



A szülőség és gyermekfejlődés nehezített teherbeesést követően

Hermanovszky Laura¹ – Dr. Almássy Zsuzsanna²

¹DE BTK, Pszichológiai Intézet

²DE BTK, Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Klinikai Pszichológiai nem önálló Tanszék

Absztrakt

Jelen írás célja annak bemutatása, hogyan hathat a nehezített teherbeesés, meddőség a későbbi sikeres gyermekvállalásra, pontosabban a gyermekkel való kapcsolatra, továbbá a szülőség megélésére, ezen keresztül pedig a gyermek fejlődésére. A tanulmányban az átélt nehézségek ismertetése, azok megértése is központi szerepet kap. A vonatkozó szakirodalmak megismerése segíthet prevenciós és intervenciós pontok meghatározásában, továbbá a pedagógiai anamnézis kiegészítéseként is szolgálhat.

Kulcsszavak: reprodukciós trauma, nehezített teherbeesés, meddőség, gyermekvállalás

Bevezetés

A nehezített teherbeesést követő szülőség, gyermekkel való kapcsolat, gyermekfejlődés jellemzőinek kifejtése előtt rendkívül fontos a nehezített teherbeesés -jelen írásban korábbi meddőség- háttérének megismerése, annak tudatosítása, mekkora terhet jelenthet ez a gyermekre vágyóknak, ezáltal később milyen következményekkel járnak a szülőségre, gyermekre nézve. A nehezített teherbeesés esetén nem csupán magáról a meddőségről kell szót ejteni, a gyermekvállalási próbálkozások hosszát, esetlegesen igénybe vett kezeléseket, azok hosszát/ számát is szükséges figyelembe venni.

Reprodukciós trauma

Korábban a sikertelen gyermekvállalási próbálkozásokra egyszerűen mint egy stresszt okozó eseményre hivatkoztak. Ennek az a veszélye, hogy leki-csiníthati a gyermekre vágyók által átélt valódi nehézségeket. A gyűjtőfogalomként használt reprodukciós trauma kifejezés ezzel ellentétben sokkal inkább helytálló, (Brigance et al., 2023) mivel egy tágabb értelmezési keretet nyújt a sikertelen gyermekvállalás jelenségére. Reprodukciós trauma hát-



terében állhat a terhesség megszakadása (Jafe, 2017), halvaszületés, vetélés (Daugirdaitė et al., 2015), meddőség (Jafe, 2017), illetve a traumatikus szülés élmény (Warren, 2023), valamint a koraszülés, komplikált terhesség is egyaránt (Brigance et al., 2023).

Trauma esetén olyan extrém stressz átélése jellemző, amely túlterheli a személy megküzdési képességeit, (Giller, 1999), később akár poszttraumás stressz zavar (PTSD) kialakulását okozhatja (BNO-10, 2004). A sikertelen gyermekvállalási próbálkozások, a reprodukció sikertelensége is ugyanúgy trauma okozója lehet (ami miatt fontos a reprodukciós trauma elnevezés), akár PTSD-t is kiválthat. Ezt Brigance és munkatársai (2023) kutatása is alátámasztja. Vizsgálatukban sikertelen gyermekvállalási próbálkozásokat (meddőség, többszörös vetélés, halvaszületés, komplikált terhesség, koraszülés, terhesség- és szülés alatti distressz) átélt személyeket vetettek össze normatív csoporttal poszttraumatikus stressz szempontjából. Eredményeik alapján az előbbi (gyermekvállalással sikertelenül próbálkozó) csoport szignifikánsan nagyobb poszttraumás stresszt él át.

Kutatások alapján a szülő által megélt PTSD a nevelés, gyermekkel való kapcsolat több területét is érinti. Csökken a szülői elégedettség, míg nő a stressz szintje (amely gyermekekre gyakorolt hatásáról a későbbiekben szó lesz), gyakoribb a kedvezőtlenebb szülő-gyermek kapcsolat, nehezebb, kevésbé sikeres lehet a biztonságos kötődés kialakítása, továbbá megnövekszik a negatív nevelési elvek, gyakorlatok alkalmazása is, mint amilyen a gyermek irányába mutatott ellenséges viselkedés, akár agresszió és a túlzott kontroll (Christie et al., 2019). A kedvezőtlen kötődési minták a gyermek fejlődésének több területét is érinthetik. Többek között negatív hatást gyakorolhatnak a kognitív funkciók, szociális és érzelmi kompetencia fejlődésére, továbbá a mentális és fizikai egészségre egyaránt (Ranson & Urichuk, 2008), valamint rövid- és hosszú távon is növelhetik a szorongás valószínűségét (Colonesi et al., 2011). Az esetleges szülői agresszió a nehézségeket csak súlyosbítja, az érzelmi és viselkedési problémák további megjelenését fokozva (Holt et al., 2008).

Mindezek alátámasztják, hogy mennyire fontos a reprodukív traumák kutatása, annak vizsgálata, hogy miként hathat a későbbi sikeres gyermekvállalásra, szülőségre, gyermek fejlődésére. Továbbá potenciális prevenciók és intervenciók pontok meghatározása is szükségszerű a lehetséges problémák mérséklése érdekében, amelyre vonatkozó javaslatok a későbbiekben olvashatóak. Emellett pedagógiai anamnézis kiegészítéseként is szolgálhat a korábbi (nehezített) teherbeesés körülményeinek feltérképezése, amely az adott gyermek, illetve a gyermek családjának teljeskörűbb megértését, megismerését segítheti.

A reprodukciós trauma valamennyi területét érdemes lehet vizsgálni, amelyek közül jelen írás a korábbi meddőségre, meddőségi kezelések pszichés, későbbi gyermekvállalásra, gyermekre, vele való kapcsolatra gyakorolt hatására szorítkozik, kiemelkedő aktualitása miatt.

Meddőség

A WHO (2023) adatai alapján világszerte minden hatodik ember meddőséggel küzd, amely arány jól szemlélteti a téma aktualitását, fontosságát. Meddőségről akkor van szó, ha minimum 12 hónapja tartó védekezés nélküli szexuális kapcsolat eredményeként nem fogan meg magzat. A probléma hátterében férfi és női reprodukív rendszer elégtelensége egyaránt állhat. Elsődleges meddőség esetén a fogantatás folyamatosan sikertelen, illetve a múltban is az volt, míg másodlagos formája esetén legalább egy sikeres teherbeesés után sikertelen a további reprodukció.

Meddőség okai

A kiváltó okoról is érdemes szót ejteni, hiszen, mint később látni fogjuk, a különböző háttértényezőknek eltérő hatásai lehetnek.

A meddőség egyaránt lehet női és férfi eredetű, valamint az is gyakran előfordul, hogy mindkét fél érintett, ekkor kombinált meddőségről beszélünk (Mustafa et al., 2019). Női oldalon fennállhatnak ovulációs diszfunkciók (többek között endometriózis, policisztás ovárium szindróma), petevezeték rendellenességei, beágyazódási problémák. Férfi oldalon emellett a problémák három nagy csoportját azonosították; a here vagy magömlés zavarait, genetikai és hormonális problémákat (CDC, 2024). A férfi meddőség leggyakoribb oka a spermiumok gyenge minősége (Mishail et al., 2009 idézi Mustafa et al., 2019).

Az esetek körülbelül 15%-ában nincs diagnosztizálható biológiai magyarázata a meddőségnek. Ezesetben funkcionális meddőségről van szó (Bernard & Krizsa, 2006). Ekkor a probléma hátterében valamilyen pszichés probléma lehet, többek között stressz, depresszió, trauma, rejtett párkapcsolati konfliktusok (Szendi, 2007).

Meddőség pszichés következményei

A meddőség a pszichológiai, mentális egészségre egyaránt negatívan hat (WHO, 2023). A jellemző pszichés következményeket sokszor egy érzelmi hullámvasúthoz hasonlítják; először megjelenik a remény, hogy megfogam a magzat, majd a teszteredményeket megelőző szorongás, ezt követően a csalódottság és gyász, majd az újbóli remény váltják egymást (Swanson & Braverman, 2021).

Jellemző a meddőségspecifikus distressz, amelyet a nők -egyéb meddőséggel kapcsolatos nehézségekhez hasonlóan- erőteljesebben élnek meg, mint a férfiak (Pápay, 2007 idézi Pápay, 2012). Ezt valószínűleg a nemi sztereotípiák is erősítik, és fontos, hogy a férfiak is érintettek (Joja et al., 2015). Továbbá a férfi eredetű meddőség nagyobb lelki terhet jelent a kapcsolaton belül. Jellemzően mindkét fél esetén másfélszer magasabb stressz-szinttel jár,

mint női eredetű diagnózis (Pápay, 2007 idézi Pápay, 2012). Ez alapján a férfi eredetű meddőséggel küzdő párok prevenció/s/ intervenció/s szempontból kiemelkedő szerepet kaphatnának, megfelelő szakember segítségét bevonva a folyamatba a későbbi lehetséges (szülőségre, gyermekfejlődésre vonatkozó) problémák minimalizálása érdekében.

Az átélt distressz mellett a kontrollvesztés érzése, a tervezett életút felbomlása, a társadalom okozta stigmatizáció (Cousineau & Domar, 2007) egyaránt megjelenik, illetve az étellel, önmagával, párkapcsolattal való elégedettségre gyakorolt kedvezőtlen hatás is (Kiesswetter et al., 2020). Más szerzők nem csak a párkapcsolatok, hanem általánosan a társas kapcsolatok, barátságok elégtelenségéről is beszámolnak (Collins, 2018), bár egyes kutatások alapján a párok ekkor közelebb is kerülhetnek egymáshoz (Swanson & Braverman, 2021).

A meddőséggel, meddőségi kezelésekkal együtt járó anyagi nehézségek is nehezíthetik a párok életét (WHO, 2023). Jellemző lehet az alacsonyabb önértékelés és jóllét (Kiesswetter et al., 2020), a magány érzése (Collins, 2018), erős depresszió és szorongás egyaránt (Swanson & Braverman, 2021). Szigeti és munkatársai (2012) vizsgálata szerint magasabb a depresszió szint a nem vallásos személyek esetén.

Mindemellett Daugirdaitė és munkatársai (2015) összefoglaló tanulmánya alapján a poszttraumás stressz (PTS), illetve a poszttraumás stressz zavar (PTSD) kialakulásának kockázata is magasabb.

Mindezen általános pszichés jellemzők mellett a meddőségi kezelése, azok hossza, száma is meghatározó lehet az egyének pszichológiai egészsége szempontjából, amely -mint látni fogjuk- a későbbi gyermekkel való kapcsolat szempontjából sem jelentéktelen.

Meddőségi kezelések pszichés hatásai a beavatkozások hossza, kezelések száma szerint

A meddőséggel küzdő párok jelentős része vesz igénybe asszisztált reprodukciós technikákat (ART). A megfelelő kezelés kiválasztása többtényezős. Függ a meddőség kiváltó okától, fennállásának időtartamától, a felek korától, valamint az egyéni preferenciáktól egyaránt.

Ahogy arról már szó volt, a kezeléseken való részvétel, annak hossza, száma is fontos tényezők a nehezített teherbeesés szempontjából.

A kezelése nem csupán fizikálisan, de érzelmileg is nagy terhet jelentenek a gyermekre vágyók számára. A kezelése hatására fellépő pszichológiai problémák, mint a szorongás, stressz és a depresszió pedig a helyzetet mind tovább nehezítik, hiszen a szívritmus és a kortizol-szint megváltozásával csökkentik az egészséges terhességek esélyét (Cwikel et al., 2004).

Moura-Ramos és munkatársai (2016) a szülők meddőség alatti depresszió- és szorongás szintjét vizsgálták. Arra a következtetésre jutottak, hogy az asszisztált reprodukciós technikák száma, valamint a meddőség hossza

hatással van a két vizsgált jellemzőre. A férfiak esetében a beavatkozások számának növekedésével csökkent a szülővé válás fontossága, annak leértékelése elősegítette a szorongás -és depresszió szint normalizálódását, így segítve a helyzethez való alkalmazkodást. Ezzel szemben, a férfiak és nők esetében egyaránt megfigyelték, hogy a meddőség hossza magasabb szorongás -és depresszió szinttel, a szülővé válás fontosságának fokozódásával járt.

Más kutatások különbséget találtak a depresszió szint tekintetében az első IVF kezelésem, illetve az ismételt (több, mint egy) kezelésem résztvevő nők esetében. A kezelések számának növekedésével a negatív hatások megjelenésének valószínűsége is nőtt. A klinikai szintű depresszió az ismételt kezelésem résztvevők között megközelítőleg kétszeres prevalenciájú volt az első beavatkozásban részesültekhez viszonyítva (Thiering et al., 1993 idézi Cwikel et al., 2004).

Meddőség utáni gyermekvállalás

Vajon a meddőség okozta pszichés nehézségek annak megszűnése után is fennállnak-e, hatnak-e, -illetve hogyan- a későbbi szülőségre, gyermekfejlődésre? A meddőség utáni gyermekvállalással kapcsolatban egymásnak elmentmondó irodalmi adatok állnak rendelkezésre.

Egyesek szerzők alapján az asszisztált reprodukív módszerek segítségével teherbe eső, korábban meddőséggel küzdő nők pozitívabban állnak gyermekeikhez, gyakran kötődési mintázatuk is kedvezőbb. Egyrészt jóval kedvezőbb attitűdöket mutatnak gyermekeikkel kapcsolatban, a spontán teherbe eső anyákhoz viszonyítva, annak ellenére, hogy több szülés körüli nehézségről számolnak be a kutatásokban (Fata et al., 2021). Másrészt nagyjából kétharmaduk gyermeke biztonságosan kötődő, amely arány Gibson és munkatársai (2003) kutatása alapján a természetes úton teherbe eső nők gyermekeikkel való kötődésével megegyező. Hahn (2001) vizsgálata alapján az asszisztált reprodukív technikákkal segített nők kevesebb szülői stresszről, illetve több pozitív apa-anya-gyermek kapcsolatról számolnak be, mint a természetes úton fogant gyermekek szülei.

A fentebb ismertetett kutatások a reprodukív trauma által kiváltott pozitív hatások megjelenését emeli ki, de mindezekkel szemben a szakirodalomban sokkal hangsúlyosabbak a negatív hatások. Hammarberg és munkatársai (2008) alapján a reprodukív traumát követően, asszisztált reprodukív technikák alkalmazása után, a korai szülői nehézségek és a magzat elvesztése miatti szorongás magasabb, míg a gyermek születését követően az önbizalom alacsonyabb. Sok meddőséget átélt nő esetében megfigyelhető, hogy nem érzi magát magabiztosnak a gyermeknevelésben, továbbá a gyermek elaltatásával is többször nehézségekkel küzdenek (Pearlman, 2013). A szülői kompetenciák megkérdőjelezése mellett (Egan, 2019), alacsonyabb anyai énhatékonyság és önértékelés is gyakran jellemző (McMahon et al., 1997).

Mindemellett azt már említettük, hogy a meddőség ideje alatt jellemzően magasabb a depresszió szintje (Swanson & Braverman, 2021). Monti és munkatársai (2009) eredményei alapján a magasabb depresszió szint várandósság ideje alatt is jellemző, a gyermek megszületését követően, poszt-partum időszakban is fennmaradhat, és problémát okozhat, hiszen a szülés utáni depresszió mind a csecsemő pszichés fejlődését, mind az anya-gyerek kapcsolatot kedvezőtlenül érinti.

A megjelenő depresszió és szorongáson kívül a nehezített teherbeesést átélt édesanyák egyéb nehézségeket is megtapasztalhatnak. A nehezített teherbeesést átélt édesanyák többször jellemzően nehéz temperamentumúként gyermekeiket. Emellett azt is megfigyelték, hogy a stresszes interaktív helyzetekben gyermekeik több negatív viselkedési móddal reagálnak, leginkább az egynél több IVF-en keresztül ment családok esetén (McMahon et al., 1997). A gyermekük sebezhetőségéről, vulnerabilitásáról is másképp vélekednek. Sebezhetőbbnek gondolják, gyakran túlvédik, nem az életkoruknak megfelelően kezelik őket (Egan et al., 2022). Az utóbbi jelenség a túlzott engedékenységgel és az egyidejűleg fennálló túlzott védelem eredményeként nyilvánul meg. Ezzel a gyermek érzelemszabályozását visszavetik, valamint a gyermekek így azt az élményt internalizálják, hogy a világ veszélyes hely. Jellemzőbbek lehetnek emellett a szeparációs nehézségek, alvászavarok, ingerlékenység, később a gyengébb tanulmányi teljesítmény és a különféle szomatikus panaszok megjelenése is.

További nehezítő tényező lehet a gyermek és a szülőség idealizálása. Az asszisztált reprodukciós technikák segítségével fogant gyermekek szülei a szülőségről sokszor egy idealizált képet alakíthatnak ki önmagukban. Ez a továbbiakban problémát jelenthet, hiszen nem készülnek fel az azzal járó elkerülhetetlen nehézségekre, amely így akadályozhatja a magabiztos szülői identitás kialakulását (Hammarberg et al., 2008). A gyermek idealizálása is kockázatos lehet. A háttérben az állhat, hogy a szülőknek sokáig kellett várni a sikeres terhességre, ráadásul gyakran az az egyetlen gyermekük születet. A gyermek idealizálásából szintén irreális elvárások alakulhatnak ki, és a szülői elvárások és a gyermek igényei között inkonzisztencia lehet. Ez a dinamika bizonytalan kötődés kialakulásához is vezethet (Cox et al., 2006 idézi McGrath et al., 2010).

Végül mindezek mellett sokszor egyéb problémákkal is szembe kell néznie a szülőknek, a korábbi meddőségből fakadó pszichológiai nehézségek mellett. Ilyen probléma lehet a koraszülés nagyobb valószínűsége, a gyermek lehetséges alacsony születési súlya, de a hosszú távú viselkedési -és fejlődési rendellenességek is gyakrabban megjelenhetnek (McGrath et al., 2010).

Szintén kitüntetett figyelmet érdemelhet mindezek alapján akár anamnézis felvétel során, akár prevenció szempontjából a szülői depresszió fennállásának lehetősége, a szülői stressz, énhatékonyság mértéke, annak vizsgálata, hogy a szülők mennyire gondolják sebezhetőnek gyermekeiket, mennyire védik túl, infantilizálják, vagy éppen idealizálják őket, vagy saját szülőségüket.

A továbbiakban a felsoroltak közül kiemelten a szülői stresszről és posztpartum depresszióról, valamint a szülői éhatékonyságról és szülői kompetenciáról lesz szó.

A szülői stressz

A szülő által megélt stressz, szorongás sem csupán a szülőre gyakorol hatást, hanem a gyermekkel való kapcsolatot, illetve a gyermeket is befolyásolja. Glasheen és munkatársai (2010) alapján hasonló mértékben okozhat nehézségeket a gyermek életében, mint a szülői depresszió.

Összefoglaló tanulmányuk alapján jellemzőek lehetnek a gyermekeknél szomatikus problémák (mint például a hasfájás), viselkedési problémák, kötődési, illetve érzelmi problémák egyaránt. A magas szintű anyai szorongás továbbá negatívan hat a gyermek általános kognitív és motoros fejlődésére, ezen belül a nagymozgásokra is (Keim et al., 2011). A korai posztpartum időszakban megélt anyai szorongás és stressz (hasonlóan a depresszióhoz) kedvezőtlen hatással lehet a gyermek korai fejlődése mellett (Kingston et al., 2012b idézi Mughal et al., 2018), később is, akár 11 éves korban, a gyermek kognitív képességeire vonatkozóan (Glasheen et al., 2010). Az előzőekhez hasonlóan Mughal és munkatársai (2018) kutatása szerint az anyai stressz és szorongás a gyermek hároméves korában is gyakran fejlődési visszamaradottságot eredményez.

A szülő-gyermek (és külső tényezők) egymásra kölcsönösen ható kapcsolata a szülői stressz esetében is kiemelkedő. A stressz eredményeképpen csökkenhet a szülői viselkedés, nevelés hatékonysága, ezáltal nehezítve a gyermek alkalmazkodását, ördögi kört elindítva. A szülői alváshiány is növelheti a stresszt, de annak oka is lehet, hasonlóan a gyermek temperamentumának alakulásához (amely szintén lehet a stressz oka és következménye egyaránt) (McQuillan & Bates, 2017). A stressz növekedéséért lehet felelős továbbá a gyermek betegsége, fejlődési lemaradása (Webster et al., 2008), kihívást jelentő életesemények; egyedülálló nevelés/ válás, szegénység is (Louie et al., 2017).

Hahn (2001) vizsgálatában a korábban meddőséggel küzdőknél alacsonyabb szülői stresszt mért. Ezzel szemben Colpin és munkatársai (1999) munkája alapján a korábban nehezített teherbeeséssel küzdő újdonsült édesanyák más újdonsült anyákhoz képest nagyobb stresszt éltek meg, viszont többgyermekeseknél nem volt számottevő különbség. Továbbá Hammarberg és munkatársai (2008) kutatása szerint a magzat elvesztése miatti szorongás, korai szülői nehézségek nagyobbak. Mindezekből azt láthatjuk, hogy a korábban meddőséggel küzdő édesanyák nagyobb stressz szinttel jellemezhetőek, amely a fent említett tünetek megjelenését okozhatja.

A szülői stressz gyermekre gyakorolt igen nagy hatása miatt mindenképpen érdemes foglalkozni a témával.

Postpartum depresszió

A szülővé válás a család számára életciklus váltásnak tekinthető, normatív krízisnek, mivel egy fejlődéslélektanilag természetes eseményről van szó. Ekkor a sebezhetőség mértéke megnövekszik, akár szülés utáni depresszió kialakulását is vonhatja maga után (Carr, 2012).

Amellett, hogy hatására a szülői kogníciók és hiedelmek megváltoznak, a gyermekre, vele való kötődésre és kapcsolatra is negatívan hatást gyakorolhat (Murray et al., 2010). A csecsemő neurológiai, és az alapvető funkciók szabályozásának fejlődése (evés, alvás, sírás), valamint a fejlődési mérföldkövek (érzelmelek, kogníciók) is megkésettnek lehetnek (Hoffman et al., 2017). Mindemellett a gyermek elégtelen stimulációjának hatására a pszichomotoros fejlődés is kitolódhat (Cornish et al., 2005). A hatás hosszabb távon is érvényesülhet, akár rosszabb iskolai teljesítményként (Shen et al., 2016), vagy a szociális és érzelmi élet nehezítésében (Mackrell et al., 2014).

A postpartum depresszió kialakulásának kockázatát több tényező is befolyásolhatja, ilyen a korábbi depresszió, társas támasz, tervezett vagy nem tervezett terhesség, és a szocioökonómiai státusz (Nunes et al., 2013), de a korábban átélt meddőség is kapcsolatba hozható vele.

A meddőség után asszisztált reprodukciós technikák segítségével teherbe esett anyák több depressziós tünetet mutatnak a szülés előtti és utáni időszakban, mint a természetes úton, spontán teherbe esett társaik (Monti et al., 2009), valamint a hosszabb meddőségi idő is növeli a depresszió szintjét (Moura-Ramos et al., (2016). A meddőséggel küzdő nők populációátlag fölötti depresszió szintjére magyar kutatás is bizonyítékkal szolgál (Szigeti et al., 2012).

Mint látható, a szülői depresszió sem csupán a szülőt érinti, a gyermeket, annak fejlődését egyaránt.

Szülői énhatékonyság és kompetencia

Először is fontos a szülői énhatékonyság, szülői kompetencia és a szülői magabiztosság fogalmak meghatározása, mivel a szakirodalom ezeket a kifejezéseket mintegy egymás szinonímáiként használja. A szülői magabiztosság- és énhatékonyság a szülő belső, saját attribúcióit jelenti arra vonatkozóan, hogy mennyire képes a szülői feladatait megfelelően ellátni (Vance et al., 2017). Tehát e két fogalom egymással felcserélve is használható. Emellett a szülői kompetencia mást takar, egy olyan, a szülőre vonatkozó jellemző, amely külső szemlélő által objektíven meghatározott. Utóbbi esetben tehát arról van szó, hogy objektíven nézve mennyire képes az édesanya vagy édesapa a szülői feladatainak ellátására (Vance et al., 2017). Annak ellenére, hogy definícióbeli különbség van a fogalmak között, e kettő (a szubjektív és az objektív) erősen korrelálnak egymással (Khajehi & Finch, 2016).

A korai szubjektív szülői énhatékonyság előrevetíti, mintegy prediktor-ként működik a későbbi szülői énhatékonyságra vonatkozóan, vagyis stabil jellemzőről lehet szó (Hsu et al., 2005). A szülői énhatékonyságnak – amely tehát a szülő hite, hogy mennyire képes szülői feladatait sikeresen ellátni (Wittkowski et al., 2017) – fontos szerepe van nemcsak a szülő, hanem a gyermek, annak fejlődésében is. Alacsony szintje kedvezőtlenül befolyásolja a gyermek önszabályozását, társas interakcióinak fejlődését, önértékelését (Jones & Prinz, 2005), jóllétét, későbbi tanulmányi előmenetelét (Wittkowski et al., 2017), kötődését (Albanese et al., 2019) egyaránt. Vagyis jelentős, és hosszútávú hatásokról lehet szó, amely a témával való foglalkozás fontosságát csak növeli.

Továbbá alacsony szülői énhatékonyság esetén a posztpartum depresszió megjelenésének esélye is magasabb (Albanese et al., 2019), valamint a szülői stressz is jellemzően megnövekszik (Liu et al., 2012). Magas szintje protektív faktor a depresszió mellett a szülői stressz, kapcsolati nehézségek, fejlődési zavarok szempontjából egyaránt (Coleman & Karraker, 1998). Ebből kifolyólag fontos lehet a szülői énhatékonyság mérése, majd fejlesztése, hogy minél több fejlődésbeli akadály elkerülhető legyen a gyermek életében.

Több szülő számára különösen stresszes lehet a meddőségi időszak utáni sikeres gyermekvállalás, amely alacsony szülői magabiztosságban is megnyilvánulhat (Khajehei & Finch, 2016). Erre több kutatási eredmény is bizonyítékul szolgál.

A természetes úton, spontán teherbeeső édesanyákhöz képest az asszisztált reprodukciós eljárások (ART) segítségével teherbe esett anyák számottevően alacsonyabb szülői énhatékonysággal rendelkeznek (Egan, 2019), illetve egy másik vizsgálatban az *in vitro* fertilizáció után szülővé válók alacsonyabb anyai énhatékonyságot és alacsonyabb önértékelést mutattak, emellett nehezebb temperamentumúnak ítélték gyermekeiket (McMahon et al., 1997). Az alacsonyabb szülői kompetencia tekintetében Gibson és munkatársai (2000) is az előzőeknek megfelelő eredményeket találtak.

A korábban átélt meddőségen túl egyéb tényezők is hatást gyakorolhatnak a szülői-énhatékonyságra. Ilyen Shorey és munkatársai (2014) alapján a jövedelem, a társas támasz, illetve az édesanya életkora, mint a szülői-énhatékonyság prediktorai, illetve azzal pozitívan korrelálnak. Eredményeiket azzal magyarázták, hogy az idősebb édesanyák nagyobb társas hálóval rendelkeznek, illetve a nagyobb anyagi szabadság szakember(ek) segítségül hívását is lehetővé teszi.

A felsorakoztatott kutatási eredmények alapján a szülői énhatékonyság és kompetencia alacsony szintje valódi nehézséget jelenthet később mind a szülők, általuk pedig a gyermekeik életére, fejlődésére nézve.

A gyermek észlelt sebezhetősége

A szülő percepciója arról, hogy gyermeke mennyire sérülékeny, sebezhető, vagyis a gyermek szülő által észlelt vulnerabilitása, fontos mutató lehet mind a szülő, mind a gyermek, illetve a kapcsolatuk szempontjából egyaránt.

A gyermek magasabb észlelt vulnerabilitása jellemzően nagyobb számú orvosi- és sürgősségi látogatással, egyaránt kedvezőtlenebb gyermeki és szülői mentális egészséggel, több fejlődési nehézséggel (Chambers et al., 2011), viselkedési problémákkal is járhat (Forsyth et al., 1996), továbbá a szülő-gyermek kötődésre nézve is negatív hatású lehet (Schmitz, 2019).

Mindezek a jellemzően túlvédő szülői magatartással magyarázhatóak (Hoge et al., 2021), amely többek között növeli a gyermek szorongását (Gere et al., 2012). Emellett a túlvédésből fakadóan a szülők gyakran nem képesek a gyermek korának megfelelő határok meghúzására sem. Mindezen folyamatok később erősebb szeparációs szorongást, alvászavart, figyelemzavart, gyengébb iskolai teljesítményt, a saját egészségükről alkotott negatívabb véleményt eredményezhetnek a gyermek életében (Leslie & Boyce, 1996 idézi Kerruish et al., 2005).

A szakirodalom többször ún. sérülékeny gyermek szindrómaként (vulnerable child syndrome) hivatkozik erre a jelenségre, amikor a szülő által észlelt sérülékenység túlzóvá, szélsőségesé válik (Gleason & Evans, 2004). Ilyen esetben a szülők azt gondolják a gyermekről, hogy nagyobb egészségügyi, fejlődési vagy viselkedési problémái vannak, mint amelyet a jelen állapota valóban indokolna. Leggyakrabban azokban az esetekben fordul elő, amikor a gyermek valamilyen nagyon súlyos, akár az életét veszélyeztető betegséget, eseményt élt át, vagy valamilyen krónikus betegségben szenved. Ilyen jellegű tapasztalatokkal nem rendelkező, vagy kevésbé súlyos eseményeket átélő szülők is kialakíthatják ezt a képet gyermekükről, maladaptív családi dinamikát hozva létre. Ez főképp mentális problémákkal küzdő édesapáknál és édesanyáknál fordulhat elő. Sérülékeny gyermek szindróma hátterében állhat továbbá a korábban átélt meddőség, koraszülés, terhességvesztés, vagy egyéb terhességgel kapcsolatos komplikációk (Schmitz, 2019).

Mindezeket Horwitz és munkatársai (2015) által a vulnerábilis gyermek szindróma kialakulásáról létrehozott elméleti modell is jól magyarázza. Arra a következtetésre jutottak, hogy kialakulásához leginkább az anyai depresszió és szorongás, diszfunkcionális coping stratégiák, alacsony társas támasz, illetve a korábban átélt trauma járul hozzá. Ilyen trauma lehet a gyermek egészségének, vagy akár életének veszélyeztetettsége, vetélés, koraszülés, vagy családon belüli halálesetek. Hoge és munkatársai (2020) ezt kiegészítve azt gondolják, hogy a szülői trauma a vulnerábilis gyerek szindróma alapja. A gyermek valós, vagy csupán vélt sérülékenysége a szülőknél félelmet, szorongást kelt, és túlvédő szülői magatartás megjelenését eredményezheti.

Fata és munkatársai (2021) kutatásukban arra jutottak a korábban átélt meddőséggel kapcsolatban, hogy az asszisztált reprodukciós eljárásokat kö-

vetően az édesanyák sokkal gyakrabban ellenőrzik az újszülötteik állapotát, mint a természetes úton, spontán teherbe esett anyák, vagyis sokszor túlvédően viselkednek velük. Az anya posztpartum időszak elején jellemző viselkedése pedig előjelezheti a gyermekhez való jövőbeli hozzáállását (Calisir et al., 2009 idézi Fata et al., 2021). Emellett -szintén asszisztált reprodukciós technikák alkalmazása után- jellemzőbb a gyermek életben maradása miatti szorongás, valamint az alacsonyabb magabiztosság (Hammarberg et al., 2008), továbbá sérülékenyebbnek is gondolják gyermekeiket más édesanyákhoz képest. Ez különösen kiugró donor ivarsejtek felhasználása esetén (Egan et al., 2022). Gibson és munkatársai (2000) in vitro fertilizáción átesett édesanyák esetében szintén hasonló eredményre jutott az észlelt sérülékenység tekintetében.

Mindezek alapján a gyermek szülő által észlelt sérülékenysége is központi jellemzője lehet mind a szülőség, mind a gyermekkel való kapcsolat, illetve a gyermek fejlődése szempontjából.

Összegzés

Napjaink gyermekvállalási jellegzetességei átalakulni látszanak. Ideje egyre inkább kitolódik, míg az ember "biológiai órája" nem változik, nem nő. A meddőség 6-ból egy embert érint, ugyanakkor az orvostudomány fejlettségének, fejlődésének köszönhetően mára nem feltétlenül jelent egyet az életre szóló gyermektelenséggel, hiszen különféle beavatkozások alkalmazásával egészséges terhesség létrehozását képesek elősegíteni.

A sikeres gyermekvállalás ugyanakkor nem feltétlenül egyenlő a problémák megszűnésével. A reprodukciós trauma következményeként fennálló pszichés nehézségek a terhesség, sőt akár a gyermek születése után is fennmaradhatnak. Ez akár a későbbi szülőségre, gyermekkel való kapcsolatra, gyermek fejlődésére is kihat.

A felsorakoztatott szakirodalmi adatok alapján érdemes lenne vizsgálni a nehezített teherbeesésen, meddőségen belül a *PTSD* megjelenését, amely akár kedvezőtlen kötődéssel, szülői agresszióval, túlzott kontrollal és stresszel járhat, ezáltal a gyermek kognitív, szociális-érzelmi, mentális és fizikai fejlődésére kedvezőtlenül hatva, továbbá a viselkedési problémák és a szorongás is megnövekedett lehet.

Érdemes továbbá figyelembe venni az eltérő háttér tényezőket, mint amilyen például a meddőség eredete, hiszen a *férfi eredetű meddőség* nagyobb stresszt jelenthet a párok számára, mint a női eredetű. A meddőség eredete mellett a *kezelések hossza, beavatkozások száma* is fontos mutatók lehetnek, hosszabb időintervallum, és/ vagy a beavatkozások nagyobb száma esetén nagyobb kockázatnak lehetnek kitéve mind a szülők, később általuk akár gyermekeik is.

A meddőség utáni sikeres gyermekvállalás során további nehézségekkel nézhetnek szembe a szülők, amelyek gyermekeik fejlődését is visszavetethetnek.

tik. Ilyen a magasabb *stressz*-szint, *posztpartum depresszió* megnövekedett valószínűsége, a *szülői énhatékonyság és kompetencia* alacsonyabb szintje, továbbá a *gyermek vulnerabilitásának* magasabb észlelt szintje.

A magas szülői stressz a gyermek megnövekedett szomatikus panaszainak, viselkedési-, érzelmi-, kötődési problémáinak okozója egyaránt lehet, sőt a kognitív- és nagymozgásos fejlődést is visszavetheti. Ehhez hasonló hatásai lehetnek a posztpartum depresszióknak is a gyermekre nézve. Kedvezőtlenül befolyásolja a kötődés alakulását, a neurológiai, alapvető funkciók szabályozásának fejlődését, pszichomotoros fejlődését, továbbá a fejlődési mérföldkövek is megkésettnek lehetnek, de a szociális élet is érintett lehet. Az alacsony szülői énhatékonyság a gyermekben alacsonyabb önértékelést és jóllétet, rosszabb tanulmányi előmenetelt, kedvezőtlenebb önszabályozást okozhat, illetve társas interakciók fejlődésére is negatívan hathat. Végül a túlságosan sérülékenynek észlelt gyerek erősebb szeparációs szorongást, alvászavart, figyelemzavart tapasztalhat, gyengébb iskolai teljesítményt érhet el, illetve negatívabb képük lehet az egészségügyi állapotukról, mint ami a valóság.

Mindezen tényezők tehát (PTSD, különböző háttértényezők, stressz, depresszió, stb.) mind a szülőt, mind a gyermeket, annak fejlődést negatívan befolyásolhatják, ezáltal a prevenció, intervenció lehetséges helyeit jelölik. Továbbá feltérképezésük hozzájárulhat -akár pedagógiai anamnézis során- a gyermek, illetve környezete, családja jobb, teljesebb megismeréséhez, ezáltal megfelelőbb támogatásához.

Köszönetnyilvánítás, támogatás

A Kulturális és Innovációs Minisztérium ÚNKP-23-2 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból finanszírozott szakmai támogatásával készült.



KULTURÁLIS ÉS INNOVÁCIÓS
MINISZTERIUM

Irodalom

Albanese, A. M., Russo, G. R. & Geller, P. A. (2019). The role of parental self-efficacy in parent and child well-being: A systematic review of associated outcomes. *Child: care, health and development*, 45(3), 333–363. <https://doi.org/10.1111/cch.12661>

- Anwar, S. & Anwar, A. (2016). Infertility: A review on causes, treatment and management. *Womens Health Gynecol*, 5, 2–5. Scient Open Access. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://scionline.org/open-access/infertility-a-review-on-causes-treatment-and-management.pdf (2024.06.11.)
- BNO-10 Zsebkönyv DSM-IV meghatározásokkal. (2004). Animula Egyesület.
- Brigance, C. A., Kim, S.-R. & Kashubeck-West, S. (2023). Mean comparisons of trauma symptoms between a reproductive trauma sample and a normative sample: Toward a trauma-informed practice. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(7), 1164–1171. <https://doi.org/10.1037/tra0001468>
- Carr, A. (2012). *Family therapy: Concepts, process and practice*. John Wiley & Sons.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Infertility: Frequently Asked Questions*. https://www.cdc.gov/reproductive-health/infertility-faq/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/reproductivehealth/infertility/index.htm
- Chambers, P. L., Mahabee-Gittens, E. M. & Leonard, A. C. (2011). Vulnerable child syndrome, parental perception of child vulnerability, and emergency department usage. *Pediatric emergency care*, 27(11), 1009–1013. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e318235bb4f>
- Christie, H., Hamilton-Giachritsis, C., Alves-Costa, F., Tomlinson, M. & Halligan, S. L. (2019). The impact of parental posttraumatic stress disorder on parenting: A systematic review. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1550345. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1550345>
- Coleman, P. K. & Karraker, K. H. (1998). Self-Efficacy and Parenting Quality: Findings and Future Applications. *Developmental Review*, 18(1), 47–85. <https://doi.org/10.1006/drev.1997.0448>
- Collins, M. E. (2018). The impact of infertility on daily occupations and roles. *American Journal of Occupational Therapy*, 72, <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.72S1-PO6008>
- Colnnesi, C., Draijer, E. M., Jan JM Stams, G., Van der Bruggen, C. O., Bögels, S. M. & Noom, M. J. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(4), 630-645. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.581623>
- Colpin, H., Munter, A. D., Nys, K. & Vandemeulebroecke, L. (1999). Parenting stress and psychosocial well-being among parents with twins conceived naturally or by reproductive technology. *Human Reproduction*, 14(12), 3133-3137. <https://doi.org/10.1093/humrep/14.12.3133>
- Cornish, A. M., McMahan, C. A., Ungerer, J. A., Barnett, B., Kowalenko, N. & Tennant, C. (2005). Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: The impact of depression chronicity

- and infant gender. *Infant behavior and development*, 28(4), 407-417. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2005.03.004>
- Cousineau, T. M. & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 21(2), 293-308. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjpp.150.6.782>
- Cwikel, J., Gidron, Y. & Sheiner, E. (2004). Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 117(2), 126-131. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2004.05.004>
- Daugirdaitė, V., van den Akker, O. & Purewal, S. (2015). Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: a systematic review. *Journal of Pregnancy*, 2015, 1-14. <https://doi.org/10.1155/2015/646345>
- Egan, K. N. (2019). *The effects of prior infertility on parenting self-efficacy and child outcomes*. (Doctoral dissertation). Pro Quest. <https://www.proquest.com/docview/2312492521?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true&sourcetype=Dissertations%20&%20Theses> (2024.06.11.)
- Egan, K., Summers, E. & Limbers, C. (2022). Perceptions of child vulnerability in first-time mothers who conceived using assisted reproductive technology. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 40(5), 489-499. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1896689>
- Fata, S., Aluş Tokat, M. & Temel Uğur, G. (2021). Does conception spontaneously or with ART affect postpartum parenting behaviors?. *Psychology, Health & Medicine*, 26(6), 755-763. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1799044>
- Fata, S., Aluş Tokat, M. & Temel Uğur, G. (2021). Does conception spontaneously or with ART affect postpartum parenting behaviors?. *Psychology, Health & Medicine*, 26(6), 755-763. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1799044>
- Forsyth, B. W., Horwitz, S. M., Leventhal, J. M., Bruger, J. & Leaf, P. J. (1996). The child vulnerability scale: an instrument to measure parental perceptions of child vulnerability. *Journal of pediatric psychology*, 21(1), 89-101. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/21.1.89>
- Gibson, F. L., Ungerer, J. A., McMahan, C. A., Leslie, G. I. & Saunders, D. M. (2003). The mother-child relationship following in vitro fertilisation (IVF): Infant attachment, responsivity, and maternal sensitivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(8), 1015-1023. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00689>
- Gibson, F. L., Ungerer, J. A., Tennant, C. C. & Saunders, D. M. (2000). Parental adjustment and attitudes to parenting after in vitro fertilization. *Fertility and sterility*, 73(3), 565-574. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(99\)00583-X](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(99)00583-X)

- Giller, E. (1999). What is psychological trauma. *Sidran Institute*, 15, 2021. Pusat Referensi Konseling. <https://konselingindonesia.com/read/296/what-is-psychological-trauma.html> (2024.06.11.)
- Glasheen, C., Richardson, G. A. & Fabio, A. (2010). A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Archives of women's mental health*, 13, 61-74. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0109-y>
- Gleason, T. R. & Evans, M. E. (2004). Perceived vulnerability: a comparison of parents and children. *Journal of Child Health Care*, 8(4), 279-287. <https://doi.org/10.1177/1367493504047318>
- Hahn, C. S. (2001). Psychosocial well-being of parents and their children born after assisted reproduction. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(8), 525-538. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/26.8.525>
- Hammarberg, K., Fisher, J. R. W. & Wynter, K. H. (2008). Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: a systematic review. *Human reproduction update*, 14(5), 395-414. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmn030>
- Hoffman, C., Dunn, D. M. & Njoroge, W. F. (2017). Impact of postpartum mental illness upon infant development. *Current psychiatry reports*, 19(12), 1-6. Springer Link. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-017-0857-8> (2024.06.11.) <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0857-8>
- Hoge, M. K., Downtin, L. L., Horwitz, S. M., Schechter, D. S. & Shaw, R. J. (2020). Vulnerable child syndrome. In Shaw, R. J. & Horwitz, S. M. (Eds.), *Treatment of psychological distress in parents of premature infants: PTSD in the NICU*. (pp. 277-287). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615379583.lg07>
- Hoge, M. K., Heyne, E., Nicholson, T. D. F., Acosta, D., Mir, I., Brown, L. S., Shaw, R. J., Chalak, L. & Heyne, R. (2021). Vulnerable child syndrome in the neonatal intensive care unit: A review and a new preventative intervention with feasibility and parental satisfaction data. *Early Human Development*, 154, 105283. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105283>
- Holt, S., Buckley, H. & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child abuse & neglect*, 32(8), 797-810. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>
- Horwitz, S. M., Storfer-Isser, A., Kerker, B. D., Lilo, E., Leibovitz, A., John, N. S. & Shaw, R. J. (2015). A model for the development of mothers' perceived vulnerability of preterm infants. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 36(5), 371-380. <https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000000173>
- Hsu, H. C. & Lavelli, M. (2005). Perceived and observed parenting behavior in American and Italian first-time mothers across the first 3 months. *Infant Behavior and Development*, 28(4), 503-518. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2005.09.001>

- Joja, O. D., Dinu, D. & Paun, D. (2015). Psychological aspects of male infertility. An overview. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 187, 359-363. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.067>
- Jones, T. L. & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical psychology review*, 25(3), 341-363. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.004>
- Keim, S. A., Daniels, J. L., Dole, N., Herring, A. H., Siega-Riz, A. M. & Scheidt, P. C. (2011). A prospective study of maternal anxiety, perceived stress, and depressive symptoms in relation to infant cognitive development. *Early human development*, 87(5), 373-380. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.02.004>
- Kerruish, N. J., Settle, K., Campbell-Stokes, P. & Taylor, B. J. (2005). Vulnerable Baby Scale: Development and piloting of a questionnaire to measure maternal perceptions of their baby's vulnerability. *Journal of paediatrics and child health*, 41(8), 419-423. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2005.00658.x>
- Khajehei, M. & Finch, L. (2016). The role of residential early parenting services in increasing parenting confidence in mothers with a history of infertility. *International Journal of Fertility & Sterility*, 10(2), 175. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2016.4907>
- Kiesswetter, M., Marsoner, H., Luehwink, A., Fistarol, M., Mahlknecht, A. & Duschek, S. (2020). Impairments in life satisfaction in infertility: Associations with perceived stress, affectivity, partnership quality, social support and the desire to have a child. *Behavioral Medicine*, 46(2), 130-141. <https://doi.org/10.1080/08964289.2018.1564897>
- Liu, C. C., Chen, Y. C., Yeh, Y. P. & Hsieh, Y. S. (2012). Effects of maternal confidence and competence on maternal parenting stress in newborn care. *Journal of advanced nursing*, 68(4), 908-918. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05796.x>
- Louie, A. D., Cromer, L. D. & Berry, J. O. (2017). Assessing parenting stress: Review of the use and interpretation of the parental stress scale. *The Family Journal*, 25(4), 359-367. <https://doi.org/10.1177/1066480717731347>
- Mackrell, S. V., Sheikh, H. I., Kotelnikova, Y., Kryski, K. R., Jordan, P. L., Singh, S. M. & Hayden, E. P. (2014). Child temperament and parental depression predict cortisol reactivity to stress in middle childhood. *Journal of abnormal psychology*, 123(1), 106. <https://doi.org/10.1037/a0035612>
- McGrath, J. M., Samra, H. A., Zukowsky, K. & Baker, B. (2010). Parenting after infertility: issues for families and infants. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 35(3), 156-164. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/NMC.0b013e3181d7657d>
- McMahon, C. A., Ungerer, J. A., Tennant, C. & Saunders, D. (1997). Psychosocial adjustment and the quality of the mother-child relationship at four months postpartum after conception by in vitro fertilization. *Fertility and sterility*, 68(3), 492-500. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(97\)00230-6](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(97)00230-6)

- McQuillan, M. E. & Bates, J. E. (2017). Parental stress and child temperament. In Deater-Deckard, K. & Panneton, R. (Eds.), *Parental stress and early child development: Adaptive and maladaptive outcomes* (pp. 75–106). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-55376-4_4
- Monti, F., Agostini, F., Fagandini, P., La Sala, G. B. & Blickstein, I. (2009). Depressive symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. *Fertility and sterility*, 91(3), 851-857. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.01.021>
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavaro, M. C., Soares, I. & Almeida-Santos, T. (2016). Does infertility history affect the emotional adjustment of couples undergoing assisted reproduction? The mediating role of the importance of parenthood. *British Journal of Health Psychology*, 21(2), 302-317. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12169>
- Mughal, M. K., Giallo, R., Arnold, P., Benzies, K., Kehler, H., Bright, K. & Kingston, D. (2018). Trajectories of maternal stress and anxiety from pregnancy to three years and child development at 3 years of age: Findings from the All Our Families (AOF) pregnancy cohort. *Journal of Affective Disorders*, 234, 318-326. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.095>
- Murray, L., Halligan, S. & Cooper, P. (2010). Effects of postnatal depression on mother-infant interactions, and child development. In Bremner, J. G. & Wachs, T. D. (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Infant Development* (pp. 192-220). John Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781444327588.ch8>
- Mustafa, M., Sharifa, A. M., Hadi, J., Ilzam, E. & Aliya, S. (2019). Male and female infertility: causes, and management. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 18(9), 27-32. <http://dx.doi.org/10.9790/0853-1809132732>
- Nunes, A. P. & Phipps, M. G. (2013). Postpartum depression in adolescent and adult mothers: comparing prenatal risk factors and predictive models. *Maternal and Child Health Journal*, 17, 1071-1079. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1089-5>
- Pápay, N. (2012). *A reprodukív egészség és a termékenységi problémák pszichoszociális kontextusa*. (Doctoral dissertation). Országos Doktori Tanács. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ppk.elte.hu/file/papaynikolett_tf_magyar.pdf (2024.06.11.)
- Pearlman, C. (2013). Parenting an infant after prolonged infertility: maternal depression, anxiety, confidence, enjoyment, and bonding as well as infant sleep quality and routine, and infant crying. *Fertility and Sterility*, 100(3), S25-S26. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.07.1756>
- Ranson, K.E. & Urichuk, L.J. (2008). The effect of parent-child attachment relationships on child biopsychosocial outcomes: A review. *Early child development and care*, 178(2), 129-152. <https://doi.org/10.1080/03004430600685282>
- Schmitz, K. (2019). Vulnerable Child Syndrome. *Pediatrics in Review*, 40(6), 313-315. <https://doi.org/10.1542/pir.2017-0243>

- Shen, H., Magnusson, C., Rai, D., Lundberg, M., Le-Scherban, F., Dalman, C. & Lee, B. K. (2016). Associations of parental depression with child school performance at age 16 years in Sweden. *JAMA psychiatry*, 73(3), 239-246. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2917>
- Shorey, S., Chan, S. W. C., Chong, Y. S. & He, H. G. (2015). Predictors of maternal parental self-efficacy among primiparas in the early postnatal period. *Western Journal of Nursing Research*, 37(12), 1604-1622. <https://doi.org/10.1177/0193945914537724>
- Swanson, A. & Braverman, A. M. (2021). Psychological components of infertility. *Family Court Review*, 59(1), 67-82. <https://doi.org/10.1111/fcre.12552>
- Szigeti, F. J. & Konkoly Thege, B. (2012). A meddőség pszichés velejárói egy hazai pilot-vizsgálat tükrében= Psychological aspects of infertility: Results of a Hungarian pilot study. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(4), 713-731. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.67.2012.4.5>
- Vance, A. J. & Brandon, D. H. (2017). Delineating among parenting confidence, parenting self-efficacy and competence. *ANS. Advances in nursing science*, 40(4), 18-33. <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000179>
- Warren, B. (2023). *Healing from Reproductive Trauma: A Workbook for Survivors of Traumatic Infertility Journeys, Pregnancies, and Births*. Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781003379973>
- Webster, R. I., Majnemer, A., Platt, R. W. & Shevell, M. I. (2008). Child health and parental stress in school-age children with a preschool diagnosis of developmental delay. *Journal of child neurology*, 23(1), 32-38. <https://doi.org/10.1177/0883073807307977>
- Wittkowski, A., Garrett, C., Calam, R. & Weisberg, D. (2017). Self-Report Measures of Parental Self-Efficacy: A Systematic Review of the Current Literature. *Journal of Child and Family Studies*, 26(11), 2960-2978. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0830-5>
- World Health Organization. (2023). *1 in 6 people globally affected by infertility*. <https://www.who.int/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>



Hermanovszky, L. – Dr. Almássy, Zs.

Parenting and child development following fertility problems

This article explores the potential effects of infertility on subsequent successful childbearing, specifically parent-child relationships, parenting practices and consequently, child development. It also emphasizes the importance of understanding the challenges experienced by individuals and couples facing infertility. Knowing the relevant literature can help with defining and identifying possible prevention and intervention points can be found. Furthermore, it can also serve as an additional part of the pedagogical anamnesis.

Keywords: reproductive trauma, fertility problems, infertility, childbearing



Hermanovszky Laura: <https://orcid.org/0009-0008-4702-564X>

Dr. Almássy Zsuzsanna: <https://orcid.org/0009-0006-9358-9820>