

FELMÉRŐ SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS A SZÜLÉS KÖRÜLI ANYAI TAPASZTALATOK ÉS A TÁRSADALMI-GAZDASÁGI TÉNYEZŐK KÖZÖTTI KAPCSOLATRÓL AZ OECD-ORSZÁGOKBAN¹

Udvari Orsolya

ÖSSZEFOGLALÓ

A társadalmi egyenlőtlenségek jelenléte az egészségügyi ellátásban széles körben ismert és kutatott jelenség. Ezen belül is a szülés körüli ellátást érintő egyenlőtlenségi kérdések egy kevésbé feltárt területnek számítanak. A szülés körüli tapasztalatok számos tényezőtől függenek, beleértve az életkort, a társadalmi helyzetet, az etnikumot, a szülés módját és a szülészeti bánásmódot. Az alacsony társadalmi-gazdasági helyzetű nők különösen kitettek lehetnek a negatív szülésélményeknek, amelyeknek rövid és hosszú távú hatásai mind az anyára, mind pedig társadalmi környezetére kimutathatók. Jelen tanulmány a felmérő szakirodalmi áttekintés módszerével az anyai társadalmi-gazdasági helyzet és a szülés körüli tapasztalatok összefüggése mentén térképezi fel az elmúlt tíz év OECD-országokra vonatkozó nemzetközi szakirodalmát. A tanulmány 18 cikk áttekintésének eredményeként megállapítja, hogy a szocioökonómiai háttér figyelembevétele a szülés körüli tapasztalatok alakulásának és hatásainak megértésében döntő szerepet játszik.

¹ A tanulmány az MTA HUN-REN Lendület Reprodukciós Döntéseket Vizsgáló Kutatócsoport támogatásával készült.

Tárgyszavak: szülés, anyai tapasztalatok, társadalmi-gazdasági tényezők, egészségügyi ellátás, felmérő áttekintés

Udvari Orsolya

KSH Népeségtudományi Kutatóintézet; Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia Doktori Program

E-mail: udvari@demografia.hu

BEVEZETÉS

A társadalmi egyenlőtlenségek jelenléte az egészségügyi és a szülés körüli ellátásban is ismert, széles körben kutatott téma. A szülés intenzív és meghatározó életeseemény, amelyben tetten érhetők társadalmi és érzelmi hatások, amelyek nemcsak az anyát érintik, hanem közvetlen környezetét, elsősorban gyermekét és a családtagjait is (Fisher et al., 2019). Számos tényező befolyásolhatja a nők szüléssel kapcsolatos tapasztalatait, többek között az életkor, társadalmi helyzet, etnikai hovatartozás, paritás; a szülés előtti felvilágosítás és tájékozottság; belső (anyai) és külső (társadalmi) elvárások; a szülés alatti kontroll megtapasztalása, fájdalom, a szülés módja, az orvosi beavatkozások mértéke, a szakemberek és a partner támogatása, a vajúdás időtartama és a szülés környezete (Baas et al., 2017).

A szülésélmény bizonyítottan rövid és hosszú távú hatással van a nők és családjuk egészségére és jóllétére, ezért többek között az Egészségügyi Világszervezet (WHO) is hangsúlyozza a pozitív szülésélmény fontosságát (WHO, 2018). Kutatások szerint a pozitív szülésélmények a szülést követően elősegítik az önmegerősítést és a teljesítmény érzését. Ezzel szemben azok a nők, akik a szülés élményét negatívnak vagy traumatikusnak élik meg, gyakran tapasztalnak folyamatos és akut tüneteket, rövid vagy akár hosszú távú hatásokat (Niebler et al., 2016).

A negatív szülésélmény növeli a szülést követő mentális megbetegedések kockázatát, ideértve a szociális visszahúzódot, szorongást, szülés utáni depressziót, vagy a poszttraumás stressz zavart (PTSD). Hatással lehet továbbá

a csecsemőhöz való kötődésre, csökkentheti a szoptatás valószínűségét, és bizonyos esetekben a későbbi terhességek késleltetéséhez vagy elkerüléséhez is vezethet (Viirman et al., 2022; Gottvall and Waldenström, 2002).

Az általános tapasztalatok értékelése során a legtöbb kutatás a negatív szülési tapasztalatok előfordulási gyakoriságát 10% körülire becsüli. A negatív élményről beszámoló nők sok esetben a kontroll érzésének hiányáról, fájdalomról, a tehetetlenség érzéséről, fokozott orvosi beavatkozásokról, az egyedüllet és a támogatás hiányának érzéséről, valamint a nem megfelelő szüléssel kapcsolatos információkról adnak számot (Heys et al., 2021; Niebler et al., 2016). Korábbi kutatások a negatív szülésélményt valószínűsítő tényezőkként a munkanélküliséget, az egyedülálló anyaságot vagy a dohányzást azonosították. Emellett a szülés módja, bizonyos beavatkozások – úgy, mint a szülés megindítása, az epidurális érzéstelenítés, a nem tervezett vagy sürgősségi császármetszés, a szülés utáni vérzés, a gátszakadás, valamint a csecsemőt érintő kórházi események, például az újszülött sürgősségi osztályra való átszállítása – is növelhetik a negatív élmény esélyét (Viirman et al., 2022).

A korábbi kutatási eredmények jelentős összefüggéseket tártak fel a szülés körüli tapasztalatok és a társadalmi-gazdasági tényezők között. Az alacsony társadalmi-gazdasági státuszú nők és gyermekeik fokozottabban vannak kitéve a rosszabb anyai és perinatális kimeneteknek, valamint a szülés utáni depresszió, a koraszülés, az alacsony születési súly, a halvaszületés és az újszülöttkori halálozás magasabb kockázatának (Vedeler et al., 2023).

Azonban a társadalmi-gazdasági faktorok és a nők szüléssel kapcsolatos és szülés körüli tapasztalatai közötti összefüggés még mindig kevésbé vizsgált területnek számít. Jelen felmérő szakirodalmi áttekintés arra vállalkozik, hogy feltárja a társadalmi-gazdasági tényezők és a szülés körüli tapasztalatok összefüggéseit az OECD-országokban, az elmúlt tíz évben megjelent angol nyelvű szakcikkek alapján. Áttekintésünket az alábbi fő kutatási kérdés határozta meg: milyen kapcsolat áll fenn a szülés körüli tapasztalatok és az anya társadalmi-gazdasági helyzete között? Illetve másként megfogalmazva, hogyan befolyásolja az anya társadalmi-gazdasági helyzete a szülés körüli tapasztalatokat?

A felmérő szakirodalmi áttekintés nemcsak a szülés aktusára, hanem az azt megelőző (várandósság, várandósgondozás) és az azt követő időszakra és hatásokra is fókuszál, amelyet a „szülés körüli” megnevezéssel írtunk le. Emellett a kutatási kérdés megfogalmazásában, így később a keresés során is a tapasztalatok elemzési szempontként történő megjelenése kiemelten fontos volt. Ez főként a szülés előtt álló vagy azon átesett nők tapasztalatait jelentette, de

nem korlátozódott arra, így esetlegesen az egészségügyi dolgozók, vagy a családtagok, gyermekek tapasztalata is az áttekintés fókuszába került. Jelen felmérés kizárólag az OECD-országokban folytatott vizsgálatokra terjed ki.

Az áttekintés mindezekkel összhangban a nők társadalmi-gazdasági háttere és a szülés körüli tapasztalatok összefüggésére fókuszál az OECD-országokkal foglalkozó, elmúlt tíz évben megjelent angol nyelvű szakcikkekben.

MÓDSZERTAN

Jelen tanulmány a felmérő szakirodalmi áttekintés (*scoping review*) módszertanát alkalmazza (Peters et al., 2015). A szakirodalmi áttekintések ezen válfaja lehetőséget biztosít az adott témakör feltérképezésére kevésbé specifikus, konkrét kutatási kérdések alkalmazásával. Célja tehát nem azonos a szisztematikus szakirodalmi áttekintéssel (*systematic scoping review*), amely egy konkrét, leszűkített kérdés által vezérelve törekszik egy mindent átfogó elemzésre, szigorú beválasztási és kizárási kritériumokkal. Ehelyett a felmérő szakirodalmi áttekintés célja egyfajta „térkép” felrajzolása egy adott témakörben létrejött kutatásokról és tanulmányokról meghatározott szempontok alapján (Kutrovátz et al., 2018; Szalma et al., 2023).

Ellentétben a szakirodalmi áttekintések legelterjedtebb módszereivel, a metaanalízissel, amely kizárólag kvantitatív, vagy metaszintézissel, amely pedig csakis kvalitatív eredményekkel és találatok összegzésével és azok alapján új eredmények megfogalmazásával foglalkozik, a felmérő szakirodalmi áttekintés megengedi a különböző módszertanú tanulmányok és szakirodalmak párhuzamos és együttes összegzését, emellett arányaik, megközelítésmódjaik összevetését.

Összefoglalva tehát a felmérő áttekintés célja a meglévő irodalmi források feltérképezése egy adott témában a különböző eredmények azonosításával és összefoglalásával. Sok esetben emellett cél az adott téma fő és leggyakrabban előforduló kulcsfogalmainak tisztázása, és a legelterjedtebben alkalmazott módszertanok jelölése. A felmérő áttekintés továbbá lehetőséget nyújt esetleges hiányok és jövőbeli kutatási irányok megfogalmazására, illetve más típusú szakirodalmi áttekintés előtanulmányaként is alkalmazható (Szalma et al., 2023).

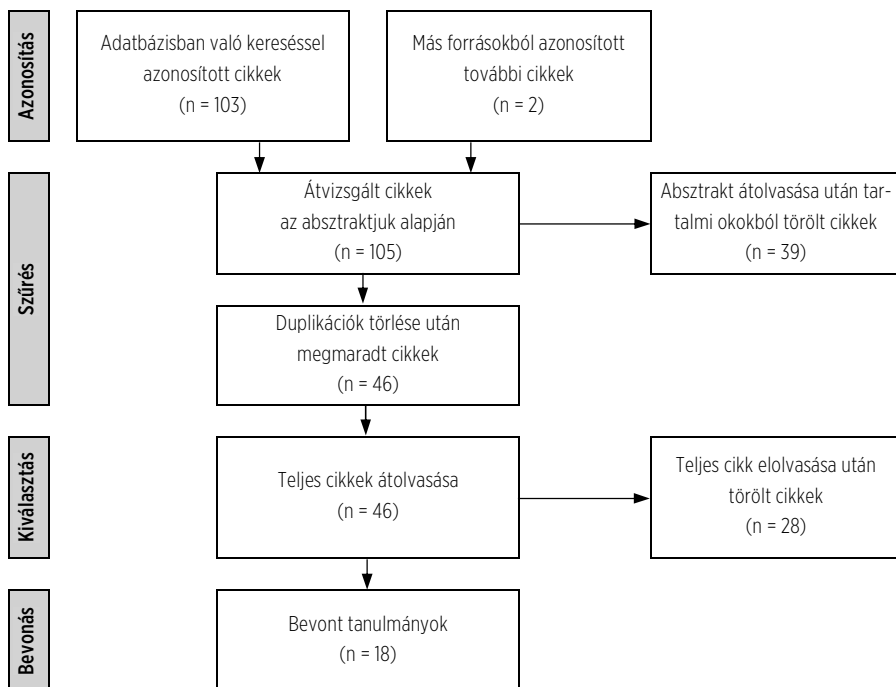
Három adatbázis, a *Scopus*, a *Web of Science* és a *PubMed* szakirodalmát tekintettük át előre meghatározott kulcsszavas keresés alapján. A keresőszavak megállapításánál két fogalompár került megjelölésre, a találatok maximalizálása érdekében minél inkább lefedve azok tartalmát különböző szinonimák használatával. A végső kulcsszavak megállapítása előtt próbakeresések történtek a kulcsszavak különböző formációban és fókusszal történő kombinációjával, amelyeknek pontosításával kaptuk a végül alkalmazott keresőszavakat. A keresés a cikkek címében és absztraktjában történt.

A keresőszavakat a 'childbirth experiences' (szüléssel kapcsolatos tapasztalatok), 'childbearing experiences' (gyermekvállalási tapasztalatok), 'maternal experiences' (anyai tapasztalatok), 'pregnancy experiences' (terhességi tapasztalatok), 'socioeconomic status' (társadalmi-gazdasági státusz), 'social class' (osztályhelyzet), 'economic status' (gazdasági helyzet) és 'social status' (társadalmi helyzet) szókapcsolatok alkották. A keresőszavakat 'OR' és 'AND' összekapcsolásokkal alkalmaztuk.

A meghatározott kulcsszavak mellett a keresés további kritériumok meghatározásával történt: 2013 és 2024 között megjelent angol nyelvű folyóirat-cikkek kerültek beszámításba. A keresés diszciplínák szerinti szűkítése nem volt része a keresési szempontoknak, így a tudományterületek heterogenitása megjelenhetett a találatokban, csakúgy, mint módszertani diverzitásuk. A további kiválasztási folyamatban azt mérlegeltük, hogy az ezen szempontok alapján talált cikkek a kutatási kérdés alá esnek-e és földrajzilag megfelelőek-e. Az absztraktok, illetve adott esetben a teljes szöveg átolvasása után döntöttük el, hogy egy adott tanulmány maradéktalanul megfelel-e az áttekintésre vonatkozó összes kritériumnak.

Fontos továbbá kitérni a keresési és kiválasztási kritériumok limitációjára. A keresőszavak és kódok nem tökéletesek, valamint a keresési, illetve kiválasztási szempontok számos korláttal rendelkeznek, esetleges kutatói pozicionalitásból eredő elfogultságot tükrözhetnek. Jelen tanulmány kizárólag az OECD-országokra fókuszál, amelyek nagymértékben egybeesnek a „Globális Észak” vagy „fejlett gazdaságú országok” kategóriájával. Az itt felvetett kutatási kérdés vizsgálata azonban különösen fontos a „fejlett”, „nyugati” társadalmakon kívül eső területeken is. Ugyan a jelen cikk területi és társadalmi fókusza specifikus, ezáltal egy leszűkített témát mutat be – amely nincs ellentmondásban a felmérő áttekintés módszertanával –, azonban ez a jövőbeli szakirodalmi áttekintések során bővíthető és diverzifikálható.

1. ábra: A felmő irodalomfeldolgozás PRISMA folyamatábrája



Forrás: A szerző saját szerkesztése a <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx> alapján.

A három adatbázison lefuttatott keresés összesen 103 találatot adott ki. Az absztraktok átolvasása után 64, a kutatási kérdéssel összhangban álló releváns tanulmány maradt. A duplikációk szűrése után ez további 44 cikkre szűkölt. A következő lépés a földrajzi kritérium implementálása volt, az absztraktok, illetve sok esetben a teljes szövegek átolvasása után, amelynek során 16 cikk került beválogatásra. További két cikk az elsődleges találatok főbb hivatkozási pontjain keresztül lett azonosítva, ezek tehát pluszban kerültek beemelésre. Az áttekintésbe bekerült cikkek végleges száma ezáltal 18 lett (1. ábra).

A beválasztásra került cikkek között főbb módszertani megoszlás szerint a kvantitatív elemzések voltak döntő többségben ($n = 10$), ezt követték a tisztán kvalitatív jellegű kutatások ($n = 6$), a többi pedig kevert módszertannal dolgozott ($n = 2$). Földrajzi megoszlásban a kutatások túlnyomó többsége Észak-Amerikában (nyolc az Egyesült Államokban és négy Kanadában) zajlott, míg a

többi hat kutatás Európa különböző országaihoz köthető. A diszciplínák szerinti szűrés nem volt része a kiválasztási kritériumnak, így az áttekintésbe a szociológia, az antropológia és a neuropszichológia területeiről és határterületeiről szintén kerültek be tanulmányok.

A TANULMÁNYOK ÁTTEKINTÉSE

A cikkek áttekintése előtt a kulcsfogalmak szintetizálása érdekében fontos fogalmi kitérőt tenni, mivel az eltérő nyelvi kódok, rövidítések, valamint területenként vagy régióként eltérő működésű ellátórendszerek mást jelenthetnek, vagy nehezebben megragadhatók a helyi kontextusban. Az áttekintésben az angol nyelvű cikkekben használt orvosi és szociológiai terminológiai rövidítések magyar megfelelői is szerepelnek.

A kutatási témában és kérdésben megjelölt két fogalompár, a társadalmi-gazdasági tényezők vagy helyzet, valamint a szülés körüli tapasztalatok eltérő definiálással és tartalommal jelentek meg egyes cikkekben. A társadalmi-gazdasági, vagyis szocioökonómiai helyzet leírására és megragadására eltérő tényezőket vontak be a különböző tanulmányok, így nehéz megragadni egy egységes jelentéstartalmat. A főbb alkalmazott tényezők közé a társadalmi-gazdasági státusz (*socioeconomic status*, SES) és a társadalmi-gazdasági pozíció (*socioeconomic position*, SEP) került. Mindezen tényezők tág gyűjtőfogalmaként és egymás szinonimájaként funkcionálnak az áttekintésben.

A társadalmi-gazdasági tényezőkön – például a jövedelmi szinten vagy az iskolai végzettségen – túl az etnikai hovatartozást és rasszt a tanulmányok nem vizsgálták külön kutatási altémaként, hanem a társadalmi-gazdasági gyűjtőfogalom részeként kerültek szóba. Azonban a bevett szakirodalmak esetében jellemző volt az interszekcionális megközelítésmód, azaz társadalmi, gazdasági (osztály-) helyzet, etnikai hovatartozás vagy rassz, marginalizált, kisebbségi helyzet, és magától értetődő módon ezek nem együttes figyelembevételre. Kifejezetten azokban az esetekben volt az interszekcionális hozzáállás jellemző, ahol a szülés kimenetelének és a szüléssel kapcsolatos megélések különböző társadalmi-demográfiai csoportok között megfigyelt egyenlőtlenségei és eltérései kerültek a középpontba.

A szülés körüli tapasztalatok három fő periódusra oszthatók az áttekintés és annak strukturálása szempontjából: a szülést megelőző időszakra, a szülésre, és a szülést követő periódusra. A szülést megelőző időszak a prenatális vagy

antenatális, vagyis a szülés előtti, leginkább a várandóssággal egybeeső közvetlen perióduson túl az anya esetleges még ennél korábbi tapasztalatait is magába foglalhatja, például a gyermekkori társadalmi-gazdasági helyzetet, migrációs vagy pszichológiai előtörténetet, illetve korábban tapasztalt diszkriminációt. A szülés időszaka kifejezetten a szülés és születés rövidebb szakaszára vonatkozik. A szülést követő periódus ismét tágabb időintervallumot ölel fel: a posztpartum, vagyis a szülés utáni közvetlen időszak adja a nagyobb részét, azonban ebbe a kategóriába hosszabb távú hatások is beleférnek, mint például bizonyos fejlődési következmények. A cikkek csoportosítása, az áttekintés alfejezetekre bontása ennek a felosztásnak megfelelően történt, vagyis a mentén, hogy adott kutatás a három kijelölt fő időszakon belül melyik szakaszra helyezte központi kutatási fókuszát és vizsgálódását. Fontos megjegyezni, hogy a különböző kutatások adott esetben több időszakon átnyúlnak, különböző periódusokból emelnek be faktorokat, vagyis nem kizárólagosan sorolódnak egy időszakra, ezért a kutatási kérdés elsődleges fókuszának megfelelően történt a rendszerezés.

A SZÜLÉST MEGELŐZŐ IDŐSZAK

A szülést megelőző időszakra vonatkozó cikkek két további fő csoportra oszthatók: az anya előtörténetének – mentális és társadalmi-gazdasági – szülésre és a szülés kimenetelére gyakorolt hatását vizsgáló tanulmányokra, valamint a várandósgondozás és az ahhoz kapcsolódó ellátási szolgáltatások helyzetét elemző cikkekre.

Az anya terhesség előtti, illetve terhesség alatti tapasztalatainak hatásait tágabb értelemben vett természettudományos megközelítésből, azon belül a neuropszichológia és a fejlődéstan területéről vizsgálta két amerikai cikk. Egy 205, kisebbségi rasszokhoz és etnikai csoportokhoz tartozó anya-gyermek párost vizsgáló tanulmányban azt találták, hogy ezen csoportokhoz tartozó, közepes és magas társadalmi-gazdasági státuszú anya-utód pároknál az anyai diszkriminációs tapasztalatok az utódoknál alacsonyabb epigenetikus akcelerációval (*epigenetic age acceleration*, EAA), vagyis lassabb biológiai fejlődéssel jártak együtt a korai (3 éves kor) és a közép-gyermekkorban (7 éves kor) azokhoz képest, akik nem tapasztaltak diszkriminációt (Laubach et al., 2024). Egy másik kutatás, amelyben a terhesség alatti diszkriminációval és az akkulturációval kapcsolatos tényezőknek a magzati és csecsemőfejlődésre gyakorolt hatását vizsgálták egy túlnyomórészt spanyolajkú, tinédzserkorú anyákból

álló mintában, arra az eredményre jutott, hogy az anyai prenatális diszkrimináció és az akkulturalizáció hatással vannak a fejlődő gyermek agyműködésre (Spann et al., 2024).

Szintén a szülőt ért hatások következményeivel foglalkozik az a 2018-as tanulmány, amely az anyai intragenerációs társadalmi-gazdasági mobilitás és a koraszülés közötti kapcsolatot vizsgálta (Tian et al., 2018). Az USA-ban folytatott kevert módszertanú vizsgálat az anyai társadalmi mobilitás (a gyermekkortól a felnőttkorig) és a koraszülés kockázata közötti összefüggést tanulmányozta, amelyek heterogenitását rassz és etnikai hovatartozás szerint specifikálta. Tian és kutatótársai megállapították, hogy a felfelé mobil nőknél csökkent a koraszülés esélye az alacsony társadalmi-gazdasági pozícióban megrekedtekhez képest. A kutatás egy michigani kohorszvizsgálat eredményein alapult, amely egy társadalmi-gazdasági szempontból sokszínű mintából állt. Az 1998 és 2004 között zajló vizsgálatban 3019 terhes nő vett részt, akiket a terhességük 16–27. hetében vettek be a Prospective Pregnancy Outcomes and Community Health (POUCH) vizsgálatba. A nők egy strukturált személyes interjúon vettek részt, ahol egy önkitöltős kérdőívet kaptak, amely demográfiai, életmóddal, pszichoszociális tényezőkkel, kórtörténettel és egészségi állapottal kapcsolatos információkat gyűjtött.

A mintában a terhességek 11,1%-a végződött koraszüléssel, és a nők mintegy negyede volt fekete bőrű. A szerzők azt találták, hogy az alacsony gyermekkori és alacsony felnőttkori szocioökonómiai pozícióval rendelkező nőknél volt a legnagyobb a koraszülés kockázata, és azoknál a terhes nőknél, akiknél társadalmi mobilitás ment végbe, kisebb volt a koraszülés valószínűsége. Összességében a kutatás eredményei alátámasztják a kutatóknak azt az előzetes hipotézisét, hogy a nők társadalmi-gazdasági pozíciójának javulása a gyermekkortól a felnőttkorig javíthatja a terhesség kimenetelét.

A szülést közvetlenül megelőző, prenatális időszakkal három cikk foglalkozott, három eltérő, specifikus témakörön keresztül. Egy, az Egyesült Királyságban végzett 2014-es kutatás célja az volt, hogy mélyebben megértse azokat az okokat, amelyek miatt egyes nők későn (a 20. terhességi héten vagy később) jelentkeznek először a várandósgondozásra (Haddrill et al., 2014). Az Egyesült Királyság hivatalos ajánlása az, hogy a terhesség 10–12. hetében minden terhes nőnek már el kell mennie az első terhesgondozásra, és hogy minden szűrést a terhesség 21. hete előtt be kell fejezni (Haddrill et al., 2014, 2. o.).

A várandósgondozást illetően széles körben elismert az, hogy hozzájárul a várandósság jobb kimeneteléhez, mivel a késői igénybevétel – amely szoros

kapcsolatban áll a hozzáférés kérdésével – összefügg az anyai, magzati és csecsemőhalandóság, továbbá a megbetegedések kockázatának növekedésével. Ez a jelenség a különféle kisebbségi, etnikai csoportokat fokozott mértékben érinti, ugyanis korábbi tanulmányok eredményei szerint a terhesgondozásra későn jelentkezők jellemzően a társadalmilag kirekesztett csoportokból (pl. kisebbségek, fiatalkorúak, alacsony iskolai végzettségűek) kerülnek ki.

A kutatási kérdés megválaszolásához a szerzők kvalitatív módszertant választottak. A minta kialakításánál a diverzitásra törekedtek, különböző társadalmi és foglalkozási háttérrel rendelkező nőket próbáltak elérni, valamint „veszélyeztetett csoportok” bevonását is szorgalmazták (pl. tinédzserek, újonnan bevándoroltak, szerhasználó, illetve tanulási nehézségekkel küzdő nők). A huszonhét fős mintába végül huszonegy fehér brit nő került be, míg hatan más etnikai csoporthoz tartoztak; négy 18 év alatti tinédzser és három tanulásban akadályozott nő szerepelt a vizsgálatban. A félig strukturált interjúkat tematikus elemzéssel értelmezték a szerzők.

A tanulmány három fő csoportot azonosított: „kevés tudással rendelkezők”, „megfelelő tudással rendelkezők” és „késleltetők”. A „kevés tudással rendelkezők” csoportjába azok kerültek, akik információhiány miatt léptek későn a várandósgondozásba. A megkérdezett nők közül sokan elmondták, hogy hetekig vagy néha hónapokig nem tudták, hogy várandósok, ami késleltette az ellátáshoz való hozzáférésüket. A „megfelelő tudással rendelkezők” csoportjába tartozók tudták, hogy várandósok, de nem jutottak korai gondozáshoz. E nők körében három fő téma volt megfigyelhető: az elkerülés, a halogatás és a mások általi késlekedés. Míg az ellátást kerülő nők nem tervezték, hogy igénybe veszik azt, addig azok a nők, akik elhalasztották az ellátást, „valamikor” a jövőben igénybe akarták azt venni. A mások általi késlekedés az ellátórendszer vagy hozzátartozók miatti késői hozzáférés jelölésére szolgált. A „késleltetők” csoportja általában már viszonylag korán tisztában volt azzal, hogy várandós, és hajlandó volt időben részt venni a várandósgondozásban, azonban más okból kifolyólag (pl. intézményi hiba, az ellátórendszer és foglalkozás menetének az ismeretének hiánya) későn jelentkeztek be.

A késői megjelenés problematikáját, továbbá annak teljes kihagyását a várandósgondozás egy specifikus területén vizsgálták Adeniyi és szerzőtársai (2020). A fogászati szűrések a várandósgondozás egyik fontos alterületét képezik. A várandósság alatti anyai szájhigiéncia és fogászati ellenőrzés a magzati egészséggel, a várandósság kimenetelével és a gyermekkori szájbetegségek

előfordulásával való lehetséges összefüggések miatt fontos. Azonban sok várandós nő, különösen a szociálisan hátrányos helyzetűek, például a bevándorlók, az alacsony osztályhelyzetűek és a hajléktalanok nehezen jutnak hozzá a fogászati egészségügyi ellátáshoz. Ez sok esetben azzal magyarázható, hogy ezek a szolgáltatások nehezen megfizethetők számukra. A megfizethetőségen kívül olyan további tényezők is akadályozzák a fogászati ellátáshoz való hozzáférést, mint a szájapolással kapcsolatos hiányos ismeretek, a szolgáltatók elérhetősége és a területi elhelyezkedés.

Adeniyi és szerzőtársai kutatása a várandósság alatti fogászati egészségügyi ellátással kapcsolatos ismereteket és elképzeléseket a Surreyben (Brit Kolumbia, Kanada) élő, szociálisan hátrányos helyzetű várandós nők és nemrég szült anyák célzott mintáján vizsgálta. A kvalitatív feltáró vizsgálat egy tizenhét nővel készült fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetés elemzésén alapul, akik egy helyi szülészeti klinikán kaptak ellátást, amely egy sokszínű, szociálisan hátrányos helyzetű lakosságot szolgál ki. A kutatásba bevont résztvevőknek az alábbi kritériumok legalább egyikének kellett megfelelnie: alacsony jövedelműek, újonnan bevándorlók vagy menekültek, hajléktalanok vagy a hajléktalanság veszélye fenyegeti őket, börtönviseltek vagy szerhasználók. A résztvevőket a klinika személyzete toborozta.

A tematikus elemzés során három fő témát tártak fel a kutatók: (1) a várandósság alatti szájhigiéncia fontosságával és értékével kapcsolatos ismeretek, (2) a fogászati egészségügyi ellátással kapcsolatos tapasztalatok, és (3) a szociálisan hátrányos helyzetű terhes nők számára nyújtott fogászati szolgáltatások. A tizenhét résztvevő közül mindössze hárman vették igénybe a fogorvosi vizsgálatot a várandósságuk alatt. A résztvevők a fogászati ellátást drágának tartották, és arról számoltak be, hogy a rendszeres ellátás igénybevétele egyik fő akadálya a korlátozott vagy teljesen hiányzó egészségbiztosítási fedezet (amelynek szerepe egy későbbi kutatásban szintén előkerül). Fontos hátráltató tényezőként felmerült a fogásztól való félelem, valamint az ellátással kapcsolatos korábbi traumatikus élmények is. Az egészségügyi dolgozók általi stigmatizáció érzését is említették a vizsgálatban résztvevők (pl. biztosítás hiánya miatt), továbbá a fogászati területi elhelyezkedése és a nehéz megközelíthetőség szintén akadályként merült fel.

A megtapasztalt stigmatizáció érzésére számos beemelt kutatás tér ki. A megbélyegzés, az ellátással kapcsolatos bánásmód egy érdekes dimenzióját tárgyalta egy esszé, és annak kapcsán egy beemelt tanulmány, amelyen ez az

esszé is alapul. A keresőszavas találatok által került McHugh esszé kommentárja (2019) az áttekintésbe, amelyet Ward és McPhail eredeti 2019-es cikkéhez írt. A cikkek témája a testszégyenítés (*fat bias*) és hibáztatás jelensége a reprodukciós ellátásban. Ward és McPhail a témában született szakirodalom feldolgozásán keresztül tárja fel azt, hogy a testszégyenítés stigmája és a negatív egészségügyi eredmények között milyen összefüggéseket találtak a korábbi kutatások. A kritikai gondolkodók megközelítésében a testsúllyal és testmérettel kapcsolatos (nyugati) társadalmi alapfeltevés összhangban van a neoliberais egészségügyi megközelítéssel, mivel a testet úgy fogja fel, amely az egyén közvetlen ellenőrzése és teljes hatóköre alatt áll, akinek így lehetősége és kötelessége a „nem ideális” test megváltoztatása. A túlsúlyos személyeket sztereotípiák (lusták, felelőtlenek, motiválatlanok, nem ismerik a „helyes” egészségügyi magatartást stb.) övezik, amelyek ebből a felfogásból következnek.

Egy ördögi kör alakul ki: a megbélyegző mechanizmusok pszichoszociális stressz révén egészségkárosodáshoz és az egészségügyi ellátás elkerüléséhez vezethetnek, ami további megbélyegzést és stresszt okozhat. A várandós nők helyzetére kitérve Ward és McPhail megállapítják, hogy a várandósok az egyenlőtlenség egy sajátos típusával szembesülnek, amely a magzati kockázat és az anyai testsúly közötti összefüggésre vonatkozó orvosi hiedelmeken alapul. Az „anya hibáztatásának” ezen diskurzusaiban a magzatok és a gyermekek által tapasztalt szinte minden egészségügyi problémáról hajlamosak azt állítani, hogy az anyák viselkedése, sőt genetikája miatt van. A nem az ideális testképhez közelítő nők a reprodukciós egészségügyi ellátás számos területén stigmatizáló kezelési tapasztalatokról számoltak be. A tanulmányok számos résztvevője kiemelte, hogy azonnal „magas kockázatúnak” bélyegezték őket. Ezeket a kockázatokat gyakran nem kockázatként, hanem bizonyossággként mutatták be a résztvevőknek. Az orvosi konzultációk sokszor a testsúlyra (és a fogyásra) összpontosítottak, nem pedig a nőre, ami az ellátás elszemélytelenedéséhez vezetett. A megnövekedett testsúly medikalizációja is jellemző, amely a reprodukciós ellátásban mint „betegség” konceptualizálódik.

McHugh kommentárja Ward és McPhail azon konklúzióját és ajánlásait viszi tovább, amely az egészségügyi dolgozók hozzáállásának megváltoztatására, továbbá a témában történő képzések fontosságára helyezi a hangsúlyt (McHugh, 2019). A nőekkel szembeni testszégyenítés leépítésének a reprodukciós egészségügyi ellátás gyakorlat irányelveibe kell beépülnie. A szerző javasolja az érzékenyítő tréningeket, valamint azt, hogy az egészségügyi képzések

hallgatói, tanárai és az egészségügyi szakmákban dolgozó szakemberek ismerjék meg a testsúlyra és az anyai elhízásra vonatkozó átfogó szakirodalmat.

Az ellátáshoz való hozzáférést, valamint annak minőségét egy specifikus időszakban, a COVID-19-világjárvány alatt vizsgálta egy 2022-ben megjelent amerikai tanulmány (Collart et al., 2022). A pandémia számos, az egészségügyi ellátásokra gyakorolt hatását vizsgálták, azonban Collart és szerzőtársai szerint a látogatói korlátozások hatása a várandósgondozásban sokáig nem volt ismert. Épp ezért egy 2020-ban folytatott kutatásuk során arra keresték a választ, hogy a látogatói korlátozások milyen hatással voltak a nők várandósgondozási tapasztalataira és az egészségügyi ellátás minőségének megítélésére.

A kutatás résztvevői 18 éves vagy annál idősebb, angolul beszélő, méhen belüli terhességgel rendelkező, és a Cleveland Clinic Healthcare System keretében járóbeteg szülészeti ellátásban részesülő nők voltak. A toborzásra 2020 májusa és júliusa között került sor. Ekkor a korlátozások nulla vagy egy engedélyezett kísérő között ingadoztak a szülést megelőző terhesgondozói helyi járóbeteg-ellátásban. A résztvevőkkel 40 félig strukturált interjú készült. A kutatásba bekerült nők átlagéletkora 32 év volt.

A kvalitatív tematikus elemzés három fő témát azonosított. Az első téma a kijelölt elsődleges támogató személy (legtöbb esetben a partner) tényleges hiányával kapcsolatos aggodalmakkal és tapasztalatokkal foglalkozott a várandósgondozás alatt. A második témakörben kiderült, egyesek számára a partner távolléte csökkentette a remélt támogatást, és nem jöttek létre ezek az élmények. A harmadik témakörben megjelentek a várandósgondozással kapcsolatos információkhoz való hozzáféréssel és a tájékozott döntéshozatallal kapcsolatos aggályok, amelyek akkor merültek fel, amikor a partner nem volt jelen, és nem volt lehetőség közös, átgondolt döntéshozatalra.

A kutatásban résztvevők elbeszélései alapján kirajzolódott, hogy egy támogató személy – házastárs, partner, családtag vagy barát – jelenléte a terhesgondozás során kiemelten fontos számukra, akinek a döntéshozatalba való bevonása a legfontosabb szempontok között jelent meg. A támogató személy jelenlétét továbbá azért tartották fontosnak, hogy legyen valaki, aki segít a beszélgetések irányításában, a kérdésben, amelyek alapján közös döntéshozatal születhet adott kérdésekben. A kísérői korlátozás hosszú távú hatásaként felmerülő aggály a nők részéről az volt, hogy a partner esetlegesen nehezebben kötődhet a gyermekhez a szülés után. A nők továbbá fokozottan aggódtak

a mentális egészségükkel kapcsolatban, hangsúlyozva a szülés utáni depresszió előfordulásának és súlyosságának lehetséges növekedését a várandósok körében a világjárvány idején.

A SZÜLÉS

A szülésre és elsősorban annak kimeneteleire, tapasztalataira, megéléseire, valamint ezeknek társadalmi-gazdasági meghatározottságaira fókuszáló cikkek főként nagymintás kutatásokból állnak az áttekintésben, ezeken kívül még egy kvalitatív kismintás kutatás került be a felmérésbe.

Egy 2023-ban publikált norvégiai kutatás eredményei alátámasztják, hogy a nők általános szülési tapasztalatai és a társadalmi-gazdasági tényezők között szoros kapcsolat áll fenn (Vedeler et al., 2023). Azok a nők, akik alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszról számoltak be (felsőfokú végzettség hiánya, munkanélküliek, diákok vagy alacsony szubjektív életszínvonalúak), nem voltak házasok vagy nem éltek együtt partnerrel, nagyobb valószínűséggel éltek át negatív szülési élményt, mint a magasabb státuszúak (Vedeler et al., 2023). Vedeler és szerzőtársai a Babies Born Better (B3) felmérés második verziójának norvég adatainak másodelemzését végezték el kutatásukban.

A B3 felmérés egy nemzetközi online kérdőív, amely a nők szülészeti ellátással kapcsolatos tapasztalatait vizsgálja. A felmérés kvantitatív és kvalitatív adatokkal is szolgál. Egy ötpontos Likert-skála segítségével a nőket a vajúddal és a szüléssel kapcsolatos általános tapasztalataikról kérdezték, a szocioökonomiai státuszt pedig az iskolai végzettség, a foglalkoztatási státusz és a szubjektív életszínvonal alapján mérték. A vizsgálat mintája 8317 nőből állt, akik 2013 és 2018 között szültek Norvégiában. Az átlagéletkor 30 év volt, és a nők 92,2%-a Norvégiában született. A válaszadók 11,7%-a számolt be összességében negatív szülésélményről („többnyire rossz élmény” vagy „többnyire elég rossz élmény”). A negatív szülésélmény esélye magasabb volt a nem felsőfokú végzettségű, nem házas vagy nem élettársi kapcsolatban élő, valamint a munkanélküli és a még tanuló nők körében. A kvalitatív analízis fő kutatási kérdése (Hogyan írják le tapasztalataikat azok a nők, akik összességében negatív szülésélményről számolnak be?) alapján három téma rajzolódott ki a szerzők reflexív tematikus elemzése során: 1) az együttérzés nélküli ellátás: az érzékenység és az empátia hiánya, 2) a személytelen gondozás: a tárgyiasítás érzése, és 3) a kritikus helyzetek: a bizonytalanság és a kontrollvesztés érzése.

Az az alapvető szükséglet, hogy a személyzet empátiával és együttérzéssel forduljon a nőkhöz, nem teljesült azok számára, akik negatívan élték meg a szülésüket. Ennek egyik oka az egészségügyi szakemberek lekezelő hozzáállása és viselkedése volt, ami a jogfosztottság érzését és a méltóság elvesztését okozta. A válaszokban ez sok esetben strukturális problémaként jelent meg, miszerint a „rendszer” nem helyezi előtérbe vagy nem ismeri el a nők érzelmi szükségleteit és a nők tapasztalatainak pszichoszociális hatását. A szülés, mint mélységesen személyes élmény el nem ismerése a tárgyiasítás érzését hagyta a nőkben. A válaszokban felmerült, hogy a nők úgy érezték, hogy állatként vagy tárgyként bántak velük, a fejük fölött beszéltek, esetleg megfedkeztek róluk. A strukturális szempont itt is felmerült, miszerint a szükséges ellátás hiánya a munkaerőhiánnyal, az erőforráshiánnyal és az ellátás megszervezésének módjával függhetett össze. A súlyos orvosi komplikációk vagy vészhelyzetek megtapasztalása érzelmileg megterhelőnek és ijesztőnek tűnt a megkérdezettek számára. A bizalom a szakemberekben kulcsfontosságú tényező volt, mivel ennek hiányában a kritikus helyzetek még traumatikusabbá válhattak a szülő nők számára.

Egy svédországi kohorsz kutatás (Viirman et al., 2022) három különböző időszakra lebontva – a terhesség előtt, a terhesség alatt és a szüléskor – vizsgálta a negatív szülésélmény kockázati tényezőit. A vizsgálat a 2013 és 2018 közötti születésekről szóló svéd terhességi nyilvántartásból származó adatokat használta. A svéd terhességi regiszter jelenleg az összes svédországi születés több mint 90%-át fedi le. A nyilvántartás demográfiai, reprodukív és anyai egészségügyi adatokat tartalmaz, amelyeket a várandósgondozóban tett első látogatástól kezdve gyűjtenek. Viirman és társai kutatásukba első gyermeküket szülő nőket vettek be, mivel ők reprodukív életük kezdetén állnak, a negatív szülésélmény így hatással lehet a későbbi várandósságokra és szülésekre is. A végső minta 80 482 nőből állt (amiből a programozott császármetszésen átesett nőket kizárták). A nők többsége 20–34 éves volt, magas jövedelmű országban született, legalább középfokú végzettséggel rendelkezett, dolgozott és a gyermek apjával együtt élt.

A negatív szülésélmény prevalenciája 8,4% volt. A szerzők azt találták, hogy a negatív szülésélmény jelentős kockázati tényezői az anyák 35 éves feletti kora, az elhízás és a rossz önértékelt egészségi állapot (SRH) voltak. A rossz SRH volt az egyetlen terhesség előtti tényező, amely a terhességgel és a szüléssel kapcsolatos tényezők kiigazítása után is összefüggésbe hozható a negatív szülésélménnyel. A terhesség alatti pszichiátriai ellátás és a szüléstől való

félelem egyaránt kapcsolatot mutatott a negatív szülésélménnyel. A negatív szülésélményre vonatkozó legmagasabb kockázati tényező a nem tervezett, általános érzéstelenítésben végzett császármetszés volt.

Az alacsony-közepes vagy alacsony jövedelmű országból való származás, valamint az alacsony iskolai végzettség védelmet jelentett a negatív szülésélmény szempontjából. Ezek a megállapítások némileg meglepők, tekintve, hogy a szüléssel kapcsolatos félelem és a nem tervezett császármetszés gyakoribb a külföldön született terhes nők körében Svédországban. A szerzők által erre adott egyik magyarázat az, hogy az alacsony jövedelmű országokból származó nők más szempontokat vesznek figyelembe a szülésélmény értékelésben, mint a svéd születésű nők. Egy másik lehetséges magyarázat a kitöltésnél való nyelvi akadály, mivel a mintatagok svéd nyelvtudásáról nem állt rendelkezésre információ.

Egy hollandiai országos vizsgálatban részt vevő nők 8%-a (192 nő) „kevésbé jó” szülészeti ellátást tapasztalt (Baas et al., 2017). Baas és kutatótársai vizsgálatukban nem a szülés folyamatával való elégedettséget, hanem kifejezetten az ellátásra vonatkozó megelégedéseket vizsgálták. A kutatás adatai a hollandiai DELIVER kohorsz kutatásból származnak, amit 2009 szeptembere és 2011 áprilisa között végeztek. A kutatás során különböző időpontokban három kérdőív kitöltésére került sor: egy kérdőívet a korai szülés előtti időszakban (a terhesség 20. hete körül), egy kérdőívet a várandósság későbbi szakaszában (a terhesség 34. hete körül), és egy kérdőívet a szülés után körülbelül 6 héttel vettek föl. A résztvevők a kitöltés során demográfiai és gazdasági háttérjellemzőikről adtak információt (életkor, paritás, iskolai végzettség, foglalkoztatási helyzet, társadalmi-gazdasági helyzet, családi állapot, etnikai háttér), valamint arról, hogy a várandósság tervezett volt-e vagy sem. Az adatfelvétel során 7685 nő töltött ki legalább egy kérdőívet (válaszadási arány 53%), ebből 4146 töltötte ki mindhárom kérdőívet, végül Baas és társai kutatásába az általuk felállított kritériumok szerint (komplikációmentes szülés) 2377 nő került be. A kutatók a szülés során nyújtott szülészeti ellátás tapasztalatait egy összefoglaló értékelő skála (1–10) segítségével mérték. Ennek dichotomizálásával két csoportot hoztak létre: a „kevésbé jó” ellátás (1–7-es értékelés) és a „jó vagy a lehető legjobb” ellátás (8–10-es értékelés).

2185 nő (92%) „jónak vagy a lehető legjobbnak” ítélte szülését, míg a többiek „kevésbé jónak”. A kutatásból kiderült, hogy a „kevésbé jó” ellátásban részesült nők esetében a nem tervezett császármetszés, a szülés közben történt

beavatkozások, valamint a tágulási és a tolófázis alatti kevesebb kontroll jelentősen gyakoribb volt, mint azoknál, akik az ellátást jobbra értékelték. Szignifikáns kapcsolat a tágulási- és kitolási szakasz alatti kontroll és a „kevésbé jó” ellátási tapasztalat között állt fent.

Két beemelt cikk a kanadai Maternity Experiences Survey (MES) adatainak másodelemzésén keresztül foglalkozott a szülésélmények kérdéskörével. A kanadai közegészségügyi hivatal a kanadai statisztikai hivattal együttműködve, a perinatális megfigyelési rendszer részeként vette fel a MES-t. A felmérés több mint 300 kérdést tartalmazott a várandóssággal, a szüléssel és a szülés utáni időszakokkal kapcsolatban. A célcsoportot azok a 15 éves vagy annál idősebb anyák alkották, akik 2006. február 15. és 2006. május 15. között bármely kanadai tartományban, illetve 2005. november 1. és 2006. február 1. között bárhol, illetve gyermekükkel együtt éltek a felmérés idején.

Egy 2015-ben megjelent tanulmány a felmérés alapján megállapította, hogy minél magasabb egy anya társadalmi-gazdasági pozíciója, annál jobbak az anyai és a gyermeki egészségi mutatók (Daoud et al., 2015).

Egy 2016-ban megjelent másik kutatás célja az volt, hogy felmérje a kanadai nők körében a negatív szülésélmény gyakoriságát és azonosítsa a negatív szülésélménnyel kapcsolatos kockázati tényezőket (Smarandache et al., 2016). A negatív szülési tapasztalatokat az anyák önbevallására alapozták, amely a vajúadás és a szülés általános tapasztalatainak együttes értelmezéséből tevődött össze. A független változók az anyák demográfiai adatai, egészségügyi jellemzők, a terhesség és a szülés jellemzői voltak. A kanadai anyák átlagosan 9,3%-a értékelte szülési élményét kissé negatívnak vagy nagyon negatívnak, a legmagasabb átlagokat Nyugat-Kanadában jelentették. Az anyák körében a negatív vajúadási és szülési tapasztalatok szignifikáns összefüggésbe hozhatók az idősebb életkorral, a rosszabbnak ítélt egészségi állapottal, a családon belüli erőszakkal, a terhesgondozással és a császármetszéssel történő szüléssel. A 30 év feletti anyák kétszer nagyobb valószínűséggel számoltak be negatív tapasztalatokról, mint a fiatalabbak. A negatív vajúadási és szülési tapasztalatokkal kapcsolatos legjelentősebb szülési jellemző a szülés típusa (azaz hüvelyi vagy császármetszés) volt. Számos lehetséges előrejelző jellemző nem járult hozzá a negatív szülésélményhez, mint például a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a kábítószer-használat. A várandósgondozási felkészítő órákon való részvétel az egyik legmeglepőbb tényezőnek bizonyult, amely szignifikánsan összefüggésbe hozható a negatív szülési tapasztalatokkal. A mintában a

szülés előtti tanfolyamokon való részvétel növelte a negatív szülési és szülésélmény kockázatát, amelynek bővebb értelmezése további jövőbeli vizsgálódást igényel.

A nagymintás, kvantitatív vizsgálatokon kívül azonban egy kvalitatív kutatás is bekerült az áttekintésbe, amely a szülés megélésére fókuszál. Egy 2016-os tanulmány az USA-beli „új növekedési területek” (*new growth areas*, NGA) egyikén végzett kutatásában a latinó nők szülésélményeire fókuszált. Azt vizsgálták, hogy a nők hogyan élik meg a szüléssel kapcsolatos tapasztalataikat, melyek a legfontosabb tényezők a pozitív vagy negatív szülésélmény kialakulásában, valamint, hogy milyen szerepet játszik az egészségbiztosítási státusz a szülésélményben. A szerzők kutatásuk relevanciájának megalapozásánál kitérnek rá, hogy a latin-amerikai populáció alkotja jelenleg a legnagyobb kisebbséget az Amerikai Egyesült Államokban, valamint az új bevándorlók a magas bevándorlási arányú területek helyett sok esetben olyan helyre költöznek, ahol alacsonyabb a latinók száma. Ezek az úgynevezett új növekedési területek. Infrastrukturálisan és közigazgatásilag azonban ezek a területek lassan reagálnak a helyi közösségek esetleges specifikus igényeire, valamint az egészségügyi rendszer nem megfelelő ismerete, a kommunikációs akadályok és a társadalmi elszigeteltség negatívan hat az NGA-ban élő spanyolajkúak egészségére, ami olyan körülményekhez vezet, amelyek elősegíthetik a rossz fizikai és mentális jóllétet. Emellett a kutatás másik fontos fókusza az egészségbiztosítás szerepe volt, hiszen tudvalevő, hogy a latin-amerikaiak körében a legmagasabb a biztosítás nélküliek aránya az USA bármely más csoportja közül. Ez azért különösen fontos, mivel a biztosítási fedezet jobb egészségügyi eredményekhez vezet, ezzel ellentétben a nem biztosított egyének megbélyegzést és rosszabb bánásmódot tapasztalhatnak.

A kutatás kvalitatív módszertannal dolgozott, 2011 januárja és márciusa között a kutatócsoport tagjai tíz nővel készítettek félig strukturált interjút. A tíz fős minta (18 év feletti, spanyol nyelvű országból bevándorolt, az elmúlt 12 hónapban Allegheny megyében szült nők) fele rendelkezett egészségbiztosítással. A feltett kérdések a szüléssel kapcsolatos tapasztalatokkal foglalkoztak, azon belül a kórházi tapasztalatokkal, az ellátókkal való interakciókkal, valamint a nők általi kontrollal kapcsolatos kérdéseket tartalmazták a vajúadás, a szülés és a szülés utáni időszak alatt.

Az eredmények azt mutatták, hogy a kutatásban résztvevő nők maradéktalanul egyetértettek azzal, hogy a szülés leírhatatlanul pozitív esemény volt

számukra, mert ez volt az a folyamat, amelyen keresztül megismerték gyermekeiket („minden nehézséget megért” – „vale le pena”). Az észlelt kontrollhelyzet, a szeretteik támogatása, valamint az egészségügyi szolgáltatókkal való kapcsolat és kommunikáció szintén fontos szerepet játszottak a szülés élményének alakulásában. A nem biztosított és a biztosított nők között a közös pont meglete ellenére fontos eltéréseket találtak.

Ötből négy biztosított résztvevő arról számolt be, hogy teljes kontrollt gyakorolt a vajúdás és a szülés során hozott döntések felett. Az az öt résztvevő, aki nem rendelkezett biztosítással, viszont nehezebben beszélt a kontroll megletéről. Emellett a nem biztosított résztvevők egyike sem számolt be arról, hogy családtagjaik odautaztak volna hozzájuk támogatást (‘familismo’) nyújtani, míg négy biztosítással rendelkező nőnek jelen volt más hol élő anyja. Az általános tapasztalataikat illetően minden résztvevő arról számolt be, hogy a legtöbb egészségügyi szolgáltató figyelmes volt az érintkezések során (‘personalismo’), viszont nyolcan számoltak be legalább egy egészségügyi szolgáltatóval kapcsolatos problémáról, amíg a kórházban voltak.

A szerzők összességében megállapították, hogy a szülés élményét az egészségbiztosítási státusz nagyban befolyásolja, valamint az eredmények azt mutatták, hogy a biztosítási státusz és az ellátás megítélése közötti kapcsolat szoros összefüggésben állt az iskolai végzettséggel és az angol nyelvtudással, illetve a biztosított résztvevők a társadalmi hierarchiában magasabb társadalmi státusszal rendelkeznek, mint a nem biztosított résztvevők.

A SZÜLÉST KÖVETŐ IDŐSZAK

A szülést követő időszakokkal foglalkozó, az áttekintésbe beemelt négy cikk mindegyike a posztpartum idősakkal és az anyai hangulatzavarokkal foglalkozott, kvantitatív módszerrel vizsgálva azt. Ezek között megjelent a posztpartum depresszió (PPD) vagy posztnatális depressziós tünetegyüttes (PNDS), amit a szülés utáni depresszió átfogó fogalmával jelölünk, illetve ide sorolható a posztraumás stressz zavar is (PTSD).

A szülés utáni depresszió egy olyan hangulati zavar típus, amely a szülés utáni idősakban jelentkezhet. Jellemzői és tünetei közé sorolhatók a szorongás, kimerültség, alvás- és étkezési zavarok, kiüresedettség érzése, önértékelési problémák. A szülés utáni depresszió megnehezíti az anya számára, hogy gondoskodjon saját magáról és a gyermekéről. A PPD tünetei súlyos következményekkel járnak az anyák számára, mivel az öngyilkosságok a szülés utáni

anyai halálesetek 20%-át teszik ki azok között, akik szülés utáni depresszióval küzdenek (Grisbrook et al., 2022).

A biológiai és genetikai tényezők mellett az anya pszichoszociális előélete és személyes jellemzői is befolyásolják a szülés utáni depressziós tünetek alakulását (Fisher et al., 2019). Ezek közé tartozik a pszichiátriai kórtörténet, a szocioökonomiai státusz, a korábbi szülészeti beavatkozások előfordulása vagy az egészségügyi ellátórendszer dolgozóival való tapasztalatok. A depresszió a kórtörténetben jelenleg a PNDS fő azonosított kockázati tényezője. A stresszes életesemények és a szülészeti komplikációk szintén hozzájárulnak a klinikailag jelentős PNDS kialakulásának fokozott kockázatához. Másrészt a társas és partneri támogatás, a társadalmi-gazdasági státusz, az anyai személyiségjegyek és a csecsemő temperamentumának eltérései kockázati tényezőként vagy védő tényezőként is működhetnek (Bales et al., 2023).

A poszttraumás stressz zavar (PTSD) egy olyan állapot, amely egy traumatikus eseménynek való kitettség után alakulhat ki, és tipikus tünetei közé tartozik a traumatikus esemény újraélése flashbackek, rémálmok formájában, valamint jellemzői az elkerülő reakciók, a fokozott izgalom, a félelem és a koncentrációs problémák (De Schepper et al., 2016).

Fisher és szerzőtársai (2019) azt a célt tűzték ki kutatásukban, hogy meghatározzák a szülés utáni depresszió lehetséges pályáit a szülés utáni 12 hónapban, valamint hogy beazonosítsák a lezajlást előrejelző fő jellemzőket. Ezek segítségével olyan algoritmust állítottak össze, amellyel megjósolható a meghatározott pályához való tartozás esélye. A vizsgálat egy pittsburghi kutatás adatainak másodelemzésén alapult. A kutatás egy nagyvárosi egészségügyi központban a szülés utáni depresszióban szenvedő nők eseteinek azonosítását, diagnózisát és kezelését foglalta magában. A vizsgálatban minden nőt felkerestek a szülés utáni kórházi tartózkodásuk alatt, majd megvizsgálták, hogy alkalmasak-e a szülés utáni pszichológiai szűrővizsgálatra (n = 27 504). Azok a nők kerültek be a vizsgálatba, akik betöltötték 18. életévüket, beszéltek angolul és a kijelölt intézményben szültek (n = 15 172). A végső minta (n = 507) azokból a nőkből áll, akik az Edinburgh Postnatal Depression Scale alapján pozitív eredményt mutattak a depresszióra. Az 507 résztvevő túlnyomórészt fehér bőrű és házasságban volt, és kevesebb, mint a fele végzett legalább főiskolát.

A depressziós tünetek három különböző pályáját azonosították a kutatók: 1.) fokozatos javulás, 2.) részleges javulás és 3.) krónikus súlyos állapot. Négy kulcsfontosságú tényező – paritás, iskolai végzettség, alapszintű funkcionálás és a depresszió súlyossága – alapján 72,8%-os pontossággal tudták megjósolni

a lezajlási típust. A második és harmadik típushoz viszonyítva az elsőhöz tartozó nők szignifikánsan nagyobb valószínűséggel voltak magas iskolai végzettségűek, kevesebb gyermeket neveltek, és kisebb valószínűséggel volt szorongásos kísérőbetegségük.

A császármetszések és a szülés utáni depresszió közötti kapcsolatot illető eredmények vegyesek (Carter et al., 2006, idézi Grisbook et al., 2022). Ennek egyik lehetséges oka az, hogy a korábbi kutatások nem feltétlenül tettek különbséget tervezett és nem tervezett, sürgősségi császár között. Egy Kanadában végzett kutatás erre reflektálva a különböző típusú császármetszések és a szülés utáni depresszió közötti összefüggést vizsgálta, a PTSD tünetek figyelembevételével (Grisbrook et al., 2022). Ennek érdekében az Alberta Pregnancy Outcomes and Nutrition (APrON) longitudinális kohorszvizsgálat adatainak másodelemzését végezték el. Az APrON vizsgálat elsődleges célja az volt, hogy adatokat gyűjtsön az anyák és gyermekek mentális egészségéről, táplálkozásáról és a gyermekek idegrendszeri fejlődéséről. A vizsgálatban azok a terhes nők vehettek részt, akik a kanadai Alberta két nagyvárosában (Calgary és Edmonton) éltek, 16 évesnél idősebbek és a jelentkezéskor kevesebb, mint 27 hetes terhesek voltak, illetve akik angol nyelven ki tudták tölteni a kérdőívet.

A főbb eredmények azt mutatják, hogy a sürgősségi császármetszés a PTSD-tüneteken keresztül közvetve áll összefüggésben a szülés utáni depressziós tünetekkel. A sürgősségi vagy nem tervezett császármetszéssel szült anyáknak a tervezett császármetszésen átesett anyákhoz képest közel fél ponttal nőtt a PTSD-pontszámuk, ami szignifikáns különbség. Továbbá, a magasabb PTSD-pontszámok súlyosabb szülés utáni depressziós tünetekkel jártak együtt a szülés utáni három hónapban. A császármetszés típusa a szülés utáni depresszióval nem mutatott összefüggést, azonban a sürgősségi császármetszés közvetett összefüggést mutatott a szülés utáni depressziós tünetekkel a PTSD-tüneteken keresztül.

A szülés utáni időszakra vonatkozó PTSD gyakoriságát De Schepper és szerzőtársai egy flamand mintán vizsgálták (De Schepper et al., 2016). Arra voltak kíváncsiak, hogy a szociodemográfiai (pl. életkor, társadalmi-gazdasági státusz, iskolázottság, vallás) és szülészeti kockázati tényezők (pl. a szülés módja, epidurális fájdalomcsillapítás, a vajúdas és a szülés során szerzett tapasztalatok), és a szülészeti ellátással kapcsolatos tényezők (pl. a szülészeti csapat figyelme, az anya tájékoztatása), milyen hatással vannak a szüléssel kapcsolatos PTSD kialakulására. A 2013. január és június között zajló vizsgálatban részt vevő nőket 13 különböző szülészeti osztályról toborozták a szülésük

utáni első héten. A részvételre felkért 420 nő közül összesen 340 nő egyezett bele a részvételbe. Ebből a 340 nőből 229 (67%) vett részt a vizsgálat második szakaszában is. A nők átlagéletkora 30 év volt, több mint fele házas, 4,7%-uk pedig egyedülálló. A nők majdnem felének felsőfokú végzettsége volt, többségük katolikus vallású, és közel egynegyedének családi nettó jövedelme 2500 euró alatt volt. A nők közel kétharmadának volt természetes hüvelyi szülése és 22%-nak császármetszése, amelyből 39% volt nem tervezett császár.

A kutatócsoport a PTSD tüneteit a szülés utáni első héten a nők 22–24%-ánál, hat hét után a nők 13–20%-ánál figyelte meg. A PTSD-tünetek szülés utáni kialakulásának kockázati tényezői a következők voltak: a szülés traumatikusnak való érzékelése, a 2500 euró alatti családi jövedelem, az iszlám hit, pszichológiai problémák a kórtörténetben, és a szülés olyan kórházban, ahol van újszülött intenzív osztály. Hat héttel a szülés után a traumatikus szülés élménye, a 2500 euró alatti családi jövedelem, a komplikációkkal járó szülés és a pszichológiai problémák bizonyultak a PTSD tünetegyüttessel összefüggő tényezőknek. Védő tényezőnek számított, ha a nők úgy érezték, hogy a szülés alatt ők maguk irányíthattak, valamint ha a szülés során a szülésznőnek kérdéseket lehetett feltenni.

Bales és szerzőtársai (2023) tanulmányukban a szülés előtt és után jelenlévő anyai, csecsemő- és környezeti tényezők széles spektrumát, és a szülés utáni depressziós tünetegyüttes súlyossága közötti kapcsolatokat a szülés utáni 2 hónapban tárják fel. A vizsgálat adatai a francia nemzeti reprezentatív ELFE (Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance) kohorszkutatásból származnak, amelynek célja a csecsemők és gyermekek fejlődésének nyomon követése. Az 544 francia nagyvárosi, állami és magán szülészeti kórház közül véletlenszerűen kiválasztott 349 szülészeti kórházban vettek fel adatokat az ott 2011-ben szülő nőktől. Összesen 18 329 anya került be a vizsgálatba. Az adatokat az első hullámban szülésznők rögzítették a nők kórházi tartózkodása alatt az anyák orvosi kartonjai és a velük folytatott személyes interjúk alapján. A második adatgyűjtési hullámra telefonon került sor a szülés utáni hatodik és nyolcadik hét között, amelyben a bevont családok 90%-a vett részt.

Az itt tárgyalt kutatás csak olyan anyákat vont be az elemzésbe, akik a gyermek apjával éltek, és akiknél nem hiányoztak adatok a vizsgált változókra vonatkozóan. A kutatás során a szerzők Milgrom biopszichoszociális modelljét vették elméleti alapul, amely a szülés utáni depressziót elemezve a védőfaktorok fontosságát hangsúlyozza, és lehetőséget nyújt arra, hogy feltárja az anyai és környezeti tényezők közötti közvetlen és közvetett összefüggéseket a szülés

előtti és utáni időszakban (Bales et al., 2023, 3. o.). Az anyai és környezeti, szülés előtti változókat illetően a szülés előtti időszakban a partner érzelmi támogatásának hiánya, a mentális egészségügyi szakemberrel tartott konzultáció a várandósság előtt, a család pénzügyi nehézségei, a szülés előtti pszichológiai stressz és a várandósság nehéz megélése pozitív és közvetlen kapcsolatban állt depresszió súlyosságával a szülés utáni két hónapban.

A tanulmány eredményei kiemelik a szülés körüli időszakban nyújtott támogatás, különösen a partner által nyújtott támogatás döntő szerepét. Ezen felül kiemelendő, hogy a szülés utáni aktuális partneri támogatásnál jobban számít a párkapcsolat minősége a várandósság alatt, amely közvetlen védőhatást gyakorolhat az anya szülés utáni érzelmi stabilitására. Megállapították továbbá, hogy a mentális problémák jelenléte a kórtörténetben a szülés utáni depresszió fő kockázati tényezői közé tartozik. A szülés előtti és utáni támogatás érzékelt hiányának, a szülés előtti pszichológiai stressznek és a várandósság nehéz megéléseinek közvetítő hatása kiemeli a perinatális támogatás minőségének és a pszichológiai tényezőknek a társadalmi-gazdasági szempontból kiszolgáltatott nők körében betöltött központi szerepét.

ÖSSZEFOGLALÁS

Jelen felmérő szakirodalmi áttekintés a társadalmi-gazdasági tényezők és a szülés körüli tapasztalatok témájában az elmúlt tíz év angol nyelven megjelent, OECD-országokra fókuszáló folyóiratcikkeit tekintette át három adatbázis találatában. A vezérfonalként működő kutatási kérdést (milyen kapcsolat áll fenn a szülés körüli tapasztalatok és az anya társadalmi-gazdasági helyzete között?) az áttekintett 18 tanulmány a szülést megelőzően, a szülés idejében és a szülés utáni közvetlen időszakban vizsgálta. A cikkek által lefedett főbb témaköröket a várandósgondozás, az ahhoz való hozzáférés, az anyai társadalmi és mentális előtörténet szerepe a szülés körüli tapasztalatokra, a szülés negatív élményét erősítő és csökkentő faktorok elemzése, valamint a poszt-partum időszakra vonatkozó anyai mentális zavarok értelmezése képezik az anyai társadalmi-gazdasági helyzet hatásának összefüggésében. Az áttekintésbe beemelt cikkek túlnyomórészt kvantitatív módszertannal dolgoztak, sok esetben nagymintás kohorszkutatások adatainak másodelemzésére alapozva.

A szülést megelőző időszak alfejezetben tárgyalt cikkek az anya előtörténetének – mentális és társadalmi-gazdasági – szülésre és a szülés kimenetelére

gyakorolt hatását, illetve a várandósgondozás és az ahhoz kapcsolódó ellátási szolgáltatások helyzetét elemzik. Sokszínű és vegyes megközelítésmódok és témák kerültek kifejtésre: az anya által tapasztalt diszkrimináció fejlődéstani hatásai az utódra (Laubach et al., 2024; Spann et al., 2024), az anyai társadalmi-gazdasági mobilitás és a koraszülés közötti kapcsolat vizsgálata (Tian et al., 2018), valamint a várandósgondozásban érzékelt hozzáférési és bánásmódbeli egyenlőtlenségek (Adeniyi et al., 2020; Hadrill et al., 2014, Collart et al., 2022; McHugh, 2019; Ward and McPhail, 2019).

A szülés lefolyásával és az ezt befolyásoló tényezőkkel foglalkozó kutatások egy kivételével mind kvantitatív módszerrel dolgoztak. A szüléssel kapcsolatos negatív élmények 10% körüli gyakoriságát alátámasztják az áttekintett cikkek eredményei. A „kevésbé jó” (Baas et al., 2017) vagy a kifejezetten negatív szülésélményre (Daoud et al., 2015; Smarandache et al., 2016; Viirman et al., 2022; Vedeler et al., 2023) fókuszáló kutatások azt járták körül, hogy milyen fő tényezők befolyásolják a rosszabbul megélt szüléseket, illetve milyen tényezők bizonyulnak védő jellegűnek az ilyen tapasztalatokkal szemben. A társadalmi-gazdasági tényezők befolyásoló hatását –annak részletes elemekre bontása után – mindegyik kutatás kimutatta, egy kvalitatív kutatás pedig az egészségbiztosítás különösen fontos szerepét emelte ki (Niebler et al., 2016).

A szülést követő időszakkal kapcsolatos cikkek mindegyike az anyai mentális zavarokkal, a szülés utáni depresszióval és a poszttraumás stressz zavarral foglalkozott. Az egyik kutatás a szülés utáni depresszió három lezajlási típusát különböztette meg a depresszió súlyossága mentén (Fisher et al., 2019). A császármetszés és szülés utáni depresszió összefüggése kapcsán kiderült, hogy a sürgősségi, nem tervezett császármetszés áll közvetett összefüggésben a szülés utáni depresszió kialakulásával (Grisbrook et al., 2022). Egy flamand populációra fókuszáló vizsgálatból kiderült, hogy a traumatikus szülésélmény, a 2500 euró alatti családi jövedelem, a komplikációkkal járó szülés és a pszichológiai problémák függenek össze a PTSD tünetegyüttessel, ugyanakkor védő tényezőnek bizonyult, ha a nők úgy érezték, hogy a szülés alatt ők maguk irányítanak, valamint ha a szülés során a szülésznőnek kérdéseket lehetett feltenni (De Schepper et al., 2016). Bales és szerzőtársai megállapították, hogy az anya szülés utáni érzelmi stabilitásának egyik legmeghatározóbb tényezője az érzelmi és társas támogatás megléte, továbbá annak terhesség alatti minősége (Bales et al., 2023).

Általános összegzésként megállapítható, hogy a vizsgált tanulmányok mindegyike kihangsúlyozta, hogy a szociökónómiai státusz döntő hatással bír

a szülés körüli tapasztalatokra. További közös pont, hogy a negatív szülésélmény környezeti tényezői strukturális keretrendszerben értelmeződtek, egyik esetben sem egyéni felelősségként. A legtöbb kutatásban, amely ellátórendszerek bevonásával zajlott, a kutatók szinte kivétel nélkül kiemelték, hogy fontos szem előtt tartani a lehetséges eltérő szülészeti ellátási rendszereket, akár országokon, államokon belül, akár régiós szinten. A tanulmányok kivétel nélkül kutatási implikációkkal, sok esetben konkrét ajánlások megfogalmazásával zárultak, amelyekbe beletartozott az emberközpontú ellátórendszerek hangsúlyozása, az integrált ellátás biztosítása, az előítéletek és diszkrimináció elleni képzések és tréningek fontossága.

Jelen szakirodalmi felmérés számos limitációval rendelkezik. A keresőszavak korlátozottságából és a régiós kritériumokból adódóan a kialakított adatbázis egy szűk keresztmetszetét képezi a meghatározott kutatási területnek, amely ugyan nincs ellentmondásban a felmérő áttekintés módszertanával, de a feltérképezett szakirodalom csak részeredménynek tekinthető. A keresés jövőbeli területi bővítése ennek kiküszöbölése miatt ajánlott, esetleges más adatbázisokban történő kereséssel kiegészítve. Jelen felmérés célja a társadalmi-gazdasági tényezők és a szülés körüli tapasztalatok összefüggéseit vizsgáló tanulmányok feltérképezése volt. Az áttekintés során kirajzolódott, hogy a kutatott témák és kérdések lokális vizsgálatai szorgalmazandók, ezen felül a szülést követő hatások a környezetre, családtagokra (pl. apák) alulkutatottak, valamint a szülést megelőző felkészülések, tanfolyamok értékelése is izgalmas kutatási iránynak mutatkozik az adott témán belül.

IRODALOM

- Adeniyi, A. A., D. M. Laronde, M. Brondani and L. Donnelly (2020). Perspectives of socially disadvantaged women on oral healthcare during pregnancy. *Community Dental Health*, 37(1), 39–44. https://doi.org/10.1922/CDH_4591Adeniyi06.
- Baas, C. I., T. A. Wieggers, T. P. de Cock, J. J. H. M. Erwich, E. R. Spelten, M. R. de Boer and E. K. Hutton (2017). Client-related factors associated with a “less than good” experience of midwifery care during childbirth in the Netherlands. *Birth*, 44(1), 58–67. <https://doi.org/10.1111/birt.12266>.
- Bales, M., E. Pambrun, C. Maguet, J. van der Waerden, N. Glangeaud-Freudenthal, M. A. Charles, C. Bois, M. Melchior, J. Milgrom, B. Falissard, H. Verdoux and A. L. Sutter-Dallay (2023). Pathways between risk/protective factors and maternal postnatal depressive symptoms: The ELFE cohort. *Journal of Clinical Medicine*, 12(9), 3204. <https://doi.org/10.3390/jcm12093204>.
- Carter, F. A., M. Chris, A. Frampton and R. T. Mulder (2006). Cesarean section and postpartum depression: A review of the evidence examining the link. *Psychosomatic Medicine*, 68(2), 321–330. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000204787.83768.0c>.
- Collart, C., C. Craighead, S. Rose, R. Frankel, BT Edmonds, U. Perni, EK Chien, M. Coleridge, A. Ranzini and R. M. Farrell (2022). The impact of outpatient prenatal care visitor restrictions on pregnant patients and partners during the COVID-19 pandemic. *Women's Health Reports*, 3(1), 718–727. <https://doi.org/10.1089/whr.2022.0031>.
- Daoud, N., P. O'Campo, A. Minh, M. L. Urquia, S. Dzakpasu, M. Heaman, J. Kaczorowski, C. Levitt, J. Smylie and B. Chalmers (2015). Patterns of social inequalities across pregnancy and birth outcomes: A comparison of individual and neighborhood socioeconomic measures. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0393-z>.
- De Schepper, S., T. Vercauteren, J. Tersago, Y. Jacquemyn, F. Raes and E. Franck (2016). Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*, 32, 87–92. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.08.010>.
- Fisher, S. D., D. K. Sit, A. Yang, J. D. Ciolino, J. K. Gollan and K. L. Wisner (2019). Four maternal characteristics determine the 12-month course of chronic severe postpartum depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 36(4), 375–383. <https://doi.org/10.1002/da.22879>.
- Gottvall K. and U. Waldenström (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG*, 109(3), 254–260. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2002.01200.x>.
- Grisbrook, M. A., D. Dewey, C. Cuthbert, S. McDonald, H. Ntanda, G. F. Giesbrecht and N. Letourneau (2022). Associations among Caesarean section birth, post-traumatic stress, and postpartum depression symptoms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4900. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084900>.
- Hadrill, R., G. L. Jones, C. A. Mitchell and D. O. C. Anumba (2014). Understanding delayed access to antenatal care: A qualitative interview study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 207. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-207>.
- Heys, S., S. Downe and G. Thomson (2021). ‘I know my place’; a meta-ethnographic synthesis of disadvantaged and vulnerable women's negative experiences of maternity care in high-income countries. *Midwifery*, 103, 103123. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103123>.

- Kutrovázt K., Balogh T., Wittinger B. és Király G. (2018). A technológiával kapcsolatos szülői mediáció: Szisztematikus empirikus áttekintés a 2007 és 2017-es évek között megjelent tanulmányok alapján. *Socio.hu Társadalomtudományi Szemle*, 8(4), 47–69. <https://doi.org/10.18030/socio.hu.2018.4.47>.
- Laubach, Z. M., A. Bozack, I. M. Aris, N. Slopen, H. Tiemeier, M. F. Hivert, A. Cardenas and W. Perng (2024). Maternal prenatal social experiences and offspring epigenetic age acceleration from birth to mid-childhood. *Annals of Epidemiology*, 90, 28–34. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2023.10.003>.
- McHugh, M. C. (2019). Addressing anti-fat bias in psychology: Education and resistance. *Women's Reproductive Health*, 6(4), 252–258. <https://doi.org/10.1080/23293691.2019.1653579>.
- Niebler, M., P. I. Documét, D. Chaves-Gnecco and T. E. Guadamuz (2016). Birth experiences of immigrant Latina women in a new growth community. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 3(3), 466–472. <https://doi.org/10.1007/s40615-015-0159-y>.
- Peters, M. D., C. M. Godfrey, H. Khalil, P. McInerney, D. Parker and C. B. Soares (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *JBI Evidence Implementation*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>.
- Smarandache, A., T. H. M. Kim and Y. Bohr (2016). Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 114. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0903-2>.
- Spann, M. N., K. Alleyne, C. M. Holland, A. Davids, A. Pierre-Louis, C. Bang, V. Oyeneye, R. Kiflom, E. Shea, B. Cheng, B. S. Peterson, C. Monk and D. Scheinost (2024). The effects of experience of discrimination and acculturation during pregnancy on the developing offspring brain. *Neuropsychopharmacology*, 49(2), 476–485. <https://doi.org/10.1038/s41386-023-01765-3>.
- Szalma I., Pélyi L. és Udvari O. (2023). Szakirodalmi áttekintés a háziállatok családon belüli szerepéről. *Socio.hu Társadalomtudományi Szemle*, 13(3), 51–75. <https://doi.org/10.18030/socio.hu.2023.3.51>.
- Tian, Y., C. Holzman, J. Slaughter-Acey, C. Margerison-Zilko, Z. Luo and D. Todem (2018). Maternal socioeconomic mobility and preterm delivery: A latent class analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 22(11), 1647–1658. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2562-6>.
- Vedeler, C., T. S. Eri, R. M. Nilsen, E. Blix, S. Downe, K. A. van der Wel and A. B. V. Nilsen (2023). Women's negative childbirth experiences and socioeconomic factors: Results from the Babies Born Better survey. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 36, 100850. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100850>.
- Viirman, F., S. Hesselman, A. K. Wikström, A. Skoog Svanberg, A. Skalkidou, I. Sundström Poromaa and A. Wikman (2022). Negative childbirth experience – what matters most? A register-based study of risk factors in three time periods during pregnancy. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 34, 100779. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100779>.
- Ward, P. and D. McPhail (2019). Fat shame and blame in reproductive care: Implications for ethical health care interactions. *Women's Reproductive Health*, 6(4), 225–241. <https://doi.org/10.1080/23293691.2019.1653581>.
- World Health Organization (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550215>, letöltve: 2024. 04. 30.

A SCOPING REVIEW ON THE RELATIONSHIP BETWEEN MATERNAL EXPERIENCES AROUND CHILDBIRTH AND SOCIO-ECONOMIC FACTORS IN THE OECD COUNTRIES

ABSTRACT

The presence of social inequalities in health care is a well-known phenomenon and a widely researched topic. Within this, issues of inequality in obstetric and midwifery care are a less explored area. Childbirth experiences are influenced by many factors, including age, socioeconomic status, ethnicity, mode of delivery, and midwifery care. Women from low socio-economic backgrounds may be particularly vulnerable to negative birth experiences, with demonstrable short- and long-term effects on both the mother and her social environment. This paper uses the method of scoping review to map the international literature on the relationship between maternal socioeconomic status and birth experience over the last decade in OECD countries. Based on a review of 18 articles, the paper concludes that taking socio-economic background into account is crucial for understanding the mechanisms and impact of mothers' experiences around childbirth.

Keywords: childbirth, maternal experiences, socio-economic factors, health-care, scoping review