

Depressziószűrés és pszichológiai intervenció a várandósgondozásban, és ezek összefüggése a várandóssághoz kapcsolódó szövődeményekkel

PhD értekezés tézise

Hompoth Emőke Adrienn

Témavezető:

Dr. Tőreki Annamária PhD



Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztály

Szegedi Tudományegyetem

Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola

2020

A tézis alapjául szolgáló közlemények

- I. Hompoth EA, Pető Z, Fűrészné Balogh V, Töreki A. Associations Between Depression Symptoms, Psychological Intervention and Perinatal Complications. *J Clin Psychol Med Settings*. 2020;27(1): 199–205.

IF: 1.477 (2018)

- II. Hompoth EA, Gálosi N, Becsei L, Töreki A. Pszichológiai szűrés a várandósgondozásban: eredmények Békéscsaba körzetéből [Psychological screening in the pregnancy care: results from the area of Békéscsaba]. *Orv Hetil*. 2020;161(10): 380–7

IF: 0.564 (2018)

- III. Hompoth EA, Töreki A, Baloghné Fűrész V, Németh G. A hangulati állapot alakulásának kockázati tényezői a perinatalis időszakban [The risk factors of mood changing during the perinatal period]. *Orv Hetil*. 2017;158: 139–46.

IF: 0.322 (2017)

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés.....	1
1.1 <i>Lehetséges pszichopatológiák a várandósság során.....</i>	1
1.2 <i>Az antenatális és postnatális depresszió rizikó- és protektív faktorai.....</i>	2
1.3 <i>A perinatális depresszióhoz kapcsolódó komplikációk és a pszichológiai intervenció</i>	2
2. Célok	3
3. Eszközök és módszerek	3
3.1 <i>A minta</i>	3
3.2 <i>A szűrőeszköz.....</i>	4
3.3 <i>A szűrés folyamata.....</i>	4
3.4 <i>A pszichológiai intervenció</i>	5
3.5 <i>Statisztikai elemzés</i>	6
4. Eredmények.....	7
4.1 <i>A minta demográfiai adatai</i>	7
4.2 <i>A depressziós pontok és a patológiás arány felmérése a mintában.....</i>	9
4.4 <i>Részvételi arány az intervencióban és az EPDS pontok</i>	10
4.5 <i>A pre- és perinatális szövődmények, az EPDS pontok és az intervenció összefüggései</i>	11
4.7 <i>A szülés módja, az EPDS pontok és az intervenció összefüggései</i>	12
4.9 <i>A demográfiai változók, az EPDS rangátlagok és az intervenció összefüggései</i>	12
5. Megbeszélés	12
7. A kutatás új megállapításai.....	15
8. Köszönetnyilvánítás.....	15
9. Hivatkozások.....	16

1. Bevezetés

A várandósság jelentős mérföldkő a nők életében: általában a nők vágyanak arra, hogy legalább egy gyerekkel megtapasztalják az anyaság érzését, bővítsék az addigi családjukat. Ugyanakkor ebben az időszakban megjelenhet számtalan kérdés, illetve fizikai és pszichés nehézségek, mint a változó családi szerepek, a reggeli rosszullét, az alvási nehézségek stb., így a nők túlterhelve érezhetik magukat, feszültté, lehangolttá válhatnak, mely olyan erőteljes lehet, hogy pszichopatológia is kialakulhat. Ilyenkor nagyon fontos, hogy a nők megfelelő figyelmet és segítséget kapjanak. Ennek részeként szükség van egy szűrőeszközre, valamint képzett személyzetre, hogy segíthessenek az érintett nőknek túljutni a nehézségeiken.

Szegeden ezzel a céllal működik egy szűrőprogram: a védőnők kiszűrrik az érintett várandósokat és a perinatális időszakban lévő nőket a szűrőteszttel, majd pszichológusok segítenek abban, hogy megküzdhessenek a problémáikkal. Ebben a dolgozatban részletesen bemutatom a programot, valamint a szűrés pontszámai és a pszichológiai intervenció összefüggéseit a pre- és peripartum szövődményekkel.

1.1 Lehetséges pszichopatológiák a várandósság során

Van néhány pszichés zavar, melyek elég gyakran jelennek meg a várandósság alatt, illetve a szülés után. Fő jellemzőik alapján két csoportba sorolhatjuk ezeket: a szorongásos és a hangulati zavarok. Várandóssághoz kötődően a következő szorongásos zavarok alakulhatnak ki: pánikzavar, generalizált szorongásos zavar, kényszeres zavar, agora-, szociális- és specifikus fóbiák, valamint poszttraumás stressz szindróma [1].

A hangulati zavarok közé tartozik a postpartum blues, a depresszió és a postpartum pszichózis [2]. Közülük a legsúlyosabb a postpartum pszichózis, mely azonnali orvosi ellátást igényel, többnyire hospitalizálást is, ugyanis olyan tünetei lehetnek, mint a hallucináció, téveszmék és apátia, így komoly fenyegetést jelenthet mind az anyára, mind a gyermekére [3]. A postpartum blues elég gyakori jelenség, és bár a tünetei nagyon hasonlóak a postpartum depresszióéhoz, a kettőt nem szabad összekeverni [4]. A depresszió tünetei közé tartozik a hangulat romlása, az érdeklődés vesztes, a csökkent funkcionálás, az irritabilitás, a jelentős étvágy vagy testsúly változás, a megváltozott alvás, a csökkent energiaszint, a kognitív funkciók romlása, valamint az öngyilkossági fantáziák [5].

1.2 Az antenatális és a postnatális depresszió rizikó- és protektív faktorai

Gaynes és mtsai [6] metaanalízise szerint a várandós nők 8,5-11%-a tapasztal minor depressziót, a szülés után pedig 9,7%-uk. A depresszióval küzdők 18%-a keres pszichológiai segítséget a várandósság alatt, szülés után pedig 40%-uk [7,8].

Magyarországon csupán néhány tanulmány fókuszált az antenatális és postnatális depresszióra, így nincs pontos információnk ezek prevalenciájára a teljes népességben [9]. Bödecs [9] tanulmánya szerint Szombathelyen a vizsgált várandósok 17,9%-ának voltak depressziós tünetei. Töreki és mtsai [10] eredményei szerint Békéscsabán 2014-ben a vizsgált várandósok 9,3-17,5%-a mutatott patológiás mértékű depresszív tünetet. Öt évvel később az arány 11,87-15,31% volt [11]. Szegeden a résztvevő nők 6-12%-a számolt be patológiás mértékű depresszív tünetről 2014-ben [10], két évvel később pedig 6,5-10,8% [12].

Korábbi tanulmányokban összefüggést találtak az antenatális és postnatális időszakban a depresszió és egyes rizikófaktorok között, mint a nem tervezett várandósság [11-15], a fiatal életkor [9,11,12,15,16], vagy a 34-nél idősebb életkor [12], az egyedülálló, vagy özvegy családi állapot [11-13,16], emellett az antenatális depresszió erős bejósolója volt a postnatális depresszióknak [17].

1.3 A perinatális depresszióhoz kapcsolódó komplikációk és a pszichológiai intervenció

A perinatális depresszióval küzdő nőknél valószínűbb volt a rizikóviselkedés fennállása, mint a drog-, vagy alkoholhasználat és a dohányzás [18]. A depresszió a várandósság késői szakaszában növelte a császármetszés és a beavatkozást igénylő hüvelyi szülés (például vákuum, fogó használat) rizikóját [19], emellett nőtt a preeclampsia [20] és gestációs diabetes [21] kialakulásának esélye is. Emellett a perinatális depressziót összefüggésbe hozták a koraszüléssel [22], illetve, paradox módon a megnövekedett várandóssági idővel is [23], továbbá a méhen belüli növekedés visszamaradással [24] és az alacsony születési súllyal [12,25]. A depresszió az anya-gyermek kapcsolatra is hatással lehet [26], emellett az anyai antenatális depresszió 4,7-szeresére növelte az esélyét annak, hogy az utód 16 éves korában depressziós legyen [27].

Többféle módszer is hatékonynak bizonyult a depressziós tünetekkel való megküzdésben: a problémamegoldási készségek fejlesztése, a kompetenciaérzés növelése [28], a szupportív beszélgetés és az interperszonális terápiák [29,30], a kognitív viselkedési

megközelítés [31], a zeneterápia [32], emellett a pszichoedukáció relaxációs technikákkal kiegészítve [33].

2. Célok

A vizsgálatunk célja annak a megfigyelése volt, hogy a depresszív pontszámok összefüggenek-e a pre- és perinatális szövődményekkel magyar mintán is, akárcsak a szakirodalomban. Habár olyan kutatást nem találtunk, mely az elhúzódó tágulással és kitolással való összefüggést vizsgálta volna, véleményünk szerint ezzel a szövődménnyel is lehet kapcsolat, így ezt a kimenetelt is hozzáadtuk a szövődmény listához. Emellett célunk volt felmérni a mintában a patológiás arányt, illetve megvizsgálni, hogy a depresszív tünetek hogyan változnak a várandósság során és a szülés után; valamint azt is, hogy a demográfiai változók összefüggenek-e a depresszív pontszámokkal. Ezeken túlmenően céljaink között szerepelt annak a vizsgálata is, hogy a pszichológiai intervenció hogyan kapcsolódik a pre- és perinatális szövődményekhez, a depresszív pontokhoz, illetve a demográfiai adatokhoz.

3. Eszközök és módszerek

3.1 A minta

Vizsgálatunkban azok a várandósok, vagy anyák vettek részt, akik Szegeden vagy vonzáskörzetében megjelentek a várandósgondozásban. A részvétel önkéntes volt, a lehetőségét csak azoktól vontuk meg, akik nem beszéltek folyékonyan magyarul, illetve akik kiskorúak voltak. 2011 áprilisa és 2017 májusa között 4593 nő vett részt a szűrőprogramban. Közülük 2118 résztvevőnek gyűjtöttem ki a szülészeti adatait, majd kizártam 26 nőt, akiknek ikerterhessége volt, mivel ezt korábban már összefüggésbe hozták bizonyos szülészeti kimenetekkel, mint például az alacsony születési súly [34], a gestációs diabetes [35] és koraszülés [36]. Emellett kizártam 50 nőt, akiknek spontán- vagy művi abortuszuk volt, valamint akiknek gyermeke halva született. Így a végső minta, amin a statisztikai elemzést végeztük, 2024 főből állt.

3.2 A szűrőeszköz

A magyar validált [37,38] verzióját használtuk az EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) kérdőívnek [39], mely egy rövid szűrőeszköz: tíz kérdésből áll, ezek az elmúlt hét hangulati állapotára vonatkoznak. Minden kérdésre négy válaszlehetőség van, melyek 0-3 pont közötti értéket jeleznek. A teljes kérdőív összpontszáma 0-30 pont közötti lehet. A tizedik kérdés kiemelése fontos, ez ugyanis az öngyilkossági tendenciát vizsgálja: a kitöltőnek azt kell bejelölnie, hogy milyen gyakran gondol arra, hogy ártson magának [40]. A magyar validált határértékeket használtuk arra, hogy megállapítsuk a minor és major depresszió valószínűségét: 6/7 és 8/9 pont a várandósság alatt, illetve 7/8 és 12/13 pont a szülés után [37,38]. Mindegyik esetben, vagy ha a kitöltés alapján öngyilkossági hajlam volt észlelhető, a kitöltő javaslatot kapott arra, hogy keresse fel a Szegedi Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika pszichológusát. A konzultáció csupán lehetőség volt, bárki dönthetett úgy, hogy nem él vele. A konzultáció felajánlásának egyik célja az volt, hogy a nők tisztában legyenek azzal, hogy hova fordulhatnak segítségért, ha mégis szükségét érzik [40].

Annak a tisztázása is fontos, hogy az EPDS csak szűrőeszköz, nem pedig diagnosztikus. A depresszió, vagy depressziós szavakat csupán a könnyebb érthetőség kedvéért használjuk, nem pedig arra való utalásként, hogy a résztvevőket klinikai diagnózissal láttuk el [40].

3.3 A szűrés folyamata

Magyarországon a várandósgondozásban dolgozó védőnők jelen formában egyedülállónak számítanak: tudomásunk szerint más országokban nincs olyan egészségügyi dolgozó, aki mindezeket a feladatokat ellátja. A védőnők már az első trimeszterben találkoznak a várandósokkal, majd követik állapotukat még a szülés után is [41]. Mivel a védőnőknek szoros a kapcsolatuk a várandósokkal és az anyákkal, így leginkább őket volt célszerű bevonni a szűrés folyamatába. A szűrés elején egy képzésen belül megismerkedhettek a kérdőívvel, a kitöltésére és értékelésére vonatkozó tudnivalókkal, a továbbiakban pedig konzultációra volt lehetőségük.

Amikor a várandós először találkozott a védőnővel, akkor a védőnő elmagyarázta a szűrés célját, majd kitöltette a bejegyző nyilatkozatot, a demográfiai adatlapot és az EPDS kérdőívet. Ezt követően még három alkalommal került felvételre az EPDS kérdőív: a második- és harmadik trimeszterben, illetve a szülés után. Nem mindenki töltötte ki mind a négy alkalommal a kérdőívet, ugyanis néhányan csak az első trimeszter után költöztek

Szegedre; mások elköltöztek innen a várandósságuk alatt; volt, aki kórházba került, így nem találkozott újra a védőnővel, és így tovább.

A védőnők kiértékelték a kérdőíveket, és a patológiás pontértéket elért nőknek javasolták a pszichológus felkeresését. Ezt követően a védőnők összegyűjtötték a kérdőíveket, majd elküldték a Szülészeti Klinikán dolgozó pszichológusnak, aki rögzítette az adatokat.

Sok esetben a várandósok a 12. heti genetikai ultrahangvizsgálat után mentek először a védőnőkhöz, így az első EPDS felvétel akár a 13-14. héten is történhetett. Mivel közülük sokaknak volt a második trimeszterből további EPDS pontja, így a 13-14. heti kérdőívet még az első trimeszteri adatfelvételbe számítottuk. A 15-30. heti EPDS felvételeket kategorizáltuk második trimeszterbe, a 31. héttől kezdve pedig a harmadik trimeszterbe.

Az eredeti kutatást a Szegedi Tudományegyetem Regionális Humán Orvosbiológiai Kutatás-és Szakvizsgáló Bizottsága engedélyezte (100/2010 és 89/2011). Azóta az Emberi Erőforrások Minisztériuma [42] javasolta a védőnőknek, hogy fordítsanak figyelmet a nők pszichológiai állapotára és a depresszív tünetekre, valamint használják az EPDS kérdőívet szűrőeszközként. Szegeden a depressziósűrűs a várandósgondozás részévé vált.

3.4 A pszichológiai intervenció

Összesen 188 nő vett részt pszichológiai intervencióban a szűrés részeként. A szülészeti adataik kigyűjtése után kizártuk azokat, akiknek ikerterhességük, spontán- vagy művi abortuszuk volt, vagy gyermekük halva született. Így alakult ki a 150 fős intervenciócsoport; mindenki más a nem-intervenciócsoportban volt [40].

Az intervenció során egészségpszichológusként mélyebben is tanulmányoztuk a depressziós tüneteket: mikor jelentek meg, változott-e az intenzitásuk, milyen hatással voltak a nők mindennapi életére, volt-e az érintettnek megfelelő társas támogatása stb. Az intervenció során bármi, a hölgy várandósságához kapcsolódó problémával foglalkoztunk, és a konzultációk számát is rugalmasan igazítottuk. Ha úgy tűnt, hogy az érkezőnek másfajta segítségre van szüksége, mint hosszabb terápia egy klinikai szakpszichológussal, vagy gyógyszeres terápiára, akkor segítettünk a megfelelő szakember megtalálásában, illetve pszichiátriai beutalót is kaphattak a Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Osztályára [40].

Az intervencióval a célunk az volt, hogy segítsünk az érkezőknek az egészséges működés fejlesztésében és fenntartásában, illetve, a depressziós vagy szorongásos tünetek csökkentésében. Az alkalmak során egészségpszichológiai módszereket alkalmaztunk:

szupportív technikát, megerősítést, pszichoedukációt, krízisintervenciót, szorongás-, reménytelenség- és depressziócsökkentő módszereket, relaxációt, segítettük a veszteséggel való megküzdésben, a megküzdési módok és kontrollézés növelésében, párkapcsolati problémák megoldásában, emellett kognitív viselkedési elemeket is alkalmaztunk. Lehetőségük volt a kommunikációs készségeik fejlesztésére is, például hogyan kérhetnek információt vagy segítséget az orvostól, ápolótól [40].

3.5 Statisztikai elemzés

A statisztikai elemzéshez az IBM SPSS program 22. verzióját használtuk. A szignifikanciaszint 0,05-re volt állítva. Csoportokat alakítottunk ki az EPDS pontok, a különböző pre- és peripartum komplikációk, a szülés módja, az intervención való megjelenés, valamint a demográfiai adatok alapján [40].

A szülészeti adatok alapján hét szövődmény csoportot hoztunk létre: 1) koraszülés (36 hét előtt), 2) elhúzódó tágulás, 3) elhúzódó kitolás, 4) preeclampsia, 5) gestatio diabetes (GDM), 6) méhen belüli növekedési visszamaradás (IUGR) és 7) alacsony születési súly (2500 gramm alatt). A kontrollcsoportban azok a nők voltak, akiknél a fentiek közül egyik szövődmény sem állt fenn. A szülés módja alapján két csoportba osztottuk a résztvevőket: császármetszéssel, vagy hüvelyi úton szült. Az intervenció tekintetében azok a nők alkották az intervenció csoportot, akik megjelentek a pszichológiai konzultáción, mindenki más pedig a nem-intervenció csoportba került [40].

Azért, hogy a statisztikai elemzés erejét növeljük, kiegészítettük a 2042 nő hiányzó EPDS értékeit a meglévők alapján, mely egy statisztikailag megengedhető módszer. Ehhez kiszámoltuk az EPDS pontok medián értékét külön minden mérési alkalomra a fent említett szövődmény csoportokban, valamint 8) akiknél legalább két komplikáció is előfordult a fentiek közül és 9) akiknél a fentiek közül egyik szövődmény sem fordult elő [40]. Az első trimeszterben 183 nő adatát egészítettük ki, a második és harmadik mérési alkalommal 405 és 647 adatot, a szülés utáni mérésnél pedig 904-et.

A Friedman tesztet használtuk annak vizsgálatára, hogy az EPDS rangátlagok változnak-e a várandósság előrehaladása során és a szülés után; Mann-Whitney U tesztet Bonferroni korrekcióval annak felderítésére, hogy az EPDS rangátlagok összefüggenek-e a fent említett pre- és peripartum szövődményekkel; valamint Mann-Whitney U tesztet annak kiderítésére, hogy az EPDS rangátlagok összefüggenek-e a szülés módjával [40].

Kruskal-Wallis próbát használtunk páros-összehasonlítással annak felderítésére, hogy volt-e összefüggés az EPDS rangátlagok és aközött, hogy melyik trimeszterben kezdték az intervenciót a résztvevők, vagy egyáltalán igényelték-e [40].

Pearson Khi négyzet teszttel azt vizsgáltuk, hogy volt-e összefüggés az intervenció és a következő szövődmények között: preeclampsia, GDM, IUGR, koraszülés, alacsony születési súly, elhúzódtó tágulás és kitolás. Ugyanezzel a próbával elemeztük az intervenció és a szülés módja közötti kapcsolatot [40].

Pearson korrelációval mértük fel azt, hogy a különböző mérési alkalmak EPDS pontjai összefüggnek-e egymással. Mann-Whitney U próbával és Kruskal-Wallis teszttel (Bonferroni korrekcióval) vizsgáltuk meg, hogy van-e kapcsolat az EPDS rangátlagok és a demográfiai változók (kor, családi állapot, gyermekek száma, várandósság tervezettsége) között. Pearson Khi négyzet próbával pedig az intervenció és a családi állapot, a gyermekek száma és a várandósság tervezettsége közötti kapcsolatot teszteltük.

Három elemzést végeztünk a nem kiegészített EPDS pontokkal. Az elsőben a patológiás arányt akartunk felmérni, ehhez létrehoztuk a „depressziós” és „nem-depressziós” csoportokat az EPDS pontok és határértékek alapján, majd a Friedman teszttel állapítottuk meg a mérési alkalmaknál külön-külön a gyakoriságot [40]. Azt is megnéztük, hogy hány nőnek volt patológiás pontértéke legalább egyszer az antepartum időszakban. A harmadik elemzésben pedig a Wilcoxon teszttel vizsgáltuk, hogy az EPDS rangátlagok változtak-e az intervenció után az intervenció előtti állapothoz képest [40].

4. Eredmények

4.1 A minta demográfiai adatai

A válaszoló nők életkora 18-44 év között volt (átlag = 30,43, szórás = 4,840). A válaszadók közül 1527 nő (82,4%) volt kapcsolatban, eljegyezve, vagy házas; 1048 nő (56,3%) volt primipara, és 218 nő (11,8%) nem tervezte a várandósságát (1. táblázat).

1. táblázat: A minta demográfiai adatai

		N	Életkor sáv	Átlag	Szórás
Életkor		1992	18-44	30.43	4.840
		N		%	
Családi állapot	Kapcsolatban / eljegyezve / házas	1527		82,4	
	Egyedülálló / elvált / özvegy	327		17,6	
Gyermekek száma	Nincs	1048		56,3	
	Legalább egy	812		43,7	
Várandósság	Tervezett	1623		88,2	
	Nem tervezett	218		11,8	

A demográfiai jellemzőket az intervenciós és nem-intervenciós csoportokban is megvizsgáltuk. A nem-intervenciós csoportban a válaszadók kora 18-44 év közötti volt (átlag = 30.46, szórás = 4,797); 1428 nő (83%) volt kapcsolatban, eljegyezve, vagy házas; 963 nő (55,8%) volt primipara és 184 nő (10,8%) nem tervezte a várandósságát. Az intervenciós csoportban a választ adók életkora 18-43 év között volt (átlag = 30.11, szórás = 5,386); 99 nő (74,4%) volt kapcsolatban, eljegyezve, vagy házas; 85 nő (63,4%) volt primipara és 34 nő (25,4%) nem tervezte a várandósságát. Összességében az intervenciós csoport tagjai kisebb valószínűséggel voltak kapcsolatban, nagyobb valószínűséggel voltak primiparák, és több, mint kétszeres valószínűséggel nem tervezték várandósságukat (2. táblázat).

2. táblázat: Demográfiai adatok az intervenciós és nem-intervenciós csoportokban

		N	Életkor sáv	Átlag	Szórás
Életkor (intervenciós cs.)		140	18-43	30,11	5,386
Kor (nem-intervenciós cs.)		1852	18-44	30,46	4,797
		Intervenciós cs.		nem-intervenciós cs.	
		N	%	N	%
Családi állapot	Kapcsolatban / eljegyezve / házas	99	74,4	1428	83,0
	Egyedülálló / elvált / özvegy	34	25,6	293	17,0
Gyermekek száma	Nincs	85	63,4	963	55,8
	Legalább egy	49	36,6	763	44,2
Várandósság	Tervezett	100	74,6	1523	89,2
	Nem tervezett	34	25,4	184	10,8

cs.=csoport

Az EPDS kérdőíveket átlagosan a 10,59. héten vettük fel az első trimeszterben, a 22,44. és 34,43. héten a második és harmadik trimeszterben és a 4,81. héten a szülés után.

4.2 A depressziós pontok és a patológiás arány felmérése a mintában

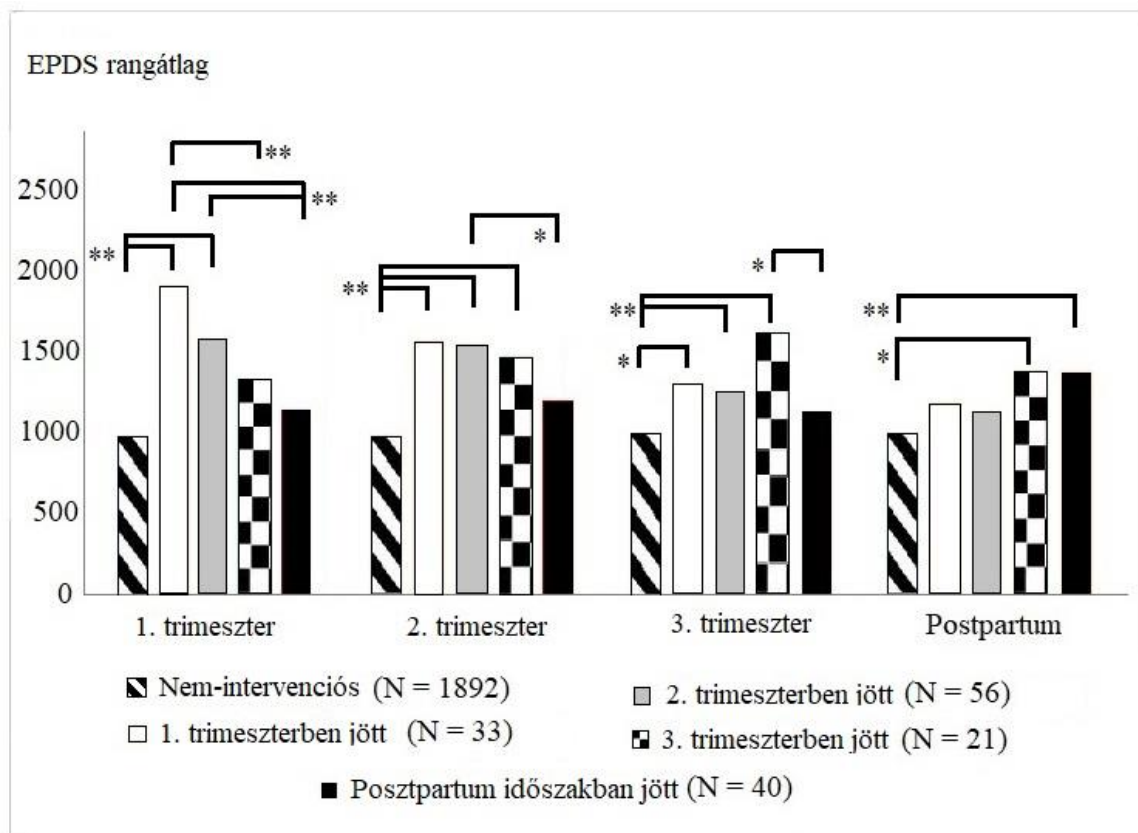
Az eredményeink alapján mind az EPDS rangátlagok, mint a patológiás arány csökkent az idő előrehaladtával (2,93-ról 2,38 pontra és 16,8%-ról 7,7%-ra). A Pearson-féle korrelációs számítás szerint mind a négy mérési alkalom EPDS pontjai szignifikánsan, pozitívan, gyengén és közepes mértékben korreláltak egymással (minden $p < 0,001$, $0,261 < r < 0,464$). A nem-intervenciós csoportban ugyanez a tendencia volt megfigyelhető, azaz a pontszámok szignifikánsan, pozitívan, gyengén és közepes mértékben korreláltak egymással (minden $p < 0,001$, $0,246 < r < 0,482$); ugyanakkor az intervenciós csoportban csak a második és harmadik trimeszter pontjai korreláltak szignifikánsan, $r(150) = 0,240$, $p = 0,003$, minden más esetben $p > 0,105$.

4.4 Részvételi arány az intervencióban és az EPDS pontok

A mintából 1561 nőnek (76,44%) nem volt szüksége intervencióra, de közülük 37 mégis eljött, mert szükségét érezte. Az EPDS pontok alapján pedig 481 nőnek (23,56%) volt felajánlva a konzultáció, de közülük csak 113 (23,5%) jelent meg.

A Wilcoxon próba szerint az EPDS rangátlagok szignifikánsan csökkentek az intervenció után az azt megelőző állapothoz képest, 38,75-ről 25,57-re, $Z = -6,518$, $p < 0,001$. A Kruskal-Wallis teszt eredménye szerint pedig az EPDS rangátlagok szignifikánsan eltértek a négy mérési alkalom során azok között a nők között, akik különböző trimeszterekben kezdték az intervenciót, vagy egyáltalán nem vették igénybe (minden $p < 0,001$). Mindegyik esetben azoknak a nőknek volt a legalacsonyabb az EPDS rangátlaguk, akik nem jöttek az intervencióra. A páros összehasonlítás eredményei az 1. ábrán láthatók.

1. ábra: Páros összehasonlítása (Bonferroni korrekcióval) az EPDS rangátlagoknak azok között a nők között, akik különböző trimeszterben kezdték az intervenciót, vagy egyáltalán nem igényelték



** esetén $p < 0,001$

* esetén $p < 0,05$

4.5 A pre- és perinatális szövődmények, az EPDS pontok és az intervenció összefüggései

A Mann-Whitney U próba (Bonferroni korrekcióval) alapján egyes pre- és peripartum szövődmények összefüggtek az EPDS rangátlagokkal (3. táblázat).

3. táblázat: Az összefüggés az EPDS rangátlagok és a pre- és peripartum szövődmények között

	EPDS rangátlagok			
	1. trimeszter	2. trimeszter	3. trimeszter	Postpartum időszak
Elhúzódozó tágulás (N = 129)	833,07	834,74	825,2	806,54
Nincs szövődmény (N = 1523)	825,94	825,8	841,79	1062,14
<i>p</i>	0,870	0,835	0,693	0,000*
Elhúzódozó kitolás (N = 48)	856,44	913,44	1044,55	1047,61
Nincs szövődmény (N = 1523)	783,78	781,98	777,85	777,75
<i>p</i>	0,271	0,043^t	0,000*	0,000*
Preeclampsia (N = 52)	817,08	837,52	698,97	1004,47
Nincs szövődmény (N = 1523)	787,01	786,31	791,04	780,61
<i>p</i>	0,636	0,414	0,135	0,000*
IUGR (N = 27)	797,91	972,20	942,65	846,83
Nincs szövődmény (N = 1523)	775,10	772,01	772,54	774,24
<i>p</i>	0,791	0,018^t	0,042^t	0,366
Alacsony születési súly (N = 94)	861,01	972,78	900,84	891,33
Nincs szövődmény (N = 1523)	805,79	798,89	803,33	803,92
<i>p</i>	0,262	0,000*	0,040^t	0,057^t
Koraszülés (N = 143)	835,40	812,82	891,23	843,04
Nincs szövődmény (N = 1523)	833,32	835,44	828,08	832,60
<i>p</i>	0,960	0,583	0,118	0,788
GDM (N = 181)	829,24	861,46	823,73	804,85
Nincs szövődmény (N = 1523)	855,24	851,44	855,92	858,16
<i>p</i>	0,501	0,791	0,386	0,136

A kapcsolat szignifikáns, ha a $p \leq 0.007$ (Bonferroni korrekció).

* esetén szignifikáns

^t esetén tendenciaszerű összefüggés.

A Pearson Khi négyzet próba szerint nincs szignifikáns különbség az intervenciós és nem-intervenciós csoportok között a fenti szövegmények esetében (minden $p > 0,150$).

4.7 A szülés módja, az EPDS pontok és az intervenció összefüggései

A Mann-Whitney U teszt szerint a császármetszéssel szülő nőknek magasabb volt szülés után az EPDS rangátlaguk a hüvelyi úton szülő nőkhöz képest, $U = 467991$, $p = 0,007$. A Pearson Khi négyzet próba alapján azok a nők, akik már a várandósságuk alatt elkezdtek intervencióra járni, szignifikánsan kisebb valószínűséggel szültek császármetszéssel azokhoz képest, akik nem vették igénybe az intervenciót (30,9% és 40,69%), $\chi^2(1) = 4,137$, $p = 0,042$. Emellett a császármetszéssel szülők nők szignifikánsan nagyobb valószínűséggel kértek pszichológiai konzultációt szülés után a hüvelyi úton szülőkhöz képest (2,9% és 1,5%), $\chi^2(1) = 4,576$, $p = 0,032$.

4.9 A demográfiai változók, az EPDS rangátlagok és az intervenció összefüggései

A Mann-Whitney U próba szerint a nem tervezett várandósság, az egyedülálló családi állapot, a primiparitás és a 21 évnél fiatalabb életkor szignifikánsan összefügg a magasabb EPDS rangátlagokkal a legtöbb mérési alkalom során. Emellett azok a nők jelentek meg valószínűbben az intervencióban, akik egyedülállóak és akik nem tervezték a várandósságukat.

5. Megbeszélés

Az **első célunk** az volt, hogy felmérjük az összefüggést a pre- és peripartum komplikációk, a demográfiai adatok és az EPDS pontok között. A tendenciaszerű kapcsolatokat szintén fontosnak tartjuk említeni, hiszen, bár nem szignifikáns összefüggések, de mégis implikálják, hogy mely kapcsolódásokat érdemes a továbbiakban is vizsgálni, erősebb kutatási feltételek mellett. Az eredményeink a következők voltak:

- szignifikánsan magasabb EPDS rangátlaggal volt összefüggésben
 - o a császármetszés (a szülés utáni méréskor)
 - o az elhúzódtó tágulás (a szülés utáni méréskor)
 - o az elhúzódtó kitolás (a harmadik trimeszterben és a szülés után)
 - o és az alacsony születési súly (a harmadik trimeszterben)
- tendenciaszerűen összefüggött a magasabb EPDS rangátlaggal

- az IUGR (a második és a harmadik trimeszterben)
- az alacsony születési súly (a harmadik trimeszterben és a szülés után)
- és az elhúzódó kitolás (a második trimeszterben)
- nem függött össze a magasabb EPDS rangátlagokkal
 - a koraszülés
 - és a GDM.

A demográfiai adatokkal a következő eredményeket találtuk:

- szignifikánsan magasabb EPDS rangátlaggal függött össze
 - a nem tervezett várandósság (mindegyik trimeszterben)
 - az egyedülálló/elvált/özvegy családi állapot (1. és 2. trimeszterben)
 - ha az első gyermekével volt várandós (a szülés utáni időszakban)
 - és a 21 évnél fiatalabb, vagy a 35 évnél idősebb életkor (mindegyik trimeszterben)
- tendenciaszerűen összefüggött a magasabb EPDS rangátlaggal a nem tervezett várandósság (a szülés utáni időszakban)

A **második célunk** az volt, hogy felmérjük a patológiás arányt a dél-magyarországi mintánkban, és felderítsük, hogy hogyan alakulnak az EPDS pontok a pre- és postpartum időszakban. Eredményeink alapján az első trimeszter tűnik a leginkább problémás időszaknak; ezt követően mindegyik mérési alkalommal csökkent a patológiás arány, mely eredmény eltér a szakirodalmi adatoktól. A mintában a patológiás arány alacsonyabb a korábbi mérésekhez képest [6,12], még a békéscsabai adatokhoz [11] képest is, ahol a depressziósűrűs szintén a várandósgondozás része. Véleményünk szerint a szűrőprogram állhat ezeknek az eltéréseknek a hátterében. Először is sok nő, akinek szüksége volt segítségre és kérte is, megfelelő pszichológiai támogatáshoz jutott. Emellett a szűrőprogram évekig folyt, melynek eredményeképp elképzelhető, hogy az emberek az egészségügyben és a nők környezetében érzékenyebbé váltak a depressziós tünetek felismerésére, így a nők mindenhol több támogatást kaphattak.

Eredményeink szerint a pre- és postpartum depressziós pontok szignifikánsan, pozitívan, gyengén vagy közepes erősséggel korreláltak egymással. Ez, vagyis, hogy a depressziós pontok az idő előrehaladtával is elég stabilak voltak, illetve a pre- és peripartum komplikációkkal, valamint a szülés módjával való összefüggésük hangsúlyozza a depresszió szűrőprogramok fontosságát. Ugyanis innentől nagyobb figyelmet

szenvelhetünk a magasabb EPDS pontot elérő nőknek, mivel náluk nagyobb a valószínűség az egyes szövödmények megjelenésére.

A **harmadik célunk** annak a felderítése volt, hogy az intervenció összefügg-e a pre- és peripartum szövödményekkel, a szülés módjával, az EPDS pontokkal, valamint a demográfiai adatokkal. Eredményeink szerint az intervenció utáni EPDS pontok szignifikánsan alacsonyabbak voltak az intervenció előtti állapothoz képest, mely feltételezi az alkalmazott módszerek alkalmasságát. Emellett az eredményeink alapján az intervencióba érkezőknek akkor volt a legmagasabb a pontjuk, amikor elkezdték az intervenciót. Véleményünk szerint ez arra utalhat, hogy a nők egy ideig meg tudtak küzdeni a nehézségeikkel, de amikor azok már túlnőnek rajtuk, és ezt felismerik, akkor segítséget keresnek. A mintánkban csak 23,5% kért támogatást azok közül, akiknek az intervenció lehetőségét felajánlottuk. Ez fényt derít a (pszicho)edukáció fontosságára: lényeges, hogy az emberek képesek legyenek arra, hogy professzionális segítséget kérjenek szégyenérzet nélkül, amikor úgy érzik, hogy összezsápnak a fejük felett a hullámok.

A demográfiai adatok tekintetében eredményeink szerint azok a nők jöttek valószínűbben intervencióba, akik egyedülállók/ elváltak/ özvegyek voltak, vagy akiknek a várandóssága nem tervezett. Mivel ezeknek a résztvevőknek magasabb volt az EPDS rangátalaga, így véleményünk szerint érthető, hogy valószínűbben is kértek segítséget.

A pre- és peripartum szövödmények esetén nem volt különbség az intervenció és nem-intervenció csoportok között. Ez ígéretes lehet, hiszen az intervenció csoportban lévőeknek magasabb volt az EPDS rangátalaguk, így több szövödményt valószínűsítettünk ebben a csoportban a fent említett eredményeink alapján. Emellett azok a nők, akik a várandósságuk alatt pszichológiai intervencióra jártak, kisebb valószínűséggel szültek császármetszéssel a nem-intervenció csoport tagjaihoz képest, ami alapján elképzelhető, hogy a pszichológiai intervenció egyfajta protektív faktor lehet. Ennek felderítéséhez persze további kutatásokra van szükség.

Ezek az eredmények hangsúlyozzák, hogy milyen fontos a pszichológiai intervenció biztosítása a depresszió szűrőprogramban, annak érdekében, hogy bárkinek professzionális segítséget nyújthassunk, akinek szüksége van támogatásra egy probléma megoldásában az életének egy meghatározott periódusában.

7. A kutatás új megállapításai

Az eredményeink szerint a magyar mintán szignifikáns összefüggés van a pre- és peripartum szövődmények, a szülés módja és az EPDS pontok között; emellett az eredmények feltételezik a pszichológiai intervenció hatékonyságát a depressziópontok és a császármetszés valószínűségének csökkentésében. Mindezek hangsúlyozzák a pre és peripartum depressziószűrés fontosságát, valamint, hogy biztosítsunk pszichológiai intervenciót azoknak a nőknek, akiknek szüksége és igénye van rá.

Nagyon kívánatos lenne, hogy ez a szűrőprogram rutineljárássá váljon Magyarországon. Így több részletes kutatást folytathatnánk annak érdekében, hogy még specifikusabban vizsgálhassuk a depresszió pontok, a pszichológiai intervenció és a pre- és peripartum komplikációk összefüggését. Emellett ennek nyomán a pszichológiai támogatás elérhetőbbé válna azoknak a várandós- és szülés után álló nők számára, akiknek szüksége lenne rá annak érdekében, hogy meg tudjanak küzdeni a különböző nehézségeikkel.

8. Köszönetnyilvánítás

Szeretném kifejezni hálámat a témavezetőmnek, Dr. Tőreki Annamáriának a támogatásáért, motiválásáért, valamint türelméért, melyet a kutatás és a disszertáció megírása során tanúsított felém.

Emellett szeretnék megköszönni minden védőnőnek a munkáját, akik segítettek a kérdőívek kitöltésével; az ő segítségük nélkül ez a kutatás nem létezhetne. Továbbá szeretnék köszönetet mondani a Szegedi Tudományegyetem Szülészeti- és Nőgyógyászati Klinika minden dolgozójának, akik valamilyen módon hozzájárultak a kutatáshoz.

9. Hivatkozások

1. Goodman JH, Chenausky KL, Freeman MP. Anxiety Disorders During Pregnancy: A Systematic Review. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(10): 1153–84.
2. Ross LE, Murray BJ, Steiner M. Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. *J Psychiatry Neurosci*. 2005;30(4): 247–56.
3. Doucet S, Jones I, Letourneau N, Dennis C-L, Blackmore ER. Interventions for the prevention and treatment of postpartum psychosis: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(2): 89–98.
4. Pitt B. „Maternity blues”. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1973;122(569): 431–3.
5. American Psychiatric Association, ed. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4. ed., 7. print. Washington, DC; 1998.
6. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2005;(119): 1–8.
7. Marcus SM. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences--Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol J Can Pharmacol Clin*. 2009;16(1): e15-22.
8. McGarry J, Kim H, Sheng X, Egger M, Baksh L. Postpartum depression and help-seeking behavior. *J Midwifery Womens Health*. 2009;54(1): 50–6.
9. Bödecs T. A várandósság alatti depresszió, szorongás és önértékelés neonatális kimenetekre gyakorolt negatív hatásainak vizsgálata, és a lehetséges mechanizmusok feltárása. PhD-tézis. [Negative effects and possible mechanisms of antenatal depression, anxiety and self-esteem on neonatal outcomes. PhD Thesis.] University of Pécs Faculty of Health Sciences. [Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar]; 2010. Available: http://tsp.etk.pte.hu/portal/wp/File/Doktoriiskola/Teziszfuzetek/Ertekezes_BodecsTammas.pdf
10. Töreki A, Balogné Fűrész V, Szent Z, Szeberényi Z, Becsei L, Pál A. A pszichológiai szűrés megjelenése a várandósgondozásban. [The psychological screening process in the maternal care system]. *Magy Nőorvosok Lapja*. 2014;77(6): 12–5.
11. Hompoth EA, Gálosi N, Becsei L, Töreki A. Pszichológiai szűrés a várandósgondozásban: eredmények Békéscsaba körzetéből [Psychological screening

- in the pregnancy care: results from the area of Békéscsaba]. *Orv Hetil.* 2020;161(10): 380–7.
12. Hompoth EA, Töreki A, Balogné Fűrész V, Németh G. A hangulati állapot alakulásának kockázati tényezői a perinatalis időszakban [The risk factors of mood changing during the perinatal period.] *Orv Hetil.* 2017;158: 139–46.
 13. Dudas R, Csatornai S, Devosa I, Töreki A, Andó B, Barabás K, et al. Obstetric and psychosocial risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Psychiatry Res.* 2012;200: 323-8.
 14. Kozinszky Z, Dudas RB, Csatornai S, Devosa I, Tóth É, Szabó D, et al. Social dynamics of postpartum depression: a population-based screening in South-Eastern Hungary. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46(5): 413–23.
 15. Töreki A. Psychosocial risk factors and screening options for perinatal psychopathologies. PhD Thesis [A perinatalis pszichopatológiák kialakulását elősegítő pszichoszociális faktorok és szűrési lehetőségeik. PhD-tézis.]. Department of Obstetrics and Gynaecology, Albert Szent-Györgyi Medical Center, University of Szeged, Szeged. [Szegedi Tudományegyetem, SzentGyörgyi Albert Klinikai Központ, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged]; 2012.
 16. Lee A, Keung Lam S, Mun Lau SM S, Chong C, Chui A, Fong D. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol.* 2007;110: 1102–12.
 17. Leigh B, Milgrom J. Risk factor for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry.* 2008;8: 24–35.
 18. Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. *Am J Obstet Gynecol.* 1989;160(5 Pt 1): 1107–11.
 19. Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med.* 2001;63(5): 830–4.
 20. Cripe SM, Frederick IO, Qiu C, Williams MA. Risk of Preterm Delivery and Hypertensive Disorders of Pregnancy in Relation to Maternal Comorbid Mood and Migraine Disorders during Pregnancy. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2011;25(2): 116–23.

21. Hinkle SN, Buck Louis GM, Rawal S, Zhu Y, Albert PS, Zhang C. A longitudinal study of depression and gestational diabetes in pregnancy and the postpartum period. *Diabetologia*. 2016;59(12): 2594–602.
22. Jesse DE, Seaver W, Wallace DC. Maternal psychosocial risks predict preterm birth in a group of women from Appalachia. *Midwifery*. 2003;19(3): 191–202.
23. Qiao Y, Wang J, Li J, Wang J. Effects of depressive and anxiety symptoms during pregnancy on pregnant, obstetric and neonatal outcomes: A follow-up study. *J Obstet Gynaecol*. 2012;32(3): 237–40.
24. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(10): 1012–24.
25. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;115(6): 481–6.
26. Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord*. 2002;70(3): 291–306.
27. Pawlby S, Hay D, Sharp D, Waters C, O’Keane V. Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: Prospective longitudinal community-based study. *J Affect Disord*. 2008;113: 236–43.
28. Milgrom J, Schembri C, Ericksen J, Ross J, Gemmill AW. Towards parenthood: an antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *J Affect Disord*. 2011;130(3): 385–94.
29. Dennis C-L, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4): CD006116.
30. O’Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(11): 1039–45.
31. O’Mahen H, Fedock G, Henshaw E, Himle JA, Forman J, Flynn HA. Modifying CBT for Perinatal Depression: What Do Women Want?: A Qualitative Study. *Cogn Behav Pract*. 2012;19(2): 359–71.
32. Chang M-Y, Chen C-H, Huang K-F. Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy. *J Clin Nurs*. 2008;17(19): 2580–7.

33. Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmäki E. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(11): 1315–9.
34. Liu YC, Blair E. Predicted Birthweight for Singletons and Twins. *Twin Res.* 2003;5(6): 529–37.
35. Rauh-Hain JA, Rana S, Tamez H, Wang A, Cohen B, Cohen A, et al. Risk for developing gestational diabetes in women with twin pregnancies. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2009;22(4): 293–9.
36. Martin JA, Hamilton BE, Sutton P, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S, et al. Births: Final Data for 2006. *Natl Vital Stat Rep.* 2009;57(7):1–104.
37. Töreki A, Andó B, Dudas RB, Dweik D, Janka Z, Kozinszky Z, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for postpartum depression in a clinical sample in Hungary. *Midwifery.* 2014;30: 911–8.
38. Töreki A, Andó B, Keresztúri A, Sikovanyecz J, Dudas R, Janka Z, et al. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and antepartum validation for a Hungarian sample. *Midwifery.* 2013;29: 308–15.
39. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 1987;150: 782–6.
40. Hompoth EA, Pető Z, Fűrészné Balogh V, Töreki A. Associations Between Depression Symptoms, Psychological Intervention and Perinatal Complications. *J Clin Psychol Med Settings.* 2020;27(1): 199–205.
41. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a védőnő feladatairól a várandós gondozásban [Hungarian Ministry of Human Resources. Professional protocol of the Hungarian Ministry of Human Resources about the roles of perinatal nurses in pregnancy care]. *Sanit Gaz Egészségügyi Közlöny.* 2008;58(3): 1616–31.
42. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről [Hungarian Ministry of Human Resources. Professional protocol of the Hungarian Ministry of Human Resources about the mother-baby-father unit treatment of mental disorders during the pre- peri- and postnatal phase]. *Sanit Gaz Egészségügyi Közlöny.* 2017;66(4): 1120–67.