

# Az anya–magzat kötődést mérő Maternal–Fetal Attachment Scale kérdőív magyar nyelvű adaptálása és felhasználásának lehetőségei az ultrahang-kommunikációs vizsgálatok során

Andrek Andrea PhD-hallgató<sup>1</sup> ■ Hadházi Éva dr.<sup>2</sup> ■ Kekecs Zoltán dr.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Magatartástudományi Doktori Iskola, Budapest

<sup>2</sup>Károli Gáspár Református Egyetem, Pszichológiai Intézet, Fejlődéslélektani Tanszék, Budapest

<sup>3</sup>Department of Psychology and Neuroscience, Baylor University, Texas, USA

*Bevezetés:* Az ultrahangvizsgálatok kommunikációs hatékonyságát vizsgáló kutatások arra hívják fel a figyelmet, hogy a szorongásoldáson túl alkalmasak az anya és magzata közötti kötődés megerősítésére. *Célkitűzés:* A szerzők célja az intrauterin kötődés mérésére használt leggyakoribb eszköz, a Maternal–Fetal Attachment Scale magyar nyelvű adaptálása volt. *Módszer:* 114 várandós anya a második és harmadik trimeszter idején vett részt a kérdőíves vizsgálatban, amelyben a Maternal–Fetal Attachment Scale magyar nyelvű változatát és egy adatlapot töltöttek ki. *Eredmények:* A kérdőív belső konzisztenciája kiváló volt, a Cronbach-alfa 0,87-os értéket mutatott az összpontszám tekintetében. A kérdőívben szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a házasságban élő anyák, és emelkedett a pontszám a várandósság előrehaladásával. A magzat nemére vonatkozó bizonytalanság negatív irányba befolyásolta a kötődést. Nem találtak szignifikáns kapcsolatot a kötődési összpontszám és számos pszichoszociális tényező között. *Következtetések:* A Maternal–Fetal Attachment Scale magyar nyelvű változata alkalmas mérőeszköz lehet a kötődést erősítő ultrahangos szűrővizsgálati helyzetek elemzésére a családközponitú várandósgondozásban. Orv. Hetil., 2016, 157(20), 789–795.

**Kulcsszavak:** anya–magzat kötődés, praenatalis kötődés mérése, Maternal–Fetal Attachment Scale (MFAS), ultrahangvizsgálat

## The Hungarian adaptation and potential use of the Mother Fetus Attachment Scale questionnaire measuring mother-to-fetus attachment during ultrasound communication examinations

*Introduction:* Research measuring the effectiveness of communication during ultrasound examinations draw attention to its use in strengthening the bond between mother and fetus. *Aim:* Hungarian adaptation of the Maternal–Fetal Attachment Scale, which is the most commonly used tool for measuring intrauterine attachment. *Method:* 114 pregnant women in the second or third trimester filled out the Hungarian version of the Maternal–Fetal Attachment Scale and an application form. *Results:* The questionnaire showed excellent internal consistency, with a Cronbach's alpha of 0.87 for the total score. Married women scored significantly higher and scores increased as pregnancy progressed. Uncertainty surrounding the fetus's gender influenced attachment in the negative direction. There was no significant relationship between attachment total scores and a number of psycho-social factors. *Conclusions:* In the family-centered prenatal care the Maternal–Fetal Attachment Scale is a suitable tool to analyze ultrasound screening situations that strengthen the bond between mother and fetus.

**Keywords:** mother–fetus attachment, prenatal attachment scale, Maternal–Fetal Attachment Scale (MFAS), ultrasound examination

*Andrek, A., Hadházi, É., Kekecs, Z.* [The Hungarian adaptation and potential use of the Maternal–Fetal Attachment Scale questionnaire measuring mother-to-fetus attachment during ultrasound communication examinations]. *Orv. Hetil.*, 2016, 157(20), 789–795.

(Beérkezett: 2016. február 17.; elfogadva: 2016. március 17.)

### Rövidítések

CFI = Bentler Comparative Fit Index; KSH = Központi Statisztikai Hivatal; MFAS = Maternal–Fetal Attachment Scale; MFAS-HU = magyar nyelvű Maternal–Fetal Attachment Scale; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; TLI = Tucker–Lewis-index

Az elmúlt 40 évben az ultrahanggal végzett vizsgálatok kockázatmentesnek bizonyultak az alacsony rizikójú terhességeknél az anya és magzat tekintetében egyaránt. Igazolt klinikai hatékonyságuknak köszönhetően mára a rutin-terhesgondozás alapvető eszközévé váltak. Az utóbbi években egyre élénkebb érdeklődés mutatkozott az ultrahangvizsgálat során átélt anyai élményekre a magzat látványát és a hozzá való kötődést illetően [1–3].

Az ultrahangos szűrővizsgálati kommunikációs helyzeteket elemző kutatások arra a jelentős megfigyelésre jutottak, hogy a vizsgálatot végző orvos/szonográfus fontos részese az anya és magzata között zajló finoman hangolt interakciónak [4]. A tudatos, támogató orvosi kommunikáció oldja az anya szorongását, megerősíti egészséges életvitelében a várandósság idején, valamint segít elmélyíteni az anya és magzata közötti kötődést [2, 3, 5]. A magzat látványa különösen a várandósság korai szakaszában kitüntetett jelentőségű, hiszen ekkor még nem érzékelhetők a magzatmozgások, s az anyák többsége kevésbé tudatosan éli meg a benne fejlődő új élet tényét. *Sedgmen és mtsai* vizsgálatukban szignifikáns változást találtak az anyák életmódjában az ultrahangvizsgálatot követően: jelentősen csökkent az anyák alkoholfogyasztásának mértéke az első ultrahangvizsgálatot követő időszakban [6]. Egyes szerzők arra hívják fel a figyelmet, hogy a magzattal való vizuális találkozás szakszerű kommunikációs támogatás mellett segítheti az anya felelősségteljes viselkedését, például a terhességi diabetes során szükséges diéta betartását [7].

Egyre számottevőbb az arra vonatkozó tudásunk is, hogy a figyelmen kívül hagyás, személytelen orvosi attitűd romboló, szorongásnövelő hatású. A várandósok fokozott érzékenységgel reagálnak az orvos/szonográfus verbális és nem verbális kommunikációs jelzéseire: az anya előzetes várakozásán túli vizsgálat időtartama, a hosszú, magyarázat nélküli csendek, a monitor indokolatlan elfordítása a látóteréből – mind fenyegető, magzati rendel-

lenességet sejtető mozzanatokként értelmeződnek és tartósan megemelik a várandós szorongásszintjét [4, 8].

A fent bemutatott vizsgálatok az anyai szorongás mellett mérték az anya–magzat kötődés intenzitásának változását az ultrahangvizsgálatok során. A '70-es évek óta egyre több kutatás mutat rá arra, hogy a kötődés gyökerei az anya–gyermek kapcsolat kezdeténél keresendők, hiszen a kötődési folyamat már a várandósság idején, az anya és magzata között zajló dinamikának köszönhetően megkezdődik [9–12].

*Cranley* 1981-ben publikálta az első olyan mérőeszközt [13], amely az anya–magzat kötődés konstruktumát hivatott mérni (Maternal–Fetal Attachment Scale – MFAS). Az általa kidolgozott skála 24 iteme a várandós anyák magzatukkal kapcsolatos viselkedésére, a várandóssággal és születő gyermekükre vonatkozó attitűdökre fogalmaz meg kijelentéseket. Ötfokozatú Likert-skálán jelölhető az egyes tételekkel való egyetértés mértéke („határozottan igen” – „határozottan nem”). Minél magasabb összpontszámot ér el a várandós a skálán, annál intenzívebbnek tekinthető a magzatához való kötődésének mértéke. *Cranley* a statisztikai mutatók alapján 5 alskálát különített el: Szerepvállalás (például: Látom magam, amint etetem a babát), Elkülönülés (például: Élvezem figyelni a hullámozó pocakom, amint a baba rugdalozik odabent), Interakció (például: Simogatom a pocakom, hogy elcsendesítsem a babát, amikor túl sokat rugdos), Attribúció (például: A babám mozgásából sejtem, hogy milyen lesz a személyisége) és Önfeladás (például: Egészségem érdekében olyan dolgokat is megteszek, amelyeket nem tennék, ha nem lennék várandós). Az MFAS mindmáig az egyik leggyakrabban használt klinikai vizsgálati eszköz az anya–magzat kötődési vizsgálatok során [11, 14].

Célunk annak feltárása volt, hogy a Maternal–Fetal Attachment Scale magyar fordítása hogyan működik a terhességi szűrővizsgálatok klinikai környezetében. Kíváncsiak voltunk a kérdőív magyar mintán megmutatókozó belső konzisztenciájára, valamint faktorstruktúrájára. További célunk volt annak feltárása is, hogy mely demográfiai és pszichoszociális tényezők járnak együtt az anya–magzat kötődés mutatószámaival. A kérdőív magyar mintán való adaptálásával ösztönözni kívánjuk azokat a hazai klinikai vizsgálatokat, amelyek rámutatnak a terhességi szűrővizsgálatok során megvalósuló hatékony orvosi kommunikáció kötődést támogató hatására.

## Módszer

114 várandós anya túlnyomórészt a második és harmadik trimeszter idején vett részt a vizsgálatban. A részvétel önkéntes volt, a beleegyező nyilatkozat aláírását követően történt védőnői vagy ultrahangvizsgálatra várakozás közben, név nélkül, papíralapon, önkitöltős módszerrel.

Az adatlap segítségével információkat gyűjtöttünk a vizsgálati személyek demográfiai jellemzőiről (anya életkora, iskolázottsága, munkavállalói státusza, jövedelmi helyzete, paritása) és egyéb pszichoszociális adatokról, mint a várandósság tervezettség, a fogantatás módja. Rákérdeztünk a korábbi perinatalis eseményekre, az anya testi-lelki panaszaira a várandóssághoz kapcsolódóan, a saját szüleiivel kapcsolatos, valamint saját születésre vonatkozó adatokra, illetve a magzat nemének ismeretére.

Az anya–magzat kötődést a Maternal–Fetal Attachment Scale magyarra lefordított változatával mértük.

1. táblázat | MFAS-HU

1. Beszélek a babámhoz.
2. Úgy érzem, minden nehézség ellenére megéri várandósnak lenni.
3. Élvezem figyelni a hullámozó pocakom, amint a baba rugdalózik odabent.
4. Látom magam, amint etetem a babát.
5. Már nagyon várom, hogy láthassam, hogy néz ki a baba.
6. Kíváncsi vagyok, vajon beszorítva érzí-e magát a baba odabent.
7. Becenéven beszélek a babámról.
8. Elképzelem magam, amint gondoskodom a babáról.
9. A babám mozgásából sejtem, hogy milyen lesz a személyisége.
10. Eldöntöttem, hogy fogják hívni a babát, ha kislány lesz.
11. Egészségem érdekében olyan dolgokat is megteszek, amelyeket nem tennék, ha nem lennék várandós.
12. Kíváncsi vagyok, hall-e a baba a pocakomban.
13. Eldöntöttem, hogy fogják hívni a babát, ha fiú lesz.
14. Kíváncsi vagyok, hogy a baba gondol és érez-e dolgokat odabent.
15. Húst és zöldséget is eszem, hogy a babám megfelelő táplálékot kapjon.
16. Úgy érzem, mintha a babám rugdosással és mozgással jeleznél, amikor eljött az evés ideje.
17. Megbökösöm a pocakom, hogy a babám visszabökjön.
18. Alig várom, hogy a babát a karomban tarthassam.
19. Próbálom elképzelni, hogy fog kinézni a baba.
20. Simogatom a pocakom, hogy elcsendesítsem a babát, amikor túl sokat rugdos.
21. Érzem, mikor csuklik a baba.
22. Csúnyának érzem a testem.
23. Lemondok dolgokról azért, hogy ezzel jól tegyek a babámnak.
24. A pocakomon keresztül megfogom a baba lábát, és körbemozgatom.

A magyar nyelvű mérőeszközt MFAS-HU-nak neveztük el (1. táblázat). A kérdőív nyelvi adaptálása a szakirodalomban bevett lefordítási, majd visszafordítási lépésekben zajlott. A kérdőív 24 tételét a vizsgálati személyeknek 5 fokú Likert-skálán kellett értékelnie: Az alábbiakat gondolom, teszem: határozottan igen (5), igen (4), bizonytalan (3), nem (2), határozottan nem (1). Az egyes tételekre adott választás 5 (legmagasabb) és 1 (legalacsonyabb) pontot ér, így a skálán elérhető összpontszám 24–120 pont (1. táblázat).

A vizsgálat során a várandós anyákat személyesen szólította meg az erre felkészített védőnő, illetve az ultrahangvizsgálati rendelésen egy egészségügyi asszisztens a szerzők által előre meghatározott instrukció szerint. A vizsgálatban részvételi hajlandóságot mutatóknak borítékban nyújtották át a kérdőívcsomagot, amelyeket a várakozás idejében, a helyszínen töltöttek ki. A vizsgálati anyag kitöltése körülbelül 25 percet vett igénybe. A várandósok maguk helyezték az egészségügyi személyzet által kijelölt gyűjtődobozba a kitöltött, lezárt borítékot. Magukkal vihetek otthonukba egy információs lapot a vizsgálat céljával kapcsolatosan és egy telefonszámot arra az esetre, amennyiben kérdésük merülne fel a kérdőívben előkerült témák kapcsán. A vizsgálati személyek közül senki sem élt ennek lehetőségével.

A statisztikai elemzés során az MFAS-HU szerkezetét faktoranalízisnek vetettük alá. A faktoranalízis elvégzése során *Field* [15] és *Costello és Osborne* [16] ajánlásai alapján jártunk el. Megvizsgáltuk az itemek korrelációs mátrixát, hogy kizárjuk a nem korreláló itemeket. Mindegyik tétel szignifikánsan korrelált legalább egy másik tétellel, így a faktoranalízisbe minden tétel bevonásra került.

Az MFAS-HU kérdőíven szerzett pontszámok összefüggését demográfiai és más pszichoszociális tényezők tükrében kategorikus független változóknál Mann–Whitney-féle U-teszttel (2 csoport esetén) vagy Kruskal–Wallis-teszttel (több csoport esetén) végeztük. Folytonos független változók esetén Spearman-féle korrelációt alkalmaztunk. A 10 főnél kisebb csoportokat nem elemeztük.

## Eredmények

Vizsgálatunkban 114, ( $X = 31,87$  év,  $s = 4,27$ ) várandós édesanya vett részt. A beválogatás kritériuma írástudás és önkéntes beleegyezés volt. Az anyák életkora 23 és 44 év között mozgott a vizsgált mintában, az átlagéletkor közel 32 év volt (31,87 év). Várandósságukat tekintve főként a második (55 fő) és harmadik (56 fő) trimeszterben tartottak, az első trimeszterben mindössze 3 fő volt (15–38. gesztációs hét, átlag = 27,11; szórás = 7,2). 96,5%-uk párkapcsolatban élt a magzat édesapjával, ebből 69-en házasságban, 41-en pedig házasságkötés nélkül éltek együtt. 3,5% úgy nyilatkozott, hogy nem él együtt a gyermek apjával. A párkapcsolatban élők átlag 51,5 hónapja voltak együtt. Az anyák 70,2%-a először

2. táblázat | Az MFAS-HU magyar mintán mért belsőkonzisztencia-skála és -alskála mutatói, valamint *Cranley* eredeti vizsgálatának eredményei

MFAS	MFAS-HU (2014) Crombach-alfa (N = 114)	MFAS (Cranley, 1981) Crombach-alfa (N = 71)
Összes tétel (24)	0,87	0,85
Szerepvállalás (4)	0,74	0,73
Elkülönülés (4)	0,58	0,62
Interakció (5)	0,57	0,68
Attribúció (6)	0,65	0,67
Önfeldadás (5)	0,645	0,52

szülő, 25,4%-a a második, 4 fő a harmadik és egy anyja a negyedik gyermekét várta.

Az iskolai végzettséget tekintve 7 fő szakmunkás, 20 fő szakközépiskolai vagy gimnáziumi, 73 fő főiskolai vagy egyetemi végzettséggel rendelkezett, míg 14 fő főiskolai vagy egyetemi hallgató volt éppen. Vagyis a minta 64%-a magas iskolai végzettségű nőből állt.

Saját bevallásuk szerint a jövedelmük alapján 10,7% kissé az átlag alattinak, 50% átlagosnak, 31,3% kissé az átlag felettinek, 8% pedig átlag felettinek érezte a családja anyagi helyzetét. Ehhez az anyagi egzisztenciához az édesanyák 23%-a nagyban, 55,8%-a párjával azonos mértékben, 16,8% nem számottevő arányban járul hozzá.

A kérdőív reliabilitását mérő Cronbach-alfa-koeficiens 0,87-os értéket mutatott az összpontszám tekintetében, miközben az alskálák értékei 0,57 és 0,74 között alakultak (2. táblázat). Az összpontszám Cronbach-alfa-értéke arra utal, hogy a mérőeszköz a magyar mintán is kitűnő belső megbízhatósági mutatóval rendelkezik, ugyanakkor az alskálák a korábbi vizsgálatok eredményeihez hasonlóan statisztikailag kevésbé megbízhatónak bizonyultak. Ez alól kivételt képez a Szerepvállalás alskálája, amely ugyancsak fölötté van a 0,7-es elfogadhatósági határnak [17]. *Cranley* 1981-ben elvégzett vizsgálatában az összpontszámra vonatkozóan 0,85 Cronbach-alfa-értéket talált (N = 71), az alskálák ugyanakkor, a mi mintánkhoz hasonlóan, alacsonyabb értékeket mutattak (0,52 és 0,73 között) [13].

A konfirmátoros faktoranalízist R 3.02 programban végeztük a „sem” csomaggal, amelynek során az MFAS eredeti 5 faktoros modelljét teszteltük. A modell fit statisztikákban a  $\chi^2/df$  és RMSEA elfogadható illeszkedést találtunk, ugyanakkor a Tucker-Lewis-index (TLI) és a Bentler Comparative Fit Index (CFI) nem mutattak jó illeszkedést (RMSEA = 0,069 [90% CI 0,057, 0,080],  $\chi^2/df$  = 1,53, TLI = 0,746, CFI = 0,768).

Arra való tekintettel, hogy a fenti eredményekkel egybehangzóan az MFAS egyetlen korábbi vizsgálatában sem igazolódott sem az 5 faktor, sem pedig más többfaktoros struktúra illeszkedése, a további elemzéseinkben a szakirodalom egybehangzó ajánlása alapján az MFAS-

HU összpontszámát tartottuk elsősorban szem előtt [14, 18, 19]. Megvizsgáltuk az MFAS-HU összpontszámának alakulását a demográfiai adatok függvényében. A vizsgált személyek közel 63%-a házasságban, 37%-uk élettársi kapcsolatban él együtt a gyermek apjával. Az MFAS-HU összértéke szignifikánsan függ a családi állapottól. A házasságban élők magasabb pontszámot érnek el, mint az élettársi kapcsolatban élő anyák (U = 1022,00; W = 1883,00; Z = 2,43; p = 0,015). Az anyák életkora ugyanakkor nem mutatott lineáris együttjárást az MFAS-pontszámmal (r = -0,07, p = 0,460).

A szocioökonómiai státusz és az MFAS-HU skála összértékét tekintve azt találtuk, hogy a család bevétele nem függ össze a kötődés intenzitásával (r = -0,01, p = 0,899). Annak mértéke, hogy az anya mennyivel járul hozzá a családi egzisztencia biztosításához, ugyancsak nem mutat szignifikáns együttjárást az MFAS-HU összpontszámával ( $\chi^2$  = 2,88, df = 2, N = 108, p = 0,236).

Az alacsony iskolai végzettségűek alacsony elemszáma miatt a középfokú végzettségűek (szakközép/gimnázium), a főiskolai és egyetemi hallgatók, valamint a felsőfokú végzettségűek csoportjait elemeztük. Az iskolai végzettségi szint nem bizonyult meghatározó faktornak az MFAS-HU összpontszámának tekintetében ( $\chi^2$  = 10, df = 2, N = 107, p = 0,130).

A várandóssághoz kapcsolódó tényezők közül a gesztációs kor közepes erősségű pozitív korrelációt mutatott az MFAS-HU összpontszámmal (r = 0,36, p < 0,001), tehát a várandósság előrehaladásával növekedést mutatott a skálával mért kötődés erőssége. A magzat nemével kapcsolatban azt találtuk, hogy akik biztosan tudják és akik biztosan nem tudják a gyermek nemét (vagy mert a vizsgálat időpontjában nem volt meghatározható, vagy mert a szülők nem kívánták tudni azt), azok egyaránt szignifikánsan magasabb pontszámokat adnak a kötődés skálán, mint azok, akik bizonytalanok magzatuk nemét illetően ( $\chi^2$  = 13,62, df = 2, p < 0,001).

Összehasonlítottuk azokat az anyákat, akik nem vagy nem biztosan érzik magzatuk mozgását (13%) azokkal, akik biztos tapasztalatról számoltak be (87%), és azt találtuk, hogy a két csoport nem különbözik szignifikánsan egymástól az MFAS-HU-összpontszám tekintetében (U = 542,50; W = 647,50; Z = 1,31; p = 0,189).

Megkérdeztük, hogy az anyák időre születtek-e vagy koraszülöttek voltak, illetve, hogy megszületésük járt-e valamilyen beavatkozással (császármetszés, műszeres szülésbefejezés stb.). Az alacsony elemszámok miatt csak az időre születettek csoportját vizsgáltuk. Összehasonlítva a természetes módon született anyákat azokkal, akik valamilyen beavatkozás segítségével jöttek a világra, azt találtuk, hogy a természetesen születettek magasabb kötődési értékeket mutattak, ám a különbség nem volt szignifikáns (U = 490,50; W = 661,50; Z = -1,80, p = 0,73).

Az alábbi tényezők ugyancsak nem mutattak szignifikáns együttjárást az anya-magzat kötődéssel: a várandósság tervezettség vs. nem tervezettség ( $\chi^2$  = 1,05,



$df = 2$ ,  $N = 114$ ,  $p < 0,593$ ), a fogantatás módja ( $\chi^2 = 0,20$ ,  $df = 2$ ,  $N = 114$ ,  $p < 0,904$ ), a korábban született gyermekek száma ( $r = 0,04$ ,  $p = 0,704$ ), korábbi perinatalis veszteség(ek) ( $U = 1392,50$ ,  $W = 2022,50$ ,  $Z = 0,06$ ,  $p = 0,951$ ) és a várandós anya szüleinek együttélése/válása vagy a szülők halála ( $\chi^2 = 2,95$ ,  $df = 2$ ,  $N = 110$ ,  $p < 0,229$ ).

## Megbeszélés

A *Mecca Cranley* által kidolgozott Maternal–Fetal Attachment Scale [13] máig az egyik leggyakrabban használt, anya–magzat kötődést mérő eszköz. A kérdőív hazai adaptálása során megvizsgáltuk reliabilitását, faktorstruktúráját és azokat a pszichoszociális faktorokat, amelyekkel együttjárást mutathat. Vizsgálatunkban a skála összpontszámát alkalmaztuk a praenatalis kötődés mérésére, mert az eredeti 5 faktoros struktúra megbízhatósága nem nyert alátámasztást [13, 20], viszont az egyfaktoros modell kiváló megbízhatóságot mutatott. A magyar vizsgálati mintán a családi állapot, a magzat nemére vonatkozó bizonytalanság és a gesztációs kor szignifikánsan együtt járt az anya–magzat kötődéssel.

Eredményeink alátámasztják továbbá a különböző szakirodalmi közlemények adatait, miszerint az anya életkora és szocioökonómiai státusza nem befolyásolja a magzatához való kötődést [10, 21–23].

A várandósság előrehaladásával szignifikánsan nő az anya–magzat kötődés intenzitásának mértéke; minél több tapasztalatot szerez az anya magzatáról a kettejük közt zajló folyamatos interakciók nyomán, annál erősebbé válik a kötődés. Bár a mi vizsgálatunkban nem találtunk szignifikáns összefüggést a magzatmozgások észlelése és a kötődés intenzitása között, a szakirodalom arról számol be, hogy a magzatmozgások észlelésével kimutatható az MFAS-skálán mért pontszám növekedése [22, 24]. Ennek oka, hogy a hazai mintán nem volt kimutatható hatása a magzati mozgásoknak, valószínűleg a kis statisztikai erőnek tudható be, ami abból fakad, hogy a mintánk csupán 13%-a nyilatkozott úgy, hogy nem érzi vagy nem biztos, hogy érzi a magzati mozgásokat.

Ugyancsak befolyásolja a magzati kötődést az anya családi állapota: a házasságban élők magasabb összpontszámot érnek el, mint az élettársi kapcsolatban élők. Ez az eredmény azért is fontos, mert a Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint a gyermekek 40%-a házasságon kívül születik, nagyjából élettársi kapcsolatból [25]. Sok pár vallja, hogy nincs jelentősége a formális elköteleződésnek, vizsgálatunk eredményei mégis ennek ellenkezőjére hívják fel a figyelmet: a házasságban élő anyák mérhetően nagyobb intenzitással tudnak magzatuk felé fordulni, mint az élettársi kapcsolatban együtt élők. Ennek oka többek között az is lehet, hogy a házasságban élő várandósok nagyobb biztonságban tudják párkapcsolatukat, figyelmük fókuszában inkább magzatuk áll. A nemzetközi szakirodalom saját eredményeinkhez hasonlóan túlnyomórészt pozitív együttjárásról számol be

a házastársi státusz és a magzati kötődés tekintetében [22, 26].

A magzat nemének biztos tudása vagy biztos nem tudása ugyancsak az anya–magzat kapcsolat megerősödésének irányába ható tényezők, a magzat nemével kapcsolatos bizonytalanság ugyanakkor szignifikánsan alacsonyabb pontszámot hoz. Eredményeink szerint megfontolandó tiszteletben tartani a szülők azon ritka, tudatos kérését, miszerint nem kérnek információt magzatuk nemére vonatkozóan, hiszen a kötődés nem a biztos tudáson, hanem a magzat nemével kapcsolatos bizonytalanság hiányán múlik.

Közel ugyanannyi anya válaszolta azt, hogy a jelen terhessége tervezett (46%), mint ahányan nem tervezték (42%), illetve voltak, akik nem mostanra tervezték (12%) a gyermekáldást. Figyelemre méltó a tudatos tervezés hiánya, hiszen a kérdőívet túlnyomórészt magasan kvalifikált, kedvező szocioökonómiai státuszú várandós töltötte ki. Eredményeink alátámasztják a KSH által közzétett demográfiai adatot, miszerint több a fogantatások száma, mint a tervezett gyermekeké [27]. A tudatosabb családtervezés csökkenthetné ugyan a nem kívánt terhességek, illetve megszakítások arányát, ugyanakkor a nem tervezettség nem jelenti feltétlenül, hogy ne vágnának a szülők a gyermekre. A „véletlenül” bekövetkezett terhességek egy része végül is elfogadással jár, nincs szignifikáns összefüggés a gyermek tervezettsége és a magzattal való kötődés intenzitásának mértéke között. Saját eredményeinkhez hasonlóan más, anya–magzat kötődést mérő vizsgálatokban ugyancsak nem találtak különbséget a fogantatás módja (mesterséges vagy természetes) és az anyák magzatukhoz való kötődésében a várandósság második trimeszterében [28].

Korábbi veszteségek tekintetében *Armstrong* saját vizsgálatunkhoz hasonló eredményre jutott, miszerint a korábbi veszteségek nem befolyásolják a következő várandósság során kialakított kötődés azon szintjeit, amit az MFAS mér [29].

Az anya–magzat kötődés konstruktumának definiálása, operacionalizálása és pontos feltérképezése még várat ugyan magára, ugyanakkor az eddigi vizsgálatok számos jelentős összefüggésre hívják fel a figyelmet. A modern magzati diagnosztikai eszközök (ultrahangvizsgálat, magzati szívhangvizsgálat stb.) olyan komplex élményeket keltenek a várandós szülőkből, amelyek mély érzelmi folyamatokat indítanak el magzatuk létezésének bizonyosságát és valóságosságát illetően.

A terhesgondozás részét képező képzőképző vizsgálati helyzetek azonban csak abban az esetben járnak együtt kedvező lélektani (és ezen keresztül élettani) hatásokkal, amennyiben a vizsgálatot végző orvos személyre szabottnak, támogatóan van jelen és megfelelő magyarázatot fűz a monitoron megjelenő magzat látványához.

Mindez arra utal, hogy a vizsgálatot végző szak személyzettel szemben a naprakész szakmai tudáson túl fontos az anyával/családdal való tudatos, a tájékoztatás és megnyugtató szolgáló kommunikációs felkészül-

ség. A szülők szorongásának csökkentése és a magzathoz való kötődést segítő helyzetek lehetővé teszik, hogy a szülők a magzatot az anyától elkülönülő „lényként” érzéleljék. Ez ugyanakkor hatással van a várandósok egészségmegőrző viselkedésére, életmódjára.

Campbell [30] arra hívja fel a figyelmet, hogy a négydimenziós ultrahang elterjedése lehetővé teszi a szülők számára a magzati finom mozgások tág spektrumának látványát, mint például a szopó-fogó mozgások, magzati mimika stb. Az „élethű kisbaba” látványa felhasználható a prevenció munkában azoknál a családoknál, ahol a praenatalis kötődés kevésbé optimális szintje észlelhető.

Kutatásunk eredményei arra utalnak, hogy az MFAS-HU az angol eredetihez hasonló faktorstruktúrájában és belső konzisztenciájában, valamint hasonló mintázatokat mutat a magzati kötődés szakirodalomban már azonosított prediktoraival való összefüggésében is. Ezek az eredmények alátámasztják, hogy az MFAS-HU egy megbízható és valid mérőeszköz. Kutatásunk azt is jól mintázza, hogy a kérdőív alkalmazása megvalósítható a rutin várandósgondozás közegében: a praenatalis vizsgálatokra váró nők közül senki nem utasította vissza a kérdőív kitöltését, a várakozási időt szívesen töltötték el a kérdések megválaszolásával. Mindössze 4 kérdőív került kizárássra a feldolgozás alól, mivel a kitöltés abbamaradt a vizsgálatra történő szólítás következtében. Pozitív fogadtatást tapasztaltunk az egészségügyi személyzet részéről is, szívesen kínálták fel a kérdőívet a pácienseknek, s a várakozási időből fakadó kellemetlenség csökkentéseként tekintettek rá. Az MFAS magyar mintán történt adaptálása utat nyit olyan praenatalis prevenció és intervenció klinikai helyzetek vizsgálatára, amelyek lehetőséget kínálnak az anya-magzat kapcsolat támogatására.

*Anyagi támogatás:* A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

*Szerzői munkamegosztás:* A. A., H. É.: Hipotézisek kidolgozása, a vizsgálat lefolytatása. A. A.: Adatbevitel. K. Z.: Statisztikai számítások. A. A.: A kézirat elkészítése. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

*Érdekltségek:* A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

## Köszönetnyilvánítás

A szerzők szeretnének köszönetet mondani mindazoknak a kismamának, családoknak, akik a kérdőív kitöltésével hozzájárultak a vizsgálat létrejöttéhez. Köszönet illeti azokat a védőnőket és ultrahangvizsgálati asszisztenseket is, akik aktívan közreműködtek abban, hogy a kérdőívek kitöltésre kerüljenek.

## Irodalom

- [1] Villeneuve, C., Laroche, C., Lippman, A., et al.: Psychological aspects of ultrasound imaging during pregnancy. *Can. J. Psychiatry*, 1988, 33(6), 530–536.
- [2] Whynes, D. K.: Receipt of information and women's attitudes towards ultrasound scanning during pregnancy. *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 2002, 19(1), 7–12.
- [3] Kline-Fath, B.: Prenatal imaging. *Newborn Infant. Nurs. Rev.*, 2007, 7(4), 197–204.
- [4] Van der Zalm, J. E., Byrne, P. J.: Seeing baby: women's experience of prenatal ultrasound examination and unexpected fetal diagnosis. *J. Perinatol.*, 2006, 26(7), 403–408.
- [5] Baillie, C., Mason, G., Hewison, J.: Scanning for pleasure. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 1997, 104(11), 1223–1224.
- [6] Sedgmen, B., McMahon, C., Cairns, D., et al.: The impact of two-dimensional versus three-dimensional ultrasound exposure on maternal-fetal attachment and maternal health behavior in pregnancy. *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 2006, 27(3), 245–251.
- [7] Boukydis, Z.: Ultrasound consultation to reduce risk and increase resilience in pregnancy. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 2006, 1094(1), 268–271.
- [8] Varga, K.: Beyond the Words: Communication and suggestion in medical practice. [A szavakon túl – Kommunikáció és szugesztio az orvosi gyakorlatban.] *Medicina Könyvkiadó, Budapest*, 2011. [Hungarian]
- [9] Erikson, M.: Predictors of maternal-fetal attachment: an integrative review. *Online J. Knowledge Synth. Nursing*, 1996, 3(1), 56–72.
- [10] Canella, B. L.: Maternal-fetal attachment: an integrative review. *J. Adv. Nurs.*, 2005, 50(1), 60–68.
- [11] Albusen, J. L.: A literature update on maternal-fetal attachment. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*, 2008, 37(3), 315–328.
- [12] Brandon, A. R., Pitts, S., Denton, W. H., et al.: A history of the theory of prenatal attachment. *J. Prenat. Perinat. Psychol. Health*, 2009, 23(4), 201–222.
- [13] Cranley, M. S.: Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nurs. Res.*, 1981, 30(5), 281–284.
- [14] Beck, C. T.: Available instruments for research on prenatal attachment and adaptation to pregnancy. *Am. J. Matern. Child Nurs.*, 1999, 24(1), 25–32.
- [15] Field, A.: *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. SAGE, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington, 2013.
- [16] Costello, A. B., Osborne, J. W.: Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 2005, 10(7). Available online: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=10&n=7>
- [17] Szokolszky, Á.: *Research work in psychology*. [Kutatómunka a pszichológiában.] Osiris Kiadó, Budapest, 2004. [Hungarian]
- [18] Cranley, M. S.: "A critical review of prenatal attachment research": Response. *Sch. Inq. Nurs. Pract.*, 1992, 6(1), 23–26.
- [19] Müller, M. E., Ferketich, S.: Factor analysis of the Maternal Fetal Attachment Scale. *Nurs. Res.*, 1993, 42(3), 144–147.
- [20] Shieh, C., Krawitz, M., Wang, H. H.: What do we know about maternal-fetal attachment? *Kaohsiung J. Med. Sci.*, 2001, 17(9), 448–454.
- [21] Grace, J. T.: Development of maternal-fetal attachment during pregnancy. *Nurs. Res.*, 1989, 38(4), 228–232.

- [22] Doan, H. McK, Cox, N. L., Zimmerman, A.: The Maternal Fetal Attachment Scale: some methodological ponderings. *J. Prenat. Perinat. Psychol. Health*, 2003, 18(2), 167–188.
- [23] Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., et al.: A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *Int. J. Nurs. Stud.*, 2009, 46(5), 708–715.
- [24] Heidrich, S. M., Cranley, M. S.: Effect of fetal movement, ultrasound scans, and amniocentesis on maternal-fetal attachment during pregnancy. *Nurs. Res.*, 1989, 38(2), 81–84.
- [25] Hungarian Central Statistical Office: Population change in Hungary – 2012. [*Központi Statisztikai Hivatal: Népmozgalom – 2012.*] *Statisztikai Tükör*, 2013, 7(30), 1–6. [Hungarian]
- [26] Lindgren, K.: Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Res. Nurs. Health*, 2001, 24(3), 203–217.
- [27] Pongrácz, T.: Decisions of family planning. [Családtervezési döntések.] *Kapocs*, 2012, 11(4[55]), 8–16. [Hungarian]
- [28] Hjelmstedt, A., Widström, A. M., Collins, A.: Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *Birth*, 2006, 33(4), 303–310.
- [29] Armstrong, D. S.: Emotional distress and prenatal attachment after perinatal loss. *J. Nurs. Scholarsh.*, 2002, 34(4), 339–345.
- [30] Campbell, S.: 4D and prenatal bonding: still more questions than answers. *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 2006, 27(3), 243–244.

(Andrek Andrea,  
Budapest, Kisbojtár u. 31/12., 1037  
e-mail: andrek.andrea@ppk.elte.hu;  
andrekaandrea19@gmail.com)

## Eladó praxis Németországban

Bajorországban az osztrák határtól egy kilométerre 40 éve működő **praxishely**  
a város központi részében **átadó komplett felszereléssel**.  
(Computerek, ultrahang, doppler ergoterapia, stb.) Az átadáshoz jogi segítségre is van lehetőség.

Érdeklődés: Magyarországon: +3630/5263-209

Németországban: 00 49 8679171555