

A szülés körüli történések hatása a gyermekágy során kialakuló anyai hangulatváltozásokra

Primer prevenció javaslatok

Járfás Vivien szülésznő-hallgató (IV. évfolyam),¹
Lipienné Krémer Ibolya tanársegéd,¹
Dr. Hoyer Mária főiskolai docens, tanszékvezető²

¹Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikai Ismeretek Tanszék

²Semmelweis Egyetem, Alapozó Egészségtudományi Intézet, Alkalmazott Pszichológia Tanszék

ENSZ: 2014 a család nemzetközi éve

2014-ben húsz éves évfordulóját ünnepli a család első nemzetközi éve. Az Egyesült Nemzetek Szövetsége az évforduló kapcsán a családok társadalmi szerepére irányítja a figyelmet: 2014 a család nemzetközi éve lesz, május 15-ét pedig a *Családok Nemzetközi Napjává* nyilvánították. Az évforduló egyben arra is lehetőséget ad, hogy áttekintsék a család társadalmi fejlődésben betöltött szerepét, illetve a családpolitika aktuális trendjeit – fogalmaz az ENSZ honlapja (www.family2014.org).

A tematikus év súlypontjai között szerepel a családi szegénység leküzdése, a szociális kirekesztődés megakadályozása, a család és a munka viszonyának problémái, a szociális integráció előmozdítása és a generációk közötti szolidaritás erősítése, a családi struktúrák változásainak vizsgálata, valamint a családbarát döntéshozatalt ösztönző javaslatok kidolgozása.

A Nemzetközi Családfejlesztési Szövetség (*International Federation for Family Development – IFED*) az évforduló kapcsán arra kéri a tagországokat: vegyék figyelembe a családokat érintő társadalmi és gazdasági körülményeket, segítsék a családbarát intézkedéseket, melyek célja, hogy a családok számára fenntartható, megfizethető és minőségi életkörülményeket biztosítsanak, elismerve a családoknak a társadalmi kohézió, valamint a gazdasági fejlődés elősegítésében játszott szerepét.

Folyóiratunk az évforduló kapcsán felmerülő kérdéseknek szenteli új sorozatát. Elsőként a terápiás munka családi krízisek megelőzésében játszott szerepét, lehetőségeit, majd az első gyermeküket váró fiatalok szülői szerepre való felkészültségét, illetve középiskolás tanulók szexuális magatartását vizsgáltuk. Ismertettük a „*Családok krízishelyzetben – a magánélet és a munka közötti egyensúly biztosítása nehéz gazdasági körülmények között*” címmel 2014 áprilisában, Athénban rendezett konferencia célkitűzéseit és eredményeit; a nagycsaládos életforma gyermekvállalási tervekre gyakorolt hatását; a családalapítás útvesztőinek, az elakadások megelőzésének lehetőségeit; a szülésznők várandósgondozás során játszott, megváltozott preventív szerepét; valamint a németországi KITA-intézményekben végzett pedagógiai munkát.

A HPV-fertőzéssel kapcsolatos ismeretek vizsgálatának szentelt tanulmányunkban egy édesanyák és leányaik körében végzett kutatás eredményeit ismertettük. Következő lapszámunkban – két éven át tartó sorozatunk befejezéseként – a szülésznők HPV-fertőzés megelőzésében, valamint mozgásukban korlátozott várandós nők ellátásában játszott egészségnevelési szerepének fontosságát mutatjuk be.

(A szerk.)



Bevezetés

Annak valószínűsége, hogy valaki élete során *major depresszióban* szenvedjen, 15% (ebben az esetben a depresszióra jellemző tünetek nagy része észlelhető, és kifejezett formát ölt). Ez az arány nőknél azonban a 25%-ot is elérheti (vizsgálatok alapján kimondható, hogy a depresszió nőknél kétszer-háromszor gyakoribb, mint férfiaknál) (8). Nőknél a hormonális változással járó periódusok – a premenstruális időszak, a várandósság és a posztpartum időszaka, valamint a klimaktérium – a legkifejezettebben sérülékeny időszakok.

Ehhez adódik, hogy a női szerepekről alkotott általános vélemény átalakult, a nőkre már nem csak anyaként tekintenek. A várandósság hónapjait, a szülést, valamint az azt követő időszakot mindig csodálatosnak állítják be, azonban a leendő anyákat nem informálják kellő körültekintéssel az ezen időszakot jellemző nehézségekről, a természetesen jelentkező hangulatingadozásokról, a kialvatlanság okozta feszültségről, a testi panaszokról (a méh involúciója, a tejbelövellés következtében a mellék feszülése, a hasi seb/gátseb gyógyulása), és arról, hogy az anyai szereppel való azonosulás nem mindig esik egybe az újszülött megszületésével.

Sokszor meglepedkeznek arról, hogy a szülés, a gyermek érkezése indukálta számos változás nem csak az édesanyát, hanem az egész családot érinti, és optimális esetben egyetlen édesanya sem maradhatna egyedül ezen feladatok megoldásában (16, 17).

A várandósság során megváltozik az anyai szervezet hormontermelése, ami kihat az idegrendszer működésére is, így trimeszterenként más és más érzelmek kerülnek középpontba.

Az *1. trimeszterben* az öröm és a bizonytalanság kettőse jellemző, ebben az időszakban szinte általánosnak mondható a közérzet zavara (émelygés, hányinger, hányás) is. A várandósok a *2. trimeszterben* a legkiegyensúlyozottabbak, ekkor sem testi, sem lelki panaszok nem jellemzőek. A *3. trimeszterben* ismét közérzeti panaszok (elnehedzettség) figyelhetők meg (13). Ezenkívül megjelenik a kismamák félelme mind a szüléstől, mind az azt követő időszaktól, így elmondható, hogy ilyenkor a családnak és a várandósgondozásban közreműködőknek fokozott figyelmet kell fordítaniuk a leendő anyákra.

A várandósság folyamán megváltozik a várandós nő kapcsolatrendszer is. Először a magzatot kell a szeretet érzésével elfogadnia. Változik kapcsolata a párjával is, hiszen új szerepre, a szülői szerepre kell készülniük. Édesanyjával való kapcsolata is átrendeződik, gyermekszerepből egyenrangú, partneri helyzetbe kerül. Változik önmagához való viszonya, saját nőiességéről kialakult

képe is. A terhesség előrehaladtával egyre nagyobb mértékben nő igénye a gyengédségre, a törődésre és a biztonságra (3, 16).

A gyermekvárás és szülés, mint természetes krízis

A krízis önmagában nem tekinthető betegségnek, de betegséget okozhat azáltal, hogy a kialakult válsághelyzet valamely korábbi, viszonylagos egyensúlyi állapot felborulásával jár (7). Az anyává válás teljesen felborítja a nő életének addigi egyensúlyát. Ez a krízis akár a pubertáshoz is hasonlítható, a változások – mind testi, mind lelki síkon – olyannyira mélyrehatóak. A személyiség teljes újriformálódása lelki nehézségek forrásává is válhat. A várandósság olyan önazonossági krízis, mely megváltoztatja nemcsak a várandós, hanem a házastársak és a család életét is. Ilyen feltételek közepette a szülés utáni időszak különösen nehéz az újdonsült anyák számára (1).

A hangulatzavarokról általában

Az egészséges ember normál esetben képes hangulatváltozásait és érzelmi megnyilvánulásait kontrollálni. A hangulatzavarokban (kedélybetegségek) a hangulat tartósan valamely szélső irányba tolódik, melyet a környezet történései egyáltalán nem, vagy csak kis mértékben befolyásolnak. Ez a zavar kihat az érzelmi viszonyulásokra és reakciókra is, így legszembetűnőbb tünete az érzelmi élet zavarai lesz látható.

Az érzelmi élet károsodása kihat a kognitív folyamatokra, az energiaszintre, az aktivitásra; komplex pszichobiológiai szindrómaként jelentkezik. Az általános szubjektív változások mellett mind biológiai, mind szociális változások is megfigyelhetők. Az esetek többségében ismétlődő vagy krónikus lefolyás tapasztalható, mely jelentősen csökkenti a produktív élettartamot (8).

Minden depressziós egyénre jellemző a kognitív triász, mely egy automatikus, visszatérő, nehezen kontrollálható negatív szemlélet önmagáról, a világról, és a jövő(jé)ről (8). A hangulatzavarok előfordulása a felnőtt populációban az irodalmi adatok szerint 8,3–24,2%, vagyis a leggyakrabban előforduló pszichiátriai tünetegyüttesek egyike. A depressziós epizód minden vizsgálóhely szerint kétszer-háromszor gyakoribb nőknél, mint férfiaknál (9).

Terápia

Tekintettel arra, hogy a hangulatzavarok krónikus betegségek és gyakori a visszaesés, kezelésük sokszor élethosszig tart. Súlyosabb esetekben elengedhetetlen a gyógy-

LEVELEZÉSI CÍM:

Járfás Vivien, Telefon: +36-20-352-5488. E-mail: vivien.jarfas@freemail.hu



szeres kezelés és pszichoterápia is alkalmazható: *szupportív pszichoterápia (pszichoterápiás vezetés), kognitív viselkedésterápia, pár- és családterápia.*

Nemi különbségek a pszichiátriában

Napjainkban a női nem szerepeinek folyamatos bővülése figyelhető meg. A társadalmi változásokra jellemző siker- és teljesítményorientáltság, valamint pénzközpon-túság a férfiszerepeköröknek kedvez, ugyanakkor előtérbe került a hagyományos női szerepek – ezzel párhuzamosan a család fontosságának – hangsúlyozása. Míg a férfiak főként munkájukban, illetve az előbbiekben említett javak megszerzésében érik el sikereiket, addig a nők számára leginkább a család, az anyaszerep, valamint a hagyományos női szerepek jelentik a sikerélményt, melyek azonban sokkal kevésbé jelentenek valós örömeteliséget, hiszen a társadalom az „anyai tevékenységet” nem ismeri el kellőképpen. Főként ezen társadalmi változások vezethetnek oda, hogy a nők kénytelenek kompromisszumokat kötni, mely szerepkonfliktusok kialakulását eredményezheti (8).

A női életszakasok és pszichiátriai megbetegedések kapcsolata

A sérülékeny időszakokat tekintve férfiak és nők között már gyermekkortól különbséget találunk. A nőknél legfőképp a hormonális változással járó időszakok (premenstruális időszak, terhesség és posztpartum, klimaktérium) a legjelentősebben vulnérabilis időszakok. Nők között – a kultúrától, a vallástól és más szociológiai tényezőktől függetlenül – magasabb a depresszió és a szorongásos kórképek előfordulási aránya. Ilyen szoros összefüggést más pszichiátriai problémáknál eddig még nem mutattak ki. Az is régóta bizonyított, hogy a premenstruális időszakban, a posztnatális periódusban és a perimenopauza alatt fokozott a hangulatzavarok kialakulása (8).

A PUBERTÁS IDŐSZAKA

Ebben az életszakaszban főként a szorongásos betegségek megjelenése jellemző. A menstruációs ciklus elindulásával jellegzetes élettani és pszichológiai változások is bekövetkeznek (8).

A PREMENSTRUÁLIS IDŐSZAK

Az ebben az időszakban jelentkező tünetegyüttes előfordulása 75%, vagy ennél is magasabb lehet. A tünetek manifesztációja sokféle lehet, az enyhe formától az egészen súlyos pszichés változásokkal járókig. Általában

a menstruációt megelőző egy hétben feszültségérzés, hangulati változékonyság, irritabilitás, csökkent érdeklődés, emlőfeszülés, hasi diszkomfortérzés jelentkezik. A menstruációval egy időben, vagy az annak megkezdődését követő napokban a tünetek elmúlnak (8).

TERHESSÉG ÉS DEPRESSZIÓ

A terhesség alatti pszichiátriai problémák – leginkább a depresszió – előfordulási gyakorisága egy „kétcsúcsú görbe”, vagyis az első és az utolsó trimeszterben található egy-egy csúcs. A *minor depressziók* (kevésbé súlyos tünetek jellemzik, mint a klinikai szintű depressziót) és a *szubdepresszív* (depressziót megelőző) állapotok az első trimeszterben a leggyakoribbak (8). A harmadik trimeszterben megsokszorozódnak a szorongásos, major depressziós, közvetlenül a szülés körül pedig a súlyos, pszichotikus állapotok (bipoláris, affektív, skizofrén).

A POSZTPARTUM IDŐSZAKA

1. *A posztpartum (baby) blues prevalenciája 50–85%. Átmeneti, minor affektív (a hangulati élet nem súlyos tüneteivel járó) zavarnak tekintendő. A baby blues* napjainkban alkalmazkodási nehézségnek tartják, mely néhány napig korlátozza a kismama képességeit. Angol elnevezését a négyütemű, lassú ritmusú blues után kapta, melyben a fekete bőrű amerikai rabszolgák énekelték meg szenvedéseiket. Ez a kifejezés jól példázza azt a belső zaklatottságot, melyet a nő a szülés utáni napokban átél (1).

A szülést követően – leggyakrabban a harmadik-negyedik nap táján – enyhe, átmeneti lehangoltságérzés figyelhető meg, mely általában néhány nap alatt magától elmúlik, kezelést nem igényel. A *baby blues* nyomon követése azért is fontos, mert az ebben szenvedő nők 20%-ánál a szülést követő egy évben posztpartum depresszió alakul ki (főként bipoláris depresszióval kapcsolatban mutattak ki összefüggéseket), valamint a *baby blues* közvetlenül is átalakulhat gyermekágyi depresszióvá (5, 23, 24).

A gyermekágyi lehangoltság tünetei az érzelmi labilitás, az érzékenység, a sírás, az alvászavarok, a lehangoltságérzés, a hangulatváltozások, a sérülékenység- és érzéketlenség-érzés, a türelmetlenség és a nyugtalanság. A klinikai képre jellemző a hangulati labilitás, az ingerlékenység, a kontrollálhatatlan sírási epizódok és a szorongás fokozódása. Tipikus még továbbá a reménytelenség, a magány és az állandó feszültség érzése (11).

A *baby blues* elsődleges oka a hormonális működés ingadozása és az ösztrogénszint hirtelen bekövetkező, drasztikus csökkenése. Emellett a kismamának igen rövid idő alatt a terhesség alatt megtapasztalt teljesség érzése helyett az ürességhez kell hozzászokniuk. Ez azért is nehéz, mert a várandósság alatt a nő állt a figyelem

1. táblázat

**Korábbi pszichés megbetegedés esetén
elért pontszámok**

	Előfordult-e Önnél a korábbiakban pszichés megbetegedés?	N (11)	Átlag	Szórás
EPDS	Igen	11	7,73	2,533
	Nem	100	6,46	4,389
BDI	Igen	11	13,64	2,378
	Nem	100	11,99	2,661

középpontjában, azonban a szülés után a gyermek. A nő ilyenkor tehát gyászol: egyrészt elveszíti a várandósság alatti teljesség érzését, másrészt a gyermeket, aki eddig csak képzeletében élt (1).

2. *A posztpartum (posztnatális) depresszió prevalenciája 10–20%.* A szülést követő egy éven belül jelentkező, két hétnél tovább tartó, a legtöbb esetben már orvosi beavatkozást és kezelést igénylő állapot. A későbbi szüléseknél magas a visszaesés aránya (30–50%) (8). A legsúlyosabb esetekben pszichotikus tünetek és szuicid veszélyeztetettség is fennáll, mely súlyos következményekkel is járhat (öngyilkosság, a gyermek ellen forduló emberölés) (5).

A posztpartum depresszió megzavarja a korai anya–gyermek kapcsolat kialakulását, ezért a gyermek fejlődésében is károkat okozhat (8).

Típusos esetben a szülést követő 2–4 hét múlva megjelenik a kedvetlenség, örömtelenség érzése. A kismama észreveszi, hogy a gyermek ellátása már nem okoz örömet számára. Feszültté és idegessé válik, valamint kialakulhat a gyermek ellátásának képtelenségével kapcsolatos érzés is. Sokszor próbálják ezt a kialvatlansággal, fáradtsággal magyarázni, ezért nem fordulnak orvoshoz. Súlyosabb eseteknél a folyamatos fáradtságérzés és energiahiány büntudatot is kelthet az anyában. Ekkor hibás kognitív sémák általi gondolkodásmód jellemző, melyet már az anya környezete is észrevesz. Az anyáknál ilyenkor jellemző az önvád, és ez olyan méreteket ölthet, mely önmagára és gyermekére is veszélyes állapot kialakulásához vezethet (8).

Több kutatás is kimutatta, hogy a gyermekágyi depressziót tekintve az alacsonyabb anyai életkor kockázati tényező (11). Szintén magasabb a szülés utáni depresszió az először szülő nők között, valamint náluk sokkal súlyosabb a gyermekágyi lehangoltság is (11). Egy hazai kutatás azonban ennek az ellenkezőjét mutatta ki, miszerint multiparáknál mind a terhesség, mind a gyermekágyi időszakában nagyobb az érzékenységi hangulatzavarok kialakulására (6). Kapcsolatot találtak a pozitív egyéni és családi anamnézis, valamint a szülés utáni depressziók között is (10, 123).

3. *A posztpartum pszichózis prevalenciája 0,1–0,2%.* Főként akut kezdettel, súlyos tünetekkel a szülést követő 2–3. héten jelentkeznek. Gyakorisága 1000 szülésből 1 (8). Először szülőknél magasabb az arány, ott 500 szülésből 1 (12). A rizikófaktorok között a pozitív családi anamnézis, illetve pozitív egyéni anamnézis, ismert pszichiátriai betegség (bipoláris zavar, skizofrénia, skizoaffektív kórkép) szerepelnek. Kutatások támasztják alá, hogy a gyermekágyi pszichózis leginkább azoknál a nőknél alakul ki, akik anyjukra ambivalens, vagy negatív érzésekkel reagálnak; személyiségvonásukra jellemző a neuroticizmus (11). A posztpartum pszichózisok legtragikusabb szövődménye a szuicídium.

A PERIMENOPAUZÁLIS IDŐSZAK

A perimenopauzális időszak egy hosszantartó, jelentős pszichológiai és biológiai változásokkal járó életszakasz. A menopauza általában 40–55 éves kor között kezdődik. Ebben az időszakban a hormonális változásokhoz testi, vegetatív és pszichés tünetek társulnak, melyek sokszor elfedik a kialakuló/kialakult depressziót (8).

A posztpartum depresszió sajátosságai

1. A szülés utáni depresszióra jellemző a hirtelen kezdet, mely a szülést követő 4–14 napon belül az esetek döntő többségében jelentkeznek. Főként a hangulat és a gondolkodás zavara, valamint a szorongás és az aggodalom, valamint az újszülött ellátásának elhanyagolása jellemző (24).

2. A helyzet speciális jellegét az adja, hogy egy boldog szituációban manifesztálódik, ezért az anya és a környezete számára is szokatlan (24).

3. A kezdeti tünetek sokszor nem hívják fel kellőképpen a figyelmet a kialakuló zavarra, ezért megeshet, hogy csak súlyosabb állapotában ismerik fel, így később kezdődhet a kezelés (24).

4. Fontos, hogy a *baby blues* fennállását se hanyagoljuk el, hiszen – mint azt kimutatták – fokozhatja a súlyosabb hangulatzavarok kialakulásának veszélyét (24).

A vizsgálat célja

A vizsgálatunk célkitűzése, hogy felderítsük azokat a szülés körüli történéseket, melyek az anyai hangulatzavarok kialakulására hatással lehetnek.

Vizsgálati anyag és módszer

A kutatásunk során alkalmazott mérőskálák

BECK-FÉLE RÖVIDÍTETT DEPRESSZIÓ-KÉRDŐÍV (BDI-R)

A depressziós tünetegyüttes súlyosságának megítélésére szolgáló, nem diagnosztikus célzattal készült, önkitöltős mérőeszköz. A kérdőívnek egy hosszabb (huszonegy tételes) és egy rövidebb (kilenc tételes) változata ismert (2). A kérdőívet *Kopp és munkatársai* fordították magyar nyelvre. A mérőeszköz Cronbach alfa koefficiense – mely a tesztmegbízhatóságát mutatja – 0,85. Kijelenthető, hogy az általunk használt rövidített Beck-depressziós skála megbízhatóan alkalmazható a hangulatzavarok felderítésére (11). A csoportosított tételek közül a páciensnek a saját érzéseit leginkább jellemző állításokat egy 0-tól 3-ig terjedő skálán kell kiválasztania.

EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Az EPDS-t *Cox és munkatársai* dolgozták ki a hangulatzavarban szenvedő nők (ki)szűrésére. Eredetileg a posztpartum hangulatzavarok felderítésére tervezték, de már a várandósság során is megbízhatóan alkalmazható. A teszt 10 kérdésből áll, melyeket az anyának úgy kell megválaszolnia, hogy nem csak jelen állapotát, hanem az elmúlt 7 nap alatti érzéseit is figyelembe kell vennie. A teszt Cronbach alfa koefficiense 0,821, tehát biztonsággal alkalmazható a hangulatzavarok előrejelzésére (11).

Minden állításnál egy négyfokozatú skálán (0–3 pont között) lehet kiválasztani a választ, így a teszt összpontszáma 30 pont (14). Vizsgálataink tárgyát a szülés körüli történések és a szülés után kialakuló hangulatváltozások közötti összefüggések felderítése képezte.

A kutatás során 150 darab kérdőívet osztottunk ki a tatabányai *Szent Borbála Kórház*, valamint a budapesti *Bajcsy-Zsilinszky Kórház* szülészeti osztályain a 3. napos gyermekágyasok között. A tatabányai kórházban 2014. március 14–31. között, míg a budapesti kórházban 2014. február 10.–március 23., szeptember 8–28., november 24.–december 7., valamint 2015. február 9–28. között osztottuk ki a kérdőíveket, főigazgatói engedéllyel. A kérdőívek feldolgozásához az SPSS 22 programot

használtuk fel. A kiosztott 150 darab kérdőívből 111 darab volt értékelhető. A válaszadók átlagéletkora 29,66 év, a legfiatalabb kitöltő 16, a legidősebb kitöltő 42 éves volt. A 111 résztvevőből 59 kitöltő volt először szülő, vagyis a válaszadók 53,2%-a. A kitöltő anyák közül 11 főnél, tehát 9,9%-nál fordult elő a korábbiakban pszichés megbetegedés, míg a válaszadó anyák családjában 28 főnél, vagyis 25,2%-nál fordult elő depressziós megbetegedés.

Kutatási eredmények

Feltételeztük, hogy az anyánál a korábbiakban előfordult pszichés megbetegedés fokozza a gyermekágyi hangulatzavar kialakulását. Így a pozitív anamnézissel rendelkező anyák BDI- és EPDS-teszteken elért eredményeit függetlenmintás t-próbával vizsgáltuk. A szignifikancia határát 0,05-nél határoztuk meg. Kutatásunkban a valószínűség (p) 0,52, vagyis a BDI tekintetében erős tendenciaszerűséget mutat. Az anyák által elért átlagpontokat a *1. táblázatban* láthatjuk.

Feltételeztük, hogy az anya családjában előfordult depresszió esetén várható, hogy a szülés után hangulatzavar alakul ki. Így a pozitív családi anamnézissel rendelkező anyák eredményeit összehasonlítottuk a többi gyermekágyaséval. Itt is függetlenmintás t-próbát alkalmaztunk, a szignifikancia határa ebben az esetben is 0,05 volt. A BDI tekintetében ebben az esetben is erős tendenciaszerűséget mutattunk ki, hiszen a valószínűség (p) 0,53. A *2. táblázat* az elért átlagértékeket mutatja.

Úgy gondoltuk, hogy az először szülő nők esetében nagyobb az esély a szülés után jelentkező hangulatzavarok kialakulására. Mivel ebben az esetben több csoportra kellett bontanunk a mintát, ennél a vizsgálati résznél az ANOVA-módszert alkalmaztuk. A módszer a mintát több csoportra bontva, egy adott tényező mentén vizsgálja a csoportok értékeit, viszont nem mutat csoport-átlagértéket, ezért olyan utóteszt alkalmazása szükséges, ami képes igazolni, hogy mely csoportok között található szignifikáns eltérés. A szignifikancia határa ebben az esetben is 0,05 volt. Kutatásunk során az LSD-tesztet alkalmaztuk utótesztként, mely részletesen bemutatja, hogy a csoportok között hol található szignifikancia. Ebben a vizsgálati részben mind a BDI, mind az EPDS tekintetében szignifikáns eltérést mutattunk ki a szülések számát tekintve. A BDI-nél a valószínűség (p) 0,50, míg az EPDS-nél (p) 0,10. A valószínűségi értékeket a *3. táblázat* mutatja, míg a szülések számának eloszlását az *1. ábra* szemlélteti.

Megbeszélés, javaslatok

Mint kutatásunkkal is igazoltuk, nagyon fontos, hogy a várandósgondozásban résztvevők – orvosok, szülész-

2. táblázat

**A családban előfordult depresszió esetén
elért anyai átlagpontszámok**

	Családjában előfordult-e depressziós megbetegedés?	N (28)	Átlag	Szórás
EPDS	Igen	28	6,75	4,486
	Nem	83	6,53	4,194
BDI	Igen	28	13,29	3,819
	Nem	83	11,77	2,044

3. táblázat

Valószínűségi értékek

	ANOVA	Átlag négyzet	F	Valószínűség (p)
EPDS	Csoporton belüli érték	66,005	3,953	0,10
	Csoporton kívüli érték	16,697		
BDI	Csoporton belüli érték	18,513	2,684	,050
	Csoporton kívüli érték	6,897		

nők, védőnők – még nagyobb hangsúlyt fektessenek az anya pszichés gondozására, a szülésre, valamint az azt követő időszakra való felkészítésre. Eredményeinkkel felhívjuk a figyelmet arra, hogy mennyire fontos az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek a gyermekágyi hangulatzavarokkal kapcsolatos továbbképzése, hiszen minél korábban ismerjük fel a jelentkező lehangoltságot, annál hamarabb kezdhethetjük el a megfelelő kezelést, súlyosabb problémák kialakulását megakadályozva.

Hatékonyabban segíthetnénk abban, hogy idejében felismerhetőek legyenek a posztpartum időszakban jelentkező affektív zavarok, illetve – megfelelő kezeléssel – elkerülhetővé váljon a súlyos állapotok kialakulása.

Eredményeinkre alapozottan is egyetértünk azzal a szakmai ajánlással, mely szerint nagyobb hangsúlyt kell helyezni a primer prevencióra, a szemléletváltásra (21), illetve az egyes szférákban dolgozók összehangoltabb együttműködésére is (18). Ez amiatt is lényeges, mivel a 2014. július 1. előtti időszakban a szülő nők felkészítéséből bizonyos szempontból kimaradtak a szülésznők (22), viszont a 26/2014. (IV. 8.) EMMI-rendeletben (25) foglaltak értelmében a szülésznők már nem csak a szülésnél vannak jelen, hanem – önálló kompetencia keretén belül – várandósgondozást is végezhetnek, melynek egyik kiemelkedő eleme az egészségnevelés.

Eredményeink tükrében szintén osztjuk azt a szakmai véleményt, mely szerint a szülő nők fizikális állapotán túl sokkal nagyobb figyelmet kell fordítanunk a pszichés tényezőkre, a szülésre felkészítő foglalkozások keretén belül a párok szülői feladatokra történő közös, az egyéni gondozás során a család egészének felkészítésére – ezzel

is csökkentve az édesanyák egyszemélyes felelősségét –, valamint új módszerek bevezetésére (20, 17, 19).

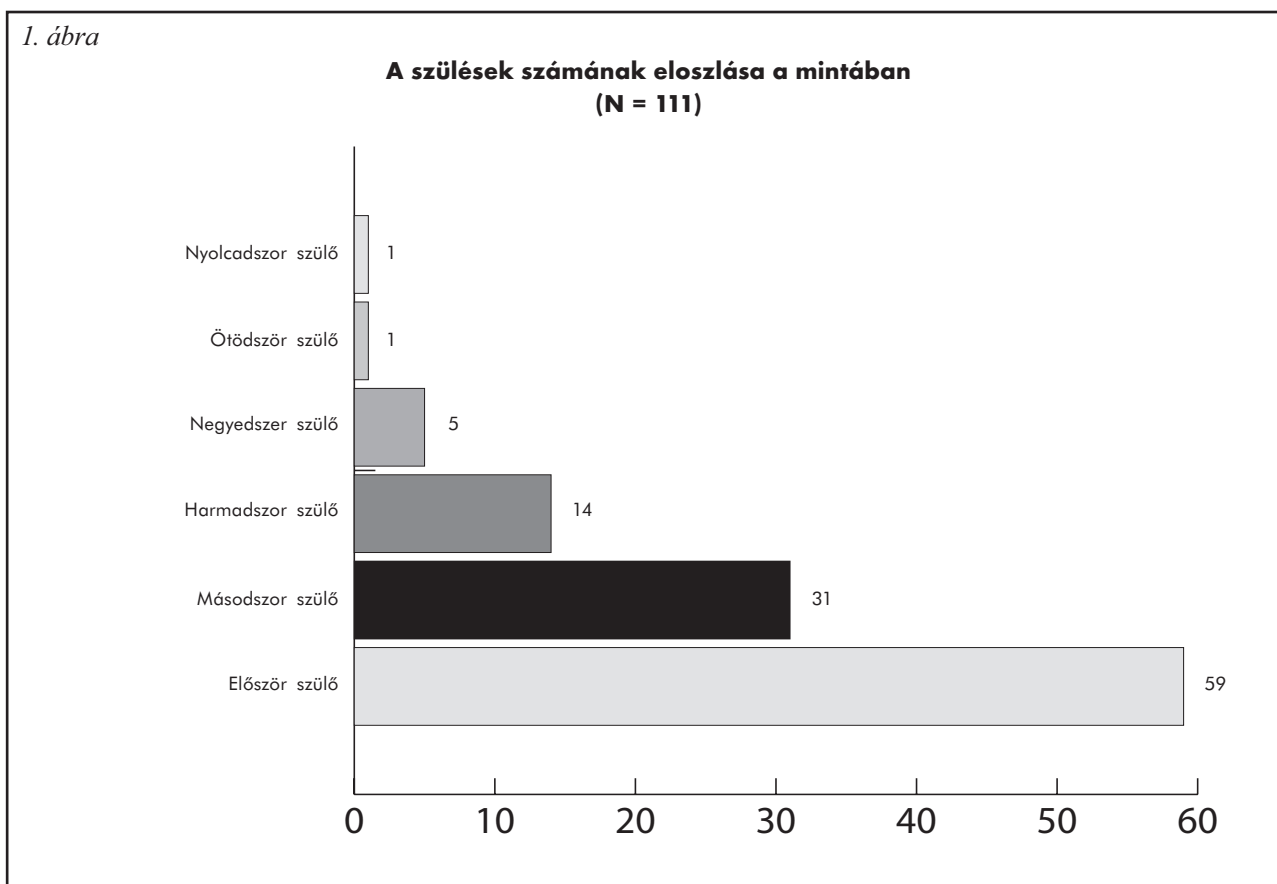
További primer prevenciók lehetőségei, feladatok

Már a várandósgondozás során különösen nagy odafigyelést igényelnek azon kismamák, akik családjában előfordult depresszió, illetve a várandósnál is előfordult a korábbiakban pszichés megbetegedés. Nagyobb odafigyelés szükséges továbbá a primiparák esetében, hiszen – mint eredményeink is bizonyították – náluk szignifikánsan magasabb a depresszió kialakulásának kockázata.

Ezen tényezők már a várandós első megjelenésekor felderítendőek, így lehetőség nyílik arra, hogy a várandósgondozás során végig figyelemmel kísérhessük a leendő anyát, segítsünk mind neki, mind a leendő apának, és (akár) még a családnak is abban, hogy a születendő gyermek megfelelő családba érkezzen, hogy a várandósság kilenc hónapja és a szülés utáni időszak valóban csodálatos lehessen.

Összefoglalás

Bevezetés: Kutatásunk témája kiemelkedő jelentőségű, hiszen egy olyan problémára szeretnénk felhívni a figyelmet, mellyel nagyon keveset foglalkoznak, legtöbbször csak legyintenek rá. A szülés után kialakuló hangulatzavarok felismerése és kezelése azért is különösen fontos, mert az anya pszichés megbetegedése zavart okozhat



a gyermekkel való kötődésben, valamint az egész családra is kihathat.

Kutatásunk során azt tapasztaltuk, hogy az elmúlt pár évet tekintve nem született olyan hazai tanulmány, mely a posztpartum időszakban létrejövő hangulatzavarokat vizsgálta volna, míg külföldi folyóiratokban folyamatosan találunk a témával kapcsolatos kutatási eredményeket.

Célkitűzés: Kutatásunkban a perinatális történések anyai hangulatváltozásokra gyakorolt hatásait vizsgáltuk. Továbbá célként tűztük ki, hogy felderítsük azokat a tényezőket, melyek a posztpartum affektív zavarok (az érzelmi élet zavarai) kialakulásában szerepet játszanak.

Minta és módszer: A vizsgálatokhoz három kérdőívet használtunk: EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*), BDI-R (*Beck Depression Inventory, shortened version*) valamint egy általunk összeállított kérdéssort, mely a perinatális történésekre és szociodemográfiai adatokra vonatkozott. A kutatás során 150 darab kérdőívet osztottunk ki a tatabányai *Szent Borbála Kórház*, valamint a budapesti *Bajcsy-Zsilinszky Kórház* szülészeti osztályain a 3. napos gyermekágyasok között, melyekből 111 volt értékelhető. A tatabányai kórházban 2014. március 14–31. között, míg a budapesti kórházban 2014. február 10.–március 23., szeptember 8–28., november 24.–december 7., valamint 2015. február 9–28. között osztot-

tuk ki a kérdőíveket, főigazgatói engedéllyel. A kérdőívek feldolgozásához az SPSS 22 programot használtuk fel.

Eredmények: Vizsgálataink szignifikáns eredményeket mutattak az először szülő nőknél mind a BDI ($p = 0,50$), mind az EPDS (0,10) tekintetében. Tendencia mutatkozott a BDI-értékekben ($p = 0,52$) azon anyáknál, akiknél a korábbiakban előfordult pszichés megbetegedés, illetve erős tendencia mutatkozott ($p = 0,53$) azon anyáknál is, akik családjában már előfordult depressziós megbetegedés.

Következtetések: A tendenciaszerűen emelkedett BDI- és EPDS-értékek miatt szükséges lenne a vizsgálat minél szélesebb körre történő kiterjesztése, hiszen így ezen alaposabban meg tudnánk vizsgálni.

Javaslatok: Nagyon fontos lenne a témában történő továbbképzések szervezése egészségfejlesztő szakemberek számára, melyek segíthetnének abban, hogy a posztpartum időszakban jelentkező affektív zavarok idejében felismerhetőek legyenek, így megfelelő kezeléssel elkerülhetővé váljon a súlyos állapotok kialakulása. A gyermekágyi időszakban jelentkező hangulatzavarok felismerésére is nagyobb figyelmet kell fordítani. Eredményeinkre alapozottan is egyetértünk azzal a szakmai ajánlással, mely szerint szemléletváltásra, az egyes szférákban dolgozók összehangoltabb együttmű-



ködésére, az egyéni gondozás során a család egészének felkészítésére, valamint új felkészítő módszerek bevezetésére van szükség.

Abstract

Introduction: Our research's topic is of significant importance as we would like to draw attention to a problem, which is neglected, and in many cases people just slight it. The recognition and the treatment of the postpartum mood disorders are very important- because the mother's problem is not just the problem of one person- it can also disturb the attachment to her child, and can affect the whole family.

Through our research we have experienced -that in the last few years there weren't any domestic studies, which would have examined the postpartum mood disorders – but in the foreign periodicals we can successively find many investigational researches on this topic.

Objective: In our research we examined the effects of perinatal events on postpartum mood disorders. Furthermore, our objective was to explore those factors – which can cause postpartum mood disorders.

Theme and method: We applied three questionnaires, those were:

1. EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*)
2. BDI-R (*Beck Depression Inventory-shortened version*)
3. *Our questionnaire about the perinatal events*

We gave out our questionnaires in Tatabánya, *Szent Borbála Hospital* between 14–31st March 2014, and in Budapest, *Bajcsy-Zsilinszky Hospital* between 10th February–23rd March 2014, 8–28th September 2014, 24th November–7th December 2014, and between 9–28th February 2015 for the third day mothers. The processing happened with the SPSS 22 system.

Results: Our research showed significant results by the 1st birth mothers in the EPDS (0,10) and BDI (0,50) too.

Tendency was shown in the following cases:

1. by previous psychotic morbidity at the mother in BDI ($p=0,52$)
2. by previous depression in the mother's family in BDI ($p=0,53$)

Conclusion: As the values in BDI and EPDS have tendentially elevated, we think we should spread out our questionnaire for a wider mass, then we could profusely review the tendentially elevated values.

Suggestion: It would be very important to organise more postgraduate courses for healthinnovator professionals, which could help to recognise the postpartum mood disorders in time and with an early treatment it would be possible to avoid further serious disorders.

We also have to check the disorders – which might appear in the subsequent postpartum. Based on our results we accept the professional recommendations – which says we would need to change our approach, we should cooperate, we should prepare the whole family – and we would need to introduce new methods.

IRODALOM

1. Antoine, C. (2007): *A terhesség és az anyaság pszichológiája*. Saxum, Budapest.
2. Beck, A. T.–Beck, R. W. (1972): *Shortened version of BDI*.
3. C. Molnár, E. (1994): *A praenatalis élet és a terhesség pszichológiája*. Bölcsész-könyvek, KIADÓ? 1217–3673.
4. C. Molnár, E. (2007): *A nő ezer arca*. Akadémiai, Budapest.
5. C. Molnár, E.–Füredi, J.–Papp, Z. (szerk.) (2006): *Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. Medicina, Budapest.
6. Csatornai, S.–Krajcsi, A.–Sefcsik, T.–Rudis, T.–Devosa, I.–Tót, É.–Kazinszky, Z.–Pál, A. (2007): „Leverton-tesztposztnatalis depresszióra vonatkozó validálása randomizált reprezentatív mintában.” In: *Magyar Nőorvosok Lapja*, 4:229–235.
7. Csürke, J.–Vörös, V.–Osváth, P.–Árkovits, A. (2009): *Mindennapi kríziseink. A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Oriold és társai, Budapest.
8. Füredi, J.–Németh, A.–Tariska, P. (szerk.) (2009): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina, Budapest.
9. Füredi, J.–Németh, A.–Tariska, P. (szerk.) (2003): *A pszichiátria rövidített kézikönyve*. Medicina, Budapest.
10. Kessler, R. C. (2003): „Epidemiology of women and depression.” In: *J AffectDisord*, 74:5–13.
11. Kovácsné Török, Zs. (2010): *Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok, különös tekintettel a gyermekágyi lehangoltság kérdéskörére*. Oriold és társai, Budapest.
12. Kovácsné Török, Zs. (2011): „Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok, különös tekintettel a gyermekágyi lehangoltság kérdéskörére.” In: *Magyar Nőorvosok Lapja*, 3:31–35.
13. Papp, Z. (2009): *A szülészeti-nőgyógyászat tankönyve*. Semmelweis, Budapest.
14. Smith, M., V.–Brunetto, W., L.–Yonkers, K., A. (2004): „A perinatalis depresszió korai felismerése.” In: *Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle*, 6(6):325–336.





2014 – A CSALÁD ÉVE

15. Steiner, M. (2002): „Postnatal depression: a few simple questions.” In: *FamPract*, 19:469–470.
16. Soósné Kiss, Zs. (2014): *A sikeres családalapítás többé nem titok. Családot alapító párok, őket felkészítő szakemberek kézikönyve.* General Press, Budapest.
17. Soósné Kiss, Zs. (2007): *Az első gyermeket váró szülők szakmai támogatása.* PhD-értekezés, Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola, Budapest.
18. Soósné Kiss, Zs. (2002): „Egészségügyi és szociális szakemberek közös felelőssége az első gyermeket váró szülők támogatásában.” In: *Nővér*, 15(5):7–10.
19. Soósné Kiss, Zs. (2009): „Ergebnisse des Programms »Vorbereitung auf aktive Elternschaft«: Werdende Eltern erfolgreich schulen.” In: *Pflegezeitschrift*, 62(5):268–9.
20. Soósné Kiss, Zs. (2002): „Programozott oktatás és alkalmazási lehetősége a szülésre felkészítésben.” In: *Egészségnevelés*, 43(6):276–9.
21. Soósné Kiss, Zs. (2003): „Szemléletváltás az első gyermeküket váró szülők szakmai támogatásában.” In: *Egészségnevelés*, 44(2): 76–8.
22. Soósné Kiss, Zs. (2009): „Ungarn: Vor- und Nachsorge ohne Hebammen.” In: *Deutsche HebammenZeitschrift*, (10):68–70.
23. Szádóczky, E.–Rihmer, Z. (2001): *Hangulatzavarok.* Medicina, Budapest.
24. Trixler, M. (2000): „Szülés utáni pszichés zavarok, pszichózisok.” In: *Háziorvosi Továbbképző Szemle*, 5:264–267.
25. 26/2014. (IV. 8.) EMMI-rendelet a várandósgondozásról.

