

Susánszky Anna, Engler Ágnes

A szülés és a szülésélmény hatása a további gyermekvállalási hajlandóságra

Bevezetés

A szülés, születés életünket meghatározó, több generáción átívelő hatásokat kiváltó élmény, ezért nem lényegtelen, milyen módon és kinek a segítségével készülnek fel a leendő szülők gyermekük érkezésére. A születés módja, eseményei befolyásolják többek között a gyermek későbbi egészségét (Polgár 2004), az anya-gyerek kapcsolat alakulását, a gyermek kötődési mintáját, amely felnőttkorban összefüggést mutat a párkapcsolat, illetve a saját gyermekkel való kapcsolat alakulásával is (Varga 2011). A szülés élményének vizsgálatával foglalkozó kutatók rávilágítottak, hogy a negatív szülésélmény összefüggésbe hozható a postpartum depresszió (Bell és Andersson 2016) vagy akár a poszttraumás stressz tüneteinek kialakulásával. Gottvall és Waldenström (2002) stockholmi vizsgálatuk alapján bemutatták, hogy azoknak a nőknek, akiknek negatív tapasztalataik voltak az első szüléssel kapcsolatban, kevesebb gyermekük született a későbbiekben, illetve hosszabb idő telt el a második gyermekük születéséig. Az említett kutatások csupán néhány kiragadott problémakörre utalnak a számos pszichológiai, mentálhigiénés, nevelési vagy szocializációs területen megjelenő diszfunkciókból, amelyek a szülésre való felkészítésnek, a szüléstámogatásnak, illetve az újszülöttgondozás segítségének elmaradását vagy részleges elmaradását követhetik.

A szülésre való felkészülés, a szülés előtti tájékozódás a szülésélmény meghatározó tényezője, amely segítheti az együttműködést a szülést segítő szakemberekkel. A szülési terv a szülést segítő szakemberek és a várandós nő közötti kommunikáció eredményeképp megfogalmazott preferencialista, melyben a várandós nő leírja, hogy mit hogyan szeretne a szülés alatt, mit szeretne elkerülni, és ezek figyelembevételét kéri a személyzettől. A szülési tervbe beletartozik például az, hogy kinek a jelenlétét szeretné a szülés alatt, milyen fájdalomcsillapítási elképzelése van, milyen testhelyzetben szeretne szülni, milyen segédeszközöket kívánna igénybe venni. Nyugat-európai és észak-amerikai országokban több évtizede létezik ilyen

szülési terv, sok helyen formanyomtatványokat is használnak a leggyakrabban előforduló kérdések tisztázására. Többek között kórházak szülészeinek vagy más segítőknek a honlapjain Magyarországon is találhatóak a várandós nők részletes információkat, szüléstervmintákat, amelyeket saját személyükre szabva használhatnak.¹ A szülési tervvel kapcsolatos egyeztetés talán csökkentheti az olyan helyzetek esélyét, amikor a szülő nő tájékozott beleegyezése nélkül történik beavatkozás a szülés során (Szebik és mtsai 2018).

Kutatási eredmények igazolták (például Mei és mtsai 2016), hogy ha volt írásos szülésterve a várandós nőknek, illetve minél inkább megvalósultak az abba foglalt elvárások, igények, annál elégedettebb volt, annál pozitívabban értékelte szülésélményét. Héjja-Nagy Katalin 2013-as magyar vizsgálata is alátámasztotta, hogy a szülésélményt kedvezően befolyásolja a szülésre való tudatos felkészülés (Héjja-Nagy 2015). Kisdi (2016) hazai kvalitatív kutatása során negyven nő szülésről készült interjút elemezték a szülésélmény szempontjából, és rámutattak, hogy a pozitív élmény megélésében a külső körülmények közül a szülést segítő szakemberek támogató hozzáállásának és megfelelő kommunikációjának van a legfontosabb szerepe.

A pár felkészítése a szülésre, a szülői teendőkre és szerepekre a családi életre nevelés (CSÉN) egyik sarokköve. Az Amerikai Egyesült Államokból mozgalomként induló, majd komplex gyakorlattá és interdiszciplináris tudománnyá váló családi életre nevelés a leendő és a már működő családokkal egyaránt foglalkozik. Az előbbi életszakaszban a kulcsszó a felkészítés (például a párkapcsolatra, a szülői szerepre, a felelős és önálló felnőtt életre), az utóbbiban pedig a támogatás (például a gyermekgondozásban, a gyermeknevelésben, a munka és a magánélet összehangolásában, az intergenerációs együttműködésben), amely mindkét esetben oktatás, képzés, nevelés formájában valósul meg. A családi élet támogatása számos tudományterület szakembereinek és kutatóinak kooperációja vagy párhuzamos tevékenysége által válik valóra. A szüléssel és a születéssel kapcsolatos felkészítésben megjelenik többek között az orvostudomány, a pszichológia, a mentálhigiéné, a jogtudomány és a neveléstudomány is.

¹ <https://emmaegyesulet.hu/emma-konyvtar/szulesi-terv/>

A családi életre való felkészítésben élenjáró országokban (elsősorban az Amerikai Egyesült Államok és Nyugat-Európa államai) a szülésélménnyel általánosságban leginkább az 1970–80-as években foglalkoztak a kutatók, az azt követő időszakban a hangsúly áthelyeződött az egyes társadalmi csoportok vizsgálatára (például hátrányos helyzetűek, leányanyák) vagy a folyamat intézményi (orvosi) megközelítésére. A hazai tudományos irodalom később kezdte feltárni a témakört, de az ezredforduló után egyre több empirikus vizsgálat eredményei adtak támpontot a szülő nők és családjaik szülésélményével kapcsolatban a szülővé válás elősegítésében részt vevők munkájához (például Héjja-Nagy 2015).

A szülésélményt meghatározó három időszakaszt – várandósság, szülés, kórházi (intézményen kívüli szülés esetén közvetlenül a szülés utáni) újszülöttellátás – a család mellett szakértői figyelem is kíséri. Hagyományos keretek között, sok évszázadon át a család és az azt körülvevő kisközösségek tagjai figyeltek az anya és gyermeke egészségére, fejlődésére. A folyamatkísérés mellett konkrét teendőket is elláttak, gondoljunk többek között a család női tagjainak, a bábának, szükség esetén a házhoz érkező orvosnak, papnak a részvételére a szülés lefolyásában vagy segítségére a gyermekágyas időszakban, vagy például az egyházi közösség, a szomszédok komatáljaira. A családtagok vagy a családot körülvevő mikroközösségek a családalapításra, a férfi és női, az apai és anyai szerepekre való felkészítésben is komoly szerepet vállaltak.

A család felkészítő és támogató közreműködése – a családi élet egészéhez hasonlóan – egyre inkább meggyengülni látszott a 20. század elején, a markáns társadalmi-gazdasági hatások következményeként átalakult családi munkamegosztás, családszerkezet, időfelhasználás ekkor már egyértelműen körvonalazta a külső támogatás igényét. Ez hívta életre a családi életre nevelés mozgalmát, amely kezdetben a meglévő családok életében nyújtott szakmai segítséget (egyfajta szülők iskolájaként), később pedig a gyermekek és fiatalok felkészítését is vállalta a felnőtt életre. Idővel aztán a másodlagos szocializációs közeg, az intézményi nevelés hozzájárulása is szükségessé vált a fiatal generációk későbbi boldogulásának biztosításához. A hetvenes évektől a hazai köznevelési, közoktatási intézményekben is fokozatosan megjelent a családi életre nevelés, nem koncentrált módon, hanem egyes tananyagok részeként. Mivel a családi életet érintő

rendkívül széles témakörök (például társas kapcsolati kultúra, szexualitás, szülés, gyermeknevelés, testi-lelki egészség, idősgondozás, pénzügyi tudatosság) igen sokrétű ismeretet és kompetenciakészletet igénylő és megmozgató oktatást feltételeznek összehangolt elméleti és gyakorlati módon, a családi életre neveléssel foglalkozó szakemberek rendszeresen felhívják a figyelmet, hogy ezek a témák tervezettebben és hatékonyabban jelenjenek meg a köznevelésben, a felső- és felnőttoktatásban (Skrabski és Kopp 2010; Engler, Kozek és Németh 2020).

Visszatérve a szülésélmény témakörére, elmondható, hogy a gyermekvállalás éppen a családi életre nevelés felkészítő és támogató funkciójának a határmezsgyéjén helyezkedik el, hiszen az a várandósságra, a szülésre, illetve a gyermekgondozásra- és nevelésre készít fel, s kíséri ezeket a folyamatokat. Tanulmányunk mindkét funkciót érinti, hiszen a várandósság, a szülés és a szülést követő időszak megélésének sikere egyrészt a felkészítésben keresendő, másrészt az események résztvevőinek professzionalitásában, szemléletében és a minőségi környezeti-technikai körülményekben.

Érdekes kérdés, hogy a szülésre mint az egyik legintimebb életeseményre való felkészülésben a család vagy a képzett szakemberek részvétele meghatározóbb-e. Sargent és Stark (1989) azt találták, hogy a várandós nők számára a személyes kapcsolati hálójuk tapasztalatai, élményei, a családi és rokoni legendák, hiedelmek hitelesebbnek bizonyultak, mint a szakértői felkészítések. Hasonló következtetésre jutott Ketler (2000) is, aki ezt azzal magyarázza, hogy az ismerősök által közölt információk és tapasztalatok olyan társadalmi hálózatba ágyazódnak, amelynek tagjait az érintettek jól ismerik, és ez mindent felülmúló bizalmat és biztonságérzetet nyújt a várandós nőknek, hiszen a hozzánk hasonló ismert személyek tapasztalataiba vetett bizalomnak mindig énerősítő hatása van. Ezt támasztja alá, hogy az alanyok többsége rokonoktól és barátoktól szerezte a szüléssel kapcsolatos információit, az orvosi, valamint szülésznői és egyéb szakmai informátorok a lista végén helyezkedtek el. A szerző ugyanakkor felhívja a figyelmet a lehetséges dezinformációra és az orvostudomány-ellenességre is, amelyek viszont veszélyeztetik a felkészítés sikerét. Éppen ezért óvatosan összegzi tapasztalatait: a kurzusok formális, orvosbiológiai vonatkozásai annak a külső igénynek felelnek meg, mely szerint a várandós nők legyenek elég felelősségteljesek ahhoz, hogy megfelelő anyák legyenek;

a tapasztalati tudás cseréje pedig belső igényt kielégítve megnyugtatta, ellazítja, félelmektől és kétségektől óvja meg a kismamákat.

A szerző mindemellett az orvosbiológiai ismeretek átadását az anyaság további medikalizálása elsődleges eszközének tekinti. A természetes és a medikalizált szülések bőséges irodalmát részletesen nem tekintjük át, de megemlítjük, hogy a szülés humanizálódását különböző brazil társadalmi csoportokban vizsgálva Giacomini és Hirsch (2020) másokhoz hasonlóan megkockáztatja a „szülészeti erőszak” fogalmát a szülő nők részéről szükségtelennek és károsnak tartott olyan eljárásokkal kapcsolatban, mint például a beöntés, a gátmetszés, a fekvő helyzetre kényszerítés vagy a családtagok kizárása.

Ketler éppen azért kezdte el idézett vizsgálatait, mert úgy látta, a szülés medikalizálásával kapcsolatos képzések háttérbe szorították a várandósságban és a szülésben részt vevők, elsősorban a nem hivatásos személyek jelentőségét. Ő maga szülésfelkészítő tanfolyamokon végzett megfigyeléseket, s azt találta, hogy habár a kurzusok kimondott célja orvosbiológiai ismeretek átadása volt, mégis a nők tapasztalatain alapuló tudás megjelenése dominált. A kórházak által szervezett tanfolyamokon megfigyelte, hogy az oktatók legfőbb célja a pozitív szülési élmény elérése volt, a fájdalom és a testi folyamatok pozitív elfogadtatása, a császármetszés mint lehetőség közelebb hozása, a hasznos orvosi szókincs elsajátíttatása, végül jó vélemény kialakítása a kórházról. Ezáltal a szülő nők a felkészült ellátás és az ezáltal nyújtott biztonság érdekében elfogadták a kórház szabályait. Ezzel szemben Kitzinger (2008) megállapítja, hogy a kórházi protokoll és a totalitárius intézményrendszer a szülészetben dolgozókat is a megszokott viszonyrendszerbe kényszeríti, ezzel korlátok közé szorítva, meghatározva tevékenységüket. A másik típusú (egyesület által, kórházon kívül szervezett) vizsgált felkészítő kurzus célja a szülők észszerű döntések meghozatalához szükséges információkkal való ellátása.

Az ilyen tanfolyamok a szülést normális, nem kóros eseményként definiálva megerősítették a szülők bizalmát a szülési események kontrollálásában. Kisdi (2016) egyébiránt egyenesen paradigmaváltásról beszél, melynek során a modern, medikalizált szülészetről áttérünk a posztmodern szüléskultúrára, amelyben szakemberek kísérik (és nem irányítják)

a szülést, szintézist teremtve a tudomány és az ösztönös női tudatosság, illetve a családi összetartás között.

A felkészítéseket mindkét típusú képzésben szülésznők, szülész-nőgyógyász orvosok, gyermekorvosok, pszichológusok és szociális munkások tartották, s a hallgatók ott voltak aktívak, ott alakult ki bizalmas légkör, ahol a felkészítők nemcsak megtartották az előadásokat, és helyt adtak a kérdéseknek (amivel a tanfolyam résztvevői többnyire nem éltek), hanem ahol a foglalkozás vezetője engedte a személyes tapasztalatok megosztását, a beszélgetések kialakulását.

Ez az eredmény a módszertani megfontolások területére is átvezet. Az előbbi vizsgálatban a klasszikus előadói szerep és a frontális módszerek kevésbé bizonyultak eredményesnek, de ahol a (felnőtt)oktató inkább facilitatori szerepben tűnt fel, hatékonyabbá váltak a foglalkozások.

Hosszabb kitekintést igényelne, de röviden megemlíthjük az általános iskolázottság szerepét is a szülésfelkészítés és a köznevelésben formálisan megjelenő családi életre nevelés összefüggésében. Kutatások sora támasztja alá, hogy a magasabb iskolai végzettségű nők körében kisebb eséllyel fordul elő magzati veszteség, csecsemőhalandóság, koraszülés és alacsony születési súly. Ez a magasabb iskolai végzettségűek jobb egészségi állapotával, nagyobb fokú egészségtudatosságával és kedvezőbb egzisztenciális helyzetével is összefügg, de szerepet játszanak benne a hosszabb és minőségibb iskoláztatás során a tudatos gyermekvállalásról és gyermekvárásról megszerzett információk, azaz a családi életre neveléssel kapcsolatos tudás- és kompetenciaelemek. Tooth és Mishra (2015) például áttekinti a rizikótényezőket (életkor, krónikus betegségek, mentális egészség, fertőző betegségek, az egészséget veszélyeztető magatartásformák, párkapcsolati erőszak, a szűréshez és egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés), de kiemelik, hogy az oktatás lehetővé teszi a nők számára a megalapozott döntéseket az egészségükről és az egészségügyi rendszerrel való kapcsolatukról.

Összefoglalva: a pozitív szülésélmény, mely számos emberi, szakmai tényező és körülmény függvénye, rövid távon elégedettséget, bizalmat, boldogságot ad a szülő nőnek és családtagjainak, hosszú távon pedig befolyásolja egy újabb gyermek vállalásának hajlandóságát, a harmonikus párkapcsolatot, az anya-gyermek kapcsolatot, még messzebbre tekintve

pedig a felnövekvő gyermek későbbi párkapcsolati és szülői kötődését. A várandósság és a szülés eseményeiben rejlő pozitív és negatív kimenetek korántsem csak az egyének és a családok életére gyakorolnak hatást, hanem a társadalom egészére is. A többedik gyermek vállalása vagy nem vállalása az ország népesedései viszonyait is befolyásolja. A szűkebb értelemben vett kutatási téma (felkészülés és felkészítés a szülésre) tehát több szinten (egyén, család, társadalom) megjelenő, rövid és hosszú távú következményeket vetít előre, amelyek közül tanulmányunkban a további gyermekvállalással összefüggésben a demográfiai vetületet vizsgáljuk meg.

Kutatásunk során a Hungarostudy 2021 országos reprezentatív felmérés adatait elemezve azt vizsgáltuk, hogy milyen forrásokból tájékozódnak a magyar nők a szülésről a várandósság időszakában, ismerik-e a „szülési terv” fogalmát, tudják-e képviselni a szüléssel kapcsolatos elvárásaikat, valamint azt is, hogy mindezek a tényezők miként függnek össze a szülésélmény minőségének alakulásával, továbbá hogy a korábbi szülésélmény minősége összefüggést mutat-e a későbbi gyermekvállalási hajlandósággal.

Módszerek

Adatok

Elemzéseinket a Hungarostudy 2021 felmérés adatain végeztük. A kutatás módszertani leírását a kötet módszertani fejezete tartalmazza. A szüléssel, szülésélménnyel kapcsolatos kérdéseinkre a kétezer fős, fiatal (18–40 évesek), súlyozott almintában szereplő 976 nő válaszolt. Közülük 365 nő szült már, tehát az ő élményeiket, tapasztalataikat tudtuk elemezni. Kérdéseinket a legutóbbi szüléssel kapcsolatban tettük föl. Vizsgáltuk a szülés módját (hüvelyi úton vagy császármetszéssel történt-e), helyszínét (kórházban, amikor eljött a szülés ideje; előre tervezett időpontban kórházban; tervezetten otthon; otthonszülést tervezve, kórházi befejezéssel; nem tervezetten otthon). Kértünk információt arról, hogy volt-e a szülő nőnek szülésterve (olyan írásos vagy szóbeli tervezet, amelyben a szülésre készülő nő megfogalmazza és a segítő szakemberek tudomására hozza igényeit, kívánságait, terveit a szülés mozzanataival kapcsolatban); ha volt, az ebben szereplő elképzelések mire vonatkoztak, illetve mennyire valósultak meg a szülés folyamán. Kérdeztünk továbbá arról is, hogy honnan szereztek információt a várandóssággal kapcsolatban. Végül pedig azt kértük, emlékezzenek vissza a legutóbbi szülésükre, és számoljanak

be szülésélményükről. A továbbiakban azt vizsgáltuk, hogy a szülésre való felkészülés és maga a szülés élménye milyen összefüggést mutat a tervezett és a megvalósult gyermekszámmal.

Statistikai eljárások

Adataink elemzése SPSS 27.0 statisztikai programmal készült. A kategorikus változók összehasonlítását khí-négyzet próbával, illetve Fisher-teszttel végeztük. A folytonos normál eloszlású változókat Student-féle t-teszttel hasonlítottuk össze, a folytonos és kategorikus változók kapcsolatának vizsgálatánál pedig varianciaanalízist (ANOVA) alkalmaztunk. A modellezési eljárás során binomiálisregresszió-elemzést végeztünk.

Szignifikánsnak tekintettük az eltérést $p < 0,05$ érték esetén.

Eredmények

	Kategóriák	Esetszám	%
Családi állapot	Egyedülálló	35	9,7
	A házastársával él	214	58,9
	Élettárssal él	114	31,3
Iskolai végzettség	Alapfok	141	38,8
	Középfok	121	33,1
	Felsőfok	102	28,1
A lakóhely településtípusa	Budapest	53	14,5
	Megyeszékhely, megyei jogú város	58	15,9
	Város	129	35,6
	Község, nagyközség	124	34,0
A háztartás szubjektív anyagi helyzete	Nagyon nehéz	10	2,7
	Nehéz	135	37,6
	Tűrhető	113	31,6
	Jó	101	28,1

1. táblázat: A 18–40 éves gyermekes nők szociodemográfiai jellemzői (n = 365)

1. táblázatunkban bemutatjuk azoknak a 18–40 éves nőknek a szociodemográfiai jellemzőit, akik már legalább egy gyermeket szültek. Döntő többségük (90%) párkapcsolatban él, házasságban közel kétszer annyian, mint élettársi kapcsolatban. A legtöbb válaszadónak alacsony iskolai

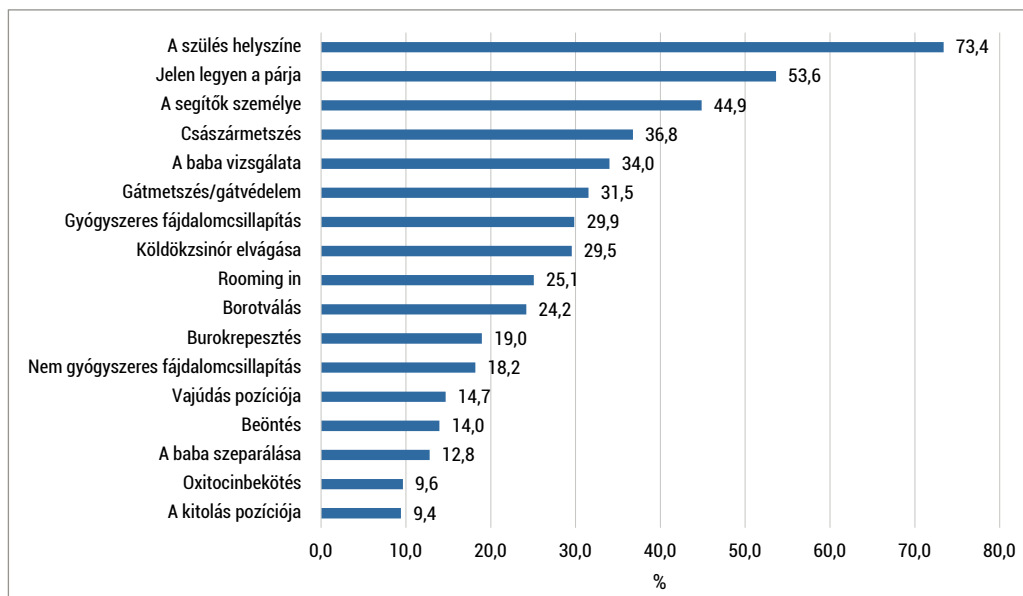
végzettsége van (39%), de a felsőfokú végzettségűek aránya is megközelelti a 30 százalékot. A városi és a községi lakosok aránya 66:34 százalék. A háztartásuk anyagi helyzetét valamivel több mint egynegyedük (28%) minősítette jónak, közel harmaduk (32%) tűrhetőnek, miközben 40 százalékuk nehézségekről számolt be.

Az átlagos életkoruk harminchárom év, a legfiatalabb válaszadó tizenkilenc, a legidősebb pedig negyvenéves volt. Az első szüléskor a nők átlagos életkora huszonnégy év,² a legutóbbi szüléskor pedig huszonhét év volt.

Több gyermek születe esetén kérdéseinket a legutóbbi szüléssel kapcsolatban tettük föl. A legutóbbi születek közel háromnegyede (71%) hüvelyi úton, és valamivel több mint egynegyede (29%) császármetszéssel történt, ami jóval az országos császármetszési átlag (2020-ban 41%³) alatt van. Szinte minden szülés (99%) kórházi körülmények között zajlott. Mivel egyre több kismama szeretné, hogy születe során a saját szükségleteit is tekintetbe vegyék, megfogalmazzák azokat az igényeiket, amelyek szerintük biztosítják számukra a leginkább vágyott szülési folyamatot, amely többnyire az úgynevezett háborítatlan szülés. Erre szolgál a szülési terv, amelyre vonatkozóan mi is feltettünk kérdéseket. Vizsgálatunkban a szülésre készülő nők kevesebb mint egyötödének (16%) volt szülési terve. A nők többsége (80%) nem élt ezzel a lehetőséggel, és voltak, akik nem is tudták, mi az a szülési terv (3%), és hogy mire való. Akiknek volt szülési tervük, azok elsősorban a szülés helyszínével (73%), párjuk (54%), valamint a segítő személyek (orvos, bába, dúla, szülésznő) szülésnél tervezett jelenlétével (45%) kapcsolatban foglalkoztak meg elképzeléseiket, terveiket (1. ábra). A szülési tervet kialakítók átlagosan 8-asra (8,12, SD = 2,15) értékelték terveik megvalósulását egy tízfokú Likert-skálán (1 = egyáltalán nem valósult meg; 10 = teljes mértékben megvalósult), tehát többnyire elégedettnek mondhatók a tervek teljesülését illetően. A többi körülményre (beöntés, borotválás, burokrepesztés, gyógyszeres és nem gyógyszeres fájdalomcsillapítás, a vajúdas pozíciója, gátmetszés/gátvédelem, oxitocin bekötése, a kitolás pozíciója, a köldökzsinór elvágása, a baba vizsgálata, a baba szeparálása, a rooming-in szolgáltatás igénybevétele, császármetszés) lényegesen kevesebben tértek ki a tervezés során.

2 Ez öt évvel marad el az országos átlagtól, amely 2021-ben 29,08 év volt.

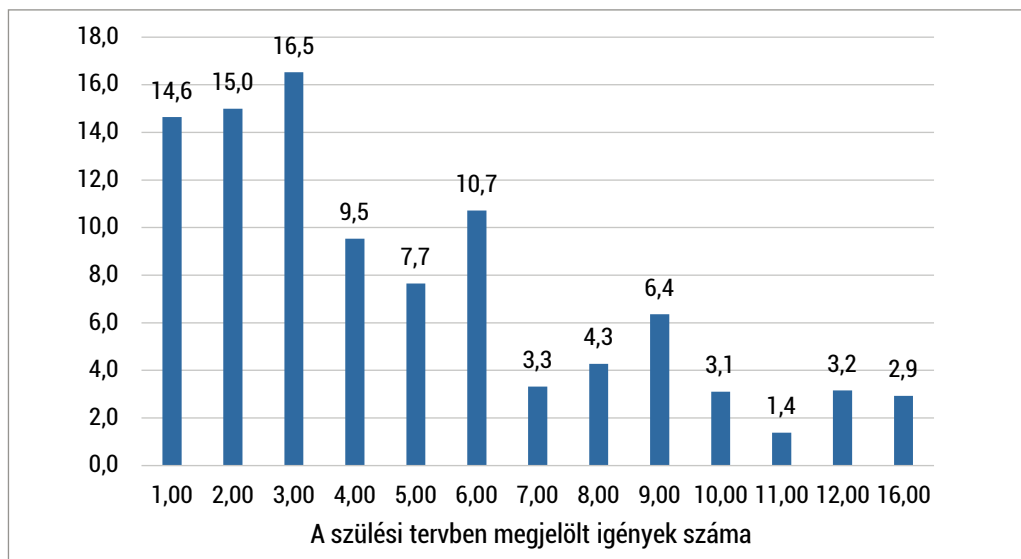
3 Császármetszés-statisztika: https://csaszarvonal.hu/media/static/Szules_csaszarmetszes_statisztika_2020.pdf (Letöltés: 2021. november 9.)



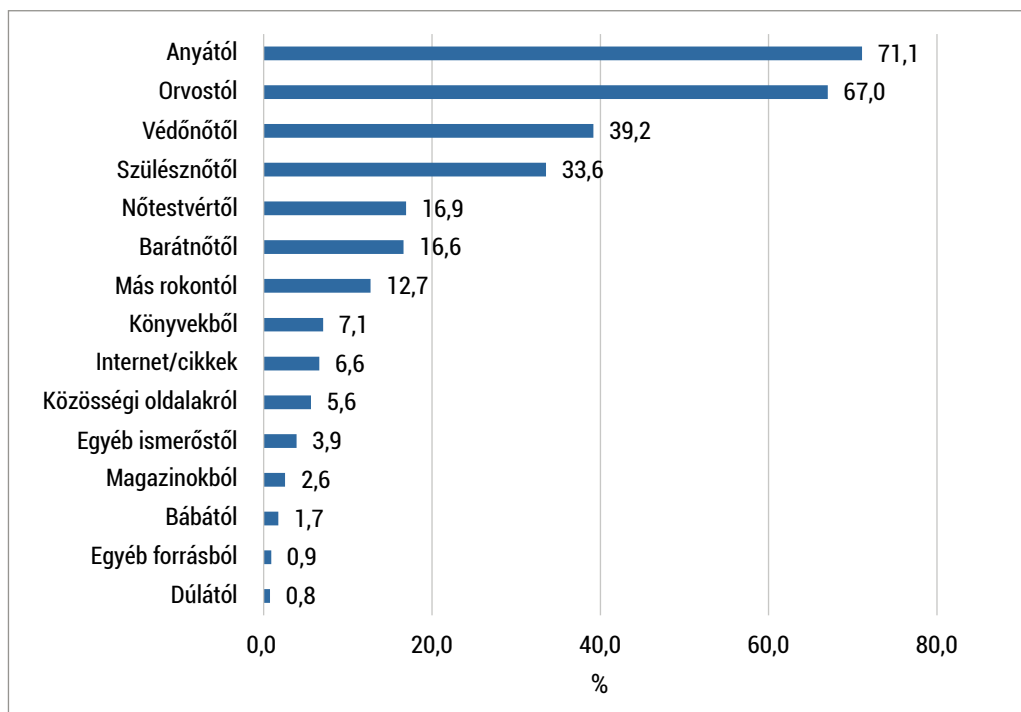
1. ábra: A szülési tervet készítő nők igénypreferenciáinak százalékos megoszlása (n = 60)

A szülési tervben megjelölt igények preferenciái mellett azt is vizsgáltuk, hogy a szülés lefolyásával és az újszülött ellátásával kapcsolatban hány igény fogalmazódik meg, azaz mennyire pontosak, részletesek ezek a tervek (2. ábra). Az igények számossága mutatja a várandós anyák tájékozottságát, ismereteit a vajúdástól az újszülött ellátásáig, illetve arra is utalhatnak ezek a számok, hogy a leendő édesanyák mennyire szeretnék kontrollálni az eseményeket, mennyire tartják fontosnak, hogy szülésük a saját elgondolásuk szerint történjen. A szülési tervet készítő nőknek közel a fele (46%) legfeljebb három szüléssel kapcsolatos igény megvalósulását tartja fontosnak, negyedük (28%) négy-hat, a többiek pedig ennél is nagyobb számú elvárást fogalmaztak meg.

A várandóssággal kapcsolatban a nők elsősorban anyjuktól (71%) és orvosuktól (67%) szereztek információkat. A következő leggyakrabban említett információforrásnak a védőnőket (39%) és a szülésznőket (34%) jelölték meg. A válaszadók közel egyötöde egyenlő arányban (17%) említette, hogy barátnőjéhez, illetve valamelyik női rokonához fordult információért. A nem személyes információforrások (például könyvek, magazinok, cikkek) aránya 6-7 százalék. A szülést segítő, kísérő egyéb szakembert (például bába, dúla) mindössze hat személyt nevezett meg (3. ábra).

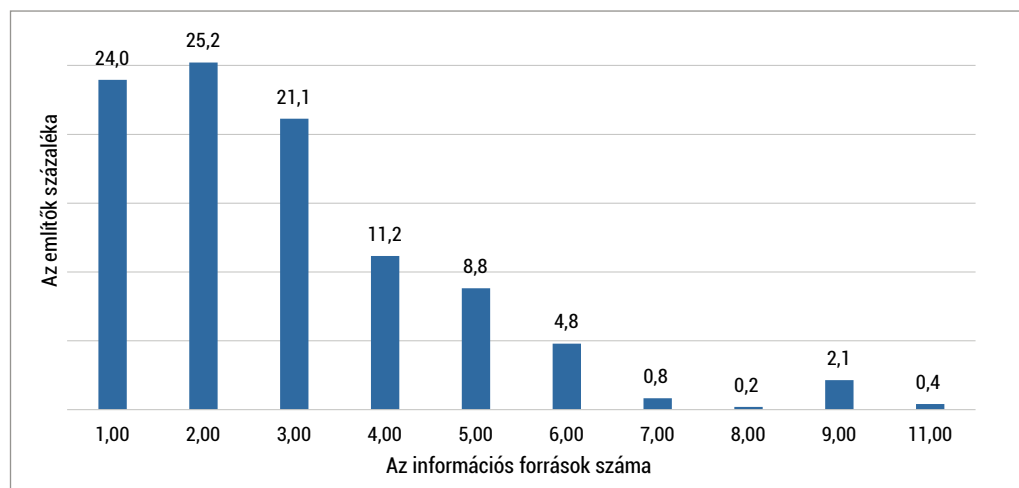


2. ábra: A szülési tervet készítő nők százalékos megoszlása a megjelölt igények számosságát illetően (n = 60)



3. ábra: A várandóssággal kapcsolatos megnevezett információforrások százalékos aránya (n = 364)

A várandóssággal kapcsolatban a nők közel háromnegyede legfeljebb három forrásból tájékozódik, és csak egynegyedük használ ennél több információforrást ismereteinek megszerzése céljából (4. ábra).



4. ábra: A várandóssággal kapcsolatos ismeretek megszerzéséhez felhasznált források száma az említők százaléka szerint

Az almintánkba bekerült válaszadóknak átlagosan 1,9 vér szerinti gyermekük van, és átlagosan 2,4 gyermeket tartanak ideálisnak egy családban. A tervezett gyerekszám 74 százaléka már megvalósult, azaz ezekben a családokban annyi gyerek született, ahányat szerettek volna, míg a családok 7 százalékában a tervezettnél több, 19 százalékában pedig kevesebb gyermek született, mint amennyit szerettek volna. Azok, akiknek kevesebb gyermekük született, mint amennyit szerettek volna, 5 százalékban jelölték meg okként, hogy a rossz szülésélmények miatt félnek egy következő terhességtől, szüléstől. Tehát a kívánt gyerekszámnál kevesebb gyermeket vállaló válaszadók 5 százaléka tisztában van azzal, hogy gyermekvállalási hajlandósága összefügg előző rossz szülésélményével.

A további gyermekvállalási tervekkel összefüggésben vizsgáltuk az anyai életkort, a már meglévő gyermekek számát, a várandóssággal kapcsolatos információkat, a szülési tervet és a szülésélményt (2. táblázat). A mintánkban szereplő nők közel egynegyede (24%) szeretne még gyermeket, egytizedük (11%) szíve szerint szeretne még, de már nem tervez gyereket vállalni, a többség (65%) pedig nem szeretne további gyermeket vállalni, és ezt nem is tervezi.

Az anyai életkorátlagok szignifikáns eltérést mutatnak: a gyermeket még tervező nők négy évvel fiatalabbak, mint azok, akik már nem terveznek további gyermeket. Ez a jelentősnek mondható különbség a már meglévő gyermekek átlagos számában is megmutatkozik. A gyerekvállalásra már nem vállalkozó családokban átlagosan két gyermek már megszületett. Kevesebb várandóssággal kapcsolatos információt gyűjtöttek azok a nők, akik nem terveznek és már nem is szeretnének további gyermeket, mint a másik két csoport tagjai. Szülési tervvel a legfiatalabb, további gyermeket tervező nőknek valamivel több mint az egyötöde (21%) rendelkezett a legutóbbi szülésénél, azaz törekedett arra, hogy a szülés a lehető legjobban menjen számára. A további gyermeket tervező és már nem tervező nők legutóbbi szülésélménye szignifikáns mértékben eltért: a gyermeket tervezők pozitívabb élményről számoltak be (7,01, illetve 6,37).

Ön szeretne és tervez is még gyereket vállalni?	Életkor (n = 351)	Gyermekek- szám (n = 351)	Informá- cióforrás (n = 351)	Volt szü- lési terve (n = 351)	Szülésél- mény (n = 347)
	Átlag (SD)	Átlag (SD)	Átlag (SD)	n (%)	Átlag (SD)
Igen, szeretne	29,9 (5,1)	1,32 (0,70)	3,28 (2,04)	18 (21,4)	7,01 (2,32)
Szíve szerint szeretne még, de már nem tervezi	32,6 (4,9)	2,15 (1,20)	3,39 (2,02)	4 (10,5)	6,79 (2,31)
Nem szeretne, és nem is tervez gyereket vállalni	34,3 (4,7)	2,16 (0,89)	2,59 (1,63)	35 (15,3)	6,37 (2,35)

2. táblázat: Gyermekvállalási tervek az életkorral, a gyerekszámmal, a várandósságra vonatkozó információkkal, a szülési tervvel és a legutóbbi szülésélménnyel összefüggésben

Következő elemzésünkben azon nők közül, akik már szültek ($n = 365$), kiválasztottuk azokat, akik nyilatkoztak arról, hogy szeretnének-e még gyermeket (függetlenül attól, hogy mit válaszoltak) ($n = 353$). Megvizsgáltuk, hogy milyen összefüggés tapasztalható a gyermekvállalási hajlandóság és az anya kora, iskolai végzettsége, párkapcsolata és annak minősége, a már meglévő gyermekek száma, háztartása anyagi helyzetének szubjektív megítélése (szubjektív szegénység, a háztartás helyzete), vallásossága és előző szülésének jellemzői (a szülés módja, szülésélmény) között. A hatások irányának és erősségének vizsgálatára bináris logisztikus regressziót alkalmaztunk. A 3. táblázatban közölt esélyhányados azt fejezi ki, hogy a vizsgált csoportban hányszor nagyobb vagy kisebb egy kijelölt referenciacsoporthoz képest annak esélye, hogy valaki szeretne még gyermeket. Folytonos változók esetében, mint amilyen például az életkor, az

esélyhányadost úgy értelmezhetjük, hogy az életkorban egyévnnyi elmozdulás hányszorosára növeli vagy csökkenti a gyermekvállalás esélyét. Csak a szignifikáns értékeket tüntettük fel, zárójelben a referenciakategóriákkal.

Eredményeinkből azt látjuk, hogy az iskolai végzettség, a párkapcsolat léte és minősége, az anyagi helyzet szubjektív megítélése (szubjektív szegénység, a háztartás helyzete), a császármetszéssel történt előző szülés nem befolyásolja szignifikánsan a nők gyerekvállalási hajlandóságát, azaz a további gyermekvállalást.

A már meglévő gyermekek száma és a magasabb életkor csökkentik a további gyermekvállalás esélyét, vagyis minél több gyereke van valakinek, és minél idősebb, annál kevésbé valószínű, hogy tervez következő gyereket. A vallásosság tekintetében elmondhatjuk, hogy minél fontosabb valakinek a mindennapi életvitelében a vallás, annál nagyobb az esélye annak, hogy vállalna további gyermeket. A nem vallásosakhoz viszonyítva azok esetében, akiknek a mindennapi életében a vallás kissé fontos, majdnem két és félszer ($OR = 2,35$), akiknek nagyon fontos, több mint három és félszer ($OR = 3,62$), akiknek pedig minden cselekedetét befolyásolja, majdnem tizenegy és félszer ($OR = 11,35$) nagyobb az esélye, hogy vállalnának még gyermeket.

Minél pozitívabbnak ítéli valaki a legutóbbi szülésélményét, annál nagyobb az esélye, hogy még vállalna gyermeket. Egy átlagponttal jobb szülésélmény-megítélés körülbelül 15 százalékkal növeli annak esélyét, hogy vállalna még gyermeket ($OR = 1,14$).

	OR (95% CI)
	Vállalna még gyermeket
Életkor	0,87 (0,83–0,92)***
Gyermekek száma	0,39 (0,28–0,56)***
Vallásosság (egyáltalán nem fontos a vallás a mindennapi életvitelében)	
Kissé fontos	2,35 (1,31–4,23)**
Nagyon fontos	3,62 (1,64–7,98)**
Minden cselekedetét befolyásolja	11,35 (2,24–57,50)**
Legutóbbi szülésélménye	1,14 (1,02–1,28)*

Megjegyzés: 95% CI = 95%-os konfidenciaintervallum;

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$; zárójelben a referenciakategóriát tüntettük fel

3. táblázat: A szociodemográfiai változók, valamint a vallás és az előző szüléssel kapcsolatos élmények összefüggése a további gyermekvállalás esélyével (bináris logisztikus regresszió)

Megbeszélés

Vizsgálatunk eredményeit összefoglalva tehát láthatjuk, hogy a megszülető gyermekek száma kevesebb, mint amennyit a 18-40 éves gyermekes nők ideálisnak tartanának a családban. A nők több mint egyharmada (35%) szeretne még gyermeket vállalni, de egytizedük (11%) ennek ellenére már nem tervezi a kívánt gyermekek megszületését. Fontos kérdés tehát, hogy mi az oka e különbségnek, mi az oka annak, hogy a kívánt gyermekek egy része nem születik meg. Mi a szülésélményt, illetve az ennek következtében kialakuló, a várandósságtól, szüléstől való félelem előfordulását vizsgáltuk mint lehetséges okot.

Eredményeinkből látható, hogy a szüléssel kapcsolatos félelmek, illetve konkrétan a negatívabb szülésélmények összefüggést mutathatnak a gyermekvállalási hajlandósággal, hiszen a kívántnál kevesebb gyermeket vállalók 5 százaléka meg is fogalmazta okként a megelőző negatív tapasztalatokat.

Minél pozitívabbnak ítéli valaki a legutóbbi szülésélményét, annál nagyobb az esélye, hogy még vállalna gyermeket. Ezt a tényt továbbgondolva annak feltérképezését is fontosnak tartjuk, hogy milyen tényezők befolyásolhatják a szülésélmény alakulását. Engler és munkatársai (2021) kétezer fős mintán (a 2019-ben felkeresett mintában 500-500 fő 2012-ben, 2014-ben, 2016-ban, illetve 2018-ban született) vizsgálták a szülésélményre pozitívan és negatívan ható tényezőket, s arra jutottak, hogy a szülésélményt a szociodemográfiai változók jelentősen befolyásolják.

Összegzés

Eredményeink alapján elmondható, hogy ha a várandós nő tudatosan készül a szülésre, informálódik, végiggondolja igényeit, kívánságait, terveit e folyamat mozzanataival kapcsolatban, esetleg le is írja ezeket, majd előre megbeszéli a szülésnél őt segítő szakemberekkel (orvos, szülésznő, baba), az növeli annak esélyét, hogy pozitívabb élmény legyen számára a szülése (Mei és mtsai 2016). Mivel adataink szerint a magyar várandósok anyjukon kívül elsősorban az orvosuktól, védőnőjüktől vagy szülésznőjüktől szerzik az információikat, fontos lenne kidolgozni egy szakemberek által összeállított komplex tájékoztató anyagot, melyben a szülésre készülő részletes információt találhatnának a szülés menetéről, a lehetőségeikről, a jogaikról és kötelességeikről stb.

A gyakorlati beavatkozás szempontjából leglényegesebb a szülés pozitív vagy negatív megélése okainak feltárása, elsősorban a következő gyermek megszületése, a kötődési minták, illetve a családban továbbadott narratívák nézőpontjából, amelyeknek hosszú távon demográfiai következményei lehetnek.

Ebből a szempontból vizsgálva úgy látjuk, mind a szülők, mind a szakemberek tehetnek azért, hogy a pozitív szülésélmény ösztönözze a gyerekvállalást. A várandós édesanyák tudatossága, széles körben való tájékozódása a várandósságról és a szülésről (beleértve az informális és a formális csatornákat), a szülés folyamatának tervezése, a gondozásban részt vevő szakemberekkel folytatott hatékony kommunikáció a szülésélmény szempontjából hatékony lenne. A szakmai gárdának (orvos, szülésznő, bába, védőnő, pszichológus stb.) közösen kellene összeállítania egy információs csomagot a témáról, és biztosítani kellene, hogy tartalmát a családok megismerjék, megértsék, mert ez vezethet a várandós nő és a szakember megfelelő kommunikációjához s ezzel a pozitív szülésélményhez. Eredményeinkből megismerve a szülési terv fontosságát javasoljuk ennek megfelelő tájékoztatás melletti beiktatását a várandósgondozásba, azon elvárás mellett, hogy a szülés körüli szaksegítség számára is elfogadottá és követendővé váljék.

Végül, de korántsem utolsósorban a társadalomnak is komoly felelőssége rejlik a pozitív szülésélmény kialakításában, annak ellenére, hogy magánügynek tűnnek a szülés történései. Ahogy korábban utaltunk rá, a szülés és az azt megelőző várandósság, valamint az újszülött ellátása igazolt módon nemcsak az anya és a gyermek kapcsolatára, hanem utóbbinak a majdani párkapcsolati és szülői kötődéseire, mintáira is hatással van. E generációkon átívelő hatás a demográfiai következményeken – tudniillik a gyermekvállalási hajlandóságon – túl az egész társadalom életét meghatározza (például a felnövekvő generációk testi-lelki jólléte, intergenerációs kapcsolatok, munkaerőpiaci részvétel), ezért a szülői szerepre való felkészítésnek (amely a családi életre nevelés koncepciójának is része) már a köznevelésben is van jogosultsága, az egyes korosztályoknak megfelelő módon oktatva az ismereteket.

A társadalmi, állami szerepvállalás a felkészítés mellett a várandósság és a szülés anya-, baba- és családbarát körülményeinek biztosításában is elengedhetetlen. A fentiekből láthatjuk, hogy miért annyira fontos a szülészeti ellátásban dolgozó szakemberek szemlélete, támogatási hozzáállása.

A szülés feltételeinek javítása, a várandós nők preferenciáinak egyre nagyobb mértékű figyelembevétele a szülésélmény javításán keresztül növeli a további gyermekvállalási kedvet.

Fenti adataink azt is megerősítik, hogy a szülés élménye, tapasztalatai generációkon keresztül adódnak tovább, tehát az anyák negatív vagy pozitív élményei befolyásolják lányaik információit, felkészülését és szülésélményét is.

Az eddigiekben arra próbáltunk rávilágítani, hogy a szüléssel kapcsolatos rossz élményeknek milyen negatív következményei lehetnek. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy a szüléssel kapcsolatos pozitív élmények, kiemelkedően fontos pszichológiai következményeiken túl, ösztönözhetik az anyák további gyermekvállalását. Azok az anyák, akik már nem terveznek több gyermeket, kevésbé elégedettek a szülésükkal, mint azok, akik még szeretnének és terveznek is gyermeket. Tehát könnyen elképzelhető, hogy ha egy anya számára pozitív élmény volt a szülése, akkor további gyermekeket is vállalna. S azt szintén láttuk eredményeinkből, hogy a további gyermeket tervező és vállaló nők nagyobb arányban rendelkeztek szülési tervvel, mint azok, akik már nem vállalnának több gyermeket.

Felhasznált irodalom

- Bell, Aleeca F. and Ewa Andersson (2016) The birth experience and women's postnatal depression. A systematic review. *Midwifery*. Vol. 39.: 112–123.
- Engler, Ágnes, Petra Aczél, Ágnes Réka Dusa, Valéria Markos and Marianna Várfalvi (2021) Appraisals of Childbirth Experience in Hungary. *Social Sciences*. Vol. 10.: 302.
- Engler Ágnes, Kozek Lilla és Németh Dóra Katalin (2020) Családi életre nevelés Magyarországon. *Iskolakultúra*. 30. évf. 6. sz. 52–66.
- Giacomini, Sonia Maria and Olívia Nogueira Hirsch (2020) “Natural” and/or “Humanized” Childbirth? A Reflection from the Class Perspective. *Estudos Feministas*. Vol. 28. (1): 1–12.
- Gottvall, Katrin and Ulla Waldenström (2002) Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Vol. 109. (3): 254–260.
- Héjja-Nagy Katalin (2015) A szülésélmény vizsgálata a szülés körülményeinek fényében. In: Kisdi Barbara (szerk.) *Létkérdések a születés körül*. Budapest: L'Harmattan–Könyvpont. 314–338.
- Ketler, Suzanne K. (2000) Preparing for Motherhood. Authoritative Knowledge and the Undercurrents of Shared Experience in Two Childbirth Education Courses in Cagliari, Italy. *Medical Anthropology Quarterly*. Vol. 14. (2): 138–158.
- Kisdi Barbara (2016) Rettenetes – túlélhető – csodálatos. Szülésélmény és szülési hajlandóság. In: Karlovitz János Tibor (szerk.) *Társadalom, kulturális háttér, gazdaság*. Komarno: International Research Institute. 321–330.

- Kitzinger, Sheila (2008) *A szülés árnyékában. Katarzis vagy krízis?* Budapest: Alternatal.
- Mei, Jenny Y., Yalda Afshar, Kimberly D. Gregory, Sarah J. Kilpatrick and Tania F. Esakoff (2016) Birth plans. What matters for birth experience satisfaction *Birth*. Vol. 43. (2): 144–150.
- Polgár Marianne (2004) A bélflóra kialakulása újszülöttekben, alakulásának és alakításának jelentősége csecsemő- és gyermekkorban. In: Szakály Sándor (szerk.) *Probiotikumok és humánegészség*. Budapest: G-print Nyomda. 19–29.
- Sargent, Carolyn and Nancy Stark (1989) Childbirth Education and Childbirth Models. Parental Perspectives on Control, Anesthesia, and Technological Intervention in the Birth Process. *Medical Anthropology Quarterly*. Vol. 3. (1): 36–51.
- Skrabski Árpád, Kopp Mária (2010) *A boldogságkeresés útjai és útvesztői a párokapsolatokban*. Budapest: Szent István Társulat.
- Szebik, Imre, Éva Susánszky, Zsuzsa Szántó, Anna Susánszky and Nicholas Rubashkin (2018) Ethical Implications of Obstetric Care in Hungary. Results from the Mother-Centred Pregnancy Care Survey. *European Journal of Mental Health*. Vol. 13. (1): 51–69.
- Tooth, Leigh and Gita D. Mishra (2015) Mother's education and adverse birth outcomes. *Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 69. (9): 821–822.
- Varga Katalin (2011) Az oxitocin mint neurotranszmitter: a perifériás hatókörön túl. *Lege Artis Medicinae*. 21. évf. 12. sz. 779–784.