

A védőnői tevékenység lehetősége a posztnatális depresszió prevenciójában

Csatordai Sarolta

főiskolai adjunktus

Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Védőnő Szak

e-mail: csatordai@efk.u-szeged.hu

Kulcsszavak: posztnatális depresszió, vulnerabilitás, Leverton-teszt, prevenció, pszichoterápia

Összefoglalás

A női élet egyes ciklusai kifejezett vulnerabilis időszakot jelentenek depresszió tekintetében. A posztnatális depresszió, mint specifikus gyermekágyi pszichiátriai zavar az 1800-as évek közepe óta ismert. Elkülönítendő a „maternity blues” hormonális hatáson nyugvó tünetegyüttestől és a gyermekágyi pszichózistól is. Általános jellemzője a hangulati labilitás, reményvesztettség, tehetetlenség, elégtelenség érzése. Előfordulási gyakorisága a nemzetközi vizsgálatok szerint 10-15%-ra becsülhető. A kérdéskör hazai elemzői szerint ez az arány magasabbnak bizonyul. Súlyos következményei miatt (önértékelési zavar, büntudat, késleltetett anya-gyermek közötti kötődés, házassági feszültség stb.), a peripartum időszak zavarainak terápiájában lényeges szempont lehet a prevenció.

Kutatási célunk a posztpartum depresszióra való vulnerabilitás kimutatását szolgáló Leverton-féle kérdőív alkalmazásával a kórkép tüneteinek felderítése a terhesség alatt, a „sebezhető” terhesek körében végzett pszichoterápiás csoportfoglalkozásokkal a betegség előfordulási gyakoriságának csökkentése, a megelőzés módszerének kidolgozása és a védőnői gyakorlatba történő beépítése.

A vizsgálatot 2001-2003 között Magyarország déli régiójának 4 megyéjében 680 fős mintán, a terhesség kezdetén, majd a gyermekágyas időszakban megismételve végeztük, Leverton-féle (önkitöltéses, anonim) interjúlapot használva, amely a posztnatális depresszió előrejelzését szolgálja. Kiértékeléskor a komoly tünetekre jellemző válasz 2 pontot, az enyhébbeké 1 pontot, a negatív válasz 0 pontot ér. Az elérhető maximális pontszám 48 lehet. Az ajánlott séma szerint a 10 pont feletti értékek vulnerabilitást jeleznek. Körünkben végzett csoportterápia alkalmazásával, a kórkép kifejezett esetei számának csökkenését reméljük.

Előzetes eredményeink szerint a máterek több mint fele terhessége során érintett a depressziós alaphangulat tüneteit illetően.

Súlyos szomatikus tünetek viszonylag kis számban fordultak elő, viszont a vizsgált terhesek magas aránya érzi néha - vagy gyakran - nagymértékben fáradtnak magát. Vizsgálatunkban 570 (83%) várandós anya került a 10 pont feletti értéket mutató vulnerabilis csoportba, terhességének első vagy második trimeszterében történt tesztelését követően. A gyermekágyas időszak végén megismételve a Leverton-féle kérdőív felvételét, 13%-kal csökkent a vulnerabilitás mértéke, anélkül, hogy pszichoterápiás beavatkozás történt volna.

A lehetséges prevenció bázisaként a jövőben, az első trimeszter felvételét követő, kiértékelés alapján vulnerabilisnak bizonyult gravidák számára 4x3 órás időtartamú, pszichoterápiás effektussal bíró csoportfoglalkozások keretében történő oktató jellegű üléseket ajánlunk fel, melyet pszichiáter és mentálhigiénés védőnő vezet.

Várakozásaink szerint - kontrollcsoportot is vizsgálva - a szisztematikus szülésre valamint anyaszerepre felkészítés alkalmával a vulnerabilitás előfordulása jelentősen mérsékelhető a gravidák körében.

A nők 10-20%-a szenved szülés utáni depresszióban, amely 2 héttől 1 évig is eltarthat. A posztnatális depresszió külföldi előfordulási adatai azt jelzik, hogy a

védőnők gyakran találkoznak ezzel az állapottal a fiatal anyákkal végzett munkájuk során, mégis a szakemberek többször félreértelmezik, nem ismerik fel vagy nem veszik időben észre. Tehát megkülönböztetett figyelmet érdemel a szorongás okozta szomatikus és pszichés tünetek perinatális időszakban történő, védőnők általi korai kiszűrése. Ez tudná tevőlegesen előmozdítani a megfelelő és hatékony terapeutikus beavatkozást. Ilyen eszköz a Leverton-teszt, amely a terhesség, szülés és szülést követő időszak követésére alkalmas, különös tekintettel a korai anya-gyermek kapcsolatot befolyásoló történések monitorizálását célozva.

Bevezetés

Az ember életútját tekintve vannak olyan életperiódusok, amelyekben az egyén sérülékenyebb, gyakrabban alakul ki depressziós megbetegedés. A női élet ciklusai, egyes periódusai kifejezetten vulnerábilis időszakot jelentenek depresszió tekintetében.

Kiemelkedő jelentősége van a terhesség, szülés és gyermekágy intervallumának. Mind fizikális, mind pedig érzelmi szempontból lényeges állomás ez. A hormonális és érzelmi változások hatására a *terhesség* alatt általában „elsimulnak” az addigi pszichés problémák, sok esetben javul a kedélyállapot, az esetleges szorongásos (pl. pánik) betegségek tünetei „halványodnak”. Terhesség alatt kb. 25-30%-ban tapasztalhatók depresszív tünetek, amelyek nem minden esetben igényelnek kezelést. Más a helyzet a terhesség után, mert akkorra a tünetek súlyosbodhatnak és beavatkozást tesznek szükségessé.

A *szülést követő időszak* pszichiátriai problémái három fő kategóriába sorolhatók:

- Postpartum blues 50-85%
- Postpartum/postnatal depresszió (PND) 10-20%
- Postpartum pszichózis 0,1-0,2%

Az első esetben a szülést követő néhány napban - leggyakrabban a negyedik nap környékén - enyhe lehangoltság érzése (blues) jelentkezhet, mely pár nap alatt el is múlik, és nem kell kezelni. A két hétnél tovább tartó, vagy a postnatalis időszakban jelentkező és a depresszió kritériumait kimerítő állapotot *postnatalis depresszió*nak nevezzük. Ez az állapot már orvosi beavatkozást és kezelést indokol. Legsúlyosabb esetekben pszichotikus tünetek is jelentkezhetnek, mely a beteg nő és gyermeke életét is veszélyeztetheti. Előfordulási gyakorisága a legtöbb komoly vizsgálat szerint 10% körül mozog. A későbbi szüléseknél nagy a visszaesés kockázata, kb. 30-50% (1, 2).

A posztnatalis depresszió, mint specifikus gyermekágyi pszichiátriai zavar, az 1800-as

évek közepe óta ismert, de komoly figyelmet csak kb. fél évszázada kapott. Ma az egyik leggyakrabban kutatott szülés utáni komplikáció a nemzetközi szakirodalom szerint. Elkülönítendő a „maternity blues” hormonális hatáson alapuló tünetegyüttesétől, és a gyermekágyi pszichózistól is.

Általános jellemzője - mint minden neurotikus depresszió esetében - a hangulati, labilitás, reményvesztettség, tehetetlenség, valamint az elégtelenség érzése. Mindez fokozhatja az egyébként is gyakran előforduló félelmet a materben, miszerint nem tud „elég jó anya” lenni (3).

A peri- és postnatalis hangulatzavarok tüneteit az 1. sz. táblázat tartalmazza.

Tünetek:	– Inszomnia
	– Étvágyzavarok
	– Energiátlanság, funkcionálási képtelenség
	– Visszahúzódás, szociális izoláció
	– A gyermekhez való viszonyulás megváltozása
	– Memória-, koncentrációs problémák
– Szétszórtság, zavarodottság, aggodalmasság	

1. sz. táblázat Postnatalis depresszió tünetei

Jelenlegi álláspont szerint nem különálló betegségről van szó, hanem depresszióról, postpartum kezdettel. A betegség leggyakrabban a szülést követő 4 héten belül indul és kezelés nélkül akár 2 évig is eltarthat. Spontán remisszió, gyógyulás a legtöbb esetben 3-6 hónap múlva következik be. A tünettán a major depresszió jellegzetességeit mutatja, de gyakran az anya-gyermek kapcsolatban ill. a gyermek ellátásában súlyos gondok és elégtelenségek alakulnak ki (1, 2).

Az utóbbi évtized nemzetközi longitudinális vizsgálatai 10-15%-ra becsülik a

posztnatális depresszió előfordulási gyakoriságát (4). A kérdéskör hazai elemzői szerint ez az arány Magyarországon magasabb (5). A közleményekben hangsúlyozzák, hogy időben kell észlelni és megfelelően értékelni a terhesség alatti pszichés történéseket, a környezet figyelmét is elkerülő finom eltéréseket, hangulatzavarokat, az anya szorongásait, mert súlyos következményei lehetnek.

Legjelentősebbek közülük:

1. Megakadályozza, hogy a csecsemő jelzéseire érzékeny módon válaszoljon. Kommunikációs zavart okoz az élet kritikus periódusában.
2. Jelentősen és maradandóan befolyásolhatja az anya önértékelését, aki úgy érzi, hogy nem tud eléggé megfelelni anyai szerepének.
3. Állandó büntudat forrása lehet, mivel ezek az anyák azt gondolják, betegségük gátolja a gyermekükkel való emocionális kapcsolat harmóniáját.
4. Késlelteti az anya-gyermek közötti kötődés kialakulását.
5. Hosszú távú hatása lehet a gyermek viselkedésére és/vagy kognitív képességeire.
6. Házassági feszültségekhez is vezethet (6).

A peripartum időszak zavarainak terápiájában lényeges szempont a prevenció és a profilaxis. Minden beteg szeretné elkerülni a gyógyszeres vagy egyéb kezelést, éppen ezért a megelőzésre igen nagy hangsúlyt kell fektetni. Ennek része a rizikó faktorok kiszűrése, a felvilágosítás és tanácsadás. Az ismert rizikóval ill. anamnézissel rendelkező betegekkel az antepartum ill. a postpartum időszakban meg kell kezdeni a profilaktikus terápiát: szupportív jellegű pszichoterápia, interperszonális terápia, családterápia ill. farmakoterápia formájában.

A gyógyszeres terápia sok esetben nem kerülhető el a terhesség alatt ill. az után előforduló depressziók kezelésében, azonban gyakran okoz problémát a terhesség ill. a szoptatás időszak alatti gyógyszerválasztás (1, 2).

Jelen dolgozatban vizsgálni kívánjuk, hogy a védőnői prevenció tevékenység során milyen konkrét lehetőségek kínálóznak a posztnatális depresszió megelőzésére.

Kutatási célunk

- 1) A posztnatális depresszióra való vulnerabilitás kimutatását szolgáló Leverton-féle kérdőív használatával a kórkép tüneteinek felderítése a terhesség alatt.
 - 2) A „sebezhető” terhesek körében végzett, pszichoterápiás csoport-foglalkozásokkal a betegség előfordulási gyakoriságának csökkentése.
 - 3) A megelőzés lehetséges módszerének kidolgozása és a védőnői gyakorlatba történő beépítése.
- A vizsgálat várható haszna és jelentősége
- Időben kiszűrésre kerülnek a posztnatális depresszióra vulnerabilis egyének => szakemberhez irányíthatók;
 - Megbízható epidemiológiai adatokhoz jutunk, melynek segítségével kidolgozható módszer a védőnői munkába beilleszthető a későbbiekben, javítva ezzel annak minőségét;
 - Az egészségügy dehumanizálódásával a várandós anyák gondozása az objektív értékek analizálására szorítkozik. Eközben a kommunikáció, a lelki-pszichés történésekkel való törődés elsikkad. A szülés körüli időszak alatt megjelenő depresszió és szorongásos rendellenességek védőnői felismerésével és a segítő attitűd megnyilvánulásával javulna a védőnői munka minősége, a szakma kedvezőbb megítélése;
 - A társszakmákkal való szorosabb együttműködést „kényszeríthetné” ki. Pl. a magzat szomatomentális fejlődésének nyomon követését szülészekkel együtt végezni. => Mutatkozik-e eltérés azon anyák gyermekeinek fejlettségében, akik részt vesznek a terápiás foglalkozásokon, ill. akik elzárkóznak az igénybevételtől.

Hypotézisek

- 1) A szorongás okozta objektív tünetek nagy gyakorisággal fordulnak elő a terhesek között.
- 2) A gyermekvárás attitűdje befolyással van a kórkép kialakulására.
- 3) A kedvezőtlen szociális háttér, az anyagi gondokkal küszködők veszélyeztetettebbek a posztnatális depresszió kialakulásában.
- 4) Az anya szorongásszintjét fokozhatják az előzményben szereplő sikertelen terhességek.

- 5) Az először szülők szorongásának előfordulási gyakorisága nagyobb.
- 6) A primiparák szorongásának leggyakoribb oka attól való félelmük, hogy nem tudják ellátni gyermeküket.
- 7) A szülést követően alacsonyabb a depressziós tünetekkel küzdők aránya, mint a korai terhességben.
- 8) A posztnatális depresszió a vulnerábilis csoportokban csoportterápiával eredményesen csökkenthető.

A vizsgálat módszere

Leverton-féle (önkitöltéses, anonim), 55 kérdést felölelő interjúlapot használtunk, amely a posztnatális depresszió előrejelzését szolgálja, különös tekintettel a korai anya-gyermek kapcsolatot befolyásoló történések körének monitorizálására kifejlesztve. (Segítségével 1984-ben a londoni Lewisham Hospitalban folytattak felméréseket.)

A Leverton-teszt pszichológiai és szociológiai változói köré csoportosítottproblematikák sora:

- a) pszichológiai előtörténet
- b) házastársi viszony
- c) bizalomteljes kapcsolatok
- d) szorongási skála (Crown Crisp Experimental Index = CCEI)
- e) megelőző posztnatális depresszió

A hangulati élet zavarainak kimutatására szolgáló 24 kérdésből álló fejezet, a szorongási index felvételét célozza (CCEI), mely a *szorongás*, a *depresszív alaphangulat* és a *szomatikus szimptomák* körét érinti.

Kiértékeléskor az egyes komolyabb tünetekre jellemző válasz 2 pontot, az enyhébbeké 1 pontot, míg a negatív válasz 0 pontot ér. A maximális pontszám 48. Az ajánlott séma szerint a 10 pont feletti értékek már vulnerabilitást jeleznek.

A posztnatális depresszió prevenciójának hatékony módszerét keresve, a jövőben az első trimeszter felvételét követő kiértékelés alapján vulnerábilisnak bizonyult gravidák számára 4x3 óra időtartamú pszichoterápiás effektussal bíró, csoportfoglalkozások keretében bonyolódó, oktató jellegű üléseket ajánlunk fel, melyet pszichiáter és mentálhigiénés védőnő vezet. A részvétel itt is önkéntes, tehát véletlenszerűen kerülhetnek be a terápiás csoportba. Kettős vak vizsgálati módszert alkalmazva az anyák előtt nem ismeretes, hogy ők egy terápiás eljárásban részesülnek, ugyanúgy a gondozó körzeti védőnők sem

kapnak tájékoztatást a kísérletről. A csoportban maximum 15 személy foglalkoztatható.

A szervezett keretek között zajló oktató program tematikája a következő, melyeket minden esetben hangfelvétel rögzít:

- a várandósság - a magzat méhen belüli fejlődése, a méhen belüli fejlesztés kommunikációs lehetőségei;
- a szülés, a születés - a megszületés élménye a magzatra, gyöngéd születés, a szülővé válásra, az anyai, apai szerepekre felkészülés mentálhigiénés vonatkozásai;
- az újszülött és a csecsemő táplálása, a szoptatás, az anyatej jelentősége, szerepe az anya-gyermek kapcsolat erősítésében;
- a babamasszázs, az érintés szeretete - a vajúdás és a szülés alatti légzés és ajánlott testhelyzetek;
- a relaxációs technikák elsajátítása;
- aktuális szorongások feloldása;
- valamennyi terheseket foglalkoztató kérdés megvitatása.

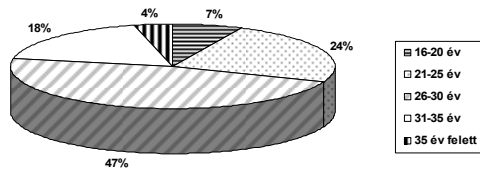
Várakozásaink szerint - kontroll csoportot is vizsgálva - a szisztematikus szülésre, valamint anyaszerepre felkészítés alkalmazásával a vulnerabilitás előfordulása jelentősen mérsékelhető a gravidák körében.

A kontroll csoportot a vulnerábilisnak bizonyult (10 pont feletti értékkel rendelkező gravidák), de a pszichoterápiás kurzust nem látogató terhesek képezik.

E nagyon érzékeny és kritikus periódus specifikus - szorongás túlsúlyos - tüneteinek észlelésére más mérő módszerek használata, mint pl. Beck, vagy az Edinburgh Postnatal Depression Scale, Diagnostic Interview Schedule (DIS), Juhász-féle Pontozó Skála, Disability kérdőív teljességgel indokolatlan, hiszen ezek a depresszió súlyos eseteinek előfordulását tesztelik (7, 8).

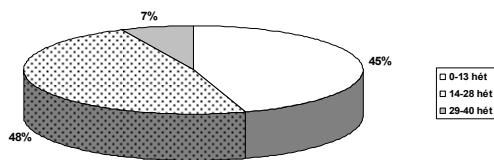
Vizsgált minta

Az előzetes vizsgálatot 2001-2003 között Magyarország déli régiójának 4 megyéjében 680 fős mintán, a terhesség kezdetén, majd azt a gyermekágyas időszakban megismételve végeztük.



1. ábra: A terhesek korcsoport szerinti megoszlása

Felmérésünkben 324 multipara és 356 primipara szerepelt. A korábbi szülészeti események, azok tapasztalatai - feltételezéseink szerint - szerepet játszhatnak az aktuális pszichés státuszban.



2. ábra: A terhesség ideje szerinti megoszlás

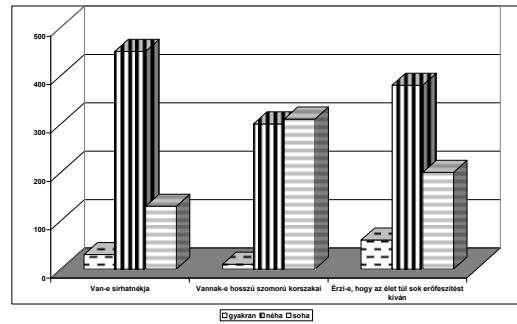
Kívánatos lenne, ha a 0-13. gesztációs hetekre koncentrálna az első jelentkezés, s ezzel együtt a Leverton-féle teszt felvétele is.

A mintavételezés valamennyi terhesgondozásra először jelentkező és a kérdések megválaszolását vállaló - bár a vizsgálatokról előzetesen nem tájékoztatott - várandós anyára kiterjedt. A kérdőív szerkezete olyan, hogy a gravidák a tanácsadás várározási ideje alatt kitölthették. Értelmezési nehézség esetén a jelenlévő körzeti védőnő segítette a megválaszolást, ill. a mérőeszköz kitöltését. A primi- és multipara anyák külön kérdőívet kaptak.

Előzetes eredmények

Depressziós alaphangulat tünetei

A hangulati élet zavarainak tünete a szomorúság, nyomott kedélyállapot, mely erősen akadályozza a napi tevékenységek szokásos rendben történő ellátását.

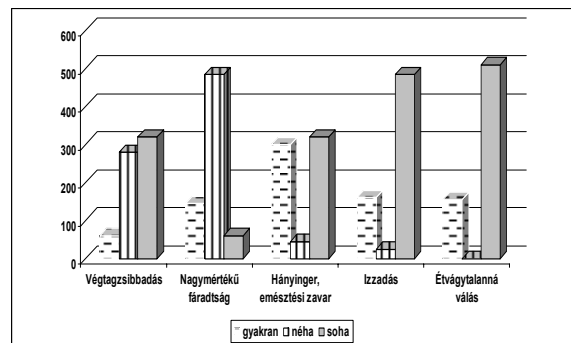


3. ábra: A terhesek megoszlása a depressziós tünetek gyakorisága szerint

Megváltoztatja a környezethez való viszonyt, nehezíti a kommunikációt, elbizonytalanítja a döntési szinteket. A mamek több mint fele terhessége során érintett a felsorolt érzéseket illetően.

Szomatikus tünetek gyakorisága

Súlyos szomatikus tünetek viszonylag kis számban fordultak elő, viszont a vizsgált terhesek magas aránya érzi néha - vagy gyakran - nagymértékben fáradtnak magát.

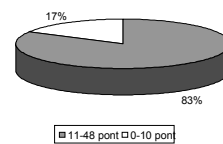


4. ábra: A terhesek megoszlása a szomatikus tünetek szerint

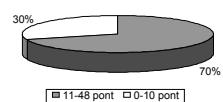
Leggyakoribb tünetek: lehangoltság, szorongás, örömtelenség, érdektelenség, ingerlékenység mellett a fáradékonyság, emésztési zavar, étvágytalanság, izzadás, végtagzsibbadás érzése.

A vulnerabilitás mértéke a CCEI alapján

A kódolási utasítás alapján a 10 pont feletti CCEI értéket mutató terhesek vulnerábilisnak tekintendők.



5. ábra: Vulnerabilitás előfordulása terhesek között



6. ábra: Vulnerabilitás előfordulása szülés után 6 héttel

Vizsgálatunkban 570 (83%) várandós anya került ezen csoportba, terhességének első vagy második trimeszterében történt tesztelését követően.

A gyermekágyas időszak végén megismételve a Leverton-féle kérdőív felvételét 13%-kal csökkent a vulnerabilitás mértéke anélkül, hogy pszichoterápiás vagy bármilyen egyéb beavatkozás történt volna. Ez az arány még így is magasabb az angolszász irodalomban előforduló értékeknél (5).

Megbeszélés

Viszonylag magas esetszámú vizsgálatunk eredményei arra utalnak, hogy a gyermekvállalás az asszonyokban nemcsak testi, hanem lelki változásokat is előidéz. Többnyire az öröm, néha az izgalom - helyenként a „ajj, Istenem, csak egészséges legyen a babám” gondolata - mindenkiben jelen van. E hangulati ingadozások azonban különösebb terhet nem jelentenek a családoknak, mindenki természetesnek tekinti. Egyes esetekben azonban ez olyan súlyú is lehet, hogy szaksegítségre van szükség. Köztudottan a lehangoltság, a szorongás, a hangulati zavar és a depresszió között nemcsak időbeli, hanem fokozati különbség is van.

Eredményeink megközelítően összhangban vannak az irodalomból eddig ismert - nem nagyszámú - hazai vizsgálatok eredményeivel (9. 10., 11.), azonban kedvezőtlenül eltérnek a nemzetközi felmérésekben olvasott adatok mértékében (4).

A szülés utáni 2-3 hétben a nők 60-80 százaléka kimerültnek érzi magát, nem tudnak aludni, depressziósak vagy félnek, szoronganak. Érzékenyebbek, idegesek, aggódnak, hogy megfelelnek-e az anyaság magasztos követelményeinek. Gyakran kérdezik maguktól: „Miért vagyok olyan levert, amikor végre megszületett a kisbabám, akit annyira vártam?” Mindenki izgatott és boldog, csak az édesanya nem. „Ha ez életem legszebb időszaka, miért nem érzem?”

A szülés utáni depresszió hormonális, biokémiai, pszichológiai és genetikai okok kombinációjának eredménye. A szülést követő hormonális és szervi változások, a hazatérés kórházból mind oka lehet ennek az állapotnak. A felelősség új érzése, amit a csecsemővel kapcsolatban érez a kismama, igen lehangoló is lehet (11).

A szülést követő kedvetlenséghez hasonló, de sokkal súlyosabb tünetekkel jelentkeznek a szülés utáni depresszió.

Kialakulásának hátterében az egyéni sérülékenység és a környezeti hatások játszanak szerepet. Az egyén sérülékenysége egyrészt a már említett örökletes tényezők, másrészt a korai életek tapasztalatai (anya-gyermek kapcsolat, nevelési módszerek) szabályozzák.

Környezeti tényező lehet minden olyan nagy stresszel járó életesemény, mely kimeríti az asszonyok alkalmazkodó képességét. Ilyen életesemény lehet a szülés is.

Sokan gondolják azt (szakemberek és nem szakemberek egyaránt), hogy a szülés fizikai és lelki súlya az, ami a gyengébb pszichológiai tartalékokkal rendelkezőt olyan mértékben terheli meg, hogy „berobban” a depresszió.

Az ilyen anya nem tudja megfelelően ellátni gyermekét. Bizonyos esetekben túlzottan aggódik érte, máskor közömbös iránta vagy agresszív gondolatai vannak vele kapcsolatban (10).

Terhesség alatt észlelt vulnerabilitás esetén a posztnatális depresszió gyakorisága - a külföldi tanulmányokban közzétettek szerint - 30% körüli, szemben az átlag populáció 10-15%-os előfordulásával.

A csoportterápia alkalmazásával a kórkép kifejezett eseteinek száma mintegy egyharmadára csökkenthető a veszélyeztetettek körében (4).

A tárgykörben átfogó jellegű, nagy elemszámú vizsgálatokról szóló magyarországi adatok nem ismeretesek (9).

A szakemberek sokat tudnak a szülés utáni depresszióról, azonban mégis meglepetés volt egy angol vizsgálat eredménye: a korábbi ismeretekkel ellentétben, ez a betegség gyakrabban fordul elő a várandósság alatt, mint a szülés után. Tehát érdemes felfigyelni a várandósok erősen változó, nagyon ingadozó kedélyállapotára (10).

Saját vizsgálatunkban ugyan csak a vulnerabilitás adatai állnak rendelkezésre, de azok a fentiekkel megegyező eredményre engednek következtetni. További következtetéseink annyiban foglalhatók össze - miszerint a hazai elemzők a szülés utáni depresszió fellépésével az első év bármelyik időszakában az anyák mintegy 10%-ánál számolnak (10) -, jelen vizsgálatunk vulnerabilisnak bizonyuló esetei közül - a

nemzetközi becslések figyelembevételével (4) - a posztnatális depresszió magasabb arányú előfordulása prognosztizálható mintánkban. Feltétlenül kutatni szükséges az elkövetkezendőkben az eltérés okát. Vizsgálatunk a csoportterápiás foglalkozások késleltetett volta miatt előtanulmányoknak tekinthető. A lehetséges prevenciót a pszichoterápiás csoportok működtetésétől reméljük.

A pszichoterápiás ellátás várható hatásai és alapfogalmai:

A pszichoterápia általános definíciója szerint: „minden olyan segítő, gyógyító beavatkozás, amely emberi kölcsönhatás révén próbál változást létrehozni az élmények átélésének és feldolgozásának a módjában, valamint a magatartásban. A pszichoterápiát végző és az azt befogadó ember között nem történik más, mint ami az emberi érintkezésekben, kölcsönhatásokban általában. Tapasztalatilag, illetve tudományosan kialakult feltételek között zajlik, a hatóelemeket lehetőség szerint tisztítva és sűrítve tartalmazza. Ilyen módon a pszichoterápia sok tekintetben hasonló egynemű gyógyszerre, alapanyaga természetes. Az emberi tapasztalat már régóta a betegségek gyógykezelésére használja fel, még hogy ha régen nem is így hívták.” (12.)

A pszichoterápia hatásában ún. *specifikus és nem-specifikus tényezőket* különböztetünk meg. A specifikus hatás egy adott pszichoterápiás irányzatban alkalmazott módszerekből fakad, míg a nem-specifikus hatás a módszertől függetlenül, magából a KAPCSOLATBÓL származik. A pszichoterápiát végző szakembert *terapeutának*, betegét *kliensnek*, *páciensnek* vagy ún. *index személynek* nevezzük. A terapeuta speciális módon felkészített személyiséggel dolgozik. A pszichoterápiás attitűd módszerenként változik, de általában a kliens elfogadását, panaszainak megértését és átélését jelenti. *A tanácsadás (counselling)*, bizonyos alap-pszichoterápiás technikák, mint pl. a szuggesztió, *a pszichoterápiás intervenció*, vagy az ún. problémamegoldó terápia nem hagyományos pszichoterápiás kezelést jelentenek, azonban hatásukban - elsősorban a nem-specifikus hatást tekintve -

lehetnek igen hatékonyak és az adott panasz megszüntetésében eredményesek. A pszichoterápia *ülésekben* zajlik. Ahhoz, hogy a pszichoterápiás folyamat létrejöjjön, szükségesek a „tapasztalati és tudományos feltételek”, amelyet *terápiás keretnek* hívunk. Ennek részei: *szereződéskötés a pácienssel*, amely tartalmazza a találkozások *helyét* - ezt *terápiás térnek* nevezzük, amely lehetőség szerint éppúgy speciálisan, de barátságosan kialakítandó, valamint lezárandó (pl. szükséges a négy szemközti helyzetet biztosítani), az *ülések időtartamát, gyakoriságát, a terápia célját*, a terapeuta és a kliens feladatait, szerepét, a módszer leírását, valamint a *terápia befejezését*. Lényeges, hogy a keretfeltételekben az anyagi, illetve a biztosítási kérdések is benne legyenek (kell-e fizetni a terápiáért, és ha igen, akkor ki és mennyit fizet érte).

Számos pszichoterápiához *a szupervízió* elválaszthatatlanul hozzátartozik, amelyben a terápiát közvetlenül nem végző terapeutá(k) kompetens észrevételeivel és visszajelzéseivel a terápiás folyamatot és a terapeuta szakmai kontrollját segíti(k). A terapeuták képzésének fontos eleme a szupervízió. A pszichoterápiás szerződés része, hogy azt bármelyik fél felbonthatja, és az is, hogy *a páciens aktív részvétele, lélektani munkája szükséges*, a kezelést nem passzívan szenvedni el. A pszichoterápiát az *indikáció és kontraindikáció*, a tisztázott *terápiás keretfeltételek* és a képzett terapeuta megléte különbözteti meg a mindennapi kommunikációtól, a „csak beszélgetéstől” (13).

További terveink

- Jelen kutatás eredményeinek beépítése a védőnő hallgatók képzésébe
- a) a kórkép és a vizsgálati eredmények megismertetése
- b) a szűrő módszer teljes körű alkalmazása
- c) a gondozás minőségi javítására irányuló törekvések készségének kifejlesztése
- d) megelőzés módszereinek elsajátíttatása
- e) csoportfoglalkozások vezetéstechnikáinak tanítása
- Főiskolánkon az országban egyedülálló lehetőségként valósulhatott meg a védőnő szakos hallgatók gyakorlati oktatására szolgáló modell tanácsadó, ahol napi élethelyzetekben, várandós anyákkal találkozáskor sajátíthatják el a leendő védőnők választott hivatásuk módszereit.

Így elindulhatnak olyan foglalkozások, mint a szülésre felkészítés, terhestorna, babamasszázs ill. baba-mama klub.

A képzési tematikánkat egy korábbi cikkben ismertettük a „Módszertan szoba, mint a nyitott tanácsadó rendszer működési modellje” címmel (Védőnő XIV., évf. 2.szám).

Konklúzió

A szorongás alapvetően a környezetünkhöz történő alkalmazkodás fontos tényezője. Ennek következtében nem minden szorongás, csak a kóros mértékű vagy tartalmú szorongás kezelendő.

A szülés utáni depresszió az első évben bármikor felléphet, az anyák több mint 10 %-ánál fordul elő, nagyobb a kialakulásának esélye, ha az anya nagyon fiatal, egyedülálló, házassági konfliktusai vannak, a terhesség előtt (vagy alatt) drogot fogyasztott vagy dohányzott (10).

Minden megbetegedés esetében nagy szerepe van az orvos-beteg kapcsolatnak, így a védőnő-terhes kapcsolatban is. Pszichiátriai zavarok esetén ez még hangsúlyozottabb (8, 7).

A posztnatális depresszió külföldi előfordulási adatai azt jelzik, hogy a védőnők gyakran találkoznak ezzel az állapottal a fiatal anyákkal végzett munkájuk során. A szorongás sokszor együtt jár a depresszióval, mégis a szakemberek többször félreértelmezik, nem ismerik fel vagy nem veszik időben észre. Megjegyzendő, hogy *a pszichiátriai betegségek előfordulási gyakoriságát a hivatalos statisztikák általában alábecsülik. Ennek okai a következők:*

1. a pszichiátriai megbetegedéseket nem, vagy kevésbé ismerik fel a közösségben, az alapellátásban és a nem pszichiátriai szakorvosi gyakorlatban,
2. a fizikális betegségekhez társuló pszichés zavarokat mind a beteg, mind az orvos figyelmen kívül hagyja,
3. a beteg eltitkolja pszichés panaszait - stigmától való félelem miatt (14, 15).

Ha a rendellenességek együtt jelennek meg a posztnatális időszakban, akkor a nőnek és a családjának okozott sérülések - kezeletlenül - még súlyosabb és hosszabb távú következményekkel járhatnak. Megkülönböztetett figyelmet érdemel a szorongás okozta pusztító szomatikus tünetek és az azokkal járó egyéb rendellenességeknek a perinatális időszakban történő, védőnők általi korai kiszűrése. Ez tudná tevőlegesen

előmozdítani a megfelelő és hatékony terapeutikus beavatkozást, amely az anyákat nemcsak saját állapotuk megértésében, hanem problémájuk legyőzésében is segítheti.

Az empátiás, megértő, a beteg érzéseivel egybevágó (kongruens), elfogadó viselkedés, a szorongó, depressziós betegek kezelésében még kifejezettebb szerephez jut. Emiatt a jó védőnő-gondozott kapcsolat megfelelő háttérrel jelenthet a pszichés segítséghez (16).

A védőnői gondozásban (optimálisan már praekoncepcionálisan) tudatosítani szükséges az alábbiakat:

A bajt lehet gyógykezeltetni, de sokkal egyszerűbb megelőzni.

A legfontosabb az lenne, hogy terhességet felnőtt, fizikailag és szellemileg érett nők vállaljanak, hogy a teherbeeséskor legelőször a majdani gyermekáldás örömeire gondoljanak és ne a terhesség-szülés-szoptatás megpróbáltatásaira. Minden leánygyermekes családban „kötelezővé” kellene tenni, hogy a kislány rendszeresen segítkezzen a családban vagy barátoknál született gyermek ellátásában, hogy láthassa, saját élménye legyen egy anyukáról, aki szoptatja csecsemőjét.

Ma már nem probléma a teherbeesést megtervezni. Optimálisan a nagycsaládi háttér lenne ideális a gyermekáldáskor: az apa, a férj is akarja a gyermeket. Az anyai pozitív lelki beállítottság egyik fontos összetevője az az érzés, hogy „neked szültem egy gyermeket”. Megromlott házasságot vagy bizonytalan partnerkapcsolatot ritkán lehet egy nem kívánt gyermekkel stabilizálni.

A kismamának nagy biztonságérzetet nyújt, ha szülés után az anyja vagy anyósa, vagy idősebb nőtestvére szükség esetén mellette tud lenni. Ha lehet, a várandós kismama ne éljen 20 km-re a családjától!

Emancipált korunkban sok nő karrierje, felelős beosztása „veszélybe” kerülhet a várandóssággal. A hivatali életben is meg kell tervezni a gyermek vállalását, határidős munkákat le kell zárni, ki kell tudni vonulni a „hivatásból” egy másik, még nemesebb hivatás érdekében.

A csecsemőt el lehet látni akár egy parasztházban vagy egy lakótelepi kislakásban is. A gyermekáldás vállalását nem szabad halogatni, amíg meglesz a kacsalábon forgó palota. Gyermeket szülni dinamikus, fiatal nőnek kell, lehetőleg 30 éves kor alatt, azzal a biztos tudattal, hogy „majdan fiatalos

nagymama leszek, és akkor ismét fontos hivatás vár rám".

Nagy biztonságérzetet ad a szülés utáni nehéz napokban, ha minden időben elő van készítve: a szüléshez a szükséges holmi egy bármikor felkapható készletében, otthon a csecsemő ellátásához szükséges tárgyak: fürdetőkád, pelenkázó, pelenkák, krémek stb., gyermekorvos neve, telefonszáma, stb.

A gyermekvárás pozitív hangoltsága a körülmények: a szülés és gyermekágy gondos megtervezése és előkészítése, a stabil családi háttér együttesen biztosítják, hogy a

gyermekszülés boldogságérzete teljes legyen, a lelki harmónia pedig átsegíti a kismamát a szülés utáni megpróbáltatásokon (17).

MUNKÁNK MOTTÓJA:

Roger Bacon azon felismerése, miszerint a tudás tapasztalatra épül; Arthur Schopenhauer vallomása, amikor is akkor cselekszünk jól, ha először megismerjük, amit akarunk.

Így teljesebben ki az ember augusztinuszi belső világa, a tudat, az értelem és az akarat hármasságának egységében.

Irodalom

1. Belső N., Rihmer Z.: Depresszió és életciklusok. Praxis, 1999, 8. évf. 10, 22-23.
2. Rihmer Z., Belső N.: Depresszió a családorvosi gyakorlatban. Praxis, 1999, 8. évf. 5, 24-25.
3. Anxiety X.: a terrifying fact of postnatal depression. Community Practitioner, 2002, 75, 10-12.
4. Elliot S., Leverton T.: Group treatment for depressed mothers of preschool children. Community Practitioner, 1990, 82, 125-129.
5. Molnár P., Csehpal E.: Az anyai szenzitivitás befolyásolása, mint a devianciák primer prevenciója. Egészségnevelés, 1994, 35, 198-202.
6. Elliot S. A.: Psychological strategies in the prevention and treatment of postnatal depression. Clinical Obstetrics and Gynecology, 1988, 3, 4-7.
7. Kopp M., Skrabski Á.: Az alkalmazkodás zavaraival összefüggő pszichés tünetek, megbetegedések Magyarországon. Végeken, 1994, 5. évf., 2, 8-10.
8. Kopp M.: A szorongás. LAM, 1991, 1, 216-225.
9. Balatoni Á., Hamar O.: Gyermekágyi depresszió. Védőnő, 2003, XIII. évf. 6, 32-35.
10. Bálint S.: Hangulati zavarok a várandósság alatt és a gyermekágyban. Baba Patika, 2000, 3, 27-29.
11. Varga K.: Szülés után. Anyák Lapja, 1999, 2, 36-38.
12. Buda B.: Pszichoterápia. Gondolat Kiadó, 1981.
13. Kurimay T.: Depresszió, szorongás, pánik: a pszichoterápia helye és lehetőségei a kezelésben és a háziorvosi gyakorlatban. Háziorvosi Szemmel, 1997, 11, 1-2.
14. Szárdóczky E., Füredi J.: A depresszió epidemiológiája. Praxis, 1999, 8. évf., 6, 1-3.
15. Tringer L.: Depresszió, szorongás, pánik. Háziorvosi Szemmel, 1997, 11, 5-7.
16. Kiss H., Rihmer Z.: A depresszió és szorongásos zavarok. Családorvosi Fórum, 2000, 10, 16-18.
17. Szilágyi A.: Depresszió. Lelki élet, lelki bajok, 2000, 3, 23-24.

Health visitor's work possibility are in the prevention of postnatal depression

Csatordai, S.

University of Szeged Faculty of Health Sciences, Department of Health

Visiting

e-mail: csatordai@efk.u-szeged.hu

Keywords: postnatal depression, vulnerable, Leverton Questionnaire, prevention, psychotherapy

Summary

Individual terms of the women life imply decided vulnerable period with regard to depression. Postnatal depression (PND) is a depressive illness, that has known specific puerperium psychiatric disorder since the middle of 19th century. It need to separate the „maternity blues" and the postnatal psychosis. The „maternity blues" may be down to changes in hormone levels that happen after the birth. General traits of the postnatal depression are conscious of the emotional lability, hopeless, disability and dissatisfaction. According to international investigation, it have the relative incidence about 10-15 per cent. Accordingly the national analysts, this proportion is higher, than above mentioned. Prevention may be substantial respect in the therapy of peripartum period for serious consequences (self-estimate disorder, guilt, delayed mother-and-child raillery, poor marital relationship).

The aim of our investigation, the signs of aspect are solved during the pregnancy by the Leverton Questionnaire (LQ), that is demonstrated inclination to postpartum depression; and the relative incidence of postpartum depression is reduced by the psychotherapeutin group discussion for „vulnerable" pregnant women; the prevention procedure is treated, and is planted to the health visitor practice.

The investigation has accomplished in the 4 counties of the south region of Hungary between 2001-2003. We have taken samples of 680 participants in the beginning of the pregnancy, then have repeated during puerperal period. The Leverton Questionnaire (selfworthy test, amonim) has been used to predict the postnatal depression. The feature responses of the serious symptoms has been worth 2 points, lighther symptoms 1 point, and negative response 0 point. The attainable maximal score may be 48 points. According to advised pattern, values show vulnerability above 10 points. We hope the mature cases of the aspect will reduce by group therapy.

Accordingly our previous results, maters concerned more than half for depression mood.

The serious somatic symptoms occur relatively rare, but the investigated pregnant often felt to great extent tired.

In our investigation 570 (83 %) pregnant women get to vulnerable group, that showed above 10 points during first and second trimester of the pregnancy. We repeated Leverton Questionnaire in the end of the puerperal period, without so much as psychotherapy intervention would happen.

In future, we will suggest that instructional meetings for vulnerable gravids in the scope of 4-5 hours group discussion according to first trimester results. Psychiatrists and methal health visitors will conduct these meetings.

According to our expectations vulnerability occur to reduce with prepare gravids for child-birth and mother role, that also investigated the control group.

10-20 per cent of the women suffer postnatal depression, that continued from 2 weeks to 1 year. In foreign postnatal depression data show that health visitors often experience this stage during the work, but they often misunderstand, not recognize

or not perceive in time the postnatal depression. For this reason health visitor need to distinguished attention the somatic and psychic symptoms of the anxiety, and it is screened early. This can promote appropriate and efficient therapeutic intervention. Such device is the Leverton Questionnaire, that may be observed the terms of pregnancy, childbirth and then period. The early mother-child relationship may be observed with Leverton Questionnaire.
