

A várandósság alatti depresszió, szorongás és önértékelés neonatális kimenetekre gyakorolt negatív hatásainak vizsgálata, és a lehetséges mechanizmusok feltárása

Doktori (PhD.) értekezés

Dr. Bödecs Tamás

Pécsi Tudományegyetem
Egészségtudományi Kar

Pécs, 2010

A PTE ETK Egészségtudományi Doktori Iskola vezetője:

Prof. Dr. Bódis József PhD. D.Sc.

A PTE ETK Egészségtudományi Doktori Iskola, programvezető:

Prof. Dr. Kovács L. Gábor PhD. D.Sc.

Témavezető: dr. Sándor János PhD

Tartalomjegyzék

1.	Rövidítések jegyzéke	3
2.	Bevezetés	4
3.	Célkitűzések.....	6
4.	Vizsgált populáció	7
5.	Módszer	8
	Demográfiai adatok	8
	Az egészségmagatartás elemeinek vizsgálata	9
	Egészségkép	9
	Elvárt segítség	10
	Szülészeti anamnézis	10
	Neonatalis változók	10
	Statisztikai módszerek	10
6.	Részletes elemzések	13
6.1.	A várandósság alatti depresszió és szorongás gyakorisága, és demográfiai összefüggései az első trimeszterben	13
6.1.1.	Elméleti háttér	13
6.1.2.	Eredmények.....	15
	A várandósság alatti depresszió és szorongás gyakorisága	15
	A várandósság alatti depresszió és szorongás demográfiai összefüggései	15
6.1.3.	Következtetések	17
6.2.	Demográfiai tényezők hatása a várandósok folsav-bevitelére és egészségmagatartására	19
6.2.1.	Elméleti háttér	19
6.2.2.	Eredmények.....	20
	Az egészségmagatartás demográfiai összefüggései	21
6.2.3.	Következtetések	22
6.3.	A szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke hatása várandósok egészségmagatartására	25
6.3.1.	Elméleti háttér	25
6.3.2.	Eredmények.....	26
6.3.3.	Következtetések	27
6.4.	Az egészségkép és a folsav-szupplementáció összefüggései koraterhességi várandósok körében	29
6.4.1.	Elméleti háttér	29
6.4.2.	Eredmények.....	31
	Laikus egészségmagyarázatok	31
	Az egészségkép faktorainak hatása az egészségmagatartás elemeire	32
6.4.3.	Következtetések	33
	Korlátok.....	35
6.5.	A szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke hatása várandósok egészség-képére és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságára.....	36
6.5.1.	Elméleti háttér	36

6.5.2.	Eredmények.....	37
	Egészségkép	37
	Az egészség-kép és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottság összefüggései a szorongással, a depresszióval, az önértékeléssel, a társadalmi tőkével és a demográfiai tényezőkkel.....	37
6.5.3.	Következtetések	38
6.6.	Az egészségkép hatása az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságra magyar várandósok körében.....	42
6.6.1.	Elméleti háttér	42
6.6.2.	Eredmények.....	43
	Az egyes intervenciók iránti nyitottság	43
	Az egészségkép és az intervenciók iránti nyitottság összefüggései.....	43
6.6.3.	Következtetés	44
6.7.	A depresszió, a szorongás és az önértékelés, és az egészségmagatartás hatásai a neonatális kimenetekre populációs alapú hazai mintán.....	47
6.7.1.	Elméleti háttér	47
6.7.2.	Eredmények.....	48
6.7.3.	Következtetések	49
7.	Új megállapítások, gyakorlati hasznosítási lehetőségek	54
7.1.	Az antenatális depresszió és szorongás demográfiai tényezőkkel való összefüggései	54
7.2.	A demográfiai tényezők és az egészségmagatartás összefüggései.....	54
7.3.	A szorongás, a depresszió, az önértékelés valamint az egészségmagatartás összefüggései	54
7.4.	Az egészségkép és az egészségmagatartás összefüggései.....	55
7.5.	Az egészségkép és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottság összefüggései	55
7.6.	A szorongás, a depresszió, az önértékelés, valamint a várandósok egészség képe és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottsága közötti kapcsolat ..	55
7.7.	Az anyai antenatális depresszió, szorongás, önértékelés, és egészségmagatartás, valamint a neonatális kimenetek összefüggései	56
8.	Kutatási modellünk értelmezése (megállapításaink összefoglalása).....	57
9.	Irodalomjegyzék	58
10.	Publikációs jegyzék	69
11.	Köszönetnyilvánítás.....	74
12.	Ábrák jegyzéke.....	75
13.	Táblázatok	78
14.	Melléklet	99
14.1.	Tájékoztató	99
14.2.	Beleegyező nyilatkozat	101
14.3.	A kutatás kérdőíve	102
14.4.	A kutatás etikai engedélye	109

1. Rövidítések j egyzéke

SD = szórás

BDI = Beck-féle depresszió kérdőív

STAI-T = Spielberger-féle pillanat- és vonás-szorongás kérdőív, vonás-szorongás blokk

95%MT = 95% megbízhatósági tartomány

EH = esélyhányados

Nagelkerke-R² = modell magyarázó ereje

MLE = legnagyobb valószínűségi becslés

HLoC: egészség-kontroll lókus

2. Bevezetés

Az antenatális depresszió és szorongás a két leggyakoribb várandósság alatti pszichiátriai rendellenesség. A nemzetközi felmérések alapján a fejlett országokban az antenatális depresszió a várandósok kb. 2,8-17%-át érinti (1-6), a várandósság alatti szorongás aránya pedig többnyire 10% körülnek adódik (1, 5, 6). Magyarországon várandósok köréből nincs pontos adat, a Hungarostudy 2002 felmérés során a 18 év feletti magyar női minta 30,7%-a jelzett enyhe, középsúlyos vagy súlyos depressziót (7). Ebből középsúlyos depressziót mutatott a minta 5,8%-a, súlyos depressziót pedig 7,6 %-ában sikerült igazolni (8). Egy másik hazai vizsgálatban a felnőtt nők (18-60 év) körében a szorongás vonatkozásában 22%-os élettartam prevalenciát találtak, a pont-prevalencia 8%-nak adódott. Ugyanebben a vizsgálatban a kevert affektív-szorongásos zavarok élettartam prevalenciája 17%-nak, a pont-prevalencia 4%-nak adódott (9).

A várandósság alatti depresszió és szorongás kialakulásának, a gyakoriság fokozódásának döntően két oka lehet. Az egyik a várandósság okozta hormonális - vegetatív változásokra vezethető vissza, a másik a megváltozott pszicho-szociális helyzet folyamányaként értelmezhető. A várandósság új kihívásokat, megnövekedett felelősséget, fokozott elvárásokat támaszt a várandós számára. A testi elváltozások okozta munkaképesség-csökkenés, a társadalmi státuszban bekövetkezett változás, a szociális kapcsolatrendszer átalakulása további nehézségeket jelent. Ha mindez gazdasági nehézségekkel, szegénységgel, a szociális és érzelmi támasz hiányával társul, a depresszió és a szorongás kialakulásának esélye tovább növekszik (10).

Az antenatális depresszió magzatra gyakorolt negatív hatását több tanulmány igazolni látszik, elsősorban a koraszülés (11-13) és a kis születési súly (14) vonatkozásában. Szintén igazoltnak látszanak a várandósság alatti szorongás magzati hatásai, elsősorban a koraszülés (15), az 1 és 5 perces csökkent Apgar-érték (6, 14), ill. a megnövekedett artéria uterina ellenállás (16) vonatkozásában. A depresszív, szorongásos tüneteket mutató várandósok több szomatikus panaszról

számolnak be, és gyakrabban fordulnak orvoshoz (17). Mindazonáltal számos olyan vizsgálat ismeretes, melyben nem találták bizonyítottnak az antenatális depresszió, ill. szorongás kedvezőtlen neonatális hatásait (6, 17).

A szorongásos - depresszív zavarok alacsony önértékeléssel párosulnak (18, 19). Az alacsony önértékelés csökkenti az egészség kontrollálhatóságába vetett hitet, korlátozza az én-hatékonyságot, és csökkenti az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságot (20-21). Az anyai depresszió, szorongás, és alacsony önértékelés magzati káros hatása tehát részben a hormonális - vegetatív változásokra (direkt út), részben a depresszióhoz, szorongáshoz, és az alacsony önértékeléshez társuló rossz egészség-magatartásra, negatív életmódi tendenciákra, pl. a stressz-oldásra alkalmazott alkoholfogyasztásra, dohányzásra vezethető vissza (22-24). Mindkettőben fő motívum a stressz-szint növekedése, ill. az adaptív viselkedés beszűkülése (25-26). A fenti megállapításokat az [1. ábra](#) foglalja össze.

Az antenatális depresszió és szorongás gyakoribb a fejlődő országokban, illetve a fejlett országok alacsonyabb szocio-kulturális rétegeiben (27). A demográfiai tényezők (életkor, iskolázottság, családi állapot, szocio-ökonómiai státusz) és a szorongás, depresszió összefüggései bizonyítottan látszanak. Ugyancsak bizonyítottak a demográfiai tényezők és az egészségmagatartás összefüggései, a dohányzás, az alkoholfogyasztás gyakoribb az iskolázatlan, alacsony jövedelmű rétegekben (28-32). Kérdés tehát, hogy vajon a depresszió, a szorongás, az alacsony önértékelés, valamint a negatív életmódi tendenciák közötti kapcsolat közvetlen, önálló jelenség, vagy a háttérben a demográfiai tényezők, mint zavaró tényezők közvetett hatása húzódik meg ([2. ábra](#)).

További kérdés, hogy a depresszió, a szorongás, és az alacsony önértékelés, ha igen, akkor milyen módon vezet negatív egészségmagatartási tendenciákhoz. Az egyik lehetséges magyarázat, hogy a dohányzás, az alkohol-fogyasztás a rossz hangulat, a negatív életérzések keltette feszültségek oldására, mintegy a krónikus stresszre adott válaszként, öngyógyító tendenciaként, automatikus viselkedésként jelenik meg (22-24). A másik, hogy a depresszió és a szorongás a jellegzetes

kognitív sémák, diszfunkcionális attitűdök révén mélyebb változást idéznek elő az egyén egészség-hiedelmeiben, egészségképében, csökkentik az egészség kontrollálhatóságába vetett hitet, és ezen változások révén vezetnek a romló egészségmagatartáshoz (33-34) ([3. ábra](#)).

Az egészségjavító intervenciók sikereinek alapvető feltétele az érintett célpopuláció közreműködése, aktív részvétele (35). Ez a közreműködés viszont csak akkor adott, ha a professzionális „egészség-szakértők” által felajánlott, meghirdetett intervenciók lehetőségei találkoznak az érintett populáció elvárásaival. Az egészség-kép alapvetően megszabja az egyénnek az egészség kontrollálhatóságába vetett hitét, és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságát (33-34, 36.) Nincs adat azonban arról, hogy a demográfiai tényezők, illetve a depresszió, a szorongás és az önbecsülés milyen hatással vannak az intervenciók iránti nyitottságra.

A fentiekben felsorolt valamennyi befolyásoló tényezők figyelembe vételével kialakított vizsgálati modellünket tünteti fel a [4. ábra](#).

3. Célkitűzések

A nemzetközi szakirodalomban egymásnak ellentmondó adatok olvashatók az antenatális depresszió és szorongás magzatra gyakorolt hatásairól. Nem ismeretes továbbá, hogy amennyiben az anyai antenatális depresszió és szorongás károsítja a magzatot, azt milyen úton teszi: közvetlen módon, a fiziológiai hatásai (hormonális - vegetatív változások) révén, avagy az egészségkárosító magatartásformákon keresztül, közvetett módon, esetleg mindkettőn. Bár a negatív életmódi tendenciák és a depresszív-szorongásos állapotok együtt járása közismert, nem tisztázott, hogy a lelki zavarok az egészségkép deformálásán keresztül áttételesen, avagy közvetlenül hatnak, de az sem kizárt, hogy a vélt összefüggéseket demográfiai zavaró tényezők létesítik. Nincs adat arra vonatkozólag sem, hogy az antenatális depresszió és szorongás mennyiben érinti

az intervenciós preferenciákat, és mennyiben korlátozza az egészségjavító beavatkozások iránti nyitottságot.

A fentiekből kiindulva az alábbi problémák tisztázását tűztük ki célul:

- 3.1. Egy hazai populációs minta létrehozásával meghatározni az antenatális depresszió és szorongás magyarországi gyakoriságát, és feltérképezni ezek demográfiai összefüggéseit. (7.1. fejezet)
- 3.2. Megállapítani, milyen mértékben hatnak a várandósok egészségmagatartására a demográfiai tényezők, a lelki élet zavarai (depresszió, szorongás, alacsony önértékelés), továbbá a várandósok egészségképének egyes elemei. (7.2., 7.3., 7.4. fejezetek)
- 3.3. Felmérni az említett lelki zavarok és a demográfiai tényezők várandósok egészségképére és intervenciós nyitottságára gyakorolt hatását. (7.5. fejezet)
- 3.4. Feltérképezni az egészségkép és az intervenciós preferenciák összefüggéseit. (7.6. fejezet)
- 3.5. Végezetül megállapítani az antenatális depresszió, szorongás, alacsony önértékelés, valamint az egészségmagatartás és a demográfiai tényezők neonatális kimenetekre gyakorolt hatását. (7.7. fejezet)

4. Vizsgált populáció

Populációs alapú mintánkat egy 80100 fős megyeszékhelyen, Szombathely városában alakítottuk ki. A városban 18 védőnői körzetből álló hálózat működik, melyben minden védőnő a számára kijelölt területen (védőnői körzet) élő friss várandósok regisztrálásáért, és további gondozásáért felelős. 2008. 02. 01. és 2009. 02. 01. között, az említett hálózat tíz, földrajzilag körülhatárolt körzetében végeztük felmérésünket. A nyilvántartásba kerülés alapja a szülész-nőgyógyász által felállított diagnózis volt, mely átlagosan a 8,2-dik gesztációs héten történt meg (SD=4,5 hét). Minden terhességi nyilvántartásba kerülő nőről rendszeres adatgyűjtést folytattunk, az adatfelvétel helye és időpontja a védőnővel való első találkozás, a kismamák védőnői gondozásba vétele volt. Ennek során rögzítettük a kérdőívünkben szereplő adatokat, egyúttal a vizsgálati protokollban

szereplő

7

beleegyző nyilatkozat kitöltése is ezen a helyen történt meg. A vizsgálat tervét a Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Centrumának Regionális Kutatásetikai Bizottsága hagyta jóvá (15-3460/2007). A vizsgálatban való részvétel önkéntes és anonim volt. Azokat, akik valamilyen kezelt pszichiátriai zavarban szenvedtek, illetve akik nem tudták értelmezni a kérdőívünket (a magyar nyelv ismeretének vagy a kognitív képességek hiánya miatt) kizártuk a vizsgálatunkból. Ily módon a vizsgálat ideje alatt 324 várandóست regisztráltunk: ebből 307 fő (94,8%) vállalta a részvételt, így 307 válaszadó képezte elsődleges adatbázisunkat. A követéses periódus során 17 anyát veszítettünk el költözés, 6 főt többes terhesség miatt, további 23 esetben a váradósság halvaszületéssel, vagy spontán abortusszal végződött, így 261 anya és újszülöttje képezte a második adatbázisunkat, melyet kizárólag a szorongás, a depresszió, az önértékelés, az egészségmagatartás és a demográfiai tényezők *neonatalis hatásainak* elemzésekor használtunk. Valamennyi további elemzésünk a 307 fős, elsődleges adatbázisunkból származik.

5. Módszer

A depressziót a Beck Depresszió Kérdőív (BDI) (37) magyar nyelvő, hazai viszonyokra adaptált, rövidített, 9 tételes változatával mértük (38). A kapott pontszámokat az eredeti kérdőív pontszámaira konvertáltuk (39). A szorongást a Spielberger-féle szorongás kérdőív (40) magyar nyelvő változatának (41) vonás-szorongásra (trait-anxiety) vonatkozó blokkjával (STAI-T), míg az önértékelést a Rosenberg-skálával mértük (42).

Demográfiai adatok

Kérdőívünkben az alábbi demográfiai változókat rögzítettük: életkor, iskolai végzettség, családi állapot, szocio-ökonómiai státusz, testvérek száma, rendelkezik-e munkahellyel (igen-nem). A szocio-ökonómiai státuszt a négy változóból (autó-, számítógép-, saját szoba-tulajdon és családi nyaralás) képzett Családi Jómódúsági Skálával mértük (43).

Az egészségmagatartás elemeinek vizsgálata

Akik kérdőívünk alábbi három kérdésére: „Szed-e magzatvédő vitaminokat?“, „Szed-e multivitamin készítményeket?“, és „Szed-e folsav tablettát?“ nemmel válaszoltak, úgy tekintettük, hogy nem részesültek folsav-szupplementációban. Akik az első két kérdésre igennel válaszoltak, azokat tovább elemeztük, és a készítmények összetétele alapján megállapítottuk, hogy az adott készítmény ajánlott napi dózisa mellett teljesül-e a legalább 0,4 mg-os napi folsavbevitel. Akiknél ez teljesült, továbbá azokat, akik a harmadik kérdésre („Szed-e folsav tablettát?“) igennel válaszoltak, folsav-szupplementációban részesülőnek tekintettük. A dohányzásra és az alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdésekre adható válaszokat („igen, rendszeresen, „igen, rendszertelenül, „egyáltalán nem“) az alábbiak szerint dichotomizáltuk: mivel mind a dohányzás, mind az alkoholfogyasztás kis mértékben is káros, így negatív, nemleges válasznak csak az „egyáltalán nem“ választ tartottuk, mindkét igenlő választ pozitívnak könyveltük el. Az egyéb vitaminok bevitelére vonatkozólag viszont pozitív válasznak csak az „igen, rendszeresen“ választ fogadtuk el, lévén a rendszertelen vitamin-fogyasztás pozitív hatása kérdéses. Végezetül megkérdeztük válaszadóinkat, készültek-e várandósságukra (igen - nem).

Egészségkép

Válaszadóink egészségről-betegségről alkotott hiedelmeit Staiton Rogers kérdőívének (Health and Illness Scale) második blokkjával mértük fel (44). A jövőbeli jobb egészségi állapot eléréséről szóló laikus magyarázatokra vonatkozó állításokat fordítottuk magyar nyelvre, és tettük fel őket a tételek eredeti sorrendjét megtartva. Az eredeti pontozást meghagyva, a 31 tétel mindegyikét 1-7 pontig terjedő skálán pontozták a vizsgálatban résztvevők, annak függvényében, hogy az adott állítással mennyire értettek egyet. A továbbiakban, hogy az egészséghiedelmek belső struktúráit feltárhassuk, a kérdőív tételeit faktorelemzésbe vontuk, majd így kapott egészségmagyarázó faktorokat új standardizált változóként kezeltük a további elemzésekben (45).

Elvárt segítség

Válaszadóink egészség-javító intervencióra való nyitottságát az alábbi módon teszteltük mértük. A kismamák által leggyakrabban látogatott internetes honlapokra ellátogatva feltérképeztük a várandósok leggyakoribb kérdéseit, problémáit, nehézségeit, majd ezekből kiindulva hét lehetséges intervenció lehetőségét formáztunk meg. Ezeket válaszadóink annak megfelelően pontozhatták, hogy az számukra mennyire jelentene segítséget várandósságuk alatt. (1=egyáltalán nem segítene, 5=feltétlenül szükségem lenne rá). Felajánlott intervencióink az alábbiak voltak: „egészségügyi ellátás javítása”, „ismeret-adás”, „érzelmi támogatás”, „technikai dolgok begyakoroltatása”, „hasonló helyzetű kismamákkal való találkozás”, „lelki problémák megbeszélése”, „tápanyagok vitaminnal történő dúsítása”.

Szülészeti anamnézis

Az anyák szülészeti anamnéziséből a terhességek, a spontán és művi abortuszok számát rögzítettük.

Neonatólis változók

Neonatólis változóinkat, a születési súlyt, hosszt, gesztációs kort, 1 és 5 perces Apgar-értéket, valamint a mell-körfogatot közvetlenül a születés után rögzítettük. Mivel a fej-körfogat a hüvelyi szülés során könnyen változhat, a koponyacsontok egymásra csúszása miatt, ezt a változót nem építettük be vizsgálatunkba.

Statisztikai módszerek

A statisztikai elemzéseket SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 11.5 for Windows software-rel végeztük, szignifikancia-szintünk $p < 0,05$ volt. A depresszió és szorongás előfordulására gyakoriságot számoltunk (95%-os megbízhatósági tartománnyal), a depresszió és a szorongás demográfiai

tényezőkkel való összefüggéseit egytényezős varianciaanalízis és Scheffé post hoc-próba segítségével elemeztük.

Az egészségmagatartás egyes elemei (várandósságra való készülés, folsav- és vitamin-bevitel, dohányzás, alkoholfogyasztás,) közötti kapcsolatokat χ^2 -próbával, a demográfiai változóink és az egészségmagatartás egyes elemei közötti kapcsolatokat pedig többváltozós logisztikus regresszióval teszteltük. Demográfiai változóinkat a változók közötti lehetséges kovariancia miatt Forward Conditional módszerrel léptettük a modellekbe. A szorongás, a depresszió, az önértékelés valamint az egészségmagatartás (folsav- és vitamin-bevitel, dohányzás, alkoholfogyasztás, várandósságra való készülés) összefüggéseit szintén lépésenkénti többváltozós logisztikus regresszióval teszteltük (esélyhányados, 95%-os megbízhatósági tartománnyal).

Az egészségkép és az egészségmagatartás összefüggéseit két lépcsőben vizsgáltuk. Első lépésben az egészségkép kérdőív (Health and Illness Scale) tételeit faktorelemzésbe vontuk, melynek során először főkomponens elemzéssel az egynél nagyobb sajátértékű faktorok számát állapítottuk meg, ezekből azonban az 5%-nál kisebb magyarázó erővel rendelkező faktorokat első lépésben nem vettük figyelembe. Az alacsony kommunalitású tételektől lépésenként megváltunk, majd a maradék tételekkel, Varimax rotációval, legnagyobb valószínűség becsléssel faktoranalízist végeztünk. Az adott faktorba tartozás feltételül a 0,40-nél magasabb faktorsúlyt vettük. Azoktól a tételektől, melyek ez utóbbi kívánalomnak nem feleltek meg, lépésenként megváltunk. Az így kapott faktorstruktúrának megfelelően az egyes egészségmagyarázó faktorokat új standardizált változóként kezeltük a további elemzésekben. Az ily módon nyert folytonos független változóink (az egészségkép faktorai) és az egészségmagatartás elemei közötti kapcsolatot ugyancsak többváltozós logisztikus regresszióval teszteltük.

A szorongás, a depresszió, az önértékelés, valamint a várandósok egészségképe és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottsága közötti kapcsolatot, csak úgy, mint az egészségkép és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottság

összefüggéseit többváltozós lineáris regresszió segítségével elemeztük. Kategorikus változóinkat (iskolai végzettség, a családi állapot, és a munkahellyel való rendelkezés) „dummy” változóként léptettük be modelljeinkbe. Végezetül a depresszió, a szorongás az önértékelés, és az egészségmagatartás, valamint a neonatális kimenetek kapcsolatát a két nemben külön-külön, ugyancsak többváltozós lineáris regresszióval vizsgáltuk. A magyarázó változóink közötti lehetséges kovarianciák miatt változóinkat Forward módszerrel léptettük be modelljeinkbe, kategorikus változóinkat ez alkalommal is „dummy” változókként alkalmaztuk.

A fentiekben felsorolt egyes célkitűzések elméleti háttérét, az azokhoz kapcsolódó eredményeket és azok részletes megbeszélését az alábbi alfejezetekben ismertetjük. Az alfejezetek a témában megjelölt, hasonló című és tartalmú közleményekre épülnek. Az átfedéseket elkerülendő, a módszertani leírásokat -lévén azok már korábban ismertetésre kerültek - a továbbiakban mellőztük, csakúgy, mint az egyes célkitűzések elméleti hátterei közötti átfedéseket.

6. Részletes elemzések

6.1. A várandósság alatti depresszió és szorongás gyakorisága, és demográfiai összefüggései az első trimeszterben

6.1.1. Elméleti háttér

A WHO prognózisa szerint a 2000. utáni évtizedekben a modern társadalmakat leginkább sújtó egészségügyi problémák a mentális zavarok, lelki megbetegedések, ezen belül is a depresszió és következményei lesznek (46).

A hazai statisztikák egyértelmően azt látszanak igazolni, hogy hazánk e téren különösen érintett. Kopp Mária és mtsai. eredményei alapján a fiatal nők legsúlyosabb egészségügyi problémája a depressziós tünet-együttes. A Beck-féle Depresszió kérdőív rövidített változatát alkalmazva 1998-ban az általuk vizsgáltak 26%-a jelzett depressziós tüneteket (10 feletti pontértéket). Korábban, 1995-ben ez csak 15%-nak, még korábban, 1988-ban 18%-nak adódott. A súlyos depresszió előfordulási aránya az 1988-as 1,2%-ról illetve az 1995. évi 1%-ról 1998-ra 2,3%-ra emelkedett (47). A Hungarostudy 2002 felmérés során a 18 év feletti magyar női minta 30,7%-a jelzett enyhe, középsúlyos vagy súlyos depressziót (7), középsúlyos depressziót mutatott a minta 5,8%-a, súlyos depressziót pedig 7,6 %-ában sikerült igazolni (8).

A várandósság alatti depresszió gyakoriságának megítélésében, - hazai átfogó vizsgálatok hiányában - zömmel külföldi vizsgálatokra, szakirodalmi adatokra támaszkodhatunk. Egy korábbi összehasonlító vizsgálatunkban ezen adatokat összegezve megállapítottuk, hogy a fejlett országokban az antenatalis depresszió a várandósok kb. 2,8-17%-át érinti, ám az alacsony szocio-ökonómiai státuszú rétegekben a gyakoriság ennek többszörösét is elérheti (48).

A várandósság alatti depresszió kialakulásának, a gyakoriság fokozódásának döntően két oka van. Az első a megváltozott pszicho-szociális helyzet

folyományaként értelmezhető. A várandósság új kihívásokat, megnövekedett felelősséget, fokozott elvárásokat támaszt a várandós számára. A testi elváltozások okozta munkaképesség-csökkenés, a társadalmi státuszban bekövetkezett változás, a szociális kapcsolatrendszer átalakulása további nehézségeket jelent. Ha mindez gazdasági nehézségekkel, szegénységgel, a szociális és érzelmi támasz hiányával társul, a depresszió kialakulásának esélye tovább növekszik (10).

A nemzetközi felmérések alapján a várandósság alatti szorongás aránya többnyire 10% körülnek adódik (1, 5, 6, 17), de az alacsony szocio-kulturális közegben ennek többszörösét is mérték (15, 27). Magyarországon várandósok köréből nincs pontos adat, a felnőtt nők (18-60 év) körében a szorongás vonatkozásában 22%-os élettartam prevalenciát találtak, a pont-prevalencia 8%-nak adódott. Ugyanebben a vizsgálatban a kevert affektív-szorongásos zavarok élettartam prevalenciája 17%-nak, a pont-prevalencia 4%-nak adódott (9).

Az antenatalis depresszió magzatra gyakorolt negatív hatását több tanulmány igazolni látszik, elsősorban a koraszülés (11-13) és a kis születési súly (14) vonatkozásában. Szintén igazoltnak látszanak a várandósság alatti szorongás magzati hatásai, elsősorban a koraszülés (15), az 1 és 5 perces csökkent Apgar-érték (6, 14), ill. a megnövekedett artéria uterina ellenállás (16) vonatkozásában. A depresszív, szorongásos tüneteket mutató várandósok több szomatikus panaszról számolnak be, és gyakrabban fordulnak orvoshoz (17). Mindazonáltal számos olyan vizsgálat ismeretes, melyben nem találtak bizonyítottan az antenatalis depresszió, ill. szorongás kedvezőtlen neonatális hatásait (6, 17).

A várandósság alatti depresszió és szorongás vonatkozásában a hazai helyzet az alábbiakban összegezhető: annak ellenére, hogy a várandósság alatt mind a depresszió, mind a szorongás gyakori, és negatív hatásuk mind szülészeti mind neonatológiai szempontból bizonyítottan látszik, hazánkban nem történt átfogó vizsgálat a várandósság alatti depresszió és szorongás gyakoriságának feltérképezésére. Vizsgálatunkban ez utóbbi hiányt igyekeztünk pótolni. Populációs monitoring vizsgálatunk elsődleges célja a várandósság alatti

depresszió és szorongás gyakorisági adatainak megállapítása volt. Mivel a nemzetközi irodalom szerint a depresszió és a szorongás az iskolázatlan, alacsony jövedelmű rétegekben gyakoribb, vizsgálatunkat kiterjesztettük a fenti lelki zavarok demográfiai összefüggéseinek feltárására is.

6.1.2. Eredmények

A várandósság alatti depresszió és szorongás gyakorisága

Válaszadóink 15-44 év közöttiek voltak, átlagéletkoruk 29,57 év volt (standard deviáció /SD/= 5,17). Mintánk több mint fele férjezett (58,3 %), közép vagy felsőfokú végzettségű (35,1 % és 38,7 %). A szocio-ökonómiai státusz vonatkozásában mintánk túlnyomó többsége, csaknem 90%-a az alsó-közép és felső-közép kategóriába tartozott ([1. táblázat](#)).

Mintánkban a depresszió átlag pontértéke 5,98 (SD=6,24), a szorongásé 39,23 (SD=7,67) volt. A standard határértékek alkalmazásával kapott gyakoriságokat a 2. táblázat tünteti fel. A várandósok 17,9%-a jelzett depressziós tüneteket, közülük 1,0% súlyos depresszióban szenvedett. A szorongásos tüneteket mutatók aránya 14,6% volt, míg 4,2% kifejezetten szorongott ([2. táblázat](#)).

A várandósság alatti depresszió és szorongás demográfiai összefüggései

A továbbiakban a várandósok depresszió- és szorongás-kérdőíven adott pontszámait, folytonos változóként kezelve, egybevetettük a demográfiai tényezőkkel. A családi állapot és a szorongás vonatkozásában nem mutatkozott szignifikáns összefüggés. A depresszió és a családi állapot vonatkozásában igen: az élettársi kapcsolatban élők szignifikánsan magasabb depressziós átlag-pontszámot mutattak a házastársi kapcsolatban élőkhez képest (7,15 vs. 5,19; $p < 0,05$).

A házastársi kapcsolathoz hasonlóan a munkahely megléte is protektív tényezőnek bizonyult. Azok, akik rendelkeztek munkahellyel, alacsonyabb depresszió- (5,55 vs. 8,35; $p < 0,01$) és a szorongás-szinteket (38,55 vs. 43,00; $p < 0,001$) mutattak.

A kiskorú (<18 év) várandósok szignifikánsan magasabb depressziót jeleztek (12,43) a 18-35 év közöttiekhez (5,97; $p < 0,05$) ill. a 35 év felettiekhez képest (5,03; $p < 0,05$). Ugyanez a szorongás vonatkozásában nem bizonyult szignifikánsnak.

A szocio-ökonómiai státusszal való összefüggések az alábbiak szerint alakultak. Kategóriánként felfelé haladva (legalsó, alsó-közép, felső-közép, felső) mind a szorongás, mind a depresszió átlag pontszámai csökkentek. Szignifikáns különbség azonban csak a legalsó kategória vonatkozásában lépett fel: a legszegényebbek (legalsó kategória) szignifikánsan depressziósabbak (10,45), mint az alsó-közép (5,15; $p < 0,001$), illetve a felső-közép kategóriába (6,08; $p < 0,01$) tartozók. Ugyanezt tapasztaltuk a szorongás tekintetében is: a legalsó kategóriába tartozók szorongásszintje (44,45) szignifikánsabb magasabb volt, mint az alsó-közép (39,74; $p < 0,05$), ill. felső-közép (37,40; $p < 0,001$) kategóriába tartozóké. Az alsó-közép, közép, ill. felső kategóriába tartozók között azonban már nem mutatkozott szignifikáns különbség egyik zavar tekintetében sem.

Hasonlóan összetetten alakult az iskolázottság hatása is. A szakmunkásnál alacsonyabb végzettségűek szignifikánsan jobban szoronganak (42,75) mint az érettségizettek (39,06; $p < 0,05$) vagy a felsőfokú végzettségűek (38,02; $p < 0,01$). Ugyanők szignifikánsan magasabb szintű depressziót (8,54) jeleznek, mint az érettségizettek (5,42; $p < 0,05$), a szakmunkásokkal és a felsőfokúakkal összevetve az összefüggés marginálisan szignifikáns. A szakmunkás, érettségizett, ill. felsőfokú végzettségűek között viszont már sem a depresszió sem a szorongás terén nem mutatkozott különbség.

Demográfiai tényezőink depresszióra és szorongásra gyakorolt hatását a [3. táblázatban](#) foglaltuk össze.

6.1.3. Következtetések

Vizsgálatunkban a koraterhességi depresszió és szorongás előfordulási gyakoriságát kívántuk feltérképezni egy hazai populációs alapú monitoring létrehozásával. Mintánk 17,9%-a (95%MT: 13,0-21,5%) jelzett depressziós tüneteket, közülük 1,0% (95%MT: 0,0-2,1%) súlyos depressziót mutatott. A szorongásos tüneteket mutatók aránya 14,6%-nak adódott, (95%MT: 10,7-18,6%) 4,2% (95%MT: 2,0-6,5%) súlyos szorongást jelzett. Látható, hogy a szorongó illetve depressziós tüneteket produkáló várandósok aránya hasonló, szinte minden ötödik-hatodik várandós érintett a fenti zavarok valamelyikében.

Eredményeink mind a depresszió, mind a szorongás vonatkozásában megfelelnek a korábban említett, a fejlett piacgazdaságú országokból származó külföldi adatoknak. Hazai adatok várandósok köréből eleddig nem álltak rendelkezésre, de a fiatal (nem várandós) nőkben talált depresszió gyakorisághoz képest alacsonyabb előfordulási arányokat mértünk, míg a szorongás prevalenciája hasonlóan adódott. Ez különösen érdekes annak fényében, hogy a várandósság okozta hormonális és élethelyzeti változások miatt a várandósságban a depresszió és a szorongás prevalenciájának emelkedése várható.

Az egyik lehetséges magyarázat, hogy populációs alapú monitoringunknak egy a nyugat-dunántúli régió társadalmilag-gazdaságilag az országos átlagnál jobb adottságú városa adott otthont. Ezt tükrözik a demográfiai adatok is, melyből kitűnik, hogy a várandósok többsége jól iskolázott, és rendezett kapcsolatban, munkahellyel, és közepes gazdasági státusszal rendelkezve várja gyermeke születését. A másik lehetséges magyarázat, hogy mivel a vizsgálatból kimaradottakról kevés az adat, elképzelhető, hogy az alul-iskolázottak, a szegények, a szomatikus vagy pszichés tüneteket mutatók könnyebben lemorzsolódtak, azaz felmérésekben alulreprezentálódtak. Mivel azonban a vizsgálatunkból kimaradtak száma meglehetősen csekély, ez utóbbi torzító hatás valószínűsége is csekély.

A demográfiai tényezők vonatkozásában megállapítható, hogy szignifikánsan magasabb szintű depressziót és szorongást jeleztek az alul-iskolázottak (szakmunkás képesítésnél kevesebbel rendelkezők, azaz 8 általánost, vagy annál kevesebbet végeztek), a legalacsonyabb jövedelmi kategóriába tartozók, és a munkahellyel nem rendelkezők. Ezeken felül szignifikánsan magasabb depressziót jeleztek a 18 évnél fiatalabbak a náluknál idősebbekhez képest, és az élettársi kapcsolatban élők a férjzettekhez képest. A nemzetközi szakirodalom hasonló összefüggésekről számol be: számos kutatás bizonyítja, hogy az egyedülálló anyaság, az iskolázatlanság, az alacsony jövedelem, a munkanélküliség a depresszió (2, 4, 22) és a szorongás (27) fontos rizikófaktora.

Vizsgálatunk korlátai a relatíve alacsony esetszám, továbbá, hogy a kimaradottakról nincs adat. További korlát, hogy a Spielberger-féle szorongás kérdőív (a Beck Depresszió Kérdőívvel ellentétben) nem rendelkezik standard határértékkel, ezért egy korábbi, hazai vizsgálat határértékeit alkalmaztuk a gyakorisági értékek megállapítására. A demográfiai összefüggések megállapítására helyesebbnek láttuk, ha a depressziót és szorongást folytonos változóként alkalmazzuk. Figyelembe kell venni továbbá azt is, hogy egyik kérdőívünk sem diagnosztikus eszköz, csupán szűrővizsgálati módszer. Megállapításaink tehát nem klinikai diagnózisokon alapulnak. Ugyanakkor mindkét kérdőívünk több átfogó hazai vizsgálatban bizonyította alkalmasságát, hatékonyságát. Az azonos módszerek alapján eredményeink mindezen kutatások adataival biztonsággal összevethetők.

A perinatális depresszió és szorongás a várandósság és postpartum időszak kiemelt népegészségügyi problémája. Tekintettel arra, hogy a prenatális depresszió és szorongás negatív szülészeti, neonatális következményei bizonyítottan látszanak, a fenti rizikócsoporthoz való gondozása kiemelt népegészségügyi feladat.

Eredményink szerint a rövid, 9 tételes Beck Depresszió Kérdőív, és a Spielberger állapot-szorongás kérdőív olcsó, egyszerű és hatékony módszer a várandósság

alatti lelki zavarok szőrésére. Vizsgálatunk alapján megfontolandó lenne e szőrések beépítése a jól működő védőnői várandós-gondozás protokolljába.

6.2. Demográfiai tényezők hatása a várandósok folsav-bevitelére és egészségmagatartására

6.2.1. Elméleti háttér

Magyarország évtizedek óta tartó, meghatározó demográfiai problémája az alacsony születésszám. Mivel olyan változások, amelyek a helyzet javulását vetítenék előre, egyelőre nem látszanak körvonalazódni, ezért egyre nagyobb hangsúlyt kell fektetnünk a terhességek védelmére. Sajnos a fejlődési rendellenességek megelőzéséhez jelenleg még kevés tudományosan megalapozott eszköz áll rendelkezésünkre. A meglévő lehetőségek egyik legfontosabbika a megfelelő folsav-bevitel a záródási rendellenességek kialakulásának megelőzése céljából (49-51). Az ajánlott 0,4 mg/nap plusz folsav bevitelen túl (52) az egyéb vitaminok rendszeres szedése is fontos, két okból: egyrészt az egyes összetevőkből a mai táplálkozási szokások mellett nehéz az új ajánlások által előírt mennyiséget bevinni (53), másrészt a megemelt vitamin-bevitellel egyes negatív életmódi tendenciák (dohányzás, alkohol-fogyasztás, egyéb szer-szerhasználat) káros hatásai mérsékelhetők (54). Bizonyítottan jótékony hatású továbbá a dohányzás és az alkohol-fogyasztás teljes elhagyása, hiszen a dohányzás és az alkohol-fogyasztás káros hatásait számos tanulmány igazolja (54-57).

A '90-es évek végén Európában a nők 0,5-52%-a szedett folsav alapú készítményt a periconcepcionalis időszakban (58). A felmérésben résztvevők szinte mindegyike hallott a folsavról, többségük a velőcső-záródási rendellenességekre vonatkozó protektív hatással is tisztában volt, ám kevesen tudták, hogy a folsav-szedést minél korábban, lehetőség szerint még pre-concepcionálisan kellene elkezdni (59-61). Egy EUROCAT vizsgálat szerint a szimpla ajánlások illetve az edukációs kampányok önmagukban nem javítják a folsav-státuszt (62). A legtöbb nő csak azután hajlandó változtatni a folsav-beviteli szokásain, miután megtudta,

hogy terhes: azaz későn, mások még akkor sem. A hatékony preconcepcionális intervenciók megtervezéséhez tehát mindenekelőtt a várandósok aktuális folsav-ellátottságának, és ezek háttértényezőinek feltérképezése szükséges.

Magyarországon kevés olyan átfogó vizsgálat történt, amely a várandósok periconcepcionális folsav-ellátottságának vizsgálatára irányult (63). Ezért egy populációs monitoring létrehozásával és működtetésével első lépésben feltérképeztük a várandósok periconcepcionális folsav-szupplementációjának gyakoriságát. Majd megvizsgáltuk, hogy a dohányzás, az alkoholfogyasztás és az egyéb vitaminok fogyasztása mennyiben függött össze a folsav-beviteli szokásokkal. Végezetül pedig a legalapvetőbb demográfiai tényezők folsav-, és vitamin-bevitelre, dohányzásra és az alkohol-fogyasztásra gyakorolt hatását tártuk fel.

6.2.2. Eredmények

A demográfiai tényezők részletes gyakorisági adatait illetően az előző fejezet alapját képező, korábbi közleményünkre utalunk (64).

A várandósok egészségmagatartására vonatkozólag az első és legfontosabb kérdés, hogy a leendő anya készült-e várandósságára, azaz tudatosan vállalta-e gyermekét, és változtatott-e addigi magatartásán. Az első lépésben azt vizsgáltuk, hogy a demográfiai tényezők mennyiben befolyásolták azt, hogy valaki felkészült gyermeke fogadására ([4. táblázat](#)).

Válaszadóink túlnyomó többsége, 73,2%-a tudatosan készült gyermeke fogadására. A tudatosan készülő életkora és szocio-ökonómiai státusza szignifikánsan magasabb volt, mint a fel nem készülőké. A családi állapot és az iskolázottság is szignifikáns hatásúnak bizonyult. Legkevésbé az egyedülállók, leginkább a férjzetek készültek fel, míg az iskolai végzettség emelkedésével a felkészülők aránya is növekedett. Ugyancsak szignifikánsan gyakrabban készültek fel terhességükre azok, akik rendelkeztek munkahellyel.

Az egészségmagatartás elemeinek vonatkozásában megállapítható, hogy válaszadóink kicsivel több, mint fele (55,4%) vitt be folsavat valamilyen szupplementációs készítmény (folsav-tabletták, multi-vitamin készítmények, magzatvédő vitaminok) formájában, egyéb vitaminokat viszont csak 30,5%-uk szed rendszeresen. Kevesebb, mint egyharmaduk (28,8%) dohányzott, és kétharmaduk (66,8%) fogyasztott rendszeresen vagy alkalmilag alkoholt. Az egészségmagatartás elemeinek megoszlását, ugyancsak a terhességre való felkészülés függvényében, az [5. táblázatban](#) foglaltuk össze.

Azok, akik tervezték terhességüket, szignifikánsan nagyobb százalékban éltek a folsav- és vitamin-bevitel lehetőségével, és szignifikánsan kisebb százalékban dohányoztak. Az alkohol-fogyasztás vonatkozásában nem mutatkozott különbség.

A továbbiakban a folsav-bevitel és az egészségmagatartás többi elemének összefüggéseire fókuszáltunk. Arra voltunk kíváncsiak, hogy milyen pozitív vagy negatív egészségmagatartási elemhez köthető elsősorban a folsav-bevitel. ([6. táblázat.](#))

Látható, hogy az alkoholfogyasztás kivételével a folsav-bevitel mindegyik egészségmagatartási elemmel kapcsolatban volt. Szignifikánsan gyakrabban vittek be folsavat azok, akik készültek terhességükre, akik egyéb vitaminokat is szedtek, és akik nem dohányoztak.

Az egészségmagatartás demográfiai összefüggései

A demográfiai tényezőink és az egészségmagatartás elemei közötti kapcsolatokat többváltozós logisztikus regresszióval vizsgáltuk. Az életkor, a testvérek száma, a családi állapot, az iskolázottság, a szocio-ökonómiai és a foglalkoztatottsági státusz együttesen az alkohol-fogyasztást nem, de a folsav- és vitamin-bevitelt, valamint a dohányzást szignifikáns mértékben ($p < 0,001$) magyarázták.

Legnagyobb magyarázó erővel a dohányzásra, legkisebbel a várandósságra történő felkészülésre alkotott modellünk rendelkezik [\(7. táblázat\)](#).

6.2.3. Következtetések

Mintánk csaknem háromnegyede tudatosan készült gyermeke fogadására. Nagyobb gyakorisággal készültek fel a munkahellyel rendelkező, idősebb, magasabb végzettségű, jobb szocio-ökonómiai státuszú, férjezett válaszadóink. Azok, akik saját bevallásuk szerint tudatosan készültek a gyermekvállalásra, több mint kétszer gyakrabban vittek be folsavat, háromszor gyakrabban vittek be vitaminokat, és csaknem fele annyian dohányoztak. Azok, akik éltek a folsavszedés lehetőségével, szintén nagyobb gyakorisággal szedtek egyéb vitaminokat, és kisebb gyakorisággal dohányoztak.

Mintánkban tehát jól nyomon követhető, hogy az egészségmagatartás különböző elemei, az alkohol-fogyasztás kivételével, szorosan összefüggnek egymással, a pozitív egészségmagatartási elemek további pozitív elemekkel társulnak, és fordítva.

Az egyes demográfiai faktorok egymás közötti kovarianciájának kontroll alatt tartásával, többváltozós modelljeinkben a demográfiai faktorok egészségmagatartásra gyakorolt hatását tártuk fel. A folsav-szupplementáció lehetőségével a magasabb életkorúak, és a jobb szocio-ökonómiai státuszúak éltek inkább, míg a több testvér, illetve az érettségénél alacsonyabb végzettség negatívan befolyásolta a folsav-bevitelt. A rendszeres vitamin-szedés ugyancsak szignifikánsan ritkább a fiatalok, az érettségénél alacsonyabb képzettséggel rendelkezők, továbbá az élettársi kapcsolatban élők körében. A legmarkánsabb összefüggések a dohányzás tekintetében adódtak: az érettségénél alacsonyabb végzettségűek a felsőfokú végzettségűekhez képest 4,72-ször nagyobb eséllyel dohányoztak (95%MT=2,34-9,51), és az élettársi kapcsolatban élők is nagyobb eséllyel dohányoztak a házasságban élőkhez képest (EH=2,74; 95%MT=1,54-4,89). Az alkoholfogyasztást egyetlen demográfiai tényezőnk sem magyarázta

szignifikáns mértékben. Ennek lehetséges oka, hogy a ritka és az alkalmi fogyasztókat a gyakoribb fogyasztókkal azonos csoportba soroltuk, és csak az absztinenseket tekintettük „nem-fogyasztóknak”. Ily módon viszont a ritka és a gyakori fogyasztók között fennálló esetleges demográfiai különbségek elmosódhattak.

Az egyes demográfiai tényezők szemszögéből nézve megállapíthatjuk, hogy az életkor növekedésével a kívánatos egészségmagatartási elemek esélye növekedett: a várandósságra való felkészülés esélye nőtt, csakúgy, mint a vitamin-, ill. folsav-szedése. Legerősebb szerepe azonban vitathatatlanul az iskolázottságnak volt, a kedvezőtlen magatartási tendenciák esélye magasabb volt az alacsony iskolázottak, elsősorban az érettségénél alacsonyabb végzettségűek körében. A családi állapot vonatkozásában érdekes, hogy az egyedülállók és a házasságban élők között nem találtunk szignifikáns különbséget, de az élettársi kapcsolatban élők szignifikánsan nagyobb eséllyel dohányoztak, és kisebb eséllyel szedtek vitaminokat, mint a házasságban élők. A szocio-ökonómiai státusz és a testvérek száma csak a folsav-szupplementációra volt hatással, az előbbi növelte, az utóbbi csökkentette azt.

Eredményeink általánosságban megfelelnek a nemzetközi szakirodalomban leírtaknak. Murakami japán várandósok körében azt találta, hogy az alacsony iskolázottság negatívan befolyásolta a folsav-szupplementációt, a jövedelem azonban nem volt hatással (65). Carmichael Amerikai Egyesült Államokban lefolytatott vizsgálatában a folsav-szedés ritkábbnak adódott a fiatalok, az iskolázatlanok, a dohányosok, és a terhességüket nem tervezők körében (66). Mindez azért fontos, mert a folsav-szupplementáció nemcsak a velőcső-záródás, hanem számos más veleszületett rendellenesség incidenciáját is csökkenti (49, 67-69). Ráadásul az elégtelen folsav-szupplementáció rendszerint egyéb negatív magatartási tendenciákkal jár együtt. Özkan törökországi mintán, hozzánk hasonlóan, azt találta, hogy a várandósok 71,3%-a tervezte a gyermekvállalást (70). Azok, akik nem tervezték, nagyobb gyakorisággal dohányoztak, és kisebb gyakorisággal szedtek folsavat, ill. egyéb vitaminokat. Haslam hasonlóképpen,

dohányos és alkohol-fogyasztó terhesek körében a folsav- vas-, és vitamin-bevitel csökkenését tapasztalta (71).

Mintánk 28,8%-a dohányzott, hasonló arányokról számol be Kiernan (20,6%), Haslam (20,0%), és Orr (22.9%) is (28, 71-72). A várandósság alatti dohányzás gyakoribb az élettársi kapcsolatban élők (28), és az egyedülállók körében (28-30), valamint a fiatalok, az iskolázatlanok, a többször szülők és az alkoholt fogyasztó kismamák körében (31). A szocio-ökonómiai háttér hatását mérték Sellström és mtsai, aki szerint az alacsonyabb jövedelmű lakókörnyezetben a dohányzás esélye a kétszeresre növekszik (32).

Eredményeink és mások vizsgálatainak összevetéséből egyértelműen állítható, hogy a fiatal életkor és az alacsony iskolai végzettség szinte valamennyi vizsgált negatív egészségmagatartással kapcsolatba hozható, de rizikót jelent még az alacsony jövedelem is. Vizsgálatunk azonban további összefüggéseket is feltárt. Mintánkban az élettársi kapcsolatban élők nagyobb eséllyel dohányoztak és kisebb eséllyel szedtek folsavat. Kérdés, hogy ez annak köszönhető-e, hogy a leendő anyák bizonytalanabbnak érzik magukat ebben a kapcsolati formában, vagy más egyéb tényező is áll a háttérben. Ugyanígy kérdést vet fel a testvérek számának szerepe is. Elvileg, akinek több testvére van, az nagyobb családban nőtt fel, így egyrészt nagyobb társas támogatásra számíthat, másrészt több gyakorlati tapasztalattal rendelkezhet. Vizsgálatunkban azonban ez a tényező jobbra hatástalannak bizonyult, egyedül a folsav-bevitelre volt hatással, ott is, a várttal ellentétben, negatív irányba hatott. Egyik lehetséges magyarázat, hogy a sok testvérrel rendelkezők sokszor az alacsony jövedelmű, iskolázatlan családokból kerülnek ki.

Vizsgálatunk egyik korlátja az alacsony esetszám, továbbá hogy a vizsgálatban részt nem vevőkről nincs adat. Másik korlát, hogy míg a demográfiai tényezőket pontosan sikerült rögzíteni, addig az egészségmagatartásra vonatkozóan válaszadóink őszinteségére voltunk utalva. A válaszokat dichotomizáltuk, így nem ismeretesek pl. a dohányzás vagy az alkohol-fogyasztás esetleges fokozatai. Ezek

finomabb mérésével esetleg további összefüggések is feltárulkoztak volna, mindazonáltal a talált összefüggéseink valóságok.

Összességében elmondható, hogy kutatásunk eredményei szerint - a nemzetközi kutatások eredményeivel összhangban - a kedvezőtlen egészség-magatartási tendenciák a fiatalok, az alacsony képzettséggel rendelkezők, és az életjárási kapcsolatban élők körében a leggyakoribbak, de kedvezőtlen hatású még az alacsony szocio-ökonómiai státusz és a testvérek magas száma is. Öröndetes azonban, hogy válaszadóink csaknem háromnegyede tudatosan készült gyermeke fogadására, több mint kétharmaduk nem dohányzott. Eredeti kérdéscélvezésünk, a folsav-szupplementáció vonatkozásában pedig megállapíthatjuk, hogy válaszadóink nagyobbik fele élt a folsav-bevitel lehetőségével, ám 44,6%-uk nem. Ez utóbbiak főleg a terhességükre fel nem készülő, dohányos, fiatal, iskolázatlan, alacsony szocio-ökonómiai státuszú populációból kerülnek ki. A folsavbevitel fokozását tehát elsősorban azokba az intervenciós protokollokba kell beilleszteni, melyek a fenti populációs rétegeket célozzák meg.

6.3. A szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke hatása várandósok egészségmagatartására

6.3.1. Elméleti háttér

A várandósság alatti szorongás és depresszió gyakoriságát és jelentőségét, csak úgy, mint az egészségmagatartás fontosságát a megelőző fejezetekben tárgyaltuk.

Mint azt a bevezetőben felvázoltuk, az anyai depresszió és szorongás magzatra gyakorolt lehetséges káros hatása részben a hormonális - vegetatív változásokon, részben a depresszióhoz és szorongáshoz társuló rossz egészség-magatartáson keresztül valósulhat meg. Mindkettőben fő motívum a stressz-szint növekedése, az adaptív viselkedés beszűkülés (25-26). A depresszív, szorongó egyén diszfunkcionális attitűdjei és kognitív torzulásai miatt helyzetét

kontrollálhatatlannak tartja, önértékelése csökken, ez a kezdeményező-készség, ill. az én-hatékonyság csökkenéséhez vezet (20-21).

A szorongásos - depresszív zavarok tehát alacsony önértékeléssel párosulnak (18-19). A társadalmi bizalom és kölcsönösség hiányával, és az alacsony civil támogatottsággal leírható csökkent társadalmi tőke pedig rossznak ítélt saját-egészséggel (73), a szorongásoldó-nyugtató gyógyszerek megnövekedett használatával (74) és a középkorúak (elsősorban férfiak) rosszabb halálózásával jár együtt (75).

Vizsgálatunk célja a várandósság alatti szorongás és depresszió egészségmagatartásra gyakorolt hatásának feltárása volt. Az egészségmagatartás öt elemére fókuszáltunk: a dohányzásra, az alkoholfogyasztásra, a folsav-, és vitamin-bevitelre, valamint arra, hogy válaszadónk készült-e a gyermekvállalásra. Mivel az önértékelés és a társadalmi tőke szoros összefüggésben van mind a szorongással, mind a depresszióval, és hatással lehetnek az egészségmagatartásra, ezeket is független változóink közé soroltuk.

6.3.2. Eredmények

Mintánkban a depresszió átlag pontértéke 5,98 (szórás /SD/=6,24), a szorongásé 39,23 (SD=7,67) volt. Folytonos független változóink értékeit az [8. táblázatban](#) foglaltuk össze, a depresszió és szorongás, valamint a demográfiai tényezők gyakorisági adatait illetően a korábbi fejezetekre utalunk. Az egészségmagatartás elemeinek megoszlását a [9. táblázatban](#) láthatjuk.

A szorongás, a depresszió, az önbecsülés és a társadalmi tőke hatása a várandósok egészségmagatartására

Független változóink az egészségmagatartás mind az öt általunk vizsgált elemét szignifikáns mértékben magyarázták ($p < 0,01-0,001$), ám modelljeink igen csekély magyarázóerővel rendelkeztek (Nagelkerke- R^2 :0,035-0,109).
Legnagyobb

magyarázó erővel a dohányzásra (10,9%) alkotott modellünk rendelkezett, a többi esetben gyakorlatilag 5% alatt maradt ([10. táblázat](#)).

6.3.3. Következtetések

Eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy a vonás-szorongás szignifikánsan csökkentette a várandósságra való felkészülés esélyét. Bár saját vizsgálatunkban ezen összefüggéseket nem vizsgáltuk, több tanulmány is igazolta, hogy azok, akik nem tervezték várandósságukat, kisebb gyakorisággal szedtek folsavat, ill. egyéb vitaminokat, és kevésbé hagytak fel a dohányzással és az alkohol-fogyasztással (70, 72). Vizsgálatunkban a vitamin-szedést a vonás-szorongás, a folsav-bevitelt pedig a bizalom hiánya csökkentette szignifikáns mértékben. A dohányzás viszont a depresszióval mutatott szoros összefüggést: egy ponttal több a depresszió-skálán 10,6%-kal (95MT:6,0-15,4%) növelte a dohányzás esélyét. Az alkoholfogyasztás esélyét a civil támogatottság növelte, míg a magasabb önértékelés csökkentette.

Eredményeink összhangban vannak a hazai és nemzetközi kutatások adataival, és alátámasztani látszanak a bevezetőben említett kognitív mechanizmusokat is (22, 23, 25). A depresszió, a dohányzás, az alacsony önértékelés pedig az alkoholfogyasztás esélyét növelte. Mindkét esetben tetten érhető, hogy a depresszív, alacsony önértékelésű egyének hajlamosabbak negatív életmódi tendenciákba, pótszerek használatába menekülni. Első látásra viszont meglepő, hogy a vonás-szorongás csökkentette a várandósságra való felkészülés és a vitamin-szedés esélyét, pedig a szorongókat jellemző aggódó, biztonságkereső attitűdök inkább ellenkező előjelű magatartást tételeztek volna fel („aggódom, tehát mindent megteszek születendő gyermekem egészségéért”). Korábbi vizsgálatunk eredményei szerint azonban a szorongók hajlamosabbak egészségüket külsődleges egészség-determinánsokkal magyarázni, ill. az egészségük feletti kontrollt mások kezébe adni (76). Ennek figyelembe vételével már igazolható a bevezetőben említett mechanizmus, miszerint a szorongók kevésbé hiszik magukról, hogy képesek helyzetük, konkrét esetünkben egészségük, kontrollálására, a tehetetlenség érzése viszont ténylegesen rosszabb egészség-magatartáshoz vezet.

A társadalmi tőke dimenziói közül a bizalom hiánya a folsavbevitel esélyének csökkenésével járt együtt. A környezetükkel szemben bizalmatlan egyének ugyanúgy bizalmatlanok, tartózkodóak az egészségjavító intervenciókkal szemben is. Ezt tapasztaltuk ugyanezen a mintán a társadalmi tőke és az intervenciók nyitottság vizsgálatkor (76), és hasonlókat tapasztaltak Lindström és munkatársa a Scania 2000 felmérés során is (77). Nehezebben értelmezhető a nagyobb közösségi támogatottság és az alkoholfogyasztás összefüggése. Az egyik lehetséges magyarázat az, hogy valamilyen közös, mindkét változóval összefüggésben álló harmadik tényező (zavaró tényező) szerepe húzódik meg a háttérben. A másik lehetséges magyarázat, hogy az alkoholfogyasztás fokozatait nem mértük, így a gyakran, alkalmasszerűen és ritkán fogyasztók egy kategóriába kerültek. Könnyen lehet, hogy a nagyobb támogatottság, a kiterjedtebb kapcsolatrendszer öröndetes hatásai mellett, mintegy „mellékhatásként” valóban növeli a kismértékű, alkalmasszerű fogyasztás lehetőségét, ill. gyakoriságát.

Vizsgálatunk egyik korlátja a relatíve alacsony esetszám, továbbá hogy a vizsgálatban részt nem vevőkről nincs adat. Másik korlát, hogy minden változónk tekintetében, de főleg az egészségmagatartásra vonatkozóan válaszadóink őszinteségére voltunk utalva. Az egészségmagatartás elemeire adott válaszokat dichotomizáltuk, így nem ismeretesek pl. a dohányzás vagy az alkohol-fogyasztás esetleges fokozatai. Ezek finomabb mérésével esetleg további összefüggések is feltárulkoztak volna, mindazonáltal a talált összefüggéseink valóságok.

Összességében tehát megállapítható, hogy várandós mintánkban a szorongás, a depresszió, az alacsony önértékelés, és a csökkent társadalmi tőke negatív egészségmagatartási tendenciákhoz társultak, bár a magyarázóerők - a depresszió és a dohányzás összefüggését leszámítva - meglehetősen csekélyek. Mindazonáltal a várandósok jobb egészségmagatartását célzó intervenciók megtervezésekor mindenképp érdemes figyelembe venni a lelki zavarok és a társadalmi tőke szerepét. Az önértékelés növelése, a közösségi bizalom helyreállítása, a civil támogatottság növelése mellett lépéseket kell tenni a szorongásos - depresszív

állapotok felderítése és kezelése érdekében is, ellenkező esetben a más szempontból jól tervezett és kivitelezett intervenciók is korlátozott hatékonyságúak lehetnek.

6.4. Az egészségkép és a folsav-szupplementáció összefüggései koraterhességi várandósok körében

6.4.1. Elméleti háttér

Nem kétséges, hogy a fejlődési rendellenességek megelőzésére szolgáló, valóban hatékony eszközök egyike a megfelelő periconcepcionális folsav-bevitel (51, 79-80). Ezen tudományos felfedezés gyakorlati alkalmazása igen különböző szinteken zajlik a fejlett országokban, jelezvén az elméleti ismeretek gyakorlatba történő átültetésének nehézségeit akkor, amikor egyfelől alapkövetelmény az egészségügyi hatóságok és a lakosság együttműködése, másfelől a célba vett egészségmagatartás olyannyira kulturálisan determinált tényezőkhöz kapcsolódik, mint a terhesség vagy a táplálkozás (67, 81).

Mivel a várandósság alatt ajánlott plusz folsav mennyiséget (0,4 mg/nap) a megszokott hétköznapi táplálkozás útján gyakorlatilag lehetetlenség bevinni, az egészségpolitika előtt két lehetőség adódik: folsavat tartalmazó készítményekkel történő folsav-szupplementáció, és/vagy egy alapvető élelmiszer folsavval történő dúsítása. Ez utóbbi módszer hatásosságát több országban igazolták, meggyőző eredményeik ellenére ezt a módszert ez idáig egyetlen európai ország sem követte (82).

A '90-es évek végén Európában a nők 0,5-52%-a szedett folsav alapú készítményt a periconcepcionális időszakban (58). A felmérésekben résztvevők szinte mindegyike hallott a folsavról, többségük a velőcső-záródási rendellenességekre vonatkozó protektív hatással is tisztában volt, ám kevesen tudták, hogy a folsav-szedést minél korábban, lehetőség szerint még a várandósság előtt kellene elkezdni (59-61). Egy EUROCAT vizsgálat szerint a szimpla ajánlások illetve az

edukációs kampányok önmagukban nem javítják a folsav-státuszt (62). A szupplementációs kampányok hatékonyságának növelésére több megközelítés is adódik. Hatásosak pl. a média-kampányok: ám hiába növelik az együttműködési hajlandóságot, a társadalom mintegy felét képtelenek elérni (58, 83-84). A hatékonyság egyik korlátja, hogy ezek a kampányok növelik a folsav-szupplementáció szocio-ökonómiai egyenlőtlenségeit (85-88). Az egészségügyi szektor igénybevételére épülő, még differenciáltabb megközelítések (preconcepcionális tanácsadás, rutin nőgyógyászati vizsgálat során, vagy behívásos rendszeren alapuló tanácsadások) úgy tűnik képesek csökkenteni a fenti nemkívánatos különbségeket (89-91). Nyilvánvalónak tűnik, hogy a különböző egészségjavító programok hatékonyságát befolyásoló tényezőkről való ismereteink még nem elegendőek. További vizsgálatok szükségesek ahhoz, hogy mind hatékonyabb közösségi megközelítéseket alkalmazhassunk.

A nem pusztán szocio-ökonómiai tényezőket és a meglévő tudományos ismereteket, hanem pszichológiai tényezőket is figyelembe vevő megközelítések további sikerekkel kecsegtetnek (92-93). Az egészségjavító intervenciók kudarcainak okait elemezve megállapíthatjuk, hogy a legtöbb program az érintettek közreműködésének hiányán bukik meg (35). A különböző egyének ugyanis nagyon eltérő információ-igénnyel rendelkeznek egészségük vonatkozásában, és más-más egészségjavító intervencióra fogékonyak (94). A legtöbb embernek megvan a saját magyarázata a leggyakrabban előforduló, többnyire enyhe lefolyású, közismert betegség, panasz vagy tünet okairól és leghatásosabb kezeléséről (95-96). A laikus hiedelmek azonban nemcsak a betegségek okaira terjednek ki, hanem az egészség mibenlétére (definíciójára), háttértényezőire, kontrollálhatóságára is (36). Ez utóbbiak befolyásolják az egyén szűrővizsgálatokon való részvételét, a preventív intézkedésre vonatkozó nyitottságát, az egészséges életmód iránti hajlamát, fizikai aktivitását (33), és az egészségjavító információk iránti fogékonyságát (34).

Kutatásunk célja a várandós nők egészségképe (laikus egészségmagyarázata) és egészségmagatartása közötti összefüggések feltárása volt. Elsődleges célunk az

egészségkép folsav-szupplementációra gyakorolt hatásának feltárása volt. Hogy megfigyeléseink eredményeit az intervenciók szélesebb körére vonatkoztathassuk, a várandós egészségmagatartás egyéb elemeit (dohányzás, alkohologyasztás, vitamin-bevitel, várandósságra való felkészülés) is bevontuk vizsgálatunkba.

6.4.2. Eredmények

Laikus egészségmagyarázatok

A laikus egészség-magyarázatok vonatkozásában arra voltunk kíváncsiak, hogy az erre vonatkozó, 31 tételből álló változóhalmazunk mögött milyen látens struktúrák rejtőznek. A főkomponens elemzés eredményeként hét, egynél nagyobb saját értékű faktort kaptunk, ám ebből két faktor kevesebb, mint 5 % magyarázóerővel rendelkezett. A továbbiakban először az öt, majd a hét-faktoros modellel dolgoztunk tovább a fentiekben leírt lépéseket követve. Sem az öt-, sem a hét-faktoros modell nem alkotott értelmezhető, kellő magyarázóerővel rendelkező faktor-struktúrát, ezért végül a hat-faktoros modellel próbálkoztunk.

A hat-faktoros modellre, Varimax rotációval, legnagyobb valószínűség becsléssel (MLE) faktoranalízist végeztünk. Alacsony kommunalitásuk miatt az „Isteni gondviselés”, „természetgyógyászok tanácsainak megfogadása”, „egészségtelen szokásaim elhagyása”, „veleszületett alkati tulajdonságaim”, „jelenlegi egészségi állapotom” és az „egészségesebb életmód” tételtől kellett megválnunk, a fenti sorrendben. A „mindennapi viselkedésem megváltoztatása” tétel egyik faktoron sem teljesítette a 0,40-nél nagyobb faktorsúlyt, ezért tőle is megváltunk. A megmaradt 24 tétel a hat faktorra igen erős illeszkedést adott ([11. táblázat](#)). Modellünk szignifikanciáját a Bartlett-féle gömbölyőség-próbával ($p < 0,001$), a modell illeszkedését pedig a Kaiser-Meyer-Olkin mutatóval teszteltük ($KMO = 0,857$), mely alapján az illeszkedés jónak mondható.

Látható, hogy a hat faktorunk együttesen az eredeti változókészlet varianciájának több mint a felét (56,8%-át) magyarázza. A kapott faktorstruktúra alapján, az

egybetartozó tételeket összevonva létrehoztuk a hat faktort. Első faktorunkat (*lelkiállapot*) az „erőim felhasználása”, a „pozitív gondolkodás”, a „boldogságkeresés”, a „belső konfliktusokkal való szembenézés”, és a „sorsom irányítása” tételek alkották. A II. faktor (*környezet*) a „lakáshelyzetem alakulása”, „munkahelyi környezet”, „családi körülmények”, „munkahelyi kapcsolatok”, tételekből állt össze. A III. faktort (*végzet*) az „időjárás”, „jó- vagy balszerencse”, „véletlen”, „természetfeletti erők” és a „jövőbeli váratlan események” tételek alkották. A IV. faktor (*külső hatások*) alkotói: „szakkönyvek tanácsainak megfogadása”, „orvosi kezelések”, „életkor”, „fertőzések” „káros környezeti hatások elkerülése”, és a „vitaminok, erősítő-szerek szedése” tételek voltak. Az V. faktort (*megelőzés*) mindössze két tétel alkotta: „orvosi szűrővizsgálaton való részvétel”, és „orvosi tanácsok megfogadása”. A VI. faktorba (*közeli kapcsolatok*) szintén két tétel került: „családommal, barátaimmal való kapcsolat, és „családomtól, barátaimtól kapott tanácsok”.

Az egészségkép faktorainak hatása az egészségmagatartás elemeire

Az egészségmagatartás egyes elemeit, mint függő változókat, egyenként összevetettük az egészségképet alkotó hat faktorról, mint független változókkal. A [12. táblázat](#) mutatja az így felépített modellek szignifikancia-szintjeit, illetve a modellek magyarázó-értékeit. A hat egészségkép faktor együttesen szignifikánsan magyarázta válaszadóink folsav-, és vitaminbevitelét, míg a dohányzási szokásokra és a terhesség tervezett voltára épített modell csak marginálisan volt szignifikáns. Egyáltalán nem bizonyult szignifikánsnak az alkoholfogyasztás és az egészségkép faktorainak összefüggése, így ezt a további elemzésből kihagytuk.

A [13. táblázat](#) az egészségmagatartás különböző elemeit és velük szignifikánsan összefüggő egészségkép faktorokat ábrázolja. A folsav-bevitelt a "lelki állapot", a "végzet", a "megelőzés", és a "közeli kapcsolatok" faktorok befolyásolták, de nem ugyan azon irányban. Azok, akik fontosabbnak ítélték a „lelkiállapot” szerepét, nagyobb eséllyel vitték be folsavat, míg akik a másik három faktor szerepét hangsúlyozták, kisebb eséllyel tették ugyanezt.

A vitamin bevitelt két faktor befolyásolta. A magasabb pontszámok a "lelki állapot" faktoron növelték, míg ugyanezek a "megelőzés" faktoron csökkentették a vitamin-bevitel esélyét. A várandósságra való felkészülést és a dohányzást egy és ugyanazon faktor, a „lelkiállapot” befolyásolta. Akik fontosabbnak értékelték, azok nagyobb eséllyel készültek fel, és kisebb eséllyel dohányoztak.

6.4.3. Következtetések

Válaszadóink háromnegyede készült várandósságára, és több mint a fele élt a folsav-szupplementáció lehetőségével. Mintánkban a nemdohányzók aránya 71,2% volt, mintánk egyharmada egyáltalán nem fogyasztott alkoholt. Különböző nemzetközi tanulmányok szerint a várandósok 33,2% - 71,3%-a akarta terhességét, és készült fel rá. A vitamin-szedés gyakorisága kb. 60-90% közöttinek adódott, a nemdohányzók aránya 72,2-90,1%; az alkohol-fogyasztók gyakorisága 2%-33% volt. (31, 54, 66, 70-72, 97). Mintánkban a várandósságra való felkészülés, a dohányzás, és a folsav-szedés gyakorisága nem különbözött a nemzetközi adatoktól, de a vitaminokat rendszeresen szedők, és az alkoholt egyáltalán nem fogyasztók aránya a külföldi gyakoriságok alatt maradt.

Az egészségkép dimenzióit felmérő kérdőívünk (Health and Illness Scale) elemzéséből egy hatfaktoros egészségkép bontakozott ki, az alábbi faktorokkal: 1. lelkiállapot, 2. környezet, 3. végzet, 4. külső hatások, 5. megelőzés, 6. közeli kapcsolatok. A Health and Illness Scale második blokkjának magyar nyelvű változata gyakorlatilag átfedések nélkül képezte le válaszadóink egészségképét. Adrian Furnham hasonló vizsgálatában ugyanezen kérdőívvel brit válaszadók körében egy nyolcfaktoros modellt kapott (lelki reakciók, környezet, orvosi kezelés, öngyógyítás, életmód, végzet, alkat, vallás) (34). Bár a faktorok száma különböző, lényegében a mieinkhez hasonló faktortartalmakat rögzített. Legnagyobb magyarázóerejű faktora, a „lelki reakciók” megfelel a mi „lelkiállapot” faktorunknak, az „orvosi kezelés” és az „öngyógyítás” hasonló a mi „megelőzés” faktorunkhoz, csakúgy, mint ahogy az ő „végzet”, „alkat” és „vallás”

faktorainak tartalma egybevág a mi végzet faktorunk tartalmával. Mindkét vizsgálat talált még ezeken felül egy „környezet” faktort is.

Magyarországon Szántó és munkatársai végeztek hasonló vizsgálatokat, ám ők mindkét nemet vizsgálták, és az egészség-hiedelmek helyett a betegség-hiedelmekre fókuszáltak. (98). Érdekes, hogy míg ők a Nyugat-Európában megszokott stressz-központú megközelítéssel szemben inkább egy rizikófaktorközpontú gondolkodást találtak, addig mi mintánkban az előbbihez hasonló gondolkodást tapasztaltunk. Válaszadóink egészségük alakításának szempontjából a pozitív gondolkodást, a konfliktusokkal való szembenézést, a személyes erőforrások mozgósítását tartották a legfontosabbnak.

Az egészségkép egészségmagatartásra gyakorolt hatását illetően megállapíthatjuk, hogy egészségkép faktoraink a folsav-, és vitamin-bevitelt szignifikáns mértékben, míg a dohányzást és a várandósságra történő felkészülést marginális szignifikanciával magyarázták. Az alkohol-fogyasztásra nem kaptunk szignifikáns modellt. Valamennyi modellünk magyarázóereje 10% alatt volt. A lelkiállapot faktoron adott magasabb pontszámok a folsav-, és vitamin-bevitel, valamint a várandósságra történő felkészülés esélyét növelték, míg a dohányzásét csökkentették. Ez a faktor bizonyult a legerősebb protektív tényezőnek, lévén hogy több pozitív egészségmagatartási komponens esélyét is növelte. A „végzet”, „megelőzés”, és a „közeli kapcsolatok”, a folsav-szedést hátrányosan befolyásolták, míg a „megelőzés faktor a vitamin-bevitel esélyét is rontotta.

Az egészség-kép faktorainak szerepét Wallston 30 évvel ezelőtt alkotott elméletével, az egészség-kontroll lókusának elméletével (Health Locus of Control /HLoC/) magyarázhatjuk (99). Akik magas pontszámokat adtak a "lelkiállapot" faktoron, úgy vélik, hogy magatartásukkal ők maguk képesek kontrollálni az egészségi állapotukat, más szóval rájuk a "belső kontroll" jellemző (Internal Health Locus of Control /IHLLoC/). A "megelőzés" és a "közeli kapcsolatok" faktorokat alkotó tételek tartalmából megállapítható, hogy akik ezeken a faktorokon adtak nagyobb pontszámokat, azok úgy vélik, egészségükért inkább a

náluknál jártasabb, felkészültebb emberek (nővérek, doktorok, családtagok, barátok) tehetnek többet. Ezt hívjuk "nálamnál alkalmasabb más emberek" egészség-kontroll lókusznak (Powerful Others Health Locus of Control, /PHLoC/). A „végzet” faktor pedig megfelel a harmadik Wallston által „sors”-nak nevezett egészség lókusznak (Chance Health Locus of Control /CHLoC/), mikor is valaki úgy gondolja, egészségi állapota a végzetten, a vak véletlenül, a sors játékán múlik. Mind a kettő utóbbi megközelítés egyben „külső kontroll”, és azok, akik egészségi állapotukat önmagukon kívüli okokkal hajlamosak magyarázni, értelem szerően kevésbé élnek a folsav- és vitamin-bevitel megelőző lehetőségeivel.

A „környezet” és a „külső hatások” faktorok semmilyen hatással nem voltak az egészségmagatartás elemeinek alakulására. Mindkettő általános, jól ismert egészségdetermináns, feltehetően válaszadóink nagyon hasonló mértékben tulajdonítottak nekik fontosságot, így kevésbé rendelkeztek megfelelő diszkriminatív erővel.

Korlátok

Vizsgálatunknak természetesen korlátai is vannak. Mintánk demográfiai szempontból meglehetősen homogén, varianciái kicsinyek. Az elemszám relatíve kicsi, és a nem válaszolókról nincs adatunk. Jól szervezett populációs monitoringunk pontos képet ad egy adott város várandósairól, de az itt talált gyakoriságok nem szükségszerűen reprezentálják a hazai teljes populáció prevalenciáit.

Mindazonáltal megállapíthatjuk, hogy válaszadóink egészségképe szignifikánsan befolyásolta a folsav- és vitamin-szupplementáció iránti fogékonyságukat. A belső kontrollt megtestesítő "lelkiállapot" egészség-kép faktor egészségtudatosabb magatartási tendenciákkal korrelált, míg a külső kontrollt megtestesítő faktorok hátrányos viselkedésformákkal tették ugyanezt. Új pszichológiai megközelítésekre lesz szükség a jövőben annak érdekében, hogy a célpopulációink egészségképében a külső kontroll irányából a belső felé mozduljunk el. Ezzel a változással

remélhetőleg növelni fogjuk várandósaink egészségjavító intervenciók iránti nyitottságát.

6.5. A szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke hatása várandósok egészség-képére és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságára

6.5.1. Elméleti háttér

A depressziós - szorongásos zavarok és a romló egészségmagatartás kapcsolatát számos hazai és nemzetközi tanulmány igazolta, ám továbbra is nyitott kérdés, hogy a lelki-, hangulati élet zavarai milyen konkrét mechanizmusokon keresztül fejtik ki hatásukat. Több tanulmány látszik alátámasztani, hogy a depresszív-szorongásos zavarok a stressz-szint növelése, és az adaptív viselkedés beszűkítése révén maladaptív, önkárosító magatartásformákra (dohányzás, alkoholfogyasztás, mozgásszegény életmód, evészavarok, szuicid kísérletek) hajlamosítanak. A rövidtávon feszültségoldó, hosszútávon egészségkárosító magatartásformák, mintegy „öngyógyító kísérletként”, a lelki zavarok okozta pszichés tünetek enyhítését szolgálják.

A másik lehetséges mechanizmus, hogy a depresszív-szorongásos zavarok -kognitív torzításaik révén - torz egészségképet tartanak fenn, és ily módon csökkentik az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságot, és fenntartják az egészségre káros magatartási tendenciákat. Az egészségjavító intervenciókra azok fogékonyak elsősorban, akik egészségüket kontrollálhatónak tartják, és saját magukat képesnek érzik sorsuk irányítására. A depresszív, szorongó egyén viszont diszfunkcionális attitűdjei és kognitív torzulásai miatt helyzetét kontrollálhatatlannak tartja, önértékelése csökken, ez benutság-érzéshez, a kezdeményező-készség, ill. az én-hatékonyság csökkenéséhez vezet (20-21). A szorongók hajlamosak egészségüket külsődleges okokkal magyarázni, és egészségük kontrollját mások kezébe adni (100). A depresszív-szorongásos zavarok csökkent társas támogatottsággal, szociális izolációval társulnak (46), ez

mind kognitív mind technikai értelemben a cselekvési tér beszűkülését vonja maga után. A társadalmi bizalom és kölcsönösség hiányával, valamint az alacsony civil támogatottsággal leírható csökkent társadalmi tőke rossznak ítélt saját-egészséggel (73), és a szorongásoldó-nyugtató gyógyszerek megnövekedett használatával (74) jár együtt. Mindent összevetve, a szorongásos-depresszív zavarok a hozzájuk társuló alacsony önértékeléssel és csökkent társadalmi tőkével karöltve csökkentik az egészség kontrollálhatóságába vetett hitet, külső okokból álló egészségmagyarázatokra hajlamosítanak, csökkentik az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságot, és ily módon korlátozzák azok hatékonyságát.

A fentiekből kiindulva tanulmányunkban elsődlegesen azt vizsgáltuk, milyen hatással van a prenatális szorongás, a depresszió, valamint az ezekkel összefüggő önértékelés és a társadalmi tőke a várandós nők egészségképre. Mivel egyik közleményünkben az egészségkép és az intervenciók iránti nyitottság szoros kapcsolatát tártuk fel, célszerűnek láttuk, ha egyidejűleg vizsgálatunkat kiterjesztjük az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságra is (101).

6.5.2. Eredmények

A szorongás, a depresszió, az önértékelés és társadalmi tőke elemeinek átlagértékeit a [8. táblázatban](#) tüntettük fel.

Egészségkép

Az egészségkép vonatkozásában a fenti módszerrel egy hat faktoros egészségkép-modellt kaptunk, melyben faktoraink együttesen az eredeti változókészlet varianciájának több mint a felét (56,8%-át) magyarázták (102). A faktorok tételtartalmát az előző fejezetben mutattuk be részletesen (6.4.2. fejezet).

Az egészség-kép és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottság összefüggései a szorongással, a depresszióval, az önértékeléssel, a társadalmi tőkével és a demográfiai tényezőkkel

A továbbiakban először az egészségkép hat faktorát, majd a hét intervenciós lehetőséget („egészségügyi ellátás javítása”, „ismeret-adás”, „érzelmi támogatás”, „technikai dolgok begyakoroltatása”, „hasonló helyzetű kismamákkal való találkozás”, „lelki problémák megbeszélése”, „tápanyagok vitaminnal történő dúsítása”) - mint függő változókat - egyenként összevetettük független változóinkkal, hogy lássuk, a szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke, demográfiai tényezőink kontroll alatt tartásával, mennyiben határozzák meg válaszadóink egészségképét és az adott intervenciók iránti nyitottságát. A hat egészségkép faktornak és a hét intervenciós lehetőségnek megfelelően hat, ill. hét modellt kaptunk. A [14.](#) és a [15. táblázat](#) tartalmazza az így felépített modellek szignifikancia-szintjeit (modell p), a modellek magyarázó-értékeit (modell R²), és az egyes változókkal való összefüggéseket. Az egészségkép vonatkozásában a „környezet” és a „külső hatások” faktorokra nem kaptunk szignifikáns modellt, csakúgy, mint az „ismeretadás” intervenció esetében. Szignifikancia-közeli modellt kaptunk a „lelki problémák megbeszélése” intervenciós lehetőségre. Minden további modellünk szignifikáns volt ($p < 0,05$), a magyarázóerők az egészségkép faktorainak esetében 7,8% és 15,7% között voltak, az intervenciós lehetőségek vonatkozásában 7,8% és 9,6% között mozogtak.

6.5.3. Következtetések

A depresszió egyetlen tényező tekintetében mutatkozott szignifikáns hatásúnak: negatívan korrelált a „megelőzés” faktoral. A szorongás ellenben pozitívan korrelált ugyanezen faktoral, csakúgy, mint az „élelmiszerek dúsítása” intervencióval. A szorongás pozitívan korrelált még a „lelki problémák megbeszélése” intervencióval is, ám ez esetben maga a modell csak marginálisan volt szignifikáns. Az önértékelés a „lelki állapot” és a „megelőzés” faktorokkal korrelált pozitívan, bár az utóbbi esetben a hatás csak szignifikancia-közelinek mutatkozott. A társadalmi bizalom hiánya az „érzelmi támogatás” és az „élelmiszerek dúsítása” intervenciókkal mutatott fordított irányú kapcsolatot. Szignifikancia-közeli volt a kölcsönösség szerepe a „technikai jellegű ismeretek

begyakoroltatása" intervenció vonatkozásában, míg a civil támogatottság a „kortárs csoportokban való részvétel" és a „technikai jellegű ismeretek begyakoroltatása" intervenciókra volt pozitív hatással.

A demográfiai tényezők közül a munkahellyel való rendelkezés és a szocio-ökonómiai státusz hatástalannak bizonyultak, bár az utóbbi marginális hatással volt a „kortárs csoportokban való részvétel" vonatkozásában. A „végzet" szerepét hangsúlyozták azok, akiknek több testvérük van. A felsőfokú végzettségűek nem tartják fontosnak az „egészségügyi ellátás javítását", a középfokúnál alacsonyabb végzettségűek pedig (marginális szignifikancia mellett) elutasítják a „lelki állapot" szerepét. A legmeghatározóbb szerepet kétségtelenül az életkornak, és a családi állapotnak kell tulajdonítanunk. Az életkor pozitívan korrelált a „lelki állapot" egészségkép-faktorral, és negatívan korrelált a „technikai jellegű ismeretek begyakoroltatása" és a „kortárs csoportokban való részvétel" intervenciókkal. Az egyedülállók fontosnak tartják a „lelki állapot" és a „közeli kapcsolatok" egészségkép-faktorokat, valamint az „élelmiszerek dúsítása" intervenció szerepét. Az élettársi kapcsolatban élők a lehetséges intervenciók közül az „érzelmi támogatást" és a „lelki problémák megbeszélését" preferálnák, ez utóbbi modell, mint tudjuk, csak marginálisan szignifikáns. Mind az egyedülállók, mind az élettársi kapcsolatban élők (szignifikancia-közeli szinten) fontosnak tartják a „megelőzést".

Összegezve megállapíthatjuk, hogy modelljeink az egészségkép faktorait 7,8%-15,7%-ban, az intervenciók lehetőségei iránti nyitottságot 7,8%-9,6%-ban magyarázták. Tekintettel arra, hogy az egészségkép és az intervenciók preferencia igen szerteágazó gyökerekből táplálkozó kognitív struktúrák, a fenti magyarázóerők meglehetősen jónak mondhatók. A szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke, a demográfiai tényezők kontroll alatt tartása mellett is, hatással voltak várandósaink egészségképére és intervenciók preferenciáikra, bár ez a hatás mérsékelten mondható. A társadalmi tőke egyáltalán nem volt hatással az egészségképre, de hétből öt intervenciók preferenciát befolyásolt. Azok, akik környezetükkel szemben bizalmatlanok, sem

az interperszonális kapcsolatra épülő érzelmi támogatásra, sem a személyes részvételt egyáltalán nem igénylő élelmiszer-dúsításra nem fogékonyak, azaz intervenció szempontból igen nehéz célcsoportnak tekinthetők. Mérhető viszont a civil támogatottság pozitív szerepe: azok, akik kiterjedt emberi kapcsolatrendszerrel jellemezhetők, még inkább igénylik a kortárs kapcsolatokat, és nyitottak a szintén társas helyzeteket feltételező technikai jellegű oktatásokra, képzésekre. Bár nem szignifikáns szinten, de hasonló hatás mérhető a kölcsönösség vonatkozásában is. Az önértékelés az intervenció preferenciákra nem volt hatással, viszont elmondhatjuk, hogy a magasabb önértékelésűek fontosabbnak tartják a lelki állapot egészségben betöltött szerepét, és nyitottabbak az orvosi szűrővizsgálaton való részvétel, és az orvosi tanácsok megfogadása irányába.

Demográfiai tényezőink hatásait elemezve megállapíthatjuk, hogy a testvérek számának és az iskolai végzettségnek csekély szerepe volt. Az, hogy akiknek több testvérük van, inkább vélekednek úgy, hogy egészségüket végzettszerű hatások befolyásolják, inkább valamilyen kulturális (vallási, etnikai?) háttérő zavaró tényező szerepét valószínűsítik. A felsőfokú végzettségűek egészségügyi ellátással szembeni elutasító attitűdjé több módon is értelmezhető. Lehet, hogy eleve jó egészségi állapotnak örvendenek, és az ellátás javítása nem jelenik meg szükségletként, másrészt eddig is hozzáfértek ahhoz, amire e vonatkozásban szükségük volt. Nem szorul értelmezésre, hogy inkább a fiatalok igénylik a kortársak támogatását és a technikai dolgok begyakoroltatását, az idősebbek pedig fontosnak tartják a lelki állapotot. Az egyedülálló és az élettársi kapcsolatban élők egészségképéből és intervenció preferenciáiból pedig egyértelműen az emberi kapcsolatok és az érzelmi, lelki támogatás iránti igény fogalmazódik meg!

Kiinduló kérdésünk, a szorongás és a depresszió hatásainak tekintetében kijelenthetjük, hogy szám szerint mindössze három tényező esetében bizonyultak szignifikánsnak. A szorongók igénylik a lelki támogatást és preferálják az élelmiszerek dúsítását. Mindkettőből tükröződik a szorongásos kognitív beállítódás: a dependencia igény, és a kontroll átengedése. Látszólag ellentmond

ennek, hogy a szorongás pozitívan korrelált az egyéni aktivitást feltételező „megelőzés” faktorról. Ne feledjük azonban a faktort alkotó tényezőket („orvosi szűrővizsgálaton való részvétel”, és „orvosi tanácsok megfogadása”), és joggal feltételezhetjük: a szorongásra jellemző aggodáson túl megjelenik itt a nemzetközi szakirodalomban „Powerful Others Health Locus of Control”-nak aposztrofált fogalom - a kontrollt az általuk hatékonynak, „erősnek”, „hatalmasnak” ítélt személyek kezébe adják át (99). A depresszió ellenben negatívan korrelált a „megelőzés” faktorról, azaz tetten érhető, hogy a depressziós kognitív torzulások, a reménytelenség és a jövőtlenség érzése, egy egészségkép faktor elutasításán keresztül szignifikánsan beszűkítik a megelőzés lehetőségeit. Mindezekből megállapítható, hogy a szorongás és a depresszió hatása egyáltalán nem érdektelen az intervenciók szempontjából: míg a szorongás - igaz, torzult kognitív sémákból kiindulva - de növeli a megelőző jellegű beavatkozások iránti nyitottságot, addig a depresszió épp ellenkező hatású.

Korábbi tanulmányokból ismeretes a szorongás, a depresszió és a rossz egészségmagatartás összefüggése. Vizsgálatunkban a prenatális szorongás, depresszió, valamint az ezekkel összefüggő önértékelés és társadalmi tőke várandós nők egészségképére, és egészségjavító intervenciók iránti nyitottságára gyakorolt hatását igyekeztünk feltárni. Fenti változóink (a demográfiai tényezők kontroll alatt tartásával) a hat egészségkép faktorból a „megelőzés” faktorra gyakorolták a legmarkánsabb hatást, a szorongás és az önértékelés növeli az orvosi tanácsadások és szűrővizsgálatok iránti nyitottságot, míg a depresszió csökkenti ezt. A lelkiállapot fontosságát vallják a magasabb önértékelésűek, a szorongók szerint az élelmiszerek dúsításával, és a lelki problémák megbeszélésével segíthetünk a legtöbbet. A társadalmi tőke nem volt hatással az egészségképre, de az intervenciók iránti nyitottságra igen: a környezetükkel szemben bizalmatlanok mind az élelmiszerek dúsítását, mind az érzelmi támogatást elutasítják, míg a nagyobb civil támogatottságot élvezők nyitottabbak a kortársak támogatására és a technikai jellegű ismeretek elsajátítására. Demográfiai tényezőink közül az életkor és a családi állapot volt a legerősebb hatással: az idősebbek fontosnak tartják a lelki állapotot, a fiatalok a technikai jellegű ismeretek begyakoroltatását

és a kortárs csoportokban való részvételt igénylik. Az egyedülállók és az élettársi kapcsolatban élők az emberi kapcsolatokat és az érzelmi, lelki támogatást igénylik.

6.6. Az egészségkép hatása az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságra magyar várandósok körében

6.6.1. Elméleti háttér

Magyarországon a koraszülések aránya tartósan, csaknem két évtizede 8-9% között mozog, lényegesen meghaladva a hazánk gazdasági társadalmi potenciáljából következő várható gyakoriságot (103). Európa országai közül csupán két ország, Románia és Bulgária rendelkezik ennél rosszabb mutatókkal. Mivel a koraszülések okai rendkívül szerteágazóak, elméletileg számos beavatkozási pont adódik, ahol hatékony intervenciók segítségével csökkenthetnénk a gyakoriságát.

Az egészségjavító intervenciók sikereinek azonban alapvető feltétele az érintett célpopuláció közreműködése, aktív részvétele (35). Ez a közreműködés viszont csak akkor adott, ha a professzionális „egészség-szakértők” által felajánlott, meghirdetett intervenciók lehetőségei találkoznak az érintett populáció elvárásaival. Az emberek ugyanis nagyon eltérő információ-igénnyel rendelkeznek egészségük vonatkozásában, és más-más egészségjavító intervenciókra fogékonyak (94). Ennek oka, hogy részben kulturális gyökereiből, részben személyes hétköznapi tapasztalataiból kiindulva, a „mitől függ az egészségem?”-kérdésre minden ember magában hordozza a maga laikus, sokszor ki nem mondott, meg nem fogalmazott hiedelmeit, elképzeléseit. Az egészség-hiedelmek többnyire nem tényleges lexikális tudásra, korrekt és helytálló adatokra épülnek, forrásuk döntő mértékben a laikus egyéni vagy közösségi szintű tapasztalat (34).

A laikus egészség-hiedelmek mind egyéni mind közösségi szinten komplex rendszerré, egészség-képpé formálódnak. A laikus egészségképek bár komplexek, egyes elemei lehetnek illogikusak, néha egymásnak ellentmondóak, mégis, mivel

erős egyéni és kulturális gyökerekkel rendelkeznek, az egyén erősen ragaszkodik hozzájuk (34). Márpedig az egészség-kép alapvetően megszabja az egyénnek az egészség kontrollálhatóságába vetett hitét, és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságát. Ha az intervenció során az egyén egészségképével ellentétes, idegenszerű értéket erőltetünk, vagy az adott élethelyzetében megvalósíthatatlan viselkedést követelünk meg tőle, akkor erőfeszítéseink eleve kudarcra lesznek ítélve (94).

Kutatásunk elsődleges, közvetlen célja a várandós nők laikus egészségmagyarázatainak, egészségképének vizsgálata volt. Arra voltunk kíváncsiak, hogy a laikus egészség-hiedelmeik milyen konkrét elemekből épülnek fel, és milyen struktúrát mutatnak. Kevésbé tudományos nyelven fogalmazva: mit gondolnak válaszadóink, mitől függ az egészségük? Másik célunk a várandós nők egészségképe és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottsága közötti összefüggések feltérképezése volt. Ha pontosabb képet kapunk célpopulációnk laikus egészség-magyarázatairól, egészséggel kapcsolatos elképzelésiről, akkor ezekre építve a jövőben hatékonyabban tudjuk az egyes intervenciókat megtervezni, nagyobb arányban tudjuk a kliensek együttműködését megnyerni.

6.6.2. Eredmények

Az egyes intervenciók iránti nyitottság

Válaszadóink szignifikánsan a legmagasabb átlag-pontszámmal az „élelmiszerek dúsítása” intervenciót illették, azaz ezt tartották legfontosabbnak. Ugyancsak szignifikáns mértékben, a leginkább az „érzelmi támogatást” utasították el, ez kapta a legalacsonyabb átlag-pontszámot. Az egyes intervenciók preferenciáinak átlagát (azaz az egyes intervenciók iránti nyitottságot) az [5. ábra](#) szemlélteti.

Az egészségkép és az intervenciók iránti nyitottság összefüggései

A korábban már említett egészségkép faktorainkat (lelkiállapot, környezet, végzet, külső hatások, megelőzés és közeli kapcsolatok az egyes intervenciós lehetőségekkel, mint függő változókkal vetettük össze, hogy lássuk, mennyiben határozza meg válaszadóink egészségképe az adott intervenciók iránti nyitottságukat. A hét intervenciós lehetőségnek megfelelően hét modellt kaptunk. A [16. táblázat](#) tartalmazza az így felépített modellek szignifikancia-szintjeit (modell p), a modellek magyarázó-értékeit (modell R²), és az egyes faktorokkal való összefüggéseket. Dőlt betűvel tüntettük fel a modellt alkotó, szignifikáns faktorokat. A hat egészségkép-faktor szignifikánsan ($p < 0,01-0,001$) magyarázta mind a hét lehetséges intervenciós típusra alkotott modellünket, ám valamennyi modellünk magyarázóereje csekély (5-13%).

6.6.3. Következtetés

Várandós válaszadóink válaszaiból, illetve ezek elemzéséből egy hat-faktoros (lelkiállapot, környezet, végzet, külső hatások, megelőzés, közeli kapcsolatok) egészségkép-modell rajzolódott ki. Modellünk erősen szignifikáns, illeszkedése jó. Faktoranalízisünk során megállapítottuk, hogy az eredeti 31 tétel túlnyomó többsége nemcsak, hogy szignifikánsan hozzájárul az egészségkép-modellünk alkotásához, hanem szilárdan egy-egy faktoron ül, tehát a faktorok között gyakorlatilag nincs átfedés.

Az egészségkép intervenciós preferenciákra vonatkozó hatását illetően érdekes eredményekre jutottunk. Valamennyi intervenciós modellünkben szignifikánsan szerepelt a „környezet” faktor, míg a „lelki állapot” egyik modell alkotásában sem kapott szerepet! Valamennyi intervenciós modellünkben, valamennyi faktorunk csak pozitív előjellel szerepelt, azaz minden szignifikánsnak bizonyuló faktor pozitívan korrelált az adott intervencióra való nyitottsággal. Az „*egészségügyi ellátás javítása*” intervenciós lehetőséggel pozitívan korreláltak a „környezet”, „végzet” és a „külső hatások” faktorok. Látható, hogy mindhárom faktor ún. külső, az egyén által nem vagy alig kontrollálható egészség-determináns, nem véletlen az összefüggés az ugyancsak külsődleges determinánssal, az egészségügyi ellátással.

Hasonló alapokon értelmezhető az „*élelmiszer-dúsítás*” összefüggése a „környezet” és a „külső hatások” faktorokkal.

Az „*érzelmi támogatás*” és a „*lelki problémák megbeszélése*” intervenciókat alkotó faktorok között nagy az átfedés. Mindkettőben felbukkan a „környezet”, a „végzet”, és a „közeli kapcsolatok”, bár mindkét esetben egy-egy faktor szerepe csak marginálisan szignifikáns. Ezen felül az „érzelmi támogatás” még a „megelőzés” faktorial is korrelál. Az érzelmileg bizonytalan, lelki támogatásra, beszélgetésre vágyó válaszadóink értelemszerűen fontosnak tartják a közeli kapcsolatokat, és nem meglepő módon a két markánsan külső egészség-determinánst, a „környezet”, és „végzet” faktorokat is. Mindkét intervenció modellből az tükröződik, hogy a bizonytalan, magukat kiszolgáltatottnak érző, érzelmileg dependens személyek hajlamosak egészségi állapotuk alakulását a végzetre, a külső környezetükre, esetleg másokra hárítani.

Az eddig felsorolt, az egyén részéről aktivitást nem igazán igénylő intervenciók tehát általában külsődleges egészség-determinánsokhoz kapcsolódtak. Bonyolultabbá válik a helyzet, ha az egyéni aktivitást is feltételező intervenciókra fókuszálunk. Aligha lehet véletlen, hogy az „*ismeretadás*” és a „*technikai dolgok begyakoroltatása*” intervenciók mindketten ugyan azon faktorokkal („környezet”, „külső hatások”, „megelőzés”) kapcsolódnak! Mindkét intervenció típusban felbukkan a passzív elem (hiszen az ismeretet *adják*, a technikai dolgokat *begyakoroltatják*), mégis mindkettő az egyén aktív befogadó magatartásával válik teljessé. Ez a kettősség jelentkezik a modell-alkotó faktorokban: a külsődleges faktorok („környezet”, „külső hatások”) mellett megjelenik az egyéni aktivitást, a kereső magatartást leképező „megelőzés” faktor is!

A legkevésbé felülről irányított, az egyén részéről a legtöbb aktivitást és egyéni döntést igénylő intervenció forma a „*sorstársakkal (hasonló helyzetű kismamákkal) való találkozás*”. Itt a legkisebb az intervenciót nyújtó „segítők” szerepe, pusztán a lehetőséget teremtik meg, az intervenció valódi tartalma és sikere nagyrészt a résztvevőkön múlik. Ehhez képest elgondolkodtató, hogy ez az

intervenciós lehetőség is, (bár nem meglepő módon pozitívan korrelál a „közeli kapcsolatok” faktorial), ám igen erősen összefügg a külsődleges egészségdeterminánsnak számító „környezet” faktorial is. Első látásra ez az összefüggés nehezen értelmezhető. Ha azonban visszatérünk kiinduló észrevételünkhöz, mely szerint valamennyi modellünkben szerepelt a „környezet” faktor, míg a „lelki állapot” egyikben sem, egy szélesebb kontextusba helyezve talán sikerül az értelmezés.

Az intervenciós preferenciákra vonatkozó kérdésünk így hangzott: *„Ön szerint mostani helyzetében mivel segíthetnék a legtöbbet Önnek és születendő gyermekének?”*. A kérdés eleve egy aszimmetrikus viszonyba helyezi a válaszadót, ahol a „segítő” kérdez, azaz a válaszadót a „megsegített” passzív pózába kényszerítjük. Ráadásul a felajánlott intervenciók tartalmukban is inkább passzív, vagy félig passzív megközelítések. Így azok a válaszadók, akik önállótlanabbak, dependensebbek, és hajlamosak egészségüket külső determinánsokkal magyarázni, mintegy „elemükben vannak” és kapaszkodnak minden felajánlott, lehetséges egészségjavító intervencióba. Ugyanők a fent említett mechanizmusok miatt, egészségképükben zömmel külsődleges egészségdeterminánsokat jelölnek meg. A kontrollt „belül” hordozó, céltudatos, sorsukat kézben tartó válaszadók egészségképükben várhatóan inkább a belső kontrollnak jobban megfelelő „lelki állapot” faktorial adnak magasabb pontszámokat.

Vizsgálatunk egyik korlátja a viszonylag kicsi esetszám, továbbá, hogy demográfiai szempontból mintánk meglehetősen homogén, kevés benne a variabilitás. Nagyobb esetszám, és nagyobb variabilitás mellett esetleg még egyéb szignifikáns összefüggések is feltárultak, volna, mindazonáltal bizton állíthatjuk: a kapott szignifikáns összefüggéseink valóságok. A vizsgálati részvételt nem vállalókról nincs adatunk, ám mivel számuk csekély, ők várhatóan kevésbé torzították eredményeinket.

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy válaszadóink az élelmiszerek dúsítását és az ismeretek adását kívánták leginkább, míg legkevésbé az érzelmi támogatást igényelték. Felajánlott intervenciók lehetőségeink zömmel külsődleges, az egyén részéről kevés aktivitást igénylő intervenciók voltak, melyek döntően külső egészségdeterminánsokkal (környezet, egyéb külső hatások) korreláltak. Tendenciaként mindenképp megállapítható, hogy az egyén egészségképe és intervenciók igénye között szoros kapcsolat van: a felülről irányított, egyéni részvételt kevésbé igénylő intervenciókat elsősorban azok igénylik, akik egészségüket külsődleges, általuk nem, vagy kevésbé kontrollálható okokkal magyarázzák.

6.7. A depresszió, a szorongás és az önértékelés, és az egészségmagatartás hatásai a neonatális kimenetelre populációs alapú hazai mintán

6.7.1. Elméleti háttér

A korábbiakban megállapítást nyert, hogy a várandósság időszakában a leggyakoribb pszichiátriai rendellenességek a depresszív és szorongásos zavarok, melyeknek magzatra vonatkozó káros hatásairól ellentmondó adatok állnak rendelkezésre. Az sem tisztázott, hogy ha igen, akkor milyen mechanizmusokon keresztül hatnak: a hormonális - vegetatív változásokon keresztül (direkt út), vagy a társuló negatív egészségmagatartási tendenciákon keresztül (indirekt út). Ez utóbbi esetben újabb kérdés merül fel: vajon a depresszió, a szorongás, az alacsony önértékelés, valamint a negatív életmódi tendenciák közötti kapcsolat közvetlen, önálló jelenség, vagy a háttérben a demográfiai tényezők, mint zavaró tényezők közvetett hatása húzódik meg.

A vizsgálat célja

Vizsgálatunk célja a várandósság alatti szorongás, depresszió és az alacsony önértékelés neonatális kimenetelre gyakorolt hatásainak feltárása volt egy hazai

mintán. A várt összefüggéseket a demográfiai tényezők (életkor, családi állapot, iskolai végzettség, szocio-ökonómiai státusz), a szülészeti anamnézis (terhességek száma, spontán és művi abortuszok száma), és az egészségmagatartás (dohányzás, az alkoholfogyasztás, folsav-, és vitamin-bevitel) kontroll alatt tartásával vizsgáltuk. Feltételeztük, hogy a magasabb szintű szorongás, ill. depresszió, valamint az alacsony önértékelés kisebb születési súllyal, hosszal, mell-körfoggattal, valamint alacsonyabb 1 és 5 perces Apgar-értékekkel és kisebb gesztációs korrrel jár együtt.

6.7.2. Eredmények

261 fős mintánk válaszadói 15 és 44 év közöttiek voltak, átlagéletkoruk 29,28 év volt (szórás /SD/= 4,98). Mintánk nagyobbik fele házasságban élt (59.4 %), közép-, vagy felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezett (35.2 % és 37.8 %). Az [17. táblázatban](#) a depresszió, a szorongás, az önértékelés, és a folytonos demográfiai változóink átlagait és szórásait, a [18. táblázatban](#) pedig a kategorikus változóink gyakoriságait foglaltuk össze.

A neonatális paraméterek alakulását, nemek szerinti bontásban, a [19. táblázatban](#) ábrázoltuk. A fiúk születési súlya, hossza és mell-körfogata szignifikánsan nagyobbak bizonyult a lányokénál. A gesztációs korban, valamint az 1 és 5 perces Apgar-érték vonatkozásában nem volt különbség.

A szorongás, depresszió, önértékelés, az egészségmagatartás komponensei, és a demográfiai tényezők valamint a neonatális kimenetek közötti összefüggéseket többváltozós lineáris regresszióval vizsgáltuk. Független változóink hatásait külön vizsgáltuk a két nemben. Az 1 és 5 perces Apgar-értékek tekintetében egyik nemben sem kaptunk értékelhető modelleket. Az összes többi paraméter vonatkozásában modelljeink szignifikánsak voltak, bár a modellek magyarázóerői szerényeknek (4,4% és 14,5% közöttinek) bizonyultak. A [20.](#) és [21. táblázat](#) ábrázolja a modellek szignifikancia-szintjeit, a magyarázó-erőket, és a neonatális paraméterekre ható szignifikáns változókat.

A magasabb önértékelésű anyák fiai nagyobb születési súllyal és hosszal jöttek a világra, lányokban csak a születési hossz vonatkozásában állt fenn ugyanilyen összefüggés. Az antenatális szorongás és depresszió egyik nemben sem mutatott összefüggést egyetlen születési paraméterrel sem. A demográfiai tényezők közül az alacsony iskolázottság fiúkban a születési hosszt, a mell-körfogatot és a gesztációs kort csökkentette, lányokban csak a születési hossza hatott, ugyanilyen módon. Lányokban a szocio-ökonómiai státusz pozitívan korrelált a születési súllyal és a gesztációs korrallal, míg az anya élettársi kapcsolata kisebb születési súllyal és mell-körfogattal függött össze. Az egészségmagatartás (dohányzás, alkohol-fogyasztás, folsav- és vitamin-bevitel) semmilyen módon nem korrelált a születési paraméterekkel. A művi abortuszok nagyobb száma csak a fiúk születési súlyát csökkentette. Az 1 és 5 perces Apgar-értékek alakulására egyetlen magyarázó változó sem volt hatással.

6.7.3. Következtetések

Az antenatális depresszió és szorongás neonatális hatásait vizsgáló eddig lefolytatott nemzetközi kutatások eredményei egymásnak ellentmondóak, a vizsgálatok típusától, a pszichiátriai zavarok mérésétől, a mintanagyságtól, a zavaró tényezőktől függően. Dayan és mtsai. követéses vizsgálatukban azt találták, hogy a magasabb depressziós szinteket mutató anyák újszülöttjei körében háromszor gyakoribb volt a koraszülés (EH=3,3 /1,3-9,3/) (12). Egy másik tanulmányuk szerint az antenatális anyai depresszió megkétszerezte a korai fájástevékenységből eredő koraszülés gyakoriságát, az összefüggés a demográfiai tényezők hatásainak kiszűrésével is marginálisan szignifikáns maradt. (EH=2,0 /0,99-4,0/) (11). Orr és mtsai. afro-amerikai mintán végzett prospektív tanulmányában az anyai depresszió megemelte a spontán koraszülés prevalenciáját (EH=1,59). A demográfiai tényezők (anyai dohányzás, alkohol-, drog-fogyasztás, anyai alacsony BMI, koraszülés, abortusz az anamnézisben) hatásának kontroll alatt tartásával az esélyhányados még nagyobb lett, az összefüggés marginálisan szignifikáns maradt (EH=1,96 /1,04-372/) (13). Rahman eset-kontroll vizsgálatában a kis születési súly (<2500g) esélye a depressziós anyák

újszülöttjeiben kétszer nagyobb volt, mint a kontroll-csoport újszülöttjeiben (EH=1,9 /1,3-2,9/) (14). Ezekkel ellentétben, Andersson svéd, ill. Berle norvég populációs alapú vizsgálatai semmilyen különbséget nem tártak fel az egészséges kontroll és a depressziós vagy szorongó anyák újszülöttjeinek születési súlya, ill. a koraszülöttség gyakorisága között (6, 104). Larsson és munkatársai szintén nem igazoltak összefüggést az anyai antenatális depresszió és a koraszülés vagy a kis súly között (105).

Jelen vizsgálatunkban az egészségmagatartás és a demográfiai tényezők hatásainak kontroll alatt tartásával az antenatális depresszió és szorongás nem mutatott összefüggést sem az intrauterin szomatikus növekedési paraméterekkel (születési súly, hossz, mell-körfogat), sem az egyéb újszülött-kori kimenetekkel (gesztációs kor, 1 és 5 perces Apgar). Ezen túl, vizsgálatunk eredményei nem igazolták a krónikus stressz bevezetőben tárgyalt indirekt hatását sem: az egészség-magatartás egyetlen eleme sem korrelált a neonatális változókkal.

Tudomásunk szerint jelen tanulmányunk az első, mely összefüggést tárt fel az anyai önértékelés és a neonatális kimenetek között. Mindazonáltal az anyai önértékelés csak a méhen belüli növekedés paramétereit érintette, a fiúk és lányok születési hosszát és a fiúk születési súlyát.

Az eredményeinket magyarázó szóba jöhető mechanizmus (amint arra számos tanulmány utal), hogy az anyai magasabb önértékelés csökkenti a stresszre adott választ. Lazarus és Folkmann modellje szerint a stressz-szituáció kognitív értékelése két lépésben zajlik: az első lépésben azt értékeljük, hogy veszélyes-e a stresszor ránk nézve, a másodikban, hogy képesek vagyunk-e elhárítani a veszélyt (106). Rector és Roger megállapításai szerint az önértékelés mindkét lépésben értékes tompító hatással bír (107). A magasabb önértékelésűek inkább hajlottak arra, hogy a stresszes élethelyzeteket a növekedéshez szükséges pozitív kihívásnak tekintsék, és ne fenyegetésnek (elsődleges értékelés). Ugyanígy sokkal inkább érezték magukat alkalmasnak, hatásosnak a helyzet kezelésére (másodlagos értékelés). Mindezek eredményeként a magasabb önértékelésűek jobban

teljesítettek és kisebb fenyegetettséget jeleztek mind az alacsonyabb mind a magasabb stressz-szintű feladathelyzetekben.

Az önértékelés stressz-választ tompító hatásai nemcsak kognitív, hanem fiziológiai szinten is zajlanak. Ugyan ebben a vizsgálatban a magasabb önértékelésűek csoportjának szívfrekvenciája feladathelyzetben alacsonyabb volt, mint a kontroll csoporté. O'Donnell és munkatársai hasonlókat találtak: a magasabb önértékelésűek alacsonyabb szubjektív stressz-szinteket jeleztek, és pulzusuk is alacsonyabb volt. Mi több, a magasabb önértékelés csökkentette bizonyos gyulladáshoz vezető mediátor anyagok, a TNF α és IL-1 β stressz indukálta koncentráció emelkedését (108). Cresswell kísérletes vizsgálatában a belső értékek megerősítése csökkentette a neuro-endokrin stressz-választ. Azok a válaszadók, akik a feladat során folytonos megerősítésben részesültek, kisebb kortizol választ adtak, az alap és a csúcspont kortizol szint közötti különbség pedig csak a kontroll csoportban volt szignifikáns (109).

Pruessner és mtsai. eredményei az önértékelés elsődleges stressz-értékelésben játszott szerepét látszanak alátámasztani: azok, akik magas pontszámokat adtak az önértékelés skálán, kisebb kortizol választ produkáltak a stressz teszt alatt és után, abban az esetben, ha a kísérleti alany kudarc helyzetben volt. Míg a sikeres teszt-helyzetben valamennyi résztvevő úgy értékelte a szituációt, hogy az nem volt számára veszélyes, addig a kudarc-helyzeteket csak a magas önértékelésűek tartották kevésbé fenyegetőnek (110). Egy másik vizsgálatukban Pruessner és mtsai. megkísérelték a fentiek mechanizmusát feltárni. Azt találták, hogy a magasabb önértékelésűek szignifikánsan nagyobb hippocampussal rendelkeztek, és stresszhelyzetben kisebb kortizol választ produkáltak (111). A szerzők szerint a kisebb hippocampus alacsonyabb önértékelésre hajlamosíthat: mivel a hippocampus fontos szerepet tölt be az emlékek visszaidézésében, a hippocampus működészavarai stresszhelyzetben megnehezítik a sikeres élethelyzetek, vagy a támogató emlékek visszaidézését.

Mindezek figyelembe vételével úgy tűnik, az alacsony önértékelés stressz-értékelésben és coping mechanizmusokban játszott hátrányos szerepét több kutatás is alátámasztja. Mindazonáltal nem tisztázott, hogy az anyai stressz milyen módon hat a magzatra: közvetlenül, fiziológiai úton, avagy viselkedési, egészség-magatartási úton, esetleg mindkettőn. Sheehan eredményei a viselkedési vonalat látszanak alátámasztani: tanulmányában a szocio-ökonómiai, és családi stresszorok, a társas támogatás hiánya addiktív viselkedési tendenciákon (dohányzás, alkohol-fogyasztás) keresztülvezettek kis születési súlyhoz (112). A szülészeti anamnézisben szereplő rizikótényezők szintén direkt módon és függetlenül hatottak a születési súlyra. Jelen vizsgálatunkban azonban mindezek ellenkezőjét találtuk: sem a dohányzás, sem az alkohol-fogyasztás nem függött össze egyetlen újszülött-kori paraméterre sem, és a szülészeti anamnéziséből csak a művi abortuszok száma csökkentette szignifikáns mértékben a fiúk születési súlyát. Saját eredményeinkre támaszkodva arra következtetünk, hogy az alacsony anyai önértékelés magasabb anyai stressz-szintekhez vezet, és ez utóbbi direkt módon neuro-endokrin elváltozásokon keresztül fejti ki hatását. Ezt támasztják alá Copper és mtsai. eredményei is, akik az anyai stressz, valamint a spontán koraszülés és kis súly közötti összefüggéseket tártak fel (113).

Tanulmányunk egyik erőssége a vizsgált kérdés újszerűsége. Kevés korábbi tanulmány foglalkozott az anyai önértékelés újszülött-kori hatásaival. A másik erősség, hogy adatainkat követéses vizsgálatban nyertük, és összefüggéseinket többszörös lineáris regresszióval vizsgáltuk, így az önértékelés összefüggései tudományos szempontból értékesebb, „dose-response” alapon jelentek meg.

Természetesen vizsgálatunknak korlátai is vannak. A depressziót, szorongást és önértékelést egy időpontban, az első trimeszterben mértük fel, így változásaikat nem tudtuk nyomon követni. Bár a felmérést gyakorlott egészségügyi szakemberek kérdőívekkel végezték, orvosi értelemben vett diagnózisokat nem alkottunk. További korlát a relatíve kicsi elemszám, és hogy a varianciák kicsik voltak, főleg a családi állapot és az ökonómiai státusz tekintetében. Következtetésünk, miszerint az anyai stressz a stressz indukálta neuro-endokrin

elváltozásokon keresztül hat a magzati növekedésre, spekulatív jellegű, lévén stressz-biomarkerek, pl. kortizol-szintek mérésére nem volt lehetőségünk. Mindazonáltal, talált összefüggéseink összhangban vannak mások eredményeivel, kölcsönösen alátámasztják mások eredményeit, így valószínűleg spekulatív modellünk szilárd bázisokon nyugszik.

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy demográfiai tényezőink, az alacsony iskolai végzettség, a rossz szocio-ökonómiai státusz, és az anyai élettársi kapcsolat hatásai mellett vizsgálatunk az anyai önértékelés és az intrauterin növekedés inverz kapcsolatát tárta fel. Mivel az egészség-magatartás egyes komponensei teljes mértékben hatástalanoknak bizonyultak, eredményeinkből arra következtetünk, hogy az alacsony anyai önértékelés magasabb anyai stressz-szintekhez vezet, az anyai stressz pedig a neuro-endokrin elváltozásokon keresztül csökkenti a magzati növekedést. Vizsgálatunk egyúttal újabb kutatási irányokat is kijelöl: a demográfiai tényezők két nembeli eltérő hatásai további vizsgálatokat tesznek szükségessé a magzati növekedés nemi különbségeinek feltárására érdekében.

7. Új megállapítások, gyakorlati hasznosítási lehetőségek

Az értekezésben bemutatott vizsgálataink új eredményeket és gyakorlati hasznosítási lehetőséget is produkáltak, melyeket az alábbiakban foglalunk össze:

7.1. Az antenatális depresszió és szorongás demográfiai tényezőkkel való összefüggései

Mintánkban az antenatális depresszió és szorongás gyakorisága nem különbözött a fejlett országokban tapasztalható prevalenciáktól, de kissé alatta maradt a magyar felnőtt női populáció körében mért gyakoriságoknak. Az alacsony iskolai végzettség és az alacsony szocio-ökonómiai státusz magasabb depresszió- és szorongás-szintekkel járt együtt, csak úgy, mint az, ha valaki nem rendelkezett munkahellyel. Ezen felül a 18 évnél fiatalabb, és az élettársi kapcsolatban élő várandósok szignifikánsan magasabb depressziót jeleztek az idősebb, és a házastársi kapcsolatban élő várandósokhoz képest.

7.2. A demográfiai tényezők és az egészségmagatartás összefüggései

A várandósságra tudatosan készülők életkora, iskolai végzettsége, és szocio-ökonómiai státusza magasabb volt a fel nem készülökhöz képest. Szignifikánsan gyakrabban készültek fel továbbá terhességükre azok, akik rendelkeztek munkahellyel; míg a családi állapot vonatkozásában legkevésbé az egyedülállók, leginkább a férjezettek készültek fel. A demográfiai tényezők és az egészségmagatartás között szoros kapcsolatot tártunk fel: a fiatalabbak, a rosszabb szocio-ökonómiai státuszúak, az érettségénél alacsonyabb végzettséggel rendelkezők és az élettársi kapcsolatban élők kedvezőtlenebb egészségmagatartási tendenciákat mutattak.

7.3. A szorongás, a depresszió, az önértékelés valamint az egészségmagatartás összefüggései

A vonás-szorongás a várandósságra való felkészülés és a vitamin-szedés esélyét, míg a magasabb önértékelés az alkoholfogyasztás esélyét csökkentette. A depresszió a dohányzás esélyét növelte, mi több, demográfiai tényezőink kontroll alatt tartásával csak a depresszió szerepe maradt szignifikáns: a dohányzás esélyének növelésén túl a vitamin-bevitel esélyét is csökkentette.

7.4. Az egészségkép és az egészségmagatartás összefüggései

Válaszadóink háromnegyede készült várandósságára, és több mint a felük élt a folsav-szupplementáció lehetőségével, vitaminokat rendszeresen 30,5%-uk szedett. Mintánkban a nemdohányzók aránya 71,2% volt, mintánk egyharmada egyáltalán nem fogyasztott alkoholt. Azok, akik egészségüket általuk kontrollálható tényezőkkel magyarázták, szignifikánsan egészségtudatosabb magatartási tendenciákat mutattak.

7.5. Az egészségkép és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottság összefüggései

Az egészségkép nagy fokban meghatározta mind az egészségmagatartást, mind az intervenciók iránti nyitottságot. Akik egészségük alakításában nagyobb szerepet tulajdonítottak a belső kontrollt reprezentáló egészségkép faktornak (lelki tényezők), azok az összes egészségmagatartási elem vonatkozásában egészségtudatosabb tendenciákat mutattak. Ugyanígy a felajánlott, többnyire kevés egyéni aktivitást kívánó, kívülről vezényelt intervenciókat az egészségüket külsődleges okokkal, vagy mások döntéseivel magyarázóknak preferálták elsősorban.

7.6. A szorongás, a depresszió, az önértékelés, valamint a várandósok egészség-képe és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottsága közötti kapcsolat

Az anyai depresszió, szorongás és önértékelés a demográfiai tényezőkkel együtt az egészségkép faktorait 7,8%-15,7%-ban, az intervenciók lehetőségek iránti

nyitottságot 7,8%-9,6%-ban magyarázták. A fiatalok a kortársak támogatását és a technikai dolgok begyakoroltatását várták el leginkább. Az egyedülállók és az élettársi kapcsolatban élők egészségképéből, ill. intervenció preferenciáiból egyértelműen az emberi kapcsolatok, az érzelmi, lelki támogatás iránti igény fogalmazódott meg. A szorongás növelte a megelőző jellegű beavatkozások iránti nyitottságot, a depresszió épp ellenkező hatásúnak bizonyult. Az idősebb és a magasabb önértékelésű válaszadók a lelki állapotot tartották fontosnak egészségük alakítása szempontjából.

7.7. Az anyai antenatális depresszió, szorongás, önértékelés, és egészségmagatartás, valamint a neonatális kimenetek összefüggései

A fiú újszülöttek növekedési paraméterei (születési súly, hossz, mell-körfogat) minden vonatkozásban nagyobbak bizonyultak a lányokéinál. Ellenben a gesztációs korban, valamint az 1 és 5 perces Apgar-értékek vonatkozásában a két nem között nem volt különbség. Az anyai antenatális depresszió és szorongás, csak úgy, mint az egészségmagatartás elemei nem befolyásolták a vizsgált neonatális paramétereinket. Az alacsony önértékelés viszont szignifikáns hatással volt az intrauterin növekedésre: a fiúk születési súlyát és hosszát, valamint a lányok születési hosszát csökkentette. Demográfiai változóink közül anya alacsony iskolai végzettsége a születési hosszt, a mell-körfogatot és a gesztációs kort csökkentette, míg lányokban csak a születési hossza volt ilyen hatással. Csak a lányokban volt hatással a rossz anyai szocio-ökonomiai státusz és a családi állapot: az előbbi a születési súlyt és a gesztációs kort, az anya élettársi kapcsolata pedig a születési súlyt és a mell-körfogatot csökkentette szignifikáns mértékben.

Mivel az egészségmagatartás egyetlen eleme sem befolyásolta a vizsgált újszülöttkori paramétereket, feltételezzük, hogy az alacsony önbecsülés direkt módon, valószínűleg a megnövekedett anyai stressz, és az ezzel járó fiziológiai változások útján fejt ki növekedés-lassító hatását. Vizsgálatunk lényeges nemi különbségeket tárt fel továbbá az intrauterin növekedést, ill. az újszülöttkori paramétereket befolyásoló tényezők vonatkozásában.

8. Kutatási modellünk értelmezése (megállapításaink összefoglalása)

Az antenatális depresszió és szorongás kisebb mértékben hatott közvetlenül az egészségmagatartásra, a köztük lévő kapcsolat nagyobb mértékben a demográfiai tényezőkön keresztül, illetve az egészségkép formálásán keresztül valósult meg. Közepes hatással voltak még a demográfiai tényezőink mind az egészségképre, mind az intervenciók iránti nyitottságra. Bár a várandósság alatti szorongás, depresszió és anyai önértékelés hatása látszólag csekélynek mutatkozott, vizsgált lelki tényezőink hatása mégis kulcsfontosságúnak adódott: a magasabb önértékelés a belső kontrollt reprezentáló egészségmagyarázatokra, ezen keresztül pedig egészségtudatosabb magatartásra hajlamosított. Ugyanígy a demográfiai tényezőink mellett egyedül a magasabb anyai önértékelés mutatott összefüggést, mégpedig pozitív összefüggést, a vizsgált újszülött-kori növekedési paraméterekkel.

A kapott modellünk eredményeit a [6. ábrán](#) szemléltetjük.

9. Irodalomjegyzék

1. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:148-154.
2. Bennett, HA, Einarson A, Taddio A. és mtsai: Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004; 103(4):698-709.
3. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323:257-260.
4. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005; 106:1071-1083.
5. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord* 2004; 80:65-73.
6. Berle JO, Mykletun A, Daltveit AK, Rasmussen S, Holsten F, Dahl AA. Neonatal outcomes in offsprings of women with anxiety and depression during pregnancy. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8:181-189.
7. Csoboth Cs.: A magyar nők életminősége. In: Kopp M, Kovács ME (eds), A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2006. pp. 106-115.
8. Purebl, Gy., Kovács, M.E. A depressziós tünetegyüttes kapcsolata a testi betegségekkel, hatása az életminőségre. In: Kopp M, Kovács ME (eds), A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2006. pp. 420-429.
9. Szádóczky E, Rihmer Z, Papp Zs. és mtsai: The prevalence of affective and anxiety disorders in primary care practice in Hungary. *J Affect Disord*, 1997; 43:239-244.
10. O'Keane V, Marsh MS. Depression during pregnancy. *BMJ* 2007; 334:1003-5.

11. Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M, Herbel C, Baranger E, Savoyane C, et al. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol* 2002; 155(4):293-301.
12. Dayan J, Creveuil C, Marks MN, Conroy S, Herlicoviez M, Dreyfus M, et al. Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: A prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosom Med* 2006; 68:938-946.
13. Orr ST, Sherman AJ, Blackmore Prince Ch. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm birth among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol* 2002; 156:797-802.
14. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115:481-486.
15. Orr ST, Reiter JP, Blazer DG, James SA. Maternal prenatal pregnancy-related anxiety and spontaneous preterm birth in Baltimore, Maryland. *Psychosom Med* 2007; 69:566-570.
16. Teixeira JM, Fisk NM, Glover M. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *BMJ* 1999; 8:1288-9.
17. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Aström M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol* 2004; 104:467-476.
18. Benetti C, Kambouropoulos N. Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Personality and Individual Differences* 2006; 41:341-352.
19. Seretti A, Olgiati P, Colombo C. Components of self-esteem in affective patients and non-psychiatric controls. *J Affect Disord* 2005; 88:93-98.
20. Pakenham KI, Smith A, Rattan SL. Application of a stress and coping model to antenatal depressive symptomatology. *Psychology, Health, & Medicine* 2007; 12(3):266-277.
21. Roesch SC, Weiner B, Vaughn AA. Cognitive approaches to stress and coping. *Curr Opin Psychiatry* 2002; 15(6):627-632

22. Pajulo M, Savonlahti E, Sourander A, Helenius H, Piha J. Antenatal depression, substance dependency and social support. *J Affect Disord* 2001; 65:9-17.
23. Döme P, Rihmer Z, Gonda X, Pestaloty P, Kovács G, Teleki Z, et al. Cigarette smoking and psychiatric disorders in Hungary. *Int J Psychiat Clin Pract* 2005; 9:145-148.
24. McConnel S, Jacka FN, Williams LJ, Dodd S, Berk M. The relationship between depression and cardiovascular disease. *Int J Psychiat Clin Pract* 2005; 9:157-167.
25. Kopp M. A reménytelenség szerepe a betegségek létrejöttében, ennek jelentősége a mai magyar társadalomban. *Kórház* 1997; 3: 4-10.
26. Kopp M., Skrabski Á. (1995): *Magyar lelkiállapot*. Végeken Alapítvány, Budapest.
27. Faisal-Cury A, Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10(1): 25-32.
28. Kiernan K, Pickett KE. Marital status disparities in maternal smoking during pregnancy, breastfeeding and maternal depression. *Soc Sci Med* 2006; 63:335-346.
29. Ebrahim SH, Floyd RL, Merritt RK. és mtsai: Trends in pregnancy-related smoking rates in the United States, 1987-1996. *JAMA* 2000; 283(3):361-366.
30. LeClere FB, Wilson JB. Smoking behavior of recent mothers, 18-44 years of age, before and after pregnancy: United States 1990. *Advances in Databases* 1997; 288:1-11.
31. Kaneita Y, Tomofumi S, Takemura S, Suzuki K, Yokohama E, Miyake T, Harano S, Ibuka E, Kaneko A, Tsutsui T, Ohida T. Prevalence of smoking and associated factors among pregnant women in Japan. *Preventive Medicine* 2007; 45(1):15-20
32. Sellström E, Arnoldsson G, Bremberg S, és mtsai: The neighbourhood they live in - Does it matter to women's smoking habits during pregnancy? *Health & Place* 2008; 14(2): 155-166.

33. Ready AE, Butcher J, Naímark B, Onysko J, Segall A. Health Beliefs, Practices, and Status of Moderate and Vigorous Leisure-time Exercisers. *Med Sci Sport Exer* 2001; :33(5):suppl. 1, 5115.
34. Furnham A. Explaining Health and Illness: Lay Perceptions on Current and Future Health, the Causes of Illness, and the Nature of Recovery. *Soc Sci Med* 1994; 39(5):715-725.
35. Gatewood JG, Litchfield RE, Ryan SJ, Myers Geadelmann JD, Pendergast JF, Ullom KK. Perceived Barriers to Community-based Health Promotion Program Participation. *Am J Health Behav* 2008; 32(3):260-271.
36. Hughner RS, Kleine SS. Views of Health in the Lay Sector: a Compilation and Review of How Individuals Think about Health. *Health (London)* 2004; 8(4):395-422.
37. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
38. Skrabski Á, Kopp M, Rózsa S, Réthelyi J, Rahe R.H. Life meaning: An important correlate of health in the Hungárián population. *Int J Behav Med* 2005; 12:78-85.
39. Pék Gy, Égerházi A, Kovács M. Pszichológiai tesztek, diagnosztikai kérdőívek, tünetbecslő skálák. In Kovács M, (eds) *Időskori depresszió és szorongás*. Budapest: Springer Tudományos Kiadó, 2003. pp. 141-157.
40. Spielberger CD, Goesuch RL, Luschene RE, editors. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1970.
41. Sipos K, Sipos M. The development and validation of the Hungárián form of the State-Trait Anxiety Inventory. In Spielberger CD, Dia-Guerrero RR, editors. *Cross-Cultural Anxiety*. Vol 2. Washington, New York, London: Hemisphere Publishing Corporation; 1983, pp 27-39.
42. Rosenberg M, editor. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton NJ: Princeton University Press; 1965.
43. Aszman A. *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*. Budapest: Országos Gyermekkegészségügyi Intézet; 2003.
44. Staiton Rogers W. *Explaining Health and Illness: An Exploration of Diversity*. London: Wheatsheaf, 1991.

45. Füstös L, Kovács E, Meszéna Gy, Simonné Mosolygó N. Alakfelismerés: Sokváltozós statisztikai módszerek. Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó; 2004.
46. Kopp M. A hangulatzavarok népegészségügyi jelentősége. In: Szádóczky E, Rihmer Z, (eds) Hangulatzavarok. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 2001. pp. 418-432.
47. Kopp M, Csoboth Cs, Purebl Gy. Fiatal nők egészségi állapota. In: Pongrácz T, Tóth IGy, (eds) Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről. Budapest: TÁRKI, Szociális és Családügyi Minisztérium Nőképviselési Titkársága; pp. 1999. 239-259.
48. Bödecs T, Horváth B. Várandósság alatti depresszió előfordulási gyakorisága a fejlett országokban. Magyar Epidemiológia, 2008; 5:15-22.
49. Werler MM, Hayes C, Louik C, Shapiro S, Mitchell AA. Multivitamin supplementation and risk of birth defects. Am J Epidemiol 1999; 150:675-682.
50. Smithells RW, Nevin NC, Seller MJ, Shepard S, Harris R, Read AP, et al. Further experience of vitamin supplementation for prevention of neural tube defect recurrences. Lancet, 1983; 1:1027-1031.
51. Czeizel AE, Dudás I. Prevention of the first occurrence of neural tube defects by periconceptional vitamin supplementation. N Engl J Med 1992; 327:1832-1835.
52. Yates AA, Schlicker SA, Suitor CW. Dietary reference intakes: the new basis for recommendations for calcium and related nutrients. J Am Diet Assoc 1998; 98: 699-706.
53. Troppmann L, Gray-Donald K, Johns T. Supplement use: Is there any nutritional benefit? J Am Diet Assoc 2002; 102: 818-825.
54. Faden VB, Hanna E, Graubard BI. The effect of positive and negative health behaviour during gestation on pregnancy outcome. Journal of Substance Abuse 1997; 9:63-76.
55. Behrman RE, Butler AS. Preterm Birth: Causes, Consequences and Prevention, Washington, DC, National Academy Press, 2006.
56. Savitz DA, Pastore LM. Causes of prematurity. In: McCormick, MC, Siegel, JE., (eds) Prenatal Care: Effectiveness and Implementation. Cambridge:

Cambridge University Press; 1999. pp. 63-104.

57. Mills JL, Graubard BI, Harley EE, Rhoads GG, Berendes HW. Maternal alcohol consumption and birth-weight: how much drinking during pregnancy is safe? *JAMA* 1984; 252:1875-1879.
58. Ray JG, Singh G, Burrows RF. Evidence for suboptimal use of periconceptional folic acid supplements globally. *Br J Obstet Gynaecol* 2004; 111:399-408.
59. Coll O, Pisa S, Palacio M, Quinto L, Cararach V. Awareness of the use of folic acid to prevent neural tube defects in a Mediterranean area. *Eur J Obstet Gynecol Repród Biol* 2004; 115:173-77.
60. Ward M, Hutton J, McDonnell R, Bachir N, Scallan E. Folic acid supplements to prevent neural tube defects: trends in East of Ireland 1996-2002. *Ir Med J* 2004; 97: 274-76.
61. de Jong-Van den Berg LT, Hernandez-Diaz S, Werler MM, Louik C, Mitchell AA. Trends and predictors of folic acid awareness and periconceptional use in pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:121-28.
62. Busby A, Abramsky L, Dolk H, Armstrong B and a Eurocat Folic Acid Working Group. Preventing neural tube defects in Europe: population based study. *BMJ* 2005; 330:574-575.
63. Czeizel AE, Susánszky É. Diet intake and vitamin supplement use of Hungárián Women during the preconceptional period. *Int J Vit Res* 1994; 64: 300-5.
64. Bödecs T, Horváth B, Kovács L, és mtsai: A várandósság alatti depresszió és szorongás gyakorisága az első trimeszterben hazai mintán. *Orv Hetil* 2009; 41: 1888-1893.
65. Murakami K, Miyake Y, Sasaki S, és mtsai. Education, but not occupation or household income, is positively related to favourable dietary intake patterns in pregnant Japanese women: the Osaka Maternal and Child Health Study. *Nutrition Research*, 2009; 29:164-172.
66. Carmichael SL, Shaw GM, Yang W, Laurent C, Herring A, Royle MH, Canfield M. Correlates of intake of folic acid-containing supplements among pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:203-210.

67. Botto LD, Lisi A, Bower C, Canfield MA, Dattani N, De Vigan C, De Walle H, Erickson DJ, Halliday J, Irgens LM, Lowry RB, McDonnell R, Metneki J, Poetzsch S, Ritvanen A, Robert-Gnansia E, Siffel C, Stoll C, Mastroiacovo P.: Trends of selected malformations in relation to folic acid recommendations and fortification: an international assessment. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2006; 76(10):693-705
68. Shaw GM, Lammer EJ, Wasserman CR, és mtsai. Risks of orofacial clefts in children born to women using multivitamins containing folic acid preconceptionally. *Lancet* 1995; 346:393-396.
69. Shaw GM, O'Malley CD, Wasserman CR, és mtsai. Maternal periconceptional use of multivitamins and reduced risk for conotruncal heart defects and limb deficiencies among offspring. *Am J Med Genet*, 1995; 59:536-545.
70. Özkan IA, Mete S. Pregnancy planning and antenatal health behaviour: findings from one maternity unit in Turkey. *Midwifery* 2008.
doi:10.1016/j.midw.2008.07.005.[2009.07.07.]
71. Haslam C, Lawrence W. Health related behaviour and beliefs of pregnant smokers. *Health Psychol* 2004; 23(5):486-491
72. Orr ST, James SA, Reiter JP. Unintended pregnancy and prenatal behaviour among urban, black women in Baltimore, Maryland: The Baltimore Preterm Birth Study. *Ann Epidemiol* 2008; 18:545-551.
73. Subramanian SV, Kim DJ, Kawachi J. Social trust and self-related health in US communities: A multilevel analysis. *J Urban Health* 2002; 79:521-534.
74. Johnell K, Lindström M, Melander A, Sundquist J, Eriksson Ch, Merlo J. Anxiolytic-hypnotic drug use associated with trust, social participation, and miniaturization of community: A multilevel analysis. *Soc Sci & Med* 2006; 62: 1205-1214.
75. Skrabski A, Kopp M, Kawachi I. Social capital and collective efficacy in Hungary: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *J Epidemiol Commun Health* 2004;58: 340-5.
76. Bödecs T, Horváth B, Szilágyi E, Diffelné NM, Sándor J. *(megjelenés alatt)* A szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke hatása a várandósok

egészség-képére és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságra. *Egészségfejlesztés*

77. Lindström M, Axén E. Social capital, the miniaturization of community and assessment of patient satisfaction in primary healthcare: A population-based study. *Scand J Public Health* 2004; 32:243-249.

78. Medical Research Council. Vitamin prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. MRC Vitamin Study Research Group. *Lancet* 1991; 338:131-37.

79. De Regil LM, Fernández-Gaxiola AC, Dowswell T, Pena-Rosas JP. Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; Issue 3. Art. No.: CD007950. DOI: 10.1002/14651858.CD007950.

80. Busby A, Abramsky L, Dolk H, Armstrong B, Addor MC, Anneren G, Armstrong N, Baguette A, Barisic I, Berghold A, Bianca S, Braz P, Calzolari E, Christiansen M, Cocchi G, Daltveit AK, de Walle H, Edwards G, Gatt M, Gener B, et al.: Preventing neural tube defects in Europe: A missed opportunity.

Reproductive Toxicology 2005; 20:393-402

81. EUROCAT: Survey of Folic Acid Policy and Practice in European Countries. <http://www.eurocat.ulster.ac.uk/pubdata/Special-Reports.html>

82. Sillender M, Pring DW. How effective was the Health Education Authority's folic acid campaign? *J Obstet Gynaecol* 2000; 20:271-76.

83. van der Pal-de Bruin KM, de Walle HE, Jeeninga W, et al. The Dutch Folic Acid Campaign—have the goals been achieved? *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000; 14:111-17.

84. de Walle HE, Cornel MC, de Jong-van den Berg LT. Three years after the Dutch folic acid campaign: growing socioeconomic differences. *Prev Med* 2002; 35:65-69.

85. de Walle HE, van der Pal KM, de Jong-van den Berg LT, et al. Effect of mass media campaign to reduce socioeconomic differences in women's awareness and behaviour concerning use of folic acid: cross sectional study. *BMJ* 1999; 319:291-92.

86. Lolkje TW, de Jong-van den Berg, Hernandez-Diaz S, Werler MM, Louik C, Mitchell AA. Trends and predictors of folic acid awareness and periconceptional use in pregnant women, *Am J Obstet & Gynecol* 2005; 192(1):121-128.
87. Canfield MA, Przybyla SM, Case AP, Ramadhani T, Suarez L, Dyer J. Folic acid awareness and supplementation among Texas women of childbearing age. *Prev Med* 2006; 43:27-30
88. De Weerd S, Thomas CMG, Cikot RJL, Steegers-Theunissen RPM, de Boo TM, Steegers EAP. Preconception counselling improves folate status of women planning pregnancy. *Obstet & Gynecol* 2002; 99(1):45-50.
89. Robbins JM, Cleves MA, Collins HB, Andrews N, Smith LN, Hobbs CA. Randomized trial of a physician-based intervention to increase the use of folic acid supplements among women, *Am J Obstet & Gynecol* 2005; 192(4): 1126-1132.
90. Schwarz EB, Sobota M, Gonzales R, Gerbert B. Computerized Counseling for Folate Knowledge and Use - A Randomized Controlled Trial. *Am J Prev Med* 2008; 35(6):568-571
91. Connera M, Kirk SFL, Cade JE, Barrett JH: Why do women use dietary supplements? The use of the theory of planned behaviour to explore beliefs about their use. *Soc Sci Med* 2001; 52:621-633.
92. Pawlak R, Brown D, Meyer MK, Connell C, Yadrick K, Johnson JT, Blackwell A. Theory of Planned Behavior and Multivitamin Supplement Use in Caucasian College Females. *J Primary Prevent* 2008; 29:57-71
93. Ewles L, Simnett I. *Promoting Health. A Practical Guide*. London: Baillière Tindall, 1996.
94. Kressin NR, Clark JA, Whittle J, East M, Peterson ED, Chang, BH, Rosen AK, Ren, X.S., Alley LG, Kroupa L, Collins TC, Petersen LA. Racial Differences in Health-related Beliefs, Attitudes, and Experiences of VA Cardiac Patients: Scale Development and Application. *Medical Care*, 2002; 40(1):suppl. I-7 2-I-85
95. Spont M, Sayer N, Dávid N. PTSD and Treatment Adherence: The Role of Health Beliefs. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193(8):515-522.
96. Kloeblen AS. Folate knowledge, intake from fortified grain products, and periconceptional supplementation patterns of a sample of low-income pregnant women according to the Health Belief Model. *J Am Diet Assoc* 1999; 99:33-38.

97. Szántó Zs, Susánszky É, Rózsa S. „Az egészségemért felelős vagyok, a betegségemért nem” - laikus betegségmagyarázatok. [‘I am in Charge of my Health but not my Illness’ - Lay Illness Explanations] *Lege Artis Medicinæ* 2002; 12(9):584-8.
98. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Educ Monogr* 1978;6:160-170.
99. Asadi-Pooya AA, Schilling CA, Glosser D, Tracy JJ, Sperling MR. Health locus of control in patients with epilepsy and its relationship to anxiety, depression, and seizure control. *Epilepsy & Behavior*, 2007; 11:347-350.
100. Bödecs T, Horváth B, Kovács L, Döfelné NM, Sándor J. (megjelenés alatt) Az egészségkép hatása az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságra magyar várandósok körében. *Egészségfejlesztés* 2009; 5-6:33-40
101. Bödecs T, Horváth B, Kovács L, Döfelné NM, Sándor J. Association between Health Beliefs and Folic Acid Supplementation in Early Pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*, 2010. (submitted for publication)
102. Páll G.: Gyermekegészségügy. NEJ2004 - Szakértői változat.
www.oszmk.hu/dokumentum/NEJ/nej_2004_gyermekegeszsegugy.pdf
(2004)
[2008. 03. 31.]
103. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. *Am J Epidemiol* 2004; 159:872-881.
104. Larsson C, Sydsjö G, Josefsson A. Health, sociodemographic data, and pregnancy outcome in women with antepartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol* 2004; 104(3):459-466.
105. Lazarus RS, Folkman S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York, Springer.
106. Rector NA, Roger D. The stress buffering effects of self-esteem. *Person Individ Diff* 23(5): 799-808, 1977
107. O'Donnell K, Brydon L, Wright CE, Steptoe A. Self-esteem levels and cardiovascular and inflammatory responses to acute stress. *Brain, Behavior, and*

108. Cresswell JD, Welch WT, Taylor SE, Sherman DK, Gruenewald TL, Mann T. Affirmation of personal values buffers neuroendocrine and psychological stress responses. *Psychological Science* 2005; 16(11):846-851.
109. Pruessner JC, Hellhammer DH, Kirschbaum C. Low self-esteem, induced failure and the adrenocortical stress response. *Personal & Individual Differences* 1999; 27:477-489.
110. Pruessner JC, Baldwin MW, Dedovic K, Renwick R, Mahani NK, Lord C, Meaney M, Lupien S. Self-esteem, locus of control, hippocampal volume, and cortisol regulation in young and old adulthood. *NeuroImage* 2005; 28:815-826.
111. Sheehan TJ. Stress and low birth weight: a structural modelling approach using real life stressors. *Social Science and Medicine* 1988; 47:1503-1512.
112. Copper RL, Goldenberg RL, Das A, Elder N, Swain M, Norman G, Ramsey R, Cotroneo P, Collins BA, Johnson F, Jones P, Meier A. The preterm prediction study: Maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five week's gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1996; 175(5): 1286-1292.

10. Publikációs jegyzék

A témához közvetlenül kapcsolódó elsőszerzős folyóirat-közlemények:

Tamás Bödecs, Orsolya Máté, Boldizsár Horváth Lajos Kovács Zoltán Rihmer, Beata Sebestyén, Xénia Gonda, János Sándor: Barriers of antenatal folate-supplementation: The role of depression and trait-anxiety on periconceptional folate intake. *Int J Psychiatr Clin Pract*, **2010**; (accepted for publication) Impakt faktor: **0,410**

Tamás Bödecs, Boldizsár Horváth, Enikő Szilágyi, Xénia Gonda Zoltán Rihmer, János Sándor: The effects of depression, anxiety, self-esteem, and health behaviour on neonatal outcomes in a population based Hungárián sample. *Eu J Obstet Gynecol Repród Biol*, **2010**; (accepted for publication) Impakt faktor: **1,565**

Tamás Bödecs M.D., Boldizsár Horváth M.D., Ph.D., Lajos Kovács M.D., Marietta Diffellné Németh, János Sándor M.D., Ph.D.: Association between Health Beliefs and Folic Acid Supplementation in Early Pregnancy submitted for publication. *Maternal and Child Health Journal*, **2010**. (submitted for publication)

Bödecs Tamás, Horváth Boldizsár, Szilágyi Enikő, Diffelné Németh Marietta, Sándor János: A szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke hatása várandósok egészség-képére és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságára. *Egészségfejlesztés*, **2010**; (elfogadott közlemény)

Bödecs Tamás, Horváth Boldizsár, Szilágyi Enikő, Diffelné Németh Marietta, Sándor János: A szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke hatása várandósok egészségmagatartására. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **2010**; 11(2): 17-30

Bödecs Tamás, Horváth Boldizsár, Szilágyi Enikő, Sándor János: Demográfiai tényezők hatása a várandósok folsav-bevitelére és egészségmagatartására. Orvosi Hetilap, **2010**; 151(12): 494-500

Bödecs T, Horváth B, Kovács L, Diffellné Németh M, Sándor J: A várandósság alatti depresszió és szorongás gyakorisága az első trimeszterben hazai mintán. Orvosi Hetilap, **2009**; 150: 1888-1893.

Bödecs Tamás, Horváth Boldizsár, Kovács Lajos, Diffellné Németh Marietta, Sándor János: Az egészségkép hatása az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságra magyar várandósok körében. Egészségfejlesztés, **2009. 5-6: 33-40**

Bödecs T, Horváth B. Várandósság alatti depresszió előfordulási gyakorisága a fejlett országokban. Magyar Epidemiológia, **2008**, 5: 15-22.

Bödecs T, Horváth B. Várandósság alatti depresszió hatása a koraszülési gyakoriságra és a születési súlyra. Magyar Epidemiológia, **2008**; 5: 23-29.

A témához közvetlenül kapcsolódó társszerzős folyóirat-közlemények:

Beáta Sebestyén, Zoltán Rihmer, Lajos Bálint, Nóra Szókontor, Xénia Gonda, Béla Gyarmati, **Tamás Bödecs**, János Sándor: Gender differences in antidepressant use-related seasonality change in suicide mortality in Hungary, 1998-2006. The World Journal of Biological Psychiatry; **2010**; 11: 579-585 Impakt faktor: **3,580**

A témához közvetlenül nem kapcsolódó elsőszerzős folyóirat-közlemények:

Bödecs Tamás MD, Kovács Lajos MD, Horváth Boldizsár MD PhD: Az egészségügyi finanszírozás és a születéskor várható átlagos élettartam összefüggései. *Lege Artis Medicinae* 2010. (közlés alatt)

Bödecs Tamás, Cser Krisztina, Sándor János, Horváth Boldizsár: A stressz és a coping stratégiák hatása a kevert depresszív - szomatiform tünetek gyakoriságára hazai serdülő populációban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **2009**; **10(1): 63-76**.

A témához közvetlenül nem kapcsolódó társszerzős folyóirat-közlemények:

Máté O, Kívés Z, **Bödecs T**, D Németh M, Sándor J, Hellbrügge Th: Provision of first information after the birth of infants with Down-syndrome in obstetrical institutions a Hungarian-German comparative study. *Acta Paediatrica*, **2010**; (submitted for publication)

Csákváry V, Puskás T, **Bödecs T**, Lócsei Z, Oroszlán G, Kovács L G, Salamonné Toldy E: Serdülők csontanyagcsere-markereinek vizsgálata a nyugat-dunántúli régióban. *Orvosi Hetilap*, **2009**. 150: 1963-71.

Horváth B, Kovács L, Riba M, Farkas G, **Bödecs T**, Bódis J: Metabolikus tünetegyüttes és egyes szülészeti szövődmények kapcsolata. *Orvosi Hetilap*, **2009**; 150: 1361-5.

János Sándor, Éva Brantmüller, **Tamás Bödecs**, Lajos Bálint, Mária Szücs, Eszter Péntek: The introduction of call-recall method into national cancer screening program organization and the social gradient of participation. *Studia Sociologia*, **2008**; 2: 39-62.

Könyvfejezetek:

Bödecs T. Növekedés és fejlődés, In Oroszlán György (ed): Gyermekgyógyászat és határterületei gyakorló védőnők részére. Wolf Invest Kiadó, Szombathely, 2003. 28-55.

Bödecs T. Táplálkozás, táplálkozási zavarok, In Oroszlán György (ed): Gyermekgyógyászat és határterületei gyakorló védőnők részére. Wolf Invest Kiadó, Szombathely, 2003. 88-117.

Bödecs T. Családegészségtan. In Horváth L. (ed): Családi nevelés Hallgatói jegyzet, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet NCSSZI Kiadó, Budapest, 2002. 246-303.

Bödecs T. Családegészségtan. In Horváth L. (ed): Családi nevelés Oktatói kézikönyv, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet NCSSZI Kiadó, Budapest, 2002. 244-276.

Előadások:

Bödecs Tamás MD: A koraterhességi életmód magatartástudományi megközelítése. Konferencia a Perikonceptcionális Egészségről és a Veleszületett Rendellenességek Megelőzéséről Budapest, 2010. 06.10. **(felkért előadás)**

Bödecs Tamás M.D.: Demográfiai tényezők hatása a várandósság alatti depresszió és szorongás gyakoriságára és a várandósok egészségmagatartására. Országos Szülésznő - Védőnő - Gyermekápoló Konferencia; Budapest, 2009. 11. 30. **(felkért előadás)**

Horváth Boldizsár, Kovács Lajos, Riba Mária, **Bödecs Tamás.** Bódis József: The metabolic syndrome and pregnancy. 54. Jahrestagung der Gesellschaft für

Thrombose und Hámotaseforschung GTH) & Symposium of the Nederlandse Vereniging voor Trombose en Hemostase (NVTH), **2010**, Nuremberg, Germany

Sándor János, Brantmüller Éva, Szücs Mária, Bálint Lajos, Tigyi Zoltánné, Máté Orsolya, **Bödecs Tamás**: Prognosis and life quality of patients with chronic disease as a function of patients' organization: Hungárián experiences. PHOENIXTN Conference; Health and Welfare: diversity and convergence in policy and practice, Athens, **2009**

Sóti László, Petz Zsuzsanna, **Bödecs Tamás**, Endre L.: Age stratification of allergic diseases by gender in children and adolescent from Western-Hungary assessed from 2006 to 2008. Allergy, 2009; 64(Suppl.:90): 327. Impakt faktor: **6,204**

János Sándor, Eva Brantmüller, **Tamas Bödecs**, Boldizsár Horváth: Population based folate status monitoring to explore the causes of insufficient folate intake among pregnant women.

1st Central and Eastern European Summit on Preconception Health and Prevention of Birth Defects, Budapest, 2008

Vekerdi Mónika, **Bödecs Tamás**: Reakciótípusok a leukaemiás gyermek családjában. Magyar Családterápiás Egyesület IX. Vándorgyűlése Békéscsaba, 1995.

Scientometriai mutatók

Előadások és poszterek száma:	6	(4 angol nyelvű)
Felkért előadások száma:	2	(0 angol nyelvű)
Citálható absztraktok száma:	1	(1 angol nyelvű)
Közlemények száma:	17	(6 angol nyelvű)
Könyvfejezetek száma:	4	(0 angol nyelvű)
Kumulatív impakt faktor:	5,555	(11,759 absztraktokkal együtt)

11. Köszönetnyilvánítás

Mindenekelőtt köszönet illeti témavezetőmet, dr. Sándor János PhD tanszékvezető egyetemi docent, aki türelmével és alaposágával támogatta kutatómunkámat.

Köszönetet mondok a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Doktori Iskolája vezetésének, Prof. Dr. Bódis Józsefnek, a Doktori Iskola vezetőjének, Prof. Dr. Kovács L. Gábornak, a Doktori Iskola programvezetőjének, és Dr. Kriszbacher Ildikó tudományos dékán-helyettesnek, a Doktori Iskola titkárának, hogy multidiszciplináris kutatási témámat befogadták, és azt minden vonatkozásban támogatták.

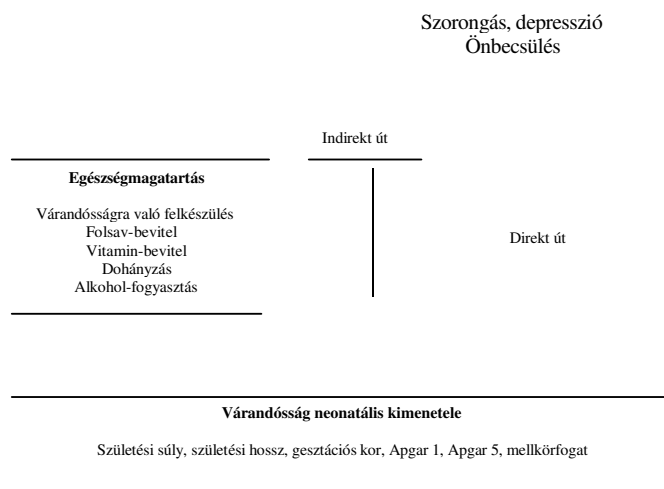
Köszönöm továbbá Dr. Horváth Boldizsár főiskolai tanárnak, közvetlen munkahelyi vezetőmnek, hogy szakmai tudásával, emberségével munkámat segítette.

Hálával tartozom Bodorkósné Kiss Mária, Déri Viktória, Illés Andrea, Kiss Zsoltné Kovács Ágnes, Kornosné Galavits Katalin, Milisitsné Tátrai Beatrix, Ringhofferné Gelencsér Katalin, Ruminé Szalóczy Katalin, Simon Ildikó, Stubánné Mészáros Gyöngyi és Szele-Gregorits Gréta védőnőknek, akik áldozatos, precíz munkájukkal megteremtették kutatásunk adatbázisát.

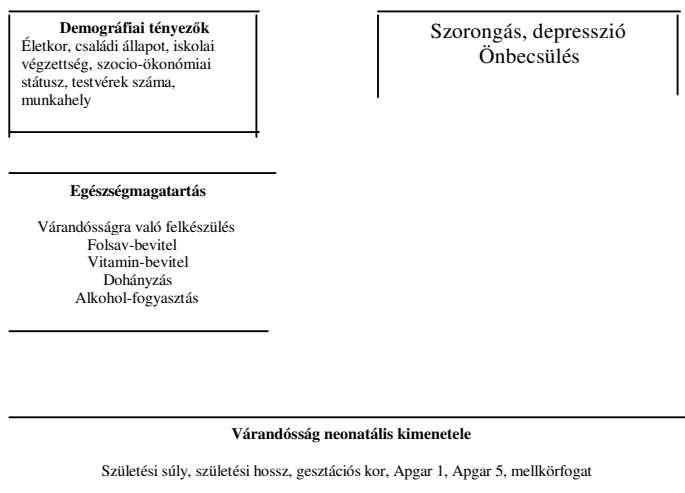
Köszönet családomnak: feleségemnek, Enikőnek a kitartó támogatásért, valamint gyermekeimnek, Annának, Áronnak, Bálintnak és Máténak, akik utánozhatatlan humorukkal egy percre sem engedték, hogy munkámba belefásuljak.

Végül hálával tartozom még pécsi és Pécs környéki rokonaimnak, barátaimnak, akik magukat és családjukat nem kímélve tanulmányaim során szállást és érzelmi támogatást nyújtottak.

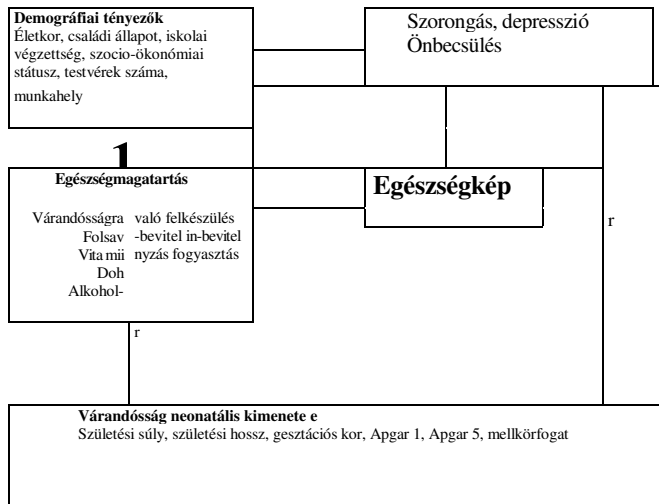
12. Ábrák jegyzéke



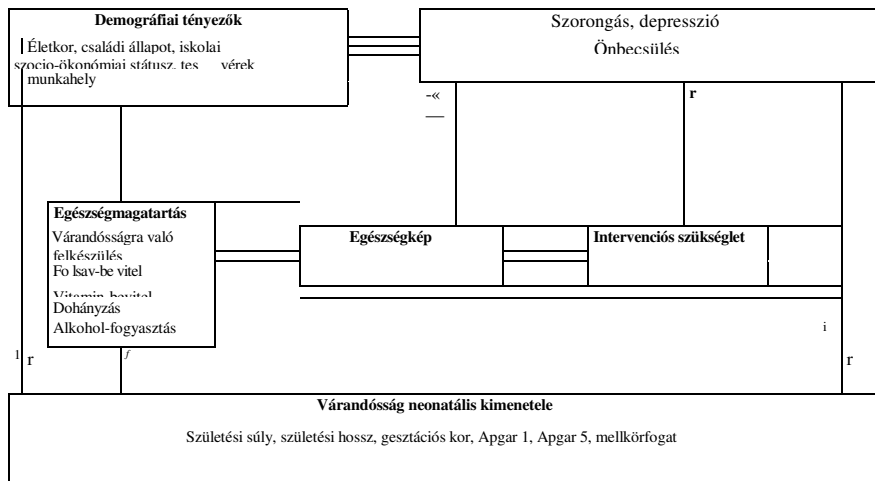
1. ábra: A szorongás, depresszió, önbecsülés és a várandósság neonatális kimeneteleinek lehetséges összefüggései



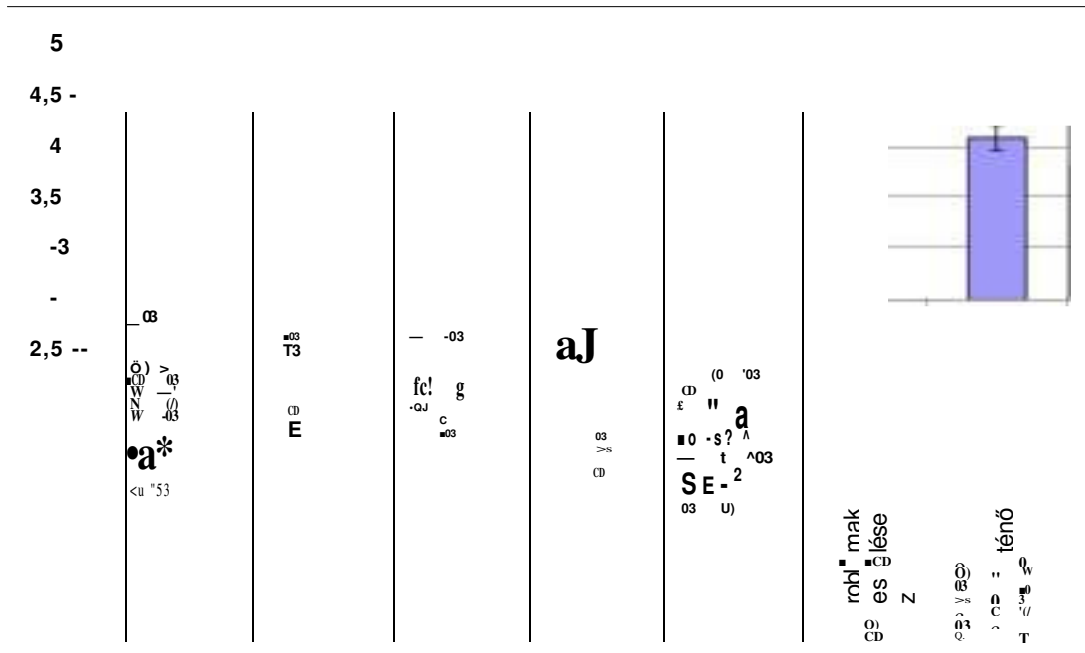
2. ábra: A demográfiai tényezők lehetséges hatásai



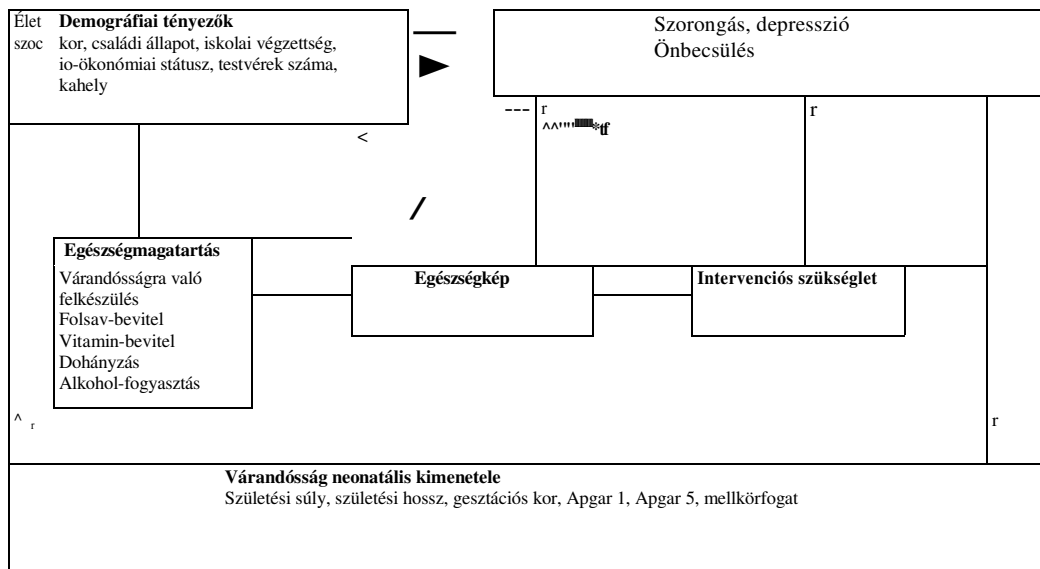
3. ábra: Az egészségkép lehetséges összefüggései a korábbi változóinkkal.



4. ábra: A kutatás teljes folyamat-ábrája



5. ábra: Az egyes intervenciók preferenciák átlagai 95%-os megbízhatósági tartományokkal



6. ábra: A kutatás eredményeképpen kapott modell

13. Táblázatok

1. táblázat A demográfiai változók megoszlása

	Gyakoriság	%
<i>Családi állapot</i>		
Egyedülálló	24	7,8
Élettárs	104	33,9
Férjezett	179	58,3
<i>Munkahely</i>		
Nincs	48	15,7
Van	258	84,3
<i>Életkor</i>		
< 18 év	6	1,9
19-35 év	263	85,7
> 35 év	38	12,4
<i>Iskolai végzettség</i>		
Szakmunkásnál		
Alacsonyabb	51	16,7
Szakmunkás	29	9,5
Szakközépiskola	93	30,5
Gimnázium	14	4,6
Felsőfokú	118	38,7
<i>Szocio-ökonómiai státusz</i>		
Legalsó	29	9,4
Alsó-közép	162	52,8
Felső-közép	110	35,8
Felső	6	2

2. táblázat A várandósság alatti depresszió és szorongás gyakorisága

	Gyakoriság		(95%MT)
<i>Depresszió</i>			
Nincs depresszió	252	82,1	(77,8-86,4)
Enyhe	43	14,0	(10,0-17,9)
Középsúlyos	9	2,9	(1,0-4,8)
Súlyos	3	1,0	(0,0-2,1)
<i>Szorongás</i>			
Nincs	262	85,3	(81,4-89,3)
Enyhe	32	10,4	(7,0-13,8)
Súlyos	13	4,2	(2,0-6,5)

3. táblázat A demográfiai tényezők depresszióra és szorongásra gyakorolt hatásai

	Depresszió átlag (szórás)		Szorongás átlag (szórás)	
<i>Családi állapot</i>				
Élettárs	7,15 (7,30)		39,76 (7,81)	
Férjhezett	5,19 (5,46)	p<0,05	38,60 (7,38)	
Egyedülálló	6,80 (6,03)		41,71 (8,79)	
<i>Munkahely</i>				
Nincs	8,35 (6,98)		43,00 (7,47)	
Van	5,56 (6,01)	p<0,01	38,55 (7,75)	p<0,001
<i>Életkor</i>				
<18 év	12,43 (8,29)		44,50 (8,69)	
19-35 év	5,97 (6,15)	p<0,05	39,29 (7,66)	
>35 év	5,03 (6,12)	p<0,05	38,05 (7,38)	
<i>Iskolai végzettség</i>				
<i>Szaktanársnál ^r</i>				
Alacsonyabb	8,54 (9,28)		42,75 (8,17)	
Szaktanárs	4,66 (3,63)	p<0,10	38,62 (6,00)	
Érettségi	5,42 (5,48)	p<0,05	39,06 (7,90)	p<0,05
Felsőfokú	5,69 (5,52)	p<0,10	38,02 (7,26)	p<0,01
<i>Szocio-ökonómiai státusz</i>				
Legalsó	10,45 (10,51)		44,45 (6,93)	
Alsó-közép	5,15 (5,11)	p<0,001	39,74 (7,35)	p<0,05
Felső-közép	6,08 (5,92)	p<0,01	37,40 (7,69)	p<0,001
Felső	5,08 (4,52)		34,00 (7,04)	p<0,05

Az egyes változókban belül legelsőként felsorolt, dőlt betűvel jelzett attribútumok a referencia-csoportok

4. táblázat A várandósságra való felkészülés és a demográfiai tényezők összefüggései

	Készült-e a várandósságra?		
	Nem N (%)	Igen N (%)	Összes N
Családi állapot^a			
Egyedülálló	11 (45,8%)	13 (54,2%)	24
Élettárs	37 (35,9%)	66 (64,1%)	103
Férjhez	34 (19,0%)	145 (81,0%)	179
Iskolázottság^a			
Érettségénél kisebb	34 (42,5%)	46 (57,5%)	80
Érettségi	30 (28,3%)	76 (71,7%)	106
Felsőfokú	18 (15,3%)	100 (84,7%)	118
Munkahely^{a,*,**}			
Nincs	24 (50,0%)	24 (50,0%)	48
Van	58 (22,6%)	199 (77,4%)	257
	Átlag (SD)	Átlag (SD)	Átlag (SD)
Életkor ^{***}	27,65 (6,47)	30,28 (4,42)	29,57 (5,17)
Szocio-ökonomiai státusz ^b	3,50 (1,72)	4,19 (1,69)	4,02 (1,73)
Testvérek száma ^{b,ns}	1,85 (1,66)	1,63 (1,65)	1,69 (1,65)

^aX²-próba, ^bF-próba: * p<0,05, **p<0,01, *** p<0,001, ns=nem szignifikáns

5. táblázat Az egyes egészségmagatartási elemek megoszlása a várandósságra való felkészülés függvényében

	Folsav-bevitel	Vitamin-bevitel	Dohányzás	Alkohol-fogyasztás ^(ns)
	Igen (%)	Igen (%)	Igen (%)	Igen (%)
Készült-e a várandósságára?				
Igen	145 (64,7)	81 (36,7)	55 (24,7)	147 (65,6)
Nem	24 (29,3)	10 (12,5)	33 (40,2)	57 (69,5)
Összes	169 (55,4)	91 (30,5)	88 (28,8)	204 (66,8)

% -próba: =p<0,05, =p<0,01, =p<0,001, ns = nem szignifikáns

6. táblázat A folsav-szedés megoszlása az egészségmagatartás egyéb elemeinek függvényében

Folsav-bevitel	Nem (%)	Igen (%)	Összesen
<hr/>			
Várandósságra való felkészülés			
Igen	79 (35,3%)	145 (64,7%)	224
Nem	58 (70,7%)	24 (29,3%)	82
Vitamin-bevitel			
Igen	17 (18,5%)	75 (81,5%)	92
Nem	117 (55,7%)	93 (44,3%)	210
Dohányzás			
Igen	51 (58,0%)	37 (42,0%)	88
Nem	85 (39,0%)	133 (61,0%)	218
Alkohol-fogyasztá ^(ns)			
Igen	87 (42,4%)	118 (57,6%)	205
Nem	50 (49,0%)	52 (51,0%)	102
<hr/>			
^c % ² -próba: * =p<0,05, ** =p<0,01, *** =p<0,001, ns = nem szignifikáns			
<hr/>			

7. táblázat Az egészségmagatartás demográfiai összefüggései - többváltozós logisztikus regressziós vizsgálattal

Folsav-szupplementáció	P	EH	95% MT	Nagelkerke-R ² :
P<0,001			0,104	
<i>Életkor</i>	0,048	1,05	1,001-1,11	
<i>Szocio-ökonómiai státusz</i>	0,034	1,19	1,01-1,41	
<i>Testvérek száma</i>	0,046	0,82	0,68-0,997	
<i>Iskolázottság</i>	0,008			
<i>Érettséginnél kisebb</i>	0,003	0,36	0,18-0,72	
Érettségi	0,612	0,86	0,48-1,54	
Felsőfokú		1,0		
vitamin-szedés	P	EH	95% MT	Nagelkerke-R ² :
P<0,001			0,170	
<i>Életkor</i>	0,002	1,11	1,04-1,18	
<i>Iskolázottság</i>	0,014			
<i>Érettséginnél kisebb</i>	0,010	0,35	0,16-0,78	
Érettségi	0,718	1,11	0,63-1,97	
Felsőfokú		1,0		
<i>Családi állapot</i>	0,051			
Egyedülálló	0,956	1,03	0,33-3,29	
Élettárs	0,016	0,46	0,25-0,87	
Férjezett		1,0		
Dohányzás	p	EH	95% MT	Nagelkerke-R ² :
P<0,001			0,000	
<i>Iskolázottság</i>	0,000			
<i>Érettséginnél kisebb</i>	0,000	4,72	2,34-9,51	
Érettségi	0,166	1,62	0,82-3, ,21	
Felsőfokú		1,0		
<i>Családi állapot</i>	0,003			
Egyedülálló	0,251	1,76	0,67-4, ,64	
Élettárs	0,001	2,74	1,54-4 ,89	
Férjezett		1,0		

Nagelkerke-R : a modell magyarázóereje

P<0,001: a teljes modell szignifikancia-szintje

p: az egyes változó hatásának szignifikancia-szintje

EH: esélyhányados

95% MT: 95%-os megbízhatósági tartomány

8. táblázat A szorongás, depresszió, önértékelés és a társadalmi tőke értékeinek megoszlása

	Átlag	Szórás	Min	Max
Szorongás	39,23	7,67	22	66
Depresszió	5,98	6,24	0	44,30
Önértékelés	32,86	4,54	15	40
Bizalom hiánya	1,70	0,82	0	3
Kölcsönösség	1,89	0,99	0	3
Támogatottság	2,40	0,75	0	3

9. táblázat: Az egészségmagatartás egyes elemeinek megoszlása

	No	%	95%MT
Folsav-szedés			
Nem	137	44,6	39,1-50 ,
Igen	170	55,4	49,9-60 ,
Készült-e			
Nem	82	26,8	21,8-31 ,
Igen	224	73,2	68,2-78 ,
Dohányzás			
Nem	218	71,2	66,3-76 ,
Igen	88	28,8	23,7-33 ,
Vitamin-szedés			
Nem	210	69,5	64,3-73 ,
Igen	92	30,5	25,3-35 ,
Alkohol-fogyasztás			
Nem	102	33,2	28,0-38 ,
Igen	205	66,8	61,5-72 ,

10. táblázat A szorongás, a depresszió, az önértékelés, a társadalmi tőke és egyes egészségmagatartás elemek közti kapcsolat lépésenkénti logisztikus regressziós elemzés alapján

Folsav-bevitel	P	EH	95,0%	MT	Nagelkerke-R ² :0,039
Bizalom hiánya	<0 ,01	0,65	0,49-0	,87	
Dohányzás	P	EH	95,0%	MT	Nagelkerke-R ² :0,109
Depresszió	<0 ,001	1,11	1,06-1	,15	
Vitamin-szedés	P	EH	95,0%	MT	Nagelkerke-R ² :0,036
Szorongás	<0 ,01	0,95	0,92-0	,99	
Támogatottság					
Önbecsülés					
Alkohol-fogyasztás	P	EH	95,0%	MT	Nagelkerke-R ² :0,050
	<0,01	1,57			
	1,14-2,16	<0,05	0,94		
	0,89-0,997				
Készült-e várandósságára	p	EH	95,0%	MT	
Szorongás	<0,01	0,96			
	0,92-0,99				

a modell P<0,01 szinten szignifikáns a modell

P<0,001 szinten szignifikáns EH: esélyhányados

95%MT: 95%-os megbízhatósági tartomány

Nagelkerke-R²: a modell magyarázó ereje

11. táblázat A laikus

egészség-magyarázatok faktorstruktúrája

Faktorok	1	2	3	4	5	6	kommunalitás
Tételek tartalmi	Véletlen						
Erőim felhasználása							
Pozitív gondolkodás							
Boldogság keresés							
Belső konfliktusokkal való szembenézés							
Sorsom irányítása							
Időjárás							
Jó- vagy balszerencse							

			0,772					
0,531	0,076	0,853	0,110	0,068	0,100	0,004	0,073	0,760
	0,122							
	0,101	0,780	0,127	0,096	0,107	0,122	0,009	0,660
	0,088	0,699	0,106	0,015	-0,027	0,200	0,212	0,586
	0,205	0,067	0,120	0,546	0,169	0,025	0,055	0,349
	0,362	0,024	0,057	0,884	0,156	-0,036	0,017	0,811
0,856	0,073	0,014	0,097	0,758	0,125	0,101	0,058	0,613
	0,046							
	0,179							
	-0,003							
	-0,034							

Családommal, barátaimmal való kapcsolat	0,352	0,276	0,292	0,039	0,113	0,513	0,563
Családomtól, barátaimtól kapott tanácsok	0,211	0,179	0,200	0,223	0,175	0,755	0,768
Szakkönyvek tanácsainak elfogadása	0,121	0,110	0,155	0,446	0,270	0,286	0,404
Orvosi szűrővizsgálaton való részvétel	0,139	0,045	0,037	0,333	0,776	0,116	0,749
Orvosi tanácsok megfogadása	0,178	0,099	0,006	0,262	0,766	0,129	0,713
Orvosi kezelések	0,006	0,123	0,111	0,557	0,276	0,036	0,415
Életkor	0,153	0,124	0,196	0,610	-0,010	0,125	0,465
Természetfeletti erők	0,114	0,142	0,454	0,053	-0,026	0,113	0,255
Fertőzések	0,110	0,206	0,138	0,568	0,190	0,121	0,447
Lakáshelyzet alakulása	0,045	0,662	0,169	0,341	0,068	0,086	0,597
Munkahelyi környezet	0,158	0,768	0,144	0,263	0,053	0,001	0,708
Családi körülmények	0,149	0,772	0,178	0,153	0,089	0,235	0,736
Munkahelyi kapcsolatok	0,167	0,829	0,178	0,191	0,040	0,114	0,799
Jövőbeli váratlan események	0,124	0,224	0,422	0,212	0,110	0,197	0,339
Káros környezeti hatások elkerülése	0,127	0,256	0,129	0,491	0,269	-0,100	0,422
Vitaminok, erősítő Szerek szedése	0,057	0,214	0,119	0,519	0,073	0,021	0,339
Sajátérték	3,238	2,776	2,434	2,371	1,599	1,215	
Megmagyarázott hányad (%)	13,49	11,56	10,14	9,88	6,66	5,06	
Total: 56,8%							

A faktor-struktúrából kimaradt tételek:

- 1, a veleszületett alkati tulajdonságaimtól
- 2, a jelenlegi egészségi állapotomtól
- 8, hogy megváltoztatom-e a mindennapos viselkedésemet
- 9, hogy egészségesebb életmódot folytatok-e
- 10, hogy felhagyok-e az egészségtelen szokásaimmal
- 19, hogy elfogadom-e a természetgyógyászok tanácsait
- 22, az Isteni Gondviseléstől

12. táblázat A hat faktoros egészség-kép egészségmagatartási elemekre gyakorolt hatásainak modelljei: szignifikancia-szintek (p) és magyarázó-erők (Nagelkerke-R²)

	Modell - p	Nagelkerke-R
Felkészülés a várandósságra	0,050	0,059
<i>Folsav-bevitel</i>	<i>0,001</i>	<i>0,09</i>
Dohányzás	0,053	0,057
<i>Vitamin-bevitel</i>	<i>0,013</i>	<i>0,074</i>
Alkohol-fogyasztás	0,251	0,035

13. táblázat Az egészségmagatartás komponenseit szignifikáns mértékben meghatározó egészség-kép faktorok

	Faktor	P	EH	95,0% MT
Felkészülés a Várandósságra	Lelkiállapot	0,005	1,45	1,12-1,89
Folsav-bevitel				
	Lelkiállapot Végzet	0,004	1,47	1,13-1,91
	Megelőzés Közeli	0,048	0,77	0,60-0,997
	kapcsolatok	0,018	0,71	0,54-0,94
		0,030	0,73	0,55-0,97
Dohányzás				
	Lelkiállapot	0,010	0,72	0,55-0,92
Vitamin-bevitel				
	Lelkiállapot	0,025	1,44	1,05-1,99
	Megelőzés	0,006	0,65	0,48-0,89

14. táblázat A szorongás, a depresszió, az önértékelés, a társadalmi tőke és a demográfiai tényezők hatása az egészség-képre

Lelki állapot	Modell p<0,001		Modell R ² : 0,157
	Béta	P	
<i>Önbecsülés</i>	0,194	0,005	
Szorongás	-0,007	0,930	
Depresszió	0,055	0,443	
Bizalom hiánya	-0,008	0,896	
Kölcsönösség	-0,041	0,499	
Civil támogatottság	-0,045	0,435	
<i>Életkor</i>	0,213	0,001	
Munkahely	0,049	0,466	
Szocio-ökonómiai státusz	0,033	0,620	
Testvérek száma	0,025	0,665	
Családi állapot			
<i>Egyedülálló</i>	0,153	0,014	
Házasság	0,062	0,317	
Iskolai végzettség			
Szakmunkás	-0,134	0,067	
Középfokú	-0,075	0,242	
Környezet	Modell p: ns.		Modell R ² : 0,063
	Béta	P	
<i>Önbecsülés</i>	0,124	0,086	
Szorongás	0,153	0,073	
Depresszió	-0,046	0,539	
Bizalom hiánya	-0,039	0,531	
Kölcsönösség	0,098	0,122	
Civil támogatottság	-0,035	0,559	
<i>Életkor</i>	-0,118	0,082	
Munkahely	0,087	0,220	
Szocio-ökonómiai státusz	-0,031	0,659	
Testvérek száma	0,011	0,853	
Családi állapot			
Egyedülálló	-0,114	0,078	
Élettárs	0,120	0,057	
Iskolai végzettség			
Szakmunkás	-0,014	0,841	
Felsőfokú	0,012	0,866	

Végzet	Modell p<0,01		Modell R ² : 0,114
	Béta	P	
Önbecsülés	-0,061	0,388	
Szorongás	0,056	0,497	
Depresszió	0,062	0,395	
Bizalom hiánya	0,069	0,257	
Kölcsönösség	0,088	0,155	
Civil támogatottság	-0,034	0,564	
Életkor	-0,030	0,643	
Munkahely	0,070	0,310	
Szocio-ökonómiai státusz	0,038	0,577	
<i>Testvérek száma</i>	<i>0,184</i>	<i>0,002</i>	
Családi állapot			
Egyedülálló	0,070	0,262	
Élettárs	-0,011	0,859	
Iskolai végzettség			
Szakmunkás	0,099	0,147	
Felsőfokú	0,001	0,987	
Külső hatások	Modell p: ns		Modell R ² : 0,052
	Béta	P	
Önbecsülés	0,106	0,144	
Szorongás	0,085	0,319	
Depresszió	-0,070	0,354	
Bizalom hiánya	-0,045	0,479	
Kölcsönösség	0,046	0,474	
Civil támogatottság	0,102	0,095	
Életkor	0,044	0,518	
Munkahely	0,030	0,676	
Szocio-ökonómiai státusz	0,006	0,929	
Testvérek száma	0,051	0,403	
Családi állapot			
Egyedülálló	0,008	0,906	
Élettárs	-0,077	0,221	
Iskolai végzettség			
Szakmunkás	-0,033	0,643	
<i>Felsőfokú</i>	<i>-0,150</i>	<i>0,032</i>	

Megelőzés	Modell p<0,05		Modell R ² : 0,079
	Béta	P	
Önbecsülés	0,138	0,055	
<i>Szorongás</i>	<i>0,247</i>	<i>0,003</i>	
<i>Depresszió</i>	<i>-0,152</i>	<i>0,043</i>	
Bizalom hiánya	-0,035	0,579	
Kölcsönösség	0,021	0,735	
Civil támogatottság	0,105	0,081	
Életkor	0,000	1,000	
Munkahely	0,079	0,259	
Szocio-ökonomiai státusz	-0,031	0,647	
Testvérek száma	0,061	0,304	
Családi állapot			
Egyedülálló	0,122	0,057	
Élettárs	0,114	0,067	
Iskolai végzettség			
Szakmunkás	0,017	0,811	
Felsőfokú	-0,059	0,393	
Közeli kapcsolatok	Modell p<0,01		Modell R ² : 0,099
	Béta	P	
Önbecsülés	0,040	0,574	
Szorongás	-0,066	0,427	
Depresszió	-0,034	0,644	
Bizalom hiánya	0,055	0,373	
Kölcsönösség	0,105	0,092	
Civil támogatottság	0,045	0,442	
Életkor	-0,069	0,298	
Munkahely	-0,058	0,404	
Szocio-ökonomiai státusz	-0,086	0,209	
Testvérek száma	0,036	0,544	
Családi állapot			
<i>Egyedülálló</i>	<i>0,152</i>	<i>0,017</i>	
Élettárs	0,061	0,326	
Iskolai végzettség			
Szakmunkás	0,073	0,284	
Felsőfokú	0,112	0,101	

15. táblázat A szorongás, a depresszió, az önértékelés, a társadalmi tőke és a demográfiai tényezők hatása az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságra

Egészségügyi ellátás	Modell p<0,05		Modell R2: 0,082
	Béta	p	
Önbecsülés	0,095	0,182	
Szorongás	0,082	0,316	
Depresszió	0,022	0,762	
Bizalom hiánya	-0,040	0,514	
Kölcsönösség	-0,073	0,238	
Civil támogatottság	0,051	0,383	
Életkor	-0,080	0,228	
Munkahely	0,099	0,150	
Szocio-ökonómiai státusz	0,043	0,531	
Testvérek száma	-0,010	0,866	
Családi állapot			
Egyedülálló	-0,051	0,420	
Élettárs	0,043	0,487	
Iskolai végzettség			
Szakmunkás	0,122	0,079	
<i>Felsőfokú</i>	<i>-0,187</i>	<i>0,006</i>	
Ismeretadás	Modell p: ns		Modell R2: 0,071
	Béta	p	
Önbecsülés	0,064	0,375	
Szorongás	0,039	0,639	
Depresszió	0,098	0,187	
Bizalom hiánya	-0,022	0,719	
Kölcsönösség	-0,024	0,704	
Civil támogatottság	0,090	0,129	
Életkor	-0,109	0,104	
<i>Munkahely</i>	<i>0,169</i>	<i>0,015</i>	
Szocio-ökonómiai státusz	0,125	0,067	
Testvérek száma	-0,026	0,674	
Családi állapot			
Egyedülálló	0,094	0,143	
Élettárs	0,034	0,586	
Iskolai végzettség			
Szakmunkás	0,006	0,930	
Felsőfokú	-0,128	0,062	

Érzelmi támogatás	Modell $p < 0,05$		Modell R^2 : 0,078
	Béta	P	
Önbecsülés	0,039	0,586	
Szorongás	0,133	0,106	
Depresszió	0,071	0,337	
<i>Bizalom hiánya</i>	<i>-0,140</i>	<i>0,024</i>	
Kölcsönösség	0,050	0,422	
Civil támogatottság	0,002	0,968	
Életkor	-0,045	0,501	
Munkahely	0,007	0,925	
Szocio-ökonómiai státusz	-0,066	0,333	
Testvérek száma	0,053	0,381	
Családi állapot			
Egyedülálló	-0,031	0,626	
Élettárs	<i>0,143</i>	<i>0,023</i>	
Iskolai végzettség			
Szakmunkás	-0,018	0,795	
Felsőfokú	-0,004	0,955	
Technikai tudás	Modell $p < 0,05$		Modell R^2 : 0,094
	Béta	P	
Önbecsülés	-0,023	0,747	
Szorongás	0,033	0,683	
Depresszió	-0,061	0,401	
Bizalom hiánya	-0,030	0,621	
Kölcsönösség	0,117	0,060	
<i>Civil támogatottság</i>	<i>0,140</i>	<i>0,017</i>	
<i>Életkor</i>	<i>-0,233</i>	<i>0,000</i>	
Munkahely	0,134	0,051	
Szocio-ökonómiai státusz	0,114	0,090	
Testvérek száma	-0,008	0,888	
Családi állapot			
Egyedülálló		0,673	
Élettárs	0,046	0,458	
Iskolai végzettség			
Szakmunkás	0,043	0,530	
Felsőfokú	-0,007	0,915	

Kortárs-támogatás	Modell p<0,01	Modell R ² : 0,096
	Béta	P
Önbecsülés	0,054	0,443
Szorongás	0,066	0,415
Depresszió	0,006	0,930
Bizalom hiánya	-0,093	0,130
Kölcsönösség	0,077	0,213
<i>Civil támogatottság</i>	<i>0,124</i>	<i>0,035</i>
<i>Életkor</i>	<i>-0,198</i>	<i>0,003</i>
Munkahely	0,018	0,797
Szocio-ökonómiai státusz	0,130	0,055
Testvérek száma	0,007	0,910
Családi állapot		
Egyedülálló	0,061	0,330
Élettárs	0,105	0,089
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	0,021	0,765
Felsőfokú	0,075	0,271
Lelki problémák megbeszélése	Modell p: 0,060	Modell R ² : 0,075
	Béta	P
Önbecsülés	0,017	0,814
<i>Szorongás</i>	<i>0,195</i>	<i>0,018</i>
Depresszió	-0,005	0,943
Bizalom hiánya	-0,103	0,098
Kölcsönösség	-0,038	0,539
Civil támogatottság	0,039	0,510
Életkor	-0,119	0,076
Munkahely	0,078	0,260
Szocio-ökonómiai státusz	-0,006	0,927
Testvérek száma	0,051	0,406
Családi állapot		
Egyedülálló	0,019	0,771
Élettárs	0,122	0,051
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	0,046	0,507
Felsőfokú	0,101	0,144

Élelmiszer-dúsítás	Modell p<0,05		Modell R ² : 0,079
	Béta	P	
Önbecsülés	0,068	0,341	
<i>Szorongás</i>	<i>0,210</i>	<i>0,011</i>	
Depresszió	-0,027	0,713	
<i>Bizalom hiánya</i>	<i>-0,129</i>	<i>0,038</i>	
Kölcsönösség	0,048	0,442	
Civil támogatottság	0,036	0,536	
Életkor	-0,041	0,541	
Munkahely	0,115	0,097	
Szocio-ökonómiai státusz	0,031	0,651	
Testvérek száma	0,076	0,209	
Családi állapot			
<i>Egyedülálló</i>	<i>0,152</i>	<i>0,017</i>	
Élettárs	0,067	0,285	
Iskolai végzettség			
Szakmunkás	0,000	0,999	
Felsőfokú	-0,092	0,178	

16. táblázat Az egészség-kép és az elvárt intervenciók iránti nyitottság összefüggései

Egészségügyi ellátás	Modell	p<0,01	Modell R ² :0,051
	Béta	P	
Lelki állapot	0,022	0,700	
<i>Környezet</i>	<i>0,139</i>	<i>0,014</i>	
<i>Végzet</i>	<i>0,113</i>	<i>0,045</i>	
<i>Külső hatások</i>	<i>0,138</i>	<i>0,016</i>	
Megelőzés	0,077	0,174	
Közeli kapcsolatok	0,040	0,473	
Ismeretadás	Modell	p<0,001	Modell R ² :0,065
	Béta	P	
Lelki állapot	0,088	0,114	
<i>Környezet</i>	<i>0,143</i>	<i>0,011</i>	
<i>Végzet</i>	<i>-0,017</i>	<i>0,757</i>	
<i>Külső hatások</i>	<i>0,146</i>	<i>0,011</i>	
<i>Megelőzés</i>	<i>0,147</i>	<i>0,010</i>	
Közeli kapcsolatok	0,024	0,673	
Érzelmi támogatás	Modell	p<0,001	Modell R ² :0,101
	Béta	P	
Lelki állapot	-0,017	0,758	
<i>Környezet</i>	<i>0,260</i>	<i>0,000</i>	
<i>Végzet</i>	<i>0,103</i>	<i>0,061</i>	
<i>Külső hatások</i>	<i>0,026</i>	<i>0,647</i>	
<i>Megelőzés</i>	<i>0,115</i>	<i>0,040</i>	
<i>Közeli kapcsolatok</i>	<i>0,137</i>	<i>0,013</i>	
Technikai tudás	Modell	p<0,001	Modell R ² :0,128
	Béta	P	
Lelki állapot	-0,069	0,200	
<i>Környezet</i>	<i>0,262</i>	<i>0,000</i>	
<i>Végzet</i>	<i>0,024</i>	<i>0,657</i>	
<i>Külső hatások</i>	<i>0,173</i>	<i>0,002</i>	
<i>Megelőzés</i>	<i>0,135</i>	<i>0,014</i>	
Közeli kapcsolatok	0,082	0,130	

Kortárs támogatás	Modell p<0,001		Modell R2:0,088
	Béta	p	
Lelki állapot	-0,025	0,649	
<i>Környezet</i>	<i>0,249</i>	<i>0,000</i>	
Végzet	-0,015	0,789	
Külső hatások	0,030	0,599	
Megelőzés	0,037	0,503	
<i>Közeli kapcsolatok</i>	<i>0,190</i>	<i>0,001</i>	

Lelki problémák megbeszélése	Modell p<0,001		Modell R2:0,120
	Béta	p	
Lelki állapot	0,030	0,584	
<i>Környezet</i>	<i>0,288</i>	<i>0,000</i>	
<i>Végzet</i>	<i>0,189</i>	<i>0,001</i>	
Külső hatások	-0,064	0,243	
Megelőzés	0,065	0,237	
Közeli kapcsolatok	0,102	0,061	

Élelmiszer-dúsítás	Modell p<0,001		Modell R2:0,082
	Béta	p	
Lelki állapot	0,064	0,245	
<i>Környezet</i>	<i>0,209</i>	<i>0,000</i>	
Végzet	0,078	0,159	
<i>Külső hatások</i>	<i>0,182</i>	<i>0,001</i>	
Megelőzés	0,032	0,565	
Közeli kapcsolatok	-0,010	0,861	

17. táblázat A folytonos demográfiai változók átlagai és szórásai

No =261	átlag	SD
Depresszió	5,83	6,30
Vonás-szorongás	38,98	7,70
Önértékelés	33,02	4,57
Életkor	29,28	4,98
Szocio-ökonómiai státusz	4,00	1,71
Terhességek száma	1,97	1,15

18. táblázat A kategorikus változók gyakorisági megoszlásai

<i>Demográfiai Változók</i>	N	%
Családi Állapot		
Egyedülálló/Elvált	21	8,0
Élettársi Kapcsolat	85	32,6
Házass	155	59,4
Iskolai Végzettség		
<8 Osztály	18	6,9
Általános Iskola	27	10,4
Szakmunkás	25	9,7
Érettségi	91	35,2
Felsőfokú	98	37,8
Szocio-ökonómiai státusz		
alsó	24	9.2
alsó-közép	139	53.3
felső-közép	93	35.6
felső	4	1.9
Mővi abortuszok száma		
nulla	232	84.7
gy	33	12.0
kettő	5	1.8
három	3	1.1
négy	1	0.4
Spontán abortuszok száma		
nulla	226	82.5
gy	39	14.2
kettő	9	3.3

<i>Egészség-magatartás</i>	N	%
Folsav-bevitel		
Igen	1 44	55,2
Nem	1 17	44,8
Dohányzás		
Igen	77	29,5
Nem	1 84	70,5
Vitamin-szedés		
Igen	80	31,2
Nem	1 76	68,8
Alkohol-fogyasztás		
Igen	1 72	65,9
Nem	89	34,1

19. táblázat A neonatális paraméterek átlag-értékei és szórásai mindkét nemben

	Fiúk		Lányok		p
	Átlag	(SD)	Átlag	(SD)	
Születési súly (g)	3380	(516)	3225	(527)	p<0,05
(516)		(2,75)	49,8	(2,90)	p<0,05
Születési hossz (cm)	50,5	(1,89)	38,6	(2,02)	ns.
Gesztációs kor (hét)	38,8	(1,39)	8,0	(1,50)	ns.
Apgar 1	8,1	(7,95)	9,5	(0,69)	ns.
Apgar 5	10,0	(1,83)	33,0	(1,86)	p<0,01
Mell-körfogat (cm)	33,6	(1,83)			

SD= szórás

A két nem közötti különbségeket kétmintás t-próbával teszteltük

20. táblázat A depresszió, a szorongás, az önértékelés, és az egészségmagatartás elemeinek összefüggései a neonatális kimenetekkel lányokban, többszörös lineáris regressziós vizsgálattal, Forward-módszerrel

Születési súly	P	<i>P</i>	modell-p<0,01	R² 0,080
Szocio-ökonómiai státusz	0,020	0,204		
Élettársi kapcsolat	0,047	-0,174		
Születési hossz			modell-p<0,01	R² 0,087
Iskolai végzettség	0,006	0,239		
Önértékelés	0,044	0,174		
Gesztációs kor			modell-p<0,05	R² 0,044
Szocio-ökonómiai státusz	0,017	0,210		
Mell-körfogat			modell-p<0,05	R² 0,048
Élettársi kapcsolat	0,015	-0,219		
Apgar 1		ns.		
Apgar 5		ns.		

modell-p = modell-szignifikancia

R² = a modell magyarázó ereje *f_i* =

standard béta

21. táblázat A depresszió, a szorongás, az önértékelés, és az egészségmagatartás elemeinek összefüggései a neonatális kimenetekkel fiúkban, többszörös lineáris regressziós vizsgálattal, Forward-módszerrel

Születési súly	P	<i>P</i>	modell-p<0,01	R² 0,097
Móvi abortuszok száma	0,018	-0,207		
Önértékelés	0,016	0,211		
Születési hossz			modell-p<0,001	R² 0,145
Iskolai végzettség	0,001	0,298		
Önértékelés	0,025	0,191		
Gesztációs kor			modell-p<0,01	R² 0,055
Iskolai végzettség	0,008	0,235		
Mell-körfogat			modell-p<0,05	R² 0,054
Iskolai végzettség	0,011	0,233		
Apgar 1		ns.		
Apgar 5		ns.		

modell-p = modell-szignifikancia

R² = a modell magyarázó ereje

f_i = standard

béta *P*

14. Melléklet

14.1. Tájékoztató

Pécsi Tudományegyetem
Orvostudományi és Egészségtudományi Centrum
Egészségtudományi Kar
Népegészségtani és Epidemiológiai Tanszék
7623 Pécs, Rét u. 4.

TÁJÉKOZTATÓ

Populációs alapú folsav státusz monitorozás kialakítása az elégtelen folsavbevitel okainak feltárása és a perikonceptcionális folsav státusz javítását szolgáló intervenció hatékony eszközeinek kidolgozása céljából

programban való részvételhez

Ezennel megkérjük Önt egy tudományos kutatásban való részvételre. Mielőtt eldöntené, hogy részt kíván-e venni fontos, hogy megismerje, miért történik ez a kutatás, és mit tartalmaz. Ennek érdekében kérjük, olvassa el figyelmesen az alábbi információkat, és ha szükségesnek érzi, ossza meg azokat rokonaival, ismerőseivel is. Ha bármilyen kérdése felmerülne, forduljon kutatócsoportunk tagjaihoz bizalommal! Fordítson időt arra, hogy eldöntse óhajt-e részt venni.

Köszönjük, hogy elolvassa a következőket!

Mi a célja ezen kutatásnak?

A fejlődési rendellenességek kialakulásának megelőzésére kevés eszközünk van. Ezek egyike a velőcsőzáródási rendellenességek prevenciója a korai terhesség idején megfelelő folsav

ellátottságának biztosításával. A megelőzéshez szükséges 0,4 mg-os napi bevitel azonban

Magyarországon gyakorlatilag soha nem történik meg.

Elvileg az élelmiszerek (kenyér, liszt) folsav dúsításával vagy a folsav tartalmú

vitaminkészítmények fogyasztásával lehet ezen segíteni. Mindkét beavatkozást alkalmazzák a világon. Mindegyiknek vannak előnyei és hátrányai. A legmegfelelőbb hazai megoldás kidolgozása érdekében szükséges annak vizsgálata, hogy a két módszer alkalmazási feltételei mennyiben adóttak Magyarországon.

A megfelelő szabályozás kialakítását lehetővé tevő ismeretek megszerzése a vizsgálat közvetlen célja.

Kötelező részt vennem a vizsgálatban?

A vizsgálatban való részvétel teljes mértékben önkéntes és csupán az Ön döntésén múlik! Amennyiben úgy döntene, hogy nem vesz részt ebben a kutatásban, az semmilyen módon nem befolyásolja negatívan az Ön gondozását! Amennyiben úgy dönt, hogy részt vesz a vizsgálatban, úgy kérjük őrizze meg ezen nyomtatványt, valamint megkérjük, hogy írja alá a beleegyező nyilatkozatot. Ha beleegyezését adta, és később mégis úgy döntene, bármikor mindenféle indokolás nélkül visszavonhatja azt, és ez semmilyen negatív következménnyel nem jár az Ön gondozására nézve!

Mi fog történni, ha részt veszek a vizsgálatban?

Amennyiben úgy dönt, hogy részt vesz a kutatásban, úgy a gondozásba vétele során a védőnő a kötelező adatok felvételén túl néhány további kérdést is fel fog Önnel tenni, amikor a nyilvántartó lapjait kitölti. Ezért az adatfelvétel ideje 15 perccel lesz hosszabb várhatóan.

A terhesgondozás részét képező vérvétel során adott vérmintáját a szokásos módon feldolgozzák a laboratóriumban, de egy rutinszerűen nem végzett mérést, a vörösvértestek folsav szintjének meghatározását is el fogják végezni a vérmintából.

Mit kell tennem, ha részt veszek a kutatásban?

A vizsgálatban való részvételhez Önnel nem kell külön vizsgálaton megjelenni egyetlen alkalommal sem.

Milyen eljárásokat fognak kipróbálni?

Semmilyen, minden módszer, amit alkalmazunk rutinszerű és széleskörűen elterjedt az orvoslásban.

Mik lehetnek az előnyei illetve a kockázatai a részvételnek?

A kérdőíves adatfelvétel természetesen nem jár semmilyen kockázattal. A vérvétellel kapcsolatos kockázat teljességgel megegyezik az ilyenkor szokásos kockázattal, ezekkel kapcsolatosan a vérvétel során kap kellő felvilágosítást. Mivel a vizsgálatához szükséges vérmintát a terhesgondozás során amúgy is adott vérmintából nyerjük, maga a vizsgálatban való részvétel nem okoz többlet kockázatot az Ön számára.

Sajnos az Öntől gyűjtött információk az Ön számára érdemi haszonnal nem járnak, azonban reménykedünk abban, hogy kutatási programunk segít abban, hogy a jövőben javuljon a családtervezés és a terhesgondozás színvonala Magyarországon.

Bizalmasan kezelik majd az adataimat és a részvételemet a kutatásban?

Minden Önről gyűjtött információt a legszigorúbb adatvédelmi szabályok betartásával kezelünk! Minden adat tárolása és feldolgozása a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán történik. Az ottani kutatócsoport a legteljesebb diszkrécióval fogja kezelni az Ön adatait. Az adatok kódolt formában anonim módon kerülnek feldolgozásra. Ezek után az adatokat 15 éven át megőrzik, majd biztonsági szabályok betartása mellett megsemmisítik.

Mi történik a kutatási eredményekkel?

Előreláthatólag a kutatási eredmények különböző orvosi folyóiratokban kerülnek publikálásra a legteljesebb mértékig megőrizve az egyes részt vevő betegek anonimitását.

Ki szervezi ezt a kutatást?

A kutatást a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karának Népegészségtani és Epidemiológiai Tanszéke koordinálja, a lebonyolításában Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karának Szombathelyi Képzési Központja és az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ vesz részt.

Amennyiben további információkra lenne szüksége, forduljon bizalommal a kutatásért felelős vezető kutatóhoz Dr. Sándor Jánoshoz személyesen vagy a 06-20-9323140-es telefonszámon.

14.2. Beleegyező nyilatkozat

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Populációs alapú folsav státusz monitorozás kialakítása az elégtelen folsavbevétel okainak feltárása és a perikonceptcionális folsav státusz javítását szolgáló intervenció hatékony eszközeinek kidolgozása céljából

A vizsgálatban résztvevő kismama neve:

Önkéntes és szabad beleegyezésemet adom a fent megnevezett tudományos kutatásban való részvételemhez, melyről részletes felvilágosítást kaptam az alábbi védőnőtől:

Beleegyezést kérő védőnő neve:

Eloolvastam a tájékoztatóba foglaltakat, és annak tartalmát megértettem. Lehetőségem volt kérdéseimet feltenni a kutatócsoport tagjainak, és azok számomra kielégítő válaszokkal szolgáltak.

Részletesen felvilágosítottak a részvétel lehetséges előnyeiről és kockázatairól. Tudatában vagyok, hogy részvételem teljes mértékben önkéntes, valamint azt bármikor minden indoklás nélkül visszavonhatom, anélkül, hogy ez bármilyen negatív következménnyel járna a kezelésemet illetően.

Megértettem, hogy a velem kapcsolatosan gyűjtött adatokat szigorúan titkosan és bizalmasan kezelik, és ily módon hozzájárulok azok anonim módon történő közléséhez tudományos folyóiratokban és/vagy konferenciákon.

aláírás

Kelt....

14.3. A kutatás kérdőíve

Kismama adatai:

Terhes születési ideje (év, hó, nap):		
Családi állapota:	€Hajadon €Élettárs €Özvegy	Férjezett €ilvált
Lakhelye:	€Falu €Város €Község	
Foglakozása:		
Munkahelye:	€Van €Mincs	
Iskolai végzettsége:	€bsztályt végzett €3-7 osztályt végzett €szakmunkás €gimnázium	€1-5 osztályt végzett €S osztályt végzett €szakközép €elsőfokú végzettség
Gondozásba véve (év, hó, nap):		
Szülés várható ideje (év, hó, nap):		

Apa adatai:

Foglakozása:		
Munkahelye:	€Van €Mincs	
Iskolai végzettsége:	osztályt végzett €3-7 osztályt végzett €szakmunkás gimnázium	€1-5 osztályt végzett €S osztályt végzett €szakközép €elsőfokú végzettség

Válaszoljon az alábbi kérdésekre!

1) Az emberek általában önzőek, mások rovására próbálnak boldogulni.

0-nem értek vele egyet

1-kis mértékben értek egyet

2-részben egyetértek

3-teljesen egyetértek

2) Ha valami jót teszek valakivel, joggal várhatom el azt, hogy velem szemben is így

viselkedjenek.

0-nem értek vele egyet 1-kis

mértékben értek egyet

2-részben egyetértek

3-teljesen egyetértek

3) Nehéz helyzetben mennyi segítségre számíthat?

0-nem számíthatok segítségre

1-kevés segítségre számíthatok

2-mint általában az emberek

3-több segítségre számíthatok

21) Dohányzott-e Ön a várandóssága előtt?

- a. Igen, napi rendszerességgel, mégpedig napi _____szál
- b. Igen, alkalmanként, mégpedig _____szál / hetente
- c. Nem (Ugorjon a 35. kérdésre!)

22) A fogantatás előtt változtatott-e a dohányzási szokásain?

- a. Igen, abbahagyta a dohányzást, mégpedig: ____hétrel előtte
- b. Igen, csökkentette az elszívott cigaretták számát, mégpedig: ____hétrel előtte
- c. Igen, gyengébb cigarettát szívott, mégpedig: ____hétrel előtte
- d. Igen, kevesebb és gyengébb cigarettát szívott, mégpedig: ____hétrel előtte
- e. Nem

23) Milyen rendszerességgel fogyasztott Ön alkoholt a fogantatás előtt?

- a. Naponta
- b. Hetente
- c. Ritkán, de nem kifejezetten kiemelt alkalmakkor
- d. Kizárólag kiemelt alkalmakkor (pl.: születésnap, stb.) fogyasztok. (Ugorjon a 38. kérdésre)
- e. Soha (Ugorjon a 38. kérdésre!)

24) Kb. hány egység alkoholos italt fogyasztott Ön hetente? (1 egység = 0,33 l sör, 1 dl bor, 3 cl tömény)

Hetente kb. _____egység alkoholt fogyasztok.

25) A fogantatás előtt változtatott-e alkoholfogyasztási szokásain?

- a. Igen, egyáltalán nem fogyasztok alkoholt
- b. Igen, ritkábban fogyasztok alkoholt
- c. Igen, alacsonyabb alkohol tartalmú italt fogyasztok
- d. Igen, ritkábban és alacsonyabb alkohol tartalmú italt fogyasztok
- e. Nem

26) Fogyasztott-e Ön vitaminokat a várandóssága előtt?

- a. Igen, rendszeresen
- b. Igen, rendszertelenül
- c. Nem

27) Hány számítógépe van a családnak?

- a. Egy sincs
- b. Egy
- c. Kettő
- d. Több mint kettő

28) Az elmúlt 12 hónapban hányszor nyaralt együtt a család?

- a. Egyszer sem
- b. Egyszer
- c. Kétszer
- d. Több mint kétszer

29) Van-e a családnak személy- vagy teherautója?

- a. Nincs
- b. Van, egy
- c. Van, kettő vagy több

30) Van-e a születendő gyermeknek saját szobája?

- a. Nincs
- b. van

Hogyan érezte magát az elmúlt időszakban? Válaszoljon az alábbiak szerint:

	0. egyáltalán nem jellemző	1. alig jellemző	2. jellemző	3. teljesen jellemző
1. Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt				0 1 2 3
2. <i>Semmiben sem tudok dönteni többé.</i>				0 1 2 3
3. Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni.				0 1 2 3
4. <i>Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.</i>				0 1 2 3
5. Annyira aggódom testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.				0 1 2 3
6. <i>Semmilyen munkát nem vagyok képes ellátni.</i>				0 1 2 3
7. Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen és a helyzetem nem fog változni.				0 1 2 3
8. <i>Mindennel elégedetlen, vagy közömbös vagyok.</i>				0 1 2 3
9. Állandóan hibáztatom magam.				0 1 2 3

Pontozza az alábbi állításokat aszerint, hogy mennyire ért velük egyet 1-7 közötti pontszámokkal. 1: nagyon nem értek vele egyet, 7: nagyon egyetértek

Hogy a jövőben egészségesebb leszek-e, az az alábbiaktól függ...

- | | |
|---|---------------|
| 1. a veleszületett alkati tulajdonságaimtól | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. <i>a jelenlegi egészségi állapotomtól</i> | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. hogy milyen jól használom fel az erőimet | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. <i>hogy pozitívan gondolkodom</i> | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. hogy megtalálom-e azokat a dolgokat, amik boldoggá tesznek | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. <i>hogy szembenézek-e a megoldatlan belső konfliktusaimmal</i> | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. hogy kezembe veszem-e a sorsom, és felelősséget vállalok-e a saját életemért | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. <i>hogy megváltoztatom-e a mindennapos viselkedésemet</i> | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. hogy egészségesebb életmódot folytatok-e | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. <i>hogy felhagyok-e az egészségtelen szokásaimmal</i> | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. az időjárástól | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. <i>a jó- vagy a balszerencsétől</i> | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 13. a pusztá véletlentől | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 14. <i>hogy javítok-e a családi, baráti kapcsolataimon</i> | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 15. hogy elfogadom-e a családom, a barátaim tanácsait | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 16. <i>hogy elfogadom-e a szakkönyvek és egészségügyi kiadványok tanácsait</i> | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 17. hogy kihasználom-e az orvosi szűrővizsgálatok adta lehetőségeket | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 18. <i>hogy elfogadom-e az orvosom és a védőnőm tanácsait</i> | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 19. hogy elfogadom-e a természetgyógyászok tanácsait | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 20. <i>az orvosi kezelésektől, beavatkozásoktól</i> | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 21. az életkoromtól | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 22. <i>az Isteni Gondviseléstől</i> | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 23. egyéb természetfeletti erőktől | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 24. <i>hogy ne legyek fertőzéseknek kitéve</i> | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 25. a lakáshelyzetem, lakhatási körülményeim javulásától | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 26. <i>a munkahelyi környezetem javulásától</i> | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 27. a családi körülményeim javulásától | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 28. <i>a munkahelyi kapcsolataim javulásától</i> | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 29. a jövőbeli váratlan eseményektől | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 30. <i>hogy ne legyek kitéve bizonyos környezeti hatásoknak (légszennyezés)</i> | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 31. vitaminok, erősítő szerek szedésétől. | 1 2 3 4 5 6 7 |

Ön szerint mostani helyzetében mivel segíthetnének a legtöbbet Önnek és születendő gyermekének:

- 1 : egyáltalán nem segítene**
- 2 : kis mértékben segítene**
- 3 : közepes mértékben segítene**
- 4 : jelentősen segítene**
- 5 : feltétlenül szükségem lenne rá**

- | | |
|--|-----------|
| 1. Ha az egészségügyi ellátásomat javítanák | 1 2 3 4 5 |
| 2. <i>Ha minél több idevágó ismeretet adnának</i> | 1 2 3 4 5 |
| 3. Ha érzelmileg jobban támogatnának | 1 2 3 4 5 |
| 4. <i>Ha a technikai dolgokat (szoptatás, babaápolás) begyakoroltatnák</i> | 1 2 3 4 5 |
| 5. Ha a hasonló helyzetű kismamákkal találkozhatnak (pl. Kismama-klub) | 1 2 3 4 5 |
| 6. <i>Ha lelki problémáimat, aggodalmaimat valakivel megbeszélhetném</i> | 1 2 3 4 5 |
| 7. Ha a táplálékainkat eleve úgy gyártanák, hogy minden szükséges tápanyag, vitamin benne lenne. | 1 2 3 4 5 |

Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ne gondolkodjon túl sokat, hanem a jelenlegi érzéseit legjobban kifejező választ jelölje meg!

1. egyáltalán nem értek egyet 2.nem értek egyet 3. egyetértek 4.teljesen egyetértek

- | | |
|---|---------|
| 1. Úgy érzem, értékes ember vagyok, legalábbis másokhoz képest. | 1 2 3 4 |
| 2. <i>Úgy érzem, sok jó tulajdonságom van.</i> | 1 2 3 4 |
| 3. Mindent egybevetve, hajlamos vagyok arra, hogy tehetségtelen, sikertelen embernek tartsam magam. | 1 2 3 4 |
| 4. <i>Képes vagyok olyan jól csinálni a dolgokat, mint mások.</i> | 1 2 3 4 |
| 5. Úgy érzem, nem sok dologra lehetek büszke. | 1 2 3 4 |
| 6. <i>Jó véleménnyel vagyok magamról.</i> | 1 2 3 4 |
| 7. Mindent fontolóra véve, elégedett vagyok magammal. | 1 2 3 4 |
| 8. <i>Bárcsak jobban tudnám magam tisztelni.</i> | 1 2 3 4 |
| 9. Időnként értéktelennek érzem magam. | 1 2 3 4 |
| 10. <i>Néha azt gondolom, hogy semmiben sem vagyok jó.</i> | 1 2 3 4 |

ÁLTALÁBAN HOGYAN ÉRZI MAGÁT?

Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ne gondolkodjon túl sokat, hanem a jelenlegi érzéseit legjobban kifejező választ jelölje meg!

1: soha

2: néha

3: gyakran

4: mindig

1. Jól érzem magam	1	2	3	4
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
2. Gyorsan elfáradok.	1	2	3	4
3. A sírás ellen küszködnöm kell.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
4. A szerencse engem elkerül.				
5. Sokszor hátrányos helyzetbe kerülök, mert nem tudom elég gyorsan elhatározni magam.	1	2	3	4
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
6. Kipihentnek érzem magam.	1	2	3	4
7. Nyugodt, megfontolt és tetre kész vagyok.				
8. Úgy érzem, hogy annyi megoldatlan problémám van, hogy nem tudok úrrá lenni rajtuk.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
9. A semmiségeket is túlzottan a szívemre veszem.	1	2	3	4
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
10. Boldog vagyok.				
11. Hajlamos vagyok túlságosan komolyan venni a dolgokat.	1	2	3	4
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
12. Kevés az önbizalmam.				
13. Biztonságban érzem magam.	1	2	3	4
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
14. A kritikus helyzeteket szívesen elkerülöm.	1	2	3	4
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
15. Csüggedtnek érzem magam.	1	2	3	4
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
16. Elégedett vagyok.				
17. Lényegtelen dolgok is sokáig foglalkoztatnak, és nem hagynak nyugodni.	1	2	3	4
18. A csalódások annyira megviselnek, hogy nem tudom a fejemből kiverni őket.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
19. Kiegyensúlyozott vagyok.	1	2	3	4
20. Feszült lelki állapotba jutok és izgatott leszek, ha az utóbbi időszak gondjaira, bajaira gondolok.	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>

Őszinte válaszait ismételten köszönjük!

14.4. A kutatás etikai engedélye