



II. EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI MÓDSZEREK

Nőgondozás

**Nőgondozás/szülői támogatás – várandósgondozás,
gyermekágy**

OTH, Budapest
2013

Szerző
Dr. Csatornai Sarolta védőnő

A TÁMOP 6.1.4 kiemelt projekt szakmai vezetése
Prof. Dr. Fogarasi András szakmai vezető
Kereki Judit szakmai vezető koordinátor

Módszertan alprojekt szakmai vezetése
Odor Andrea módszertan szakmai alprojekt vezető II.

Módszertan V. Esetfeldolgozás és tapasztalatcsere pilot elemi projektvezetője
Bíróné Asbóth Katalin

A pályázó bemutatkozása

Dr. Csatornai Sarolta: PhD, 2010-től Budapest XIII. kerületben ifjúsági védőnő.

Tanulmányai:

- védőnő – 1985 (OTKI. Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest)
- pedagógia szakos előadó – 1991 (JATE Bölcsészettudományi Kar, Szeged)
- PhD tud. fokozat – 2010 (SE. 8. sz. Doktori Iskola, Egészségtudomány, Budapest)

Felsőoktatásban oktatóként eltöltött idő: 11 év. Védőnői módszertan (elmélet és gyakorlat), családgondozás módszertana (elmélet), ápolási/gondozási gyakorlat modelljei (elmélet és gyakorlat). Szakértői közreműködés: Védőnői Szakmai Kollégium tagja (1994–2004), Országos Alapellátási Intézet szakreferense (2004–2007).

Közéleti tevékenysége: Magyar Prae és Perinatális Társaság tagja 2001-től, a Magyar Pedagógus Szövetség tagja 1996-tól, a Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság tagja 1992-től, a Fodor József Iskola Egészségügyi Társaság tagja 1991-től, a Magyar Védőnők Egyesületének tagja 1991-től.

Pályázati munkája: 4 önálló, 4 közös (1992–2005).

Publikációi az elmúlt 5 évben: hazai lektorált folyóiratban: 6; külföldi lektoráltban: 5 (IF:6,9), (hivatkozások száma a külföldi első szerzős cikkekre: 46), nem lektorált hazai szakfolyóiratban közölt cikkek száma: 19. Szakmai előadásainak száma: 18.

A pályázó intézményének bemutatása

A jó gyakorlatot eredményező módszer vizsgálatának és bevezetésének helyül Délkelet-Magyarország 62 városi, illetve falusi várandósgondozást végző centruma, valamint oktató védőnői körzete szolgált 1996. január 10. és 2006. december 20. között.

Ismeretes, hogy Magyarországon a terhsgondozási feladatok ellátása erre a célra kijelölt rendelőkben, tanácsadóknban biztosított, ahol speciálisan képzett egészségügyi személyzet nyújt magas színvonalú pre- és posztnatális gondozást. A védőnői körzetekben folyik továbbá a várandós és gyermekágyas anyák szoros szakmai kontrollja, amely tevékenységgel a gyermeket váró és posztpartum időszakban lévő nők közel 100%-a megkapja a megfelelő egészségügyi szolgáltatást.

A jó gyakorlatot megalapozó szükségletek, igények

A módszer alkalmazásának fontossága ma már alig megkérdőjelezhető, mivel a pszichiátriai megbetegedések világviszonylatban tapasztalható igen gyakori előfordulása kiemelkedő népegészségügyi problémát jelent. A WHO előrejelzése szerint a 2000 utáni évtizedekben az egészségügy legsúlyosabb gondja között a mentális zavarok

szerepelnek, ezen belül is a sort a depresszió és következményei vezetik (1). A nők 21–3%-a szenved élete során a major depresszió tüneteitől, amelynek tekintetében a gyermekvállalás időszakát gondolták a legsérülékenyebb (vulnerábilisabb) periódusnak. A terhesség és a puerperium intervalluma jelentős testi és hormonális változásokkal jár, amely maga után vonja a pszichés státusz megváltozását. Szülést követően az ösztradiol, a progeszteron, a β -hCG, a β -endorfin, a prolaktin és a kortizol hirtelen szérumszint-csökkenése kedvezőtlenül befolyásolja a szerotonin-anyagcserét a központi idegrendszerben, amely a hangulatzavarok tüneteieért felelős (1, 2, 3). A hangulatzavarok – tágabb értelemben – magukban foglalják a környezeti ingerek okozta „normális reakciótól” a biológiai tényezőkhez kapcsolódó „betegségig” terjedő, meglehetősen széles skálát (4, 5). Ennek megfelelően a szülést követő időszak pszichiátriai problémái az alábbi fő kategóriákba sorolhatók: A posztpartum blues (enyhe lehangoltság, 50–85%). A szülést követő néhány napban jelentkező lehangoltságérzés, rosszkedv, ingerlékenység, amely sírással, szorongással jár a *posztnatális depresszió (PND, 10–25%)*, a szülés utáni időszak első évében fellépő, az unipoláris (csak depressziós és egészséges időszakok váltakozása) depresszió kritériumait kimerítő. Két hétnél tovább tartó állapotot nevezünk PND-nek; a posztpartum pszichózis (0,1–0,2%), a legsúlyosabb, ugyanakkor a legritkább esetben előforduló forma (1, 2, 3). Az élet első 6 hete a humán imprinting (humán bevésődés) és a személyiségfejlődés szempontjából igen érzékeny periódus, amelyet a korai anya-gyermek kapcsolat minősége nagymértékben befolyásol. A PND-nek jelentős káros és hosszú távú hatása van az anya-gyermek kapcsolatára, és zavarhatja a gyermek későbbi szocializációját is (6). A gyermek számára ugyanis a korai életperiódusban az anya vagy az elsődleges gondozó jelenti a környezetet, amelynek megtapasztalása egy ún. mentális modell kialakítását teszi lehetővé, amely később a világ- és személypercepciót egyértelműen módosítani fogja. Amennyiben az anya-gyermek kapcsolat elégtelen, bizonytalan kötődési stílus alakul ki, és ez a bizonytalan kötődési modell, a legújabb kutatások tükrében, többek között a felnőttkori személyesztelés torzulásában is megmutatkozik (7). A szülés utáni depresszió (PND), az anya mindennapi tevékenységének ellátásában kelt zavart, illetve az életminőség rosszabbodásával a gyermek fejlődését is veszélyezteti. A gyermekvárás alatt és a születés utáni időszakban az anya sérülékeny, könnyebben lesz depressziós (1, 2). Annak ellenére, hogy Magyarországon a terhesgondozói centrumokban dolgozó egészségügyi személyzet, illetve a körzetekben dolgozó védőnők a szülés utáni periódusban lévő anyák csaknem 100%-ával találkoznak, a posztnatális hangulatzavarok mintegy 50%-a nincs diagnosztizálva, és ezért értelemszerűen kezelve sincs (8). Feltételezésünk szerint ez az eredmény annak köszönhető, hogy a PND-t az egészségügyi ellátás szakemberei nem minden esetben ismerik fel. Jóllehet számos skála adott, de ezeket Magyarországon validálni kell, és azt követően lehet bevezetni a

szakmai gyakorlatba szűrésre. Hazai adatok csak korlátozottan állnak rendelkezésre, mivel nálunk a szüléshez társuló hangulatzavarok előfordulását mérő vizsgálatokra eddig alig került sor, kevés figyelmet szentelve e témakörnek. A csekély számú, ám magas prevalenciát és incidenciát mutató itthoni felmérések arra hívják fel a figyelmet, hogy a szülés körüli depresszió kérdésével Magyarországon is foglalkozni kell. Az egyén, a pár, a család egészséges fejlődése akkor biztosítható, ha a depresszió tüneteit korán felismerjük (9). Mindezek alátámasztják a témával való foglalkozás időszerűségét. Az általunk validált kérdőív segítségével a PND szűrése hazánkban is megoldható, majd a kiszűrt terhesek továbbküldhetők megfelelő pszichiátriai kezelésre. A társszakmákkal történő szorosabb együttműködés előmozdíthatja a kórkép eredményes kezelését, lényegesen javítva ezzel a beteg és közvetlen hozzátartozói (végső soron a társadalom) életminőségét is.

A jó gyakorlat bemutatása

A jó gyakorlat céljai

- Előfelmérés során tesztelni, hogy a várandós anyák, illetve a puerperiumban lévő megkérdezettek a Leverton-kérdőív kérdéseit megértik-e, azokra statisztikailag értékelhető válaszokat adnak-e.
- A PND szűrésére választott mérőeszköz (Leverton-teszt) validálása hazai alkalmazhatósága céljából.
- Feltárni a kérdőívre adott válaszokból a PND előfordulási gyakoriságát.
- Elemezni a PND-gyakoriságot egy adott régióban (Délkelet-Magyarország) 1996 és 2006 között, az előfordulást befolyásoló szociodemográfiai és pszichoszociális kockázati tényezők megismerése, illetve azok változása tükrében.
- Kidolgozni a várandós anyák számára a PND megelőzését szolgáló hatékony csoporttréninget.

A jó gyakorlat időtérképe

- Az első felmérést 1996. január 1-től 1996. november 20-ig végeztük, 2229 gyermekágyas anya eredményes kikérdezésével a szülést követő 6. héten. E vizsgálat eredménye a validálási eljárás lefolytatása után vált relevánssá.
- 2001. január 1. és 2003. december 31. között kérdőíves próbafelvételre került sor, 109 először jelentkező, 6. gesztációs hetét betöltött terhes, illetve 57 – 6. hetes – gyermekágyas asszony szűrés eredményének elemzésével.
- 2006. január 1-től 2006. január 20-ig 35 gyermekágyas matert kérdeztünk ki a posztpartum 6. hetében, a mérőeszköz validálása céljából.
- 2006. január 21-től 2006. november 20-ig terjedő időben 1719, 6. gesztációs

hetét betöltött várandóssal készítettünk interjút, akiket a posztpartum 6. hetében ismételten felmértünk.

- 2006. február 1-től 2006. október 31-ig tartóan a fenti 1719 gravida közül 710 random módon kiválasztott terhes számára terápiás csoportüléseket szerveztünk.
- 2006. január 21-től 2006. december 20-ig további 604 gyermekágyas nőt vontuk be a *longitudinális* tanulmányba, a puerperium 6. hetében. (Valamennyi statisztikai elemzés a vizsgált csoportok közötti átfedés nélkül került feldolgozásra.)

A jó gyakorlat újszerűsége

Magyarországon napjainkig nem történt hasonlóan magas elemszámú vizsgálat a várandós és gyermekágyas anyák körében, amely a pre- és posztnatális hangulatzavarokat szűrte volna. Jelen tanulmány az első, széles körű felmérés hazánkban, amely szisztematikusan foglalkozik a szűrés és kezelés problémájával.

- Ismereteink szerint ebben a témában hasonlóan nagy nemzetközi kutatások publikálására sem került sor.
- A Leverton-kérdőívet lefordítottuk, Magyarországon validáltuk. Az LQ posztnatális depresszióra vonatkozó pontszámára 11/12 pont, melynek szenzitivitása 85,0%, specificitása 94%.
- A PND-t valid skálával mértük, amelynek gyakorisága összemérhető más országok – túlnyomó többségben EPDS-sel mért – PND-előfordulásával.
- Megállapítottuk a PND szociodemográfiai és pszichoszociális kockázati tényezőit, valamint védőfaktorait, és azok változásait Délkelet-Magyarországon 1996-ban, illetve 2006-ban.
- A PND előfordulása emelkedő tendenciát mutat Délkelet-Magyarországon, 15,0%-ról (1996-ban) 17,4%-ra nőtt (2006-ban).

A jó gyakorlat hatékonyságát megalapozó jellemző körülmények

A 2006-ban bevezetett csoportterápia a kontrollokhoz (N=1009) képest a kezeltelnél (N=710) szignifikánsan csökkentette (n=177) 17,5%-ról (n=90) 12,7 %-ra a PND előfordulását. A kidolgozott csoporttréning különböző mértékben befolyásolta a PND jelentősebb rizikótényezőit. Legkedvezőbben hatott a házas családi állapotúakra, azokra, akik tervezett terhességüket viselték, valamint a posztnatális periódus utáni 2. évet követően munkájukba visszatérni szándékozókra. Legkevésbé tudta befolyásolni a

gazdasági tényezőt (anyagi nehézséggel küzdők).

A jó gyakorlat kifejtése

Terápiás csoportülések

A PND prevenciójának hatékony módszerét keresve, a Leverton-kérdőív felvételét követően a várandós asszonyokat randomizációval osztottuk a terápiás és a kontrollcsoportba. A csoportfoglalkozáson részt vevő 710 asszony előre megtervezett, célzottan irányított csoportüléseken vett részt 2006. február 1. és október 31. között. A csoporttréningekbe bevontak, illetve azokon részt nem vevők (1009) jellemzői megegyeztek egymással. A 4×3 óra időtartamú, pszichoterápiás effektussal bíró csoportfoglalkozások keretében lebonyolított oktató jellegű üléseket pszichiáter és mentálhigiénés védőnő vezette. A beválogatott anyák előtt nem volt ismeretes, hogy ők egy terápiás eljárásban részesülnek, éppúgy a gondozó körzeti védőnők sem kaptak erről a kísérletről tájékoztatást. Egy-egy csoportba maximum 15 személyt vontunk be. Az apákat is meghívtuk, azonban jelenlétük nem volt jellemző. A foglalkozásokat minden esetben, minőségbiztosítási elemként, hangfelvételen rögzítettük. A tréninget az említett szakemberek vezették a városok terhesgondozó centrumaiban. A kurzusokat irányítók a vizsgálat előtt szakmai konzultáción vettek részt, amelynek során részletes tájékoztatásban részesültek a kidolgozott ülések tematikájának végrehajtásáról, módszertanáról, illetve a PND tudományos szakirodalmáról és a fontosnak tartott gyakorlati vonatkozásokról. Ezen felkészítés segítségével próbáltuk biztosítani azt, hogy a csoportfoglalkozásokon a gravidák ugyanazt a terápiát kapják.

A foglalkozások témaköreinek kidolgozásánál a várandósok természetes igényeire, érdeklődésére építettünk. Kezdeti visszafogottságra, esetleges bizalmatlanságra számítottunk. Fontosnak tartottuk a kellemes „munkalétkör” kialakítását, az anyák közös hullámhosszra kerülését, a találkozókön való aktív részvétel lehetőségének biztosítását.

A szervezett keretek között zajló *oktató program tematikája 4 blokkra tagolódt.*

Az *első ülés* a résztvevők közti ismerkedés jegyében telt, a JÉ!-élmény és a rácsodálkozás mellett a következő témákra vonatkozó ismeretbővítést célozta:

- a várandósság – a magzat méhen belüli fejlődése, a méhen belüli fejlődés kommunikációs lehetőségei;
- a szülés, a születés – a megszületés élménye a magzatra, gyöngéd születés, a szülővé válásra, az anyai, apai szerepekre való felkészülés mentálhigiénés vonatkozásai;
- az újszülött és a csecsemő táplálása, a szoptatás, az anyatej fontossága, szerepe az anya-gyermek kapcsolat erősítésében;

- a babamasszázs, az érintés „hatalma” – a vajúdás és a szülés alatti légzés és ajánlott testhelyzetek;
- a relaxációs technikák elsajátítása;
- aktuális szorongások feloldása; valamennyi jelenlévő terhest foglalkoztató kérdés szabad asszociációs megvitatása.

A második foglalkozás a jelen pszichés állapot megállapításával vette kezdetét. A résztvevők esetleges problémáinak megbeszélésére, valamint az előző alkalommal szerzett ismeretek reflexiójára is sor került a foglalkozás keretében.

Részletes megtárgyalásra kitűzött tárgykörként szerepelt:

- a szülés élettana, szisztematikusan összeállított, vetített képes előadás segítségével;
- az anatómiai és élettani sajátosságok megbeszélése, a terhesség alatti változások, a magzat fejlődése, a szülés és annak szakaszai;
- a pozitív megerősítés, a helytelen és főként szorongást, félelmet keltő gondolatok elosztatásának hangsúlyozása;
- a szülés alatti lehetséges fájdalomcsillapítás kérdésköre, a légző és relaxációs technikák szerepe, majd annak csoportos gyakorlása;
- az anyai attitűd mozgósítása;
- a szülővé válásra, az anyai és apai szerepekre való felkészülés, az apához fűződő elvárások számbavétele;
- a társas támasz jelentősége;
- a kommunikációs magatartások, az interperszonális kapcsolatok tudatos alakításának lehetősége;
- relaxáció, lazító gyakorlatok ismétlése;
- végül a foglalkozás nyújtotta új ismeretek, előremutató pozitív momentumok áttekintése és felsorakoztatása, valamint a felmerülő egyéni reflexiók tere következett.

A harmadik foglalkozás az előző találkozás óta történtek felvázolásával kezdődött, majd az alábbi témák szerint rendeződött:

- az anyatejes táplálás, a szoptatás jelentőségének kiemelt hangsúlyozása;
- videofilm megtekintése a rooming-in ápolási rendszer előnyeiről;
- a látottak nyomán szabad interakciók kialakulásának biztosítása az első emlőre helyezés kérdésköre, a technikai részletek, az emocionális és intellektuális hatások;
- az anyatej összetétele, a szoptatás és kötődés kapcsolata;
- a „meddig szoptassunk” problematika átbeszélése;

- a La Leche, a baba-mama klub, mint szervezett közösség mozgalmáról és a babamasszázs kurzusokról való tájékoztatás;
- a befejezést ezúttal is lazító gyakorlatok kísérték, majd a nap „kulcsszavai” kerültek rögzítésre a vizuáltáblán.

A negyedik, összefoglaló ülés tematikája azokkal a körülményekkel ismertette meg a terheseket, amelyek a gyermekágyas időszakban sokasodnak. Igény szerinti részletességgel szóltunk:

- az érintés fiziológiájáról, annak biológiai és érzelmi jelentőségéről;
- videofilmet tekinthettek meg az érdeklődő anyák a babamasszázsról;
- a film indukálta gondolatok kicserélésére, a felvetődött kérdések megvitatására is sor került;
- beszéltünk a nonverbalizmus párkapcsolatban betöltött szerepéről, a gyermekkori jelentőségéről, annak különböző fejlesztési lehetőségeiről;
- ezen foglalkozás alatt került sor a partneri támogatás PND megelőzésében nyújtható segítségének ismertetésére;
- lazító technikák beépítése;
- konzultáció.

A záró foglalkozás nemcsak az adott nap szakmai programját, hanem az együtt töltött 12 óra közös élményeit, esetleges hiányosságait is értékelte. Személyenként fogalmazódtak meg az esetleges további kérdések, észrevételek (szóban és írásban), majd elhangzottak a csoportvezetők adekvát ajánlásai. A minőségbiztosítás kontrolljaként építettük a tematikába a tréningek végén helyet kapó közös (igény szerint egyéni) konzultáció, megbeszélés lehetőségét.

A posztnatális depresszió (PND) szűrésére eszközként a Magyarországon eddig kevésbé ismert Leverton-kérdőívet (LQ) használtuk azzal a céllal, hogy a védőnők számára egyszerűen és gyorsan alkalmazható szűrőmódszert biztosítsunk, amelynek segítségével hatékonyabban kiemelhetők és szakemberhez irányíthatók az arra szoruló várandós és gyermekágyas anyák. A validálás bebizonyította, hogy a PND szűrhető LQ segítségével. Az érvényesség eredménye alapján 12 pontos vagy afeletti értékű LQ nagymértékben valószínűsíti az antenatálisan vagy posztnatálisan előforduló depresszió fennállását.

A Leverton-teszt szűrésre alkalmas, de diagnózis felállítására nem. Kiváló belső konzisztenciával rendelkezik a kérdőív, amely megfelel a validálási kritériumoknak (Cronbach α : 0.77). A depresszió súlyosságának meghatározásában az LQ hatásfoka összehasonlítható a BDI-vel. Az LQ magában foglal szorongásra, illetve a depresszió szomatikus szimptomáira vonatkozó kérdéseket, amelyek jó korrelációt mutatnak a BDI megfelelő alskáláival. 3842 gyermekágyas vizsgálatánál a PND előfordulását (n=614)

16,1%-nak találtuk 1996 és 2006 között. Ez az érték az 1996-ban szűrt 2229 puerperiumban lévő anyánál (n=333) 14,9 %, míg 2006-ban az 1613 posztpartum 6. hetében felmért materek körében (n=281) 17,4 %. Tehát emelkedő tendenciát mutat.

A 2006-ban bevezetett csoportterápia a kontrollokhoz (N=1009) képest a kezeltelnél (N=710) szignifikánsan csökkentette (n=177) 17,5%-ról (n=90) 12,7 %-ra a PND előfordulását.

Kidolgoztuk és használtuk a védőnők által könnyen alkalmazható csoportterápiát. Javaslatot tettünk a védőnők oktatásában a Leverton-teszt használatának beépítésére is.

A jó gyakorlat eredményei, hatásai

A csoportfoglalkozások hatása a várandósokra

A gyermekágyas időszak 6. hetében megismételve az LQ felvételét, a várandósság alatt csoportfoglalkozásokon részt vettek (N=710) körében szignifikánsan alacsonyabb (n=90), azaz 12,7%-os volt a kérdőívvel felmérhető PND aránya, míg az azon részt nem vettek körében (N=1009) 17,5%-os értéket mértünk. Természetesen az LQ-pontszámok is szignifikánsan alacsonyabbnak bizonyultak a foglalkozásokba bevontak esetében, amely mutatók az alábbi táblázatban láthatók.

	Csoportfoglalkozáson részt vett gyermekágyasok (N=710)		Nem kezelt gyermekágyasok (N=1009)		P-érték **	OR (95% KI) ***
	n	%	n	%		
PND	90	12,7	177	17,5	<0,01	0,68 (0,52-0,90)
LQ-pontszámok szülést követően*	9,43±2,168		10,12±3,632		<0,001	

1. táblázat. A PND gyakorisága, illetve az LQ-pontszámok a terápiás és a kontrollcsoportban 2006-ban Délkelet-Magyarországon

* Folytonos változók prezentációja: átlag ± standard deviáció (S.D.).

** A folytonos változók összehasonlítása Mann-Whitney U-teszttel.

*** Esélyhányados és 95% megbízhatósági intervallum.

PND kockázati tényezők 2006-ban

A PND előfordulását egyszerre befolyásoló szociodemográfiai és pszichoszociális kockázati tényezők feltárása a 2006-ban csoportfoglalkozáson részt vett (N=710), illetve azon részt nem vett (N=1009) gravidák esetében logisztikus regresszió segítségével mutatható be.

A PND kockázati tényezői a kezelt, illetve a nem kezelt csoportban az alábbiakban foglalható össze.

Csoportfoglalkozáson résztvettek PN-rizikótényezői és -védőfaktorai

A terhesség alatt csoportterápián részt vett, majd a gyermekágyban interjú alá vont anyák esetében a befolyásoló tényezők közül az alábbiak csökkentették szignifikánsan a PND kialakulását:

- a házas családi állapot [AOR: **0,01**; (95% KI: 0,00–0,02); P <0,001];
- tervezett terhesség [AOR: **0,43**; (95% KI: 0,26–0,72); P=0,002];
- a posztnatális periódus utáni 2. évet követő munkába való visszatérés [AOR: **0,45**; (95% KI: 0,28–0,72); P=0,001].

A PND kialakulási rizikóját az alábbi tényezők, a következő mértékben növelték a csoportterápián részt vetteknek:

- egyedül intézi saját dolgait [AOR: **1,59** (95% KI: 1,01–2,52); P=0,054];
- a korábbi kedvezőtlen terhességi kimenetel [AOR: **1,69**; (95% KI: 1,06–2,68); P = 0,044];
- gyermekszám [AOR: **1,8** (95% KI: 1,6–2,1); P <0,001];
- korábbi stresszes esemény [AOR: **2,51** (95% KI: 1,59–3,95); P <0,001];
- nem kívánt terhesség [AOR: **2,57** (95% KI: 0,80–8,27)];
- az előzményekben szereplő kezelt depresszió [AOR: **2,79**; (95% KI: 2,53–4,81)];
- anyagi problémák [AOR: **5,69** (95% KI: 3,47–9,33); P <0,001];
- korábbi major depresszió [AOR: **7,56**; (95% KI: 4,20–13,64); P <0,001].

Kontrollcsoport PND-rizikótényezői és -védőfaktorai

A csoportterápián részt nem vettek esetében a befolyásoló tényezők közül az alábbiak a következő mértékben csökkentették szignifikánsan a PND kialakulását:

- a házas családi állapot [AOR: **0,15**; (95% KI: 0,10–0,22); P <0,001];
- tervezett terhesség [AOR: **0,27**; (95% KI: 0,19–0,38)];
- a posztnatális periódus utáni 2. évet követő munkába való visszatérés [AOR: **0,55**; (95% KI: 0,39–0,77)];
- terhesség nem kívánt volta [AOR: **0,71**; (95% KI: 0,26–1,90); P <0,001].

Az alábbiak különböző mértékben növelték a PND kialakulásának rizikóját:

- a gyerekszám [AOR: **1,44**; (95% KI: 1,25–1,60); P = 0,008];
- a hétköznapi dolgok egyedüli menedzselésének ténye [AOR: **2,01**; (95% KI: 1,43–2,83)];
- korábbi kedvezőtlen terhességi kimenetel [AOR: **2,16**; (95% KI: 1,53–3,05); P <0,001];
- a korábbi major depresszió [AOR: **2,66**; (95% KI: 1,36–5,21); P = 0,001];
- a korábbi stresszes életesemény [AOR: **3,10**; (95% KI: 2,22–4,34)];
- korábban kezelt depresszió [AOR: **3,82**; (95% KI: 1,02–5,2); P <0,001];
- az anyagi problémák [AOR: **4,02**; (95% KI: 2,71–5,97); P <0,05].

A különböző rizikófaktorok tehát eltérő mértékben befolyásolhatók. Leginkább a családi szupportív tényezőket mozdította elő a tréning. Legkevésbé hatott az alacsony gazdasági státusz összetevőire.

Megállapítható azonban, hogy a relaxációs-készségfejlesztő tréningek jelentős terápiás és megelőző hatással bírtak. Az ismeretek hiányából fakadó szorongás oldásában tapasztaltuk a csoportfoglalkozások jelentős hatását.

A csoportüléseknek nemcsak terápiás értéke volt, hanem céljaként szerepelt tárgykörei megbeszélése során a fiatal anyák elképzeléseit közelebb vinni a realitáshoz azáltal, hogy jobban megismerjék a rájuk váró feladatokat, tisztázhassák saját képességeiket, elvárásaikat, a házastárshoz, partnerükhöz fűződő viszonyukat.

Felkészítést kaptak ahhoz, hogy érettebben és kompetensebben kezdhessenek életük egyik legszebb és talán legnehezebb feladatához, az anyasághoz. Fórum teremtődött a szüléssel, szülőszereppel kapcsolatos vélt vagy valós félelmek megfogalmazására. Aadekvát válaszlehetőséggel oldhatókká váltak az ezzel kapcsolatos negatív érzelmek, szorongások, emóciós problémák. A rendszeres csoportülések elmélyítették a gondozottak magasabb egészségkultúra iránti igényét, fokozódhatott a primer prevenció szolgáltatások elfogadásának készsége. Szorosabb szakmai együttműködés vehette kezdetét a védőnők és a társszakmák képviselői között. Hangsúlyosabbá vált a jelzőrendszer működésének hatékonysága. Ezen intervencióval megerősítést nyert a pozitív mentális egészségügyi támogatás szerepe a laikus anyák körében.

A jó gyakorlat tárgyi és emberierőforrás-szüksége

Tárgyi feltételek

- A kutatási program terve.
- A Védőnői Szolgálat védőnői dokumentációja (anamnesztikus adatok kiegészítését célzóan).
- Nyomdatechnika, elektronikus feldolgozás, SPSS statisztikai program, adminisztráció kellékei.
- Telefon, irodaszer és egyébek.
- Védőnői terhestanácsadó helyiségek, terhesgondozó centrumok.
- A kérdőíves felmérést a Szegedi Tudományegyetem Etikai Bizottsága, illetve a Megyei Orvosi Etikai Bizottság elfogadta.

Személyi feltételek

- A posztnatális depresszió témakörére előzetesen felkészített kérdezőbiztos védőnők.
- A szűrési protokoll megvalósítása során számításba kellett venni, hogy elérhető-e viselkedésterapeuta helyben vagy telefonon, illetve, hogy miként történik a szűrés alkalmával kiemelt anyák kivizsgálása és kezelése a legsúlyosabb esetekben.
- Posztnatális depresszió tárgykörére specializálódott terápiás csoportvezető pszichiáter trénerek és mentálhigiénés védőnő szakemberek.
- Kellő számú vizsgálatban, illetve a csoportterápián való önkéntes részvételt vállaló várandós, illetve gyermekágyas anya személye.

A jó gyakorlat átadhatósága

Hátom évtizede pályán tevékenykedő védőnőként fogalmazom meg és ajánlom elfogadásra a következő javaslatokat:

- Kapjanak a Magyarországon magasan képzett és nagy létszámú védőnők hangsúlyosabb szerepet a szülés körüli időszak PND megelőzésében, szűrésében és kezelésének segítésében (kompetenciakörük célzott bővítése).
- A védőnő primer és szekunder prevenciók tevékenységében a jelző és konzultációs rendszer hatékony működtetésének fokozott előtérbe helyezése a társszakmákkal történő együttműködéssel, természetesen a szakmai protokoll következetes betartása mellett (szülész-nőgyógyász, gyermekgyógyász, pszichiáter, családorvos, szülésznő, ápolónő, védőnő, szociális szféra).
- A védőnők felkészítése a terhelő anamnézissel rendelkező várandós anyák és gyermekágyasok pre- és posztpartum időszakának profilaktikus és terápiás

ellátására szakemberek vezetésével (pszichoterápia, családterápia, farmakoterápia).

- A védőnők képzettségi szintjének emelése érdekében a fejlesztést igénylő részterületek számbavétele, illetve határtudományok eredményeinek és módszereinek beépítése az oktatásba (pl: LQ, csoporttréning-vezetés, relaxációs technikák elsajátítása elméletben és gyakorlatban).
- A már hivatásukat gyakorló védőnők posztgraduális továbbképzésében, a pre- és posztpartum hangulatzavarok ismeretének megfelelő óraszámú, elméleti és gyakorlati szintű tantárgyelemként való tanítása.
- További vizsgálatokat lehetne indítani a Leverton-kérdőív használatának kiterjesztéséről, a társszakmákkal való szorosabb együttműködéssel: pl. a magzat szomatomentális fejlődésének nyomon követése szülészekkel együtt, majd megnézve, hogy mutatkozik-e eltérés azon anyák gyermekeinek fejlettségében, akik részt vesznek a terápiás foglalkozásokon, illetve azokéban, akik elzárkóznak annak igénybevételétől.

A szerző adatai, elérhetősége

Név: dr. Csatornai Sarolta védőnő

Cím: 1042 Budapest, Petőfi u. 22.

E-mail cím: drCsatornai@gmail.com

Telefonszám: +36-20-591 8479

Irodalomjegyzék

1. Belső, N., Rihmer, Z. (1999) Depresszió és életciklusok. *Praxis*, 10: 22–33.
2. Noble, R. E. (2005) Depression in women. *Metabolism*, 54: 49–52.
3. Smith, M. V., Brunetto, W. L., Yonkers, K. A. (2004) A perinatális depresszió korai felismerése. *Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle*, 11: 325–335.
4. Evans, J., Heron, J., Framcomb, H. et al. (2002) *Prevalences rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy.*
5. Yonkers, K. A., Little, B. B. (2001) *Management of Psychiatric Disorders in Pregnancy.* Arnold Editor, London.
6. Murray, D., Cox, J. L., Chapman, G. (1995) Childbirth: life event or start of a longterm difficulty? Further data from the Stoke-on-Trent controlled study of postnatal depression. *Br J Psychiatry*, 166: 595–600.
7. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979) *A depresszió kognitív terápiája.* Animula Kiadó, Budapest.
8. *Társadalmi Riport* (2007) Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
9. Herczog, M. (2008) A kora gyermekkori fejlődés elősegítése. *Család, Gyermek, Ifjúság*, 1: 16–28.