

ARANYPAJZS

A CSALÁD VÉDELME NEK TUDOMÁNYA

I. évfolyam 2. szám – 2022.



Magyar Védőnők
Szakmai Szövetsége
MVSZS



A perinatális veszteség miatti gyász jelenségének
szakdolgozói és szakmai vonatkozásai
An investigation of the phenomenon of perinatal loss
among doctors and midwives

Nők elleni párkapcsolati erőszak
és a védőnő prevenciók lehetőségei
Domestic violence against women and the
preventive possibilities of health visitors

A népegészségügyi célú méhnyakszűrésben
résztevő védőnők szakmai attitűdjének vizsgálata
Survey of the professional attitude of health visitors involved in
cervical screening for public health purposes

Az antenatális szorongás háttértényezőinek vizsgálata
a II. és III. trimeszterben lévő gravidák körében
Assessment of background factors of antenatal anxiety
among gravidas in the II. and III. trimester



dr. Hugonnai Vilma (1847-1922)

Az AranyPajzs folyóirat 2022-ben az első magyar orvosnő és szülész nő tiszteletére alapítva.

(A fotót a Magyar Nemzeti Múzeum (MNM)-Simmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár bocsátotta rendelkezésünkre.)



**Magyar Védőnők
Szakmai Szövetsége
MVSZSZ**

A JÖVŐT FEJLESZTJÜK A MÁBAN, EGYÜTT VAGYUNK JÓKI!

mvszsz.hu

Az AranyPajzs folyóirat létrejöttét támogatta:



**Nemzeti
Együttműködési
Alap**



MINISZTERELNÖKSÉG



BETHLEN GÁBOR
Alapkezelő Zrt.

Jelen folyóirat a Miniszterelnökség fejezeti irányítása alá tartozó Nemzeti Együttműködési Alapból nyújtott vissza nem térítendő támogatás terhére jött létre, amely forrást a Bethlen Gábor Alapkezelő Zrt., mint Támogató bocsátotta a Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége rendelkezésére, a NEAE-KP-1-2022/1-000079 azonosítószámú „AranyPajzs – a család védelmének tudománya – szakmai tudományos folyóirat megalapítása, szakmai kialakítása és terjesztése” című projekt keretében.

A Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége (MVSZSZ) hozzá kíván járulni a Védőnői Szolgálat, mint a népesedési helyzet javításában, a családgon-
dozásban, a népegészségügyben és a prevencióban, különösen érintett
hivatás fejlesztéséhez, a családokkal foglalkozó más szakmaterületek közötti
együttműködés erősítéséhez, valamint a tudományos kutatási tevékenységek
ösztönzéséhez, a publikációk közzétételéhez, hazai és nemzetközi terjesz-
téséhez, a tudományos eredmények hasznosításához.

Az MVSZSZ 2021. évi Közgyűlésén a fenti célok teljesülése érdekében
döntött arról, hogy létrehozza az AranyPajzs interdiszciplináris tudomá-
nyos folyóiratot. A folyóirat a Miniszterelnökség NEAE-KP-1-2022/1-
000079 sz. egyedi pályázati támogatásának köszönhetően kezdi el műkö-
dését 2022-ben.

Kiemelt cél: Lehetőséget biztosítsunk az egészségügyben dolgozó és a tuda-
mány iránt érdeklődő szakemberek számára az AranyPajzs keretei között,
tudományos kutatási eredmények és az általuk kidolgozott jó gyakorlatok
bemutatására és terjesztésére.

A folyóirat nyitott a családokat érintő orvostudományi, egészségtudományi,
egészségtechnológiai, pszichológiai, társadalomtudományi (demográfiai,
szociológia, stb.) oldalról érkező tudományos közlemények közzétételére is.
A Kiadó szívesen fogad magyar és angol nyelven az egészségtudomány
és határterületei tárgyköréből eredeti közleményeket, összefoglaló közle-
ményeket, összegző elemzéseket, esettanulmányokat, szakirodalmi áttekin-
téseket egyéb elméleti közleményeket, előzetes-, valamint sürgős közleménye-
ket, továbbá kommentárokat, szerkesztőhöz írt leveleket.

A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség
érdeklődése a téma iránt.

A részletes, Szerzőinknek szóló útmutatót, megtalálhatják az AranyPajzs
honlapján (www.aranypajzsfolyoirat.hu).

A kéziratot és a „Szerzői nyilatkozatot” szerkesztőségünkbe e-mail útján kér-
jük elküldeni a szekesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu címre.

A formai szempontból megfelelő kéziratot névtelenül (esetenként ismételt)en
két független bíráló véleményezi. A bírálók személyét nem fedjük fel.
Az AranyPajzs az ún. „bírálóan átnézett” (peer-review) folyóiratok közé tar-
tozik. A bírálók javaslatot tesznek módosításokra és a közlemény elfogadására
vagy elutasítására, amelyet a Szerkesztőség messzemenően figyelembe vesz.
A Szerzőt a Szerkesztőség írásban értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről,
de nem indokolja azt. A Szerkesztőség a beérkezett kéziratokkal (elfogadott
vagy nem elfogadott) kapcsolatosan biztosítja az érintetteknek vonatkozóan
a titkosság elvét: a szerzői jog védelmét, valamint a lektor(ok) – ha másként
nem rendelkeznek – személyének titkosságát.

A Szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelenésének idejére, illetve folyó-
irat stílusának megfelelő módosítások végrehajtására vonatkozó döntés jogát.
A benyújtott kézirat nem tartalmazhat korábban már megjelent, vagy koráb-
ban benyújtott, de elbírálás alatt lévő, vagy elfogadott, de megjelenés előtt
álló kéziratrészt.

Szerzői jog és másolás: A cikkekben megfogalmazott vélemény, javaslat
a Szerző sajátja, és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség/kiadó
álláspontjával. A lapban megjelent cikkek, fotók újraközléséhez a Kiadó
írásbeli engedélye szükséges. A megjelent publikációnak – vagy részének –
bármilyen formában történő másolásához, felhasználásához a Kiadó írásos
hozzájárulása szükséges.

Alapítás éve: 2022.

Alapító: Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége

Kiadja, terjeszti

Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége

Kiadó székhelye

1118 Budapest, Regös u. 14. 7/31.

Felelős kiadó

Várfalvi Marianna elnök

Főszerkesztők

Karamánné dr. Pakai Annamária habil, PhD
dr. Rákóczi Ildikó PhD

Szerkesztőségi koordinátor

Gebriné dr. Éles Krisztina PhD

Szerkesztőbizottság

Bábiné Szotfried Gabriella, dr. Gyulai Anikó PhD,
dr. Karácsony Ilona PhD, dr. Kovács Attila,
dr. Kósa Zsigmond PhD, dr. Szabó József PhD

Nyelvi lektorok

Dr. Gyulai Anikó PhD
Dr. Karácsony Ilona PhD
Molnárné Csákvári Tímea

Szerkesztőségi titkár

Beleznai Ágnes

Tipográfia, tördelés

Mészáros Péter

Online megjelenés

Szélesy Krisztián

Szerkesztőség címe

AranyPajzs folyóirat
1118 Budapest, Regös u. 14. VII.31.
e-mail: szekesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu;
Telefon: +36/70 639 7245
(Beleznai Ágnes szerkesztőségi titkár)

Megjelenés: évi 4 szám

ISSN 2939-5704 (Nyomtatott)

ISSN 2939-595X (Online)

HU ISSN 2939-595X

A folyóirat honlapkiadványként elérhető

www.aranypajzsfolyoirat.hu

Tárhely szolgáltató

Tárhely.Eu Szolgáltató Kft.
1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 12-14.
Telefon: +36 1 789-2-7891097

Kéziratok beküldése

szekesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu

Megrendelhető

Beleznai Ágnes (szerkesztőségi titkár)
szekesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu

The Professional Association of Hungarian Health Visitors (PAHHV) wishes to contribute to the improvement of the Hungarian Health Visitor Service, the population situation, the family care, the public health and prevention, especially to the above-mentioned profession's development, to the strengthening of the cooperation between other professions related to family care, and to encourage the scientific research activities, the dissemination of publications on a national and international level, and to utilize scientific results and findings.

To meet these objectives, the PAHHV has decided on its Annual Meeting of 2021 to establish its interdisciplinary scientific journal, „Golden Shield”. The Journal begins its operation in 2022, thanks to the unique grant 'NEAE-KP-1-2022/1-000079' given by the Prime Minister's Office of Hungary.

The primary goal is to provide an opportunity for health care workers and those interested in the scientific field to present and disseminate scientific research results and good practices, within the framework of Golden Shield.

The journal is open to publish studies from the fields of medicine, health sciences, health technology, psychology, social sciences (demography, sociology, etc.) that affect families.

The Publisher welcomes original articles, review articles, brief reports, case studies, literature reviews, other theoretical publications, preliminary and urgent publications, as well as comments and letters to the editor written in either Hungarian or English. The main criteria for publication are originality, quality, and interest of the wider readership in the topic.

A detailed instruction for Authors can be found on the website of AranyPajzs (www.aranypajzsfolyoirat.hu).

Manuscripts and the Author's Copyright should be assigned to the Editorial Board via e-mail (szerkesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu). The formally correct manuscript is peer-reviewed anonymously (sometimes repeatedly) by two independent reviewers. The identities of the reviewers will not be revealed.

The reviewers will decide about acceptance, revision, or rejection of the manuscript, which will be largely taken into account by the Editorial Board. The Author will be notified about the Editorial Board's decision in writing, but without the Board's justification. The Editorial Board respects the principle of confidentiality of those in relation to the received (accepted or rejected) manuscripts: the protection of copyright and - unless otherwise specified - the confidentiality of the identity.

The Editorial Board reserves the right to make changes to the timing of the publication and to make changes in the manuscript in accordance with the style of the Journal. The submitted manuscript should not contain parts of manuscripts that have previously been published or have been previously submitted but is under review or accepted but not yet published. The opinions and suggestions expressed in the articles are those of the Author and do not necessarily reflect the views of the Editorial Board / Publisher.

Reusing the articles and figures/images published in the Journal requires the written permission of the Publisher. Any form of copying or using the - or part(s) of the - article published by the Journal requires a written consent from the Publisher.

Year of foundation 2022.

Founder

Professional Association
of Hungarian Health Visitors (PAHHV)

Publisher's address

14th Regös street, H-1118 Budapest,
Hungary, VII. 31.

Responsible Editor

Marianna Várfalvi Chairwoman

Editor in Chiefs

Annamária Karamánné dr. Pakai habil, PhD
dr. Ildikó Rákóczi PhD

Editorial Coordinator

Krisztina Gebriné dr. Éles PhD

Editorial Board

Gabriella Bábiné Szottried, dr. Anikó Gyulai PhD
dr. Ilona Karácsony PhD, dr. Attila Kovács
dr. Zsigmond Kósa PhD, dr. József Szabó PhD

Language editors

Dr. Anikó Gyulai PhD
Dr. Ilona Karácsony PhD
Tímea Molnárné Csákvári

Editor's secretary

Ágnes Beleznai

Typography, layout

Péter Mészáros

Online design

Krisztián Szélesy

Editorial Office's postal address:

Golden Shield
14th Regös street, H-1118 Budapest, Hungary, VII. 31.
e-mail: szerkesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu;
Phone: +36/70 639 7245
(Ágnes Beleznai - Editor's Secretary)

Publication frequency: 4 issues per year

ISSN 2939-5704 (Print)
ISSN 2939-595X (Online)
HU ISSN 2939-595X

The Journal is available as a website publication at

www.aranypajzsfolyoirat.hu

Hosting service provider

Tárhely.Eu Szolgáltató Kft.
H-1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 12-14.
Phone: +36 1 789-2-7891097

Manuscript submission

szerkesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu

Ordering

Ágnes Beleznai (Editor's secretary)
szerkesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu

TARTALOM / CONTENT



4

Köszöntő / Greetings

6

*Dr. Gyulai Anikó PhD - Dr. Takács Péter PhD - Dr. Sárváry Andrea PhD - Moravcsikné dr. Kornyicki Ágota PhD
Árváné Egri Csilla - Csire Tamás Béla - Dr. Kósa Zsigmond János PhD /
Dr. Anikó Gyulai PhD - Dr. Péter Takács PhD - Dr. Andrea Sárváry PhD - Dr. Ágota Kornyicki Moravcsikné PhD
Csilla Egri Árváné - Tamás Béla Csire - Dr. Zsigmond János Kósa PhD*

A népegészségügyi célú méhnyakszűrésben résztvevő védőnők
szakmai attitűdjének vizsgálata

*Survey of the professional attitude of health visitors involved in cervical
screening for public health purposes*

24

Horváth Luca - Dr. Karácsony Ilona PhD / Luca Horváth - Dr. Ilona Karácsony PhD

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

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

37

*Major Gyöngyi - Gebriné dr. Éles Krisztina PhD - Dr. Rákóczi Ildikó PhD /
Gyöngyi Major - Dr. Krisztina Éles Gebriné PhD - Dr. Ildikó Rákóczi PhD*

A perinatális veszteség miatti gyász jelenségének
vizsgálata az orvosok és szülésznők körében

*An investigation of the phenomenon of perinatal
loss among doctors and midwives*

47

*Harjánné dr. Brantmüller Éva PhD - Horváth Cintia -
Karamánné dr. Pakai Annamária PhD, habil - Dr. Karácsony Ilona PhD /
Dr. Éva Brantmüller Harjánné PhD - Cintia Horváth -
Dr. Annamária Pakai Karamánné PhD, habil - Dr. Ilona Karácsony PhD*

Nők elleni párkapcsolati erőszak és a védőnő prevenciók lehetőségei
*Domestic violence against women and the preventive
possibilities of health visitors*

Kedves Olvasó!

Tisztelettel köszöntöm a Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége „AranyPajzs - a család védelmének tudománya” című tudományos folyóirata második számának megjelenése alkalmából.

A lap megalapításával és évi négy számával erősíteni kívánjuk azt a pajzsot — védőerőt — amelyet a különböző tudományterületekről érkező kutatási eredmények együttesen alkotnak a családok — mint a társadalom természetes alapközösségei — jólléte, fennmaradása és gyarapodása érdekében. A közösen kovácsolt „pajzs” hozzájárul a népesedési helyzetet, egészséget, megküzdőképességet befolyásoló tényezők és folyamatok pontosabb megismeréséhez, javításához, a családgondozás, a népegészségügy és a prevenció, a családokkal foglalkozó más szakmaterületek közötti együttműködés fejlesztéséhez, a tudományos kutatási tevékenységek ösztönzéséhez.

A kiadványunk nyitott magyarországi, és nemzetközi szerzők orvos- és egészségtudományi, egészségtechnológiai, pszichológiai, társadalomtudományi (pl.: demográfiai, szociológiai) oldalról érkező tudományos közleményeinek közzétételére.

A folyóirat alapításakor 107 éves Védőnői Szolgálat Magyar Örökség Díjjal kitüntetett, Hungarikumként jegyzett nemzeti érték, nemzetközi szinten elismert családgondozási rendszer.

A Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége 2019-ben azzal a céllal alakult, hogy a védőnői és vele kapcsolatban álló hivatások szakmai fejlődését, együttműködését elősegítse, a családokat érintő szolgáltatásokat fejlessze, minőségi változtatások bevezetését kezdeményezze, különös tekintettel a speciális szükségletű, illetve hátrányt szenvedő, esélyegyenlőségi szempontból veszélyeztetett vagy különleges figyelmet érdemlő gondozottakra, családokra.

Tudományos folyóiratunkat egy különleges személy, dr. Hugonnai Vilma emlékére felajánlva indítottuk. Ő volt Magyarország első orvosnője, a nők tanulásának, társadalmi szerepvállalásának élharcosa, aki 175 éve született és 100 éve hunyt el. Munkásságának egyik alapelve az volt, hogy a család egészségének elsődleges őrzője, védelmezője és gyógyítója a nő (feleség, anya), aki az esetlegesen szükséges egészségügyi és orvosi segítség megkezdéséig a legtöbbet tehet. 115 éve jelent meg magyar nyelven az erről szóló, nőknek írt könyve.

Az „AranyPajzs” első száma eljutott több nemzetközi eseményre, így Hugonnai Vilma emlékére az UNESCO-val közösen ünnepelt eseménysorozat kiemelt részeként Párizsba, az UNESCO Székházába és a Liszt Intézetbe 2022. június 27-28-án, valamint az Erdélyben, a 31. alkalommal megrendezett Tusványos, a Bálványosi Nyári Szabadegyetem 2022. július 21-24. programjaira. Folyóiratunkat eljuttattuk Magyarország Köztársasági Elnökének, Novák Katalin asszonynak, továbbá a kormányzati, tudományos intézményekbe, közéleti, és szakmai szervezetekhez.

Köszönjük, hogy a Miniszterelnökség NEAE-KP-1-2022/1-000079 sz. egyedi pályázati támogatásának köszönhetően, a Bethlen Gábor Alapkezelő Zrt. forrásából az AranyPajzs folyóirat 2022-ben elkezdheti működését, és első négy lapszámunk ennek köszönhetően megjelenhet.

Fogadják szeretettel az online és nyomtatott formában ingyenesen megjelenő kiadványunkat! Érdeklődéssel várjuk közleményeiket, javaslataikat, legyen rendszeres Olvasónk!

Budapest, 2022. október

Várfalvi Marianna

*a Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége elnöke,
Alapító, Kiadó*

GREETINGS

Dear Reader!

I respectfully welcome you on the publication of the second issue of *“AranyPajzs – the science of protecting families”*, a scientific journal by the Professional Association of Hungarian Health Visitors. By establishing this Journal and by publishing four issues per year, we wish to strengthen the shield – a protective force – that is formed by the results of different scientific fields’ research, for the sake of families’ - as basic communities in society - well-being, survival, and growth. This jointly forged “shield” contributes to a better understanding and improvement of the factors while processes influencing the population situation, health, resilience, as well as the development of co-operation between family care, public health and prevention, other disciplines dealing with families, and the encouragement of scientific research activities. Our journal is open to publish Hungarian and international author’s articles coming from the fields of medicine and health sciences, health technology, psychology, and social science (e.g., demography, sociology).

The Hungarian Health Visitor Service, that is 107 years old at the time of this journal’s foundation has been awarded with the Hungarian Heritage Award, also being a national treasure marked as a “Hungarikum”, as it is acknowledged as a remarkable family care service on an international level.

The Professional Association of Hungarian Health Visitors was founded in 2019 with the goal of promoting the professional development and cooperation of health visitors and other related professions, as well as developing services affecting families, and initiating quality changes, especially for those with special needs or disadvantages, who are experiencing barriers to

equal opportunities or deserving special attention, and families.

The first issue of our scientific journal was published to honour the memory of a very special person, dr. Vilma Hugonnai. She was the first female physician of Hungary, a fighter for women’s education and social roles, who was born 175, and died 100 years ago. The cornerstone of her work was the principle that the primary guardian, protector and healer of a family is the woman (wife, mother), who can do the most until the necessary professional health services can be provided. Her book about this thought written for women was published 115 years ago.

The first issue of the “AranyPajzs” reached several international events, including the series of events celebrated together with UNESCO in memory of Vilma Hugonnai in the UNESCO Headquarters in Paris and the Liszt Institute on June 27-28, 2022, as well as the 31st organized Tüsványos, the Bálványos Summer Free University on July 21-24, 2022 in Transylvania. We sent our magazine to the President of the Republic of Hungary, Katalin Novák, as well as to government, scientific institutions, public and professional organizations.

We are grateful that due to the unique grant numbered as „NEAE-KP-1-2022/1-000079” by the Prime Minister’s Office of Hungary, from the source of Bethlen Gábor Fund Management Ltd., AranyPajzs can begin its operation in 2022, and the first four issues can be published.

We hope you will enjoy our free issues published both online and in print as well! We look forward to your articles and recommendations with great interest and hope to welcome you as a regular Reader!

Budapest, october 2022

Marianna Várfalvi

*Chairwoman of Professional Association
of Hungarian Health Visitors
Founder, Publisher*

Dr. Gyulai Anikó PhD
egyetemi docens¹

Dr. Takács Péter PhD
főiskolai tanár²

Dr. Sárváry Andrea PhD
főiskolai docens³

**Moravcsikné
dr. Kornyicki Ágota PhD**
adjunktus⁴

Árváné Egri Csilla
osztályvezető⁵

Csire Tamás Béla
megyei szűrési koordinátor⁶

Dr. Kósa Zsigmond János PhD
főiskolai tanár⁴



A népegészségügyi célú méhnyakszűrésben résztvevő védőnők szakmai attitűdjének vizsgálata

Survey of the professional attitude of health visitors involved in cervical screening for public health purposes

Kapcsolattartó szerző:

Dr. Gyulai Anikó
Levelezési cím: 4551 Nyíregyháza, Szív utca 37.
Email: aniko.gyulai@uni-miskolc.hu
Telefon: 06 30 681 3936

¹Miskolci Egyetem Egészségtudományi Kar Alkalmazott Egészségtudományok Intézete Preventív Egészségtudományi Intézeti Tanszék

²Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Intézet Egészségügyi Informatika nem önálló Tanszék

³Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Kar Szociális és Társadalomtudományi Intézet, Pszichológiai nem önálló Tanszék

⁴Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Intézet, Védőnői, Módszertani és Prevenció nem önálló Tanszék

⁵Nemzeti Népegészségügyi Központ Szűrőirányítási Főosztály Szűrőprogram Irányítási Osztály

⁶Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály

Absztrakt

A közelmúltban a védőnők növelési feladatai a népegészségügyi célú méhnyakszűréssel egészültek ki. A vizsgálatunk célja, hogy a méhnyakszűrésre történő felkészítő képzésben részt vett védőnők körében feltárja a szolgáltatással kapcsolatos szakmai attitűdjét, véleményét. Kérdőíves adatfelvétel történt a képzésben részt vett védőnők körében (n=485). A leíró statisztikai elemzéseket követően faktoranalízist végeztünk, két mintás t próba, Mann Whitney próba, lineáris és bináris regressziós modell alkalmazásával. Vizsgáltuk az adatfelvétel idején szűrő (n=98) és a korábban szűrő (n=100) védőnők szakmai attitűdjének különbségeit, valamint a szűréssel kapcsolatos pozitív tapasztalatokat meghatározó tényezőket. Lineáris regressziós modell alkalmazásával vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy a motivációs (külső és belső) faktorok (mindkettő: $p < 0,01$) és a szűrésben résztvevő szereplők, mint támogató faktor ($p = 0,006$) pozitívan befolyásolják a védőnők szűréssel kapcsolatos tapasztalatait, míg a szűrési tevékenység alacsony anyagi és erkölcsi megbecsültsége szignifikánsan ($p = 0,003$) csökkenti azt. A védőnők részvétele a szűrés-

ben elengedhetetlen feltétele a program sikeres végrehajtásának, melyhez szükséges az új kompetencia megbecsülésének, elismertségének a növelése.

Kulcsszavak: méhnyakszűrés, védőnő, Magyarország

Abstract

Recently, responsibilities for health visitors have been supplemented by cervical screening for public health purposes.

The aim of our study is to reveal the professional attitude and opinion about the service among the health visitors who took part in the preparatory training for cervical screening.

Questionnaire surveys were conducted among the health visitors, who participated in the training (n=485). Following descriptive statistical analyzes, factor analysis was performed using a two-sample t test, a Mann Whitney test, and a linear and binary regression model.

We examined the differences between the professional attitudes of the health visitors currently screening (n=98) and those previously screened (n=100) at the time of data collection, as well as the factors determining the positive experiences related to screening.

Examining using a linear regression model, we found that motivational (external and internal) factors (both: $p < 0.01$) and screening participants as supporting factors ($p = 0.006$) positively influence the screening experiences of health visitors, while low material and moral esteem of screening activity significantly ($p = 0.003$) reduces it.

The participation of health visitors in screening is an essential condition for the successful implementation of the program, which requires an increase in the appreciation and recognition of the new competence.

Keywords: cervical cancer screening, health visitor, Hungary

Bevezetés

A méhnyakrák okozta halálozás a hatásos népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető halálozások közé tartozik (AMIEHS, 2022). Ennek ellenére több, mint negyedmillió nő halálát okozza évente világszerte. Ezért az Egészségügyi Világszervezet kidolgozta, és elfogadta a méhnyakrák eradikációjára irányuló globális stratégiát, mely célul tűzte ki a tagországok számára, hogy a 21. század végére, az átoltottság és az átszűrtség javításával, valamint korszerű szűrési módszertan alkalmazásával kevesebb, mint 4 eset legyen a betegség 100 000 főre vetített előfordulási gyakorisága, minden országban (WHO, 2019) (Canfell, 2019). Magyarországon a méhnyakrák okozta halálozás nemzetközi összehasonlításban kiemelkedően magas, a magyar nők méhnyakrák okozta halálozásának relatív kockázata kétszerese az Európai Unió 28 országa átlagának (Sárváry, 2015) (Sárváry et al, 2019).

Hazánkban már az 1950-es évektől kezdődően vannak hagyományai a komplex nőgyógyászati vizsgálatot (kolposzkópiát is) alkalmazó szűrővizsgálatnak (Langmár, 2011). A több évtizedes opportunisztikus törekvések, majd a 2003-ban bevezetett populációs alapú szervezett szűrőprogram (46/2003.OGY) sem volt képes jelentős mértékben javítani a halálozási mutatókon. A szervezett szűrés bevezetését követő kezdeti tapasztalatok kedvezőtlenek voltak, az országos méhnyakszűrési program csak néhány százalékkal volt képes emelni a 25-65 éves korú nők átszűrtségét (Kovács et al, 2007) (Boncz et al, 2007) (Kovács és Boncz, 2009). A magyar nők szűrésen való részvételére továbbra is az alkalomszerű „opportunisztikus” szűrési gyakorlat volt jellemző, problémát jelentett, hogy a célcsoport egy részét (népegészségügyi szempontból) indokolatlan gyakorisággal (évente) szűrték, míg



a céllakosság másik része – a nőgyógyászhoz nem járó nők – három évnél ritkábban, vagy sohasem részesültek szűrővizsgálatban (Döbrössy et al, 2010) (Karamánné Pakai et al, 2008a) (Karamánné Pakai et al, 2008b). A szűrésen való részvételi hajlandóság általában szorosan összefügg az egyén iskolázottságával, társadalmi-gazdasági helyzetével, életkorával valamint az egészségkultúrájával (Akers et al, 2007) a szűrésről távolmaradók nagy része az alacsony iskolázottságú, magát szegénynek valló, rétegekből került ki, akik a nőgyógyászhoz csak akkor fordulnak, ha panaszaik vannak (Bényi et al, 2007) (Karamánné Pakai et al, 2009) (Pakai et al, 2010) (Pakai et al, 2017). A szűrővizsgálathoz való hozzáférés egyenlőtlenségeket mutatott, a szűrésre jogosult női lakosság egy része, különösen a kistélepeleéseken élő, hátrányos helyzetű lakosság számára nehezen volt elérhető (Döbrössy et al, 2015) (Kovács et al 2007). További problémát jelentettek az átszűrtséggel kapcsolatos adatok pontatlanságai, az alapellátás szereplőinek az alacsony részvétele a szűréssel kapcsolatos egészségkommunikációban, a tájékoztatáson alapuló döntés előkészítése során (Döbrössy et al, 2010). Az egészségügyi alapellátásnak történetileg is kiemelkedő szerepe van a népegészségügyben, feladatai közé tartozik a leggyakoribb egészségproblémákkal kapcsolatos oktatás, valamint azok megelőzésének és visszaszorításának a biztosítása (Alma-Atai Nyilatkozat, 1978). Magyarországon a méhnyakszűrés korábbi gyakorlata kizárólag a szülészeti-nőgyógyászati szakrendelésekhez kötődött, az alapellátás szereplői kevésbé vettek részt benne. A háziorvosok és védőnők a lakossághoz legközelebb álló egészségügyi szolgáltatást nyújtják, a helyi közösségek tisztelik őket, megbíznak a munkájukban, ezért kulcsszerepet játszhatnak az egészségkommunikációban, beleértve a lakosság mozgósítását a szűrőprogramokban való részvételre. A nemzetközi szervezetek ajánlásai alapján az európai országok többségében a méhnyakszűrés a lakóhely közeli egészségügyi szolgáltatók feladata, a citológiai kenetvételt képzett szakdolgozók (háziorvosok, szülész-

nők, közösségi ápolók) végzik, és csak a kiszűrt nőket küldik további vizsgálatok céljából a szakorvoshoz (WHO IARC, 2005). A magyarországi gyakorlat korábban ettől eltért, a méhnyakszűrés az alapellátásban nem volt elérhető, a szülészeti-nőgyógyászati szakrendeléseken végezték. Ez hozzájárulhatott a szűrésen való alacsony részvételi arányhoz.

A hatékonyság növelése érdekében olyan célzott stratégia kidolgozására volt szükség, amely csökkenti a szolgáltatás elérésben meglévő egyenlőtlenségeket, és az alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzetben lévők, illetve a roma népesség számára elérhetővé teszi azt. A szervezett népegészségügyi méhnyakszűrés kedvezőtlen tapasztalatai miatt a szakemberek kezdeményezték a szűrés módszertanának a hatályos nemzetközi gyakorlathoz történő igazítását, a szakdolgozói szűrés bevezetését, amelyben a méhnyakszűrés csak citológiai vizsgálatra korlátozódik, a kenetet megfelelően képzett szakdolgozók – védőnők – veszik. Ez esetben csak a nem negatív szűrővizsgálati lelet jelent indikációt a nőgyógyászati vizsgálatra, amelynek része a kolposzkópos vizsgálat is. A szolgáltatásnak az alapellátásra történő kiterjesztésétől, a hozzáférés javítását, az elérésben tapasztalható egyenlőtlenségek csökkentését, továbbá a lakosság részvételi hajlandóságának a növelését, hosszú távon a méhnyakrák mortalitás érdemi csökkenését várták el (Döbrössy, 2012). A népegészségügyi célú méhnyakszűréshez való hozzáférés növelése érdekében elkezdődött az alapellátásnak, és ezen belül a védőnőknek a szűrési folyamatba történő bevonása, az első időszakban (2009-2013 között) pilot jelleggel, a Védőnői Méhnyakszűrő Programok (rövidítve VMP) keretében. A pilot programok eredményei alátámasztották, hogy a védőnők alkalmasak és képesek a kenetvétel elvégzésének megtanulására és kivitelezésére, a női lakosság megszólítására (Fehér, 2012) (Gyulai et al, 2015). A védőnői méhnyakszűrés bevezetését az egészségpolitikai döntéshozók támogatták, így a 28/2013. (IV.5) EMMI rendelet értelmében a védőnők növédelmi feladatai 2015. októbertől a népegész-

ségügyi célú méhnyakszűrés végzésével egészültek ki (28/2013. EMMI rendelet a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. ESzCsM rendelet módosításáról). A Társadalmi Megújulás Operatív Program keretében a „Pilot jellegű szűrőprogramok (védőnői méhnyakszűrési, illetve vastagbélszűrési programok) kiterjesztésének támogatása” című (TÁMOP – 6.1.3.A -13/1-2013-0001 kódszámú) Európai Unió projekt lehetőséget biztosított az önként jelentkező védőnők számára, hogy térítésmentesen részt vegyenek a továbbképzésben, amely felkészítette őket a népegészségügyi célú kenetvételre és követésére. A projekt méhnyakszűréshez szükséges infrastruktúrát is biztosította, a népegészségügyi célú méhnyakszűrés végzéséhez 414 védőnői tanácsadó komplex felszerelése valósult meg. Így 2015. október 1-jétől lehetővé vált, hogy a szűrendő nők – amennyiben a nő lakóhelye szerinti védőnői szolgálat a szűrésre vonatkozó működési engedéllyel rendelkezik – a népegészségügyi célú méhnyakszűrést a területi védőnői ellátás keretében vegyék igénybe. A nők ez esetben is dönthetnek úgy, hogy a szűrést nem a védőnőnél, hanem a nőgyógyászati szakrendelésen veszik igénybe. Az új kompetencia beépült a védőnő hallgatók képzési és kimeneti követelményrendszerébe (18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet) biztosítva ezzel a program fenntartásához szükséges szakemberek utánpótlását, így azok a védőnő hallgatók, akik tanulmányaikat a 2017/2018-as tanévben fejezték be, már a méhnyakszűrési kompetenciával bővített képessé

rendelkeztek. A pályán dolgozó, és a szűrésre történő felkészítő továbbképzésben korábban még részt nem vett védőnők számára pedig az EFOP 1.8.1 Projekt biztosított lehetőséget a képzettség megszerzésére 2019-ben. Jelenleg körülbelül 2400 védőnő rendelkezik a népegészségügyi célú méhnyakszűrés végzéséhez szükséges kompetenciával Magyarországon. Az új kompetencia elfogadottsága azonban a védőnők körében nem teljes körű, a védőnői méhnyakszűrés országos kiterjesztése a korábbi sikeres programok és eredmények ellenére elakadt. A Nemzeti Népegészségügyi Központ Szűrésirányítási Főosztályának a tájékoztatása szerint jelenleg (2022-ben) 374 védőnői körzet rendelkezik érvényes működési engedéllyel a méhnyakszűrés végzéséhez. Az országos kiterjesztést követő 7 évben (2016-2022 között vizsgálva) évente átlagosan 308 védőnő vett részt a szűrésben, amely a képzett védőnőknek csak a 12,8 %-át jelentette.

A jelen tanulmányunkban bemutatott vizsgálatunk célja a népegészségügyi méhnyakszűrésre történő felkészítésben (képzésben) részt vett védőnőknek az új szolgáltatás végzésével kapcsolatos motivációjának és véleményének a feltárása volt.

További célként tűztük ki, hogy a szűrési tapasztalattal rendelkező védőnők körében megismerjük a szűrési tevékenység időfelhasználást és munkarendbe illesztését, valamint, hogy a védőnői méhnyakszűrés hatékonyságát és eredményességét befolyásoló tényezőket a résztvevők szemszögéből azonosítsuk.

Anyag és módszer

A felmérés forráspopulációját védőnői munkakörben dolgozók adták. Az egészségügyi dolgozók működési nyilvántartásában szereplő védőnői végzettséggel rendelkezők száma 5290 fő volt az adatfelvétel idején Magyarországon. A felmérés mintájába azokat a védőnőket választottuk ki, akik már rendelkeztek ismeretekkel a népegészségügyi célú védőnői méhnyakszűréssel kapcsolatban. A vizsgálat során online kérdőíves adatfelvétel történt a védőnői méhnyakszűrésre történő felkészítésben (képzésben) részt vett védőnők

(2380 fő) körében. A kérdőíves eszköz saját fejlesztésű volt, két részből állt, egy helyen elágazást tartalmazott. A szűrésben való részvételi szándékot valamilyen válaszadó esetében kérdeztük, de a szűrési tevékenység időfelhasználásával, munkarendbe illeszkedésével, és annak végzésével kapcsolatos attitűd és vélemény feltárására vonatkozó adatokat csak azon védőnők esetében kérdeztük, akiknek már volt szűrési tapasztalata, a többieket a kérdőív elágazása már eleve nem engedte ezekhez a kérdésekhez lépni.



Az alábbi témakörökben gyűjtöttünk adatokat:

Minden válaszadóra vonatkoztatva:

- Demográfiai jellemzők, a védőnői körzet jellemzői: életkor, védőnőként eltöltött évek száma, védőnői körzetben ellátott gondozottak száma, a körzet településtípusa, csatolt települések száma, helyettesítés;
- A védőnői méhnyakszűrésben szerzett gyakorlati tapasztalat: részt vett-e benne korábban, jelenleg részt vesz-e, ha nem, akkor tervezi-e a belépést, vagy nem. Ha nem szeretne belépni a jövőben, akkor annak mi az oka.

Csak a szűrési tapasztalattal rendelkezők esetében:

- A védőnői méhnyakszűrés időfelhasználása: mennyi időt fordít egyetlen szűrendő nő szűrési tevékenységével kapcsolatos valamennyi feladatának (látogatás, tanácsadás, dokumentáció, stb.) ellátására, mennyi a növédelmi látogatások és tanácsadások, valamint a kenetvételek száma havonta, hogyan illesztette a szűrési tevékenységet a munkarendjébe;
- A méhnyakszűrés végzésével kapcsolatos szakmai attitűd és vélemény feltárására vonatkozó kérdések esetében az alábbi kérdéscsoportok szerepeltek:
- Motivációs tényezők: Mely tényezők motiválták arra, hogy jelentkezzen a méhnyakszűrő programba?

• A védőnői méhnyakszűrő tevékenység hatékonyságát és eredményességet befolyásoló tényezők a szűrésben résztvevő védőnők véleménye alapján.

• Támogatás: Kik és milyen mértékben támogatják a szűrési tevékenységben?

• Pozitív tapasztalatok: A személyes hatékonyság fejlődése, milyen pozitív tapasztalatokra tett szert a szűrési tevékenység végzése során?

Az attitűd és vélemény feltárására vonatkozó kérdések csoportokban különböző állításokat soroltunk fel az adott témakörnek megfelelően, és a válaszadók 1-5-ig terjedő skálán jelölték, hogy mennyiben értenek egyet az adott állítással (1-es= egyáltalán nem értek vele egyet, 2 = kismértékben egyetértek, 3 = közepes mértékben egyetértek, 4 = nagyrészt egyetértek, 5= teljes mértékben egyetértek). A kérdőíves eszközt a véglegesítés előtt a szűrésben résztvevő védőnők (8 fő) körében teszteltük, továbbá vezető védőnők (3 fő), valamint egy fő szűrési koordinátor is véleményezte. A válaszadás önkéntesen, név nélkül zajlott, a válaszokat fogadó űrlap adatait csak a kutatásban résztvevők láthatták, a kérdőív semmilyen azonosítót nem tartalmazott, amellyel a válaszadók személyét a későbbiekben a válaszaikhoz lehetett volna kötni.

Statistikai módszerek

Az adatfeldolgozás során a deskriptív epidemiológia módszereit alkalmaztuk, a gyakorisági értékek esetén a 95%-os megbízhatósági tartományt (MT) vettük figyelembe az összehasonlításokhoz. Az adatbázis elemzése során, leíró statisztikai elemzéseket (gyakorisági becsléseket, átlagok, szórás stb.) végeztünk. A szűrési tevékenység elfogadottságát a védőnők körében a kategorikus változók (ellátási terület településtípusa) esetében khi-négyzet próbával, a folytonos változók esetében, a védőnők demográfiai jellemzői (életkor, védőnőként eltöltött évek száma), valamint az általuk ellátott körzet egyes jellemzői (csatolt települések átlagos száma, az egy védőnőre jutó gondozottak, valamint a fokozott gondozottak száma) pedig két mintás t próbával végeztük el.

A védőnőknek a szűréssel kapcsolatos véleményét számos tényező befolyásolhatja, feltételeztük, hogy nem egyszerű ok-okozati összefüggés, hanem bonyolult függőségi kapcsolatok állhatnak az általunk vizsgált változók között. A mérési eszköz (kérdőív) fejlesztése során arra törekedtünk, hogy valamennyi ismert, a szűréssel kapcsolatban felmerülő tényezőnek a feltárására alkalmas legyen, a törekvéseink eredménye egy bonyolult tesztrendszer kidolgozása lett. Az elemzés során az attitűd kérdések adataiból faktoranalízist végeztünk, annak érdekében, hogy a változók számát csökkentsük, az összetett mutatókkal, (faktorokkal) az eredeti változók közötti kölcsönös függőséget, kapcsolatrendszert jellemezzük, és a közvetlenül nem mérhető háttérváltozókat identificaljuk.

A faktoranalízis kezdetén 37 db változót vizsgáltunk, melyek közül kettőtől az első elemzést követően megváltunk, mivel nem illeszkedtek egyik újonnan kialakult faktorhoz sem. A faktoranalízis során tehát összesen 35 db változót vizsgáltunk, 4 kérdéscsoportban (alskálán), ebből a motivációs tényezők csoportjában 7 db változó, a szűrővizsgálat hatékonyságát és eredményességét befolyásoló tényezők csoportjában 13 db változó, a támogató tényezők csoportjában 10 db, és végül a pozitív tapasztalatok csoportjában 5 db változó bevonására került sor. Mindegyik kérdés esetén 5 fokozatú Likert skála biztosította a faktoranalízis elvégzéséhez szükséges számszerű, metrikus adatokat. A változók faktorelemzésre való alkalmasságának értékelésére a Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) kritérium

és Bartlett teszt került meghatározásra. A feltáró faktoranalízis során a főkomponens (principal component analysis) módszert alkalmaztuk Varimax rotálással és Kaiser normalizációval. A védőnőknek a szűrésben való részvételének vizsgálatához a korábban szűrt és az adatfelvétel idején szűrő védőnők faktorátlagai közötti különbségek feltárása szintén két mintás t próbával történt. A védőnők szűréssel kapcsolatos pozitív tapasztalatait befolyásoló faktorok vizsgálata lineáris regressziós modellel történt. A védőnői vizsgálat adatainak elemzése az SPSS (SPSS Statistical Package for the Social Sciences v. 22.0 IBM Corp., Armonk, NY, USA) statisztikai programcsomagot alkalmaztuk.

Eredmények

Az adatgyűjtés eredményességéről elmondható, hogy összesen 485 kérdőív érkezett vissza, ami a 2380 fő 20%-át jelentette. A válaszadók aránya megyei szinten hasonló volt az országos arányhoz. A védőnői méhnyakszűrés végzésével kapcsolatos véleményeket csak azon védőnők körében vizsgáltuk, akik már rendelkeztek szűrési tapasztalattal. Közülük összesen 198 fő válaszolt. A 485 fő válaszadó közül tehát 198 fő (41%) védőnőnek volt szűrési tapasztalata közülük 98 fő (20%) az adatfelvétel idején is részt vett a szűrésben, további 100 fő korábban szűrte, az adatfelvétel idején nem.

A válaszadók általános jellemzése

A résztvevő védőnők átlagos életkora 43 év (SD: 8,8)

volt, átlagosan 20 éve (SD: 9,7) dolgoztak védőnőként. Több, mint egyharmaduk (151 fő) látott el helyettesítést, mely az esetek 76% (MT: 69-82) tartós, több mint egy hónapja tartó helyettesítést jelentett. A résztvevők 87%-a területi védőnői munkakörben, a többiek (13% MT: 10-17) iskolavédőnők, kórházi védőnők vagy vezető védőnők voltak. A résztvevők 47%-a (MT: 43-51) községben, vagy egyéb kistérségben dolgozott az adatfelvétel idején. Egy védőnő átlagosan 160 (SD: 3,4) személyt gondozott a munkája során, ebből átlagosan 142 (SD: 3,0) fő volt a 0-7 éves korú gyermekek száma, közülük minden 5. gyermek (átlag: 29,5 fő SD:1,3) fokozott gondozást igényelt (I. táblázat).

I. táblázat: A résztvevő védőnők demográfiai és ellátási területeinek egyes jellemzői (átlag/%) (n=485 fő)

Jellemzők	
Életkor (átlag) (SD)	43 (8,8)
Védőnőként eltöltött évek száma (átlag) (SD)	20 (9,7)
Ellátási terület településtípusa (%) (MT)	
Főváros	8,7 (6-11)



Megyeszékhely	10,9 (8-14)
Város	33,6 (30-38)
Község, egyéb település	46,8 (43-51)
Gondozottak száma (átlag) (SD)	160 (3,4)
Gondozottak közül a 0-7 éves gyermekek	142 (3,0)
Gondozottak közül a várandósok száma	12,4 (0,3)
Gondozottak közül a gyermekágyas anyák	3,4 (0,4)
A gondozottak közül a fokozott gondozást igénylők száma	
Fokozott gondozást igénylő várandósok	6,8 (0,7)
Fokozott gondozást igénylő 0-7 éves gyermekek	29,5 (1,3)

A védőnők méhnyakszűrési hajlandóságának vizsgálata

A védőnők szűrési hajlandóságának a vizsgálatát az adatfelvétel idején területi védőnői munkakörben (416 fő) dolgozók körében vizsgáltuk, az iskola, kórházi és vezető védőnőket ebből az elemzésből kizártuk. A vizsgálatban résztvevő, méhnyakszűrési képzésben részt vett területi védőnőknek az 57%-a (MT: 53-62) nem vett részt a szűrésben az adatfelvétel idején, és nem is tervezte a belépést a szűrőprogramba, 20%-uk (MT: 16-24) aktuálisan nem vett részt a szűrésben, de tervezte a belépést, 23%-uk (MT: 19-28) a felmérés idején végzett szűrési tevékenységet.

További elemzéseinkben a szűrést elfogadó területi védőnőknek tekintettük azokat, akik az adatfelvétel idején szűrtek, vagy a jövőben tervezték a belépést a szűrőprogramba (n=178 fő), és a szűrést elutasító védőnőknek tekintettük azokat, akik nem kívántak részt venni a szűrésben (n=238 fő). Megvizsgáltuk a szűrési hajlandóságot a területi ellátási körzet településtípusának függvényében, és azt tapasztaltuk, hogy a szűrési hajlandóság szignifikánsan a legmagasabb, (69%) azon védőnők esetében, akik községben, kistelepülésen dolgoztak, a legalacsonyabb volt a szűrési tevékenység elfogadottsága a fővárosi védőnők esetében (1,7%) (II. táblázat)

II. táblázat: A területi védőnők szűrési hajlandósága településtípus szerint (n=416)

Településtípus	Szűrést elfogadó védőnők (n=178) %	Szűrést elutasító védőnők (n=238) %	Khi-négyzet próba p érték
Főváros	1,7	10,90	<10-3
Megyeszékhely	5,1	8,4	
Város	24,2	38,7	
Község	69,1	42,0	

A szűrés elfogadottságát a védőnők demográfiai jellemzői (életkor, védőnőként eltöltött évek száma), valamint az általuk ellátott körzet egyes jellemzőinek (csatolt települések száma, egy védőnőre jutó gondozottak száma) függvényében is megvizsgáltuk. Megállapítottuk, hogy a védőnők átlagéletkora, valamint a védőnői pályán eltöltött évek átlagos száma

tekintetében nincs különbség a szűrést elfogadó és elutasító védőnők között. A szűrést elfogadó védőnők körzetéhez azonban szignifikánsan ($p < 10^{-2}$) több csatolt település tartozik, és alacsonyabb az általuk ellátott gondozottak (összes gondozott, várandósok, 0-7 éves gyermekek) száma (III. táblázat).

III. táblázat: A területi védőnők szűrési hajlandósága demográfiai jellemzők és ellátási körzet jellemzői szerint.

Jellemzők	Szűrést elfogadó védőnők (n=178) átlag (SD)	Szűrést elutasító védőnők (n=238) átlag (SD)	p érték ¹
Életkor	43,04 (8)	42,31 (9)	0,40
Védőnőként eltöltött évek száma	20,17 (9)	19,44 (10)	0,45
Csatolt települések száma	1,53 (2,2)	0,92 (1,6)	$<10^{-2}$
Gondozottak száma (összes)	148,35 (69)	172,75 (64)	$<10^{-2}$
0-7 éves gondozottak száma	130,43 (60)	151,93 (60)	$<10^{-2}$
A várandósok száma	11,39 (6,4)	13,15 (5,8)	$<10^{-2}$

¹Két mintás t-próba

A szűrésben való részvétel visszautasításának okait azon területi védőnők körében vizsgáltuk, akik az adatfelvétel idején nem vettek részt a programban (n=319 fő). A védőnők kétharmada (73% MT: 70-79) teljes mértékben egyetértett azzal az állítással, hogy azért nem vesz részt a szűrésben, mert alacsony az anyagi megbecsültsége a programnak, ezt követte közel 60%-os (57% MT: 50-63) gyakorisággal, az alacsony erkölcsi megbecsültség. A válaszadók több, mint a fele (56% MT: 50-61) csak a jogszabályváltozás miatt végezte el a szűrésre jogosító képzést, és közel ugyanennyien (55% MT: 49-61) vélekednek

úgy, hogy nem indokolt a részvételük a szűrésben, hiszen az általuk ellátott körzet lakossága számára könnyen hozzáférhető a nőgyógyászati szakrendelések által biztosított szűrővizsgálat. Az esetek 38%-ban (MT: 32-44) a védőnői tanácsadó helyiségét nem tartották alkalmasnak arra, hogy a szűrővizsgálat végzéséhez szükséges intimitást biztosítsa. A válaszadó védőnőknek több, mint egyharmada (35% MT: 39-41) nyilatkozta azt, hogy fontolóra veszi a pályaelhagyást, abban az esetben, ha kötelezővé teszik a számára a kenetvétel végzését (IV. táblázat).

IV. táblázat: A védőnői méhnyakszűrés visszautasításának egyes indokaival teljes mértékben egyetértő területi védőnők aránya (n=319)¹

Állítás	Teljes mértékben egyetért 2 (MT)
Alacsony az anyagi megbecsültsége a programnak	73 (70-79)
Alacsony az erkölcsi megbecsültsége a programnak	57 (50-63)



Állítás	Teljes mértékben egyetért 2 (MT)
Alacsony az anyagi megbecsültsége a programnak	73 (70-79)
Alacsony az erkölcsi megbecsültsége a programnak	57 (50-63)
Elvégeztem a képzést a jogszabály változás miatt, de nem szeretnék részt venni a szűrésben	56 (50-61)
Jól működik és a lakosság számára könnyen elérhető a szülész-nőgyógyászati szakrendelés a körzetemben	55 (49-61)
A tanácsadóban problémás az intim tanácsadás és szűrés feltételeinek megteremtése vagy nem megfelelő méretű a tanácsadó	38 (32-44)
Csak akkor kezdem el a szűrést, ha kötelező lesz számomra	37 (31-43)
Akkor sem kezdem el a szűrést, ha kötelező lesz számomra, ebben az esetben pályaelhagyó leszek.	35 (39-41)
Elvégeztem ugyan a képzést, mégis a „rutintalanság” érzése gátol abban, hogy megkezdjem a szűrést	29 (24-35)
Lelkileg megterhelőnek érezném, hogy az általam jól ismert nők számára nem negatív eredményeket közöljek.	28 (23-34)
A tárgyi feltételek (eszközök, vizsgáló ágy stb.) nem biztosítottak	28 (23-33)
Magas a körzetemben a gondozottak létszáma és vagy/sok a problémás család, ezért nem jut időm a méhnyakszűrésre	27 (21-32)
Tapasztalataim szerint a körzetemben élők nem igénylik a védőnői méhnyakszűrés szolgáltatást	26 (21-31)
A működési engedély megszerzése bonyolult és bürokratikus	20 (15-24)
A területem közelében működő szülész-nőgyógyászok nem támogatják a programot.	18 (13-21)
Elvégeztem a képzést, de életkörülményeim változása (pl. új munkahely, lakóhely változás, gyermek születés, stb.) miatt nem szeretnék részt venni a szűrésben	17 (13-21)
Tartós helyettesítés miatt nem tudom a munkaidőmbe illeszteni	16 (2-12)
A munkáltatóm nem támogatja a szolgáltatás bevezetését a területemen	11 (7-15)
A védőnő kolléganőim nem támogatnak a szűrés végzésében	9 (6-13)

A háziorvos nem támogatja a programot a területemen	7 (4-10)
A MESZK Védőnői Szakmai Tagozata nem támogatja a védőnői méhnyakszűrést	6 (3-9)
Pályakezdő vagyok, és/vagy nemrég kezdtem a területi munkát ebben a körzetben, ezért nem tudok egyelőre plusz feladatot ellátni	5 (2-7)
A védőnői szakfelügyelet vezető védőnője nem támogatja	4 (2-6)
A MAVÉ nem támogatja a védőnői méhnyakszűrést	4 (2-6)

¹ Azon területi védőnők, akik az adatfelvétel idején nem vettek részt a programban

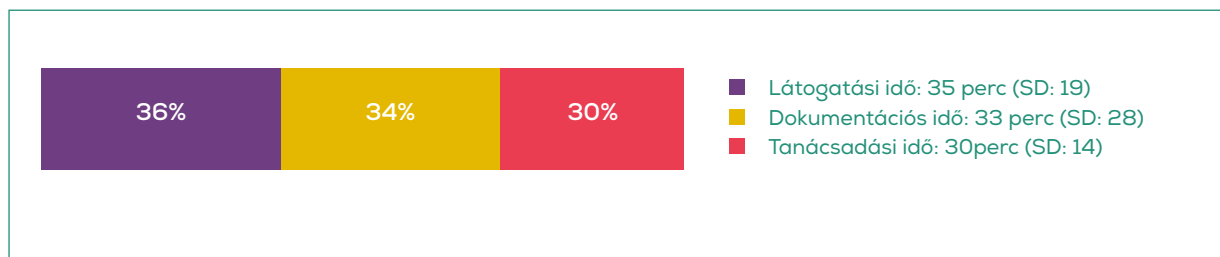
² Az állítással 1-5 íg skálán a teljes mértékben egyetértők (5-ös értékelést adók) aránya, az említés gyakorisága szerinti csökkenő sorrendben

A védőnői méhnyakszűrési tevékenység időfelhasználása, munkarendbe illeszkedése

A szűrésben részt vett védőnők (198 fő) átlagosan 7,5 (SD: 6,0) nő szűrését végezték el havonta, és átlago-

san közel másfél órát (98 perc (SD: 49)) fordítottak egyetlen szűrendő nő méhnyakszűrésével kapcsolatos valamennyi feladatának (nővédelmi látogatás, tanácsadás, dokumentáció) az ellátására (1. ábra).

1. ábra: A védőnői méhnyakszűrési tevékenységek időfelhasználása egy fő szűrendő nőre vonatkoztatva (átlag/perc) (n=198)



Kiszámoltuk a védőnői méhnyakszűrés egy hónapra vetített időfelhasználását, átlagosan havi 7,5 szűrés-szám esetén, a szűrési tevékenység, valamint az ehhez kapcsolódó egyéb tevékenységek (pl. NEAK jelentés készítése, veszélyes hulladék kezelése, szervezés, egészségkommunikáció stb.) összességében, átlagosan 17 órát (SD:11,7) igényeltek a résztvevő védőnők munka idejéből havonta. A szűrő védőnők 60%-a (95% MT: 54-67) esetében előfordult, hogy munkaidőn túl végezték el a nővédelmi látogatást a szűrési meghívót kapó női lakosság körében. A kenetvételt a védőnők 13 %-a (95% MT: 8-18) tudta minden esetben a hivatalos nővédelmi tanácsadás időtartama

alatt elvégezni, további 50%-uk (95% MT: 43-57) leggyakrabban egyéb időpontban, de még a hivatalos munkaidő keretein belül, a védőnők további 37% - a esetében gyakori volt, hogy munkaidőn túl végezték a szűrést, igazodva a szűrendő nők időbeosztásához.

A védőnői méhnyakszűréssel kapcsolatos attitűdök és vélemények vizsgálata

A kérdőív egy jelentős része foglalkozott a védőnők szűréshez való hozzáállásával, a szűrővizsgálatról alkotott véleményével. Külön kérdéscsoportokba rendezve: a motivációs tényezők (7 kérdés); a hatékony-



ságot és eredményességet befolyásoló tényezők (13 kérdés); a támogatók (10 kérdés); a pozitív tapasztalat (5 kérdés) kerültek lekérdezésre. Ezt a sokdimenziós (35 változót tartalmazó) megközelítést redukálnunk kellett, amit faktoranalízis segítségével végeztünk el.

A motivációs tényezők faktoranalízise

A védőnői méhnyakszűrés végzésével kapcsolatos motivációs tényezők feltárására vonatkozó kérdés esetén 7 db változót vontunk be a faktoranalízisbe. A KMO értéke: 0,82 volt, melynek értelmében a változók alkalmasak voltak a faktoranalízis elvégzésére. A Bartlett-teszt eredménye szignifikáns ($p < 0,001$) volt, tehát a kiinduló változók korreláltak. A faktormátrix könnyebb értelmezéséhez Varimax rotálást végeztünk. A 7 változóból létrejött két faktor által magyarázott varianciarányad 62% volt. A statisztikai előfeltételt (kommunalitás $> 0,5$) mindegyik indikátor teljesítette. A redukció során kialakított két faktort az összevont változók információtartalma alapján a következő módon definiáltuk:

Motivációs faktorok:

- Faktor 1: Szakmai nyitottság (M1);
- Faktor 2: Külső motivációs tényezők (M2);

A védőnői méhnyakszűrő tevékenység hatékonyságát és eredményességet befolyásoló tényezők faktoranalízise

A szűrési tevékenység hatékonyságát és eredményességét 13 változó bevonásával vizsgáltuk, melynek során véleményeket soroltunk fel, és arra kértük a védőnőket, hogy minősítsék ezeket az alapján, hogy befolyásolják-e, és ha igen, akkor milyen mértékben, a védőnői méhnyakszűrés hatékonyságát és eredményességét. A főkomponens analízis során a KMO értéke megfelelő (0,72) volt, szignifikáns Bartlett teszt mellett. A rotált komponensmátrixban felsorakozó adatok alapján a 13 változóból végül 5 élesen elkülöníthető komponens jött létre, mellyel a védőnői méhnyakszűrő tevékenység hatékonyságát és eredményességét befolyásoló tényezőket jellemezhetjük. Az összesített varianciarányad 63%-os volt, kommunalitás

minden változó esetén elérte a 0,5 értéket.

A faktorelemzés során elkülönített 5 faktort a hozzájuk tartozó változók információtartalma alapján az alábbiak szerint definiáltuk:

- Faktor 1: Tárgyi feltételek (B1);
- Faktor 2: Adminisztratív problémák (B2);
- Faktor 3: Megbecsültség (B3);
- Faktor 4: Finanszírozási problémák (B4);
- Faktor 5: Területi és időbeni korlátok (B5);

A támogatás faktoranalízise

A védőnői méhnyakszűrés egy új népegészségügyi célú szolgáltatás, melynek elfogadásához szükséges, a különböző szereplők támogatása. Ennél a kérdés-csoportnál 10 változót vizsgáltunk, arra kértük a védőnőket, hogy 1-5-ig skálán jelöljék, hogy az adott szereplő milyen mértékben támogatja őt a szűrési tevékenység végzése során. A főkomponens analízis elvégzéséhez szükséges kritériumoknak ez a skála is megfelelt (KMO:0,78; Bartlett teszt: $p < 0,001$). A varimax rotációt követően 3 támogatói csoportot sikerült azonosítanunk. A három faktor együtt a teljes variancia 68 %-át magyarázta.

A három faktort az alábbiak szerint definiáltuk:

- Faktor 1: Résztvevők (közvetlen szereplők) (T1);
- Faktor 2: Kollégák, társszakmák (T2);
- Faktor 3: Szakmai szervezetek (T3);

A pozitív tapasztalatok faktoranalízise

Az utolsó kérdéscsoportban azt kérdeztük a védőnőktől, hogy milyen mértékű pozitív tapasztalatokra tettek szert a szűrési tevékenység végzése során. A faktorelemzés során a KMO értéke ebben az esetben is megfelelő volt (0,74), és a Bartlett teszt alapján is kimutatható volt a kiinduló változók közötti korreláció. A főkomponens analízis elvégzése során azonban azt tapasztaltuk, hogy az általunk vizsgált 5 változót egyetlen komponensbe vonta össze a vizsgálat. Egyetlen faktorról jellemezhetjük tehát az alább felsorolt 5 változót, amely a teljes variancia 61%-át magyarázta:

- Úgy érzem, többet tudok segíteni másoknak, még

hasznosabb a munkám;

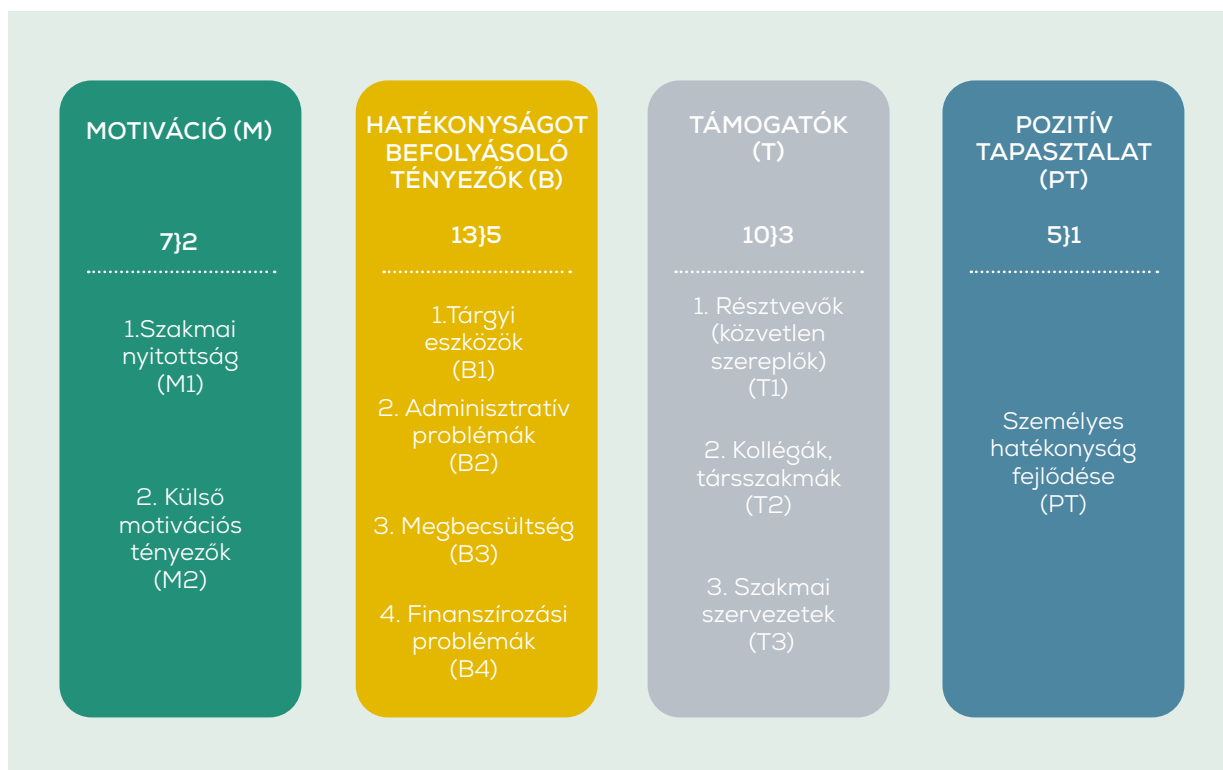
- A nővédelem területén szakmailag fejlődtem;
- A körzetemben élők jobban elismerik a munkámat (nőtt az elismertségem);
- A munkáltatóm értékeli, hogy a szűrést is végzem;
- A társszakmákkal jobb a kapcsolatom.

A pozitív tapasztalatokra vonatkozóan létrehozott egyetlen faktort a személyes hatékonyság fejlődése néven identifikáltuk (PT).

A faktoranalízis eredményeinek összefoglalása

A védőnők méhnyakszűrési tevékenység végzésével kapcsolatos vizsgálatában a főkomponens elemzés során összességében 35 változót vizsgáltunk, 4 kérdéscsoportban melynek során 11 faktort sikerült elkülönítenünk (2. ábra). A további elemzésekben a faktorokat, mint új összetett változókat használtuk fel.

2. ábra: A védőnői méhnyakszűrési tevékenységgel kapcsolatos attitűd és vélemény faktoranalízise során kialakult komponensek (n=198)



A szűrésben való részvételt befolyásoló tényezők vizsgálata

A vizsgálatban résztvevő szűrési tapasztalattal rendelkező védőnők (198 fő) közel fele (100 fő) az adatfelvételt megelőzően, korábban vett részt a szűrőprogramban (a pilot jellegű Védőnői Méhnyakszűrő Programok és/vagy a TÁMOP program keretében), másik részük (98 fő), az adatfelvétel idején is szűrte. A további elemzésünk során megvizsgáltuk, hogy

a faktoranalízis során létrejött új komponensek (lásd: 2. ábra) átlagos viselkedése között van-e eltérés a szűrésben korábban részt vettek, és a vizsgálat felvételének idején szűrő védőnők két csoportja között. Ezzel a szűrőprogramból való lemorzsolódás okait szeretnénk volna feltárni.

A motivációs faktorok közül a belső motiváció, vagyis a szakmai nyitottság (M1) mutatott szignifikáns ($p=0,03$) eltérést a két csoport között, a jelenleg szűrő



védőnők rendelkeztek magasabb értékkel. A hatékonyságot és eredményességet befolyásoló tényezők csoportjába tartozó egyes faktorok átlagai közül a tárgyi eszközökkel (B1: pl. tanácsadó helyiség kialakítása, egyszer használatos eszközök minősége) kapcsolatos problémák inkább jelentkeztek a nem szűrő védőnők esetében, mint a szűrő védőnők esetében ($p=0,03$). Ezen kívül a nem szűrő védőnők kevésbé jelezték problémásnak a területi és időbeni korlátozásokat (B5: idegen körzetben élő nők is szeretnék igénybe venni a szűrést, a működési engedélyhez külön tanácsadási idő szükséges), mint a szűrő védőnők ($p=0,01$). A támogató komponensek közül a szakmai szervezetek

(T3: Magyar Védőnők Egyesülete (MAVE), Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) Védőnői Tagozata) a szűrésben résztvevő védőnők véleménye alapján a méhnyakszűrési tevékenységét kevésbé támogatják, mint a nem szűrő védőnők véleménye alapján ($p=0,02$). A pozitív tapasztalatok (PT) vonatkozásában egyértelműen megállapítható volt, hogy szignifikánsan magasabb ($p<0,001$) a szűrésben résztvevő védőnők által észlelt személyes hatékonyság fejlődése, mint a korábban szűrő, jelenleg nem szűrő védőnők pozitív tapasztalatainak faktorátalaga (V. táblázat).

V. táblázat: A szűrési tapasztalattal rendelkező védőnők faktorátlagainak összehasonlítása a szűrésben való részvétel szerinti bontásban ($n=198$)

Csoportok	Faktorok	Jelenleg végez szűrést ($n=98$)	Korábban szűrő, jelenleg nem ($n=100$)	¹ p érték
		faktorérték ²		
Motivációs Faktorok	M1. Szakmai nyitottság	0,15	-0,15	0,03
	M2. Külső motiváló tényezők	0,04	-0,04	0,56
Hatékonyságot befolyásoló tényezők	B1. Tárgyi eszközökkel kapcsolatos problémák	-0,18	0,14	0,02
	B2. Adminisztratív problémák	-0,04	0,05	0,53
	B3. Megbecsültség (anyagi és erkölcsi)	-0,07	0,07	0,31
	B4. Finanszírozási problémák	0,09	-0,08	0,24
	B5. Területi és időbeli korlátok	0,19	-0,18	0,01
Támogatók	T1. Résztvevők (közvetlen szereplők)	-0,02	0,03	0,75
	T2. Kollégák, társszakmák	0,09	-0,10	0,18
	T3. Szakmai szervezetek	-0,18	0,16	0,02
Pozitív tapasztalat	PT Személyes hatékonyság fejlődése	0,30	-0,30	<10 ⁻²

¹Két mintás t-próba

²A szűrést végzők és szűrést nem végzők csoportátlagai az egyénekre számított faktorértéket alapul véve az egyes faktorok szerint

A szűrési tevékenység pozitív tapasztalatainak vizsgálata

Mivel az előző elemzésünkben kiderült, hogy a szűrésben való részvételt a szűrési tevékenység végzésével kapcsolatos pozitív tapasztalatok, vagyis a védőnők által észlelt személyes hatékonyság fejlődése determinálta leginkább, ezért további elemzést végeztünk. Lineáris regressziós modell segítségével a pozitív tapasztalatokat befolyásoló faktorokat vizsgáltuk. Azt tapasztaltuk, hogy a motivációs (M1+M2: külső és belső) faktorok (mindkettő: $p < 0,01$) és a szűrésben résztvevő szereplők, mint támogató faktor (T1 $p = 0,006$) pozitívan befolyásolják a védőnők szűréssel kapcsolatos tapasztalatait, míg a szűrési tevékenység alacsony anyagi és erkölcsi megbecsültsége szignifikánsan (B3 $p = 0,003$) csökkenti azt (6. táblázat).

VI. táblázat: A védőnők szűréssel kapcsolatos pozitív tapasztalatait meghatározó tényezők vizsgálata (n=198)

Csoportok	Faktorok	Standardizált regressziós együttható	p érték	95 % MT	
Motivációs Faktorok	M1. Szakmai nyitottság	0,47	$<10^{-2}$	0,35	0,59
	M2. Külső motiváló tényezők	0,17	$<10^{-2}$	0,05	0,28
Hatékonyságot befolyásoló tényezők	B1. Tárgyi eszközökkel kapcsolatos problémák	-0,06	0,30	-0,17	0,05
	B2. Adminisztratív problémák	-0,01	0,84	-0,12	0,10
	B3. Megbecsültség (anyagi és erkölcsi)	-0,17	$<10^{-2}$	-0,28	-0,06
	B4. Finanszírozási problémák	0,09	0,10	-0,02	0,21
	B5. Területi és időbeli korlátok	0,15	$<10^{-2}$	0,05	0,26
Támogatók	T1. Résztvevők (közvetlen szereplők)	0,15	0,01	0,04	0,26
	T2. Kollégák, társszakmák	0,05	0,36	-0,06	0,16
	T3. Szakmai szervezetek	-0,01	0,85	-0,12	0,10

Megbeszélés, következtetések

A védőnői hivatás azért volt képes megőrizni függetlenségét, identitását és túlélni a nagy történelmi sorsfordító eseményeket, mert mindig alkalmazkodott a társadalmi elvárásokhoz, és lényegi elemeként, értéként mindvégig megtartotta a hivatástudattal párosuló segítő motívumot (Kiss-Tóth, 2015). Azt gondoljuk, hogy ez nem változott, a képzésben

felkészített és kellően motivált védőnők hatékonyan tudnak bekapcsolódni a népegészségügyi célú méhnyakszűrés szervezésébe és végzésébe.

A vizsgálat eredményei alapján megállapítottuk, hogy a népegészségügyi célú méhnyakszűrésre történő felkészítésben részt vett területi védőnőknek az 57%-a nem tervezte a belépését a szűrőprogramba.



Ugyanakkor a községben, kistelepüléseken és az alacsonyabb gondozotti létszámmal működő körzetekben szignifikánsan magasabb a védőnők elköteleződése a szűrővizsgálat végzése mellett.

A védőnők nagy része az alacsony anyagi, és erkölcsi megbecsültség miatt nem vett részt a programban. A válaszadóknak több, mint a fele egyrészt indokolatlannak gondolta a védőnői méhnyakszűrést, mert a körzetéhez tartozó 25-65 éves nők számára jól működött és könnyen elérhető volt a szülészeti-nőgyógyászati szakrendelésen a vizsgálat, másrészt csak a jogszabályban előírt kompetencia bővülés miatt végezték el a díjtalanul elérhető képzést. Tehát a képzésen való részvétel még nem feltétlenül jelentette a szűrővizsgálat végzésében való szerepvállalás melletti elköteleződést is. A képzésben részt vett területi védőnők egyharmada fontolóra veszi a pályaelhagyást, abban az esetben, ha számára kötelezővé teszik a szűrésben való részvételt.

A védőnők gondozómunkája sokrétű, számos feladatot látnak el, olyan tevékenységeket, amelyeket a tőlünk fejlettebb egészségügyi rendszerrel rendelkező nyugat-európai országokban több szakember lát el. A védőnőknek nem csak a feladatai sokrétűek, hanem a védőnők által ellátott területek (körzetek) jellemzői is nagyfokú diverzitást mutatnak. Saját vizsgálatunk eredményei is azt mutatták, hogy a községekben, kistelepüléseken működő körzetekben, ahol jellemzően alacsonyabb a 0-7 évesek száma, a védőnők szűrési hajlandósága lényegesen magasabb, mint a magasabb gondozotti létszámmal működő városi körzetekben. A magasabb gondozotti létszámmal működő körzetekben tovább nehezíti a helyzetet, hogy a 0-7 éves korú gyermekekre vonatkozóan 2017. októberétől bevezetésre került az új, korszerű szűrővizsgálati módszertan alkalmazása is. A jogszabályváltozás gyakorlati értelemben a korábbinál sűrűbb szűrővizsgálati alkalmat jelent, továbbá újabb módszertani elemeket (pl. rizikó kérdőív, szülői megfigyelésen alapuló kérdőív) is tartalmaz, amelynek következtében a 0-7 éves gyermekek ellátása lényegesen több időráfordítást igényel

a védőnők munkaidejéből, mint korábban (51/1997. évi NM rendelet).

A népegészségügyi célú méhnyakszűrést a védőnők a „nővédelmi feladatok ellátása” keretében végzik vizsgálatunk eredményei alapján a szűrési tevékenységre fordított idő átlagosan 17 órát igényelt a védőnők munkaidejéből havonta. A 2014-ben végzett „Védőnői és házi gyermekorvosi/vegyes praxisú háziorvosi feladatszervezés felmérése, időmérleg vizsgálat” című kutatás beszámolója szerint, a méhnyakszűrés bevezetése előtt a védőnők átlagosan havi 3,8 órát fordítottak a nővédelmi feladatok ellátására (Kósa et al, 2014). Ez alapján ennek a feladatnak az időigénye több, mint a négyszeresére emelkedett azon védőnők esetében, akik végzik a szűrést. A szűrési tevékenységnek a védőnők munkarendjébe illeszkedésével kapcsolatban azt tapasztaltuk, hogy a szűrést végző védőnők gyakran a hivatalos munkaidő keretein túl végezték el a szűrendő nők látogatását, valamint a kenetvételt is. Feltehetően igazodtak a szűrendő nők időbeosztásához. A szűrési tevékenység végzéséhez szükséges működési engedélyhez külön tanácsadási időt szükséges megjelölnie a védőnőnek, ennek időpontját a gyakorlatban nem minden esetben tudta betartani a védőnő. A népegészségügyi célú védőnői méhnyakszűréshez kapcsolódó tevékenységeket a szűrő védőnők nagy része nem tudja a munkarendjébe illeszteni és a munkaidő keretein belül végezni. Ez hosszú távon nem lehet megoldás, ha a lakosság szűrésen való részvétele növelhető azzal, hogy a hivatalos tanácsadási- és/vagy munkaidőn kívül történik a szűrés, abban az esetben ennek meg kell teremteni a lehetőségét és a törvényes kereteit.

A védőnők bevonása a népegészségügyi célú méhnyakszűrésbe egyértelműen növeli a falvakban, kistelepüléseken élő nők szűrővizsgálaton való részvételét (Árváné et al, 2014), ezért szükség van egyeztetésekre a védőnőkkel, annak érdekében, hogy a méhnyakszűréshez való hozzáférés területi egyenlőtlenségeit csökkentsük, de csak ott, ahol erre szükség van.

Az alapellátás minőségi megújulásához elengedhetetlen a szereplők együttműködése, az új funkciók megjelenítése, célzottan képzett szakemberek bevonása, a szakdolgozói kompetenciák bővítése, valamint a rendelkezésre álló források rugalmasabb és hatékonyabb felhasználása (Papp, 2014). Javasoljuk a védőnői méhnyakszűrési tevékenység átszervezését olyan formában, hogy az a védőnők további alapfeladatainak az ellátását ne veszélyeztesse, különösen azokban a védőnői körzetekben, ahol magas a gondozottak létszáma. Azon településeken, ahol népegészségügyi érdekből szükség van rá, de a védőnő túlterheltség miatt nem tud részt venni a szűrésben, megoldás lehet a szolgáltatásnak a praxisközösségben működtetett formában és/vagy főállású szűrővédőnők által működtetett formában történő elérése. Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban alkalmazott segéd-egészségőröknek jelentős szerepe volt abban, hogy a hátrányos helyzetű és/vagy sérülékeny csoportok az alapellátásban elérhető szolgáltatásokat igénybe vegyék (Kósa, 2017). A védőnői méhnyakszűrési szolgáltatás megismerését, a bizalom növelését a helyi szintű szervezést is elősegíthetné a segéd-egészségőrök munkája a praxisközösségeken belül.

Az alapellátás szereplői közül házi orvosok szerepét is megemlíthetjük, mert a házi orvos számos feladata közül az egyik legfontosabb a megelőzés, amely magában foglalja az egészségfejlesztést, a szűrővizsgálatok hatékonyságának a növelésére irányuló törekvéseket. A házi orvosok szintén a helyi közösségek meghatározó szereplői, jól ismerik a praxisukhoz tartozó emberek egészségfejlesztési szükségleteit. A lakosság számára az egészséggel kapcsolatos információk közvetítésének hiteles képviselői, mely lehetőséget kínál a daganatos betegségek megelőzésére is (McIlfatrick et al, 2018). Egy korábbi, Zala megyében megvalósított szűrési modellprogram eredményei azt mutatták, hogy 27%-al növelhető a szűrésen való részvételi hajlandóság a „szűrést elkerülő” vagyis a rizikó csoportba tartozó nők körében abban az esetben, ha a házi orvos részt vesz a szűrővizsgálat kommunikációjában (Gyulai et al, 2018). Az alapellátásban dolgozó házi orvosok támogatása nemcsak a lakosság szűrésben való részvételi hajlandóságát növelhetné, hanem a védőnői

méhnyakszűrési elismertségét, ezáltal annak hatékonyabb működését is. A munkavégzés motivációit vizsgáló tanulmányok arról számolnak be, hogy minél magasabb az egyén belső motivációja, annál eredményesebben tudja a céljait elérni (Koestner et al, 2008). Ha a munkavállaló azért dolgozik, mert úgy érzi, hogy a munkája megegyezik a személyes meggyőződéseivel és értékeivel, ha szívesen végzi és érdekesnek tartja azt, akkor a személyes pozitív következmények mellett a munkavégzése is eredményesebb lesz (Fényszárosi et al, 2018). Ezt a belső motivációt erősíthetik az oktatók a pályaszocializáció során már a védőnők alapképzésben is (Rucska és Kiss-Tóth, 2021).

A védőnők szakmai attitűdjével kapcsolatos eredményeink is azt mutatták, hogy azok a védőnők vesznek részt a szűrésben, akiknek magasabb volt a motivációs faktorátlaga, ezen belül is a belső motivációs tényezőnek, vagyis a szakmai nyitottságnak volt nagyobb a szerepe. Ehhez valószínűleg hozzájárult, hogy a jelenleg szűrő védőnőknek szignifikánsan magasabb volt az észlelt személyes hatékonyság fejlődése, több pozitív tapasztalata volt a méhnyakszűrési tevékenység végzése során mint a korábban szűrt, jelenleg nem szűrő védőnőknek. A szűrési tevékenység végzésével kapcsolatos személyes hatékonyság fejlődését az eredményeink szerint a motivációs faktorok és a szűrésben résztvevő szereplők, mint támogató faktor befolyásolták kedvező irányban, míg a szűrési tevékenység alacsony anyagi és erkölcsi megbecsültsége pedig szignifikánsan csökkentette azt.

Ezért a védőnők szűrési hajlandóságának növelése érdekében olyan beavatkozásokra van szükség, amelyek a belső motivációs tényezőket erősítik, több pozitív megerősítésre, támogatásra van szüksége a szűrő védőnőknek a személyes hatékonyságuk fejlődése érdekében is. Ehhez szükséges, hogy a védőnők és a társszakmák, valamint a lakosság körében is növekedjen a védőnői méhnyakszűrő tevékenység elismertsége.

Javasoljuk, hogy a védőnői méhnyakszűrési rendszert igazítsák célzottan a népegészségügyi szükségletekhez olyan formában, hogy ne veszélyeztesse a védőnők alapfeladatának az ellátását és díjazza meg-



felelő mértékben. Megfontolandó lehet a főállású szűrővédőnők alkalmazása is. A méhnyakszűrés szolgáltatás elérhetőségében meglévő területi egyenlőtlenségek megszüntetése kiemelten fontos népegészségügyi érdek, ezért a hatékonyság növelése érdekében összefogásra és további egyeztetésekre van szükség a népegészségügyi szűrések országos koordinációjában résztvevők, az egészségpolitika, a védőnői szolgálat szakmai irányítását végzők, a védőnői szakmai érdekképviselet szereplői és nem utolsó sorban a területi védőnők között.

A vizsgálat korlátai

A vizsgálatot korlátozta a viszonylag alacsony (20%-os) válaszadási arány. A szűrésben való részvételi hajlandóságra vonatkozó eredmények értelmezése során figyelembe kell venni, hogy az eredményeket

nem az összes védőnőre vonatkoztattuk, csak azokra, akik a népegészségügyi célú védőnői méhnyakszűrésre történő felkészítésben (képzésben) részt vettek. Ugyanakkor a szűrővizsgálat végzésével kapcsolatos véleményt csak azok körében vizsgáltuk, akik már rendelkeztek szűrési tapasztalattal, ezért ezeket az eredményeket vélhetően nem torzította az alacsony válaszadási arány. vizsgálat erőssége, hogy a védőnői népegészségügyi célú méhnyakszűrés szolgáltatás elfogadottságáról, munkarendbe illesztéséről, időráfordításáról, az új kompetenciával kapcsolatos szakmai attitűdről korábban nem álltak rendelkezésre kutatási eredmények.

A kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült. A szerzőknek nincsenek a cikk témájával kapcsolatos érdekelt-ségeik.

Szerzői munkamegosztás:

Dr. Gyulai Anikó: tervezés, koncepció, elemzés, szerkesztés, adatfeldolgozás, kézirat megírása. Dr. Takács Péter PhD: adatfeldolgozás, statisztikai elemzés, Dr. Sárvári Andrea PhD: szakértés, elemzés, Moravcsikné dr. Kornyei Ágota PhD: koncepció, statisztikai elemzés, Árváné Egri Csilla: tervezés, koncepció, adatfelvétel, szakértés. Csire Tamás Béla: tervezés, koncepció, szakértés. Dr. Kósa Zsigmond János PhD: tervezés, koncepció, szakértés

Felhasznált irodalom

- 18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet A felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet módosításáról Magyar Közlöny 2016/116. 10408-11971
- 28/2013. (IV. 5.) EMMI rendelet a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet módosításáról http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/1509/fajlok/28_2013_emmi.pdf
- 46/2003. (IV.16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a03h0046.OGY>
- 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700051.NM>
- Akers, A., Newmann, S., Smith, J.S. (2007) Factors underlying disparities in cervical cancer incidence, screening, and treatment in the United States. *Curr Probl Cancer* 2007/31, 157-181.
- AMIEHS (2021). Avoidable Mortality in the European Union Towards better Indicators for the Effectiveness of Health Systems. <https://survey.erasmusmc.nl/amiehs/atlas.html>
- Árváné Egri, Cs., Fehér, E., Szabó, M. (2014) Védőnői méhnyakrákszűrést végző védőnők tapasztalata a szűrésre személyesen meghívott nők szűrésén való részvételével kapcsolatban. *Védőnő* 2014/24(5):24-31.
- Bényi, M., Vámos, M., Kéki, Zs., Rákos-Zichy, P. (2009) Méhnyak szűrővizsgálatok értékelése a MikroLEF 2007. alapján. *Népegészségügy* 2009/ 87-3, 162-171. - ISSN 0369-3805
- Boncz, I., Sebestyén, A., Döbrössy, L., Kovács, A., Budai, A., Székely, T. (2007) A méhnyakszűrés részvételi mutatói Magyarországon. *Orv Hetil.* 2007/148(46), 2177-2182. <https://doi.org/10.1556/HO.2007.28956>
- Canfell, K. (2019). Towards the global elimination of cervical cancer. *Papillomavirus Research.* 2019/ 8: 100170. DOI: 10.1016/j.pvr.2019.100170.
- Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 <http://www.who.int/>

[publications/almaata_declaration_en.pdf](#)

Döbrössy, L. (2012) *A védőnők feladatai a népegészségügyi méhnyakszűrésben. Védőnő* 2012/ 22(2), 3–4.

Döbrössy, L., Kovács, A., Budai, A. (2015) Egyenlőtlenségek a méhnyakszűrésben *Orv Hetil.* 2015/156, 955-963 <https://doi.org/10.1556/650.2015.30162>

Döbrössy, L., Kovács, A., Döbrössy, B., Budai, A., Boncz, I., Margitai, B., Koós, T. (2010) Miért kihasználatlan hazánkban a szervezett lakosságszűrés? *LAM* 2010/ 20,689–693.

Fehér, E. (2012) *A Védőnői Méhnyakszűrő Programok 3 éve Védőnő* 2012/22(2), 5–9.

Fényeszárosi, É., Sallay, V., Matuszka, B., Martos, T. (2018) Munkával kapcsolatos motivációk és elégedettség – Személyorientált elemzés *Magyar Pszichológiai Szemle* 2018/73(3),411-434. <https://doi.org/10.1556/0016.2018.73.3.3>

Gyulai, A., Fehér E., Balázs, I. (2015) *A védőnők szerepe a méhnyakrák megelőzésében A Védőnői Méhnyakszűrő Programok tapasztalatai Magyarországon Acta Medicina et Sociologica* 2015/6,31-38.

Gyulai, A., Nagy A., Pataki, V., Tóth, D., Ádány, R., Vókó, Z. (2018) General practitioners can increase participation in cervical cancer screening – a model program in Hungary *BMC Family Practice* 2018/19 -1(67) ,8 <https://doi.org/10.1186%2Fs12875-018-0755-0>

Karamánné Pakai, A., Németh, K., Fekete, J., Mészáros, L., Dér, A., Doms, R. Ponyóka, S., Mák, E., Bujtor, A., Domján, P., Balázs, P. (2008) *A méhnyakrák-szűrés eredményességét befolyásoló tényezők - egy felmérés tükrében. Nővér* 2008/21: 2, 3-9.

Karamánné, Pakai A., Németh, K., Kriszbacher, I., Dér, Lampke, K., Mészáros, L., Betlehem, J., Balázs, P. (2009) *A szervezett méhnyakrák-szűrésből való távolmaradás okainak vizsgálata a Nyugat-dunántúli Régióban élő nők körében. Magyar Epidemiológia* 2009/6, 9-20.

Karamánné, Pakai A., Németh, K., Mészáros, L., Dér, A., Balázs, P. (2008) *A méhnyakrákszűrés hatékonyságának vizsgálata Zala megyében. Egészségügyi Gazdasági Szemle* 2010/ 46 :4, 43-48.

Kiss-Tóth, E (2015) *A védőnői hivatás történetének értékalakulási tendenciái, Egészségtudományi Közlemények* 2015/5. (1), 11–23

Koestner, R., Otis, N., Powers, T.A., Pelletier, L., Gagnon, H. (2008) Autonomous motivation, controlled motivation, and goal progress. *Journal of personality*, 76(5), 1201–1230. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00519>.

Kösa, K. (2017) *A hátrányos helyzetű lakosság elérése, mediátorok szerepe az alapellátásban. Népegészségügy.*2017/95 (1):64-67

Kösa, Zs., Gyulai, A., Jávorné Erdei. R., Nagy, Józsefné., Rákóczi, I., Takács, P. (2014) *Védőnői és házi gyermekorvosi/vegyes praxisú házi-orvosi feladat szervezés felmérése, időmérleg vizsgálat.* http://www.gyermekekalapellatas.hu/archiv/idomerleg_es_attitudvizsgalat/idomerleg_vizsgalat_vedonoi.html

Kovács, A. Boncz, I. (2009) *A szekunder prevenció onkológiai szűrési programok helyzete Magyarországon. Népegészségügy* 2009/87, 265-275.

Kovács, A., Döbrössy, L., Budai, A. Boncz, I., Cornides, A. (2007) *A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban Orv Hetil.* 2007/148,535-540.

Kovács, A., Döbrössy, L., Budai, A., Boncz, I., Cornides, Á. (2007) Cervical screening in Hungary: why does the “English model” work but the “Hungarian model” does not? *Eur J Gynaec Oncol.* 2007/29 (1), 5-9.

Langmár, Z., Németh, M., Kornyai, L., (2011) *Méhnyakszűrés Magyarországon – epidemiológiai, történeti és módszertani vonatkozások Orv Hetil.* 2011/152, 2063–2066.

McIlfatrick, S., Keeney, S., McKenna, H., McCarley, N., McElwee, G.(2018) *Investigating the role of the general practitioner in cancer prevention: a mixed methods study. BMC Family Practice.* 2013; <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-58>

Pakai, A., Brantmüller, É., Vajda, R., Karácsony, I., Balázs, P. (2017). *Reasons for non-appearance on organized cervical screening in Hungary. Practice and Theory in Systems of Education* 2017/11 (2),142-154.

Pakai, A., Dér, A., Kriszbacher, I., Németh, K., Zsigmond, E., Balázs, P. (2010) *Why don't Hungarian women take part in organized cervical screening? New Medicine* 2010/14, 25-28.

Papp, M. (2014) *Alapellátás új minőségben. Népegészségügy* 2014/92 (3-4):135

Ruska, A. Kiss-Tóth, E. (2021) *Hozzáadott pedagógiai érték megjelenése a felsőoktatásban, avagy pályaszocializációs és munkaértékek változása az egészségtudományi felsőoktatásban tanuló diákoknál.* in: Szakmódszertani és pedagógiai tanulmányok a világiárvány idején *International Research Institute sro, Komárno, Slovakia,* 2021

Sárvári, A. (2015). *A magyar nők rosszindulatú daganatos betegségek miatti korai halálozásának jellemzői 1980 és 2011 között Acta Medicina et Sociologica;* 2015/6, 69-78

Sárvári, A., Bálint, P. Cs., Gyulai, A., Kösa, Zs. (2019). *A magyarországi emlő- és méhnyakszűrés retrospektív vizsgálatának jellemzői a halálozási és megbetegedési adatok tükrében. Orv Hetil* 2019/160(49),1948-1956. <https://doi.org/10.1556/650.2019.31518>

WHO (2005) *International Agency for Research on Cancer. IARC handbooks of cancer prevention: cervix cancer screening, vol. 10. Lyon: IARC Press/2005.,1-302.*

WHO (2019. december 16). *Global strategy towards eliminating cervical cancer as a public health problem.* <https://www.who.int/docs/default-source/cervical-cancer/cerv-cancer-elimn-strategy-16dec-12pm.pdf>

Horváth Luca
védőnő¹

Dr. Karácsony Ilona PhD.
egyetemi adjunktus²

Kapcsolattartó szerző:

Dr. Karácsony Ilona PhD

Levelezési cím:

9700 Szombathely, Jókai utca 14.

Email: ilona.karacsony@etk.pte.hu

Telefon: 94 311 170



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

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

¹Szombathelyi Egészségügyi és Kulturális Intézmények Gazdasági Ellátó Szervezete, Szombathely (e-mail: luca.990130@gmail.com)

²PTE ETK, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Szombathely (e-mail: ilona.karacsony@etk.pte.hu)

ORCID-azonosító: 0000-0003-3336-9376

Absztrakt

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

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

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

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

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

Kulcsszavak: várandós, szorongás, rizikófaktor, társas támogatás

Abstract

Introduction and objective: In the course of our study we examined the lifestyle, quality of relationship systems and mental state of women in the second and third trimester of their pregnancy. **Participants and method:** Gravidas in their second or third trimester participated in our quantitative, cross-sectional study with targeted, expert sampling method (n=540). An on-line survey with self-administered and standard (MPSS, IBM, STAI, EPDS, Paykel's Psychosocial Scale) questionnaires were used for data collection. Pearson and Spearman's correlation analysis, ANOVA t-test and chi²-test were used for analysis (p<0.05).

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

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

Keywords: pregnant, anxiety, risk factor, social support

Bevezetés

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

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



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

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

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

Anyag és módszer

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

Eredmények

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

Kutatási cél

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

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

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



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

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

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

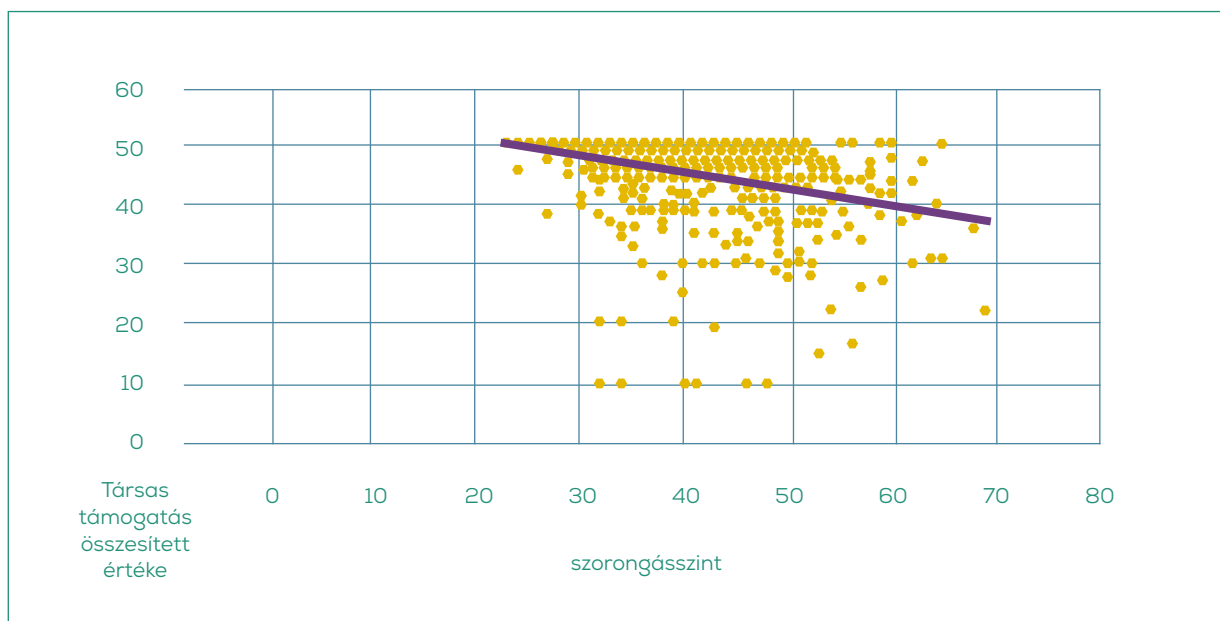
A szorongás szint vizsgálatához STAI Állapotszorongás skálát alkalmaztuk. Ennek a 20 ítemes mérőszköznek a segítségével a szorongásra való hajlamot mértük. A kitöltés során minimum 20, maximum

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

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

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

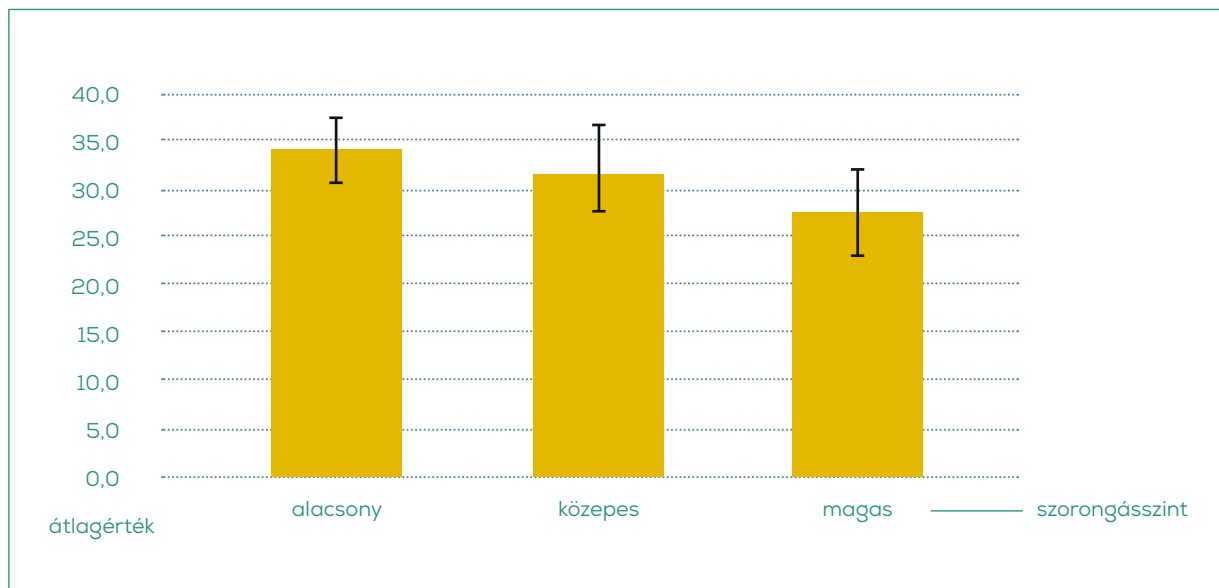
1. ábra: A társas támogatás összesített értéke és a szorongásszint közti kapcsolat $n=540$



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

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

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



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

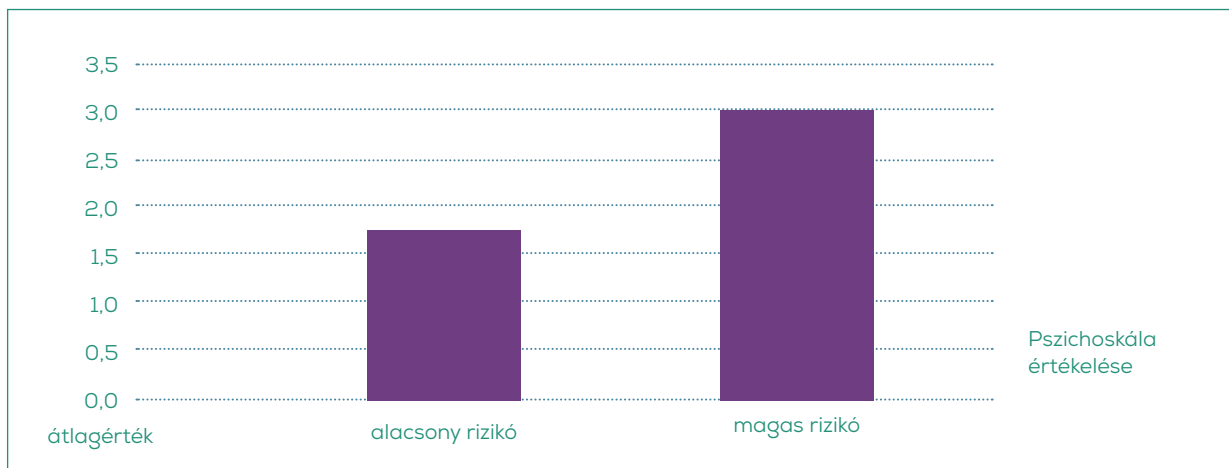
Kutatásunk során vizsgáltuk a családban felmerülő genetikai betegségek előfordulását. A válaszadók 12,22 %-a igennel, valamint 87,78% válaszolt nemmel. Rákérdeztünk a várandósság során kialakult cukorbetegségekre. A gravidák 17,59%-ánál alakult ki cukorbetegség, 82,41%-tól nemleges választ kap-

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Megbeszélés, következtetés

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

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

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

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

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

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

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

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

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



BUDAPESTI SZÁLLÁS LEHETŐSÉG

*** csillagos szállodákban

Csoportok és egyéni vendégek részére

Rövidebb és hosszabb távra

CENTRAL SALES KFT

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



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

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

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

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

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

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

Szerzői munkamegosztás:

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

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

Felhasznált irodalom

- Ali, S. N., Azam, S. I., Ali, S. B., Tabbusum, G., & Moin, S. S. (2012). Frequency and Associated Factors for Anxiety and Depression in Pregnant Women: A Hospital-Based Cross-Sectional Study. *The Scientific World Journal*, 12, 1-9. doi: 10.1100/2012/653098
- Altörjai, P., Fogarasi, A., & Kereki, J. (2014). Edinburgh Postnatalis Depresszió Skála (EPDS) kérdőív. In: Altörjai, P., Fogarasi, A., & Kereki, J. *Gyermek-alapellátási útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatának elvégzéséhez* 246-249. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Andersson, L., Poromaa-Sundström, I., Wulff, M., Åström, M., & Bixo, M. (2004). Implications of Antenatal Depression and Anxiety for Obstetric Outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 104.(3.), 467-476. doi: 10.1097/01.AOG.0000135277.04565.e9
- Arany, E., Girasek, J., & Pinczésné Palásthy, I. (2017). Pszichológiai vizsgálati módszerek gyűjteménye. *Tanulmányi Füzetek Debreceni Református Hittudományi Egyetem*, 81-83.
- Bacsó, Á., Balatoni, Á., Csordás, Á. K., Fogarasi Grenczer, A., Prosszer, M., Hegedűs, K., ,,, Talabér, J. (2018). Egyéni egészségfejlesztés módszertana. Budapest: NNK
- Balatoni, Á., Fogarasi Grenczer, A., Sebők, Sz., Csáky-Szunyogh, M., Fehér, Sz., Maradáné Veréb, V. (2018). Koraszülés-Prevenció Módszertani Kézikönyv Koraszülés/magzati retardáció/fejlődési rendellenességek kialakulásában szerepet játszó rizikófaktorok kivédésének lehetőségei. Budapest: NNK
- Balatoni, Á., Csáky-Szunyogh, M., Csordás, Á., Fogarasi-Grenczer, A., Karácsony, I., Prosszer, M., ... & Varga-Bokor, Zs. (2020). Koraszülést megelőző és optimális magzatfejlődést támogató modellprogram zárótanulmánya. Budapest: NNK
- Bhushan, N. L., Kruph, K., Jaykrishna, P., Ravi, K., Khan, A., Shidhaye, R., ... & Madhivanan, P. (2020). The association between social support through contacts with Accredited Social Health Activists (ASHAs) and antenatal anxiety among women in Mysore, India: a cross-sectional study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 55.(10.), 1323-1333. doi: 10.1007/s00127-020-01854-4
- Bischof, G., Rumpf, H.J., Meyer, C., Hapke, U., John, U. (2007). Stability of subtypes of natural recovery from alcohol dependence after two years. *Addiction*, 102.(6.), :904-908. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.01834.
- Bíró-Nagy, A., Szászi, Á. (2021). Lélekben a járványon túl: a magyar társadalom a koronavírus-járvány negyedik hullámában. 30-39. Budapest: Policy Solutions.
- Chan, C. Y., Lee, A. M., Lam, S. K., Lee, C. P., Leung, K. Y., Koh, Y. W., & Tang, K. C. (2013). Antenatal anxiety in the first trimester: Risk factors and effect on anxiety and depression in the third trimester and 6-week postpartum. *Open Journal of Psychiatry*, 3., 301-310. doi: 10.4236/ojpsych.2013.33030
- Chua, T. E., Bautista, D. C., Tan, K. H., Yeo, G., & Chen, H. (2018). Antenatal anxiety: prevalence and patterns in a routine obstetric population. *Ann Acad Med Singapore*, 47.(10), 405-412.
- Cena, L., Mirabella, F., Palumbo, G., Gigantesco, A., Trainini, A., & Stefana, A. (2020). Prevalence of maternal antenatal anxiety and its association with demographic and socioeconomic factors: a multicentre study in Italy. *European Psychiatry*, 63.(1). doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.82
- Din, Z., Ambreen, S., Iqbal, Z., Iqbal, M., & Ahmad, S. (2016). Determinants of Antenatal Psychological Distress in Pakistani Women/Pakistanli Kadınlarada Antenatal Psikolojik Stresi Etkileyen Faktörler. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 53(2), 152-157. doi: 10.5152/npa.2015.10235
- Giardnelli, L., Innocenti, A., Benni, L., Stefanini, C. M., Lino, G., Lunardi, C., . . . Faravelli, C. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives of Women's Mental Health*, 15.(1), 21-30. doi: 10.1007/s00737-011-0249-8.
- Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashwili, L., Tomlinson, G., Vigod, S. N., ... & Richter, M. (2019). A systematic review and meta-analysis of the effects of antenatal anxiety on postpartum outcomes. *Archives of women's mental health*, 22.(5), 543-556. doi: 10.1007/s00737-018-0930-2
- Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashwili, L., Tomlinson, G., Vigod, S. N., ... & Richter, M. (2018). Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 79.(5.), 813. doi: 10.4088/JCP.17r12011
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., & Lykeridou, K. (2013). Coping strategies as psychological risk factor for antenatal anxiety, worries, and depression among Greek women. *Archives of women's mental health*, 16(5), 353-361. doi: 10.1007/s00737-013-0338-y
- Hadházi, É., & Takács, S. (2019). Az Intim Kötődés Mérése (IBM-HU) kérdőív pszichometriai jellemzőinek bemutatása. *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*, 20.(4.), 351-390. doi: 10.1556/0406.20.2019.015

- Henderson, J., & Redshaw, M. (2013). Anxiety in the perinatal period: antenatal and postnatal influences and women's experience of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31.(5.), 465-478. doi: 10.1080/02646838.2013.835037
- Hideg, G. (2020). *A fair play múltja, jelene és értéke*. Budapest: Fakultás Kiadó.
- Hideg, G. (2021). Role Model Choice Habits of Primary School and University Students in An International Perspective. *International Journal of Advanced Research*, 3.(1.), 115-129. doi:10.37284/ijar.3.1.400
- Hodoszó, K., Soósne Kiss, Zs., Jakus, P.; Feith, H. J.; Hollós, S.; Vingender, I. (2013) Professional help for visually impaired mothers raising a child. *New Medicine*, 17.(4.) 136-139.
- Insan, N., Weke, A., Forrest, S., & Rankin, J. (2022). Social determinants of antenatal depression and anxiety among women in South Asia: A systematic review & meta-analysis. *PloS one*, 17.(2.) doi: 10.1371/journal.pone.0263760
- Káramánné Pakai, A., & Oláh, A. (2014). Elméleti áttekintés a tudományos kutatásokról. In Ács, P. *Gyakorlati adatelemzés* 9-32. Pécs: PTE ETK.
- Kárácsony, I. (2018). Egészségről az iskolában - felvilágosítástól a fejlesztésig. *Képzés és Gyakorlat*, 16.(1.), 107-116. doi: 10.17165/TP2018.1.11
- Lee, M. A., Lam, K. S., Lau Mun Sze, M. S., Chong Yin, S. C., Chui, W. H., & Fong Tak, Y. D. (2007). Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *Obstetrics & Gynecology*, 110.(5.), 1102-1112. doi: 10.1097/01.AOG.0000287065.59491.70.
- Pakai, A., & Kivés, Zs. (2013). Kutatásról ápolóknak. Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségügyi kutatásokban. *Nővér*, 26.(3.), 20-43.
- Papp-Žipernovszky, O., Kékesi, M. Z., & Jámori, S. (2017). A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 18.(3.), 230-262. doi: 10.1556/0406.18.2017.011
- Pressman, S. D., Cohen, S., (2007). Use of Social Words in Autobiographies and Longevity. *Psychosomatic Medicine*, 69. (3.) 262-269. doi: 10.1097/PSY.0b013e31803cb919
- Rankin, N. I. (2022). Social determinants of antenatal depression and anxiety among women in South Asia: A systematic review & meta-analysis.
- Redshaw, J. H. (2013). Anxiety in the perinatal period: antenatal and postnatal influences and women's experience of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 465-478.
- Sabri, Y., & Nabel, H. (2015). The impact of anxiety and depression during pregnancy on fetal growth and the birth outcome. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 36.(2.), 95-100. doi: 10.4103/1110-1105.158117
- Soósne Kiss, Zs. (2002). Egészségügyi és szociális szakemberek közös felelőssége az első gyermeket váró szülők támogatásában. *Nővér*, 15.(5.), 7-12.
- Soósne Kiss, Zs. (2009a.) Változó családalapítási tendenciák hatása az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek munkájára. *Egészségfejlesztés*, 50.(3.), 14-18.
- Soósne Kiss, Zs. (2009b.). Ungarn für und nachsorgen ohne Hebammen. *Deutsche Hebamenscheitrifft*, 15. (10.) 68-70.
- Soósne Kiss, Zs. (2014a). A sikeres családalapítás többé nem titok: családot alapító párok, őket felkészítő szakemberek kézikönyve. Budapest: General Press Könyvkiadó.
- Soósne Kiss, Zs. (2014b). A családalapítás útvesztői. Az elakadások megelőzése. *Egészségfejlesztés*, 55. (5-6.), 26-32.
- Soósne Kiss, Zs. (2014c.) Primer prevencióval szemlélettel dolgozó szakemberek lehetőségei a családi krízisek megelőzésében, családterápiás munka tapasztalatai alapján. *Egészségfejlesztés*, 55. (1-2), 20-27.
- Sümei. Pszichoszociális mérőskála várandósok számára (Paykel, rövidített, módosított változat) onedrive.live.com/redir?resid=DFF-1C95B1EA7324D!1055&authkey=!AA6gcYN09vYMExw&ithint=file%2cdocx
- Szabó, J., Pék, E., Bettleheim, J. (2011). A társas támogatottság jelentősége az egészségi állapot alakulásában. *Egészség-Akadémia*, 2. (2.), 99-106.
- Ujváriné Siket, A., Oláh, A., Tulkán, I., & Káramánné Pakai, A. (2019). Az APN ápoló szerepe az egyes kliensutakban a praxisközösségi team-ben. *Népegészségügy*, 97.(3.), 301.
- Verbeek, T., Bockting, C. L., Beijers, C., Meijer, J. L., van Pampus, M. G., & Burger, H. (2019). Low socioeconomic status increases effects of negative life events on antenatal anxiety and depression. *Women and Birth*, 32.(1.), 138-e143. doi: 10.1016/j.wombi.2018.05.005

Major Gyöngyi¹
tanársegéd

Gebriné dr. Éles
Krisztina PhD²
egyetemi adjunktus

Dr. Rákóczi Ildikó PhD³
főiskolai docens



A perinatális veszteség miatti gyász jelenségének vizsgálata az orvosok és szülésznők körében

An investigation of the phenomenon of perinatal loss among doctors and midwives

Kapcsolattartó szerző:

Major Gyöngyi

Levelezési cím:

4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4.

Email: major.gyongyi@foh.unideb.hu

Telefon: 06 20 233 2535

¹Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolási és Szülésznői tanszék, Nyíregyháza

²Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolási és Szülésznői tanszék Nyíregyháza ORCID azonosító: 0000-0002-6672-0268

³Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolási és Szülésznői tanszék, Nyíregyháza

Absztrakt

Bevezetés: A perinatális veszteség átélése nehézséget jelent az elszenvedő szülőknek, valamint az egészségügyi szakembereknek is egyaránt. A kutatás célkitűzései közé tartozott választ kapni, mennyire megterhelő az ilyen édesanyák ellátása, milyen alternatívák kialakításával javíthatnánk azokon a tényezőkön, amelyek összefüggést mutatnak a nőket, valamint az egészségügyi dolgozókat érintő későbbi mentális nehézségek megjelenésével.

Módszer: Keresztmetszeti vizsgálatot végeztünk saját szerkesztésű online kérdőív kitöltésével, mellyel feltártuk az egészségügyi dolgozók munkavégzésük sajátosságait, az elméleti és gyakorlati ismereteket és a megélt nehézségeket. A kérdőívünket 69 szakdolgozó (orvos és szülésznő) töltötte ki. Az eredmények feldolgozása az SPSS 23.0 szoftver segítségével zajlott. Leíró statisztikai eljárások mellett, keresztábra elemzést és Khi négyzet próbát végeztünk.

Eredmény: A halott magzat születését kísérő érzések az 55 év feletti és több, mint 30 éve dolgozó szakembereket kíséri hosszú távon a legnagyobb mértékben. Tanulmányok és munkavégzés ideje alatt elsajátított szakmaspecifikus ismeretek hiánya az orvosok körében a legszignifikánsabb. Az egészségügyi szakdolgozók megítélése szerint, a perinatális palliatív ellátás minősége a megfelelő munkahelyi körülményekkel, humánerőforrás növelésével javítható leginkább.

Következtetések: A szakemberek munkavégzése során, kevés az egyértelmű palliatív ellátásbeli instrument a szakdolgozók gyászélményének feldolgozására. Hosszú távon rizikófaktor lehet a mentális problémák kialakulásának, a pályaelhagyásnak, a kiegészi szindróma kifejlődésének.

Kulcsszavak: perinatális veszteség gyász egészségügyi szakdolgozók



Abstract

Introduction: The perinatal loss is difficult for parents and health professionals as well to experience it. One of the objectives of the research was to find out how burdensome it is to care for such mothers, what alternatives could be developed to improve the characteristics that are associated with the emergence of subsequent mental difficulties affecting women and health workers.

Method: Cross-sectional study by filling in a self-edited online questionnaire, with which we examined the peculiarities of their work, the theoretical and practical knowledge, and the difficulties that they had experienced. Our questionnaire was filled out by 69 employees in obstetrics. The results were processed using SPSS 23.0 software. In addition to descriptive statistical procedures, cross-tabulation analysis and Chi-square test were performed.

Result: During the research, we examined the peculiarities of palliative care with emphasis. The feelings that accompanied the birth of a dead fetus are most prevalent in the long run for professionals who are over the age of 55 and those who have been working for more than 30 years in this field. The lack of profession-specific knowledge acquired during studies and work is the most significant among doctors. According to health professionals, the quality of perinatal palliative care can be improved the best with appropriate workplace conditions and increasing human resources.

Conclusions: There are few clear palliative care instruments to process the grief experience of the professionals. In the long run, this can be a risk factor of the development of mental problems, career abandonment, and the development of burnout syndrome.

Keywords: perinatal loss, grief, health professionals

Bevezetés

Világszerte 3 millió újszülötthalál és 2,64 millió halvaszületés történik (Shaikh et al, 2016). Hazánkban évente a magzati veszteség száma 36000 felett van (KSH, 2021). A perinatális halálozás, a várandósság és a szüléskörüli időszakban bekövetkező magzati veszteséget foglalja magában, mely akkor állapítható meg, ha a halál a méhen belül a terhesség 24. hete után következett be, vagy ha a méhen belül elhalt magzat hossza a 30 cm-t vagy tömege az 500 g-ot eléri (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről). Több kutató vizsgálta az elmúlt években a koronavírus járvány és a magzati veszteségek közötti összefüggéseket, mivel a várandósság alatt a vírussal történő megfertőződés növelte a praeeclampsia, a vetélés, a koraszülés és a halvaszületés arányát (Coronado-Aroyo et al, 2021), (Allotey et al, 2020). A perinatális veszteséget elszenvedett nők kísérése, ellátása is fokozza az egészségügyi dolgozókat érő munkahelyi

stresszt (Musodza et al, 2021). A World Health Organization (WHO) stratégiatervében is hangsúlyos szerepet kapott, hogy az egészséges, kellően támogatott, jól képzett, továbbá ösztökélt munkatársak javítják a betegellátás minőségét, így a népesség egészségi státuszára is megfelelő hatással vannak (WHO, 2021). A szülészobán dolgozó szakemberek (szülésznők és orvosok) az egészségügy speciális területén dolgoznak, relatíve nagymértékű kompetencia körrel. Munkavégzésük során közvetlen kapcsolatba kerülnek a betegekkel/kliensekkel ezért nagyon lényeges a testi és a mentális egészségi állapotuk védelmére egyaránt nagy hangsúlyt fektetni. A szülészeti ellátásban dolgozó szakemberek elsődlegesen nem beteg egyénekekkel foglalkoznak, hanem élettani várandósok, szülőnők ápolását végzik. Magzati halál esetén olyan traumatizáció éri a szülőket, amely a tudatos gyermekváltást kísérő különféle lelki folyamatokat drasztiku-

san megszakítja, ezzel elindítva a kóros gyászmunkát (Zsák et al, 2015). A gyász önmagában egy ösztönös pszichikai válasz, veszteségre adott individuális reakció (Zsák és Geiszbühl-Szimon, 2018). A legtöbb gyászoló ember egy olyan úton halad, amely bár göröngyös, valamint kátyúkkal van teleszórvva, de a veszteség elkerülhetetlenségének elfogadásához, annak valóságának beépüléséhez, a permanens életbe, továbbá újragondolásához vezet. Corr és munkatársai megfigyelték, hogy ha a gyászmunka elmarad és az akut intenzív gyász nem integrálódik a mindennapi életbe, akkor kialakul a komplikált gyász szindróma (Corr et al, 2017). Csikós és munkatársai kutatási eredményeik alapján rámutattak arra is, hogy a komplikált gyász kialakulására hajlamosít a negatív gondolkodás iránti elfogultság és a pozitív érzések gátlása (Csikós et al, 2015). Kersting és munkatársai leírták, hogy a gyermek elvesztésével járó bonyolult gyászreakció negatívan befolyásolhatja a mentális és a fizikai jóllétet egyaránt. A populáció alapú csoportban a gyermeküket gyászoló egyének mutatták a legmagasabb komplikált gyász prevalenciát (Kersting et al, 2011). A gyászoló szülők körében végzett tanulmányban de Wijngaards és kollégái azt állapították meg, hogy a halott gyermek megtekintése és az elbúcsúzás lehetősége csökkenti a komplikált gyász érzésének kialakulását (Wijngaards et al, 2008). Nemzetközi tanulmányok igazolták, hogy a késői mentális rendellenességek kockázata jelentősen csökkent azoknál az édesanyáknál, akik veszteségüknél fizikális kapcsolatot tudtak létesíteni gyermekükkel, pozitív hatást gyakorolva következő várandósságuk kimenetelére (Säflund et al, 2004). A szülésznők munkájuk során érzelmi megterhelésnek vannak kitéve, ami hatással van az egészségi állapotukra, az érzelmi jóllét hiánya pedig oka lehet a pályaelhagyásnak. Batsman és munkatársai a svéd szülésznők körében vizsgálták a depresszió, a stressz, a szorongás és a kiegészítő hatásait az életminőségükre (Batsman et al, 2020). Több tanulmányban kiemelték a szülésznők támogató szerepének jelentőségét a perinatális veszteségek esetében

(Agwu Kalu et al, 2018), (Barry et al, 2017). Eredményeik rámutattak arra is, hogy a mintában szereplő szülésznők nem rendelkeztek megfelelő szintű önbi-zalommal ahhoz, hogy gyászoló szülőket támogassanak a gyással való megküzdés során. A legnagyobb pszichoszociális befolyásoló tényezőként pedig a munkahelyükön kapott támogatás volt a saját belső ere-jük mellett (Agwu Kalu et al, 2018). Egy 2013-as tanulmányukban leírták, hogy a gyászoló szülők támogatásához olyan bábákra van szükség, akiknek megvan a megfelelő mértékű magabiztosságuk, ahhoz, hogy betöltsék kulcsfontosságú szerepüket (Downe et al, 2013). A szakemberek magabiztossága gyásztámogató tudásként és készségként definiálható (Agwu Kalu et al, 2018).

Kutatás célkitűzései

A szakdolgozók körében végzett vizsgálatunk célja három fő területre, az érzelmi azonosulásra, a perinatális veszteség során alkalmazott ellátásra vonatkozó szakmai kérdésekre, és a munkavégzéssel kapcsolatos tényezőkre terjedt ki.

Adatok és módszerek

A kutatómunkánk során kvantitatív kutatást végeztünk a Szabolcs-Szatmár- Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház Jóna András Oktatókórház fekvőbeteg ellátásban dolgozó orvosok és szülésznők körében. A 2021-es szakdolgozói létszámadatok alapján határoztuk meg a tervezett minta elemszámát, mely szerint a szülőszobán is dolgozó szülésznők és orvosok létszáma 119 fő volt. A 119 db kiküldött kérdőívből a beérkezett értékelhető kérdőívek száma 69 db volt, így a válaszadási arány 57,9%. A minta létszámának meghatározásánál elsődleges szempont volt, hogy az orvosok és szülésznők elsősorban a szülőszobán dolgozzanak. Kérdőívünk szociodemográfiai, érzelmi bevonódásra, perinatális veszteséggel kapcsolatos szakmai és egyéni magatartásbeli-, testi-lelki-szociális jólét és a munkavégzés kapcsolatának kérdés-egységre vonatkozó kérdésekből tevődött össze.

Alkalmazott módszertan

A statisztikai elemzés az SPSS 23.0 verziójával történt a kutatásunkban. A mintát korcsoport szerint 5 csoportra osztottuk (18-25 évesek, 26-33 évesek, 34-40 évesek, 41-55 évesek, 55 éves felettiek). Munkakört tekintve pedig három csoportot (orvos, szülésznő

OKJ, szülésznő Bsc) képeztünk. A szociodemográfiai tényezők közül az életkort, a munkakört és a munkahelyen eltöltött évek számát leíró statisztikai módszerekkel analizáltuk. Az érzelmi bevonódásra vonatkozó tényezők vizsgálatakor az egy- és több válaszos kérdések



esetében először a gyakoriságot, majd a kereszt-táblás elemzést végeztünk. A skálás kérdések eredményeinek feldolgozása során átlagot és szórást számítottunk ki. A csoportok közötti különbségeket Khi-négyzet próbával teszteltük. Szignifikancia szint tekintetében öt százalékkal dolgoztunk. Az érzelmi bevonódásra, testi-lelki- szociális jóllét és a munkahelyi körülmények kapcsolatára és a veszteséget érintő szakmai feltevésekre vonatkozó kérdések tekintetében is medián értékeket mértünk, a medián alatti átlagértékeket alacsonynak, a medián feletti átlagértékeket magasnak tekintettük. Célként tűztük ki, hogy az életkorcsoportok, munkakör szerint kialakított csoportok véleménye által megállapítható-e szignifikáns eltérés.

1. A minta szociodemográfiai jellemzői

A válaszadók életkorát tekintve a 41-55 éves kor közötti szakdolgozók adták a minta túlnyomó többségét (42%) (I. táblázat). A munkakörre vonatkozó kérdést tekintve a vizsgált mintából a szülésznők száma 31 fő (44,9%) (OKJ képesítéssel rendelkező vagy anélküli), diplomás (BSc) szülésznők száma 17 fő (24,6%). Az orvosi végzettséggel rendelkező személyek száma 21 fő (30,4%).

A válaszok alapján a megkérdezett szakdolgozók száma a kórházban eltöltött évek száma szerint 0-5 éve 20 fő (29%), 6-15 éve 10 fő (14,5%), 16-30 éve 24 fő (34,8%), 30 év felett 15 fő (21,7%) (I. táblázat).

2. Érzelmi bevonódásra vonatkozó jellemzők

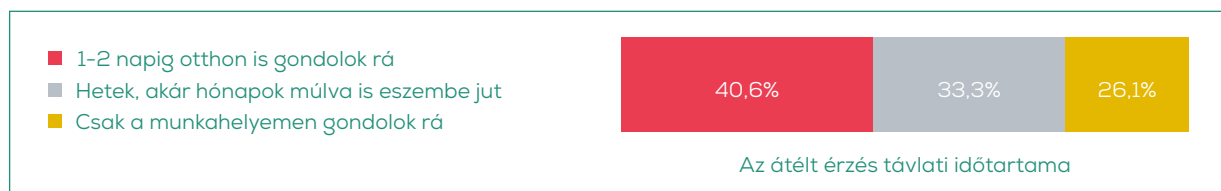
A megkérdezettek munkavégzésük során átélt érzésének távlati időtartamára szeretnénk volna választ kapni, a kapott eredményeket (1. ábra) szemlélteti. Az egészségügyi szakemberek 33%-át (23 fő) hetek, akár hónapok elteltével is foglalkoztatja a munkavégzésük során átélt érzés. A kereszt-tábla elemzés alap-

I. táblázat: Demográfiai adatok (N=69)

Demográfiai változók	Fő	%
Nem		
Férfi	15	21,7
Nő	54	78,3
Kor		
18-25 év	5	7,2
26-33 év	20	29
41-55 év	29	42
55 év felett	9	13
Szakmai változók		
Fő %		
Ledolgozott évek száma		
0-5 év	20	29,0
16-30 év	24	34,8
30 év felett	15	21,7
6-15 év	10	14,5

ján, az életkort tekintve a 41-55 év közötti szakemberek 41,3 %-át, míg az 55 év feletti válaszadók 66,6%-át hetek és hónapok elteltével is foglalkoztatja az átélt „trauma”. A 18-25 év kor közötti szakdolgozók közül egyetlen megkérdezett sem jelölte meg opcióként, hogy az ellátás során megélt érzéseik, akár hosszú idő eltelte után is kísérné őket. A Khi négyzet próba eredményei alapján szignifikánsan megnő az érzelmi megterhelés az életkor előrehaladtával $p=0.021$.

1. ábra: Mennyi ideig kísér az átélt érzés? (N=69)



Forrás: saját szerkesztés kérdőíves válaszok alapján

A kutatásunkban kitértünk különböző állításokra a palliatív ellátással kapcsolatban. Arra kértük a válaszadókat, hogy 1-5-ig terjedő Likert skálán értékeljék az állításokat. Az 1-es értékelés az egyáltalán nem ért egyet, míg az 5-ös érték teljes mértékben egyetért opció volt. A kapott adatokat (II. táblázat) foglalja össze. A kapott adatokból látható, hogy a megkérdezettek

az általunk feltett állításokkal egyetértettek. A szakemberek válaszai alapján, az ellátás minősége javulna a humán erőforrás növelésével, kegyeleti szoba kialakítása, szakmai protokoll ismerete és elsajátítása a perinatális veszteség témakörében állítások állnak a rangsor élén.

II. táblázat: Értékelő kérdések

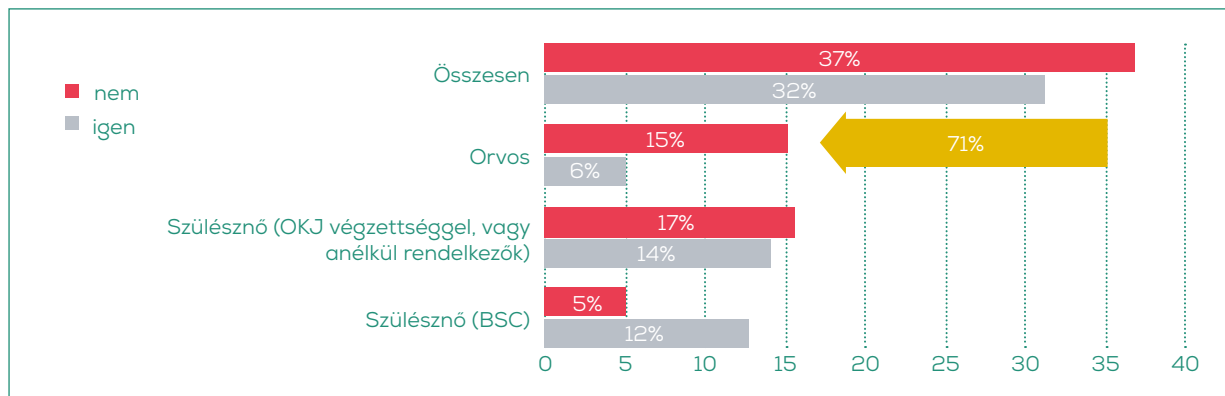
N=69	Átlag	Szórás
Az ellátás minősége javulna a humán erőforrás növelésével	4,72	0,662
Kegyeleti szoba kialakítása a szülészobán	4,54	0,867
Szakmai protokoll ismerete és elsajátítása a perinatális veszteség témakörében	4,48	0,851
Fontosnak tartom, hogy a gyászoló szülő, ha szeretné, lássa elhalt magzatát	4,25	0,886
Fontosnak tartom, hogy az elhalt magzat ellátása során keletkezett érzéseimet meg tudjam beszélni egy másik személlyel	4,03	1,294
Esetmegbeszélések lehetőségének létrejötte minden perinatális veszteség után a szakdolgozók körében	3,72	1,293
Azonosulok a vajúddóval, a szülőpárral gyászukban	3,48	1,335

Forrás: saját szerkesztés kérdőíves válaszok alapján

Kitértünk az egészségügyi dolgozók szakmai ismeretének meglétére is. A 2. ábra szemlélteti, hogy a munkavállalók részesültek-e szakmai instrukciók elsajátításában, rendelkeznek-e a perinatális veszteséget elszenvedett nők ellátásával kapcsolatos szakmai ismeretanyaggal. Khi négyzet próba alapján a kapott eredmények a munkakört tekintve szignifikánsak

$p=0.035$. A válaszadók 46,4%-a (32 fő) kapott tanulmányai és munkája során instrukciókat a veszteséget átélő nőellátásával kapcsolatban, míg 53,6%-uk (37 fő) nem kapott. Keresztátlás elemzés alapján az orvosok 71 %-a (15 fő), a diplomás szülésznők 29,4%-a (5 fő), az OKJ képesítéssel vagy anélkül rendelkező szülésznők 54,8%-a (17 fő) nem sajátított el munkája,

2. ábra: Részesült-e szakmai instrukciók elsajátításában tanulmányai vagy munkája során? (N=69)



Forrás: saját szerkesztés kérdőíves válaszok alapján



illetve tanulmányai során veszteséggel kapcsolatos szakmai ismereteket. A kérdőív összeállításánál továbbiakban azokra a feltételekre fókuszáltunk, miszerint az egészségügyi szakdolgozó meglátása szerint testi-lelki-szociális jólétben tudja elvégezni munkáját.

A feltételekkel való egyetértés eredményét, a következő táblázat foglalja össze (III. táblázat). A Likert skála fokozatai, 1-től 5-ig terjedtek (1-es opció egyáltalán nem ért egyet, míg az 5-ös opció teljes mértékben egyet ért).

III. táblázat: Feltételek a testi-lelki-szociális jólétben való munkavégzéshez

N=69	Átlag	Szórás
Megfelelő munkahelyi környezet, személyi és tárgyi feltétel	4,90	0,489
Tisztességes bérezés	4,70	0,716
Társadalmi megbecsülés	4,68	0,556
Figyelmet kapjon az egészségügyi dolgozó mentális egészsége (tanfolyamok, tréningek) segítségével	4,57	0,696

Forrás: saját szerkesztés kérdőíves válaszok alapján

A szakemberek egyöntetűen egyetértettek a feltételek fontosságával kapcsolatban. Rangsort állítva a munkavállalók meglátása szerint, a megfelelő munkahelyi

környezet, személyi és tárgyi feltételek megléte, tisztességes bérezés, társadalmi megbecsülés a leginkább fontos a jólétben való munkavégzéshez.

Megbeszélés

A perinatális halálozás jelentős érzelmi kihívással jár a szakemberek körében is (Walbank és Robertson, 2013). A gyászfolyamat során a szülésznők támogató szerepe kiemelkedő, de nincsenek megfelelően felkészítve a gyászfolyamat kísérésére, nem rendelkeznek a perinatális gyász gondozásához szükséges ismeretekkel és készségekkel (Hollins Martin et al, 2016) (Chan et al, 2018). Az egészségügyi dolgozók veszteségélményre adott pszichés válaszai tükrözik azt a feltevést, amit nemzetközi tanulmányokban is olvashatunk, hogy a szakemberek a veszteséget elszenvedett nők ellátása során nem tudnak érzelmileg elzárkózni az adott munkahelyi feladattól (McNamara et al, 2018). Egyfajta krízishelyzetben mennek át, mivel hetek, akár hónapok múlva (33,3%) is foglalkoztatja őket az ellátás során keletkezett lelki nehézségek. A vizsgálatunk egy fontos tényezőre hívta fel a figyelmet, mely szerint a több, mint 30 éve dolgozó szakemberek (73%) és az 55 év feletti munkavállalók (66,6%) vannak kitéve a leginkább az ellátás során

keletkezett érzéseik hosszútávú, késői feldolgozásának. Katherina J. Gold és munkatársainak kutatásában az egészségügyi dolgozók 75%-a érzett nagy érzelmi megterhelést, amelyek közül 10%-uk még a pályaelhagyáson is elgondolkodott (J. Gold et al, 2008). A kiégés szempontjából nagyobb figyelmet kell fordítani a fiatal egészségügyi dolgozókra is egyaránt, fontos elkezdni a felsőoktatásban a szakmai személyiség fejlesztését különösen az érzelmi tényezők fókuszálásával (Tandari-Kovács, 2010). A kutatásuk eredményei szemléltetik, a szakemberek érzelmi leterheltségét, mely „hordozása” mindenképp veszélyt jelent a pályaelhagyási szándékra, kiégési szindrómára (Zhang et al, 2014). A megküzdési mechanizmusok elsajátításával az egészségügyi személyzet komplexebb módon tud megbirkózni a munkájuk során eléjük kerülő kritikus élethelyzetekkel (Stanislawski et al, 2019). Az egészségügyben szükség van olyan protokollok kialakítására, amelyek kiterjednek a fájdalomcsillapítástól megkezdve, az ellátás során alkalma-

zott kommunikációs instrumentekre, a szakemberek etikai magatartására, a kompetenciák tisztázására (Csikós et al, 2015), (Gerow et al, 2010). További személyes kihívást jelent a személyzet leterheltségének növekedése, a fáradtság és a kiégés. Olyan tényezők, mint a túlsúlyos kórházakban végzett munka, hosszú munkaidő, éjszakai műszak, a személyzet hiánya, a kollégák betegsége és távolléte, a megállás nélküli munkavégzés szabadságok nélkül mind pozitív kapcsolatban állnak a szakemberek kiégésével (Yusefi et al, 2022), (Batsman et al, 2020). Egy multidiszciplináris team minden résztvevőjének lehetőséget kell biztosítani olyan összejövetelekre, amelyek során meg tudják egymással osztani érzéseiket (Lim et al, 2010). Az egészségügyi dolgozók egymással megosztott tapasztalatai által is támogatást éreznek, munkavégzésük során csökken az érzelmi szorongásuk, ami a betegek minőségi ellátását megzavarhatja (Thorne et al, 2018), (Ravaldi et al, 2022). A kutatás eredményeiből arra is fény derült, hogy tanulmányaik és munkavégzésük során úgy gondolják nem kaptak elegendő instrukciót a palliatív ellátásra vonatkozóan (szakemberek 53%-a). A speciális szakmai ismeretek hiánya olyan attitűdöket, illetve magatartásbeli folyamatokat indítanak el, melyek frusztrációt keltenek a dolgozóknak és többnyire tárgyilagossá válnak az ellátás során (Montero et al, 2011), (Agwu Kalu et al, 2018).

Következtetések

A kutatás korlátait képezték, hogy a keresztmetszeti vizsgálatra való tekintettel a vizsgálat eredményei csak az adott időpontban szemléltetik a megkérdezettek véleményét. A kvantitatív vizsgálathoz indokolt lenne egy nagyobb reprezentatív minta elérése, amelyből bizonyossággal vonhatóak le következtetések a perinatális veszteség miatti gyászjelenséget illetően. A kutatás korlátai közé sorolható a továbbá a kérdőív kitöltésének időtartama, valamint a szakemberek hozzáállása a vizsgálathoz. A sikertelen várandósság nehézségei és a magzat elvesztése miatt kialakult szomorúság, - bánat érzése, az egészségügyi személyzetet is érinti munkavégzése során. A gyászoló szülőknél keletkezett és felfokozott érzelmek hatással vannak a Szülészeti- Nőgyógyászati osztály dolgozóira is. A tanulmány eredményei a magas érzelmi bevonódás prevalenciájára irányította a figyelmünket a perinatális veszteséget elszenvedett nők ellátása során, valamint rávilágított az érzelmi reakciók és segítő esetmeg-

Az egészségügyi dolgozók körében is vannak olyan értékek, amelyek nélkülözhetetlenek a jóllétben való munkavégzésükhöz és a dolgozói teljesítményre egyaránt. Eredményeink azt mutatták, hogy a munkahelyi személyi és tárgyi feltételek megléte, tisztességes bérezés, társadalmi megbecsülés képezte a legfontosabb értéket az egészségügyi munkavállalók véleményei alapján, majd ezt követte az egészségügyi dolgozó mentális egészségének fontossága. A megfelelő követelmények és feltételek megteremtése a leglényegesebb elemei annak, hogy biztonságos munkakörnyezet legyen a személyzet számára (Tajabadi et al, 2020). A munka megteremti az alkalmazottak szükségleteinek a kielégítését. Kapcsolat állítható fel az elégedettség mértéke és a különböző strukturális mechanizmusok között, mely hatással van a pályaelhagyásra és dolgozói teljesítményre egyaránt (Vladár, 2016). „A tisztességes munkakörülmények biztosítása az egészségügyi szektorban prioritás” (Bull World Health Organ, 2019). Az egészségügyi ellátó rendszereknek törekedniük kell a szervezeti struktúra kialakításánál és megtervezésénél, hogy a szakdolgozók testi-lelki-szociális jólléte előtérbe kerüljön, mely hatással van az ellátás minőségére, a teljesítményre és nem utolsósorban a betegek elégedettségére is (Gardiner et al, 2016).

beszélések fontosságára. A mintánkban szereplő szakemberek nagy része tanulmányaik vagy munkavégzésük során nem kapott elegendő instrukciót a palliatív ellátást illetően és ismereteiket hiányosnak érezték. A pszichometriai mutatók a saját szerkesztésű kérdőív alapján nem kielégítőek. A vizsgálat eredményei alátámasztják azokat a feltételezéseinket, hogy a szakemberek munkavégzésük során átélt érzéseik megvitatását esetmegbeszélések keretei között fontosnak tartják, mivel az egészségügyi dolgozók szakmai kiégésében nagy szerepet játszik az érzelmi disszonancia, a helytelen megküzdési stratégiák alkalmazása és munkahelyi támogatás hiánya. Hollins és munkatársai a probléma megoldási lehetőségeként elsősorban a megfelelő tanulási stratégia megválasztását emelték ki, ami lehet esetmegbeszélő csoport vagy osztálytermi elméleti foglalkozás egyaránt, de adjon lehetőséget a szülész-nők számára a perinatális gyászsal kapcsolatos gondolatok feltárására,



érzéseik kinyilvánítására (Hollins et al, 2016), (Downe et al, 2013). A bábák leginkább a kreatív tanulási módszereket támogatták, mint a vita vagy az esetmegbeszélő csoport foglalkozások (Barry et al, 2017), de ki lehet emelni a reziliencia érzet növelésére irányuló workshopok, mentor programok hasznosságát ahhoz, hogy a szülésznők magabiztosabbá váljanak és hatékonyan tudják kezelni a saját érzelmi válaszaikat. Serrano és munkatársai tanulmányukban hangsúlyozzák, hogy a szülésznőket fel kell készíteni a gyász-folyamat támogatására és a megfelelő kommunikációs készségek kialakítására (Martinez-Serrano et al, 2018). A munkahelyi körülmények nagymértékben meghatározzák a minőségi ellátás színvonalát és a palliatív ellátás leginkább a megfelelő személyi, tárgyi feltételek megteremtésével javítható a szakdolgozók meglátása szerint. A szülésznők és orvosok szempontjait vizsgálva arra a következtetésre jutottunk, hogy az egészségügyi személyzet szakmai megértési mátrixába erősen integ-

rálódnak az érzelmek, mint erőforrás. A perinatális halálózással összefüggésben a munkahelyi támogatás fontosságára nagy figyelmet kell fordítani (Wallbank és Robertson, 2013). A tanulmányunk szemlélteti, hogy kiemelten fontos szerepet kell tulajdonítani annak az érzelmi munkának, amit a szakdolgozók a palliatív ellátás során végeznek. Szem előtt kell tartani az orvosok és szülésznők emocionális szükségleteit, felismerve a veszteségérzés fontosságát a szakmai fejlődés és tudás kialakításában. Különösen indokolt figyelmet fordítani az érzelmek fontosságának elismerésére a szakemberképzési rendszer kialakításában és a palliatív gyakorlat esetlegesen háttérbe szorult aspektusainak értékelésében.

Támogatások és érdekeltségek

A szerzőnek nincs a közlemény elkészítését befolyásoló támogatása és/vagy érdekeltsége.

Szerzői munkamegosztás:

Major Gyöngyi: kutatás lebonyolítás, statisztikai elemzés, szakirodalmi kutatás, szerkesztés

Gebriiné dr. Éles Krisztina: szakirodalmi áttekintés, formai és tartalmi szakértői segítség, szerkesztés koordinálása

Dr. Rákóczi Ildikó PhD: a cikk tartalmi és formai felülvizsgálata

Felhasznált irodalom

1. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
2. Agwu Kalu, F., Coughlan, B., Larkin, P., (2018): *A mixed methods sequential explanatory study of the psychosocial factors that impact on midwives' confidence to provide bereavement support to parents who have experienced a perinatal loss*, *Midwifery* 64, 69-76 doi: 10.1016/j.midw.2018.06.011
3. Allotey, J., Fernandez, S., Bonet, M., Stallings, E., Yap, M., Kew, T.: Thanganatiram S. (2020): *Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta analysis* *BMJ* 370,3320 doi: 10.1136/bmj.m3320
4. Barry, M., Quinn, C., Bradshaw, C., Noonan M., Brett, M., Atkinson, S., (2017): *Exploring perinatal death with midwifery students' using a collaborative art project* *Nurse Education Today* 48,1-6 doi: 10.1016/j.nedt.2016.09.004
5. Båtsman, A., Fahlbeck, H., Hildingsson, I., (2020): *Depression, anxiety and stress in Swedish midwives: A cross-sectional survey*, *Eur J Midwifery* 4, 29 doi: 10.18332/ejm/124941
6. *Bull World Health Organ* (2019): *Health workforce burn-out*. 97, 9: 585-586 doi: 10.2471/BLT.19.020919
7. Chan, MF, Lou, FI, Gordon, A.D., (2010): *A survey comparing the attitudes toward perinatal bereavement care of nurses from three Asian cities*, *Evaluation and the Health Professions* 33, 4, 514 - 533 doi: 10.1177/0163278710381092
8. Coronado-Arroyo, J.C., Concepcion-Zavaleta, M.J., Zavaleta-Guiterrez FE., Concepcion-Urteaga LA., (2021): *Is Covid-19 a risk factor for*

- severe preeclampsia? Hospital experience in a developing country *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 256, 502–526 doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.09.020
9. Corr, C. A., Corr, D. M., Doka, K. J., (2017): *Death and dying, life and living* Wadsworth ISE.
10. Csikós, Á., Menyhért, M., Radványi, I., Busa, Cs., (2015): A gyász új perspektívái, *Pécsi Tudományegyetem, Pécs, Orvosi Hetilap* 156, 39, 1569–1576 doi: 10.1556/650.2015.30236
11. Downe S., Schmidt E., Kingdon C., (2013): Bereaved parents experience of still- birth in UK hospitals: a qualitative interview study. *BMJ open* 2013, 3 doi: 10.1136/bmjopen-2012-002237
12. Gardiner, P. A., Kent, L., Rodriguez, V., Wojcieszek, A. M., Ellwood, D., Gordon, A., Wilson, P. A., Bond, D. M., Charles, A., Arbuckle, S., (2016): Evaluation of an international educational programme for health care professionals on best practice in the management of a perinatal death: IMProving Perinatal mortality Review and Outcomes Via Education (IMPROVE), *BMC Pregnancy and Childbirth* 16, 376 doi: 10.1186/s12884-016-1173-8
13. Gerow, L., Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S., Domian, E. W., (2010): Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patient death. *J Nurs Scholarsh*, 42, 2, 122-9 doi: 10.1111/j.1547-5069.2010.01343.x.
14. Hollins Martin, J. C., Robb, Y., Forrest, E., (2016): An exploratory qualitative analysis of student midwives views of teaching methods that could build their confidence to deliver perinatal bereavement care *Nurse Education Today* 39, 99-103 doi: 10.1016/j.nedt.2015.12.023
15. J Gold, K., L Kuznia, A., A Hayward, R., (2008): How physicians cope with stillbirth or neonatal death: a national survey of obstetricians, *Obstet Gynecol* 112, 1, 29-34 doi: 10.1097/AOG.0b013e31817d0582.
16. Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., Wagner, B., (2011): Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord*, 131, 339-343.
17. Központi Statisztikai Hivatal, 2021., https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0013.html, Letöltve: 2022.07.07.
18. Lim, J., Bogossian, F., & Ahern, K., (2010). Stress and Coping in Australian Nurses: A Systematic Review. *International Nursing Review*, 57, 22-31 doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00765.x
19. Martinez-Serrano, P., Palmar-Santos, A., Solis-Munoz, M., Alvarez-Plaza, C., Pedraz-Marcos, A., (2018): Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study *Midwifery* 66, 127–133 doi: 10.1016/j.midw.2018.08.010
20. McNamara, K., Meaney, S., O'Donoghue, K., (2018): Intrapartum fetal death and doctors: a qualitative exploration. *Acta Obstet Gynecol Scand* 97, 7, 890-898. doi: 10.1111/aogs.13354
21. Montero, S. M., Sánchez, J. M. R., Montoro, C. H., Crespo, M. L., (2013): Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective, *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 19, 6, 1405-12 doi:10.1590/S0104-11692011000600018.
22. Musodza, W., Sheehan, A., Nicholls, D., Dahlen, H., (2021): Experiences of Maternity Healthcare Professionals Returning to Work Following a Personal Perinatal Loss: A Scoping Review of the Literature, *Omega (Westport)* 28;30222821991312 doi: 10.1177/0030222821991312
23. Papp, Z., 2018. *A perinatológia kézikönyve*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.
24. Ravaldi, C., Carelli, E., Frontini, A., Mosconi, L., Tagliavini, S., Cossu, E., Crescioli, G., Lombardi, N., Bonaiuti, R., Bettiol, A., Facchinetti, F., Vannacci, A., (2022): The BLOSSoM study: Burnout after perinatal LOSS in Midwifery. Results of a nation-wide investigation in Italy, *Women and Birth* 35, 1, 48-58 doi: 10.1016/j.wombi.2021.01.003
25. Säflund, K., Sjögren, B., Wredling, R., (2004): The role of caregivers after a stillbirth: views and experiences of parents. *Birth* 31, 2, 132-7 doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.00291.x.
26. Stanislawski, K., (2019): The Coping Circumplex Model: An integrative model of the structure et coping with stress. *Front Psychol* 10, 694 doi: 10.3389/fpsyg.2019.00694
27. Tajabadi, A., Roshanzadeh, M., Jamalnik, M., Hasheminik, M., (2020): Stigma of Covid-19: The Basic Challenge in Health Economics. *Iran Occupational Health* 17, 1, 1–5.
28. Tandari-Kovács, M., (2010): *Érzelmi megterhelődés, lelki kiegész az egészségügyi dolgozók körében, Doktori értekezés, Semmelweis Egyetem, Budapest: Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola*
29. Thorne, S., Konikoff, L., Helen Brown, Albersheim, S., (2018): Navigating the Dangerous Terrain of Moral Distress: Understanding Response Patterns in the NICU, *Qual Health Res* 28, 5, 683-701 doi: 10.1177/1049732317753585



30. Yusefi, A. R., Sharifi, M., Nasabi, N., Davarani, E. D., Bastani, P., (2022): *Health human resources challenges during COVID-19 pandemic; evidence of a qualitative study in a developing country. PLoS One* 24, 17, 1, e0262887 doi: 10.1371/journal.pone.0262887
31. Vladár, A., (2016): *A kiégés vizsgálata a munkahelyi elégedettség, a szervezeti elkötelezettség és a motiváció függvényében orvosok körében, Különleges Bánásmód, II, 3, 15-29* doi: 10.18458/KB
32. Wallbank, S., Robertson, N., (2013): *Predictors of staff distress in response to professionally experienced miscarriage, stillbirth and neonatal loss: A questionnaire survey, International Journal of Nursing Studies* 50 1090–1097 doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.022
33. Wijngaards-de Meij, K., Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Van den Bout, J., Van Der Heijden, P. G. M., Dijkstra, I., (2008): *The impact of circumstances surrounding the death of a child on parents' grief, Death Stud* 32, 3, 237–52. doi: 10.1080/07481180701881263
34. World Health Organization, *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being*, 2021.
35. Zhang, X. C., Huang, D. S., Guan, P., *SUBLIN Study Team*, (2014): *Job burnout among critical care nurses from 14 adult intensive care units in Northeastern China: a cross-sectional survey, BMJ Open* 19, 4, 6 e004813 doi: 10.1136/bmjopen-2014-004813
36. Zsák, É. & Geiszbühl-Szimon, P., 2018/3. Emlékezési módok a perinatális veszteségben. *Kharón, Thanatológiai Szemle*, 22. évf., 27-40
37. Zsák, É., Kovácsné, T. Zs., Hegedűs, K., (2015): *A perinatális veszteségek és intrauterin magzati halálások aktuális szakmai gyakorlatának, valamint a szakemberekre gyakorolt hatásainak vizsgálata, Orv. Hetilap* 156, 29, 1174–1178 doi: 10.1556/650.2015.30199

Harjánné
dr. Brantmüller Éva PhD¹
egyetemi adjunktus



Horváth Cintia²
Védőnő

Karamánné dr. Pakai
Annamária PhD, habil³
egyetemi docens,
tanszékvezető, képzési igazgató

Dr. Karácsony Ilona PhD⁴
egyetemi adjunktus

Nők elleni párkapcsolati erőszak és a védőnő prevenciós lehetőségei

Domestic violence against women and the preventive possibilities of health visitors

Kapcsolattartó szerző:

Harjánné dr. Brantmüller Éva
Levelezési cím: 7400 Kaposvár,
Kecelhegyi út 31.
Email: evabrantmuller@gmail.com
Telefon: 06 30 220 2323

¹Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Kaposvári Képzési Központ

²Báta Község Önkormányzata

³Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Szombathelyi Képzési Központ Védőnői és Prevenciós Tanszék, tanszékvezető
Szombathelyi Képzési Központ képzési igazgató, ORCID azonosító: 0000-0002-2849-1310

⁴Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Szombathelyi Képzési Központ, ORCID azonosító: 0000-0003-3336-9376

Absztrakt

A vizsgálat célja: A nők elleni párkapcsolati erőszak a testi, lelki egészséget veszélyeztető globális probléma. A kutatás célja felmérni a nők bántalmazásának gyakoriságát, rizikótényezőit, a mentális egészségre gyakorolt hatását és rámutatni a védőnők prevenciós lehetőségeire. Anyag és módszer: Kvantitatív, keresztmetszeti kutatás, retrospektív elemeket tartalmazott. A nem véletlenszerű mintavétel kérdőívét online, anonim módon 274 nő töltötte ki. Elemzésre leíró statisztika, Khi-négyzet és Fisher's Exact teszt készült. Eredmények: A minta 44,5%-át érte élete során párkapcsolati abúzus. A bántalmazottak 73%-a többféle bántalmazási formát átélt. Rizikót növelte az alacsony kvalifikáció ($p=0,013$), az átlag alatti anyagi helyzet ($p=0,012$), a családtörténetében előforduló bántalmazás ($p<0,001$). Körükben a mentális betegségek ($p<0,001$), az öngyilkossági kísérletek ($p<0,001$) szignifikánsan megemelkedtek. Következtetések: A védőnők időben történő segítségnyújtása életet menthet és megelőzheti a későbbi negatív következményeket.

Kulcsszavak: párkapcsolati erőszak, mentális betegségek, öngyilkosság, védőnő



Abstract

Aim of study: Domestic violence is a global problem which threatens the physical and mental health. Aim of the research is to assess the frequency, the risk factor and the impact on mental health of abuse, highlighting the preventive possibilities of health visitors. Material and method: Quantitative, cross-sectional study, retrospective elements included. The non-randomized questionnaire was completed anonymously online by 274 women. Descriptive statistics, Chi-square, and Fisher's Exact test were prepared for analysis. Results: 44.5% of the sample experienced domestic abuse during their lifetime. 73% of those abused experienced multiple forms of abuse. Low qualification ($p=0.013$), below-average financial situation ($p=0.012$) and abuse in family history ($p<0.001$) increased the risk of abuse. Among them, mental illnesses ($p<0.001$) and suicide attempts ($p<0.001$) increased significantly. Conclusions: Health visitors timely help can save lives and prevent future negative consequences.

Keywords: domestic violence, mental illness, suicide, health visitor

Bevezetés

A nők elleni párkapcsolati erőszak minden kultúrára, vallásra és társadalmi csoportra kiterjedő globális probléma, melynek számos káros következménye ismert, hatása szerteágazó és beláthatatlan. A diszfunkcionálisan működő családoknak minden tagját érinti, károsan hat a nők és a gyermekeik testi, lelki egészségére. A nemzetközi szakirodalmak ijesztő adatokat tárnak elénk. 366 közlemény eredményeiből készült metaanalízis a Föld 161 országában élő 2 millió nő adatait dolgozta fel és kimutatta, hogy a párkapcsolati fizikai és/vagy szexuális erőszak az 50 éven aluli nők 27%-át érinti. Megdöbbentő, hogy a 15-19 év közötti nők 24 %-a élt már át abúzust. A számok még riasztóbbak, ha figyelembe vesszük, hogy a valós adatok ennél magasabbak lehetnek, mivel a probléma látenciája magas (Sardinha et al.,2022). Kutatások szerint a partner által bántalmazottak körében kétszer magasabb a depresszió kialakulásának kockázata, ugyanakkor a fizikailag bántalmazott nők több mint fele soha nem kért segítséget hatóságtól, hivatalos szervezettől. A párkapcsolati erőszak rövid és hosszú távú testi, szexuális, reprodukív, valamint mentális egészségi problémák kialakulásához vezethet. A nemi alapú erőszaknak olyan formája, mely elsősorban a nőket érinti a férfiak részéről (WHO,2019).

A várandósság alatt bántalmazott nők körében gyakoribb a szülés utáni depresszió előfordulása, valamint nagyobb az esélye a koraszülésnek, illetve az alacsony születési súlyú újszülöttek világra jövetelének (Madhani et al.,2016). A rizikótényezők multifaktoriálisak, a bántalmazás társadalmi, gazdasági, politikai és kulturális okokra vezethető vissza, valamint összefügg a nemek közti egyenlőtlenséggel (Barufaldi et al.,2017). A párkapcsolati erőszak kutatása hazánkban eléggé elhanyagolt terület. A magyar társadalomban jellemzően patriarchális a közvélemény, a véleményformálók közül, csak kevesen érzékenyek a nők és férfiak közötti egyenlőtlenségekre (Tóth,2012).

A párkapcsolati erőszak betegségek kialakulásához vezethet, ilyen lehet a depresszió, a poszttraumás stressz, a droghasználat, az öngyilkossági hajlam, a magas vérnyomás. A szexuális erőszak összefüggésbe hozható különböző nőgyógyászati betegségekkel, emellett hüvelyi és húgyúti fertőzések és nemi betegségek kialakulását eredményezheti (Schliep et al.,2016). A családon belüli bántalmazás a Kelet-Mediterrán, az afrikai és a délkelet-ázsiai régióban a leggyakoribb, a nők 37%-a tapasztal az élete során legalább egyszer fizikai és/vagy szexuális erőszakot. Erőszakra hajlamosító tényező lehet az alacsony

jövedelem, az alacsony iskolai végzettség, továbbá a nem kívánt terhesség (Tavoli et al., 2016). A várandósság alatti érzelmi bántalmazás pszichés stresszt okoz, mely negatív hatása a magzat fejlődésére, nő a veszélye a kis súlyú újszülött világra jövetelének. Az élet későbbi szakaszában nagyobb eséllyel alakul ki magas vérnyomás, cukorbetegség, stroke, elhízás és mentális betegségek (Ferraro et al., 2017).

Az ENSZ közgyűlése a Nők Elleni Erőszak Megszüntetéséről szóló nyilatkozatában meghatározta a nők elleni erőszak definícióját: „Bármely olyan, a nőket nemük miatt érő erőszakos magatartás, mely fizikai, szexuális vagy pszichés sérelmet, szenvedést okoz vagy okozhat nőknek, beleértve az ilyen cselekménnyel való fenyegetést, a kényszerítést és a szabadságtól való önkényes megfosztást, történjen az akár a közéletben, akár a magánszférában” (ENSZ, 1993, p:2). Az Európa Tanács 2011-ben elfogadta az Isztambuli Egyezményt, amely a nők elleni erőszak és a családon belüli erőszak megelőzését és felszámolását célozta (Európa Tanács, 2011). Magyarország 2014 márciusában aláírta az egyezményt, de 2020-ban annak ratifikálást, törvénybe iktatását elutasította a magyar parlament. A magyar jogalkotásban 2013. július 1-től önálló törvényi tényállással rendelkező bűncselekmény a kapcsolati erőszak.

A nők elleni diszkrimináció skálája széles, az élet számos területén megnyilvánulhat, azonban kétségtelen, hogy kiemelkedő részét képezi a családon belüli, párkapcsolati erőszak, amely évente, szerte a világon százezrek halálához vezet. A nők ellen elkövetett bűncselekmények között a családon belüli erőszak a leggyakoribb halálozási ok, azonban az otthon falai között zajló eseményeket nehéz idejében azono-

sítani. A közvetlen környezet, a barátok, rokonok, szomszédok sok esetben nem tudnak róla, vagy takarják a cselekményeket, egyfajta álszemérem, a privát szféra sérthetlensége felülírhatja a beavatkozást, a segítségnyújtást. Az áldozat számára ezzel tovább nehezítve a segítségkérést, ami a lerombolt önértékelése miatt egyébként is nehéz.

A párkapcsolati erőszakkal kapcsolatos sztereotip gondolkodás a szakemberek és a közvélemény széles körében is elfogadott (Tóth, 2018). A közbeszédben elterjedt, hogy a nők bántalmazását a fizikai bántalmazással azonosítják, a valóságban a legfőbb típusok a lelki, testi, és szexuális bántalmazás, melyek számos formában megjelenhetnek és jellemzően idővel egyre súlyosabb formát öltenek.

A kutatás célja a párkapcsolati erőszak rizikó tényezőinek, gyakoriságának, típusainak, a bántalmazottak pszichés problémáinak feltárása, valamint a várandósság alatti fizikai bántalmazás előfordulásának és hatásának megismerése. Célkitűzések között szerepel a bántalmazott nők szerfogyasztásának, öngyilkossági kísérleteinek, evészavarainak, illetve mindkét fél szüleinél a párkapcsolati erőszak feltérképezése.

Hipotéziseink között szerepelt, hogy a nők alacsony iskolai végzettsége, átlag alatti anyagi helyzete növeli a bántalmazás prevalenciáját és mindkét fél esetén rizikótényező a gyermekkori erőszakos családtörténet. A bántalmazást elszenvedő nők körében gyakrabban fordulnak elő pszichés problémák, szerfogyasztás, öngyilkossági kísérletek, valamint evészavar. A várandósság alatti fizikai bántalmazás negatívan befolyásolja a szülés lefolyását, valamint a gyermek egészségi állapotát.



GRAFART
print & web

Grafikai munkák
Nyomdai kivitelezés
Weboldal készítés

grafart.hu | hello@grafart.hu | +36 70 314 8136

Anyag és módszer

A kvantitatív, keresztmetszeti kutatás, retrospektív elemeket is tartalmazott. A kényelmi, nem véletlenszerű, kérdőíves adatgyűjtés 2020 szeptemberében és októberében online, önkéntes, önkitöltős formában, anonim módon zajlott.

A célcsoportot 18 éven felüli nők képezték, a mintaválasztás során nem határoztunk meg felső korhatárt. Az adatgyűjtés saját szerkesztésű kérdőívvel történt, mely kiegészült a SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat, Food) teszttel. A SCOFF-kérdőív öt egyszerű, eldöntendő kérdésből áll és az anorexia nervosa, illetve a bulimia nervosa gyanújeleit szűri (Morgan et al.,1999). A teljes kérdőív 53 kérdést tartalmazott, melyek közül 8 kérdés nyitott volt. A Google kérdőív szerkesztő programjával készült és a Facebook közösségi oldalon került megosztásra. A kérdőívbe szocio-demográfiai, a gyermekkorai családban a szülők párkapcsolatára, a megkérdezettek és partnerük élet-

módjára, az átélt bántalmazások típusaira, annak gyakoriságára, valamint káros következményeire, a várandósság alatti abúzusra vonatkozó kérdések kerültek. A kérdőív a múlt- és jelenbeli párkapcsolati bántalmazásokra és ezek káros hatásaira fókuszált.

A visszaérkező adatgyűjtő táblázatban a kérdőívet kitöltő személyek, mint számadatok jelentek meg személyazonosságuk nem volt beazonosítható. A kitöltésben 278-an vettek részt, ebből 4 fő kizárásra került ellentmondásos információk miatt, így a végső elemszám 274 nő.

Az adatok elemzése SPSS for Windows 25.0 program segítségével történt. Leíró statisztikát, valamint a változók közötti összefüggések elemzésére Khi-négyzet próbát és Fisher's Exact tesztet alkalmaztunk. Szignifikánsnak tekintettük az eredményeket amennyiben $p < 0,05$ (Pakai et al.,2013).

Eredmények

A nem véletlenszerű mintavétellel, bántalmazott és nem bántalmazott nők egyformán lehetőséget kaptak a kérdőív kitöltésére. A felnőtt női lakosság körében zajlott önkéntes, online, anonim kérdőíves felmérés teljes elemszáma 274 fő. Bántalmazottnak minősítettük azokat a nőket, akik önbevallás alapján, életük során átélték valamelyik típusát a bántalmazásnak, legyen az lelki, fizikai, vagy szexuális erőszak.

A kérdőívet kitöltők átlagéletkora 36 év, a többségét 51,8%-ot a 18-35 év közötti korosztály alkotta, a 36-45 év közöttiek aránya 22,6%, míg a 46-56 év közöttieké 17,2%. Az online kérdőív kitöltési aktivitása az életkor előrehaladtával párhuzamosan csökkent, így legkevesebben az 57-75 év közötti korcsoportból vettek részt a kutatásban, mindössze a minta 8,4%-át alkották. A legidősebb kitöltő 75 éves volt ($SD=13,22$). A válaszadó nők 51,5 %-a érettségivel, vagy ennél magasabb, de nem főiskolai vagy egyetemi végzettséggel rendelkezett. A főiskolát vagy egyetemet végzett nők 25,5%-ban, a 8 általános iskolánál többel, de érettségivel nem rendelkezők 21,5%-ban, míg a 8

általánost vagy kevesebbet végzetek 1,5%-ban (4 fő) jelentek meg a mintában.

A teljes minta 30,3%-a egyedülálló, 29,9%-a házas, 25,9%-a élettársi kapcsolatban él, míg 13,9%-a tartós párkapcsolattal rendelkezik, de nem együtt élő.

Jelenlegi anyagi helyzetét 10,9% (30 fő) átlag alatt rossznak, 82,5% (226 fő) átlagosnak, valamint 6,6% (18 fő) kimagaslóan jónak ítélte.

A mintában szereplő nők 44,5%-a ($n=122$) megtapasztalta a párkapcsolati erőszaknak valamilyen formáját, legalább egy alkalommal. Kimagasló többségük, 73% többféle bántalmazási formát is elszenvedett. Érzékenyítésként pár idézet a bántalmazott nőktől:

„Drogot tett a tudtom nélkül az italomba, hogy jobban szót fogadjak.”

„Feszítő vassal vert, eszméletlen állapotomban megerőszkolt.”

„Az összes maradékot ki kellett ennem a hűtőből, addig nem állhattam fel, nem ihattam. Előtte megvert, a végén megtaposott, aztán kilökött az udvarra meztelenül télen és a földön vert tovább. Mikor lebukott, hogy megcsalt, a fejemet a falhoz vágta, le akart szúrni, rugdosott.”

„Vasalóval égetett, cigit elnyomott rajtam, több csontom törött, kést nyomott a számba, rúgott, ütött.”

„Brutális verések a gyermekeim szeme láttára. Terhesen megvert és elvetéltem.”

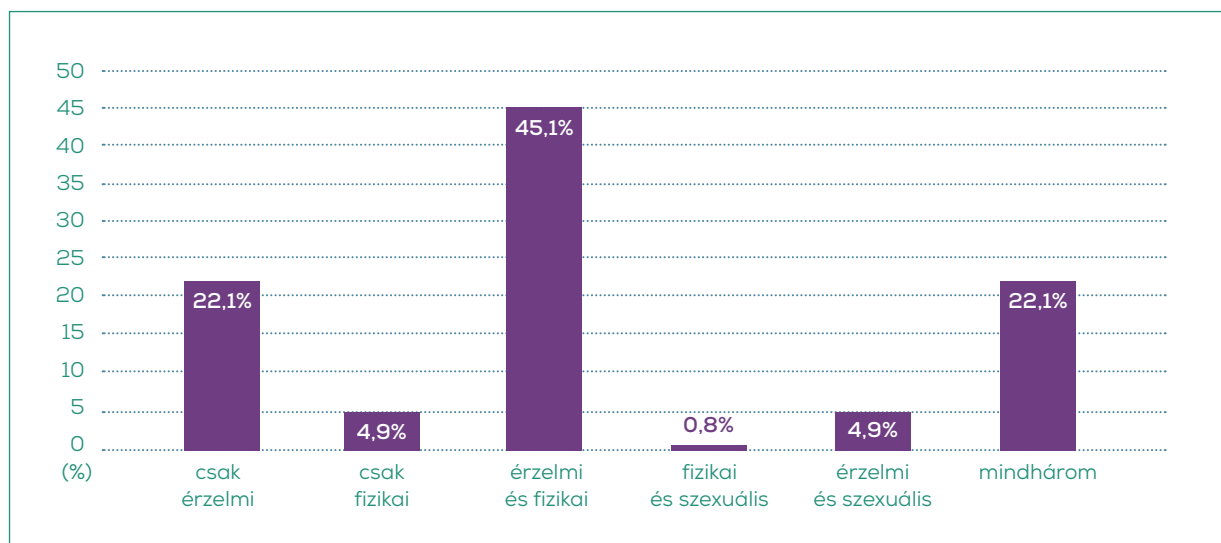
A bántalmazott nők 62,3%-a egy partnertől, de voltak akik négy, vagy több partnertől szenvedtek el abúzust. 27 %-uk, az adatgyűjtés idején is a bántalmazójával élt. A bántalmazó párkapcsolatok többnyire hosszú távúnak bizonyultak, mindössze 6,6%-a volt egy évnél rövidebb időtartamú, 36,1%-a egy évnél hosszabb, de 5 évnél rövidebb, 30,3%-a 6-10 éves időtartamú és 27%-a 11 évnél is hosszabb ideig élt/él együtt az erőszakot elkövetővel.

A bántalmazott nők 21%-át napi rendszerességgel,

36%-át hetente, 28%-át havonta, valamint 15%-át alkalmanként ért valamilyen abúzus (érzelmi, fizikai, szexuális). A bántalmazási formák megoszlásánál látható, hogy jellemzően több bántalmazási forma együttesen jelent meg és a nők nagy részét fizikai bántalmazás is érte. Az érzelmi és fizikai erőszak együttes előfordulása a legkiemelkedőbb, valamint a fizikai bántalmazás társult legtöbbször a többi bántalmazási formához is (1. ábra).

Az áldozatok 60,7%-a 1-3 gyermeket szült a bántalmazójától, ezeknek a nőknek 40,5%-a számolt be arról, hogy a várandósság alatt is történt fizikai inzultus.

1. ábra: Bántalmazási formák megoszlása a mintában (n=122)



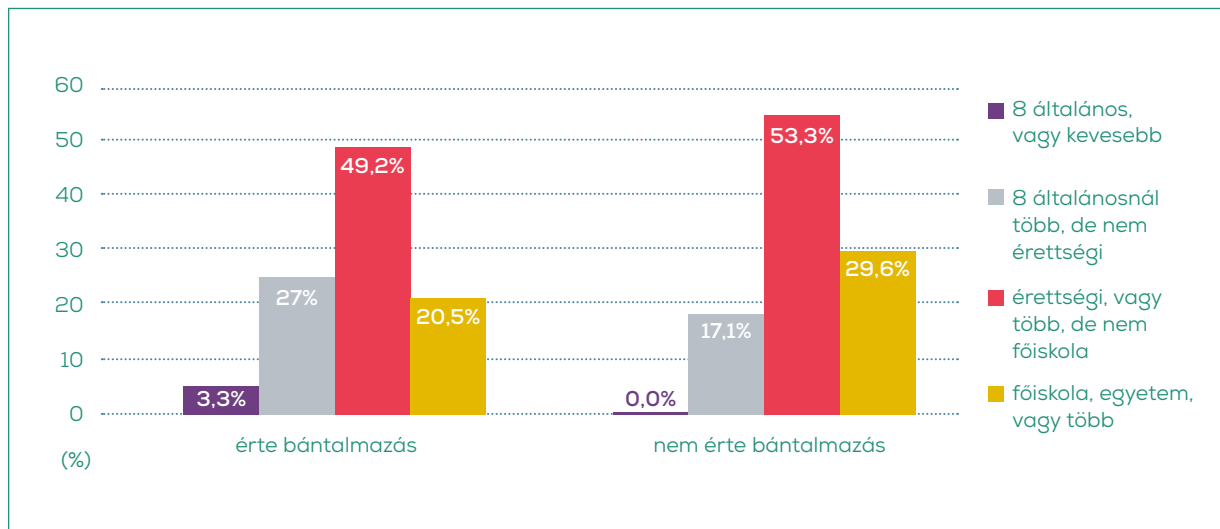
A bántalmazó férfiaknál is megfigyelhető az iskolai végzettségek teljes skálája, a kvalifikáció növekedésével párhuzamosan csökkent a bántalmazók száma. Legmagasabb arányban 64,8%-ban az érettségi alattiak, legkevesebben 9,8%-ban a diplomával rendelkezők képezték ezt a csoportot.

A nők véleménye alapján a bántalmazó férfiak 62,3%-a napi/heti rendszerességgel, 11,5%-a havonta, 26,2%-a csak ritkán vagy egyáltalán nem fogyasztott alkoholt. Ezeknek a férfiaknak a 42%-a napi/heti rendszerességgel lerészegedett, 31,1%-a ennél ritkábban, továbbá 27%-ra egyáltalán nem jellemző a részegség. A bántalmazás rizikótényezőjét jelentette

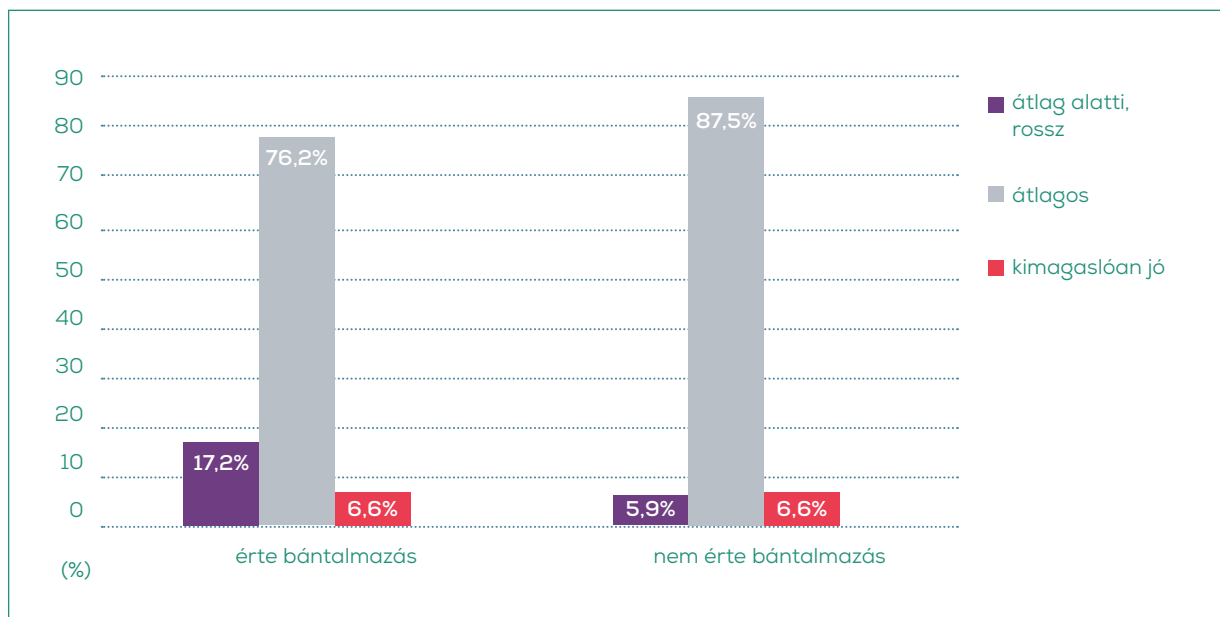
a nők alacsony iskolai végzettsége. A legalacsonyabb végzettségűek, akik 8 általánossal, vagy kevesebbrel rendelkeznek mindannyian abúzusról számoltak be. A nők kvalifikációjának növekedésével csökkent az elszenvedett bántalmazások száma. Fisher's Exact teszt szignifikáns kapcsolatot igazolt a változók között ($p=0,013$) (2. ábra).

Az anyagi helyzet szintén jelentősen hatott a bántalmazások előfordulására. Az ábrán látható, hogy a bántalmazott nők, 17,2%-a átlag alatti, rossz anyagi helyzettel rendelkezett, míg a nem bántalmazottak körében mindössze 5,9%-állította ugyanezt (χ^2 (2) =8,924, $p=0,012$) (3. ábra).

2. ábra: A bántalmazott és a nem bántalmazott nők iskolai végzettség szerinti megoszlása (n=274)



3. ábra: A bántalmazott és a nem bántalmazott nők anyagi helyzet szerinti megoszlása (n=274)



A párkapcsolati erőszak mögött gyakran generációkon átívelő helytelen családi minta azonosítható, ezért releváns feltárni a szülők közötti viszonyokat, az erőszakos családtörténetet. A bántalmazó férfiak szülei közötti 58,2%-ban azonosíthatók a párkapcsos-

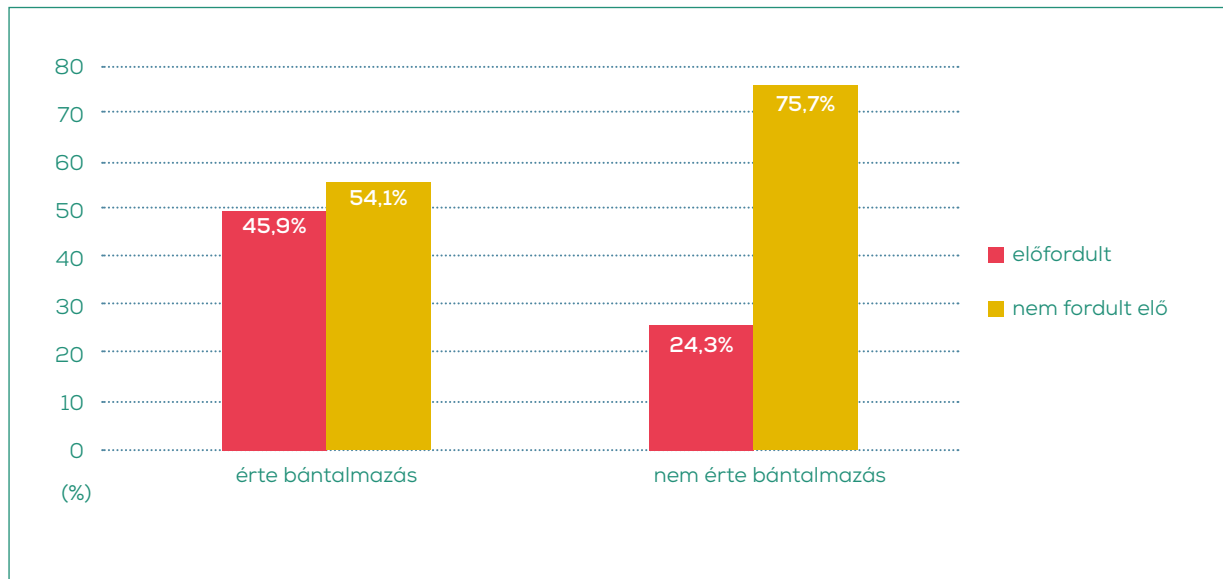
lati erőszak különböző formái. A teljes mintában a nők szülei között 33,9% a párkapcsolati erőszak előfordulása. Az ábrán látható, hogy az abúzust elszenvedettek körében jelentősen nagyobb, csaknem a duplája a szülők közötti erőszakos családtörténet aránya

($\chi^2(1) = 14,030$, $p < 0,001$) (4. ábra).

A kutatás során megvizsgáltuk, hogy az átélt párkapcsolati abúzus mennyiben befolyásolja a pszichés problémák előfordulását. Önbevallás alapján a mintá-

ban résztvevő nők 32,5%-a szenved valamilyen lelki problémától. Akit életük során párkapcsolati abúzus ért, jelentősen nagyobb arányban, 44,3%-ban voltak érintettek ($\chi^2(1) = 13,917$, $p < 0,001$) (5. ábra).

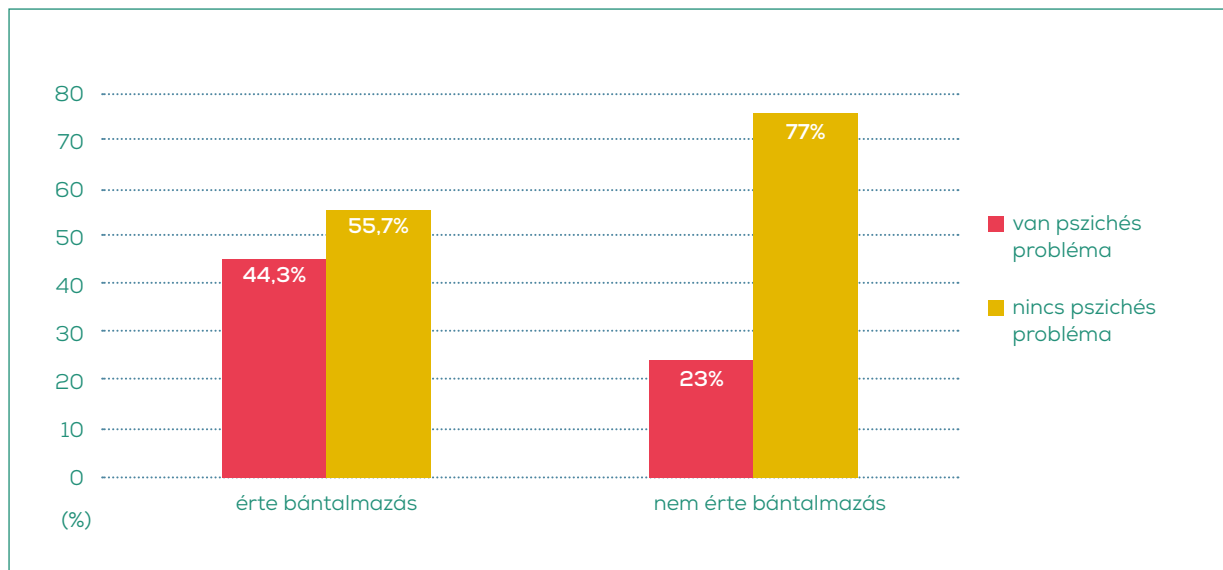
4. ábra: A bántalmazott és a nem bántalmazott nők szülei közötti párkapcsolati erőszak megoszlása (n=274)



A különböző mentális betegségek mindegyike szignifikáns összefüggést mutatott a bántalmazással. A depresszió 19,7%-ban fordul elő a bántalmazottak körében, míg a nem bántalmazottak körében 8,6% az elő-

fordulási arány ($\chi^2(1) = 7,164$, $p = 0,008$). Az abúzust megélték 32%-a szorongásos zavarban szenved, akiket nem ért bántalmazás, azoknál 14,5%-ban fordul elő tartós szorongás ($\chi^2(1) = 11,967$, $p = 0,001$). Hasonló

5. ábra: A bántalmazott és a nem bántalmazott nők pszichés problémáinak megoszlása (n=274)



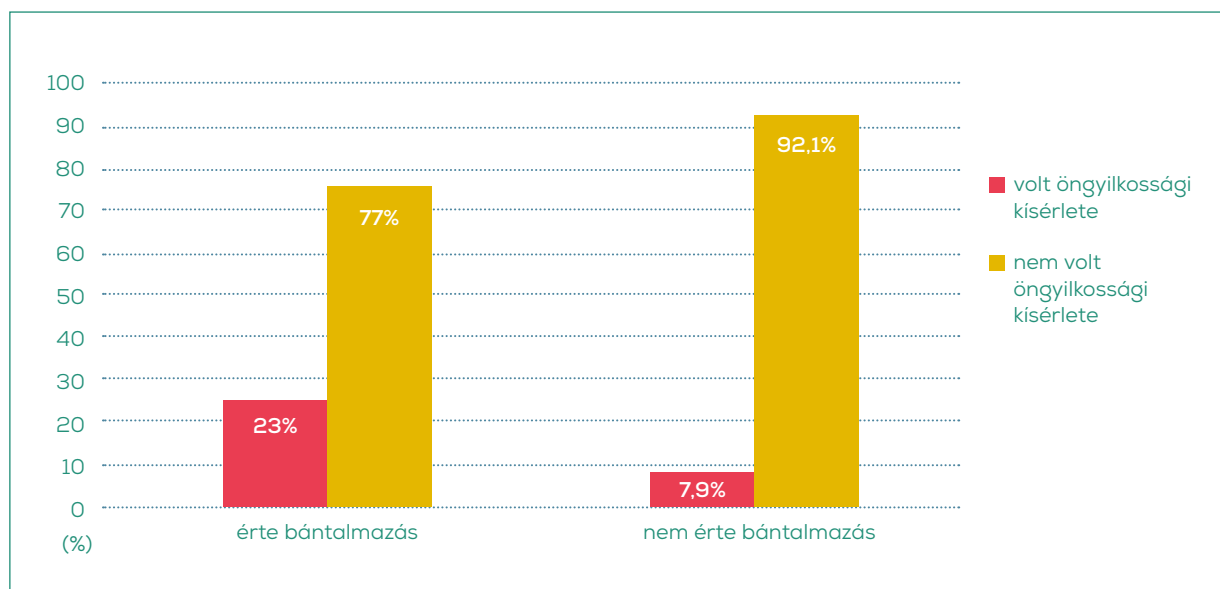
eredményt mutatott a pánikbetegség előfordulása, míg a bántalmazottak körében 19,7%, a nem bántalmazottak körében szignifikánsabb kisebb 9,9% ($\chi^2 (1) = 5,328$, $p = 0,021$). A párkapcsolati erőszak jelentős rizikótényezője a pszichés megbetegedéseknek.

A bántalmazott nők körében számottevően magasabb a pszichés problémák miatt diagnosztizáltak és kezeltek aránya is. A párkapcsolati abúzust elszenvedőknél 39,3%-a állt, vagy áll jelenleg is kezelés alatt, míg a nem bántalmazottak körében lényegesen alacsonyabb 19,7% ez az arány ($\chi^2 (2) = 13,915$, $p = 0,001$). A bántalmazásnak súlyos negatív következményei lehetnek nem csak a fizikális, de a mentális egészségre is. A teljes minta 6,9%-a számolt be rendszeres altató

és/vagy nyugtató szedésről. A bántalmazást átélt nők körében jelentősen magasabb, 10,7% a rendszeres gyógyszerfogyasztás előfordulása, míg a nem bántalmazott nők csupán 3,9%-a szed rendszeresen altatót és/vagy nyugtatót ($\chi^2 (1) = 4,719$, $p = 0,030$).

A teljes minta 15%-a kísérelt már meg öngyilkosságot (40 fő). Ebből 42,5% egyszer, 42,5% 2-3 alkalommal, 12,5% 4-5 alkalommal, ennél több kísérlete egy kitöltőnek volt. Az öngyilkossági kísérletek és a bántalmazások kapcsolatának elemzése rávilágított, hogy az abúzus komoly rizikótényező. Az ábrán látható, hogy számottevően magasabb, háromszor gyakoribb az öngyilkossági kísérletek előfordulása az abúzált nők körében ($\chi^2 (1) = 12,306$, $p < 0,001$) (6. ábra).

6. ábra: A bántalmazott és a nem bántalmazott nők öngyilkossági kísérleteinek megoszlása (n=274)



A vizsgálat kiegészült a SCOFF-kérdőívvel, amely a két legtipikusabb evészavar az anorexia nervosa és a bulimia nervosa gyanúját szűri. A kérdőív öt egyszerű, eldöntendő kérdésből áll, ahol az „igen” válaszok egy pontot érnek, ha 2 vagy több pontot ér el a vizsgált személy, akkor evészavar valószínűsíthető (Morgan et al., 1999). A teljes minta 15%-a, a bántalmazottak 18,9%-a, míg a nem bántalmazottak 11,8%-a bizonyult anorexia nervosa, illetve bulimia nervosa

gyanúsúnak. Az erőszakot elszenvedő nők között ugyan magasabb az evészavar előfordulási aránya, azonban a bántalmazás és az evészavar között nem azonosítható szignifikáns kapcsolat ($\chi^2 (1) = 2,614$, $p = 0,106$). A bántalmazás negatív hatásai elsősorban nem a két leggyakoribb evészavarban manifesztálódnak.

A válaszadó nők többsége 58,8%-a nagyon ritkán, vagy soha nem fogyaszt alkoholt, 16% napi/heti, 25,2% havi rendszerességgel fogyaszt valamilyen

alkoholos italt. A teljes mintát alkotó nők 79,2%-a az elmúlt 3 hónapban egyszer sem volt részeg, 18,2% 1-2 alkalommal, 2,6% heti rendszerességgel lerészegedett. Az alkoholfogyasztási gyakoriság hasonlóan alakult a bántalmazott és a nem bántalmazott nőknél. A Fisher's Exact teszt nem mutatott szignifikáns összefüggést nők alkoholfogyasztása és a bántalmazás között ($p=0,707$).

A mintában szereplő nők 35%-a ($n=96$) dohányzik, az abúzust elszenvedők 46,7%-a, míg a nem bántalmazottak 25,7%-a ($\chi^2(1)=13,192$, $p<0,001$). A többség, 60,4% naponta 10 szálnál több cigarettát szív el. A bántalmazást elszenvedő nők körében feltételeztük a gyakoribb szerfogyasztást, ami az alkoholfogyasztással nem mutatott szoros kapcsolatot, azonban a dohányzás esetében jelentős kapcsolatot sikerült azonosítani.

A várandósság alatti fizikai bántalmazás hatása szín-

tén elemzésre került, mivel többeknek (60,7%) gyermekük született a bántalmazójától. A várandósság alatti fizikai bántalmazás negatív hatásait egyik függő változó esetében sem sikerült azonosítani. Jelentősen nem befolyásolta a várandósság alatti bántalmazás a szülés szövődményes lefolyását ($\chi^2(1)=0,334$, $p=0,563$), a koraszülések gyakoriságát ($\chi^2(1)=0,641$, $p=0,423$) és a gyermek egészségi állapotát ($\chi^2(1)=0,100$, $p=0,751$). Hasonló arányban fordult elő szövődményes és sima szülés a két csoportban. A koraszülések gyakorisága ugyan magasabb a fizikai bántalmazást átélt nőknél (23,3%), mint azoknál, ahol nem történt abúzus (15,9%), azonban ez a különbség nem számottevő. Végül megvizsgáltuk a várandósság alatti fizikai bántalmazás és a megszületett gyermek egészségi állapota közötti összefüggést, ahol közel azonos arányban találtunk valamilyen krónikus betegséggel küzdő gyermekeket mindkét csoportban.

Megbeszélés

A párkapcsolati erőszak rizikó tényezőit, valamint a bántalmazás mentális egészségre gyakorolt hatásait vizsgáltuk. A kutatás önkéntes, anonim, önkitöltős, online kérdőív segítségével történt, 274 nagykorú nő részvételével.

A kitöltők többsége a fiatal felnőtt korosztályból (18-35 év) került ki, a középfokú végzettségűek köréből. Az online kérdőív kitöltésének feltétele az internetes hozzáférés, ezzel szűkítve a válaszadók körét, alul reprezentálva a rossz anyagi helyzetűek (10,9%) és alacsony iskolai végzettségűek (1,5%) csoportját. Torzíthatta az eredményeket az online adatfelvétel és a nem reprezentatív mintavétel, ezért azok csak az adott mintára vonatkoznak, nem generalizálhatók.

A megkérdezett nők 44,5%-a tapasztalt párkapcsolati abúzust. Jelentős részük (62,3%), egyetlen partnertől szenvedte el, de voltak, akiket négy vagy több partner is bántalmazott. Jelenleg is a bántalmazójával él párkapcsolatban, közel egyharmaduk. A nők több, mint felének született gyermeke az erőszak elkövetőjétől és 40,5% a várandósság alatt is elszenvedett fizikai inzultust. A párkapcsolatok jelentős része hosszú távúnak bizonyult, mindössze 6,6% bomlott fel egy éven belül, ugyanakkor 27% 11 évnél is hosszabb ideig élt/él együtt a bántalmazójával.

A bántalmazott nők jelentős része hetente, vagy gyak-

rabban élt át bántalmazást és többféle abúzust megtapasztalt. A bántalmazási formák legtöbbször egymással összefonódva fordulnak elő. Az érzelmi és fizikai erőszak együttes előfordulása a legjelentősebb, ugyanakkor a fizikai bántalmazás társult legtöbbször a többi bántalmazási formához. Adjah és munkatársa ghánai felmérésük során arra az eredményre jutottak, hogy az érzelmi bántalmazás prevalenciája a legmagasabb, ezt követi a fizikai, majd a szexuális erőszak (Adjah et al., 2016).

Gyakran felmerülő kérdés, hogy a bántalmazott miért marad a kapcsolatban, miért nem hagyja el partnerét? Annak, hogy miért marad valaki a bántalmazójával, szerteágazó, egymással összefonódó okai lehetnek, mint anyagi-, érzelmi függőség, félelem, vagy ezt látta gyermekként a családjában, számára ez egy ismert miliő és elviselhetőnek tartja, de lehetnek mögötte, mások által megfogalmazott, vagy saját elvárások. Lehetséges, hogy a bántalmazó elszigetelte a társas- és a gazdasági erőforrásoktól. A mentális betegségek, melyek gyakrabban alakulnak ki a bántalmazott nőknél, szintén megakadályozhatják az önálló cselekvésben. Az amúgy is alacsony önértékelését a bántalmazó porig rombolja, így könnyen elhiszi, hogy őt senki nem fogja szeretni és egyedül képtelen boldogulni (NANE, 2015). Gyakran előfordul, hogy az áldozat



magát hibáztatja a bántalmazásokért, ezért igyekszik eleget tenni a bántalmazó követeléseinek és mindent elkövet, hogy a párkapcsolatban maradhasson.

A párkapcsolati erőszak kifejlődésének folyamata hasonló jegyeket mutat. Eleinte szinte észrevétlenül kezdődik, általában érzelmi bántalmazással, majd fokozatosan egyre durvábbá válik. A férfi türelmetlen, szaporodnak az ideges megnyilvánulások, mint az ajtó csapkodás, tárgyak összetörése, kiabálás, majd elcsattan az első pofon. Elhítteti a nőt, hogy elviselhetetlen, ezért meg kell nevelnie, hogy nélküle életképtelen, közben erősödik a férfi hatalma a nő fölött (Szabóné Kármán, 2004).

A nők alacsony iskolai végzettsége és rossz anyagi helyzete növelte a bántalmazás előfordulásának rizikóját. Egy nepáli vizsgálat eredményeiből szintén kiderül, hogy kisebb valószínűséggel élnek meg párkapcsolati erőszakot, akik magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek (Ghimire et al., 2015). A nők magasabb kvalifikációja nem csak az ismeretek szintjén jelent többletet, hanem anyagiakban is nagyobb biztonságot ad, mivel a munkaerőpiacon jobban eladható tudással rendelkeznek, erősödik a függetlenségük. Az anyagi kiszolgáltatottság növeli az erőszakos cselekmények rizikóját. Egy indiai kutatás során, jelentős összefüggést találtak a bántalmazás előfordulása és a munkanélküliség, valamint az alacsony jövedelem között (Bhattacharya et al., 2020). Svédországi vizsgálat, a bántalmazás kockázati tényezőjeként azonosította a szegénységet (Finnbogadóttir et al., 2016). Az anyagi problémák az agresszor szemszögéből is kedvezőtlen tényezők, melyek elkeseredetté teszik az egyént, megjelenik a tehetetlenség érzése, ami növeli a bántalmazás kockázatát. Az erőszak rendszerint megtalálja a gyengébbet, a kiszolgáltatottat, ahol a hatalom, a győzelem megélése és ezzel a bántalmazó önbizalmának erősítése, viszonylag könnyen elérhető. A családban ez a gyenge láncszem a gyermek, vagy éppen a nő.

Az abúzust elszenvedett nők körében jelentősen nagyobb, csaknem a duplája a szülők közötti párkapcsolati erőszak a családtörténetben, ebben az esetben is többféle bántalmazási forma együttesen fordul elő. Hasonló képet kapunk, amikor a bántalmazó férfi szülei közötti párkapcsolatot elemezzük, ahol szintén magas arányban (58,2%) fordult elő párkap-

csolati erőszak. Mindkét félnél hangsúlyos a gyermekori diszfunkcionálisan működő család. Adjah és munkatársa arra az eredményre jutott, hogy abban az esetben, ha a férfi és a nő gyermekkori családjában is előfordult abúzus, akkor 41%-kal magasabb a bántalmazás előfordulásának kockázata (Adjah et al., 2016). Az erőszakos cselekmények körforgása folytatódhat felnőtt korban, növelve a rizikóját annak, hogy felnőttként maga is bántalmazóvá, vagy bántalmazottá váljon. A családtörténetben előforduló bántalmazásnak számos, negatív, hosszú távú hatása mutatható ki. Talán a legfontosabb a generációkon keresztül átívelő helytelen párkapcsolati minta, melyet akaratlanul tovább vihetünk, ezzel hozzájárulva a transzgenerációs traumákhoz (Orvos-Tóth, 2018). Az anya bántalmazása, a gyermek számára súlyos érzelmi bántalmazás, olyan sokk, melynek a feldolgozásához segítség szükséges. A sokproblémás családokban nevelkedett gyermekek érzelmi és fizikai elhanyagolástól szenvednek, mivel az anya bizonytalanságban, félelemben él, így nem tudja az optimális testi-lelki biztonságot megteremteni a gyermeke számára. A gyermekek elsajátíthatják a helytelen problémamegoldást, az erőszakos viselkedésmintákat, melyet tovább visznek a saját családi életükbe.

A pszichés problémák és a bántalmazás közötti összefüggések elemzése során szignifikáns kapcsolatot azonosítottunk, jelentősen magasabb előfordulást mutattak a párkapcsolati abúzust megélték körében. Iránban vizsgálták a mentális egészség és a bántalmazás összefüggéseit, ahol jelentősen rosszabb mentális állapotot azonosítottak azoknál, akik átéltek bántalmazást (Gharacheh et al., 2015). A szorongás nagyon gyakori pszichés probléma, ami megjelenhet anélkül, hogy kezelést igényelne, azonban betegséget jelent, ha tartós és rontja az életminőséget. Az abúzust átélő nők tartós pszichés megterhelésben élnek, ami hozzájárulhat a szorongás állandósulásához. Howard és munkatársai a bántalmazott nők körében, számottevően magasabb arányban azonosítottak szorongásos panaszokat (Howard et al., 2013). A pánikbetegség a tartós szorongásból táplálkozik, ami rohamokban jelentkezik és vissza-vissza tér. A rohamok situációtól függetlenül, látszólag ok nélkül jelentkeznek. A bántalmazás minden formája hozzájárul a mentális betegségek kialakulásához, mivel tartós szorongást,

félelmet indukál. Sok esetben a nők félnek kilépni a kapcsolatból, saját magukat hibáztatják, kilátástalannak érzik a helyzetüket, magas a depresszió kialakulásának rizikója. Az Amerikai Egyesült Államokban végzett kutatás a bántalmazás és a mentális betegségek összefüggéseit elemezve rámutatott, hogy akik párkapcsolati erőszakot éltek át, azoknál jelentősen magasabb a depresszió előfordulása (Howard et al., 2013).

A bántalmazott nők körében lényegesen magasabb a pszichés betegségek miatti kezelések előfordulása, többen rendszeres altató és/vagy nyugtató fogyasztásról számoltak be. A tünetek csillapítása mellett, megértésre, támogatásra, segítő beszélgetésre lenne szükség. A mentális betegségek a tudatállapot beszűkülésével, lehangoltsággal járhatnak együtt, ezért körükben gyakoribbak a szuicid gondolatok és kísérletek. A mintában a bántalmazott nők körében az öngyilkossági kísérletek háromszor gyakrabban fordultak elő, mint a nem bántalmazottaknál.

A bántalmazást átélő nők körében megjelenhet a szerfogyasztás, mint egy rossz problémamegoldó stratégia, illetve feszültség levezetési módszer. Az alkoholfogyasztási szokások nem mutattak szignifikáns

összefüggést, ezzel szemben jelentősen magasabb arányban dohányoztak a bántalmazott nők. A feszültség levezetésének egyik legelterjedtebb módszere a dohányzás és nem jár olyan előítélettel, mint a nők alkoholfogyasztása. Egy lengyelországi kutatás során összehasonlították bántalmazottak és a nem bántalmazottak egészségmagatartását és arra a következtetésre jutottak, hogy az önpusztító viselkedés jellemzőbb a bántalmazott nők körében (Tsirigotis et al., 2018).

A szakirodalmi adatok összefüggést mutattak ki a várandósság alatti bántalmazás és a koraszülés, a szövődményes szülés és a gyermek egészségi állapota között. Jelen mintában nem találtunk szignifikáns összefüggést a fenti változók esetében. Brazíliában magas elemszámmal egy longitudinális kutatás során, nyomon követték a bántalmazott nőket és sikerült igazolni, hogy a várandósságuk alatt bántalmazottak körében nagyobb a koraszülési arányszám. Másik lényeges eredményük, hogy a mentális betegségek és a bántalmazások szoros összefüggést mutatnak. A mentális betegségek pedig hatással vannak a szülésre, körükben magasabb a koraszülések előfordulása (Ferraro et al., 2017).

Következtetések

Jelen kutatás a nőkkel szembeni párkapcsolati erőszakra fókuszált. A megkérdezett nők csaknem fele megélt már párkapcsolati abúzust és a bántalmazási formák legtöbbször egymással szövődvé fordultak elő. Ezekből a kapcsolatokból született gyermekek alapot képeznek az erőszakos cselekmények körforgásához. A diszfunkcionális gyermekkori családból érkező felnőttek körében magas az ismétlődés rizikója. A bántalmazó kapcsolatok jórészt hosszú távon működtek, jelezve, hogy a kapcsolatból való kilépés rendkívül nehéz a nők számára. A hosszú idő alatt a lelki teher, a félelem megnövelte a pszichés problémákat, az altatók, nyugtatók szedését, a dohányzást és az öngyilkossági kísérletek számát.

Konklúzióként megállapítható, hogy bár számos intézményhez fordulhatnak a bántalmazott nők, ilyen a rendőrség, egészségügyi-, gyermekvédelmi ellátórendszer, köznevelési intézmények, civil szervezetek, ennek ellenére a kialakult probléma nehezen orvosolható és gyakori, hogy a bántalmazó kapcsolat hosszú

távon rögzül és súlyosbodik. Több tényező akadályozza a hatékony kezelést, ilyen a megfélemlített, bántalmazott nők visszahúzódása, illetve a probléma társadalmi megítélése. A strukturális erőszak jellemzője, hogy a társadalmi struktúra állandósítja az egyenlőséget, amíg más erőszakfajtákat markánsan elítélünk, addig a párkapcsolati erőszakot hallgatólagosan akár támogatjuk is.

A védőnői a szakterület speciális adottságai miatt rengeteg prevenció lehetőséggel rendelkezik. A területi védőnő az egyedüli szakember, aki rendszeresen családlátogatást végez és ez a szolgáltatás nem utasítható vissza (ESZCSM, 2004). A területi védőnő bevonódik a családok intim szférájába, így nagyobb ráhatása van annak működésére, lehetősége nyílik a kockázati tényezők és a bántalmazás gyanújeleinek időben történő felismerésére és a korai beavatkozásra. A munka kontinuitása miatt széles körben gondolja a családokat, a különböző ellátórendszerekkel kiépült szoros kapcsolata lehetővé teszi az időben történő

felismerést és hatékony segítségnyújtást. A védőnőknek a prevenció mindhárom szintjén releváns feladatai vannak. A primer prevenció lényeges eleme az iskolai egészségnevelés keretében a serdülőkorú fiúk és lányok megszólítása, tájékoztatása, interaktív beszélgetések kezdeményezése a témában. Hívjuk fel a serdülők figyelmét az erőszakos személyiség jellemzőire, fontos, hogy a bántalmazó családból érkezők, szembesüljenek a problémával, ennek jövőbeni hatásaival, a változtatás szükségességével, és a szakmai segítségkérés lehetőségeivel. Primer prevenciók lehetőségeként javasolt már a családalapítás során az egészséges párkapcsolatra, szülésre felkészülés védőnői speciális segítségnyújtással, a párok önálló, támogatott tanulásával (Soósne Kiss,2007), és az egészségügyi és szociális szakemberek hatékonyabb együttműködése (Soósne Kiss,2002), kutatási eredményeink alapján főként az alacsonyabb iskolai végzettségű, nehezebb anyagi körülmények között élő, kiszolgáltatottabb nőkre fókuszálva.

A szekunder prevencióra a rendszeres családlátogatások alatt nyílik lehetőség, melynek célja a korai stádiumban lévő esetek felismerése, hatékony megoldása addig, amíg nem rögzült az állapot. A védőnő bizalmas kapcsolatot ápol a gondozottjaival, nagy valószínűséggel észreveszi a gyanújeleket, esetleg segítséget kérnek tőle. Ilyen gyanújelek lehetnek, a férfi részéről megnyilvánuló kontroll, túlzott féltékenység, korlátozza a nő kapcsolatait, állandó felügyelet, mereven elkülönítik a női és férfi szerepek, a nő helyett válaszol, esetleg feltűnően túlóvó viselkedés. A nő fokozottan figyel a férfi reakcióit, gyakran jól láthatóak a szorongás, a félelem jelei, a bántalmazó érzéseivel, véleményével, hangulatával foglalkozik, mindent megtesz, hogy annak kedvében járjon, nem tudja érvényesíteni a saját akaratát, jellemző az alacsony önértékelés (NANE,2015). Ebben a helyzetben nehéz a védőnőnek bizalmi viszonyt kiépíteni és nem várható el, hogy az áldozat önállóan segítséget kérjen. Amikor már kialakult és rögzült a bántalmazás, a harmadlagos prevenció során az ártalmak és azok következményeinek a kiküszöbölése és csökkentése a cél. A rehabilitáció folyamatába a szakmai társintézmények és szakemberek bevonása elengedhetetlen. Aki idejében nem szakítja meg a folyamatot, nem kér és kap szakembertől segítséget, számíthat rá, hogy az

erőszak gyakoribbá és egyre súlyosabbá válik.

A bántalmazást jellemzi a fejlődés és a ciklikusság. Ha már megtörtént a fizikai bántalmazás az első szakaszban a feszültség fokozódása észlelhető, ami előre jelzi a verés közeledtét, majd lezajlik a bántalmazás. Ekkor történik a legtöbb ölési cselekmény, az elhagyási szándékot ilyenkor nem szabad közölni. Harmadik szakasz a „nászút” periódus – büntüdat, bocsánatkérés, szerelem megvallása elbizonytalanítja a nőt. A „nászút” periódus az idő folyamán egyre rövidül, majd megszűnik, marad a félelem, ami nem alaptalan, a bántalmazó akkor a legveszélyesebb, amikor a nő kilép a kapcsolatból, és elveszíti a hatalmát felette. (Szabóné Kármán,2004).

Segítőként akkor lehetünk hatékonyak, ha a bántalmazás kifinomultabb formáit is felismerjük, akkor is érzékenyen reagálunk, amikor az elénk táruló kép szöges ellentéte a valóságnak. Ilyenkor igazán nehéz azonosítani az elkövetőt és az áldozatot, mivel a bántalmazó legtöbbször, mint aggódó, figyelmes partner jelenik meg. Az erőszak valamennyi társadalmi rétegél előfordul, azzal a különbséggel, hogy a magasan kvalifikáltak körében jobban rejtve tud maradni.

A bántalmazott nővel történő négy szemközti beszélgetés elengedhetetlen, melyre lehetőséget adhat a családlátogatás, vagy a védőnői fogadórá. Ajánljunk a témával kapcsolatos internetes oldalakat, ingyenesen hívható segélykérő vonalakat, adhatunk szórólapokat, kiadványokat. Tájékoztassuk a krízisszállások, anyaothonok lehetőségéről, a családi támogatásokról, szociális juttatásokról, ezzel megkönnyítve a segítségkérést és a párkapcsolatból való kilépést. Veszélyhelyzetben a jelzőrendszer tagjaként a védőnő tud és köteles segítséget kérni és intézkedni (Gyvt,1997). Legyen összekötő kapocs a családok és a szakemberek között, ajánljon pszichológust, családterapeutát, családsegítőt, szükség esetén irányítsa orvoshoz az áldozatot.

A védőnő térképezze fel a nők lehetőségeit és ennek megfelelően igény szerint, adekvát segítséget nyújtunk. Alkalmazzuk a segítő beszélgetést, nyitott kérdéseket tegyünk fel és tartsuk tiszteltben, hogy a saját életében az egyén a legkompetensebb. Szervezzünk a témában interaktív beszélgetéseket, ahol megismerhetik a védőnő álláspontját, hogy elítéljük az erőszak minden formáját és senkinek nincs

joga a bántalmazáshoz. Nem az áldozat viselkedése vagy személye váltja ki az abúzust - ezt csak a bántalmazó próbálja elhíttetni - a bántalmazásért nem okolhatók az áldozatok.

A négy szemközti beszélgetések, a korai segítségnyújtás, megelőzheti a későbbi súlyos következményeket.

Szerzői munkamegosztás:

Harjónné dr. Brantmüller Éva PhD: koncepció, kontroll, szakértés, szerkesztés, statisztika

Horváth Cintia: statisztikai elemzés, adatgyűjtés, adatfeldolgozás, szerkesztés

Karamánné dr. Pakai Annamária PhD, habil: kontroll, szakértés, statisztika

Dr. Karácsony Ilona PhD: szakértés, kontroll, szerkesztés

Felhasznált irodalom

49/2004. (V. 21.) ESZCSM rendelet 2. § (7) bekezdés

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról 17. § (1)

Adjah, E. S. O., Agbemaflle, I. (2016). Determinants of domestic violence against women in Ghana. *BMC Public Health*, 16, 368. Retrieved May 05, 2022 from <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3041-x>

Barufaldi, L. A., Souto, R. M. C. V., Correia, R. S. de B., Montenegro, M. de M. S., Pinto, I. V., da Silva, M. M. A., de Lima, C. M. (2017). Gender violence: a comparison of mortality from aggression against women who have and have not previously reported violence. *Ciência & saúde coletiva*, 22(9), 2929-2938. Retrieved May 05, 2022 from <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12712017>

Bhattacharya, A., Yasmin, S., Bhattacharya, A., Baur, B., Madhwani, K. P. (2020). Domestic violence against women: A hidden and deeply rooted health issue in India. *J Family Med Prim Care*, 9(10), 5229-5235. Retrieved May 05, 2022 from https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_506_20

Egyesült Nemzetek Szövetsége (1993). Deklaráció a Nők Elleni Erőszak Megszüntetéséről 48/104 Retrieved Aug 26, 2022, from, https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocities-crimes/Doc.21_declaration%20elimination%20vaw.pdf

Európa Tanács Isztambuli Egyezmény (2011) Retrieved Aug 30, 2022, from, <https://nokert.hu/sze-20160720-0010/1466/1/az-isztambuli-egyezmey-szovege-magyar-nyelven>.

Ferraro, A. A., Rohde, L. A., Polanczyk, G. V., Argeu, A., Miguel, E. C., Grisi, S. J. F. E., Fleillich-Bilyk, B. (2017). The specific and combined role of domestic violence and mental health disorders during pregnancy on new-born health. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 257. Retrieved May 05, 2022 from <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1438-x>

Finnbogadóttir, H., Dykes, A.-K., & Wann-Hansson, C. (2016). Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 228. Retrieved May 05, 2022 from <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1017-6>

Gharacheh, M., Azadi, S., Mohammadi, N., Montazeri, S., Khalajinia, Z. (2015). Domestic Violence During Pregnancy and Women's Health-Related Quality of Life. *Global Journal of Health Science*, 8(2), 27-34. Retrieved May 05, 2022 from <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n2p27>

Ghimire, D. J., Axinn, W. G., Smith-Greenaway, E. (2015). Impact of the spread of mass education on married women's experience with domestic violence. *Social Science Research*, 54, 319-331. Retrieved May 05, 2022 from <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.08.004>

Howard, L. M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., Feder, G., Tsai, A. C. (2013). Domestic violence and perinatal mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 10(5), e1001452. Retrieved May 05, 2022 from <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001452>

Madhani, F. I., Karmaliani, R., Patel, C., Bann, C. M., McClure, E. M., Pasha, O., Goldenberg, R. L. (2016). Women's Perceptions and Experiences of Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(1), 76-100. Retrieved May 05, 2022 from <https://doi.org/10.1177/0886260515585533>



- Nők a Nőkért Együtt az Erőszak Ellen Egyesület (2015). Miért marad? Családon belüli és párkapcsolati erőszak. Hogyan segíthetünk? Retrieved May 29, 2022, from https://nane.hu/wp-content/uploads/miert_marad_2015.pdf*
- Nők a Nőkért Együtt az Erőszak Ellen Egyesület (n.d.). Tudnivalók a nők elleni erőszakról. Retrieved May 31, 2022, from <https://nane.hu/erintetteknek/tudnivalok-a-nok-elleni-eroszakrol/>*
- Morgan, J.F., Reid, F., & Lacey, J.H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. British Medical Journal, 319(7223), 1467—1468.*
- Orvos-Tóth, N. (2018). Örökölt sors - Családi sebek és a gyógyulás útjai. Kulcslyuk Kiadó Kft., Budapest*
- Pakai, A., Kivés, Zs. (2013). Kutatásról ápolóknak. Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségtudományi kutatásokban. Nővér, 26(3): 20-43.*
- Schliep, K. C., Mumford, S. L., Johnstone, E. B., Peterson, C. M., Sharp, H. T., Stanford, J. B., ... Buck Louis, G. M. (2016). Sexual and physical abuse and gynecologic disorders. Human Reproduction, 31(8), 1904-1912. Retrieved May 06, 2022 from <https://doi.org/10.1093/humrep/dew153>*
- Soósné Kiss, Zs. (2002). Egészségügyi és szociális szakemberek közös felelőssége az első gyermeket váró szülők támogatásában. Nővér, 15(5): 7-12.*
- Soósné Kiss, Zs. (2007). A szülésre felkészülés egy új lehetősége, az "aktív szülésre felkészülés (ASZF)" - modell. Védőnő, 17(2): 3-7.*
- Szabóné Kármán, J. (2004). Család gondozás - krízisprevenció. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest*
- Tavoli, Z., Tavoli, A., Amirpour, R., Hosseini, R., Montazeri, A. (2016). Quality of life in women who were exposed to domestic violence during pregnancy. BMC Pregnancy and Childbirth, 16, 19. Retrieved May 08, 2022 from <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0810-6>*
- Tóth, O. (2012). Mi hány méter? A párkapcsolati erőszak megéléséről. socio.hu, 2(1), 37-46. Retrieved Sept 03, 2022, from <http://doi.org/10.18030/socio.hu.2012.1.37>*
- Tóth, O. (2018). A nők elleni párkapcsolati erőszak Magyarországon. Az elmúlt 20 év kutatási eredményeinek összegzése. socio.hu, 8(4), 1-28. Retrieved Sept 03, 2022, from <http://doi.org/10.18030/socio.hu.2018.4.1>*
- Tsirigotis, K., Łuczak, J. (2018). Indirect Self-Destructiveness in Women who Experience Domestic Violence. Psychiatric Quarterly, 89(3), 521-532. Retrieved May 08, 2022 from <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9560-5>*
- World Health Organization (n.d.). Violence and Injury Prevention. Retrieved Nov 25, 2019 from https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/sexual/en/*



ARANYPAJZS
A CSALÁD VÉDELMEK TUDOMÁNYA



Magyar Védőnők
Szakmai Szövetsége
MVSZSZ