

**EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM
PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR**

Perinatális szaktanácsadó szakirányú továbbképzés

SZLÁVIK-KELLER HAJNALKA

**AZ ANYAI CSÁSZÁRMETSZÉS-
PREFERENCIA MÖGÖTT ÁLLÓ
PSZICHÉS TÉNYEZŐK FELTÁRÁSA**

SZAKDOLGOZAT

TÉMAVEZETŐ

Prof. Dr. Varga Katalin

PhD. Dsc. egyetemi tanár, az MTA doktora

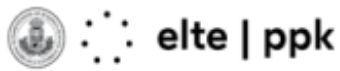
BUDAPEST, 2022.

Dr. Varga Katalin <varga.katalin@ppk.elte.hu>
Címzett: Hajnalka Sziávik-Keller <szk.hajni88@gmail.com>

2022. április 19. 9:44

Igazolom, hogy Sziávik-Keller Hajnalka, a Perinatális szaktanácsadó szakirányú továbbképzés hallgatója "Az anyai császármetszés-preferencia mögött álló pszichés tényezők feltárása" című szakdolgozatát velem konzultálva készítette el.

Témavezetőjeként a szakdolgozat benyújtásához hozzájárulok. Prof. Dr. Varga Katalin



Prof. VARGA Katalin, PhD. DSc.

Head of Department Affective Psychology

Eötvös Loránd University, Budapest

H-1064 Budapest, Izabella utca 46.

skype: [vargakata62](https://www.skype.com/people/vargakata62), E-mail: varga.katalin@ppk.elte.hu,
Tel: +36-1-461-2600

Board member of:



Honorary President of:





EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM
PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR

EREDETISÉGNYILATKOZAT

Alulírott *Szlávik-Keller Hajnalka*, az ELTE PPK *Perinatális szaktanácsadó szakirányú továbbképzés* hallgatója büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom és aláírással igazolom, hogy *Az anyai császármetszés-preferencia mögött álló pszichés tényezők feltárása* című szakdolgozat/diplomamunka **saját, önálló szellemi munkám**, az abban hivatkozott, nyomtatott és elektronikus szakirodalom felhasználása a szerzői jogok általános szabályinak megfelelően történt.

Tudomásul veszem, hogy szakdolgozat/diplomamunka esetén plágiumnak számít:

- a szó szerinti idézet közlése idézőjel és hivatkozás megjelölése nélkül;
- a tartalmi idézet hivatkozás megjelölése nélkül;
- más publikált gondolatainak saját gondolatként való feltüntetése.

Alulírott kijelentem, hogy a plágium fogalmát megismertem, és tudomásul veszem, hogy plágium esetén szakdolgozatom/diplomamunkám visszautasításra kerül, és ilyen esetben fegyelmi eljárás indítható.

Budapest, 2022. április 01.

Szlávik-Keller Hajnalka

.....
aláírás

Tartalomjegyzék

1. Előszó	6
2. A császármetszés	7
2.1. A császármetszés történeti áttekintése	7
2.2. Magyarországi császármetszés körkép	8
2.3. A császármetszés, mint hasi műtét	8
3. Császármetszés anyai kérésre	10
3.1. Jogi szabályozás, szakmai protokollok	10
3.2. Kutatások az anyai kérésre történő császármetszéssel kapcsolatosan	11
3.2.1. A nem orvosi tényezők a császármetszések háttérében Magyarországon	13
3.2.2. Tokofóbiával kapcsolatos vizsgálatok	14
4. Az anyai császármetszés-preferencia mögött álló pszichés tényezők vizsgálata	18
4.1. Kérdésfeltevés	18
4.2. A vizsgálat bemutatása	18
4.2.1. Toborzás, az adatfelvétel módja	18
4.2.2. Módszer: Az interpretatív fenomenológiai analízis	19
4.2.3. Kutatási kérdés	20
4.2.4. A vizsgálati minta bemutatása	20
4.3. Eredmények	21
4.3.1. Szüléssel kapcsolatos attitűd	22
4.3.2. Tájékozódás, információszerzés	28
4.3.3. Döntéshozatal	30
4.3.4. Anyai identitás	37
5. Megbeszélés	39
5.1. Szüléssel kapcsolatos attitűdök	39
5.2. Szelektív információgyűjtés és -feldolgozás	41
5.2.1. A szülés-születés módjának hatásai rövid- és hosszútávon	41
5.3. Döntéshozatal	44
5.3.1. Az apák szerepe a szülés módjával kapcsolatos döntés meghozatalában	45
5.3.2. A nemi szervek érintettsége a szülés módja feletti döntéshozatalban	47
5.4. Anyai identitás	48
6. Prevenció	49
7. Kitekintés	50
7.2. A dolgozat erősségei	50
7.3. Az IPA validitása és reliabilitása	51
Köszönetnyilvánítás	52
Hivatkozások	53

Mellékletek.....	57
1. számú melléklet: A toborzó szöveg.....	57
2. számú melléklet: Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat.....	58
3. számú melléklet: Hozzájárulás adatkezeléshez	59
4. melléklet: Interjú eleji nyitó gondolatok	61

1. Előszó

Magyarország császármetszés-mutatói jelentősen emelkedtek az elmúlt években. A most született gyermekek több mint egyharmada császármetszéssel jön a világra. Életmentő műtétekből a császármetszés mára mindennapos, rutin beavatkozássá vált. Ennek tükrében változik a nők attitűdje is a császármetszéssel kapcsolatosan.

Jelenleg a magyarországi jogszabályok nem adnak lehetőséget arra, hogy a nő maga döntsön szülésének módjáról, szülészeti munkám során mégis egyre többször tapasztaltam, hogy maguk a várandósok fogalmazták meg, hogy jobb lenne császármetszéssel életet adni gyermeküknek. Szakdolgozatomban ezért arra keresem a választ, hogy melyek azok a pszichés tényezők, amelyek hozzájárulhatnak ahhoz, hogy anyák egy csoportja - komplikációmentes várandóssága ellenére- inkább a császármetszést részesíti előnyben a természetes úton történő életadás helyett.

Szakirodalmi áttekintésem során kitérek a császármetszés történeti alakulására, a hasi műtét bemutatására, a magyarországi császármetszés – mutatók emelkedésére. Részletesen tárgyalom a nemzetközi és a hazai szakirodalomban fellelhető kutatásokat az anyai kérésre történő császármetszéssel kapcsolatosan, kitérve a jogi szabályozásra és az orvosi protokollokra a témában. Külön fejezetet szentelek a szüléssel kapcsolatos félelemnek, a tokofóbiának.

Feltáró jellegű vizsgálatomban interjúkat készítettem édesanyákkal, akik várandósságuk idején a császármetszést részesítették előnyben a természetes szüléssel szemben. A megosztott élményeket, érzéseket, gondolatokat az interpretatív fenomenológiai analízis segítségével elemeztük, 2 kutatótársam segítségével.

Az eredmények azt mutatták, hogy abban, hogy a vizsgálatra jelentkező anyák a császármetszést preferálták, jelentős szerepe volt a szüléssel kapcsolatos attitűdjüknek: idealizálták a császármetszést és devalválták a természetes szülést.

A kutatásban részt vevő anyák számára elsődleges tájékoztató-információszerzési lehetőséget az online sorstársközösségek nyújtottak. Az egyoldalú információgyűjtés mellett az információk feldolgozásában is megfigyelhetőek voltak torzítások. Amíg a hüvelyi szülés kapcsán mindenki beszélt annak hátrányairól, a lehetséges komplikációkról és maradandó károsodások következtében megváltozott életminőségről, addig csupán 2-en villantották fel azt, hogy a baba számára a természetes születés optimálisabb lenne, szintén ők említették, hogy egyáltalán elgondolkodtak a vaginális szülés lehetőségén. A császármetszés rövidtávú előnyeivel és hátrányaival mindannyian tisztában voltak, azonban a hosszútávú következményekről csak kevesen tettek említést.

Az interjúk során számos félelmet említettek az anyák, amelyek nagyfokú szorongást keltettek bennük a várandósság során, s ezért igyekeztek keresni egy olyan alternatív megoldást, amely segíthet nekik elkerülni azt, amitől annyira félnek: a kiszámíthatatlan, bizonytalanságokkal teli szülést. A császármetszés így vált a megkérdezett anyák számára az életadás biztonságos, kiszámítható, békés útjává.

A szülés módja feletti döntés megszületésében a szülészorvosok és a férjek szerepe kiemelkedő volt.

Az anyák többségét érzékenyen érintették a társadalom felől érkező sztereotípiák és előítéletek amiatt, hogy gyermeküket császármetszéssel szeretnék volna világra hozni. Többen számoltak be arról, hogy mások önzőnek, tájékozatlannak tartják őket, akik a könnyebb utat választják azért, hogy testi épségüket megőrizzék.

Vizsgálatom az első magyar kvalitatív kutatás a témában, melynek célja, hogy felhívja a figyelmet a jelenség létezésére, és további kutatások alapjául szolgáljon a szakma számára. Remélem, hogy az anyák őszinte, mély kitárulkozása által sikerül jobban megértenünk őket, félelmeiket, traumáikat, fájdalmas útjukat a császármetszés melletti döntésig, és a jövőben több támogatást és segítséget tudunk nyújtani számukra az anyává válás útján.

2. A császármetszés

2.1. A császármetszés történeti áttekintése

A császármetszésnek hosszú története van, ugyanis már az ókorban is használták, azzal a céllal, hogy a haldokló vagy elhunyt anya méhéből kiemeljék a magzatot. Az első írásos emlék i.e.508-ból Sziciliából származik, amely regisztrálta, hogy a császármetszés után a gyermek életben maradt (Boros, 2021). Sok időnek kellett eltelnie addig, amíg az anya is túlélte a műtéti beavatkozást. Az első ilyen esetleírás 1610-ből való. A nő 25 nappal később vérmérgezésben vesztette életét. 1738-ban, Írországból történt először, hogy a császármetszést követően az anya és az újszülött is hosszú ideig életben maradt. Erre Magyarországon 1880-ig kellett várni. Új korszak vette kezdetét az orvostudományban, amikor Semmelweis Ignác bevezette a fertőtlenítő kézmosást, ezzel számos fertőzés elkerülhetővé vált. A műtéti technika változása, a gyógyszerek megjelenése, az eszközök modernebbé válása és az altatás bevezetésének köszönhetően tovább javultak a nők életbenmaradási esélyei, hiszen a császármetszést követően már minden 2. anya életben maradt. Ekkor még mindig kizárólag az életveszély elhárításának céljából alkalmazták. Újabb fordulóponthoz vezetett az antibiotikumok és az érzéstelenítési technikák elterjedése, melyek tovább redukálták az anyai kockázatokat, így az 1940-es években magzati indikációra is kiterjesztették a műtéti eljárást. A megelőző jelleggel végzett elektív császármetszés Prof. Zoltán Imre nevéhez fűződik. 1957-től tehát már nem csak a közvetlen anyai vagy magzati életveszély elhárítása miatt tolták az anyákat a műtőbe, hanem minden olyan alkalommal, amikor úgy ítélte meg az orvos, hogy a császármetszés elvégzése kedvezőbb az anya-baba párosra nézve, mint a szülés. A magzati diagnosztika fejlődése és a műtéti eljárás modernizálása további alapot ad annak, hogy egyre több esetben ragadjanak szikét az orvosok, és segítsék világra műtéti úton a babákat, akár sürgősségi, akár programozott keretek között (Ecsedi, 2021).

A császármetszéssel születő gyermekek száma az utóbbi évtizedekben drámai módon emelkedik. Történik ez mindannak ellenére, hogy a WHO 1985-ben kiadott, majd 2015-ben felülvizsgált állásfoglalása szerint a császármetszések aránya 10-15% között lenne optimális. Ez az a szám, amely szükséges ahhoz, hogy az anyai és a magzati morbiditási mutatók a legalacsonyabbak legyenek. Ha ennél több császármetszésre kerül sor, az már nem javít az anyák és babák életbenmaradási esélyein, hanem éppen ellenkezőleg, 15% felett újra emelkedni kezd az anyai halálozások aránya (WHO, 2015).

A műtéti szülés világszinten tapasztalható drasztikus emelkedését jól mutatja, hogy 1990-ben 7%, 2000-ben 12%, 2015-ben pedig már 21% volt a császármetszés aránya az összes élveszüléshez viszonyítva. Ez azt jelenti, hogy az ezredfordulón 16 millió, 15 évvel később pedig 29.7 millió újszülött látta meg a napvilágot a műtőben (Boros, 2021).

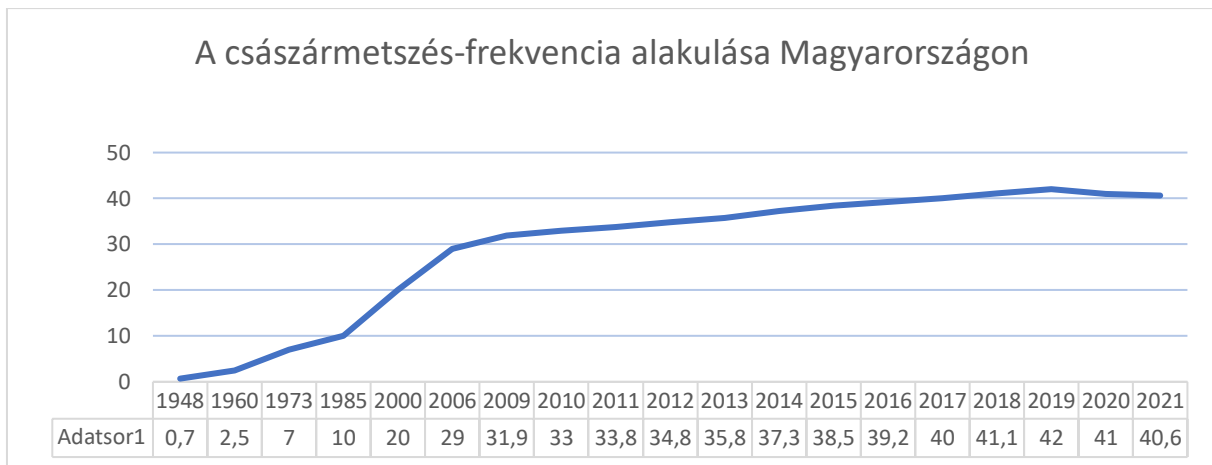
Kontinensenként, országonként jelentős különbségekkel találkozhatunk. Európában a gyerekek több mint negyede hasi úton születik (27%). A legtöbb gyermek a Dominikai Köztársaságban születik műtéti úton (58%-uk), de Brazíliában, Egyiptomban, Törökországban és Venezuelában is a nők több mint fele császármetszéssel ad életet gyermekének. Jóval az európai átlag felett, 40% körüli aránnyal rendelkezik Magyarország, Grúzia és Bulgária.

A legalacsonyabb mutatókkal Finnország, Svédország, Norvégia és Hollandia büszkélkedhet (15-17%). Afrika legtöbb országában azonban a császármetszés elérhetetlen, az egészségügyi ellátás hiányosságai miatt csupán 4-6%-ban végeznek műtétet. Észak-Afrikában azonban 30% körül mozog a császár-frekvencia (Ecsedi, 2021).

A számok tükrében az Egészségügyi Világszervezet egyenesen császármetszés-járványról (world-wide epidemic) beszél, amely visszaszorításának szükségességére újra és újra felhívja a figyelmet (WHO, 1996).

2.2. Magyarországi császármetszés körkép

Magyarország világviszonylatban sajnos nagyon “előkelő” helyen áll a 40% körüli császármetszés arányával. Az 1. diagramon látható, hogy az összes születésszámot tekintve az újszülöttek hány százaléka született császármetszéssel 1948-2021 között (Pleván, 2022). Császármetszéssel 1985 előtt elenyésző számban születtek kisbabák hazánkban, majd valamikor 1985-2000 között érték el a WHO ajánlásokban szereplő 10-15%-os arányt (WHO, 2015). Ezt követően azonban nem stagnálni kezdtek a számok, hanem 2009-re megduplázódott (31,9%), 10 évvel később 2019-ben pedig további 10%-ot emelkedett a császármetszés-frekvencia, így már 100-ból 42 kisbaba született műtéti úton. Az utóbbi két évben mutatott enyhe csökkenés talán bizakodásra ad okot, hogy a tendencia megfordulhat.



1. diagram: A császármetszés-frekvencia alakulása hazánkban (%)

Fontos tudni, hogy ezek a számok az országos átlagot mutatják, intézmények között, orvosként jelentős különbségeket találunk. A császármetszésnek ugyanis vannak abszolút és relatív indikációi, s amíg az első tekintetében a szakemberek véleménye egyöntetűen megegyezik abban, hogy a műtéti eljárást kell alkalmazni, addig a relatív indikációkat tekintve erősen befolyásoló tényező az intézményi protokoll és az orvos szakmai tapasztalata a fennálló komplikációval kapcsolatosan, hogy milyen irányba billen a mérleg nyelve, amikor döntést kell hozni a szülés módjával kapcsolatosan. Terjedelmi okok miatt sajnos nincs lehetőség annak fejtegetésére, hogy milyen tényezők állhatnak a császármetszés frekvencia növekedésének hátterében. A témával foglalkozó kutatások során azonban felmerült az a gondolat, hogy napjainkban már nemcsak az orvosok döntenek arról, hogy milyen úton szülessen meg egy kisbaba, hanem az anyák felől is érkezik egy igény arra, hogy gyermekük császármetszés során jöjjön a világra.

2.3. A császármetszés, mint hasi műtét

Bár a legtöbben már úgy gondolnak a császármetszésre, mint rutin műtetre, fontos látnunk, hogy nagy hasi műtétről van szó, amely számos réteget érint. Az alábbi leírás a tervezett, programozott császármetszésekre vonatkozik, témánk szempontjából ennek van relevanciája. A császármetszés protokoll szerint az anyán a műtét előtt bizonyos vizsgálatokat el kell végezni. Ilyen például a vércép ellenőrzése, az anaemia kizárása, hiszen a műtét nagy vérvesztéssel is járhat. Javasolt továbbá az oxitocinnal történő fájáskeltés a tervezett műtét előtt legalább 2 órával, ezáltal csökkenthetőek a légzési nehézségek az újszülöttnél. Mint minden más operáció

előtt, a császármetszés előtt is minimum 6, ideálisan 12 óra táplálkozásmegvonás szükséges. Izotóniás italok fogyasztása azonban javasolt, a ketózis megelőzése okán. A műtét előtti előkészületek során az anyának gyógyszereket kell kapnia preventív célból (antibiotikum-fertőzések megelőzése, savlekötő-műtét alatti hányás elkerülése). Ezt követően infúziót kötnek be (előzetes volumenpótlással elkerülhető a műtét során bekövetkező vérnyomásesés, valamint a műtét során fellépő komplikációk kezelésére gyógyszereket juttatnak be intravénásan) és katétert helyeznek fel, hogy csökkentsék a műtét alatti hólyagsérülés kockázatát, illetve megelőzzék a hólyag túlfeszülését a műtét alatt. A programozott műtét legnagyobbbrészt regionális anesztéziában zajlik, többnyire csak a sürgősségi műtétekhez altatják az anyát. A narkózishoz képest a spinális vagy az epidurális anesztézia kevesebb kockázattal jár, alacsonyabb az anyai és a magzati halálozás az így végzett operációk során. A műtét során folyamatosan monitorozzák az anyai életfunkciókat (pulzoximetria, vérnyomásmérés, EKG) (EMMI, 2006).

Maga a műtégi technika sokat változott az évtizedek során, ma már igyekeznek a legkevesebb éles vágást ejteni a hasfali lágyszöveteken, ahol lehet, kézzel húzzák szét a rétegeket, ujjakkal, ollóval tágitják a műtégi területet. Ezáltal kevesebb a megsérült ér, ideg, kisebb a vérvesztés, lerövidül a műtét idő, gyorsabb a regeneráció és kevesebb eséllyel alakul ki fertőzés (Ecsedi, 2021).

Általában a hason a bikinivonal magasságában harántmetszést végeznek, kb. 13-17 cm szélességben. Függőleges metszésre ritkán, különleges körülmények esetén van szükség, amikor nagyobb helyre van szükség a kiemeléshez. A méhet szintén megnyitják (inkább tompa, mint éles vágás javasolt, rutinszerűen cervicalis transversalis metszéssel), leszívják a magzatvizet, majd kiemelik a magzatot. A köldökzsinór elvágása után az anya oxitocint kap a méhkontrakciók elősegítésére, ezáltal gyorsabban leválik a lepény és csökken a vérvesztés (Ecsedi, 2021). A méhlepény eltávolítása a köldökzsinór óvatos húzásával javasolt, ez a technika ugyanis csökkenti az endometritis kockázatát, összehasonlítva a kézzel történő lepényleválasztással. A lepény és a magzataburok eltávolítása után következik a méh fertőtlenítése és ellenőrzése, majd a méh sebének varrása. Ez történhet hason belül, és úgy is, hogy kiemelik a hasfal elé. Ez utóbbi esetben könnyebb az ellenőrzés és a varratok behelyezése, ugyanakkor nagyobb vérvesztéssel és fájdalommal járhat, emiatt a jelenlegi orvosi protokoll nem javasolja a méh kiemelését, hanem a méh testen belüli ellátását preferálja. A varrás egy vagy két rétegben történhet, erre a protokoll nem ad egyértelmű állásfoglalást, az adott helyzetben a szakember megítélésétől függ, melyik eljárást alkalmazza (EMMI, 2006). Ezután a hasi szerveket is ellenőrizni kell, nem keletkezett-e bennük sérülés a műtét alatt. Ezt követően jöhet a hasfal réteges zárása. Rendszerint a subcutan szövetek egyeztetésére nincs szükség, azonban a 2 cm-t meghaladó zsírszövet-vastagság esetén egyeztető öltések behelyezésével csökkenthető a haematoma és a seroma kockázata. Drain használatával kapcsolatban osztályonként találunk különbségeket. A bőr zárására kozmetikai szempontok figyelembevételével a tovaftó subcutan varratsor a legideálisabb, nem felszívódó szintetikus monofil fonállal. A műtétet követően tromboziszprofilaxis szükséges, hiszen a hüvelyi szüléshez képest négyszeresére nő a tromboembólia kockázata (Papp, 2018).

A császármetszés további kockázatainak részletezésére, az anya és a baba életét hosszútávon befolyásoló hatásának kifejtésére a megbeszélés részben került sor. Az azonban a fentiek alapján is látszik, hogy a közvélekedéssel ellentétben komoly hasi műtétről van szó, amelynek célja az életmentés volt hajdanán. Ma azonban a magzatok 40%-a ilyen módon érkezik a világra. Ezért is nagyon érdekes, hogy várandósan miért kívánja valaki azt, hogy egy műtét során váljon anyává, szembemelve a természet rendjével. Először azonban nézzük meg azt, hogy az orvosi protokollok és a jog mit képvisel jelenleg az anyai kérésre történő császármetszésekkel kapcsolatban.

3. Császármetszés anyai kérésre

3.1. Jogi szabályozás, szakmai protokollok

Bár a világ számos országában az anyának van lehetősége döntenie szülésének módja felett, Magyarországon ez a döntés kizárólagosan orvosi kompetenciába tartozik, tehát orvosi indikáció hiányában, anyai kérésre császármetszés nem végezhető.

Az 1997. évi CLIV. egészségügyi törvény 129.§ értelmében:

“A kezelőorvos joga, hogy a tudományosan elfogadott vizsgálati és terápiás módszerek [119. § (3) bekezdés b) pontja] közül - a hatályos jogszabályok keretei között - szabadon válassza meg az adott esetben alkalmazandó, általa, illetve az ellátásban közreműködő személyek által ismert és gyakorolt, a rendelkezésre álló tárgyi és személyi feltételek mellett végezhető eljárást. (2) A választott vizsgálati és terápiás módszer alkalmazhatóságának feltétele, hogy a) ahhoz a beteg e törvény szabályai szerint beleegyezését adja, valamint b) a beavatkozás kockázata kisebb legyen az alkalmazás elmaradásával járó kockázatnál, illetőleg a kockázat vállalására alapos ok legyen”.

Ennek tükrében az anya kérésére császármetszés csak akkor végezhető, ha az szakmailag is indokolt, ez pedig azokban az esetekben áll fenn, ha a természetes szülés kockázata meghaladja a császármetszését, vagy közel azonos azzal.

A magyarországi Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium Császármetszés irányelvében így fogalmaz az anyák császármetszésre irányuló kérésével kapcsolatosan: “Meghatározható orvosi indikáció nélkül, önmagában anyai kérésre császármetszés nem végezhető” (2006, 8.o). Javaslataikban megfogalmazzák az anyák tájékoztatását a császármetszés hátrányairól és előnyeiről, összevetve a hüvelyi szülés előnyeivel és kockázataival, továbbá szorgalmazzák az anyák motivációjának feltárását és megfelelő szakemberhez való továbbirányítását.

A FIGO (Nemzetközi Nőgyógyászati és Szülészeti Szövetség) Etikai Bizottságának állásfoglalása szintén nagyon határozottan ellenzi az orvosi indikáció hiányában történő császármetszés elvégzését:

- a, A császármetszés sebészeti eljárás, potenciális veszélyekkel jár az anya és a magzat számára egyaránt. Jelentősen nagyobb anyagi vonzata van, mint a hüvelyi szülésnek.
- b, Az orvos szakmai kötelessége a “ne árts” elvének betartása. Nem kötelezhető olyan beavatkozás elvégzésére, amelynek orvosi szempontból nincs előnye. Etikai felelőssége, hogy az egészségre egyértelműen előnyös hatással járó beavatkozásokat hajtson végre.
- c, Nem áll rendelkezésre megfelelő szintű bizonyíték az orvosi indikáció hiányában történő császármetszés relatív előnyeiről és kockázatairól a természetes szüléshez képest. A jelenlegi bizonyítékok alapján a hüvelyi szülés rövid – és hosszútávon is biztonságosabb. A méhen végzett műtét kihat a következő várandósságokra is.
- d, Az anyai kérésre végzett császármetszés etikai szempontból aggályos, bevezetése nem igazolható (FIGO Committee Report, 1999).

Az ACOG (Amerikai Szülész-nőgyógyászok Kollégiuma) is kiáll a természetes szülés normája mellett, de megengedőbb szellemű ajánlásokat tesz az anyai döntés elfogadhatósága tekintetében, illetve javaslatokat tesz az anyák támogatására:

- Anyai vagy magzati orvosi indikáció hiányában, a hüvelyi szülés biztonságos módja a magzat világrajövetelének.
- Ha a páciens a szülési során átélt fájdalomtól való félelem miatt indítványozza a

császármetszés elvégzését, a szakszemélyzetnek tájékoztatnia kell a szülés alatti fájdalomcsillapítási lehetőségekről, és biztosítani őt a vajúdas alatti érzelmi támogatás felől.

- Amennyiben feltárássra kerülnek az anya döntése mögött álló motivációk, és a szakember részéről megtörtént a várandós teljeskörű tájékoztatása a császármetszés előnyeit és kockázatait illetően, de az anya továbbra is kitart az elhatározása mellett, akkor orvosi indikáció hiányában a császármetszés nem végezhető el a 39. gesztációs hét előtt. Továbbá tekintettel a császármetszést követő várandósság esetén az ismételt műtéti terhességbefejezések magas arányára, az orvosnak fel kell hívnia az anya figyelmét arra, hogy minden egyes műtéttel megnő a placenta previa, a placenta accreta spectrum és a méheltávolítás kockázata (ACOG Committee Opinion, 2019).

3.2. Kutatások az anyai kérésre történő császármetszéssel kapcsolatosan

A szülészeti gyakorlat egyik legvitatottabb témája a nem orvosi okból végzett elektív császármetszés. A szülés medikalizációjával és a hasi szülés gyakorivá válásával az anyák szüléssel kapcsolatos attitűdje is formálódott az elmúlt évtizedekben, melyben gazdasági, társadalmi, kulturális tényezők egyaránt szerepet játszanak. Ma a nők egy csoportja úgy tekint a programozott császármetszésre, mint egy alternatív lehetőségre az életadás módját illetően. Nemcsak az anyák, a szülésorvosok preferenciája is változott, árnyalódott a szülési módokkal kapcsolatos hozzáállásuk.

A császármetszés iránti igény társadalmi konstrukcióját Schantz (2019) szerint 2 fő tényező határozza meg, az egyik a szülés folyamatának biomedikalizációja, a másik pedig az anyák szülőszobán megélt negatív élményei. Ezek jelentősen hozzájárulhatnak ahhoz, hogy vannak anyák, akik a terhességük alatt az elektív császármetszést részesítik előnyben.

Hogy mégis mennyire gyakori jelenségről van szó, vagyis hogy az anyák hány százalékát érinti, hogy a szüléshez közeledve a programozott császármetszés igényével keresik fel nőgyógyászukat, több kutatás is próbált választ adni.

A jelenség első leírása 1997-ben történt, Olaszországban. Tranquilli és munkatársai (1997) számolnak be arról, hogy a betegjogok kiterjesztésének évében megjelent a császármetszés indikációk között az anyai kérésre végzett elektív császármetszés. Ez akkor a császármetszések 4%-át érintette. Tranquilli már akkor felhívja a figyelmet arra, hogy bár ezek jelenleg még elszigetelt esetek, a jövőben a mindennapi gyakorlat részévé válhat ez a jelenség.

14 évvel később Mazzoni és munkatársai (2011) szisztematikus áttekintést és metaanalízist végeztek a nők császármetszésre irányuló preferenciáit illetően. 38 kvantitatív tanulmányt tekintettek át, amelynek eredményeképpen a császármetszés általános preferenciáját 15,6%-ra becsülték. Eredményeik elemzésekor azt is megfigyelték, hogy a korábban császármetszésen átesett anyák körében magasabb arányban volt preferált a műtét egy későbbi terhesség során (29,4% vs. 10,1%).

Néhány évvel később egy újabb szisztematikus áttekintő tanulmány készült, Schantz és munkatársai által. 2019-ben átvizsgálták a 2000 és 2017 közötti időszak angol és francia nyelven íródott publikációit, hogy meghatározzák a nők császármetszésre irányuló igényének prevalenciáját. A vizsgálatba 41 tanulmányt vontak be (keresztmetszeti vizsgálatokat, illetve prospektív kohorszvizsgálatokat), amelyeket közepes és magas jövedelmű országokban végeztek, közel 3,8 millió nőből álló mintán. Az áttekintés során a **császármetszés preferencia**

alatt azt értették, hogy a nő (terhes vagy sem) választása szerint a jövőben szívesebben szülne császármetszéssel. Az **anyai kérésre történő császármetszés** körébe pedig azokat a császármetszéseket vonták be, amelyeket az anya kérésére, szülészeti vagy orvosi indikáció hiányában hajtottak végre.

Az eredmények alapján anyák császármetszés-preferenciája jelentősen kultúrafüggőnek mutatkozott, hiszen míg az Egyesült Királyságban a nők elenyésző százaléka (1%) nyilatkozott így, addig az iráni vizsgálatban a vizsgálati személyek több mint fele (62%). Az anyai kérésre történő császármetszések aránya ugyancsak jelentős szórást mutatott a különböző országok között. A legkevesebb Írországban volt, az összes szülés tekintetében 0,2%, a legmagasabb pedig Kínában, ahol a szülések közel egy negyedét érintette (24,7%).

Ennek tükrében nagyon érdekes Long és munkatársainak (2018) távol-keleti nők körében végzett vizsgálata, akik elsőként igyekeztek feltárni a Kínában, Hongkongon és Tajvanon élő anyák császármetszéssel kapcsolatos preferenciáit és a háttérben húzódó okokat. Szisztematikus áttekintő tanulmányukban 47 kvantitatív vizsgálat metaanalízisét és 19 kvalitatív vizsgálat metasintézisét végezték el. A longitudinális tanulmányokban az összesített császármetszés-preferencia a 2. trimeszterben 14%, a 3. trimeszterben pedig 21% volt. A keresztmetszeti vizsgálatokban ennél magasabb értékek mutatkoztak, a várandósság közepén 17%, a szülés körüli időszakban pedig 22%. Összességében az rajzolódott ki, hogy az anyák a szüléshez közeledve növekvő arányban preferálták a hasi szülést ($p < 0,01$). A metasintézis során pedig igyekeztek feltárni azokat a tényezőket, amelyek a nők döntésének háttérében álltak. Az eredmények azt mutatják, hogy a legfontosabbnak az anyák saját és a babájuk egészségét tartják, amelyhez érzésük szerint az elektív császármetszés nyújtotta orvosi kontroll tudja jobban hozzásegíteni őket. Az okok között szerepelt továbbá a bizalmatlanság az egészségügyi rendszerben, illetve a fájdalomtól való félelem, ami szintén a császármetszés felé billentette az anyák mérlegét.

Összességében az elemzések során 4 főtemát és 9 altémát határoztak meg az anyai döntés háttérében:

- császármetszéssel kapcsolatos hiedelmek és meggyőződések
 - o a császármetszés a hüvelyi szülés biztonságos, elérhető alternatívája
 - o társadalmi és kulturális előnyökkel jár (időzítés, kontroll, méltóságosabb szülésélmény, szexuális vonzerő megőrzése)
- egészségügyi rendszer hatása
 - o pénzügyi ösztönzők (a császármetszés bevételi forrás az egészségügyi rendszer számára)
 - o bizalmatlanság a szakemberek felé (támogatás és tájékoztatás hiánya)
 - o az ellátás minősége: vajúdatámogatás és fájdalomcsillapítás hiánya
- társadalmi kontextus és társadalmi változások
 - o komplexitás és autonómia (döntéshez való jog, erkölcsi felelősség)
 - o baba biztonsága (egygyermekes családpolitika)
- nők tapasztalatai
 - o saját negatív tapasztalatok
 - o releváns mások tapasztalatai

A kutatás vizsgálta az egészségügyi szakemberek preferenciáját is. Az ő döntésüket pénzügyi tényezők és a műhibaperektől való félelem befolyásolta leginkább. A cikk fontos üzenete, hogy az orvosi indikáció hiányában végzett császármetszések gyakoriságának csökkentéséhez nemcsak az anyákon keresztül vezet az út, hanem nélkülözhetetlen az egészségügyi rendszert és a szakembereket célzó reform is!

Reyes és Rosenberg (2019) amerikai szülőképes korú nőket ($n=368$ fő, 18-30 év között) online

kérdőívek segítségével kérdeztek szüléssel kapcsolatos attitűdjeiket és szülési preferenciájukat illetően. A vizsgálat kitért a szüléstől való félelem szintjére is, ez alapján alacsony, közepes és magas kategóriákba sorolták a válaszadókat. A chi-négyzet próba szignifikáns különbséget mutatott a császármetszést és a hüvelyi szülést preferáló nők között, a szülési félelem tekintetében (13,75, $p=0,001$), ugyanis a természetes szülést preferálók 20,6%-a számolt be extrém szintű szüléstől való félelemről, addig a császármetszést előnyben részesítő nők 43,9%-ra volt ez jellemző. További eredményeik azt mutatták, hogy a császármetszéses csoport 73,2%-a érezte azt, hogy a félelem befolyásolja a szülési preferenciáját, szemben a természetes szülés mellett elköteleződő csoport 18,9%-val (58,17, $p<0,001$). A szerzőknek sikerült hipotézisüket alátámasztaniuk a vizsgálat során, mely szerint a szüléssel kapcsolatos félelem hozzájárul az anyák által választott császármetszésekhez. A válaszadók motivációinak hátterében a következő indokokat jelölték meg: “kevésbé tűnik kockázatosnak vagy fájdalmasabbnak” (41,9%), “tervezhető” (19.8%), “ez tűnik a leghatékonyabbnak/legfejlettebbnek” (17,4%), illetve “épségben tartja a testet” (17.4%). Az “egyéb” kategóriába érkezett válaszok többsége a proaktív szemléletet tartotta fontosnak, hogy elkerüljék a sürgősségi császármetszést. A szerzők amellet érvelnek, hogy nincs összhang a nők által elvárt és kapott szülészeti ellátás között, melynek következtében a fiatal, szülés előtt álló nők egy része gyermeke természetes úton történő világra hozatalára ijesztő és kockázatos dologként tekint. Az idegen környezet és az elszigeteltség okozta félelmet és szorongást a szülés során nyújtott érzelmi és szociális támogatással enyhíteni lehetne, például a dülák jelenlétének széleskörű elterjedésével és hozzáférhetőségével. Javaslataikban a támogató szülészeti környezet megteremtését hangsúlyozzák, ahol a nőket tiszteletteljes bánásmódban részesítik, empátiával és odafordulással fordulnak feléjük, figyelembe veszik aggodalmaikat, tanácsadásban és edukációban részesítik őket a szülés módjait illetően.

3.2.1. A nem orvosi tényezők a császármetszések hátterében Magyarországon

A nem orvosi okból végzett elektív császármetszés jelenségét Magyarországon először Dweik Diána vizsgálata angol nyelven írt doktori értekezésében. Kutatásában azt vizsgálta, hogyan viszonyulnak a szülész-nőgyógyászok és a várandós nők a szomatikus indikáció hiányában elvégzett, anyai kérésre történő császármetszésekhez. A vizsgálatban Bács-Kiskun, Békés és Csongrád megye szülész orvosai, illetve a Szegedi Tudományegyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikára terhesgondozásra járó nők vettek részt. A szülész-nőgyógyász orvosok attitűdjének felmérése kérdőíves formában történt. A feltett kérdések az általuk vélt ideális császármetszés mutatókra, a császármetszésre irányuló anyai kérések arányára, a ténylegesen pusztán anyai kérésre elvégzett műtéti beavatkozások arányára, és az anyák lehetséges motivációjára kérdeztek rá. A vizsgálat egy további fontos része az volt, amelyben a szakemberek véleményét kérdezték arról, hogy jónak tartanák-e a megengedőbb jogi szabályozást az anyák szülésmódjával kapcsolatos döntését illetően. Rákérdeztek továbbá arra is, hogy amennyiben a jövőben legálissá válna az anyai kérésre történő hasi szülés, ajánlanák-e a terhesgondozás során az általuk gondozott várandósoknak, illetve elvégeznék-e a műtétet szakmai indikáció nélkül (Dweik, 2014).

A vizsgálat második fázisában 411 várandós egy peripartum követéses vizsgálatban vett részt. Az anyák várandósságuk 2. és 3. trimeszterében kitöltötték egy kérdőívcsomagot, amelynek kérdései kitértek az általuk preferált szülésmódra, a szüléssel kapcsolatos attitűdjeikre, illetve tartalmazta a szüléssel kapcsolatos félelem mérésére leggyakrabban alkalmazott W-DEQ-A magyarra fordított változatát is. A szülésről az adatokat a kórházi dokumentációból és az anyákkal készített interjúkból nyerték (Dweik, 2014).

Az eredmények azt mutatták, hogy a szülész-nőgyógyász szakemberek becslése szerint az

összes császármetszés 10,15%-a (SD=8,76) anyai kérésre történik. Érdekes adat, hogy szignifikáns különbség mutatkozott a férfi és a női szülész-nőgyógyászok becslése között (8,9 % vs. 17,5%, $p=0,015$). A szakemberek véleménye szerint a várandósok 26,8%-a részesíti előnyben a császármetszést a hüvelyi szüléssel szemben (SD=20,16). Ezúttal is szignifikáns különbség volt kimutatható a becsléseket illetően, a női orvosok ezúttal is jóval többre, 40,4%-ra, a férfiak pedig 25%-ra becsülték az anyák császármetszésre irányuló preferenciáit ($p=0,012$). Ennek okaiként elsősorban a hosszú és fájdalmas szüléstől való félelmet és a baba jóllétéért való fokozott aggodalmat vélték.

Az orvosok 30,4%-a értene egyet az anyai kérésre történő császármetszés legalizációjával, 55,9 % -uk azonban kifejezte ezzel kapcsolatos ellenvetését. Ugyanakkor amennyiben erre a jog lehetőséget teremtene, az orvosok 79,4%-a elvégezné a műtétet szomatikus indikáció hiányában is, az anyák akarata szerint. 11,8%-uk jelezte azt, hogy erről a lehetőségről tájékoztatná is a hozzá terhesgondozásra járó nőket, felajánlva az elektív műtét lehetőségének mérlegelését (Dweik, 2014).

A várandósok vizsgálatainak eredményéből kitűnik, hogy az orvosok becsléséhez képest csupán jóval kevesebben, a 2. trimeszterben 6,5%-uk (28 fő), a 3. trimeszterben pedig 7,5%-uk (31 fő) preferálta inkább a császármetszést. Fő motivációként az előzetes műtégi szülést, a természetes szüléssel kapcsolatos félelmet, a császármetszéssel kapcsolatos pozitív attitűdöket, valamint a természetes szüléssel kapcsolatos negatív attitűdöket nevezték meg (Dweik, 2014). Az anyák várandósság alatt kitöltött kérdőíveinek eredményei és a szülés módja közötti összevetés során az körvonalazódott, hogy sem a terhesség alatti műtét-preferencia, sem a szülési félelmet mérő W-DEQ-A skálán mutatott magas pontszám nem bizonyult meghatározó tényezőnek a szülés valós kimenetele szempontjából. Nagyobb arányban került sor a császármetszésre, amennyiben több idő telt el a baba tervezése és megfogánása között, fiatalabb volt az anya életkora, valamint olyan személyiségjellemzők, mint az események feletti kontroll átengedése, a hit, hogy a császármetszés a szülés biztonságosabb formája, illetve olyan egyéb környezeti hatások, amelyek a műtégi szülés felé terelték őt. Lényeges befolyásoló tényező volt továbbá a szülész orvos idősebb életkora és nagyobb jogköre a döntést illetően (Dweik, 2014).

3.2.2. Tokofóbiával kapcsolatos vizsgálatok

A nemzetközi szakirodalomban az anyai császármetszés-preferenciával, valamint az anyai kérésre történő programozott császármetszésekkel kapcsolatos kutatások központi témája a szüléstől való félelem. 2000-es évek elejétől kezdve egyre több cikk jelenik meg a témában, hiszen a szakemberek azt feltételezték, hogy a szüléstől való félelemnek központi szerepe van a császármetszés melletti anyai döntés megszületésében.

A várandósság során normál jelenség, hogy az anya gondolataiban időnként megjelennek félelmek, szorongást keltő aggodalmak. Kezdetben ezek főképpen a baba befogadásával, megtartásával kapcsolatosak, aztán a második trimeszter genetikai vizsgálatainak környékén felerősödnek a baba egészségével kapcsolatos aggodalmak. Végül a 3. trimeszter fő lélektani feladata a szülésre való felkészülés, a magzat elengedése (Molnár, 2019). Különösen elsőszülő nők számára, akik még sohasem kerültek közelebbi kapcsolatba szüléssel, nem látták annak spontán lefolyását, nem tapasztalták a vajúdás intenzív erejét, félelemkeltő lehet az idő közeledése. Többedszer szülőknél pedig egy korábbi negatív tapasztalat újraátélése miatt fokozódhat a szorongás. Tehát míg egyesek örömteli várakozással számolják vissza a napokat a nagy találkozásig, más anyákban viszont egyre fokozódik a szorongás, intenzív félelmek jelennek meg a szülés gondolatának hatására. Az, hogy ezekkel az erőteljes érzésekkel hogyan képesek megküzdeni az anyák, számos tényező befolyásolhatja. Ebben a fejezetben azt nézzük meg, jelenleg mit tudunk a szakirodalom alapján a szüléssel kapcsolatos extrém félelemmel

kapcsolatban.

A jelenség első leírása Louis Victor Marcé tollából származik. A francia pszichiáter 1858-ban így definiálja: “Ha gyermektelenek, az előre nem ismert fájdalom mindennél jobban foglalkoztatja őket, és egy kimondhatatlan szorongás vesz erőt rajtuk. Ha már jelenleg is anyák, akkor mind a múltbéli emlékeik, mind jövőre vonatkozó várakozásaik rettegésben tartják őket.”¹ (Idézi: Hofberg és Brockington, 2000. 83.o.).

Hofberg és Brockington (2000) egy új terminus technicust vezetett be az orvosi szakirodalomban a szüléstől való kóros félelemre, a tokofóbiát.

Számos cikk, tudományos kutatás igyekszik azóta is meghatározni a szüléstől való félelem prevalenciáját, pontosítani diagnosztikus kritériumait, feltárni a félelem háttérében húzódó tényezőket, és javaslatokat tenni a szakemberek részére, hogyan tudják a leginkább segíteni az érintett anyákat.

Ezzel szemben a magyar nyelvű orvosi-pszichiátriai-szülészeti tankönyvek vagy egyáltalán nem, vagy csak említés szinten foglalkoznak a témával.

A pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok kezeléséről szóló hatályos EMMI rendelet az alábbiakat írja: “Tokofóbiában (szüléstől való extrém félelem) szenvedő kliens esetén perinatális lelki segítségnyújtás javasolt, ami során a kliensnek lehetősége adódik a félelemeiről egy szakemberrel beszélgetni.” (EMMI rendelet, 2017. 39.o.)

Egy másik, pszichiátriát tanuló rezidenseknek szóló tankönyv szintén igen szűkszavú a témában: “Tokofóbia. A szüléstől való extrém félelem. Általában elegendő a perinatális szupportív terápia”. (Dr. Balczár - Dr. Vandlik - Kárpáti, 2020, 73.o.)

Jelenleg a szakirodalom a tokofóbiát a szorongásos kórképek között tartja számon. 3 típusát különböztetik meg:

- primer tokofóbia: gyakran serdülőkorban vagy fiatal felnőttkorban jelenik meg, már a terhességet megelőzően megjelenik a szüléstől való rettegés.
- szekunder tokofóbia: multiparákat érintő jelenség, amit az előző traumatikus szülésélmény vált ki.
- harmadik típusában a tokofóbia a szülés előtti depresszió tüneteiként jelenik meg, aminek vezető tünete a fóbias félelem és a szülés elkerülésére tett törekvések (Hofberg és Brockington, 2000).

A tokofóbiát illetően sem tüneti képpen, sem pontos definícióban nincs tudományos konszenzus. Egyes kutatásokban a terhességtől és a szüléstől való félelemként definiálják, tüneti képe az enyhe szorongástól a nagyon extrém fokú szorongásig terjedhet. A félelem megjelenhet ugyanis megemelkedett stressz-szintben, ami feszültséget, idegességet, nyugtalanságot szül, illetve fóbias tünetekkel is együttjárhat (O’Connel, 2017). Mások szerint a várandósság során megjelenő, a szüléssel kapcsolatos intenzív félelmet jelenti, amelyet nehéz kontrollálni, és az életvezetés számos egyéb területét is befolyásolja. A nagyfokú szorongás amellet, hogy fizikai panaszokat okoz, kihat a gondolkodásmódra, csökkenti a logikus gondolkodás képességét, befolyásolja a kapcsolatok minőségét és a viselkedést is. (Sioma-Markowska, 2017).

A tokofóbia nagyon összetett jelenség. Jellemző rá a fájdalomtól való félelem, a félelem attól,

¹ If they are primiparous, the expectation of unknown pain preoccupies them beyond all measure, and throws them into a state of inexpressible anxiety. If they are already mothers, they are terrified of the memory of the past and the prospect of the future.”

hogyan az anya nem képes egyedül a világra hozni gyermekét, fokozottan aggódik saját és gyermeke jólléte miatt. A visszatérő, intenzív szorongáskeltő érzések miatt megjelenhetnek a természetes szülés elkerülése érdekében tett lépések, a császármetszés válik preferálttá a szülés módjaként (Klabbers, 2016). További kutatások a szüléssel kapcsolatos félelmek vizsgálata során újabb faktorokat azonosítottak: félelem a sérülésektől, az anya vagy a baba halálától, a szülés kontrollálhatatlanságától, és a szakszemélyzet támogatottságának nem megfelelő voltától (Eriksson, Jansson, Hamberg, 2006).

Etiológiáját tekintve a tokofóbia multifaktoriális jelenség, kialakulására különböző tényezők kombinációja hajlamosíthat. Komorbid lehet egyéb pszichiátriai kórképekkel, megfigyelhető a fokozott hajlam a szorongásra és a depresszióra (Klabbers, 2016). Kapcsolatot találtak továbbá az interperszonális kapcsolatok jólléte, a magányosság érzése és a tokofóbia megjelenése között (Saisto, Halmesmäki, 2003). Az anamnézis tekintetében pedig szexuális visszaélés és traumatikus szülésélmény tette fogékonyabbá az anyákat a szüléstől való intenzív félelem megjelenésére (Demsar-Svetina-Verdenik-Tul-Blickstein-Velikonja, 2018).

Szlovén kutatók 191 várandós bevonásával végzett kvantitatív vizsgálatában számos kérdőív kitöltésére kérték az anyákat. A battériák mérték a szorongást (STAI), a depressziót (CES-D), és az étellel való elégedettséget (SWLS). Ezekon kívül a tokofóbia mérésére jelenleg leggyakrabban használt kérdőívet, a W-DEQ-t (Wijma Delivery Expectancy Questionnaire) is felvették. A kérdőív 33 tételében a nők szüléssel kapcsolatos kognitív értékelését méri, 6 fokú Lickert skálán. A válaszadók 23%-nál lehetett magas vagy nagyon magas szorongást detektálni a szüléstől való félelem tekintetében, 1,6%-uknál extrém szintű félelem mutatkozott. A félelem vezető okaként a legtöbben az episiotomiát jelölték meg, azt követte a kontrollvesztéstől és a fájdalomtól való félelem. (Demsar-Svetina-Verdenik-Tul-Blickstein-Velikonja, 2018).

Egy másik, 2017-ben lengyel várandósok bevonásával végzett vizsgálat során (KLP II. + saját interjúk) azt találták, hogy a vizsgálati személyek 6,7 %-a nagyon magas szüléssel kapcsolatos szorongásszinttel rendelkezik, 85%-uk a szülési fájdalomtól való félelmet jelölte meg szorongása fő okaként. A szorongásszint a primiparák körében volt fokozottabb, a szülési tapasztalat a kutatók feltételezése szerint csökkenti a szorongást a következő várandósság során (Sioma-Markowska, 2017).

Saisto és Halmesmäki (2003) vizsgálatában szintén azt találta, hogy az anyák a szüléssel kapcsolatos félelmek főbb okának az alacsony fájdalomküszöböt és ennek kapcsán a szülési fájdalomtól való félelmet nevezték meg leggyakrabban. Ennek tükrében a császármetszésre irányuló kérésük **fájdalomelkerülő viselkedésnek** tekinthető.

A tokofóbiát illetően az egységes tesztbattéria és a diagnosztikai kritériumok tisztázatlansága miatt csak óvatos becsléseink lehetnek. 2017-ben készült az első szisztematikus áttekintő tanulmány a tokofóbia terhesség alatti prevalenciájának meghatározása céljából. 18 országból 29 tanulmányt tekintettek át, közel 860.000 várandós vizsgálatával. A metaanalízis során a különböző tanulmányok eltérő tokofóbia-definíciója, a mérésre használt validált és nem validált eszközök sokfélesége következtében a tokofóbia prevalenciája 3,7 és 43% között mozgott. Az összevont prevalencia a véletlenszerű hatások modellje alapján 14%-ra becsülhető. A kutatók felhívják a figyelmet, hogy a nagy statisztikai heterogenitás óvatosságra int az eredmények értelmezése során. A tanulmány ugyanakkor rámutatott, hogy az utóbbi 30 év során a tokofóbia előfordulásában emelkedő tendencia mutatkozik (O'Connell, Leahy-Warren, Khashan, Kenny, O'Neil, 2017).

Eriksson (2006) szerint a szülészet medikalizációja és az uralkodó orvosközpontú, technokrata

szemlélet hozzájárulhatott az anyák szüléssel kapcsolatos félelmeinek felerősödéséhez, illetve a szülőképes korú nők szüléssel kapcsolatos kulturális ismereteinek hiányosságait is oki tényezőként említi.

Helena Wigert és munkatársai 2020-ban megjelent metaszintézis során átnézték a tokofóbiával kapcsolatos szakirodalom kvalitatív tanulmányait. Céljuk a nők szülési félelemmel kapcsolatos tapasztalatainak mélyebb megértése volt. A vizsgálat egyik központi témája, amelyet a nők szüléssel kapcsolatos egzisztenciális élményének azonosítására használtak, az a “being at a point of no return”, vagyis az anyák egy olyan fordulóponton vannak, ahonnan nincs visszaút. A vizsgálatban szereplő nők szenvedtek ugyanis saját traumatikus szülésélményük következményeitől, vagy pedig mások szörnyű szülésélmény-beszámolóinak hatása alatt voltak. Ebben a mentális állapotban a szülés kiszámíthatatlannak, veszélyesnek tűnt, nem volt garancia arra, hogy ezúttal másképp lesz. Intenzív félelmek lettek úrrá rajtuk, amelyek a elsősorban a kontrollvesztéssel, a fájdalommal, a komplikációkkal voltak kapcsolatosak. Környezetükben a megértés hiányával kellett szembenézniük, ezért kirekesztettnek érezték magukat. Félelmeik kezelésére az anyák különböző megoldási stratégiákat dolgoztak ki, melyek közül az egyik a szülés elkerülése volt, ugyanis arra kérték orvosukat, hogy programozott császármetszéssel segítse világra gyermeküket (Wigert, 2020).

Összességében az rajzolódik ki a kutatásokból, hogy nem mondhatjuk ki egyértelműen, hogy a tokofóbia áll az anyai kérésre történő császármetszések megnövekedő száma mögött, hiszen nem találtak egyértelmű összefüggést a szüléstől való félelem és a szülés módja között. Valószínűleg a szüléstől való félelem kihat a szülésre, de a hatás nem feltétlenül a szülés módjában mutatkozik meg.

Erre utal Sioma és Markowska (2017) is, vizsgálati eredményeik szerint a tokofóbiában szenvedő nők is inkább hüvelyi úton hozzák világra gyermeküket. Esetükben a szülés lefolyását módosítható tényező lehet, hiszen a félelem miatt nagyobb fokú fájdalmat élhetnek meg, akár 30%-kal elhúzódhat a szülés ideje, gyakrabban van szükség orvosi beavatkozásokra (oxitocin, műszeres szülésbefejezés, sürgősségi császármetszés), ötszöröse nő továbbá a negatív szülésélmény kockázata.

Más kutatások pedig az eredeti feltételezést támasztják alá, hogy a félelem kihathat a szülés módjára, hiszen a nagyfokú szorongás miatt az anyák inkább elkerüléssel reagálnak, és császármetszéssel szeretnék világra hozni gyermeküket (Sioma-Markowska, 2017, Demsar-Svetina-Verdenik-Tul-Blickstein-Velikonja, 2018).

Hofberg és Brockington (2000) egy nagyon fontos tényezőre hívja fel a figyelmet, még hozzá arra, hogy milyen mentális morbiditási kockázatokkal kell számolnunk akkor, ha az anyák nem az általuk preferált módon hozzák világra a gyermeküket. Tokofóbiás nők vizsgálata során arra jutott, hogy amennyiben az anya nem lehet aktívan részese a szülése módjával kapcsolatos döntésnek, illetve az orvos megtagadja az általa választott szülési módot, nagyobb a postpartum depresszió és a PTSD kockázata. Ezt támasztja alá Garthus-Niegel és munkatársainak (2013) prospektív vizsgálata is, amely a szülés utáni PTSD etiológiáját vizsgálta. Eredményeik arra utalnak, hogy a szubjektív szülésélmény a legfontosabb tényező a postpartum poszttraumás stressztünetek megjelenésében. Emellett rámutattak arra is, hogy az objektív és szubjektív szülésélmények együttesen teljes mértékben közvetítik a szüléstől való félelem és a PTSD közötti kapcsolatot. Ennek tükrében kiemelt figyelmet kellene fordítani arra, hogy az anyák szülésük során biztonságban érezhessék magukat, megkapják a szükséges empátiát és társas támogatást.

Kahalon és munkatársainak vizsgálata (2022) pedig arra hívja fel a figyelmet, hogy a szülést követő bőr-bőr kontaktus protektív faktora lehet a PTSD és a szülést követő szorongásos

tünetek megjelenésének, mind hüvelyi úton szült, mind császármetszéssel átesett anyák esetén. Ez a friss kutatási eredmény tovább gyarapítja azoknak az evidence based bizonyítékoknak a sorát, amelyek a szülést követő azonnali bőr-bőr kontaktus fontosságára hívják fel a figyelmet, hiszen az anyák 4%-át érinti a szülést követő PTSD, 30%-uknál pedig szubklinikai tünetek jelentkeznek a traumatikusnak megélt szülésélmény következtében.

Egy másik, szisztematikus áttekintő tanulmány arról számol be, hogy az elektív császármetszést kérő anyáknál, amennyiben hüvelyi úton szültek, tendenciaszerűen magasabb volt a PTSD aránya a hüvelyi szülést tervező anyákhoz képest. Ugyanezt az összefüggést találták a depresszióval kapcsolatban is, azonban ez a különbség nem volt statisztikailag szignifikáns. A szerzők mellett érvelnek, hogy amennyiben a megfelelő tanácsadás/pszichiátriai kezelés után is az anya kitart a műtétes terhességbefejezés igénye mellett, akkor kérését érvényes alternatívának lehessen tekinteni (Olieman, 2017). Ez az ajánlás összecseng a fentebb részletezett ACOG ajánlásokkal.

Bár a tokofóbia a szüléssel kapcsolatos kutatások figyelmi fókuszába került az elmúlt évek során, és a kutatók egyetértenek abban, hogy mind rövid, mind hosszútávon is negatívan hat az anyára és a babára, a mai napig nincs a jelenségnek egy egységes definíciója, sem protokoll a szűrését és diagnosztizálását illetően, ennek következtében konkrét terápiás javaslatokkal sem rendelkezünk (O'Connell, 2017), ami jelentősen megnehezíti a szakemberek számára a megfelelő és hatékony segítségnyújtást.

4. Az anyai császármetszés-preferencia mögött álló pszichés tényezők vizsgálata

4.1. Kérdésfeltevés

Számos kutatás tárgyalja, hogy vajon az utóbbi években jelentősen megemelkedett császármetszés-frekvencia hátterében valóban az anyák szüléssel kapcsolatos attitűdváltozása és az egyre fokozódó császármetszés-preferencia áll-e. Szakmai viták folynak arról, hogy van-e joguk a nőknek eldönteni szülésük módját.

Pszichológusként engem az érdekel elsősorban, hogy mi motiválja az anyák egy csoportját arra, hogy a természetes szüléstől eltérő módon kívánják világra hozni gyermeküket, és egy hasi műtétet választanak életük fontos eseményének átéléséhez.

4.2. A vizsgálat bemutatása

Kutatásom lebonyolítására az ELTE Kutatásetikai Bizottsága 2021.03.11-én engedélyt adott, engedélyszáma: 2021/127.

4.2.1. Toborzás, az adatfelvétel módja

Internetes közösségi portálon (facebook) anyacsoportokban (Császárvonal-támogató csoport császármetszés előtt és után (szakértőkkel), Császár Morzsák Klub) tettem közzé a vizsgálatban való részvételi lehetőségéről szóló tájékoztatót (ld.1. melléklet). Azért ezt a 2 oldalt választottam, mert ezek a legnagyobb közösségek a császármetszéssel kapcsolatban a facebookon (14.300 illetve 1920 taggal), illetve. mindkét oldalt szakemberek működtetik, akiknek célja, hogy hiteles információkkal lássák el az anyákat, és támogassák őket a

császármetszés előtt és után. A témában érintett édesanyák a felhívás olvasását követően önkéntesen jelentkeztek az ott megadott email címen keresztül. A vizsgálatba kerülés feltétele a **komplikációmentes várandósság**, és a **császármetszés preferálása** a szülés közeledtével.

A kutatásról szóló felhívásra jelentkezett anyákat email-ben tájékoztattam a kutatás céljairól, menetéről, az adatok feldolgozásának módjáról. A Tájékoztató és Beleegyező Nyilatkozat (ld. 2. melléklet) és a Hozzájárulás adatkezeléshez c. adatlap (ld.3. melléklet) elküldése szintén email-ben történt, amelyet a vizsgálatban részt vevő aláírva, szkennelve küldött vissza. Ezt követően került sor az interjúra, a járványügyi helyzetnek megfelelően, személyes kontaktus nélkül, **online platformon**. A rendelkezésre álló maximális időkeretet 1 órában határoztam meg. Átlagosan 25 percig tartott egy interjú, 13 perces volt a legrövidebb, 45 perces pedig a leghosszabb.

Az interjúk strukturálatlan formában zajlottak, amelynek során az interjúalanyok olyan mélységben beszélhettek a témáról, amelyet komfortosnak, megoszthatónak éreztek az adott helyzet keretei között. Az interjúkat az alábbi gondolatébresztő szöveggel kezdtem (teljes terjedelmében ld. 4. melléklet):

Arra kérem, meséljen nekem azokról az érzésekről és gondolatokról, amelyek várandóssága idején felmerültek Önben a szüléssel kapcsolatban. Különösen azokra az érvekre, érzésekre, élményekre vagyok kíváncsi, amelyek azt az érzést táplálták, hogy a császármetszés lenne a legmegfelelőbb módja gyermeke megszületésének.

Ezt követően arra törekedtem, hogy elsősorban meghallgassam az anyákat, nyitottsággal, empátikus odafordulással segítsen gondolataik, érzéseik megosztását, de aktívan ne irányítsam az interjú menetét. Célom ugyanis az volt, hogy mennél inkább az ő valós gondolataik és érzéseik jelenhessenek meg az interjúkban. Ahhoz, hogy megérthessem, hogy az anyák hogyan látják a császármetszést, milyen élmények, tapasztalatok színezik a szüléssel kapcsolatos attitűdjük alakulását, és hogyan alakult a döntési folyamat a szülés módját illetően, igyekeztem biztonságos, elfogadó légkört teremteni a beszélgetés során, ahol őszintén elmondhatják véleményüket, érveiket, gondolataikat.

Az elmondottak rögzítésére diktafont használtam, melyhez engedélyt kaptam a résztvevőktől. A hanganyagokból szöveges átiratot készítettem, amelyeket egyedi kóddal láttam el, a személyazonosság azonosíthatóságára alkalmas adatokat elfedtem, így biztosítva a résztvevők anonimitását.

4.2.2. Módszer: Az interpretatív fenomenológiai analízis

Az anonim átiratok feldolgozását egy kvalitatív módszer, az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) segítségével végeztem. Az IPA kis elemszámú, homogén minta elemzésére alkalmas módszer, fenomenológiai és hermeneutikai alapokkal. Olyan feltáró jellegű kutatásokhoz alkalmazható, melyek célja, hogy minél pontosabban megértsék és feltárják, hogy a vizsgálati személyek milyen jelentéstartalmakkal ruházzák fel, hogyan értelmezik a vizsgálni kívánt jelenséget, ezzel kapcsolatban hogyan definiálják önmagukat és a számunkra jelentős személyeket, a környezetüket, illetve milyen múltbeli eseményeket tartanak fontosnak a jelenséggel kapcsolatos megéléseik szempontjából. Lényeges alappillére továbbá, hogy minden jelenség csak a saját kontextusában értelmezhető, ezért a kutató a jelenséget az érintettek, vagyis a “téma szakértőinek” szemüvegén keresztül kezdi el vizsgálni. Az IPA tehát a vizsgálati személyek személyes megélését, az ő narratívájukat és interpretációjukat vizsgálja az adott az jelenség feltárása kapcsán. (Kassai-Pintér-Rácz, 2017).

Az adatok elemzését 2 perinatális témákban jártas, független szakember, Tóth-Bognár Borbála (pszichológus, perinatális szaktanácsadó) és Pleván Tímea (perinatális szaktanácsadó hallgató) segítették. Borcsa 2020-ban írt szakdolgozatában az IPA módszerét használta, tapasztalata nagyon sokat segített a módszer megismerésében és a kódolás folyamatában.

Az átiratokat többszöri átolvasás után együtt kódoltuk. Az első szintű kódolás során soronkénti szabad tartalmi elemzést végeztünk, leíró, magyarázó, értelmező jellegű kulcsszavakat gyűjtöttünk, amelyek a vizsgálati személyek általános megértését segítették. Azokat a kódok kerültek további elemzésre, amelyek tekintetében a 3 kódoló közül legalább 2 egyetértett. A második szintű kódolás során a vizsgálati személyek nézőpontjai helyett a kódolók szempontjai kerültek előtérbe, hiszen olyan kibontakozó, ún. emergens témákat kerestünk, amelyek nemcsak az egyén szintjén, hanem az interjúk összességét nézve megjelentek, mint főbb motívumok. Azok az emergens témák kerültek felhasználásra, amelyek a interjúk legalább felénél (6 főnél) megjelentek. A kibontakozó témák megalkotása során nagyobb hangsúly került a mi értelmező szempontjainkra, ekkor emeltük be a pszichológiai konstruktumokat az elemzési folyamatba. A kódolás utolsó lépéseként pedig a kibontakozó témák között kerestünk kapcsolatot, és olyan fölérendelt kategóriákat, ún. főtémákat határoztunk meg, amelybe az emergens témák beleilleszthetőek voltak. A főtémákat kódolótársaimmal megvitattuk, azok közös konszenzus eredményeképpen kerültek be a dolgozatba. A kódolás folyamatát Rác, Kassai, Pintér (2016) útmutatásai alapján végeztük.

4.2.3. Kutatási kérdés

Ennek tükrében a vizsgálatom kutatói kérdései a következők:

- Hogyan értelmezik az anyák a szülés módjával kapcsolatos döntéseiket?
- Hogyan alakul a császármetszést preferáló anyák szüléssel kapcsolatos attitűdje az életútjuk során?

4.2.4. A vizsgálati minta bemutatása

A kutatás 6 hónapos időintervallumban zajlott, hólabda módszerrel. A közösségi portálok (Császárvonal, Császár Morzsák) olvasói szabadon megoszthatták felhívásom szövegét, több csoportban/ismerősök online felületén is megjelent.

A fél év alatt 32 fő jelentkezett email-ben a vizsgálatban való részvételre. Mindegyiküket tájékoztattam a vizsgálat részleteivel kapcsolatban, és elküldtem számukra a nyilatkozatokat (ld.2,3. melléklet), de csak 12-en küldték azokat vissza, aláírásukkal hitelesítve.

Ennek megfelelően 12 interjú készült, amelyből 11 felelt meg a beválogatási kritériumoknak (komplikációmentes várandósság és anyai császármetszés-preferencia). A 12. interjú során derült ki, hogy az interjúalany nem teljesen felel meg ezen 2 kritériumnak, gondolatai azonban nagyon értékesek a téma szempontjából, ezért esettanulmányként szeretném őt megjeleníteni a dolgozatomban.

A vizsgálati személyeket szülészeti státuszuk szempontjából 4 csoportra osztottuk: az 1. csoportba azok a várandósok kerültek, akik jelenleg első gyermeküket várják, a 2. csoportba pedig azok, akik második gyermekükkel várandósok. A 3. és 4. csoportba pedig olyan anyák kerültek, akik már megszülték gyermekeiket. Voltak közöttük egy gyerekesek (3. csoport) és két gyerekesek (4. csoport).

jelenleg várandósok	1.csoport: primiparák	2.csoport: multiparák	már szültek	3.csoport: egy gyerekesek	4.csoport: több gyerekesek
	krókusz	tulipán		nefelejcs	zsálya
	jázmin	gyöngyvirág		szegfű	őszirózsa
	liliom	nárcisz			hibiszkusz

1. táblázat: A minta összetétele szülészeti státusz szerint

Szocioökonómiai státuszukat tekintve mindannyian házások, 1 fő kivételével a fővárosban vagy az agglomerációban élnek. Életkorukat nézve 25 és 38 év közöttiek.

krókusz	-
jázmin	-
liliom	-
tulipán	hüvelyi szülés
gyöngyvirág	sürgősségi császármetszés
nárcisz	sürgősségi császármetszés
Nefelejcs	programozott császármetszés
szegfű	hüvelyi szülés
zsálya	2 programozott császármetszés
őszirózsa	2 programozott császármetszés
hibiszkusz	2 programozott császármetszés

2. táblázat: A minta összetétele a szülészeti anamnézis szempontjából

Szülészeti anamnézisüket tekintve egyedül a többgyerekes csoportban lévő anyák csoportja tekinthető homogénnek, mindannyian programozott császármetszéssel szülték mindkét gyermeküket. Az egy gyerekesek között volt 2 traumatikus hüvelyi szülés, 2 vajúdat követő sürgősségi császármetszés, és 1 programozott császármetszés.

Fontos megemlítenő körülmény volt a vizsgálat 6 hónapos időtartama alatt, hogy időközben lépett életbe az új egészségügyi törvény, mely sok szempontból fokozta a várandósok bizonytalanság érzetét és növelte szorongásukat, hiszen innentől kezdve a közkórházakban nem szülhetnek választott orvosuknál, csak az aktuálisan ügyeletben lévő személyzet láthatja el őket.

4.3. Eredmények

Az IPA-val történt kódolás eredményeképpen az alábbi fő témák és kibontakozó témák kerültek azonosításra.

Főtémák	Emergens témák
Szüléssel kapcsolatos attitűd	<ol style="list-style-type: none"> saját születésemény és az erről szóló családi narratíva releváns mások narratívája

	<ol style="list-style-type: none"> 3. szülés módjával kapcsolatos gondolatok 4. szülészeti anamnézis 5. hüvelyi szüléssel kapcsolatos attitűdök 6. császármetszéssel kapcsolatos attitűdök
Tájékozódás, információszerzés	<ol style="list-style-type: none"> 1. szelektív információszerzés 2. az információfeldolgozás sajátosságai
Döntéshozatal	<ol style="list-style-type: none"> 1. kié a döntés felelőssége? 2. a döntés megrendíthetlensége 3. érzelmi elköteleződés 4. érzelmi fókuszú megküzdés
Anyai identitás	<ol style="list-style-type: none"> 1. stigmatizáltság 2. anyává válás narratívája

3.táblázat: A főtémák és az emergens témák összefoglalása

4.3.1. Szüléssel kapcsolatos attitűd

A szüléssel kapcsolatos kognitív reprezentációink születésünktől kezdve formálódnak a minket ért élmények, tapasztalatok során. Az attitűdjeink háromféle formában fejeződhetnek ki: mit tudunk és mit gondolunk a szülésről (kognitív szint: értékelés), milyen a hozzá kapcsolódó érzelmi viszonyulásunk (affektív szint: érzés), és mindezek hogyan befolyásolják a viselkedésünket, hogyan járulnak hozzá döntéseink meghozatalához (viselkedéses szint: szándék) (Sallay, 2019).

4.3.1.1. Saját születésélmény

A szüléssel kapcsolatos attitűdjeinket a saját születésünk, mint alapélmény befolyásolja. Az anyákkal való interjú során 11-ből 9 esetben került említésre, hogy ők milyen úton jöttek a világra, milyen élményt jelentett számukra a születés. 4-en császármetszéssel, 5-en pedig hüvelyi úton születtek.

“Én meg elkezdtem neki meghalni a hasában, illetve meghalni nem, demindegy, szóval leállt a fejlődésem, mert nagyon csúnyán beteg lett, influenzás lett, és engem már 7. hónap második felében kiemeltek.” Őszirózsa

“Én is császárral születtem, asszem már egy vagy két héttel így túlhordott anyukám, és tehát hogy már nagyon rossz értékek voltak, meg mekóniumos volt a magzatvíz, meg tehát a tudómre ráment. Nagyon-nagyon nehéz volt. Az is császár volt, igen. De hát az altatásban is volt. És

akkor ilyen több napig, nem tudom, 3 nap után vagy hogy látott anyukám. Tehát hogy ilyen... az sem volt egyszerű.” Nárcisz

Formálja a szüleiről való fantáziákat az a narratíva is, ahogyan az anya saját szüleseit meséli el a gyermekeinek, amikor azok kíváncsiskodni kezdenek.

“Anyukámnak pozitív volt a császármetszése is, biztatott, hogy nem lesz semmi baj, utána ő is pikk-pakk felépült. Engem is ez nyugtatott, hogy akkor ez a császármetszés nem annyira rossz dolog.” Szegfű

Jelentős szerepet játszanak a transzgenerációs hatások is annak megítélésében, hogy a női test képes-e a gyermekszülésre, lehet-e bízni abban, hogy a szülés egy természetesen lezajló folyamat.

“Meg az egész családban is mindenki császáros volt, a nővérem, a keresztanyukám, anyukám, mindenki, tehát lehet, hogy ez így visszaütött, nem tudom.” Nárcisz

“Én természetes úton születtem, de nem ...de nem könnyen. A nagymamámnak meg az édesanyámnak is tárgulási problémái voltak az első szülésüknél. Hát azt mondják, hogy ez öröklődhet, vagy további generációknál is megtörténhet. Nyilván ez nem garantált, tehát nem volt biztos, hogy nekem is lennének ilyen gondjaim, nem is igazán féltem ettől.” Krókusz

Egy esetben a családi legendárium sokat emlegetett története az azóta már felcseperedett, édesanyává vált kislány határozott elképzelése majdani szülésével kapcsolatban.

“Annyit tudok, hogy a húgom egy nehéz szülés volt, nekem pedig a köldökzsinór a nyakamra volt tekeredve, ezért ki kellett könyökölnie a doktor úrnak anno engem, de édesanyám ennek ellenére azt mondta, hogy kibírható fájdalom, nem volt rossz élmény. Én ennek ellenére rettegtem már gyerekkoromtól kezdve, úgyhogy viccesen mindig azt mondogattam, ezt a mai napig emlegetik is a családban, hogy én mélyaltatásban szeretnék majd egyszer szülni, ha oda kerülök. Anyukám szerint ezzel meg is alapoztam annak, hogy császármetszéses legyek.” Zsálya

4.3.1.2. *Releváns mások tapasztalatai*

A szüléssel kapcsolatos attitűd formálódásában jelentős szerepet játszik az is, hogy számunkra fontos személyek, családtagok, barátnők, közeli ismerősök milyen élményeket osztanak meg velünk a szüléssel kapcsolatosan. 11-ből 11 anya számolt be arról, hogy hatással vannak rá a környezetében élő személyek szüléssel kapcsolatos élményei.

“A férjem úgy született, hogy ő hüvelyi úton született, bár császár lett volna, mert az orvos úgy húzta ki, úgy tépte ki, hogy belenyomta a mozgatóidegeket a lapockájába hátul, ahogy így rámarkolt, mert a nyakán volt a köldökzsinór, és emiatt ilyen nagy riadalom volt a szülőszobán, és gyorsan ki akarták húzni, és ebből az lett, hogy a kulcscsontjába egy ilyen S kanyart ahogy a hüvelykujjával ahogy ráfogott a doki. Egy S kanyar van a kulcscsontjában, és a mozgatóidegek egy részét meg belenyomta a lapockába, tehát ő félig-meddig...hát mozgáskorlátozott emiatt. És rendbe sem tudták neki hozni soha.” Őszirózsa

“És hát a legjobb barátnőmnek volt egy nagyon borzalmas szülése, fogadott orvossal, magán nőgyógyásszal... minden ilyen körülmény ellenére, úgymond amit biztosítani lehet, hogy saját orvos meg magándoki, így borzalmas szülésélménye, története volt, nagyon durva sebeket is

szerezett és sok idő volt a gyógyulása.” Nefelejcs

“Van is több barátnőm, aki császármetszéssel szült, és nem voltak rossz élményeik, tehát ez sincs, hogy esetleg nagyon-nagyon eltántorított volna egy ismerős, ellenben nagyon sok barátnőm természetes úton szült, ott viszont van egyébként. Sokkal több a negatív természetes szülés élmény, mint a császáros, így az ismerettség körben.” Tulipán

“Frissen szült barátnőim, akik nagyon szerettek volna természetes úton szülni, és láttam, hogy igazából csak megnehezítette az életüket, hogy ők ragaszkodtak ahhoz, hogy márpedig ők természetes úton fognak szülni, és nem ez lett a vége, mert az állapotuk nem engedte.” Krókusz

A negatív szülésélményekről szóló beszámolók erősen hatnak ránk, amikor a környezetünkben több ilyenrel találkozunk, hajlamosak vagyunk túláltalánosítani és kiterjeszteni a rossz élményeket a szülésről alkotott elképzelésünkre, és azt gondolni, hogy ilyen a szülés.

4.3.1.3. Szülés módjával kapcsolatos gondolatok

11-ből 10 anya mesélt arról, hogy a várandósság előtt hogyan gondolkozott a szülésről. 9-en meséltek arról, hogy a gyermekük tervezését megelőzően már határozott elképzelésük volt a szülés módját illetően. 1 anyának nem volt csupán konkrét elképzelése arról, hogyan szeretné világra hozni gyermekét.

“Már tinédzser koromban, amikor egyáltalán szóba került, hogy családalapítás, én már akkor tudtam, hogy csak császár jöhet szóba. Világéletemben visolyogtam a hüvelyi szülés gondolatától.” Őszirózsa

“Nekem valahogy ...igazán nem tudom megmondani, hogy mikortól, de az van bennem egészen nagyobb kamasz korom óta, hogy nekem a hüvelyi szülés az ilyen tehát nem tudom az nekem nagyon távol áll. És valahogy amikor a férjemmel is arról beszéltünk, hogy lesz gyerekünk, valahogy nekem tényleg a szülésnél mindig a császármetszés jött a fejembe, hogy az egy olyan út, amivel így teljesen ki tudok békülni. És persze akkor még nem néztem ennek utána, hogy ez hogy működik, meg milyen szövődményei lehetnek meg semmi, de valahogy mindig ez volt bennem, hogy én császármetszéssel fogok majd szülni.” Nefelejcs

“Valójában eredetileg nem volt tervem arról, hogy hüvelyi úton vagy császármetszéssel szülessen a gyermekünk.” Krókusz

“A fogantatásnak nagyon örültem, viszont végig úgy álltam hozzá, már mikor terveztük is, hogy én csak és kizárólag császármetszéssel vagyok képes világra hozni egy babát. Tehát nekem ez szóba sem jöhetett soha, a gondolataimba se, hogy természetes úton szüljek.” Jázmin

“Valamiért ha a természetes szülésbe belegondoltam, akkor az engem mindig elborzasztott. ... De nyilván amíg az ember nem terhes, addig ezeken sokat nem gondolkozik. És....és ez a szorongás egyre erősebb lett.” Tulipán

4.3.1.4. Szülészeti anamnézis

Szülészeti anamnézis szempontjából kiemelt csoportot képeznek a jelenleg második gyermekükkel várandós kismamák (1. táblázat, 2. csoport), hiszen mindegyikük átélt egy traumatikus szülésélményt a közelmúltban. Ebben az alfejezetben az ő történetükön keresztül

kerül megvilágításba, hogy egy feldolgozatlan trauma a PTSD-n keresztül hogyan járul hozzá, hogy az anyák poszttraumás elkerülő viselkedésként a császármetszést választják második gyermekük világrahozatalának módjaként.

“A szülésznő nagyon bunkó volt. Ügyeletes orvosok, akikkel találkoztam, mindenki nagyon bunkó volt. Az orvosom, az is kétszer-háromszor jött be, de amikor vizsgált, az is nagyon durva volt (sír). És ugye felerősödtek a fájások az oxy miatt, de az égvilágon semmi nem történt. És igazából ez a rossz élmény, maga a vajúdás része az iszonyatosan rossz érzés volt. Nagyon rossz tapasztalat volt. Nárcisz

A poszttraumás stressz szindróma egyik tünete a spontán felbukkanó vagy inger jelenlétéhez köthető emléketörések (Frigyes, 2019).

“Az elmúlt 2-3 hétben már egyre többször volt, hogy itthon voltam egyedül, a férjem ugye dolgozott, és eszembe jutottak a tavaly nyári szülőszobai élmények, bevillantak, tehát hogy melyik szülőszó...most hogy ha szülnék, melyik szülőszobában szülnék.. Mert ugye azt is fontos hozzátenni, hogy meg sem fordult onnantól kezdve a fejünkben a férjemmel, hogy nem ezt a kórházat és nem ezt az orvost választjuk. Mert a bizalom és az a mérhetetlen kapocs, ami kialakult köztünk, azt nem akartuk elengedni. Tehát úgy voltuk vele, hogy inkább megpróbálunk elvonatkoztatni a negatív és a rossz emléktől... DE! most kell rájönnöm így néhány hét távlatában, hogy teljes mértékben mégsem lehet kizárni, mert ugye csak felvillannak az emlékek.” Tulipán

Gyöngyvirág szavai nagyon érzékletesen megmutatják azt, hogy a trauma hatására szinte befagy az idő kereke, mintha a jelenben újra és újra lejátszódnának az események, ugyanolyan érzelmi intenzitással.

“... rohantunk be a kórházba ügyeletbe. És annyira durva volt, hogy beléptünk, és elöntöttek a könnyek, hogy mondom megint itt vagyok, és tényleg ezt én nem tudtam feldolgozni. Nem volt időm sem, meg bátorságom vagy nem tudom..tudod egy kisbabás anyukának nincs erre ideje, hogy terápia...tök jó lenne, de nincs erre nagyon lehetőség, hogy szépen feldolgozd. na és akkor tényleg oda beléptünk és úr isten ez most történt, és megint itt vagyok. Annyira embertelenek voltak, nagyon durva volt. ...Tehát ilyen felfoghatatlan szerintem, és tényleg durva, hogy nekünk jött a második, mert még igazából tényleg ilyen abszolút ebben élek, így az elsőben, és pont ezért gondolom, hogy nagyon gáz lesz, hogy nincs időm, sem energiám, sem lelki erőm készülni a második szülésre, mert megint traumatikus lesz, ha nem dolgoztam fel az elsőt.” Gyöngyvirág

További PTSD tünet, hogy rémálmok formájában is visszatér a feldolgozatlan trauma (Frigyes, 2019).

“ez volt az álmomban is, hogy nem bírunk eljutni oda, kb nem bírom szétrakni a lábamat, hogy megvizsgáljon. És hogy erőltetik, hogy mindenképp neki kell megvizsgálnia, és közben beszél telefonon az álmomban a dokimmal. De miért nem vizsgálhat meg a dokim, én azt kérem, hogy ő vizsgáljon meg és ne a szülésznő, én nem bírom, hogy ez a szülésznő hozzám nyúljon, tehát így ...ilyesmi volt.” Gyöngyvirág

Esetenként az is előfordulhat, hogy pszichogén amnézia lép fel a trauma hatására, az anyák csak töredékesen emlékeznek a vajúdasra, emlékképeik mozaik-szerűek, nem állnak össze egy koherens történeté (Kitzinger, 2008)

“nem is tudom....60-80 százaléka kimaradt az egésznek, mert már annyira nem voltam magamnál, sőt még a műtét utáni nap is ilyen volt, homályos.”

Nagyon nehezíti az élmények feldolgozását, ha a traumát elszenvedőt magára hagyják fájdalomában, nem kap empátiát, támogatást, esetleg meg is kérdőjelezik az átéltek relevanciáját.

“Na és amikor az elején nekem feljöttek, hogy mennyire trauma volt nekem ez a szülés, akkor anyum így teljesen lecseszett, hogy „Most már fejezd be, ne mondd el még egy embernek!”. Ezt el kell felejteni, túl kell lenni, jó, senkinek sem jó a szülés. Tudod, ez.. “Legyünk túl rajta!”, és hogy én mit rinyálok kb.” Gyöngyvirág

“hogya már két év után (sír)...mindig szegény férjemet traktálok ezzel, de ő nem érti meg...meg az ő szemével nem volt ilyen borzasztó. Azt mondta, hogy nem is volt olyan gáz, csak én érzem úgy... És végig, mikor mesélek róla valakinek, mindig hozzát teszi, hogy azért ez nem így volt, azért ez nem volt ilyen szörnyű, de én nem így éltem meg.” Nárcisz

Ahogy az anyák szívbemarkoló élménymegosztásából is érzékelhető, erőteljes szorongás jelenik meg az átéltekkel kapcsolatosan, és bármit megtennének, hogy soha többé ne kelljen átélniük ezeket a borzalmakat. Így jelenik meg alternatívaként a programozott császármetszés, amely az előzőhöz képest egy másféle szülésmód, egy új lehetőség arra, hogy elkerüljék azt, ami egyszer már megtörtént. A szakirodalom ezt a reakciót poszttraumás elkerülő viselkedésként tartja számon.

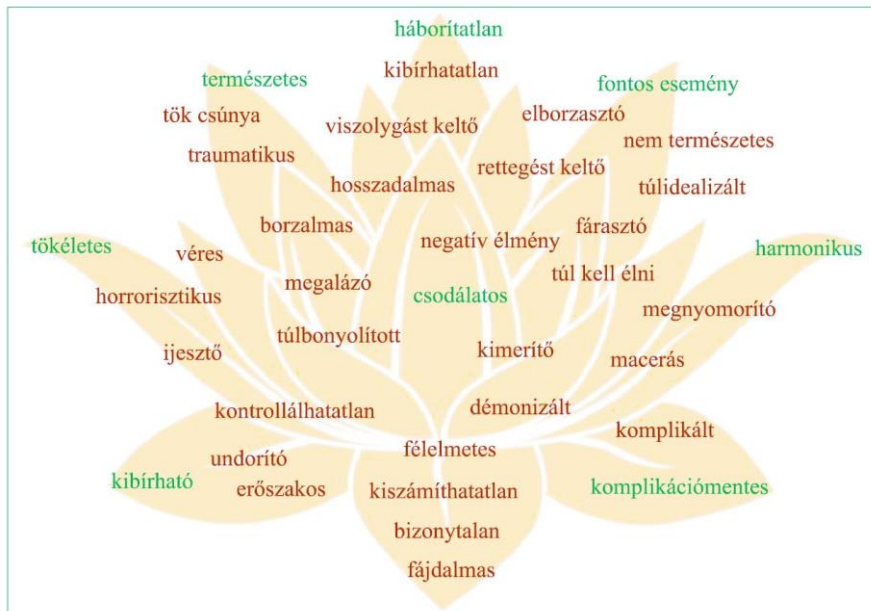
“És pont így anyum mondta, hogy lehet, hogy tök simán beindul és megszülsz. Ez annyira ijesztő nekem. Éjszaka most valami ilyesmi rémálom jött elő, hogy úr isten, ezt én szeretném tényleg valahogy nem az, hogy írásba foglalni, de legalább megegyezni a dokival, hogy bármi történjen, ha be is indul, akkor is lehessen kérem, hogy én császárt akarok. A dokim minden alkalommal megpróbál meggyőzni, majd utána így elhessegetjük a témát. Én ezt a terhesgondozás legelejétől kifejtettem, hogy én nem szeretném megpróbálni. Nem tudom, ha ezt így tényleg nem szögezzük le, meg nem nyújtjuk be ezeket a papírokat, akkor vajon tényleg behajszolhatnak engem? Nem tudom...én most úgy érzem, hogy basszus, nem tudom, nem élném így túl vagy így lelkileg utólag, ha velem ezt tényleg végigcsináltatják úgy, hogy nem lehet ott a férjem.” Gyöngyvirág

Viszont ugye a császármetszés az egy teljesen másik...akkor ott nem kell a szülőszobába bemenni...tehátna és akkor így...így jutottunk el ide, és azt kell mondjam, hogy azóta vagyok megnyugodva, azóta tudok egy kicsit lelkileg rákészülni erre az egészre.” Tulipán

“Úgyhogy eleinte én mondtam, hogy a másodikat megpróbálnám megint természetesen, de ez így, ahogy közeledett az, hogy tényleg most már a másodikat várom, biztos, hogy nem. Én mondtam, nekem ez nem az én világom, a szülést nem nekem találták ki, úgyhogy ezt nem.” Nárcisz

4.3.1.5. Hüvelyi szüléssel kapcsolatos attitűdök

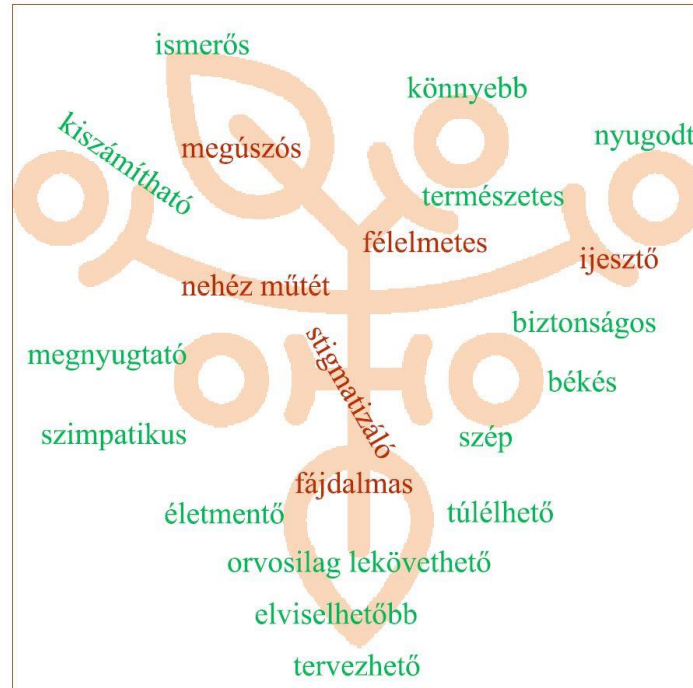
Az anyák természetes szüléshez való viszonyulását jól szemléltetik az általuk használt szavak, amelyeket a szülés ezen módjához társítottak (1. ábra). Az interjúszövegek elemzése során 38 erre vonatkozó jelzőt és szókapcsolatot találtunk, közülük mindössze 8 az, ami pozitív színezettel bír.



1. ábra: Az anyák hüvelyi szüléssel kapcsolatos attitűdjei

4.3.1.6. Császármetszéssel kapcsolatos attitűdök

Ezzel szemben az interjúalanyok császármetszéshez való viszonyulása (ld.2. ábra) inkább pozitív színezetű. Az erre vonatkozó 22 jelző körül mindösszesen 6 negatívumot találunk, a többi a császármetszés előnyeit domborítja ki.



2. ábra: Az anyák császármetszéssel kapcsolatos attitűdjei²

Ahogy az eddigiek olvasása során is észlelhető, az anyák idealizálják a hasi szülést, és devalválják a hüvelyi úton történő életadást.

² A logó a Császárvonal szíves engedélyével került felhasználásra.

Az, hogy az attitűdök milyen módokon befolyásolják az tájékozódást és az információfeldolgozást, a szociálpszichológia egyik központi témája. A kutatásom következő főtémája ezeket a mechanizmusokat tárgyalja.

4.3.2. Tájékozódás, információszerzés

4.3.2.1. *Szelektív információszerzés*

A családi-baráti kapcsolatokon túl napjainkban az anyák számára nagyon fontos tájékozódási-információszerzési és kapcsolódási lehetőséget nyújtanak az online sorstársközösségek. A közösségi média lehetőséget nyújt az anyák számára, hogy szemléletüknek, gondolkodásmódjuknak megfelelő csoportokhoz csatlakozhassanak, innen remélve megerősítést érveiknek, illetve társas támaszt a hasonló helyzetben lévő sorstársaktól. Ezek az online fórumok azért is jelentősek, mert összekapcsolják a szülés előtt álló nők informálódási igényét a szülés után lévők élménymegosztási igényével (Sallay, 2019).

Napjainkban a legkönnyebben elérhető és leggyorsabb tájékozódási forrásként az internet szolgál. A keresőprogramok találati listáiban hiteles és kevésbé hiteles források egyaránt megjelennek. A könnyen hozzáférhető információk egyaránt vezethetnek azonban minket hatékony és rossz döntésekhez is.

4.3.2.2. *Az információfeldolgozás sajátosságai*

Attitűdjeink közvetett és közvetlen módon is befolyásolják a viselkedésünket. Egyrészt attitűdjeink irányítják a figyelmünk fókuszát, hiszen olyan információk felé orientálnak minket, amelyek véleményünkkel azonosak, és távolítanak minket az érveinket cáfoló bizonyítékoktól. Másrészt, amikor egy attitűddel kapcsolatban inkonzisztens információkkal találkozunk, nem egyenértékű súllyal kezeljük az információkat, hanem azt fogadjuk el, amelyek számunkra fontosak, megbízhatóak. Ennek tükrében hajlamosak vagyunk egyoldalú információgyűjtésre, méghozzá a könnyen hozzáférhető információk alapján (Smith, Mackie, 2004). Ez a fajta működésmód megjelenik az anyák interjúiban is. Amíg a hüvelyi szülés kapcsán mindenki beszélt annak hátrányairól, a lehetséges komplikációkról és maradandó károsodások következtében megváltozott életminőségről, addig csupán 2-en villantották fel azt, hogy a baba számára a természetes születés optimálisabb lenne, szintén ők említették, hogy egyáltalán elgondolkodtak a vaginális születés lehetőségén.

A császármetszés rövidtávú előnyeivel és hátrányaival mindannyian tisztában vannak, azonban a hosszútávú következményekről csak kevesen tettek említést.

A hüvelyi születéssel kapcsolatos ellenérvek közül a legmarkánsabbban a komplikációktól való félelem jelent meg (100%-ban megjelent).

“...nyilván ez a legrosszabb forgatókönyv, de ha van erre lehetőség, akkor én ezt is végigjártam a fejemben, hogy egy ilyen helyzetbe akarok-e belekerülni, hogy egyáltalán megkockáztatom-e, hogy belekerüljek. Persze nem feltétlen történik a legrosszabb, de hát az ördög nem alszik. És akkor ez eléggé elrettenti az embert.” Hibiszkusz

...a vajúdás, hogy mi lesz velem, hogy fogja a baba bírni, hogy neki ne legyen semmi baja...olyan sokszor hallani, hogy a nyakára van tekeredve a köldökzsinór, ezektől én mind nagyon félttem, a természetes úton való születéstől.” Szegfű

“A születésményekről nekem az tükröződött vissza, hogy...hogy...hogy mintha az lenne az

elvárt, hogy ezt csak túl kell élni, meg nem számít, hogy milyen a szülésélmény, a lényeg, hogy egészséges legyen a baba, és kész, ennyi. Mintha úgy lenne kezelve az anyuka, mint egy inkubátor, hogy az anyuka nem számít, a gyerek jöjjön ki, legyen jól a gyerek, és ennyi. Minden ismerős kiírja a facebookra, hogy baba-mama jól van. Biztos? Tehát így...nem tudom, nekem nagyon ijesztő az, hogy nagyon sok anyukának szülés utáni depressziója van, és szerintem ennek nagyon köze lehet a szülésélményhez. Nagyon sokan írják, hogy 3 gyereket akarnak, de biztos, hogy nem szülnek még egyszer. Szerintem ez baj.” Liliom

A hüvelyi szülés kapcsán a másik fontos ellenérv csokor az intim testrészek feltárulkozása, érintése okozta negatív érzésekkel, illetve a gáttájék sérüléseivel volt kapcsolatban (11-ből 7 interjúban megjelent). Többen aggodalmukat fejezték ki amiatt, hogy a hüvelyi szülés a későbbiekben negatív hatással lenne a szexuális életükre.

“Egy ilyen egészen rossz érzés kerített el, amikor abba gondoltam bele, hogy mondjuk gátmetszés vagy varrás vagy ott alul egyáltalán mik történnek.” Tulipán

“Egyrészt maga a kiszolgáltatott helyzet, az ember ott van mindenféle orvosok, szülésznők, ápolók jönnek-mennek, és széttárt lábakkal kell ott lenni. Nekem ez nagyon...én ezt megalázónak érzem, és ezt szerettem volna elkerülni, hogy én ilyen helyzetbe kerüljek. Ez az egyik fele, a másik, hogy én meg vagyok róla győződve, hogy ez komolyan rá tudja nyomni a bélyegét a későbbi házasesetre, hogy úgy mondjam. És az nekem egy nagy félelmem volt, hogy azért ha ott tönkremegy valami, azt nagyon nehéz rendbehozni. Fiatalon egy ilyen sérülést elszenvedni, és úgy leélni egy életet, hogy minden alkalommal, amikor az ember romantikus hangulatba kerül a férjével, akkor eszébe jusson, hogy mi miért nem olyan, mint amilyennek lennie kéne, az szerintem nem jó. Én ezt nem szerettem volna megkockáztatni, én úgy voltam vele, hogy nagy valószínűséggel úgyis vágják az embert, akkor már vágja a hasamon.” Őszirózsa

A harmadik, mindenki által említett tényező a természetes szülés kiszámíthatlan, kontrollálhatatlan voltából fakadó nagyfokú bizonytalanság érzés.

“Lehet, hogy a hüvelyi szülés, az ijesztőbb lett volna abból a szempontból, hogy az kiszámíthatatlanabb. Nem tudni, hogy hogy alakul, mi történik, mennyi időt vesz igénybe, kell gátat metszeni vagy reped vagy varrni kell.” Krókusz

“Hát nekem a kiszámíthatatlan az első, ami eszembe jut, meg ami még nagyon erősen leírja nekem, az hogy...ezt nem tudom egy szóval mondani, de hogy: nem kéne embereknek így szaporodni! Most ez így nagyon csúnyán hangzik, tudom, de annyira véres és horrorisztikus és tényleg így a ...mondjuk ez a császárnál is benne van, de hogy annyira meg kell vagy fel kell adni magam és a nőiességem, és alázattal kell oda menni abba a helyzetbe, hogy az ijesztő, és nem tudom a kontrollt tartani, mert ott már nem számít semmi, csak hogy életet adjon az ember annak a kicsinek. És ez ijesztő.” Jázmin

Bár a szakirodalomban markáns tényezőként rajzolódik ki az anyák érvrendszerében a fájdalomtól való félelem, itt a 11 interjú közül 1-ben jelent meg.

“Arra a következtetésre jutottam, hogy nagyon fájdalmas és egész hosszadalmas tud lenni. És hát nekem nagyon rossz a fájdalomtűrő képességem, még egy vérvételt sem nagyon bírok. És hát tudtam, hogy a császármetszés sem egyszerű, főleg a felépülés, de úgy voltam vele, hogy legalább abban az időintervallumban, amikor világra jön a gyermekem, azt nem fogom érezni,

az nem fog fájni. És az az egy nyugtatott, hogy utána tudom, hogy nyilván fájdalmas lesz, de hogy mégse azért 12 óra vajúdás, hanem megvagyunk egy fél óra alatt jobb esetben.” Szegfű

A kognitív disszonancia elmélete szerint amikor döntést hozunk, akkor feszültséget élünk meg az általunk választott dolog (nevezetesen a császármetszés) és az elutasított alternatíva (hüvelyi szülés) vonzó tulajdonságai között. Az így keletkező döntési disszonanciát úgy tudjuk csökkenteni, ha a császármetszés pozitív értékelését megerősítjük, míg a természetes szülés előnyeit lebecsüljük (Smith, Mackie, 2004).

4.3.3. Döntéshozatal

A következő főtéma tehát a döntéssel kapcsolatos kérdéseket foglalja magába. Kién a döntés felelőssége? Mi számít igazán, miről döntünk? Mennyire egyértelmű a választás vagy egy nehéz, hosszas mérlegeléssel járó folyamat eredményeként születik meg a döntés? Kognitív vagy érzelmi tényezők játszanak főként szerepet benne? Ki/Mi igazolja vissza a döntésünk helyességét?

4.3.3.1. *Kién a döntés felelőssége?*

Magyarországon uralkodó techokrata szemléletű orvoslás keretrendszerében az orvos a kompetens, a szakértő, akinek világra kell segítenie a magzatot, valamint a rendelkezésére álló eszközök és beavatkozások segítségével minél inkább kontroll alatt kell tartania a folyamatot a szövődmények prevenciója és kezelése céljából. Ebben a szemléletben az anya betegszerepbe kerül, teste tárgyiasítva van. A kórházi tartózkodása alatti döntésekért kizárólag az orvos a felelős. Emellett a szemlélet mellett egyre több helyen megjelenik a gyógyítás humanista modellje, ahol már nem áll fenn az orvos és a beteg közötti hierarchiabeli szakadék, hanem a partneri együttműködés adja meg a kommunikációs alaphangot gyógyító és kliens között. Ebben a keretrendszerben a döntés felelőssége is megoszlik a felek között (Bödecs, 2019).

Wagner (2000) szerint a programozott császármetszés tervezhetőségének köszönhetően orvosbarát eljárás, hiszen munkaidőben körülbelül 30 percet vesz igénybe. Odent (2004) szintén a szülész orvosok közvetett vagy közvetlen hozzájárulásának szerepét emeli ki az anyai császármetszés preferencia mögött. A döntéshozatali folyamatban ugyanis jelentősen befolyásolja a nőt az, ahogyan az orvos kommunikál, milyen módon, milyen rövid- és hosszútávú előnyökről és következményekről tájékoztatja a várandós nőt (Schantz, 2019). Ráadásul sok ország egészségügyi finanszírozási rendszerében több anyagi forrással jár a kórház számára a műtéti úton való szülés, így pénzügyi okok miatt is lehet intézményesen preferált a császármetszés elvégzése (Penna, Arulkumaran, 2003).

7 anya tartotta fontosnak elmondani, hogy maximálisan megbízik az orvosában, őt tartja kompetens személynek a gyermeke világrajövetelének segítésében, a biztonságot jelenti számára szülész-nőgyógyásza jelenléte. A szülés módjáról való döntés legtöbb esetben az orvossal közös egyetértésben valósult meg, az anya felől érkező igény mellett volt egy támogató attitűdű orvos.

“A doktor úr azt mondta, hogy ennél nagyobb stresszhatás, mint a szülés, egy nő testét nem nagyon érheti.” Zsálya

“Ő egyébként, ahogy észrevettem, nagyon császáros, ha kell, ha nem.” Nárisz

“És ő (vv.megj.: a régi orvosom) mondta, hogy jó, szerinte ez így teljesen rendben van. Ő abban hisz, hogy ezt a nők had döntsék már el, hogy hogy szeretnének szülni, ha van ilyen választási lehetőség...És ő még azt is mondta, hogy orvosilag nincs arról meggyőződve, hogy magának az újszülöttnek, a gyerekeknek annyival sokkal jobb a hüvelyi szülés vagy születés, mint a hasi születés.” Nefelejcs

“Az orvosom azt mondta, hogy gondolta, hogy ez lesz, és maximálisan támogat és megérti, az előzményekre tekintettel ő gondolta is hogy ez ki fog alakulni. Mivel orvosilag nincsen indoka, ezért ő azt tudja mondani, hogy ha úgy döntünk, hogy szeretnénk császármetszést, akkor egy pszichiáteri szakvéleményre lesz szükség emiatt a szorongás miatt, és hogyha mi szeretnénk, és beszerezzük ezt a szakvéleményt, akkor ő minden további nélkül támogat, és akkor beszéljünk meg egy programozott császár időpontot. És már amikor ő ezt kimondta, akkor én elkezdtem megnyugodni.” Tulipán

6 anya a gyermek műtéti úton való születésének módja melletti döntését a férjével közösen hozta meg. A férfiek kiemelt fontosságúak a várandósság és a szülés alatti társas támasznyújtás szempontjából is. Az interjúrészek szerint van, ahol az apák támogatják a párjukat a döntésükben, máshol pedig a szüléssel kapcsolatos negatív tapasztalataik miatt erőteljes féltés, aggodalom jellemzi őket feleségük és gyermekük iránt, ami hozzáadódva a nő szorongásaihoz, felerősíti azokat.

“A férjem, amikor az egyik nap nagyon bepánikoltam, hogy úr isten mi lesz ha itt nekem beindul a szülés, nekem meg nincs még ilyen papírom, akkor így hogy megyünk a kórházba és akkor hogy... és akkor, akkor végülis ő ment el, egy pszichiátert fölhívott magánba, elment hozzá, elmondta a helyzetet. Azt mondta, hogy tök megértő volt a doki, ő ezt teljesen megérti, odaadta a papírt, és akkor igazából egyfelől megnyugodtam, hogy ez a része rendben lesz.” Nefelejcs
“A férjem mesélte, hogy az ismerőse, amikor szült, a szülés közben agyvérzést kapott, és azóta sem épült fel belőle. És a férjemnek ez nagyon-nagyon nagy félelme. És nyilván én szülök, de a kettőnk gyereke, meg ketten csináljuk ezt végig, úgyhogy nyilván neki is van beleszólása. És pont emiatt, amiért mondtam, hogy amúgy is vannak félelmeim a természetes szüléssel kapcsolatban, a férjemnek is vannak félelmei ezzel kapcsolatban, úgyhogy ezért megyünk inkább ebbe az irányba.” Liliom

“Egyébként a férjem utólag mondta, hogy ő tőkre örült, hogy császár lett, hogy neki így sokkal megnyugtatóbb. Meg csomószor elötör belőle és mondja, hogy mi lett volna, ha ...és hála Istennek, hogy így alakult, és nem lett semmi baja a kislányunknak. És ő örül, hogy császár lett, és szerinte biztonságosabb.” Gyöngyvirág

“A férjemet ismernéd, akkor...akkor ő ilyen rettentő óvatos, minden....ilyen biztonságmaniás, én mindig ezzel szoktam piszkálni. De ha rólam van szó, akkor meg kétszeresen. És láttam rajta, hogy ez a bizonytalanság, ami a természetes szülésnek a velejárója, hogy fogalmad sincs, hogy hogyan fog lezajlani, mert ugye lehet az is, hogy 3-4 óra alatt és egy tökéletes, harmonikus, gyönyörű szülésélmény, meg hát ugye tudjuk, hogy van a másik, ami nem...sőt annak is lehet mondjuk egy rossz császármetszés az eredménye, ami meg már nem egy szép élmény, mert hogyha a szülőcsatornában benne van, de beakad, nem akar kijönni, akkor az már nem egy szép császármetszés. És.....és én is, én isöh...nagyon elkezdtem így szorongani, tehát szabályosan, amikor a természetes szülésre gondoltam, akkor szorongtam miatta.” Tulipán

“Ő azt mondta, hogy az én testem, hogy én ...tudja, hogy azért a császármetszés nem játék, tehát hogy az mégiscsak egy komoly hasi műtét, az én hasamat vágják fel, én hordom ki ezt a babát,

tehát hogy alapvetően legyen ez az én döntésem, de hogyha az ő véleménye engem tényleg ennyire érdekel, márpedig persze hogy érdekel, hiszen ketten vagyunk ebben a történetben, ő azt mondta, hogy akkor lenne nyugodt, és akkor érezne minket biztonságban, hogyha inkább császármetszés lenne, amire előre fel tudunk készülni.” Tulipán

A császármetszés melletti érvek sorában felmerült az is, hogy az aranyórát így az újszülöttek az apával tölthetik, ami hozzájárulhat az apa-baba kötődés megalapozásához.

“Ez is egy pozitívum, hogy esetleg lehet hogy vannak bizonyos apukák, akikkel nehezebben alakul ki a csecsemőnek a kontaktja eleinte, nyilván első hetek, maximum hónapokba, mert nincs még mire alapozniuk ezt a kontaktot. Ha viszont az első fél órát akár csak együtt töltik el, akkor ez erősödhet. Tehát ez egy sokkal biztosabb alapot tud kapni.” Krókusz

3 farfekvéses baba esetében az anya a fejbégű pozíciótól való eltérést a magzat császármetszéses születés melletti döntéseként értelmezte.

“Úgy voltam vele, hogy ő tudja, hogy mi a jó neki. . Ő nem adta jelét annak, hogy ő meg akarna fordulni, csak épp nincs elég hely neki vagy képtelen rá, hanem olyan érzésem volt mindig, mintha ez számára teljesen egyértelmű lenne, hogy ő ezt a pozíciót választotta.” Krókusz

“Picit ugye tudat alatt bíztam benne, hogy a baba segíteni fog engem, hogy ...hogy úgy marad. És akkor nem nekem kell döntenem tulajdonképpen:, hogy akkor hogy legyen. De nem így lett, befordult. .. ha őszinte akarok lenni, akkor egy kicsit a lelkemnek most könnyebb lett volna, ha hogy ha azt mondja a baba, hogy én nem fordulok be, inkább szedjete ki, és akkor oké.” Tulipán

3-an fontosnak tartják az önrendelkezéshez való jogot, hogy orvosi szakvélemény nélkül is joguk legyen a műtét kéréséhez.

“Kellene tájékoztatni a nőket arról, hogy igenis van császár, az nem egy mumus, azt túl lehet élni, kismillió nő túlélte, adott esetben lehet, hogy jobban járna.” Őszirózsa

“ez így működik, hogy van ilyen, és hogy hogy ezt így fel lehet vállalni, hogy igen, én császármetszést szeretnék, akármilyen okból kifolyólag, mert én így érezném ezt jónak és biztonságosnak, és én ezt szeretném.” Nefelejcs

4.3.3.2. A döntés megrendíthetlensége

A 11-ből 2 anya dilemmázott hosszasan a szülésük módját illetően, pro- és kontra érveket felsorakoztatva egyik és másik mellett.

“Amit a szép születéslélményről az ember amit olvasott, vagy amit látott vagy hallott, az azért kecsegtető...volt” Hibiszkusz

“Nagyon rossz, mert tudom, hogy 2 végleletet mondok, mert én tényleg azt szeretném, hogyha tudnék háborítatlanul szülni, tényleg. Nyilván, hogy ha baj van, meg ha kell ellátás, akkor persze, az tök jó, tehát ezért félek otthon szülni, félek nem kórházi környezetben szülni, viszont azt érzem, hogy a császármetszés, különösen a programozott császár, tehát nem a sürgősségi, az egy kiszámítható dolog, ott minthogyha lenne nálam valami kontroll. És annak megvannak nyilván a lépései, tehát nyilván kell az embernek érzéstelenítőt kapnia, igen, egy nagy hasi

műtét, tehát az meg a másik vége, ami ijesztő. Tehát azt érzem, hogy kicsit be vagyok szorítva, hogy ha nem otthon szülök, akkor vagy ez a 2 lehetőség van, hát vagy az a harmadik, hogy iszonyat nagy szerencsém lesz, hogy beindul a szülés és mire beérünk, már kint is van a gyerek.”
Liliom

A többieknek egyértelmű volt, hogy a császármetszés mellett teszik le a voksukat jelen élethelyzetükben, hiszen érzelmileg elköteleződtek a programozott császármetszés mellett. Náluk kifejezetten erőteljesen megjelent az, hogy mindent képesek megtenni azért, hogy a császármetszés megvalósuljon. Rettegtek attól, hogy belekényszerítik őket a szülésbe.

“És hát voltak álmatlan éjszakáim, hogy mi van, hogyha nem szülhetek a saját dokimnál. Akkor itt zokogtam a férjemnek, hogy a másik kórházban egy vadidegen orvos engem leellet, hogy márpedig hüvelyi úton kell szülnöm.” Ószirózsa

“Fizikai tüneteket produkáltam a gondolattól is, hogy nekem természetes úton kelljen szülni. Tényleg azt éreztem, hogy sírok, hogy összeszorul a gyomrom, hogy rosszul leszek, és projektáltam mindenféle rémképeket, hogy nem leszek képes megszülni, hogy pánikrohamot kapok szülés közben, nem jut elég oxigénhez a baba.” Jázmin

Attitűdjeink az információk értelmezését is befolyásolják. Gyakran előfordul, hogy az attitűdjeinkkel inkonzisztens bizonyítékokat eltorzítjuk annak érdekében, hogy azok alátámasszák a meggyőződéseinket (Smith, Mackie, 2004)

“Én meg vagyok róla győződve, hogy ha külön vezetnének statisztikát arról, hogy programozott császár, ami tényleg egy békés, nyugodt körülmények között zajló műtét, persze műtét, van ugyanúgy kockázata, de hogy ha külön vennék a sürgősségit a programozottól, akkor szerintem egészen más képet tudna ez mutatni az egészről.” Ószirózsa

Ha döntünk valami mellett, akkor mindent megteszünk annak érdekében, hogy a döntésünk helyességét bebizonyítsuk, akár magunk, akár mások számára. Ebben segítenek minket a disszonanciafolyamatok.

“Elkezdtem tudatosan készülni erre, és utánaolvastam. És ahogy elkezdtem olvasni, az nagyon ijesztő volt, hogy fű, hát akkor lehet hogy én nem is tudom, hogy mire vállalkozom vagy mi az, ami mellet én döntök. És akkor ott teljesen elbizonytalanodtam, hogy nem tudom, hogy mi lesz a jó. Aztán azt ott helyretettem, hogy javarészt azok írják le a történetüket, akik ezt így fel szeretnék dolgozni, vagy valami munkájuk van még ezzel, és nyilván nem a hű de jó élményeket szeretné valaki feldolgozni. Ezt így rendbe kellett raknom egyszer, hogy jó, nyilván itt nagyon rossz történetek vannak, de vannak pozitív történetek is, a legtöbb rossz történet az abból van, meg rossz megélés, hogy sürgősségi császár lesz valakinél, tehát hogy nem erre készült, nagyon nem tervezett ezzel, nem erre gondolt, és végül ott kötött ki a műtőben, és abból vannak ilyen nagyon rossz tapasztalatok, és úgy voltam velem, hogy ez más. Tehát az hogy én ezt tervezem, és ez egy programozott császár, így teljesen más lehet.” Nefelejcs

Szükségünk van a társas közeg felől érkező pozitív visszajelzésekre is az önigazoláshoz.

“ő (vv.megj. a korábbi szülész-nőgyógyász) volt az első ..akkor már bőven 4 hónapos elmúlt a kislányom, igen, aki...aki így egészségügyisként támogató volt. Még úgymond a saját orvosomnál is, akinél szültem, sem kaptam meg ezt, hogy oké, ez így tök rendben van, és csináljuk. És az még úgy jó érzés volt, hogy kaptam egy ilyet. Most ez így hülye szó, hogy

viszsaigazolást, de hogy szóval egy ilyen reakciót kaptam, hogy oké, ez így teljesen rendben van. ...Mert mondtam, hogy ó, hát kaptam rá beszélőket. S mondta, hogy ezzel ne foglalkozzak, ő még ezt orvosilag sem látja megalapozottnak, és ha én ezt így érzem biztonságosnak meg jönak, akkor senkinek semmi köze nincsen hozzá.”Nefelejcs

“A barátnőim maximálisan támogatnak , és azt mondták, hogy ebbe senkinek nem szabad beleszólni, ezt mi érezzük, ezt nekünk kell tudni, és hogy ha én így biztonságosabban érzem magam, akkor csináljuk ezt, mert akkor viszont ez lesz jó a babának is.” Tulipán

Láthatjuk, hogy az anyák döntése erős, kitartanak mellette, és a várandósság alatt rettegnek attól, hogy amikor eljön az idő, az élet másképpen alakítja majd, és meg kell szülniük a babájukat.

2 nagyon fontos személyiségbeli jellemző került feltárára az interjúk kódolása során, amelyek mélyítették a császármetszés melletti érzelmi elköteleződést. Az egyik az anyák éhatékonysága a természetes szüléssel kapcsolatban, a másik pedig a helyzet feletti kontroll. Ezeket a tényezőket nézzük most végig interjúrészek alapján.

4.3.3.3. Érzelmi elköteleződés

Az éhatékonyság Bandura értelmezésében az egyén saját ítélete azzal kapcsolatban, hogy személyes kompetenciájának és a környezeti jellemzőknek a figyelembevételével képes-e sikeresen megküzdeni egy adott helyzettel. Az éhatékonyság forrásai a személyes előtörténet, releváns mások tapasztalatai, a verbális meggyőzés, illetve az egyén aktuális fizikai állapota (Bányai, Varga, 2014). Az anyák szülés módja feletti döntését tehát befolyásolja az is, hogy mennyire érzik magukat képesnek arra, hogy természetes úton világra hozzák gyermeküket. Schantz (2019) hozzáteszi, hogy az erőteljesen medikalizált várandósgondozás is hozzájárul ahhoz, hogy a nők elvesztik a saját testükbe, a természetes szülés képességébe vetett hitüket.

Ahogy az az interjúrészekből is egyre inkább kirajzolódik, az anyák egy csoportja úgy véli, képtelen lenne rá, hogy megszüljje gyermekét.

“én most nem érzem magamban az erőt” Gyöngyvirág

“a szülést nem nekem találták ki” Nárcisz

“Meg ha őszinte akarok lenni, akkor el vagyok fáradva. Egy mérhetetlen fáradtságot érzek, mert ha azt a másfél hónapot nem nézzük, akkor július egytől augusztus közepéig, amikor megfogant a baba, akkor én azért tavaly április közepe óta terhes vagyok. És azért az úgy már sok. És ezt most nem testileg mondom, hogy sok, nem testileg vagyok elfáradva, hanem úgy érzem, hogy ez a tavaly április 19-e óta mi olyan érzelmi dolgokat éltünk át, olyan érzelmi hullámvölgyeket meg dombokat, hegyeket meg mélységeket, ami már az embernek a lelkét elfárasztotta.... És mivel nem tudjuk, hogy a lelkiállapotom milyen lenne, én ebbe a bizonytalanságban nem tudok ellazulni, nem tudok harmóniába, békében felkészülni a természetes szülésre.”Tulipán

További nagyon fontos tényezők, amik kihatással vannak arra, hogy hogyan küzdünk meg egy kihívást jelentő helyzettel, a személyes kontroll és a helyzet uralására vonatkozó hiedelmeink. Etekintetben a szülés kiszámíthatatlan, soktényezős eseményként jelenik meg az anyák narratívájában, a császármetszés pedig olyan alternatívát jelent, amelyre pontosan fel lehet készülni, kiszámítható idői és orvosi keretekkel rendelkezik, ezáltal a biztonság érzését sugallja.

Schantz (2019) meglátása szerint a kórházakban tapasztalható nagyfokú alá-fölé rendelt viszony az orvos-beteg relációban szintén hozzájárulhat ahhoz, hogy a nők ilyen mértékben kiszolgáltatottságot éljenek meg az orvosi vizsgálatok és a szülés során.

“Én egy tök határozott embernek tartom magam, meg ki tudok állni magamért, viszont azt gondolom, hogy a szülésnél azért egy kicsit más lesz, szerintem ott lesz egy olyan aggodási faktor meg egy olyan más mentális állapot, ahol nem vagyok benne biztos, hogy azt fogom tudni mondani, hogy nem..vagy nem is az, hogy nem, hanem hogy kérek indokokat... Elsőszülő nőként én azt érzem, azt gondolom, hogy a mostani protokoll, hacsak nincs olyan szerencsém, hogy megindul a gyerkőc és mire ottvagyunk már rég késő bármi olyat csinálni, hogy ne úgy jöjjön ki, ahogy akarjon, akkor azt érzem, hogy vagy traumatikus lesz, vagy így is úgy is császárra fullad.” Liliom

“Ez egy orvosilag lekövethető esemény, egy szükséges esemény, meg szerencsére egy tök jó esemény, és szép, de én legalábbis úgy vagyok vele, hogy inkább adjuk meg a legtöbb orvosi támogatást hozzá, én nagyobb biztonságban éreztem magam, minden egyéb érvet félretéve, egy teljesen nyugodt, kapkodástól mentes műtét alatt, ahol reggel megérkeztem a kis cókmókkal a szülészetre, fölmentünk a műtőbe, lezajlott a műtét, és utána a tervek szerint lehetett nekiállni lábadozni...és erről jut még eszembe, hogy miért való nekem a császár, én tudom, hogy kocka vagyok, de nekem a tervezett dolgok... a spontaneitása a szülésnek, az, hogy a 39. hétre születik vagy megindul már a 38.-on vagy majd csak a 42.-en, ez engem egy olyan stresszben tartott volna, ami szerintem rosszabb a gyereknek is, ennyi stresszhormont leküldeni a köldökzsinóron.” Őszirózsa

“Nekem a személyiségem olyan, hogy szeretek mindent kontroll alatt tartani, és a császármetszés az egy műtét gyakorlatilag: műtéti körülmények között, orvosi teammel, ideális esetben egy választott orvossal. Tehát hogy arra fel lehet úgy készülni, és kiszámíthatóbbnak tűnik, habár ugye elvileg mégiscsak magasabb kockázattal jár, mint egy természetes szülés. Elvileg, a statisztikák szerint. De nekem mégis biztonságos közeget jelent a műtő. Tehát nekem sosem volt vonzódásom a labdán szüléshez, meg a kádban vagy itthon vagy akármi, nekem az a biztonság, hogyha egészségügyi személyzet mellett lehetek és ott...úgyhogy igazából nekem ez a kiszámíthatóság az, amit jelent, hogy császármetszés, és jobban fel lehet rá készülni.”

“De azért már a második gyereknél lássuk be, hogy a kiszámíthatóság nem egy utolsó szempont.” Nárcisz

Az alacsony fokú énhatékonyság, a szülés folyamatának kontrollálhatatlansága, a negatív szüléstörténetek együttesen összeadódva járultak hozzá ahhoz a nagyfokú szorongáshoz, amely tolta az anyákat a természetes szüléstől egyre távolabb. Ezeket a félelmeket vesszük sorra ebben a részben.

Számos félelmet említettek az anyák, amelyek szorongást keltettek bennük. Egy részük a szülés nem megfelelő lefolyására vagy negatív érzelmi megélésére vonatkozott (félelem a vajúdástól, a tágulási nehézségektől, a fájdalomtól, a felesleges szenvedéstől, a korábbi emlékek betörésétől, a traumatizációtól, a felesleges beavatkozásoktól). Kis részük a műtét okozta hatásokkal (fejfájás, remegés) volt kapcsolatos. Jelentős számban említették az anyák a szüléssel kapcsolatos ismeretlen helyzetet és az ebből fakadó bizonytalanságot, mint szorongás fokozó tényezőt, illetve a félelmet a komplikációktól, amelynek csúcса a baba elvesztésétől való félelem. Fontos további félelem a szülés kapcsán a genitáliák sérülése, a repedés, szakadás, a gátmetszés, amelyek negatívan befolyásolhatják a későbbi szexuális életet. Néhány anya rettegett attól, hogy császármetszésre vonatkozó kérését nem veszik figyelembe az orvosok, és

mégis meg kell szülnie a gyermekét. Itt ismételtlen kiemelném azt a körülményt, hogy a vizsgálat közben lépett életbe az új egészségügyi törvény, amelynek értelmében az anyák nem választhatnak fogadott orvost a szüléshez, hanem az ügyeletben lévő szülész-nőgyógyász látja el őket. A kiszámíthatatlan egészségügyi helyzet, megtetőzve a covid-járványhelyzet okozta folyamatosan változó kórházi protokollokkal a kísérő jelenlétét és a benntartózkodás alatti látogatási rendet illetően, szintén említésre kerültek az érintett anyák mindegyikénél.

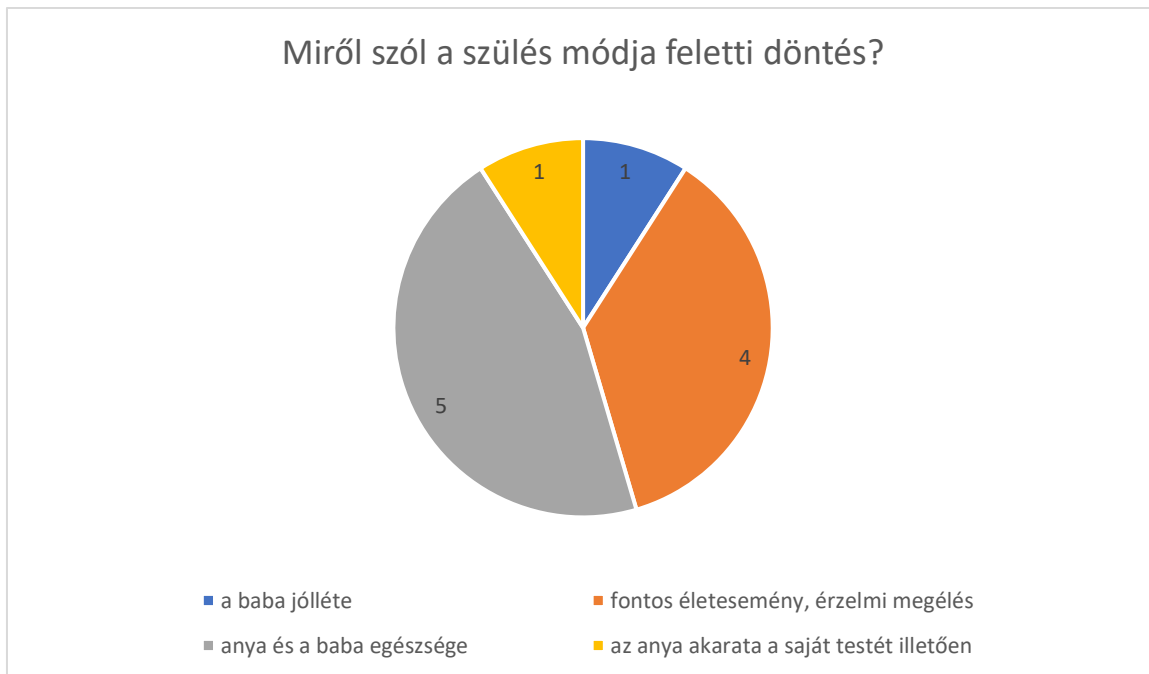
4.3.3.4. *Érzelmi fókuszú megküzdés*

“Csak egy adott viselkedésre specifikus és a problémára kielégítő megoldást kínáló attitűdök irányíthatják nagy valószínűséggel a viselkedést”-állítja Smith és Mackie (2004, 476.o.). Ahogyan ezt az eddigiekben is láttuk, az anyák számos félelemmel a szívükben élik meg a várandósságuk napjait. Igyekeznek szorongásaikon úrrá lenni, és találni egy olyan alternatívát, amely segíthet nekik elkerülni azt, amitől annyira félnek: a kiszámíthatatlan, a bizonytalanságokkal teli szülést. Ezért a császármetszéshez ragaszkodnak, a döntés és a műtét során azt remélik, hogy megélik a személyes kontroll élményét, amit annyira hiányolnak a természetes szülés során. A hüvelyi szülés elkerülése tehát nem más, mint az anyák érzelmi típusú megküzdési stratégiának következménye. Amikor annyira félelmet keltő a helyzet, hogy képtelenek vagyunk vele szembenézni, nincs más mód, csak hogy elkerüljük azt.

Vannak nők, akiknél a szorongás olyan fokúvá válik, hogy a várandós inkább megszakítja a kívánt terhességet, annyira retteg a szüléstől. Másoknál, ahogyan Ószirózsa is elmondja, az életadás módjául csak a császármetszést látják elfogadhatónak. Akik nem tudnak megküzdni a súlyos fokú tokofóbiával, vagy egyáltalán nem vállalnak gyereket, vagy örökbefogadással válnak szülővé (Klabbers, 2016)

“Kis túlzással azt tudom mondani, hogy azért csináltattam meg az orrproblémát, hogy megtudjam, hogy élek túl egy műtétet...na nem hogy élek túl a szó szoros értelmében, hanem hogy milyen élmény egy műtét, azt, hogy az embert egy bizonyos szintig felvágják, hogy az emberbe infúziót vezetnek stb. És ez már félig-meddig azért volt, hogy megtudjam, hogy a császár, az tényleg az én utam-e, mert azt tudtam, hogy a hüvelyi szülés semmiképpen, és akkor az lett volna a C verzió, hogy nekem nem lesz gyerekem, mert az egyértelmű volt, hogy hüvelyi szüléssel nem szeretnék.” Ószirózsa

Miről szól a szülés módja feletti döntés? Az anya testéről? A baba világrajöveteléről? A családdá válás egy kiemelt mérföldkövéről? Mi számít igazán az anyák számára? Az interjúk alapján a következő válaszok körvonalazódnak (3. ábra). 5 anya hangsúlyozta, hogy a saját és a gyermeke egészsége a legfontosabb szempont számára, amikor a szülés módja tekintetében döntést hozott. További 4-en pedig arról beszéltek, hogy a gyermekük világrahozatala egy jelentős esemény, szeretnék azt a legkiegyensúlyozottabban, a legnyugodtabban megélni.



3.ábra: Mi a legfontosabb a szülés módjának megválasztásakor az anyák számára?

A legfontosabb tehát az anyák számára az egészség és a megélt élmény. Ezen szempontok alapján a vizsgálatban részt vevő anyák a császármetszést preferálják, mint az életadás biztonságos, kiszámítható, békés, kevésbé szorongáskeltő módját.

4.3.4. Anyai identitás

Stern szerint (2006) az anyai identitás a várandósság kezdetétől fogva folyamatosan alakul. Egyik kiemelkedő esemény a terhesség során, amikor az első magzatmozgásokat megérzi az anya, s onnantól kezdve egyre inkább önálló lényként tekint a magzatára, egyre többször fantáziál róla, elképzei, milyen lehet ő, és milyen lesz az életük akkor, amikor megszületik. Az anyai identitás fejlődésében kiemelt csúcspont a szülés. Megtörténik a fantáziában lévő és a valóságos baba találkozása. A pár családdá válik, a nőből vagy ahogyan gyakran mondják a “kismamából” anya, a férfiből apa lesz. Vajon hogyan formálódik az identitás császármetszéssel szült anyák esetében? Milyen az ő narratívájuk erről a fontos eseményről?

Kultúránkban ugyanis az életadás társadalmi normája a hüvelyi szülés. Bár a császármetszés gyakoriságának növekedésével annak megítélése is változik össztársadalmi szinten, még napjainkban mindig stigmát jelent, ha valaki császármetszéssel hozza világra gyermekét, különösen akkor, ha a műtét a saját kérésére történt.

“Azért tényleg így a társadalom elképzelése a császárról, hogy az milyen könnyű, meg az nem teljes értékű szülés...addig azért még én sem jutottam el, hogy azt mondjam, hogy szültem. Nem az, hogy szégyellem azt mondani, hogy szültem, de ha lehet, akkor elkerülöm ezt a mondatot, hogy császárral szültem.” Gyöngyvirág

“Meg azt érzem, hogy nagyon sokan kudarcnak élik meg a császármetszést, és valamikor erre visszaerősítenek ilyen külső hangok, hogy „jó, de te nem is szültél”. És nekem is egyébként, ezt kezdem észrevenni, hogy egyre nehezebb kimondanom azt, hogy igen, valószínűleg császárt

szeretnék. Kezdem érezni ezt a stigmát, vagy hogy mondjam.” Liliom

“Nagyon sok támadást kaptam egyébként emiatt. Főleg a programozott császár miatt, hogy eleve meg sem próbálom, meg ugye ezek a szokásos dumák, hogy a fájdalmat akarom megúszni, pedig nem erről van szó, csak hát nem mindenkivel vagyok ennyire őszinte, hogy elmondjam, hogy nem szeretnék ilyen helyzetbe kerülni, mert hogy a hüvelyi szüléstől viszolygok, nem a fájdalomtól.” Őszirózsa

“Alapvetően nem érzem magam hátrányos anyukának, én nem érzem, hogy ne szültem volna, mert igenis mind a 2-ért megszenvedtem, mind a 2-vel végigtoltam a terhességeket, úgyhogy ez a része így nem bánt.” Zsálya

“Lelkileg nem érzek megint hiányt, habár...habár....ha és amennyiben sima út lett volna egy természetes szülés, amit most már sosem tudok meg, meg nem is foglalkozom ezzel, hogy mi lett volna, ha.. akkor lehet, hogy még könnyebb lett volna...de nem biztos. Úgyhogy így most már teljes mértékben nem ezzel foglalkozom, mert nekem nem ez jelenti az anyaságot, hogy hogy születik meg a babád, hanem onnantól kezdve, hogy talpraálltál, onnantól kezdve kezdődik az igazi buli. ... Úgyhogy boldog vagyok így is.” Hibiszkusz

Ahogy láttuk, különféle megélések vannak ezzel kapcsolatban, de az anyák többségét érzékenyen érintik a társadalom felől érkező sztereotípiák és előítéletek. Különösen nehéz, ha az érintett édesanyja az, aki ezeket a nézeteket képviseli, és nem tud empatikusan, támogatólag jelen lenni a lánya mellett.

“Egyébként anyu volt az egyetlen, aki így mondta, hogy az nem is olyan, mint az igazi.” Őszirózsa

“Anyum részéről is kicsit ezt érzem, hogy most meg azt mondja, hogy persze, kérd a császárt, hogy az olyan j...kicsit így elbagatellizálja, hogy az könnyű. Jól leszel hamar, nem megy tönkre mindened...” Gyöngyvirág

Az egészségügyben jelen lévő tabusításról mesél Nefelejcs, aki a bőrén tapasztalta meg a személyzet felől érkező ellenszenvet a megrendelt császárral kapcsolatosan.

“És miért volt császár? Hát hogy így igazából...mert hogy én ezt szerettem volna. És akkor az asszisztensnő fölszisszent, hogy Jézusom, ezt ő meg se hallotta....Meggőnyöztetve éreztem magam (könnyes lesz a szeme). Szóval hogy... igen...hogy ez ilyen titok, hogy nekem ezt titokban kéne tartani, mert ez valami rossz dolog...hm..igen. Hogy erről nem lehet beszélni, hogy ezt szégyellni kéne...ez volt bennem. Mert akkor ezzel az orvosomat is rossz helyzetbe hozom, vagy hogy ez neki is...ha az ő asszisztense beszélhet úgymond erre nekem, akkor ...akkor ez így nincs rendben. De közben meg úgy csinálunk, mintha rendben lenne, hogy minden aszerint történik.” Nefelejcs

Rózsa: egy anya harca a természetes szülésért – esetleírás

Rózsa azért jelentkezett az interjúra, mert a második gyermeke tervezése kapcsán nehéz dilemma előtt áll: elfogadja-e az orvosa javaslatát a császármetszésre vagy ragaszkodik elképzeléseihez, hogy megpróbálja újra természetes úton világra hozni gyermekét. Ennek a dilemmáját osztotta meg velem, pro-kontra érvek felsorakoztatásával. Rózsa sokat küzdött első várandóssága alatt azért, hogy olyan orvost találjon, aki méhfejlődési rendellenessége ellenére

támogatja a természetes szülés lehetőségét, mert rettegett a császármetszésnek a gondolatától is. *“Nekem minden éjszaka rémálmaim voltak a császármetszésről, de olyan szinten, hogy zokogás, remegés, de ez minden áldott éjjel...A rémálmom közepe, hogy le vagyok szíjazva, ébren vagyok és kábé ébren felboncolnak, na ez a központi gondolatkör volt a rémálmok okozója igazából. Meg ugye nagyon sok helyen lehetett olvasni igazából azt, hogy van olyan, hogy azoktól a szerektől, amiket be kell adni, hogy ezt normálisan viseld, nem kapsz esetleg úgy levegőt, mondjuk fulladsz, vagy hánysz a műtőasztalon vagy ilyesmi, az nekem nagyon nem, nem tudta a lelkem befogadni.”*

A vajúdas során nyilvánvalóvá vált, hogy természetes úton nem tudja megszülni első gyermekét, hiszen a baba nem tudott megfelelően beilleszkedni a szülőcsatornába. Rózsa várandóssága idején széleskörűen tájékozódott a lehetőségeit illetően, folyamatosan mérlegelte a kockázat-haszon elv alapján a döntésével járó előnyöket és hátrányokat. Első gyermeke világrahozatala után segítette a feldolgozást, hogy orvosa végig támogató volt, és közösen hozták meg a döntéseket a szülés folyamata alatt, partnerként volt kezelve. Így a műtét, amelytől a várandóssága alatt végig rettegett, nem vált kudarccá és traumává, bele lehetett simítani Rózsa élettörténetébe. Amíg a többi interjú adó anya normalizálta a császármetszést, Rózsa szíve szerint testi adottságai és az orvosi indikáció ellenére kész lenne újra belevágni a vajúdasba, hogy hátha sikerül elkerülnie az újabb műtétet, kockára téve akár a saját egészségét is. Ami viszont a császármetszés felé billenti nála a mérleg nyelvét, az az óriási fájdalom, ami a dupla méh kontrakciói során átélt, eredménytelenül.

Rózsa történetét azért is tartom fontosnak, mert példát mutathat azoknak az anyáknak, akik a természetes szüléstől rettegnek, hogy a félelmeken felül lehet emelkedni, és jól is meg lehet élni azt, ha nem a terveink szerint alakulnak a dolgok. A Rózsával történtek emellett felhívják a figyelmet arra is, hogy a támogató szociális környezet mennyire fontos a szülés során: az empatikus odafordulás és a partneri kommunikáció az egészségügyi személyzet részéről pozitív szülésélményhez vezethet akkor is, ha nem az előzetes tervek szerint alakulnak a dolgok.

5. Megbeszélés

5.1. Szüléssel kapcsolatos attitűdök

Sallay és munkatársai (2015) vizsgálatukban azt hangsúlyozták, hogy a szüléssel kapcsolatos attitűdök kialakulása a saját születéseményben gyökerezik, melyeket transzgenerációs hatások a családi narratíva közvetítésével befolyásolnak. A szülés módja melletti döntésben a szüléssel kapcsolatos attitűdöknek fontos szerepük van, amelyet jelentősen befolyásol a szülő nő autonómiája és kompetencia érzése. Az anyák elektív császármetszésre irányuló kérése a kontroll visszaszerzésének eszközeként szolgálhat. Közel 1000 fiatal nő vizsgálata során azt találták, hogy a programozott császármetszés választása magasabb szüléstől való félelemmel és az orvosi kontroll szükségességének érzésével párosult. Ugyanakkor ezek az anyák alacsonyabb pontszámot értek el az “Érdeklődő közelítés a szüléshez”, a “Szülésben rejlő növekedési lehetőség” és a “Szülés, mint női erő elismerése” alskálákon (Sallay, 2019).

Saját vizsgálatomban is megjelent a szüléstől való félelem, és az orvosi kontroll magasabb igénye. Az anyák beszámolóikban távolítják a szülés gondolatát, alternatív megoldást keresnek gyermekük világrahozatalára, a fizioiógias szülést legtöbbször negatív színben látják, semmint a növekedés és a kiteljesedés útjaként.

Összességében elmondhatjuk, hogy a szüléssel kapcsolatos attitűdök egy komplex mintázatot alkotnak, amelynek részei az egyén személyiségbeli jellemzői (különös tekintettel a kontrolligényre, az autonómiára és a kompetenciára), a szüléshez való viszony alakulása az egyéni életút során, a társas tér, az elérhető szülési környezet és a társadalmi-kulturális kontextus

(Sallay, 2019). Dolgozatomban az interjúalanyok szavain keresztül bepillantást nyerhettünk attitűdjeik alakulásába az életútjuk során, illetve megfigyelhettük a társas környezet hozzájárulását a szülési módokkal kapcsolatos döntéseik kialakulásához.

A saját születés, mint alapélmény többeknél is traumatikus volt az interjúalanyok közül. Az anyák közel fele császármetszéssel született, de voltak olyan beszámoló is, amelyek komplikációmentes, zavartalan hüvelyi születésként írtak le. Orosz Katalin (2019) több évtizedes terápiás tapasztalata alapján emellett foglal állást, hogy a szorongást felerősíthetik saját perinatális élmények feldolgozásában történt elakadások. Különösen igaz lehet ez a megállapítás a várandósság alatti félelmek tekintetében, hiszen maga a terhesség is egy módosult tudatállapottal jár, amelyben a tudatos és a tudattalan határa fellazul, ezáltal hozzáférhetőbbé válnak a saját magzatkori, születés alatti és csecsemőkori procedurális memóriában őrzött testemlékek (Hadházi, 2017).

Többen beszámoltak arról, hogy a szülés módjának eldöntése nem akkor történt, amikor várandósok lettek, hanem már jóval korábban elköteleződtek a császármetszés mellett.

Az anyák egy csoportjánál azonban egyértelműen egy élettörténeti eseményhez, az előző fel nem dolgozott, traumatikus szüléshez társult a döntés, ami az elkerülésen alapult.

Az anyai kérésre történő császármetszés és a traumatikus születésként közötti kapcsolatra hívja fel a figyelmet Creedy és munkatársainak 2000-ben végzett prospektív, longitudinális kutatása is. Vizsgálatukban 499 frissen szült anyával készítették telefonos interjút a szülést követő 4-6 hétben a szubjektív születésként és a posztpartum mentális megbetegedések közötti kapcsolat feltárása céljából. A megkérdezett gyermekágyas nők egyharmada (33%) számolt be negatív eseményről, élményről a szülés alatt, 5,6%-uknál klinikai szintű PTSD tünetek jelentkeztek a korai gyermekágyas időszakban. A traumás tünetek kialakulásával az orvosi beavatkozások mennyisége ($\beta=0,351$ $p<0,0001$) és a rossznak ítélt bánásmód a személyzet részéről ($\beta=0,319$, $p<0,0001$) állt kapcsolatban (Creedy, 2000).

Saját vizsgálatomban 3 anya számolt be arról, hogy bár első várandóssága során természetes úton szeretett volna szülni, azonban a baba születése során átélt élmények megváltoztatták ezt az elképzelést. 2 anya vajúdása során a társas támasz hiányával küzdött, a magára hagyottság élménye dominált, a személyzet bántó, elutasító kommunikációja csak erősítette a negatív érzéseket. Az anyák nem érezték magukat biztonságban a szülőszobán, emiatt a szülés folyamata nem haladt, beavatkozásokra volt szükség, végül pedig császármetszésre került sor. Egy édesanyát pedig a fel nem dolgozott gyász, és a magzata elvesztése után kialakult PTSD akadályozott meg abban, hogy újra képes legyen szülni.

Társadalmunkban a nők gyermekvállalási életkora kitolódott, s bár a termékenységi mutatók az utóbbi 2 évtizedben lassú emelkedést mutatnak, továbbra is elmondható az, hogy a gyerekvállalási hajlandóság alacsony. A KSH adatai szerint 2020-ban a teljes termékenységi arányszám Magyarországon 1,56 volt³. Ennek tükrében, amikor egy család gyermeket vállal, mindennél fontosabbnak tartja, hogy a születendő utód egészséges legyen. A megkérdezett anyák egyik fő érve a császármetszés mellett az volt, hogy a születendő baba és a saját testi épségük megőrzése szempontjából a műtéti utat tartják biztonságosabbnak, orvosilag kontrollálhatóbbnak, valamint félnek a szülés közbeni komplikációktól, amelynek gyakoriságát hajlamosak túlbecsülni a hallott negatív színezetű vagy traumatikus szülést követő élménybeszámoló alapján.

Dweik vizsgálati eredményei (2019) kiegészítik ezt a gondolatot azzal, hogy a gyermek

³ „A teljes termékenységi arányszám azt fejezi ki, hogy egy nő élete folyamán hány gyermeknek adna életet, ha az adott év kor-szerinti termékenységi viszonyai tartósan (a reprodukciós időszak teljes terjedelmére) megmaradnának. A mutató kiinduló alapját képezi a reprodukciós számításoknak, és azt fejezi ki, hogy az adott gyermekvállalási magatartások mellett a szülőképes korú felnőtt népesség milyen mértékben reprodukálná önmagát gyermekeiben.”
(https://www.ksh.hu/thm/2/indi2_1_3.html)

tervezése és foganása között minél több idő telik el, annál inkább megjelenik mind a szülőknél, mind az orvosoknál az “értékes baba” kognitív reprezentációja, akire nagyon oda kell figyelni, és fokozottan vigyázni kell rá. A magzati kimenetellel kapcsolatos magas elvárások teljesítését az anyák az orvosaitól várják el, akiken óriási a nyomás, hogy a szülést követően anya és baba is jól legyen. Ezzel magyarázható a defenzív szülészeti gyakorlat, amelynek során minden folyamatot kontroll alatt kell tartani, a szülés indításától a fájáserősítésen át a gátmetszésig, vagy éppen a császármetszésen keresztül. Erre utal az a vizsgálat is, amely azt mutatja, hogy az anyák 2,6%-ának van lehetősége ma Magyarországon kórházi körülmények között élettani szülés⁴ által világra hozni gyermekét (Bojtár, 2021). És itt fonódik össze ez a 2 szál, amiről az anyák beszélnek, hogy a szülés sokszor valóban nem természetes, hanem erőltetett, siettetett, traumatikus, ami után az anya számos testi és lelki sérüléssel hagyja el a kórházat. A szüléssel kapcsolatos attitűdöt nagymértékben formálja tehát a mai magyar szüléskultúra. A hatalmas felelősség, a magas elvárások, a jószándék és a segíteni akarás a szakszemélyzet részéről sokszor vezet indokolatlan beavatkozások elvégzéséhez, amely megzavarja a szülés élettani folyamatát, és elindíthatja a beavatkozások dominószerű kaszkádját (Lőrincz, 2021).

5.2. Szelektív információgyűjtés és -feldolgozás

Az interjú adó anyák többsége elsősorban internetes források alapján tájékozódott. A fő informálódási területet különböző anyacsoportok adták (pl. az adott kórházban szülő anyák facebook csoportja). Az anyatársak szülésélményeinek olvasása jelentősen hozzájárult tehát a szüléssel kapcsolatos kognitív reprezentációk alakulásához. Több interjúalany említette, hogy az olvasott élménybeszámolók többségükben negatív színezetűek voltak, esetenként traumatikusak. Ennek tükrében számukra a hüvelyi szülés beavatkozásokkal tarkított, nem természetes folyamat, amely kiszámíthatatlan, kontrollálhatatlan, számos veszélyt rejt magában anyára és babára nézve. Az információk szűrésére és relativizálására utal, hogy az anyák 80%-a a természetes szülés pozitív oldalairól egyáltalán nem tett említést, nem jelentek meg a pro-kontra érvek, amelyek során mérlegelésre kerültek volna a lehetőségek. A legtöbb esetben az anyák a császármetszést idealizálták, a szülést pedig devalválták. Erre utal az is, ahogyan a negatív császármetszéses beszámolóktól az anyák elhatárolódnak, jelentős különbségeket látnak ugyanis a sürgősségi és a programozott műtét között, mind élményben, mind a lehetséges komplikációkat, kimeneteleket tekintve. A sürgősségi császármetszés “armageddonjához képest” a programozott császármetszés nyugodt, békés, orvosilag jól kontrollálható, ezáltal biztonságos, logisztikai szempontokból előnyös. A császármetszés rövid távú nehézségeivel tisztában voltak (fájdalom, szeparáció, szoptatási nehézségek, hosszabb regeneráció), azonban a hosszútávú következményeket egyikük sem említette, sem anyai, sem magzati szempontból. S mivel az édesanyák érveiben a legfontosabb, hogy gyermekük egészséges legyen, nagyon fontos felhívni a figyelmüket arra, hogy a császármetszéssel ez a törekvésük lehet, hogy rövidtávon biztosítottnak tűnik, de a tudományos bizonyítékok azt mutatják, hogy hosszútávon sajnos pont az ellenkező hatás figyelhető meg a műtéti úton született gyermekek esetében. Egyre több kutatás születik ugyanis azzal kapcsolatban, hogy a születésük élménye és hatása nemcsak azt a pár órát és napot határozza meg, hanem hosszútávon befolyásolja életminőségünket, fizikai és mentális működésünket (Varga, 2019a, Csóka, 2019).

5.2.1. A szülés-születés módjának hatásai rövid- és hosszútávon

“A születés mély, bevésődő, az egész létet meghatározó tapasztalás” - vallja Renggli Aranykapu

⁴ élettani vagy fiziológias szülés alatt azt értem, ahol semmilyen külső beavatkozás nem történik a szülés folyamata során

az életbe című művében (2016. 67.o.). A következő részben az orvostudomány és a pszichológia jelenlegi tudását összegzem, hogy szélesebb perspektívából is rálássunk, mennyi mindent befolyásol az, amikor a szülés módjáról döntünk. Ahhoz, hogy valóban tájékozott döntést tudjunk hozni, nélkülözhetetlen, hogy az alábbi dolgokat számbavegyük, és mérlegeljünk.

Elsőként az anyai kockázatokat tekintjük át. Bár az anyai halálozás ritkán fordul ma már elő, mégis a különböző fejlett országokban összevetett statisztikai adatok szerint az anyai mortalitás programozott császármetszés esetén 3-szerese a hüvelyi szülésének (Hall, 1999, Wagner, 2006, Gaskin, 2015). A leggyakrabban emlegetett szövődmény, hogy a műtéti eljárás nagyobb vérvesztéssel jár, nagyobb az esélye a vérátömlesztés szükségességének. A transfúzió a későbbi terhességekre is hatással lehet az atipikus antitestek kialakulása által. A nagyfokú vérzés vagy sebészeti komplikációk (pl. méh ütőerének átvágása) miatt előfordulhat, hogy méheltávolításra kerül sor (Gaskin, 2015). A műtéti eljárás során megsérülhetnek más szervek (pl. hólyag, húgyvezeték, a belek), az elektív műtétek egy százalékában pedig a babán ejtenek vágást az orvosok (Wagner, 2006). A műtétet követően a fertőzések előfordulása a természetes szüléshez képest ötször-hússzor gyakoribb. A morbiditás csökkenthető profilaktikusan alkalmazott antibiotikumok adásával. A trombo-embólia császármetszés után 4-5-ször gyakoribb, így megelőzése érdekében tromboprofilaxisra van szükség (Penna, Arulkumaran, 2003). A műtét elvégzéséhez szükséges érzéstelenítő, a beavatkozás alatt és után kapott gyógyszerek mellékhatásaival is számolni kell. A műtétet követően általában hosszabb kórházi tartózkodásra van szükség, a felépülés és a regeneráció is több időt vesz igénybe. A műtéti heg és környéke gyakran érzéketlen marad, illetve az is előfordulhat, hogy tartós vagy visszatérő fájdalom jelenik meg ezen a területen. A hegkezelésre időt és figyelmet kell szánni a későbbiek során is. A heg sérv a császármetszés leggyakoribb késői szövődménye, amely kezelése műtéti úton lehetséges (Ecsedi, 2021). A méhen végzett műtét kihatással van a későbbi várandósságokra (hosszabb idő a fogamzásig, megnő a placenta preavia, a placenta accreta és a placenta abruptio esélye, gyakoribb a méhen kívüli terhesség) és születekre (gyakoribb az újabb császármetszés, méhrepedés kockázata nő) (Gaskin, 2015). A vérzés és a szervkárosodások kockázata minden egyes császármetszéssel nő, ahogyan a kiterjedt összenövések is egyre valószínűbbé válnak (Penna, Arulkumaran, 2003). Az összenövések (a belek és más hasi szervek összenőnek egymással, akadályozva ezzel a normál működést) az esetek egy részében nem okoznak panaszokat, azonban az is előfordulhat, hogy a műtét után hónapokkal vagy évekkel később jelennek meg, változatos tünetek formájában. A kezeléshez sebész vagy enyhébb esetekben gyógytornász szükséges. Az összenövések kialakulásának esélye csökkenthető mozgással, helyes testtartással, megfelelő légzéstechnikával (Ecsedi, 2021).

Ezt követően térjük át a császármetszés babákra gyakorolt hatásaira. Régóta tudott tény, hogy a programozott császármetszéssel született babák elesnek a vajúadás és a szülés során felszabaduló hormonális (katecholamin és kortizol) hatásoktól, amelyek megsegítik az extrauterin élethez való adaptációt (Varga, 2019a), ezért gyakrabban fordulnak elő náluk légzőszervi problémák újszülöttkorban (Odent, 2004). Mivel az anyák félnek attól, hogy a szülés spontán módon megindul, a műtét időpontja gyakran korábbra kerül a terminusnál. Ezesetben számolni kell a véletlen koraszülöttséggel, annak minden kockázati tényezőjével és szövődményével együtt (Gaskin, 2015).

Az epigenetikai kutatások azonban arra is rámutatnak ma már, hogy a születés maladaptív stressze DNS-metilációhoz vezethet, s ezáltal megnöveli egyes fiataalkorban és felnőtt korban kialakuló betegségek arányát, mint az asztma, az ekcéma, az élelmiszer allergia, az 1-es típusú cukorbetegség, a bronchitis, vagy a szklerózis multiplex. Fokozódik a hajlam továbbá a leukémiára, a hererákra és az obezitásra (Varga, 2019b).

A császármetszés miatt legtöbb esetben nincs lehetőség az anyával bőr-bőrkontaktusban töltött

aranyórára, amely kitüntetett jelentőségű az anyai viselkedés (mothering) beindulásában, az újszülött fiziológiai mutatóinak (szívritmus, légzés, hőmérséklet, hormonszintek, vércukorszint) harmonizációjában, immunrendszerének kialakulásában, az anya-gyerek szinkron és a kötődés megalapozásában (Varga, 2011a, Varga, 2019b). Odent (2004) hangsúlyozza, hogy élettani mutatóikban eltérnek a vajúdas nélküli, programozott császármetszéssel világra jövő babák, alacsonyabb vércukorszinttel, alacsonyabb testhőmérséklettel rendelkeznek a születést követő 90 percben, tüdejük éretlenebb, keringési és légzési mutatóik is eltérnek a hüvelyi úton születettektől. Gyakoribb náluk a légzési distressz szindróma és az átmeneti tachypnoé.

Bakteriológiai szempontból egyértelműen nagy különbség van a hüvelyi és a hasi úton történő születés között. A baba mikrobiomjának kialakulása ugyanis a szüléshez kapcsolható, amely a későbbiekben meghatározza az immunrendszer működését, fontos szerepe van továbbá a vitaminok képzésében és a toxinok bontásában (Odent, 2004). A természetes szülés során a baba bélrendszerébe az anya hüvelyének baktériumflórái kerülnek és telepednek meg, amelyek már ismerősek számára, hiszen méhen belüli élete során már immunizálódott az anya által termelt ellenanyagokkal. A megszületést követő bőr-bőr kontaktus során pedig tovább folytatódik a kolonizáció. Császármetszés esetén azonban az újszülött nem az anya mikrobiomjával találkozik először, hanem a kórházi baktériumtörzsekkel, így bélflórája is másképp alakul. Szintén fontos, hogy minél előbb, élete első órájában mellre kerülhessen és hozzájuthasson az értékes kolosztrumhoz, amely specifikus antitesteket és védőanyagokat tartalmaz, segítve az ideális gyomorflóra kialakulását (Odent, 2003). Hasi úton történő születés esetén az első szoptatásra a legtöbb intézményben a műtét befejezését követően kerülhet sor. A programozott császármetszés azért is nehezítő tényező, mert a vajúdas hiánya miatt az anya szervezetében nem termelődnek optimálisan a szoptatást támogató hormonok (Odent, 2004).

A császármetszés miatt ugyanis az anya oxytocin rendszerének működése zavart szenved, s még a műtétet követő napokban is elmarad az oxytocin és a prolaktin pulzáló jellegű felszabadulása szoptatás közben. Ennek következtében több nehézséggel kell megküzdeniük a kezdeti időszakban, nagyobb kitartásra és elköteleződésre van szükségük az anyatejes táplálás mellett. Az oxytocin rendszer szoros kapcsolatban áll továbbá a szervezet jutalmazó központjával, így a dopamin felszabadulására is hatással van, emellett befolyásolja a prolaktin illetve az endogén opiátok termelődését. Ezek a hormonok hangolják az anyai viselkedést, teszik a gyámoltalan magzat ellátásával járó feladatokat elvégzését örömtelivé, pozitív élménnyé (Varga, 2011b).

Bőr-bőr kontaktus során a megszületéssel járó magas stressz szint az anya mellkasán lecseng, hallva a megszokott szívdobogást, érezve az anya illatát, az ismerősség megteremti a folyamatosság élményét intrauterin és extrauterin között. "Ez az anya ugyanaz az anya, akit ismerek." Az újszülött ezáltal biztonságban érzi magát, stressz-szintje normalizálódik. Amennyiben erre nincs lehetőség, és szeparációra kerül sor, a szervezetében magas szinten maradnak a stresszhormonok, és a HPA-tengely homeosztázisa egy krónikus stresszállapot szintjén normalizálódik (Orosz, 2019). Élményszinten a szeparáció az addig egyértelműen jelen lévő anya elvesztésének élményét hozza. Az újratalálkozásakor felépül ugyan újra az anyai reprezentáció, de a kettő közötti kapcsolat elvész. Így a megszületés 2 egymástól elszigetelt élményre esik szét, amelyek között nincs átjárható kapcsolat (Orosz, S.Nagy, 2017).

Az anya-gyermek szinkron egyik kiemelt szenzitív periódusa szintén a szülést követő bőr-bőr kontaktus, amelynek elmaradása nehezíti az újszülött jelzéseinek felismerését és értelmezését, ezáltal kihat az anyai válaszkészségre, és a baba kötődési mintázatára. Hosszútávon a szinkronicitás foka határozza meg azt, hogy a életünk során mennyire leszünk nyitottak a társas kapcsolatok felé, hogyan fogunk megküzdeni a számunkra nehéz élethelyzetekkel, hogyan tudjuk szabályozni az érzelmeinket, vagyis nagymértékben kihat a lelki egészségünkre (Varga, 2019b).

Göbel (2019) megfigyelései szerint a programozott császármetszéssel született óvodás gyerekeknek nagyobb szükségük van külső bátorításra a mozgás és a játék során is, szívesen hagyatkoznak másokra, kevésbé kezdeményezők. Érzékenyebben reagálnak a hirtelen, a váratlan eseményekre, nem kedvelik az olyan játékokat, amelyek gyors irányváltoztatással járnak.

Kötődési alapmintázatunk (biztonságos vagy bizonytalan) pedig tájékozódási iránytűként szolgál mindenféle élethelyzetben, milyen önbizalommal rendelkezünk, mennyire tartjuk megbízhatónak a többi embert, hogyan észleljük a körülöttünk lévő világot (biztonságos hely vagy veszélyekkel teli), hogyan illeszkedünk be egy közösségbe, mennyire tudunk elköteleződni, hogyan működünk a párkapcsolatainkban, tudunk-e elköteleződni (Orosz, 2019). A születés élménye a változáshoz való viszonyunk alapmintázata, ugyanis ez az első olyan jelentős életesemény, amely rendkívül rövid idő alatt nagyon nagy külső (környezeti) és belső (élettani) változással jár együtt. Bármikor, amikor az életünkben apróbb vagy jelentősebb változás áll be (normatív vagy akcidentális krízisek), a születéskori élménycsomag viselkedési és érzelmi mintázata hívódik elő automatikusan, és fogja meghatározni, hogy hogyan reagálunk az adott helyzetben (pl. mennyire szűk vagy tágas a komfortzónánk, milyen módon hozzuk meg a döntéseinket, hogy képesek vagyunk-e változtatni vagy benneragadunk nehéz helyzetekben...stb) (Orosz, 2019, Renggli, 2016). Penna és Arulkumaran hangsúlyozza, hogy a baba számára a választott császármetszésnek csak kockázatai vannak, nincs bizonyított előnye. Emellett foglal állást Gaskin (2015) is.

Ahogy láttuk, a születés módja és az azt követő életórák eseményei meghatározó jelentőséggel bírnak a későbbi életút alakulása szempontjából, mind egészségügyi, mind lélektani vonatkozásokat illetően. Ez az időszak egy kitüntetett szenzitív periódus, amely amennyiben háborítatlanul zajlik, segíti a folyamatok optimális mederben történő lezajlását. Császármetszés esetén a beavatkozások és a szeparáció miatt a hormonális támogatottság nem optimális sem az anya, sem a baba oldalán. Ez azonban nem azt jelenti, hogy ezek a hiányok nem korrigálhatók a későbbiek során. Fontos kiemelni azonban, hogy amennyiben az újszülött és az anya állapota lehetővé teszi, a bőr-bőr kontaktus ne maradjon el a születést követően császármetszés esetén sem, lehetőleg kiemelés után azonnal. A legtöbb helyen lehetőség van az apával való szőr-bőr kontaktusra, de ilyenkor is javasolt az anyával való késleltetett bőr-bőr kontaktus az operáció befejezése után.

Egyes helyeken pedig 2015 óta Magyarországon is lehetőség van a gyengéd császármetszésre, amely során a személyzet abban támogatja a babát és az anyát, hogy a hüvelyi szülés jótékony hatásai közül minél többet biztosítsanak számukra. Figyelmet szentelnek ugyanis annak, hogy ez a fontos, kiemelt életesemény a családdá válás élményének megélésével történhessen. A műtőben bent lehet az apa, láthatja gyermeke érkezését. Amennyiben az anya szeretné, ő is ráláthat a műtői területre. A baba kiemelése lassan, fokozatosan történik, a köldökszínort késleltetve vágják el. Az anya egyik kezét és mellkasát szabadon hagyják, hogy a megszületett babát azonnal az anyára helyezhessék, hogy részesülhessenek az aranyóra áldásos hatásaiban. Még a műtét során sor kerülhet az első szoptatásra, az operációt követően pedig az egész család együtt maradhat az őrzőben is (Bodrogi, 2017).

A születést követően pedig a testközelség biztosítása (hordozás, együtt alvás), az igény szerinti szoptatás, a válaszkész szülői gondozás, az "emlékező" sírás értő meghallgatása támogatja a baba szükségleteinek kielégítését.

5.3. Döntéshozatal

Az, hogy ezekkel a hatásokkal az anyák nem voltak tisztában, felhívja a figyelmet az orvosok és a várandósság során az anyával kapcsolatba kerülő szakszemélyzet felelősségére a teljeskörű tájékoztatást illetően. Az Egészségügyi törvény 135. § 2. bekezdése értelmében: "*a beteg*

tájékoztatása során kiemelt figyelmet kell fordítani a kezelés általánosan ismert, jelentős mellékhatásaira, az esetleges szövődményekre és a beavatkozások lehetséges következményeire, azok előfordulási gyakoriságára. Meg kell győződni arról, hogy a beteg a tájékoztatást megértette, továbbá szükség esetén gondoskodni kell a tájékoztatott lelki gondozásáról.” Az Egészségügyi Minisztérium császármetszésről szóló szakmai protokollja pedig ezt írja: „Már a terhesség alatt bizonyítékokon alapuló információkkal tájékoztassuk a terheseket a császármetszésről, hiszen minden negyedik-ötödik nő ilyen módon fog szülni. A tájékoztatás térjen ki arra, hogy

- melyek lehetnek a császármetszés indikációi (mint a magzat méhen belüli rossz állapota, elhúzódozó szülés, medencevégű fekvés);
- miből áll a beavatkozás;
- milyen előnyei és kockázatai vannak;
- hogyan befolyásolja későbbi terhességeket és szüléseket.” (EMMI, 2006, 2.o)

Az anyai kéréssel kapcsolatos császármetszés kutatásával foglalkozó tanulmányok megkérdőjelezték azt, hogy az anyák a megfelelő minőségű és mennyiségű hiteles információ birtokában hozták-e meg a döntésüket (Penna, Arulkumaran, 2003). A tájékoztatást végző szakszemélyzet szóhasználatában ugyanis legtöbb esetben tükröződik a személyes preferencia és az intézmény hozzáállása a szüléssel és a császármetszéssel kapcsolatban (Dweik, 2019). Az egészségügyre jellemző túlterheltség miatt a szakszemélyzetnek ritkán van hosszú ideje egy-egy páciensre, ahol a tájékoztatás mindenre kiterjedően megtörténhet. Az időhiány és a fentebb részletezett okok miatt vannak orvosok, akik beleegyeznek a nő császármetszés iránti kérésébe, minimálisan megvitatva a háttérben húzódozó okokat, motivációkat, a beavatkozással járó kockázatokat és előnyöket (Penna, Arulkumaran, 2003).

5.3.1. Az apák szerepe a szülés módjával kapcsolatos döntés meghozatalában

Saját vizsgálatomban az anyák narratívái által betekintést nyerhettünk abba, hogy az apák is fontos szerepet játszottak a császármetszés melletti döntésben, hiszen 11-ből 7-en kiemelték, hogy férjük nemcsak támogatta őket a döntésükben, hanem ő is mennyire aggódott értük és a születendő gyermekük egészségéért, és korábbi tapasztalata valamint jelenlegi tudása alapján a születésnek a műtéti útját ítélte biztonságosabbnak.

Korábbi kutatások az apák szerepét a szülés körül abból a szempontból vizsgálták elsősorban, hogy hogyan tudnak társas támaszt nyújtani párjuknak a szülés során, illetve milyen hatással van rájuk az, hogy jelen vannak gyermekük születésekor. Eriksson és munkatársai (2005) svéd férfiakat (n=329) és nőket (n=410) vizsgáltak a szüléssel kapcsolatos félelmük tekintetében, kérdőíves módszerrel. A válaszadóknak 6-fokú Likert-skálán kellett megadniuk a szüléssel kapcsolatos félelmük mértékét, a válaszok alapján 3 kategóriába sorolták őket. A nők 23%-a, a férfiak 13%-a számolt be intenzív félelemről. A félelmek háttérében 4 faktort azonosítottak (1. kiszolgáltatottság és kisebbségi érzés, 2. kommunikációs nehézségek, 3. társadalmi normák, 4. bizonytalanság és veszély), amelyek nők esetében a variancia 52%-át, férfiak esetében pedig a variancia 50%-át magyarázták. Az intenzív félelemmel küzdő nők mindegyik faktorban szignifikánsan különböztek az enyhe vagy közepes félelemről beszámoló nők tekintetében. A férfiak esetében a 3. faktorban nem volt szignifikáns különbség, a többiben viszont igen. A férfiak érzéseik okaként leginkább a baba egészségéért való aggodalmat nevezték meg, ezt követte partnerük szülési fájdalma, illetve az anya és a baba életéért való aggodalom. Ez a vizsgálat elsőként hívja fel a figyelmet arra, hogy a várandósság során az apák körében is figyelmet érdemel a szüléssel kapcsolatos félelem.

Bergström és munkatársai (2013) randomizált, kontrollált vizsgálatában 762 svéd férfi vett

részt, akiket a szüléssel kapcsolatos félelmeik tekintetében kérdezték a tokofóbia mérésére leggyakrabban használt kérdőívvel, a W-DEQ-val. A vizsgálatban részt vevők 10,9%-a (n=83) szenvedett szülés előtti félelemtől (FOC). Ezt követően Bergströmék kétféle szülésfelkészítő csoportba sorolták be a vizsgálati személyeket, egy részük pszichoprofilaxisban részesült, ahol a fő hangsúlyt a férfi szülés alatti "coach" szerepére helyezték, vagyis megtanították arra, hogyan segítheti társát masszázs és légzőgyakorlatok segítségével az ellazulásban, valamint arra is, hogyan nyújtson érzelmi támogatást. Segítséget kaptak továbbá a félelmeikkel való mentális megküzdéshez, s arra kérték őket, otthon is gyakorolják párjukkal a tanult módszereket. A férfiak másik csoportja edukációban részesült a szülés folyamatát illetően, oly módon, ahogyan egyébként is zajlik egy "normál" kórházi szülésfelkészítő Svédországban. A szülést követően 3 héttel megkérdezték őket az átélt élményeikkel kapcsolatosan. A szüléstől való félelemmel küzdő férfiak gyakrabban élték meg ijesztőnek a szülést, és többen érezték magukat felkészületlennek a FOC-ban nem érintett férfiakkal képest. Ugyanakkor azok, akik a pszichoprofilaxis felkészítőre jártak, a gyakorlati feladatok által kapaszkodókat kaptak arra vonatkozóan, hogyan tudnak segíteni párjuknak a szülés alatt, ezáltal pozitívabban élték meg gyermekük születését, és kompetensebbnek érezték magukat párjuk támogatásában is. A félelem tehát kihathat arra, hogy a férfi képes-e megfelelően támogatni partnerét a szülés során, hiszen a vajúdas és a szülés folyamatát gyakrabban élik meg ijesztőnek, ezáltal esékenyebbé válnak a postpartum szorongásos és stressz zavarok szempontjából, ami megnehezítheti a babával való korai kapcsolat kialakulását, az apai szerep felvételét. Éppen ezért, nagyon fontos lenne az apák szűrése és megfelelő támogatása a várandósság alatt.

Moran és munkatársai (2021) 5 adatbázisban végzett szisztematikus irodalomkutatást az apák szüléstől való félelmeivel kapcsolatos kutatási eredmények összefoglalása és szintetizálása céljából. 17 cikket vizsgáltak, amelyekben 3 fő témát azonosítottak a kutatók: 1. szüléstől való félelem fókusz 2. hatása az apák egészségére és a jóllétére, 3. a szüléstől való félelem, mint magánéleti teher. A legkifejezettebben a baba egészségéért és életéért aggódnak az apák, majd ezt követte az anyák életéért és testi épségéért való aggodalom. A vizsgálatok azt mutatták, hogy a férfiak pozitívan ítélték meg egyes orvosi beavatkozásokat (pl. epidurális érzéstelenítés), és azt szerették volna, ha minél kevesebb fájdalommal és minél biztonságosabban szülhetné meg párjuk gyermeküket. A félelmek harmadik csoportja a szülés alatti viselkedéssel és reakciókkal függött össze, attól féltek ugyanis, hogy elájulnak, pánikba esnek, nem megfelelően viselkednek, s ezáltal nem tudnak megfelelő támaszt és segítséget nyújtani társuknak. A szülés közeledtével fokozódó szorongás kihatott az apák mentális és fizikai egészségére. Gyakrabban számoltak be érzelmi distresszről, megváltozott érzékelésről, fokozott fizikai tudatosságról. A leggyakrabban említett testi tünetek: alvászavar, súlygyarapodás, hányinger, nyugtalanság, gyomorfájás és merevedési zavar voltak. A férfiak problémáikról nem igazán beszéltek senkivel, igazodva a társadalmi elvárásokhoz, mely szerint a férfiak erősek, nem félnek semmitől. Így nehézségeikkel egyedül maradtak, nem kaptak megfelelő érzelmi támogatást és segítséget problémáik leküzdéséhez (Moran, 2021). Erre az érzelmi elszigeteltségre utal az az adat is, mi szerint a FOC-ban szenvedő apák 65%-a nyilatkozott úgy, hogy szüléssel kapcsolatos érzéseikkel kapcsolatban senki nem kérdezte őket (Eriksson, 2005).

Arra a kérdésre, hogy hogyan és milyen mértékben befolyásolja az apák tokofóbiája az anyák császármetszés iránti kérését, ezidáig nem született vizsgálat. Érdemes lenne kutatásokat végezni Magyarországon is az apák szüléstől való félelmeinek feltárása érdekében, hiszen Szeverényiék 1998-as debreceni vizsgálata óta nem történt ilyen témájú kutatás. Akkor azt találták, hogy a megkérdezett apák 13%-nak volt intenzív félelme attól, hogy a babának baja eshet születése közben (Szeverényi, 1998).

5.3.2. A nemi szervek érintettsége a szülés módja feletti döntéshozatalban

Több anya császármetszés-preferenciája kifejezetten a hüvelyi vizsgálatok során a nemi szervek érintésével és a kitétség élményével társuló negatív érzéseken alapult.

Óvatos becslések szerint a nők egy ötöde szenved el valamilyen fokú szexuális visszaélést⁵. (Györfy, 2017). Ide sorolhatók a szülészeti erőszak különböző formái, és a konkrét fizikai, verbális vagy pszichés szexuális abúzus is. A szülés olyan életesemény, ahol jelen van a kiszolgáltatottság, a kiszámíthatatlanság, az önátadás és a kontroll feladása, ami nehézséget jelenthet a bántalmazott nők számára (Györfy, 2017). Kitzinger (2008) kiemeli továbbá a szülés intim helyzetét, ami kitárulkozással, a testhatárok idegenek általi átlépésével jár együtt, amely triggerként emléketöréseket hozhat elő. Ilyen helyzetben, amikor az anya teste befejeződik a vizsgálatok során, a szüléskísérő azzal tud leginkább segíteni, ha felajánlja az érintésmentes ellátást. A szülőmedence használata is nagyon előnyös lehet számukra, a meleg víz segítheti az ellazulást. Nagyon fontos, hogy a nő szülése közben biztonságban érezze magát, a privát szféráját tiszteletben tartásuk, kompetens személyként kezeljék, tájékoztassák, informálják az egészségügyi dolgozók, és legyen kontrollja a vele történő események során (Györfy, 2017).

Az anyák másik érve a császármetszés mellett, hogy a gáttájék sértetlen marad, nem befolyásolja a későbbi szexuális együttléteket. Az interjú adó nők tartanak attól, hogy a szülés során gátmetszés vagy repedés következtében sérülhet a gáti terület, amely hosszútávon is befolyásolhatja a pár szexuális életét.

Számos tudományos vizsgálat született az elmúlt években, amelyek arra keresték a választ, hogy befolyásolja-e a szülés módja a postpartum szexuális diszfunkciók megjelenését. Egy friss magyar vizsgálatban Szöllösi és munkatársai (2021) anyákat kérdeztek a szülésüket követő 3, 6 és 12 hónapban, kérdőívek segítségével. Az első méréskor a nők 44%-a, fél évvel a szülés után az anyák 40%-a, egy évvel később pedig 23%-uk számolt be szexuális életét érintő nehézségekről (FSFI-Female Sexual Function Index). Az eredmények azt mutatták, hogy szülés módja nem volt kockázati tényező a szexuális problémák megjelenésére, szemben az amenorrhéával, a depresszió skálán (EDPS-Edinburgh Postnatal Depression Scale) elért magasabb pontszámmal, és az alacsonyabb fokú párkapcsolati elégedettséggel (RAS-Relationship Assessment Scale).

Lurie és munkatársai (2013) a szülést követő korai időszakban (postpartum 6, 12, 24 héten) vizsgálták, hogy a különböző szülési módok között (hüvelyi szülés gátmetszéssel, hüvelyi szülés gátmetszés nélkül, hüvelyi szülés műszeres befejezéssel, sürgősségi császármetszés, elektív császármetszés) van-e különbség a nők szexuális aktivitásának kezdete és a szexuális élet minősége (FSFI) tekintetében. Sem a teljes FSFI pontszámokban, sem pedig a szexuális élet újraindulásának idejében nem volt az 5 csoport között szignifikáns különbség.

Hosszútávon is hasonló eredményre jutottak De Souza és munkatársai (2015), akik 440 ausztrál nőt követtek végig kora várandósságtól a szülést követő 1 évig. A szülést követő időszakban az episiotomia vagy a gát különböző fokú sérülései negatívan hatottak a szexuális életre, több vonatkozásban is (alacsonyabb vágy, arousal és kevesebb orgazmus, valamint magasabb szintű fájdalom). 6 hónappal a szülést követően a fájdalom tekintetében volt egyedül különbség a hüvelyi úton szült és a császármetszéses csoport között, utóbbiak alacsonyabb szintű fájdalomról számoltak be. 12 hónap elteltével azonban már nem találtak szignifikáns különbséget sem a szülés módja, sem a gátsérülés és a szexuális funkciók (FSFI) között. Az idő múlásával mindegyik csoport szexualitása a terhességet megelőző szintre állt vissza.

Handelzalts és munkatársai (2018) a szülés módját valamint a szubjektív szülésélményt vetették össze a későbbi szexuális működéssel és a szexuális elégedettséggel. Az előző eredményekhez hasonlóan ők sem találtak szignifikáns különbséget a vaginális és a műtéti úton történő életadás

⁵ "Szexuális visszaélésnek számít minden olyan tevékenység, - lehet ez fizikai, pszichés vagy verbális- ami szexuális izgalmat okoz az elkövetőnek." (Györfy, 2017, 5.o.)

és a posztpartum szexualitás között, azonban arra a következtetésre jutottak, hogy a szülés módja közvetetten, a szülési élményen keresztül hat a szexuális életre. Azok, akik úgy szülhettek, ahogyan előzetesen eltervezték, legyen az hüvelyi út vagy programozott császármetszés, elégedettebbek voltak a szülésükkel, mint azok, akiknek nem sikerült a terveiknek megfelelően világra hozniuk gyermeküket (sürgősségi császármetszés, műszeres szülésbefejezés). A pozitív szülésélménnyel rendelkező csoport kevesebb szexuális diszfunkcióról számolt be és elégedettebb volt a szexuális életével, mint a negatív szülésélményt álélló társaik.

Ahogyan a vizsgálatok is tükrözik, az elektív császármetszésnek nincs védőhatása a postpartum szexuális funkciók tekintetében a hüvelyi szüléshez képest. Fontos azonban felhívni a figyelmet arra, hogy a párok szexuális élete megváltozik a várandósság alatt és a szülést követő időszakban, amelyek kihatnak a párkapcsolat minőségére és a kapcsolattal való elégedettségre. Szakemberként tehát érdemes odafigyelni erre a területre is, edukációval, tanácsadással segíteni a szülőpárt, illetve bátorítani őket, hogy őszintén, nyitottan beszéljenek egymással a szexualitásukról.

Penna és Arulkumaran (2003) hangsúlyozza, hogy nagyon fontos bevonní az anyákat a szülésük módja feletti döntéshozatalba, az okok feltárása, a kockázatok és az előnyök átbeszélése nagyobb megelégedettséggel jár az anyák számára akkor is, ha az orvos a császármetszésre való kérésüket végül elutasítja. Az odafordulás, az empátia, a megfelelő terápiás segítségnyújtás, a szülés biztonságos légkörének megteremtése, és a támogató szakszemélyzet átsegítheti az anyákat a vajúdás és a szülés folyamatán, pozitív szülésélményt, erőt, nagyobb énhatékonyságot adva ezzel nekik anyai identitásuk integrálásához.

5.4. Anyai identitás

Az életadás kitüntetett jelentőségű esemény, élettörténeti csúcspont.

A császármetszéssel gyermeküket világra hozó nők a műtőasztalon válnak anyává. Életük meghatározó eseményének helyszíne a kórházi műtő steril környezete, ahol szeparáltan, textilekkel elbarikádózva, érzéstelenítve várják gyermekük világrajöttét, sokszor egyedül. A babát a legtöbb helyen éppen megmutatják egy pillanatra, és elviszik, majd órákkal később találkoznak újra, és kezdik az ismerkedést egymással. Sok hiányérzet keletkezhet egy ilyen típusú szülés kapcsán, amelyekről nehéz őszintén beszélni. Nem arról van szó, hogy egy műtét nem válhat pozitív élménnyé, hanem hogy vannak olyan aspektusai, amelyeket nem tud megadni. A szülés során felszabaduló hormonok optimális koncentrációjának szerepéről az anya-gyerek imprinteggel, a motheringgel és a szoptatástámogatással kapcsolatban fentebb már részletesen írtam. De ilyen például az az erő, amelyet a hüvelyi úton szülő nők magukkal visznek, és életük nehéz helyzeteiben erőforrásként merítkezhetnek belőle: képes voltam rá, meg tudtam csinálni! Ezáltal fontos tapasztalattal gazdagodik a személyiségük, nő az énhatékonyságuk, a kompetencia érzésük. A császáros anyák érzik ezeket a hiányokat: "nem tudom azt mondani, hogy szültem". Szenvednek attól, hogy a gyermeküket nem ölelhetik azonnal magukhoz, hanem hosszú ideig várniuk kell az első találkozásra. Hiányzik a műtét alatt a párjuk, a férjük, akit szeretnének maguk mellett tudni ezen a fontos eseményen, hogy legyen kibe kapaszkodniuk a beavatkozás során, ne csak idegenek vegyék körül. A műtét miatti csökkent mobilitás, a fájdalmak, a gyógyszerek mellékhatásai nehezítik a baba ellátását az első napokban, hetekben, az anyáknak több segítségre van szükségük. A regeneráció ideje is hosszabb, hiszen a testi integritás sérül. A testkép változik, a heg örökre nyomot hagy a nő testén.

Nagyon fontos, hogy kapjon megfelelő gyakorlati és lelki támogatást az újdonsült édesanya, különösen az első időszakban. Nem az dönti el ugyanis, hogy kiből lesz elég jó anya, hogy

milyen módon adott életet a gyermekének. De az első nehéz időszakban nyújtott megfelelő, empatikus, érzékeny, szükségletekre reagáló társas támasz sokat tud tenni azért, hogy az anya elkezdje feldolgozni a szülés élményét azáltal, hogy el tudja mesélni, mi történt vele, értő fülekre talál, amikor a hiányokról és veszteségekről mesél. Ezáltal egyre inkább képes lesz ráhangolódni gyermekére, válaszkészen reagálni az ő szükségleteire.

Ahogy látjuk, a társadalmi sztereotípiákkal ma is meg kell küzdeniük a császáros anyáknak, különösen fájó, amikor a várt megerősítés és támogatás helyett a családon belülről érkeznek rosszálló megjegyzések, bántások. Hasonlóan nehéz megélni a meghallgatás helyett az érzések bagatellizációját és az elhallgattatást. Ezekben az esetekben az anyák egyedül maradnak nehéz érzéseikkel, ezáltal fokozódik a veszélye a mentális megbetegedéseknek, a depressziónak és a PTSD-nek. Az interjú adó anyák élményeik mesélése során számos fájdalmas tapasztalatról számoltak be: a műtét alatti hiányaikról és a támogatás hiányában megnehezített kora gyermekágyas időszakról.

A társadalmi norma a szülés. Különösen azok nem kapnak megértést és támogatást, akik saját elhatározásukból választották az életadásnak ezt a módját. Önzőnek, tájékozatlannak tartják őket, akik a könnyebb utat választják azért, hogy testi épségüket megőrizzék. Remélem, hogy dolgozatom hozzájárul ahhoz, hogy az anyák őszinte, mély kitárulkozása által sikerül jobban megértenünk őket, félelmeiket, traumáikat, fájdalmas útjukat a császármetszés melletti döntésig, és a jövőben több támogatást és segítséget tudunk nyújtani számukra az anyává válás útján.

6. Prevenció

A várandósság alatti negatív érzésekről, intenzív félelmekről beszélni nem könnyű. Ezek az érzések ugyanis merőben különböznek társadalmunk normáitól és elvárásaitól azzal kapcsolatban, hogy mit kell(ene) éreznie egy nőnek a várandósság során és a szüléssel kapcsolatban. Fontos tehát, hogy legyen egy bizalmi kapcsolat a várandós és a szakember között, ahol az elfogadás és a figyelemmel kísért odafigyelés légkörében az anya ki tudja mondani az érzéseit. Ehhez szükséges lenne a szakszemélyzet edukációja a tokofóbiával kapcsolatban, illetve az anyák támogatásának módjait illetően (Eriksson, 2006).

Svédországban például már bevett gyakorlat, hogy szülésznő, szülészorvos és pszichológus vezetésével szülésfelkészítő csoportokat indítanak intenzív félelmekkel küzdő anyák számára, ahol az edukáció mellett foglalkoznak az anyák érzelmeivel, megéléseivel, gyakorlati feladatok során tanítják az ellazulás és a fájdalommal való megküzdés lehetőségeit is. Másodlagos tokofóbia megelőzhető a szülés minőségére való odafigyeléssel, a vajú nő szubjektivitásának figyelembevételével és a szülés humanizálásával (Eriksson, 2006)

Tokofóbiás anyák támogatásának hatékonyságát vizsgálta Striebich, Mattern és Ayerle egy szisztematikus áttekintő tanulmány során. Az elemzésbe 19 cikket vontak be, amelyek 15 projektre vonatkoztak. Hatékonyak bizonyultak a kognitív terápiára alapuló, és a relaxációval egybekötött pszichoedukációs programok is. Mindkét típusú intervenció hozzájárulhat a szüléstől való félelem csökkentéséhez és a nők önhatékonyaságának erősítéséhez. Az intervenciók hatékonyságát a szülésélmény és a terápiával való elégedettség szempontjából is vizsgálhatjuk. A Beck-féle kognitív terápia és a kognitív viselkedésterápia egyéni, csoportos és online formában is ígéretesen alkalmazható (Striebich, Mattern, Ayerle, 2018).

Magyarországon a terhesgondozás és a szülésre való felkészülés során számos szakemberrel találkozhatnak a kismamák. Ezek az interakciók jelentősen befolyásolják a nők szüléssel kapcsolatos gondolatait, elvárásait. A jelenlegi magyar várandósgondozási rendszerben talán a

leginkább a védőnői hálózat lenne a legalkalmasabb az intenzív félelemmel küzdő várandósok szűrésére, kiemelten fókuszálva az elsőszülőkre és a negatív szülésélménnyel rendelkező várandósokra. A korai felismerés és segítségnyújtás jelentősen javíthatna az anyák várandósság alatti mentális jóllétén, a várandósság alatt észlelt szorongás és stressz csökkenése, valamint az anya-magzat kötődés erősítése által. A szüléssel kapcsolatos félelemek leküzdése következtében kevesebb szülés közbeni elakadás és szülés utáni mentális probléma lenne prognosztizálható (Klabbers, 2016).

Gyakran számolnak be az anyák a szakszeméllyel kapcsolatos negatív tapasztalatokról, meg nem értettségről, időhiány miatti kevesebb figyelemről. Elengedhetetlen lenne tehát a szülésznők, szülész orvosok edukációja, érzékenyítése a problémát illetően, hogy kompetensek legyenek a nők szüléssel kapcsolatos félelmeinek felismerésében, illetve képessé váljanak az anyák szülés alatti megfelelő támogatásra, amely hozzásegítheti őket a pozitív szülésélményhez (Striebich, 2018). Emellett alapvető rendszerszintű változásokra lenne szükség, hiszen az egészségügyi dolgozók roppant túlterheltek, gyakori körükben a kiégés (Czeplédi, Tandari-Kovács, 2019). Szükségük lenne helyileg elérhető mentálhigiénés segítségre, intézményes támogatásra a burnout prevenciójában és kezelésében, kiemelt figyelmet fordítva a testi-lelki rekreációra.

Kitüntetett jelentőségű az anyák személyre szabott, egyéni támogatása is (Klabbers, 2016). Javasolt lenne minden szülészeti intézményben perinatális szaktanácsadó vagy pszichológus alkalmazása, akikhez továbbküldhetőek lennének az anyák, és szakmai támogatást kaphatnának félelmeik oldásához.

Szükséges lenne továbbá egy szemléletváltás a magyar szüléskultúrát illetően, a technokrata, orvosközpontú hozzáállás helyett a humanista szemlélet előtérbe kerülése, melynek során megtörténik a nők teljes körű tájékoztatása, egyenrangú partnerként való bevonásuk a döntéshozatalba. Az efféle együttműködés a személyzet és az anya között jelentősen növelné a bizalmat, támogatná az anyák kompetenciáját és énhatékonyágát, csökkentené a kontrollvesztés miatt érzett szorongásukat.

S bár vizsgálatom az anyákra irányult, nagyon fontos, hogy az apák is tudjanak szakemberekhez fordulni félelmeikkel, szorongásaikkal, s gyakorlati segítséget kapjanak a szülés alatti támogatáshoz, kompetenciaérzésük növeléséhez. Amint láttuk, a szüléstől való félelem az apákat is érinti. Figyelmet kell szentelnünk arra, hogy a szülésfelkészítő programok során az ő érzéseik is teret kaphassanak, proaktívan, empátiával és nyitottsággal segíteni őket az apává válás folyamatában.

Szakmai javaslatok alapján az rajzolódik ki tehát, hogy olyan együttműködési hálózatok kiépítésére lenne szükség, ahol az intenzív szüléssel kapcsolatos félelmekkel küzdő nők időben kaphatnának hatékony szakmai segítséget. Ehhez multidiszciplináris megközelítésre és interdiszciplináris együttműködésre lenne szükség (Striebich, 2018).

7. Kitekintés

7.2. A dolgozat erősségei

A szülészeti szakirodalomban élénk vita folyik arról, hogy joga van-e a nőknek saját szülésük módja fölött dönteni, azonban nagyon kevés kutatás irányul arra, hogy megértsük, miért ragaszkodik valaki a természetes szülés helyett a műtétes terhességbefejezéshez, vagy hogy hogyan lehetne őket legmegfelelőbben támogatni, hogy leküzdjék a szüléssel kapcsolatos félelmeiket.

Korábban magyar nyelven nem született kutatás annak céljából, hogy feltárja azokat a hatásokat, amelyek a császármetszés mellett kötelezi el az anyákat. Témafelvetésem újszerű, új perspektívát nyit, későbbi kutatások alapjául szolgálhat.

A választott módszer, az IPA egyik fő előnye, hogy az olvasó számára is közelebb hozza a

vizsgált személyek életét, érthetőbbé és átérezhetőbbé válnak azok a szálak, amelyek a császármetszés felé vezették őket. Ezzel talán dolgozatom hozzájárulhat annak a stigmatizáltságnak az oldásához, amellyel gyakran találkozunk az érintett anyák, segíthet az egészségügyi szakszemélyzetnek új szemszögből kapcsolódni a császármetszést kérő anyákhoz, illetve kapaszkodókat nyújthat azoknak, akiket a szüléstől való félelem rettegésben tart, és szeretnének szakmai segítséget kapni. Vizsgálatom reményeim szerint hozzájárulhat továbbá a témával kapcsolatos figyelem felkeltéséhez, meglévő ismereteink bővítéséhez, és segítséget nyújthat a nőkre összpontosító beavatkozások kidolgozásához.

7.3. Az IPA validitása és reliabilitása

Az IPA kvalitatív vizsgálati módszer, kevésbé objektívizálható. Erősen kontextusérzékeny, a kutató szaktudása, személyisége, témával kapcsolatos prekoncepciói erőteljesen megjelenhetnek az elemzés során. Eppen ezért, a kódolók részéről a folyamatos reflexivitás, a nyitottság és a kíváncsiság szolgálja leginkább a kettős értelmezéssel járó szerepkörüket (Rácz-Kassai-Pintér, 2016).

A reliabilitás növelése érdekében 2 független, témában jártas kódolót kértem fel, hogy segítsék a munkámat. A kódolási protokoll szigorú betartása, és az elemzési folyamat átlátható, részletes leírása a validitást emeli. A nondirektív módon történő adatfelvétel, illetve a dolgozatban megjelenő idézetek az anyák szempontjainak, megélésének megjelenítését támogatják (Rácz-Kassai-Pintér, 2016).

A kutatás egy konkrét témára fókuszál, a császármetszéssel kapcsolatos attitűdökre, ezt járja körül minél szélesebb perspektívából. Mivel a minta kis elemszámú, kizárólag császármetszés-párti anyák alkotják, így megállapításaim, következtetésem nem általánosíthatóak. Ugyanakkor az IPA mélyebb szintű elemzést tesz lehetővé, több szülészeti státuszú anya perspektíváját is fel tudja villantani. Felvetéseim további kutatások alapjául szolgálhatnak.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnék köszönetet mondani témavezetőmnek, Prof. Dr. Varga Katalinnak a támogatásáért és az építő jellegű javaslataiért.

Köszönöm kutatótársaimnak, Pleván Tímeának és Tóth-Bognár Borbálának az interjúk elemzése során nyújtott szakmai segítségüket, meglátásaikkal nagyban hozzájárultak a dolgozat elkészüléséhez.

Hálásan köszönöm Kiss Verusnak (Császárvonal), valamint Bodor Andrea Lilinek (Császár Morzsák Klub), hogy a kutatási felhívásomat közzétehettem az oldalukon.

Legfőképpen pedig azoknak az édesanyáknak tartozom köszönettel, akik őszintén, nyitott szívvel megosztották velem gondolataikat, érzéseiket. Történeteik által bepillantunk az előítéletek mögé, látjuk fájdalmaikat, küzdelmeiket a félelmeikkel. Sokat tettek azért, hogy elinduljon egy szakmai diskurzus az anyai kérésre történő császármetszésről és a tokofóbiáról. Nagyban hozzájárultak ezáltal ahhoz is, hogy a szakemberek elfogadóbban, empátikusabban tudják segíteni sorstársaiknak.

Hivatkozások

1997. évi CLIV. törvény 129.§. (1997).
1997. évi CLIV. törvény 135.§. (1997).
- ACOG Committee Opinion: Cesarean Delivery on Maternal Request. (2019). *OBSTETRICS & GYNECOLOGY*, 133(1).
- Bányai, V. (2014). *Affektív pszichológia-Az emberi késztetések és érzelmek világa*. Budapest: Medicina.
- Bergström, R. W. (2013). Fear of childbirth in expectant fathers, subsequent childbirth experience and impact of antenatal education: subanalysis of results from a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92, 967-973.
- Bodrogi, S. F. (2017). A természetes vagy családbarát "kíméletes" császármetszés helye a mai hazai szülészeti gyakorlatban. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 80(2), 70-74.
- Bojtár, Z. (2021). *Szex a szülés után*. Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Perinatális Szaktanácsadó Szakirányú Továbbképzés, Szakdolgozat.
- Boros. (2021). Császármetszések növekvő trendje a világban és Magyarországon. *Korfa*, 21(1), 1-4.
- Bödecs. (2019). A szülés technokrata, humanisztikus és holisztikus szemlélete. In Varga Katalin, Andrek Andrea, Molnár Judit Eszter (Szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (old.: 215-220). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Creedy, S. H. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms, incidence, and contributing factors. *Birth*, 27, 104-111.
- Czegléd, T.-K. (2019). A kiégés előfordulása és megelőzési lehetőségei ápolók körében. *Orvosi Hetilap*, 160(1), 12-19.
- Csóka, S. (2019). Gondoskodás és génszabályozás -perinatális epigenetika. In *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (old.: 149-157). Budapest: Medicina.
- De Souza, D. C. (2015). The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. *BJOG*, 122, 1410-1418.
- Demsar-Svetina-Verdenik-Tul-Blickstein-Velikonja. (2018). Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *Journal of Perinatal Medicine*, 46(2), 151-154.
- Diána, D. (2014). *Non-medical factors in the background of cesarean sections in South-East Hungary*. PhD Thesis.
- Dweik, D. (2019). Császármetszés pszichoszociális javaslatra? A császármetszés pszichés vonatkozásai- az anyai kérésre végzett császármetszéstől a szüléstől való félelemig. In Varga Katalin, Andrek Andrea, Molnár Judit Eszter (Szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (old.: 256-264). Budapest: Medicina.
- Ecsedi, G. (2021). *Szülés, császármetszés, VBAC*. Budapest: Kukkapukka Könyvek.
Élveszületések és teljes termékenységi arányszám. (2022. 02. 07.). Forrás: ksh.hu:
https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0006.html
- Emberi Erőforrások Minisztériuma. (2006). *Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a császármetszésről*.
- Emberi Erőforrások Minisztériuma. (2017). *Egészségügyi szakmai irányelv-A pre-, peri-, és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről*.
- Eriksson-Jansson, H. (2006). Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery*, 22(3), 240-248.
- FIGO Committee Report: FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human. (1999).

- International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 64, 317-322.
- Frigyes, J. (2019). A szüléshez kapcsolódó pszichiátriai zavarok és a gyógyítás lehetséges útjai. In Varga Katalin, Andrek Andrea, Molnár Judit Eszter (Szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (old.: 409-416). Budapest: Medicina.
- Garthus-Niegel, v. S.-G. (2013). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health*, 16, 1-10.
- Gasin, I. M. (2015). *Útmutató a szüléshez*. Budapest: Jaffa Kiadó.
- Göbel, O. (2019). A perinatális és prenatális emlékek megjelenése, a korai sérülések, traumák feldolgozási lehetőségei óvodáskorban. In Varga Katalin, Andrek Andrea, Molnár Judit Eszter (Szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (old.: 495-509). Budapest: Medicina.
- Györfy, J. (2017). *A gyermekkori szexuális abúzus túlélők szüléskísérése - a trauma túlélők kihívásai a medikalizált szülészeti modellben*. Budapest: Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet, Záródolgozat.
- Hadházi, É. (2017). Babára hangolódni- Szemelvények a várandósságról. *Pannonhalmi Szemle*, 25(2), 15-28.
- Hall. (1999). Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet*, 354(9180), 776.
- Handelzalts, L. P. (2018). Mode of delivery, childbirth experience and postpartum sexuality. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 297(4), 927-932.
- Hofberg, B. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 176, 83-85.
- Kahalon, P. B. (2022). Mother-infant contact after birth can reduce postpartum post-traumatic stress symptoms through a reduction in birth-related fear and guilt. *Journal of Psychosomatic Research*, 154.
- Kárpáti, D. B.-D. (Szerk.). (2020). *Pszichiátriai gondozásról, pszichiáter rezidenseknek*. Állami Egészségügyi Ellátó Központ.
- Kassai-Pintér-Rácz. (2017). Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) módszertana és gyakorlati alkalmazása. *Vezetéstudomány*, XLVIII.évfolyam. 4.szám.
- Kitzinger. (2008). *A szülés árnyékában: Katarzisz vagy krízis?*. Budapest: Alternatal Alapítvány.
- Klabbers, v. d. (2016). Severe Fear of Childbirth: Its Features, Assesment, Prevalence, Determinants, Consequences and Possible Treatments. *Psychological Topics*, 25, 107-127.
- Long, K. Y. (2018). Prevalence of and reasons for women's family members' and health professionals' preferences for cesarean section in China: A mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*, 15(10).
- Lőrincz, K. (2021). A női testben rejlő vajúdtámogató erők. In K. Varga (Szerk.), *A szülési fájdalom kezelése- Nem farmakológiai módszerek* (old.: 61-75). Budapest: Medicina.
- Mazzoni, A. L. (2011). Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118, 391-399.
- Molnár. (2019). Jerikó rózsája - a várandósság és a szülés perinatális pszichológiai értelmezése. In Varga Katalin, Andrek Andrea, Molnár Judit Eszter (Szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (old.: 103-113). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Moran, B. T. (2021). The Paternal Experience of Fear of Childbirth: An Integrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1-20.
- O'Connell, L.-W. K. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*,

96, 907-920.

- Odent. (2003). *A szeretet tudományosítása*. Napvilág Születésház Bt.
- Odent. (2004). *Császármetszés*. Napvilág Születésház.
- Olieman, S. B.-N. (2017). The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(195).
- Orosz, S. (2017). *A sorsformáló 9+1 hónap*. Budapest: Kulcslyuk Kiadó.
- Orosz, S. (2019). Születünk és újjászületünk. A perinatális élmények feldolgozása felnőttkorban. In Varga Katalin, Andrek Andrea, Molnár Judit Eszter (Szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (old.: 417-431). Budapest: Medicina.
- Papp, Z. (2018). *A perinatológia kézikönyve*. Budapest: Medicina.
- Penna, A. (2003). Cesarean section for non-medical reasons. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 82, 399-409.
- Pleván, T. (2022). *A császármetszés arányának alakulása Magyarországon*. Forrás: facebook.com/ablakvilagra: <https://www.facebook.com/ablakvilagra/posts/985654672323442>
- Rácz-Kassai Pintér. (2016). Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) mint kvalitatív pszichológiai eszköz bemutatása. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 301-324.
- Renggli. (2016). *Aranykapu az életbe*. Martonvásár: Ursus Libris.
- Reyes, R. (2019). Maternal motives behind elective cesarean sections. *American Journal of Human Biology*, 31, 1-10.
- Saisto, H. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201-304.
- Sallay, M. (2019). A szülés belső képei: a nők szüléssel kapcsolatos attitűdjei. In Varga Katalin, Andrek Andrea, Molnár Judit Eszter (Szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (old.: 221-231). Budapest: Medicina Kiadó.
- Sallay, M. H. (2015). Fiatal nők szüléssel kapcsolatos attitűdjei: a Szülés-attitűdök Kérdőív kidolgozása és első eredményei. In Kisdi (Szerk.), *Létkérdések a születés körül. Társadalomtudományi vizsgálatok a szülés és születés témakörében*. (old.: 291-313). Budapest: L'Harmattan Kiadó .
- Schantz, L. G. (2019). How is women's demand for caesarean section measured? A systematic literature review. *Plos one*. Letöltés dátuma: 2022. 01 19, forrás: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213352>
- Sioma-Markowska-Zur-Skrzypulec-Plinta-Machura-Czajkowska. (2017). Causes and frequency of tocophobia - own experiences. *Ginekologia Polska*, 88(5), 239-243.
- Smith, M. (2004). *Szociálpszichológia*. Budapest: Osiris.
- Stern. (2006). *Anya születik. Arról, hogyan változtatja meg az anyaság átélése örökre az embert?* Budapest: Animula.
- Striebich, M. A. (2018). Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*, 61, 97-115.
- Szeverényi, P. H. (1998). Contents of childbirth-related fear among couples wishing the partner's presence at delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 19, 38-43.
- Szöllösi, K. S. (2021). Risk factors for sexual dysfunction during the first year postpartum: A prospective study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 1-10.
- Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium. (2006). *Császármetszés irányelv*.
- Tranquilli, G. (1997). A new ethical and clinical dilemma in obstetric practise: caesarean section on "maternal request". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 177,

- 245-246.
- Varga, K. (2011a). Az első életóra a centrális oxytocin tükrében. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 74(5), 2-6.
- Varga, K. (2011b). Az oxitocin mint neurotranszmitter: a perifériás hatókörön túl. *LAM-TUDOMÁNY*, 21(12), 1-6.
- Varga, K. (2019a). A szülés/születés módjának távolra nyúló hatásai. In Varga Katalin, Andrek Andrea, Molnár Judit Eszter (Szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (old.: 276-284). Budapest: Medicina.
- Varga, K. (2019b). Quo vadis szülészet - a szülészeti beavatkozások távolhatásainak lehetséges mechanizmusai. In Varga Katalin, Andrek Andrea, Molnár Judit Eszter (Szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (old.: 389-397). Budapest: Medicina.
- Wagner. (2000). Choosing caesarean section. *The Lancet*, 356, 1677-1680.
- Wagner. (2006). *Szülési terv. Szempontok a biztonságos és erőt adó szüléshez*. Budapest : Alternatal Alapítvány.
- WHO. (1996). *Safe Motherhood. Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group*.
- WHO. (2015). *Statement on Caesarean Section Rates*.
- Wigert, N. D.-L. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1).

Mellékletek

1. számú melléklet: A toborzó szöveg

Kedves Kismamák,

Szlávik-Keller Hajnalka vagyok, pszichológus, az ELTE perinatális szaktanácsadó posztgraduális képzésének hallgatója. Prof. Varga Katalin által vezetett szakdolgozatomban arra keresem a választ, hogy milyen pszichés tényezők játszhatnak szerepet abban, hogy egy anya a császármetszést preferálja a természetes szüléssel szemben.

A dolgozat elkészítéséhez olyan édesanyákkal szeretnék egy interjút készíteni, akiknek **komplikációmentes várandóssága** ellenére a szüléshez közeledve úgy érzik/ érezték, hogy **inkább császármetszéssel hoznák világra gyermeküket**.

Az interjú előzetesen egyeztetett online platformon zajlik, időtartama 1 óra. A kutatásban való részvétel önkéntes, bármikor megszakítható, érte anyagi vagy más javadalmazás nem jár.

Az interjúk rögzített szövegét elemezzük, összefüggéseket, visszatérő témacsoportokat keresve benne. Ennek során kutatótársaim is megismerhetik az interjúk átiratait.

Amennyiben szívesen hozzájárulna szakdolgozatom elkészüléséhez, és megosztaná velem gondolatait, érzéseit, illetve további kérdései merültek fel a vizsgálattal kapcsolatosan, kérem, keressen az alábbi email címen: szk.hajni88@gmail.com

Köszönettel,

Szlávik-Keller Hajnalka

A kutatást az ELTE Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte, engedélyszám: 2021/127

2. számú melléklet: Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat

Ön egy tudományos kutatásban vesz részt, melynek vezetői Prof. Dr. Varga Katalin és Szlávik-Keller Hajnalka.

Jelen vizsgálat célja azon pszichés tényezők feltárása, amelyek hozzájárulhatnak ahhoz, hogy egy édesanya a császármetszést preferálja a természetes szüléssel szemben.

A fenti vizsgálat elvégzésének káros következménye nincs.

A kutatásban való részvétel teljesen **önkéntes**. A vizsgálatot bármikor indoklás nélkül akár végleg is megszakíthatja, vagy a kérdések megválaszolását megtagadhatja. A vizsgálatban történt részvételért anyagi javadalmazás **nem jár**.

A vizsgálat során egy interjút készítünk Önnel a várandóssága idején megélt érzéseivel, élményeivel kapcsolatosan, ami kb. 60 percig tart.

Az interjút diktafonnal rögzítjük, a feldolgozás során a hanganyagról anonim átiratot készítünk, majd a hanganyag törlésre kerül. Az interjú rögzített szövegét elemezzük, összefüggéseket, visszatérő témacsoportokat keresve benne. Ennek során kutatótársaim is megismerhetik az interjúk átiratait, amelyekből egyetlen résztvevő azonossága sem állapítható meg.

Szigorúan bizalmasan kezelünk minden olyan információt, amit a kutatás keretén belül gyűjtünk össze. Az átiratokat kóddal ellátva biztonságos számítógépen őrizzük. Az egyéni kódot minden esetben a kutatásban résztvevő asszisztens adja, csak ő ismeri és ő fér hozzá. Csatoltan találja az adatkezeléssel kapcsolatos részletes tájékoztatót (Hozzájárulás adatkezeléshez)

A kutatás során kapott eredményekről később publikációk jelennek meg, és tudományos konferenciákon kerülnek ismertetésre. Ezekről a kívánságának megfelelően szóbeli vagy írásos tájékoztatást adunk.

Kérjük, amennyiben egyetért a fenti feltételekkel, és hozzájárul a kutatásban való részvételhez, ezt aláírásával igazolja. Együttműködését előre is köszönjük!

Alulírott..... kijelentem, hogy a kutatásban való részvételem körülményeiről részletes tájékoztatást kaptam, a feltételekkel egyetértetek, a részvételhez hozzájárulok. Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy a vizsgálat során a rólam felvett, személyem azonosítására nem alkalmas adatok más kutatók számára is hozzáférhetőek legyenek. Nyilatkozom arról, hogy az elmondottakat nevem és más személyem azonosítására alkalmas részlet nélkül idézhessék szóban vagy írásban (előadásban, cikkben, stb.). Fenntartom a jogot arra, hogy a vizsgálat során annak folytatásától bármikor elállhassak. Ilyen esetben a rólam addig felvett adatokat törölni kell.

Nem kezelnek neurológiai vagy pszichiátriai betegség miatt, és korábban sem álltam ilyen jellegű kezelés alatt.

Az ELTE PPK Affektív Pszichológia Tanszék mint adatkezelő, fenti adataimat bizalmasan kezeli, más adatkezelőnek, adatfeldolgozónak nem adja át. E tényállás részleteit a „Hozzájárulás adatkezeléshez” c. dokumentum tartalmazza, melyet aláírásommal elfogadok.

Budapest, 20... évhó.....nap

.....
Aláírás

3. számú melléklet: Hozzájárulás adatkezeléshez

Az információs önrendelkezésről és az információs szabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Infotv.) 5. § (1) a) pontja, valamint az európai általános adatvédelmi rendelet (a továbbiakban **GDPR**) 6. cikk (1) bekezdés a), valamint 9. Cikk (2) bekezdés a) pontja értelmében adataim kezeléséhez az alábbiakban részletezettek szerint hozzájárulok.

Mire használhatók az adataim?

Az interjúban általam elmondottakat tudományos tevékenység céljából nevem vagy más személyem azonosítására alkalmas részlet nélkül szóban vagy írásban idézhessék. A kutatás során kapott eredményekről később publikációk jelenhetnek meg, tudományos konferenciákon kerülhetnek ismertetésre.

Mely adataim kezeléséhez járulok hozzá?

név, életkor, jelen várandósság száma, összes várandósság száma, interjú során készült hangfelvétel és az az alapján készült átirat

Milyen alapon kezelhetők az adataim?

Mert ahhoz jelen nyilatkozatommal kifejezetten hozzájárultam.

Ki lesz az adataim kezelésére/feldolgozására feljogosítva?

Adatkezelő: Prof. Dr. Varga Katalin, a kutatás vezetője
ELTE PPK Pszichológiai Intézet Affektív Pszichológia Tanszékének tanszékvezetője
Szlávik-Keller Hajnalka, a kutatás vezetője és lebonyolítója

Adatfeldolgozó

Prof. Dr. Varga Katalin (ELTE PPK Pszichológiai Intézet Affektív Pszichológiai Tanszék tanszékvezetője)
Szlávik-Keller Hajnalka (pszichológus, ELTE Perinatális szaktanácsadó jelölt, a kutatás vezetője és lebonyolítója)

- interjú készítése
- hanganyag átírása anonim formában, kódolás
- rögzített szöveg elemzése, összefüggések, visszatérő témacsoportok keresése
- tudományos tevékenység keretében történő idézés
- adatok tárolása biztonságos módon

Meddig kezelik az adataimat?

5 évig

Tudomásul veszem, hogy az adatkezeléssel kapcsolatban az alábbi jogosultságok illetnek meg: (melyek részletes kifejtését a jelen tájékoztató melléklete tartalmazza):

1. az átlátható tájékoztatáshoz való jog - **bármikor kérhetek tájékoztatást személyes adataim kezeléséről;**
2. a személyes adataimhoz való hozzáférés joga - **bármikor hozzáférhetek az adatkezelő által kezelt személyes adataimhoz;**
3. jogom van az adataim helyesbítéséhez, törléséhez való jog („az elfeledtetéshez való jog”) és az adatkezelés korlátozásához - **ha pontatlanul kezeli az adatkezelő az adataimat, azt jelezhetem az adatkezelő felé, és azt javításra, törlésre stb. Kerül;**
4. az adatkezelő **köteles engem tájékoztatni a címzettek személyéről, amennyiben továbbítja az adataimat másnak;**
5. adathordozhatósághoz való jog – **amennyiben szükségem van rá, átadják a részemre személyes adataimat;**
6. tiltakozáshoz való jog - **bármikor tiltakozhatok személyes adataim jogos érdeken alapuló kezelése ellen (hozzájáráson alapuló adatkezelés esetén nem releváns);**
7. automatizált döntéshozatal esetén jogom van ahhoz, hogy ne terjedjen ki rám a döntés hatálya - **(hozzájáráson alapuló adatkezelés esetén nem releváns);**
8. a jogorvoslathoz való jog - **jogaimnak megsértése esetén az adatvédelmi tisztviselőhöz vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatósághoz vagy bírósághoz fordulhatok.**

*Kérjük két példányban kitölteni. Egy példány az adatkezelőt, egy a nyilatkozót illeti meg.

Hová fordulhatok, ha jogorvoslattal szeretnék élni, vagy a jogorvoslattal kapcsolatban kérdésem van?

Az ELTE Rektori Kabinet Adat, és Stratégiai Információkezelési Irodához

1053 Budapest

Ferenciek tere 6.

Tel.: +36-1-411-6500/2855 m.

Email: strategia@rk.elte.hu

A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz

1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.

Honlap: www.naih.hu

Tel.: +36-1-391-1400

Bírósághoz

Bírósági jogorvoslattal is élhetek, Magyarországon a pert - az érintett választása szerint - az érintett lakóhelye vagy tartózkodási helye szerinti törvényszék előtt indíthatom meg.

Kelt: _____ (helység megnevezése) _____-(év) _____(hó) _____(nap)

Aláírás

Név:

Lakcím:

Választása szerinti azonosító (pl.: születési dátum, anyja neve, szig. száma etc.)

4. melléklet: Interjú eleji nyitó gondolatok

Kedves Édesanya!

Köszönettel vettem jelentkezését a vizsgálatban való részvételre. A kereteket tekintve az interjú 1 órát vesz igénybe, amelyet diktafonnal felveszek, majd az anonim átírat elkészítése után a hanganyagot törlöm, az átíratot több szempont szerint elemzem.

A vizsgálatban való részvétellel és adatainak kezelésével kapcsolatban bármikor szabadon meggondolhatja magát, visszavonhatja részvételi szándékát és engedélyét.

Az interjú végeztével kérni fogom, hogy nyilatkozzék arról, hogy az elmondottakat neve vagy más személye azonosítására alkalmas részlet nélkül **idézhessem** szóban vagy írásban (előadásban, cikkekben, stb.).

Arra kérem, meséljen nekem azokról az érzésekről és gondolatokról, amelyek várandóssága idején felmerültek Önben a szüléssel kapcsolatban. Különösen azokra az érvekre, érzésekre, élményekre vagyok kíváncsi, amelyek azt az érzést táplálták, hogy a császármetszés lenne a legmegfelelőbb módja gyermeke megszületésének.