

Gesztációs diabétesz

V. Terhesség és szexualitás

NAGY GYULA DR., HETEY ANDRÁS NÉ,
SZEVERÉNYI PÉTER DR.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikája (igazgató: Lampé László dr. egyetemi tanár) közleménye

Összefoglalás: A szerzők 91 gesztációs diabéteszben vizsgálták a terhesség és a szexualitás problémáit. Ennek lemerésére Lukesch és Lukesch által kidolgozott tesztet alkalmaztak. Eredményeiket egy válogatás nélküli normál populáció (303) adataival hasonlították össze. Ebből a következők emelhetők ki: a gesztációs diabéteszben a terhességgel és a szoptatással kapcsolatos beállítódás kedvezőbb, mint a kontrollcsoportban. Ugyanakkor a vizsgált csoportban a szüléstől való félelem szignifikánsan emelkedett. A sérüléstől való félelem és a szexuális beállítódás vonatkozásában nem találtak különbséget a két csoport között.

Kulcsszavak: gesztációs diabétesz, terhesség, szülés, szexuális beállítódás

Közismert, hogy a cukorbetegség és terhesség együttes előfordulása az összes terhességre vonatkozóan 0,1—0,5% között ingadozik. A gesztációs diabétesz gyakorisága pedig 1,0—2,5%. Az is egyértelművé vált, hogy sok egyéb tényezőt figyelembe véve a gondozás minősége szabja meg a halálozási és az alapbetegséggel összefüggő szövődményeket. Bizonyítja ezt az is, hogy a gesztációs diabéteszben a perinatális mortalitás és morbiditás kedvezőtlenebb, mint manifeszt diabétesz és terhesség előfordulásakor (intrauterin elhalás, foetopathia diabetica, malformatio stb.). Az is bizonyított, hogy gesztációs diabétesz esetén, amennyiben a gondozás szülést követően megszakad, a terhések 5—18%-a öt éven belül manifeszt diabéteszes lesz, a glucose tolerancia csökkenése pedig eléri a 20%-ot is [5, 15]. A megelőzés és a gondozás tehát a profilaxis alapja. Gesztációs diabéteszre valamennyi terhest szűrünk kell. A korrektdiagnózis felállítása rendkívül fontos: ha a cukorbetegséget nem fedezzük fel a terhesség folyamán, számos anyai és magzati szövődménnyel kell számolni, a szülés lezajlása után pedig — a gondozás hiánya esetén — a betegség késői szövődményei 10—15 évvel antepónálódnak. Amennyiben a terhesség során a betegséget diagnosztizáljuk, akkor a beteg életvitelét nemcsak a jelen terhességre, hanem gyakorlatilag egész életére meghatározzuk. Ez a társadalom, a család és az egyén szempontjából rendkívül nagy felelősséget jelent. Meg kell szerveznünk a beteg folyamatos felügyeletét, a laboratóriumi ellenőrzéseket, az intézeti observatiót, a terápiás beavatkozásokat stb. A terhes életvitelében a terápia minőségétől függően (diéta, diéta + inzulinkezelés) változás következik be. A terhes számára a betegséggel kapcsolatos információk közlése gyakran megrázkódtatással jár, félelmet ébreszt. Minden esetben kötelező feladatunk megmagyarázni, hogy milyen hatással van a gesztációs diabétesz a terhességre, valamint a terhes szénhidrátanyagcseréjére. Mivel a kötöttebb terápiás beavatkozások csak a terhességre vonatkoznak, a szülés életlen körülmények között zajlik le. A tapasztalat azt mutatja, hogy a szülést követően a nők „igyekeznek elfelejtetni” még a cukorbetegség fogalmát is, és mindazt,

amit terhesség alatt megtanultak. Az igazi probléma csak akkor kezdődik, amikor a következő terhesség során már fellépnek típusos klinikai tünetek, vagy néhány év eltelte után, különösen kövérség esetén, az alapbetegség a terhességtől függetlenül manifesztálódik.

Ezért fontos az, hogy a cukorháztartást nemcsak a jelen terhesség során, hanem azt követően is rendszeresen ellenőrizzük.

Az orvosi gyakorlatunkban a magas szintű laboratóriumi és egyéb műszerezettség birtokában egyre több idő jut a beteggel való beszélgetésre. Erre különösen akkor van szükség, ha a terhesség folyamán „patológiát” fedezünk fel. A betegség fogalmának megértése, a jelen terhesség során érvényesülő korai és a késői következmények közlése rendkívül fontos [7, 8, 9, 10].

Az, hogy a terhes nő csökkent egészségi állapotát lelkiileg hogyan dolgozza fel, kevésbé ismert. A feldolgozás módja jelentősen függ a terhes személyiségétől, a családtól, a munkahely, az ún. háttérkörnyezet milyenségétől és segítőkézségétől.

A cukorbeteg terhesekben a terhesség és az alapbetegség pszichológiai, pszichoszexuális vonatkozásai sajátosan ötvöződnek. Ennek megfelelően a terheseknek ezen csoportja sajátos betegvezetést igényel.

A pszichopatológiai tényezők szerepet játszanak a betegség keletkezésében. Jól ismert, hogy a diabetes mellitushoz, mint krónikus, nem gyógyítható betegséghez, késői következményként súlyos pszichoszexuális zavarok is csatlakozhatnak [2, 3, 4, 14, 15].

Sokkal kevésbé tanulmányozott viszont, hogy a gesztációs diabétesz tudatosulása milyen pszichoszexuális változásokat eredményez. Vizsgálatainkban erre kerestünk választ.

Anyag és módszer

A reprodukciós vagy gesztációs attitűd és a szüléssel kapcsolatos félelem mértékének változását a DOTE Női Klinikán összesen 91 gesztációs diabéteszes terhesnél vizsgáltuk. A munkához a Lukesch és Lukesch [6] által kidolgozott és ismertetett teszt magyar változatát alkalmaztuk. A kérdőív a szexualitással, a terhességgel és a szüléssel kapcsolatos beállítódást vizsgálja (a későbbiekben Sz—T—Sz). A teszt a következőket veszi figyelembe:

1. A terhesség elutasítása (TE skála)
 2. A szüléstől való félelem (SzF skála)
 3. A gyermek sérülésétől való félelem (SF skála)
 4. A szoptatás elutasítása (SzE skála)
 5. A szexualitással kapcsolatos beállítódás (SzB skála)
- A skála összesen 70 tételt tartalmaz. A kérdőív kitöltése a vizsgálat céljának ismertetése után történt. A vizsgálatban való részvétel önkéntes volt. Az értékelés a tesztleírásban megadott szempontok szerint történik. Kontrollként annak a 303, nem diabéteszes, válogatás nélküli terhes populációnak az adatait használtuk, akiknek csoportja a magyar adaptációhoz mintaként szolgált.

Eredmények

1. Demográfiai adatok

A 91 gesztációs diabéteszes közül 73 terhes 20–35 éves volt. A legfiatalabb 16, a legidősebb 39 éves. A vizsgált populáció 98%-a városi lakos. A terheseknek 20%-a csak általános iskolát végzett. Foglalkozásukat tekintve 52% fizikai, 35% pedig szellemi foglalkozású. Családi állapotuk: 93%-ban (85 terhes) házasságban élnek, mindössze 6 élettársi kapcsolatban él (I. táblázat).

I. táblázat

Demográfiai adatok

Életkor	x	%
20	11	12,1
20–25	35	38,4
26–30	25	27,5
31–35	13	14,3
36	7	7,7

Lakhely	x	%
Debrecen	80	87,9
Egyéb város	9	9,9
Falu	2	2,2

Iskolai végzettség	x	%
Általános iskola	18	19,8
Középfokú végzettség	61	67,0
Felsőfokú végzettség	12	13,2

Foglalkozás	x	%
Fizikai	52	57,1
Szellemi	35	38,5
Egyéb	4	4,4

Családi állapot	x	%
Házasságban él	85	93,4
Élettársi kapcsolat	6	6,6

2. A terhességgel, a szüléssel és a szexualitással kapcsolatos beállítódás

Az ezzel kapcsolatos eredményeket a II. táblázatban mutatjuk be. A terhesség nyílt elutasítása (TE) szubskálán alacsonyabb értéket kaptunk, mint a kontrollcsoportban. A különbség szignifikáns ($p < 0,05$). Ez az érték azt jelenti, hogy az anya számára a terhesség pozitív, kívánatos dolog.

Szülés alatt a gyermek sérülésétől (SF) való félelem emelkedett a kontrollcsoportéhoz képest (39,05, ill. 37,96) de a különbség nem szignifikáns.

A szoptatással kapcsolatban (SzE): a kontrollcsoporthoz viszonyítva szignifikánsan ($p < 0,01$) kedvezőbb eredményeket kaptunk. A szoptatás elutasítása (SzE) alacsonyabb pontszámmal reprezentált, mint az egészséges terheseknél.

A szüléstől való félelem (SzF) fokozódását tapasztaltuk gesztációs diabéteszben. Az anya fél, szorong, aggódik amiatt, hogy szülés alatt valami baja történhet. A szexualitással kapcsolatban a kontrollcsoporttal azonos beállítódást észleltünk (SzB).

Vizsgálatokat végeztünk arra vonatkozóan, hogy milyen kapcsolat mutatható ki az Sz–T–Sz szubskálái, valamint a jelen terhességre vonatkozó egyéb paraméterek között. Vizsgálataink alapján megállapítható, hogy a paritás, a szülés módja, valamint a gesztációs attitűd és a szülési félelem független egymástól. Hasonló jelenséget észleltünk a terhességi motiváció (kívánt és tervezett – kívánt és még nem tervezett) és a Sz–T–Sz szubskálák között. Nem tapasztaltunk szignifikáns különbséget az Sz–T–Sz szubskálák között akkor sem, ha azokat a 2. és a 3. trimeszterekben végeztük.

Megbeszélés

A nő életében rendkívül fontos szerepet játszik a terhesség. A rövid gesztációs idő folyamán a nő szervezetében számos folyamat játszódik le (keringés, hormonális változások stb.). Hasonló jelenségek figyelhetők meg a magzat életfunkcióit tekintve is. Ez a hatás, illetve kölcsönhatás oly sokoldalú, hogy részletei még a mai napig sem ismertek. A terhességi kor oly rövid a változás mértékéhez, hogy számos, objektív paraméterrel mérhető elváltozás is gyakran csak nehezen követhető. Ebben az életszakaszban azonban a testi változások mellett megváltozik a nő szociális helyzete, pszichológiai attitűdje is. A személyiség fejlődése szempontjából a terhesség kritikus szakasznak tekinthető. Az elmúlt 20–30 évben sokat megtudtunk a méhen belüli magzat fiziológiájáról és patológiájáról, viszont az egészséges, szövődménymentes terhesség élettani lefolyását kísérő pszichológiai jelenségekről keveset tudunk [11, 12, 13]. Kevésbé ismertek a patológiás terhesek pszichés vonatkozásai is.

Pszichológiai szempontból számos fontos kérdés merül fel a terhesség során. pl.: a méhen belül elhelyezkedő magzat felismerése, elfogadása, szeretete, a férjjel, a családdal kapcsolatos megváltozott viszony; munkahelyi problémák, beosztás, felelősség, teljesítmény stb. A felmerülő problémák megközelítése során

A szexualitással, terhességgel és szüléssel kapcsolatos beállítódás

II. táblázat

Sz-T-Sz szubskála	Gesztációs diab. mell. (n=91)		Kontroll (n=303)		Szignifikancia			
	\bar{x}	\pm SD	\bar{x}	\pm SD	F	t	d. f.	p
TE	26,74	8,52	29,45	10,38	1,48	2,52	177,6	<0,05
SF	39,05	9,29	37,96	8,83	1,10	-1,44	392,0	n. s.
SzE	11,71	3,27	14,22	4,90	2,24	5,65	222,2	<0,01
SzF	14,66	3,33	13,84	3,43	1,06	-2,01	392,0	<0,05
SzB	23,82	6,55	24,87	6,08	1,04	1,32	392,0	n. s.

két egymással ellentétes mozzanatot kell figyelembe vennünk: a terhesség pszichés és fizikai értelemben egyaránt az én határainak kiterjedését és ugyanakkor korlátozását is jelenti. Az anyaszerep új ismereteket, új magatartásmódokat, új emocionális viszonyokat stb. jelent az anya számára, amelyek megismerésével és átélése során válik személyisége éretté gyermeke, férje és családja, valamint a társadalom számára. Amennyiben a megváltozott szerepformáknak nem tud megfelelni, konfliktushelyzetbe kerül. Ezek inadekvát megoldása pszichés és/vagy szomatikus tünetek kialakulását eredményezheti. A személyiség fejlődése megtorpan, s az anyasághoz szükséges felnőtte érés folyamata gátlást szenved, amely további konfliktusok kialakulásához vezet. Végső soron két dolog határozza meg, hogy egy nő a terhességgel kapcsolatban nehézségeit hogyan oldja meg, részint, hogy milyen a személyiségstruktúrája, részint milyen társas környezetének viszonyulása hozzá (férj, család, munkahely stb.) [1, 11, 15, 17].

Míg a cukorbetegség és annak pszichoszexuális vonatkozásai intenzíven foglalkoztatja a pszichológusokat, a gesztációs diabétesz és a nő szerep viszonyának felderítése jelenleg még elhanyagolt terület.

Merkatz és mtsai [8] kérdőíves módszerrel a depresszió és a szorongás alakulását vizsgálták. Azt találták, hogy ebben a vonatkozásban a manifeszt diabéteszben szenvedő terhesek és a gesztációs diabétesz között nincs lényeges különbség. A szerzők megállapítása szerint a terhesség során fellépő szomatikus tünetek mindkét csoportban szoros korrelációt mutatnak a szorongással és a depresszióval.

Gesztációs diabétesz diagnosztizálása esetén gyakran kerülünk nehéz helyzetbe. A terhes nem mindig érti, s olykor manifeszt klinikai tünetek hiányában nem is akarja elfogadni a cukorbetegség veszélyét. Esetenként pedig megfigyelhető a túlértékelés, a túlzott aggodás, leendő gyermeke és saját egészsége szempontjából.

Úgy gondoljuk, hogy e téren számos tennivalónk van. Ne csak a diagnózist és a terápiás elveket közöljük a terhesekkel! Ismertessük a terhesség alatt fellépő cukorbetegség jelentőségét, annak anyai és magzati hatásait! Külön foglalkozzunk a késői következmények fontosságával. Biztosítsunk a beteg számára olyan gondozási légkört, amelyben jól érzi magát, sikeresnek terhesége kiviselését. Teremtsük meg a diabéteszes tanácsadás lehetőségét. Tegyük lehetővé, hogy külön dietetikus nővér foglalkozzon a diéta gyakorlati kérdéseivel. Biztosítsunk szülés után a kontrollvizsgálatot, a szénhidrát-anyagcserére vonatkozóan is. Olykor a helyzetet nem könnyű. Sok terhes elfogadja a terhessége alatt előírt és megbeszélte terápiát, azonban szülés után gyakran nem élnek a további gondozás lehetőségével.

Ahol elkezdődött a szénhidrát-anyagcsere romlása, ott folytatja katabolizmusát a szervezet. Ezért követ rövid időn belül sok gesztációs diabéteszt az alapbetegség manifesztálódása, a cukorháztartás megbomlott egyensúlyának irreverzibilis rögzülése.

1. Barglour, P., Hatcher, R., Wolston, J., Phelps, R., Burns, W., Depp, R.: Psychiatric risk factors in the pregnant diabetic patient. *Obstet. Gynecol.* 140, 46–52 (1981).
2. Jensen, S. B.: The natural history of sexual dysfunction in diabetic women. *Acta Med. Scand.* 219, 73–78 (1986).
3. Jensen, S. B.: Emotional aspects in diabetes mellitus: a study of somatopsychological reactions in 51 couples in which one partner has insulin treated diabetes. *J. Psychosomatic Research* 29, 353–359 (1985).
4. Kolodny, R. C.: Sexual dysfunction in diabetic females. *Diabetes* 20, 557–559 (1971).
5. Labhart, A.: *Clinical Endocrinology*. Springer-Verlag, Berlin–Heidelberg–New York–London–Paris–Tokyo, 1986.
6. Lukesch, H., Lukesch, M.: S-S-A. Ein Fragebogen zur Messung von Einstellungen zu Schwangerschaft, Sexualität und Geburt. Hogrefe, Göttingen–Toronto–Zürich, 1976.
7. Lux E.: A vetelés és koraszülés pszichés háttere. *DOTE Női Klinika kiadványai*. (Szerk.: Lampé L.) 13, 43–60 (1986).
8. Merkatz, R., Villeneuve, M., O'Kane, A., Bronx, N. Y.: Psychological characteristics of pregnant diabetic women. *Diabetes* 35, 222 (1986).
9. Orosz A.: A terhességi toxemia pszichoszomatikus megközelítése. *DOTE Női Klinika kiadványai*. (Szerk.: Lampé L.) 13, 31–42 (1986).
10. Stephanos, S., Auhagen, Stephanos, U.: Psychosomatische Theorie und Praxis in der Frauenheilkunde. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 32, 4 (1982).
11. Szeverényi P.: A terhesség pszichológiája. *DOTE Női Klinika kiadványai*. (Szerk.: Lampé L.) 13, 5–22 (1986).
12. Szeverényi P.: Vater erlebt die Geburt: Ändert sich das Sexualleben? *Sexualmedizin* 17, 176–179 (1988).
13. Szeverényi P., Kőrösi T., Lampé L.: Nyitott szülészoba — a férj jelenléte a szülésnél. *Orv. Hetil.* 128, 1677–1682 (1987).
14. Tyrer, G., Steel, J. M., Ewing, D. J., Bancroft, J., Warner, P., Clark, B. F.: Sexual responsiveness in diabetic women. *Diabetologia* 24, 166–171 (1983).
15. Wertlieb, D., Hauser, S. T., Jacobson, A. M.: Adaptation to diabetes: behavior symptoms and family context. *J. Pediatric Psychology* 11, 463–479 (1986).
16. Wolff, C., Verlohren, H. J., Arlt, P., Mechmedowa, F., Kripylo, C., Wetzler, C.: Schicksal von Gestationsdiabetikerinnen — Klassifikation des Gestationsdiabetes nach Abschluss der Gestation (p. G. Klassifikation) *Zbl. Gynäk.* 109, 88–97 (1987).
17. Zeichen, R.: Vergleichende Untersuchungen über die Persönlichkeitsstruktur des Diabetikers und der chronisch Leberkranken. *Wiener Med. Wochenschr.* 136 (Suppl. 96), 1–13 (1986).

На д е т ь, Г., Х е т е й, А., С е в е р е н ь, П.: Г е с т а ц и о н н ы й д и а б е т . У . Б е р е м е н н о с т ь и с е к с у а л ь н о с т ь

Авторы исследовали проблему сексуальности и беременности у 91 беременных с гестационным диабетом. Метод Лукеш и Лукеш был применен при исследовании. Результаты были сравнены с данными нормальной популяции (303). Установлено, что при гестационном диабете проблемы связывающие с беременностью и сосанием меньше, чем в контрольной группе. В то же время математически достоверно повышается чувство боязнь от родов. В сексуальности не обнаружили разницу.

Ключевые слова: гестационный диабет, беременность, роды, сексуальность

N a g y, G y., M r s. H e t e y, A., S z e v e r é n y i, P.: *Gestational diabetes. Part V. Pregnancy and sexuality*

The authors examined the problems of pregnancy and sexuality in 91 cases of gestational diabetes. They applied the method worked out by Lukesch and Lukesch in their estimations. They compared their results with the data of a random sample (303) from a normal population, and drew the following conclusions: 1. Adaptation to the idea of pregnancy and breast-feeding was found to be more favourable in the examined group than in the control group. 2. Fear of delivery was found to be significantly stronger in the examined group than in the control group. 3. No significant difference was found in the examined and control group with regard to the fear of injuries during delivery and sexual adaptation during pregnancy.

Key words: gestational diabetes, pregnancy, delivery, adaptation

Közlésre elfogadva: 1988. december 14.