

# Előrelépések a posztnatális depresszió prevenciójában: a Leverton kérdőív alkalmazása

Doktori értekezés

**Csatordai Sarolta**

Semmelweis Egyetem  
Patológiai Tudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Hollós Sándor tanszékvezető főiskolai tanár

Hivatalos bírálók: Dr. Vetró Ágnes egyetemi docens, Ph.D.  
Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna főiskolai docens, Ph.D.

Szigorlati bizottság elnöke: Prof. Dr. Tringer László egyetemi tanár, Ph.D.  
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Balogh Zoltán, főiskolai decens, Ph.D.  
Dr. Barabás Katalin egyetemi docens, Ph.D.

Budapest  
2009.

## TARTALOMJEGYZÉK

<b>1. RÖVIDÍTÉSEK</b> .....	<b>3</b>
<b>2. BEVEZETÉS</b> .....	<b>4</b>
<b>3. IRODALMI ÁTTEKINTÉS</b> .....	<b>7</b>
3.1. POSZTNATÁLIS DEPRESSZIÓ (PND).....	7
3.2. EPIDEMIOLOGIA.....	10
<u>3.3. ETIOLÓGIA</u> .....	<u>12</u>
3.4. PRIMER PREVENCIÓ – MEGELŐZÉS.....	16
3.5. A PND SZIMPTÓMÁI.....	18
3.6. SZŰRŐMÓDSZEREK-SZEKUNDER PREVENCIÓ .....	20
3.7. LEVERTON KÉRDŐÍV (LQ).....	21
3.8. A LEVERTON KÉRDŐÍV ALKALMAZÁSA, NEMZETKÖZI KITEKINTÉS.....	23
3.9. AZ LQ ALKALMAZÁSA MAGYARORSZÁGON.....	24
3.10. A BECK DEPRESSZIÓ KÉRDŐÍV .....	25
3.11. A KORAI SZŰRÉS JELENTŐSÉGE, A VÉDŐNŐK LEHETSÉGES SZEREPE .....	26
3.12. A PND TERÁPIÁJA .....	28
<b>4. CÉLKITŰZÉSEK</b> .....	<b>31</b>
<b>5. MÓDSZER</b> .....	<b>32</b>
5.1. A VIZSGÁLAT MENETE .....	32
5.2. A PND FELMÉRÉSE A DÉLKELET-MAGYARORSZÁGI RÉGIÓBAN 1996- BAN .....	38
5.3. PRÓBEFELMÉRÉS RANDOMIZÁLT MINTÁBAN .....	38
5.3.1. A PRÓBEFELMÉRÉS STATISZTIKÁJA .....	39
5.4. A 2006-BAN VÉGZETT LONGITUDINÁLIS VIZSGÁLATOK.....	39
5.4.1. VALIDÁLÁSI ELJÁRÁS.....	39
5.4.2. A VALIDÁLÁSI ELJÁRÁS SORÁN ALKALMAZOTT STATISZTIKAI MÓDSZEREK.....	41
5.4.3. CSOPORTFOGLALKOZÁSOK HATÁSÁNAK LEMÉRÉSE 2006-BAN.....	42

5.4.4. TERÁPIÁS CSOPORTÜLÉSEK.....	44
5.5. EPIDEMIOLÓGIAI ÖSSZEHAONLÍTÁS AZ 1996-OS ÉS A 2006-OS FELMÉRÉS EREDMÉNYEIVEL .....	47
5.5.1. AZ 1996-OS ÉS A 2006-OS KÉRDŐÍVES FELMÉRÉS ÖSSZEHAONLÍTÓ STATISZTIKÁJA.....	48
<b>6. EREDMÉNYEK .....</b>	<b>50</b>
6.1. AZ ELŐFELMÉRÉS EREDMÉNYEI .....	50
6.2. A LEVERTON KÉRDŐÍV PND SZŰRÉSÉRE IRÁNYULÓ ALKALMAZHATÓSÁGÁNAK VIZSGÁLATA: A VALIDÁLÁS EREDMÉNYE.....	53
6.3. A CSOPORTFOGLALKOZÁSOK HATÁSA A VÁRANDÓSOKRA .....	55
6.3.1. CSOPORTFOGLALKOZÁSOK HATÉKONYSÁGÁNAK ÉSZLELÉSE A LQ-TEL .....	56
6.3.2. PND KOCKÁZATI TÉNYEZŐK FELTÁRÁSA 2006-BAN.....	64
6.4. A PND DÉLKELET- MAGYARORSZÁGI GYAKORISÁGÁNAK MÉRÉSE ..	68
6.4.1. A SZOCIODEMOGRÁFIAI ÉS PSZICHOSZOCIÁLIS JELLEMZŐK 1996- BAN (N = 2229) ÉS 2006-BAN (N = 1613).....	69
<b>7. MEGBESZÉLÉS.....</b>	<b>74</b>
<b>8. KÖVETKEZTETÉSEK (ÚJ MEGÁLLAPÍTÁSOK, JAVASLATOK).....</b>	<b>94</b>
<b>9. ÖSSZEFOGLALÁS.....</b>	<b>99</b>
<b>10. IRODALOMJEGYZÉK .....</b>	<b>102</b>
<b>11. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE.....</b>	<b>112</b>
11.1. TÉZISSEL KAPCSOLATOS KÖZLEMÉNYEK .....	112
11.2. TÉZISHEZ NEM KAPCSOLÓDÓ KÖZLEMÉNYEK.....	114
<b>12. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS .....</b>	<b>115</b>
<b>MELLÉKLETEK</b>	

## 1. Rövidítések

---

AND: antenatális depresszió

AOR: adjusztált oddsz ráta (kockázati esélyhányados)

AUC: Area under curve (ROC-görbe által lefedett terület a specificitás-szenzitivitás koordináta rendszerben)

BDI: Beck Depression Inventory (Beck Depresszió Kérdőív)

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders IV. (a depresszió diagnózisához sorolt tünetek az Amerikai Pszichiátriai Társaság hivatalos diagnosztikai kézikönyve alapján )

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

KI: konfidencia intervallum (megbízhatósági intervallum)

LQ: Leverton questionnaire (Leverton Kérdőív)

NSZ: statisztikailag nem szignifikáns

OR: oddsz ráta (esélyhányados)

PND: posztnatális depresszió

PPÉ: pozitív preditív érték

ROC görbe: Receiver operating characteristic görbe

SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV (Strukturális Klinikai Diagnosztikus Interjú)

## 2. BEVEZETÉS

---

A vizsgálat tárgyköréül választott téma fontossága ma már alig megkérdőjelezhető, mivel a pszichiátriai megbetegedések világviszonylatban tapasztalható igen gyakori előfordulása kiemelkedő népegészségügyi probléma.

A WHO előrejelzése szerint a 2000 utáni évtizedben az egészségügy legsúlyosabb gondja között a mentális zavarok szerepelnek, ezen belül is a sort a depresszió és következményei vezetik. A hangulatzavarok kockázati tényezőként jelentkeznek más, nagy népegészségügyi jelentőségű megbetegedések szempontjából is (pl.: szív-érrendszeri, daganatos megbetegedések, diabetes mellitus, evészavarok). Részben közvetlen élettani hatásuk következtében, részben mert, önkárosító magatartásformákkal társulhatnak (pl.: dohányzás, alkoholfogyasztás, stressztáplálkozás) (1).

A depresszió jelensége feltehetően az emberi civilizáció megjelenésével egyidős. A korábban, Hipokratész által melankóliának elnevezett lelki állapotot az orvostudomány 19. századi fellendülése óta kezelik betegségként. A 19. század második felében a pszichiátriai klinikák fejlődése elősegítette a különböző lelki eredetű betegségek tanulmányozását, és mindez termékeny talajként szolgált a depresszió tünettanának leírása szempontjából.

A nők 21, 3%-a szenved élete során a major depresszió tüneteitől, melynek tekintetében a gyermekvállalás időszakát gondolták a legsérülékenyebb (vulnerábilisabb) periódusnak. A terhesség és a puerperium időszaka jelentős testi és hormonális változásokkal jár, mely maga után vonja a pszichés státusz megváltozását. Szülést követően az ösztadiol, a progeszteron, a  $\beta$ -hCG, a  $\beta$ -endorfin, a prolaktin és a kortizol hirtelen szérumszint csökkenése kedvezőtlenül befolyásolja a szerotonin-anyagcserét a központi idegrendszerben, mely a hangulatzavarok tüneteikért felelős (1, 2, 3).

Egyes újabb tanulmányok azt mutatják, hogy az antenatális illetve posztnatális depresszió gyakorisága mégsem nagyobb a nők más életszakaszaihoz képest, azaz nem igazolt a terhességnek, mint sérülékeny fázisnak a jelentősége a depresszióra nézve (4, 5).

Az élet első hat hete a humán imprinting (humán bevéődés) és a

személyiségfejlődés szempontjából igen érzékeny periódus, melyet a korai anya-gyermek kapcsolat minősége nagymértékben befolyásol. A PND-nek jelentős káros és hosszú távú hatása van az anya-gyermek kapcsolatára és zavarhatja a gyermek későbbi szocializációját is (6). A gyermek számára ugyanis a korai életperiódusban az anya vagy az elsődleges gondozó jelenti a környezetet, melynek megtapasztalása egy mentális modell kialakítását teszi lehetővé, amely később a világ- és személypercepciót egyértelműen módosítani fogja. Amennyiben az anya-gyermek kapcsolat elégtelen, bizonytalan kötődési stílus alakul ki, és ez a bizonytalan kötődési stílus, a legújabb kutatások tükrében, többek között a felnőttkori személyesztelés torzulásában is megmutatkozik.

Ez a jelenség analógnak tűnik Beck kognitív teóriájával a depresszió kóroktanát illetően. Beck úgy véli, a depressziós egyén saját magáról, a világról és a jövőjéről alkotott képe meglehetősen negatív, melynek hátterét a torz sémákon alapuló kategorizáció, élményértékelés és hibás információ feldolgozás jelenti. A sémák a gyermek korai élményei alapján szerveződnek, tulajdonképpen kognitív mintázatok, melyek viszonylagos stabilitást mutatnak (7).

Feltehetően a depresszió alapját képező torzult sémák, a gyermekkor korai szakaszának negatív élményeiből – elsősorban az anya-gyermek kapcsolat elégtelenségéből – származnak.

A szülés utáni depresszió (PND), az anya mindennapi tevékenységének ellátásában kelt zavart, illetve az életminőség rosszabbodásával a gyermek fejlődését is veszélyezteti. A gyermekvárás alatt és a születés utáni időszakban az anya sérülékeny, könnyebben lesz depressziós (1,2), ráadásul a PND előfordulása a nyugati társadalmakban növekvő tendenciát mutatott az elmúlt évek során.

Annak ellenére, hogy Magyarországon a terhesgondozói centrumokban dolgozó egészségügyi személyzet, illetve a körzetekben dolgozó védőnők a szülés utáni periódusban lévő asszonyok csaknem 100%-ával találkoznak, a posztnatális hangulatzavarok mintegy 50%-a nincs diagnosztizálva és ezért értelemszerűen kezelve sincs (8). Feltételezésünk szerint ez az eredmény annak köszönhető, hogy a PND-t az egészségügyi ellátás szakemberei nem minden esetben ismerik fel. Jóllehet számos skála adott, de ezeket Magyarországon validálni kell, és azt követően lehet bevezetni a

szakmai gyakorlatba szűrésre.

Hazai adatok csak korlátozottan állnak rendelkezésre, mivel nálunk a szüléshez társuló hangulatzavarok előfordulását mérő vizsgálatokra eddig alig került sor, kevés figyelmet szentelve e témakörnek. A csekély számú, ám magas prevalenciát és incidenciát mutató itthoni felmérések arra hívják fel a figyelmet, hogy a szülés körüli depresszió kérdésével Magyarországon is foglalkozni kell (1). Az egyén, a pár, a család egészséges fejlődése akkor biztosítható, ha a depresszió tüneteit korán felismerjük. A körülmények egyéni és családi anamnézis felvétele, a kockázati tényezők pontos felismerése jelentős mértékben segíthet a depresszió komolyabb formáinak megelőzésében.

A probléma súlyának nem megfelelően kezelt, nem annyira előtérbe helyezett, mint ahogyan az a megbetegedési gyakoriságból és annak lehetséges szövődményeiből következne (9).

Mindezek alátámasztják jelen kutatás időszerűségét. Úgy gondoltuk, hogy a hazánkban validált kérdőív segítségével a PND szűrése megoldható, majd a kiszűrt terhesek tovább küldhetők megfelelő pszichiátriai kezelésre. A társszakmákkal történő szorosabb együttműködés előmozdíthatja a kórkép eredményes kezelését, lényegesen javítva ezzel mind a beteg, mind közvetlen hozzátartozói (végső soron a társadalom) életminőségét is.

A dolgozat első része a vizsgálat szükségességét indokolja: felsorolja azokat az okokat, amelyek a kérdés feltevéséhez elvezettek. Annak ellenére, hogy a munka főként a szűrés (szekunder prevenció) körül megfogalmazódó felvetéseket taglalja, és egy szűrőmódszert mutat be, fontosnak tartottuk a PND-kutatás egyéb részterületeinek rövid ismertetését is. Ezáltal nagyobb rálátás biztosítható a problémára és jobban érzékelhető annak valóságos mélysége. Ennek megfelelően, a teljesség igénye nélkül szólunk a PND epidemiológiájáról, tárgyaljuk az etiológiai és tünettani szempontokat, majd néhány diagnosztikus eljárást, említést teszünk a lehetséges terápiákról és a prevencióról is. Bemutatjuk a Leverton-kérdőívet (LQ), annak használatát és részletezzük a kérdőív segítségével 2001-2003-ban lefolytatott próbafelmérést, illetve az 1996-ban és 2006-ban végzett vizsgálatok eredményeit. Mindezek ismeretében levonjuk a következtetéseket, és ennek eredményeképp javaslatot teszünk a prevencióra.

### 3. IRODALMI ÁTTEKINTÉS

---

#### 3.1. Posztnatális depresszió (PND)

A hangulatzavarok - tágabb értelemben – magukban foglalják a környezeti ingerek okozta „normális reakciótól” a biológiai tényezőkhöz kapcsolódó „betegségig” terjedő, meglehetősen széles skálát.

Ezen ingerek felosztását tekintve az irodalom széles körben használja a Brown által bevezetett, általánosan elfogadott hármas osztályozást (10, 11, 12).

Ennek megfelelően a szülést követő időszak pszichiátriai problémái az alábbi fő kategóriákba sorolhatók:

- a posztpartum blues (enyhe lehangoltság) (50-85%), a szülést követő néhány napban jelentkező lehangoltságérzés, rosszkedv, ingerlékenység, mely sírással, szorongással jár. Átmeneti állapot, mely az esetek döntő többségében 2 héten belül megszűnik. Nincs befolyással az újszülött ellátására. Kezelést nem, de a környezet fokozott odafigyelését igényli. A jelenség kialakulásában a gyermek születésével járó fizikai és lelki megterhelés, valamint a nemi hormonok szintjében hirtelen bekövetkező változás látszik a legkézenfekvőbbnek;
- a posztnatális depresszió (PND) (10-25%), a szülés utáni időszak első évében fellépő, az unipoláris (csak depressziós és egészséges időszakok váltakozása) depresszió kritériumait kimerítő, két hétnél tovább tartó állapotot nevezzük PND-nek (13). Kendell és munkatársai szerint azok a nők sorolhatók a PND-sek csoportjába, akik megfelelnek a major (kilenc lehetséges főtünet közül legalább öt hosszabb ideig fennáll, úgymint szomorú hangulat, örömezt hiánya, jelentős testsúlycsökkenés/növekedés, inszomnia/hyperszomnia, nyugtalanság/gátoltság, fáradtság, erőtlenség, értéktelenség érzése, büntudat) vagy minor ( a major tüneteknél felsoroltak közül három vagy négy tünet megléte) unipoláris depresszió diagnosztikus kritériumainak (DSM-IV;) (14) és panaszai a szülést követő egy éven belül lépnek fel (1,2,3,15). A PND a szülést követő második héttől akár egy évig is eltarthat. A beteg által megélt tünetek szinte naponta jelentkeznek és a



hosszú időtartam miatt káros hatást gyakorolnak az egészségre. A PND az anya mindennapi tevékenységének ellátásában kelt zavart, illetve az életminőség rosszabbodásával a gyermek fejlődését is veszélyezteti. Igen nagy a valószínűsége a további szüléseknél való kiújulásának. (13, 14, 16). Kezelés nélkül súlyos szövődményei is lehetnek;

- posztpartum pszichózis (0,1-0,2%), a legsúlyosabb, ugyanakkor a legritkább esetben előforduló forma. Kutatási adatok szerint, a posztpartum pszichózisok egy része bipoláris zavar, másik fele viszont a szkizofreniform kórképekkel áll összefüggésben. Többnyire már korábban jelentkező pszichiátriai betegség fellángolása, melyet a hormonális változások provokálnak. Leggyakrabban a szülést követő 2-4 héten belül lép fel, a tünetek viszonylag gyorsan kifejlődnek. Az előző két pszichés betegséggel szemben a gyermekágyi pszichózis szigorú felügyeletet, szakorvosi kezelést igényel. Kezeletlen esetekben nagy az öngyilkosság, illetve az újszülött elpusztítására irányuló késztetések veszélye (1, 3).

A puerperiumban előforduló specifikus pszichiátriai betegségek létezésének felvetése 1845-ig nyúlik vissza, de csak az 1960-as években kapott nagyobb figyelmet. A gyermekágy idején jelentkező pszichés krízishelyzetek társadalmi jelentősége abban áll, hogy az ekkor jelentkező pszichiátriai megbetegedések legalább két életsorsot érintenek: az anyáét és gyermekét. Közvetve a már kialakult vagy a születő családot veszélyeztetik, így a következő generációra is kihatnak.

Az eddigi kutatások eredményei azt mutatják, hogy a depressziós szülők gyermekei fokozott kockázatnak vannak kitéve az abnormális személyiségfejlődést illetően, ezen belül nagyobb a depresszióval kapcsolatos veszélyeztetettségük.

Hammen és munkatársai depressziós szülők gyermekeit vizsgálva a gyermekek 50%-nál találtak major depressziót húszéves kor alatt, míg a nem depressziós szülők gyermekeinél ez az arány csak a 12%-ot érte el (17).

A depresszióra való fokozott kockázat a depressziós szülők gyermekeinél – a genetikai érintettségen túlmenően – a szülőkkel, elsősorban az anyával való együttélésben gyökerezhet, ugyanis az anyai depresszió beszűkíti a szülői funkciókat az anya rossz hangulata, csökkent energiája, pesszimizmusa, figyelmetlensége,

ingerlékenysége miatt.

Cohn és munkatársai felméréseik során azt találták, hogy a depressziós anyák gyermekei különböztek a negatív érzelmek és a viselkedés tekintetében is a nem depressziós anyák gyermekeitől. Így pl: sokkal nyugösebbek voltak és alacsonyabb pontszámot értek el a mentális és motoros fejlődés területén. Kisgyermek korban (1-3 év) negatívan reagáltak a stresszre, és késve alakultak ki a hatékony én-szabályozó stratégiák, továbbá kevésbé bizonyultak aktívnak és elégedettnek. Iskoláskorú és serdülő gyermekeknél szegényesebb kortárs kapcsolatokat találtak, több iskolai problémákkal küszködtek, kevésbé voltak szociálisan kompetensek, alacsonyabbnak tűnt az önbecsülésük (18).

Teti és munkatársai a depressziós anyák kisgyermekének kötődését és annak stílusát vizsgálva kimutatták, hogy ezek a gyermekek a bizonytalan kötődéssel jellemezhetőek. Iskolás korban szorongásos-depressziós kötődési stílust találtak, amely magában foglalta a szomorúság érzését, valamint a szeparációtól való félelmet (19).

Azok a személyek, akiknél a korai kötődés az anyai válasz miatt zavart szenvedett, személyiségfejlődésük későbbi szakaszában fogékonyak lehetnek a depressziós tünetek megjelenésére (19).

Az eddigi kutatások tehát megerősítették azt a tényt, hogy a depressziós anyák gyermekei fokozott kockázatnak vannak kitéve az abnormális személyiségfejlődést illetően, ezen belül fokozott mértékben a depresszív veszélyeztetésnek (17, 18, 19).

Ma már társadalmi szintű felismerés, hogy a méhen belüli fejlődés, a megszületés körülményei, a korai életszakasz történései alapvetően meghatározzák az egyén további életkilátásait, sorsának alakulását. Bepótolhatatlan veszteség, ha az anya és újszülöttje számára e kritikus periódusban hiányosságok (érzelmi, pszichés, materiális, stb.) lépnek fel. Napjaink várandós és szülőnő társadalmára pedig igen sok súlyos teher nehezedik. A feszült, bizonytalan környezet, olykor egzisztenciális lét fenyegetettsége nem marad következmények nélkül. Különösen befolyásolja a fiatal szülők családdá alakulásának háborítatlanságát és harmónia teremtő képességének eredményességét. Mint több évtizede hivatását gyakorló védőnő, naponta tapasztalom meg a fiatal édesanyák gyermeknevelésben jelentkező tanácsalanságát, indokolt vagy indokolatlan szorongását, félelmét. A többgenerációs együttélés megszűntével a szülői

szerepek elsajátításának gyakorlata is hiányos maradt. A szülés után jelentkező egyre gyakoribb deprimált alaphangulat előfordulása bizonyítja és hűen visszatükrözi a fiatal gyermekágyas anyák támogatás, törődés iránti fokozott igényét. Erre a feladatra szerveződött többek között a védőnői szolgálat, melynek tagjai szeretnék családpedagógiai tapasztalatukat a várandós és kisgyermekes szülőkkel megosztani, szakértelmüket a korai szocializáció és személyiség formálódásának segítése érdekében állítani.

### **3.2. Epidemiológia**

Epidemiológiai tanulmányok rámutattak arra, hogy a szülést követő első három hónapban gyakoribb a pszichiátriai kezelések aránya, mint később (14, 16, 20). Pitt és munkatársai végezték az első prospektív vizsgálatot, közel 11%-os neurotikus depresszió-arányról beszámolva a szülést követő hat hónapban (13).

Prospektív vizsgálatok feltárták, hogy a depresszió gyakorisága hasonló a terhesség alatt és a posztpartum periódusban, illetve a szorongás vagy depresszió jelenléte a terhesség alatt valószínűsíti a depresszív epizódok előfordulását a puerperiumban (21).

Terhesség alatt az esetek 25%-ában lépnek fel depressziós tünetek, amelyek a serdülők és rossz szociális körben élők között gyakoribbak (22, 23). A tinédzserek terhességét 26%-ban kíséri PND (19). A várandósság alatt legalább olyan magas a depresszió aránya, mint a szoptatás időszakában, vagy akár a nem terhes nők körében (21, 22, 23).

O'Hara és munkatársai szerint a szülést követő 6 hónapban kialakuló depressziós epizódok aránya 10-20%-ra tehető (21). Whiffen adatai alapján a multiparáknál 12-15%-kal nagyobb ez az érték, mint a nem szült nőknél (24). Az egyetlen magas esetszámú kelet-európai felmérés Lengyelországban 31%-os posztpartum blues, illetve 17-20%-os major depresszív epizód gyakoriságot igazolt (25).

Angliában 1991 és 1992 között EPDS skálával (Edinburgh Postnatal Depression Scale) 14541 várandóst, terhességük 18, 32. hetében, továbbá a szülést követően 8 héttel majd 8 hónappal szűrtek azzal a céllal, hogy lelki állapotuk változását kövessék és tüneteiket összehasonlítsák az egyes fázisokban. Eredményeik alapján a terhesség 32.

hetében a terhes asszonyok 13,5%-nál lépte át depresszió pontszámuk a depressziógyanus küszöbértéket, míg 9,1% -nál a szülés utáni 8. héten. A kutatást végzők összegző megállapítása, miszerint inkább a terhesség alatti depresszió felismerésére és kezelésére kell a figyelmet fordítani a náluk kevésbé gyakori és súlyos post partum előfordulás helyett (26).

Magyarországon 2009-ben közölték azt a Debrecen és vonzáskörzetében végzett, közel 900 fő gyermekágyasra kiterjedő, EPDS teszt alkalmazásával nyert vizsgálati eredményt, miszerint a gyermekágyi depresszió előfordulása kétszerese az irodalomban talált gyakoriságnak (29,8%). Ezen mutatón belül is meglehetősen nagy szórással érvényesül a rizikó csoportok magas EPDS értéket képviselő tendenciája (35 év feletti anyáknál 37%, egyedülálló gyermekágyasnál 51,9%, munkanélkülieknél (38,9%) (27).

Az Egyesült Államok egészségügyi kutatási és minőségbiztosítási hivatala adatai szerint a terhes nők 14-23%-a depressziós, és a szülést követő három hónapban az anyák 11-32%-a szenved szülés utáni depresszióban. Hangsúlyozzák, hogy a szülés utáni depresszió eseteinek jelentős része a terhesség idején kezdődik. Nagyon nagy a terhesség alatti kiújulás veszélye olyan nőknél, akiknek kórtörténetében súlyos depresszió szerepel, különösen akkor, ha abbahagyják a gyógyszeres kezelést. Egy vizsgálatukban 201 olyan nő vett részt, akik a fogamzás idején nem voltak depressziósak (de korábban igen). A gyógyszeres kezelést megszakítók körében 68% volt a visszaesés gyakorisága a terhesség alatt, míg a gyógyszert tovább szedőknél csupán 26%. Mivel még a gyógyszeres kezelés folytatása sem nyújt teljes védelmet a kiújulás ellen, az ilyen nők szoros megfigyelést igényelnek (28).

Antoinette M. Lee a hongkongi egyetem munkacsoportjának vezetője által irányított kutatás során vizsgált 357 várandós nő 37%-nál jelentkeztek a depresszió tünetei a terhesség valamely szakaszában. Tanulmányukból kiderül, hogy a depressziót a várandós időszak alatt sem szabad lebecsülni, mivel ezek szoros összefüggésbe hozhatók a szülés utáni depresszió kialakulásával (bebizonyosodott, hogy a terhesség alatt depressziós asszonyoknál jelentősen megnőtt a gyermekágyi depresszióra való hajlam) (29).

Az első és a harmadik trimeszterben erőteljesebben és súlyosabb formában

észlelték a depressziót a megfigyelt anyáknál. Közleményük szerint, a nagyon fiatalon teherbe esett nőknél, illetve a korábban alkohol problémákkal küzdőknél nagyobb volt a veszélye a depressziós állapot kialakulásának. Következtetésükben arra a megállapításra jutottak, hogy az anyák depressziója komolyan veendő és kezelést igényel, mert ez káros hatással van a későbbiekben az anyára és gyermekére (29).

A posztpartum egy éves időtartam alatt a longitudinális és az epidemiológiai vizsgálatok eltérő eredményeket mutattak a PND gyakoriságára nézve a 3%-tól egészen a 25%-ig, újabb szülés esetén legalább 10-35%-os visszaesési aránnyal (10, 11).

A PND megállapított gyakorisága függött a kutatás során felmért személyek számától, a felmérés időpontjától, a depresszió diagnosztizálásához alkalmazott módszerektől, a diagnosztikus kritériumoktól (minor vagy major depresszió) és a tanulmány retrospektív (alacsonyabb prevalencia) vagy prospektív (6-10-szeres gyakoriságbeli eltérés) jellegétől (30).

Az epidemiológiai elemzések meta-analízise nagy különbséget jelzett a PND gyakoriságát tekintve a szerint is, hogy a posztnatális időszakban lévő anyák csoportjában a PND előfordulást önkitöltős kérdőívvel, vagy diagnosztikus interjúval vizsgálták. Az önbevalláson alapuló kórismézés során a PND számottevően gyakoribb volt a szakmai interjú nyugvó meghatározásnál. Így, a különböző tanulmányok eredményeit meglehetősen nehéz összehasonlítani (31, 32). Löwe szerint az önkitöltéses skálák sohasem helyettesíthetik a klinikai diagnosztikus interjúkat, azonban a BDI a PND-t mégis megfelelően méri (33).

Kifejezett nehézség, hogy az epidemiológiai vizsgálatok gyakran nem egyöntetű diagnosztikai szempontokon alapulnak, akadályozva ezzel a pontos értékelést. A posztpartum időszakra kifejlesztett, egységes skálák segítségével a jövőben hitelesebb adatok nyerhetők (34).

### **3.3. Etiológia**

A posztpartum betegségek lehetséges oki tényezőkkel kapcsolatos szakirodalma igen gazdag. Egyaránt fellelhetők biológiai, lelki és társadalmi eredetű magyarázatok, melyek nem zárják ki egymást, inkább összekapcsolódva adják a kórkép multifaktoriális jellegét.

### **Biológiai elméletek:**

Az 1950-es évek pszichofarmakológiai kutatásai hívták fel a figyelmet a PND és a hormonális változások közötti összefüggésre, miszerint a szülés utáni hirtelen ösztrogén és progeszteronszint csökkenés hangulati zavarokat okoz. A terhesség alatt a hormonok szintje jelentősen megnövekedett, a méhlepény leválása és távozása után azonban visszaesik az eredeti szintre. Ez a hirtelen csökkenés eredményezhet biokémiai egyensúlyzavart az agyban, amely a depresszióhoz köthető (13).

Hasonló volt Dalton elképzelése, melynek alapján az 1970-es években elkezdték a progeszteron terápia alkalmazását (35).

Nappi és munkatársai 40 személynél a betegség tünetek jelentkezésekor (45%) a progeszteronszinteket lényegesen alacsonyabbnak találták, mint az egészséges kontrollszemélyeknél (36).

Ahokas olyan esetekről számolt be, ahol az ösztrogénszint gyors csökkenése együtt járt a depressziós tünetek kialakulásával, és ennek rendezése gyógyulást eredményezett (37).

A prolaktinaktivitás a puerperium alatt igen fontosnak tartott jelenség. Szülés után ugyanis azonnal alacsonyabb értékek a jellemzőek, majd az első hét végére magas szint alakul ki (38).

Más kutatók éppen ellentétes álláspontot képviselnek, megkérdőjelezve ezeket a feltevéseket. Harris szerint nincs közvetlen összefüggés a posztpartum depresszió és a progeszteronszint csökkenése között (39). Granger szintén ugyanerre a következtetésre jutott (40).

Napjainkban a kérdés még nem tisztázott, további kutatások eredményei igazolhatják majd a kórkép hormonális eredetét.

### **Lehetséges pszichológiai és társadalmi okok:**

A terhesség és a szülés megváltozott élethelyzetet jelent az anya számára, mely jelentős pszichés stresszel jár együtt. A stresszel való megküzdés képessége, illetve képtelensége viszont már egyéni hajlam kérdése. Az anya sérülékenysége, a megküzdési stratégiáinak kialakítása örökletes tényezők és a korai gyermekévek tapasztalataiból tevődnek össze.

A kezdő anyák új szerepekben találják magukat, melyek gyakran nincsenek

pontosan körülírva. Szerepkonfliktusuk (egyszerre próbál megküzdeni mind az anya-, mind a feleség, mind a barát- szereppel) pedig stresszel jár, amely befolyással lehet a hangulati zavarok kialakulásában (41).

Walker a súlyfelesleggel rendelkező nőknél gyakrabban mutatott ki depressziós tüneteket, különösen ha az alacsony önértékeléssel társult. Úgy tűnik erős a kapcsolat a depresszió és az önértékelés között (42).

A várandósággal, illetve a későbbiekben a megszületendő gyermek ellátásával kapcsolatos teendők fáradékonyabbá, kimerültebbé teszik az anyát. Emellett gyakori az anyaszerep iránti elvárások túlzott megfelelési igényéből származó félelem. Ez a két tényező nagyban hozzájárul az anya sérülékenységéhez, depresszióra való fokozott hajlamához (43). A stressz kiemelten fontos rizikófaktor a kórkép kialakulásában (44).

A PND legfontosabb rizikótényezőit Robertson és munkatársai határozták meg (45):

- antenatálisan jelentkező depresszió (AND) (46, 45,) vagy
- szorongás,
- terhességet megelőző korábbi depresszió,
- a megelőző egy évben tapasztalt súlyos stresszt kiváltó két vagy több életesemény,
- a szociális támogatás hiánya a családi környezetből.

Egyéb rizikótényezők:

- a családban előzetesen vagy jelenleg előforduló depresszió, illetve korábbi depresszív epizód megléte (23),
- korábbi terhességhez és a posztnatális periódus egy évéhez nem köthető korábbi depresszió szintén elősegíti a PND kifejlődését (46, 47),
- Brown és Harris megállapították, hogy a megszületett gyermek súlyos egészségügyi rendellenessége kiemelt jelentőségű a PND kialakulása szempontjából (46),

- a megelőző szülést követő major vagy minor depresszió (10, 11, 45),
- a partnerkapcsolat gyengülése (13, 48, 49,50,51,52, 53, 54, 55),
- a rossz szociális körülmény (56, 57),
- a kilátástalan élethelyzet (23, 25,57, 58, 59),
- a nem tervezett terhesség és a gyermekvállalás bizonytalansága (46, 69),
- kedvezőtlen anyagi háttér (60, 61),
- a szülészeti kockázati tényezők (pl. veszélyeztetett terhesség) (27),
- Az anya fiatal életkora (19, 21, 22, 23, 29, 62, 24, 63, 64).

A PND gyakorisága emelkedő tendenciát mutatott az elmúlt évszázadban. A depressziós anyák számának növekedésében a felgyorsult életritmus, a kedvezőtlenül megváltozott munkahelyi, szociális és kulturális környezet vélhetően alapvető szerepet játszott (65).

A szerényebb anyagi körülmények között élő nagyvárosi nőket kétszer akkora valószínűséggel érinti a depresszió problémája, mint a kedvezőbb társadalmi-gazdasági háttérrel rendelkezőket (4, 23, 62, 49, 54, 58, 66). A tartós anyagi gondok mellett a munkahelyi problémák szintén előmozdítják a PND kialakulását (67, 68).

A nem tervezett, vagy nem kívánt terhesség, terhességet megelőző infertilitás, nulliparitás is rizikótényező a PND-re nézve (46, 69, 70).

A személyiséggel összefüggő egyéb kockázatok szintén szerepet játszhatnak PND kialakulásában, pl: a perfekcionizmus és az abból adódó túlzott aggodalmaskodás, mint domináló személyiségjegyek.

Művi vetélés esetén a terhesség nem kívánt volta is előidézhethet depressziót, még mielőtt a terhességmegszakítást végrehajtották volna (43). Ezt posztnatális depresszióra szóló kérdőívvel nem vizsgálták eddig, bár lehetséges, hogy bizonyos PND-t mérő kérdőívek alkalmasak a terhességmegszakítást megelőző vagy kísérő depresszió



mérésére is.

A posztpartum depresszió kockázati tényezőinek nehéz a hiteles azonosítása, kutatása, értékelése. Előfordul, hogy ellentmondásokat találunk (34). A személyiségi és a szociális faktorok inkább meghatározóbbak, míg a biológiai tényezők talán kevésbé fontosak (71).

Éppen ezért értékelődik fel a tárgykör kutatásával foglalkozók szerepe, hiszen az egyén fejlődését befolyásoló (segítő vagy nehezítő) hatások a szülés körüli életszakaszban kiemelt jelentőséget hordoznak. A kora gyermekkori periódus zavartalansága alapozhatja meg ugyanis a későbbi életkori szakaszok épülésének minőségét. Az első életévekben szerzett „bevésődések” és élmények élethosszig tartanak – a személyiség kibontakozását gazdagítva avagy korlátozva azt. Az egészséges, teherbíró, az élet kihívásaival megküzdni tudó személyiség fejlődésének alapja, a belső erőire támaszkodni képes, ép önértékeléssel és önszabályozással rendelkező szülő generáció mintát adó funkciójában rejlik. E folyamat segítésére hivatásszerűen felkészült szakemberek felelőssége nagy, munkájuk eredménye emberöltőkön át mérhető egy társadalom tehetségén, problémamegoldó képességén keresztül.

### **3.4. Primer prevenció – megelőzés**

Walther szerint a terápia kulcsa a megelőzésben rejlik. Az út a rizikófaktorok felderítése mentén vezet. A gyermekágyasokat otthonukban is követni kell, mert a szülészeti megfigyelés során gyakran nem derül fény a betegség tüneteire. Azokat alul- és földre diagnosztizálják, - gyakran az alapellátás szakemberei és a szülészek is szem elől tévesztik őket (73).

Szintén Walther megállapítása, miszerint a megkérdezett posztpartum depressziós nők 90%-a belátta, hogy valamilyen pszichés problémája van, de csak 20%-uk kért szakszerű segítséget, csupán egyharmaduk hitte el, hogy beteg (73).

A vizsgálatok adatai arra utalnak, hogy a szülés előtti pszichoszociális beavatkozások hozzájárulnak azokhoz a változásokhoz, amelyek a szülővé válást elősegítik és elhárítják a posztpartum depressziót. A pszichoedukációt önmagában is hatékonynak találták az anyák. Több országban önsegítő csoportok szerveződtek, a szülés előtti és utáni időszakra egyaránt – esetenként terapeuták is bekapcsolódtak a

munkába (74).

Bizonyos, hogy egyes, a terhességre vonatkozó attitűdbeli faktorok kedvezően befolyásolják a PND előfordulását. Tervezett, örömmel viselt terhesség csökkenti a PND megjelenését. A stabil párkapcsolat, illetve a partner és a család támogatása is redukálja a PND előfordulásának esélyét. „Védettséget élveznek” a PND-vel szemben mindazon nők, akik elégedettek a családi életükkel (69, 70, 74, 75, 76, 77). Kiemelik a bizakodás, remény, pozitív beállítódás mint betegségmegelőző tényezők szerepét (56).

Magyarországon a szakmai támogatás szervezetében a fő szerepet az egészségügy intézmény és szolgáltató rendszere tölti be. Ismeretes, hogy a gyermeket váró családokra a legnagyobb hatást az egészségügyben dolgozó szakemberek gyakorolják. Az egészségügyi ellátó rendszeren belül hazánkban a várandósokkal és a gyermeket nevelő családokkal erre a feladatra speciálisan kiképzett, egészségügyi főiskolát végzett szakember gárda, a védőnők foglalkoznak. Elsősorban primer prevenció tevékenységet folytatnak, munkájuk nagy része nem a beteg, hanem az egészséges emberekre irányul. Koordinatív minőségük során egyedülálló funkciót töltenek be a várandósok gondozásában és a szülő szerepre történő felkészítésben.

Településeinken az alapellátás szolgáltatásait minden önkormányzatnak biztosítani kell, melynek keretében a védőnői szolgálat, a családorvos, illetve a gyermek megszületése után a gyermekorvos valamennyi gyermeket váró és nevelő család számára gondozást nyújt. Szükség esetén a gondozottakat az alapellátásból a szakellátáshoz tartozó járóbeteg szakellátás (szakrendelő), esetleg fekvőbeteg - szakellátás (kórházak, klinikák, egészségügyi intézetek) intézményeibe irányítják.

A várandós szakgondozás és felkészítés leggyakoribb szinterei: a városi közigazgatási egységek egészségügyi intézményeinek terhes tanácsadói, a kórházak terhes tanácsadója, illetve szülészeti-nőgyógyászati osztálya, falusi települések Mozgó Szakorvosi Szolgálat. Szakorvosi vizsgálatok a szakintézményekben -szakorvosi rendelők, kórházak, klinikák - ambulánsan történnek. A terhes gondozás kiemelten fontos helyszíne a gyermeket váró család otthona, amikor a védőnő a család felkeresésével mintegy „házhoz szállítja” preventív szemléletű egészségügyi tanácsait, szakismereteit.

A terhes tanácsadáson való részvétel, valamint a családlátogatások alkalmával

történő védőnői konzultáció a kötelező terhesgondozás része. Célja a várandósság figyelemmel kísérése, a veszélyeztető tényezők kiszűrése, a szükséges gyógykezelések megszervezése, életviteli javaslatok adása. Panaszmentes esetben az egyéni gondozáson való megjelenés a 24. hétig havonként, a 25-36. hétig kéthetente, a 37. héttől hetente ajánlott. A védőnői családlátogatás havonkénti, illetve szükség szerinti gyakoriságú.

Az egészen sajátos, nemzetközi gyakorlatban is egyedülálló, hungarikumnak nevezett, a hazai lakosságra nézve teljes lefedettséggel működő védőnői szolgálat számos előnye mellett nagy jelentőségű, hogy a szülészeti intézményből hazatért gyermekágyas nőt és újszülöttjét ugyanaz a védőnő látogatja otthonában, mint aki a szülést megelőzően is az egyénre szabott, individuális gondozás teendőit ellátta.

Az egészségügyben dolgozó szakemberek elsősorban a szociális szféra munkatársaival dolgoznak együtt. Családi problémák, szociális segítség szükségessége esetén a családsegítő központok szociális munkásainak, családgondozóinak és egyéb segítő szakembereinek (jogász, pszichológus) munkáját vehetik igénybe. Krízishelyzetekben a gyermekjóléti szolgálat humánsegítőihez fordulhatnak. Súlyosabb veszélyeztetettség észlelésekor jelzéssel kötelesek élni, hatósági eljárást kezdeményezni a Jegyzői Gyámhivatalnál, bizonyos esetekben a rendőrség felé is értesítéssel lenni (78).

### **3.5. A PND szimptomái**

A PND alapvető tünetei azonosak a neurotikus depresszióéval: álmatlanság, étvágyzavar, fáradtság, csökkent libidó, szociális izoláció, hangulati labilitás, nyugtalanság, gyermekhez való viszonyulás megváltozása, memória- és koncentrációs problémák, szétszórtság, aggodalmaskodás, illetve a tehetetlenség és az anyai teendők ellátására vonatkozó elégtelenség érzése (1. sz. táblázat), (13, 16, 20, 35).

<b>1. táblázat. A posztnatális depresszió tünetei (3)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deprimált, nyomott, szomorú hangulat a nap nagy részében, majdnem mindennap.</li> <li>▪ A kedvelt tevékenységek iránti érdeklődés csaknem teljes elvesztése.</li> <li>▪ Az étvágy csökkenése vagy fokozódása csaknem mindennap.</li> <li>▪ Álmatlanság vagy aluszékonyság, korai ébredés csaknem mindennap.</li> <li>▪ Pszichomotoros nyugtalanság csaknem mindennap.</li> <li>▪ Fáradtság vagy enerváltság csaknem mindennap.</li> <li>▪ A gondolkodás és emlékezet csökkenése, vagy a döntéshozási képesség károsodása csaknem mindennap.</li> <li>▪ Az értéktelenség érzése, túlzott vagy indokolatlan büntudat, reményvesztettség csaknem mindennap.</li> <li>▪ A problémákkal való megküzdés sikertelenségének érzése.</li> <li>▪ Halállal kapcsolatos gondolatok, öngyilkossági képzetek visszatérése, öngyilkossági kísérlet vagy szándék.</li> <li>▪ Sírhatnak.</li> <li>▪ A partner/családi környezet szociális támogatásának hiányával kapcsolatos panaszok.</li> <li>▪ Az újszülött jelzéseinek félreértelmezése.</li> </ul>	

A terhesség során jelentkező depresszió tünetei szintén megegyeznek a puerperiumban tapasztaltakkal (1, 2). A depresszió tünetei időtartamukban változóak. A terhesek 30%-a legalább négy hónapig észleli, míg más adatok szerint a kórkép a terhesek 25%-ában csak egy trimeszterre korlátozódik (32).

A depresszióban szenvedő terhest, illetve gyermekágyast szorongás, büntudat és nyomott hangulat gyötri. A depresszió szokványos tüneteinek kívül a beteget rettegéssel tölthetik el az őt vagy gyermekét fenyegető esetleges veszélyek (1, 2, 3, 15).

A nők legalább 50-85%-a észlel posztpartum affektív instabilitást, mely ingerlékenységgel, változó hangulattal, sírással, szorongással jár. A tünetek a szülés utáni 4 – 5. napon jelentkeznek, és spontán enyhülnek, illetve megszűnnek két héten belül. Ezek a szimptómák nem zavarják az újszülött ellátásának teendőit (79).

A minor depresszió során az említettek közül három - négy tünet megléte, annak ellenére, hogy ezek enyhébb tünetek, súlyos problémákat idézhetnek elő (80). A jellegzetes szimptómák legalább két héten keresztül fennállnak, és a súlyosságuktól

függően 1-4 hónapig, vagy akár 1-2 évig is észlelhetők. A tünetek sokszor mindennaposan jelentkeznek és tartósságuk miatt különösen ártalmasak lehetnek (79, 81, 82). Főként a terhesség, illetve a szoptatás időszakában járhatnak komoly következményekkel (pl: fogyás miatti csökkent laktáció), illetve a nem megfelelő anya-gyermek kapcsolat a későbbi kognitív funkciókat befolyásolja kedvezőtlenül (81).

Nem könnyű azonosítani a tüneteket, mert a szülés körüli félelmet és szorongást, illetve egyéb panaszokat a gyermekágyas nehezen tudja megkülönböztetni a kóros félelmektől, aggodástól és így nem kér segítséget sem. (33). Az átfedés a posztnatális normál viselkedés és a depresszív szimptomák között (alvási szokások, az energiaszint, illetve a súly és libidó változása) is megnehezíti a diagnózis felállítását.

A PND pontos mérését nehezíti, hogy a diagnosztikus pszichiátriai eszközök felhasználása időigényes, valamint a depresszió tünetgazdag feltérképezéséhez speciális tesztek szükségesek, olyanok melyek képesek mind a major, mind a minor depresszív tünetek kimutatására (83).

### **3.6. Szűrőmódszerek-szekunder prevenció**

A PND szűrés tárgyalása előtt, fontos kiemelni, hogy a szülést megelőző – terhesség alatt jelentkező – depresszió, az AND kiszűrésére is a posztnatálisan validált kérdőíveket alkalmazzák. Legkorábban az 5-6. héten válik ultrahanggal biztosan diagnosztizálhatóvá egy terhesség (84), azaz a graviditás ennél korábbi időszakában csak a terhességi gyanú vagy annak valószínűségi jelei mutatkozhatnak, következésképpen a terhesség korai fázisában nincs értelme az antenatális depressziót vizsgálni.

Többféle módszert is kidolgoztak a hangulatzavarok felismerésére. A módszerek egy része az általános zavarok vagy lelki problémák szűrését célozza meg, míg a többi kifejezetten a depresszió kimutatására irányul. A szűrésre alkalmas pontrendszerek között említhetjük az Edinburgh Posztnatal Depression Scale-t (EPDS), az Inventory of Depressive Symptomatologyt (IDS), vagy a Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) depresszió-modult (85, 86).

Ezek közül legelterjedtebben az Edinburgh Posztnatal Depression Scale-t (EPDS) alkalmazzák (87), ami ugyan az IDS rendszernél kevésbé átfogó jellegű, de célzottan a terhes és gyermekágyas nők lelki zavarainak azonosítására Cox és

munkatársai által kifejlesztett kérdőív. Fontos megemlíteni, hogy az EPDS azonban csak a szorongást analizáló kérdéseket foglal magába, és utóbb bebizonyosodott, hogy az EPDS-ben elért magasabb pontszámok inkább csak valószínűsítik a PND-t. Az EPDS tehát szűrőműszerként alkalmas, de diagnosztikai eszközként nem állja meg a helyét (69, 70, 75 88). Küszöbértékként elfogadottan a 9/10-es vágóértéket használják. Az EPDS-t legalább 11 nyelvre lefordították, hiszen a kitöltése csak pár percet vesz igénybe, és könnyű értékelni is. Ennek ellenére Magyarországon nem használják széles körben (27).

Az IDS a depressziós szorongás kognitív jegyeinek, valamint a depresszió neurovegetatív tüneteinek súlyosságát méri (48, 81).

A Beck Depression Inventory (Beck Depresszió Kérdőív) használata diagnosztikus célokra egyelőre kérdéses és a PND gyakoriságának a túlértékeléséhez vezet (87)

Az alapellátásban dolgozók részére, a depresszió szűrését szolgáló és ezt mérő skálák (EPDS, IDS, PRIME-MD) jelentik a leginkább költséghatékony módszert.

Klinikai jelentőséggel bír, hogy a posztnatálisan észlelhető depresszió súlyosságát tekintve major epizód (tünetei közül legalább öt minimálisan 2 hétig tartó fennállása) vagy minor tünetek (a major tüneteknél felsoroltak közül legalább kettő, de kevesebb, mint öt megeléve kevésbé mély lelki állapottal kísérvé) formájában jelentkezik. Ennek ellenére a major és a minor depresszió megkülönböztetését a szakirodalom sok esetben figyelmen kívül hagyja (1). Azokban a tanulmányokban, ahol a DSM-IV-et alkalmazták diagnosztikai standardként a posztnatális periódusban, a depressziós illetve nem depressziós esetek meghatározására, gyakran nem történt meg a minor és a major depresszió különválasztása (87).

A depresszió felismerése önmagában nem garantálja a gyermekágyas nő depressziójának megfelelő kezelését. Mindez csak akkor valósulhat meg, ha az egészségügyi intézmények rendelkeznek a hatékony kezeléshez szükséges gyakorlattal, szakképzett humán erőforrással és eszközökkel is.

### **3.7. A Leverton kérdőív (LQ)**

A PND előrejelzésére alkották meg Leverton és munkatársai a Leverton kérdőívet. A 24 tételből álló interjú alkalmazható pre- és posztnatálisan is. Az

eredményt nem befolyásolja, hogy a felmért személynek volt-e korábban depressziója (68, 69). A skála egyaránt alkalmas a minor és a major depresszió tüneteinek a kimutatására (74, 87). Korábban a LQ-t csak úgynevezett vulnérabilis esetek kiszűrésére alkalmazták (69, 87). A kérdőívet a 2. sz. számú táblázat mutatja be.

<b>2. táblázat Leverton kérdőív</b>			
1. Gyakran rossz hangulata van minden ok nélkül?		Igen	Nem
2. Zavarja-e szédülése vagy légszomja?	Gyakran	Néha	Soha
3. Tud-e olyan gyorsan gondolkodni, mint korábban szokott?		Igen	Nem
4. Érezte-e már úgy, hogy el fog ájulni?	Gyakran	Néha	Soha
5. Van-e hányingere, emésztési zavara?		Igen	Nem
6. Érzi-e úgy, hogy az élet túl sok erőfeszítést követel Öntől?	Gyakran	Néha	Soha
7. Érzi-e nyugtalanak magát?	Gyakran	Néha	Soha
8. Érez-e szűrő vagy csiklandó érzést?	Gyakran	Néha	Soha
9. Sok mindent bán-e korábbi magatartásából?		Igen	Nem
10. Érez-e néha valódi pánikot?		Igen	Nem
11. Étvágytalanná vált-e az utóbbi időben?		Igen	Nem
12. Felébred-e kora hajnalban?		Igen	Nem
13. Aggodalmaskodó személynek tartja-e magát?	Nagyon	Eléggé	Kicsit sem
14. Nagyon fáradt-e?	Gyakran	Néha	Soha
15. Vannak-e hosszú, szomorú korszakai?	Gyakran	Néha	Soha
16. Érez-e belső feszültséget?		Igen	Nem
17. Könnyen alszik-e mostanában?		Igen	Nem
18. Nehéz-e szembenéznie a krízisekkel?	Nagyon Nehéz	Nem különösen	Nem
19. Érezte-e már valaha, hogy majd' szétrobban?		Igen	Nem
20. Gyakran szenved-e izzadságtól vagy erős szívdobogástól?		Igen	Nem
21. Van-e sírhatnékja?	Gyakran	Néha	Soha
22. Vannak-e rémálmai, amik ébredés után is zavarják?	Gyakran	Néha	Soha
23. Változott-e mostanában szexuális érdeklődése?	Nem változott		Csökken
24. Elvesztette-e szimpátiaképességét?		Igen	Nem

### 3.8. Az Leverton kérdőív alkalmazása, nemzetközi kitekintés

Teresa Leverton és Elliot Sandra feltárták, hogy az általuk megalkotott kérdőívvel, -amelynek segítségével 1984-ben a dél-londoni Lewisham Hospitalban végeztek vizsgálatokat a posztnatális depresszió előrejelzésére-, előzetes pszichiátriai betegséggel rendelkező asszonyok is szűrhetők.

A Leverton-féle kérdőív a hangulati élet zavarainak kimutatására szolgáló, 24 kérdésből álló önálló kérdőív-rész (2. sz. táblázat), mely a szorongási index felvételére alkalmas. A kérdések a három sarkalatos tünetcsoport, a szorongás, a depresszív alaphangulat és a szomatikus tünetek köré csoportosulnak a depresszió tünettanának megfelelően.

*A szorongás:* tárgy nélküli és igen nagy fokú, biológiai ritmuszavarok pl: alvászavar (tipusos a kora hajnali ébredés, amely miatt az alvási idő lerövidül).

*A hangulati élet jellemző tünete:* a virtuális lehangoltság, levertség, tehetetlenség érzése, szomorúság, önértékelési zavarok, szégyenérzés, kellemes élmények átélésére való képtelenség, bizalom-szeretet-részvét érzésének kihalása, gátoltság, lassú gondolkodás, emlékezetzavar.

*Szomatikus tünetek:* fejfájás, fulladás érzése, erős szívdobogás, nyelészavar, étvágytalanság, testsúlycsökkenés, libidó mérséklődése.

A posztnatális depresszió tüneteire való konkrét rákérdezéssel nyert adatok értékelésével Leverton és munkatársa kutatásai szerint a sérülékeny terhesek csoportjában a posztnatális depresszió gyakorisága 30% körül mozog, szemben az átlag populáció 10-15%-os előfordulási gyakoriságával. A teszt használható a klinikailag kimutatható depressziós tünetek szűrésére, a major és a minor depresszió megkülönböztetésére is (68, 69).

A fent említett szerzők munkássága szerint a posztnatális depresszió ezen sérülékeny csoportokban hatékony csoportterápia alkalmazásával egyharmadára csökkenthető.

Az antenatális felismerés és az interperszonális pszichoterápia bevezetése jelentősen csökkentette a PND kialakulásának esélyét Levertonék felmérésében (46).

Stamp hasonló eredményeket ért el a Leverton kérdőív használatakor, mint a teszt megalkotói (88).



A Beck Depresszió Kérdőívhez hasonlóan az LQ a gyermekágygyl átfedő PND szimptomák mérésében problematikus, azonban Löwe szerint ellentétben több más kérdőívvel, a Beck Depresszió Kérdőív nem csak a PND bizonyos aspektusait méri, hanem megfelelően lefedi a depresszió tünettanát is (33).

### **3.9. Az LQ alkalmazása Magyarországon**

A Leverton kérdőív magyar fordítását Prof. Dr. Molnár Péter (DTE Magatartástudományi Intézet) készítette el, és az ő vezetésével alkalmazták azt hazánkban először 1991- 1993 között egy longitudinális vizsgálatban, 40 fős mintán a szülést követő időszak megfigyelésére (89). A kérdőívet a Szegedi Tudományegyetem Idegennyelvi Intézete visszafordította angolra. A fordítás azonos az eredeti intejúllappal (46).

Eredményeik alapján a sérülékenység aránya duplája az angolszász irodalomban publikált sebezhetőség mértékének. Közleményükben hangsúlyozták a fokozott figyelem szükségességét a terhesség alatti pszichés történésekre: a nem megfelelően értékelt hangulatzavarok az anya-gyermek kommunikációra kedvezőtlen hatással lehetnek, kötődési problémák léphetnek fel, melyek akár személyiségfejlődési zavarokat is eredményezhetnek. Az anya depressziója miatt ugyanis nem reagál megfelelően a csecsemőjére, nem foglalkozik vele eleget, jelzéseire nem válaszol adekvátan, vagy depresszív alaphangulata miatt frusztrálja a csecsemőt, amely az első életévben kialakuló anya-gyermek közötti kötődés minőségét kórosan befolyásolja. Az anyai szenzitivitás csökkenése a biztonságos kötődés kialakulásának biztos késleltetője vagy gátja lehet (89). A kötődés legfőbb funkciója a proszocialitás (másik fél segítése), valamint a szocializáció, amely a kötődő felek közötti szociális kölcsönhatások következménye. A kötődésben álló személyek spontán szocializációja kölcsönös. Az egymással kapcsolatban levő mindkét fél szocializáló hatással van a másikra. Az erősebb, műveltebb személyek befolyása nyilvánvalóan nagyobb lehet (78).

A posztnatális depresszió speciális következménye (az élet más időszakában lezajló depresszióhoz képest), hogy nagy a családra gyakorolt hatása, a család felbomlásának kockázata. Tartós partnerkapcsolati konfliktushoz, házassági feszültségekhez vezethet, s ha azok megoldatlanok maradnak, akár válást is

eredményezhet. Ezért oly különösen fontos a posztnatális depresszió felderítése, s a megelőzés lehetséges módjainak kidolgozása (89).

### **3.10. A Beck Depresszió Kérdőív**

Magyarországon az LQ validálása még nem történt meg, ezért kerestük a lehetőséget ennek pótlására. Erre a Beck Depresszió Kérdőívet találtuk megfelelőnek. A kérdőívre adott pontszámok összehasonlítása lehetséges az LQ-pontszámokkal a validálási folyamat során, annak érdekében, hogy meghatározzuk, vajon az LQ jól méri-e a betegség súlyosságát, továbbá hogy az LQ valóban tükrözi-e a PND kognitív-affektív vagy szomatikus tüneti jellegzetességeit.

A Beck Depresszió Kérdőív 21 kérdést magába foglaló, validált, önkitöltéses kérdőív, mely a felvételt megelőző két hétben a depresszióra jellemző attitűd és a depresszió tüneteinek mérésére alkalmas (1. sz. melléklet). A tételek az érzelmi, kognitív valamint a szomatikus szimptomák széles körét ölelik fel. 1961- ben fejlesztették ki, és jelenleg is kiterjedten alkalmazzák – többek között a szülés utáni hangulatzavarok azonosítására is (27).

Minden kérdésre 4 potenciális válasz áll rendelkezésre. Minimum 0 pont (nem diagnosztikus a depresszióra) és az egyre nagyobb pontszámú válasz párhuzamosan egyre növekvő valószínűséggel jellemzi a depressziót. A kérdőív összpontszáma 0-tól 63 pontig terjedhet (90).

A kérdőív tételei az alábbi tünetekre kérdeznak rá: 1. Szomorúság; 2. Pesszimizmus; 3. Kudarok; 4. Elégtelenség; 5. Értéktelenség; 6. Önbüntetés; 7. Önutálat; 8. Önhibáztatás; 9. Öngyilkosság; 10. Sírás; 11. Ingerlékenység; 12. Visszahúzódás; 13. Döntésképtelenség; 14. Testkép; 15. Munkaképtelenség; 16. Álmatlanság; 17. Fáradtság; 18. Étvágytalanság; 19. Súlycsökkenés; 20. Hipochondria; 21. A szexuális élet zavara. A kitöltő feladata, hogy minden egyes tételből válassza ki és jelölje be azt az egyet ami legjobban leírja az ő viselkedését az elmúlt két hétben. A kérdőív kitöltése 10-15 percet vesz igénybe (91).

A depressziós tünetek súlyosságának megítélését a pontszámok diagnosztikus kategóriákra történő átszámítása segíti (0–9: nincs depresszió; 10–18: enyhe depresszió;

19–25, közepes súlyos depresszió;  $26 \leq$ : súlyos depresszió), melyet Magyarországon validáltak DSM-IV szerint a major és minor depresszióra.

Beck és Steer javasolta, hogy a skálát 2 alskálára lehet bontani: kognitív-afektív (1-13 kérdések) és a testi tünetek alskálára (14-21 kérdések) (92).

Ismeretes a Beck Depresszió Skála 13 tételes rövidített változata is, amely a depressziós tünetegyüttes következő összetevőit vizsgálja: szomorúság, reménytelenség, kudarc, elégedetlenség, értéktelenség, önbüntetés, szuicid gondolatok, érdektelenség, döntésképtelenség, énkép, munkaképtelenség, fáradtság, étvágytalanság. A rövidített teszt mérési eredménye  $r = 0,93$  mértékben korrelál az eredeti tesztével (93).

Kihangsúlyozandó, hogy a BDI használatának megítélésében egymástól eltérő nézetek uralkodnak. Elliot és munkatársai szerint a Beck Depressziós Kérdőív alkalmazása diagnosztikus célokra kérdéses és a PND gyakoriságának túlzott felülértékeléséhez vezet (87). Kovácsné Török Zs. hazai felmérésében míg az EPDS-t csak szűrő teszként használta, a BDI-t pedig a depresszió diagnosztizálására és súlyosságának megállapítására is kiterjesztette, vágóérték megállapítására a 9/10-es felosztást végezte (27).

### **3.11. A korai szűrés jelentősége, a védőnők lehetséges szerepe**

Szeverényi Péter a terhesség pszichológiája című tanulmányában úgy vélekedik, hogy a nő életében a terhesség maga, a sajátos pszichoszociális változásaival az új szociális szerep, az anyaszerep mozgósításánál fogva amúgy is egy krízisszituáció, amely egészséges esetekben is szorongást mobilizál.

Mindezek során a személyiségben rejtett konfliktusok újraéledhetnek, illetve még továbbiak kialakulásához is elvezethetnek. Tehát a terhesség nemcsak a testi változás befogadását, hanem a megváltozott pszichés állapot feldolgozását is jelenti. Az anya lelkiállapotát pedig a magzat átveszi, mintegy indikátorként érzékenyen leereagálva azt (94). Ez egyúttal azt is jelzi, hogy a szülés előtti életidő mennyire meghatározó és egyedülálló megelőzési lehetősége a lelki, szellemi és fizikai zavaroknak. Ha egészséges lelkületű gyermekek jönnek a világra, nagy valószínűséggel azok egészséges lelkű felnőttek is lesznek. Harmóniában élnek, szeretik önmagukat, embertársukat.

Általa boldogabb, kiegyensúlyozottabb, elégedettebb társadalom létrejötte várható (95).

Herczog Mária szociológus idézi, miszerint „az első évek örökké tartanak”. Ez a mondás kifejezi, hogy az egészséget, a jóllétet, az együttműködési és a szociális készséget, a tanulás és tudás képességét és vágyát erőteljesen meghatározza az élet első néhány éve, a gondozás és a nevelés minősége. Ebben az időszakban a szellemi, érzelmi és szociális készségek már alapvetően kialakulnak, és a későbbiekben csak fokozott erőfeszítésekkel lehet őket – többnyire csupán részlegesen – pótolni (9).

Az anyai depresszió jelentős mértékben gátolja az anya megfelelő viselkedését, befolyásolja a csecsemő jelzéseire adott válaszait, erősen rontja a gondozás minőségét. Korai felismerése a beteg szenvedésének megszüntetésén túl, nagy jelentőségű komplikációkat megelőzve, előmozdíthatja a megfelelő terápia alkalmazását és a teljes gyógyulást.

Problematikus, hogy gyakran a szülész az egyetlen orvos, akivel a terhes nő a szülés körüli időszakban kapcsolatba kerül és nem találkozik más szakemberrel. A kórkép aluldiagnosztizáltsága illetve az időben bevezetett terápia hiánya annak is köszönhető, hogy az anya rendszerint elrejtje a tüneteit, szégyenli azt és nem meri tudatni a környezetével vagy nem akar szakemberhez fordulni a PND során fellépő problémákkal, mely a „sikertelen anyaság” érzéséből fakad. Továbbá az anya szociális környezete általában nem reagál, illetve nem nyújt megfelelő lelki, illetve gyakorlati támogatást a hangulatzavarra, ami egyben fokozója is lehet a depresszióknak (87, 96).

Sokat segíthetne ezen a helyzeten, ha a védőnőket, akikkel kötelezően és gyakran találkoznak a kismamák - valamint a hatályos törvények illetve rendeletek teljes körű ellátórendszerként számolnak ezzel a szolgálattal -, intézményesen bevonják a depresszió felismerésének munkafolyamatába. A védőnői ellátás jó lehetőséget biztosíthatna a szükséges ismeretek átadására, a helyzet értékelésére és a szükség szerinti további lépések megtételére. Így lehetővé válna a társszakmák részére történő előszűrés. Ehhez olyan módszer kellene, amely munkaidőben, minden nehézség nélkül használható, a védőnők képzési programjába könnyen beépíthető.

### **3.12. A PND terápiája**

Hangsúlyozni szükséges, hogy a diagnózis felállítását követően nagyon fontos a komplex terápia mielőbbi elkezdése (34).

Gordon számolt be először arról, hogy az antenatális kezelés és a környezet támogatása csökkenti a depresszív szimptomák előfordulását a posztnatális periódusban (97). Más kutatások bizonyították, hogy már az emocionális nehézségek feltárása is terápiás hatású (98). A szociokulturális környezet meghatározása a legfontosabb a PND-ben szenvedő anya szempontjából, mivel annak ismeretében a pszichiátriai beavatkozás individuálisabban megtervezhető (99). Magyarországon a védőnő, mint a családgondozásban elkötelezett hivatásos szakember, aki prevenciós felkészültsége révén ismeri azokat a feltáró módszereket, melyekkel időben észreveszi és szakorvoshoz irányítja, majd nyomon követésével segíteni tudja a hangulatzavar problémájával küzdő anyákat.

#### **Gyógyszeres terápiák**

A farmakológia mai állása szerint a terhesség alatt a PND legmegfelelőbb terápiája a triciklikus antidepresszánsok vagy a szelektív szerotonin reuptake gátlók szedése. Másrészt ezek a készítmények bizonyos kockázatot rejtenek, mert még nem kellően tisztázott a magzatra kifejtett esetleges károsító hatásuk (100). A terhesség alatti gyógyszeres kezelés -melyet pszichiáter rendelhet el- alapos mérlegelést és óvatosságot kíván. Elsősorban függ az állapot súlyosságától, a terhesség előrehaladottságától és az egyéb terápiák (pszichoterápia) hatékonyságától (1). A terhesség előtt meglévő depresszió súlyossága gyakran fokozódik a graviditás alatt, melynek fő oka az antidepresszánsok elhagyása a terhesség során (2).

A különböző pszichofarmakonok alkalmazása szoptatás esetén sem mindig veszélytelen, ugyanis legtöbb esetben kiválasztódik az anyatejbe, ezért mérlegelni kell a nyereség/kockázat arányát, a kezelést mindig egyénileg tervezve. A választást illetően a beteg panaszai, a gyógyszer mellékhatásai és az anya szoptatással kapcsolatos döntése lehetnek meghatározóak. Az anyák egy része inkább elzárkózik a gyógyszerek használatától veszélyeztető hatásuk miatt (85).

Fentieket háttérinformáció szándékával emeltem be a témakör problémájának

taglaláskor, mert védőnőként a kuratív medicínában való megnyilvánulás kompetenciahatár túllépését jelenthetné.

### **Nem gyógyszeres terápiák**

A PND megelőzésére három fő irányzat található: az oktató jellegű, a pszichoterápiás és a szupportív módszer.

*Az oktató jellegű, egészségnevelési megközelítés* abból a megfontolásból indul ki, hogy a leendő szülők nem ismerik a szülői szerep stresszkeltő szituációit, elvárásaik irreálisak lehetnek a szülői szerepre vonatkozóan. Ezeket a problémákat a hagyományos tanácsadás nem érinti, ezért oktatni kell. A '60-as években Gordonék voltak az elsők, akik megpróbálták a PND-t megelőzni, azáltal vezérelve, hogy a szülői szerepre való felkészületlenség kedvezőtlenül befolyásolja az anya szülés utáni hangulatát, mely a szülők között konfliktusokat okozhat és PND-hez vezethet. Oktató jellegű programot fejlesztettek ki, melyet a terhstanácsadás rendszerébe építve, 2-szer 40 perces ülések keretében alkalmaztak az anyaság, a szülői szerep és a korai gyermekágy problémáit szerepeltetve témaként. A program végén az értékelés azt mutatta, hogy az extrafoglalkozásokon részt vett anyák a szülést követően szignifikánsan kevésbé mutattak szorongást, mint a kontrollcsoport anyái (97).

*A pszichoterápiás beavatkozás* elképzeléseket az támogatja, hogy a terhesség ideális időszak az individuális terápiára és a csoportterápiára egyaránt. A pszichiáter által vezetett pszichoterápiás tréning is eredményesnek bizonyult a PND megelőzésében, bár ez leginkább a terapeuta személyiségétől és a specialista felkészültségének megfelelő módszertől függött. Döntő, hogy a stresszelő szülői feladatra történő felkészítés során nem elegendő azok egyszerű felvázolása, hanem a megoldásukra való alternatívák kialakítása is ugyanolyan fontos (89).

*A szupportív jellegű tanácsadás* jobb eredménnyel járt, mint az amúgy is drága pszichodinamikus vagy egyéb módszerspecifikus megközelítések. A legcélravezetőbbek az oktatással kapcsolt támogató jellegű csoportülések (101). Angliában működnek kifejezetten hátrányos helyzetű anyák részére olyan szociális támogató szervezetek, amelyek nyitott csoportok Délkelet-London legelmaradottabb kerületeiben. Ezek a csoportok részben önszervező jellegűek, önkéntes adományokból funkcionálnak, de

professzionális segítséggel tevékenykedő, egy hónapig tartó, heti egy napos tréningekből állnak. Terápiás csoportként dolgoznak, amelynek lényege, hogy lehetőséget kapnak az anyák önmaguk megismerésére, tanácsadásban és támogatásban részesülnek, mint egy jól működő családban. Az új tagok jórészt a kedvező tapasztalatot szerzett régi betegek által a szervezetbe irányított hátrányos helyzetű anyákból szerveződnek (101).

E három módszert ötvöző, relaxációs tréninggel kombinált foglalkozások hazai tapasztalata szerint a részt vevők megtanulták, hogyan küzdjék le rossz hangulatukat szülés után. Alacsonyabb Beck Depreszió Kérdőív-pontszámot értek el a szülést követő mérésen azok, akik terhesség alatt csoportüléseken vettek részt (89).

A '70-es évek végén, '80-as évek elején jelentős lendületet kaptak a különféle szülésre és szülői szerepre felkészítő, ingyenesen igénybe vehető csoportos foglalkozások Magyarországon. 1986-tól beszélhetünk szervezett, multidiszciplináris szemléletű szülésfelkészítő munkáról. A gondozásnak és felkészítésnek egy magasabb minőséget biztosító lehetőségét, alternatív formáját nyújtják ezek a preventív megközelítésű programok. Az alapszintű előadások a Védőnői Szolgálat keretében, míg a komplex szülésre felkészítő tréningek kórházak, egészségügyi vagy szociális, gyermekjóléti, kulturális intézmények szervezésében valósulnak meg. A résztvevők körét a meghirdetett tanfolyamra önként jelentkező, hasonló élethelyzetű (gyermeket váró), többnyire párban érkezők adják. A felkészítő team tagjainak szakmai képzettsége általában megegyezik a kötelező várandósgondozást, szülést és újszülött gondozást segítőkével, esetlegesen kiegészülhet jogással, társadalombiztosítási vagy a témához kapcsolódó szakismerettel rendelkező személlyel. Az érintett tárgykörök a terhesség alatti egészséges életmód, szülőszobai történések, alternatív szülési lehetőségek, családközpontú szülészet, rooming-in gondozási rendszer, újszülött-csecsemő ellátás, szülői szerepek, anya-apa-gyermek kapcsolat kérdéseit ölelik fel, gyakran terhes tornával is egybekötötten (78).

## 4. CÉLKITŰZÉSEK

---

- .Előfelmérés során tesztelni, hogy a terhesek illetve a puerperiumban lévő megkérdezettek a Leverton kérdőív kérdéseit megértik-e, azokra statisztikailag értékelhető válaszokat adnak-e.
- A PND szűrésére választott mérőeszköz (Leverton-teszt) validálása hazai alkalmazhatóságának céljából.
- Feltárni. a kérdőívre adott válaszokból a PND előfordulási gyakoriságát.
- .Elemezni a PND gyakoriságot egy adott régióban (Dél-Kelet Magyarországon) -1996 és 2006 között-, annak előfordulását befolyásoló szociodemográfiai valamint pszichoszociális kockázati tényezői megismerése illetve azok változása tükrében.
- Kidolgozni a várandós anyák számára a PND megelőzését szolgáló hatékony csoporttréninget.

### Hipotézisek

- Feltételezem, hogy a PND előfordulási gyakorisága Dél-Kelet-Magyarországon nem tér el lényegesen az irodalomból ismert külföldi adatoktól.
- A betegség előfordulása 1996 és 2006 között a vizsgált régióban emelkedő tendenciát mutat.
- A szakirodalmi megfigyelésekre alapozva azt feltételezem, hogy szociodemográfiai és pszichoszociális tényezők egyaránt meghatározóak a kórkép kialakulásában.
- Feltevésem szerint a szüléshez társuló hangulatzavar szűrésére a Leverton-teszt alkalmas.
- Hipotézisünk alapján az általunk kidolgozott csoportterápia bevezetése a PND előfordulását kedvezően tudja befolyásolni.



## 5. MÓDSZER

---

### 5.1. A vizsgálat menete

#### A kutatás időrendi felvázolása

- Az első felmérést 1996. január 1-től 1996. november 20.-ig végeztük, 2229 gyermekágyas anya eredményes kikérdezésével a szülést követő 6. héten. *E vizsgálat* eredménye a validálási eljárás lefolytatása után vált relevánssá.
- 2001. január 1-től 2003. december 31. között kérdőíves *próbafelemérésre* került sor 109 először jelentkező, 6. gesztációs hetét betöltött terhes, illetve 57 - 6 hetes - gyermekágyas asszony szűrési eredményének elemzésével.
- 2006. január 1-től 2006. január 20.-ig 35 gyermekágyas asszonyt kérdeztünk ki a posztpartum 6. hetében, a *mérőeszköz validálására*.
- 2006. január 21-től 2006. november 20.-ig terjedő időben 1719, 6. gesztációs hetét betöltött *várandóssal készítettünk interjút, akiket a posztpartum 6. hetében ismételten felmértünk*.
- 2006. február 1-től 2006. október 31.-ig tartóan a fenti 1719 várandós közül 710 random módon kiválasztott terhes számára *terápiás csoportüléseket* szerveztünk.
- 2006. január 21.-től 2006. december 20-ig további 604 gyermekágyas asszonyt vontuk be a *longitudinális* tanulmányba, a puerperium 6. hetében.

**Valamennyi elemzés a vizsgált csoportok közötti átfedés nélkül került feldolgozásra.**

### **A kutatás helyei**

A vizsgálat helyül *mindig azonos terület* Csongrád, Bács-Kiskun, Jász-Nagykun-Szolnok és Békés megye 62 városi illetve falusi terhesgondozást végző centruma illetve oktató védőnői körzete szolgált. Magyarországon a terhesgondozási feladatok ellátására erre a célra kijelölt rendelőkben, tanácsadóknban speciálisan képzett egészségügyi személyzet nyújt magas színvonalú pre és posztnatális gondozást valamint a védőnői körzetekben folyik a várandós és gyermekágyas anyák szoros szakmai kontrollja, mely tevékenységgel a gyermeket váró és posztpartum időszakban lévő nők közel 100%-a megkapja a megfelelő egészségügyi szolgáltatást (102).

### **A kutatás tárgyi feltételei**

- A kutatási program terve.
- A Védőnői Szolgálat védőnői dokumentációja (anamnesztikus adatok kiegészítését célzóan).
- Nyomdatechnika, elektronikus feldolgozás, SPSS statisztikai program, adminisztráció kellékei.
- Telefon, irodaszer és egyébek.
- Védőnői terhestanácsadó helyiségek, terhesgondozó centrumok.
- A kérdőíves felmérést a Szegedi Tudományegyetem Etikai Bizottsága illetve a Megyei Orvosi Etikai Bizottság elfogadta (Ikt. szám: 13-3/63/2005). A tanulmány a Helsink Deklaráció alapelveinek figyelembe vételével történt. A vizsgálatban résztvevők „Beleegyező Nyilatkozat” (18 évnél fiatalabbak esetében a törvényes képviselő) aláírásával hozzájárulásukat adták az adatok tudományos felhasználásához.

### **A kutatás személyi feltételei**

- A posztnatális depresszió témakörére előzetesen felkészített kérdezőbiztos védőnők, akiknek személye garancia volt az interjú szakszerű lebonyolítására, a felvétel lényegének pontos ismertetésére, a személyiségi jogok védelmének szemelött

tartására, a titoktartási kötelezettség maximális figyelembe vételére (anonimitás, csak kódokkal történő beazonosítás).

- A szűrési protokoll megvalósítása során számításba kellett venni, hogy elérhető-e viselkedés-terapeuta helyben vagy telefonon illetve, miként történik a szűrés alkalmával kiemelt anyák kivizsgálása és kezelése a legsúlyosabb esetekben.
- A kutatásban közreműködő védőnők, szülész-nőgyógyászok, pszichológusok, pszichiáterek, családterapeuták, matematikusok, akik észrevételeikkel, javaslataikkal támogató segítségükkel járultak hozzá a vizsgálat sikeréhez.
- Posztnatális depresszió tágykörére specializálódott terápiás csoportvezető pszichiáter trénerek, mentálhigiénés védőnő szakemberek.
- Kellő számú vizsgálatban illetve a csoportterápián való önkéntes részvételt vállaló várandós illetve gyermekágyas asszony.

#### **A mintába történő beválogatás feltételei**

- A kutatásban való részvételt a - szakorvos által megállapított - terhesség 6. hetétől kezdődően, míg a gyermekágyasok esetében a puerperium 6. hetében jelöltük meg.
- Primi és multiparákra, gyermeket és gyermektelen nőkre egyaránt kiterjesztettük a vizsgálatot.
- Egyetlen esetben sem került beválogatásra olyan személy, akinek a magzata halvaszületett vagy a perinatális időszakban halt meg.
- Nem mértünk fel az igazoltan pszichiátriai betegséggel kezelt egyéneket, az esetlegesen megtévesztő álpozitív eredmény miatt.
- Az önkéntes, anonim, körülbelül 40 percet igénybevevő személyes interjú vállalása.
- A mintába kerülésre véletlenszerű kiválasztással, azaz random módon - a fent említett előzetes szelekciót- követően került sor.

## **A kutatás során alkalmazott mérőeszköz bemutatása**

Kérdőívünk kialakításánál a PND lehetséges kockázati tényezőire vonatkozó kérdéseket tudományos szakirodalmi tényeken alapuló konszenzus során fogalmaztuk meg. Néhány kérdést a magyar társadalmi helyzetre adaptáltunk a klinikai megfontolások mellett.

Azon elképzelést, miszerint léteznek a PND kialakulását befolyásoló úgynevezett „major” determinánsok, melyeknek szignifikáns a hatásuk, szintén megvizsgáltuk a felmérés során (16, 33). Néhány szerző leírta, hogy két vagy több nagyobb stresszes életesemény a kikerdezést megelőző évben erős előjelzője a PND-nek (46, 45). Korábbi terhességhez és posztnatális periódus egy évéhez nem köthető depresszió elősegíti a PND kifejlődését (46, 45).

### **A mérőeszköz részei:**

- 31 kérdésből álló terhesgondozói kérdőív (2, 3. sz. melléklet);
- 24 tételt magába foglaló LQ- teszt (2. sz. táblázat);
- Járulékos kérdések (3. sz. táblázat).

### **A mérőeszköz terjedelme:**

- 4 oldal;
- fő kérdéscsoportok száma: 55;
- zárt kérdések száma: 71;
- nyitott kérdések száma: 15.

A személyes védőnői interjú készítés módszerével folytatott vizsgálat során használt terhesgondozói kérdőív rész adatai az alábbi csoportokat tartalmazza.

**-Szociodemográfiai adatok:** életkor, lakóhely, családi állapot, legmagasabb iskolai végzettség, foglalkozás, munkahely, gyermekszám, előző terhességek száma.

**-PND kockázati tényezőire vonatkozó adatok:** tervezett vagy nem kívánt terhesség, sterilitás (több mint 1 évig meddő és nem tudott teherbe esni, csak meddőségi kezelés útján), infertilitás (rendszeresen él nemi életet és 1 éven keresztül nem esik

teherbe, holott nem védekeznek), mentes előtörténet, korábbi depresszió, megelőző súlyos stresszes életesemény, alacsony jövedelem, lakás problémák, stabil vagy instabil párkapcsolat jelenléte, családi illetve partner támogatásának megléte, a posztnatális periódus utáni munkavállalás szándéka, a mindennapi életben a dolgok egyedüli menedzselésének ténye (46, 66, 67, 70).

- **Egészségi állapotára vonatkozó adatok:** jelen közérzet, stressz, feszültség, gyógyszerszedés, orvosi kezelés, pszichiátriai beutalás.

-**Egyéni élettörténetek:** csecsemőgondozási tapasztalat, baráti kapcsolatok.

A szociodemográfiai, a PND kockázati tényezőire, az egészségi állapotra valamint az egyéni élettörténetekre vonatkozó kérdőív rész tételei mellett két fokozatú skála „igen”, „nem”, vagy többnyire négyfokozatú skála szerepel a „soha”, „néha”, „gyakran”, „mindig” válaszok lehetséges megjelölésével.

A hangulati élet zavarainak kimutatására szolgáló **LQ - teszt jellemzői** és értékelése az alábbiakban foglalható össze (2. sz. táblázat):

- az LQ 24 kérdése a minor és a major depresszió tüneteire irányulnak- a szorongás, a depresszív alaphangulat és a szomatikus szimptomáknak megfelelően;
- minden kérdésre 2 vagy 3 válasz adható, melynek pontozása 0-tól 2-ig terjedő skálán történik, a PND-re nem karakterisztikus választól a jellemző válaszig;
- a depresszióra utaló válasz 2 pontot, az enyhébb tünetet jelző 1 pontot, a negatív válasz 0 pontot ér;
- maximális pontszám 48 lehet (12-18 közötti pontszám mérsékelt sérülékenységet, 19-48 közötti pontszám komoly sérülékenységet jelent);
- a kérdések a PND tüneteinek előző 7 napban történő előfordulására vonatkoznak.

- az LQ kérdései közül a PND szorongásos, anhedónia (örömezeret hiánya) alskálába sorolódtak az LQ 1, 6, 7, 9, 10, 15, 16, 18, 19, 22, 24-es számúak;
- a testi tünetek alskálába kerültek az LQ 2, 3, 4, 5, 8, 11, 12, 14, 17, 20, 21-es számú kérdései (87).
- a fennmaradó itemek nem csoportosíthatóak a sérülékenységi szimptomák jól jellemezhető osztályába.

**Az LQ- teszt alkalmazásának indoklása:**

- pre és posztnatálisan is mér (68, 69), minor és major depresszió tüneteit is kimutatja (87), szorongásos és szomatikus szimptomák jelzésére is alkalmas (56), validált, könnyen kivitelezhető, nem időigényes, a védőnői rutin munkába beépíthető, költséghatékony.
- Az említettekkel szemben:
- EPDS (Edinburgh Posztnatal Depression Scale) csak szűrő módszerként alkalmas, diagnosztikus eszközként nem állja meg a helyét (csupán valószínűsíti a PND-t, és csak szorongást analizáló kérdéseket foglal magába) (69, 70, 75, 88);
- IDS (Inventory of Depressive Symptomatology) csak a depressziós szorongás kongnitív jegyeinek és neurovegetatív tünetek súlyosságát méri (48, 81);
- BDI (Beck Depresszió Kérdőív) használat diagnosztikus célokra kérdéses és a PND gyakoriságának túlértékeléséhez vezet (87).

<b>3. táblázat. A kérdőíves felmérés során feltett járulékos kérdések</b>	
Tervezte a terhességét? Nem kívánt terhesség? Korábban kezelték-e depresszióval? Az elmúlt 1 évben történt-e korábbi súlyos stresszes életesemény? Vannak-e anyagi gondjai? Stabilnak érzi-e párkapcsolatát?	Partnere támogatja-e Önt, lelkiekben, s a mindennapos problémák megoldásában? GYED után vissza szeretne-e menni dolgozni? Saját maga oldja meg mindennapos problémáit? <sup>1*</sup>

<sup>1\*</sup> a további táblázatokban az erre a kérdésre adott igenlő választ a mindennapi problémák önálló menedzseléseként jelöljük.

A statisztikai számításokat SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programmal végeztük (103). Statisztikai szignifikancia határát  $p = 0,05$ -nél határoztuk meg. Ahol lehetett ott az esélyhányadost (angol rövidítéssel odds ratio-ból OR-t), - amely az események bekövetkezési esélyeit mutatja - és a konfidencia intervallumot (KI) is kiszámoltuk. Utóbbi mutató a hipotézis elfogadási tartományát jelenti a próba szintjén (104, 105, 106).

## **5.2. A PND felmérése a Dél-Kelet-magyarországi régióban 1996-ban**

Az első felmérést az LQ-val 1996. január 1-től 1996. november 20.-ig végeztük, melynek során 2774 anyát vontunk be a szülést követő 6. héten a vizsgálatba. Közülük 226 gyermekágyas (8,1%) nem került beválogatásra a fentebb részletezett előzetes szelekció kritériumai miatt, míg 319 (11,5%) visszautasította a válaszadást. A kérdőívet így 2229 mater kikérdezésével töltöttük ki, amely mintegy 80,3%-os válaszadási arányt eredményezett.

Ennek a vizsgálatnak az eredménye a későbbi validálási eljárás lefolytatása után vált relevánssá.

## **5.3. Próbefelmérés randomizált mintában**

2001. január 1-től 2003. december 31.-ig kérdőíves próbefelmérést végeztünk, melynek során a mintába történő beválogatás feltételeinek megfeleve, randomizációval kiválasztott 109 először jelentkező terhes, illetve 57 gyermekágyas asszony (szülést követő 6. hét időszakának rutin vizsgálata) szűrési eredményének összehasonlítását tűztük ki célul. A kérdőív felvételére oktató védőnői körzetek tanácsadóiban valamint terhesgondozói centrumokban került sor, anonim módon, védőnői kikérdezéssel.

Az előfel mérés során gyakorlatilag azt vizsgáltuk, hogy a megkérdezett anyák értik-e a kérdőív egyes kérdéseit és a kitöltés nyomán adott válaszok statisztikailag feldolgozhatónak bizonyulnak-e.

A próbefel mérés a kérdések egyértelmű érthetőségét igazolta. A kapott adatok statisztikailag értelmezhetőnek bizonyultak (a klaszterek jók, feldolgozásra alkalmasak).

Az eredményeket az 5, 6, 7, 8, 9, sz. táblázatokban ismertetjük.

### **5.3.1. A próbafelmérés statisztikája**

A statisztikai minta a kis elemszám miatt nem követte a normális eloszlást, ezért Mann-Whitney féle U tesztet alkalmaztunk a kategórikus változók összehasonlítására, annak ellenőrzésére, hogy a két minta azonos sokaságba tartozik-e (107, 108). (5.-9. sz. táblázat).

### **5.4. A 2006-ban végzett longitudinális vizsgálatok**

Az 1996-os vizsgálatot 10 évvel később egy újabb, hasonlóan magas elemszámú felmérés követt, melynek kivitelezése részben különbözött az előzőtől, ugyanis itt 4 lépcsőben került sor a felmért személyek bevonására.

Az időintervallumok és elemszámok az alábbiak:

- 2006. jan.1.- 2006. jan. 20. között (35 posztpartum 6. hetében lévő nő);
- 2006. jan. 21.- 2006. nov. 20. között (1719 szakorvos által megállapított, 6. terhességi hetét betöltött várandós, akiket a puerperium 6. hetében ismét felmértünk - minta bemutatása a 4. sz. táblázatban);
- 2006. február 1- 2006. október 31. között az 1710 várandós közül 710 random módon beválogatott terhes a terápiás csoportülésekre.
- 2006. jan. 21.- 2006. dec. 20. között (604 hat hetes gyermekágyas asszony).

#### **5.4.1. Validálási eljárás**

A mérőeszközöknek rendelkezniük kell validitással. A validitás a mérőskála azon tulajdonsága, amely megmutatja, hogy a skála valóban azt a jelenséget méri-e, amelyre tervezték (109). A mérés a pontosságra való törekvést jelenti. Ezért végeztük el a kutatás során az alkalmazott kérdőív erre vonatkozó mutatóinak vizsgálatát



matematikusok és pszichiáter szakemberek hozzáértő segítségével bevonásával.

A **2006. január 1.-től - 2006. január 20.-ig tartó** felmérés első lépcsőjében a kérdőív **validálási eljárására** került sor, mely az alábbi feladatsort tartalmazta:

- 617 gyermekágyas asszonyt kérdeztünk ki LQ-val és a Beck Depresszió Kérdőívvel a szülést követő 6. héten. A vizsgálati személyek a Leverton-teszt és a BDI-tételeit egymás után válaszolták meg. A Beck-féle depressziós skála és a Leverton-teszt eredményei (pontszámhatárai) összehasonlítása alapján kiválasztásra került közülük 35 gyermekágyas anya.
- Ezt követően a depresszió klinikumában jártas pszichiáterek által vezetett interjúkat szerveztük meg. A vizsgált csoport (a kiválasztott 35 posztpartum 6. hetében lévő nő) meghatározott szempontú kikérdezését, a major és minor depressziót mérő SCID (Strukturális Klinikai Diagnosztikus Interjú) segítette. A pszichiáterek az interjú előtt nem ismerték a vizsgált személyek LQ és BDI pontszámait. A felvételt végző két pszichiáter diagnosztikus interjúit videószalagon rögzítettük, majd azokat szakemberekkel elemeztük. Az LQ-teszt depresszióra vonatkozó mérési tulajdonságainak validálása a SCID-del lett meghatározva, de a depresszió súlyossága a BDI-vel került ellenőrzésre.

A Beck Depresszió Kérdőívet azért használtuk, hogy megállapítható legyen az, vajon az LQ jól méri-e a depresszió súlyosságát, továbbá hogy az LQ valóban tükrözi-e a PND kognitív-affektív vagy szomatikus tüneti jellegzetességeit (11. sz. táblázat).

Az interjú standardizált kérdéseket tartalmazott, mely a DSM-IV, Axis I. diagnosztikus kritériumoknak megfelelően modulokra volt osztva (110). A minor depresszió DSM-IV kritériumait a „Criteria and Axes for Further Studies” alapján alkalmaztuk: deprimált alaphangulat vagy az érdeklődés elvesztése négy kevésbé tipikus kísérő tünettől együtt (bűnösség érzése, döntésképtelenség, öngyilkosságra irányuló gondolatok stb.) legalább egy, de kevesebb, mint négy hónapig.

A minor depresszió tényleges diagnózisát akkor állítottuk fel, ha a depresszív

alaphangulat fennállt, illetve 1-3 kísérő tünet még jelen volt, vagy 2-3 esetleg több kísérő tünet állt fenn a depresszív alaphangulat hiányában is.

A major depresszió egy olyan mentális betegség, melyet a DSM-IV kritériumok alapján 9 főtünet (3. 1. fejezetben leírtak) illetve 4 kiegészítő tünet jellemzi (irritabilitás, nyomott hangulat, sírásra való hajlam, és a szociális „lecsúszás”). A minor depresszió időbeni lefolyása korlátozott, 3 hónapon belül véget ér, míg a major depresszió hosszú hónapokon keresztül stagnál. Mindkét diagnózis azt feltételezi, hogy a depresszió szociális és foglalkozási diszfunkcióhoz vezet (110). A major depresszió ugyanakkor jóval gyakrabban jellemezhető memóriazavarral és cselekvési képtelenséggel, illetve kognitív deficittel, mint a minor depresszió (1).

Azokat a felmérésben résztvevő anyákat, akiknél depressziót állapítottunk meg, pszichiátriai szakrendelésre irányítottuk, további kivizsgálásra.

#### **5.4.2. A validálási eljárás során alkalmazott statisztikai módszerek**

Receiver operating characteristic (ROC) görbe analízissel megállapítottuk az LQ mérési képességét a major és a kombinált (minor + major) depresszióra nézve. A ROC görbe az LQ lehetséges ponthatárokhoz tartozó szenzitivitást (mekkora valószínűséggel képes jól azonosítani a beteg személyeket) és a specificitást (mekkora valószínűséggel képes jól azonosítani a nem beteg személyeket) elemzi. A ROC görbe elemzés és az AUC (görbe alatti terület értékelésében az érzékenység mérésére szolgáló mértékegység) független a küszöbértékek diszkriminációjától (99, 111, 112).

Az LQ egységességének, szerkezeti stabilitásának mérésére a Cronbach  $\alpha$  koefficiens alkalmaztuk, mely egy megbízhatóságot leghatékonyabban mérő szám (83, 113, 114). Ez a mérőszám egy tétel-csoport (skála) belső konzisztenciáját mutatja, aminek az értéke 0,7-0,8 körül mondható elfogadhatónak (10. sz. táblázat). A leggyakoribb módszerként használatos a skálák megbízhatósági mutatójának meghatározására. A Leverton tesztre vonatkozó Cronbach  $\alpha$  együttható megváltozik, ha egy kérdést kiveszünk az interjúból. Kiszámítható az adott tételre vonatkozó koefficiens is. Amennyiben az adott kérdésre vonatkozó együttható 0,7 és 0,8 közötti, akkor az adott kérdés is a megfelelő kritériumok szerint mér. A Leverton teszt összességében ad egy koefficiens, amelyhez képest jelentősen nő vagy csökken a Cronbach  $\alpha$  együttható,

ha a kérdőívből kivesszük az adott tételt.

A  $\kappa$  koefficiens is kiszámoltuk, mely mutatja az „egyezőséget” az LQ és a SCID között (83).

### **5.4.3. Csoportfoglalkozások hatásának leérése 2006-ban**

A kérdőíves felvétel második lépcsőjében **2006. január 21-től 2006. november 20.-ig** 1918 személyt vontunk be a kutatásba még a várandósság időszakában. 199 asszony nem vett részt a vizsgálatban, mert nem óhajtotta azt, vagy a vizsgálatból ki kellett hagyni családtag gyászolása, halvaszülés illetve a depresszió egyéb okai miatt. Valamennyien a terhesség megállapítását követő hatodik héttől kerültek a felmérésbe, az LQ és a többi járulékos kérdés megválaszolására.

Következésképpen tehát 1719 terhes asszonytól nyertünk adatokat a védőnői interjúk alkalmával.

Az LQ felvétele után a vizsgálatból a már említett okok miatt kimaradt 199 gravida (10,38%) szociodemográfiai jellemzői csak a terhességi kort tekintve tért el a vizsgálatot folytatni kívánóktól (4. sz. táblázat).

Életkorát ( $27,76 \pm 4,42$  év vs.  $27,90 \pm 4,70$  év), lakhelyét (város: 62,5%, falu: 32,2%, külterület: 5,3% vs. város: 59,3%, falu: 34,2%, külterület: 6,0%) és családi állapotát (házas: 62,8% vs. 59,3%) nézve megfelelőnek tekinthető a két csoport.

A terhességi kort tekintve a vizsgálatban részt vevők a terhesség későbbi fázisában jelentkeztek ( $19,94 \pm 9,41$ ) a lemorzsolódott társaikhoz képest ( $18,40 \pm 8,78$  terhességi hét), mely különbség szignifikánsnak mutatkozott ( $P = 0,02$ ).

Az LQ-pontszámok ( $9,23 \pm 3,04$  pont vs.  $9,00 \pm 3,26$  pont) vagy a validálás során nyert LQ-értékek alapján meghatározott AND-gyakoriság (17,2 % vs. 15,6 %) közel megegyezőnek bizonyult a két csoportban.

4. táblázat. A vizsgálatban részt vevők illetve a kiesettek szociodemográfiai és szülészeti jellemzői					
	Vizsgálatban részt vevők (N=1719)		A vizsgálatból kiesettek (N=199)		P érték
	n	%	n	%	
Életkor* (év)	27,76 ± 4,42		27,90 ± 4,70		NSZ****
Házass	1080	62,8	118	59,3	NSZ****
Lakhely					
Város	1075	62,5	119	59,8	NSZ****
Falu	553	32,2	68	34,2	
Külterület	91	5,3	12	6,0	
Primiparitás	999	58,1	129	64,8	NSZ****
AND**	295	17,2	31	15,6	NSZ****
LQ pontszám (pont)	9,23 ± 3,04		9,00 ± 3,26		NSZ****
Terhességi kor *** (átlag ± S,D, (terhességi hét)	19,94 ± 9,41		18,40 ± 8,78		P < 0,05

\*: folytonos változó (átlag ± S.D.: standard deviáció); \*\* AND: antenatális depresszió aránya; \*\*\*: terhességi kor: betöltött terhességi hétben van megadva; \*\*\*\* NSZ: statisztikailag nem szignifikáns.-

A vizsgálat további folytatásába bevontak közé véletlenszerű kiválasztással,- randomizációval- jutottak a várandós anyák (85, 88) a foglalkozásokon részt vevő (n=710) csoportba vagy a nem kezelt, kontroll csoportba (n=1009).

A szülést követően az 1719 asszonyt posztnatálisan is felmértük a kérdőívvel. A kontroll (n=1009) és a csoportfoglalkozásokon részt vettek összehasonlításával le lehet mérni a csoporttréningen résztvevők (n=710) PND gyakoriságát illetve azt, hogy a terápiás foglalkozás a PND melyik rizikófaktorának előfordulási gyakoriságát csökkenti (12,13, 14. sz. táblázat).

#### 5.4.4. Terápiás csoportülések

A PND prevenciójának hatékony módszerét keresve, a Leverton kérdőív felvételét követően a várandós asszonyokat randomizációval osztottuk a terápiás és a kontroll csoportba. A csoportfoglalkozáson részt vevő 710 asszony előre megtervezett, célzottan irányított csoportüléseken vett részt **2006. február 1. és október 31. között** (120). A csoporttréningekbe bevontak, illetve azokon részt nem vevők (1009) jellemzői megegyeztek egymással. A 4x3 óra időtartamú pszichoterápiás effektussal bíró, csoportfoglalkozások keretében lebonyolított oktató jellegű üléseket pszichiáter és mentálhigiénés védőnő vezette. A beválogatott anyák előtt nem volt ismeretes, hogy ők egy terápiás eljárásban részesülnek, éppúgy a gondozó körzeti védőnők sem kaptak erről a kísérletről tájékoztatást. Egy-egy csoportba maximum 15 személyt vontunk be. Az apákat is meghívtuk, azonban jelenlétük nem volt jellemző. A foglalkozásokat minden esetben, minőségbiztosítási elemként hangfelvételen rögzítettük.

A tréninget az említett szakemberek vezették a városok terhesgondozó centrumaiban. A kurzusokat irányítók a vizsgálat előtt szakmai konzultáción vettek részt, melynek során részletes tájékoztatásban részesültek a kidolgozott ülések tematikájának végrehajtásáról, módszertanáról illetve a PND tudományos szakirodalmáról és a fontosnak tartott gyakorlati vonatkozásokról. Ezen felkészítés segítségével próbáltuk biztosítani azt, hogy a csoportfoglalkozásokon a gravidák ugyanazt a terápiát kapják.

A foglalkozások témaköreinek kidolgozásánál a várandósok természetes igényeire, érdeklődésére építettünk. Kezdeti visszafogottságra, esetleges bizalmatlanságra számítottunk. Fontosnak tartottuk a kellemes „munkaléggör” kialakítását, az anyák közös hullámhosszra kerülését, a találkozókön való aktív részvétel lehetőségének biztosítását.

A szervezett keretek között zajló oktató program tematikája 4 blokkra tagolódott.

Az első ülés a résztvevők közti ismerkedés jegyében telt, a JÉ!-élmény és a rácsodálkozás mellett a következő témákra vonatkozó ismeretbővítést célozta:

- a várandósság - a magzat méhen belüli fejlődése, a méhen belüli

fejlődés kommunikációs lehetőségei;

- a szülés, a születés - a megszületés élménye a magzatra, gyöngéd születés, a szülővé válásra, az anyai, apai szerepekre való felkészülés mentálhigiénés vonatkozásai;
- az újszülött és a csecsemő táplálása, a szoptatás, az anyatej fontossága, szerepe az anya-gyermek kapcsolat erősítésében;
- a babamasszázs, az érintés „hatalma” - a vajúdás és a szülés alatti légzés és ajánlott testhelyzetek;
- a relaxációs technikák elsajátítása;
- aktuális szorongások feloldása;
- valamennyi jelenlévő terhest foglalkoztató kérdés szabad asszociációs megvitatása.

A második foglalkozás a jelen pszichés állapot megállapításával vette kezdetét. A résztvevők esetleges problémáinak megbeszélésére, valamint az előző alkalommal szerzett ismeretek reflexiójára is sor került a foglalkozás keretében.

Részletes megtárgyalásra kitűzött tárgykörként szerepelt:

- a szülés élettana, szisztematikusan összeállított, vetített képes előadás segítségével;
- az anatómiai és élettani sajátosságok megbeszélése, a terhesség alatti változások, a magzat fejlődése, a szülés és annak szakaszai;
- a pozitív megerősítés, a helytelen és főként szorongást, félelmet keltő gondolatok eloszlatásának hangsúlyozása;
- a szülés alatti lehetséges fájdalomcsillapítás kérdésköre, a légző és relaxációs technikák szerepe, majd annak csoportos gyakorlása;
- az anyai attitűd mozgósítása;
- a szülővé válásra, az anyai és apai szerepekre való felkészülés, az

apához fűződő elvárások számbavétele;

- a társas támasz jelentősége;
- a kommunikációs magatartások, az interperszonális kapcsolatok tudatos alakításának lehetősége;
- relaxáció, lazító gyakorlatok ismétlése;
- végül a foglalkozás nyújtotta új ismeretek, előremutató pozitív momentumok áttekintése és felsorakoztatása, valamint az egyéni reflexiók lehetősége következett.

A harmadik foglalkozás az előző találkozás óta történtek felvázolásával kezdődött, majd az alábbi témák szerint rendeződött:

- az anyatejes táplálás, a szoptatás jelentőségének kiemelt hangsúlyozása;
- videofilm megtekintése a rooming-in ápolási rendszer előnyeiről;
- a látottak nyomán szabad interakciók kialakulásának biztosítása
- az első előre helyezés kérdésköre, a technikai részletek, az emocionális és intellektuális hatások;
- az anyatej összetétele, a szoptatás és kötődés kapcsolata;
- a „meddig szoptassunk” problematika átbeszélése;
- a La Leche, a baba-mama klub, mint szervezett közösség mozgalmáról és a babamasszázs kurzusokról való tájékoztatás;
- a befejezést ezúttal is lazító gyakorlatok kísérték, majd a nap „kulcsszavai” kerültek rögzítésre a vizuáltáblán.

A negyedik, összefoglaló ülés tematikája azokkal a körülményekkel ismertette meg a terheseket, amelyek a gyermekágyas időszakban sokasodnak. Igény szerinti részletességgel szóltunk:

- az érintés fiziológiájáról, annak biológiai és érzelmi jelentőségéről;

- videofilmet tekinthettek meg az érdeklődő anyák a babamasszázsról;
- a film indukálta gondolatok kicserélésére, a felvetődött kérdések megvitatására is sor került;
- beszéltünk a nonverbalizmus párkapcsolatban betöltött szerepéről, a gyermekkori jelentőségéről, annak különböző fejlesztési lehetőségeiről;
- ezen foglalkozás alatt került sor a partneri támogatás PND megelőzésében nyújtható segítségének ismertetésére;
- lazító technikák beépítése;
- konzultáció.

A záró foglalkozás nemcsak az adott nap szakmai programját, hanem a 12 óra közös élményeit, esetleges hiányosságait is értékelte. Személyenként fogalmazódtak meg az esetleges további kérdések, észrevételek (szóban és írásban), majd elhangzottak a csoportvezetők adekvát ajánlásai.

A minőségbiztosítás kontrolljaként építettük a tematikába a tréningek végén helyet kapó közös (igény szerint egyéni) konzultáció, megbeszélés lehetőségét.

### **5.5. Epidemiológiai összehasonlítás az 1996-os és a 2006-os felmérés eredményeivel**

Végül a kérdőíves felmérés negyedik lépcsőjében **2006. január 21-től 2006. december 20.-ig** további 604 gyermekágyas asszonyt válogattunk be a vizsgálatba. Összesen 1009 terápiában nem részesült + 604 legutóbb tanulmányba vont, posztpartum 6. hetében lévő, csoport terápiában részt nem vett anya adatait hasonlítottuk össze az 1996-ban felvett 2229 gyermekágyas interjúlap adataival.

A két csoport közötti összevetést a terápiában nem részesült kategóriába tartozás feltétele tette lehetővé.



### 5.5.1. Az 1996-os és a 2006-os kérdőíves felmérés összehasonlító statisztikája

1996 és 2006-ban történt felmérés összehasonlítása során Fisher exakt tesztet (kontingencia táblázatok elemzésére szolgáló statisztikai próba) és Mann-Whitney féle U-tesztet használtuk (nem normális eloszlású minták esetén annak ellenőrzése, hogy a minta azonos sokaságba tartozik-e) a bináris összehasonlításokhoz a szociodemográfiai és a pszichoszociális jellemzők elemzésekor a kategórikus és folytonos változókra vonatkozóan mindkét évben. Az ordinális változók esetében az összehasonlítást  $\chi^2$ -próbával végeztük, amely a kategorizált változók eloszlásának összehasonlítására szolgál 2 vagy több független csoportban.

Mantel-Haenszel teszt segítségével hasonlítottuk össze azt, hogy a PND-től szenvedő anyákra jellemző változók különbsége a kontrollokhoz képest mennyi változást mutatott 1996-os évtől 2006-ra terjedően. A Mantel-Haenszel teszt az esélyhányadosok homogenitását vizsgálja (115, 116).

Kruskal-Wallis variancia analízist alkalmaztunk a csoportok közötti folytonos változók (LQ pontszámok) összehasonlításához. Ez akkor használatos, ha 3 vagy több csoportra történik a Mann -Whitney teszt kiterjesztése. Az LQ skálán elért pontszámok és a PND rizikótényezők közötti összefüggés lineáris korrelációval került elemzésre (Spearman-féle korreláció). Többszörös logisztikus regressziós analízis (a változók nem normális eloszlása esetén, az esemény bekövetkeztének valószínűségét tudjuk vizsgálni vele) segítségével egy modellt építettünk fel, melyben a demográfiai és a pszichoszociális jellemzők interakcióját hasonlítottuk össze 1996-ban és 2006-ban.

A függő változó (PND) becslésére vonatkozó szempontokat egyéni, lépcsőzetes beillesztés módszerével emeltük a modellbe és megvizsgáltuk a determinánsok közötti összefüggéseket. Független változóként az életkort, a lakhelyet, a családi állapotot, az iskolázottságot, a gyermekszámot, a nem tervezett vagy nem kívánt terhességet, korábbi depressziót, megelőző súlyos stresszes életeseményt, alacsony jövedelmet, a stabil párkapcsolat jelenlétét, családi illetve a partner támogatásának meglétét, a posztnatális periódus utáni munkát, a mindennapi életben a dolgok egyedüli menedzselésének tényét vettük figyelembe 1996-ban és 2006-ban is. A speciális interakciókat az egyes független változók között szintén megvizsgáltuk, hogy a modell minél szignifikánsabban

illeszkedjen az adatokra. Az 1996-os és a 2006-os modell közötti különbség tükrözi az egyes változók megváltozott súlyát 2006-ra (15,16. sz. táblázat).

A PND gyakoriságának változásával a kockázati tényezők is módosultak 1996-ról 2006-ra, melyek a két modell összehasonlításával elemezhetővé váltak. Az esélyhányadost illetve logisztikus regresszió esetében (egy esemény bekövetkeztét valószínűsíti, a változók nem normális eloszlásakor is) a kockázati esélyhányadost és a 95%-os megbízhatósági intervallumot minden statisztikai összehasonlításnál megadtuk a többszörös statisztikai próbák értékelésénél (15, 16. sz. táblázat).

## 6. EREDMÉNYEK

---

### 6.1. Az előfelmérés eredményei

A 5. táblázat az először jelentkező terhesek életkorát mutatja. Jellemző, hogy leggyakrabban (76,2%) az optimálisnak tartott 21-30 év közötti életkorban szülnek először. A mintában szereplők több mint 8%-a 16. és 20. életéve között vállalkozott első terhességének kihordására, míg 15, 5% -uk szült először 30 éves kora felett.

Először jelentkező terhes (N = 109)		
	n	%
Korcsoportok		
16-20 év	9	8,3
21-25 év	33	30,3
26-30 év	50	45,9
31-35 év	14	12,8
> 35 év	3	2,7

A 6. sz. táblázatban az először jelentkező terhesek gesztációs korát tüntettük fel. A legtöbben az első trimeszterben jelentkeztek, de a 14-28. terhességi héten is sokan (36,7 %) fordultak egészségügyi szolgálathoz.

Először jelentkező terhes (N = 109)		
Terhességi kor	n	%
0-13. hét	60	55,05
14-28. hét	40	36,70
29-40. hét	9	8,25

A felmért személyeket gyermektelen (n = 79), illetve korábban már szült (n = 87) csoportokra bontottuk a további táblázatokban. A gyermektelenek csoportjában szignifikáns módon természetesen többen (88,6% vs. 63,2%) tervezték, illetve érhetően kevesebben bánták meg (8,9% vs. 24,1%) a terhességüket (7. sz. táblázat).

<b>7. táblázat. A Dél-Kelet- magyarországi régióban, előzetes vizsgálatban részt vevő Leverton-tesztel felmért (n= 79) gyermektelen illetve (n=87) korábban már szült összehasonlítása a gyermekvárás attitűdje szerint</b>					
	Gyermektelen (n= 79)		Korábban már szült (n= 87)		P-érték
	n	%	n	%	
Tervezett terhesség	70	88,6	55	63,2	< 0,001
Megbánta a terhességét	7	8,9	21	24,1	< 0,05

A megkérdezettek dysmenorrhoeás panaszainak gyakoriságában nem mutatkozott különbség a két csoport tagjai között (8. sz. táblázat). A korábban már szültek kissé alacsonyabb arányban tapasztaltak időszakonként fellépő dysmenorrhoeás tüneteket, de az eltérés nem volt szignifikáns.

<b>8. táblázat. A Dél-Kelet- magyarországi régióban, előzetes vizsgálatban részt vevő, Leverton-tesztel felmért (n= 79) gyermektelen illetve (n = 87) korábban már szült nőgyógyászati anamnézise</b>					
	Gyermektelen (n = 79)		Korábban már szült (n = 87)		P-érték
	n	%	n	%	
Rendszeres menstruációs ciklusok	76	96,2	82	94,3	NSZ*
Fájdalmas menstruáció	63	79,7	68	78,2	NSZ*
Feszültség a menstruáció alatt	63	79,7	57	65,5	NSZ*
Ingerlékenység a menstruáció alatt	59	74,7	55	63,2	NSZ*

\*NSZ: statisztikailag nem szignifikáns.

A 9. sz. táblázat az antenatálisan illetve a posztnatálisan felmért csoportok LQ-ra adott válaszainak értékelése, mely utal a depresszió tüneteire. Az antenatálisan felmérték szignifikáns módon gyakrabban szenvedtek hányingertől illetve emésztéses panaszoktól. A szülést követően a megkérdezettek jóval gyakrabban érznek megbánást korábbi családtervezési magatartásuk miatt. Mindkét csoport jelentős mértékben volt nyugtalan, de a posztnatális időszakban megkérdezettek fokozottabb arányban.

**9. táblázat. A Leverton kérdőív depresszió tüneteire utaló értékeinek összehasonlítása a Dél-Kelet-magyarországi régióban, Leverton-teszttel felmért először jelentkező terhes (N = 109) illetve gyermekágyasokra (N = 57) vonatkoztatva**

	Antenatálisan felmérték (N = 109)		Posztnatálisan felmérték (N = 57)		P-érték
	n	%	n	%	
Gyakori rossz hangulat	20	18.3	5	8.8	NSZ*
Szédülés, légszomj	58	53,2	23	40,4	NSZ*
Lassúbb gondolkodás	18	16,5	11	19.3	NSZ*
Ájulás érzés	48	44.0	20	35.1	NSZ*
Hányinger, emésztési zavarok	45	42.1	10	17.5	< 0,05
Túl sok erőfeszítés	78	71,6	45	78,9	NSZ*
Nyugtalanág	86	78.9	55	96.5	< 0,05
Végtag zsibbadás	32	29,4	15	26,3	NSZ*
Megbánt korábbi magatartás	8	7,3	10	17,5	< 0,05
Pánik érzés	12	11.0	5	8.8	NSZ*
Étvágytalanság	15	13.8	12	21.1	NSZ*
Korai ébredés	47	43,1	32	56,1	NSZ*
Aggodalmaskodás	63	57.8	37	64.9	NSZ*
Fáradtság	86	80,4	45	78,9	NSZ*
Hosszú szomorú időszak	46	42,2	24	57,8	NSZ*
Belső feszültség	23	21.1	12	21.1	NSZ*
Alvászavar	21	19.6	10	17.5	NSZ*
Krízishelyzetet él át	8	7.3	5	8.8	NSZ*
Izzadtság, erős szívdobogásérzés	14	12,8	12	21,1	NSZ*
Sírhatnékja van	80	74,8	42	73,7	NSZ*
Rossz álmok	53	48,6	32	56,1	NSZ*
Csökkenett libidó	43	39,4	14	24,6	NSZ*
Elvesztette a szimpátiát másokkal szemben	7	6,4	1	1,8	NSZ*

\*NSZ: statisztikailag nem szignifikáns.

## **6.2. A Leverton kérdőív PND szűrésére irányuló alkalmazhatóságának vizsgálata: a validálás eredménye**

A 9/10 ponthatár a mi felmérésünkben az összes minor és major depresszió kimutatását lehetővé teszi (specificitás: 100,0%), de alacsony PPÉ-t (Pozítív Predíktív Érték) eredményez (56%). A PPÉ a helyesen diagnosztizált betegek között a pozitív teszt eredménnyel rendelkezők arányát mutatja. Amennyiben a ponthatárt 11/12-ig emeljük a major depresszió eseteinek 100%-át tudjuk felismerni, míg a major és minor depressziót együttesen (PND) 85,0%-os szenzitivitással, 94%-os specificitással és egy magasabb PPÉ-értékkel (63%). Emiatt a 11/12 küszöb alkalmas a PND szűrésére az LQ-val.

Magasabb vágóérték (12/13) a szenzitivitás csökkenését eredményezi a PND-re nézve (73,2%) és a major depressziós esetek 12,5%-a sem lenne diagnosztizálva, ugyanakkor a PPÉ 70%-ig javulna.

Az átlagos LQ pontszámok a nem depressziós (n=28) és a minor (n=5) illetve major depressziós (n=2) anyák esetében az alábbiak szerint alakultak: 6,84 (S.D. = 2,17; tól-ig: 1-12), 11,53 (S.D. = 1,3; tól-ig: 10-14), és 16,14 (S.D. = 3,59; tól-ig: 12-29).

A 10.sz. táblázat a 24 Leverton-tétel megbízhatóságát mutatja a homogenitás tekintetében. Az LQ kiváló belső konzisztenciát jelzett (Cronbach  $\alpha = 0,77$ ). Az  $\alpha$  koefficiens az összes esetben minimum 0,753 volt, a kérdések egymással való összefüggését igazolva.

<b>10. táblázat. Az LQ egyes kérdéseire tartozó Cronbach <math>\alpha</math> értékek</b>	
	Cronbach $\alpha$ érték
LQ	0,770
Az LQ kérdései	Az LQ Cronbach $\alpha$ értéke az adott kérdés nélkül
1. Gyakran rossz hangulata van, minden ok nélkül?	0,755
2. Zavarja-e szédülése vagy légszomja?	0,759
3. Tud-e olyan gyorsan gondolkodni, mint korábban szokott?	0,764
4. Érezte- már úgy, hogy el fog ájulni?	0,765
5. Van-e hányingere, emésztési zavara?	0,769
6. Érti-e úgy, hogy az élet túl sok erőfeszítést követel Öntől?	0,762
7. Érti-e nyugtalannak magát?	0,761
8. Érez-e szűró vagy csiklandó érzést?	0,764
9. Sok mindent bán-e korábbi magatartásából?	0,763
10. Érez-e néha valódi pánikot?	0,760
11. Étvágytalanná vált-e az utóbbi időben?	0,773
12. Felébred-e kora hajnalban?	0,780
13. Aggodalmaskodó személynek tartja-e magát?	0,766
14. Nagyon fáradt-e?	0,760
15. Vannak-e hosszú, szomorú korszakai?	0,754
16. Érez-e belső feszültséget?	0,753
17. Könnyen alszik-e mostanában?	0,770
18. Nehéz-e szembenéznie a krízisekkel?	0,765
19. Érezte-e már valaha, hogy majd szétrobban?	0,775
20. Gyakran szenved-e izzadtságtól vagy erős szívdobogástól?	0,753
21. Van-e sírhatnékja?	0,761
22. Vannak e rémálmai, amik ébredés után is zavarják?	0,774
23. Változott-e mostanában szexuális érdeklődése?	0,780
24. Elvesztette-e szimpátiaképességét?	0,769

A 11. sz. táblázat az LQ és a BDI pontszámok közötti korrelációt mutatja.

Az LQ és a BDI szignifikánsan lineárisan korrelált ( $r = 0,65$ ), ami azt jelenti, hogy az LQ képes jól mérni a depresszió tüneteit. A BDI szomatikus alskálája nem korrelált erősen az LQ pontszámokkal ( $r = 0,27$ ). Szembetűnő, hogy az LQ a BDI kognitív alskálájával ( $r = 0,58$ ) ismételten csak jól korrelált. A Leverton-teszt valid és a depressziót méri, mivel szorosan korrelál a Beck-skálával.

<b>11. táblázat. Az LQ és a BDI alskálái közötti összefüggés</b>		
	LQ össz. pontszám	
	r*	P érték
BDI össz pontszám	0,65	<0,001
BDI Kognitív-affektív alskála	0,58	<0,001
BDI Testi tünetek alskála	0,27	<0,001

r\*: Spearman korrelációs koefficiens.

### 6.3. A csoportfoglalkozások hatása a várandósokra

A gyermekágyas időszak 6. hetében megismételve az LQ felvételét, a várandósság alatt csoportfoglalkozásokon részt vettek (N=710) körében szignifikánsan alacsonyabb (n=90), azaz 12,7%-os volt a kérdőívvel felmérhető PND aránya, míg az azon részt nem vettek körében (N=1009) 17,5%-os értéket mértünk. Az LQ-pontszámok is szignifikánsan alacsonyabbak voltak a foglalkozásokba bevontak körében (12.táblázat).

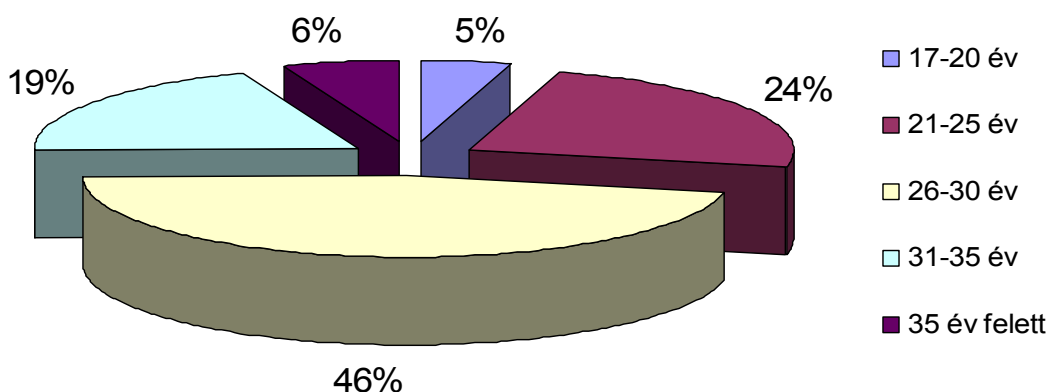
<b>12. táblázat. A PND gyakorisága illetve az LQ pontszámok a terápiais és a kontrollcsoportban</b>						
	Csoportfoglalkozáson részt vett gyermekágyasok (N=710)		Nem kezelt gyermekágyasok (N=1009)		P érték **	OR (95% KI) ***
	n	%	n	%		
PND	90	12,7	177	17,5	<0,01	0,68 (0,52-0,90)
LQ pontszámok szülést követően*	9,43±2,168		10,12±3,632		<0,001	

\*: Folytonos változók prezentációja: átlag ± standard deviáció (S.D.); \*\*: a folytonos változók összehasonlítása Mann-Whitney U-tesztel; \*\*\*: esélyhányados és 95% megbízhatósági intervallum.



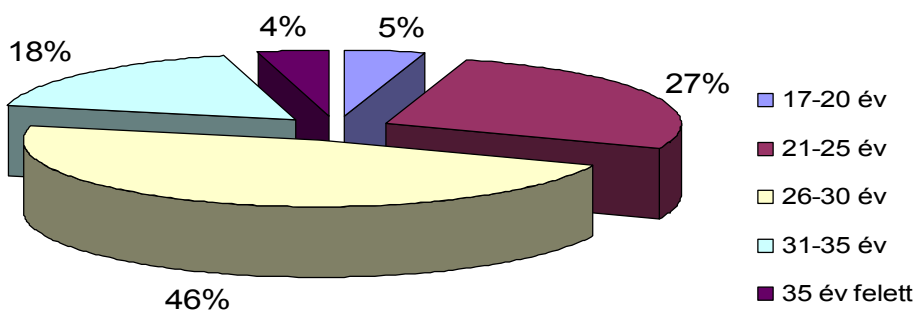
### 6.3.1. Csoportfoglalkozások hatékonyságának észlelése a LQ-tel

A terápiás csoportba előzetes szelekciót követően (statisztikai alapadatok, a csoportfoglalkozáson való részvételi igény), véletlen beválogatás - randomizálás - útján kerültek a résztvevő várandós anyák. A vizsgálat kutatás-módszertani szempontból a kontrollált, egyszeres vak vizsgálati elrendezésnek felel meg. A két csoport jellemzőinek összehasonlítását tükrözik az 1-5. sz. ábrák.



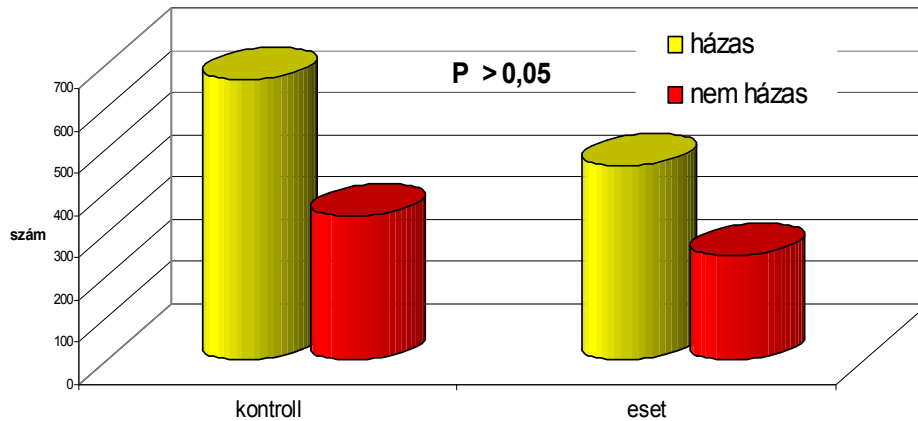
1. ábra A kontrollcsoportba tartozó terhesek életkor szerinti megoszlása

A legfiatalabbak képezik a legkisebb részvételi arányt, a legmagasabb részvételt a 26-30 év közötti korosztály adja. Magas a 30 év felettek jelenléte a mintában.



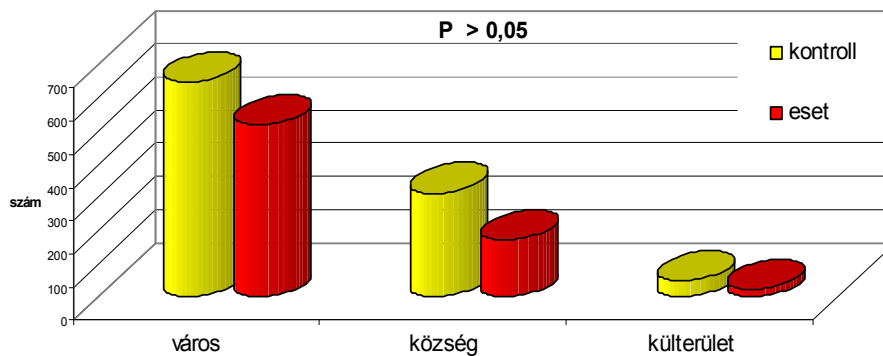
2. ábra A terápiás csoportba tartozó terhesek életkor szerinti megoszlása

A kontroll csoporttal szinte majdnem teljesen megegyezik a terápiás csoportban résztvevők életkor szerinti megoszlásának aránya. Az eltérés a 21-25 év közöttiek 3%-kal magasabb, míg a legidősebb 35 év felettek 2%-kal alacsonyabb jelenlétében tapasztalható.



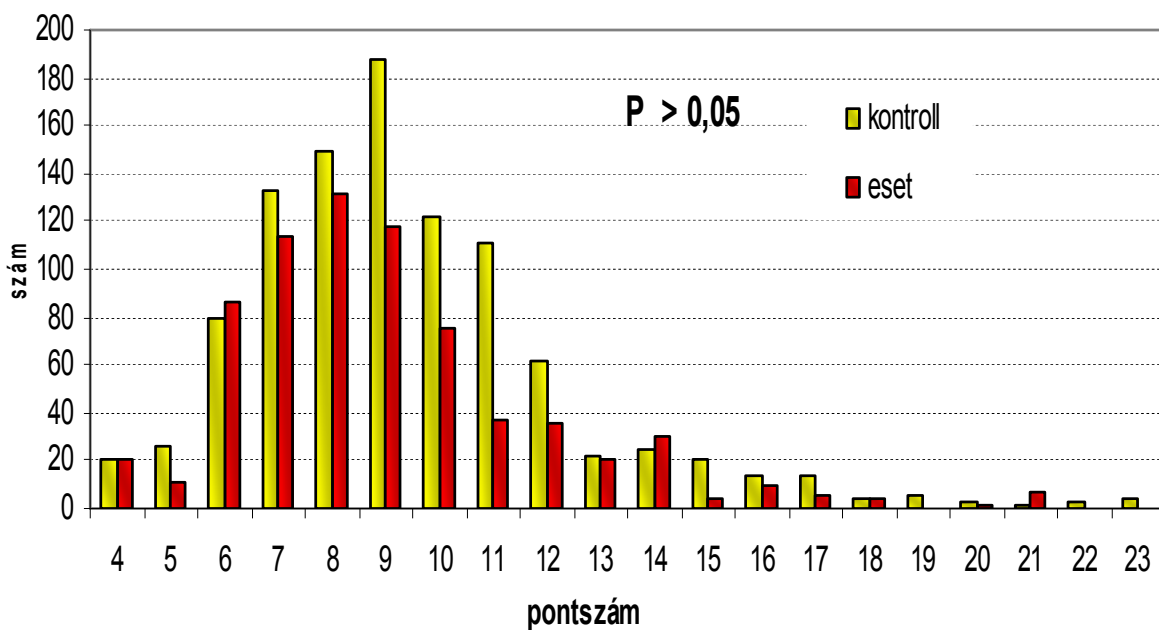
**3. ábra A vizsgált csoportok családi állapota**

A vizsgált mintában a kontroll és a terápiás esetek között a házasok és nem házasok aránya statisztikailag szignifikáns mértékben nem különbözött: a terápiás és a kontroll csoportban hozzávetőleg ugyanakkora volt a házasok aránya.



**4. ábra A vizsgált csoportok lakóhelye**

A vizsgált mintában a kontrollok és a terápiás esetek aránya település típusonként statisztikailag azonosnak tekinthető: a kontroll személyek száma minden település típuson mintegy másfélszerese volt a terápiás csoport tagjai számának.



### 5. ábra A vizsgált csoportok LQ pontszáma

Az LQ pontszám (5. sz. ábra) egyes értékeiben a 4, 6, 14, és 21 értékektől eltekintve minden esetben nagyobb volt a kontrollok száma. Az egyes értékekben mutatkozó különbségek összességében nem jeleztek statisztikai szignifikanciát.

Az 5. sz. ábra mutatja a Leverton-teszt összpontszámainak eloszlását. Az illesztett normál eloszlású görbe jól szemlélteti, hogy a minta követi a Gauss-eloszlást.

A csoportfoglalkozásokon részt vett illetve a kontroll anyák esetében a társadalmi és szülészeti jellemzők részletes összehasonlítása a 13. és 14. sz. táblázatban látható.

Nem adódott jelentős eltérés az életkorban, a lakhelyben és az iskolázottságban a PND-s és egészségesek között sem a „kezelt” sem a „nem kezelt” csoportban.

A terápián részt vett, de ennek ellenére a posztnatális stádiumban depresszióssá vált anyák között magas volt a hajadonok aránya (51,1%). Hasonlóan magasnak bizonyult ugyanez a csoportfoglalkozást kihagyó PND-s (41,2%) és egészségesek (32,5%) esetében.

A PND-s anyák kevesebb gyermeket vállaltak (átlag: 1,29), mint a depressziót a

gyermekágyi időszakban elkerülők (átlag: 1,41); akár a foglalkozásokon részt vettek ( $P < 0,001$ ), illetve az abból kimaradók körében (átlag: 1,7 vs. átlag: 1,5;  $P < 0,001$ ).

A gyermekszámbeli eltérés ellenére az először szülők megoszlása nem különbözött szignifikánsan egymástól a négy csoportban (55,6% vs. 60,0% illetve 57,1% vs. 62,0%).

Megelőző abortusz esetében változás volt megfigyelhető a csoportfoglalkozásokon részt vett PND-sek (OR: 0,83) illetve az abból kimaradt PND-sek arányát illetően, a nem PND-sekhez viszonyítva (OR: 0,6) ( $P < 0,001$ ).

Korábbi kedvezőtlen terhességi kimenetel gyakrabban szerepelt a PND-s anyáknál mind a csoportterápián részt vevők, mind a csoportterápián részt nem vettek körében (37,8% vs. 26,9%). Az arányokat tekintve is meghatározó volt a különbség a terápiás és a kontroll csoportban (OR: 1,69 vs. OR: 2,16;  $P < 0,001$ ).

A terhességet megelőző infertilitás és sterilitás ritkábban fordult elő a PND-s anyáknál a terápián részt vettek (15,6% vs. 18,1% illetve 4,4% vs. 9,2%) és az azon részt nem vettek között (9,6% vs. 16,0%, illetve 3,4% vs. 5,0%) A terhesség előtti infertilitás csak a kontrolloknál érte el a szignifikáns szintet, de a terápiás csoport és a kontrollok arányainak összehasonlítása szignifikáns különbséget hozott mindkét változó esetében (0,84 vs. 0,56;  $P < 0,001$  illetve 0,46 vs. 0,66;  $P < 0,001$ ) (13. sz. táblázat).

**13. táblázat. A PND szociális tényezői a csoportfoglalkozáson részt vettek (N=710) és a kontrollok körében (N=1009)**

	Csoportfoglalkozáson részt vett gravidák (N=710)				P érték*	OR (95% CI) *	Csoportfoglalkozáson nem vett részt gravidák (N=1009)				P érték*	OR (95% KI) *	P érték**
	Nem PND anyák(<12LQ pont (n=620))		PND (≥12LQ pont) (n=90)				NemPND anyák (<12 LQ pont) (n=832)		PND (≥12LQpont) (n=177)				
	n	%	n	%			n	%	n	%			
Életkor (átlag±S.D.)(év)	27,46±3,97		27,08±5,19		NSZ** *		27,51±4,07		27,77±5,00		NSZ** *		
Iskolázottság													
Alapfok	80	12,9	12	13,3	NSZ** *		101	12,1	32	18,1	NSZ** *		
Középfok	291	46,9	39	43,3			381	45,8	74	41,8			
Felsőfok	249	40,2	39	43,3			350	42,1	71	40,1			
Lakhely													
Város	452	73,0	66	73,3	NSZ** *		543	65,3	104	58,8	NSZ** *		
Falu	151	24,3	19	21,1			254	30,5	60	33,9			
Külterület	17	2,8	5	5,6			35	4,2	13	7,3			

13. táblázat. folytatása													
Családi állapot													
Házas vagy együttél	417	67,3	44	48,9	0,001	0,47 (0,30-0,73)	562	67,5	104	58,8	0,03	0,68 (0,49-0,96)	<0,001
Gyerekszám (átlag±S.D.)	1,80±1,23		1,24±1,43		<0,001		1,72±0,90		1,50±1,30		<0,001		<0,001
Primiparitás	372	60,0	50	55,6	NSZ** *	0,83 (0,53-1,30)	516	62,0	101	57,1	NSZ** *	0,81 (0,59-1,13)	NSZ
Megelőző abortusz	105	16,9	13	14,4	NSZ** *	0,83 (0,44-1,55)	166	20,0	23	13,0	0,34	0,60 (0,37-0,96)	<0,001
Korábbi kedvezőtlen terhességi kimenetel	164	26,9	34	37,8	0,044	1,69 (1,06-2,68)	183	22,0	67	37,9	<0,001	2,16 (1,53-3,05)	<0,001
Terhességet megelőző infertilitás	112	18,1	14	15,6	NSZ** *	0,84 (0,46-1,53)	133	16,0	17	9,6	0,036	0,56 (0,33-0,95)	<0,001
Terhesség előtti sterilitás	57	9,2	4	4,4	NSZ** *	0,46 (0,16-1,30)	42	5,0	6	3,4	NSZ** *	0,66 (0,28-1,58)	<0,001

\*: *P* érték, esélyhányados (odds ráta) és 95%-os megbízhatósági intervallum (konfidencia intervallum); kategórikus változók összehasonlítása Fisher exakt teszttel vagy  $\chi^2$ -teszt esetében; \*\*: *P* érték; Mantel-Haenszel teszt; \*\*\*: statisztikailag nem szignifikáns.

Mind a csoportfoglalkozáson részt vett (54,3%, OR=8,25), mind az abból kimaradt (57,6%, OR=10,7) asszonyok esetében az AND gyakoribb volt a később PND-sé váltak körében.

Általánosan jellemző mindkét csoportra, hogy akik később PND-sek lettek, azok kevésbé örültek a terhességüknek és kevésbé is tervezték azt, arányosan kevesebben éltek stabil párkapcsolatban hiányolva partnerük vagy családjuk támogatását.

Gyakrabban részesültek antidepresszív kezelésben, valamint tapasztaltak nagyfokú stresszel járó életeseményt, és előzményükben major depresszió szerepelt, kevesebben akartak visszamenni dolgozni szülés után 2 évvel, és többen számoltak be alacsony gazdasági státuszról.

Jelenleg a depresszió gyógyszeres terápiája ezekben a csoportokban is lényegesen elmarad attól a szinttől, amit a mi LQ-értékeink indikálnának. A később PND-sekké vált asszonyok a problémákat ugyanúgy próbálták önállóan menedzselni a csoportterápiás és a nem kezelt csoportokban egyaránt (14. sz. táblázat).

**14. táblázat. A PND pszichoszociális tényezői a csoportfoglalkozáson részt vettek (N=710) és a kontrollok körében (N=1009)**

	Csoportfoglalkozáson részt vett gravidák (N=710)				P érték*	OR (95% CI) *	Csoportfoglalkozásont nem vett részt gravidák (N=1009)				P érték*	OR (95% KI) *	P érték**
	Nem PND anyák (< 12 LQ pont) (n=620)		PND (≥12 LQ pont) (n=90)				Nem PND anyák (< 12 LQ pont) (n=832)		PND (≥12 LQ pont) (n=177)				
	n	%	n	%			n	%	n	%			
Antenatális depresszió	78	12,6	38	54,3	<0,001	8,25 (4,87-13,97)	99	11,9	102	57,6	<0,001	10,07 (6,99-14,50)	<0,001
Örül a terhességnek	600	96,8	75	83,3	<0,001	0,17 (0,08-0,34)	761	91,5	145	81,9	<0,001	0,42 (0,27-0,66)	<0,05
Tervezett terhesség	532	85,8	65	72,2	0,002	0,43 (0,26-0,72)	682	82,0	98	55,4	<0,001	0,27 (0,19-0,38)	NSZ***
Nem kívánt terhesség	11	1,8	4	4,4	NSZ***	2,57 (0,80-8,27)	21	2,5	5	1,8	NSZ***	0,71 (0,26-1,90)	<0,001
Stabil párkapcsolat	602	97,1	20	22,2	<0,001	0,01 (0,00-0,02)	770	65,0	35	19,8	<0,001	0,15 (0,10-0,22)	<0,001
Partner támogatása	620	100	56	62,2	<0,001	0,62 (0,53-0,73)	620	74,5	33	18,6	<0,001	0,08 (0,05-0,12)	<0,001
Család támogatása	485	78,2	55	61,1	<0,001	0,44 (0,27-0,70)	540	64,9	88	49,7	<0,001	0,53 (0,38-0,74)	<0,05
Mindennapi problémák önálló menedzselése	330	53,2	58	64,4	0,054	1,59 (1,01-2,52)	420	50,5	119	67,2	<0,001	2,01 (1,43-2,83)	NSZ***
Korábbi major depresszió	30	4,8	25	27,8	<0,001	7,56 (4,20-13,64)	26	3,1	14	7,9	0,009	2,66 (1,36-5,21)	<0,001
Jelenleg depresszió gyógyszeres terápiaja	5	0,8	2	2,2	NSZ***	2,79 (2,53-4,81)	5	0,6	4	2,3	NSZ***	3,82 (1,02-14,39)	<0,001
Elmúlt egy évben stresszes életesemény	150	24,2	40	44,4	<0,001	2,51 (1,59-3,95)	191	23,0	85	48,0	<0,001	3,10 (2,22-4,34)	NSZ***
Vissza akar menni dolgozni a posztnatális periódus végétől	326	52,6	30	33,3	0,001	0,45 (0,28-0,72)	411	49,4	62	35,0	<0,001	0,55 (0,39-0,77)	NSZ***
Anyagi gondok	65	10,5	36	40,0	<0,001	5,69 (3,47-9,33)	80	9,6	53	29,9	<0,001	4,02 (2,71-5,97)	<0,05

\*: P érték, esélyhányados (odds ráta) és 95%-os megbízhatósági intervallum (konfidencia intervallum); kategórikus változók összehasonlítása Fisher exakt teszttel vagy  $\chi^2$ -teszt esetében; \*\*: P érték; Mantel-Haenszel teszt; \*\*\*: statisztikailag nem szignifikáns.



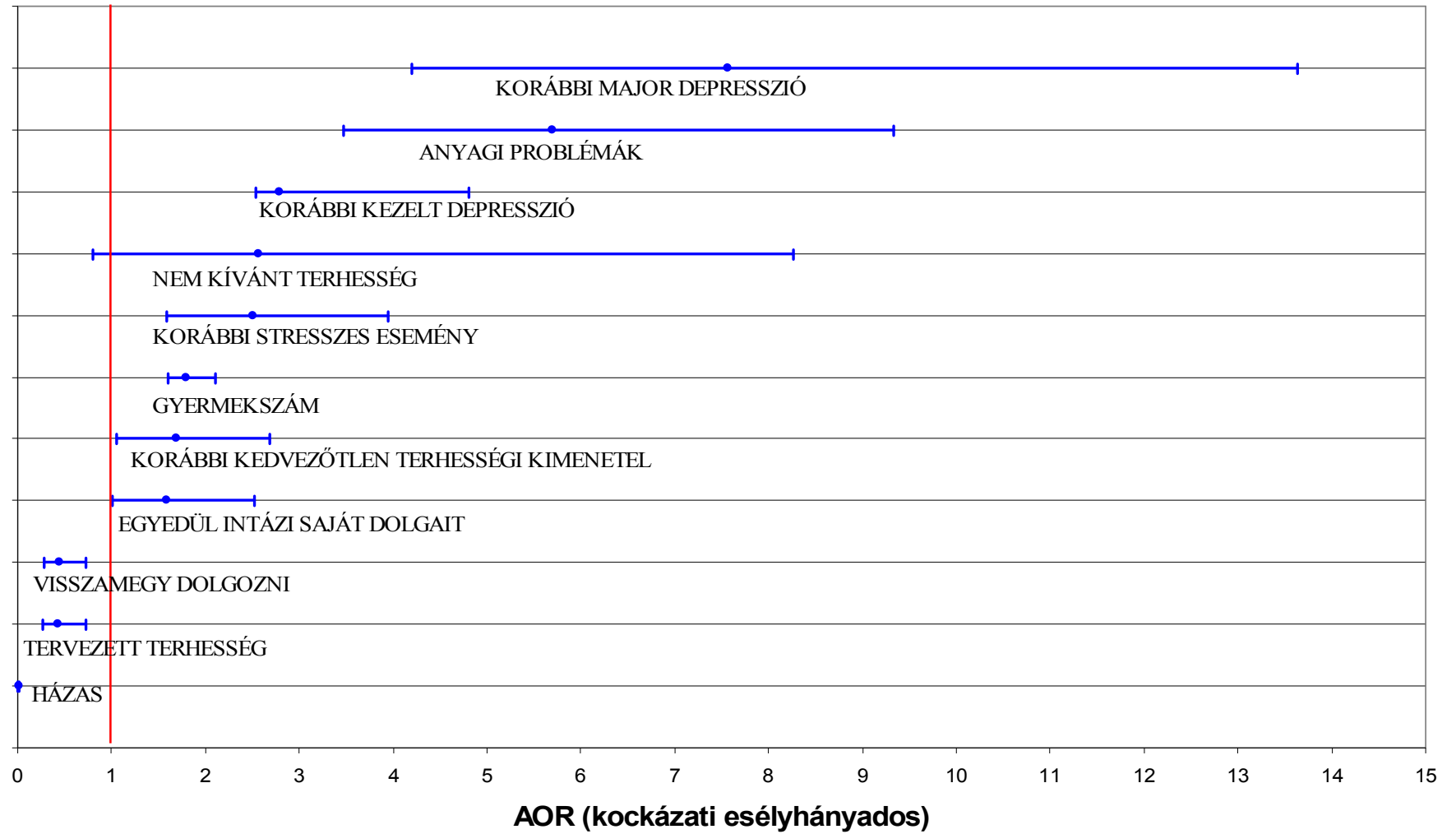
Az általunk legfontosabbnak tartott eredmény a csoportfoglalkozások hatása a PND előfordulási gyakoriságára. Amennyiben a terhesség alatt mért LQ pontszámok közel megegyeznek a kezelt és a nem kezelt csoportban, akkor a posztnatális LQ-ban illetve a PND gyakoriságában mérhető különbség vélhetően a csoportfoglalkozások hatásának köszönhető.

A Mantel-Haenszel tesztek mutatják, hogy a csoportterápia a házások, a több gyerekkel rendelkezők, a korábbi kedvezőtlen terhességi kimenetel esetében jobban csökkentette a PND kialakulását (13. sz. táblázat).

Míg a megelőzően terhesség megszakításon átesett, illetve a terhességet megelőző infertilitás esetében nem csökkentette a terápiás foglalkozás a PND esélyét, az AND-sek esetében mérsékelte a csoportfoglalkozás a PND kialakulásának lehetőségét (13. sz. táblázat).

### **6.3.2. PND kockázati tényezők feltárása 2006-ban**

Az alábbiakban mutatjuk be a PND előfordulását egyszerre befolyásoló szociodemográfiai és pszichoszociális kockázati tényezők feltárását a 2006-ban csoportfoglalkozáson részt vett (N=710) illetve azon részt nem vett (N=1009) gravidák esetében logisztikus regresszió segítségével. A PND kockázati tényezőit a kezelt illetve a nem kezelt csoportban a 6. és 7. sz. ábra foglalja össze.



6. ábra Csoportfoglalkozáson résztvevők rizikótényezői és védőfaktorai

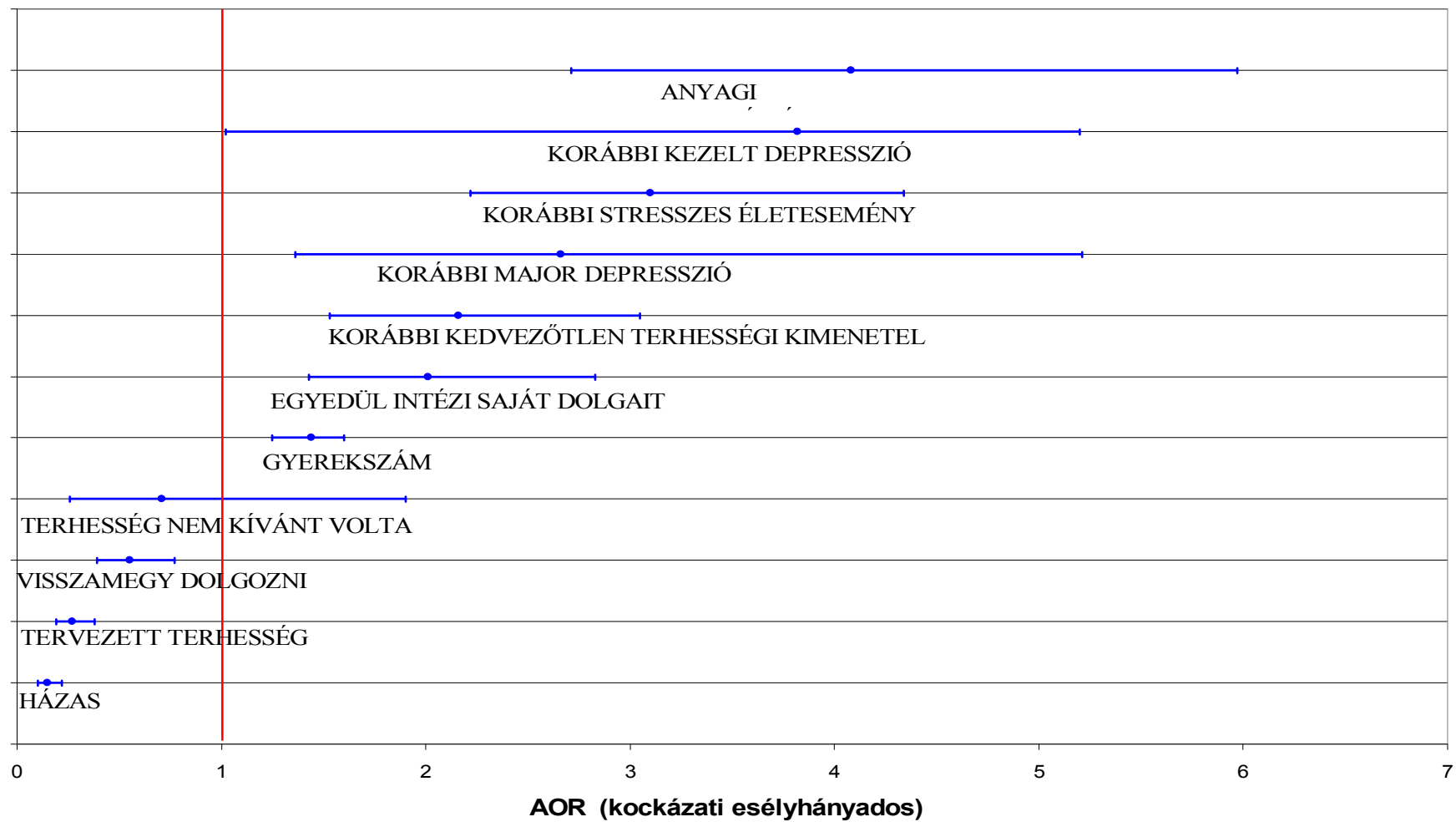
## Csoportfoglalkozáson résztvettek PND rizikótényezői és védőfaktorai

A terhesség alatt csoportterápián részt vett, majd a gyermekágyban interjú alá vont anyák eseteiben a befolyásoló tényezők közül az alábbiak **csökkentették** szignifikánsan a PND kialakulását:

- a házas családi állapot [AOR: **0,01**; (95% KI: 0,00-0,02);  $P < 0,001$ ],
- tervezett terhesség [AOR: **0,43**; (95% KI: 0,26-0,72);  $P=0,002$ ],
- a posztnatális periódus utáni 2. évet követő munkába való visszatérés [AOR: **0,45**; (95% KI: 0,28-0,72);  $P=0,001$ ].

A PND kialakulási rizikóját az alábbi tényezők, a következő mértékben **növelték** a csoportterápián résztvetteknél:

- egyedül intézi saját dolgait [AOR: **1,59** (95% KI: 1,01-2,52);  $P=0,054$ ],
- a korábbi kedvezőtlen terhességi kimenetel [AOR: **1,69**; (95% KI: 1,06-2,68);  $P = 0,044$ ],
- gyermekszám [AOR: **1,8** (95% KI: 1,6-2,1);  $P<0,001$ ],
- korábbi stresszes esemény [AOR: **2,51** (95% KI: 1,59-3,95);  $P<0,001$ ],
- nem kívánt terhesség [AOR: **2,57** (95% KI: 0,80-8,27)],
- az előzményekben szereplő kezelt depresszió [AOR: **2,79**; (95% KI: 2,53-4,81)],
- anyagi problémák [AOR: **5,69** (95% KI: 3,47-9,33);  $P<0,001$ ],
- korábbi major depresszió [AOR:**7,56**; (95% KI: 4,20-13,64);  $P < 0,001$ ].



7. ábra Kontroll csoport PND rizikótényezői és védőfaktorai

### **Kontroll csoport PND rizikótényezői és védőfaktorai**

A csoportterápián részt nem vettek esetében a befolyásoló tényezők közül az alábbiak a következő mértékben **csökkentették** szignifikánsan a PND kialakulását:

- a házas családi állapot [AOR: **0,15**; (95% KI: 0,10-0,22);  $P < 0,001$ ],
- tervezett terhesség [AOR: **0,27**; (95% KI: 0,19-0,38)],
- a posztnatális periódus utáni 2. évet követő munkába való visszatérés [AOR: **0,55**; (95% KI: 0,39-0,77)],
- terhesség nem kívánt volta [AOR: **0,71**; (95% KI: 0,26-1,90);  $P < 0,001$ ].

Az alábbiak különböző mértékben **növelték** a PND kialakulásának rizikóját.

- a gyerekszám [AOR: **1,44**; (95% KI: 1,25-1,60);  $P = 0,008$ ],
- a hétköznapi dolgok egyedüli menedzselésének ténye [AOR: **2,01**; (95% KI: 1,43-2,83)],
- korábbi kedvezőtlen terhességi kimenetel [AOR: **2,16**; (95% KI: 1,53-3,05);  $P < 0,001$ ],
- a korábbi major depresszió [AOR: **2,66**; (95% KI: 1,36-5,21);  $P = 0,001$ ],
- a korábbi stresszes életesemény [AOR: **3,10**; (95% KI: 2,22-4,34)],
- korábban kezelt depresszió [AOR: **3,82**; (95% KI: 1,02-5,2);  $P < 0,001$ ],
- az anyagi problémák [AOR: **4,02**; (95% KI: 2,71-5,97);  $P < 0,05$ ].

### **6.4. A PND Dél-Kelet- magyarországi gyakoriságának mérése**

A PND előfordulási gyakoriságának meghatározása Dél-Kelet-Magyarországon 1996. és a 2006. évben, valamint a PND előfordulását befolyásoló szociodemográfiai és pszichoszociális kockázati tényezőinek feltárása az alábbiakban kerül részletezésre.

#### **6.4.1. A szociodemográfiai és pszichoszociális jellemzők 1996-ban (N = 2229) és 2006-ban (N = 1613)**

Ugyanannyi időtartamra terjedően koncentráltunk mindkét évben, azért hogy idő intervallumban is összehasonlítható legyen a két populáció, illetve a PND-ben rejlő lehetséges szezonális ingadozásokat kiküszöböljük. Az 1996-ban és 2006-ban tanulmányozott csoportok társadalmi és demográfiai jellemzői valamint a terhességi anamnézisre vonatkozó adatai a 15. sz. táblázatban kerültek feltüntetésre.

1996-ban 333-an (14,9%) érték el  $\geq 12$  LQ pontszámot, míg szignifikánsan több (281) anya bizonyult depressziósnak 2006-ban (17,4%;  $P < 0,001$ ).

A PND-ben szenvedő anyák 1996-ban fiatalabbak voltak ( $P=0,003$ ) a kontrollcsoportéhoz képest, míg 2006-ban ez nem érvényesült.

Szignifikáns változás volt megfigyelhető a kiválasztott mintákban a lakhelyet illetően 1996-ban, mivel jelentősen több PND-s válaszadó lakott városban (79,9%) mint a kontrollok között (65,5%) ( $P < 0,001$ ). 2006-ban ez nem volt tapasztalható.

A kontroll csoport (egészségesek) tagjai között többen éltek házasságban 1996-ban (78,9%) ( $P < 0,001$ ) és 2006-ban is (67,6%) ( $P = 0,005$ ). 10 év elteltével 11,3%-kal nőtt a házasságon kívüli gyermeket váró anyák aránya.

Az iskolai végzettség tekintetében 1996-ban és 2006-ban is majdnem megegyező megoszlású volt az iskolázottság 3 szintjének előfordulása mind a PND-s anyák mind a kontrollok körében, de a felsőfokú tanulmányokkal rendelkezők PND-s gyakorisága magasabbnak bizonyult 2006-ban, mint 10 évvel korábban.

Nagyon hasonló az arány a primiparákat tekintve 1996-ban és 2006-ban is az egyes csoportokat illetően (36,3% vs. 31,7% és 59,5% vs. 55,9%). A két évjárat közötti különbség viszont már eltolódást mutat a 2006-os magasabb először szülő előfordulás gyakoriságára vonatkozóan.

A terhesség tervezése szintén egy jelentős megkülönböztető tényezőnek bizonyult a felmért PND-sek és a kontrollok között. A nem tervezett terhességek aránya 1996-ban 18,0% vs. 11,6% és 2006-ban 44,5% vs. 19,9%. Az évjáratok közötti eltérés szintén emelkedő tendenciát mutat 1996-ról 2006-ra. Szignifikánsan kevesebb PND-s anya nem tervezte a terhességét a kontrollokhoz képest 1996-ban (OR = 1,68; P = 0,002), mint 2006-ban (OR = 3,22; P<0,001).

Kisebb különbség vehető észre a két csoport között a nem kívánt terhesség arányát tekintve 1996-ban (5,4% vs. 3,6%), míg 2006-ban több anya nem óhajtotta a terhességét a kontrollcsoportban (0% vs. 2,3%). A nem kívánt terhesség esélye 1,54-szer volt nagyobb 1996-ban a PND-s anyák körében, viszont 0,98-szor alacsonyabb 2006-ban, amely különbség nem bizonyult szignifikánsnak.

**15. táblázat. Szociodemográfiai és a terhességi anamnézisre vonatkozó kérdések a tanulmányozott csoportokban 1996-ban (N=2229) és 2006-ban (N=1613)**

	1996-ban felmért személyek (N=2229)				P érték***	OR (95% CI) ***	2006-ban felmért személyek (N=1613)				P érték***	OR (95% KI) ***	P érték****
	Nem depressziós anyák (< 12 LQ pont) (n=1896)		PND (≥12 LQ pont) (n=333)				Nem depressziós anyák (< 12 LQ pont) (n=1332)		PND (≥12LQ pont) (n=281)				
	n	%	n	%			n	%	n	%			
Életkor (átlag±SD)*(év)	24,6±4,75		23,8±4,37		0,003		27,8±4,32		27,8±5,27		NS*****		
Lakhely													
Város	1242	65,5	266	79,9	< 0,001		868	65,2	166	59,1	NS*****		
Falu	595	31,4	65	19,6		406	30,5	96	34,2				
Külterület	59	3,1	2	0,6		58	4,4	19	6,8				
Házasság	1496	78,9	226	67,9	< 0,001	0,56 (0,44-0,73)	900	67,6	165	58,7	0,005	0,68 (0,52-0,89)	0,04
Iskolázottság													
Alapfok	322	17,0	59	17,7	NS*****		173	13,0	36	12,8	NS*****		
Középfok	800	42,2	147	44,1		622	46,7	120	42,7				
Felsőfok	774	40,8	127	38,1		534	40,3	125	44,5				
Gyermekszám (átlag±SD) **	1,79±0,64		1,64±0,66		< 0,001		1,72±0,99		1,53±1,34		< 0,001		
Primiparitás	599	31,7	121	36,3	NS*****	1,24 (0,97-1,58)	793	59,5	157	55,9	NS*****	0,86 (0,66-1,12)	0,046
Nem tervezett terhesség	219	11,6	60	18,0	0,002	1,68 (1,23-2,29)	265	19,9	125	44,5	<0,001	3,22 (2,45-4,22)	<0,001
Nem kívánt terhesség	68	3,6	18	5,4	NS*****	1,54 (0,90-2,62)	30	2,3	0	0	0,006	0,98 (0,97-0,98)	NS*****

\*: Folytonos változók prezentációja: átlag ± standard deviáció (S.D.); \*\*: a folytonos változók összehasonlítása két külön évben Mann-Whitney U-tesztel történt; \*\*\*: P érték, esélyhányados és 95% megbízhatósági intervallum a kategórikus változók összehasonlításához Fisher exakt tesztel vagy chi-négyzet próbával; \*\*\*\*: a Mantel-Haenszel tesztek P értéke, \*\*\*\*\*: statisztikailag nonszignifikáns.



A PND-vel potenciálisan összefüggő pszichoszociális faktorokat a 16. sz. táblázat taglalja.

A korábban előforduló major depresszív epizód szignifikánsan több volt a PND-szek között 1996-ban (12,3 % vs. 5,2 %) és 2006-ban is (9,3% vs. 5,6 %), ugyanakkor az esélyhányados szignifikánsan csökkent 2006-ra (OR = 2,55 vs. OR = 1,71).

A felmérés időpontját megelőző egy évben átélt nagyfokú stresszel járó életesemény előfordulása 1996-ban nem bizonyult szignifikánsan különbözőnek a két csoportban (15,9 % vs. 17,1 %; OR = 0,92), míg 2006-ban már szignifikáns tényezőként jelentkezett, jóval gyakoribb megjelenést mutatva a PND-s csoportban (50,2 % vs. 21,6 %; OR = 3,65).

A kedvezőtlen anyagi helyzet sem volt jelentősen eltérő a csoportok között 1996-ban (18,9 % vs. 17,8 %; OR = 1,08), míg 2006-ban (28,8 % vs. 9,9 %; OR = 3,68) lényegesen több PND-s anya számolt be hátrányos anyagi szituációról.

A nem depressziósokhoz képest sokkal kevesebb posztpartum depressziós anya nyilatkozta, hogy szilárd párkapcsolatban él 2006-ban (15,2% vs. 82,6 %,  $P < 0,001$ ), mint 1996-ban (86,8% vs. 95,0%,  $P < 0,001$ ).

A partner támogatásának jótékony hatását érzékelték a PND-s csoportban 1996-ban (64,9% vs. 98,0%,  $P < 0,001$ ) és 2006-ban is (15,3% vs. 84,7%,  $P < 0,001$ ).

A család támogató tevékenysége ugyanúgy kevésbé segítette a depressziótól szenvedő gyermekágyast 1996-ban (74,5% vs. 82,4%,  $P = 0,001$ ), mint 2006-ban is (49,5% vs. 61,2%,  $P < 0,001$ ), mely arányában nem változott a 10 év időtartam alatt (OR = 0,62 vs. OR = 0,62).

1996-ban (61,3% vs. 50,3%,  $P < 0,001$ ) és 2006-ban (65,8% vs. 57,8%,  $P < 0,001$ ). is több PND-s anya próbált megbirkózni a mindennapi élet problémáival egyedül.

Közel annyian 1996-ban (38,1% vs. 42,3%,  $P < 0,001$ ) és 2006-ban (35,6% vs. 48%,  $P < 0,001$ ), de mindkét évjáratban a PND-s csoportban akarnak kisebb arányban visszamenni dolgozni a posztnatális periódust követően, a szülést követő 2 évben.

**16. táblázat. A PND pszichoszociális tényezői a tanulmányozott csoportokban 1996-ban (N=2229) és 2006-ban (N=1613)**

	1996-ban felmért személyek (N=2229)				P érték*	OR (95% CI) *	2006-ban felmért személyek (N=1613)				P érték*	OR (95% KI) *	P érték**
	Nem depressziós anyák (< 12 LQ pont) (n=1896)		PND (≥12LQ pont) (n=333)				Nem depressziós anyák (<12 LQ pont) (n=1332)		PND (≥12LQpont) (n=281)				
	n	%	n	%			n	%	n	%			
Korábbi major depresszió	99	5,2	41	12,3	<0,001	2,55 (1,73-3,74)	75	5,6	26	9,3	0,029	1,71 (1,07-2,72)	<0,001
Elmúlt egy évben stresszes életesemény	325	17,1	53	15,9	NSZ***	0,92 (0,66-1,26)	288	21,6	141	50,2	<0,001	3,65 (2,79-4,77)	<0,001
Anyagi gondok	338	17,8	63	18,9	NSZ***	1,08 (0,80-1,45)	132	9,9	81	28,8	<0,001	3,68 (2,69-5,04)	<0,001
Stabil párkapcsolat	1801	95,0	289	86,8	<0,001	0,35 (0,24-0,51)	1303	82,6	233	15,2	<0,001	0,11 (0,07-0,17)	<0,001
Partner támogatása	1858	98,0	216	64,9	<0,001	0,04 (0,03-0,06)	1293	84,7	234	15,3	<0,001	0,15 (0,10-0,23)	<0,001
Család támogatása	1563	82,4	248	74,5	0,001	0,62 (0,47-0,82)	815	61,2	139	49,5	<0,001	0,62 (0,48-0,80)	<0,001
Mindennapi problémák önálló menedzselése	954	50,3	204	61,3	<0,001	1,56 (1,23-1,98)	768	57,8	185	65,8	0,013	1,41 (1,07-1,84)	<0,001
Vissza akar menni dolgozni a posztnatális periódus végeztével	802	42,3	127	38,1	NSZ***	0,84 (0,66-1,07)	639	48,0	100	35,6	<0,001	3,60 (0,46-0,78)	<0,001

\*: P érték, esélyhányados (odds ráta) és 95%-os megbízhatósági intervallum (konfidencia intervallum); kategórikus változók összehasonlítása Fisher exakt teszttel vagy  $\chi^2$ -teszt esetében; \*\*: P érték; Mantel-Haenszel teszt; \*\*\*: statisztikailag nem szignifikáns.

## 7. MEGBESZÉLÉS

---

Magyarországon erre a célra speciálisan kijelölt centrumokban rendelő, terhesgondozási feladatot ellátó nőgyógyász szakorvosok és magasan képzett egészségügyi szakszemélyzet nyújt színvonalas pre- és posztnatális gondozást, illetve az országban teljes lefedettséggel működő védőnői körzetekben folyik a várandós és a gyermekágyas asszonyok szoros szakmai kontrollja, mely tevékenységgel a szülés körüli periódusban lévő nők közel 100%-a megkapja a megfelelő egészségügyi ellátást.

A várandós és gyermekágyas anyák pszichés állapotának feltárását, valamint a csoportterápia alkalmazását Dél-Kelet Magyarország 4 megyéjének oktató védőnői körzeteire terjesztettük ki.

A vizsgálatba meglehetősen nagy populációból válogattuk a felmért személyeket, amely nem tartalmaz szelekciós hibát, mivel a randomizáció közel azonos mintát eredményezett az eset és kontroll csoportban.

A kutatási eredmények értékelése szempontjából nem lényegtelen, hogy abba az önkéntesség elvének szemelőtt tartásával jelentkeztek a anyák. Beleegyezésüket adták az LQ-teszt megválaszolására. A csoportfoglalkozásokon is csak olyan várandós anyák vettek részt, akik motiváltak voltak, ugyanis előzetesen valamennyien kinyilvánították a szülésre való szervezett felkészítés kívánságát (mérőeszköz 30. kérdése).

A védőnők segítése a kérdőív felvételében nélkülözhetetlen minőségbiztosítási elemnek bizonyult, mivel főként arra összpontosítottunk, hogy a gravidák és gyermekágyasok által nem értelmezhető kérdést illetve annak tartalmát elmagyarázzák. A gondozott-védőnő közötti bizalmi elven nyugvó kapcsolat megalapozta, hogy a személyes interjú során minimalizáljuk a félrediagnosztizált PND esetek számát és a kockázati tényezők túlbecsülését az önkitöltős kérdőívhez képest.

A mérőeszközként szolgáló Leverton kérdőív validálási eljárása során bebizonyosodott, hogy az LQ érték-szenzitivitása és specifitása direkt összefüggésben áll a major és a minor depresszió arányaival, következésképpen a validálás nem von

maga után tévedést.

Módszertani jelentőséggel bír, hogy a vizsgálat lehetővé tette a PND rizikó tényezőinek kiderítését, mivel viszonylag magas item számú mérőeszközt használtunk.

Már a próbafelmérés bebizonyította, hogy az LQ teszt és a mérőeszköz járulékos kérdéseivel alkalmas a magyar népesség körében szűrővizsgálatok végzésére, illetve szociodemográfiai, szülészeti és egyéb, a PND kockázati tényezőinek kutatására.

Az LQ pontszámok betekintést nyújtanak egy adott populációban a PND előfordulásának megállapítására is.

Felmérésünk eredménye szerint a PND előfordulása Dél-Kelet Magyarországon nem magasabb, mint más országokban. Jelzés értékű lehet azonban, hogy a vizsgált területen a PND gyakorisága emelkedést mutat (15,0%-ról 1996-ban 17,4%-ra 2006-ban). *A mi eredményeink hasonlítanak az egyetlen korábbi, kelet-európai tanulmányhoz, melyet Lengyelországban folytattak és ahol a PND gyakorisága 18% volt (25).* Az utóbbi évtizedben, a kínai társadalmi átalakulás hatását vizsgálták a PND-re és eredményeinkkel megegyezően, szintén jelentős emelkedést tapasztaltak 2005-re (117).

Korábban Pitt és munkatársai 11%-os posztnatális depresszió arányról számoltak be prospektív vizsgálatukban (13), míg O'Hara 10-20% -ra tehetőnek írta le a PND előfordulást (21). Angliában 1991- 1992 között EPDS skálával mérve 9,1% posztpartum gyakoriságot találtak (26). Az Egyesült Államokban a szülést követően az anyák 11-32%-a szenved szülés utáni depresszióban (29). Dél-Afrikában 34,7% -os (118), Honkongban 37%-os megbetegedési rátát tártak fel a kutatások (29).

Magyarországon 2009-ben közölték azt a Debrecen és vonzáskörzetében végzett, közel 900 fő gyermekágyasra kiterjedő, EPDS teszt alkalmazásával nyert vizsgálati eredményt, miszerint a PND előfordulása 29,8%, kétszerese az irodalomban talált gyakoriságnak (27).

Ismeretes, hogy bizonyos terhességre vonatkozó attitűdbeli faktorok, nyilvánvalóan befolyásolják a PND gyakoriságát. Csoportosításukat az alábbiak szerint végeztük.

## **A PND rizikófaktorai a szociális változások tükrében**

A felmérés eredményeinek értékelésekor nem hagyható figyelmen kívül, hogy a vizsgálat idején a Dél-Alföld munkanélküliségi rátája az országostól eltérő képet mutat, mely szociokulturális és szociodemográfiai viszonyaira is hatással van. A gazdaságilag aktív népességből 8,5% munkanélküli, 1,3%-kal meghaladva a nemzeti munkanélküliségi rátát. A foglalkoztatási arány 49,0%, alacsonyabb, mint az országos átlag (50,5%) (8).

A foglalkoztatottság csökkenésével párhuzamosan, a háztartások reálbevétele 1990 és 2006 között stagnált, sok családot rosszabb gazdasági körülmények közé szorítva (102).

Az alacsony gazdasági státusz elősegíti a PND kialakulását. Felmérésünkben 18,9%-ról (OR=1,08) 28,8 %-ra (OR=3,68) emelkedett az anyagi gondok által előidézett PND-s anyák aránya a 10 év eltelté alatt (1996 és 2006 között).

A szerény anyagi körülmények PND-ben játszott szerepét szinte valamennyi kutató megerősíti (22, 23, 4, 23, 62, 49, 54, 58, 66). A 2009-ben közölt debreceni vizsgálat a munkanélküli anyáknál 38,9%-os PND előfordulást említ (27).

Nem csoda, hogy a korábbiakhoz képest több anya tér vissza munkahelyére a szülést követő 2 év elteltével, kedvezőtlen jövedelmi viszonyai miatt (102). Mintánkban ez az arány 41,7% 1996-ban és 45,8% 2006-ban.

A PND valószínűsége nagyobb volt a városlakó anyák (79,9% 1996-ban, 59,1% 2006-ban) illetve azok körében, akik önállóan, egyedül intézték el a mindennapi problémáikat (61,3% 1996-ban és 65,8% 2006-ban), vélhetően a sok tényező egymással való kölcsönhatása miatt.

A nagyvárosi, alacsony gazdasági háttérrel rendelkező nőket kétszer akkora valószínűséggel érinti a depresszió problémája (4, 23, 62, 49, 54, 58, 66).

Tehát a munkába való visszatérés szándéka és az alacsonyabb szocioökonómiai státusz ugyanígy fontos tényezőknek mutatkoztak, csakúgy, mint O'Hara, Chung, Dearing kutatásaiban. (25, 43, 119).

Ezen két legutóbbi befolyásoló tényező a PND szignifikáns determinánsaivá léptek elő 2006-ra, a korábbi jelentéktelen szerepükkel szemben.

A kedvezőtlen anyagi helyzet és a PND viszonya eddig nem sok publicitást kapott a hazai és nemzetközi szakirodalomban, de a mi adatbázisunk elemzése ezen összefüggés meglétét bizonyítja.

Általánosságban elmondható, hogy a társadalmi-kulturális hatások napjainkban jóval nagyobb hatást fejtenek ki a biológiai tényezőkhöz képest.

### **Terhességi anamnesztikus adatok jellemzői**

Magyarországon a rendszerváltást követően jelentős szocio-kulturális átalakulás zajlott le, mely maga után vonta az antikongiensek szélesebb köréhez való hozzáférést, ezzel hosszú hatású, stabil csökkenést eredményezve a reprodukív mutatóinkban (120). Hazánkban a terhességmegszakítások száma párhuzamosan csökkent az élveszülések arányával az elmúlt évtizedben (120, 102).

Az 1990-es évek közepén, a nem kívánt terhességek mintegy 80%-át előzték meg valamilyen fogamzásgátló módszerrel vagy fejezték be abortusszal.

Az élveszülések pusztán 2%-a minősült nem kívánt terhességnek 2002-ben (102). A nem kívánt terhességek aránya a mi felmérésünkben 3,9% volt 1996-ban, és 1,9% 2006-ban.

A terhesség tervezetlensége egy ideálisnak nem nevezhető párkapcsolatban 1996-ban (18%) és 2006-ban (44,5%) a PND-kialakulás erős befolyásoló tényezőjének bizonyult. Ezek az eredmények magasabbak az országos adatoknál (17% 2002-ben) (102).

A nem tervezett terhesség rizikó tényezőként szerepeltetését Szemán hazai kutatása is megerősíti (121). Leverton és Tammentie szintén erről számolnak be nemzetközi vizsgálataik során (46, 69, 70).

A terhesség tervezése pedig nyilvánvalóan a PND ellen hat.

A megelőző meddőség jelentősen nem változtatja meg a sérülékenység alakulását a terhesség során, illetve a gyermekágyi időszakban. A 2006-ban végzett

vizsgálatunk szerint a kontroll és a PND-s csoportban is 10% és 18% között mozog ez az arány.

Hasonlóan a terhességet megelőző művi abortusz sem emelte jelentősen a PND kialakulását (14,4% 1996-ban és 13% 2006-ban).

A gyermekvállalás életkora jelentősen kitolódott hazánkban, csakúgy mint Nyugat-Európában, melyet legtöbbször ezt a nők karrier orientált életmódjával, valamint a kedvezőtlen gazdasági mutatókkal magyaráznak (4, 122).

A magyarországi relációt tekintve (122) jóval több asszony vállalkozott 30 év feletti terhességre (32%), mint a vizsgálatunkban felmért személyek (23,5%).

Kovácsné Török Zs. Kutatásában a 35 év feletti anyáknál 37%-os PND előfordulást talált (27).

### **Családi tényezők szerepe**

A családszerkezet átalakulása azt jelenti hazánkban, hogy egyre kevesebb gyermek jön világra és a szülők mindinkább későbbi életkorában, akár több kockázattal is számolva (102), amely sajnálatosan kedvez a PND kialakulásának (84).

Minden harmadik gyermek (35,6%) házasságon kívül született 2006-ban, míg ez az arány 1996-ban csak 22,6% volt (102) A mi felmérésünk is tükrözte ezt a tendenciát (a nem házások aránya 22,7% 1996-ban és 34,0% 2006-ban).

Az egyedülállóság kedvez a PND kialakulásának. Mintánkban a leányanyák 32,1%-a bizonyult PND-nak 1996-ban, míg ez az arány jelentősen emelkedett (41,3%) 2006-ra.

Hasonló PND-s eredményt állapított meg Kovácsné Török Zs. az egyedülállóknál (51,9%) 2006-ban (27).

A hosszabb „felkészülési időszak” ellenére a családtervezés nem hozott stabilitást a családszerkezetbe, mivel növekedett a nem házasságban élő párok aránya.

Napjainkban, a házasságok több mint fele felbomlik (52,3%) és egy család

átlagosan 1,2 gyermeket nevel, amelyben az anya átlagosan 27 éves korában szüli meg első gyermekét (102).

A mi mintánkban az anyák szignifikánsan idősebbek voltak 2006-ban ( $27,8 \pm 5,01$  év), mint 1996-ban ( $24,2 \pm 4,64$  év), és kevesebb gyermeket neveltek ( $1,71 \pm 0,64$  1996-ban vs.  $1,65 \pm 1,24$  2006-ban).

A kapcsolatok instabilitásán túl, a magasabb életkorban a termékenység csökkenése is egy reális kockázati tényező (102).

Tehát egyváltozós összehasonlításokban, 1996-ban a megkérdezettek fiatalabbak voltak, nagyobb arányban házások, több gyermekkel és inkább városban laktak.

2006-ban a szociodemográfiai tényezők közül csak a családi állapot és a gyerekszám lett szignifikánsan eltérő a korábban vizsgált évhez képest. Magasabb a házasságon kívüli születés aránya és kevesebb az egy családra jutó gyermekek száma.

A családtervezés attitűdjének (tervezett terhesség esetén mindkét évjáratban alacsonyabb a PND előfordulás) illetve a család támogató segítségének kockázatot csökkentő hatása is fontosabbá vált 1996-ról 2006-ra.

Lényegesen kevesebb a PND-ben szenvedő anyák aránya 1996-ról (74,5%, OR=062) 2006-ra (49,5%) ott, ahol az anyák élvezik a család támogató szerepét :

Amikor az egyes jellemzőket szimultán összehasonlításban (egyszerre több változóval hasonlítjuk) vizsgáljuk, a családi környezetből származó védelmező tényezők mint pl: stabil párkapcsolat (86,8% a PND előfordulás 1996-ban és 15,2% 2006-ban)- illetve a partner támogatása (64,9% a PND gyakoriság 1996-ban és 15,3 % 2006-ban) valamint a fent említett család támogató hatása előtérbe kerültek.

Mindezek a korábban végzett nemzetközi vizsgálatok adataival összevontak (13, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55).

A stabil párkapcsolat, a partner és a család támogatása redukálja a PND előfordulásának esélyét. Feltehető, hogy a csoportfoglalkozások kedvező hatással bírtak a család ilyen irányú képességére.

Smith, Elliot, Andersson tanulmányaival szemben, 1996-ban azt tapasztaltuk, hogy



a házassági állapot emeli a PND rizikóját (67,9%)t, míg mások azt állapították meg, hogy ha valaki egyedül él, az jelent nagyobb kockázatot a PND-re (3, 27, 83). Lehetséges magyarázatul szolgálhat erre a paradoxonra, hogy egyre többen vállalnak gyermeket élettársi kapcsolat keretein belül, amely természetesen nem jelent feltétlenül instabil párok kapcsolatát. A jogilag rendezetlen házastársi viszony több szerző együttes megállapítása szerint erősen befolyásolja a PND kialakulását (46, 45, 66, 67, 70).

Természetes, hogy lelki és szupportív segítség hiányában az anya megpróbálja egyedül megoldani a mindennapi élet problémáit, mely arra készíteti, hogy az érzelmeit elrejtse, illetve ne törődjön emócióival és próbálja meg elnyomni a bánatát vagy nyugtalanságát. Amikor egy terhes a mindennapi problémáit önállóan oldja meg (61,3% 1996-ban és 65,8% 2006-ban a PND előfordulás körében), az a partner vagy esetlegesen a család támogatásának hiányára utalhat és ez szintén depressziót előmozdító tényezőnek bizonyult. Megegyezően Kovácsné kutatási eredményével (27).

A mi tanulmányunk is azt mutatja, hogy ha a környezetből lelki illetve gyakorlati segítség érkezik, akkor az képes megelőzni a PND-t. Azonban nehéz az okozati viszonyt igazolni a támogatás hiánya és a PND között, azaz a támogatás hiánya segíti elő a PND-t vagy a PND miatt torzul a kommunikáció a partner és az anya között.

Ellentétben Elliot, Robertson és Andersson kutatási eredményeivel (46, 45, 123) 2006-ban azt találtuk, hogy a régebben tapasztalt stresszes életesemény (50,2% a PND előfordulás) hatása elnyomta az előző depresszió (9,3%) és az életkor PND előfordulására kifejtett kockázatát, míg a párok kapcsolat stabilitása, a családi támogatás és az önálló tevékenység továbbra is direkt szimultán hatást fejtett ki.

### **Primiparitás**

Felmérésünkben az országos átlagnak megfelelően az először jelentkező terhesek közül a 20-29 éves korosztály szül a leggyakrabban, amely élettanilag a legkedvezőbb életszakasznak minősül a terhesség kihordása szempontjából. (84).

Az első gyermekvállalás- különleges helyzete miatt- jelentős összetevő lehet a

várandós anya pszichés státuszának alakulásában. A magzat fogantatása, növekedése és fejlődése, a terhes nő szervezetében zajló változások olyan helyzet elé állítják a leendő szülőket, amelyeknek megtapasztalásában ez idáig még nem volt részük és újonnan kell megbírkózni velük (124). Az anyaság teendői és nehézségei még ismeretlenek a várandós számára, ezért érthető a felfokozott érdeklődés és az alacsonyabb stressztűrő képesség. A szakirodalom szerint azok az anyák, akik egyszer megtapasztaltak súlyos PND epizódot, azok a későbbiekben kevésbé szívesen vállalnak gyermeket (46, 45, 75, 125).

2006-os felmérésünkben a primiparák aránya 58,9% volt, közülük 55,9%, küszködött a PND problémájával. Vizsgált mintánkban 1996-ban 32,3 % az először szülők előfordulása és 36,3% a PND-ben megbetegedettek rátája. Arányát tekintve és emelkedését szemlélve is aggasztó az érték. Különösen, ha a szakirodalmi hivatkozás előrejelzését számításba vesszük, miszerint a megtapasztalt depressziós epizód nem kedvez a szülési kedv növekedésének. A nulliparitás rizikófaktor szerepét a PND megbetegedésben Brown és Leverton is megerősítették (46, 69).

Az országos statisztikai adatok alapján a primiparák 81%-a jelenik meg 12. héten belül terhesgondozáson (102). A vizsgált mintánkban az első jelentkezés időpontja átlagosan 15,3 gestációs hét, mely későinek mondható a kielégítő terhesgondozás szempontjából. A szűrővizsgálatok időbeni elvégzése fokozottabb jelentőséggel bír az idős primiparák esetében, ezért lenne fontos az egészségtudatos magatartás szemelőtt tartása a jövő szülő nemzedékének- saját és születendő gyermekeik érdekében (84).

Az idős primiparitás növeli a terhességi komplikációk előfordulását és a rosszabb neonatális kimenetel gyakoriságát, amely szintén PND-rizikófaktor. Tammentie vizsgálatában a 35 év feletti nők növekvő PND mutatójáról számolt be (70).

A primiparitás uralkodó szerepe napjainkban egyszerűen azzal magyarázható, hogy a párok új élet-stratégiát választanak gazdasági okokból az „egy gyermek modell követése” szemléletének elköteleződése mellett.(102).

Aligha szükséges taglalni a védőnő prevenciós szerepének jelentőségét a primipara várandósok gondozásában. A méhen belül fejlődő magzat, a várandós anya, az újszülött egészségének óvása érdekében a család szakmai segítése és támogatása elsősorban az egészségügyi szakemberek kompetenciája. Ezen a területen tevékenykedő egészségügyi dolgozók team munkájára, odafigyelésére az első gyermeket váró szülők esetében még nagyobb szükség van (124).

### **Szociális faktorok és pszichológiai tényezők**

Az adataink azt mutatják, hogy a PND prevalenciáját számos tényező befolyásolta.

#### **Csökkentette:**

- az idősebb anyai életkor (24,6 év az egészséges materek átlag életkora, míg 23,8 év a PND-s anyáké, de már ez a hatás 2006-ra nem érvényesült), Törökné Kovács Zs. hazai vizsgálatával megegyezően (27),
- stabil párkapcsolat, a partner támogatása (86,8% 1996-ban, OR=0,35 és 15,2% 2006-ban OR=0,11), mely érték mögött a család szupportív szerepének felértékelődése rajzolódik ki,
- magasabb gyerekszám (1,79 1996-ban és 1,72 2006-ban az egészségesek, 1,64 1996-ban és 1,53 2006-ban a PNDS-ek körében),
- tervezett, örömmel viselt terhesség (15. sz. táblázat),
- a problémák önálló menedzselésének csökkentő hatása mérséklődött ugyan, de még szignifikáns maradt 2006-ra is (61,3% 1996-ban és 65,8% 2006-ban a PND-sek aránya).

#### **Növelte:**

- a kedvezőtlen anyagi helyzet (18,9% 1996-ban, OR=1,08 és 28,8% 2006-ban, OR=3,68. Az egészséges materek között csak 9,9% jelzett anyagi problémákat 2006-ban. A két vizsgálat között eltelt 10 év közel 2x-re emelte a kedvezőtlen

gazdasági státuszúak arányát a PND-s anyák körében. Szemán hazai vizsgálata hasonlóan ezt erősíti meg (121), külföldi felmérésekkel is összhangban vannak saját mérési eredményeink (56, 57, 60, 61),

- a nem tervezett graviditás (18% 1996-ban, 44,5% 2006-ban), az OR=1,68 - 1996-ban, míg az OR= 3,22 -2006-ban. Tehát a terhesség tervezetlensége erős előre jelzője lett a PND előfordulásnak 2006-ra. Szemán debreceni felmérésében hasonló eredményre jutott (121), nemzetközi adatok szintén ezt tanúsítják (46, 69, 70),
- Elliot és Robertson vizsgálataikban (46, 47, 45) leírták, hogy két vagy több nagyobb stresszes életesemény a kikerdezést megelőző évben erős előre jelzője a PND-nek (46, 45). A mi vizsgálatunkban 15,9% 1996-ban, OR=0,92 míg 50,2% 2006-ban, OR=3,65. Az előfordulás esélye 10 év elteltével 4x-re emelkedett,
- korábbi tanulmányokkal összhangban ismeretesek a PND kialakulását befolyásoló az előző minor/major depresszív tünetek, melyeknek szignifikáns a hatásuk – ezek előfordulása a felmérés során (12,3% 1996-ban, OR=2,55 és 9,3% 2006-ban, OR=1,71) -, gyakorisága szignifikánsan összefüggött a depresszió posztpartum kiújulásával (43, 46, 45, 66, 123).

Robertson és Andersson tanulmányainak eredményei (45, 123) megegyeznek a mi vizsgálatainkéval: azaz a megelőző pszichiátriai betegségeknek fontos szerepük volt 1996-ban és 2006-ban is.

Az ellentétes változás az anamnesztikus depresszió szerepében a PND-t tekintve 1996-ról 2006-ra a társadalmi-gazdasági helyzet változásával magyarázható és azzal, hogy anyagi szükségletek miatt mind többen térnek vissza korábban a munkahelyükre a puerperiumot követő 2. év elteltével (41,7%-a 1996-ban, 45,8%-a 2006-ban).

### **Az antenatális depresszió (AND)**

Orr, Burke, Szemán kutatásai szerint az AND jelentősen emeli a PND kockázatát (125, 126, 121), de ezt a hatást csökkenteni tudta az általunk alkalmazott terápiás effektussal bíró csoporttréning (54,3% volt PND-ben szenvedő a csoport

foglalkozásokon részt vettek közül, míg ez az arány 57,6% a csoport terápiában nem részesültek között).

Összesen 1719 gravida kérdőíves felvételére került sor 2006.-ban a terhesgondozás során, és a korábbi validálásnak megfelelően antenatális depressziósnak tekintettük azt, aki 12 pontot vagy afeletti pontszámot ért el az LQ skálán, annak ellenére, hogy az LQ-t posztnatálisan validáltuk depresszióra. Egyrészt a nemzetközi szakirodalomban ekkora esetszámú vizsgálat során még nem értékelték az AND gyakoriságát, illetve a terhességi kornak megfelelő megoszlását sem vázolták. Az is általános, hogy a posztnatálisan alkalmazott validálási pontértékeket alkalmazzák antenatálisan egy adott kérdőívre (125,126).

Legkorábban a 4-5. héten válik diagnosztikussá egy terhesség (127), azaz a terhesség ennél korábbi időszakában csak a terhességi gyanú vagy valószínűségi jelei lehetnek pozitívak, de nem lehetünk biztosak a terhesség meglétében. Következésképpen a terhesség ezt megelőző szakaszában nincs értelme az antenatális depressziót vizsgálni.

Kiegészítésként elmondható, hogy a vérzés kimaradás azonban jelentheti a terhesség gyanúját egy anya számára, akinek így korán sejteése alakul ki a terhességről. Elképzelhető, hogy amennyiben nem kívánt terhességről van szó, akkor az elősegítheti a depresszió kialakulását, mielőtt még az abortuszt végrehajtották volna (127).

Abortusz esetén a terhesség nem kívánt volta szintén előidézhethet depressziót, melyet nem posztnatális depresszióra szóló kérdőívvel vizsgáltak eddig (121), - de lehetséges, hogy bizonyos PND-t mérő kérdőívek alkalmasak a terhességmegszakítást megelőző vagy kísérő depresszió mérésére is. Azonban a mi felmérésünkben ezzel a jelenséggel nem talákoztunk, mert azok akik terhességmegszakításért folyamodnak, nem a körzeti védőnőt keresik fel, hanem a Családvédelmi Szolgálat védőnőit vagy orvoshoz fordulnak segítségért.

Az AND előfordulási gyakoriságát a terhesség különböző szakaszaiban még nem közölték a szakirodalomban. Saját vizsgálatunk alapján a terhesség elején azonnal egy kisebb csúcs észlelhető az AND gyakoriságában, mely annak tudható be, hogy a terhesek bizonyos hányada számára ekkor derül ki a terhesség és amennyiben nem tervezett a graviditás, illetve néhány hétig nem kívánt a terhesség, akkor törvényszerűen

emelkedhet az AND esélye.

A legnagyobb csúcs közvetlenül a terminust megelőzően tapasztalható. Minden valószínűség szerint a szüléstől való félelem az oka, illetve a csecsemő, mint új családtag eljövételének és egy teljesen új élethelyzetnek való megfelelés féleleme lehet a legerősebb mozgatórugója ennek a jelenségnek.

Az AND végig a terhesség alatt összefüggésben állhat a terhességi szövődeményekkel, főként olyanokkal, amelyek emelik a neonatális rizikót (44).

Orr, Paarlberg megállapította, miszerint a terhesség alatt jelentkező komplikációk antenatális szorongást indukálnak, mely köztudottan elősegíti a PND kialakulását, azonban az AND-re kifejtett hatását még nem vizsgálták (125, 128).

### **A PND megelőzése a terhesgondozás során alkalmazott csoporttréninggel**

A módszertani fejezetben részletesen bemutatunk egy általunk kidolgozott ismeretközlő-lazító programot. Szemléltettük, milyen hatást fejt az ki a PND gyakoriságára, illetve a PND mely befolyásoló tényezőin keresztül képes csökkenteni annak előfordulását.

A csoportfoglalkozások a PND-ben szenvedők számának mérséklésén túl, természetesen az LQ-teszttel mért depressziós tünetegyüttesek meglétére utaló pontszámokra is kedvezően hatottak.

*A csoportfoglalkozásokon részt vettek (N=710) körében (n=90) szignifikánsan alacsonyabb, azaz 12,7%-os volt a kérdőívvel felmérhető PND aránya, míg az azon részt nem vettek esetében (N=1009) 17,5%-os értéket mértünk. Ezzel párhuzamosan az LQ-pontszámok is szignifikánsan alacsonyabbak voltak a foglalkozásokba bevontak körében (9,4 pont), mint a nem kezelt csoportban (10,1 pont) (12. sz. táblázat).*

Ennél magasabb, mintegy 1/3-os csökkenésről számoltak be Levertonék, a csoportterápia eredményeként a PND előfordulását illetően. (46). Gordon a szülést követően szignifikáns szorongás csillapodást említ azon anyák körében, akik az oktató

jellegű csoportfoglalkozások programjába bekapcsolódtak (97).

Tehát a relaxációs-készségfejlesztő tréningek jelentős terápiás és megelőző hatással bírtak. Az ismeretek hiányából fakadó szorongás oldásában tapasztaltuk a csoportfoglalkozások jelentős hatását.

A csoportfoglalkozásoknak nem csak terápia értéke volt, hanem céljaként szerepelt tárgykörei megbeszélése során, a fiatal anyák elképzeléseit közelebb vinni a realitáshoz azáltal, hogy jobban megismerjék a rájuk váró feladatokat, tisztázhassák saját képességeiket, elvárásaikat, a házastárshoz, partnerükhöz fűződő viszonyukat. Felkészítést kaptak ahhoz, hogy érettebben és kompetensebben kezdhessenek életük egyik legszebb és talán legnehezebb feladatához, az anyasághoz. Fórum teremtődött a szüléssel, szülő szereppel kapcsolatos vélt vagy valós félelmek megfogalmazására. Adekvát válaszlehetőséggel oldhatókká váltak az ezzel kapcsolatos negatív érzelmek, szorongások, emóciós problémák. A rendszeres csoportülések elmélyítették a gondozottak magasabb egészségkultúra iránti igényét, fokozódhatott a primer prevenció szolgáltatások elfogadásának készsége

Szorosabb szakmai együttműködés vehette kezdetét a védőnők és a társszakmák képviselői között. Hangsúlyosabbá vált a jelzőrendszer működésének hatékonysága. Ezen intervencióval megerősítést nyert a pozitív mentális egészségügyi támogatás szerepe a laikus anyák körében.

- **A csoportfoglalkozások nem hatottak:** kiemelten bizonyos lakhelyű, iskolázottságú személyekre, mert az azokon résztvevők -PND által különböző mértékben érintettek- homogénnek tekinthetők a két változó tekintetében. (4. sz. ábra, 14. sz. táblázat). A két csoport életkori változója is megegyezett egymással (27,5 év - 27,8 év közöttiek) (13. sz. táblázat).
- A korábbi terhességmegszakítás nem volt befolyással a szülés után kialakuló depresszióra, és ezt a csoportterápia sem befolyásolta (14,4%).
- A hajadonok vagy egyedülállók esetében kevésbé volt sikeres a terápia (51,1% a PND-s arány).

### A PND-t elősegítő tényezők

- A nem kívánt terhesség előmozdítja a PND-t (4,4%, OR=2,57) és **a terápia sem tudta befolyásolni azt**. Összecseng Szemán által végzett kis mintás vizsgálatával (121).
- Jelentős rizikótényezőt jelent az anyagi probléma (40%, OR=5,69), melynek hatását **a csoportterápiával sem sikerült mérsékelni**, számos kutató adataival megegyezően (23,47, 49, 54, 56, 58, 62).
- Amennyiben a korábbi kedvezőtlen terhességi kimeneteleket összevonjuk, (azaz a megelőző terhességmegszakítás, spontán vetélés diagnózisát együttesen kezelve) az anyák aggodása a következő terhesség utáni időszakban is szignifikánsan többször vezetett depresszióhoz (53,3%, OR=1,38), **alig befolyásolhatóan a terápiával** (47,4%, OR=1,26).
- A terhességet megelőző sterilitás hatása csak az antenatális időszakra szól, ugyanis a teherbeesés sikere csökkenti az AND arányát, így az előzményekben szereplő meddőség következménye már nem terjed ki a posztnatális időszakra (4,4%, OR=0,46 és a kontroll csoportban is csak 3,4%, OR=0,6).
- Természetesen a szakirodalomnak megfelelően az AND jelentősen emeli a PND rizikóját, de **ezen a hatáson valamelyest csökkentett a csoportfoglalkozás** (terápiás csoportban 54,3%, OR=8,25; kontroll csoportban 57,6%, OR=10,07).
- Ha egy terhes a mindennapi problémáit önállóan oldja meg, az a partner vagy esetlegesen a család támogatásának hiányára utal, és ez szintén depressziót előmozdító tényezőnek bizonyult (64,4%, OR=0,054), bár itt is **mérséklő hatással volt a terápia**, mert a kontroll csoport értéke 67,2%, OR=2,1).
- A PND klasszikus elősegítői (megelőző depresszió és stresszes életesemény) a mi felmérésünkben is növelte a depresszió kialakulását, utóbbi eredménye (44,4%, OR=2,51), de a **terápia szintén mérsékelte azt** (kontroll csoport 48,0%, OR=3,1).
- A korábbi major depresszió PND-t elősegítő hatása mindkét csoportban jelentős befolyással bíró tényező és a **csoportterápia sem tudta enyhíteni azt** (27,8%, OR= 7,56; a kontroll csoportban 7,9%, OR=2,66).



Vizsgálatainak alapján is megállapítható, hogy az alábbi tényezők **a PND-t csökkentik:**

- **A stabil párkapcsolat (0,15-es esélyt adva a depresszióknak), a partner és a család támogatása** redukálja a PND előfordulási lehetőségét. A csoportfoglalkozások előremozdították (pl: a házassági állapot PND-t kivédő hatását 15x-re növelte) ezeket a tényezőket a családon belül. (14. sz. táblázat). Kovácsné Török Zs vizsgálati eredményei is megegyeznek a fentiekkel (27). Védettséget élveznek a PND-vel szemben, akik elégedettek családi életükkel (69, 70, 74, 75, 76, 77).
- **A több gyermekes családayákat jobban megnyugtatta a felkészítő kurzus** és jelentősebben csökkent a PND előfordulási gyakorisága közöttük (13. sz. táblázat).
- Bizonyos, a terhességre vonatkozó attitűdbeli összetevők, nyilvánvalóan befolyásolják a **PND előfordulását: ha valaki örül a terhességének, illetve tervezte azt,** az csökkenti a PND megjelenését. (14, 15. sz. táblázat). Szemán kutatása is hasonlóan a mi eredményeinkkel, ezt igazolta (121).
- **Posztpartum 2. éve utáni munkába állás PND-t csökkentő hatása** szignifikáns, melyet a csoportterápia tovább tudott fokozni (14. sz. táblázat).

Tehát megerősítést nyert, hogy **a terhesgondozás során kidolgozott relaxációs- ismeretterjesztő program segítségével jelentős mértékben visszaszorítható a depresszió. Leginkább a családi szupportív tényezőket mozdította elő a tréning. Legkevésbé hatott az alacsony gazdasági státusz összetevőire.**

Az egészségügy dehumanizálódásával a várandós anyák gondozása az objektív értékek analizálására szorítkozik. Eközben a kommunikáció, a lelki-pszichés történésekkel való törődés elsikkad. A szülés körüli időszakban, amely egy különösen érzékeny periódust jelent az anya szempontjából a megjelenő depresszió és szorongásos rendellenességekre nézve, a védőnő szerepe felértékelődhetne, mivel a korai védőnői felismeréssel, a szűrés bevezetésével és az anyák szakemberhez irányításával, nemcsak a gondozó munka minősége javulna, hanem a hivatás társadalmi elismertsége is

fokozódhatna.

Felmerül, hogy a PND mint multifaktoriális kórkép kockázati tényezőinek további vizsgálatához más megközelítésre lenne szükség Kelet-Európában, a nyugati társadalmak eredményeihez való viszonyítás során. Véleményünk szerint a jövőbeni kutatások továbbra is a különböző szintű meghatározókra (pszichológiai, demográfiai, gazdasági és terhességgel kapcsolatos) irányulhatnak Kelet-Európában. Kívánatos lenne megelőzni a nem tervezett terhességeket és elősegíteni a családi kapcsolatok kohéziójának javulását.

## **A VIZSGÁLAT ERŐSSÉGEI**

- Erőssége volt a felmérésnek, hogy különböző speciális adatokat gyűjtöttünk (munkahelyi előzmények, anyagi nehézségek, környezetből származó támogatás, tervezett illetve nem kívánt terhesség stb.), amelyekkel a társadalmi-gazdasági változások hatását lemérhettük. A lemorzsolódás tanulmányunkban és nemzetközi összehasonlításban is nagyon alacsony (10, 37%) (85), mely igazolja, hogy a terhesek igénylik az ismeretszerző illetve a mentálhigiénés szempontból hasznos, támogató foglalkozásokat.
- Megbízható epidemiológiai adatokhoz jutottunk, melynek segítségével a védőnők számára kidolgozást nyert egy olyan preventív szűrő módszer, amely a szülés körüli időszak alatt megjelenő depresszió és szorongásos rendellenességek korai észlelését és felismerését, a segítő attitűd megnyilvánulásának hangsúlyát, a védőnői munka színvonalát valamint a szakma kedvezőbb megítélését javíthatja.
- A vizsgálatban részt vevők és az abból önszántukból kimaradt, lemorzsolódó személyek a városlakó jelleget kivéve, jelentős mértékben csak a terhességi kort tekintve tértek el egymástól. A terhességi hetek különbsége nem csökkent a tanulmányunk jelentőségét, hiszen a szakirodalom nem állapít meg a graviditás különböző fázisaiban lényegesen eltérő AND gyakoriságot, vagy depresszióra való hajlamot (46).

## A VIZSGÁLAT KORLÁTAI

A dolgozatban bemutatott kvantitatív kutatás vizsgálati korlátai az alábbiakban foglalhatók össze:

- A pszichiátriai diagnózis felállítása egy adott időpontban történt, amely nem biztos, hogy a posztpartum egy év más időpontban megválasztott vizsgálat pontprevalenciája esetén megegyezne a mi eredményeinkkel. Ezen torzító hatás minimális jelentőségét támasztja alá McMahon és kutatócsoportjának vizsgálata: akik a posztpartum periódusban többször megismételték a PND gyakoriságának meghatározását és nagyjából állandó előfordulást állapítottak meg (129).
- Sok kérdés az előzményekre vonatkozott és a felmérés időpontjához képest visszamutató volt, mely elkerülhetetlen.
- A mérőeszköz validálási eljárása során a megkérdezetteknek ugyanazon a napon, egymást követően kellett mindkét kérdőív kérdéseit megválaszolni. Annak ellenére, hogy az LQ struktúrája illetve tartalma különbözik a BDI-től és az utóbbi felvételére később került sor, a válaszadás befolyásoltsága nem zárható ki teljes biztonsággal.
- A pszichoterápiás csoportvezetők személye városonként eltérő, mely a hatékonyságot illetve a vizsgálat egységességét befolyásolja. Az interjú bonyolító védőnők különbözősége is hatással lehet a felvétel összhangjára. Robertson és munkatársai által végzett meta-analízis megállapítása szerint, a PND felmérése nem függ attól, hogy az alkalmazott kérdőívet a kliens tölti ki vagy szakember által vezetett diagnosztikus interjún alapul (45). Más irodalmi adatok szerint, ha a felmért személy tölti ki a kérdőívet, akkor a felmérés nem alkalmas a PND diagnózisának felállítására, mivel nagy az átfedés a szorongás illetve a depresszió között (67, 130).
- Tanulmányunk eredményei, illetve a kockázati tényezők szerepe csak Dél-Kelet-Magyarországra érvényesek. Hátrány, hogy nem az egész

országot lefedő, széles körű szociodemográfiai adatok állnak rendelkezésre.

- A minta városlakó túlsúlya magyarázatra szorul. Annak ellenére, hogy a megkérdezett terhes asszonyok önkéntes alapon töltötték ki az LQ-t tartalmazó kérdőívet a felvétel szóbeli ismertetését követően, és a lemorzsolódást sem befolyásoltuk, a fentebb említett változókban mégis eltérés van a két csoport között. Elvárható lett volna, hogy a városi lakosság könnyedebben vegyen részt a programban, mint a falusi populáció, vagy éppen a külterületen élők, hiszen a beutazáshoz nem kell időt és anyagiakat áldozni, ehhez képest a további terhesgondozáshoz kapcsolt, a PND megelőzését célzó foglalkozásokba csatlakozottak között hasonló a városi, a falusi és a külterületen élő népesség aránya, mint a lemorzsolódottak csoportjában
- Az alacsony számú nemzetközi és hazai szakirodalmi forrás csak részben tette lehetővé eredményeink összehasonlítását más azonos tárgykörben nyert vizsgálati adatokkal.

### **A vizsgálatainkból levonható szociokulturális adatok milyen változtatásokat igényelnek a védőnőképzésben?**

Miközben a modern társadalomban életfeltételeink sok szempontból jelentősen javultak, éppen a személyiség fejlődése szempontjából nélkülözhetetlen anya-gyermek kapcsolat, a tágabb család szociális mintái, az értékek átadásának rendje sérült. alapvetően. Mindehhez felgyorsult élettempó és kiszámíthatatlan környezeti változások társulnak. Ezért érthető, hogy valamennyi civilizált országban jelentősen megnőtt a szorongásos, depressziós tünetektől szenvedő gyermekek és felnőttek száma (130).

Talán éppen ezért a védőnőknek, mint az elsődleges megelőzés szakembereinek kimagasló szerepe lehetne a szülés körüli időszak PND megelőzésében, szűrésében, illetve kezelésében.

A védőnők több mint 30 éves főiskolai szintű képzése jóllehet felkészít az egészségmagatartás átalakítására, viszont folyamatos színtentartó továbbképzésük -a szakirodalom és a konferenciák fejlesztő szándéka ellenére is- megoldatlannak tűnik. Főként a társtudományok eredményeinek alkalmazása késleltetett a tekintélyelvű, napi finanszírozási és operatív problémákkal küzdő rendszerben (131). Képzési színvonaluk emelése az oktatási folyamatban elkerülhetetlen.

A szakmai képzésnek új feladatai nyílnak: felkészíteni a védőnőt a gondozott személyiség jellemzői szerinti pszichológiára (lelki vezetésre), kommunikációs kapcsolatra, empátiás közlésekre, döntéselőkészítésre, önismereti és önfejlesztő tréningekre. Ilyen prioritást élvezhetne a PND-re veszélyeztetett anyák kiszűrése, a kórkép prevenciójában való részvétel és a terápia segítése, amit főként a terhesek és a gyermekágyasok gondozási időszakában tartott úgynevezett önálló tanácsadás keretében végeznének.

Az újító szemléletű védőnői gondozásnak az egészséges személy mellett egyre inkább nyitnia kell a rizikót felvállaló, a mindennapi élet nehézségeivel megbirkózni nem tudó, hátrányos helyzetű, pszichoszociális zavarokkal küzdő, egészségre káros szokásokkal rendelkező gondozottai felé is.

Ezért tartjuk fontosnak megvizsgálni a LQ védőnőképzésbe történő beillesztésének lehetőségeit és annak szakmai gyakorlatban való kiterjesztési feltételeit.

Kulcskérdés tehát az, hogy mennyire felkészült a védőnő a természetes támogató rendszerek mentálhigiénés irányítására, a családok lelki erőforrásainak mozgósítására, a gondozottak és hozzátartozóik pszichés problémáinak észlelésére, illetve megoldásuk menedzselésére.

Fentiek különös hangsúlyt napjainkra felerősödött, hiszen társadalmunk számos feszültségtől terhes, szinte permanens krízisben van és a gazdasági gondok, az egészségromlás, a lelki egészség megroppanása (pl.: a tolerancia hiánya, a testi-lelki erőszak eluralkodása, a szociális érzéketlenség) tendenciájában drámai romlás figyelhető meg.

Elvárás a védőnővel szemben, hogy ebben a társadalmi-morális szférában kísérelje meg védő-támogató, gondozó munkájának eredményes kifejtését.

Az új képzési célok új feladatokat és egyben a védőnői tekintély növekedését is

maguk után vonják. A védőnő társadalom „minőségén” keresztül értékelődik a szolgálat, az azt igénybevevő gondozottak általi megmérettetés során.

#### **A védőnő kompetenciájának kérdése:**

2006 márciusában a Lisszaboni Konferencia előirányozta a szakképzés és a felsőoktatás felelősségét a munkaerőpiac számára közvetlenül hasznosítható kompetenciák kialakításában, a szakképzési és felsőoktatási (vocational es professional) formális tanulás és az informális tanulás során megszerzett tudás és kompetenciák értékelésében, mérésében, további tanulmányokba történő beszámításában. A kompetencia fogalma nem csak az általános és szakmai tudást jelenti, hanem az ismeretek motoros képességek – gyakorlati tudás -, tulajdonságok, viselkedés – szakmai személyiségjegyek halmazát is.

Egy közelmúltban végzett kérdőíves felmérés (132) eredménye rámutat, hogy a **jelenlegi képzési rendben az elmélet és a gyakorlat közötti tudás transzfer nem valósul meg teljes mértékben.**

## 8. KÖVETKEZTETÉSEK (új megállapítások, javaslatok)

---

- Megállapítható, hogy Magyarországon napjainkig nem történt hasonlóan magas elemszámú vizsgálat a várandós és gyermekágyas anyák körében, amely a pre és posztnatális hangulatzavarokat szűrte volna. Jelen tanulmányunk az első, széles körű felmérés hazánkban, amely szisztematikusan foglalkozik a szűrés és kezelés problémájával.
- Ismereteink szerint ebben a témában hasonlóan nagy nemzetközi kutatások publikálására sem került sor.

### Hipotéziseink az alábbiakban igazolódtak:

- Eredményeink azt mutatják, hogy a PND gyakorisága Dél-Kelet Magyarországon nem magasabb, mint a nyugati országokban (*nagyobb esetszámú kelet-európai tanulmányban- a PND gyakorisága 18% volt*). Több részmutatónk közel azonos a kisebb merítésű hazai felmérések értékeivel.
- A vizsgálat bázishelyéül szolgáló Csongrád, Bács-Kiskun, Jász-Nagykun-Szolnok és Békés megye területén a PND előfordulása emelkedő tendenciát mutat 15,0%-ról (1996-ban) 17,4%-ra nőtt (2006-ban).
- A vizsgálatunk lehetővé tette a posztnatális depresszió előfordulását befolyásoló szociodemográfiai és pszichoszociális kockázati tényezők feltárását. Igazolni tudtuk a gyermekágyhoz társuló negatív pszichés statusz kialakulásának rizikótényezőit, valamint a védőfaktorokat.
- A PND szűrésére a Leverton tesztet használtuk (LQ), melynek megbízhatóságát statisztikai próbákkal bizonyítottuk. Így a magyar szűrő módszerek körét egy pre és posztnatálisan is alkalmazható, a minor és a major depresszió tüneteit együttesen kimutató, költséghatékony mérőeszközzel bővítettük. Olyan könnyen és gyorsan alkalmazható eljárást teszteltünk –pozitív eredménnyel-, amely adott régióban adott munkaidőben (rutin feladatok közé beépítve), a védőnők kompetenciakörét bővítve használható. A társszakmák számára mintegy

előszűrést biztosíthat, a főiskolai szintű védőnőképzési program tematikájába pedig újító szándékkal felvehető.

- Kidolgoztunk és a védőnői terhesgondozás során kipróbáltuk, - majd a vizsgálati eredményekkel hasznosságát igazoltuk-, azt a relaxációs-ismeretközlést is magában foglaló csoportténínget, amellyel kedvezően tudtuk befolyásolni a szülés körül fellépő hangulatzavarokat (csoportfoglalkozáson részt vettek körében 12,7%-os, míg azon részt nem vettek esetében 17,5% a PND arány), mérsékeljük a minor és major depressziós tünetek által előidézett diszfunkciókat.

## ÚJ MEGÁLLAPÍTÁSOK

- A Leverton kérdőívet lefordítottuk, Magyarországon validáltuk. Az LQ posztnatális depresszióra vonatkozó ponthatára 11/12 pont, melynek szenzivitása 85,0%, specificitása 94%.
- A PND-t valid skálával mértük, melynek gyakorisága összemérhető más országok – túlnyomó többségben EPDS-sel mért – PND előfordulásával.
- A PND előfordulásának emelkedő tendenciájára rámutattunk Dél-Kelet Magyarországon, miszerint 15,0%-ról (1996-ban) 17,4%-ra nőtt (2006-ban).
- A PND szociodemográfiai és pszichoszociális kockázati tényezőit és annak 1996-ban és 2006-ban mért változásait feltártuk Dél-Kelet Magyarországon.

### Rizikó tényezők:

- korábbi major depresszió [AOR: **7,56**; (95% KI: 4,20-13,64); P < 0,001],
- anyagi problémák [AOR: **5,69** (95% KI: 3,47-9,33): P<0,001],
- az előzményekben szereplő kezelt depresszió [AOR: **2,79**; (95% KI: 2,53-4,81)],
- nem kívánt terhesség [AOR: **2,57** (95% KI: 0,80-8,27)],
- korábbi stresszes életesemény [AOR: **2,51** (95% KI: 1,59-3,95): P<0,001],
- gyermekszám [AOR: **1,8** (95% KI: 1,6-2,1): P<0,001],
- a korábbi kedvezőtlen terhességi kimenetel [AOR: **1,69**; (95% KI: 1,06-



2,68); P = 0,044],

- napi problémák önálló menedzselése [AOR: **1,59** (95% KI: 1,01-2,52): P=0,054}.

#### **Védőfaktorok:**

- házas családi állapot [AOR: **0,01**; (95% KI: 0,00-0,02); P < 0,001],
- tervezett terhesség [AOR: **0,43**; (95% KI: 0,26-0,72); P = 0,002],
- a posztnatális periódus utáni 2. évet követő munkába való visszatérés [AOR: **0,45**; (95% KI: 0,28-0,72); P = 0,001],
- magasabb anyai életkor (13. sz. táblázat),
- több gyermek vállalása (13. sz. táblázat).

#### **2006-ban folytatott oktató jellegű csoportfoglalkozások hatása:**

- az önálló problémamegoldó magatartás PND –t előmozdító hatását a terápia **mérsékli** (OR=0,054 vs. OR=2,01),
- a stresszes életesemény kedvezőtlen befolyását a terápia **csökkenti** (OR=2,51 vs. OR=3,1),
- az AND emeli a PND rizikóját, de ez a hatás valamelyest **enyhült** a csoportfoglalkozások eredményeként (terápiás csoportban: OR=8,25; kontroll csoportban: OR=10,07),
- a hajadonok vagy egyedülállók esetében kevésbé volt sikeres a terápia,
- **a terápia nem befolyásolta** a nem kívánt terhesség PND kialakulásában játszott szerepét (OR=2,57 vs. OR= 0,71),
- az anyagi problémák (40%) hatását a **csoportterápia sem képes mérsékelni** (OR=5,69 vs. OR=4,02),
- a korábbi major depresszió PND-t elősegítő hatásán a **csoportterápia nem tudott enyhíteni** (OR= 7,56 vs. OR= 2,66),
- a korábbi kedvezőtlen terhességi kimenetelt összevonva az anyák depressziója a következő terhesség utáni időszakban is szignifikánsan

többször vezetett a kórkép megjelenéséhez (OR= 1,69), **alig befolyásolható terápiával** (OR= 2,16).

- a terhességet megelőző infertilitás vagy sterilitás **hatása már nem terjed ki** a posztnatális időszakra (OR= 0,84 vs. OR=0,56).

## JAVASLATOK

3 évtizede pályán tevékenykedő oktató védőnőként fogalmazom meg és **ajánlom elfogadásra a következő javaslatokat:**

- Kapjanak a Magyarországon magasan képzett és nagy létszámú védőnők hangsúlyosabb szerepet a szülés körüli időszak PND megelőzésében, szűrésében és kezelésének segítésében (kompetencia körük célzott bővítése).
- A Leverton kérdőív önálló védőnői kompetencia körben megvalósuló kötelező használatának teljes körű bevezetése a pre és posztnatális periódusban (először jelentkező terhes tanácsadás, 6. hetes gyermekágyas záró vizsgálat alkalmi).
- A védőnő primer és szekunder prevenciók tevékenységében, a jelző és konzultációs rendszer hatékony működtetésének fokozott előtérbe helyezése, a társszakmákkal történő szoros együttműködés szakmai protokoll szerinti betartása mellett (szülész-nőgyógyász, gyermekgyógyász, pszichiáter, családorvos, szülésznő, ápolónő, védőnő, szociális szféra).
- A védőnők felkészítése a terhelő anamnézissel rendelkező várandós anyák és gyermekágyasok pre és posztpartum időszakának profilaktikus és terápiás ellátására szakemberek vezetésével (pszichoterápia, családterápia, farmakoterápia).
- A védőnők képzési színvonalának emelése érdekében a fejlesztendő területek feltárása illetve más tudományterületek eredményeinek beépítése az oktatásba (pl: LQ, csoporttréning vezetés, relaxációs technikák elsajátítása elméletben és gyakorlatban, a védőnőképzés 7. szemeszterének mentálhigiéne előspecializációs blokkjában).
- A már hívatásukat gyakorló védőnők posztgraduális továbbképzésében a pre és

posztpartum hangulatzavarok ismeretének megfelelő óraszámú, vizsgaköteles tantárgyelemként való oktatása elmélet és gyakorlat szintjén.

- Erősíteni a kutatással foglalkozó intézmények, oktatási, képzési és szakképzési helyek, valamint a szakfelügyeletet ellátó szervek, hivatalok közötti kapcsolatokat a szakmamenedzsment és korszerű szakmafejlesztés érdekében.
- Standardizálni a várandós gondozás elektronikusan megőrzendő információit, elektronikus alapra helyezni a szűrő adatlapok rendszerét, adatvédelmi garanciák mellett biztosítani az adatbázisok egymással való összekapcsolhatóságát.
- Olyan intézmények, szervezetek létrehozásának kezdeményezése, ahol speciálisan a szülés utáni depresszió megelőzésére és kezelésére szakosodnak a védőnők.

**További vizsgálatokat lehetne indítani:**

- a Leverton kérdőív használatának kiterjesztéséről, a társszakmákkal való szorosabb együttműködéssel: pl. a magzat szomatomentális fejlődésének nyomonkövetése szülésszel együtt, majd megnézve, hogy mutatkozik-e eltérés azon anyák gyermekeinek fejlettségében, akik részt vesznek a terápiás foglalkozásokon, illetve azokéban, akik elzárkóznak annak igénybevételétől.

## 9. ÖSSZEFOGLALÁS

---

A posztnatális depresszió (PND) szűrésére eszközként a Magyarországon eddig kevésbé ismert Leverton kérdőívet (LQ) használtuk azzal a céllal, hogy a védőnők számára egyszerűen és gyorsan alkalmazható szűrő módszert biztosítsunk, amelynek segítségével hatékonyabban kiemelhetők és szakemberhez irányíthatók az arra szoruló várandós és gyermekágyas anyák. A validálás bebizonyította, hogy a PND szűrhető LQ segítségével. Az érvényesség eredménye alapján 12 pontos vagy afeletti értékű LQ nagymértékben valószínűsíti az antenatálisan vagy posztnatálisan előforduló depresszió fennállását. A Leverton-teszt szűrésre alkalmas, de diagnózis felállítására nem. Kiváló belső konzisztenciával rendelkezik a kérdőív, amely megfelel a validálási kritériumoknak (Cronbach  $\alpha$ : 0.77). A depresszió súlyosságának meghatározásában az LQ határfoka összehasonlítható a BDI-vel. Az LQ magában foglal szorongásra illetve a depresszió szomatikus szimptomáira vonatkozó kérdéseket, melyek jó korrelációt mutatnak a BDI megfelelő alsóskáláival. 3842 gyermekágyas vizsgálatánál a PND előfordulását (n=614) 16,1%-nak találtuk 1996 és 2006 között. Ez az érték az 1996-ban szűrt 2229 puerperiumban lévő anyánál (n=333) 14,9 %, míg 2006-ban az 1613 posztpartum 6. hetében felmért anyák körében (n=281) 17,4 %. Tehát emelkedő tendenciát mutat. A 2006-ban bevezetett csoportterápia a kontrollcsoporthoz (N=1009) képest a kezeltekénél (N=710) szignifikánsan csökkentette (n=177) 17,5%-ról (n=90) 12,7 %-ra a PND előfordulását. A kipróbált csoporttréning különböző mértékben befolyásolta a PND jelentősebb rizikó tényezőit. Legkedvezőbben hatott a házas családi állapotúakra, azokra akik tervezett terhességüket viselték valamint a posztnatális periódus utáni 2. évet követően munkájukba visszatérni szándékozókra. Legkevésbé tudta befolyásolni a gazdasági tényezőt (anyagi nehézséggel küzdők). Kidolgoztuk és használtuk a védőnők által könnyen alkalmazható csoportterápiát. Javaslatot tettünk a védőnők oktatásában a Leverton teszt ismertetésének beépítésére is.

## **ABSTRACT**

---

For screening patients suffering from postnatal depression (PND), we used the Leverton Questionnaire (LQ) with the view of providing social workers with a fast and easily applicable tool for screening pregnant and confined women more efficiently and directing them to specialists if necessary. The validation process proved that PND can be detected with the help of LQ, which is a quick test able to screen pre and postnatal depression. Our validation has shown that an LQ resulting in 12 points or above increases the probability of antenatal or postnatal depression. LQ can be used only for screening and not for giving diagnoses. LQ has an excellent inner consistence and it corresponds to the validating criteria (Cronbach  $\alpha$ : 0.77). The efficacy of the LQ in determining the severity of depression can be compared to that of the Beck Depression Inventory (BDI). The LQ includes questions concerning anxiety and the somatic symptoms of depression, which show a close correlation with the subscales of BDI. Our test concerning 3842 (n=614) between 1996 and 2006 confined women resulted in 16.1% PND occurrence. The same data was 14.9% in 1996, screened 2229 mothers in puerperium (n=333), while the rate was in 2006, among mothers (n=281), in the 6. week of the postpartum 17.4%. Consequently the tendency was rising. In 2006 introduced team training therapy reduced significantly the occurrence of PND, among those treated (n=177), from 17.5% to 12.7%. The examined team training influenced the major PND risk factors in different degrees. It affected most favourably married women, women who planned their pregnancy, and those who wanted to return to work two years after the postnatal period. The team training was less likely to ameliorate the economic factors (women having financial problems). We developed and used the therapeutic team activity that can be easily applied by social workers. We also proposed the inclusion of the exposition of the Leverton Questionnaire into the training of social workers. Bibliographical data of my three most important publications: 1./ S. Csator dai, Z. Kozinszky dr., A. Pal dr. (2006) Forecasting postnatal depression with randomized representational sample. Magazine of Hungarian Gynaecologists, 69: (1) 17-22. 2./ S. Csator dai, A. Krajcsi, T. Sefcsik, T. Rudisch dr., I. Devosa, E. Toth, Z. Kozinszky dr., A. Pal dr. (2007) Validation of the Leverton Questionnaire for postnatal depression in randomized representational sample. Magazine of Hungarian Gynaecologists, 70: (4)

229-235. 3./ S. Csator dai, Z. Kozinszky, I. Devosa, E. Toth, T. Sefcsik, A. Krajcsi, A. Pal (2007) Obstetric and socio-demographic risk of vulnerability to postnatal depression. *Patient Education and Counselling*, 67: 84-92.

## 10. IRODALOMJEGYZÉK

---

1. Belső N, Rihmer Z. (1999) Depresszió és életciklusok. *Praxis*, 10: 22-33.
2. Noble RE. (2005) Depression in women. *Metabolism*, 54: 49-52.
3. Smith MV, Brunetto WL, Yonkers KA. (2004) A perinatális depresszió korai felismerése. *Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle*, 11: 325-335.
4. Evans J, Heron J, Framcomb H. et al. (2002) Prevalences rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy.
5. Yonkers KA, Little BB. (2001) *Management of Psychiatric Disorders in Pregnancy*. Arnold Editor, London.
6. Murray D, Cox JL, Chapman G. (1995) Childbirth: life event or start of a long-term difficulty? Further data from the Stoke-on-Trent controlled study of postnatal depression. *Br J Psychiatry*, 166: 595-600.
7. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. (1979) *A depresszió kognitív terápiája*. Animula Kiadó, Budapest.
8. *Társadalmi Riport (2007) Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.*
9. Herczog M. (2008) A kora gyermekkori fejlődés elősegítése. *Család, Gyermek, Ifjúság*, 1: 16-28.
10. Trixler M. (1997) A szüléshez társuló pszichiátriai betegségek etiológiai problémái. *Medicus Universalis*, 1: 27-31.
11. Szádóczky E, Rihmer Z. (2001) *Hangulatzavarok*. Medicina Kiadó, Budapest, 97-103.
12. Füredi J, Németh A, Tariska P. (2001) *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve*. Medicina Kiadó, Budapest, 753-762.
13. Pitt B. (1968) "Atypical" depression following childbirth. *Brit. J. Psychiatry*, 114: 1325-1335.
14. Kendell RE, Wainwright S, Hailey A, Shannon B. (1976) The influence of childbirth on psychiatric morbidity. *Psychol Med*, 6: 297- 302.
15. C Molnár E, Füredi J, Papp Z. (2006) *Szülészet-Nőgyógyászati Pszichológia és pszichiátria*. Medicina Kiadó, Budapest, 1., 2., 4., 5., 7. fejezet: 17-100., 157-

- 199., 221-234., 319-388.
16. Paffenbarger RS. (1964) Epidemiological aspects of paripartum mental illness. *Brit. J. Prev. Soc. Med*, 18: 189-195.
  17. Hammen C, Burge D, Burney E, Adrian C. (1990) Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorders. *Arc. Gen. Psychiatry*, 47: 1112-1117.
  18. Cohn JF, Cambell SB, Matias R, Hapkins J. (1990) Face to face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, 26: 15-23.
  19. Teti DM, Gelfand DM, Messinger DS, Isabella R. (1995) Maternal depression and the quality of early attachment. *Developmental Psychology*, 31: 363-376.
  20. Pugh TF, Jerath BK, Schmidt WM, Reed RB. (1963) Rates of mental disease related to childbearing. *N. Eng. J. Med.*, 268: 1224-1228.
  21. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH. (1990) Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol*, 99: 3-17.
  22. Gotlib I, Whiffen VE, Wallace P, Mount JH. (1991) A prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *J Abnorm Psychol*, 100: 122- 132.
  23. Troutman B, Cutrona C. (1990) Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *J Abnorm Psychol*, 99: 69-78.
  24. Whiffen VE. (1988) Vulnerability of postpartum depression: a prospective multivariate study. *J Abnorm Psychol*, 97: 467-474.
  25. Lukasik A, Blaszczyk K, Wojcieszyn M, Belowska A. (2003) Characteristic of affective disorders of the first week of puerperium. *Gynecol. Pol*, 74:1194-1199.
  26. Jonath E, John H, Helen F, Sarah O, Jean G. (2001) Longitudinal study of parents and children study team. *British Medical Journal*, 5-6: 266-269.
  27. Kovácsné Török Zs. (2009) Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok, különös tekintettel a gyermekágyi lehangoltság kérdésére. Doktori értekezés, Debrecen.
  28. Shari I, Lusskin MD, Jada Turca MD. (2008) Terhesség alatti depresszió. *Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle*, 4: 142-149.



29. Antoinette M. Lee. (2007) A depresszió következményei. *Obstetries and Gynecology*, 11:
30. Dennis CLE, Janssen PA, Singer J. (2004) Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *A Psych. Scand*, 110: 338-346.
31. O'Hara MW, Swain AM. (1996) Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*, 8: 37-54.
32. Saisto T, Halmesmäki E. (2003) Fear of childbirth: a neglected dilemma. *A Obstet Gynecol Scand*, 82: 201-208.
33. Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S. (2004). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *J Affect Disord*, 78:131-140.
34. Páll I. A szüléshez társuló pszichiátriai betegségek. (2002) *LAM*, 12: 153-158.
35. Dalton K. (1980) *Depression after childbrith*. Oxford University Press, Oxford.
36. Nappi RE, Petraglia F, Luisi S, Polatti F, Farina C, Genazzani AR. (2001) Serum allopregnalon in women with postpartum"blues". *Obstet Gynecol*, 1: 77-80.
37. Ahokas A, Aito M, Rimón R. (2000) Positive treatment effect estradiol in postpartum psychosis pilot study. *J Clin Psychiatry*, 61: 166-169.
38. Herlicovicz M. (2000) The post-partum period. Clinical fellow up, breast-feeding and its complications. *Rev. Prat*, 50: 1817-1822.
39. Harris B, Lovett L, Smith J, Read J, Walker R, Newcombe R. (1996) Cardiff puerperal mood and hormone study. III. Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum, and its hormonal correlates across the peripartum period. *Br J Psych*, 168: 739-744.
40. Grauger AC, Underwood MR. (2001) Review of the rote of progesterone in the managment of postnatal mood disorders. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 22: 49-55.
41. Huang Yc, Mathers N. (2001) Postnatal depression – biological or cultural? Comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. *J Adv Nurs*, 33: 279-287.
42. Jeukin W, Tiggerman M. (1997) Psychological effects of weight retained after pregnancy. *Women and Healt*, 25: 89-98.

43. Chung TK, Lau TK, Yip AS. (2001) Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom. Med*, 63: 830-834.
44. Lee D, Chan S, Sahota D, Yip A, Tsui M, Cheng T. (2004) A prevalence study of antenatal depression among Chinese women. *J Affect Dis*, 82: 93-99.
45. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. (2004) Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiat*, 26: 289-295.
46. Elliott SA, Leverton TJ, Sanjack M, Turner H, Cowmeadow P, Hopkins J, Bushnell D. (2000) Promoting mental health after childbirth: a controlled trial of primary prevention of postnatal depression. *Br J Clin Psychol*, 39: 223-241.
47. Graff LA, Dyck DG, Schallow JA. (1991) Predicting postpartum depressive symptoms: a structural modelling analysis. *Percept Mot Skilis*, 73: 1137-1138.
48. Barnet B, Joffe A, Duggan AK. (1996). Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Arch Pediatr Ado/esc Med*, 150: 64-69.
49. Kumar R, Robson KM. (1984) A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry*, 144: 35-47.
50. Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM. (1991) Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset recovery. *J Abnorm Psychol*, 100: 122-132.
51. Marks M, Wieck A, Checkley S. (1996) How does marriage protect women with histories of affective disorder from postpartum relapse? *Br J Med Psychol*, 69: 329-342.
52. O'Hara MW. (1995) *Postpartum depression: Causes and Consequences* New York, Springer Verlag.
53. Hobfoll SE, Ritler C, Lavin J. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *J Consult Clin Psychol*, 63: 445- 453.
54. Zimmer Gembeck MJ, Helfand M. (1996) Low birthweight in a public prenatal care program: behavioral and psychosocial risk factors and psychosocial

- intervention. *Soc. Sci. Med*, 43: 87 -197.
55. Reeb KG, Graham AV, Zyzanski SJ. (1987). Predicting low birthweight and complicated labor in urban black women: a biopsychosocial perspective. *Soc Sci Med*, 25: 1321-1327.
56. O'Hara MW, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. (1996) The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and late infant outcome. *Child. Dev*, 67: 2512-2526.
57. O'Hara MW, Rehm LP. (1983) Campbell SA. Postpartum depression. A role for social network and life stress variables. *J Nerv Ment Dis*, 171: 336-341.
58. Marks MN, Wieck A, Checkley SA. (1999). Contribution of psychological and social factors to psychotic and non-psychotic relapse after childbirth in women with previous histories of affective disorder. *J Affect Disord*, 24: 253-263.
59. Warner R. Appieby L. Whitton A. (1996) Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Brit J Psychiatry*, 168: 607-611.
60. Areias ME. Kumar R. Barros KH. (1996) Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry*, 169: 36-41.
61. Pfof KS, Stevens MJ, Lum CU. (1990) The relationship of demographic variables, antepartum depression, and stress to postpartum depression. *J Clin Psychol*, 46: 588-592.
62. McCormick MC, Brooks-Gunn J, Shorter T. (1990) Factors associated with smoking in low-income pregnant women: relationship to birth weight, stressful life events, social support, health behaviors and mental distress. *J Clin Epidemiol*, 43: 441-448.
63. Laizner AM, Jeans ME. (1990) Identification of predictor variables of a postpartum emotional reaction. *Health Care Women Int*, 11: 191-207.
64. Becker AE. (1990) Postpartum illness in Fiji: a somatosomatic perspective. *Psychosom* Burke KC, Burke JD, Regier DA, Rae DS. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiat*, 47: 511-518.
65. Brooke AB, Anderson HR, Bland JM. (1989). Effects on birthweight of smoking, alcohol, caffeine, socioeconomic factors, and psychosocial stress. *BMJ* 298: 795-801.

66. Teng HW, Hsu CS, Shih SM, Lu ML, Pan JJ, Shen WW. Screening postpartum depression with the Taiwanese version of the Edinburgh Postnatal Depression scale *Compr Psychiat*, 46: 261-265.
67. Dearing E, Taylor BA, McCartney K.(2004) Implications of family income dynamics for women's depressive symptoms during the first 3 years after childbirth. *Am J Public Health*, 94: 1372-1377.
68. Leverton TJ, Elliott SA. (2000) Is the EPDS a magic wand?: 1. A comparison of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and health visitor report as predictors of diagnosis on the Present State Examination. *J Repr Inf Psych*, 18: 279-296.
69. Leverton TJ, Elliott SA. (2000). Is the EPDS a magic wand?: 2. 'Myths' and the evidence base. *J Repr Inf Psych*, 18: 279-307.
70. Tammentie T, Tarkka MT, Astedt-Kurki P, Paavilainen E, Laippala P. (2004) Family dynamics and postnatal depression. *J Psychiat Ment Health Nurs*,11:141-149.
71. Erős E. (2003) A premenstruális szindróma és a postnatalis depresszió kezelési lehetőségei. *OGYEI Symposium*, Budapest.
72. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1994) American Psychiatric Association., Revised 3rd. Edition Washington DC.
73. Walther VN. Postpartum depression. (1997) A review for perinatal social workers. *Soc Work Health Care*, 24: 99-111.
- 74.Lee DT, Yip AS, Leung TY, Chung TK (2004) Ethnoepidemiology of postnatal depression. Prospective multivariate study of sociocultural risk factors in a Chinese population in Hong Kong. *Br J Psychiatry*, 184: 34-40.
75. Tammentie T, Tarkka MT, Astedt-Kurki P, Paavilainen E. (2002) Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *Int J Nurs Pract* 8: 240-246.
76. Kessler RC, Zhao S, Blazer DG.(1997) Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression. In the National Comorbidity Survey. *J Affect Disord*, 45: 19-30.
77. Yonkers K., Ramin S., Heath A. (2000) Prevalence and persistence of postpartum depression in multlethnic Clinics. In: American Psychiatric Association Annual

- Meeting. Chicago, IL, 156-159.
78. Soósné Kiss Zs. (2006) Az első gyermeket váró szülők szakmai támogatása. Doktori értekezés, Budapest.
  79. Keller MB, Lavori PW, Mueller TI. (1992). Time to recovery, chronicity, and levels of psycho pathology in major depression. A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. *Arch Gen Psychiatry*, 49: 809-816
  80. Kendler KS, Walters EE, Kessler RC.(1997) The prediction of length of major depressive episodes: results from an epidemiological sample of female twins. *Psychol Med*, 27: 107-117.
  81. Lee D, Yip A, Chiu H, Leung T, Chung T. (2001) Screening for postnatal depression: are specific instruments mandatory? *J Affect Dis*, 63: 233-238.
  82. Handley JA, McNeil BJ. (1982) The meaning and use of the area under the ROC curve. *Radiology*, 143: 29-36.
  83. McKennell A. (1970) Attitude measurement: Use of coefficient alpha with cluster or factor analysis. *Sociol*, 4: 227-245.
  84. Papp Z. szerk. (2003) A Szülészet-Nőgyógyászat Tankönyve. Medicina Kiadó, Budapest.
  85. Austin MP.(2003) Targeted group antenatal prevention of postnatal depression: a review. *Acta Psychiat Scand*, 107: 244-250.
  86. Harrington AR, Greene-Harrington CC. Healthy Start screens for depression.
  87. Elliot SA, Chapter 14. (1984) Uses and misuses of the EPDS in primary care: a comparison of models developed in health visiting. In.: Cox J, edit. *Perinatal psychiatry: uses and misuses of the EPDS*. 1st ed. London, Gaskell: 222-281.
  88. Stamp GE, Williams AS, Crowther CA.(1995) Evaluation of antenatal and postnatal support to overcome postnatal depression: a randomized, controlled trial. *Birth*, 22: 138-143.
  89. Csehpal E, Molnár P (1995) Modellkísérlet a postnatális depresszió prevenciójára. A Leverton kérdőív használata a postnatális depresszióra való vulnerabilitás kimutatásához, szupportív jellegű csoportfoglalkozások a prevenció érdekében. *Egészségnevelés*, 36: 92-95; 144-146; 195-197.
  90. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. (1988) Psychometric properties of the Beck

- Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*, 77-100.
- (2003) disorders of the first week of puerperium. *Ginekol Pol*, 74; 1194-1199
91. Beck AT, CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. (1961) Inventory for measuring depression. *Archives General Psychiatry*, 4: 561-571.
  92. Beck, AT, Steer RA. (1993) Beck Depression Inventory Manual. Psychological Corporation, San Antonio.
  93. Beck AT, Beck RW. (1972) Shortened version of BDI *Journal of Postgraduate Medicine*, 52: 81-85.
  94. Szeverényi P. (1996) A terhesség pszichológiája. In. I.: Szülészet-nőgyógyászat és pszichoszomatika. Szerk.: Lampé L. DOTE Női Klinikájának kiadványa, 13.2.
  95. Hidas Gy, Raffai J, Vollner J. (2002) *Lelki köldökzsinor*. Válasz Kiadó. Budapest, 15-17.
  96. Seehusen DA, Baldwin LM, Runkle GP, Clark G.(2005) Are Family Physicians Appropriately Screening for Postpartum Depression? *J. Am. Board. Fam. Pract*, 18: 104-12.
  97. Gordon RE, Gordon KK.(1960) Social factors in prevention of emotional problems. *Obstet Gynecol*, 15: 61-78.
  98. Small R, Brown S, Lumley J, Astbury J.(1994) Missing voices: What women say and do about depression after childbirth. *J Reprod Inf Psychol*, 12: 89-103.
  99. Nahas V.L., Hillege S., Amasheh N.(1999) Postpartum depression: The lived experiences of Middle Eastern migrant women in Australia. *J Nurse Midwifery*, 44: 65-74.
  100. Howard L, Hoffbrand S, Henshaw C, Boath L, Bradley E.(2005) Antidepressant prevention of postnatal depression. *Cochr. Database Syst. Rv,e* 18: CD004363.
  101. Elliott SA, Leverton TJ, Sanjack M, Turner H, Cowmeadow P, Hopkins J, Bushnell D. (2000) Promoting mental health after childbirth: a controlled trial of primary prevention of postnatal depression. *Br J Clin Psychol*, 39: 223-241.
  102. *Egészségügyi Statisztikai Évkönyv*. (2004) Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
  103. SPSS for Windows 11.0. (2002) Chicago. SPSS: (software).
  104. Scott Long, Freese J. (2003) *Regression Models for Categorical Dependent*

Variables Using STATA. Press Publication.

105. Mundruczó Gy. (1998) Útmutatás a statisztikai modellezés gyakorlatához, KSH.
106. Varga A. (2000) Matematikai statisztika. Pólya Kiadó, Budapest.
107. Mann HB, Whitney DR. (1947) On a test of whether one of random variables is stochastically larger than the other. *Annals of Mathematical Statistics*. 18: 50-60.
108. Hollander M. and Wolfe DA. (1999) *Nonparametric Statistical Methods*.
109. Horváth Gy. (1993) *Bevezetés a tesztelméletbe*. Keraban Kiadó, Budapest.
110. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. (1997) Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders. Research version, Non-patient Edition (SCID-I/NP). New York State Psychiatric Institute, Biometric Research.
111. MS. Pepe (2003) *The statistical evaluation of medical tests for classification and prediction*. New York, Oxford.
112. McDowell (2006) *Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Oxford University Press.
113. Cronbach LJ. (1951) Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16: 297-334.
114. Allen MJ, Yen WM (2002) *Introduction to Measurement Theory*. Long Grove, IL: Waveland Press.
115. Mantel N, Haenszel W. (1959) Statistical aspects of the analysis of data from retrospective studies of disease. *J Natl Cancer Inst*, 4: 719-748.
116. Lang KY. (1987) Extended Mantel-Hanszel estimating procedure for multivariate logistic regression models. *Biometrics*, 43: 289-299.
117. Teng HW, Hsu Cs, Shih SM, Lu ML, Pan JJ, Shen WW. (2005) Screening postpartum depression with the Taiwanese version of the Edinburgh Postnatal Depression scale. *Compr Psychiat*, 46: 261-265.
118. The Lancet, Child Development in Developing countries, [http:// www.thelancet.com/for WebExtra content](http://www.thelancet.com/forWebExtra/content).
119. Dearing E, Taylor BA, McCartney K. (2004) Implications of family income dynamics for women's depressive symptoms during the first 3 years after childbirth. *Am J Public Health*, 94: 1372-1377.
120. Kozinszky Z, Boda K, Bártfai Gy. (2001) Determinants of abortion among

- women undergoing artificial termination of pregnancy. *Eur J Contr Repr Health Care*, 6: 145-152.
121. Szemán A. (2009) Intergenerációs spirálok szerepe az antenatális depresszió létrejöttében. Doktori értekezés, Debrecen.
122. Kozinszky Z, Orvos H, Katona M, Zoboki T, Pál A, Kovács L. (2002) Perinatal outcome of induced and spontaneous pregnancies of primiparous women aged 35 or over. *Int J Gyn Obstet*, 76: 23-26.
123. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Aström M, Bixo M. (2006) Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85: 937-944.
124. Soósné Kiss Zs. (2001) Egészségügyi és szociális szakemberek közös felelőssége az első gyermeket váró szülők támogatásában. *Egészségfejlesztés*, 145-148.
125. Orr ST, James SS, Blackmore Prince C. (2002) Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol*, 156: 797-802.
126. Burke KC, Burke JD, Regier DA, Rae DS. (1990) Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiat*, 47: 511-518.
127. Misra DP, O'Campo P, Strobino D. (2001) Testing a sociomedical model for preterm delivery. *Pediatr Perinat Epidemiol*, 15: 110-122.
128. Pearberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J. (1999) Psychosocial predictors of low birthweight a prospective study. *Br J Obstet Gynecol*, 106: 834-841.
129. McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *J Affect Disord*, 84: 15-24.
130. Ronald J. Comer. (1966). *A lélek betegségei – Pszichopatológia*. Osiris Kiadó, Budapest.
131. Pogány M. (1999) A primer prevenció minőségfejlesztési lehetőségei az átalakuló egészségügyi szolgáltatásban, különös tekintettel a védőnői tevékenységre. Doktori értekezés, Szeged.



132. Hollós S. (2007) A klinikai ismeretek kompetencia alapú gyakorlati oktatása: A Magyar Tudomány Ünnepe. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Tudományos Konferenciája.

## 11. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

---

### 11.1. Tézissel kapcsolatos közlemények

- I. **Csatordai S**, Kozinszky Z, Pál A. (2006) A szülés utáni depresszió előjelzése randomizált reprezentatív mintában. Magyar Nőorvosok Lapja, 69: 17-22.
- II. **Csatordai S.** (2006) A védőnői tevékenység lehetősége a posztnatális depresszió prevenciójában. Nővér, 19: (1) 30-41.
- III. **Csatordai S**, Krajcsi A, Sefcsik T, Rudisch T, Devosa I, Tóth É, Kozinszky Z, Pál A. (2007) Leverton-teszt posztnatális depresszióra vonatkozó validálása randomizált reprezentatív mintában. Magyar Nőorvosok Lapja, 70: 229-235.
- IV. **S. Csatordai**, Z. Kozinszky, I. Devosa, E. Toth, T. Sefcsik, A. Krajcsi, A. Pal A. (2007) Obstetric and sociodemographic risk of vulnerability to postnatal depression. Patient Education and Counseling, 67: 84-92.
- V. **Csatordai S.** (2007) Módszertan szoba, mint a „Nyitott Tanácsadó” rendszer működésének modellje. Nővér, 20: (4) 22-35.
- VI. **S. Csatordai**, Z. Kozinszky, I. Devosa, R. Dudas, E. Toth, J. Sikovanyec, D. Szabo, K. Barabas, A. Pal. (2009) Validation of the Levereton Questionnaire as a screening tool for postnatal depression in Hungary. General Hospital Psychiatry, 31: 56-66.
- VII. **Csatordai S.** (2005) A posztnatális depresszió prevenciójának védőnői lehetőségei. Poszter, nov.3-5. SE. 4. sz. Interdiszciplináris Doktori Iskola 1o. Tudományos Ülése, Budapest.
- VIII. **Csatordai S.** (2004) A védőnő lehetséges szerepe a posztnatális depresszió megelőzésében. Poszter, ápr. 8-9. Semmelweis Egyetem Ph.D napok, Budapest.

## **11.2. Tézishez nem kapcsolódó közlemények**

- IX. Kozinszky Z, **Csatordai S**, Csepiné Szűcs G, Rabi S, Ladányi M, Pál A.(2006) A művi terhességmegszakítások számának elemzése hazánkban. Magyar Nőorvosok Lapja, 69: (6) 501-513.

## 12. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

---

Ezúton szeretnék köszönetet mondani Prof. Dr. Kopper László Úrnak a Tudományági Doktori Iskola vezetőjének, Dr. Sótonyi Péter Professzor Úrnak Ph.D. programvezetőnek, Dr. Mészáros Judit Professzor Asszonynak Ph.D. alprogram vezetőnek, akik lehetővé tették, hogy a doktori iskolában részt vehessek és a doktori fokozat megszerzéséhez szükséges kutatómunkához valamennyi eszközt a rendelkezésemre bocsátottak.

Sok köszönettel tartozom Prof. Dr. Hollós Sándor Úrnak, aki értékes tanácsaival, értő útmutatásaival segítette munkámat és támogatta a Ph.D. megszerzésére irányuló törekvéseimet.

Hálával gondolok néhai Prof. Dr. Szél Évára, aki ösztönözte dolgozatom elkészítését.

Köszönöm Krajcsi Attila, Sefcsik Tamás pszichológusoknak a Leverton teszt validálásában kifejtett összes tevékenységét.

Elismerésem fejezem ki Dr. Kozinszky Zoltánnak, a dolgozatomban szereplő statisztikai-analitikai számítások elvégzéséért és a Planiméter Kft.-nek azok ellenőrzéséért.

Köszönöm Baloghné Fűrész Veronika vezető védőnőnek és munkatársainak az adatok összegyűjtésében nyújtott technikai segítséget.

Hálásan köszönöm Devosa Ivánnak az adatok bevitelében végzett munkáját és pályamunkám komputerezált megszerkesztését.

## **MELLÉKLETEK**

NÉV:.....

Életkor:.....

A kérdőív csoportosított állításokat tartalmaz. Kérjük, gondosan olvassa át az egyik állításcsoportot, majd válassza ki a csoport többi tagja közül azt az egy állítást, amely legjobban leírja érzéseit az elmúlt héttől egészen a mai napig. Miután kiválasztotta azt az egy mondatot, csak azután térjen rá a következő csoportra.

Nincsen jó vagy rossz válasz. A feladat csak az, hogy válassza ki azt az egy mondatot, amely legjobban jellemzi érzéseit az elmúlt 2 hétben. Tegyen egy X jelet az Ön által kiválasztott mondat elé.

1. Nem vagyok szomorú Szomorú vagy nyomott vagyok Mindig szomorú vagyok és nem tudok kikeveredni belőle Annyira szomorú és boldogtalan vagyok, hogy nem bírom tovább
2. Nem félek különösebben a jövőt illetően Félek a jövőtől Úgy érzem, semmit sem várhatok a jövőtől Úgy érzem, hogy a jövőm reménytelen, és a helyzetem nem fog javulni
3. Nem érzem, hogy kudarcot vallottam Úgy érzem, hogy több kudarc ér, mint másokat Visszatekintve életemre a kudarcok sorát látom Úgy érzem, mint ember teljesen kudarcot vallottam
4. A dolgok ugyanolyan meglepéssel töltenek el, mint máskor A dolgokkal nem vagyok úgy meglepődve, mint máskor Valójában többé semmi sem okoz elégedettséget nekem Mindennel elégedetlen, vagy közömbös vagyok
5. Nem hibáztatom különösebben magam Gyakran hibáztatom magam Majdnem mindig hibáztatom magam valami miatt Állandóan hibáztatom magam
6. Nem érzem magam különösebben hibásnak Úgy érzem, lehet, hogy rászolgáltam valami büntetésre Úgy érzem, hogy rászolgáltam a büntetésre Azt akarom, hogy megbüntessenek
7. Nem csalódtam magamban Csalódtam magamban Nem szeretem magamat Gyűlölöm magamat
8. Nem érzem, hogy rosszabb lennék, mint bárki más Gyengeségeim és hibáim miatt nagyon bírálom magam Mindig vádoló vagyok magam a hibáim miatt Minden rosszért, ami bekövetkezik, vádoló vagyok magam
9. Eszembe sem jut, hogy magamnak ártsak, vagy magam ellen tegyek valamit Van öngyilkossággal kapcsolatos gondolatom, de nem tudnám megtenni Szeretném megölni magam Megölném magam, ha tudnám
10. Nem sírok többet, mint szoktam Mostanában többet sírok, mint korábban Mostanában mindig sírok Valaha tudtam sírni, most nem tudok, még akkor sem, ha akarnám
11. Nem vagyok ingerlékenyebb, mint máskor Könnyebben leszek ingerült vagy haragos, mint korábban

<p>Mostanában állandóan ingerült vagyok Már nem izgatnak fel olyan dolgok, amik korábban ingerültté tettek</p>
<p>12. Az emberek iránti érdeklődésem nem csökkent Kevésbé érdekelnek az emberek most, mint korábban Jelentősen csökkent mások iránti érdeklődésem Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt</p>
<p>13. Éppen olyan jól döntök, mint korábban Mostanában elhalasztom a döntéseimet A korábbiakhoz képest igen nehezen döntök Semmi sem tudok dönteni</p>
<p>14. Nem érzem, hogy rosszabbul nézek ki, mint azelőtt Félek, hogy öregnek és csúnyának látszom Úgy érzem, hogy hátrányomra változtam, és kevésbé vagyok vonzó Azt hiszem, csúnya vagyok</p>
<p>15. Éppen olyan jól tudok dolgozni, mint máskor Külön erőfeszítésbe kerül, hogy valami munkába belefogjak Nagy erőfeszítésre van szükségem ahhoz, hogy megcsináljak valamit is Semmi munkát nem vagyok képes ellátni</p>
<p>16. Ugyanolyan jól tudok aludni, mint általában Nem alszom olyan jól, mint azelőtt A szokottnál 2-3 órával korábban ébredek, és nehezen tudok újra elaludni Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni</p>
<p>17. Nem fáradok el jobban, mint azelőtt Hamarabb elfáradok, mint azelőtt Majdnem minden elfáraszt, amit csinálok Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak</p>
<p>18. Az étvágyam nem rosszabb, mint azelőtt Az étvágyam nem olyan jó, mint azelőtt Mostanában az étvágyam sokkal rosszabb Egyáltalán nincs már étvágyam</p>
<p>19. Semmivel sem veszítettem többet súlyomból, mint máskor Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 2 kg Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 5 kg Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 8 kg Kevesebb evéssel tudatosan igyekszem lefogni IGEN NEM (Karikázza be a megfelelő választ!) Testsúly:.....kg Testmagasság:.....cm</p>
<p>20. Nem foglalkozom többet egészségi állapotommal, mint azelőtt Aggódok olyan testi-fizikai problémák miatt, mint fájdalmas vagy gyomorpanaszok Nagyon aggódok testi-fizikai panaszaim miatt, és nehéz valami másra is gondolnom Annyira aggódok a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni</p>
<p>21. Nem vettem észre lényeges változást a szexuális érdeklődésemben A szokottnál kevésbé érdeklődöm a szex iránt Mostanában jóval kevésbé érdeklődöm a szex iránt Teljesen elvesztettem a szex iránti érdeklődésem</p>
<p>KÖSZÖNJÜK FÁRADOZÁSÁT!</p>

## TERHESGONDOZÓI KÉRDŐÍV G Y E R M E K T E L E N TERHES NŐK RÉSZÉRE

	A kérdések és válaszok szövege	Kód
	Törzslapszám:..... Dátum: ..... Életkor:.....	
1.	Mikorra várja gyermekét: ..... Hány hetes terhes? ..... Tervezi-e, hogy elköltözik lakhelyéről a gyermek születése előtt vagy közvetlenül azt követően? IGEN                    NEM	
2.	KÉRJÜK, KARIKÁZZA BE A VÁLASZOKAT! Van-e már csecsemőgondozói tapasztalata? IGEN                    NEM a) Vigyázott más gyermekére? b) Pelenkázott csecsemőt? c) Etetett csecsemőt? d) Fürdetett csecsemőt?	
3.	Van-e közeli hozzátartozójának, barátjának kisgyermeké? IGEN                    NEM	
4.	Volt-e már korábban terhes? IGEN                    NEM	
5.	Volt már valaha a) művi vetélése?                    IGEN                    NEM b) spontán vetélése?                    IGEN                    NEM c) halvaszülése?                    IGEN                    NEM	
6.	Tervezték-e jelenlegi terhességét? IGEN                    NEM IGAZÁN NEM	
7.	Nehezen esett-e teherbe?                    IGEN                    NEM a) ha igen, próbálkozott e több, mint 1 évig több, mint 2 évig több, mint 3 évig b), ha igen, kezelték-e terméketlenség miatt? IGEN                    NEM	
8.	Örül-e ennek a terhességnek? IGEN                    VEGYES ÉRZÉSEIM VANNAK                    NEM	
9.	Megbánta-e már bármikor is, hogy terhes lett? EGYÁLTALÁN NEM                    KEZDET BEN NÉHÁNY HÉTIG                    MOST IS	
10.	Mielőtt terhes lett, menstruációja rendszeres volt? IGEN                    ÁLTALÁBAN NEM a) Mielőtt teherbe esett, fájdalmasak voltak-e mensesei? SOHA                    NÉHA                    GYAKRAN                    MINDIG	
11.	Teherbeesés előtt feszültnak érezte-e magát menstruációi előtt? SOHA                    NÉHA                    GYAKRAN                    MINDIG a) Mielőtt teherbe esett volna, ingerlékennyé vált-e menstruációja előtt? SOHA                    NÉHA                    GYAKRAN                    MINDIG	
12.	Hogyan írná le általános egészségi állapotát? JÓ                    KIELÉGÍTŐ                    ROSSZ (Legyen szíves, részletezze, az esetleg szedett gyógyszerekkel) .....	
13.	Megkereste-e már körzeti orvosát „ideges” panaszokkal? IGEN                    NEM	
14.	Írt-e már fel Önnek orvos tablettát vagy más gyógyszert „idegességre”, depresszióra, szorongásra vagy alvászavarra? IGEN                    NEM	
15.	Emlékszik a tabletták nevére? IGEN                    NEM Ha igen, kérem, nevezze meg:	



16.	Utalta-e már orvosa Önt pszichiáterhez, klinikai pszichológushoz? NEM IGEN, találkoztam .....-val Ha igen, a) - ambulancián (ideggondozó) - otthon - kórházban b) még mindig kezelik IGEN                      NEM                      BEFEJEZŐDÖTT: ..... (Dátum)	
17.	Férjzett Ön? IGEN NEM, - élettársam van - tervezem, hogy élettársi kapcsolatot kezdek <u>Ha szükséges, több - jegyes vagyok</u> <u>válasz is jelölhető!</u> - egyedülálló vagyok - egyéb (kérem részletezni) ..... HA EGYEDÜLÁLLÓ, ÉS NINCS ÉLETTÁRSA JELENLEG, KÉRJÜK, UGORJON A 23-AS KÉRDÉSRE!	
18.	Általánosságban hogyan tudná kifejezni partnerével való viszonyát (hogyan jönnek ki egymással?) NAGYON JÓL                      KIELÉGÍTŐEN                      NEM KIFEJEZETTEN JÓL	
19.	Kétkelkedett-e valaha abban, hogy partnere szereti Önt? SOHA                      NÉHA                      GYAKRAN                      MINDIG	
20.	Kétkelkedett-e valaha abban, hogy Ön szereti partnerét? SOHA                      NÉHA                      GYAKRAN                      MINDIG	
21.	Általában milyennek érzi partneréhez fűződő kapcsolatát? NAGYON KIELÉGÍTŐNEK                      KIELÉGÍTŐNEK KISSÉ PROBLEMATIKUS                      NEM KIELÉGÍTŐ	
22.	Hogyan érzi, partnere ott van-e Ön mellett, amikor szüksége van rá? SOHA                      NÉHA                      GYAKRAN                      MINDIG	
23.	Ha problémája van, saját maga szereti megoldani? SOHA                      NÉHA                      GYAKRAN                      MINDIG Ha problémája van, szereti azt megbeszélni partnerével? SOHA                      NÉHA                      GYAKRAN                      MINDIG Ha problémája van, szereti azt megbeszélni egy rokonával? SOHA                      NÉHA                      GYAKRAN                      MINDIG Ha problémája van, szereti azt megbeszélni egy barátjával? SOHA                      NÉHA                      GYAKRAN                      MINDIG	
24.	Hogyan érzi, van-e barátja vagy rokona, aki elérhető, ha Önnek szüksége van rá (hogy gyakorlati segítséget nyújtson, támogassa vagy meghallgassa Önt)? SOHA                      NÉHA                      GYAKRAN                      MINDIG	
25.	Megbízhat-e partnerében annyira, amennyire szeretné? SOHA                      NÉHA                      GYAKRAN                      MINDIG	
26.	Érte-e az elmúlt 1 évben súlyos stresszes életesemény? IGEN                      NEM Ha igen, mi volt az:	
27.	Vannak-e lakásgondjai? IGEN                      NEM Ha igen, mi a probléma:	
28.	Vannak-e anyagi gondjai? IGEN                      NEM NEM TÖBB, MINT MÁSNAK	
29.	Mi az Ön iskolai végzettsége? Partneré ..... Mi az Ön foglalkozása? Partneré ..... Hol él jelenleg? VÁROS                      KÖZSÉG                      TANYA Település neve:.....	
30.	Szeretne-e részt venni szülésre felkészítő foglalkozáson?                      IGEN                      NEM	
31.	Jelenleg munkaviszonyban áll-e?                      IGEN                      NEM a) Tervezi-e, hogy a gyermek születése után visszatér dolgozni? IGEN                      NEM                      NEM TUDOM BIZTOSAN	

A MOST KÖVETKEZŐ KÉRDÉSEK AZZAL KAPCSOLATOSAK, HOGY HOGYAN ÉRZI MAGÁT MOSTANÁBAN? NAGYON EGYSZERŰEK. LEGYEN SZÍVES, VÁLASZOLJON, AMIT MAGÁRA JELLEMZŐNEK TART, NE TÖLTÖN SOK IDŐT AZ EGYES KÉRDÉSEKRE VALÓ VÁLASZÁNAK ELDÖNTÉSÉVEL.

Kérdések száma	A kérdések és válaszok szövege	Kód
1.	Gyakran rossz hangulatom van, minden különösebb ok nélkül IGEN NEM	
2.	Zavarja-e szédülés vagy légszomj? SOHA GYAKRAN NÉHA	
3.	Tud-e olyan gyorsan gondolkodni, mint korábban szokott? IGEN NEM	
4.	Érezte-e már úgy, hogy el fog ájulni? GYAKRAN NÉHA SOHA	
5.	Gyakran van-e hányingere vagy emésztési zavara? IGEN NEM	
6.	Érzi-e úgy, hogy az élet túl sok erőfeszítést követel Öntől? NÉHA GYAKRAN SOHA	
7.	Érzi-e nyugtalannak magát? GYAKRAN NÉHA SOHA	
8.	Érez-e néha furcsa csiklandós vagy szűrő élményeket testében, karjaiban, lábaiban? RITKÁN GYAKRAN SOHA	
9.	Sok mindent bán-e korábbi magatartásából? IGEN NEM	
10.	Érez-e néha valódi pánikot? IGEN NEM	
11.	Étvágytalanná vált-e az utóbbi időben? IGEN NEM	
12.	Fel szokott-e igen korán, hajnalban ébredni? IGEN NEM	
13.	Aggodalmaskodó személynek tartja-e magát? IGEN, NAGYON MEGLEHETŐSEN, EGYÁLTALÁN NAGYON IS	
14.	Igen nagymértékben fáradtnak, kimerültnek érzi-e magát? GYAKRAN NÉHA SOHA	
15.	Vannak-e hosszú, szomorú korszakai? SOHA GYAKRAN NÉHA	
16.	Érez-e belső feszültséget? IGEN NEM	
17.	Könnyen tud-e elaludni mostanában? IGEN NEM	
18.	Nagyon össze kell-e szednie magát, hogy szembe tudjon nézni krízisekkel, nehézségekkel? NAGYON IS NEM NEM JOBBAN, MINT MÁS	
19.	Érezte-e már valaha, hogy „majd szétrobbanok”? IGEN NEM	
20.	Gyakran szenved-e izzadságtól vagy erős szívdobogásérzéstől? IGEN NEM	
21.	Van-e sírhatnékja? GYAKRAN NÉHA SOHA	
22.	Vannak-e olyan rossz álmai, melyek még ébredés után is zavarják? SOHA NÉHA GYAKRAN	
23.	Változott-e mostanában szexuális érdeklődése? CSÖKKENT NEM VÁLTOZOTT VAGY FOKOZÓDOTT	
24.	Elvesztette-e azt a képességét, hogy másokkal szimpátiát érezzen? IGEN NEM	

## TERHESGONDOZÓI KÉRDŐÍV G Y E R M E K E S ANYÁK RÉSZÉRE

Kérdések száma	A kérdések és válaszok szövege	Kód
	Törzslapszám:..... Dátum: ..... Életkor:.....	
1.	Mikorra várja gyermekét: ..... Hány hetes terhes? ..... Tervezi-e, hogy elköltözik lakhelyéről a gyermek születése előtt vagy közvetlenül azt követően? IGEN NEM	
2.	KÉRJÜK, KARIKÁZZA BE A VÁLASZOKAT! Van-e már csecsemőgondozói tapasztalata? IGEN NEM a) Vigyázott más gyermekére? b) Pelenkázott csecsemőt? c) Etetett csecsemőt? d) Fürdetett csecsemőt?	
3.	Van-e közeli hozzátartozójának, barátjának kisgyermek? IGEN NEM	
4.	Volt-e már korábban terhes? IGEN NEM	
5.	Volt már valaha a) művi vetélése? IGEN NEM b) spontán vetélése? IGEN NEM c) halvaszülése? IGEN NEM	
6.	Tervezték-e jelenlegi terhességét? IGEN NEM IGAZÁN NEM	
7.	Nehezen esett-e teherbe? IGEN NEM a) ha igen, próbálkozott e több, mint 1 évig több, mint 2 évig több, mint 3 évig b), ha igen, kezelték-e terméketlenség miatt? IGEN NEM	
8.	Örül-e ennek a terhességnek? IGEN VEGYES ÉRZÉSEIM VANNAK NEM	
9.	Megbánta-e már bármikor is, hogy terhes lett? EGYÁLTALÁN NEM KEZDET BEN NÉHÁNY HÉTIG MOST IS	
10.	Mielőtt terhes lett, menstruációja rendszeres volt? IGEN ÁLTALÁBAN NEM a) Mielőtt teherbe esett, fájdalmasak voltak-e mensesei? SOHA NÉHA GYAKRAN MINDIG	
11.	Teherbeesés előtt feszültnek érezte-e magát menstruációi előtt? SOHA NÉHA GYAKRAN MINDIG a) Mielőtt teherbe esett volna, ingerlékennyé vált-e menstruációja előtt? SOHA NÉHA GYAKRAN MINDIG	
12.	Hogyan írná le általános egészségi állapotát? JÓ KIELEGÍTŐ ROSSZ (Legyen szíves, részletezze, az esetleg szedett gyógyszerekkel) .....	
13.	Megkereste-e már körzeti orvosát „ideges” panaszokkal? IGEN NEM	
14.	Írt-e már fel Önnek orvos tablettát vagy más gyógyszert „idegességre”, depresszióra, szorongásra vagy alvászavarra? IGEN NEM	
15.	Emlékszik a tabletták nevére?	

	IGEN	NEM	
	Ha igen, kérem, nevezze meg:		
16.	Utalta-e már orvosa Önt pszichiáterhez, klinikai pszichológushoz? NEM IGEN, találkoztam .....-val Ha igen, a) - ambulancián (ideggondozó) - otthon - kórházban b) még mindig kezelik IGEN NEM Befejeződött ..... (Dátum)		
17.	Férjezett Ön? IGEN NEM, - élettársam van - tervezem, hogy élettársi kapcsolatot kezdek <u>Ha szükséges, több</u> - jegyes vagyok <u>válasz is jelölhető!</u> - egyedülálló vagyok - egyéb (kérem részletezni) ..... HA EGYEDÜLÁLLÓ, ÉS NINCS ÉLETTÁRSA JELENLEG, KÉRJÜK, UGORJON A 23-AS KÉRDÉSRE!		
18.	Általánosságban hogyan tudná kifejezni partnerével való viszonyát (hogyan jönnek ki egymással?) NAGYON JÓL KIELÉGÍTŐEN NEM KIFEJEZETTEN JÓL		
19.	Kétkedett-e valaha abban, hogy partnere szereti Önt? SOHA NÉHA GYAKRAN MINDIG		
20.	Kétkedett-e valaha abban, hogy Ön szereti partnerét? SOHA NÉHA GYAKRAN MINDIG		
21.	Általában milyennek érzi partneréhez fűződő kapcsolatát? NAGYON KIELÉGÍTŐNEK KIELÉGÍTŐNEK KISSÉ PROBLEMATIKUS NEM KIELÉGÍTŐ		
22.	Hogyan érzi, partnere ott van-e Ön mellett, amikor szüksége van rá? SOHA NÉHA GYAKRAN MINDIG		
23.	Ha problémája van, saját maga szereti megoldani? SOHA NÉHA GYAKRAN MINDIG Ha problémája van, szereti azt megbeszélni partnerével? SOHA NÉHA GYAKRAN MINDIG Ha problémája van, szereti azt megbeszélni egy rokonával? SOHA NÉHA GYAKRAN MINDIG Ha problémája van, szereti azt megbeszélni egy barátjával? SOHA NÉHA GYAKRAN MINDIG		
24.	Hogyan érzi, van-e barátja vagy rokona, aki elérhető, ha Önnek szüksége van rá (hogy gyakorlati segítséget nyújtson, támogassa vagy meghallgassa Önt)? SOHA NÉHA GYAKRAN MINDIG		
25.	M megbízhat-e partnerében annyira, amennyire szeretné? SOHA NÉHA GYAKRAN MINDIG		
26.	Érte-e az elmúlt 1 évben súlyos stresszes életesemény? IGEN NEM Ha igen, mi volt az:		
27.	Vannak-e lakásgondjai? IGEN NEM Ha igen, mi a probléma:		
28.	Vannak-e anyagi gondjai? IGEN NEM NEM TÖBB, MINT MÁSNAK		
29.	Mi az Ön iskolai végzettsége? Partnere ..... Mi az Ön foglalkozása? Partnere ..... Hol él jelenleg? VÁROS KÖZSÉG TANYA Település neve:.....		
30.	Szeretne-e részt venni szülésre felkészítő foglalkozáson? IGEN NEM		
31.	Jelenleg munkaviszonyban áll-e? IGEN NEM a) Tervezi-e, hogy a gyermek születése után visszatér dolgozni? IGEN NEM NEM TUDOM BIZTOSAN		

A MOST KÖVETKEZŐ KÉRDÉSEK AZZAL KAPCSOLATOSAK, HOGY HOGYAN ÉRZI MAGÁT MOSTANÁBAN? NAGYON EGYSZERŰEK. LEGYEN SZÍVES, VÁLASZOLJON, AMIT MAGÁRA JELLEMZŐNEK TART, NE TÖLTÖN SOK IDŐT AZ EGYES KÉRDÉSEKRE VALÓ VÁLASZÁNAK ELDÖNTÉSÉVEL.

Kérdések száma	A kérdések és válaszok szövege	Kód
1.	Gyakran rossz hangulatom van, minden különösebb ok nélkül IGEN NEM	
2.	Zavarja-e szédülés vagy légszomj? SOHA GYAKRAN NÉHA	
3.	Tud-e olyan gyorsan gondolkodni, mint korábban szokott? IGEN NEM	
4.	Érezte-e már úgy, hogy el fog ájulni? GYAKRAN NÉHA SOHA	
5.	Gyakran van-e hányingere vagy emésztési zavara? IGEN NEM	
6.	Érzi-e úgy, hogy az élet túl sok erőfeszítést követel Öntől? NÉHA GYAKRAN SOHA	
7.	Érzi-e nyugtalannak magát? GYAKRAN NÉHA SOHA	
8.	Érez-e néha furcsa csiklandós vagy szűrő élményeket testében, karjaiban, lábaiban? RITKÁN GYAKRAN SOHA	
9.	Sok mindent bán-e korábbi magatartásából? IGEN NEM	
10.	Érez-e néha valódi pánikot? IGEN NEM	
11.	Étvágytalanná vált-e az utóbbi időben? IGEN NEM	
12.	Fel szokott-e igen korán, hajnalban ébredni? IGEN NEM	
13.	Aggodalmaskodó személynek tartja-e magát? IGEN, NAGYON MEGLEHETŐSEN, EGYÁLTALÁN NAGYON IS	
14.	Igen nagymértékben fáradtnak, kimerültnek érzi-e magát? GYAKRAN NÉHA SOHA	
15.	Vannak-e hosszú, szomorú korszakai? SOHA GYAKRAN NÉHA	
16.	Érez-e belső feszültséget? IGEN NEM	
17.	Könnyen tud-e elaludni mostanában? IGEN NEM	
18.	Nagyon össze kell-e szednie magát, hogy szembe tudjon nézni krízisekkel, nehézségekkel? NAGYON IS NEM NEM JOBBAN, MINT MÁS	
19.	Érezte-e már valaha, hogy „majd szétrobbanok”? IGEN NEM	
20.	Gyakran szenved-e izzadságtól vagy erős szívdobogásérzéstől? IGEN NEM	
21.	Van-e sírhatnékja? GYAKRAN NÉHA SOHA	
22.	Vannak-e olyan rossz álmai, melyek még ébredés után is zavarják? SOHA NÉHA GYAKRAN	
23.	Változott-e mostanában szexuális érdeklődése? CSÖKKENT NEM VÁLTOZOTT VAGY FOKOZÓDOTT	
24.	Elvesztette-e azt a képességét, hogy másokkal szimpátiát érezzen? IGEN NEM	