

Szegedi Tudományegyetem
Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola
Reprodukciós Egészségtan Doktori Program

Ph.D. értekezés tézisei

**A perinatális pszichopatológiák kialakulását elősegítő
pszichoszociális faktorok és szűrési lehetőségeik**

Náfrádiné Töreki Annamária

Témavezető:
Prof. Dr. Pál Attila

Szeged
2012

Szegedi Tudományegyetem
Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola

Reprodukciós Egészségtan Oktatási program
Programvezető: Prof. Dr. Bártfai György

Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
Témavezető: **Prof. Dr. Pál Attila**

**A perinatális pszichopatológiák kialakulását elősegítő
pszichoszociális faktorok és szűrési lehetőségeik**

Náfrádiné Tőreki Annamária

Szeged

2012

Rövidítések listája

EPDS=Edinburgh Postnatal Depression Scale

GHQ=General Health Questionnaire

PTSD=Posttraumatic Stress Disorder

DSM-IV= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

SCID-I= Structured Clinical Interview Axis-I Disorders

S.D.=Standard Deviation

ROC= Relative operating characteristic

ICC=Intraclass coefficient

AUC= Area Under Curve

1. Bevezetés

Kutatások igazolják, hogy a nők 33,3%-át érint élete során különböző mértékű hangulatzavar, melynek legérzékenyebb időszaka a reprodukciós évekre tehető (Kopp, 1997). A perinatális időszakban bekövetkező fizikai és hormonális hatások pszichés státuszváltozást vonnak maguk után. A postpartum időszakban megjelenő fiziológiai változások hatással vannak a szerotonintermelésre is, amely előidézője lehet a hangulati állapot megváltozásának (Noble, 2005).

A terhesség három trimeszterében a hangulati változások különböző mértékben lehetnek jelen: leginkább az első és a harmadik trimeszter érzékeny a pszichés változásokra, míg a második szakasz egy nyugodtabb, pszichopatológiáktól mentesebb periódus (Belső, 2006).

Az antenatális major depresszió előfordulása 3-20 % között mozog (Freeman, 2007). Ez az arány változhat aszerint, hogy tervezett, illetve nem tervezett terhességről van szó, mivel az utóbbi esetben megtöbbszörözödhet az esély arra, hogy már az első trimeszterben megjelenjenek a depresszív tünetek (Lee, 2007). A depresszió csaknem kétszer akkora eséllyel vezethet koraszüléshez, mint a nem depressziós terhesek esetében (Smith, 2004). Ezzel együtt az alacsonyabb születési súly is lehet a depresszió következménye, melyről többek között azt is kimutatták, hogy a felnőtt korban kialakuló cardiovascularis betegségekkel hozható összefüggésbe (Hollins, 2007). Azoknál a gyerekeknél, ahol az anya a terhesség alatt, vagy a gyermekágyi időszakban hangulatzavarokkal küzdött, alacsonyabb pontszámot találtak a kognitív tesztekben, valamint a gyermek kreatív játékára is negatív hatással van az anya pozitív pszichoanamnézise. Gyakoribbak lesznek az alvási és az evési zavarok is a depressziós anyák gyermekeinél (Hollins, 2007).

A szorongásos kórképek csaknem mindegyike gyakran társul egyéb perinatális pszichopatológiákhoz. Jelentkezhet időszakosan, de lehet krónikus lefolyású is. Súlyossága és tartóssága negatívan befolyásolhatja az életminőséget, így további panaszokhoz vezethet (Comer, 2000). A pánikbetegség, a különböző fóbiák, a kényszerbetegség és a posttraumás stressz zavar mindannyian megjelenhetnek a perinatális időszakban, ennél fogva különös figyelmet kell fordítani rájuk.

Mindhárom trimeszterben jelentősen befolyásolja a terhes hangulatát az őt körülvevő szociális környezet. A család szupportív viszonyulása, az apa támogató odafordulása a születendő család felé, a mikro- és makromilió elfogadó attitűdje nagyon fontos védőfaktor a perinatális hangulatváltozások ellen.

2. Célkitűzések

Az antenatális és postnatális hangulatzavarok feltérképezését tűztük ki célul a következő módon: a terhesség alatti pszichés állapotot ugyanazzal a módszerrel kívánjuk felmérni, amivel számos külföldi ország tette a postnatális szakban (Gibson, 2009). Mivel erre az időszakra vonatkozó EPDS validálási eljárás Dél-Kelet Magyarországon még nem történt, ezért célkitűzéseink a következők:

- Egyrészt az 1987-ben Cox és mtsai által megalkotott EPDS kérdőív ante-és postnatális validálásával egy olyan szűrőeszközt szeretnénk biztosítani a Dél-Kelet Magyarországi perinatális populációt ellátó szakemberek számára, amellyel biztonságosan kiszűrhetők a kezdődő depresszív tünetek és ezáltal a terhest vagy a postpartum szakban lévő nőket a megfelelő szakemberhez lehet irányítani.
- Másrészt a szociodemográfiai jellemzők és az EPDS pontszámok között szeretnénk olyan összefüggésekre fényt deríteni, amelyek szűrésével kidolgozhatóvá válik a célzott prevenció.
- Végül pedig az volt a célja a vizsgálatunknak, hogy pontos, számszerű információt kapjunk arról, hogy a Dél-Kelet Magyarországi perinatális populációban milyen arányban vannak jelen a pszichopatológiával rendelkező nők.

3. Anyag és Módszer

Antenatális minta

Vizsgálatunk antepartum részébe 12 hetes terheseket válogattunk be, akik nucha szűrésre érkeztek a Szülészeti Klinika Ultrahang Ambulanciájára 2010. júliusa és 2010. decembere között. A vizsgálatba bevont terhesek száma 219 fő, akik közül senki nem utasította vissza a vizsgálatot.

Postnatális minta

A postpartum toborzás a szülés utáni 2-3. napon történt a szegedi Szülészeti Klinika Gyermekágyas Osztályán 2010.júliusa és 2011.márciusa között. Ekkor tájékoztattuk a gyermekágyasokat a vizsgálat céljáról és arra kértük őket, hogy a Beleegyező nyilatkozat és a szociodemográfiai adatlap kitöltésével jelezzék szándékukat arra, hogy a szülés utáni hatodik héten részt vesznek a vizsgálatban. Összesen 638 fő jelezte, hogy 6 hét múlva bevonható a

vizsgálatba, ám ebből mindösszesen 266 fővel történt meg a pszichológiai szűrés. (Az ante-és a postnatális minta között nincs átfedés). A 266 főből senki nem utasította vissza az EPDS kérdőív kitöltését.

A szülés utáni hatodik héten az anyák ugyanazon a vizsgálati eljáráson vettek részt, mint az antenatális vizsgálati személyek.

A vizsgálatban alkalmazott mérőmódszerek

Vizsgálatunkban elsősorban az Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) kérdőívet alkalmaztuk, amelyet 1987-ben Cox és munkatársai dolgoztak ki azzal a céllal, hogy létrehozzanak egy olyan mérőeszközt, amely a postnatális időszakban is hitelesen alkalmazható (Cox, 1987).

A kérdőív tíz kérdést tartalmaz, négy válaszadási lehetőséggel. A szokásos depresszív tünetek feltérképezése mellett a szorongásos tünetek explorációja is helyet kapott. A legutolsó kérdés pedig a szuicid veszély meglétére kérdez rá. A kérdőív az eltelt egy hét hangulati állapotának mérésére irányul.

A kérdésekre adott válaszok 0-tól 3 pontig értékelhetők. A kérdőív maximálisan elérhető pontszáma 30 pont. A nemzetközi validálások alapján a kérdőív az antepartum szakban 7-13 pont felett jelez major depressziót, míg a postpartum periódusban 10-12 pont felett (Gibson, 2009).

A vizsgálatban alkalmazott másik mérőeszközünk a DSM-IV SCID-I Pszichiátriai Diagnosztikai Interjú, amely a leggyakrabban alkalmazott diagnosztikai eljárás a pszichiátriában. A SCID-I A-tól F modulig terjedő részét alkalmaztuk, amely a következő pszichopatológiákat foglalja magában: hangulati epizódok, pszichotikus és pszichotikus jellegű tünetek, alkohollal és egyéb pszichoaktív szerekkel kapcsolatos zavarok, szorongásos és egyéb zavarok (First, 2002).

4. Eredmények

Az EPDS pontszámok eloszlása

Antenatális minta

Az antenatális mintán a teljes EPDS tesztre vonatkozó Cronbach alfa érték 0,77, míg a Guttman half-split együttható 0,778, ami elfogadható konzisztenciát jelent. Az alfa együttható minden kérdésnél legalább 0,727 volt. Mindez azt jelenti, hogy az alfa-teszt, mint a kérdőív

megbízhatóságának indikátora, minden esetben közel hasonló, elfogadható értéket adott, tehát az EPDS kérdései koherens módon együttmozognak és összetartozóan a depressziót mérik. A teszt-reteszt validálás esetében kapott ICC-érték 0,684 volt ($p < 0.001$). Azt mondhatjuk, hogy az EPDS elfogadható eredményt adott pár nap eltéréssel, azaz a teszt-reteszt megbízhatósága jó és konzisztens módon a depresszióra irányulnak a kérdései (a Spearman-féle $\rho: 0,52$ volt, $p < 0,001$). Tehát vizsgálati személyeink az újrakitöltés alkalmával nem tértek el jelentősen a korábbi értékeiktől.

A 219 megkérdezett személyből 15 esetben (6,85%) minor depresszió, 7 esetben pedig (3,2%) major depresszió igazolódott, amelyek átlagpontszáma jelentősen eltér a kontrollcsoport átlagától. Az EPDS pontszámok korrelációja a SCID eredményekkel: $r=0,5254$ ($p < 0,001$). Az átlagpontszám nem depressziós, minor depressziós és major depressziós postpartum asszonyoknál **4,11** (S.D.=2,52; pontszámok: 0-12), **8,80** (S.D.=3,75; pontszámok: 2-15), és **12,71** (S.D.=7,27; pontszámok: 7-22) volt. Az eredményből kitűnik, hogy a depressziós tünetek számának emelkedésével az EPDS átlagpontszámok is jelentős emelkedést mutatnak.

Postnatális minta

Az egész EPDS tesztre vonatkozó Cronbach alfa érték 0,75 volt, illetve a Guttman half split együttható 0,788, amely, az antenatális eredményekhez hasonlóan, elfogadható konzisztenciát jelent, azaz a kérdések együttmozgása, valamint a kérdőív megbízhatósága mutatkozik meg. Az alfa együttható minden kérdésnél legalább 0,727. Az újrakitöltés ICC-értéke 0,886-nak bizonyult ($p < 0,001$), és a Spearman-féle ρ 0,798 volt ($p < 0,001$), tehát a teszt rövid időn belüli ismételt kitöltése az első kitöltéshez hasonló eredményt adott.

A 266 vizsgálatba bevont gyermekágyas anya közül 36 esetben (13,5%) minor depresszió, 8 esetben pedig (3%) major depresszió igazolódott, melyek átlagpontszáma jelentősen eltér a kontroll csoport átlagától. Az EPDS pontszámok korrelációja a SCID eredményekkel: $r=0,654$ ($p < 0,001$). Az átlag pontszám egészséges, minor depressziós és major depressziós vizsgálati személyeknél **4,40** (S.D.=2,73; pontszámok: 0-12), **8,78** (S.D.= 3,30; pontszámok: 3-15), és **16,63** (S.D.=2,77; pontszámok: 13-22). Az antepartum eredményhez hasonlóan itt is hitelesen kirajzolódik az EPDS átlagpontszám növekedése a depresszív tünetek emelkedése esetén.

ROC-görbe analízis

Antenatális minta

ROC-görbe analízisünknel a kombinált depresszióra vonatkozó görbe alatti terület (AUC) 0,88 ($p < 0,001$), mely azt jelenti, hogy az EPDS képes szignifikáns módon elkülöníteni a nem depressziósokat a bármilyen típusú (akár minor, akár major) depressziósoktól.

Az ideális határérték kombinált depresszióra 6/7, 81,8% szenzitivitással és 83,2% specificitással mellett. A major depresszió esetében az optimális 8/9-es határérték mellett a szenzitivitás 71,4%, a specificitás 91,5% (AUC:0,933; $p < 0,001$).

Postnatális minta

A postnatális vizsgálatunkban a ROC-görbe alatti terület kombinált depresszió esetén 0,868 ($p < 0,001$), az ideális határérték 7/8, mely 72,7%-os szenzitivitást és 86%-os specificitást ad. Az EPDS pontszámok alapján kiválóan elkülöníthetők a depresszióval rendelkező, illetve nem rendelkező vizsgálati személyek.

A major postpartum depresszió ROC-görbe analízise szignifikáns eredményt adott (AUC:0,997; $p < 0,001$). 12/13-as vágóérték mellett az analízis 100%-os szenzitivitást és 97,7%-os specificitást mutat.

SCID-del diagnosztizált egyéb pszichiátriai kórképek

Antenatális minta

Az interjú a szociodemográfiai kérdőívek és az EPDS kérdőív kitöltése után zajlott. Az interjú felvételekor nem ismertük az EPDS kérdőív eredményét, a kitöltött kérdőív csak az interjú után került kiértékelésre.

A SCID alapján a következő pszichopatológiákat szűrtük:

- Minor depresszió: 15 fő
- Major depresszió: 7 fő
- Pánik szindróma: 11 fő
- Posttraumás stressz zavar (PTSD): 2 fő
- Dysthimia: 1 fő

A vizsgált 219 terhesből 36 fő, azaz 16% rendelkezik az említett pszichopatológiák valamelyikével.

Postnatális minta

A postnatális vizsgálati személyek esetében is ugyanazzal a módszerrel alkalmaztuk a SCID-I pszichiátriai diagnosztikai interjút, mint az antepartum vizsgálatunkban. A fent említett kórképek a következőképpen alakultak:

- Minor depresszió: 36 fő
- Major depresszió: 8 fő
- Pánikbetegség: 18 fő
- PTSD: 2 fő
- Pszichotikus tünetek: 1 fő

Tehát a vizsgált 266 főből 65 esetben, azaz 24,4%-ban, csaknem minden negyedik személynél diagnosztizáltunk patológiás elváltozást.

A pszichoszociális faktorok értékelése

A lakóhely és az EPDS átlagértékének viszonya

Antenatális minta

Az EPDS pontszámok átlaga a falun élőkénél magasabb volt (4,98 pont), míg a városiakok (4,58 pont) alacsonyabb pontátlagot értek el az EPDS teszt kitöltésével ($p=0,473$). Ez alapján azt feltételezhetjük, hogy a falun, illetve külterületen élő terheseket nagyobb mértékben érintik a depresszív tünetek.

Postnatális minta

Az EPDS pontátlag városiakok esetében 5,52 pont, míg falun és külterületen élőkénél 4,6 pont ($p=0,126$), ami a postpartum mintánkban a városiakok fokozottabb pszichés megterheltségét jelezte.

A terhesség tervezettsége és az EPDS kapcsolata

Antenatális minta

Antenatális mintánkban a terhességet a vizsgálati személyek 80,8%-a tervezte, ezzel szemben a nem tervezett terhességet viselők aránya 14,6%, míg a nem kívánt terhesség 4,6%-ban fordult elő. Az EPDS átlaga a tervezett terhességtől a nem kívánt terhesség felé haladva látványosan emelkedő tendenciát mutat (4,36-6-7,9 pont) ($p=0,001$).

Postnatális minta

A postpartum időszak fogékonyabb a pszichés ingadozásra, mint az antepartum szak. Ez a terhesség tervezettségére tekintetében sincs másképp. Azok a nők, akik tervezték a gyermekvállalást, alacsonyabb pontot értek el az EPDS skálán (5 pont). Ezzel szemben a nem tervezett terhesség után szült nők nagyobb növekedéssel számolhatnak (7,4 pont), míg a nem kívánt terhesség után szült nők érték el a legmagasabb pontszámot (7,6 pont).

Az iskolai végzettség és az EPDS pontátlagának viszonya

Antenatális minta

A felsőfokú végzettséggel rendelkezők a terhesség alatt alacsonyabb pontátlagot értek el (3,87 pont), a középfokú oktatásban részt vevők ehhez képest már szignifikánsan magasabbat (5,08 pont), míg az alacsonyabb végzettséggel rendelkezők emelkedése még látványosabb (7,53 pont) ($p < 0,001$).

Postnatális minta

Fordított arányú összefüggés áll fenn az iskolai végzettség és az EPDS pontszám között az antenatális mintához képest. A felsőfokú végzettségűek érték el a magasabb pontátlagot (5,56 pont), a középfokú tanulmányokkal rendelkezők alacsonyabbat (5,1 pont), míg az alacsonyabb végzettséggel rendelkezők a legkevesebbet (4,6 pont) ($p = 0,68$).

A paritás és az EPDS viszonya

Antenatális minta

A szülés előtti csoportnál először terhes 56,2%-ban fordult elő, míg a multiparák aránya 43,8% volt. Az EPDS pontszámok alakulása a két csoport között nem jelzett szignifikáns különbséget (4,66-4,73 pont).

Postnatális minta

Az EPDS pontértékek fordítva alakultak, mint az antenatális periódusban. Itt az először szülők érték el magasabb pontátlagot, bár szignifikáns különbség nem volt kimutatható (5,4-5,23 pont).

Az anyagi helyzet és az EPDS kapcsolata

Antenatális minta

Az anyagi helyzet hatása a pszichés állapotra megmutatkozik az EPDS kérdőív pontszámaiból is. Míg az anyagi gondokkal küzdők EPDS átlaga magasabb (6,87 pont), addig az anyagi gondoktól nem szenvedők átlaga jóval alacsonyabb, tehát a depresszív tünetek megjelenése szorosan kapcsolódik az anyagi állapothoz (4,37 pont) ($p = 0,001$).

Postnatális minta

A 266 vizsgálati személy közül 69-en jelölték be az anyagi probléma opciót, amely a megkérdezettek 26%-át teszi ki. Ezeknek az EPDS átlagpontszáma szignifikánsan magasabb (6,68 pont), míg az anyagi problémáktól mentes csoporté szembetűnően alacsony (4,94 pont) ($p=0,001$).

Az EPDS alakulása életkor szerint

Antenatális minta

Az EPDS átlagok a következő módon alakultak: a legfiatalabb 2 kategória (20, illetve 25 év alattiak) tűnik a legérzékenyebbnek a pszichés változásokra, mivel az ő esetükben a legmagasabb az EPDS átlagérték (6,85, illetve 5,53 pont). Eredményünk alapján a 31-35 éves kor között a legkedvezőbbek a pszichés reakciók (4,44 pont).

Postnatális minta

Az életkor szerinti eloszlás és az EPDS pontátlagok a következőképpen alakultak: a 2 legfiatalabb kategória (20, illetve 25 év alattiak) vulnerabilitása a postpartum időszakban is kimutatható (5, illetve 5,77 pont), de ebben a mintában a 35 év feletti életkor protektív hatása mutatkozik meg a pszichés változásokkal szemben (4,76 pont).

Az EPDS és a gyermekek számának kapcsolata

Antenatális minta

A 219 fő vizsgálati személyből 136 primiparánk volt, második gyermekét 58 terhes várta, harmadik gyermek 18 családba született, negyedik vagy többedik gyermekét 7 vizsgálati személy várta. EPDS pontátlaguk a következőképpen alakult: a negyedik gyermek vállalása kifejezetten megemeli a depresszív tünetek számát (6,85 pont), míg a második gyermek vállalása tűnik a legideálisabbnak (3,98 pont).

Postnatális minta

Ebben a vizsgálati csoportban a gyerekek száma és az EPDS átlagpontszámok a következő eredményt adták: a negyedik gyermek vállalása a postnatális mintánkban is erős növekedést mutat a depresszív tünetek megjelenésében (6,5 pont), ám ebben az esetben a harmadik gyermek vállalása tűnik a legkevésbé sérülékeny tényezőnek (5,09 pont).

A szülés módja és az EPDS kapcsolata

Az EPDS átlagpontszáma tekintetében a császármetszéssel szült anyák szülés után hat héttel magasabb átlagpontot értek el (5,98 pont), míg a hüvelyi szülés után 6 héttel alacsonyabb pontszámot kaptunk eredményül (5,2 pont) ($p=0,115$).

5. Megbeszélés

Antenatális minta

Statisztikai próbáink igazolják, hogy az EPDS magyar verziója hiteles mérőeszköznek bizonyult. A pszichometriai mutatói az antenatális depresszió detektálására további kutatást igényelnének, lehetőség szerint reprezentatív mintán.

Mindezeken túl megállapítható, hogy az általunk vizsgált magyar mintán az EPDS kérdőív validálási eljárása eredményes volt, azaz képes detektálni az antenatális depressziót (kombinált major és minor depressziót), 80% körüli szenzitivitással és specificitással.

Magyarországon a major depresszív zavar előfordulási aránya az átlag női populációra vetítve 4,7% (8/172) (Szádóczky, 1997), ezzel szemben az általunk vizsgált terhes populációban mindösszesen csak 3,2% (7/219). Ellentétben más tanulmányokkal, amelyek megállapítják, hogy a terhesség alatt a depresszív tünetek növekedése tapasztalható, a mi kutatásunk kisebb mértékű depressziós arányról számol be, mint az átlag populációban. Ahhoz, hogy a terhesség alatti depresszív tünetekről a csökkenő tendenciát egyértelműen kijelenthessük a terhesség előtti állapothoz képest, vagy magyarázatot találjunk az eredményünkre, szükséges lenne egy olyan tanulmány készítése, amely terhesség előtt, terhesség alatt, valamint a szülés utáni időszakban is méri a depresszív tüneteket. Ez azonban metodológiai problémák sorát veti fel, többek között egy erre alkalmas szűrőeszköz kidolgozására lenne szükség.

A major depresszív esetek az EPDS magyar nyelvű verziójában 8/9 pont felett teljesítettek. Azonban jelentős szórás mutatkozik a pontszámokban és az eloszlás mutat némi átfedést a minor, a major és a nem depressziós csoportok között, ami azt jelenti, hogy az EPDS nem feltétlenül alkalmas a minor depresszió detektálására, sokkal inkább használhatónak bizonyult a kombinált depresszió és a major depresszió szűrésére.

Összességében megállapíthatjuk, hogy a 6 pont feletti EPDS érték minor vagy major depresszióra, a 9 vagy annál magasabb értéket kizárólag major depresszióra alkalmazhatjuk az antenatális mintánknál.

Az említett eredmények tükrében elmondhatjuk, hogy az EPDS magyar nyelvű antenatális validálása elfogadható, megbízható, érvényes eredményt mutatott, ám körültekintő használata szükséges a fent említett okok miatt.

Postnatális minta

Vizsgálati eredményeink jól demonstrálják, hogy az EPDS kérdőív a postnatális mintánkban szintén major, illetve kombinált depresszió esetén teljesít hitelesen. A korábbi nemzetközi tanulmányok a major depresszió ponthatáráként 9-12/13 pontot állapítottak meg (Gibson, 2009).

Vizsgálatunk alapján klinikai szűrésre a 7/8-as vágóértéket használjuk, amely magas szenzitivitást mutat, azonban kutatási céllal érdemes a 12/13-as vágóértéket alkalmazni, amely magas specificitással rendelkezik, és egybeesik a norvég és a spanyol validálási eredménnyel.

Klinikánkon közel azonos időszakban megtörtént az EPDS ante- és postnatális validálása Dél-Kelet magyarországi klinikai mintán. Ezek alapján elmondható, hogy az EPDS a postnatális időszakban a mi kutatásunkban jobban teljesített, mint az antenatális szakban.

6. Következtetések

Első célkitűzésként azt fogalmaztuk meg, hogy az EPDS kérdőív ante- és postnatális validálásával egy olyan szűrőeszközt biztosítsunk a Dél-Kelet Magyarországon dolgozó perinatális szakemberek számára, amellyel biztonsággal kiszűrhetők a hangulatzavarokkal küzdő terhesek és gyermekágyasok.

Az antenatális vizsgálatunkban az EPDS vágóértékét 6/7 pontban határoztuk meg kombinált depresszióra, 80% körüli szenzitivitással és specificitással. Mindezen túl megállapítottuk, hogy amennyiben a major depressziót akarjuk detektálni, 8/9 vágóértéket kell alkalmaznunk. Ugyanezt igazolta a ROC-görbe analízisünk is. Ereményünk alapján elmondhatjuk, hogy az EPDS kérdőív szemantikai és tartalmi validálása eredményes volt a klinikai mintánkon, ennél fogva megbízhatóan alkalmazható a depresszív tünetek szűrésére.

A postnatális időszakban végzett validálási eljárás alapján szintén kijelenthetjük, hogy a kombinált depresszióra 7/8-as vágóértékkal klinikai szűrésre, 12/13-as vágóértékkal kutatási folyamatokban ajánlott a kérdőív használata.

Mivel a kérdőív alkalmazása kevés időt igényel, kiértékelése pedig egyértelmű, ezért a nem pszichológus szakemberek számára is könnyűszerrel alkalmazható szűrőeszköz. Akár a szülész orvos, akár a védőnő, depresszív tünetek sejtése esetén, alig 3-5 perc ráfordítással megbizonyosodhat arról, hogy a gondozott terhesnél vagy gyermekágyasnál jelen vannak-e a depresszív tünetek, és amennyiben vágóérték feletti eredmény születik, a megfelelő szakemberhez lehet irányítani a beteget.

Második célkitűzésünk az volt, hogy vajon találunk-e összefüggést a hangulati állapot változása és a különböző pszichoszociális faktorok között? A terhesek vizsgálatában az az eredmény született, hogy a falun élők, a nem kívánt terhességet viselők, az alacsony iskolai végzettség, a multiparitás, a rossz anyagi helyzet, a 20-25 év alatti életkor, vagy a negyedik (vagy annál több) gyermek születése provokáló tényezője lehet az antenatális szakban detektálható pszichopatológiáknak.

A postnatális mintánknál a következő provokáló tényezőket állapíthatjuk meg: a város lakó, a nem kívánt terhességet viselő, a felsőfokú végzettségű, a primipara, az anyagi problémákkal küzdő, a 20-25 év alattiak, a negyedik (vagy annál több) gyermeket vállaló, illetve a császármetszéssel szülő fogékonyabb a pszichés változásokra a postnatális időszakban.

Harmadik célkitűzésünkben arra a kérdésre kívántunk választ kapni, hogy a Dél-Kelet magyarországi perinatális populációban szám szerint milyen arányban vannak jelen a pszichopatológiákkal rendelkező nők? Vizsgálati eljárásunk alapján azt a választ kaptuk, hogy csaknem minden hetedik terhes, illetve minden negyedik gyermekágyas érintett a korábban említett pszichopatológiák valamelyikével.

A kapott eredmények hatására elkerülhetetlenné vált, hogy a pszichológiai szűrés része legyen a terhesgondozásnak.

7. Összegzés, újdonság, gyakorlati alkalmazhatóság

Vizsgálatunk eredményei felhívják a szakemberek figyelmét arra, hogy a perinatális populációban létezik egy olyan réteg, amely komoly hangulati problémákkal küzd a terhesség alatti és a szülés utáni időszakban. Mivel korábban erre irányuló komplex kutatás a Dél-Kelet Magyarországi régióban nem történt, valamint 2009 előtt nem volt elérhető a pszichológiai támogatás a minor vagy kombinált depresszív tünetekkel rendelkező nők számára, ezért a jelen kutatásunk eredményéből óhatatlanul le kell vonnunk azt a következtetést, hogy valamilyen módon meg kell szólítanunk a pszichés tünetekkel küzdő terheseket és gyermekágyasokat, és a pszichoeducáció eszközeivel konkrét segítséget kell nyújtanunk számukra.

A pszichológiai szűrés bevezetése a szegedi terhesgondozásban

A kapott eredmények figyelembe vételével a Szegedi Tudományegyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikája 2011. április 1-től bevezette a szegedi várandósok körében a

mindhárom trimeszterre, illetve a postpartum időszakra is kiterjedő pszichológiai szűrést, amelyet a körzeti védőnők végeznek, és eszközként a validált EPDS kérdőívet használják.

Amennyiben a védőnők a szűrés során határérték feletti pontszámot kapnak eredményül (8 pont, vagy annál több), a terhest további pszichológiai szűrésre irányítják a Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikára. A terhes vagy gyermekágyas egy komplexebb pszichológiai szűrésen vesz részt (EPDS, SCID, GHQ), majd egy pszichológiai tanácsadás formájában kap konkrét segítséget a fennálló tüneteinek enyhítésére és szorongásainak a csökkentésére. Amennyiben olyan esettel találkozunk, amely pszichiátriai beavatkozást igényel, együttműködve a Pszichiátriai Klinikával, továbbítjuk a beteget a megfelelő szakellátásba.

A szűrés bevezetésétől azt várjuk, hogy a patológiás hangulati változások már a kezdeti stádiumban felismerhetők legyenek, a beteg mihamarabb szakszerű segítségben részesüljön és ezáltal elkerülhetővé váljon számos nem kívánt, a magzatra és terhesre, valamint újszülöttre gyakorolt kedvezőtlen hatás, mint például az intrauterin magzati retardáció, koraszülés, császármetszés vagy a postpartum időszakban a lehangoltság, a depresszió, a gyermek elégtelen kognitív és szomatikus fejlődése, valamint az anya-gyermek kötődés sérülése.

Az értekezés témájához kapcsolódó közlemények

1. **Tőreki, A.**, Bálint A., Keresztúri A. et al., The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Translation and antepartum validation for a Hungarian sample. Midwifery 2012;10.1016/j.midw.2012.01 in press. **IF=1,777**
2. Dudás R., Csatornai S., **Tőreki A.** Obstetric and psychosocial risk factors for depressive symptoms during pregnancy. Psychiatry Research 2012, 10.1016 in press. **IF= 2,524**
3. **Tőreki A.**, Pál A, Szokolszky Á et al. A perinatális szorongás és depresszió alakulása egészséges terheseknél, összevetve a postnatális depresszió kialakulásának esélyeivel. Magyar Nőorvosok Lapja 2010; 73:267-271.

Az értekezés témájához kapcsolódó előadások

1. **Tőreki A.**, Pál A.: A pánikbetegség hatása a terhességre
Magyar Nőorvos Társaság Dél-Magyarországi Szekciójának XXX. Kongresszusa, Hódmezővásárhely, 2009
2. **Tőreki A.**, Pál A.: A pánikbetegség hatása a terhességre, a terhesség hatása a pánikbetegségre.
Magyar Nőorvos Társaság Nagygyűlése, Debrecen, 2010
3. **Tőreki A.**, Pál A. A pánikbetegség hatása a szülésre;
Országos Szülésznői Konferencia, Szeged, 2010
4. **Tőreki A.**, Andó B., Kozinszky Z. és mtsai.: Az antepartum és a postpartum depresszió előfordulási gyakorisága a szegedi Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán.
Magyar Nőorvos Társaság Dél-Magyarországi Szekciójának XXXI. Kongresszusa, Baja, 2010
5. **Tőreki A.**, Andó B., Kozinszky Z. és mtsai.: Pszichopatológiák a szegedi Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán

Magyar Pszichológiai Társaság Nagygyűlése, Budapest, 2011

6. **Tőreki A.**, Andó B., Kozinszky Z és mtsai.: Perinatális hangulatváltozások a szegedi Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán

Magyar Nőorvos Társaság Dél-Magyarországi Szekciójának XXXII. Kongresszusa, Gyula, 2011

7. **Tőreki A.**, Andó B., Kozinszky Z és mtsai.: A perinatális pszichopatológiák kialakulását elősegítő pszichoszociális faktorok és szűrési lehetőségeik

Országos Magatartástudományi Napok, Szeged, 2012

Irodalomjegyzék

- Kopp M., Szedmák S., Lőke J. et al. A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. *Lege Artis Medicinae* 1997; 7: 136-144.
- Noble RE Depression in Women. *Metabolism* 2005; 54:49-52
- Belső N. A perinatális időszak pszichés zavarai. In C.Molnár Emma: Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria, *Medicina* 2006
- Freeman, M.P. Antenatal depression: navigating the treatment dilemmas. *Am J Psychiat* 2007; 164:1162-1165
- Lee, A.M., Lam, S.K., Lau, S.M. et al. Prevalence, course and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol* 2007; 110:1102-1112.
- Smith, M.V., Brunetto, W.L., Yonkers, K.A. Identifying perinatal depression-sooner is better. *Contemp Obstet Gynecol.* 2004; 49:325-334.
- Hollins, K. Consequences of antenatal mental health problems for child health and development. *Curr. Opin Obstet Gynecol* 2007; 19:568-572.
- Comer, Ronald J. A lélek betegségei. Osiris Kiadó. 2000 Budapest
- Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J et al. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119:350-364.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psych.* 1987; 150:782-6.
- First, Michael B., Spitzer, Robert L et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P) New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, November 2002.
- Szádóczky, E., Rihmer, Z., Papp et al. The prevalence of affective and anxiety disorders in primary care practice in Hungary. *Journal of Affective Disorders* 1997; 43:239–244.