

**Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok, különös tekintettel a
gyermekágyi lehangoltság kérdéskörére**

Dr. Kovácsné Dr. Török Zsuzsanna

Témavezetők: Dr. Pék Győző

Dr. Szeverényi Péter

Rövidítések jegyzéke	4
1. Bevezetés	5
1.1. Hazai helyzet	6
1.2. Megelőzés, kezelés	7
2. Irodalmi áttekintés.....	8
2.1. Történeti áttekintés	8
2.2. Felosztás	9
2.3. Következmények, hatások.....	9
2.4. Szüléshez társuló hangulatzavarok kezelése	10
2.4.1. Szüléshez társuló hangulatzavarok gyógyszeres terápiája	10
2.4.2. Szüléshez társuló hangulatzavarok kezelése pszichoterápiával	13
2.5. Depresszió a terhesség alatt.....	14
2.5.1. Epidemiológia.....	15
2.5.2. Kockázati tényezők.....	15
2.5.3. A terhesség alatti depresszió hatása az újszülöttre	16
2.5.4. A terhesség alatti depresszió kezelése	17
2.6. A gyermekági poszt-traumás stressz zavar.....	17
3. Gyermekági hangulatzavarok.....	18
3.1. A gyermekági lehangoltság	18
3.1.1. Epidemiológia.....	20
3.1.2. A gyermekági lehangoltság etiológiája	21
3.1.2.1. Biológiai elméletek.....	21
3.1.2.2. Demográfiai tényezők.....	21
3.1.2.3. Interperszonális tényezők	22
3.1.2.4. Intrapszichés tényezők.....	22
3.1.2.5. Szülészeti tényezők.....	22
3.2. Gyermekági depresszió.....	25
3.2.1. A gyermekági depresszió elmélete	25
3.2.2. A gyermekági depresszió tünetei.....	25
3.2.3. A gyermekági depresszió előfordulása.....	26
3.2.4. A gyermekági depresszió etiológiája	27
3.2.4.1. Demográfiai tényezők.....	27
3.2.4.2. Szülészeti tényezők.....	28
3.2.4.3. Biológiai és hormonális tényezők.....	29

3.2.4.4. Szociális tényezők	30
3.2.4.5. Az újszülöttel összefüggő tényezők	31
3.2.4.6. Pszichiátriai tényezők	31
3.2.4.7. Pszichológiai tényezők	32
3.2.5. A gyermekági depresszió előrejelzése	32
3.2.6. A gyermekági depresszió detektálása	33
3.2.7. A gyermekági depresszió prevenciója és terápiája	33
3.2.8. A gyermekági depresszió hatása a gyermek fejlődésére és a korai anya-gyermek interakcióra	35
3.2.8.1. Korai anya-gyermek kapcsolat	35
3.2.8.2. A gyermek kognitív és nyelvi fejlődése	35
3.2.8.3. A gyermek emocionális és társas viselkedésének fejlődése	36
3.2.9. A gyermekági depresszió hatása a partnerre, az apa depressziója	37
3.3. A gyermekági pszichózis	37
3.3.1. Epidemiológia	37
3.3.2. A gyermekági pszichózis etiológiája	38
3.3.3. Megelőzés, kezelés	39
4. Célkitűzések	40
5. Anyag és módszer	41
5.1. Vizsgálati populáció, mintavétel	41
5.2. Kérdőívek	41
5.2.1. Saját kérdőív	41
5.2.2. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	42
5.2.2. Beck Depression Inventory (BDI)	42
5.3. Adatkezelés és elemzés	43
6. Eredmények	44
6.1. Az I. vizsgálat eredményei	44
6.1.1. A minta szocio-demográfiai jellemzői	44
6.1.2. A minta szülészeti jellemzői	44
6.1.3. Az EPDS-teszt magyar változatának validálása	47
6.1.4. Szocio-demográfiai faktorok és az EPDS kapcsolata	48
6.1.4.1. A családi állapot és az EPDS kapcsolata	50
6.1.4.2. Az iskolai végzettség és az EPDS kapcsolata	51
6.1.4.3. A foglalkozás és az EPDS kapcsolata	52

6.1.4.4. A lakhely és az EPDS kapcsolata	53
6.1.5. Szülészeti tényezők és az EPDS kapcsolata	54
6.1.5.1. A szülésszám és az EPDS kapcsolata	55
6.1.5.2. A terhesség lefolyása és az EPDS kapcsolata	56
6.1.5.3. A terhesség kora és az EPDS kapcsolata	57
6.1.5.4. A szülésvezetés módja és az EPDS kapcsolata	58
6.1.5.5. Hozzátartozó jelenléte és az EPDS kapcsolata	59
6.1.5.6. A szülésről alkotott vélemény és az EPDS kapcsolata	60
6.2. A II. vizsgálat eredményei	62
6.2.1. A minta szocio-demográfiai jellemzői	62
6.2.2. A szülést követő jelentős életesemények	63
6.2.3. A BDI teszttel nyert eredmények	65
6.2.4. Az EPDS teszttel nyert eredmények	66
6.2.5. A gyermekági depresszió és a család anyagi helyzetének a kapcsolata	66
6.2.6. A két időpontban nyert EPDS eredmények egymáshoz való viszonya	68
6.2.7. A két mérőeszköz - EPDS-BDI - egymáshoz való viszonya	69
7. Megbeszélés	70
7.1. Az EPDS teszt magyar változatának validálása	70
7.2. A gyermekági lehangoltság előfordulása hazánkban	71
7.3. A gyermekági lehangoltság kapcsolata a szocio-demográfiai tényezőkkel	72
7.3.1. Az életkor meghatározó szerepe	72
7.3.2. A pszicho-szociális stressz meghatározó szerepe	73
7.3.3. A iskolai végzettség meghatározó szerepe	73
7.3.4. A foglalkozás, az anyagi helyzet meghatározó szerepe	74
7.3.4. A lakhely meghatározó szerepe	74
7.4. A gyermekági lehangoltság kapcsolata a szülészeti tényezőkkel	74
7.4.1. A szülésszám meghatározó szerepe	75
7.4.2. A terhesség alatti egészségi állapot meghatározó szerepe	75
7.4.3. A koraszülés meghatározó szerepe	76
7.4.4. A szülésvezetés meghatározó szerepe	76
7.4.5. Az együttszülés meghatározó szerepe	77
7.4.6. A szülésről kialakult szubjektív vélemény meghatározó szerepe	77
7.4.7. A független változók komplex vizsgálatának eredményei	78
7.5. A gyermekági depresszió előfordulása hazánkban	79
7.6. A gyermekági depresszió és a család anyagi helyzetének a kapcsolata	80

7.7 Az EPDS és a BDI teszteredmények kapcsolata	81
8. Következtetések.....	81
8.1. Elfogadásra javasolt új megállapítások	83
9. Köszönetnyilvánítás	84
10. Irodalom	85
11. Mellékletek.....	96

Rövidítések jegyzéke

BDI	Beck Depression Inventory
BNO	Betegségek Nemzetközi Osztályozása
CI	Konfidencia Intervallum
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDA	Epiduralis anaesthesia
FDA	Food and Drug Administration
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
OTKA	Országos Tudományos Kutatási Alapprogram
OR	Esély Hányados
PMS	Praemenstrualis syndroma
PPD	Posztpartum Depresszió
PTSD	Poszt-traumás Stressz Zavar

1. Bevezetés

Ma már alig kérdőjelezi meg bárki, hogy a pszichiátriai megbetegedések – előfordulásuk gyakoriságánál fogva – kiemelkedő népegészségügyi problémának tekintendők. A WHO jelzései szerint a keresőképtelen állományban töltött napok számában az első tíz helyezett között öt mentális zavar szerepel, és a sort a depresszió vezeti (Murray, 1998). Szintén a WHO előrejelzése szerint 2020-ra a depresszió lesz a második leggyakoribb oka a korai halálnak és a rokkantságnak (Murray, 1996/b).

Ezek a megállapítások sajnos hazánk vonatkozásában is megállják a helyüket. Kopp és munkatársai a magyar népesség körében végeztek felmérést. Adataik szerint a lakosság 31,8 %-a szenved depressziós tünetektől, 7,1 %-a pedig súlyos depressziótól. Ugyanezen tanulmány szerint a 16 év feletti férfiak 27,2 %-ánál, míg a nők 33,3 %-ánál fordul elő különböző súlyosságú hangulatzavar (Kopp, 1997).

Ki kell azt is emelni, hogy a depresszió nem tekinthető nemhez kötött betegségnek, mégis egyértelmű különbségek figyelhetők meg férfiak és nők között a hangulatzavar megjelenési formáinak és előfordulási gyakoriságának tekintetében (Shaw, 1996). Epidemiológiai adatok világszerte azt mutatják, hogy a depresszió megközelítőleg kétszer olyan gyakori nőknél, mint férfiaknál és hogy a betegség első jelentkezése gyakran a gyermekszülés éveire tehető (Belső, 2006; Young, 2002). A reprodukív korban – és csak ebben az időszakban – a nők jóval gyakrabban szenvednek depresszióban, mint a másik nem. Ez a különbség a termékeny kor előtt és után nincsen meg a nemek között. A nők életciklusa során három fő sérülékeny periódus emelhető ki: a serdülőkor, a terhesség illetve főként a gyermekágyi időszak, valamint a klimaktérium időszaka. Ilyenkor a női szervezet hormonális változásaira az idegrendszer igen érzékenyen reagál: változik a kedélyállapot, az érzelmi élet, vegetatív tünetek jelennek meg és jellegzetes magatartásváltozások is megfigyelhetők (Szádóczy, 2001).

A hangulatzavarok egyik legérdekesebb területe a szüléshez társuló pszichiátriai betegségek kérdésköre. Egy nő életében az anyaság első élményei, a szülés, a szoptatás és az első hónapok történései a gyermekkel, általában a vágyott boldogság képzetével azonosak. Ugyanakkor az anyaság örömteli időszakát sokszor lelki problémák teszik boldogtalanná. A szülést követően a hormonális rendszer változása mellett a nőnek új szerepéhez is alkalmazkodnia kell. Átalakul férjéhez, szüleihez fűződő kapcsolata, módosul testképe és énképe is. Így nem meglepő, hogy ebben a rövid életszakaszban számos pszichiátriai zavar jelentkezhet. Kopp és munkatársai 1992-ben végzett hazai vizsgálatának adatai ezt tényszerűen bizonyítják. A GYED-en, GYES-en lévő anyák 33,9%-a bizonyult

depressziósnak, 10,1%-nál a hangulatzavar súlyos illetve közepesen súlyos volt (Kopp, 1992). Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a szülés körüli periódust az anya és a gyermek mentális egészsége szempontjából kritikus időszaknak kell tekintenünk.

Epidemiológiai vizsgálatok adataiból tudjuk, hogy a szülést megelőző és követő időszakban a nők 80 %-a tapasztal valamilyen hangulatingadozást. Ezeknek a gyermekszüléshez társuló pszichiátriai betegségeknek számos egyedi sajátossága van, azonban közös precipitáló faktoruk a szülés (Trixler, 1997).

1.1. Hazai helyzet

Mivel az érzelmi funkciózavarok, a depresszió, a szorongás jelentős kockázati tényező több, népegészségügyi jelentőségű betegség kialakulása, lefolyása és kiújulása szempontjából, ezért rendkívül fontos tudományos lépés volt a 90-es évek végén a hangulatzavar előfordulásának a vizsgálata a magyar lakosság körében (Kopp, 1992; Kopp, 1997). A 15.304 megkérdezett segítségével gyűjtött adatok azt mutatják, hogy a 16 év feletti lakosság 24,3 %-a érez depresszióra jellemző tüneteket. A megkérdezettek 7,5 %-a közepesen súlyos vagy súlyos depressziós tünetektől szenved. Ezek a súlyos tünetek a nők 8,1 %-nál, míg a férfiak 6,8 %-nál fordulnak elő (Kopp, 1992).

Kifejezetten a gyermekvállaláshoz társuló hangulatzavarok magyar nyelvű irodalma három csoportra osztható. A legnagyobb számú közlemény összefoglaló tanulmány, amely a terhesség alatti pszichés zavarokat (Belső, 2004; Szakács, 2007; Szemán, 2007), illetve a szüléshez vagy más szülészeti beavatkozáshoz (abortusz) társuló hangulatzavarokat (Belső, 2006; Kovácsné T. Zs, 1999; Páll, 2002; Pető, 2003; Szádóczky, 2001; Török, 2007; Trixler, 1997; Trixler, 2000) gyűjti össze és mutatja be. Kiemelésre méltó, hogy néhány tanulmány kifejezetten a szakemberek számára ad útmutatást a terhesség, gyermekágy időszaka alatt jelentkező, orvosi segítséget igénylő pszichés problémák kezeléséhez (Balatoni, 2004; Csatornai, 2006/a).

A témával foglalkozó magyar nyelvű irodalomban esettanulmányokat is olvashatunk, amelyek a sikertelen terhességgel illetve a nem kívánt terhességgel összefüggő lelki zavarok, hangulatzavarok pszichoterápiás feldolgozásának folyamatába adnak betekintést (Kovácsné T. Zs, 2002; Török, 2004).

Ugyanakkor elenyésző azoknak a közleményeknek a száma, amely a posztnatális depresszió hazai előjelzésével, szűrésével foglalkoznak. Csatornai és munkatársai elsősorban Délkelet-Magyarországon végeztek kutatómunkát. 109 terhes és 52 gyermekágyas nő

kérdőíves vizsgálatával a szülést megelőző és követő depresszió gyakoriságát mérték (Csatordai, 2006/b). Kiemelik, hogy a depresszió testi tünetei, és a szorongás terhesség alatt és a gyermekágyban is gyakoribbak a már szült nők körében.

Csatordai és munkatársai egy másik vizsgálatukban 70 primipara illetve 129 korábban már szült asszony pszichés állapotát a Beck-féle depressziós skálával és Leverton-tesztel becsülték meg. Eredményeik alapján megállapítják, hogy a Leverton-teszt magyar változata prenatálisan alkalmazható a depressziót megelőző sérülékenység szűrésére (Csatordai, 2007). A hangulati labilitással a lakásgondok, a párkapcsolati problémák, a stressz, a nem tervezett terhesség függnék össze a legjelentősebben.

Kiemelésre érdemes tehát, hogy hazánkban eddig a gyermekágyhoz társuló pszichiátriai zavarok körében szűrővizsgálat nem történt.

Debrecenben és vonzáskörzetében (Borsod-Abaúj- és Zemplén Megye, Hajdú-Bihar Megye, Heves Megye, Jász-Nagykun- és Szolnok Megye, Szabolcs-Szatmár-Bereg Megye, Nógrád Megye) a mi vizsgálatunk az első, amely az EPDS teszt általunk kidolgozott magyar változatával igen nagyszámú mintán (725+165 fő) mérte a szüléshez társuló hangulatzavarok előfordulását.

1.2. Megelőzés, kezelés

A szülést megelőző edukáció, ismeretnyújtás segítik a szülővé válás folyamatát és csökkentik a szüléshez társuló hangulatzavarok valószínűségét. Legtöbbször elegendő a nők edukatív támogatása, megnyugtatása. Hasznos lehet, ha a kismama és partnere számára általános ismereteket nyújtanak a szülést követő hangulatzavarokról is. Ez csökkenti a várandós/gyermekágyas büntudatát és növeli a partner segítő szándékát, tudja, mikor kell esetleg szakemberhez fordulni. Több országban önszolgáltató csoportok illetve képzett terapeuták vállalják fel ezt a munkát.

Hazánkban, az 1992-ben alakult Magyar Pszichoszomatikus Szülészeti Nőgyógyászati Társaság évi rendszerességgel szervez konferenciát. Ezeken a tudományos rendezvényeken a szüléshez társuló pszichiátriai zavarok témájával is megismerkedhetnek orvosok, szülésznők és védőnők. Az új rezidensképzés keretében pedig a szülészet-nőgyógyászati pszichoszomatika kurzus több előadás és gyakorlat formájában kiemelten foglalkozik a női krízisszituációkkal (terhesség, szülés, születés, gyermekágy). Ezek hatásait nemcsak az anya, hanem a család egésze szempontjából is elemzi. Azt mondhatjuk, hogy a hazai szülészet-nőgyógyászati szakma, a Magyar Védőnő hálózat és a perinatális időszak menedzselésére

alakult teamek (l: sikertelen terhesség utáni gondozás) hatékony erőfeszítéseket tesznek a szülés körüli időszak pszichés zavarainak korai felismerésére és prevenciójára.

2. Irodalmi áttekintés

2.1. Történeti áttekintés

A gyermekszüléshez társuló pszichiátriai betegségek nozológiai megítélése nagy változáson ment át az ókortól napjainkig (Páll, 2002; Trixler, 1997; Trixler, 2000). Ismeretes, hogy már Hippokratész önálló betegségcsoportnak tekintette a gyermekágyban jelentkező pszichés problémákat és a tejelválasztás zavaraiival indokolta ezeket. A múlt század közepén a szüléshez társuló pszichés betegségcsoportoknak született egy átfogó leírása. Ebben kiemelték, hogy a képet domináló tünetek néha szüléstől függetlenül is jelen lehetnek. A tünetek sajátos kombinációja és gyors váltakozása miatt, illetve a sokszor megfigyelhető jó remisszió alapján önálló kórképnek kell tekinteni őket. A diagnosztikus gondolkodás fokozatos átalakulása a gyermekágyi pszichiátriai kórképek szemléletének megváltozását is eredményezte. Ekkor a klinikailag megbízható tünetegyüttesek alapján kezdték osztályozni a betegségeket. Ebbe a rendszerbe a szüléshez társuló pszichiátriai zavarok a kísérő tünetek komplexitása és gyors változása miatt viszont nem voltak beilleszthetők. Így fokozatosan kikerültek a DSM és a BNO klasszifikációs rendszeréből, magát a gyermekágyi jelzöt is törölték. Ez a szemlélet a 80-as évektől újra fokozatosan változott. Felerősödtek azok a nézőpontok, melyek szerint ezekben, a pszichiátriai betegségekben a szüléssel kapcsolatos, specifikus hormonális és pszichés változások játszanak nagy szerepet. Ezeknek a terápiás stratégia megválasztása és a prognózis szempontjából is fontos következményei lehetnek.

A manifesztáció idejére vonatkozóan azonban a mai napig nincs konszenzus. A témával foglalkozó szerzők egy csoportja a szülést követő 12 hónapot tartja a gyermekágyi besorolás kritériumának. Ugyanakkor nem ismert olyan endokrin változás, amely a szüléssel összefügg és csak 6-12 hónappal a szülés után alakulna ki. Ez a szemlélet érződik a DSM-IV rendszerében, amelyben a *gyermekágyi kezdet* speciális megjelölést csak a szülést követő 4 héten belül alkalmazhatjuk (DSM-IV, 2001). A BNO-10 pedig a szülést követő 6 hetet, tehát a puerperium időszakát veszi alapul (BNO-10, 2002).

2.2. Felosztás

A gyermekágyi pszichiátriai zavarok pszichotikus vagy nem pszichotikus kedélybetegségek, amelyek a szülést követő 12 hónapon belül alakulnak ki. Formái (Nonacs, 1998):

- gyermekágyi lehangoltság („maternity blues”)
- gyermekágyi depresszió
- gyermekágyi pszichózis.

Ezek mellett létezik egy negyedik formája is a gyermekszüléshez társuló pszichiátriai zavaroknak. Ez a gyermekágyi poszt-traumás stressz zavar, amely a poszt-traumás stressz zavar (PTSD) kritériumait a szüléssel hozza összefüggésbe. Bizonyos esetekben császármetszés és perinatális halál is okozhat ilyen súlyos pszichotraumát (Páll, 2002).

Ma már a kutatók figyelme egyre inkább a terhesség alatt kialakuló hangulatzavarra tevődik, hiszen egyértelműen bizonyított, hogy a terhesség alatt meglévő depresszió veszélyt jelent a szülést követő hangulatzavarok kialakulása szempontjából (Ballard, 1994).

2.3. Következmények, hatások

A szüléshez társuló hangulatzavarok számos, a betegséggel összefüggő negatív hatást, súlyos esetben rokkantságot váltanak ki a nőknél (Klein, 1994). Ki kell emelni, hogy ezeket, a súlyos következményeket nemcsak a nő, hanem a gyermek és az egész család megsínyli (Burke, 2003; Marmorstein, 2004; Murray, 1989; O’Hara, 1987).

Az anyát érintően hangsúlyozni kell az igen súlyos következményeket: a szuicid és homicid gondolatokat és késztetéseket.

A hangulatzavar következtében a nő és férje közötti kapcsolat is károsodhat. Azoknál a férfiaknál, akik felesége szülést követő depresszióban szenved, szintén gyakrabban alakul ki ez a hangulatzavar (Ballard, 1994).

A szüléshez társuló pszichiátriai zavarok sajnos súlyos és hosszantartó hatást fejthetnek ki az újszülöttnél, illetve a csecsemő emocionális, kognitív és társas fejlődésére, mivel alapjaiban zavarják meg a korai anya-gyermek kapcsolatot (Cogill, 1986; Field, 1992; Murray, 1997; Murray, 1999).

Megállapítható, hogy az érintett populáció felkutatásának, szűrésének – a szakemberek és a családtagok által – nagy a jelentősége. A korai és megfelelő kezelés az egyetlen módja a súlyos következmények megelőzésének.

2.4. Szüléshez társuló hangulatzavarok kezelése

A szüléshez társuló pszichiátriai zavarok nagyon gyakran nem kerülnek felismerésre, mert a várandósság alatt és a gyermekágy időszakában tapasztalható diszkomfort érzések és a hangulatzavarok tünetei között sok az átfedés és a hasonlóság (Klein, 1994). A pontos diagnózis késésének gyakori oka az is, hogy az anyák – félve a stigmatizációtól és a szégyentől – vonakodnak bevallani érzéseiket. Ez az elhallgatás különösen gyakori, amikor az önvád és a kudarc érzése nagyon erős. Az anyák attól is tarthatnak, hogy a betegség miatt alkalmatlannak tartják őket a gyermek gondozására.

Az adekvát kezelés elmaradása azért is szerencsétlen, mert a kezelésre adott válaszreakció nagyon jó (Appleby, 1997). A szüléshez társuló hangulatzavarok hatékony detektálása és kezelése széles együttműködést kíván meg az alap- és szakellátás területén dolgozóktól, beleértve a védőnőket, szülésznőket, szociális munkásokat, klinikai szakpszichológusokat, körzeti orvosokat, szülészeket, gyógyszerészeket, pszichiátereket, akik további támogatást nyújthatnak a betegségtől szenvedő családoknak.

2.4.1. Szüléshez társuló hangulatzavarok gyógyszeres terápiája

A gyógyszeres kezelés elméleti alapjai a szüléshez társuló hangulatzavarok esetében is megegyeznek a depresszió kezelésének általános alapelveivel. Ugyanakkor a terhesség alatti pszichofarmakoterápia megválasztásának vannak lényeges és nem elhanyagolható szempontjai. Ezeket mindig pszichiáter szakorvossal kell egyeztetni. A fontos tudnivalókat a I. Táblázat foglalja össze.

I. Táblázat

A pszichofarmakoterápia dilemmái terhesség és szoptatás alatt

(Belső, 2006)

A teherbeesést követő 1. héten – ha ez ismert – ne kezdjük új gyógyszert
Az első trimeszter a legsérülékenyebb időszak a morfológiai és egyéb abnormalitások kialakulása szempontjából, ezért csak a legszükségesebb gyógyszereket alkalmazzuk
Ha több kezelési mód is alkalmazható, akkor azt válasszuk, amellyel kapcsolatban a legtöbb tapasztalat és információ áll a rendelkezésünkre
Vannak gyógyszerek, amelyek a teratogenitás szempontjából kevésbé veszélyesek, ezeket válasszuk
A legkisebb hatékony dózist válasszuk
Kerüljük a polipragmáziát, a szinergista-teratogén hatásokat
A kezelés megszakítása a tüneti visszaesés veszélyét hordozza, amely újabb gyógyszeres beállítást tehet indokolttá
A napi egyszeri adagolás mellett a nap nagyobbik felében szinte minimális a kockázat
A terhesség előrehaladtával a farmakokinetikai viszonyok változnak, ezt vegyük figyelembe a dozírozásnál (Lítium)
Az újszülöttnél diszkontinuációs szindróma alakulhat ki, ezért a szülés előtt, ha van rá mód, csökkentjük az adagot, később hagyjuk el a gyógyszert; olyan készítményt válasszunk, amely ilyen hatást nem okoz.

Az Amerikai FDA (Food and Drug Administration) egy 5 kategóriából álló skálán jelzi az egyes gyógyszerek teratogenitás szempontjából való biztonságosságát. „A” jelzést kapnak a nőknél végzett kontrollált vizsgálatokban egyértelműen rizikómentesnek bizonyult gyógyszerek, míg „X” jelet a bizonyítottan főtális abnormalitásokat okozó szerek. Néhány lényeges gyógyszer FDA-besorolását a II. Táblázat tartalmazza.

II. Táblázat

FDA teratogenitás kategóriák

(Belső, 2006)

<p>ANTIDEPRESSZÍVUMOK:</p> <p><u>SSRI-k</u>: Citalopram: C, Fluoxetin: B, Fluvoxamin: C, Paroxetin: B, Sertralin: B</p> <p><u>Dual action készítmények</u>: venlafaxin: C, mirtazapin: C</p> <p><u>Triciklikus készítmények</u>: maprotilin: B, clomipramin: C</p> <p><u>MAOI</u>: moclobemid: nincs adat</p> <p><u>Egyéb</u>: reboxetin: C, orbáncfű: nincs adat, de nem ajánlott!</p>
<p>HANGULATSTABILIZÁLÓK:</p> <p><u>Lithium</u>: a második trimesztertől biztonságosabb</p>
<p>ANTIPSZICHOTIKUMOK:</p> <p><u>Atípusos antipszichotikumok</u>: clozapin: B, olanzapin: C, risperidon: C, qetiapine: C</p> <p><u>Hagyományos antipszichotikumok</u>: haloperidol: C, egyéb fenotiazinok: általában C</p>
<p>NYUGTATÓK, ALTATÓK:</p> <p><u>BZD-k</u>: alprazolam: D, klórdiazepoxid: D, clonazepam: C, Temazepam: X, lorazepam: D, Buspiron: B</p> <p><u>Altatók</u>: zolpidem: B, zopiclon: ?, de nem kontraindikált, egyebekről nincs adat</p>
<p>ELEKTROKONVULZÍV TERÁPIA:</p> <p>Biztonságosan alkalmazható, hatásos, nem veszélyezteti a magzatot, anyatejben sincs káros hatása. A súlyos, farmakoterápia-rezisztens esetekben ajánlott, vagy ha a beteg nem tolerálja a gyógyszert. Amennyiben lehetséges, az alkalmazásáról szóló döntés a beteggel együttműködve szülessen meg!</p>

A szoptatás időtartama alatt ugyancsak körültekintően kell eljárunk. Az anyatejből a csecsemőbe jutó gyógyszer hatóanyaga vagy annak bomlásterméke szintén veszélyes lehet.

1. Tudnunk kell, hogy szinte valamennyi pszichotróp gyógyszer átjut az anyatejbe.
2. Az anyatej savasabb a plazmánál
3. A tejfehérjékhez való gyógyszerkötődés általában kisebb, mint a plazmafehérjékhez történő kötődés
4. A tejben mért koncentráció általában 1 %-a az anyai plazmakoncentrációnak, de ebben lehetnek eltérések
5. A napi egyszeri adagolás és a gyors felezési idő együttese sokkal biztonságosabb, és alkalmat ad gyógyszermentes tej lefejésére is
6. Az egyszeri gyógyszeradagot lehetőleg a csecsemő hosszabb alvása előttre időzítjük
7. A lehető legalacsonyabb dózist javasoljuk
8. Kerüljük a több gyógyszer együttes alkalmazását

A pszichofarmakonok alkalmazása során fellépő fokozott veszély miatt kiemelt szerep jut a szüléshez társuló hangulatzavarok kezelésében a pszichoterápiáknak. A legeredményesebb kezelés a kombináltan alkalmazott gyógyszeres terápiával és pszichoterápiával érhető el.

2.4.2. Szüléshez társuló hangulatzavarok kezelése pszichoterápiával

A szüléshez társuló hangulatzavarok kezelése többfajta pszichoterápiás módszerrel lehetséges. A kognitív viselkedésterápia a problémamegoldást és az újszülött ellátásával kapcsolatos problémákat helyezi előtérbe. A dinamikus pszichoterápia az anya-újszülött kapcsolatra koncentrálnak, a szupportív terápia pedig lehetőséget teremt az újszülött gondozásával összefüggő negatív érzelmek kifejezésére, útmutatást nyújt a problémás helyzetekben, segít tisztázni az idealizált anyasággal kapcsolatos téves nézeteket és feldolgozni a negatív szülésélményt.

A szüléshez társuló hangulatzavarok esetén a leggyakrabban alkalmazott terápiaforma a szupportív, és a kognitív viselkedésterápia. Appleby és munkatársai által végzett, randomizált vizsgálat a gyógyszeres és/vagy pszichoterápiás kezelés hatékonyságát elemzi (Appleby, 1997). A tanulmányban összesen 87 nő adatait közlik. A vizsgálati személyeket véletlenszerűen 4 vizsgálati csoportba sorolták:

- a. fluoxetin és egyetlen kognitív viselkedésterápiás ülés
- b. fluoxetin és 6 kognitív viselkedésterápiás ülés
- c. placebo és egyetlen kognitív viselkedésterápiás ülés
- d. placebo és 6 kognitív viselkedésterápiás ülés.

Négy hét kezelést követően hasonló javulást figyelhetek meg azoknál a nőknél, akik az „a” és a „d” csoportban kapták a kezelést. A tanulmány azt bizonyítja, hogy a gyermekágyas nő gyógyszert elfogadó vagy elutasító attitűdjét figyelembe lehet venni a kezelés módjának a megválasztásánál, hiszen mindkét kezelés hasonló hatékonyságú.

Stuart egy kis létszámú mintán végzett vizsgálatban a rövid interperszonális pszichoterápiát is hatékonynak találta (Stuart, 1995). A csoportterápia amellet, hogy csökkenti a depresszív tüneteket, az érzelmek kifejezését és a viselkedésváltozást is fokozza; hiszen a sorstársak egymásnak segítői, mintái, visszajelzői is lehetnek (Clark, 1993).

Bár a gyermekágyi hangulatzavarok szezonális jellegét nem vizsgálták, a fényterápiát hatékonyan alkalmazzák a major depresszió kezelésére (Corral, 2000). Az anya esetleges hospitalizációja esetén fontos, hogy a nő folytatni tudja a gyermek gondozását, ez fokozza aktivitását (White, 1995). Továbbá, a személyzet így közelről meg tudja figyelni a nő viselkedését, gyermekhez való kötődését és több pozitív visszajelzést, támogatást tud nyújtani a különböző interakciós helyzetekben.

Összefoglalva, mind az aktív tanácsadás, a pszichoterápia és/vagy a gyógyszeres kezelés hatékony lehet a szüléshez társuló hangulatzavarok esetében. Elsőként fel kell ismernünk, hogy az anya gyermekágyi hangulatzavarban szenved. Több tanulmány kiemeli, hogy a sikeres kezelés optimális helye az alapellátásban van (Chabrol, 2002; Holden, 1989; Mynors-Wallis, 1995; Szeverényi, 2003). Ezért elengedhetetlen a szülészeti és az újszülött osztályokon dolgozók számára az ismeretnyújtás és az intézmények számára a megfelelő erőforrások biztosítása az anyák mentális egészsége javítása érdekében.

2.5. Depresszió a terhesség alatt

A terhesség alatti depresszió és az újszülött fejlődésére kifejtett hatásának vizsgálata csak mostanában került a kutatók figyelmének a középpontjába. A terhesség alatti pszichiátriai zavarok világszerte egy aluldiagnosztizált és alulkezelt területe a terhesgondozásnak (Lee, 2007).

2.5.1. Epidemiológia

Az irodalom alapján a terhesség alatti depresszió előfordulása 10-20 % között mozog (Dietz, 2007; Evans, 2007; Freeman, 2006; Freeman, 2007; Smith, 2004; Sugawara, 1997). Bár van olyan közlemény, amelyik ennél a betegség magasabb prevalenciáját igazolta. Lee és munkatársai saját vizsgálatukban a terhesség alatt az anyák 37,1 %-nál igazolták a hangulatzavart (Lee, 2007). Más kutató is kiemeli, hogy a terhesség alatti depresszió előfordulása magasabb, mint a posztpartum időszakban (Hollins, 2007; Tam, 2007). Ez nem is meglepő, hiszen a párra a terhesség időszaka alatt vár a „szülőségre” való felkészülés nem könnyű pszichológiai, biológiai és szociális feladata.

2.5.2. Kockázati tényezők

A terhesség alatti depresszió gyakrabban alakul ki annál a nőnél, akinek instabil a társkapcsolata, a gazdasági helyzete, terhességét nem tervezte, nem kielégítően táplálkozik és dohányzik (Hollins, 2007). Az alacsonyabb gazdasági helyzet és a dohányzás terhesség alatti depresszió kialakulására gyakorolt meghatározó szerepét Dietz és munkatársai is igazolták (Dietz, 2007). Ugyanakkor kiemelik, hogy nem elhanyagolható tényező a három vagy több gyermek megléte, ami jelentősen növeli az anyai stresszt. Ez pedig egyértelmű kiváltója a depressziós epizódnak.

Tudnunk kell azonban, hogy a terhesség alatti depresszió szempontjából lényeges kockázati tényezők a terhesség hónapjai alatt változnak. Lee és munkatársai longitudinális vizsgálatukban trimeszterre lebontva elemezték a rizikótényezőket (Lee, 2007). Azt találták, hogy az I. trimeszterben a nem várt terhesség több mint 6-szorosára növeli a depresszió előfordulásának veszélyét. Szintén intenzíven emeli a betegség kialakulását a terhesség első 3 hónapjában, ha az anya csak 8 általánost végzett, egyedülálló, környezetétől minimális társas támogatást kap. A II. trimeszterben az alacsonyabb anyai életkor és az alacsonyabb házastársi elégedettség mutat szignifikáns hatást a depresszív hangulat kialakulására. A III. trimeszterben kockázati tényezőt jelent a depresszió kialakulása szempontjából az anya korábbi alkohol abúzus. Ugyanakkor az anya alacsony önértékelése mindhárom trimeszterben jelentősen megnöveli a depresszió kialakulásának veszélyét. Ki kell emelni, hogy az I. trimeszterben igazolt depresszió a legerősebb előrejelzője a posztpartum időszakban előforduló hangulatzavarnak. Akinél a terhesség első 3 hónapjában depresszió

igazolható, annál több mint 4-szer nagyobb a veszélye a hangulatzavar szülést követő kialakulásának!

Az anya terhesség alatti depressziójának számos negatív hatása van a magzat fejlődésére. Egyrészt fontos kapcsolat van a terhesség alatti depresszió és a koraszülés között. A hangulatzavar megléte esetén a koraszülés az anyák 9,7 %-nál fordult elő, míg a nem depressziós anyák esetében csak 4,0 % a koraszülés aránya (Hollins, 2007). A súlyos depressziótól szenvedő kismamák esetében megkétszereződik a koraszülés veszélye (Smith, 2004), másrészt az anyai depresszió alacsonyabb születési súlyt okozhat az újszülöttnél (Evans, 2007; Hollins, 2007). Ez azzal lehet összefüggésben, hogy az anyai stressz és az ezzel együtt járó pszichológiai tünetek következtében lelassul a magzat intrauterin fejlődése. Ha az anya depresszióval küszködik a terhesség alatt, akkor csaknem 2-szeresére nő a 2500 gr alatti születési súly relatív kockázata (Hollins, 2007). Ugyanakkor az újszülött 2500 gr alatti születési súlya szoros kapcsolatban van az anya általános egészségviselkedésével is. Az anyai depressziónál sokkal súlyosabb hatást fejt ki a magzat fejlődésére, ha az anya aktív dohányos (Evans, 2007).

2.5.3. A terhesség alatti depresszió hatása az újszülöttre

Az anya terhesség alatti depressziójának sajnos hosszú távú negatív hatása is van az újszülött/gyermek fejlődésére. A depressziós anyák újszülöttjeinél szignifikánsan gyakrabban fordul elő alvászavar, éber állapotban sírás, nyugtázkodás. A gyermek későbbi életében sokkal gyakoribbak a viselkedés- és emocionális zavarok – bár a terhesség alatti szorongás megléte sokkal intenzívebb, negatív hatást gyakorol a gyermek fejlődésére. A terhesség alatti anyai depresszió hosszú távú negatív hatásai közül mindenképpen ki kell emelni, hogy a koraszülöttség későbbi depresszió és schizofrénia kialakulásával hozható kapcsolatba. Míg a kis születési súly a későbbi, felnőtt életben igazolhatóan cardiovascularis betegségekkel és II. típusú diabetes mellitusszal van kapcsolatban (Hollins, 2007).

A terhesség alatti depresszió magas előfordulási aránya és súlyos negatív következményei miatt lényeges a pontos detektálása és minél korábbi kezelése. A témával foglalkozó tanulmányok leggyakrabban az Edinburgh Postnatal Depression Scale-t (EPDS) használják (Evans, 2007; Hollins, 2007; Lee, 2007; Smith, 2004). A terhesség hónapjaiban alkalmazva az EPDS szenzitivitása 64 %, míg specificitása 90 % volt (Lee, 2007). Ugyanakkor a terhesség alatti depresszió szűrésére más kérdőív is használható. Lee és munkatársai a Hospital Anxiety and Depression Scale-t alkalmazták és 90 %-os szenzitivitást illetve 91 %-os specificitást igazoltak (Lee, 2007).

2.5.4. A terhesség alatti depresszió kezelése

Mit tehet az orvos, ha az anyánál terhesség alatt depresszió igazolódik? Súlyos depresszió esetén az antidepresszáns adását is mérlegelni kell – figyelembe véve az anyai előnyöket és az esetleges magzati/neonatalis hátrányokat (Freeman, 2007; Smith, 2004). Az I. trimeszterben adott paroxetin növeli az újszülöttnél a cardiovascularis betegségek veszélyét (Dietz, 2007; Freeman, 2007). A II. trimeszterben adott antidepresszáns kapcsolatban van az újszülöttnél a fokozott kisvérköri nyomás kialakulásának veszélyével (Dietz, 2007; Freeman, 2007). Az antidepresszáns szedése növelheti a vetélés, intrauterin elhalás, koraszülés kockázatát. Az ajánlott készítményekről korábban már említést tettünk. A nem gyógyszeres kezelések közül az interperszonális pszichoterápia nyújt a leghatékonyabb segítséget a terhesség alatt meglévő depresszióban (Freeman, 2007).

Ajánlott lenne egy olyan támogató szolgálat kialakítása, amely a várandósság időszakában speciális pszichiátriai és pszichoterápiás segítséget nyújt a rászorulóknak az anya mentális zavara esetén. A rendszerszemléletű megközelítésben az egész család a figyelem középpontjában áll.

2.6. A gyermekágyi poszt-traumás stressz zavar

A PTSD, mint fogalom először 1980-ban jelent meg a pszichiátriában a DSM-III rendszerében. A trauma szó sérülést, bajt jelent. Ez a sérülés speciális magatartást, reakciót eredményez. A DSM-IV a PTSD kiváltásában szerepet játszó traumás élmény meghatározását két feltétel együttes meglétéhez köti (DSM-IV, 2001):

1. A személy olyan eseményt élt át, vagy olyannak volt a tanúja, vagy olyannal szembesült, amelyben valóságos vagy fenyegető haláleset, súlyos sérülés vagy a mások testi épségének veszélyeztetése valósult meg.

2. A személy erre intenzív félelemmel, tehetetlenséggel vagy rémülettel reagált.

A traumás tünetegyüttes klinikai leírásának a mai napig használatos formája a következő:

- fokozott ijedelmi reflex és ingerlékenység
- különös álmok
- hajlam explozív és agresszív reakciókra
- a trauma pszichés fixációja
- személyiségfunkciók beszűkülése.

A témával kapcsolatos irodalom még nem számottevő, a kutatók is csak az utóbbi években kezdtek foglalkozni a pszichiátriai kórkép szülészeti eredetének feltárásával. Elsősorban váratlan szülészeti események válhatnak ki pszichés zavart, de esetenként „normál” szülés is lehet traumatizáló hatású. A kórkép gyakorisága pontosan nem ismert.

Élete során a nők 10 %-a él át PTSD-t, a betegség egyharmada 60 hónapnál hosszabb ideig fennmarad. Terhesség alatt a nők 3,5 %-nál diagnosztizálható a kórkép (Smith, 2006). Veszélyeztető tényező a családon belüli erőszak, szexuális abúzus gyermekkorban. Amennyiben a terhesség vetélést, halvaszülést követően fogant, a PTSD előfordulása 20 %-ra növekszik (Turton, 2001). Méhen kívüli terhesség, sürgősségi császármetszés is jelentős stresszor, ami növeli a PTSD előfordulását (Ryding, 1998).

A szüléssel kapcsolatban két tényező szerepét kell kiemelni:

1. a fájdalom
2. az önkontroll elvesztésének érzése.

A gyermekszülés alatt a fájdalom intenzitása jelentős lehet. A kutatási eredmények arra utalnak, hogy a „félelem-hierarchiában” a fájdalomtól és a kontrollvesztéstől való félelem közel van a piramis csúcsához. Sok nő számára élete során a szülés alatt átélt fájdalom jelenti a legkifejezettebb fájdalmat (Reynolds, 1997).

3. Gyermekági hangulatzavarok

3.1. A gyermekági lehangoltság

A gyermekági lehangoltság egy átmeneti, minor affektív zavar, amelynek prevalenciája 25-85 %.

A DSM-IV úgy határozza meg a gyermekági lehangoltságot, mint a depresszió egy enyhe és átmeneti formáját, ami a szülést követő 3-7 napon belül jelentkezik (DSM-IV, 2001). Az állapot tünetei: érzelmi labilitás, sírás, érzékenység, irritabilitás, alvászavar, lehangoltságérzés („blues”), hangulatváltások (akár eufória is), sérülékenység-érzés, értéktelenség-érzés, türelmetlenség és nyugtalanság. Azt mondhatjuk, hogy a szülést követő napokban a nő nagyon érzékeny az őt körülvevő világra és felfokozott módon reagál is rá. A gyermekágiak arról számolnak be, hogy teljesen más a hangulatuk, mint általában. A kedvük napközben is nagyon ingadozó, de naponként is módosul. A legfőbb problémát nem a szomorúság okozza, hanem a felfokozott érzékenység. A megszokotthoz képest erős reakció még a teljesen hétköznapi szituációkban is megfigyelhető. A klinikai képre jellemző a

hangulati labilitás, kontrollálhatatlan sírás, szorongás, ingerlékenység. Tipikus a reménytelenség, a magány, az állandó feszültség érzése. Az anyánál az étvágy és a koncentráció zavarai alakulhatnak ki. Szembeötlő a gyermekágyas kritikával szembeni fokozott érzékenysége. A vizsgálatok azt igazolták, hogy a gyermekágyi lehangoltság tünetei a szülést követő 2. és 5. napon érik el csúcspontjukat. A 2. napon jellegzetesen intenzívebbé válik az ingerlékenység, a szorongás és a feszültség érzése. A szülészetten dolgozó szakember ezzel a képpel találkozik leginkább. Ezzel szemben az 5. napon főleg nyugtalanságtól és fejfájástól szenvednek az anyák. Az említett panaszokat sokan már otthon élik át. A szülést követő 2. és 5. napon is jellemző az állapotra a sírás, a nyomott hangulat és a koncentráció zavara. A tünetek alapján kifejezőbb lenne az „emocionális érzékenység szindróma” elnevezés. Az újdonsült anyáknak ezt az érzelmi törekenységét, amely minden kultúrában megfigyelhető, néhány társadalomban külön rituálék és szokások is támogatják a gyermekágy időszakában (Páll, 2002).

A tünetek formája és megjelenésének ideje is egyértelműen megkülönbözteti ezt a hangulatzavart az orvosi beavatkozást, esetleges műtétet követő diszfóriától. Ott a szorongás és a szomorúság áll a klinikai kép középpontjában, és a napok múlásával egyre csökken a tünetek intenzitása (Nagata, 2000; Young, 2002).

Ki kell emelni, hogy a gyermekágyi lehangoltsággal együtt járó klinikai kép a világ számos országában nagyon hasonló. A kultúrközi vizsgálatokban a tünetek közül a sírás, a zavartság, az alvásproblémák, a túlérzékenység, a feszültség és az ingerlékenység megjelenése egyöntetűen magas volt (Beck, 1992; Fossey, 1997; Kovács-T. Zs, 2002). A tüneteket a nők eltérő ideig tapasztalják. A legtöbben (62 %) 1-2 napig szenvednek a lehangoltságtól, az anyák 25 %-a 3-4 napig érzi a tüneteket, és kevesen (13 %) számolnak be arról, hogy 5-6 napig elhúzódik a hangulatzavar. A gyermekágyi lehangoltság normális esetben spontán módon két hét alatt lecseng (Gale, 2003). Jelentősége abban rejlik, hogy egyrészt felhívja a figyelmet a későbbi depresszió kialakulásának a veszélyére, másrészt közvetlenül is átmehet gyermekágyi depresszióba (Szádóczky, 2001; Török, 2007; Trixler, 1997; Trixler, 2000).

3.1.1. Epidemiológia

A gyermekági lehangoltság előfordulása az irodalmi adatok alapján 25-85% között mozog (III. Táblázat). Tendenciaszerűen a nyugati országokban magasabb az előfordulása (Affonso, 2000). A nagy eltérés abból is fakadhat, hogy a különböző vizsgálatok eltérő diagnosztikai kritériumokkal dolgoznak, illetve eltérő eszközöket használnak a hangulatzavar szűrésére (O'Hara, 1987).

III. Táblázat

A gyermekági lehangoltság előfordulása

(AFFONSO, 2000)

Ország	Gyermekági lehangoltság aránya (%)
Tanzánia	76
USA	76
Anglia	76
Kína	44
Németország	41
Jamaica	46
Franciaország	30
Olaszország	30
Japán	13-36

A legtöbb vizsgálatban a Cox és munkatársai által kifejlesztett Edinburgh Postnatal Depression Scale-t alkalmazzák (Cox, 1987/a). Ezt a 10 itemből álló kérdőívet a világ számos országában használják, mert könnyű kitölteni és értékelni.

A szülést követő enyhe és átmeneti hangulatzavart nem tekinthetjük szigorú értelemben vett pszichiátriai betegségnek, hiszen a szülő nők igen nagy százalékában fordul

elő. A kedélyállapot változásának ez a típusa kezelést sem igényel. Ugyanakkor beszélnünk kell róla, mert az érintettek 20%-ánál a szülést követő 1 éven belül posztpartum depresszió alakul ki. Néha a gyermekágyi lehangoltság direkt módon is átmehet súlyos depresszióba (Beck, 1992; Füredi, 2001; O'Hara, 1987; Trixler, 1997). Beck csaknem száz vizsgálat meta-analízise során 13 kockázati tényezőt jelölt meg a szülést követő kóros depresszió kialakulásában. Ezek között a faktorok között ott van a gyermekágyi lehangoltság is (Beck, 2001).

3.1.2. A gyermekágyi lehangoltság etiológiája

A gyermekágyi lehangoltság etiológiája a mai napig nem tisztázott (Trixler, 1997). Azt mondhatjuk, hogy a gyermekszülés és az anyai szerephez való alkalmazkodás, a gyermek ellátásának fizikai és lelki terhei olyan hatások, amelyek növelik a hangulatzavarral szembeni sérülékenységet. Biológiai, elsősorban hormonális, és pszicho-szociális faktorok meghatározó szerepével kell számolnunk. Az irodalmi megfigyelések a hangulatzavart meghatározó faktorok tekintetében nem egységesek, a kockázati tényezők kultúránként is változnak.

3.1.2.1. Biológiai elméletek

A kutatások ellenére nem teljesen ismert a szülést követő hormonváltozások és a gyermekágyi lehangoltság közötti kapcsolat. Számos tanulmány azt sugallja, hogy a lehangoltság az ösztrogén- és a progeszteronszint szüléskor bekövetkező gyors, hirtelen lecsökkenésének a következménye (O'Hara, 1987). Más vizsgálatok a szülést követően az ösztradiol, a progeszteron, a hCG, az endorfin, a prolaktin és a kortizol együttes és hirtelen szérumszint-csökkenésével magyarázzák a depresszív tüneteket, hiszen ez a hormonális változás kedvezőtlenül befolyásolja a szerotonin-anyagcserét a központi idegrendszerben (Belső, 2004, Csatornai, 2006/b).

3.1.2.2. Demográfiai tényezők

A demográfiai faktorok közül olyan, mint az életkor vagy az iskolai végzettség, a foglalkozás nem segít a gyermekágyi lehangoltság előrejelzésében (Bagedahl-Strindlund, 1997; Gurel, 2000). Ez azért meglepő, mert az iskolázottság egészségvédő faktorként szokott

szerepelni az érzelmi zavarok esetében (Kopp, 1997). Az iskolázottság protektív szerepe a gyermekágyi lehangoltságnál nem tapasztalható. Az életkor meghatározó szerepével kapcsolatban is megoszlanak a vélemények. Egyes vizsgálatok szerint az anya 35-39 év közötti életkora kifejezetten csökkenti a gyermekágyi lehangoltság előfordulását (Gale, 2003).

3.1.2.3. Interperszonális tényezők

Döntő fontosságú a terhesség, a szülés ideje alatt a nő, a család szociális helyzete. Az esetleges anyagi bizonytalanság, a munkanélküliség egyértelmű negatív hatással van a gyermekágyi hangulatra (Bägedahl-Strindlund, 1997). Szintén veszélyt jelent a pszichoszociális stressz, a segítő környezet, a férj/partner hiánya (Gale, 2003; Nagata, 2000; O'Hara, 1987). A családi háttér, a kapcsolatrendszer jelentősen befolyásolja a kedvezőtlen helyzettel való megküzdés képességét. Aki ennek hiányát éli meg a gyermekágy időszakában, gyakrabban él át lehangoltságot.

3.1.2.4. Intrapszichés tényezők

Kiemelt jelentőségűek a gyermekágyi lehangoltság kialakulása szempontjából a nő egyéni és/vagy családi élettörténetében korábban átélt depressziós epizódok, érzelmi zavarok. A gyermekágyban ezek ismétlődésére sokkal inkább számítani kell. Egyes vizsgálatok adatai szerint annál a nőnél, aki a terhességet megelőző időszakban premenstruális feszültséget tapasztalt, a szülést követően sokkal valószínűbb az intenzív hangulatzavar előfordulása (Gale, 2003; O'Hara, 1987).

Olyan személyiségjegyek, mint a neuroticizmus, a szorongás, a terhesség vége felé felerősödő pesszimizmus is szoros kapcsolatban vannak a gyermekágyi lehangoltsággal (Bägedahl-Strindlund, 1997). Figyelmeztető jelzés lehet a terhesség alatt előforduló komolyabb alvászavar is.

3.1.2.5. Szülészeti tényezők

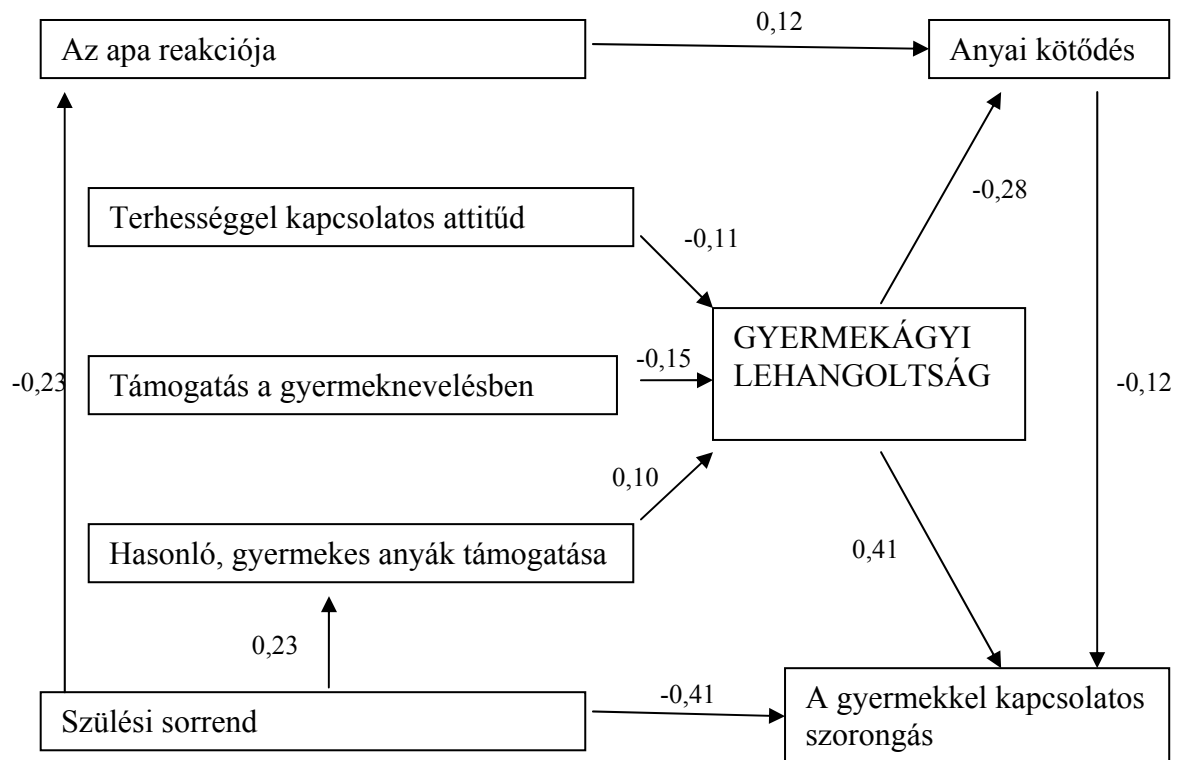
A szülészeti faktorok közül a szülés tartama, segítő személy jelenléte a vajúdas alatt, a szülésvezetés módja nincs összefüggésben a hangulatzavar kialakulásával. Más kutatók azt tapasztalták, hogy császármetszést követően kifejezetten magas volt a lehangoltság előfordulása (Gurel, 2000). Kockázati tényezőnek bizonyult a gyermekágyi lehangoltság

kialakulása szempontjából az, ha a szülés éjszaka következett be. Először szülőknél gyakrabban alakul ki tartós hangulatzavar. Fontos tényező az előző szülések száma is. Emeli a hangulatzavar kockázatát, ha rövid intervallumok választják el az ismételt terhességeket (Gurel, 2000). Fokozott figyelmet érdemel az a gyermekágyas, akinél koraszülés történt, illetve akinek az újszülöttje nem egészséges (Belső, 2006). Az újszülöttel összefüggő szorongások erősen növelik a lehangoltság előfordulását (Ballard, 1994; Beck, 1992; Bergant, 1999; Fossey, 1997; Nagata, 2000).

A nő saját szüléséről alkotott véleménye lényegesen befolyásolja a korai gyermekágyban az anya hangulati életét. Aki „nagyon nehéznek” illetve „nehéznek” érezte a szülés folyamatát, annál gyakrabban alakul ki gyermekágyi lehangoltság. Nincs igazolható összefüggés a kórházban töltött napok száma és a hazabocsátás időzítése, valamint a hangulati változás között. Ugyanakkor a vizsgálatok alapján azt mondhatjuk, hogy a gyermekágyas osztály szerkezete hatással van az anyák lehangoltságára. Azok az anyák, akik rooming-in rendszerben sokkal több időt tölthetnek az újszülöttel, kevesebb érzelmi zavarról számolnak be, mint azok, akik újszülöttjét külön osztályon látják el (Lee, 2001).

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy a gyermekágyi lehangoltság kialakulásának veszélye növekszik, amennyiben a nő és partnere kevésbé fogadja el a terhességet, ha a nő kevesebb érzelmi és fizikai támogatást kap a családtagoktól a gyermek gondozásában, és amikor a gyermek felé irányuló anyai kötődés alacsonyabb szintje figyelhető meg. A tünetek kialakulását szignifikánsan erősíti a gyermekkel kapcsolatos szorongás (Nagata, 2000). Az irodalom adatai a korai gyermekágyban megfigyelhető hangulatzavar kialakulásában a pszicho-szociális faktorok szerepét húzzák alá, bár egyértelmű ok-okozati kapcsolat nem írható le.

I. Ábra: Lehetséges kóroki összefüggések a gyermekágyi lehangoltság kialakulásában (NAGATA, 2000)



3.2. Gyermekági depresszió

3.2.1. A gyermekági depresszió elmélete

Az elmúlt évtizedekben a depressziót általában - és különösen a gyermekágiban előfordulót - igen intenzíven vizsgálták. A kapcsolódó irodalom áttekintése alig lehetséges. A gyermekvállalás időszaka sok változást hoz a nő életében, mind biológiai, pszichológiai és szociális szempontból is. Ezek a változások személyes növekedéshez és gyönyörűséghez is vezethetnek, de ugyanakkor mentális problémák okozói is lehetnek.

Jól ismert, hogy a depresszió előfordulása, akár a gyermekszülést követően, akár általában, magasabb nőknél, mint férfiaknál. A közelmúltban ezzel annyit foglalkozott a média is, hogy a gyermekági depresszió a hétköznapi ember számára is jól ismertté vált – ez szinte odáig vezetett, hogy már könnyű azt gondolni: a gyermekági depresszió természetes velejárója az anyai létnek. Ez a hangulatzavar csak átmeneti, enyhe és kevésbé intenzív, mint a major depresszió (Najman, 2000). Szerencsére ez gyakran tényleg így is van; a depresszió enyhe és néhány hét alatt lezajlik. Ugyanakkor az anyák számára ez nem okoz kevesebb szenvedést, súlyos hatása van az anyaságra és az újszülött életére is.

Najman és munkatársai azt vizsgálták, hogy a gyermekági depresszió mennyiségileg és minőségileg külön entitásként fogható-e fel vagy nem különbözik a szokásos depressziótól, és így nem alkot különálló egészségügyi problémát (Najman, 2000). Le kell szögezni, hogy a gyermekági lehangoltság nagymértékben hatással van a gyermek emocionális, kognitív fejlődésére és a nő saját egészségi állapotára illetve anyai szerepében nyújtott sikerességére, képességeire. Az is egyedivé teszi ezt a depressziót, hogy a gyermekági időszakában alkalmazott preventív és terápiás eljárások is különböznek más életszakaszban kialakuló depresszió kezelési módszereitől (Bägedahl-Strindlund, 1997).

3.2.2. A gyermekági depresszió tünetei

A gyermekági depresszió tünetei és klinikai kritériumai hasonlóak a szokásos depresszióéhoz. A DSM-IV szerint major depressziót akkor diagnosztizálhatunk, ha a hangulati nyomottság, vagy a szokásos aktivitásokban a csökkent érdeklődés legalább 2 hetes időtartamban megfigyelhető, és az alábbi tünetek közül legalább 4 fennáll: a testsúly, az alvás

vagy a pszicho-motoros aktivitás változása, önvád vagy értéktelenség érzése, gondolkodási és/vagy koncentrációs nehézség, döntési képtelenség, csökkent energia, halállal kapcsolatos visszatérő gondolatok, szuicid gondolatok vagy kísérletek (DSM-IV, 2001).

Klinikailag a gyermekági depressziót úgy határozhatjuk meg, mint major depressziót, amely a szülést követő első 4 (DSM-IV, 2001) illetve 6 héten belül jelentkezik (BNO-10, 2002). A legtöbb epidemiológiai kutatás sokkal tágabb kritériummal dolgozik; a gyermekági depresszió általában a szülést követő 6-12. héten belül indul és enyhe vagy közepes lefolyású (Beck, 1961; Josefsson, 2002).

Úgy tűnik, hogy a gyermek bántalmazásával kapcsolatos gondolatok általánosak a depresszióban szenvedő anyáknál, bár az újszülött tényleges bántalmazása nagyon ritka. Azokat az anyákat, akiknél ezek a gondolatok súlyosak és kényszeresen visszatérők, fokozott gonddal kell nyomon követni, mert az állapotuk könnyen átcsúszhat gyermekági pszichózisba (Donahue-Jennings, 1999). Szintén nagyon ritka a gyermekági depresszióhoz társuló öngyilkossági kísérlet illetve az anya saját épségét veszélyeztető cselekedet is. A gyermekágihoz fűződő depresszió – a szokványos depresszióhoz hasonlítva – természetében nem destruktív (Beck, 2000; O'Hara, 1996) – ez fontos minőségi különbség közöttük.

Mindenféleképpen át kell gondolni, hogy a gyermekági depresszió diagnózisával nem fedünk-e el más betegségeket, például a gyermekágihoz társuló szorongásos zavarokat, pánik reakciót, obszesszív-kompulzív zavarokat és poszt-traumás stressz zavart (Beck, 2000; Stuart, 1998). Ezek között a betegségek között magas a komorbiditás és a gyermekági időszakában is jelen lehetnek. Az egyéb mentális zavaroknak a detektálására még kevesebb lehetőségünk van, hiszen validált szűrőeszközök nem állnak a rendelkezésünkre. Stuart és munkatársai a Cox depresszió skáláját alkalmazva azt találták, hogy a skála erős korrelációt mutat a szorongás skálával – a skála a depressziót és a szorongást is méri (Stuart, 1998). Barnett és Parker arról számolt be, hogy a szorongás velejárója lehet a gyermekági depresszióknak, főleg az újszülött éretlensége, szülési komplikációk és primiparák esetében. A betegségek tüneti hasonlóságának és átfedésének következtében a depressziót a szorongásos zavarok részeként kell értelmeznünk és fordítva (Barnett, 1986).

3.2.3. A gyermekági depresszió előfordulása

A gyermekági depresszió előfordulását a különböző országokban és kultúrákban világszerte 10-15 % között határozzák meg; kiskorú anya esetén magasabb, 26 % (Cox, 1987/a; Jadresic, 1995). A nagy eltérés abból adódik, hogy a különböző vizsgálatok eltérő

eszközöket alkalmaztak (önkitöltős kérdőív, klinikai interjú, általános orvos vagy pszichiáter diagnosztizálta a betegséget), eltérő időben készültek (szülést követően pár naptól egészen több évig terjedő időszak). O'Hara és Swain vizsgálatát alapul véve, amelyben 59 tanulmány (n=12.810) eredményeit összegzik, a gyermekági depresszió átlagos aránya 13 % (O'Hara, 1996).

Amikor a szülés előtt álló nőknél és a szülést követő 3., 6. és 12. hónapjában lévő nőknél tapasztalható depresszió prevalenciáját vetjük össze, hasonló eredményeket kapunk (Cooper, 1996). Ennek ellenére Cox és munkatársai egyetértenek abban, hogy annak a veszélye, hogy a depresszió kialakul, a gyermekági első három hónapjában a legnagyobb, különösen kiemelt jelentőségű az első 5 hét (Cox, 1987/a).

Típusos esetben a tünetek a szülést követő pár héten belül (2-4 hét) jelennek meg, lassan, fokozatosan kifejlődve. A gyermekági egyre kevésbé tud örülni a gyermeknek, az újszülött ellátása egyre fárasztóbbá válik a számára. Kialakulnak a közepes vagy súlyos depresszió tünetei: alvászavar (főként insomniá), étvágyzavar és jelentős testsúlyváltozás, energiátlanság, szociális izoláció, memória- és koncentrációs zavarok, fokozott aggodás, a szexuális vágy csökkenése, gyakori sírással kísért érzelemkitörések. Mindezeket a családtagok sokáig a gyermekági helyzet természetes velejárójaként könyvelik el, a tünetek súlyosabbá válásakor viszont már a család is kórosnak és aggasztónak ítéli meg a kismama állapotát. A spontán gyógyulás a legtöbb esetben 3-6 hónap alatt következhet be, de a kezeletlen betegség akár 2 évig is elhúzódhat. Ki kell emelnünk, hogy a későbbi szüléseknél a gyermekági depresszió ismétlődésének kockázata igen magas, akár 50 % is lehet. Az ismétlődés veszélye korábbi affektív zavar esetén: 100 % (Füredi, 2001; Gale, 2003).

A gyermekági depresszió tünetei 1-6 hónapig fennmaradhatnak; bár néha a betegség krónikussá válhat. O'Hara vizsgálatában azt találta, hogy a depressziós anyák több mint felénél a tünetek hat hónapnál tovább is megmaradtak. Meg kell jegyezni, hogy hatékony kezelés nélkül a gyermekági depresszió tünetei akár 1-2 évig is folytatódhatnak (O'Hara, 1987)!

3.2.4. A gyermekági depresszió etiológiája

3.2.4.1. Demográfiai tényezők

A depresszió kialakulása szempontjából az anya magasabb iskolai végzettsége több tanulmány adatai szerint protektív faktor, míg az alacsonyabb életkor kifejezetten kockázati

tényező (Bernazzani, 1997; O'Hara, 1986). Más közlemény azt emeli ki, hogy szoros kapcsolat van az alacsony iskolai végzettség és az étellel való alacsonyabb elégedettség, valamint más faktorok (az újszülött alacsony születési súlya és negatív szülési élmény) és a depresszió kockázata között (Bergant, 1999). Két svéd vizsgálat szerint, ha az anya egyedül neveli gyermekét, magasabb a gyermekágyi depresszió aránya (Bägedahl-Strindlund, 1998; Vickberg, 1997), szemben két korábbi tanulmány következtetésével (Murray, 1995; O'Hara, 1986). Továbbá az először szülő nők körében többször fordul elő a gyermekágyi depresszió (Bägedahl-Strindlund, 1998), valamint sokkal súlyosabb a gyermekágyi lehangoltság is (Beck, 1996). Ugyanakkor Csatornai és munkatársai hazai vizsgálatukban éppen ennek az ellentétét igazolták. Adataik szerint multiparáknál a hangulatzavarral szembeni vulnérabilitás a terhesség alatt és a gyermekágy időszakában is magasabb (Csatornai, 2006/b).

Az életkor szerepével foglalkozó tanulmányok egyértelmű eredményre jutottak: mind az alacsony, mind a magasabb anyai életkor növeli a depresszió rizikóját (Kumar, 1984; Paykel, 1980; Stowe, 1995). Más, az anya szociális helyzetével, iskolai végzettségével, életkorával, szülési számával kapcsolatos vizsgálatok viszont nem mutattak összefüggést az anya szülést követő depresszív állapotával (Cooper, 1997; Gurel, 2000; Murray, 1995; Watson, 1984). A legtöbb kutató azt emeli ki, hogy az anya életével összefüggő stresszorok, mint például a párkapcsolat hiánya, illetve a munkanélküliség egyértelműen és intenzíven növeli a depresszióval szembeni sérülékenységet (Murray, 1995).

3.2.4.2. Szülészeti tényezők

Az utóbbi évek során kerültek a vizsgálatok középpontjába a szülészeti faktorok, amelyek jelentőségével kapcsolatosan számos esetben ellentmondásos adat jelent meg. Néhány vizsgálat azt támasztotta alá, hogy a szülésvezetés módja hatással van az anyai hangulatra és depressziós állapotára; a császármetszés növeli a depresszió rizikóját (Boyce, 1992; Fisher, 1997). Ugyanakkor úgy tűnik, hogy az elektív császármetszés nem okoz olyan pszichotraumát, mint a sürgősségi császármetszés. Egy svéd tanulmányban a sürgősségi és elektív császármetszést átélte anyák szülést követő hangulatát összehasonlítva néhány nappal a szülés után nem találtak különbséget, viszont egy hónappal később a sürgősségi császármetszéses csoport a poszt-traumás stressz szindróma sokkal több tünetét mutatta (Ryding, 1998).

A császármetszés okozta negatív hatások több tényezőtől tevődhetnek össze. Ezek a következők:

- a. a műtött anya kevésbé láthatja azonnal az újszülöttjét

- b. a partner jelenlétével nem tudja folyamatosan támogatni a szülő nőt
- c. a sürgősségi császármetszés mindkét szülő számára váratlan és sokkoló élmény
- d. az újszülöttnél valószínűbbek a neonatológiai problémák
- e. a császármetszés növelheti a gyermekágyasnál kialakuló problémákat, mint fokozott fájdalom illetve infekciók.

Ugyanakkor több olyan tanulmány is olvasható, amelyek semmilyen összefüggést nem találtak a szülésvezetés módja és a gyermekágyi depresszió gyakorisága között (Bradley, 1993; Culp, 1989; Warner, 1996).

Frissebb vizsgálatok azonban azt mutatták ki, hogy az elektív császármetszés a depresszió szempontjából fokozott rizikójú anyáknál nem nyújt védelmet a gyermekágyi depresszió ellen, illetve a sürgősségi császármetszés sem növeli a betegség kialakulását (Patel, 2005).

Pop otthon és kórházi körülmények között szült nőket összehasonlítva nem talált különbséget sem a gyermekágyi lehangoltság, sem a gyermekágyi depresszió előfordulása között. Olyan szülészeti beavatkozásokat, mint az episiotomia vagy a szülésindukció sem találta lényegesnek a gyermekágyban tapasztalt hangulatzavarok szempontjából (Fisher, 1997; Pop, 1995).

Azt korábbról jól tudjuk, hogy a nő életében meglévő korábbi, a menstruációt kísérő fájdalmak szorosan korrelálnak a szülés alatt tapasztalt fájdalomérzettel, de ennek hatását a gyermekágyi hangulatzavarokra még nem vizsgálták (Niven, 1984). Igen nehéz szülést követően a magas szorongásszint hatására növekszik a depresszió veszélye – egy 1250 anyát felölelő osztrák tanulmány adatai szerint (Bloch, 2003).

Ugyanakkor nagyon kevés adatunk van azzal kapcsolatban, hogy a modern szülési fájdalomcsillapítás milyen hatással van a szülést követő pszichiátriai zavarok kialakulására. Egy finn tanulmány adatai szerint a szülés alatt észlelt fájdalom nem igazolt előrejelzője a gyermekágyi depresszióknak (Saisto, 2001).

A terhesség alatti komplikációk (fenyegető vetélés, korai méhkontrakciók) szoros kapcsolatot mutatnak a gyermekágyi depresszió tüneteivel, míg a szülészeti komplikációk és neonatológiai problémák esetében ez nem mondható el ennyire egyértelműen (Verdoux, 2002).

3.2.4.3. Biológiai és hormonális tényezők

A biológiai tényezők közül a genetikai predispozíció, illetve az összetett neuro-endokrin változások, valamint a szerotonin rendszer és a hormonális tengelyek reciprok összefüggései emelhetők ki (Szádóczy, 2001).

A hormonális változásokat elemző kutatások egy részében a szerzők a szülés után a szérum ösztrogén szintjének csökkenése és a depressziós tünetek kialakulása közötti összefüggést mutattak ki (Ahokas, 2000/a; Ahokas, 2000/b). Ugyanakkor más kutatók véleménye az, hogy kétségbe vonható az összefüggés a szteroid hormonok szintje és a gyermekágyi depresszió kialakulása között (Gentile, 2005; Gregoire, 1996).

Szülést követően depressziót tapasztaló nőknél közvetlenül szülés után nagyon alacsony szintjét mérték a prolactinnak (Affonso, 2000). Akiknél a depresszió 6-10 héttel a szülés után alakult ki, a szervezetükben szintén szignifikánsan alacsonyabb volt a prolactin szintje és magasabb a progeszteroné, mint a nem depressziós gyermekágyasok esetében (Hendrick, 1998).

Egy tanulmány adatai szerint a szoptatást követő első órában az oxytocin olyan hormonális változásokat indít be, amelyek védő hatásúak lehetnek a gyermekágyhoz társuló pszichiátriai zavarokban. A szoptatás az oxytocin hatásán keresztül kedvezően befolyásolja az anya pszichés állapotát (Boutet, 2006). Ugyanakkor a szoptató anyákban a prolactin szintje is magasabb és ez is kapcsolatban van azzal, hogy náluk kevesebb a depressziós tünet (Affonso, 2000). Sok tanulmány erős kapcsolatot mért a szoptatás hiánya és a gyermekágyi depresszió intenzitása között; de nem szabad elfelejtenünk, hogy a tejképződés hiánya, a szoptatás sikertelensége a depresszió okozója és következménye is lehet (Cooper, 1995).

A kutatók figyelme napjainkban egyre inkább a táplálkozási tényezők jelentőségére terelődik. Többek között az omega-3 zsírsavak protektív szerepe merül fel. Ez a feltevés azonban még további vizsgálatokat igényel (Freeman, 2006; Jensen, 2006).

3.2.4.4. Szociális tényezők

A szociális tényezők jelentőségével is számos vizsgálat foglalkozik, sokszor eltérő következtetésre jutva. Ezek közül a faktorok közül kiemelhetjük a párkapcsolat jellegét (stabil párkapcsolatban él az anya vagy egyedülálló), a szociális támasz szerepét, a közelmúlt jelentős életeseményeit, a család anyagi helyzetét valamint a terhesség tervezett vagy nem tervezett voltát (Huang, 2001; Iranfar, 2005; Ross, 2004; Saisto, 2001).

Különösen fontos tényezőnek bizonyul a férj/partner, a család és a barátok társas támogatásának hiánya valamint a stresszteli életesemények (Cooper, 1997; Kendell, 1985; O'Hara, 1986; Thurtle, 1995). A társas támasz magába foglalja a konkrét gyakorlati segítséget (az újszülött ellátásával és a háztartással kapcsolatosan) és az emocionális támaszt is. Hat hónapot felölelő utánkövetéses vizsgálatukban Marks és munkatársai bebizonyították, hogy a partner emocionális támasza és a nő pozitív gondolkodása hatékonyan csökkenti a

gyermekági depressziót (Marks, 1996). 26 tanulmány meta-analízise pedig egyértelműen megmutatta, hogy a társas támasz hiánya a gyermekági depresszió kialakulásának központi, lényeges faktora (Beck, 1996).

Pozitív kapcsolatot mutattak ki a magasabb gyermekszám, valamint az alacsonyabb iskolai végzettség és a gyermekági hangulatzavarok előfordulási gyakorisága között (Faisal-Cury, 2004).

Egy nagy létszámú, 2375 nő vizsgálatát tartalmazó kutatásban összefüggést találtak a terhesség nem tervezett volta, a munkanélküliség és a szoptatás hiánya, valamint a gyermekági depresszió rizikója között (Warner, 1996).

A partner hangulatzavara és depressziója is szoros kapcsolatban van a nő gyermekági depressziójával. A szülést követő 6. héten és 12. hónapban azoknál a férjeknél, akiknek a felesége gyermekági depresszióban szenvedett, szignifikánsan magasabb a hangulatzavar veszélye (Matthey, 2000).

3.2.4.5. Az újszülöttel összefüggő tényezők

A sok anyai tényező mellett az újszülöttel összefüggő faktorok is meghatározóak lehetnek a gyermekági depresszió provokálásában. A kéthónapos, problémás viselkedésű csecsemő veszélyállapotot jelent a betegség szempontjából (Whiffen, 1989). Murray és munkatársai 188 prímipara vizsgálatából pedig olyan következtetésre jutottak, hogy az újszülött ingerlékenysége, és csökkent motoros aktivitása komoly előrejelzője az anya gyermekági depressziójának (Murray, 1996/a). A kevés vizsgálat alapján azt kell leszögezni, hogy az újszülött reakciói okozói és következményei is lehetnek a szülői hangulatzavaroknak.

3.2.4.6. Pszichiátriai tényezők

Hannah és munkatársai erősen szignifikáns pozitív korrelációt mutattak ki az 5. gyermekági napon és a 6. gyermekági héten mért magas EPDS érték között (Hannah, 1992). Két másik tanulmány is azt bizonyítja, hogy az első posztpartum héten mért gyermekági lehangoltság emeli a rizikóját annak, hogy a 6. és 12. gyermekági héten depresszív tünetek alakulnak ki az anyánál (Beck, 1992; Fossey, 1997).

A pszichiátriai előtörténet, főleg előző depresszív epizód megléte, általában növeli a gyermekági depresszió gyakoriságát. Kapcsolatot találtak a genetikai predispozíció

(pszichiátriai előzmény az egyéni anamnézisben, illetve pszichiátriai kórkép a családi anamnézisben) és a gyermekági depresszió kialakulása között (Eberhard-Gran, 2002; Steiner, 2002). A családi vagy az egyéni anamnézisben előforduló bipoláris zavar és a gyermekági pszichózis kapcsolata is jól ismert (Kessler, 2003).

Cooper és Murray 5 éves utánkövetéses vizsgálatukkal derítették arra fényt, hogy akinél a terhességet megelőzően volt hangulatzavar, annál a gyermekági ismétlődése ennek a betegségnek sokkal magasabb (Cooper, 1997). Az is bizonyított, hogy a terhesség alatti depresszió veszélyt jelent a gyermekági depresszió kialakulása szempontjából (Areias, 1996). Sugarawa és munkatársai 1329, praemenstrualis szindrómában (PMS) szenvedő nő adatai alapján azt mondják, hogy a PMS is szoros kapcsolatban van a gyermekági depresszióval; bár a vizsgálatban alkalmazott, önkitöltős kérdőív nem speciálisan a gyermekági depresszió szűrésére kifejlesztett eszköz volt (Sugawara, 1997).

3.2.4.7. Pszichológiai tényezők

A lelki tényezők igen fontos dimenziót képviselnek, szerepüket a legtöbb tanulmány kiemeli. Feltételezik, hogy a gyermekági depresszió részben azzal áll összefüggésben, hogy nincsenek a társadalomban világos elvárások a nőkkel és az anyákkal szemben. Ezek a szerepek az utóbbi ötven évben markáns módon átalakultak. Ma már biztonsággal tudjuk, hogy az alacsony önértékelés és az optimizmus hiánya is negatívan befolyásolja az anya szülés utáni hangulati életét (Fontaine, 1997).

3.2.5. A gyermekági depresszió előrejelzése

Nagy erőfeszítéseket tesznek a kutatók, hogy összeállítsák a gyermekági depresszió szempontjából lényeges kockázati tényezők listáját. Ugyanakkor a rizikótényezők szignifikanciájával kapcsolatos tudományos evidenciák sajnos nagyon gyengék. Ráadásul sok tanulmányban a vizsgált csoport mérete nagyon kicsi (Cooper, 1996). Olyan tényezők, mint a társas támasz hiánya vagy az anyai depresszió korábbi előfordulása megkétszerezi a gyermekági depresszió kialakulásának esélyhányadosát (Cooper, 1997). Más kutatók erős, szignifikáns kapcsolatot találtak a gyermekági lehangoltság megléte és az újszülött irritabilitása, valamint a gyermekági depresszió megjelenése között (Murray, 1996/a). A témával összefüggő vizsgálatok meta-analízise nyolc tényező meghatározó szerepét igazolta,

ezek a következők: terhesség alatti depresszió, a depresszió korábbi előfordulása, a társas támasz hiánya, stresszkeltő életesemények, a gyermekgondozással összefüggő stressz, gyermekági lehangoltság, házastársi elégedettség és terhesség alatti szorongás (Beck, 1996). Ugyanakkor a kockázati tényezők listája közel sem teljes. Beck 2001-es meta-analízisében 84 tanulmány adatait elemezve négy újabb előrejelző tényező szerepét hangsúlyozza: az anya önbecsülése, családi állapot, gazdasági helyzet és a terhesség nem tervezett/várt volta (Beck, 2001).

3.2.6. A gyermekági depresszió detektálása

A gyermekági depressziót gyakran nevezik rejtett betegségnek, mivel a tüneteit sokszor nehéz azonosítani. A testsúlycsökkenésre, az étvágy, a menstruációs ciklus változásaira, a csökkent nemi vágyra vagy az érdeklődés általános hiányára, az alvászavarokra nem figyelnek oda, ezeket a gyermekági természetes velejárójaként fogják fel. Ez vezetett olyan eszköz kifejlesztéséhez, amely egy önkitöltős kérdőívvel segíti a szakemberek munkáját (Cox, 1993). Az Edinburgh Postnatal Depression Scale a mai napig a leggyakrabban használt szűrőmódszer. Az EPDS jobbnak bizonyul a gyermekágiban, mint a Beck Depression Inventory (Beck, 1961). Hasonlóan jó a 17 kérdéses Hamilton Scale és a Montgomery-Asberg-féle Depression Rating Scale (Lee, 2001). Az EPDS rákérdez a nyomott hangulat jellegzetességeire, a kedvetlenségre, a szorongás és az alvás zavaraira.

A gyermekági depresszió azonosításának legegyszerűbb módja, ha direkt módon rákérdeznek a depresszió tüneteire. Ugyanakkor ez sokszor nem kivitelezhető, mert a kérdésre nem kapnak választ, illetve a gyermekágiyas nem tudja pontosan megfigyelni/elmondani zavart érzelmi állapotát. Mivel a nők gyakran büntudatot éreznek, mert nem olyan ideális anyák, ahogy azt korábban várták maguktól, tüneteiket eltitkolhatják; ez még ártalmasabb a család egésze szempontjából.

3.2.7. A gyermekági depresszió prevenciója és terápiája

Bár a várandósság alatt és a korai gyermekágiyas napok időszakában kialakuló súlyos és enyhe hangulatzavarok szűrésére számos eszközt fejlesztettek ki, az alkalmazott sztenderdek még nem értékelték, illetve nem tekintették át szisztematikusan. Így ezeknek az eszközöknek a szűrési hitelessége relatív (Gaynes, 2003).

Növelhetjük a gyermekági depresszió diagnosztizálásának a szenzitivitását, amennyiben egyszerre több szűrővizsgálatot alkalmazunk (Lee, 2001; Morris-Rush, 2003). Több olyan szűrővizsgálat létezik (Postpartum Depression Predictors Inventory, Postpartum Depression Check List), amely megkönnyíti az egészségügyi személyzet munkáját (Beck, 2000; Stowe, 2005).

Meglepő, hogy a gyermekági depresszió általános volta és súlyos, az egész családot érintő negatív hatásai ellenére ilyen kevés irodalma van a megelőzésének.

Egyik legnyilvánvalóbb módja a prevenciónak a mindkét szülő számára nyújtott pszicho-szociális támasz. A szülésznővel, orvossal való ismételt találkozás, a szülésről adott bővebb felvilágosítás pozitív hatással van a nő szülést követő mentális állapotára (Lavender, 1998). Meg kell említeni, hogy ezen vizsgálatoknak a statisztikai ereje nagyon korlátozott. A kismama szorosabb monitorizálása akár a szülésznő, akár a szülész bevonásával – főleg az iskolázottabb nőknél – szintén védelmet nyújt a gyermekági depresszióval szemben (Tammentie, 2002).

Kimutatható, hogy a korai, a 2. és 5. gyermekági napon, összesen egy óra terjedelemben nyújtott prevenció ismeretnyújtás szignifikánsan csökkenti a 4. és 6. posztpartum hét között a gyermekági depresszió gyakoriságát (Chabrol, 2002).

Másik lehetséges módja a prevenciónak a nőnél alkalmazott hormonkezelés. Ismert, hogy az ösztrogén adásával a súlyos depresszióban szenvedő nőknél csökkenthetők a tünetek (Gregoire, 1996; Lawrie, 2001).

Az alkalmazott kezelésnek a tünetek súlyosságához kell igazodnia. Míg az enyhe depresszió pusztán pszichoterápiával kezelhető, a súlyos depresszió csak antidepresszáns és a pszichoterápia kombinációjával gyógyítható; néha az anya hospitalizációjára is szükség van (Stotland, 1999).

A pszichoterápiák közül többfajta módszer hatékony a gyermekági depresszió kezelésében (szupportív terápia, kognitív viselkedésterápia, pszichoanalitikusan orientált terápia, családterápia). A terápia akkor a leghatékonyabb, ha már az alapellátásban elkezdődik (Cooper, 2003; Holden, 1989; O'Hara, 2000).

3.2.8. A gyermekági depresszió hatása a gyermek fejlődésére és a korai anya-gyermek interakcióra

3.2.8.1. Korai anya-gyermek kapcsolat

A gyermekági anya mentális betegsége az újszülött elkerülő viselkedését, bizonytalanságérzetét váltja ki és problémát szül az anya-gyermek közötti kötődésben (Cox, 1987/b; Kumar, 1997; Murray, 1996/a; Murray, 2003; Stein, 1991). Az „elég jó” interakcióhoz elengedhetetlenek olyan anyai tulajdonságok, mint az emocionális nyitottság, a korrekt, pontos időzítés, válaszkészség és az újszülött szükségleteinek a megértése. Mentális zavar esetén ezek a tulajdonságok alapvetően sérülnek (Cummings, 1994).

Field azt emeli ki, hogy ebben a diádikus helyzetben a depressziós anya inadekvát stimulációt nyújt az újszülött számára, ebben a fejlődése szempontjából különösen szenzitív periódusban. A gyermekági depresszió hatása súlyosabb, ha intenzív és hosszan tartó (Field, 1992).

A depressziós anya és gyermeke közötti interakció szegényesebb, mint az ezzel a zavarral nem küzdő édesanyák és gyermekeik esetében (Solantaus, 2005). Flynn és kollégái azt találták, hogy az anyai depresszió következtében egyrészt elmaradnak a fontos gyermekorvosi megjelenések, másrészt viszont gyakoribb a sürgősségi, traumatológiai szolgálat igénybevétele (Flynn, 2004). A témával kapcsolatos kutatások során derült arra is fény, hogy a szülők depressziója növeli a gyermeknél előforduló pszichiátriai zavarok megjelenését, mivel bizonytalanná teszi a szülőkhöz történő kötődést (Marmorstein, 2004; Murray, 1989; Righetta-Veltema, 2002).

Mindezek mellett a leánygyermeknél megmutatkozó későbbi következményekkel is számolnunk kell, amelyek akkor jelentkeznek, amikor ő maga lesz várandós. Azt találták ugyanis, hogy a kismamának a saját anyjával kapcsolatos élményei – az, hogy miként bánt vele az édesanyja életének első 16 évében elsősorban a korai anya-gyermek kapcsolat szempontjából legfontosabb szeretet és törődés dimenziója mentén – oki szerepet játszhatnak a terhesség alatti depresszió létrejöttében (Szemán, 2007).

3.2.8.2. A gyermek kognitív és nyelvi fejlődése

A gyermekági depresszió hatásait a gyermek későbbi kognitív fejlődésére kifejtett hatását széles körben vizsgálták. Hay azt találta, hogy a szülést követő első évben gyermekági

depresszióban szenvedő nő gyermeke alacsonyabb pontszámot ér el a kognitív tesztekben, mint a hangulatzavarban nem szenvedő anya gyermekei (Cogill, 1986; Hay, 1997). Többen kiemelik, hogy az újszülött bizonyos sérülékenysége provokálja az anyai depressziót, majd ez visszahat a későbbi fejlődési problémákra. Ilyen pl.: az alacsony születési súly (Kumar, 1997). Ugyanakkor az anya iskolázottsága védőfaktoroként működik. A szülést követő első évben a depressziós és nem depressziós anyák gyerekeinek kognitív fejlődésében csak azoknál találtak különbséget, akiknek alacsony iskolai végzettségű volt az anyjuk (Hay, 1997).

A gyermek nyelvi fejlődésében alapvető jelentőségű élete első diádikus kapcsolata, amelyben a felnőtt a nyelvi struktúrákat közvetíti és irányítja a nyelv elsajátítását. A felnőtt viselkedésének központi eleme, hogy érzékenyen reagál a gyermek első kommunikációs jelzéseire. Az anyai szenzitivitás a gyermek jobb nyelvi fejlődésével áll szoros kapcsolatban (Laakso, 1999). Mivel a klinikai depresszió az anya szenzitivitását csökkenti, a hangulatzavarban szenvedő anya kevésbé tud válaszolni a gyermek jelzéseire, és nem tartja fenn a szociális interakciót (Cox, 1987/b).

3.2.8.3. A gyermek emocionális és társas viselkedésének fejlődése

Az 1977 és 1995 között megjelent, a témával foglalkozó 4.561 anya-gyermek kapcsolat vizsgálatát tartalmazó közlemények meta-analízise alapján nyilvánvaló, hogy a depressziós anyák gyermekeinél nő a viselkedészavarok előfordulása (Beck, 1999). Az anyai depresszió negatív hatást fejt ki a gyermek játékára és kreativitására (Murray, 1997). A krónikus depresszióban szenvedő nő gyermeke sokkal kevésbé kooperatív és több az iskolai probléma nála, mint a nem depressziós anya gyermekeinél. Úgy tűnik, hogy a nem fiúknál kockázatot növelő faktor, viszont védőfaktor a lányoknál. Több tanulmány csak fiúknál bizonyította a gyermekágyi depresszió okozta későbbi problémák meglétét (Tronick, 1997). A depressziós anya fiú gyermekénél szociális interakcióban gyakrabban tapasztalnak elkerülő viselkedést.

A gyermek zavart fejlődésének oka egyrészt az anyai depresszió direkt hatása. A depressziós anya gyermekénél gyakoribbak az alvás, az evés zavarai (Campbell, 1997). Másrészt a torzult anyai interakción keresztül egy indirekt hatás is igazolható. A depressziós anya nem érzékeli a gyermek jelzéseit, mosolyát, sírását, gesztikulációját. Murray a csecsemő két hónapos korában face-to-face helyzetet vizsgálva azt találta, hogy a depressziós anya kevésbé érzékeny, míg a gyermek kevésbé elégedett, sőt fél az anyjától (Murray, 1996/a).

Összefoglalva a gyermekági depresszió rizikót jelent később a gyermeknél kialakuló viselkedésbeli, emocionális, társas és értelmi problémák szempontjából, de egyéb további tényező hatásával is számolnunk kell (házastársi gondok, újszülött neme).

3.2.9. A gyermekági depresszió hatása a partnerre, az apa depressziója

Az anyai depresszió következtében a nő és férje közötti kapcsolat is károsodhat. Azoknál a férfiaknál, akik felesége szülést követő depresszióban szenved, szintén gyakrabban alakul ki ez a hangulatzavar (Ballard, 1994).

Az apák szülést követő depresszióját sokkal kevésbé vizsgálták, mint az anyai depressziót. Az apáknál előforduló hangulatzavar becsült gyakorisága 4-13 % között mozog (Areias, 1996). Mindkét szülőnél viszonylag ritkán alakul ki a korai gyermekági hetekben depresszió. Matthey és munkatársai vizsgálatukban azt találták, hogy a férfiek 2,8-5,3 %-ánál depresszió állapítható meg a gyermekági időszakában (Matthey, 2000). A férfiek számára a legveszélyesebb a 6-12. hétig terjedő időszak. Sem a szülést megelőzően sem a szülést követő 4. hónap után ez a fokozott veszélyállapot nem igazolható. Ugyanakkor más tanulmányok eltérő eredményről számolnak be (Areias, 1996). A férjeknél a hangulatzavar később alakul ki, mint a feleségükénél, viszont ha a partner hangulatzavarban szenved, a férjnél is sokkal gyakrabban alakul ki ez a zavar. Illetve a depressziót tapasztaló férfiek felénél a tünetek a major depresszió súlyosságát érik el!

Az apai depresszió ugyanúgy negatív lenyomatot hagy a gyermek fejlődésén (Clark, 1993; Solantaus, 2005). Érdekes, hogy az apai depresszió főleg a fiúgyermeknél akár háromszorosára is növelheti a későbbi viselkedészavarok pl.: hiperaktivitás előfordulását (Ramchandani, 2005). A témával foglalkozó szerzők kiemelik, hogy a gyermekági depresszióban szenvedő feleség mellett az apa kevésbé tud következetes lenni a gyermeknevelésben, inkább egy túlóvó, a tényleges és az érzelmi korlátokat mellőző nevelési attitűd alakul ki nála.

3.3. A gyermekági pszichózis

3.3.1. Epidemiológia

A perinatális időszakban előforduló mentális betegségek közül a legsúlyosabb a gyermekági pszichózis. A gyermekági depressziótól eltérően ez elég ritka, hiszen 1000

szülésből 1,1-4,0 esetben fordul elő (Kendell, 1987; Robling, 2000). Először szülőknél az előfordulási arány magasabb, általában 1/500 szülés. Ha a nő élettörténetében már előfordult gyermekágyi pszichózis, ismételt szülés esetén kb. minden harmadik nőnél a pszichotikus állapot ismétlődésével kell számolnunk (Terp, 1999; Tschinkel, 2007; Videbech, 1995).

A betegség kialakulása többnyire a szülés utáni harmadik nap és második-harmadik hét közé esik. Megjelenése általában akut, a szülést követő első 2 hétben történik, és sokkal gyakoribb azon nők körében, akik családi anamnézisében bipoláris megbetegedés, illetve schizo-affektív zavar már előfordult (Jones, 2001). A kórképben bármilyen, pszichózisra jellemző kép előfordulhat, leginkább azonban a különféle és gyorsan változó tünetek jellemzik, mint deperszonalizációs, derealizációs érzések, amelyekben az újszülött és az egész gyermekágyas szituáció én-idegenné válik. Jellemző a téveszmék, akusztikus hallucinációk, konfúzió, dezorientáció megléte, a mániás-depresszív állapotok gyors változása. A tünetek hetekig-hónapokig fennállhatnak. A későbbiekben a betegek egy részénél a kórkép átmehet affektív vagy schizo-affektív csoporthoz tartozó betegségbe, esetenként schizofréniába is. Ismeretes, hogy a szülést követő évben kialakult pszichiátriai betegségek magas halálozási aránnyal járnak a természetes halálokokat és az öngyilkosságot tekintve (Appleby, 1998). Ebben a betegcsoportban az öngyilkossági arány - 20 éves utánkövetést tekintve – 4-5 % (Areias, 1996; Belső, 2006; Füredi, 2001). Vizsgálatok adatai szerint csecsemőgyilkosság a pszichózisok 4 %-ában fordul elő (Terp, 1999).

3.3.2. A gyermekágyi pszichózis etiológiája

A szerzők kiemelik, hogy az egyedülálló, először szülő, házassági konfliktussal küzdő, perinatális halált átélt nőknél növekszik a szülést követő pszichiátriai zavar kialakulásának a rizikója (Stewart, 1991). Különösen veszélyes, ha a nő élettörténetében már előfordult bipoláris-mániás depresszió. Terp és munkatársai 20 éves utánkövetéses vizsgálatukban igazolták, hogy a gyermekágyi pszichózisban szenvedő nők 65 %-nál fordult elő visszaesés, romlás, ha élettörténetükben a szülést megelőzően nem szerepelt mentális zavar (Terp, 1999). Ugyanakkor, ha a nőnek szülés előtt is volt már pszichiátriai betegsége, akkor az esetek 85 %-nál figyelhető meg a betegség romlása. Abban az esetben, ha a gyermekágyi pszichózist szkizofréniás tünetek dominálják, akkor egy éven belül a nők 50 %-a, húsz éven belül 98 %-a került ismételt pszichiátriai hospitalizációra a betegség progressziója miatt. Ez alátámasztja más tanulmányok eredményeit, miszerint ennél a betegcsoportnál különösen rossz a prognózis (Robling, 2000).

Megfogalmazódhat bennünk a kérdés, hogy milyen típusú nő kerül veszélybe a gyermekági pszichózis kialakulása szempontjából. Szembetűnő, hogy gyermekági pszichózist átélt nők szignifikánsan kevesebb örömteli eseményt tudtak felidézni gyermekkorukból. Anyjukra ambivalens vagy negatív érzésekkel gondoltak vissza. Jellemző személyiségvonásuk a neuroticizmus. Életükből szinte hiányzik az anyához fűződő erős érzelmi szál (Bägedahl-Strindlund, 1997). Sajnálatos, hogy anyává válva ugyanezt a mintát követik: inkább az autoriter, érzelemmentes nevelési stílust alkalmazzák és gyakrabban folyamodnak testi büntetéshez, mint azok az anyák, akiknél gyermekági pszichózis nem alakult ki. Iskolai végzettséget, foglalkozást tekintve nincsen különbség a gyermekági posztpartum pszichózist tapasztalók és nem tapasztalók között.

3.3.3. Megelőzés, kezelés

A gyermekági pszichózis esetében különösen fontos a korai felismerés és kezelés, mert ilyenkor a prognózis jónak mondható. Ellenkező esetben viszont fokozott veszélyállapotot jelent mind az anya, mind az újszülött számára.

A gyermekági pszichózis szűrésére sem a terhességet megelőzően, sem a szülést követően nincsenek külön eszközeink. Ugyanakkor a rizikótényezők és a tünetek is nagyon egyértelművé teszik ezt a súlyos betegséget, felismerése az egészségügyi team tagjainak nem okoz nehézséget. Azoknál a nőknél, akiknél korábban előfordult gyermekági pszichózis, az újabb terhesség vállalása előtt ajánlott pszichiáter segítségét és speciális kezelést igénybe venni (Marks, 1996; Videbeck, 1995).

Két tanulmányt kell megemlíteni a prevenciók lehetőségei vizsgálatával kapcsolatban. A gyermekági pszichózis kialakulása szempontjából magas rizikójú csoportnak a terhesség utolsó harmadában illetve közvetlenül szülés után profilaktikus céllal lithiumot adtak. Az adatok alapján a kezelt nők kevesebb, mint 10 %-nál alakult ki a betegség (Stewart, 1991). Egy másik vizsgálatban bipoláris betegségben szenvedő nőket kezeltek lithiummal (Viguera, 2000). Ebben a csoportban 51 %-os volt a betegség előfordulása, míg a nem kezelt csoportban a gyermekági pszichózis kialakulása meghaladta a 60 %-ot.

4. Célkitűzések

Kutatásunk a gyermekágyhoz társuló pszichiátriai zavarok előfordulását és előrejelzőit vizsgálja Magyarországon. A rizikótényezőket a szocio-demográfiai és a szülészeti faktorok területén is azonosítani szeretnénk. Vizsgálatunk középpontjába a gyermekágyi lehangoltság és a gyermekágyi depresszió kutatását állítottuk. A gyermekágyi pszichózis esetében külföldön és hazánkban is a gyógyszeres terápiáé a főszerep, így a betegség pszichológiai megközelítése és kezelése háttérbe szorul.

A hazai vizsgálat eredményeitől azt várjuk, hogy alátámasztják az irodalomból ismert külföldi adatokat. Ennek megfelelően célkitűzéseim a következők:

1. A vizsgálat segítségével szeretném felmérni, hogy az észak-kelet-magyarországi régióban milyen gyakorisággal fordulnak elő a szüléshez társuló hangulatzavarok. Feltételezem, hogy a hazai eredmények az irodalmi adatokkal megegyezők lesznek, tehát hazánkban is 10-15 % között mozog a gyermekágyhoz társuló hangulatzavarok előfordulása.
2. A vizsgálat adatait elemezve szeretném tisztázni, hogy milyen tényezők játszanak szerepet a gyermekágyhoz társuló hangulatzavarok gyakoriságának alakulásában. Az irodalmi megfigyelések alapján azt feltételezem, hogy szocio-demográfiai és szülészeti tényezők egyaránt meghatározóak. Előzetes elvárásaink szerint a gyermekágyban megfigyelhető hangulatzavar megjelenésére hatással van az anya munkanélkülisége, alacsony iskolai végzettsége, a támogató családi háttér hiánya. A szülészeti faktorok közül lényeges hatása van a gyermekágyi hangulatzavarokra a terhesség és a szülés lefolyásának, az esetleges koraszülésnek, a nő saját szüléséről alkotott véleményének és támogató partner szülés alatti jelenlétének. Mivel multikauzális, multifaktoriális kórképekről van szó, külön-külön etiológiai összefüggés nem valószínű.
3. Célként fogalmazódik meg a szüléshez társuló hangulatzavarok szűrésére alkalmas magyar nyelvű tesztbatteria kialakítása, illetve az ezzel kapcsolatos munkák elindítása is.

5. Anyag és módszer

5.1. Vizsgálati populáció, mintavétel

Vizsgálatunk két részből állt. Az első lépésben a gyermekágy 3. napján vettük fel az EPDS kérdőívet. A vizsgálat első részében 725 nő vett részt. A kérdőívet a 3. gyermekágyas napon pszichológus asszisztens személyesen adta át az anyáknak. A kórteremben szóbeli tájékoztatást adott a vizsgálat céljáról, és biztosította a résztvevőket a titoktartásról, illetve személyiségi jogaik védelméről. A vizsgálatban való részvétel önkéntes volt. A kitöltött kérdőíveket a hazabocsátás előtt az osztályos szülésznő gyűjtötte össze. A vizsgálat a DEOEC Etikai Bizottsága engedélyével készült. A kérdőív elkészítése, felvétele és értékelése a T 032208-as nyilvántartási számú Országos Tudományos Kutatási Alapprogramok (OTKA) pályázatának támogatásával valósulhatott meg.

A vizsgálat második lépésében a szülést követően 3-9 hónappal később postán küldtük ki az EPDS tesztet és egy Magyarországon régóta depresszió szűrésére használt másik kérdőívet, a Beck-féle tesztet. Az első vizsgálatban is részt vett 725 gyermekágyasból csak azoknak postáztuk a II. vizsgálat tesztjeit, akik 3-6 hónappal korábban szültek. Mivel a II. vizsgálatnál a gyermekágyi depresszió előfordulását kívántuk megtudni, az idői tényező volt a vizsgálati személyek kiválasztásának a legfontosabb szempontja. A 300 kiküldött tesztcsomagból 165-öt (55 %) kitöltve kaptunk vissza. Ez a válaszolási arány postán kiküldött kérdőívek esetén nagyon jónak mondható. Így az ismételt vizsgálatban 165 nő adatait elemeztük. Meg kell jegyezni, hogy nem minden gyermekágyas válaszolt a kérdőívek valamennyi kérdésére.

5.2. Kérdőívek

5.2.1. Saját kérdőív

Vizsgálatunkhoz egy saját kérdőívet is szerkesztettünk. A kérdőív 16 általános kérdést tartalmazott, többek között a családi állapotra, életkorra, az iskolai végzettségre, a család anyagi helyzetére vonatkozóan. A kérdőívet az I. Melléklet tartalmazza. A vizsgálati minta szülészeti adatait a kórlap dokumentációból gyűjtöttük ki.

5.2.2. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Az Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Cox és munkatársai által kifejlesztett kérdőív, amely a hangulatzavarban szenvedő nők szűrésére szolgál (Cox, 1987/a). Eredetileg a posztpartum időszakban lévők vizsgálatára tervezték, azonban alkalmas az antenatális szakban lévők vizsgálatára is. A 10 kérdésből álló skála a depresszió kognitív és affektív tüneteire koncentrál. Közülük 5 magára a hangulatzavarra kérdez rá, 2 a szorongásra és 1-1 az önvádra, szuicid gondolatokra és a megküzdő stratégiák szintjére. A kérdések a kitöltést megelőző 7 nap alatt előforduló depresszív tünetek erősségére vonatkoznak. Az EPDS önmagában nem alkalmas a diagnózis felállítására, ugyanakkor elterjedten alkalmazzák a depresszió valószínűségének jelzésére. Minden állításnál egy 4 fokozatú skálán (0-3-ig) lehet bejelölni a választ, így az összpontszám 0-30-ig terjedhet. Küszöbértékként elfogadottan a 9/10-es vágóértéket használják (Ahokas, 2000/a; Lee, 2001; Morris-Rush, 2003). Ez azt jelenti, hogy a 10 vagy ennél magasabb pontszám depresszió fennállásának valószínűségére hívja fel a figyelmet – ez a magas rizikójú kategória. A 9 vagy ennél kevesebb pontszám esetén a gyermekágyi depresszió valószínűsége alacsony. A fenti küszöbértéket használva a teszt specificitása 0,86, szenzitivitása 0,82, pozitív prediktív értéke 0,44, míg negatív prediktív értéke 0,97 (Lee, 2001).

Az EPDS-t legalább 11 nyelvre lefordították, hiszen a kitöltése csak pár percet vesz igénybe, és könnyű értékelni is. Éppen ezért a gyermekágyasok és a személyzet is jól fogadta. Ennek ellenére Magyarországon eddig még nem használták. A kérdőív magyar változatának kialakításában pszichológus szakfordítók és fordító iroda segítettek bennünket. Az általunk használt magyar változatot az II. Melléklet tartalmazza.

5.2.2. Beck Depression Inventory (BDI)

Ezt a kérdőívet 1961-ben fejlesztették ki a depresszió súlyosságának megítélésére, és jelenleg is széles körben alkalmazzák többek között a szülés utáni hangulatzavarok detektálására is (Beck, 1961; Beck, 2000). Kihangsúlyozandó, hogy míg az EPDS csak szűrőtesztként használható, addig a BDI a depresszió diagnosztizálására és súlyosságának megállapítására is alkalmas (Lee, 2001).

A BDI segítségével viszonylag jól követhető a hangulatváltozás, így a kutatásban és a terápia követésében is jól használható (Füredi, 2001).

A kérdőív 21 kérdést tartalmaz a depresszió testi, illetve lelki tüneteire vonatkozóan; rákérdez az alvászavarra, étvágyzavarra, a testsúlyvesztésre, valamint az ingerlékenységre, az önértékelési zavarokra és az esetleges öngyilkossági gondolatokra is. A kitöltő személy az elmúlt héten rá leginkább jellemző megállapításokat jelöli meg.

A kérdőívben maximálisan 63 pont érhető el. A skálának többféle értékelése ismert, mi a következőt alkalmaztuk (Füredi, 2001; Kopp, 1997):

- 0-9 pont: normál lelkiállapot
- 10-18 pont: enyhe depresszió
- 19-25 pont: közepesen súlyos depresszió
- > 25 pont: súlyos depresszió.

A 9/10-es vágóértéket használva a skála szenzitivitása 0,94, specificitása 0,86, pozitív prediktív értéke 0,47, míg negatív prediktív értéke 0,99 (Lee, 2001). A BDI-t a III. Melléklet tartalmazza.

Az EPDS és a BDI együttes alkalmazása gyakori az irodalomban a depresszió szűrésére és diagnosztizálására (Ahokas, 2000/a; Lee, 2001). Noha a két mérőeszköz eltérő szempontból közelíti meg a szülés utáni depressziót, pontszámaik pozitív módon korrelálnak. Vizsgálatomban én is együttesen alkalmaztam a két skálát.

5.3. Adatkezelés és elemzés

A kérdőívekre adott, kódolt válaszokból és a depresszió skálákon elért pontszámokból a Microsoft Excel táblázatkezelő program segítségével táblázatot készítettem. A leíró statisztikai adatokat a különböző faktorok vizsgálata során minimum és maximum értékkel, átlagértékkel és standard deviációval jellemeztem.

A statisztikai elemzésnél ún. esélyhányadosok (Odds ratio; OR), és fiducia-intervallum (CI 95%) kiszámítására is sor került. Olyan vizsgálatban van létjogosultsága ennek a mutatónak, ahol azt nézzük, hogy bizonyos betegség előfordulásának "esélye" hogyan viszonyul egymáshoz két csoportban. Pl. egy rizikócsoportot vetünk egybe egy kontroll csoporttal, akiknél a kiválasztott rizikótényező hiányzik. Ha az esélyhányados értéke 1, akkor a vizsgált tényező nem játszik szerepet a betegség alakulásában. Ha 1-nél kisebb a hányados értéke, akkor a vizsgált tényező csökkenti a megbetegedés esélyét, így kifejezetten védőfaktornak tekinthető. Amennyiben az esélyhányados értéke 1-nél nagyobb, megmutatja, hogy hányszor nagyobb a rizikótényezővel küzdő csoportban a megbetegedés esélye.

A statisztikai elemzéshez az SPSS programcsomagot alkalmaztuk (Agresti, 1990; Aldrich, 1984; Nelder, 1972; Walsh, 1990). A számítások a Debreceni Egyetem Szociológiai Intézetében Dr. Márton Sándor matematikus irányításával történtek.

A kapott eredmények értékelésekor arra kerestük a választ, hogy hazánkban milyen összefüggés van a gyermekágyban megfigyelhető hangulatzavarok és a szocio-demográfiai, illetve a szülészeti mutatók között.

6. Eredmények

6.1. Az I. vizsgálat eredményei

6.1.1. A minta szocio-demográfiai jellemzői

A vizsgálatban 725 gyermekágyas vett részt. A minta jellemzőit az IV. Táblázat foglalja össze. A nők átlagéletkora 27 év (a legfiatalabb 15, a legidősebb 43 éves, s.d.: 4,73). Közel az egész minta állandó partnerkapcsolatban él, csupán a nők 3,9 %-a egyedülálló. Legtöbben Debrecenben illetve más városban élnek, a minta 16 %-a lakik falun. Az anyák több mint felének középiskolai végzettsége van, a minta $\frac{1}{4}$ -e pedig egyetemet, főiskolát végzett. Ki kell emelnünk, hogy a gyermekágyasok 24,3 %-a munkanélküli. Magyarországnak ez a keleti régiója gazdasági szempontból hátrányos helyzetben van, ez fontos faktora a mentális egészség alakulásának.

6.1.2. A minta szülészeti jellemzői

A minta szülészeti jellemzőit a V. Táblázat mutatja be. A nők 49,1 %-ának ez volt az első terhessége. Az első és a többedszer szült nők aránya közel azonos: 345:358. A nők 9,7 %-nál koraszülés történt. A minta egynegyedében a szülés műtéttel fejeződött be (császármetszés, vákuum extrakció történt).

Fontos megjegyeznünk, hogy a szüléseknek több mint a fele hozzátartozó jelenlétében történt. Hazánkban 1982 óta van arra lehetőség, hogy egy segítő végig kísérje a szülés folyamatát. 1997 óta az új egészségügyi törvényben már a szülőnő jogai között szerepel az, hogy egy nagykorú személy a vajúadás és a szülés alatt folyamatosan a vajúadóval lehessen. A

Debreceni Egyetem Szülészeti Klinikája 1984-ben - hazánkban második intézményként - nyitotta meg a szülőszoba ajtaját a segítő hozzátartozók előtt.

IV.Táblázat

A minta szocio-demográfiai jellemzői

ÉLETKOR	ELEMSZÁM	SZÁZALÉK
16-24 ÉV	158	22,5
25-34 ÉV	491	69,8
≥35 ÉV	54	7,7
CSALÁDI ÁLLAPOT		
EGYEDÜLÁLLÓ	27	3,9
CSALÁDOS	670	96,1
LAKÓHELY		
DEBRECEN	388	55,1
MÁS VÁROS	201	28,6
FALU	115	16,3
ISKOLAI VÉGZETTSÉG		
ALAPFOKÚ	87	12,2
KÖZÉPFOKÚ	443	62,3
FELSŐFOKÚ	181	25,5
FOGLALKOZÁS		
ALKALMAZOTT	436	62,3
VÁLLALKOZÓ	73	10,4
MUNKANÉLKÜLI	170	24,3
DIÁK	21	3,0

V. Táblázat

A minta szülészeti jellemzői

SZÜLÉSEK SZÁMA	ELEMSZÁM	SZÁZALÉK
PRIMIPARA	345	49,1%
MULTIPARA	358	50,9%
TERHESSÉG ALATT:		
NEM VOLT BETEG	509	73,9%
BETEG VOLT	180	26,1%
TERHESSÉG KORA:		
37 HÉT NÉL RÖVIDEBB	67	9,7%
37 HÉT NÉL HOSSZABB	627	90,3%
SZÜLÉS LEFOLYÁSA:		
SPONTÁN HÜVELYI	524	74,3%
MŰTÉTES	181	25,7%
ÚJSZÜLÖTT NEME:		
LEÁNY	343	48,9%
FIÚ	359	51,1%
ÚJSZÜLÖTT SÚLYA:		
2500 GR ALATTI	34	8,5%
2501 GR FELETTI	643	91,5%
HOZZÁTARTOZÓ:		
JELLEN VOLT	434	61,6%
NEM VOLT JELEN	270	38,4%
A SZÜLÉS:		
NEHÉZ VOLT	333	47,6%
ÁTLAGOS VOLT	239	34,1%
KÖNNYŰ VOLT	128	18,3%

6.1.3. Az EPDS-teszt magyar változatának validálása

Vizsgálatunkban célul tűztük ki a gyermekágyhoz társuló hangulatzavarok szűrését szolgáló EPDS kérdőív magyar változatának validálását. A VI. Táblázatban látható, hogy a 10 EPDS-tétel Cronbach Alfa értéke együttesen: 0,821. Az EPDS teszt egyes kérdéseire tartozó koefficiens nem változott jelentősen egyetlen tétel esetében sem. Az együttthatók alapján tehát a kérdőív magyar változata konzisztens, egységes módon méri a gyermekágyban előforduló hangulatzavart.

VI. Táblázat

A Cronbach-féle alfa érték módosulása az egyes itemek eltávolítása után

EPDS-teszt	Cronbach Alfa: 0,821
EPDS-teszt kérdései	Cronbach Alfa az adott kérdés nélkül
1. Képes voltam nevetni és a dolgok vidámabb oldalát nézni	0,808
2. Örömmel vártam dolgokat	0,816
3. Feleslegesen hibáztattam magam, ha valami nem sikerült	0,814
4. Aggódtam és szorongtam minden ok nélkül	0,802
5. Ijedt vagy rémült voltam minden ok nélkül	0,792
6. A dolgok a fejemre nőttek	0,809
7. Annyira boldogtalannak éreztem magam, hogy nem tudtam aludni	0,803
8. Szomorúnak vagy szerencsétlennek éreztem magam	0,788
9. Annyira boldogtalannak éreztem magam, hogy elsírtam magam	0,792
10. Megfordult a fejemben az a gondolat, hogy kárt teszek magamban	0,823

6.1.4. Szocio-demográfiai faktorok és az EPDS kapcsolata

Cox és munkatársai azt ajánlják, hogy amennyiben az EPDS-t a gyermekágyban megfigyelhető depresszív tünetek szűrésére használjuk, a 10-es vágóértéket alkalmazzuk (Cooper, 2003). Ebben az esetben a teszt szenzitivitása közel 100 %, specificitása pedig 82 %. Saját vizsgálatunkban mi is a 10-es vágóértéket használtuk. Az EPDS pontszám átlagos értéke 8,12 (s.d. = 5,09) volt. A gyermekágyasok 29,8 %-a 10 feletti pontszámot ért el (VII. Táblázat).

VII. Táblázat

EPDS pontszámok 3 nappal a szülést követően

EPDS	GYAKORISÁG (n)	SZÁZALÉK (%)
NORMÁL	507	70,2
KÓROS	218	29,8
Σ	725	100,0

A szocio-demográfiai faktorok és az EPDS értékek kapcsolatát a VIII. Táblázat foglalja össze. A tényezők közül 3 bizonyult lényegesnek a gyermekágyi lehangoltság szempontjából. Ezek a következők:

- családi állapot
- iskolai végzettség
- foglalkozás.

Ugyanakkor a lakhely, az életkor tekintetében szignifikáns különbséget a csoportok között nem találtunk a kóros EPDS értéket adók számában.

A további elemzések során arra kerestük a választ, hogy az irodalomból jól ismert faktorok hazánkban milyen mértékben játszanak szerepet a gyermekágy korai időszakában megfigyelhető depresszív tünetek kialakulásában.

VIII.Táblázat

Az EPDS érték és a szocio-demográfiai tényezők kapcsolata

	EPDS ≥ 10	EPDS < 10	Σ	Esélyhányados	95 % CI
Életkor					
16-24	49 (31,6 %)	106 (68,4 %)	155	1,0	
25-34	134 (27,5 %)	354 (72,5 %)	488	0,819	0,553 - 1,213
≥ 35	20 (37,0 %)	34 (63,0 %)	54	1,273	0,666 - 2,432
Családi állapot					
Egyedülálló	14 (51,9 %)	13 48,1 %	27	2,721	1,255 – 5,896*
Családos	190 (28,4 %)	480 (71,6 %)	670	1,0	
Lakóhely					
Város	171 (29,0 %)	418 (71,0 %)	589	1,0	
Falu	36 (31,3 %)	79 (68,7 %)	115	1,114	0,723 -1,717
Iskolai végzettség					
Alapfokú	40 (48,8 %)	42 (51,2 %)	82	2,428	1,414 - 4,169*
Középfokú	116 (26,2 %)	326 (73,8 %)	442	0,907	0,616 - 1,336
Felsőfokú	51 (28,2 %)	130 (71,8 %)	181	1,0	
Foglalkozás					
Alkalmazott	118 (27,2 %)	316 (72,8 %)	434	1,0	
Vállalkozó	15 (20,5 %)	58 (79,5 %)	73	0,693	0,378 - 1,269
Munkanélküli	65 (38,9 %)	102 (61,1 %)	167	1,707	1,172 - 2,486*
Diák	6 (28,6 %)	15 (71,4 %)	21	1,071	0,406 - 2,826

A * a szignifikáns eredményeket jelzi.

6.1.4.1. A családi állapot és az EPDS kapcsolata

A vizsgálati mintánk 95 %-a állandó partnerkapcsolatban él, csupán az anyák 3,9 %-a neveli egyedül gyermekét. Így a társas támasz szempontjából kritikus csoport létszáma túl kicsinek bizonyult a statisztikai elemzéshez.

A mintában 27 nő él egyedül. Látható, hogy náluk nagyon magas a kóros EPDS értéket adók aránya (51,9%). Míg a családban élő anyák csoportjában a depresszióról beszámolók aránya ehhez képest jóval alacsonyabb (28,4 %). A két csoport közötti különbséget az esélyhányados is jelzi: a családban élőkhez viszonyítva az egyedülállóknak majdnem 3x nagyobb az esélye kóros EPDS értékre, tehát a gyermekágyat kísérő depresszív hangulatzavar kialakulására (IX. Táblázat).

IX. Táblázat

A családi állapot és az EPDS kapcsolata

CSALÁDI ÁLLAPOT	KÓROS EPDS	NORMÁL EPDS	Σ	OR	CI 95%
CSALÁDOS	190 28,4%	480 71,6%	670 100%	1,0	
EGYEDÜL-ÁLLÓ	14 51,9%	13 48,1%	27 100%	2,721	1,255 – 5,896*
Σ	204 29,3 %	493 70,7 %	697 100 %		

*OR = 2,721 (95 % CI = 1,255 – 5,896; p = 0,012)

6.1.4.2. Az iskolai végzettség és az EPDS kapcsolata

Szoros kapcsolat mutatható ki az EPDS érték és az iskolai végzettség között is (X. Táblázat). Azoknál az anyáknál, akik alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek, magasabb pontszámot kapunk. Szignifikánsan magasabb arányban adnak kóros EPDS értéket az alacsony iskolai végzettségűek. A különbség az esélyhányadosban is megmutatkozik: a 8 általánost végzett csoportban az egyetemet, főiskolát végzettekkel szemben 2,5-szer nagyobb a valószínűsége a kóros hangulatzavar előfordulásának.

X. Táblázat

Az iskolai végzettség és az EPDS kapcsolata

ISKOLAI VÉGZETTSÉG	KÓROS EPDS	NORMÁL EPDS	Σ	OR	CI 95%
8 ÁLTALÁNOS	40 48,7 %	42 51,3 %	82 11,7 %	2,428	1,414 – 4,169*
KÖZÉPISKOLA	116 26,2 %	326 73,8 %	442 62,6 %	0,907	0,616 – 1,336
EGYETEM	51 28,2 %	130 71,8 %	181 25,7 %	1,0	
Σ	207 29,4 %	498 70,6 %	705 100 %		

*OR = 2,428 (95 % CI = 1,414 – 4,169; p = 0,003)

6.1.4.3. A foglalkozás és az EPDS kapcsolata

A vizsgált mintában az anyák 24,3 %-a munkanélküli, illetve csak alkalmi munkája van (XI. Táblázat). Ők főleg az alacsonyabb iskolai végzettségűek és a falun élők közül kerültek ki. Amennyiben összevetjük a munkanélküliek és a munkahellyel rendelkezők EPDS értékeit, azt látjuk, hogy a két csoport között nincsen szignifikáns különbség. Ez ellentétes a mi előzetes elvárásunkkal. A munkaviszony jellegét vizsgálva azt látjuk, hogy míg a kóros EPDS érték a munkanélkülieknél 38,9 %, a diákoknál 28,6 %. Ebben a két csoportban a legmagasabb a kóros EPDS értéket adók aránya. Az esélyhányados azt mutatja, hogy azokhoz az anyákhoz képest, akiknek egyáltalán nincs munkahelye, illetve csak alkalmi munkából élnek, a közalkalmazottaknak kb. 70%-kal kevesebb az esélye a szülést követő hangulatzavar kialakulására.

XI. Táblázat

A foglalkozás és az EPDS kapcsolata

FOGLALKOZÁS	KÓROS EPDS	NORMÁL EPDS	Σ	OR	CI 95%
DIÁK	6 28,6 %	15 71,4 %	21 3 %	1,071	0,406 – 2,826
KÖZALKALMAZOTT	50 27,5 %	132 72,5 %	182 26,2 %	1,0	
ALKALMAZOTT	68 27,0 %	184 73,0 %	252 36,3 %	1,0	
VÁLLALKOZÓ	15 20,5 %	58 79,5 %	73 10,5 %	0,693	0,378 – 1,269
MUNKANÉLKÜLI	65 38,9 %	102 61,1 %	167 24,3 %	1,707	1,172 – 2,486*
Σ	204 29,4 %	491 70,9 %	695 100 %		

*OR = 1,707 (95 % CI = 1,172 – 2,486; p = 0,045)

6.1.4.4. A lakhely és az EPDS kapcsolata

A lakhely szintén fontos meghatározó szerepet játszik a korai gyermekágyban megfigyelhető depresszív tünetek kialakulásában. Elvárásaink szerint a falun élő anyák esetében a szociális támasz nagyobb mértékével találkozhatunk, hiszen a család tradicionális szupportív szerepe abban a környezetben jobban érvényesül.

A Debrecenben illetve a környező falvakban élő anyák EPDS értékei között tapasztalt különbség ellentétes az előzetesen megfogalmazott elvárásainkkal. A vizsgálati mintában éppen azok adtak magasabb EPDS pontszámot, akik falun élnek (XII. Táblázat). A lakhely és meghatározó tényezőinek (pl.: iskolai végzettség, foglalkozás, munkaviszony jellege) gyermekágyi lehangoltság kialakulásában játszott szerepének a tisztázása további elemzéseket igényel.

XII. Táblázat

A lakhely és az EPDS kapcsolata

LAKHELY	KÓROS EPDS	NORMÁL EPDS	Σ	OR	CI 95%
VÁROS	171 29,0 %	418 71,0 %	589 83,6 %	1,0	
FALU	36 31,3 %	79 68,7 %	115 16,4 %	1,114	0,723 – 1,717
Σ	207 30,5 %	497 70,5 %	704 100 %		

6.1.5. Szülészeti tényezők és az EPDS kapcsolata

Az adatokat összefoglalóan a XIII. Táblázat tartalmazza.

XIII. Táblázat

EPDS érték és a szülészeti tényezők kapcsolata

	EPDS \geq 10	EPDS <10	Σ	OR	95 % CI
SZÜLÉSSZÁM					
1. SZÜLÉS	106 (30,7)	239 (69,3)	345	0,493	0,251-0,969*
2. SZÜLÉS	63 (26,7)	173 (73,3)	236	0,405	0,201-0,814*
3. SZÜLÉS	20 (23,8)	64 (76,2)	84	0,347	0,154-0,781
\geq 4. SZÜLÉS	18 (47,4)	20 (52,6)	38	1,0	
NORMÁL TERHESSÉG	131 (25,7)	378 (74,3)	509	1,0	
SZÖVŐDMÉNYES	68 (37,8)	112 (62,2)	180	1,752	1,221-2,513*
SÚLYGYARAPODÁS					
10-15 KG	74 (25,0)	222 (75,0)	296	1,0	
< 10 KG	78 (33,9)	152 (66,1)	230	1,539	1,054-2,249*
>15 KG	53 (31,0)	118 (69,0)	171	1,347	0,888-2,046
SZÜLÉS LEFOLYÁSA					
SPONTÁN	133 (25,4)	391 (74,6)	524	1,0	
MŰTÉTES	14 (41,2)	20 (58,8)	34	2,033	1,425-2,902*
FÁJDALOM- CSILLAPÍTÁS					
NEM VOLT	121 (28,5)	303 (71,5)	424	1,0	
VOLT	80 (30,0)	187 (70,0)	267	1,071	0,765-1,499
PARTNER					
JELEN VOLT	112 (25,8)	322 (74,2)	434	1,0	
NEM VOLT JELEN	95 (35,2)	175 (64,8)	270	1,561	1,123-2,170*
ÚJSZÜLÖTT SÚLYA					
>2500 GR	174 (27,1)	469 (72,9)	643	1,0	
< 2501 GR	32 (54,2)	27 (45,8)	59	3,195	1,860-5,487*
SZÜLÉS IDEJE					
> 38 HÉT	169 (27,0)	458 (73,0)	627	1,0	
24-37 HÉT	33 (49,3)	34 (50,7)	67	2,630	1,579-4,382*
SZÜLÉS MEGÍTÉLÉSE					
KÖNNYŰ	24 (18,8)	104 (81,2)	128	1,0	
ÁTLAGOS	68 (28,5)	171 (71,5)	139	1,723	1,019-2,914*
NEHÉZ	55 (28,6)	137 (71,4)	192	1,740	1,011-2,994*
NAGYON NEHÉZ	57 (40,4)	84 (59,6)	141	2,940	1,685-5,132*

6.1.5.1. A szülésszám és az EPDS kapcsolata

Az először szülőknél - tendenciáját tekintve - magasabb az esélye a kóros hangulatzavar kialakulásának, bár az eredmény statisztikailag nem szignifikáns. A XIV. Táblázatban láthatjuk, hogy az első szülést követően az anyák közel egyharmada adott kóros EPDS értéket, ennek az aránya a 2. szülés után 26,7 % és a 3. szülést követően még alacsonyabb, 23,8 %. Ugyanakkor látható, hogy a 4. szülést követően már ismét emelkedik a kóros EPDS értéket adó anyák száma, majdnem eléri az 50 %-ot. Az esélyhányados értéke azt jelzi, hogy a primiparáknál a 4-szer szülőkhöz képest szignifikánsan alacsonyabb a kóros hangulatzavar kialakulásának az esélye.

XIV. Táblázat

A szülésszám és az EPDS kapcsolata

SZÜLÉSSZÁM	KÓROS EPDS	NORMÁL EPDS	Σ
1.	106 30,7 %	239 69,3 %	345 49,1 %
2.	63 26,7 %	173 73,3 %	236 33,6 %
3.	20 23,8 %	64 76,2 %	84 11,9 %
≥ 4.	18 47,4 %	20 52,6 %	38 5,4 %
Σ	207 29,4 %	496 70,6 %	703 100 %

OR = 0,493 (95 % CI = 0,251 – 0,969; p = 0,049)

6.1.5.2. A terhesség lefolyása és az EPDS kapcsolata

Szintén döntő szerepet játszik a gyermekágyi hangulatzavar kialakulásában az, hogy a nő milyen egészségi állapotban hordta ki a terhességét. Megállapíthatjuk, hogy a terhesség lefolyása fontos meghatározója a gyermekágyi lehangoltság kialakulásának. Azok az anyák, akik a terhesség alatt valamilyen betegséggel, kockázati tényezővel küzdöttek - fenyegető vetélés, fenyegető koraszülés, terhesség alatti cukorbetegség, toxaemia stb. - szignifikánsan magasabb EPDS értéket adnak ($p=0,003$). Az esélyhányados alapján azt mondhatjuk, hogy az egészséges kismamákhoz képest majdnem 2x nagyobb az esélye a gyermekágyi lehangoltság kialakulásának egy szövődményekkel kiviselt terhesség után (XV. Táblázat).

XV. Táblázat

A terhesség lefolyása és az EPDS kapcsolata

TERHESSÉG LEFOLYÁSA	KÓROS EPDS	NORMÁL EPDS	Σ
NORMÁLIS VOLT	131 25,7 %	378 74,3 %	509 73,9 %
SZÖVŐDMÉNYES VOLT	68 37,8 %	112 62,2 %	180 26,1 %
Σ	199 28,9 %	490 71,1 %	689 100 %

OR = 1,751 (95 % CI = 0,398 – 0,819; p = 0,003)

6.1.5.3. A terhesség kora és az EPDS kapcsolata

A szülést követő pszichés állapot fontos meghatározó tényezője az, hogy a szülés terminusban történt vagy hamarabb következett-e be. Bár a koraszülés aránya a vizsgált mintában alacsony volt, szignifikáns különbséget tudunk kimutatni a koraszülők és a kiírt időpontban szülők EPDS értékei között. A XVI. Táblázat adataiból jól látszik, hogy minél több hét telt el a terhességből a szülés időpontjáig, annál kisebb a kóros EPDS értéket adó anyák aránya. A 27. terhességi hét előtt szülőknél 75 %, a 36. hétig megszületkeknél 47,6 %, míg a 37. hét után szülteknél 27 %. A szignifikáns különbség az esélyhányadosban is megmutatkozik ($p=0,001$). A 37. terhességi hét előtt bekövetkezett, tehát koraszülések esetén a terminusban szülőkhöz képest majdnem 2,6-szer nagyobb az esélye annak, hogy a szülést követően gyermekágyi lehangoltság alakul ki.

Amennyiben az újszülött súlya alapján állapítjuk meg a koraszülést, az eredmények azt igazolják, hogy az átlagos születési súlyú újszülött anyukájánál 0,503-kel kevesebb az esélye a depresszió kialakulásának. Azok az anyák, akik újszülöttje 2500 gr születési súly alatti magasabb EPDS pontszámot adtak ($p=0,006$).

XVI. Táblázat

A terhesség kora és az EPDS kapcsolata

	KÓROS EPDS	NORMÁL EPDS	Σ
0-27 HÉT	3 75,0 %	1 25,0 %	4 0,6 %
* 28-36 HÉT	30 47,6 %	33 52,4 %	63 9,1 %
≥ 37 HÉT	169 27,0 %	492 73,0 %	627 90,3 %
Σ	202 29,1 %	492 70,9 %	694 100 %

OR = 2,630 (95 % CI = 1,579 – 4,382; p = 0,001)

6.1.5.4. A szülésvezetés módja és az EPDS kapcsolata

Lényegesen meghatározza az EPDS kérdőívben kapott pontértéket a szülésvezetés módja is. A XVII. Táblázatban összefoglalt eredményeink azt mutatják, hogy azok az anyák, akiknél műtétes szülésbefejezés történt (császármetszés, vákuum extrakció) szignifikánsan magasabb EPDS értéket adtak ($p=0,001$). Eredményeink szerint a spontán hüvelyi szülést követően szignifikánsan alacsonyabb a depresszív hangulatzavar kialakulásának esélye, mint császármetszést követően. Ki kell emelnünk, hogy a vákuumos szülések esetében ugyanolyan magas a kóros EPDS értéket adók aránya (41,2 %), mint a császármetszést átélteknél (40,8 %).

XVII. Táblázat

A szülésvezetés módja és az EPDS kapcsolata

SZÜLÉSVEZETÉS MÓDJA	KÓROS EPDS	NORMÁL EPDS	Σ
HÜVELYI SPONTÁN	133 25,4 %	391 74,6 %	524 74,3 %
VÁKUUMOS	14 41,2 %	20 58,8 %	34 4,8 %
SECTIO CAESAREA	60 40,8 %	87 59,2 %	147 20,9 %
Σ	207 29,4 %	498 70,6 %	705 100 %

OR = 2,033 (95 % CI = 1,425 – 2,902; p = 0,001)

6.1.5.5. Hozzátartozó jelenléte és az EPDS kapcsolata

Kíváncsiak voltunk arra, hogy a hazánkban 20 éve bevezetett lehetőségnek, a szülés alatt biztosított társas támasznak van-e kimutatható hatása a gyermekágy időszakában a hangulatzavar kialakulására.

Az eredmények egyértelműen azt igazolták, hogy akit nem segített hozzátartozó a vajúdás alatt, annál 1,5-szer nagyobb az esély a szülést követő hangulatzavar létrejöttének (XVIII. Táblázat). A vizsgált mintában az anyáknak több mint fele a partner jelenlétében vajúdott (61,6%). Amennyiben összevetjük az egyedül, illetve hozzátartozó segítségével szült nők EPDS adatait, szignifikáns különbséget tapasztalunk ($p=0,008$). Az első gyermekágyas héten azok, akik egyedül szültek, magasabb EPDS értéket mutattak.

XVIII. Táblázat

Hozzátartozó jelenléte és az EPDS kapcsolata

HOZZÁTARTOZÓ	KÓROS EPDS	NORMÁL EPDS	Σ
JELEN VOLT	112	322	434
	25,8 %	74,2 %	61,6 %
NEM VOLT	95	175	270
JELEN	35,2 %	64,8 %	38,4 %
Σ	207	497	704
	29,4 %	70,6 %	100 %

OR = 1,561 (95 % CI = 1,123 – 2,170; p = 0,008)

6.1.5.6. A szülésről alkotott vélemény és az EPDS kapcsolata

Végül lényeges faktornak bizonyult az EPDS pontszámok szempontjából az is, hogy a nő szubjektíven hogyan ítélte meg saját szülését. Amikor nagyon nehéz volt a szülés, az anyák 40 %-nál kóros EPDS értéket találtunk (XIX. Táblázat). Abban az esetben, amikor az anya a szülés folyamatát különösen nehéznek vagy nehéznek értékelte, szignifikánsan magasabb EPDS pontszámot kaptunk ($p=0,001$).

Amennyiben átlagosnak illetve könnyűnek ítélte az anya saját szülését, akkor ez a százalékos arány lecsökkent 28,5 %-ra illetve 18,8 %-ra. Az esélyhányados alapján megfogalmazható, hogy ahhoz az anyához képest, aki könnyűnek érezte a szülés folyamatát, majdnem 3-szor olyan gyakran számol be szülést követő hangulatzavarról az a nő, aki nehéznek vagy nagyon nehéznek ítélte saját szülését.

XIX. Táblázat

A szülésről alkotott vélemény és az EPDS kapcsolata

VÉLEMÉNY	KÓROS EPDS	NORMÁL EPDS	Σ
* NAGYON NEHÉZ	57 40,4 %	84 59,6 %	141 20,1 %
NEHÉZ	55 28,6 %	137 71,4 %	192 27,4 %
ÁTLAGOS	68 28,5 %	171 71,5 %	239 34,1 %
KÖNNYŰ	24 18,8 %	104 81,2 %	128 18,3 %
Σ	204 29,1 %	496 70,9 %	700 100 %

OR = 2,940 (95 % CI = 1,685 – 5,132; $p = 0,001$)

Ugyanakkor nem találtunk szignifikáns különbséget az újszülött neme, a terhesség alatti súlygyarapodás és az EPDS teszten elért pontszám között. Az eredmények azt jelzik, hogy a szülés alatt alkalmazott fájdalomcsillapítás (kéjgázos fájdalomcsillapítás, EDA) sincs hatással a depresszív hangulatzavar megjelenésére.

A gyermekági hangulatzavar szempontjából lényeges, tehát statisztikai vizsgálattal szignifikáns tényezők együttes hatását is megnéztük. Az eredményeket a XX. Táblázat foglalja össze. Egy modellben vizsgálva a szignifikáns változókat azt látjuk, hogy a gyermekági családi állapota, a szülésvezetés módja és a nő saját szüléséről alkotott szubjektív véleménye határozza meg legerősebben a gyermekági lehangoltság kialakulását.

Míg az iskolai végzettség, az idő előtti szülés és a hozzátartozó szülés alatti jelenléte egyenként vizsgálva intenzív hatást gyakorolt a nő hangulati életére, közös modellben vizsgálva a gyermekági időszakra kifejtett hatásuk gyengül.

XX. Táblázat

A gyermekági hangulatzavar kialakulása szempontjából szignifikáns tényezők együttes vizsgálata

Tényező	p	OR	95 % CI
Családi állapot	0,018	2,716	1,187 – 6,212
Iskolai végzettség	0,442	0,929	0,769 – 1,121
Szülésvezetés módja	0,005	1,338	1,093 – 1,637
Koraszülés	0,019	0,802	0,667 – 0,965
Hozzátartozó jelenléte	0,197	1,276	0,881 – 1,846
Szülésről alkotott vélemény	0,001	0,740	0,623 – 0,879

Arra is kíváncsiak voltunk, hogy azok a tényezők, amelyek egyenként szignifikáns hatást nem mutattak, egy modellbe összetéve erősítik, vagy gyengítik egymás hatását? Ennek a statisztikai próbának az eredményét a XXI. Táblázatban foglaltuk össze.

XXI. Táblázat

A gyermekági hangulatzavar kialakulása szempontjából nem szignifikáns tényezők együttes vizsgálata

Tényező	p	OR	95 % CI
Életkor	0,456	1,070	0,896 – 1,276
Lakóhely	0,131	1,185	0,951 – 1,478
Szülés alatti fájdalomcsillapítás	0,505	0,891	0,634 – 1,252

Az eredmények azt jelzik, hogy ezek a tényezők együttesen sem lényeges meghatározói a gyermekági lehangoltságnak.

6.2. A II. vizsgálat eredményei

6.2.1. A minta szocio-demográfiai jellemzői

A vizsgálat II. részében 165 gyermekági vett részt. A minta jellemzőit az XXII. Táblázat foglalja össze. A nők átlagéletkora 28 év (a legfiatalabb 20, a legidősebb 42 éves, s.d.: 4,73). Közel az egész minta tartós partnerkapcsolatban él, csupán a nők 1,8 %-a egyedülálló. Legtöbben Debrecenben illetve más városban élnek, a minta 16 %-a lakik falun. Az anyák több mint felének középiskolai végzettsége van, a minta 1/3-a pedig egyetemet, főiskolát végzett. Az ismételt vizsgálatban részt vettek körében – az első vizsgálat csoportjához képest - jelentősen alacsonyabb a munkanélküliek arány (6,1 %).

6.2.2. A szülést követő jelentős életesemények

A vizsgálatban részt vevők életében a szülés után bekövetkezett fontos eseményeket a XXIII. Táblázat mutatja be.

XXII.Táblázat

A vizsgált minta szocio-demográfiai jellemzői

ÉLETKOR	ELEMSZÁM	SZÁZALÉK
16-24 ÉV	40	24,2
25-34 ÉV	114	69,5
≥35 ÉV	10	6,1
CSALÁDI ÁLLAPOT		
EGYEDÜLÁLLÓ	3	1,8
CSALÁDOS	162	88,2
LAKÓHELY		
DEBRECEN	88	53,3
MÁS VÁROS	50	30,3
FALU	27	16,4
ISKOLAI VÉGZETTSÉG		
ALAPFOKÚ	6	3,6
KÖZÉPFOKÚ	97	59,2
FELSŐFOKÚ	61	37,2
FOGLALKOZÁSA (GYES, GYED ELŐTT)		
ALKALMAZOTT	135	81,9
VÁLLALKOZÓ	10	6,1
MUNKANÉLKÜLI	10	6,1
DIÁK	4	2,4
FÉRJ FOGLALKOZÁSA		
ALKALMAZOTT	118	73,7
VÁLLALKOZÓ	29	18,2
MUNKANÉLKÜLI	9	5,7
A LAKÁS, AHOL ÉLNEK		
SAJÁT	120	73,2
NEM SAJÁT	44	26,8
GYERMEKSZÁM		
1	88	53,7
2	55	33,5
≥3	21	12,8

XXIII. Táblázat

A SZÜLÉST KÖVETŐ JELENTŐS ÉLETESEMÉNYEK

BETEGSÉG/MŰTÉT A NŐNÉL	ELEMSZÁM	SZÁZALÉK
IGEN	15	9,3
NEM	147	90,7
BETEGSÉG/MŰTÉT A GYERMEKNÉL		
IGEN	29	18,0
NEM	132	82,0
BETEGSÉG/MŰTÉT A PARTNERNÉL		
IGEN	5	3,2
NEM	153	96,8
ÉLETESEMÉNYEK		
MUNKAHELY ELVESZTÉSE	17	12,0
VÁLÁS	3	2,1
KÖLTÖZÉS	18	12,7
HALÁLESET	9	6,3
SZOPTATOTT-E?		
IGEN	86	52,4
JELENLEG IS	73	44,5
NEM	5	3,1
PARTNERKAPCSOLAT		
NEM VÁLTOZOTT	95	58,6
JOBB LETT	10	6,2
ROSSZABB LETT	57	35,2

6.2.3. A BDI teszttel nyert eredmények

A II. vizsgálatban a BDI kérdőíven 10 alatti, azaz normál értéket adott a 165 nőből 113 nő (68,5 %). A BDI alapján depressziósnek bizonyult 52 anya (31,5 %). A minta átlagéletkora 28 év, BDI átlaguk 7,51 (s.d.= 6,11) volt. A BDI-vel nyert adatokat a XXIV. Táblázat tartalmazza.

XXIV. Táblázat

A gyermekági depresszió gyakorisága

BDI	GYAKORISÁG (n)	SZÁZALÉK (%)
KÓROS	52	31,5
- SÚLYOS	2	1,2
- KÖZEPESEN SÚLYOS	9	5,5
- ENYHE	41	24,8
NORMÁL	113	68,5
Σ	165	100,0

6.2.4. Az EPDS teszttel nyert eredmények

Az EPDS teszt ismételt felvételekor a nők 28,7 %-a kóros értéket adott (átlag: 7,93, s.d. =5,05). A részletes adatokat a XXV. Táblázatban foglaltuk össze.

XXV. Táblázat

EPDS pontszámok 3-6 hónappal a szülést követően

EPDS	GYAKORISÁG (n)	SZÁZALÉK (%)
NORMÁL	117	70,9
KÓROS	48	29,1
Σ	165	100,0

6.2.5. A gyermekágyi depresszió és a család anyagi helyzetének a kapcsolata

A család szülés utáni anyagi helyzetét több kérdés segítségével igyekeztünk megközelíteni. A család bevétele a férj/partner jelenlegi foglalkozása, és a nő GYED-et megelőző munkaviszonya határozza meg leginkább. A gazdasági helyzet fontos összetevője az is, hogy a nő kapcsolatban vagy egyedül neveli-e gyermekét. A család kiadásait messzemenőig befolyásolja a lakóhely (város vagy falu), rendelkeznek-e saját tulajdonú házzal/lakással illetve hány gyermeket nevelnek. A kedvezőtlen gazdasági helyzet – az irodalomból jól ismert - egyértelmű negatív hatása az anya szülést követő hangulati életére saját vizsgálatunkban is nyomon követhető; bár a vizsgált csoport kisebb elemszáma miatt az eredmények nem szignifikánsak. Adatainkat a XXVI. Táblázat tartalmazza.

XXVI. Táblázat**A gyermekágyi depresszió és a család anyagi helyzetének a kapcsolata**

	KÓROS EPDS (%)	NORMÁL EPDS (%)
A NŐ MUNKAVISZONYA		
MUNKANÉLKÜLI	35,7	64,3
ALKALMAZOTT	28,1	71,9
VÁLLALKOZÓ	31,3	68,7
FÉRJ MUNKAVISZONYA		
MUNKANÉLKÜLI	33,3	66,7
ALKALMAZOTT	28,8	71,2
VÁLLALKOZÓ	30,3	69,7
LAKHELY		
VÁROS	29,0	71,0
FALU	29,6	70,4
LAKÁS		
SAJÁT TULAJDONÚ	28,3	71,7
NEM SAJÁT TULAJDONÚ	29,5	70,5
CSALÁDI ÁLLAPOT		
EGYEDÜLÁLLÓ	33,3	66,7
CSALÁDOS	29,0	71,0
GYERMEKEK SZÁMA		
1	26,1	73,9
2	32,7	67,3
≥3	33,3	66,7

6.2.6. A két időpontban nyert EPDS eredmények egymáshoz való viszonya

Megvizsgáltuk, hogy a 3-9 hónap eltéréssel kitöltött két EPDS teszt eredményei hogyan viszonyulnak egymáshoz. A XXVII. Táblázatban összefoglalt eredmények alapján azt mondhatjuk, hogy a két időpontban felvett EPDS teszttel mérve a vizsgált csoporton belül szinte azonos a kóros ill. a normál értéket adó anyák aránya (első felvételnél: 49:115, a másodiknál: 47:117). Az első felvételnél kóros EPDS értéket adó anyák (összesen 49-en voltak) közül a második felvételnél is kóros EPDS értéket adott 24. 51 %-nál pedig az eltelt hónapok alatt lecsengett a hangulatzavar, így a második felvételnél már normál EPDS értéket kaptunk tőlük.

Ugyanakkor az első felvételnél normál EPDS értéket adott összesen 115 gyermekágyas. Közülük a második felvétel időpontjában sem küzdött hangulatzavarral, tehát normál tartományban maradt az EPDS értéke 92 nőnek (80 %). Viszont a 115 anya 20 %-ánál romlást tapasztaltunk, hiszen a második felvételnél már kóros EPDS értéket mértünk náluk. Az esélyhányados alapján összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy annak az anyának, aki a szülést követő 3. napon kóros EPDS pontszámot adott a normál értéket adóhoz viszonyítva 3,8-szor nagyobb a valószínűsége annak, hogy a későbbi tesztfelvételnél is kóros tartományba kerül az EPDS értéke.

XXVII. Táblázat

Az EPDS-I. és az EPDS-II. kapcsolata

	EPDS-II. NORMÁL	EPDS-II. KÓROS	Σ
EPDS-I. NORMÁL	92 80,0 % 78,6 %	23 20,0 % 48,9 %	115 100,0 % 70,1 %
EPDS-I KÓROS	25 51,0 % 21,4 %	24 49,0 % 51,1 %	49 100,0 % 29,9 %
Σ	117 71,3 % 100,0 %	47 28,7 % 100,0 %	164 100,0 % 100,0 %

OR = 3,840 (95 % CI = 1,864 – 7,911; p = 0,000)

6.2.7. A két mérőeszköz - EPDS-BDI - egymáshoz való viszonya

Végül arra kerestük a választ, hogy a két depressziót mérő eszköz - a BDI és az EPDS - hogyan viszonyul egymáshoz. 165 olyan gyermekágyasunk van, aki mindkét tesztet kitöltötte. Az EPDS tesztben kórosan magas értéket adott 48 anya, közülük 37 nő (77,1 %) a BDI alapján is depressziósnak bizonyult. Az EPDS tesztben normál értéket adó 117 anyából a másik depressziót mérő kérdőív alapján is normál övezetbe sorolható 102 nő (ez a nem depressziósok 87,2 %-a). Az esélyhányados alapján azt mondhatjuk, hogy annak a gyermekágyasnak, aki a BDI tesztrel depressziósnak tekinthető, annak majdnem 23-szor nagyobb az esélye arra, hogy az EPDS teszten is kóros értéket fog mutatni, mint annak, aki a BDI kérdőíven normál értéket adott (XXVIII. Táblázat).

XXVIII. Táblázat

Az EPDS-II. és a BDI kapcsolata

	EPDS-II. KÓROS	EPDS-II. NORMÁL	Σ
BDI KÓROS	37 71,2 % 77,1 %	15 28,8 % 12,8 %	52 100,0 % 31,5 %
BDI NORMÁL	11 9,7 % 22,9 %	102 90,3 % 87,2 %	113 100,0 % 68,5 %
Σ	48 29,1 % 100,0 %	117 70,9 % 100,0 %	165 100,0 % 100,0 %

OR = 22,873 (95 % CI = 9,639 – 54,278; p = 0,000)

Szenzitivitás: 0,77

Specifitás: 0,87.

7. Megbeszélés

7.1. Az EPDS teszt magyar változatának validálása

A gyermekágyhoz társuló hangulatzavarok kialakulásában biológiai, elsősorban hormonális, és pszicho-szociális faktorok meghatározó szerepével egyaránt kell számolnunk. Az irodalom a hangulatzavart meghatározó faktorok tekintetében nem egységes, a rizikótényezők kultúránként is változnak. Beck csaknem száz vizsgálat meta-analízise során 13 rizikótényezőt jelölt meg a szülést követő kóros depresszió kialakulásában. A mi vizsgálatunk szempontjából különösen fontos, hogy a gyermekágyi lehangoltság a lényeges rizikófaktorok között szerepel (Beck, 2001).

Vizsgálatunk első részét azért időzítettük a gyermekágy 3. napjára, mert az irodalom alapján leginkább ekkor csúcsosodnak ki a hangulatzavarral összefüggő problémák (Gale, 2003).

A vizsgálatban, hazánkban elsőként alkalmaztuk az EPDS tesztet, amelyet Európa számos országában már régóta a posztnatális depresszió szűrésére használnak. A pszichológiai kérdőívek skáláinak fontos meghatározója az ún. Cronbach alfa koefficiens, amely tulajdonképpen a teszt megbízhatóságának a mérőszáma. Ez a szám egy skála konzisztenciáját mutatja, értéke 0,7-0,8 körül mondható elfogadhatónak. Az EPDS teszt Cronbach alfa koefficiense megváltozik, ha egy tételt kiveszünk a kérdéssorból. Így kiszámítható az adott kérdésre vonatkozó együttható értéke is. Amennyiben a kérdéssorból kihagyott tételre vonatkozó együttható 0,7-0,8 közötti, akkor a vizsgált kérdés is a statisztikai szempont alapján megfelelő kritériumok szerint mér. Amennyiben viszont a kérdőívből kihagyott tétellel számított együttható jelentősen eltér a hiánytalan EPDS teszt Cronbach alfa koefficiens értékétől, akkor az adott kérdés nem releváns a gyermekágyi hangulatzavar mérése szempontjából.

Az EPDS teszt magyar változatára vonatkozó Cronbach alfa koefficiens értéke: 0,821. Az EPDS teszt egyes kérdéseire tartozó koefficiens mindegyike 0,7-0,8 közötti értéket mutat. Ezek alapján azt mondhatjuk, hogy az EPDS kérdőív általunk kidolgozott magyar változata statisztikailag valid, tehát alkalmazható a gyermekágyban előforduló hangulatzavar széleskörű mérésére.

7.2. A gyermekági lehangoltság előfordulása hazánkban

Az irodalmi adatok szerint a gyermekági lehangoltság a nők 50-80 %-ában fordul elő. Hazai vizsgálatunkban az anyák 29,8 %-nál igazoltuk a szülést követő lehangoltságot. Vagyis a szülést követő 3. napon hazánkban kevesebb nő szenved a súlyos hangulatzavartól, mint ahogy azt az irodalmi adatok alapján vártuk. Az EPDS országonkénti alakulását a XXVIII. Táblázat mutatja be. Affonso és munkatársai azokat a vizsgálatokat gyűjtötték össze, amelyekben primiparák egészséges terhességéből egészséges újszülöttek születtek, illetve az anyánál a kórelőzményben korábbi depresszió és pszichoterápiás kezelés kizárható volt. Bár a vizsgálatok elemszáma nagyon eltérő, az adatokból az jól látszik, hogy van olyan ország, ahol az EPDS átlag fele akkora, mint nálunk (Franciaország, Norvégia, Svédország).

XXVIII. Táblázat

EPDS átlagok országonkénti alakulása (Affonso, 2000)

ORSZÁG	ELEMSZÁM	ÁTLAG	SZÓRÁS
Franciaország	441	4,10	4,1
Norvégia	416	4,30	3,7
Svédország	108	4,90	3,9
Ausztrália	102	6,17	3,80
Finnország	58	6,64	4,01
Olaszország	96	6,96	4,64
India	110	7,36	5,48
Anglia	219	7,4	-
USA	119	7,98	6,14
Magyarország	725	8,12	5,09
Korea	94	8,64	4,17

7.3. A gyermekági lehangoltság kapcsolata a szocio-demográfiai tényezőkkel

7.3.1. Az életkor meghatározó szerepe

A demográfiai faktorok közül az életkor meghatározó szerepével kapcsolatosan az irodalomban megoszlanak a vélemények. Egyes vizsgálatok szerint az anya 35-39 év közötti életkora kifejezetten csökkenti a gyermekági lehangoltság előfordulását (Gale, 2003). Saját vizsgálatunkban az életkor tekintetében szignifikáns különbséget a csoportok között nem találtunk a kóros EPDS értéket adók számában. A minta átlagéletkorához viszonyítva a jóval fiatalabb illetve a jóval idősebb nők azok, akik EPDS értéke magasabb a 10-es vágóértéknél, bár szignifikáns különbség nincs az életkori csoportok között. Az adatok tendenciaszerűen viszont azt jelzik, hogy a 35 év feletti anyáknál a legmagasabb a kóros EPDS értéket adók aránya (37%). Ma, amikor a nők egyre később vállalkoznak a gyermekszülésre és egyre több a 35 év feletti, először terhes és szülő nő, erre még inkább oda kell figyelnünk.

Amennyiben a Josefsson által 2001-ben alkalmazott életkori csoportoknak megfelelően vizsgáljuk a 10-nél nagyobb értéket adó nőket, a következőt tapasztaljuk. Hazánkban minden életkori övezetben azoknak a nőknek a száma, akik a kritikus, 10-es vágóérték fölötti pontszámot adtak az EPDS tesztben, kétszer olyan magas, mint Svédországban. Az adatokat a XXIX. Táblázat foglalja össze.

XXIX. Táblázat

Kóros EPDS értékek megoszlása az életkor szerint hazánkban és Svédországban

ÉLETKOR	EPDS \geq 10 ÉRTÉK A GYERMEKÁGYAS OSZTÁLYON	
	SVÉDORSZÁG	MAGYARORSZÁG
16-24 ÉV	40 (21%)	49 (31,6%)
25-34 ÉV	162 (17%)	134 (27,5%)
\geq 35 ÉV	28 (15%)	20 (37,0%)
Σ	230 (18%)	203 (29,1%)

7.3.2. A pszicho-szociális stressz meghatározó szerepe

Az irodalomban több utalást olvashatunk arról, hogy veszélyt jelent a gyermekágyi lehangoltság kialakulása szempontjából a pszicho-szociális stressz, a segítő környezet, a férj/partner hiánya (Field, 1992; Marks, 1996; Murray, 1995). Aki a családi háttér hiányát éli meg a gyermekágy időszakában, nem tud a hangulatingadozással kellőképpen megbirkózni. Az irodalomból jól ismert összefüggést saját vizsgálatunk is alátámasztotta. Vizsgálati mintánk 96,1%-a állandó párkapcsolatban él, csupán az anyák 3,9%-a neveli egyedül gyermekét. Az adatok azt bizonyítják, hogy náluk nagyon magas a kóros EPDS értéket adók aránya (51,9%). Míg a családban élők csoportjában ehhez képest jóval alacsonyabb (28,4%) volt a hangulati nyomottságról beszámolóknak száma. A két csoport közötti különbséget az OR is jelzi: a családban élőkhez viszonyítva az egyedülállóknak majdnem háromszor nagyobb az esélye kóros EPDS értékre, tehát a gyermekágyat kísérő lehangoltság kialakulására ($p=0,01$, OR: 2,721, 95% CI: 1,255-5,896).

7.3.3. A iskolai végzettség meghatározó szerepe

Az irodalom alapján a demográfiai faktorok közül olyan, mint az iskolai végzettség, vagy a foglalkozás nem segít a gyermekágyi lehangoltság előrejelzésében (Bägedahl-Strindlund, 1997; Hannah, 1992).

A 2001-es népszámlálás 20-39 éves korú nőkre vonatkozó adataival szemben a mintánkban az iskolai végzettség kategóriáinak aránya jelentősen eltérő volt:

- általános iskola: a népszámlálás adatai szerint: 39,41%; saját mintánkban: 11,6%
- középiskola: a népszámlálás adatai szerint: 22,54%; saját mintánkban: 62,8%
- felsőfokú végzettség: a népszámlálás adatai szerint: 37,86%; saját mintánkban: 25,6%.

Mintavételünk nem volt reprezentatív, így nem is várhattuk, hogy a kapott megoszlás lefedje az országos eredményeket. Azonban ki kell emelni az alapfokú végzettségűek alacsony arányát, ami arra utal, hogy a vizsgálatban való önkéntes együttműködést inkább a magasabb iskolai végzettségűeknél tapasztaltuk.

Saját vizsgálatunkban azok az anyák, akik alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek, szignifikánsan magasabb arányban adtak kóros EPDS értéket. A különbség az esélyhányadosban is megmutatkozik: az alapfokú végzettségűek csoportjában csaknem 2,5-

szer nagyobb a kóros hangulatzavar előfordulása ($p=0,001$, OR: 2,428, 95% CI: 1,414-4,169). Eredményünk azzal magyarázható, hogy az iskolázottság a depressziós tünetegyüttes gyakoriságának és súlyosságának egyik legfontosabb meghatározója (Kopp, 1997). Kopp és munkatársai országos vizsgálatának eredménye alapján is bebizonyosodott a magasabb iskolázottság egészségvédő szerepe. Saját vizsgálatunk alapján azt mondhatjuk, hogy a gyermekágyi lehangoltság esetében is egészségvédő faktorként szerepel a magasabb iskolai végzettség.

7.3.4. A foglalkozás, az anyagi helyzet meghatározó szerepe

Döntő fontosságú a gyermekágyi lehangoltság szempontjából a nő terhességet megelőző foglalkozása, a terhesség, a szülés ideje alatt a család szociális helyzete. Az esetleges anyagi bizonytalanság, a munkanélküliség egyértelmű negatív hatással van a gyermekágyi hangulatra (Bägedahl-Strindlund, 1997). A munkaviszony jellegét vizsgálva azt látjuk, hogy mintánk 62,3%-a alkalmazott, 24,3%-a munkanélküli vagy csak alkalmi munkából él, 10,4%-a vállalkozó, míg 3%-a diák. A munkanélküliek és az alkalmi munkából élők főleg az alacsonyabb iskolai végzettségűek és a falun élők közül kerültek ki. Az ő csoportjukban a legmagasabb a kóros EPDS értéket adók aránya (38,9%). Az esélyhányados azt mutatja, hogy a munkanélkülieknél csaknem kétszeres a hangulatzavar kialakulásának a veszélye ($p=0,005$, OR: 1,707, 95% CI: 1,172-2,486).

7.3.4. A lakhely meghatározó szerepe

A lakhely tekintetében nem találtunk szignifikáns különbséget a kóros EPDS értéket adók arányában, bár a falun élőknel valamivel magasabb a hangulatzavar előfordulása. Ezt azzal magyarázhatjuk, hogy mára a tradicionális család szupportív szerepe nem érvényesül, ezzel szemben a munkanélküliség és az alacsonyabb iskolai végzettség negatív hatása a falun élők között erősebben tapasztalható.

7.4. A gyermekágyi lehangoltság kapcsolata a szülészeti tényezőkkel

A korai gyermekágyban megfigyelhető hangulatzavar kialakulásában a szülészeti faktorok hatását sem szabad figyelmen kívül hagynunk (Beck, 1992).

7.4.1. A szülésszám meghatározó szerepe

A korábbi vizsgálatok megegyeznek abban, hogy lényeges különbséget eredményez az anya hangulati életében az, hogy hányadik szülése volt a jelenlegi. Az adatok azt jelzik, hogy először szülőknél gyakrabban alakul ki tartós hangulatzavar (O'Hara, 1987; Warner, 1996).

Saját vizsgálatunkban a minta fele (49,1 %) első gyermekét szülte, a minta fele (50,9 %) pedig többször szülő volt. Az adatok alapján a negyedik szülést követően a legmagasabb a kóros EPDS értéket adók aránya (47,4 %), ezt követően az első szülés növeli meg leginkább a hangulatzavar kialakulásának a veszélyét (30,7 % volt a kóros EPDS értéket adók aránya ebben a csoportban). Az adatok közötti különbségek nem nagyok, mégis azt mondhatjuk, hogy a harmadik szülést követően a legkisebb a gyermekági lehangoltság létrejöttének a kockázata (23,8 %). Látjuk tehát, hogy a hangulati élet alakulásában fontos tényező az előző szülések száma is. Az irodalmi adatokkal megegyezően mi is azt tapasztaltuk, hogy emeli a hangulatzavar kockázatát, ha az ismételt születeket rövid intervallumok választják el egymástól (Gurel, 2000). Bár a terhességek közötti intervallumokra pontosan nem kérdeztünk rá, úgy gondoljuk, hogy a hazai általános „gyakorlatot” követve a minta családjában is az átlagos 2-3 év korkülönbség van a vállalt gyermekek között.

7.4.2. A terhesség alatti egészségi állapot meghatározó szerepe

Az irodalomban az anya terhesség alatti egészségi állapota és a szülést követő hangulatzavara közötti kapcsolatra nem találtunk adatokat. Hazai eredményeink alapján döntő szerepet játszik a gyermekági lehangoltság kialakulásában az, hogy a nő milyen egészségi állapotban hordta ki a terhességét. Vizsgálatunkban szignifikáns különbséget tudtunk igazolni azon anyák hangulati állapota között, akik a terhesség alatt valamilyen betegségben szenvedtek (fenyegető vetélés, cukorbetegség, terhességi toxaemia) és azok között, akik egészségesek voltak a terhesség hónapjaiban. Az esélyhányados azt jelzi, hogy az egészségesekhez képest majdnem kétszer nagyobb a veszélye a gyermekági lehangoltságnak egy betegséggel kísért terhesség után ($p = 0,002$; OR: 1,752; 95 % CI: 1,221-2,513).

7.4.3. A koraszülés meghatározó szerepe

A negatív életesemények, a jövővel kapcsolatos aggodalmaskodás mindenképpen emeli a gyermekági lehangoltság kockázatát. Fokozott figyelmet érdemel az a gyermekági, akinél koraszülés történt, illetve akinek az újszülöttje kis súllyal született és/vagy nem egészséges.

Saját adatainkból is jól látszik, hogy minél több hét telt el a terhességből a szülés időpontjáig, annál kisebb a kóros EPDS értéket adók aránya. A 27. terhességi hét előtt szülőknél 75 %, a 36. hétig szülteknél 47,6 %, míg a 37. hét után szült anyáknál 27 %. A szignifikáns különbség az esélyhányadosban is megmutatkozik. A 37. terhességi hét előtt bekövetkezett, tehát koraszülések esetén a terminusban szülőkhöz képest majdnem 2,5-szer nagyobb az esélye annak, hogy a gyermekágiban kóros lehangoltság alakul ki. A kis súllyal, tehát 2500 gr születési súllynál kisebb súllyal született újszülöttek édesanyjánál több, mint háromszor nagyobb a gyermekági lehangoltság kialakulásának a veszélye ($p = 0,000$; OR: 3,195, 95 % CI: 1,860-5,487). Adataink tehát egybevágóak az irodalomban tapasztaltakkal, miszerint az újszülöttel összefüggő szorongások erősen növelik a lehangoltság előfordulását (Ballard, 1994; Beck, 1992; Bergant, 1999; Fossey, 1997; Nagata, 2000).

7.4.4. A szülésvezetés meghatározó szerepe

A szülészeti faktorok közül a szülés tartama, a szülésvezetés módja egyes vizsgálatok szerint nincs összefüggésben a hangulatzavar kialakulásával (Bergant, 1999). Más kutatók viszont pont ennek az ellentétét írták le. Azt tapasztalták, hogy császármetszést követően kifejezetten magas volt a lehangoltság előfordulása (Ryding, 1998). Hazai eredményeink teljes mértékben összhangban vannak a nemzetközi tapasztalatokkal, miszerint a szülésvezetés módja lényegesen meghatározza a gyermekági hangulati életét. A császármetszést és vákuum extrakciót követően szignifikánsan magasabb a gyermekági lehangoltság előfordulása, mint spontán hüvelyi szülést követően ($p = 0,001$; OR: 2,033, 95 % CI: 1,425-2,902). Az eredmények azzal magyarázhatók, hogy a császármetszés az anyában kontrollvesztést eredményez, az önértékelés csökkenését és a büntudat, önvád felerősödését okozza. Ezek a lelki változások jó táptalajt nyújtanak a hangulati nyomottság kialakulásához (Boyce, 1992). A kedvezőtlen lelki folyamatokat az is tovább erősítheti, hogy még pozitív szülészeti kimenet ellenére is mély veszteségérzés, gyászreakció követheti a műtétet (Ryding, 1998).

Ugyanakkor azt is tudjuk, hogy azok az anyák, akik újszülöttjét külön osztályon látják el, sokkal több érzelmi zavarról számolnak be, mint azok, akik rooming-in rendszerben sokkal több időt tölthetnek az újszülöttel (Lee, 2001). Az akár orvosi, akár más okokból létrejövő korai szeparációnak jelentős szerepe van a gyermekágyas hangulati életére (Belső, 2006). Császármetszést követően a kényszerű szeparáció anyai hangulatra kifejtett káros hatására is gondolnunk kell.

Szeverényi és munkatársai által, a lakosság körében végzett vizsgálat, amely a gyermekágyas osztály működésével kapcsolatos elvárásokat kívánta megismerni is azt támasztja alá, hogy a nők a rooming-in rendszert preferálják (Szeverényi, 2003). A szült nő számára pszichésen az is megterhelő lehet, hogy a gyermekágyban, például császármetszés miatt nem ez az ideális állapot valósul meg.

7.4.5. Az együttszülés meghatározó szerepe

Az irodalomból jól ismert, hogy a gyermekágyi lehangoltság kialakulásának veszélye növekszik, amennyiben a nő partnere kevésbé fogadja el a terhességet, a várandósság ideje alatt és a szülést követően a nő kevesebb érzelmi és fizikai támogatást kap a partnertől az újszülött ellátásában (Beck, 1992; Nagata, 2000). Az általunk vizsgált mintában az anyák 61,4 %-a a partner jelenlétében vajúdott, míg 38,6 %-uk egyedül hozta világra gyermekét. Amennyiben összevetjük az egyedül, illetve a hozzátartozó segítségével szült nők EPDS adatait, $p = 0,008$ -as szignifikancia szinten lényeges különbséget tapasztalunk. Az első gyermekágyas héten azok, akik egyedül vajúdtak, magasabb EPDS értéket mutattak. Adataink tehát alátámasztották a korábbi irodalmi adatokat, miszerint a társas támasznak jelentős védő szerepe van a gyermekágyi lehangoltság kialakulásával szemben. A hazai családközpontú szülészeti gyakorlat elterjedése és megerősödése eredményeként ma már nincsen az országnak olyan szülészeti intézménye, ahol a partner jelenlétével kísért szülés feltételeit nem tudnák megteremteni (Szeverényi, 1995; Szeverényi, 2003). Ez a szemléletbeli változás egyre inkább erősíti a családtagoktól, a férjtől/partnertől jött társas támogatást; ennek a szült nő hangulati élete szempontjából is kulcsfontosságú jelentősége van.

7.4.6. A szülésről kialakult szubjektív vélemény meghatározó szerepe

A posztpartum időszakban megfigyelhető hangulatzavarok kialakulása szempontjából szintén lényeges tényező az irodalom alapján az, hogy a nő milyennek ítéli saját szülését

(Bergant, 1999; Nagata, 2000). Aki „nagyon nehéznek” illetve „nehéznek” érezte a szülés folyamatát, annál gyakrabban alakul ki gyermekági lehangoltság.

Saját vizsgálatunkban, amikor a nő szubjektíven nagyon nehéznek érezte a szülés folyamatát, csaknem háromszor olyan gyakran alakult ki a gyermekági lehangoltság, mint azoknál az anyáknál, akik könnyűnek ítélték a szülésüket. A szülésüket nehezebben megélők körében a szülés maga is olyan megterhelő életeseemény volt, amely – egyéb tényezőkkel közösen – szerepet játszott a kóros gyermekági lehangoltság kialakulásában. A nehéz, elhúzódó szülések esetében olyan anyai vagy magzati komplikációk, szövődmények is felléphettek, amelyek az anya hangulatát a későbbiekben szintén negatívan befolyásolták.

A szülés szubjektív megítélése jelentősen függ a szülésre való pszichés felkészülés szintjétől is. Azok, akik kevésbé készültek fel életük nagy eseményére és minden helyzetben passzívan a személyzettől várták a megoldást, a gyermekági napjaiban is ezzel a kevésbé aktív, kontrolláló coping stratégiával kezelik az új problémákat. Ez a szemléletmód a gyermekági napjait is egyre nehezebbé teheti.

7.4.7. A független változók komplex vizsgálatának eredményei

A független változók komplex vizsgálatának eredménye alapján azt mondhatjuk, hogy a nő családi állapota, társas támogatottsága, az újszülött ellátásában kapott fizikai és érzelmi támasz mértéke határozza meg legmarkánsabban a korai gyermekági időszakban jelentkező depresszív tünetek kialakulását. Ezt követően a szülésvezetés módja és a szülésről kialakult szubjektív vélemény anyai hangulatot meghatározó szerepét kell kiemelnünk. Ez a kettő éppen az a terület, amit az egészségügyi személyzet hatékony, személyre szabott szülésfelkészítéssel befolyásolni tud. Hiszen aktív prevenciós munkával, konkrét célokat megfogalmazó pszicho-profilaxissal elérhető az, hogy a szülés pozitív élménye a gyermekági hangulati életét is pozitívan befolyásolja.

Az eredmények közül szintén pozitívan értékelhetjük azt, hogy az egészségügyi team munkája – az előbb említett változókon keresztül – esetlegesen csökkenteni tudja az alacsony iskolai végzettség, a koraszülés és az egyedül vajúadás anyai hangulatra kifejtett kedvezőtlen hatását. Hiszen a komplex modell arról tájékoztat, hogy ezen változóknak a hatása viszont gyengül a többi változóval együtt vizsgálva.

7.5. A gyermekági depresszió előfordulása hazánkban

A vizsgálat második részének időpontját azért terveztük a szülést követő 3-6. hónapra, mert a gyermekági depresszió jellegzetesen ebben az időszakban a legkifejezettebb. A kóros hangulatzavart a Magyarországon régóta a depresszív tünetegyüttes szűrésére használt Beck-féle depresszió kérdőívvel mértük. Amennyiben adatainkat az 1997-es országos vizsgálat adataival vetjük össze, azt látjuk, hogy a vizsgált populációban mindkét esetben a minta 1/3-a szenved depressziós tünetektől (XXX. Táblázat).

XXX. Táblázat

Depresszió előfordulása hazánkban (BDI) (Kopp M. 1997)

POPULÁCIÓ (>16 ÉV) N = 12357	1988	1995
DEPRESSZIÓ	24,3 %	30,5 %
ENYHE DEPRESSZIÓ	7,5 %	7,0 %
SÚLYOS DEPRESSZIÓ	2,9 %	7,1 %
SÚLYOS DEPRESSZIÓ		
NŐK	3,0 %	7,7 %
FÉRFIAK	2,8 %	6,3 %

Vizsgálati mintánk átlagéletkora 28 év. Ebben az életkori övezetben a nők sztenderd értéke a BDI teszten: 4,57 (XXXI. Táblázat). Saját eredményeink elemzésekor szembetűnik a GYED-en lévő nők sokkal rosszabb pszichés állapota. Ebben a csoportban a BDI átlag majdnem kétszerese a hazai, ugyanebben az életkori sávban mért átlagénak. Ennek oka lehet a GYED-en, GYES-en lévők, több vizsgálatban igazolt kedvezőtlen egészségmagatartása (Kopp, 1992; Kopp, 1997). A gyermekágyasok nem rendelkeznek adekvát konfliktusmegoldási módokkal, leginkább az imádkozást választják. Miközben nagyon magas körökben a teljesítményigény, a perfekcionizmus, az otthon töltött évek alatt sokuknak

egyáltalán nincs életcélja. Ez a kettősség nyilvánulhat meg a hangulati élet zavaraiiban és a gyakori GYES-neurózisban is.

Azt is tudjuk, hogy Hajdú-Bihar Megyében az országos átlaghoz képest még magasabb a hangulati levertség aránya, ez is magyarázza az országos átlaghoz képest megénkben és vonzáskörzetében kapott magasabb depresszió pontszámokat.

XXXI. Táblázat

Nők sztenderd értékei hazánkban (BDI) (Kopp M. 1997)

Átlag: $8,1 \pm 0,09$; N = 12370

ÉLETKOR	ÉRTÉK \pm SD	N
16-19	4,18 \pm 0,19	980
20-29	4,57 \pm 0,12	2883
30-39	6,26 \pm 0,16	2705
40-49	8,04 \pm 0,18	2422
50-59	10,64 \pm 0,27	2403
60-69	13,22 \pm 0,29	947
70<	16,38 \pm 0,42	824

7.6. A gyermekági depresszió és a család anyagi helyzetének a kapcsolata

A gyermekági depresszió széleskörű irodalmában sokszor egymásnak ellentmondó eredmények születtek az anyai életkor, az iskolai végzettség és az előző szülések száma meghatározó szerepével kapcsolatosan (Bägedahl-Strindlund, 1998; Bernazzani, 1997; Csatornai, 2006/b; O'Hara, 1986; Vickberg, 1997). Ugyanakkor a korábbi vizsgálatok az anya és természetesen az egész család szociális helyzetével, a kereső felnőttek munkanélküliségével egyértelmű és erős kapcsolatot igazoltak a gyermekági depresszió esetében (Cooper, 1997; Gurel, 2000; Murray, 1995; Watson, 1984).

A jelen vizsgálat eredményeinek értelmezése során főleg a gyermekági lehangoltság kérdéskörére koncentráltunk, így a gyermekági depresszió előfordulásával, kialakulásával kapcsolatos fontos kérdések ebben a dolgozatban nem is válaszolhatók meg maradéktalanul.

Saját vizsgálatunkban a számos kockázati tényező közül a szülést követő anyagi helyzet anyai hangulatot meghatározó szerepére koncentráltunk. Eredményeink egybevágóan az irodalom tapasztalataival. Az adatokból tendenciaszerűen jól látszik, hogy a család kedvezőtlen anyagi helyzete a gyermekági depresszió magasabb előfordulásával jár együtt, bár a kisebb elemszám miatt eredményeink nem szignifikánsak. A rossz anyagi helyzet rontja a nő élettel, élethelyzetével való elégedettségét. Ez rombolja önbecsülését, viszont növeli benne az anyagi és szociális lemaradás kínzó érzését (Kopp, 1992). Ezek a tényezők viszont az irodalom adatai szerint markáns rizikófaktorai a gyermekági depresszióknak (Beck, 1996; Beck, 2001).

7.7 Az EPDS és a BDI teszteredmények kapcsolata

Azt mondhatjuk, hogy az EPDS szenzitivitása (0,77) és specificitása (0,87) – az irodalomban talált adatokhoz hasonlítva - nagyon jó. Amennyiben ugyanezt a vágóértéket használták, a teszt specificitása 0,86, szenzitivitása 0,82 volt (Lee, 2001). Vagyis 100, a BDI alapján ténylegesen depressziósnak ítélt anyából 77 esetben az EPDS is biztonsággal megállapítja a hangulatzavart. A másik mutató pedig azt jelzi, hogy 100, a BDI teszten valóban negatív, tehát nem depressziós anyából 87 az EPDS alapján is valódi negatívnak bizonyult. A két, szintén depressziót szűrő kérdőív összehasonlítása alapján tehát beigazolódott, hogy a 10 kérdéses EPDS teszt is megbízhatóan kiszűri a depresszió kialakulása szempontjából veszélyben lévő személyeket. Az EPDS biztonsággal alkalmazható a gyermekágihoz kötődő hangulatzavarok szűrésére.

8. Következtetések

A vizsgálat segítségével szerettem volna felmérni, hogy az észak-kelet-magyarországi régióban milyen gyakorisággal fordulnak elő a szüléshez társuló hangulatzavarok. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a gyermekági lehangoltság előfordulása hazánknak ebben a régiójában nem magasabb, mint más országokban. Ugyanakkor a gyermekági depresszió prevalenciája hazánkban kétszerese az irodalomban talált gyakoriságnak!

A vizsgálat adatait elemezve tisztázni szerettem volna, hogy milyen tényezők játszanak szerepet a gyermekágyhoz társuló hangulatzavarok gyakoriságának alakulásában. Null-hipotéziseimet a vizsgálat igazolta. A gyermekágyi lehangoltság esetében rizikótényezőt jelent a nő alacsony iskolai végzettsége, esetleges munkanélkülisége. Veszélyt jelez, ha primipara, egyedülálló, koraszülése és műtétes szülésbefejezése volt illetve hozzátartozó nem segítette a vajúdas alatt és szülését szubjektíven nehéznek ítélte.

A vizsgálat megtervezése során célként fogalmazódott meg a szüléshez társuló hangulatzavarok szűrésére alkalmas magyar nyelvű kérdőív kialakítása is. Az általunk fordított és először alkalmazott EPDS teszt megbízhatóságával kapcsolatos statisztikai próbák alapján azt mondhatjuk, hogy az EPDS általunk létrehozott magyar változata biztonsággal alkalmazható a gyermekágyi lehangoltság szűrésére és a gyermekágyi depresszió előrejelzésére.

Korábban említettük, hogy normális esetben a gyermekágyi lehangoltság külön kezelést nem igényel. Akkor mit tegyünk? Mivel a szülés, és az anyai szerephez való adaptáció stressze növelheti a hangulatzavar kialakulásának a veszélyét, ez az időszak speciális igényeket támaszt a személyzet munkájával összefüggően. A terhesgondozás alatt a tanácsadásban résztvevő szakembereknek rá kellene kérdeznie a nő korábbi érzelmi zavaraira, a már átélt depresszív epizódokra. A szülést követő napokban az anya hangulati életét messzemenőig meghatározza saját szüléséről alkotott szubjektív véleménye. A szülés élménye pedig a szülésre való felkészüléstől, a kismamát gondozók munkájától is függ.

A szülést követő kóros lehangoltság diagnosztizálása nagyon nehéz feladat. Gátolja ezt az anya szégyenérzete, irreális félelme és önvádlása azzal kapcsolatosan, hogy nem elég jó anya. Így a nő nem kér segítséget, tünetei csak erősödnek. Feladatunk a gyermekágyas büntudatának csökkentése, a jó anya-gyermek kapcsolat létrejöttének a segítése, a nő kompetencia érzésének a növelése (Field, 1992).

A gyermekágy napjaiban a legfontosabb az, hogy a személyzet valamennyi tagjától egységes, pontos információt kapjon az anya. Támogató tanácsokat adjunk, és ne kritizáljuk ebben a szenzitív időszakban. A rutin hathetes kontroll vizsgálaton is ki kellene térni a lehangoltsággal összefüggő pszicho-szociális tényezőkre. Az orvosoknak csupán a fele gondolja úgy, hogy a fizikális vizsgálat mellett időt kell szakítani a párkapcsolati, gyermeknevelési problémákra is. A női orvosok közül többen vélik úgy, hogy az anya fáradékonyságára, alvási zavaraira és az újszülött viselkedésére is érdemes rákérdezni.

Mivel a gyermekágyas tovább küldése a legtöbbször nem sikeres, ezért a legfontosabb a jó, bizalomteli kapcsolat kiépítése az anya és a szülészeti intézmény szakemberei között. Amelyben van idő a páciens érzelmeiről szóló beszélgetésre, és amely biztonságérzetet és

alapvető információt nyújt az új szülők számára a szülést követő napokban. Ehhez a szülésznő, a védőnő, a klinikai pszichológus, a szülész, a neonatológus, a csecsemőápoló és a szociális munkás összehangolt munkájára van szükség.

Az eredmények kezdeti értékelése arról győzött meg minket, hogy a hazánkban először használt EPDS teszt magyar változata ténylegesen alkalmas a depressziós anyák szűrésére, hiszen a nemzetközi vizsgálatokkal összehasonlítva is magas a teszt szenzitivitása és specificitása. Az is bebizonyosodott, hogy a gyermekágy 3. napján fölvetett EPDS teszt értékéből nagy biztonsággal előre jelezhető az, hogy a szülést követő fél-egy éven belül kinél alakul ki kóros hangulatzavar.

8.1. Elfogadásra javasolt új megállapítások

1. A gyermekágyi lehangoltság előfordulása Magyarországon nem magasabb, mint más országokban. Ezzel ellentétben, a gyermekágyi depresszió prevalenciája hazánkban kétszerese az irodalomban talált gyakoriságnak.

2. A gyermekágyhoz társuló hangulatzavarok gyakoriságának alakulásában rizikótényezőt jelent a nő alacsony iskolai végzettsége, munkanélkülisége, ha primipara, ha egyedül álló, ha koraszülése és műtétes szülésbefejezése volt, illetve, ha hozzátartozó nem segítette a vajúdas alatt és szülését szubjektíven nehéznek ítélte.

3. A nemzetközileg használt és elfogadott EPDS tesztből magyar nyelvű kérdőívet készítettünk. A magyar teszt megbízhatóságát statisztikai próbákkal igazoltuk, így az a hazai diagnosztikában új elemként biztonsággal alkalmazható a gyermekágyi lehangoltság szűrésére és a gyermekágyi depresszió előrejelzésére. Magas a teszt szenzitivitása és specificitása. Azt is bebizonyítottuk, hogy a gyermekágy 3. napján fölvetett EPDS teszt értékéből nagy biztonsággal előre jelezhető az, hogy a szülést követő fél-egy éven belül kinél alakul ki kóros hangulatzavar.

4. Feltártuk a szülést követő kóros lehangoltság néhány speciális okát. A gyermekágyas időszakban az anya szégyenérzete, irreális félelme és önvádlása nehezíti a korai diagnózist. Megfogalmazzuk a nehezen feltárható kórkép rész megoldásaként a gyermekágyas büntudatának csökkentését, a jó anya-gyermek kapcsolat létrejöttének a segítségét, a nő kompetencia érzésének növelését, és részére az egységes, pontos információszolgáltatás jelentőségét.

9. Köszönetnyilvánítás

Elsőként azokat az anyákat illeti köszönet, akik a gyermekágyas időszak megterhelő napjaiban a kérdőív kitöltésével hozzájárultak munkám sikeréhez. Az általuk nyújtott fontos információk nélkül a dolgozat nem születhetett volna meg.

Köszönettel tartozom klinikánk igazgatójának, **prof. Dr. Tóth Zoltán** egyetemi tanárnak a vizsgálat megtervezésében nyújtott segítségéért. Köszönöm témavezetőim, **Dr. Szeverényi Péter** docens és **Dr. Pék Győző** tanszékvezető nélkülözhetetlen tanácsait, precíz, segítő munkájukat.

Az EPDS teszt magyar változatának kidolgozásában nélkülözhetetlen segítséget kaptam **Dr. Kovács János Endre** pszichológus szakfordító, adjunktustól és **Soós Katalintól**, a Lektorátus angol tanárjától. Önzetlen munkájukat ezúton is köszönöm.

A statisztikai elemzést **Dr. Márton Sándor**, a Debreceni Egyetem Szociológiai Tanszékének matematikusa végezte, szakértelmét és türelmét nagyon köszönöm.

Köszönöm munkatársaimnak, **Hetey Andrásné**nek, **Pataky Erzsébet**nek, **Nagy Jánosné**nek az adatbevitelben nyújtott segítségét.

Köszönetet mondok családomnak, akik tudományos munkám sikeréhez támogatásukkal korábban is jelentősen hozzájárultak.

Végül köszönettel tartozom az Országos Tudományos Kutatási Alapprogramok pályázat útján elnyert anyagi támogatásáért, amely nélkülözhetetlen segítséget jelentett a vizsgálat kivitelezésében.

10. Irodalom

- Affonso, D. D., De A. K., Horowitz, J. A., Mayberry, L. J. (2000) An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *J Psychosom Res* 49: 207-216.
- Bernazzani, 19976.
- Agresti, A. (1990) *Categorical data analysis*. New York: John Wiley Publisher
- Ahokas, A., Aito, M., Rimon, R. (2000/a) Positive treatment effect of estradiol in postpartum psychosis: a pilot study. *J Clin Psychiat* 61: 166-169.
- Ahokas, A., Aito, M., Turiainen, S. (2000/b) Association between oestradiol and puerperal psychosis. *Acta Psychiat Scand* 101: 167-169.
- Aldrich, J. H., Nelson, F. E. (1984) *Linear probability, logit and probit models*. Sage University Papers on Quantitative Applications in the Social Sciences, Sage
- Appleby, L., Warner, R., Whitton, A., Faragher, B. (1997) A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *Br.Med. J* 314: 932-936.
- Appleby, L., Mortensen, P. B., Faragher E. B.(1998) Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *Br J Psychiat* 173: 209-211.
- Areias M. E., Kuma, R., Barros, H., Figueiredo, E. (1996) Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *Br J Psychiat* 169: 30-35.
- Balaton Á., Hamar O. (2004) Gyermekekégyi depresszió. *Védőnő* 13: 32-34.
- Ballard, C. G., Davis, R., Cullen, P. C., Mohan, R. N., Dean, C. (1994) Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *Br J Psychiat* 164: 782-788.
- Barnett, B., Parker, G. (1986) Possible determinants, correlates and consequences of high levels of anxiety in primiparous mothers. *Psychol Med* 16: 177-185.
- Bägedahl-Strindlund, M.(1997) Parapartum mental illness: an interview follow-up study. *Acta Psychiat Scand* 95: 389-395.
- Bägedahl-Strindlund, M., Monsen-Börjesson, K. (1998) Postnatal depression: a hidden illness. *Acta Psychiat Scand* 98: 272-275.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiat* 4: 561-571.
- Beck, C. T., Reynolds, M. A., Rutowski, P. (1992) Maternity blues and postpartum depression. *J Obstet Gynecol* 21: 287-293.

- Beck, C. T. (1996) A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res* 45(5): 297-303.
- Beck, C. T. (1999) Maternal depression and child behaviour problems: a meta-analysis. *J Adv Nurs* 29: 623-629.
- Beck, C. T. (2000) Postpartum depression screening scale, development and psychometric testing. *Nurs Res* 49: 272-282.
- Beck, C. T. (2001) Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 50: 275-285.
- Belső, N., Rihmer, Z. (2004) A prenatális depresszió korai felismerése. *Nőgyógy Szül Továbbk Sz.* 11: 325-335.
- Belső, N. (2006) A perinatális időszak pszichés zavarai. In: C. Molnár E., Füredi, J., Papp, Z. (szerk.): *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp: 221-225.
- Bergant, A. M., Heim, K., Ulmer, H., Ilmensee, K. (1999) Early postpartum depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *J Psychosom Res* 46: 391-394.
- Bernazzani, O., Saucier, J. F., David, H., Borgeat, F. (1997) Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *J Affect Disord* 46: 39-49.
- Bloch, M., Daly, R. C., Rubinow, D. R. (2003) Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiat* 44: 234-246.
- BNO-10. Zsebkönyv (2002) Népjóléti Minisztérium Kiadványa, Budapest
- Boutet, C., Vercueil, L., Schelstraete, C., Buffin, A., Legros, J. J. (2006) Oxytocin and maternal stress during the post-partum period. *Ann Endocrinol* 67: 214-223.
- Boyce, P. M., Todd, A. L. (1992) Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Med J Austr* 157: 172-174.
- Bradley, C. F., Ross, S. E., Warnyca, J. (1993) A prospective study of mother's attitudes and feelings following cesarean deliveries. *Birth* 10: 79-83.
- Burke, L. (2003) The impact of maternal depression on familial relationships. *Int Rev Psychiat* 15: 243-255.
- Campbell, S. B., Cohn, J. F. (1997) The timing and chronicity of postpartum depression: implications in infant development. *Br J Psychiat* 154: 165-197.
- Chabrol, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., Rogé, B., Mullet, E. (2002) Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychol Med* 32: 1039-1047.
- Clark, R., Keller, A. D., Fedderly, S., Paulson, A. (1993) Treating the relationship affected by postpartum depression: a group therapy model. *Zero the Three* 13: 16-23.

- Cogill, S. R., Caplan, H. L., Alexandra, H., Robson, K., Kumar, R. (1986) Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *BMJ* 292: 1165-1167.
- Cooper, P. J., Murray, L. (1995) The course and recurrence of postnatal depression. *Br J Psychiat* 166: 191-195.
- Cooper, P. J., Murray, L., Hooper, R., West, A. (1996) The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychol Med* 26: 627-634.
- Cooper, P. J., Murray, L. (1997) Prediction, detection and treatment of postnatal depression. *Arch Dis Childh* 77: 97-101.
- Cooper, P. J., Murray, L. (2003) Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. 1. Impact on maternal mood. *The Br J Psychiat* 182: 412-419.
- Corral, M., Kuan, A., Kostaras, D. (2000) Bright light therapy's effect on postpartum depression. *Am J Psychiat* 157; 2: 303-304.
- Cox, J. L., Holden, J. M., Sagovsky, R. (1987/a) Detection of postnatal depression. *Br J Psychiat* 150: 782-786.
- Cox, A. D., Puckering, C., Pound, A., Mills, M. (1987/b) The impact of maternal depression in young children. *J Child Psychol Psychiat* 28: 917-928.
- Cox, J. L., Murray, D., Chapman, G. (1993) A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiat* 163: 27-31.
- Culp, R. E., Osofsky, H. J. (1989) Effects of caesarean section on parental depression, marital adjustment, and mother-infant interaction. *Birth* 16: 53-58.
- Cummings, E. M., Davies, P. T. (1994) Maternal depression and child development. *J Child Psychol Psychiat* 33: 73-112.
- Csatordai S. (2006/a) A védőnői tevékenység lehetősége a posztnatális depresszió prevenciójában. *Nővér*, 19: 30-34.
- Csatordai S., Kozinszky Z., Páll A. (2006/b) A posztnatális depresszió előjelzése randomizált reprezentatív mintában. *Magy Nőorv L* 69: 17-22.
- Csatordai S., Krajcsi A., Sefcsik T., Rudisch T., Devosa I., Tóth É., Kozinszky Z., Páll A. (2007) Leverton-teszt posztnatális depresszióra vonatkozó validálása randomizált reprezentatív mintában. *Magy Nőorv L* 70: 229-235.
- Dietz, P. M., Williams, S. B., Callaghan, W. M., Bachman, D. J., Whitlock, E. P., Hornbrook, M. C. (2007) Clinical identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *Am J Psychiat* 164: 1515-1520.
- Donahue-Jennings, K., Ross, S., Popper, S., Elmore, M. (1999) Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers *J Affect Disord* 54: 21-28.

- DSM-IV. Text Revision (módosított változat) (2001) Animula Kiadó, Budapest
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S.O., Opjordsmoen, S. (2002) Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 106: 426-433.
- Evans, J., Heron, J., Patel, R. R., Wiles, N. (2007) Depressive symptoms during pregnancy and low birth weight at term. *Br J Psychiat* 191: 84-85.
- Faisal-Cury, A., Tedesco, J. J., Kahhale, S., Menezes, P. R., Zugaib, M. (2004) Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Arch Womens Ment Health* 7: 123-131.
- Field, T. M. (1992) Infants of depressed mothers. *Developm Psychopatol* 4: 49-66.
- Fisher, J., Astbury, J., Smith, A. (1997) Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. *Austr N Z J Psychiat* 31: 728-738.
- Flynn, H. A., Davis, M., Marcus, S. M. (2004) Rates of maternal depression in pediatric emergency department and relationship to child service utilization. *Gen Hosp Psychiatry* 26: 316-322.
- Fontaine, K. R., Jones, L. C. (1997) Self-esteem, optimism, and postpartum depression. *J Clin Psychol* 53: 59-63.
- Fossey, L., Papiernik, E., Bydlowsky, M. (1997) Postpartum blues: a clinical syndrome and predictor of postnatal depression. *J Psychosom Obstet Gynecol* 18: 17-21.
- Freeman, M.P. (2006) Omega-3 fatty acids and perinatal depression: a review of the literature and recommendations for future research. *Prostaglandins Leukt Essent Fatty Acids* 75: 291-297.
- Freeman, M. P. (2007) Antenatal depression: navigating the treatment dilemmas. *Am J Psychiat* 164: 1162-1165.
- Füredi, J., Németh, A., Tariska, P. (2001) A pszichiátria rövidített kézikönyve. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
- Gale, S., Harlow, B.L. (2003) Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *J Psychosom Obstet Gynecol* 24: 257-266.
- Gaynes, B., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Sleath, B., Sutton, S. (2003) Perinatal depression: Feasibility Study. Agency for Healthcare Quality and Research (AHRQ)
- Gentile, S. (2005) The role of estrogen therapy in postpartum psychiatric disorders: an update. *CNS Spectr.* 10: 944-952.
- Gregoire, A. J., Kumar, R., Everitt, B., Henderson, A. F., Studd, J. W. (1996) Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet* 347: 930-933.

- Gurel, S., Gurel, H. (2000) The evaluation of determinants of early postpartum low mood: the importance of parity and inter-pregnancy interval. *Eur J Obstet Gynecol and Reprod Biology* 91: 21-24.
- Hannah, P., Adams, D., Lee, A., Sandler, M. (1992) Links between early post-partum mood and postnatal depression. *Br J Psychiat* 160: 777-780.
- Hay, D. F. (1997) Postpartum depression and cognitive development. In: Murray, L., Cooper, P. J. (eds.) *Postpartum depression and child development* New York: Guildford pp. 85-110.
- Hendrick, V., Altshuler, L., Suri, R. (1998) Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics* 39: 93-101.
- Holden, J. M., Sagovsky, R., Cox, J. L. (1989) Counselling in general practice setting: a controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *Br Med J* 298: 223-226.
- Hollins, K. (2007) Consequences of antenatal mental health problems for child health and development. *Curr Opin Obstet Gynecol* 19: 568-572.
- Huang, Y. C., Mathers, N. J. (2001) Postnatal depression – biological or cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. *J Adv Nurs* 33: 279-287.
- Iranfar, S., Shakeri, J., Rajnbar, M., Nazhad-Jafar, P., Razaie, M. (2005) Is unintended pregnancy a risk factor for depression in Iranian women? *East Mediterr Health J* 11: 618-624.
- Jadresic, E., Araya, R., Jara, C. (1995) Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 16: 187-191.
- Jensen, C. L. (2006) Effects of n-3 fatty acids during pregnancy and lactation. *Am J Clin Nutr* 83; (Suppl): 1452S-1457S.
- Jones, I., Craddock, N., (2001) Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiat* 158: 913-917.
- Josefsson, A., Algelsioo, L., Berg, G., Ekstrom, C. M., Gunnervik, C., Nordin, C., Sydsjo, G. (2002) Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol* 99: 223-228.
- Kendell, R. E. (1985) Emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders. *J Psychosom Res* 29: 3-11.
- Kendell, R. E, Chalmers, J. C. Platz, C. (1987) Epidemiology of puerperal psychosis. *Br J Psychiat* 150: 662-673.
- Kessler, R. C. (2003) Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord* 74: 5-13.

- Klein, M., Essex, M. J. (1994) Pregnant or depressed? The effect of overlap between symptoms of depression and somatic complaints of pregnancy on rates of major depression during the second trimester. *Depression* 2.
- Kopp, M., Skrabsky, Á. (1992) Magyar lelkiállapot. Végeken Alapítvány, Budapest
- Kopp, M., Szedmák, S., Lőke, J., Skrabski, Á. (1997) A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. *Lege Artis Medicinae* 7: 136-144.
- Kovácsné T. Zs., Vargáné B. M.: Az abortusz pszichés prevenciója. In: Kemény Cs. (Szerk.): *Abortuszprevenció*. Nonparel Kiadó, Debrecen, 1999. 31-50.
- Kovács-Török Zs., Szeverényi P., Kovács J. E., Hetey M.: Prevalence and predictors of maternity blues (MB) in Hungary. In: Szeverényi P., Nijs P., Richter D. (eds.): *European Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology 2001*, University of Debrecen, Debrecen, 2002. pp. 104-106.
- Kovácsné T. Zs. (2002) Egy depresszió állomása. Haláltól a születésig. *Kharón Thanatol Sz*, 3: 32-40.
- Kumar, R., Robson, K. (1984) A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiat* 166: 191-195.
- Kumar, R. (1997) Anybody's child: severe disorders of mother-to-infant bonding. *Br J Psychiat* 171: 175-181.
- Laakso, M. L., Poikkeus, A. M., Katajamäki, J., Lyytinen, P. (1999) Early intentional communication as a predictor of language development in young toddlers. *First Lang* 19: 207-231.
- Lavender, T., Walkinshaw, S. A. (1998) Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomised trial. *Birth* 25: 215-219.
- Lawrie, T. A., Herxheimer, A., Dalton, K. (2001) Oestrogens and progestogens for preventing and treating postnatal depression (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1.
- Lee, D.T.S., Yip, A.S.K., Chiu, H.F.K., Leung, Y.S.T., Chung, T.K.H. (2001) Screening for postnatal depression: are specific instruments mandatory? *J Affect Disord* 63: 233-238.
- Lee, A. M., Lam, S. K., Lau, S. M., Chong, C. S., Chui, H. W., Fong, D. Y. (2007) Prevalence, course and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol* 110: 1102-1112.
- Marks, M., Wieck A., Checkley, S. Kumar, C. (1996) How does marriage protect women with histories of affective disorder from post-partum relapse? *Br J Med Psychol* 69: 329-342.

- Marmorstein, N. R., Malone, S. M., Iacono, W. G. (2004) Psychiatric disorders among offspring of depressed mothers: associations with paternal psychopathology. *Am J Psychiat* 16: 1588-1594.
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., Waers, B. (2000) Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord* 60: 75-85.
- Morris-Rush, J. K., Comerford, F. M., Bernstein, S. P. (2003) Screening for postpartum depression in an inner-city population *Am J Obstet Gynecol* 188: 1217-1219.
- Murray, L., Stein, A. (1989) The effects of postnatal depression on the infant. *Clin Obstet Gynaecol* 3: 921-933.
- Murray, D., Cox, J., Chapman, G., Jones, P. (1995) Life event or start of a long-term difficulty? Further data from the stoke-on-trend controlled study of postnatal depression. *Br J Psychiat* 166: 595-600.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R. (1996/a) The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Chid Develop* 67: 512-2526.
- Murray, C. J., Lopez, A. D. (1996/b) Evidence-based health policy-lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science* 274: 740-743.
- Murray, L., Cooper, P. (1997) Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child* 77: 99-101.
- Murray, C. J., Lopez, A. D. (1998) The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard University Press, Cambridge
- Murray, L., Sinclair, D., Cooper, P., Ducournau, P., Turner, P., Stein, A. (1999) The socio-emotional development of 5-years-old children of post-natally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiat* 40: 1259-1271.
- Murray, L., Cooper, J. (2003) Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. 2. Impact on the mother-infant relationship and child outcome. *Br J Psychiat* 182: 420-427.
- Mynors-Wallis, L. M., Gath, D. H., Lloyd-Thomas, A. R. (1995) Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *Br Med J* 310: 441-445.
- Nagata, M., Nagai, Y., Sobajima, H., Ando, T. (2000) Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infant. *Acta Psychiat Scand* 101: 209-217.

- Najman, J. M., Andersen, M. J., Bor, W., O'Callaghan, M. J., Williams, G. M. (2000) Postnatal depression – myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. *Soc Psychiat Psychiatr Epidemiol* 35: 19-27.
- Nelder, J., Weddenburn, R. W. (1972) Generalized linear models. *Stat Soc* 135: 370-384.
- Niven, C., Gijsberg, K. (1984) Obstetric and non-obstetric factors related to labour pain. *J Reprod Infant Psychol* 2: 61-78.
- Nonacs, R., Cohen, L. S. (1998) Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiat*, 59: 34-40.
- O'Hara, M. W. (1986) Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiat* 43: 569-573.
- O'Hara, M. W. (1987) Postpartum blues, depression and psychosis. A review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 73: 205-227.
- O'Hara, M. W., Swain, A. M. (1996) Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *Intern Rev Psychiat* 8: 37-54.
- O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L., Wenzel, A. (2000) Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiat* 57: 1039-1045.
- Patel, R. R., Murphy, D. J., Peters, T. J. (2005) Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. *Br Med J* 330: 879.
- Paykel, E. S., Emms, E. M., Fletcher, R. (1980) Life events and social support in puerperal depression. *Br J Psychiat* 136: 339-346.
- Páll, I. (2002) A szüléshez társuló pszichiátriai betegségek. *Lege Artis Medicinae*, 3: 153-158.
- Pető Z. (2003) Depresszió a szülést követő időszakban. *Hippocrates* 5: 267-272.
- Pop, V. J., De Vies, E., Van Baar, A. L. (1995) Maternal thyroid peroxidase antibodies during pregnancy: a marker of impaired child development? *J Clinical Endocrinol Metabol* 80: 3561-3566.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. (2005) Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet* 365: 2201-2205.
- Reynolds, L. J. (1997) Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Can Med Assoc J* 156:831-835.
- Righetta-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., Manzano, J. (2002) Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord* 70: 291-306.
- Robling, S. A., Paykel, E. S., Dunn, V. J., Abbott, R., Katona, C. (2000) Long-term outcome of severe puerperal psychiatric illness: a 23 year follow-up study. *Psychol Med* 30: 1263-1271.

- Ross, L. E., Sellers, E. M., Gilbert-Evans, S. E., Romach, M. K. (2004) Mood changes during pregnancy and the postpartum period: a development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiat Scand* 109: 457-466.
- Ryding, E., Wijma, K., Wijma, B. (1998) Psychological impact of emergency Cesarean section in comparison with elective Cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *J Psychosom Obstet Gynecol* 19: 135-144.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., Halmesmäki, E. (2001) Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 80: 39-45.
- Shaw, J., Kennedy, S. H., Joffe, R. T. (1996) Gender differences in mood disorders: a clinical focus. In: *Gender psychopathol.* Am Psychiatric Press, 89-111.
- Smith, M. V., Brunetto, W. L., Yonkers, K. A. (2004) Identifying perinatal depression – sooner is better. *Contemp Obstet Gynecol.* 49: 325-334.
- Smith, M. V., Poschman, K., Cavaleri, M. A., Howell, H. B., Yonkers, K., A. (2006) Symptoms of posttraumatic stress disorder in a community sample of low-income pregnant women. *Am J Psychiat* 163: 881-884.
- Solantaus, T., Salo, S. (2005) Paternal postnatal depression: fathers emerge from the wings. *Lancet* 365: 2158-2159.
- Stein, A., Gath, D. H., Bucher, J. (1991) The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. *Br J Psychiat* 158: 46-52.
- Steiner, M. (2002) Postnatal depression: a few simple questions. *Fam Pract* 19: 469-470.
- Stewart, D. E., Klompenhouwer, J. L., Kendell, R. E., van Hulst, A. M. (1991) Prophylactic lithium in puerperal psychoses. *Br J Psychiat* 158: 393-397.
- Stotland, N. L., Stotland, N. E. (1999) Focus on primary care: depression in women. *Obstet Gynecol Surv* 54: 519-525.
- Stowe, Z. N., Nemeroff, C. B. (1995) Women at risk of postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol* 173: 639-645.
- Stowe, Z. N., Hostetter, A. L., Newport, D. J. (2005) The onset of postpartum depression: implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *Am J Obstet Gynecol* 192: 522-526.
- Stuart, S. (1995) Treatment of postpartum depression with interpersonal psychotherapy. *Arch Gen Psychiat* 52: 75-76.
- Stuart, S., Couser, G., Schilder, B. A., Michael, W., O'Hara, W., Gorman, L. (1998) Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. *J Nerv Ment Dis* 186: 420-424.

- Sugawara M., Toda, M.A., Shima, S., Mukai, T., Sakakura, K., Kitamura, T. (1997) Premenstrual mood changes and maternal mental health in pregnancy and the postpartum period. *J Clinical Psychol* 53: 225-232.
- Szakács K. (2007) Lehangoltság és depresszió a terhességben és szülés után. *Háziorv Továbbk Sz* 11:919-923.
- Szádóczky E., Rihmer Z.: *Hangulatzavarok*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2001, p. 92-103.
- Szemán, A., Nagy, G., Rupnik, M., Molnár, P. (2007) A new look at psychosomatic interactions: gender differences in the intergenerational appearance of depression and type II diabetes mellitus. *J Psychosom Med* 69. (Suppl.) 1: 1772-1775.
- Szeverényi P., Török Zs., Forgács A., Lampé L. (1995): The husband's presence at delivery. In: Bitzer J., Stauber M. (eds): *Psychosomatics and Gynaecology.*, Bologna, 141-146.
- Szeverényi P., Kovácsné T. Zs., Hetey M. (2003) Vélemények egy gyermekágyas osztály működéséről: a lakosság elvárásai. *Orv Hetilap* 144: 367-372.
- Tam, W. H., Chung, T. (2007) Psychosomatic disorders in pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 19: 126-132.
- Tammentie, T., Tarkka, M. T., Asted-Kurkinen, P., Paavilainen, E. (2002) Socio-demographic factors related to postnatal depressive symptoms of mothers. *Int J Nurs Pract* 8: 240-246.
- Terp, I.M., Engholm, G., Moller, H., Mortensen, P. B. (1999) A follow-up study of postpartum psychoses: prognosis and risk factors for readmission. *Acta Psychiat Scand* 100: 40-46.
- Thurtle, V. (1995) Postnatal depression: the relevance of sociological approaches. *J Adv Nurs* 22: 416-424.
- Török Zs. (2004) Mi van a depresszió mögött? Egy abortusz utóélete. *Erdélyi Pszichol Sz* 4: 339-355.
- Török, Zs., Szeverényi, P. (2007) Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok. *A gyermekágyi lehangoltság*. *Magy Pszichol Sz* 62: 395-405.
- Trixler, M. (1997) A szüléshez társuló pszichiátriai betegségek etiológiai és nozológiai problémái. *Orvosképzés*, 1: 27-31.
- Trixler, M. (2000) Szülés utáni pszichés zavarok, pszichózisok. *Háziorvos Továbbképző Szemle* 5: 264-267.
- Tronick, E., Winberg, E. (1997) In: Murray, L., Cooper, P. J. (eds.): *Postpartum depression and child development*. New York, Guildford pp. 51-84.
- Tschinkel, S., Harris, M., Noury, J. L., Healy, D. (2007) Postpartum psychosis: two cohorts compared, 1875-1924 and 1994-2005. *Psychol Med* 37: 529-536.

- Turton, P., Hughes, P., Evans, C. D. H., Fainman, D. (2001) Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *Br J Psychiat* 178: 556-560.
- Verdoux, H., Sutter, A. L., Dallay-Glatigny, E., Minisini, A. (2002) Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Acta Psychiat Scand* 106: 212-219.
- Vickberg, B., Hwang, C. B. (1997) The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. *Acta Psychiat Scand* 94: 181-184.
- Videbech, P., Gouliaev, G. (1995) First admission with puerperal psychosis: 7-14 years follow-up. *Acta Psychiat Scand* 91: 167-173.
- Viguera, A.C., Nonacs, R., Cohen, L. S., Tondon, L., Murray, A., Baldessarini, R. J. (2000) Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and non-pregnant women after discontinuing lithium maintenance. *Am J Psychiat* 157: 179-184.
- Walsh, A. (1990) *Statistics for the social sciences with computer applications*. New York, Harper & Row Publishers
- Warner, R., Appleby, L., Whitton, A., Faragher, B. (1996) Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiat* 168: 607-611.
- Watson, J. P., Elliot, S. A., Rugg, A. J. (1984) Psychiatric disorders during pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiat* 144: 453-462.
- Whiffen, V. E., Gotlib, I. H. (1989) Infants of postpartum depressed mothers: temperament and cognitive status. *J Abnormal Psychol* 98: 274-279.
- White, C. L., Nicholson, J., Fisher, W. H. (1995) Mothers with severe mental illness caring for children. *J Nerv Ment Dis* 183: 398-403.
- Young, S. A., Campbell, N., Harper, A. (2002) Depression in women of reproductive age. *Postgrad Med* 3: 45-50.

11. Mellékletek

I. Melléklet

Tisztelt Hölgem!

Megfigyeléseink szerint a nők nagy többsége tapasztal hangulatzavart élete során. Tájékoztató felmérésünk elsődleges célja, hogy segítséget nyújtsunk az eddig sok esetben fel sem ismert kedélybetegség miatt szenvedőknek. Szeretnénk feltárni a hangulati tényezők és a testi problémák, szülészeti- nőgyógyászati panaszok közötti kapcsolat természetét is. Ehhez kérjük az Ön támogató segítségét.

Nem rendelkezünk megfelelő ismeretekkel arról sem, hogy a terhesség kilenc hónapja során hogyan alakul, hogyan változik a szexuális kapcsolat, milyen tényezők okozzák a változásokat.

A mellékelt kérdőívek kitöltésével, hozzájárulhat szakmai ismereteink bővítéséhez. A kérdőív kitöltése önkéntes. Az adatokat titkosan kezeljük, azokhoz illetéktelen személy nem férhet hozzá.

Fáradozását előre is köszönjük.

Dr. Szeverényi Péter
egyetemi docens

KÉRDŐÍV**TAJ:**

1. **Életkor** _____ év

2. **Családi állapot:**

1) házasságban, tartós kapcsolatban él (_____ éve)

2) egyedülálló

3. **Iskolai végzettség:**

1) 0-7 osztály

2) 8 általános

3) szakmunkásképző

4) szakközépiskola, gimnázium

5) főiskola, egyetem

4. **Foglalkozás (munkaviszony jellege):**

1) diák

2) közalkalmazott

3) önálló kisiparos, kereskedő, gazdálkodó

4) szellemi szabadfoglalkozású

5) alkalmazott

6) alkalmi munkából él

7) semmilyen munkaviszonya nincs

5. **Lakóhely:**

1) Debrecen

2) egyéb város

3) falu, község, tanya

6. **Hányadik szülése volt a jelenlegi?** _____

7. **Hányadik terhessége volt a jelenlegi?** _____

8. **Mennyit növekedett a testsúlya a terhesség során?** _____ kg

9. A terhesség során volt-e valamilyen komolyabb betegsége?

- 1) Nem volt
- 2) Korábban 2 vagy több vetélése, koraszülése volt
- 3) Korábban nőgyógyászati műtete volt
- 4) Fenyegető vetélés vagy fenyegető koraszülés tünetei
- 5) Terhességi toxemia (magas vérnyomás, vizenyő, fehérjevizelés)
- 6) Valamilyen vese-, szív-, tüdőbetegség
- 7) Valamilyen daganatos betegség
- 8) Cukorbetegség
- 9) Egyéb megbetegedés

10. Terhesség kora a szüléskor: _____ hét**11. Szülés lefolyása:**

- 1) hüvelyi spontán szülés
- 2) vákumos szülés
- 3) császármetszés

12. Újszülött neme:

- 1) leány
- 2) fiú

13. Újszülött súlya: _____ gramm**14. Jelen volt-e hozzátartozó a szülésnél?**

- 1) Igen
- 2) Nem

15. Alkalmaztak-e a vajúdás közben fájdalomcsillapítást?

- 1) Igen
- 2) Nem

16. Milyennek ítéli saját szülését?

- 1) nagyon nehéz
- 2) nehéz
- 3) átlagos
- 4) könnyű

A szülés után 5-6 hónappal megkérjük egy újabb kérdőív kitöltésére, amit postán fogunk Önnek eljuttatni.

Név: _____

Lakcím: _____

Irányítószám: _____

II. Melléklet

EPDS

Mivel Önnek nemrég kisbabája született, szeretnénk megtudni, hogyan érzi magát mostanában. Kérjük, húzza alá a válaszok közül azt, amelyik legjobban megközelíti érzéseit az elmúlt 7 nap alatt. Ne csak arra gondoljon, ahogyan ma érzi magát. A következő példa segíti majd a kitöltésben.

Boldog vagyok:

- a. Igen, legtöbbször
- b. Igen, néha
- c. Nem, nem túl gyakran
- d. Nem, egyáltalán

Ez azt jelenti, hogy "Az elmúlt hét alatt néhányszor boldognak éreztem magam."

Kérjük, ilyen módon töltsse ki az alábbi kérdéseket. Válaszait előre is köszönjük!

Az elmúlt 7 napban:

1. Képes voltam nevetni és a dolgok vidámabb oldalát nézni:

- a. Ugyanolyan gyakran, mint régebben
- b. Nem egészen olyan gyakran, mint régebben
- c. Határozottan kevesebbszer, mint régebben
- d. Egyáltalán nem

2. Örömmel vártam dolgokat:

- a. Éppen úgy, mint azelőtt
- b. Kevésbé, mint azelőtt
- c. Határozottan kevésbé, mint azelőtt
- d. Szinte egyáltalán nem

3. Feleslegesen hibáztattam magam, ha valami nem sikerült:

- a. Igen, legtöbbször
- b. Igen, néha
- c. Nem, nem nagyon gyakran
- d. Nem, soha

4. Ággódtam és szorongtam minden ok nélkül:

- a. Nem, egyáltalán
- b. Szinte soha
- c. Igen, néha
- d. Igen, nagyon gyakran

5. Ijedt vagy rémült voltam minden ok nélkül:

- a. Igen, nagyon sokszor
- b. Igen, néha
- c. Nem, nem nagyon
- d. Egyáltalán nem

6. A dolgok a fejemre nőttek:

- a. Igen, legtöbbször úgy éreztem, képtelen vagyok megbirkózni velük
- b. Igen, néha képtelen voltam úgy megbirkózni velük, mint általában
- c. Nem, legtöbbször egészen jól megbirkóztam velük
- d. Nem, ugyanúgy megbirkóztam velük, mint korábban is bármikor

7. Annyira boldogtalannak éreztem magam, hogy nem tudtam aludni:

- a. Igen, legtöbbször
- b. Igen, néha
- c. Nem nagyon gyakran
- d. Egyáltalán nem

8. Szomorúnak vagy szerencsétlennek éreztem magam:

- a. Igen, legtöbbször
- b. Igen, néha
- c. Nem nagyon gyakran
- d. Egyáltalán nem

9. Annyira boldogtalannak éreztem magam, hogy elsírtam magam:

- a. Igen, nagyon sokszor
- b. Igen, elég gyakran
- c. Csak alkalmanként
- d. Nem, soha

10. Megfordult a fejemben az a gondolat, hogy kárt teszek magamban:

- a. Igen, elég gyakran
- b. Néha
- c. Szinte soha
- d. Soha

III. Melléklet**Beck Depresszió Kérdőív****Tisztelt Hölgyem!**

Kérjük, hogy gondosan olvassa át a kérdőív minden egyes állítását. Válassza ki a csoport többi tagja közül azt az egyet, amely a legjobban leírja az Ön **érzését az elmúlt héttől a mai napig**. A kiválasztott állítás számjegyét karikázza be. Fáradozását előre is köszönjük!

1. 0 Nem vagyok szomorú.

1 Szomorú vagy nyomott vagyok.

2 Mindig szomorú vagyok és nem tudok kikeveredni belőle.

3 Annyira szomorú és boldogtalan vagyok, hogy nem bírom tovább.

2. 0 Nem félek különösebben a jövőt illetően.

1 Félek a jövőtől.

2 Úgy érzem, semmit sem várhatok a jövőtől.

3 Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen és a helyzetem nem fog javulni.

3. 0 Nem érzem, hogy kudarcot vallottam.

1 Úgy érzem, több kudarc ért, mint másokat.

2 Visszatekintve életemre kudarcok sorát látom.

3 Úgy érzem, mint ember, teljesen kudarcot vallottam.

4. 0 A dolgok ugyanolyan meglepéssel töltenek el, mint máskor.

1 A dolgokkal nem vagyok úgy meglepedve, mint máskor.

2 Valójában többé semmi sem okoz elégedettséget nekem.

3 Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok.

5. 0 Nem hibáztatom különösebben magam.

1 Gyakran hibáztatom magam.

2 Majdnem mindig hibáztatom magam valami miatt.

3 Állandóan hibáztatom magam.

6. 0 Nem érzem magam különösebben hibásnak.

1 Úgy érzem, lehet, hogy rászolgáltam valami büntetésre.

2 Úgy érzem, rászolgáltam a büntetésre.

3 Azt akarom, hogy megbüntessenek.

7. 0 Nem csalódtam magamban.

1 Csalódtam magamban.

2 Nem szeretem magamat.

3 Gyűlölöm magamat.

8. 0 Nem érzem, hogy rosszabb lennék, mint bárki más.

1 Gyengeségeim és hibáim miatt nagyon bírálom magam.

2 Mindig vádoló magam a hibáim miatt.

3 Minden rosszért, ami bekövetkezik, vádoló magam.

- 9. 0** Eszembe sem jut, hogy magamnak ártsak, vagy magam ellen tegyek valamit.
- 1 Van öngyilkossággal kapcsolatos gondolatom, de nem tudnám megtenni.
 - 2 Szeretném megölni magam.
 - 3 Megölném magam, ha tudnám.
- 10. 0** Nem sírok többet, mint szoktam.
- 1 Mostanában többet sírok, mint korábban.
 - 2 Mostanában mindig sírok.
 - 3 Valaha tudtam sírni, most nem tudok, még akkor sem, ha akarnám.
- 11. 0** Nem vagyok ingerlékenyebb, mint máskor.
- 1 Könnyebben leszek ingerült vagy haragos, mint korábban.
 - 2 Mostanában állandóan ingerült vagyok.
 - 3 Már nem izgatnak fel olyan dolgok, amik korábban ingerültté tettek.
- 12. 0** Az emberek iránti érdeklődésem nem csökkent.
- 1 Kevésbé érdekelnek az emberek most, mint ezelőtt.
 - 2 Jelentősen csökkent mások iránti érdeklődésem.
 - 3 Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt.
- 13. 0** Éppen olyan jól döntök, mint korábban.
- 1 Mostanában elhalasztom a döntéseimet.
 - 2 A korábbiakhoz képest igen nehezen döntök.
 - 3 Semmiben sem tudok dönteni többé.
- 14. 0** Nem érzem, hogy rosszabbul nézek ki, mint ezelőtt.
- 1 Félek, hogy öregnek és csúnyának látszom.
 - 2 Úgy érzem, hogy hátrányomra változtam, és kevésbé vagyok vonzó.
 - 3 Azt hiszem csúnya vagyok.
- 15. 0** Éppen olyan jól tudok dolgozni, mint máskor.
- 1 Külön erőfeszítésbe kerül, hogy valami munkába belefogjak.
 - 2 Nagy erőfeszítésre van szükségem ahhoz, hogy megcsináljak valamit is.
 - 3 Semmi munkát nem vagyok képes ellátni.

16. 0 Ugyanolyan jól tudok aludni, mint általában.

- 1 Nem alszom olyan jól, mint azelőtt.
- 2 A szokottnál 2-3 órával korábban ébredek, és nehezen tudok újra elaludni.
- 3 Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni.

17. 0 Nem fáradok el jobban, mint azelőtt.

- 1 Hamarabb elfáradok, mint azelőtt.
- 2 Majdnem minden elfáraszt, amit csinálok.
- 3 Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.

18. 0 Az étvágyam nem rosszabb, mint máskor.

- 1 Az étvágyam nem olyan jó, mint azelőtt.
- 2 Mostanában az étvágyam sokkal rosszabb.
- 3 Egyáltalán nincs már étvágyam.

19. 0 Semmivel sem vesztettem többet a súlyomból, mint máskor.

- 1 Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 2 kg.
- 2 Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 5 kg.
- 3 Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 8 kg.

Kevesebb evéssel tudatosan igyekszem lefogyini.

igen - nem

(a megfelelőt húzza alá)

Testsúly:kg

Testmagasság:.....cm.

20. 0 Nem foglalkozom többet egészségi állapotommal, mint azelőtt.

- 1 Aggódok olyan testi-fizikai problémák miatt, mint fájdalmak vagy gyomorpanaszok.
- 2 Nagyon aggódok testi-fizikai panaszaim miatt és nehéz valami másra is gondolnom.
- 3 Annyira aggódok a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.

21. 0 Nem vettem észre lényeges változást szexuális érdeklődésemben.

- 1 A szokottnál kevésbé érdeklődöm a szex iránt.
- 2 Mostanában jóval kevésbé érdeklődöm a szex iránt.
- 3 Teljesen elvesztettem a szex iránti érdeklődésemet.