

# Depressziószűrés a várandósgondozásban

*Eredmények Békéscsaba körzetéből*

Hompoth Emőke Adrienn<sup>1</sup> ■ Gálosi Natália<sup>2</sup>  
Becsei László dr.<sup>3</sup> ■ Tőreki Annamária dr.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szentágotthai Klinikai Központ,  
Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztály, Szeged

<sup>2</sup>Békés Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet, Gyula

<sup>3</sup>Békés Megyei Központi Kórház, Békéscsaba

**Bevezetés:** Bár a várandósság általában vágyott állapot, mégis megvannak a maga nehézségei, melyek megterhelőek lehetnek, így lehangoltság, depresszió alakulhat ki. Ennek prevalenciája a nemzetközi szakirodalomban 6,58–26,7%, magyar mintákon 6,5–17,9%.

**Célkitűzés:** A 2014-ben Békéscsabán elindult, a várandósság alatti és a szülés utáni depressziószűrés adatainak elemzése: a patológiás arány felmérése, illetve a demográfiai tényezők és a depressziós tünetek mértéke közötti összefüggések vizsgálata.

**Módszer:** 2019 augusztusáig 1708 nő vett részt a szűrésben, melynek lebonyolítását a védőnők végzik: ők magyarázzák el a program lényegét, töltetik ki és értékelik az Edinburgh Postnatal Depression Scale kérdőívet mindhárom trimeszterben, valamint a szülés után is egyszer-egyszer. Szükség esetén pedig javasolják a kitöltőnek, hogy vegye igénybe a szűrőprogram részeként a pszichológiai intervenciót.

**Eredmények:** A négy mérési alkalom során a határérték feletti kérdőívek prevalenciája a következő: 15,31%, 14,29%, 11,87%, 12,68%. A teljes minta 18,27%-a mutatott legalább egyszer emelkedett depressziós tüneteket. A négy mérési alkalom depresszió-pontértékei szignifikánsan, közepes erősséggel korreláltak egymással. Emellett mind a négy mérési alkalommal szignifikánsan magasabb volt a depressziószintje azoknak a nőknek, akik nem tervezték várandósságukat. Az első trimeszterben volt szignifikáns összefüggés a kórral és a családi állapottal: a 21 év alatti, illetve az egyedülálló nők szignifikánsan magasabb depressziószintet mutatnak a 21 évnél idősebb, illetve a kapcsolatban/házasságban élő társaikhoz képest. A paritással tendenciaszerű kapcsolat volt a második trimeszterben: a multiparáknak tendenciaszerűen magasabb volt a pontértékük.

**Következtetés:** A magas prevalencia, valamint a depressziószint állandósága megerősíti a szűrés és a pszichológiai intervenció fontosságát, hiszen korábban találtak összefüggést a depresszió és bizonyos szülészeti komplikációk között. Egyes demográfiai faktorok mint rizikótényezők jelezhetik, hogy ki a veszélyeztetettebb.

Orv Hetil. 2020; 161(10): 374–381.

**Kulcsszavak:** depressziószűrés, várandósság, postpartum, védőnő

## Depression screening in the pregnancy care

*Results from the area of Békéscsaba*

**Introduction:** Pregnancy is usually desired, yet it has its own difficulties that can be overwhelming, thus depression might occur. The prevalence of this is 6.58–26.7% in the international literature and 6.5–17.9% in Hungarian studies.

**Aim:** The aim was to analyze the data of the perinatal depression screening program of Békéscsaba which started in 2014. We wanted to study the pathological rate and the connection between demographic data and depression symptoms.

**Method:** Until August 2019, 1708 women took part in the program. The screening is done by perinatal nurses: they explain the aims and hand over the Edinburgh Postnatal Depression Scale three times during pregnancy and once postpartum. They also suggest women in need to attend the psychological intervention as part of the screening.

**Results:** The prevalence of the pathological questionnaires were 15.31%, 14.29%, 11.87%, and 12.68% at the four measuring occasions. In the whole sample, 18.27% of women had pathological score at least once. The depression scores of the four measurements correlated significantly with each other. Women who did not plan their pregnancies had higher level of depression in all four measurements. In the first trimester, women who were under 21 years old and/or were single had higher depression scores. In the second trimester, multipara women tended to have higher scores.

**Conclusion:** The high prevalence and the constant level of depression emphasize the importance of the screening and psychological intervention, as previous studies found connection between depression and some perinatal complications. Some demographic factors can indicate more vulnerable women.

**Keywords:** depression screening, pregnancy, postpartum phase, perinatal nurse

Hompoth EA, Gálosi N, Becsei L, Tőreki A. [Depression screening in the pregnancy care. Results from the area of Békéscsaba]. *Orv Hetil.* 2020; 161(10): 374–381.

(Beérkezett: 2019. október 13.; elfogadva: 2019. november 10.)

### Rövidítések

EMMI = Emberi Erőforrások Minisztériuma; EPDS = (Edinburgh Postnatal Depression Scale) Edinburghi Postnatalis Depresszió Skála

A várandósság általában vágyott állapot, melyhez a hétköznapi gondolkodásban többnyire pozitív jelzők, elképzelések társulnak. Valójában ennek az időszaknak is megvannak a maga nehézségei, hiszen a várandósok új kihívások előtt állnak: alkalmazkodniuk kell a hormonális és egyéb fizikai változásokhoz, a formálódó új szerepekhez, az átalakult környezethez stb. Ez a folyamat időnként megterhelő lehet, esetenként pszichés tünetek kialakulásának kedvez. Ilyen például a lehangoltság és a depresszió.

Nemzetközi adatokat vizsgálva *Okagbue és mtsai* [1] áttekintő tanulmánya szerint a depresszió prevalenciája az antepartum időszakban 15,05% egy 28 248 fős mintán. Trimeszterenként lebontva az arányok a következőképp alakultak: 10,35% az első trimeszterben, 6,58% a másodikban, majd a legmagasabb a harmadikban, 26,7%-kal. *Shorey és mtsai* [2] a szülés utáni időszakot vizsgálták: eredményeik szerint a 3. hónapig a nők 14%-a mutatott magasabb depressziós értéket, összesítve Európában pedig a nők 8%-a. Magyarországon még nem történt átfogó felmérés a szülés előtti és utáni időszak depresszív tüneteit illetően, csupán egy-egy régióról született korábbi tanulmány. Egy szombathelyi kutatásban a vizsgált 307 nő 17,9%-a küzdött magasabb depressziószinttel az első trimeszterben [3]. Békéscsabán 2014-ben egy 307 fős várandós- és postpartum minta 384 kitöltött kérdőívének 11,2%-a mutatott emelkedett depresszióértéket [4]. Szegeden 2014-ben a 2252 fős minta 4669 kitöltött kérdőívének (ebből 499 postpartum) 8,9%-a [4], míg 2017-ben a 3849 (közülük 747, postpartum időszakban lévő) nő által kitöltött kérdőívek 8,5%-a mutatott magasabb depresszióértéket, ezen belül is az első trimeszter-

ben 10,8%, a második és harmadik trimeszterben 6,9% és 6,5%, a postpartum időszakban pedig 7,8% [5].

Korábbi tanulmányok is foglalkoztak azzal, hogy felderítsék a várandóssághoz kapcsolódó depresszió rizikó- és protektív faktorait. Két nagy áttekintő tanulmány is úgy találta, hogy összefüggés van a várandósság alatti megemelkedett depressziószint és a nem tervezett várandósság, az alacsony iskolázottság, illetve jövedelem, a megterhelő életesemények, emellett az egyedülálló családi állapot, de még inkább a nem támogató partnerkapcsolat között. Ugyanakkor inkonzisztensek az eredmények a kor, a paritás, a dohányzás, az alkohol- és szerhasználat, valamint a foglalkoztatottság esetén [6, 7]. A szegedi kutatásban szintén összefüggött a várandósság alatti és szülés utáni depresszióval a nem tervezett várandósság, emellett rizikófaktornak tűnt a 26 év alatti és 34 év feletti életkor, a multiparitás, illetve a második trimeszterben az egyedülálló családi állapot [5]. Szombathelyen pedig az élettársi kapcsolatban élőknek volt magasabb a depressziópontszámuk a házasságban élőkhez képest, emellett a munkanélküli státusz, illetve az életkor, a szocioökonómiai státusz és az iskolázottság alacsony szintje a magasabb depresszióval függött össze [3]. A postpartum depresszióknak pedig jelentős rizikófaktora az antepartum depresszió [5, 8].

A várandóssághoz kapcsolható depresszió következményeinek vizsgálatára *Plant és mtsai* [9] 103 nőt és azok gyermekeit követték 26 éven keresztül. Eredményeik szerint a várandósságuk alatt depresszióval diagnosztizált nők 71,1%-a a gyermeke gyerekkora alatt is depresszióval küzdött, illetve gyakoribb volt a gyermekkel szembeni nem megfelelő bánásmód. Emellett azok a gyerekek, akiknek anyját a várandósság alatt depresszióval diagnosztizálták, 3,4-szer nagyobb eséllyel kaptak maguk is depressziódiagnózist felnőttkorukban. A várandósság alatti depresszió továbbá olyan szülési komplikációkkal is összefüggést mutathat, mint az elhúzódo kitolás vagy az alacsony születési súly [10], melyeknek

további negatív következményei lehetnek az utód életében.

A jelen kutatás célja a békéscsabai depressziószűrésben részt vevő nők adatainak vizsgálni, hogy van-e összefüggés a demográfiai tényezők (a várandósság tervezettség, életkor, családi állapot, paritás) és a depressziós tünetek mértéke között. Emellett célunk volt felmérni a patológiás arányt, valamint azt, hogy a depresszió mértéke hogyan változik a várandósság alatti és a szülés utáni hetekben.

## Módszer

### A minta

2011-ben Szegeden bevezetésre került a perinatalis depresszió szűrőprogram a 100/2010. számú etikai engedély alapján, majd 2014-ben Békéscsabán a Békés Megyei Központi Kórházban mint a Szegedi Tudományegyetem oktatóintézményében is elindult a szűrés, mivel a várandósgondozás részévé vált az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelvének a praec-, peri- és postnatalis mentális zavarok kezeléséről szóló rendeletéhez [11] igazodva. A szűrés célja az volt, hogy a várandósság alatt vagy a szülés után nehézségekkel küzdő nők megfelelő pszichológiai segítséget kaphassanak, mellyel erősíteni lehet az új élethelyzethez való adaptációt, a nő megküzdési kapacitását. A depressziószűrésben a részvétel önkéntes, a várandósok és postpartum nők dönthetnek úgy, hogy nem töltik ki a kérdőívet.

A jelen kutatásban a békéscsabai perinatalis depresszió szűrőprogramban részt vett nők adatait elemeztük. A kutatásból nem zártuk ki azokat a nőket, akik korábban valamilyen mentális problémával küzdöttek, egyrészt azért, mert átfogó képet szeretnénk volna kapni, másrészt pedig mert Shorey és mtsai [2] áttekintő tanulmánya szerint nincs jelentős különbség a szülés utáni depresszió prevalenciájában a két csoport között.

1. táblázat | Demográfiai adatok

Életkor	Átlag (n = 1652)	Szórás
	30,89	5,319
Családi állapot	Egyedülálló/elvált	Kapcsolatban/ élettársi kapcsolatban/házasságban él
	264 16,12%	1374 83,88%
Paritás	Primipara	Multipara
	884 53,71%	762 46,29%
A várandósság tervezettség	Nem tervezte	Tervezte
	157 9,52%	1492 90,48%

Vizsgálatunkban annak az 1708 nőnek az adatait elemeztük, akik 2014. február és 2019. augusztus között vettek részt a szűrésben. A válaszadók átlagéletkora 30,89 év volt (SD = 5,319); 264 nő volt egyedülálló vagy elvált (16,12%), 884 nő az első gyermekét várta (53,71%), illetve 157 személy (9,52%) nem tervezte a várandósságát (1. táblázat).

### Eszközök, a szűrés folyamata

A szűrés során az Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) kérdőívet [12] használtuk, melynek magyar validálását várandós- és postpartum mintán Töreki és mtsai végezték [13, 14] (Melléklet). A kérdőív rövid, gyorsan kitölthető és értékelhető: tíz kérdésből áll, melyek az előző hét hangulati állapotát (lehangoltság, szorongás stb.) méri fel, a tizedik kérdés pedig a szuicid gondolatok előfordulásának gyakoriságára kérdez rá. A kérdésekre négy válasz közül választhatnak a kitöltők, ezek értékelése 0 és 3 pont közötti lehet. Az összpontszám 0-tól 30-ig terjed. A várandósság során 6 pont felett [13], míg a szülés után 7 pont felett valószínűsíthető a minor depresszió [14].

A tájékoztató és beleegyező nyilatkozatot, a demográfiai adatlapot, valamint a kérdőívet a védőnők adják át kitöltésre a szűrésben részt vevő várandósoknak az első találkozásukkor. Ezt követően, a további találkozások alkalmával, ideális esetben még háromszor kerül sor a kérdőívek kitöltésére: mindhárom trimeszterben egyszer, illetve a szülés után 4–6 héttel. Ha a kitöltő nő ponthatár feletti értéket ér el, vagy a szuicid gondolatokat felmérő kérdésnél jelzi, hogy legalább néha előfordulnak nála, akkor a védőnő javasolja, hogy keresse fel a szűrésben részt vevő pszichológust. A kitöltött kérdőívet szintén hozzá juttatják el a védőnők, a pszichológus pedig rögzíti az adatokat a betegnyilvántartási rendszerben. Ezáltal a városban az EMMI-rendeletnek [11] megfelelően a várandósgondozás részévé vált a szűrés.

### Statisztika

Az adatok elemzéséhez az SPSS Statistics program 22. verzióját (IBM Corporation, Armonk, NY, Amerikai Egyesült Államok) használtuk. Nemparaméteres próbákat alkalmaztunk, mivel az adatok nem normál eloszlásúak, illetve mivel az összehasonlítandó csoportok létszáma jelentősen különbözik egymástól. Frekvenciaanalízissel vizsgáltuk a kitöltési, valamint a patológiás arányt. Mann-Whitney-féle U-próbát végeztünk az EPDS-pontszám folyamatos változón a családi állapot (egyedülálló/elvált *versus* kapcsolatban/élettársi kapcsolatban él/házas), a gyermekszám (még nincs gyermeke *versus* már van gyermeke), a tervezettség (tervezte *versus* nem tervezte) csoportosító változókkal. Kruskal-Wallis-próbával vizsgáltuk az EPDS folyamatos változó és a kor (kevesebb, mint 21 éves; 21–25 éves; 26–30 éves; 31–35 éves; több, mint 35 éves) csoportosító változó közötti

## Melléklet

## Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Mivel Ön várandós, vagy mostanában született gyermeke, azt szeretnénk megtudni, hogyan érzi magát. Kérem, jelölje be azokat a válaszokat, amelyek a legközelebb állnak ahhoz, ahogy Ön érezte magát az elmúlt 7 napban (és nem csak jelenleg).

## Tehát az elmúlt 7 napban...

## 1. Képes voltam nevetni és a dolgok mulatságos oldalát nézni.

Ugyanolyan gyakran, mint korábban  
Talán kicsit ritkábban  
Egyértelműen ritkábban  
Egyáltalán nem

## 2. Örömmel vártam bizonyos dolgokat.

Ugyanúgy, mint régen  
Talán kicsit ritkábban  
Egyértelműen ritkábban  
Egyáltalán nem

## 3. Feleslegesen hibáztattam magam, amikor a dolgok rosszul mentek.

Többször igen  
Elég gyakran  
Nem túl gyakran  
Soha

## 4. Minden különösebb ok nélkül szorongóvá, aggodalmassá váltam.

Soha  
Kivételes esetekben  
Több alkalommal  
Nagyon gyakran

## 5. Minden különösebb ok nélkül félelem vagy pánik tört rám.

Nagyon gyakran  
Több alkalommal  
Kivételes esetekben  
Soha

## 6. Összecsaptak fejem fölött a hullámok.

Igen, többnyire nem tudtam megbirkózni a dolgokkal  
Igen, néha nem tudok oly mértékben megbirkózni azokkal, mint korábban  
Nem, többnyire jól elboldogulok azokkal  
Nem, ugyanolyan jól megbirkózom azokkal, mint korábban

## 7. Olyan boldogtalan voltam, hogy problémám volt az alvással.

Többször igen  
Több alkalommal  
Csak ritkán  
Soha nem fordult elő

## 8. Szomorúnak vagy szerencsétlennek éreztem magam.

Többször igen  
Elég gyakran  
Csak ritkán  
Soha nem fordult elő

## 9. Annyira boldogtalannak éreztem magam, hogy sírva fakadtam.

Igen, a legtöbbször  
Igen, elég gyakran  
Csak ritkán  
Soha nem fordult elő

## 10. Eszembe jutott már, hogy kárt teszek magamban.

Elég gyakran  
Néha  
Szinte soha  
Soha

összefüggést, illetve Spearman-féle korrelációval vizsgáltuk, hogy van-e összefüggés a különböző mérési alkalomok EPDS-pontszámai között.

## Eredmények

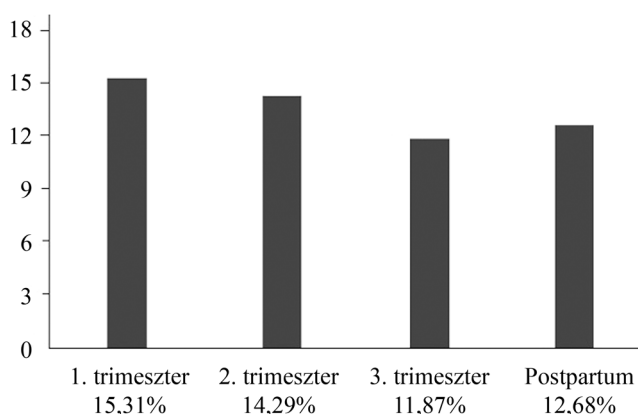
Az eredmények alapján a békéscsabai mintán az első trimeszterben 1319-en vettek részt a szűrésben, a második trimeszterben 595-en, a harmadik trimeszterben 396-an, szülés után pedig 205-en. Az ő adataik alapján az első trimeszterben 15,31% kapott határérték feletti pontot az EPDS skálán, a második trimeszterben 14,29%, a harmadik trimeszterben 11,87%, szülés után pedig 12,68% (1. ábra). Összesen tehát a kitöltött 2515 kérdőívből 360 esetben volt mérhető patológiás érték, ez az összes kérdőív 14,31%-a. Több nő esetén több mérési alkalom-

mal is patológiás volt az EPDS értéke; az 1708 főből 312 nő esetében volt a négy mérési alkalom során legalább egyszer patológiás az érték, ez a minta 18,27%-a. Ennyien küzdöttek tehát legalább egyszer emelkedett depressziós tünetekkel a várandósság alatt és/vagy a szülés után.

A Spearman-féle korrelációs vizsgálat eredményei szerint mind a négy mérési alkalom pontszámai pozitívan, szignifikánsan, közepes erősséggel függtek össze egymással ( $0,441 < r < 0,648$ ,  $p < 0,001$ ) (2. táblázat). Ezek alapján a depresszió szintje nagyjából állandó: akinek magasabb az egyik mérési alkalom során, annak valószínűleg máskor is magasabb, és fordítva.

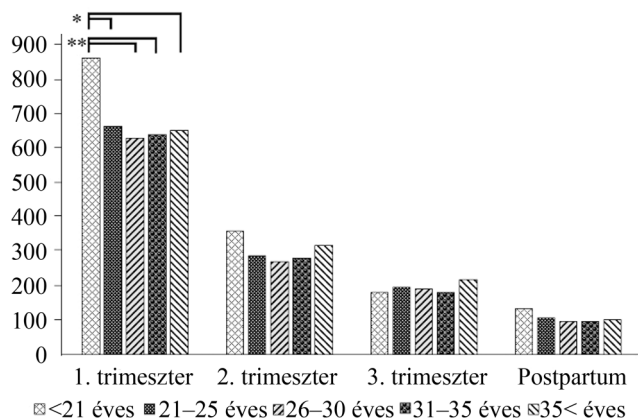
A Kruskal-Wallis-teszt eredménye szerint a békéscsabai mintában az első és a második trimeszterben szignifikánsan eltérnek egymástól a korcsoportok ( $p < 0,032$ ), a

Patológiás arány (%)



1. ábra | A depressziós tünetekkel küzdő nők aránya a mintában

EPDS-rangátlag



2. ábra | A korcsoportok közötti EPDS-rangátlag-különbségek a mintában (Bonferroni-korrekciónal)

\* esetén  $p < 0,05$ , \*\* esetén  $p < 0,01$ 

EPDS = Edinburgi Postnatalis Depresszió Skála

harmadik trimeszterben lévő és a szülés utáni korcsoportok viszont nem ( $p > 0,212$ ). Korcsoportonként páros összehasonlítást végeztünk Bonferroni-korrekciónal, mely szerint csak az első trimeszterben volt szignifikáns eltérés a csoportok között: a 21 év alatti nőknek volt szignifikánsan magasabb EPDS-rangátlaguk a többi négy csoporthoz képest (2. ábra).

Mann–Whitney-féle U-tesztel vizsgáltuk, hogy van-e összefüggés a paritás és az EPDS-pontok között. Az eredmények alapján a mintán nem volt szignifikáns összefüggés, csupán tendenciaszerű a második trimeszterben: azoknak a nőknek, akiknek már van gyermekük, tendenciaszerűen nagyobb volt az EPDS-rangátlaguk (299,59 versus 276,76,  $p = 0,098$ ).

A Mann–Whitney-féle U-teszt szerint a mintában a családi állapottal csak az első trimeszterben van összefüggés: az egyedülálló nőknek volt magasabb az EPDS-rangátlaguk (694,38 versus 632,67,  $p = 0,031$ ).

2. táblázat | Együttjárás a mérési alkalomok EPDS-pontszámai között

Békéscsaba		1. trimeszter	2. trimeszter	3. trimeszter	Postpartum
1. trimeszter	r	1	0,573	0,538	0,442
	p		<0,001	<0,001	<0,001
	n		354	223	114
2. trimeszter	r	0,573	1	0,647	0,603
	p	<0,001		<0,001	<0,001
	n	354		190	85
3. trimeszter	r	0,538	0,647	1	0,507
	p	<0,001	<0,001		<0,001
	n	223	190		71
Postpartum	r	0,442	0,603	0,507	1
	p	<0,001	<0,001	<0,001	
	n	114	85	71	

EPDS = Edinburgi Postnatalis Depresszió Skála

3. táblázat | Az EPDS-rangátlagok és a várandósság tervezettségének összefüggése

Békéscsaba	EPDS-rangátlag			
	1. trimeszter	2. trimeszter	3. trimeszter	Postpartum
Nem tervezett (n)	780,65 (112)	362,08 (62)	229,76 (38)	135,00 (13)
Tervezett (n)	633,21 (1179)	279,05 (513)	190,11 (349)	97,01 (185)
p	<0,001	<0,001	0,036	0,020

EPDS = Edinburgi Postnatalis Depresszió Skála

A tervezettséggel a Mann–Whitney-féle U-teszt alapján mindegyik mérési alkalom szignifikánsan összefüggött az EPDS-rangátlagokkal (minden  $p < 0,037$ ). Mindegyik esetben azoknak a nőknek volt magasabb az EPDS-rangátlaguk, akik nem tervezték várandósságukat. Az eredményeket a 3. táblázat foglalja össze.

## Megbeszélés

Kutatásunk célja volt a békéscsabai szűrőprogramban részt vett nők mintáján felmérni a várandóssághoz kapcsolódó depresszió prevalenciáját, illetve összefüggést keresni a demográfiai adatokkal. Az *Okagbue és mtsai* [1] áttekintő tanulmányában található adatokhoz viszonyítva a békéscsabai mintán az első két trimeszterben jelentősen magasabb a depressziós tünetekkel küzdő nők aránya (15,31% és 14,29% a 10,35%-hoz és 6,58%-hoz képest). A harmadik trimeszterben a külföldi cikkben megugrik a prevalencia (26,7%), míg a békéscsabai mintán tovább csökken (11,87%). A szülés utáni időszakban Békéscsabán kissé megemelkedik a patológiás arány (12,68%): ez már közel hasonló a külföldi áttekintő tanulmány 14%-os adatához, de még mindig magasabb az európai 8%-os átlaghoz képest [2]. A 2017. évi szegedi kutatás patológiás



4. táblázat | A patológiás arányok összefoglalása

	1. trimeszter	2. trimeszter	3. trimeszter	Postpartum	Összes kitöltés
Okagbue et al. [1]	10,35%	6,58%	26,7%	–	–
Shorey et al. [2] – összesített	–	–	–	14%	–
Shorey et al. [2] – Európa	–	–	–	8%	–
Szombathely, 2009 [3]	17,9%	–	–	–	–
Békéscsaba, 2014 [4]	9,3%	12,8%	9,3%	17,5%	11,2%
Szeged, 2014 [4]	12%	6%	6,4%	8,2%	8,9%
Szeged, 2017 [5]	10,8%	6,9%	6,5%	7,8%	8,5%
Dél-Alföld, 1996 [15]	–	–	–	14,9%	–
Dél-Alföld, 2006 [15]	–	–	–	17,4%	–
Békéscsaba, 2019	15,31%	14,29%	11,87%	12,68%	14,31%

arányához (10,8%, 6,9%, 6,5% és 7,8%) [5] képest is magasabbak a jelenlegi értékek. A szombathelyi kutatás első trimeszterében mért 17,9%-hoz [3] képest kissé alacsonyabb a békéscsabai minta 15,31%-os prevalenciája, bár a különbség feleakkora, mint a külföldi összefoglaló tanulmánytól [1] vagy a szegedi mintától [5] való eltérés. A Dél-alföldi régióban végzett korábbi kutatások eredményeihez képest a jelen kutatásban minden mérési alkalom során magasabb a prevalencia, kivéve a 2014-es békéscsabai postpartum időszakot (17,5% a 12,68%-hoz képest) [4]. Az összes kitöltött kérdőívvel Szegeden 2014-ben 8,9% [4], 2017-ben 8,5% [5] mutatott határérték feletti depresszióértéket; Békéscsabán 2014-ben 11,2% [4], a jelen mintában pedig 14,31%. Emellett a Dél-alföldi régióban a Leverton-kérdőívvel végzett postpartum felmérések alapján 1996-ban a nők 14,9%-a, míg 2006-ban a 17,4%-a szenvedett emelkedett depressziós tünetektől [15] (4. táblázat).

A különbségek adódhatnak az eltérő kulturális háttér, a különböző mérőeszközök miatt (például a szombathelyi kutatásban a Beck Depresszió Kérdőívet használták [3], a dél-alföldi kutatásban a Leverton-kérdőívet [15], míg Szegeden és Békéscsabán az EPDS-kérdőívet [4, 5]), vagy akár azért, mert a várandósság különböző heteiben került sor az adatfelvételre. Viszont érdekes az idő előrehaladtával történő változás. A második trimesztert általában a legnyugodtabb időszaknak szokták jellemezni eredményeik alapján a kutatók, ami érthető is, hiszen ebben az időszakban már csökkennek vagy elmúlnak a rosszullétek, illetve kezd kialakulni a kapcsolat a magzattal [16] – ez magyarázhatja a patológiás arány csökkenését. A harmadik trimeszterben viszont általában újra megemelkednek a pontszámok és a patológiás arány, hiszen kialakulhat a szüléstől való félelem, nő a haskörülfogat, nehezebbé válhat a mozgás, az alvás [16]: ez a külföldi mintán [1], illetve a 2014-es szegedi adatokon [4] követhető is. A 2017 utáni magyar mintákon azonban továbbra is csökken a prevalencia, csupán a szülés után emelkedik meg enyhén. Véleményünk szerint ez a csök-

kenő tendencia annak köszönhető, hogy elindult a szűrőprogram, melynek kezdettől fogva szoros része volt a kiszűrt személyeknek biztosított pszichológiai intervenció. Egyrészt azért, mert ténylegesen lehetőségük van az érintett nőknek pszichés segítséget kérni; másrészt lehetséges, hogy már annak az ismeretnek az elterjedése is segíthet a várandósoknak, édesanyáknak, hogy ennek az időszaknak nehézségei is vannak, természetes dolog, ha időnként rosszul érzik magukat, ugyanakkor elérhető a segítség, ha szükségét érzik. Az is előfordulhat, hogy az évek óta tartó szűrőprogram a környezetüket is érzékenyebbé tette ezekre a tünetekre, azok észrevételére, így a nők több támogatást kapnak. Ugyanakkor még mindig a nők 18,27%-a szenved emelkedett depressziós tünetektől legalább egyszer a várandósság során vagy a szülés után, illetve a patológiás értéket elért kérdőívek aránya is magasabb az eddig mértékhez képest, s ezek megerősítik a szűrés fontosságát.

Eredményeink szerint a mérési alkalmak depressziószintje pozitívan korrelált egymással, tehát akinek magasabb volt az EPDS-pontja valamelyik mérési alkalommal, annak valószínűleg a többi alkalom során is magasabb volt. A korábbi szakirodalmi közlemények szintén úgy találták, hogy az antepartum depresszió a postpartum depresszió rizikófaktora [5, 8]. Ez azt jelzi, hogy magától nem igazán múlik el a probléma, ami szintén megerősíti a szűrés és a pszichológiai intervenció fontosságát.

A két nagy áttekintő tanulmányhoz [1, 2] hasonlóan a mi mintánkon is rizikófaktornak bizonyult a nem tervezett várandósság, illetve az egyedülálló családi állapot (bár ez utóbbi csak az első trimeszterben volt szignifikáns). Mindkettő magyarázható azzal, hogy a gyermekvállalásra fel kell készülni, hiszen az változásokat hoz az emberek életébe. Nem tervezett várandósság esetén kevesebb lehet az erre szánt idő, a sürgetettség érzése alakulhat ki; ráadásul külön nehézséget jelenthet annak eldöntése, hogy szeretnék-e megtartani a terhességet. Az egyedülálló nők esetén pedig előfordulhat, hogy kevesebb támogatást kapnak, egyedül maradnak a feladatokkal.

A paritás esetén az átfogó tanulmányok inkonzisztens eredményre jutottak: egyes kutatásokban ugyanis nem találtak összefüggést ezekkel a változókkal, más kutatások pedig egymásnak ellentmondó következtetésekre jutottak [1, 2]. A paritás a békéscsabai mintán nem bizonyult rizikófaktornak, csupán tendenciaszerű kapcsolatot találtunk a második trimeszterben: a multiparáknak tendenciaszerűen magasabb volt az EPDS-rangátlaguk. A 2017. évi szegedi kutatásban ehhez hasonlóan a várandósság alatt végig a multiparáknak volt magasabb az EPDS-pontjuk, bár csak a harmadik trimeszterben volt szignifikáns a különbség, a másik kétben csak tendenciaszerű. Elképzelhetőnek tartjuk, hogy a már meglévő gyerek, annak ellátása mellett kevésbé tudnak a nők az új magzatra koncentrálni, átadni magukat a várandósság örömeinek, így magasabb a depresszióértékük [5].

Az életkor vizsgálatával szintén inkonzisztens eredményre jutottak az átfogó vizsgálatok [1, 2]. A mi eredményeink szerint a békéscsabai mintában az első két trimeszterben van szignifikáns különbség; bár a páros összehasonlítás csak az első trimeszterben lett szignifikáns: a 21 év alatti nőknek volt szignifikánsan magasabb EPDS-rangátlaguk a többi négy csoporthoz képest. Elképzelhető, hogy ebben az életszakaszban még kevésbé érzik magukat a nők késznek a gyermekvállalásra, így ambivalenciát okozhat, hogy választaniuk kell: továbbtanulnak, vagy anyává válnak? Viszont ahogy halad előre a várandósság, egyre csökkennek a különbségek, talán a kialakult anya–magzat kapcsolat, valamint a társas támogatás megtalálása következtében.

A kutatás korlátai közé tartozik a lemorzsolódás: az idő előrehaladtával egyre kevesebb a részt vevő nő, hiszen előfordulhat költözés, a magzat elvesztése, vagy akár csak betegség vagy egyéb miatt is elmaradhat a kitöltés. Előfordulhat olyan eset is, amikor az első trimeszterben a kitöltés *sine morbo* eredményt mutat, így a védőnő a továbbiakban figyelni az esetleges depresszió tüneteit, de csak akkor tölteti ki újra a kérdőívet, ha patológiát gyanít.

## Következtetés

Összességében elmondható, hogy a dél-alföldi mintákban emelkedett patológiás arányt találtunk, emellett a depressziószint elég állandónak tűnik az eredmények alapján. Ez megerősíti a szűrés és a pszichológiai intervenció fontosságát, hiszen számos, a várandóssággal, a szüléssel és a későbbi élettel kapcsolatos komplikációval találtak már összefüggést korábbi kutatások. Az eredmények alapján egyes demográfiai jellemzők (21 év alatti életkor, egyedülálló családi állapot, a várandósság nem tervezettség) rizikófaktorai lehetnek a megemelkedett EPDS-pontszámoknak, melyek mutathatják, hogy mely csoportokra érdemes nagyobb figyelmet fordítani a megelőzés, kezelés során.

**Anyagi támogatás:** A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

**Szerzői munkamegosztás:** H. E. A.: Irodalomkutatás, a kézirat megszövegezése, a statisztika elkészítése. G. N.: A szűrés vezetése és a pszichológiai intervencióra jelentkező nők ellátása három éven keresztül. B. L.: Szakmai lektorálás, a szűrés intézményi támogatása. T. A.: Témafelvetés, a kézirat szakmai értékelése, lektorálása, a szűrés vezetése, a pszichológiai intervencióra jelentkező nők ellátása. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

**Érdekltségek:** A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

## Köszönetnyilvánítás

Köszönetünket fejezzük ki a békéscsabai védőnőknek, akik a kérdőívek kitöltésével és begyűjtésével jelentősen segítették munkánkat, és hozzájárulnak ahhoz, hogy a veszélyeztetett várandósok és édesanyák a megfelelő ellátásba kerüljenek.

## Irodalom

- [1] Okagbue HI, Adamu PI, Bishop SA, et al. Systematic review of prevalence of antepartum depression during the trimesters of pregnancy. Open Access. Maced J Med Sci. 2019; 7: 1555–1560.
- [2] Shorey S, Chee CY, Ng ED, et al. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res. 2018; 104: 235–248.
- [3] Bödecs T, Horváth B, Kovács L, et al. Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. [A várandósság alatti depresszió és szorongás gyakorisága az első trimeszterben hazai mintán.] Orv Hetil. 2009; 150: 1888–1893. [Hungarian]
- [4] Töreki A, Baloghné Fűrész V, Szent Z, et al. The psychological screening process in the maternal care system. [A pszichológiai szűrés megjelenése a várandósgondozásban.] Magy Nőorv L. 2014; 77: 12–15. [Hungarian]
- [5] Hompoth EA, Töreki A, Baloghné Fűrész V, et al. The risk factors of mood changing during the perinatal period. [A hangulati állapot alakulásának kockázati tényezői a perinatalis időszakban.] Orv Hetil. 2017; 158: 139–146. [Hungarian]
- [6] Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, et al. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2010; 202: 5–14.
- [7] Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, et al. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. J Affect Disord. 2016; 191: 62–77.
- [8] Leigh B, Milgrom J. Risk factor for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. BMC Psychiatry 2008; 8: 24.
- [9] Plant DT, Pariante CM, Sharp D, et al. Maternal depression during pregnancy and offspring depression in adulthood: role of child maltreatment. Br J Psychiatry 2015; 207: 213–220.
- [10] Hompoth EA, Pető Z, Fűrészné Balogh V, et al. Associations between depression symptoms, psychological intervention and perinatal complications. J Clin Psychol Med Settings 2019 May 29. doi: 10.1007/s10880-019-09632-4. [Epub ahead of print]
- [11] 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. [Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a pre-, peri- és posztnatalis mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről.] Egészségügyi Közlöny 2017; 66: 1120–1167. [Hungarian]

- [12] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782–786.
- [13] Tőreki A, Andó B, Keresztúri A, et al. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and antepartum validation for a Hungarian sample. *Midwifery* 2013; 29: 308–315.
- [14] Tőreki A, Andó B, Dudás RB, 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: 911–918.
- [15] Csatornai S. Progress in the prevention of postnatal depression: adaptation of the Leverton questionnaire. PhD thesis. [Előrelépések a posztnatális depresszió prevenciójában: a Leverton kérdőív alkalmazása. Doktori értekezés.] Semmelweis Egyetem Patológiai Tudományok Doktori Iskola, Budapest, 2009. Available from: [http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd\\_live/vedes/export/csatornaisarolta.d.pdf](http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/csatornaisarolta.d.pdf).
- [16] Belső N. Psychological disorders of the perinatal period. In: C Molnár E, Füredi J, Papp Z. (eds.) *Obstetrical and gynecological psychology and psychiatry. [A perinatális időszak pszichés zavarai.* In: C Molnár E, Füredi J, Papp Z. (szerk.) *Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria.*] Medicina Kiadó, Budapest, 2006; pp. 81–92. [Hungarian]

(Hompoth Emőke Adrienn,  
Szeged, Semmelweis u. 6., 6725  
e-mail: hompothemoke@gmail.com)

## Pályázati felhívás

**Dr. Fehér János** professzornak, a Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinikája volt igazgatójának, az Orvosi Hetilap volt főszerkesztőjének emlékére 2011-ben alapítvány létesült.

A **Dr. Fehér János Emlékére Alapítvány** fő célja a belgyógyászat, különösen a hepatológia szabad gyökös és immunológiai vonatkozású témaköreinek kutatása, fejlesztése, támogatása, illetve ösztönzése oly módon, hogy az alapítvány kamatából fiatal egyetemi oktatók, PhD-hallgatók és orvostanhallgatók részesüljenek.

**A pályázatok benyújtásának határideje: 2020. április 15.**

A dolgozatot „**Dr. Fehér János pályázat**” megjelöléssel kell benyújtani, és a pályázathoz mellékelni kell a pályázó önéletrajzát is.

A dolgozatot a Dr. Fehér János Emlékére Alapítvány Kuratóriuma elnökének (Dr. Hagymási Krisztina) vagy titkárának (Dr. Lengyel Gabriella) kell eljuttatni.  
Beküldési cím: Semmelweis Egyetem, II. Belgyógyászati Klinika  
1088 Budapest, Szentkirályi u. 46.

A díj odaítéléséről a kuratórium dönt. A díj átadására az Orvosi Hetilap Markusovszky-ünnepségén kerül sor, ahol a nyertes pályázó 5 perces előadásban foglalhatja össze az eredményeit.