséggel rendelkező várandós nők elutasítóbbak a gyógyszer-terápiákkal szemben, kockázatosabbnak érzik ezeket.

Mindezek az eredmények azt jelzik, hogy nagyon fontos feladat figyelmet fordítani az anyai egészségműveltség felmérésére és fejlesztésére (Kohan és mtsai, 2008). Renkert és Nutbeam (2001) kutatása ezzel szemben arra mutatott rá, hogy a terhesgondozás során nem hangzik el minden szükséges információ a várandósságról, szülésről és szüléségről. Pedig fontos lenne, hogy a terhesgondozás után a nők magabiztosság és a megfelelő készségek birtokában legyenek ahhoz, hogy zökkenőmentes várandósságuk, szülésük és gyermekágyi időszakuk legyen.

### 1.4. Jelen kutatás, előzetes felvetések

Jelen kutatás célja, hogy differenciáltabb és pontosabb képet adjon a szüléshez való egyéni viszonyulások formáiról. Ezért tanulmányunkban a szüléssel kapcsolatos attitűdök vizsgálatára alkalmazott Szülésattitűdők Kérdőív skála (Sallay és mtsai, 2015) tételeiből kiszámított hat alskála (Félelem, Közelítés, Távolítás, Növekedés, Női erő, Orvosi kontroll) segítségével klaszteranalízist végeztünk. Feltételezésünk az volt, hogy az előbbieken leírt szülési attitűd alskálák mentén léteznek különböző és értelmezhető mintázattal, klaszterelemzés segítségével elkülöníthető csoportok.

Vizsgálatunk második részében feltételeztük, hogy ezen csoportok különböznek bizonyos változók mentén. Így a létrejött klasztereket megvizsgáltuk az egészségműveltség, a gyakorlati egészségértés, az étellel való elégedettség és a szüléssel kapcsolatos tudás vonatkozásában is. Feltételeztük, hogy a szüléssel kapcsolatban összességében pozitívabb attitűddel rendelkező alcsoportok tájékozottabbak a szüléssel kapcsolatos információk tekintetében, és magasabb egészségértéssel rendelkeznek.

## 2. MÓDSZEREK

### 2.1. Vizsgálati személyek és eljárás

A keresztmetszeti kérdőíves vizsgálatunkban való részvétel egyik kritériuma a 18. életév betöltése volt. További feltétel volt, hogy a részt vevő nő még nem szült és (tudtával) még



nem volt várandós. Vizsgálatunkban azért ezt a populációt céloztuk meg, mert számos olyan korábbi kutatást találunk, amelyekben az első gyermekükkel várandós nők szülésrel kapcsolatos attitűdjeit vizsgálják, a még nem várandós nőkről azonban sokkal kevesebb információval rendelkezünk ilyen téren (Gibbins & Thomson, 2001; idézi Rilby és mtsai, 2012). Az erre a populációra irányuló figyelmet alátámasztja az, hogy a szülésrel kapcsolatos félelem már a várandósság előtt is kialakul, és intenzitása változatlan a várandósság előtt és után. Sőt, a szülésrel kapcsolatos attitűdök már fiatal felnőttkorban vagy akár hamarabb is kialakulhatnak (Stoll & Hall, 2013; Stoll és mtsai, 2014).

Jelen kutatás céljaira egy több kérdőívvel álló kérdőívcsomagot állítottunk össze, amely egy Google Form kérdőív formájában volt elérhető. Az adatfelvétel 2020 januárja és márciusa között zajlott, azaz részben egybeesett a COVID-19-pandémia okozta országos vészhelyzet kihirdetésével, és az egészségügyi, így a szülészeti ellátási rendben bekövetkezett fontos változásokkal is. Az adatgyűjtést hozzáférhetőségi mintavétellel végeztük. A felmérés linkjét személyes megkeresések, a szerzők ismeretségi körét felölelő e-mailes levelezőlisták és közösségi oldalakon (pl. Facebook) való közzététel révén terjesztettük. A kérdőívcsomag kitöltésének megkezdése előtt a vizsgálatban részt vevők részletes írásbeli tájékoztatást kaptak a kutatás céljairól és a részvétel feltételeiről (még nem szült és nem is várandós nők). A válaszadás önkéntesen és anonim módon történt. A részvételért semmilyen nemű kompenzáció nem járt. A kérdőívcsomag kitöltése kb. 20 percet vett igénybe.

A kérdőívet 302 nő töltötte ki. A legfiatalabb válaszadó 18, míg a legidősebb kitöltő 45 éves volt, átlagéletkoruk 25,4 (SD = 5,0) év. A teljes mintában 6 fő (2%) alapfokú, 108 fő (35,8) középfokú, 188 fő (62,3%) pedig felsőfokú végzettséggel rendelkezett. Családi állapotukat tekintve 38 fő (12,6%) házas, 99 fő (32,8%) házasság nélkül együtt élő, 3 fő (1%) eljegyzett, 13 (4,3%) párkapcsolatban együttélés nélkül, 11 fő (3,6) elvált, 138 fő (45,7) pedig egyedülálló. A minta munkaviszony szerinti eloszlása: teljes állású jogviszonnyal 130 fő (43%), részmunkaidős jogviszonnyal 45 fő (14,9%) rendelkezik, 7 fő (2,3%) munkanélküli, 116 fő (38,4%) diák/tanuló, egyéb jogviszonnyal pedig 4 fő (1,3%) rendelkezik. A válaszadók saját anyagi helyzetüket a lehetséges minimálisan 1, maximálisan 10 ponthoz viszonyítva átlagosan 6,6 (SD = 1,6) értékkel jellemezték.

Jelen kutatást az Egyesített Pszichológiai Kutatásért Bizottság (EPKEB) engedélyezte. Az etikai engedély száma: 2019/112.

## 2.2. Méréseszközök

Az adatfelvétel során egy több kérdőívvel álló kérdőívcsomagot vettünk fel, amelyből alább csak az itt elemzett mérőeszközöket mutatjuk be.

A *szociodemográfiai adatok* felmérését az alábbi kérdések mentén tettük meg: életkor, iskolai végzettség (alap-, közép- és felsőfokú), családi állapot (házas, házasság nélkül együtt élő, eljegyzett, párkapcsolatban együttélés nélkül,

elvált, egyedülálló), munkaviszony (teljes állású jogviszony, részmunkaidős jogviszony, munkanélküli, diák/tanuló jogviszony, egyéb), szubjektív anyagi helyzet (10-fokú Likert-skálán, 1 = nagyon rossz, 10 = nagyon jó).

A *Szülésattitűdők Kérdőív* (Sallay és mtsai, 2015) célja a gyermekvállalás előtt álló nők szülésrel kapcsolatos kognitív és affektív viszonyulásának felmérése, 18 személyes és 16 általános állítást tartalmazva. Az egyes állításokat 7 fokú Likert-típusú skálán értékelhették a résztvevők. A személyes attitűdők esetén a skálák végpontjainak jelentése: 1 = egyáltalán nem igaz rám; 7 = tökéletesen igaz rám; az általános attitűdők esetén pedig 1 = egyáltalán nem értek egyet; 7 = tökéletesen egyetértek. A *személyes attitűdők* esetében három alskála különül el: a Félelem alskála (9 tétel) a szülésrel kapcsolatos konkrét és általános félelmeket ragadja meg; a Közelítés alskála (5 tétel) a szülésrel kapcsolatos érdeklődő, megközelítő alapállást, illetve tájékozottságot tükrözi; a Távoltítás alskálában (4 tétel) a szülés mint érzelmileg távoli tapasztalat jelenik meg (részben fordított tételként, mint érzelmileg kívánatos tapasztalat). A skálaképzés – a fordított tételek átkódolása után – az adott alskálához tartozó tételek összpontszámának átlagolásával történik. A személyes attitűdökre vonatkozó állítások esetében így minimum 1, maximum 7 pont érhető el. A magasabb átlagpontszám intenzívebb személyes viszonyulásra utal az adott dimenzió (pl. magasabb félelem a szüléstől). Az *általános attitűdők* esetében szintén három alskála található: a Növekedés alskála állításai (8 tétel) a szülést belső fejlődésként, a nőiség kiteljesedéseként, sőt, spirituális élményként fogalmazzák meg; a Női erő alskálában (4 tételből 2 esetben ellentétes értelemben megfogalmazva) a szülés mint alapvető női képesség, illetve a női szexualitás kifejeződése jelenik meg; az Orvosi kontroll alskála itemei (4 tétel) pedig az orvosi és egészségügyi támogatás és kontroll fontosságát fogalmazzák meg, explicit módon összekötve a szülés biztonságának igényét a külső, egészségügyi környezet beavatkozásával. Az általános attitűdökre vonatkozó állítások esetében ugyancsak az átlagolós skálaképzési algoritmust alkalmazva minimum 1, maximum 7 pont érhető el. A magasabb összehajtott pontszám arra utal, hogy a válaszadó nagyobb mértékben ért egyet a szüléshez való általános viszonyulás adott dimenziójával (pl. inkább tartja a szülést a női erő kifejeződésének). A mérőeszköz Cronbach- $\alpha$  értéke a jelen kutatási mintán az alskálák említésének sorrendjében a következőképpen alakult: 0,87; 0,78; 0,83; 0,84; 0,58; 0,72. A belső megbízhatóság öt alskála esetében jónak, egy alskála (a Női erő) esetében alacsonynak, de az idetartozó tételek alacsony száma miatt még elfogadhatónak bizonyult.

A *szülésrel kapcsolatos tudás* szubjektív szintjét több, a témában született kutatás (Edmonds és mtsai, 2015; Kisdí, 2017; Stoll és mtsai, 2015) kérdései közül a következővel mértük fel: „Ön szerint kortársaihoz képest mennyi információval rendelkezik a szülésrel kapcsolatban?” Válaszlehetőségek: ugyanannyival, kevesebbel, többel.

Az egészségműveltség mérésére szolgáló *Chew-kérdések* (Chew és mtsai, 2008; idézi Papp-Zipernovszky és mtsai, 2016) elnevezésű mérőeszköz három tételt tartalmaz, és előszűrési célra fejlesztették ki. A kérdések célja, hogy önkítöl-



tős formában felmérje, mennyire okoz nehézséget az egészségügyi szövegek megértése és felhasználása az adott személynek (pl. „Mennyire érzi magabiztosnak magát, amikor önállóan tölt ki űrlapokat?”). A válaszadás egy 5 fokozatú Likert-skálán történik (0 = soha, 4 = mindig), a maximálisan elérhető pontszám 12. Minél magasabb összpontszámot ér el valaki, annál alacsonyabb egészségműveltségről beszélhetünk. A Chew-kérdések Cronbach- $\alpha$  értéke a felvett mintán 0,51, ami bár alacsony értéknek tekinthető, három tétel esetén fenntartásokkal ugyan, de elfogadható.

Az *Átlagos Tápérték Teszt* (Koltai & Kun, 2016) a gyakorlati egészségértés mérésére szolgál. Segítségével az mérhető fel, hogy a kérdezett mennyire képes megérteni és alkalmazni egy képzeletbeli fagyaltcímken található információkat. A teszt során összesen hat kérdést tesznek fel (pl. „Hány kalóriát fogyasztana el, ha az egész dobozt megenné?”), amelyekre a címkén található információk segítségével kell válaszolni. Az eredmény egy olyan szám, amely megmutatja, hogy a hat kérdésből hányra válaszolt helyesen a kérdezett. Az eredmények alapján a válaszadók három csoportba sorolhatók: nagy valószínűséggel korlátozott egészségértésűek (0–1 pont); valószínűleg korlátozott egészségértésűek (2–3 pont); nagy valószínűséggel megfelelő egészségértésűek (4–6 pont).

Az *Élettel Való Elégedettség Skála* (SWLS-H, magyar változat: Martos, Sallay, Désfalvi, Szabó, & Ittész, 2014) öt-tételes kérdőív, valamennyi item pozitív állításként megfogalmazott. A válaszadók 7-fokú Likert-skálán adhatják meg az állításokkal való egyetértésük mértékét (1 = egyáltalán nem értek egyet, 7 = teljes mértékben egyetérték). A skála kitöltésekor minimum 7, maximum 35 pont érhető el. A magasabb összesített pontszám az élettel való magas elégedettségi szintre utal. Jelen mintán a kérdőív belső megbízhatósága megfelelőnek bizonyult (Cronbach- $\alpha$  = 0,87).

### 2.3. Adatelemzési stratégia

Az adatok elemzésére és feldolgozására az IBM SPSS Statistics 23.0 programot használtuk. A szülésattitűd profilok kialakítását a ROPstat statisztikai szoftverrel végeztük el.

#### 1. táblázat A Szülésattitűd Kérdőív alskáláinak leíró adatai és együttjárásai

Alskálák	Min.	Max.	M	SD	Pearson-féle korrelációs együtthatók				
					1	2	3	4	5
1. Félelem	1	7	3,40	1,35					
2. Közéltetés	1	7	3,83	1,45	-0,10				
3. Távolítás	1	7	2,28	1,40	0,52**	-0,30**			
4. Növekedés	1,14	7	5,14	1,32	-0,45**	0,36**	-0,68**		
5. Női erő	1	6,20	3,08	0,90	-0,28**	0,30**	-0,11	0,31**	
6. Orvosi kontroll	1	7	4,99	1,23	0,18**	-0,33**	0,10	-0,14*	-0,51**

Megjegyzés: Min. = minimum, Max. = maximum, \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .



A profilok elkülönítése a Szülésattitűdök Kérdőív hat alskálája mentén történt. Miután a ROPstat statisztikai programcsomag mintázatfeltáró modulja segítségével elvégeztük a klaszterelemzést, az adekvációs mutatók segítségével és egy iterációs folyamat során meghatároztuk a leginkább megfelelő klaszterszámot. Az így kialakított klasztereket első lépésben értelmeztük, majd a Chew-kérdések, az Élettel Való Elégedettség Skála pontszámai mentén ANOVA elemzések segítségével megvizsgáltuk ezeket a profilokat. Azokban az esetekben, ahol nem teljesült a szóráshomogenitás feltétele, Welch- és Brown-Forsythe-féle robusztus próbákat, ordinális változók esetén pedig Kruskal-Wallis-próbát alkalmaztunk. Az utótesztet valamennyi esetben Tukey-próbával végeztük.

Az Átlagos Tápérték Teszt kiértékelése során technikai okok<sup>1</sup> miatt a hat kérdésből mindössze négyet tudunk értelmezni. Így bár továbbra is a három eredeti kategóriát (nagy valószínűséggel korlátozott egészségértésűek; valószínűleg korlátozott egészségértésűek; nagy valószínűséggel megfelelő egészségértésűek) tudtuk használni, a „nagy valószínűséggel megfelelő egészségértésűek” kategóriába azok kerültek, akik az első négy kérdésben elérték a 4 pontot. Az Átlagos Tápérték Teszt eredményei, illetve a szüléssel kapcsolatos tudás mentén khi-négyzet-próbával teszteltük, hogy az egyes válaszkategóriák eloszlásában van-e különbség az egyes szülésattitűd-profilok között.

## 3. EREDMÉNYEK

### 3.1. A Szülésattitűdök Kérdőív leíró adatai

Az 1. táblázatban megadjuk a Szülésattitűdök Kérdőív alskáláinak leíró jellemzőit, valamint ezek keresztkorrelációit.

<sup>1</sup> Az online kérdőív létrehozásakor két kérdés tévedésből kimaradt az Átlagos Tápérték Tesztből. Amikorra ez javításra került, már számos válaszadó kitöltötte a kérdőívet, így végül ezen kérdések elemzésből való kihagyása mellett döntöttünk.

### 3.2. Klaszterelemzés

Első lépésként Vargha (2016) ajánlásának megfelelően hierarchikus klaszterelemzést futtattunk le a Szülésattitűdők Kérdőív hat alsókáljának pontszámain (Félelem, Közelítés, Távolítás, Növekedés, Női erő, Orvosi kontroll) és a 2 és 10 közötti klaszterszámú megoldások adekvációs mutatóit hasonlítottuk össze. Az elemzést standardizált változókon végeztük, Ward-féle eljárással, a négyzetes euklideszi távolságok módszerével, mivel ez az eljárás maximalizálja a csoportok közötti heterogenitást és a csoporton belüli homogenitást. Az első klasztermegoldásokat aszerint vetettük össze, hogy milyen értéket vettek fel az egyes esetekben a megfelelőségi (adekvációs) mutatók: EESS% (Explained Error Sum of Squares, megmagyarázott hibaszázalék; lehetőleg nagyobb, mint 60%); pontbiszeriális együtttható (pontbiszeriális korreláció; lehetőleg nagyobb, mint 0,3); Xie–Beni (mod.) (módosított Xie–Beni-index; minél nagyobb legyen, lokális maximum szükséges); Silhouette-mutató (lehetőleg nagyobb, mint 0,5) és HC-átlag (átlagos klaszterhomogenitás; lehetőleg kisebb, mint 1,0). A feltüntetett elvárt határértékeket Vargha (2016) alapján adtuk meg.

Az elemzésünkben talált klasztermegoldások jellemzőit a 2. táblázatban mutatjuk be. A végleges klaszterszám két szempont szerint lett kialakítva. Egyrészt az adekvációs indexek megfelelőségét, másrészt a klaszterek értelmezhetőségét igyekeztünk figyelembe venni. Ennek megfelelően két klasztermegoldás emelkedett ki: a négy- és a hétklaszteres. A négy profilt leíró megoldás az alacsonyabb klaszterszám miatt sokkal jobban értelmezhető, így a későbbiekben a további elemzésekhez ezt az eredményt használtuk. Ezt a

megoldást azonban szerettük volna összehasonlítani a hétklaszteres eredménnyel, megvizsgálni a különbségeket, hasonlóságokat. A hétprofilos megoldást azért is vizsgáltuk meg, mivel annak adekvációs mutatói nagyban megfelelnek az elvártaknak, így ez tűnt a modell leginkább magyarázó eredménynek. Értelmezhetőségének korlátai miatt azonban a végső számításokat nem ezzel végeztük. Az egyik ilyen nehézséget a modell értelmezhetőségében az okozza, hogy a túl magas klaszterszám miatt nem elég jól átláthatók az összefüggések, továbbá az egyes klasztereken belül nagyon eltérőek az esetszámok (a legmagasabb elemszámú klaszter 70, a legalacsonyabb pedig 17 főből áll).

A továbbiakban vizsgálandó klaszterek számának meghatározása után újra lefuttattuk az elemzést, ezúttal azonban relokációt is végeztünk. A négyklaszteres megoldásban a pontbiszeriális korreláció és a Silhouette-mutató az elvárt tartományban volt, a relokáció tovább növelte a megmagyarázott varianciát (43,4%-ról 47,5%-ra), azonban még így is csak az alsó határértéket érte el. A módosított Xie–Beni-index továbbra is viszonylag magas volt, és lokális maximumot mutatott, az átlagos klaszterhomogenitás értéke pedig enyhén meghaladta a maximálisan elvárt pontszámot, azonban kissé csökkent a relokáció során. Így úgy döntöttünk, hogy ezt a megoldást továbbra is alkalmazzuk, emellett azonban megvizsgáltuk a jobb adekvációs indexeket mutató 7-klaszteres megoldást is. A relokáció ez esetben is növelte a megmagyarázott varianciát (55,7%-ról 59,2%-ra), továbbá valamennyi további mutató is az elvárt tartományban vagy annak közelében volt. A módosított Xie–Beni-index pedig tovább nőtt, és lokális maximumot mutatott.

2. táblázat A hierarchikus klaszterelemzés adekvációs indexei, 2–10 klaszteres megoldások

Lépés	N	EESS%	Pontbiszeriális együtttható	Xie–Beni-index	Silhouette-mutató	HC-átlag
i = 292	10	61,78	0,289	-0,158	0,400	0,790
i = 293	9	60,13	0,309	0,416	0,398	0,821
i = 294	8	57,92	0,308	-0,048	0,397	0,863
i = 295	7	55,67	0,335	0,475	0,396	0,907
i = 296	6	53,01	0,327	0,097	0,394	0,962
i = 297	5	48,33	0,333	-0,047	0,391	1,047
i = 298	4	43,44	0,400	0,545	0,405	1,143
i = 299	3	35,13	0,353	0,226	0,442	1,306
i = 300	2	25,29	0,343	0,276	0,532	1,499
Relokáció után	4	47,51	0,383	0,478	0,506	1,061
	7	59,24	0,359	0,619	0,499	0,834

Megjegyzés: i = a hierarchikus klaszterelemzés során alkalmazott összevonások száma; N = a klaszterek száma; EESS% = megmagyarázott hibaszázalék; HC átlag = átlagos klaszterhomogenitás.

A négy- és hétosztályos megoldások összehasonlítását a 3. táblázatban közöltük. A táblázat a ROPstat statisztikai program outputjából származik, ahol z-értékek alapján kerül meghatározásra, hogy mely profilok jellemezhetők az adott alskála átlagnál magasabb (M) vagy alacsonyabb (A) értékeivel. A hét profilt elkülönítő eredmény valóban árnyaltabb képet tudott adni. Három esetben is képes volt a négyosztályos megoldás egyes profiljait fokozatokkal árnyalni.

A négyosztályos megoldásban találtunk egy *Önállóan közelítő*ként elnevezett csoportot ( $n = 78$ ; 25,8%), ahol magas a Közelítés, a Növekedés és a Női erő, míg különösen alacsony az Orvosi kontroll. A hétosztályos megoldás ezt a képet árnyalja egy *Extrém önállóan közelítő* profillal, amely esetben még kifejezettebbek az előbb említett skálákra töltések, továbbá kiegészül azzal, hogy alacsony a Félelem és a Távolítás mértéke. Ennek a másik fokozata az *Önállóságra törekvő* profil, amelynél kevésbé erős a skálákra való töltés; magas a Közelítés és a Növekedés, illetve alacsony a Távolítás; viszont az Orvosi kontroll nem jelenik meg a profil jellemzésében.

A második profil, amely elkülönül a négyosztályos eredményben, az *Elkerülő* ( $n = 47$ ; 15,6%); ebben az esetben magas a Félelem és még inkább a Távolítás, és alacsony mér-

tékű a Közelítés és a Növekedés. A hétosztályos megoldás ezúttal is fokozatokkal árnyalja a képet. Ez alapján elkülönít *Extrém elkerülő*t, ahol szélsőségesen magas a Távolítás, a Félelem és az Orvosi kontroll; és alacsony a Növekedés, a Közelítés és a Női erő. Ehhez képest az *Elkerülésre törekvő* profil esetében a Távolítás emelkedik csak ki, és alacsony a Közelítés és a Növekedés.

A négyosztályos megoldás harmadik csoportja a *Külső támaszkereső* ( $n = 87$ ; 28,8%), amely viszonylag magas Félelemmel és Orvosi kontrollal, illetve alacsony Női erővel jellemezhető. A hét profilt elkülönítő eredményben találhatunk a Külső támaszkeresővel szinte megegyező csoportot, amely ezért ugyanezt a nevet kapta. Ezzel hoztuk kapcsolatba a *Belső támaszkereső*nek elnevezett profilt, amely annyiban különbözik az előzőktől, hogy esetében a Női erő magas, míg az Orvosi kontroll alacsony, illetve magas a Távolítás, és alacsony töltésű a Növekedés.

Végül pedig az utolsó profil mindkét megoldás esetében nagyon hasonló. Ez a profil a *Bizakodó* ( $n = 90$ ; 29,8%), ahol magas a Növekedés, és alacsony a Távolítás és a Félelem. A négy osztályt kialakító megoldás profiljait az áttekinthetőség kedvéért az 1., illetve 2. ábrán közöltük.

### 3. táblázat A négy- és a hétosztályos megoldás profiljainak összehasonlítása a z-értékek sávjai szerint

Klaszter-megoldás	Profil neve (n)	Félelem	Közelítés	Távolítás	Növekedés	Női erő	Orvosi kontroll
4	<b>I. Önállóan közelítő</b> ( $n = 78$ )	–	M	–	(M)	M	A+
7	1. Extrém önállóan közelítő ( $n = 35$ )	A	M+	(A)	M	M++	A++
7	2. Önállóságra törekvő ( $n = 60$ )	–	M	(A)	(M)	–	–
4	<b>II. Elkerülő</b> ( $n = 47$ )	M	A	M+++	A++	–	–
7	3. Extrém elkerülő ( $n = 30$ )	M++	(A)	M++++	A+++	(A)	(M)
7	4. Elkerülésre törekvő ( $n = 34$ )	–	A	M	A	–	–
4	<b>III. Külső támaszkereső</b> ( $n = 87$ )	(M)	–	–	–	A	(M)
7	5. Külső támaszkereső ( $n = 57$ )	(M)	–	–	–	A	M
7	6. Belső támaszkereső ( $n = 17$ )	M	–	M	(A)	M	A++
4	<b>IV. Bizakodó</b> ( $n = 90$ )	A	–	(A)	(M)	–	–
7	7. Bizakodó ( $n = 69$ )	A	(A)	(A)	(M)	–	–

*Megjegyzés:* A relokációk miatt az eredetileg összetartozó klaszterek összegzett elemszámai eltérnek. Az egyes dimenziók z-értékeit a könnyebb értelmezhetőség érdekében az alábbi sávokra bontottuk:

– :  $|z| < 0,44$  (átlagos)

A = alacsony, M = magas

(A/M):  $|z| = 0,44–0,674$

A/M:  $0,675 \leq |z| \leq 1,000$

A/M+:  $1,001 \leq |z| \leq 1,404$

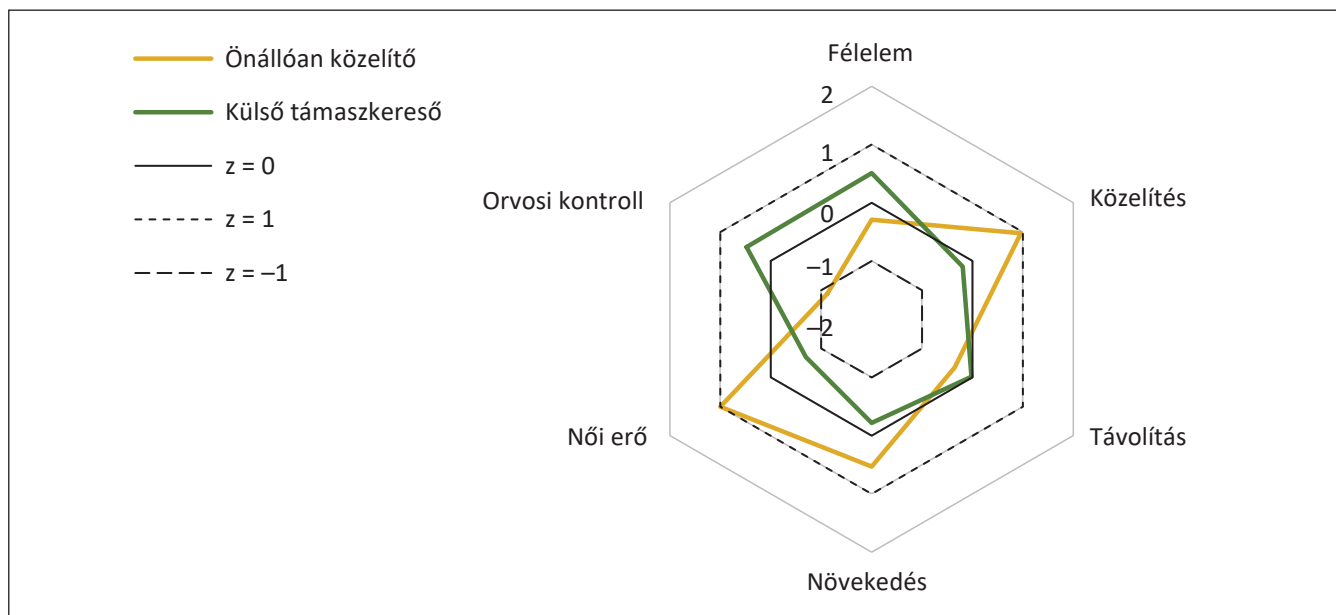
A/M++:  $1,405 \leq |z| \leq 1,644$

A/M+++:  $1,645 \leq |z| \leq 2,044$

A/M++++:  $|z| \geq 2,045$

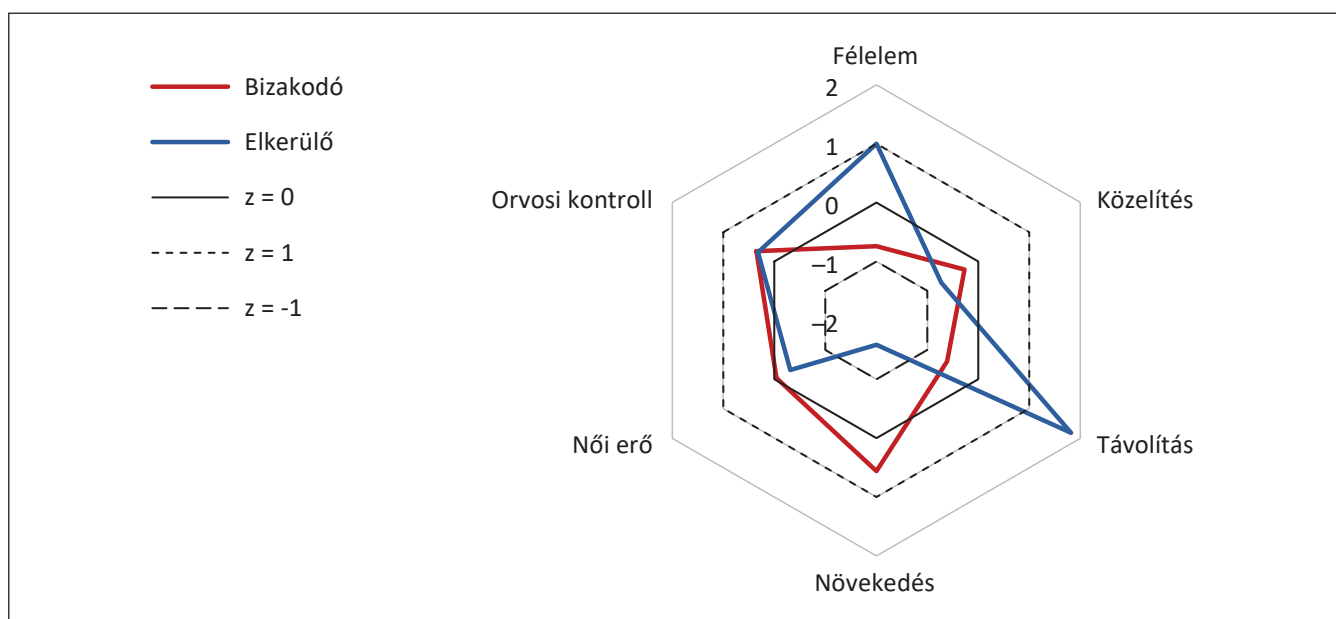






**1. ábra** A négyklasztteres megoldás Önállóan közelítő és Külső támaszkereső profiljainak összehasonlítása a Szülésattitűd Kérdőív alkálái mentén, z-pontszámokban kifejezve

Megjegyzés: Az ábrán jelöljük az átlagos pontszámot ( $z = 0$ ), illetve az ettől egy szórásra levő pontszámokat ( $z = 1$ ;  $z = -1$ ).



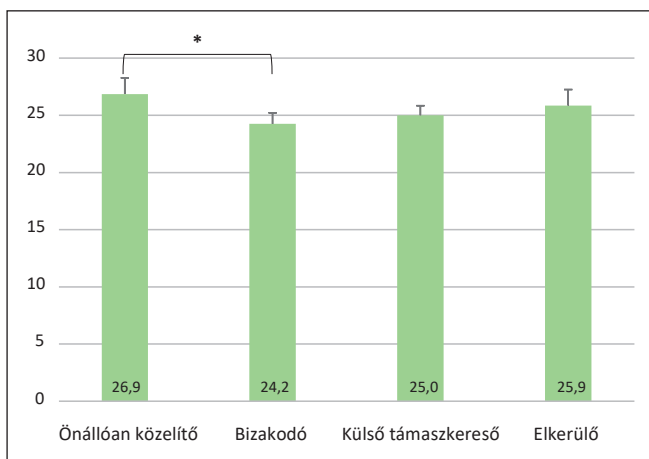
**2. ábra** A négyklasztteres megoldás Bizakodó és Elkerülő profiljainak összehasonlítása a Szülésattitűd Kérdőív alkálái mentén, z-pontszámokban kifejezve

Megjegyzés: Az ábrán jelöljük az átlagos pontszámot ( $z = 0$ ), illetve az ettől egy szórásra levő pontszámokat ( $z = 1$ ;  $z = -1$ ).

### 3.3. A profilok összehasonlítása

Az életkorban független mintás varianciaanalízissel találtunk szignifikáns különbséget a klasztercsoportok között [ $F(3; 298) = 4,19$ ;  $p = 0,006$ ;  $\eta^2 = 0,040$ ]. Így ezt követően lefuttattuk utótesztként a Tukey-próbát. Ez alapján szignifi-

káns ( $p = 0,048$ ) különbség az *Önállóan közelítő* és a *Bizakodó* profilok között található az életkor mentén, az előbbi javára. A profilonként megoszló átlagéletkorok és ezek konfidenciaintervallumai a 3. ábrán láthatók.



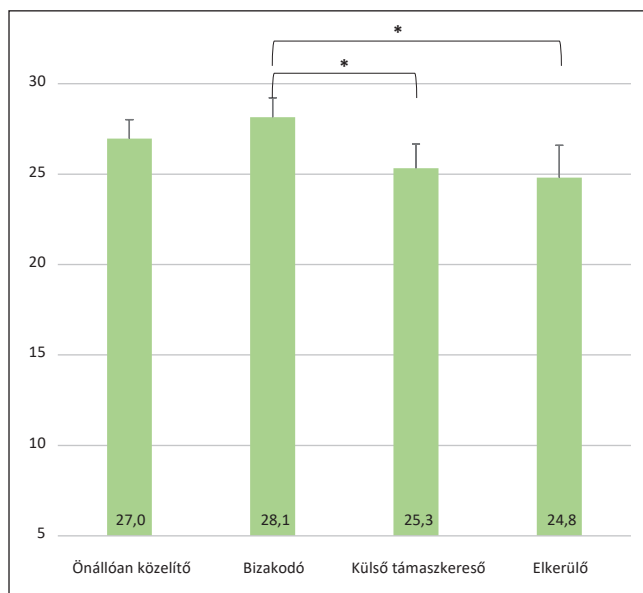
3. ábra A négy profil életkori átlagai

Megjegyzés: 95%-os konfidenciaintervallumok feltüntetésével; \*  $p < 0,05$  különbség a Tukey-utóteszt alapján.

A következőkben azt vizsgáltuk meg, hogy a négyklaszteres megoldásban elkülönülő profilok jelentősen különböznek-e az önbevallásos egészségműveltség, a gyakorlati egészségértés és az étellel való elégedettség tekintetében.

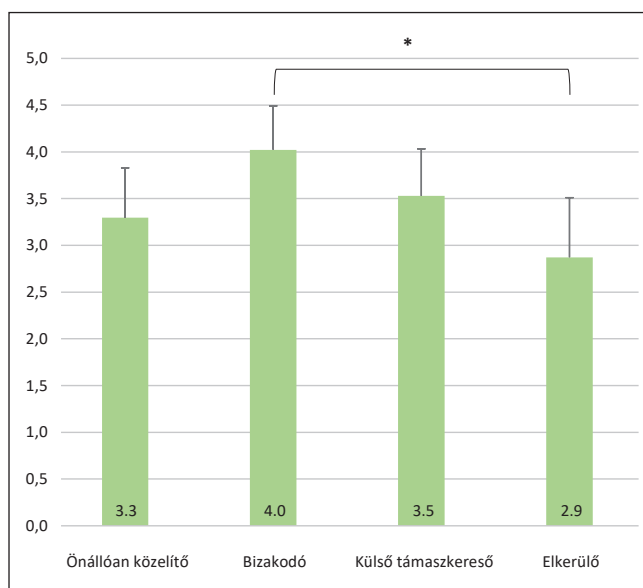
A Chew-kérdések és az Étellel Való Elégedettség Skála mentén a profilokat egyszempontos varianciaanalízissel (ANOVA) hasonlítottuk össze. Bár a normalitás feltétele egyik esetben sem teljesült, a csoportok közel azonosak és magas elemszámúak voltak ( $n > 10$ ), így lehetett ANOVA elemzést futtatni rajtuk. Az étellel való elégedettség vizsgálatkor nem teljesült a szórás-homogenitás feltétele ( $p = 0,025$ ), emiatt a Welch- és a Brown–Forsythe-féle robusztus próbák eredményeit vettük figyelembe. Ezek alapján van szignifikáns különbség a profilok között az étellel való elégedettség tekintetében [ $F_{\text{Welch}}(3; 143,7) = 4,82; p = 0,003; F_{\text{Brown-Forsythe}}(3; 235,2) = 5,00; p = 0,002; \eta^2 = 0,054$ ]. A Tukey-próba eredményei szerint két esetben található szignifikáns ( $p < 0,05$ ) különbség a profilok között. Egyrészt a *Bizakodó* csoportnak magasabb az étellel való elégedettsége, mint a *Külső támaszkereső* csoportnak, másrészt pedig szintén szignifikánsan magasabb, mint az *Elkerülő* csoporté (4. ábra). Ezek az eredmények alátámasztják azon feltételezésünket, amely szerint található eltérés egyes profilok között az étellel való elégedettség mentén, de lényeges megjegyezni, hogy nem az összes különbség szignifikáns a profilok között.

A Chew-kérdések (egészségértés) esetén teljesült a szórás-homogenitás előfeltétele ( $p = 0,614$ ), így alkalmazhattuk az ANOVA eredményeit. Ez alapján tendenciaszintű különbség van a szülésattitűd-profilok között az egészségműveltség terén [ $F(3; 298) = 2,51; p = 0,059; \eta^2 = 0,029$ ]. Ennek az eredménynek a hatásmérete azonban kicsinek minősül ( $\eta^2 = 0,028$ ). A Tukey-próba eredményeiből kiderült, hogy szignifikáns különbség a *Bizakodó* és az *Elkerülő* profilok között található. Eszerint a *Bizakodó* csoportnak szignifikánsan magasabb az egészségműveltsége önbevallás alapján, mint az *Elkerülő* csoportnak (5. ábra).



4. ábra A négy profil étellel való elégedettsége

Megjegyzés: 95%-os konfidenciaintervallumok feltüntetésével; \*  $p < 0,05$  különbség a Tukey-utóteszt alapján.



5. ábra A négy profil pontszámai a Chew-kérdések esetén

Megjegyzés: 95%-os konfidenciaintervallumok feltüntetésével; \*  $p < 0,05$  különbség a Tukey-utóteszt alapján.

Az Átlagos Tápérték Teszt esetében, azaz a gyakorlati egészségértés szempontjából nem találtunk szignifikáns különbséget a csoportok között [ $\chi^2(6) = 6,08; p = 0,415; \text{Cramér-}V = 0,082$ ]. Ez az eredmény cáfolja korábbi feltételezésünket, amely szerint létezik szignifikáns eltérés a gyakorlati egészségértés mentén a különböző profilok között. Az egyes profilok előfordulási gyakoriságait a 4. táblázatban közöljük.

**4. táblázat** Az egyes profilokon belüli gyakoriságok megoszlása az Átlagos Tápérték Teszt gyakorlati egészségértés kategóriái szerint

Profil	Nagy valószínűség szerint nem megfelelő	Valószínűleg nem megfelelő	Nagy valószínűség szerint megfelelő
	n (%)		
Önállóan közelítő	5 (6,4)	29 (37,2)	44 (56,6)
Bizakodó	16 (17,8)	29 (32,2)	45 (50,0)
Külső támaszkereső	13 (14,9)	31 (35,6)	43 (49,4)
Elkerülő	9 (19,1)	14 (29,9)	24 (51,1)
Teljes minta	43 (14,2)	103 (34,9)	156 (51,7)

A szüléssel kapcsolatos tudás szempontjából viszont a khi-négyzet-próba szignifikáns eltérést jelez a szülésattitűd-csoportok között [ $\chi^2(6) = 31,96$ ;  $p < 0,001$ ; Cramér- $V = 0,188$ ]. Az egyes profilok előfordulási gyakoriságait az 5. táblázatban közöljük. A különbségeket megvizsgálva azt láthatjuk, hogy az Önállóan közelítő profil tagjai között arányosan gyakrabban fordulnak elő olyanok, akik úgy vélik, hogy a szülésről másoknál többet tudnak (70,5% a csoporton belül), míg az Elkerülő profil tagjaira ennek éppen az ellenkezője igaz. Az ő csoportjukban a legalacsonyabb azok aránya, akik úgy vélik, hogy másoknál többet tudnak a szülésről, és a legmagasabb azoké, akik kevesebbet (31,9 és 21,3% a csoporton belül, a fenti sorrendben). Ez az eredmény alátámasztja azon korábbi feltevésünket, miszerint található különbség a profilok között az önbevallásos szüléssel kapcsolatos tudás tekintetében.

ton belül), míg az Elkerülő profil tagjaira ennek éppen az ellenkezője igaz. Az ő csoportjukban a legalacsonyabb azok aránya, akik úgy vélik, hogy másoknál többet tudnak a szülésről, és a legmagasabb azoké, akik kevesebbet (31,9 és 21,3% a csoporton belül, a fenti sorrendben). Ez az eredmény alátámasztja azon korábbi feltevésünket, miszerint található különbség a profilok között az önbevallásos szüléssel kapcsolatos tudás tekintetében.

**5. táblázat** Az egyes profilokon belüli gyakoriságok megoszlása a szülésről való tudás kategóriái szerint

Profil	Kevesebbet tud másoknál	Ugyanannyit tud	Többet tud másoknál
	n (%)		
Önállóan közelítő	4 (5,1)	19 (24,4)	55 (70,5)
Bizakodó	7 (7,8)	49 (54,4)	34 (37,8)
Külső támaszkereső	7 (8,0)	42 (48,3)	38 (43,7)
Elkerülő	10 (21,3)	22 (46,8)	15 (31,9)
Teljes minta	28 (9,3)	132 (43,7)	142 (47,0)

## 4. MEGBESZÉLÉS

Jelen kutatás négy szülésattitűd-klasztert talált a vizsgálati mintában, amelyet még nem szült, illetve az adatfelvétel idején a tudomásuk szerint nem várandós nők alkottak. A profilokat a Szülésattitűd Kérdőív (Sallay és mtsai, 2015) alszállait alapul véve hat, egymástól minőségileg eltérő attitűdtípus – félelem, közelítés, távolítás, növekedés, női erő, orvosi kontroll – mentén különítettük el egymástól. Az elemzés eredményeképpen elkülönült négy klaszter (1) egy önállóan közelítő, (2) egy bizakodó, (3) egy külső támaszkereső és (4) egy elkerülő profilt takar. Az önállóan közelítő profil (a minta 25,5%-a) magas közelítéssel, növekedéssel és női erővel, továbbá alacsony orvosi kontrollal jellemezhető. A bizakodó profil (a minta 30,5%-a) mérsékelten alacsonyan tölt a félelem és távolítás alszállakra és enyhén magasan a növekedésre. A külső támaszkereső profilt (a minta 28,5%-a) mérsékelten magas félelem és orvosi kontroll, illetve alacsony női erő jellemzi. Az elkerülő profil a legkisebb lét-

számú klaszter (a minta 15,6%-a), amely jelentősen magas távolítással és szintén magas félelemmel, továbbá jelentősen alacsony növekedéssel és szintúgy alacsony közelítéssel jellemezhető.

Az egészségműveltség tekintetében a bizakodó és az elkerülő profilok között találtunk különbséget a Chew-kérdések mentén. Az Átlagos Tápérték Teszt gyakorlati egészségértése tekintetében nem mutatkozott szignifikáns mértékű eltérés. A Chew-kérdések alapján azonban a bizakodó klaszter rendelkezik magasabb egészségértéssel, mint az elkerülő. Ez az eredmény azért jelentős, mivel segíthet eldönteni, hogy melyik profillal jellemezhető csoportra érdemes nagyobb figyelmet fordítani, hiszen az alacsonyabb egészségműveltséggel rendelkező nők általában később kezdenek terhesgondozásra járni, és ritkábban vesznek részt az alkalmakon. Sőt, a vajúadásuk és a szoptatásuk sikerességére is negatívan hathat (Kharazi és mtsai, 2016; Kohan és mtsai, 2008). Endres és munkatársai (2004) vizsgálatában a nem megfelelő egészségműveltséggel rendelkező

nők nagyobb valószínűséggel estek nem várt módon teherbe. Továbbá kisebb eséllyel fordultak a várandósságuk alatt endokrinológushoz, illetve nőgyógyászhoz. Valamint az alacsony szintű egészségműveltség a gyógyszeres terápiák elutasításához is vezethet (Lupattelli és mtsai, 2014).

Kutatásunkban az étellel való elégedettség tekintetében is találtunk különbséget a profilok között. Így a *bizakodó* profil esetében szignifikánsan magasabb volt az étellel való elégedettség, mint a *külső támaszkereső*, illetve az *elkerülő* klaszterben. Ehhez hasonlóan Sallay és munkatársai (2015) azt találták, hogy a szubjektív jóllétnek lehet szerepe a szüléssel kapcsolatos attitűdök kialakulásában. Ezen belül kiemelték az önértékelés, a szubjektív egészségi állapot és az étellel való elégedettség szerepét. Mindez felveti a gyakorlati várandósgondozáson belül – a fizikai egészségmegőrzésen és szövődmények megelőzésén túl (vö., 26/2014. (IV.8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról) – a pszichés támogatás szerepének fontosságát is. A klinikai környezetben dolgozó egészség-szakpszichológusoknak ebben kiemelt szerepe lehet (Kállai és mtsai, 2022). Az egészségpszichológusok erőforrás-orientált, személyközpontú és egészségprevenziós szemléletével a gyakorlati munkába is jól integrálhatók azok az attitűdök, amelyeket a személy önmagával és a szüléssel kapcsolatban táplál (Dombi, 2022).

A szüléssel kapcsolatos tudás tekintetében az *önállóan közelítő* profil tűnt ki, mivel szignifikáns különbséget mutatott mindhárom másik csoporttól (*bizakodó*, *külső támaszkereső*, *elkerülő*). Ez jól alátámasztja azt az eredményt, amely szerint az *önállóan közelítő* profil magas közelítéssel, növekedéssel és női erővel jellemezhető. Hiszen Stoll és Hall (2013) is kiemelik, hogy ha a nők tájékoztatva vannak arról, hogy a szülés természetes folyamatát milyen tényezők segítik, az növelheti a testükbe vetett magabiztosságot, a hitet, hogy képesek a szülésre. Ez nagyban összefüggést mutat a növekedés alszkálával, amellyel az *önállóan közelítő* profil jellemezhető. Ezzel összhangban áll az az eredmény, amely szerint a magas szüléssel kapcsolatos önbizalommal rendelkező nők kevésbé féltek a szüléstől (Stoll és mtsai, 2015). A szüléssel kapcsolatos tájékozottság és felkészültség továbbá többek között hozzájárul a pozitív szülésélményhez is (Taheri és mtsai, 2018).

Jelen vizsgálat egyik limitációja a kényelmi mintavétel, hiszen így nem reprezentatív a minta a populációra nézve. Az adatok további torzulását okozhatja, hogy nagyobb eséllyel töltötték ki azok, akik eleve jobban érdeklődnek a szüléssel kapcsolatos témák iránt, illetve az internethasználati lehetőségek rendelkezésükre állnak, mivel a kérdőív csak online felületen volt elérhető. Mindez az attitűdkutatás terén különösen megkérdőjelezhetővé teheti az eredményeket. További korlátja a kutatásnak, hogy az egyszerűbben értelmezhető, azonban gyengébb magyarázóerővel bíró

négyszeres megoldást választottuk a további elemzésekhez. Valamint a profilok elnevezése a hétklaszteres megoldásnál nagyban kötődik a négyprofilos eredmény elnevezéseikhez, mivel az előbbi esetében nagyon elaprózódtak a profilok (például a belső támaszkereső klaszter esetében nagyon alacsony a gyakoriság, és hasonló mértékben töltötte az összes alszkálára).

A kutatás erőssége, hogy olyan feltáró munkát ír le, amelyhez hasonlót nem találtunk az eddigi szakirodalomban. A személyközpontú elemzésnek köszönhetően a kutatás lehetőséget ad a személy egészségesebb vizsgálatára. Az általunk vizsgált populáció korábban ritkán került a szüléssel kapcsolatban kutatások fókuszába (Clemons és mtsai, 2022), hiszen gyakrabban fordulnak elő olyan felmérések, amelyek a már szülés előtt álló várandósokkal (Gibbins & Thomson, 2001, idézi Rilby és mtsai, 2012; Sluijs és mtsai, 2020), valamint a szülésen átesettekkel (Holopainen és mtsai, 2020) foglalkoznak a szüléssel kapcsolatos attitűdök témájában.

Összességében jelen kutatással lehetőségünk volt feltárni a szüléssel kapcsolatos attitűdök olyan részleteit, amelyek segítik a téma mélyebb megértését, valamint az összefüggések gyakorlati alkalmazhatóságát. A személyközpontú elemzésnek köszönhetően az egészséges kép mellett bepilantást nyerhettünk az egyéni különbségek hátterébe is. Előbbi a várandóssággal és a szüléssel kapcsolatos attitűdök, érzések és vélemények feltárásának jelentőségére hívja fel a figyelmet az egészségnevelés, a családi életre nevelés, majd később a várandósgondozás, a szülésre való felkészítés prevenciós folyamataiban; utóbbi pedig az egyéni szintű intervenciós ellátás jelentőségét hangsúlyozza. Végül, a szülésattitűdök egészségértéssel, étellel való elégedettséggel és szüléssel kapcsolatos tudással mutatott összefüggéseinek feltárása a téma egy újabb, eddig kevésbé kutatott szelétét világította meg, felvetve az erre irányuló további kutatások lehetőségét és szükségességét. A későbbiek során érdemes lenne a szüléssel kapcsolatos attitűdök kialakulása mögött álló további tényezőket feltárni.

**Szerzői munkamegosztás:** Petróczi Petra: elméleti és módszertani konceptualizáció, adatfelvétel, szakirodalmi áttekintés, számítások, az eredmények értelmezése, a kézirat elkészítése és felülvizsgálata. Lakatos Csilla: szakirodalmi áttekintés, az eredmények értelmezése, a kézirat felülvizsgálata. Martos Tamás: számítások, az eredmények értelmezése, a kézirat felülvizsgálata. Sallay Viola: elméleti és módszertani konceptualizáció, az eredmények értelmezése, a kézirat felülvizsgálata.

**Nyilatkozat érdekütközésről:** A szerzők ezúton kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdekütközések.

## IRODALOM

- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., & Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 167(14), 1503–1509. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.14.1503>
- Bálint, S. (1991). A természetes szülés hipotézise. *Lege Artis Medicinae*, 1(3), 174–179.
- Banihashemi, S. A. T., & Amirkhani, M. A. (2007). Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. *Strides in Development of Medical Education*, 4, 1–9.
- Borer, H., & Dubovi, I. (2023). Fostering childbirth education on upright positions and mobility during labor in nulliparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), Article 870. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06166-4>
- Chew, L. D., Griffin, J. M., Partin, M. R., Noorbaloochi, S., Grill, J. P., Snyder, A., ... & VanRyn, M. (2008). Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population. *Journal of General Internal Medicine*, 23(5), 561–566. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0520-5>
- Clemons, J. H., Payne, D., Garrett, N., McAra-Couper, J., Farry, A., Swift, E. M., & Stoll, K. (2022). Gaining insight from future mothers: A survey of attitudes and perspectives of childbirth. *Midwifery*, 115, 103499.
- Connor, M., Mantwill, S., & Schulz, P. J. (2013). Functional health literacy in Switzerland-Validation of a German, Italian, and French health literacy test. *Patient Education and Counseling*, 90(1), 12–17. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.08.018>
- Dombi, E. (2022). Nőgyógyászati pszichológia. In: M. Csabai, O. Papp-Zipernovszky, & V. Sallay (Szerk.), *Pszichológusok a betegellátásban. Alkalmazott egészségpszichológiai tanulmányok és esetismertetések* (pp. 193–206.). Szegedi Egyetemi Kiadó.
- Dusa, Á., Markos, V., Engler, Á., & Várfalvi, M. (2019). Szülés és születés – a szülés élményének megítélése, lehetséges okok és következmények. *Kapocs*, 2(3–4), 26–51.
- Dweik, D. (2019). Császármetszés pszichoszociális javallatra? A császármetszés pszichés vonatkozásai – az anyai kérésre végzett császármetszéstől a szüléstől való félelemig. In K. Varga, A. Andrek, J. E. Molnár (Szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (pp. 257–264). Medicina Könyvkiadó.
- Edmonds, J. K., Cwierniewicz, T., & Stoll, K. (2015). Childbirth education prior to pregnancy? Survey findings of childbirth preferences and attitudes among young women. *Journal of Perinatal Education*, 24(2), 93–101. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.2.93>
- Endres, L. K., Sharp, L. K., Haney, E., & Dooley, S. L. (2004). Health literacy and pregnancy preparedness in pregestational diabetes. *Diabetes Care*, 27(2), 331–334. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.2.93>
- Gibbins, J., & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302–313. <https://doi.org/10.1054/midw.2001.0263>
- Haines, H. M., Rubertsson, C., Pallant, J. F., & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, Article 55. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-55>
- Hildingsson, I. (2014). Swedish couples' attitudes towards birth, childbirth fear and birth preferences and relation to mode of birth—a longitudinal cohort study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(2), 75–80. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.02.002>
- Holopainen, A., Stramrood, C., Van Pampus, M. G., Hollander, M., & Schuengel, C. (2020). Subsequent childbirth after previous traumatic birth experience: women's choices and evaluations. *British Journal of Midwifery*, 28(8), 488–496.
- Huizink, A. C., Mulder, E. J., de Medina, P. G. R., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*, 79(2), 81–91. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014>
- Kállai, J., Urbán, R., & Csabai, M. (2022). Egészségpszichológiai kutatások és az alkalmazott egészségpszichológiai ellátás fejlődése az elmúlt 30 évben Magyarországon. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 76(3–4), 787–801. <https://doi.org/10.1556/0016.2021.00061>
- Kharazi, S. S., Peyman, N., & Esmaily, H. (2016). Association between maternal health literacy level with pregnancy care and its outcomes. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 19(37), 40–50. <https://doi.org/10.22038/ijogi.2016.8187>
- Kisdi, B. (2016). Rettenetes – túlélhető – csodálatos. Szülésélmény és szülési hajlandóság. In Karlovitz J. T. (Szerk.), *Társadalom, kulturális háttér, gazdaság* (pp. 321–331). International Research Institute.
- Kisdi, B. (2017). Miért, nem a golya hozza? Fiatal nők képzetei a szülésről. In Torgyik J. (Szerk.), *Válogatott tanulmányok a társadalomtudományok köréből* (pp. 255–265). International Research Institute.
- Kohan, S., Ghasemi, S., & Dodangeh, M. (2008). Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 12(4), 146–152.
- Koltai, J., & Kun, E. (2016). Az egészségértés gyakorlati mérése Magyarországon és nemzetközi összehasonlításban. *Orvosi Hetilap*, 157(50), 2002–2006. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30563>
- Konkolj Thege, B., Sallay, V., Rafael, B., & Martos, T. (2018). A revised version of the Multidimensional Health Locus of Control Scales for Labour and Delivery (MHLC-LD-R). *European Journal of Mental Health*, 13(1), 5–18. <https://doi.org/10.5708/EJMH.13.2018.1.2>
- Lally, J. E., Murtagh, M. J., Macphail, S., & Thomson, R. (2008). More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*, 6, Article 7. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-6-7>
- Lupattelli, A., Picinardi, M., Einarson, A., & Nordeng, H. (2014). Health literacy and its association with perception of teratogenic risks and health behavior during pregnancy. *Patient Education and Counseling*, 96(2), 171–178. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.014>

- MacLeod, S., Musich, S., Gulyas, S., Cheng, Y., Tkatch, R., Cempellin, D., ... & Yeh, C. S. (2017). The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. *Geriatric Nursing*, 38(4), 334–341. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.12.003>
- Mårtensson, L., & Hensing, G. (2012). Health literacy—a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 151–160. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x>
- Martos, T., Sallay, V., Désfalvi, J., Szabó, T., & Ittész, A. (2014). Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3), 289–303. <https://doi.org/10.1556/Mental.15.2014.3.9>
- Martos, T., Sallay, V., Rafael, B., & Konkoly Thege, B. (2021). Preferred ways of giving birth in non-pregnant and pregnant nulliparous women: the role of control beliefs. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 42(3), 201–211. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1710486>
- Náfrádi, L., Nakamoto, K., Csabai, M., Papp-Zipernovszky, O., & Schulz, P. J. (2018). An empirical test of the Health Empowerment Model: Does patient empowerment moderate the effect of health literacy on health status? *Patient Education and Counseling*, 101(3), 511–517. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.004>
- Nagy, L., Korom, E., Hódi, Á., & B. Németh, M. (2015). Az egészségműveltség online mérése. In Csapó, B., & Zsolnai, A. (Szerk.), *Online diagnosztikus mérések az iskola kezdő szakaszában* (pp. 147–178). Oktatókutató és Fejlesztő Intézet.
- Nettleton, S. (2006). *The sociology of health and illness*. Polity.
- Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2012). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women and Birth*, 25(3), 114–121. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.06.001>
- Nyman, M. H., Nilsson, U., Dahlberg, K., & Jaensson, M. (2018). Association between functional health literacy and post-operative recovery, health care contacts, and health-related quality of life among patients undergoing day surgery: secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Surgery*, 153(8), 738–745. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.0672>
- Papp-Zipernovszky, O., Náfrádi, L., Schulz, P. J., & Csabai, M. (2016). „Hogy minden beteg megértse!” – Az egészségműveltség (health literacy) mérése Magyarországon. *Orvosi Hetilap*, 157(23), 905–915. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30412>
- Renkert, S., & Nutbeam, D. (2001). Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promotion International*, 16(4), 381–388. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.4.381>
- Rilby, L., Jansson, S., Lindblom, B., & Mårtensson, L. B. (2012). A qualitative study of women's feelings about future childbirth: dread and delight. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(2), 120–125. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00113.x>
- Sallay, V., Martos, T., & Hegyi, E. (2015). Fialat nők szüléssel kapcsolatos attitűdjei: a Szülés-attitűdök Kérdőív kidolgozása és első eredményei. In B. Kisdi (Szerk.), *Létkérdések a szülés körül* (pp. 219–313). L'Harmattan.
- Semsey, G. (2016). Szexuális nevelés a magyar gimnáziumokban. In J. T. Karlovitz (Szerk.), *Társadalom, kulturális háttér, gazdaság* (pp. 331–339). International Research Institute.
- Sluijs, A. M., Wijma, K., Cleiren, M. P., van Lith, J. M., & Wijma, B. (2020). Preferred and actual mode of delivery in relation to fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41(4), 266–274. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1708319>
- Stoll, K., & Hall, W. A. (2013). Attitudes and preferences of young women with low and high fear of childbirth. *Qualitative Health Research*, 23(11), 1495–1505. <https://doi.org/10.1177/1049732313507501>
- Stoll, K., Edmonds, J. K., & Hall, W. A. (2015). Fear of childbirth and preference for cesarean delivery among young American women before childbirth: a survey study. *Birth*, 42(3), 270–276. <https://doi.org/10.1111/birt.12178>
- Stoll, K., Hall, W., Janssen, P., & Carty, E. (2014). Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery*, 30(2), 220–226. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.017>
- Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health*, 15, Article 73. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0511-x>
- Ujvári, A. (2019). Tévhitek és tabuk a várandósság előtt és a szüléssel kapcsolatban. In Varga K., Andrek A., Molnár J. E. (Szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (pp. 265–275). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Vargha, A. (2016). A ROPstat statisztikai programcsomag. *Statisztikai Szemle*, 94(11–12), 1165–1192. <http://dx.doi.org/10.20311/stat2016.11-12.hu1165>
- Varga, K. (2019). A szülés/születés módjának távolra nyúló hatásai. In Varga K., Andrek A., Molnár J. E. (Szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (pp. 276–284). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., & Wardle, J. (2007). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(12), 1086–1090. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.053967>
- Wallston, K. A., Stein, M. J., Smith, C. A. (1994). Form C of the MHLC scales: a condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 63(3), 534–553. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6303\\_10](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6303_10)

**Open Access nyilatkozat:** A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID\_1)

