

A SZORONGÁS, A DEPRESSZIÓ,

Metadata, citation and similar papers

story of the Academy's Library

EGÉSZSÉGMAGATARTÁSÁVAL

BÖDECS TAMÁS^{1*} – HORVÁTH BOLDIZSÁR² –
SZILÁGYI ENIKŐ³ – DIFFELNÉ NÉMETH MARIETTA¹ –
SÁNDOR JÁNOS⁴

¹Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar (PTE ETK), Népegészségtani,
Rekreációs és Egészségfejlesztési Intézet, Védőnői Tanszék, Szombathely

²PTE ETK Ápolás és Betegellátás Intézet, Szülésznői Tanszék, Szombathely

³Vas M. Markusovszky Kórház, Pszichiátria Osztály, Szombathely

⁴Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet, Biostatistikai
és Epidemiológiai Tanszék, Debrecen

(Beérkezett: 2009. október 14.; elfogadva: 2010. február 17.)

Elméleti háttér: A várandósság alatti depresszió és szorongás magzatra gyakorolt negatív hatását több kutatás látszik igazolni, míg mások nem találtak ilyen irányú összefüggéseket. Az antenatális depresszió és szorongás részben a fiziológiai, endokrinológiai változásokon, részben az anyai egészségmagatartáson keresztül hathat a magzatra.

Cél: Vizsgálatunk célja a szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke várandósok egészségmagatartására gyakorolt hatásának feltárása volt. Az egészségmagatartás elemeit a várandósságra történő felkészülés, a dohányzás, az alkoholfogyasztás, valamint a folsav- és vitaminbevitel alkották. Hipotézisünk az volt, hogy a szorongás és a depresszió, valamint a csökkent önértékelés romló egészségmagatartással jár együtt.

Módszerek: Szombathely város tíz védőnői körzetében populációs monitoringot hoztunk létre, ahol 2008. 02. 01. és 2009. 02. 01. között minden terhességi nyilvántartásba kerülő nőről rendszeres adatgyűjtést végeztünk. 307 várandós képezte mintánkat, melyben a depressziót a Rövidített Beck Depresszió Kérdőívvel, a szorongást a Spielberger-féle Vonásszorongás Kérdőívvel, az önértékelést a Rosenberg-skálával mértük. A társadalmi tőkét a közösségi bizalom hiánya, a kölcsönösség és a civil támogatottság 0-tól 3-ig terjedő skálán mértük. Összefüggéseinket logisztikus regresszió segítségével tártuk fel.

Eredmények: A magasabb szintű vonásszorongással jellemezhető válaszadók kisebb eséllyel készültek a várandósságukra (EH = 0,955; 95%MT = 0,923–0,988) és szedtek vitamint (EH = 0,954; 95%MT = 0,922–0,987); a több depresszív tünetet mutatók pedig nagyobb eséllyel dohányoztak (EH = 1,106; 95%MT = 1,060–1,154). A társadalmi bizalom hiánya kisebb eséllyű folsavbevitellel (EH = 0,648; 95%MT = 0,485–0,867) járt együtt; továbbá a magasabb önértékelésűek kisebb- (EH = 0,943; 95%MT = 0,892–0,997), a nagyobb társas

* Levelező szerző: Bödecs Tamás, PTE ETK Népegészségtani, Rekreációs és Egészségfejlesztési Intézet, Védőnői Tanszék, Szombathelyi Képzési Központ, 9700 Szombathely, Jókai út 14. E-mail: btamas@etk.pte.hu

támogatottságúak nagyobb eséllyel (EH = 1,571; 95%MT = 1,144–2,156) fogyasztottak alkoholt.

Következtetések: Vizsgálatunkban a szorongás, a depresszió, az alacsony önértékelés és a csökkent társadalmi tőke negatív egészségmagatartási tendenciákkal járt együtt.

Kulcsszavak: várandósság, vonásszorongás, depresszió, önértékelés, társadalmi tőke, egészségmagatartás

1. BEVEZETÉS

Magyarország évtizedek óta tartó, meghatározó demográfiai problémája az alacsony születésszám. Többek között ezen okból is 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 folsavbevétel a záródási rendellenességek kialakulásának megelőzése céljából (Werler és mtsai, 1999; Smithells és mtsai, 1983, Czeizel és Dudás, 1992). Az ajánlott 0,4 mg/nap plusz folsavbevételen túl (Yates és mtsai, 1998) az egyéb vitaminok rendszeres szedése is fontos, mégpedig két okból. Egyrészt az egyes összetevőkből a mai táplálkozási szokások mellett nehéz az új ajánlások által előírt mennyiséget bevinni (Troppmann és mtsai, 2002), másrészt a megemelt vitaminbevétellel egyes negatív életmódbeli jellemzők (dohányzás, alkoholfogyasztás, egyéb szerhasználat) káros hatásai mérsékelhetők (Faden és mtsai, 1997). Bizonyítottan jótékony hatású továbbá a dohányzás és az alkoholfogyasztás teljes elhagyása, hiszen a dohányzás és az alkoholfogyasztás káros hatásait számos tanulmány igazolja (Behrmann és Butler, 2006; Savits és Pastore, 1999; Mills és mtsai, 1984; Faden és mtsai, 1997).

A terhesség és a szülés utáni időszak leggyakoribb pszichiátriai rendellenességei a depresszív és szorongásos zavarok. A várandósság alatti depresszió gyakorisága a fejlett országokban 7% és 17% közötti (Andersson és mtsai, 2003; Benett és mtsai, 2004; Evans és mtsai, 2001; Gavin és mtsai, 2005; Heron és mtsai, 2004), és a várandós kismamáknak is körülbelül 10%-a szenved valamilyen szorongásos zavarban (Andersson és mtsai, 2003, 2004; Berle és mtsai, 2005; Heron és mtsai, 2004). A várandósság alatti depresszió és szorongás kialakulásának a megváltozott hormonális-vegetatív státuszon felül kognitív okai is vannak. 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, a szociális és érzelmi támasz hiányával társul, a depresszió és a

szorongás kialakulásának esélye még tovább növekszik (O'Keane és Marsh, 2007).

A várandósság alatti depresszió magzatra gyakorolt negatív hatását több tanulmány látszik igazolni, elsősorban a koraszülés (Dayan és mtsai, 2002, 2006; Orr és mtsai, 2002), illetve a kis születési súly vonatkozásában (Rahman és mtsai, 2007), mások azonban nem találtak összefüggést (Andersson és mtsai, 2004; Berle és mtsai, 2005). Veszélyeztető szerep tulajdonítható a terhességi szorongásos állapotoknak is, elsősorban a koraszülés (Orr és mtsai, 2007), az 1 és 5 perces csökkent Apgar-érték (Berle és mtsai, 2005), illetve a megnövekedett artéria-uterina-ellenállás vonatkozásában (Teixera és mtsai, 1999]. Az anyai depresszió és szorongás magzatra gyakorolt káros hatása részben a hormonális-vegetatív változásokra, részben a depresszióhoz és szorongáshoz társuló rossz egészség-magatartásra, negatív életmódbeli tendenciákra (pl. a stresszoldásra alkalmazott alkoholfogyasztásra, dohányzásra) vezethető vissza (Pajulo és mtsai, 2001; Döme és mtsai, 2005; McConnel és mtsai, 2005). Mindkettőben fő motívum a stressz-szint növekedése, az adaptív viselkedések repertoárjának beszűkülése (Kopp, 1997; Kopp és Srabski, 1995). A depresszív, szorongó egyén diszfunkcionális attitűdjei és kognitív torzulásai miatt helyzetét kontrollálhatatlannak tartja, önértékelése csökken, ez pedig a kezdeményezőkézség, illetve az énhatékonyság csökkenéséhez vezet (Pakenham és mtsai, 2007; Roesch és mtsai, 2002).

A szorongásos és depresszív zavarok tehát alacsony önértékeléssel is párosulnak (Benetti és Kambouropoulos, 2006; Seretti és mtsai, 2005). A társadalmon belüli általános bizalom és kölcsönösség hiányával és az alacsony civil támogatottsággal leírható csökkent társadalmi tőke pedig rossznak ítélt saját egészségi állapottal (Subramanian és mtsai, 2002), a szorongásoldó és nyugtató hatású gyógyszerek megnövekedett használatával (Johnell és mtsai, 2006) és a középkorúak (elsősorban férfiak) magasabb halálozási arányával jár együtt (Skrabski és mtsai, 2004).

Vizsgálatunk célja a várandósság alatti szorongás, depresszió és önértékelés egészségmagatartással való kapcsolatának feltárása volt. Az egészségmagatartás öt elemére fókuszáltunk: a dohányzásra, az alkoholfogyasztásra, a folsav- és vitaminbevitelre, 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 lehet az egészségmagatartásra is, ezeket is független változóink közé soroltuk. Feltételeztük, hogy a szorongás és a depresszió, valamint a csökkent önértékelés és a csekély társadalmi tőke rosszabb egészségmagatartással, nagyobb mértékű dohányzással és alkoholfogyasztással, valamint ritkább folsav- és vitaminbevitellel jár együtt.

2. MÓDSZER

2.1. Adatgyűjtés és minta

Szombathely város 18 védőnői körzetéből 10 körzetet vontunk be felmérésünkbe. Az így kialakított, zárt populációjú területen populációs alapú monitoringot hoztunk létre, ahol 2008. 02. 01. és 2009. 02. 01. között minden nyilvántartásba kerülő várandósról rendszeres adatgyűjtést folytattunk. Az önkéntes és anonim vizsgálatban való részvételt 324 megkérdezettből 307 fő (94,7%) vállalta. Válaszadóink 15–44 év közöttiek, átlagéletkoruk 29,57 év (szórás = 5,17). Mintánk több mint fele férjezett volt (58,3 %), egyharmada élettársi kapcsolatban élt (33,9%), a többiek (7,8%) pedig egyedülállóak voltak. Iskolai végzettség tekintetében a közép- és felsőfokú végzettségűek aránya közel azonos volt (35,1% és 38,7%), 26,2% pedig érettségienél alacsonyabb végzettséggel rendelkezett. A szocioökonómiai státusz mérésére a 2002-ben lefolytatott, „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” elnevezésű nemzetközi vizsgálatban alkalmazott, négy változóból (autó-, komputer-, saját szoba tulajdon, családi nyaralások) álló „Családi Jómódúság Skálát” alkalmaztuk (Aszman, 2003). A kérdőív standard határértékei alapján négy kategória különíthető el (legalsó, alsó-közép, felső-közép, felső): mintánk túlnyomó többsége, csaknem 90%-a az alsó- és felső-közép kategóriába tartozott, csaknem egytizedük pedig szegénynek (legalsó kategória) közé volt sorolható (9,4%). Mintánk 15,7%-ának nem volt munkahelye. Az adatgyűjtés a várandósság első trimeszterében történt, az átlagos terhességi kor 8,13 hét volt (szórás = 4,06).

Az ily módon felépített populációs szintű vizsgálat adatait korábban már több szempont szerint is feldolgoztuk. Vizsgáltuk a szorongásos és depresszív zavarok előfordulási gyakoriságát, és ezek demográfiai összefüggéseit (Bödecs és mtsai, 2009a), továbbá várandósaink egészségképének az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságra való hatását (Bödecs és mtsai, 2009b), valamint a szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke egészségképre, illetve intervenciók nyitottságra gyakorolt hatását (Bödecs és mtsai, megjelenés alatt). Jelen közleményünkben a szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke egészségmagatartással való kapcsolatának bemutatására szorítkoztunk.

2.2. MÉRŐESZKÖZÖK

A depressziós tünetegyüttes súlyosságát a Beck Depresszió Kérdőív (BDI; Beck és mtsai, 1961) magyar nyelvű, hazai viszonyokra adaptált, rövidített, 9-tételes változatával (Rózsa és mtsai, 2003) mértük. A kérdőív belső megbízhatóságát jelző Cronbach-alfa értéke 0,68 volt. A kapott pontszámokat az eredeti kérdőív pontszámaira konvertáltuk (Pék és mtsai, 2003). A szorongást a Spielberger-féle Szorongás Kérdőív magyar nyelvű változatával mértük (Spielberger és mtsai, 1970; Sipos és Sipos, 1983). Kutatásunk céljának megfelelően csupán a kérdőív vonásszorongásra (trait anxiety) vonatkozó, 20 tételből álló blokkja (STAI-T) került felvételre. A kérdőív megbízhatósági együtthatója 0,865 volt. Az önértékelést a 10-tételes Rosenberg-skálával (RSEC; Rosenberg, 1965) mértük, melynek Cronbach-alfája 0,866 volt. A társadalmi tőkét a környezetbe vetett bizalom, a kölcsönösség és a civil szférából érkező támogatás dimenziói mentén vizsgáltuk (Skrabski és mtsai, 2004). A bizalmat és a kölcsönösséget egy-egy kérdésre („Az emberek általában önzőek, mások rovására próbálnak boldogulni”, illetve „Ha valami jót teszek valakivel, joggal várhatom el azt, hogy velem szemben is így viselkedjenek”) adott 0–3 közötti skálán (0 = nem értek vele egyet, 3 = teljesen egyetértek) jelölt válasz alapján kvantifikáltuk. A támogatottságot a „Nehéz helyzetben mennyi segítségre számíthat?” kérdésre adott válaszokkal értékeltük (0 = nem számíthatok; 1 = kevés segítségre számíthatok; 2 = mint általában az emberek; 3 = több segítségre számíthatok).

Az egészségmagatartás elemeinek vizsgálatakor a 49/2004. ESzCsM rendelet által meghatározott és a védőnők által kitöltendő „Várandós anya gondozási könyv” egészségmagatartásra vonatkozó kérdéseiből indultunk ki. Bár a kérdések szó szerint a várandósság *előtti* magatartásra vonatkoztak, ezek a válaszok a várandósság első heteiben jellemző egészségmagatartást is leképezték, hiszen ilyenkor a várandósok még nem tudnak terhességükről. Ugyanakkor éppen ez az időszak az embriogenezis azon szakasza, ahol a kedvezőtlen hatások a legnagyobb mértékű egészségkárosodást képesek létrehozni. A dohányzásra („Dohányzott-e Ön a várandóssága előtt?”) és az alkoholfogyasztásra („Milyen rendszerességgel fogyasztott Ön alkoholt a fogantatás előtt?”) vonatkozó kérdéseinkre adható válaszokat oly módon dichotomizáltuk, hogy negatívnak csak az „egyáltalán nem” választ tartottuk; bármilyen igenlő választ pozitívnak könyveltük el, mivel mind a dohányzás, mind az alkoholfogyasztás kis mértékben is káros. Az egyéb vitaminok bevitelére vonatkozólag („Fogyasztott-e Ön vitaminokat a várandóssága előtt”) viszont pozitív válasznak csak az „igen, rendszeresen” választ fogadtuk el, lévén a rendszertelen vitaminfogyasztás pozitív hatása kérdéses. Kérdőívünkben három kérdés vonat-

kozott a folsavbevitelre: „Szed-e magzatvédő vitaminokat?“, „Szed-e multivitamin-készítményeket?“, „Szed-e folsavtablettát?“ Azokat, akik mindhárom kérdésre nemmel válaszoltak, úgy tekintettük, hogy nem részesültek folsavbevitelben. Akik az első két kérdésre igennel válaszoltak, azokat további elemzésnek vetettük alá. Rákérdeztünk a készítmények nevére, és az összetétel alapján megállapítottuk, hogy az adott készítmény ajánlott napi dózisa mellett teljesül-e a legalább 0,4 mg-os napi folsavbevitel. A továbbiakban azokat, akiknél ez teljesült, továbbá azokat, akik a harmadik kérdésre is igennel („Szed-e folsav tablettát?“) válaszoltak, folsavbevitelben részesülőnek tekintettük. Végül, megkérdeztük válaszadóinkat arról is, hogy készültek-e várandósságukra („Készült-e Ön a gyermekvállalásra a fogantatás előtt“: igen – nem).

2.3. Statisztikai módszerek

Folytonos független változóink és a fenti módon képzett dichotom függő változóink (folsav- és vitaminbevitel, dohányzás, alkoholfogyasztás, várandósságra való készülés) közötti kapcsolatot logisztikus regresszioelemzéssel vizsgáltuk. Hogy a változóink közötti kovarianciák hatásait minimalizáljuk, a változókat egyenként, lépésenként modellbe építő Forward Conditional módszert alkalmaztunk, így számoltunk esélyhányadost (95%-os megbízhatósági tartománnyal) a modellbe beléptetett független változókra. Szignifikánsnak a 0,05 alatti p-értékeket tekintettük. A statisztikai elemzést SPSS for Windows v. 11.5 programmal végeztük.

3. EREDMÉNYEK

3.1. Leíró eredmények

Mintánkban a depressziós tünetek átlagpontértéke 5,98 (szórás = 6,24), a szorongásé 39,23 (szórás = 7,67) volt. Az önértékelés-skála átlaga 32,86-nak adódott (szórás = 4,54), ez egy 10–40 pont közötti skálán örvedetesen magasnak mondható. A társadalmi tőke összetevői közül a civil támogatottság bizonyult magasnak (átlag = 2,40; szórás = 0,75), a bizalom és a kölcsönösség mértékét válaszadóink közepesnek értékelték. Folytonos független változóink leíró jellemzőit az 1. táblázatban foglaltuk össze.

Mintánk csaknem háromnegyede (73,2%) tudatosan készült gyermeke fogadására, több mint kétharmaduk (71,2%) egyáltalán nem dohányzott, továbbá kicsivel több mint a felük (55,4%-uk) vitt be folsavat valamilyen

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

	Átlag	Szórás	Minimum	Maximum
Vonásszorongás	39,23	7,67	22	66
Depressziós tünetek	5,98	6,24	0	44,3
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

kiegészítő készítmény formájában. Egyéb vitaminokat viszont csak 30,5%-uk szedett rendszeresen, és csak egyharmaduk (33,2%) nem fogyasztott egyáltalán alkoholt. Az egészségmagatartás elemeinek megoszlását a 2. táblázatban láthatjuk.

2. táblázat: Az egészségmagatartás egyes elemeinek megoszlása

Egészségmagatartás		Előfordulás	Százalék	Megbízhatósági tartomány
Folsavszedés	Nem	137	44,6	39,1-50,1
	Igen	170	55,4	49,9-60,9
Készült-e várandóságára	Nem	82	26,8	21,8-31,8
	Igen	224	73,2	68,2-78,2
Dohányzás	Nem	218	71,2	66,3-76,3
	Igen	88	28,8	23,7-33,8
Vitaminszedés	Nem	210	69,5	64,3-73,7
	Igen	92	30,5	25,3-35,7
Alkoholfogyasztás	Nem	102	33,2	28,0-38,5
	Igen	205	66,8	61,5-72,0

3.2. A szorongás, a depresszió, az önbecsülés és a társadalmi tőke kapcsolata az egészségmagatartással

Független változóink valamelyike az egészségmagatartás mind az öt általunk vizsgált elemét szignifikáns mértékben magyarázta ($p = 0,01-0,001$), ám modelljeink igen csekély magyarázóerővel rendelkeztek (Nagelkerke- $R^2 = 0,035-0,109$). Legnagyobb magyarázóerővel a dohányzásra (10,9%) al-

3. táblázat. A szorongás, a depresszió, az önértékelés, a társadalmi tőke és egyes egészségmagatartás-elemek közti kapcsolat logisztikus regressziós elemzés (Forward Conditional) alapján

Függő változó	Független változó(k)	Szignifikanciaszint	Esélyhányados (OR)	95% megbízhatósági tartomány (CI)	Magyarázott variancia (Nagelkerke-R ²)
Folsavbevétel**					0,039
	Bizalom hiánya	<0,01	0,648	0,485–0,867	
Dohányzás***					0,109
	Depresszivitás	<0,001	1,106	1,060–1,154	
Vitamin-szedés**					0,036
	Szorongás	<0,01	0,954	0,922–0,987	
Alkohol-fogyasztás**					0,050
	Támogatottság	<0,01	1,571	1,144–2,156	
	Önbecsülés	<0,05	0,943	0,892–0,997	
Készült-e várandósságára**					0,035
	Szorongás	<0,01	0,955	0,923–0,988	

** a modell $p < 0,01$ szinten szignifikáns

*** a modell $p < 0,001$ szinten szignifikáns

kotott modellünk rendelkezett, a többi esetben gyakorlatilag 5% alatt maradt (3. táblázat).

Mint az táblázatunkban látható, a magasabb szintű depresszivitás a dohányzás nagyobb esélyével (EH = 1,106), a jobb önbecsülés az alkohol-fogyasztás kisebb esélyével (EH = 0,943) járt együtt. A magasabb szorongásszinteket mutatók kisebb eséllyel vittek be vitaminokat; hasonlóképpen, a környezetükkel szemben bizalmatlanok csaknem fele akkora eséllyel vittek be folsavat. Mivel a logisztikus regressziós módszeren belül alkalmazott eljárás (Forward Conditional) a független változók közötti kollinearitást, illetve kovarianciákat kiszűrve egyenként lépteti a szignifikáns változókat a modellekbe, így táblázataink csak a modellt alkotó szignifikáns prediktorokat tüntetik fel.

4. KÖVETKEZTETÉSEK

Eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy a vonásszorongás szignifikáns, negatív bejósolója volt a várandósságra való készülésnek. Bár saját vizsgálatunkban ezen összefüggéseket nem vizsgáltuk, több tanulmány azt igazolta, hogy azok, akik nem tervezték várandósságukat, kisebb gyakorisággal szedtek folsavat, illetve egyéb vitaminokat, és kevésbé hagytak fel a dohányzással és az alkoholfogyasztással (Özkan és Mete, megjelenés alatt; Orr és mtsai, 2008). Vizsgálatunkban a vitaminszedésnek a vonásszorongás, a folsavbevitelnek pedig a bizalom hiánya volt szignifikáns negatív prediktora. A dohányzás viszont a depresszióval mutatott szoros összefüggést: egy ponttal magasabb depresszióérték 10,6%-kal (95%MT: 6,0–15,4%) magasabb dohányzási valószínűséggel járt együtt. A nagyobb civil támogatottsággal rendelkezők nagyobb, míg a magasabb önértékelésűek kisebb eséllyel fogyasztottak alkoholt.

Eredményeink összhangban vannak a hazai és nemzetközi kutatások adataival, és alátámasztani látszanak a bevezetőben említett kognitív mechanizmusokat is (Kopp, 1997; Döme és mtsai, 2005; Pajulo és mtsai, 2001). A depresszív tüneteket mutatók nagyobb eséllyel dohányoztak, az alacsony önértékelésűek pedig nagyobb eséllyel fogyasztottak alkoholt, azaz mintánkban a depresszív, alacsony önértékelésű egyének hajlamosabbaknak mutatkoztak a maladaptív, önkárosító magatartásokra. Ha az egészségkép és egészségmagatartás összefüggéseit figyelmen kívül hagyjuk, akkor első látásra talán meglepőnek tűnhet, hogy a magasabb szintű vonásszorongást mutatók kisebb eséllyel készültek a várandósságukra, és ugyancsak kisebb eséllyel szedtek vitaminokat. A szorongásra jellemző kognitív torzulások, az aggódó, biztonságkereső attitűdök inkább ellenkező előjelű magatartást tételtek volna fel („aggódom, tehát mindent megteszek születendő gyermekem egészségéért”). Korábbi vizsgálatunk eredményei szerint azonban a szorongók hajlamosabbak egészségüket külsődleges egészségdeterminánsokkal magyarázni, illetve az egészségük feletti kontrollt mások kezébe adni (Bödecs és mtsai, megjelenés alatt). Ennek figyelembevételével 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 egészségmagatartáshoz 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 vizsgálatakor (Bödecs és mtsai, meg-

jelenés alatt), és hasonló tapasztalt Lindström és Axén (2004) is a Scania 2000 felmérés során. Nehezebben értelmezhető viszont a nagyobb közösségi támogatottság és az alkoholfogyasztás összefüggése. Egy lehetséges magyarázat, hogy az alkoholfogyasztás fokozatait nem mértük, így a gyakran, alkalmoszerűen és ritkán fogyasztók egy kategóriába kerültek. Könnyen lehet, hogy a nagyobb támogatottság, a kiterjedtebb kapcsolatrendszer örvendetes hatásai mellett, mintegy „mellékhatásként” valóban növeli a kismértékű, alkalmoszerű fogyasztás lehetőségét, illetve gyakoriságát.

Vizsgálatunk egyik korlátja a viszonylag alacsony elemszám, továbbá hogy a vizsgálatban részt nem vevőkről nincs adat. További hiányosság, hogy a várandósságra történő felkészülést egy eldöntendő kérdéssel (igen – nem) mértük. Összességében viszont 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 és depresszív állapotok felderítése és kezelése érdekében is, ellenkező esetben a más szempontból jól tervezett és kivitelezett intervenciók is korlátozott hatékonyságúak lehetnek.

IRODALOM

- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M. (2003): Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 3 (189): 148–154.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Aström, M., Bixo, M. (2004): Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 104 (3): 467–476.
- Aszman A. (2003): *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961): An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4: 561–571.
- Behrman, R.E., Butler, A.S. (2006): *Preterm Birth: Causes, Consequences and Prevention*. National Academy Press, Washington, DC
- Benetti, C., Kambouropoulos, N. (2006): Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 41: 341–352.
- Bennett, H.A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., Einarson, T.R. (2004): Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103 (4): 698–709.

- Berle, J.O., Mykletun, A., Daltveit, A.K., Rasmussen, S., Holsten, F., Dahl, A.A. (2005): Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. *Archives of Womens Mental Health*, 8: 181–189.
- Bödecs T., Horváth B., Kovács L., Diffelné N.M., Sándor J. (2009a): A várandósság alatti depresszió és szorongás gyakorisága az első trimeszterben hazai mintán. *Orvosi Hetilap*, 150 (41): 1888–1893.
- Bödecs T., Horváth B., Kovács L., Diffelné N.M., Sándor J. (2009b): Az egészségkép hatása az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságra magyar várandósok körében. *Egészségfejlesztés*, 5–6: 33–40.
- Bödecs T., Horváth B., Szilágyi E., Diffelné N.M., Sándor J. (megjelenés alatt): A szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke hatása a várandósok egészség-képre és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságra. *Egészségfejlesztés*
- Czeizel A.E., Dudás I. (1992): Prevention of the first occurrence of neural tube defects by periconceptional vitamin supplementation. *New England Journal of Medicine*, 327: 1832–1835.
- Dayan, J., Creveuil, C., Herlicoviez, M., Herbel, C., Baranger, E., Savoyane, C., et al. (2002): Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *American Journal of Epidemiology*, 155 (4): 293–301.
- Dayan, J., Creveuil, C., Marks, M.N., Conroy, S., Herlicoviez, M., Dreyfus, M., et al. (2006): Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: A prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosomatic Medicine* 68 (6): 938–946.
- Döme P., Rihmer Z., Gonda X., Pestality P., Kovács G., Teleki Z., et al. (2005): Cigarette smoking and psychiatric disorders in Hungary. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9: 145–148.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., Golding, J. (2001): Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323: 257–260.
- Faden, V.B., Hanna, E., Graubard, B.I. (1997): The effect of positive and negative health behaviour during gestation on pregnancy outcome. *Journal of Substance Abuse*, 9: 63–76.
- Gavin, N.I., Gaynes, B.N., Lohr, K.N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., Swinson, T. (2005): Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106 (5): 1071–1083.
- Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J., Glover, V. (2004): The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80 (1): 65–73.
- Johnell, K., Lindström, M., Melander, A., Sundquist, J., Eriksson, Ch., Merlo, J. (2006): Anxiolytic-hypnotic drug use associated with trust, social participation, and miniaturization of community: A multilevel analysis. *Social Science & Medicine*, 62: 1205–1214.
- Kopp M. (1997): A reménytelenség szerepe a betegségek létrejöttében, ennek jelentősége a mai magyar társadalomban. *Kórház*, 3: 4–10.
- Kopp M., Skrabski Á. (1995): *Magyar lelkiállapot*. Végeken Alapítvány, Budapest
- Lindström, M., Axén, E. (2004): Social capital, the miniaturization of community and assessment of patient satisfaction in primary healthcare: A population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32: 243–249.
- McConnel, S., Jacka, F.N., Williams, L.J., Dodd, S., Berk, M. (2005): The relationship between depression and cardiovascular disease. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9: 157–167.

- Mills, J.L., Graubard, B.I., Harley, E.E., Rhoads, G.G., Berendes, H.W. (1984): Maternal alcohol consumption and birth-weight: how much drinking during pregnancy is safe? *Journal of American Medical Association*, 252: 1875–1879.
- O’Keane, V., Marsh, M.S. (2007): Depression during pregnancy. *BMJ*, 334: 1003–5.
- Orr, S.T., James, S.A., Reiter, J.P. (2008): Unintended pregnancy and prenatal behaviour among urban, black women in Baltimore, Maryland: The Baltimore Preterm Birth Study. *Annals of Epidemiology*, 18: 545–551.
- Orr, S.T., Reiter, J.P., Blazer, D.G., James, S.A. (2007): Maternal prenatal pregnancy-related anxiety and spontaneous preterm birth in Baltimore, Maryland. *Psychosomatic Medicine*, 69 (9): 566–570.
- Orr, S.T., Sherman, A.J., Blackmore, P.Ch. (2002): Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm birth among African-American women in Baltimore, Maryland. *American Journal of Epidemiology*, 156: 797–802.
- Özkan, I.A., Mete, S. (in press): Pregnancy planning and antenatal health behaviour: findings from one maternity unit in Turkey. *Midwifery*, doi: 10.1016/j.midw.2008.07.005
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Helenius, H., Piha, J. (2001): Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders*, 65 (1): 9–17.
- Pakenham, K.I., Smith, A., Rattan, S.L. (2007): Application of a stress and coping model to antenatal depressive symptomatology. *Psychology, Health, & Medicine*, 12 (3): 266–277.
- Pék Gy., Égerházi A., Kovács M. (2003): Pszichológiai tesztek, diagnosztikai kérdőívek, tünetbecslő skálák. In: Kovács M. (szerk.). *Időskori depresszió és szorongás*. Springer Tudományos Kiadó, Budapest, 141–157.
- Rahman, A., Bunn, J., Lovel, H., Creed, F. (2007): Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115 (6): 481–486.
- Roesch, S.C., Weiner, B., Vaughn, A.A. (2002): Cognitive approaches to stress and coping. *Current Opinion in Psychiatry*, 15 (6): 627–632
- Rosenberg, M. (1965): *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press, Princeton, NJ
- Rózsa S., Szádóczky E., Füredi J. (2001): A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16 (4): 384–402.
- Savitz, D.A., Pastore, L.M. (1999): Causes of prematurity. In: McCormick, M.C., Siegel, J.E. (Eds). *Prenatal Care: Effectiveness and Implementation*. Cambridge University Press, Cambridge, 63–104.
- Seretti, A., Olgiati, P., Colombo, C. (2005): Components of self-esteem in affective patients and non-psychiatric controls. *Journal of Affective Disorders*, 88: 93–98.
- Sipos K., Sipos M. (1983): The development and validation of the Hungarian form of the State-Trait Anxiety Inventory. In: Spielberger, C.D., Dia-Guerrero, R.R. (Eds). *Cross-Cultural Anxiety*. Hemisphere Publishing Corporation, Washington, New York, London, 27–39.
- Skrabski A., Kopp M., Kawachi, I. (2004): Social capital and collective efficacy in Hungary: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58: 340–5.
- Smithells, R.W., Nevin, N.C., Seller, M.J., Shepard, S., Harris, R., Read, A.P., et al. (1983): Further experience of vitamin supplementation for prevention of neural tube defect recurrences. *Lancet*, 1: 1027–1031.

- Spielberger, C.D., Goeschel, R.L., Lushene, R.E. (1970): *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
- Subramanian, S.V., Kim, D.J., Kawachi, J. (2002): Social trust and self-related health in US communities: A multilevel analysis. *Journal of Urban Health*, 79: 521–534.
- Teixeira, J.M., Fisk, N.M., Glover, M. (1999): Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *British Medical Journal*, 8 (318): 1288–1289.
- Troppmann, L., Gray-Donald, K., Johns, T. (2002): Supplement use: Is there any nutritional benefit? *Journal of the American Dietetic Association*, 102: 818–825.
- Werler, M.M., Hayes, C. Louik, C., Shapiro, S., Mitchell, A.A. (1999): Multivitamin supplementation and risk of birth defects. *American Journal of Epidemiology*, 150: 675–682.
- Yates, A.A., Schlicker, S.A., Suitor, C.W. (1998): Dietary reference intakes: the new basis for recommendations for calcium and related nutrients. *Journal of the American Dietetic Association*, 98: 699–706.

Köszönetnyilvánítás, érdekek ütközése, etikai engedélyezés. Kutatásunk lefolytatásához az Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi Tudományos Tanácsának pályázata (ETT:137/2006.) nyújtott támogatást. A támogatók kutatómunkánkat semmilyen formában nem befolyásolták, érdekeltség, érdekellentét nem állt fenn. A kutatási protokollt a Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Centrumának Etikai Bizottsága hagyta jóvá (No. 15-3460/2007.).

BÖDECS, TAMÁS – HORVÁTH, BOLDIZSÁR – SZILÁGYI, ENIKŐ –
DIFFELNÉ NÉMETH, MARIETTA – SÁNDOR, JÁNOS

ASSOCIATIONS OF TRAIT ANXIETY, DEPRESSION, SELF-ESTEEM AND SOCIAL CAPITAL WITH HEALTH BEHAVIOUR IN EARLY PREGNANCY

Background: The negative effects of antenatal depression and anxiety on neonatal outcomes seem to be proven by several authors; however, others did not reveal similar associations. Antenatal depression and anxiety may act on foetal development through physiological or endocrine changes and maternal health behaviour.

Aim: The aim of the present research was to explore the association of antenatal trait anxiety, depression, self-esteem, social capital, and health-behaviour among Hungarian pregnant women. Higher levels of trait anxiety and depression, and lower levels of self-esteem were hypothesized to be associated negatively with health-conscious behaviour.

Methods: We have established a population-based monitoring system in 10 districts of health visitors in Szombathely. The system covered every woman who was registered as pregnant between 1st February 2008 and 1st February 2009. Three hundred and seven expectant women in the early stage of their pregnancy were surveyed using the Short Form of Beck Depression Inventory, which enabled the measurement of depressive symptomatology, whereas the Spielberger Trait Anxiety Inventory was used for the measurement of anxiety and Rosenberg's Self-Esteem Scale for self-esteem. Social capital was measured by

lack of social trust, reciprocity between citizens, and help received from civil organizations on a 0 to 3 scale. Associations were established by multivariate binary logistic regression.

Results: Higher levels of trait-anxiety corresponded with less preparation for pregnancy (OR = 0.955; 95%CI = 0.923–0.988) and vitamin-intake significantly (OR = 0.954; 95%CI = 0.922–0.987), while higher level of depression was positively associated with smoking (OR = 1.106; 95%CI = 1.060–1.154). Those, who were distrustful of other people, had a lower chance for folate-supplementation (OR = 0.648; 95%CI = 0.485–0.867). Those with higher levels of self-esteem tended to consume less alcohol (OR = 0.943; 95%CI = 0.892–0.997), while those who received higher levels of civil support tended to consume more (OR = 1.571; 95%CI = 1.144–2.156).

Conclusions: Trait anxiety, depression, self-esteem and social capital were associated negatively with health-conscious behaviour.

Keywords: pregnancy, trait anxiety, depression, self-esteem, social capital, health-behaviour