



**Pálmainé Gál Mária Erzsébet**<sup>1</sup>  
szakvédőnő

**Dr. Karácsony Ilona Hajnalka**  
**PhD., habil.**<sup>2</sup>  
egyetemi docens  
ORCID: 0000-0003-3336-9376

**Dr. Csákvári Tímea, PhD.**<sup>3</sup>  
adjunktus  
ORCID: 0000-0002-3339-4953

**Prof. Dr. Pakai Annamária**  
**PhD. habil**<sup>4</sup>  
egyetemi tanár  
ORCID: 0000-0002-2849-1310

*Kapcsolattartó szerző:*  
Dr. Csákvári Tímea, PhD.  
8900 Zalaegerszeg,  
Landorhegyi út 33.  
timea.csakvari@etk.pte.hu  
+36 92 / 323- 020

## Antenatális szorongás és depresszió vizsgálata a szociodemográfiai tényezők tükrében

## Antenatal Anxiety and Depression in the Light of Sociodemographic Factors

<sup>1</sup> Óbuda-Békásmegyer Védőnői Szolgálat

<sup>2</sup> PTE ETK Egészségtudományi Alapozó, Szülésznői és Védőnői Intézet, Prevenációs és Perinatális Tanszék

<sup>3</sup> PTE ETK Egészségbiztosítási Intézet, Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Szervező Tanszék

<sup>4</sup> PTE ETK Sürgősségi, Egészségpedagógiai és Ápolástudományi Intézet

### Absztrakt

**A vizsgálat célja:** Felmérni a depresszió és szorongás mértékét, valamint azok összefüggéseit szociodemográfiai tényezőkkel várandósok körében. **Anyag és módszer** Kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálatunkat 2023 október-december között végeztük a 7-40. terhességi hetet betöltött várandósok körében (N=105). Saját készítésű és validált kérdőívvel (Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS], Beck Szorongás Leltár [BAI]) gyűjtött adatainkat leíró és matematikai statisztikai módszerekkel (korrelációanalízis, ANOVA, t-próba, <sup>2</sup>-próba) SPSS program használatával elemeztük ( $p < 0,05$ ). **Eredmények:** A megkérdezettek átlagéletkora  $30,09 \pm 6,15$  év. Az EPDS átlagpontszám  $5,95 \pm 4,33$  pont, míg a BAI átlaga  $18,05 \pm 8,50$  pont. Az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők, az alacsonyabb jövedelemszinten élők, valamint az egyedülállók depresszió rizikóskálán mért értékei magasabbak voltak ( $p < 0,05$ ), azonban az EPDS pontszáma a kórelőzményben szereplő vetélés és a gesztációs kórral nem mutatott szignifikáns különbséget ( $p > 0,05$ ). **Következtetések:** A várandósság alatti depresszió növelheti a postpartum depresszió megjelenését. Fontos időben szakemberhez irányítani a kiszűrt várandósokat. A veszélyeztetett csoport számára megfelelő ellátási vonal felkínálása hozzájárul az anya jól-létének és a csecsemő optimális fejlődésének, egészségi kimenetelének elősegítéséhez.

**Kulcsszavak:** depresszió, szorongás, várandósság, EPDS-skála, védőnő

## Abstract

**Objectives:** To assess the level of depression anxiety and related sociodemographic factors among pregnant women in Hungary. **Materials and methods:** We conducted a cross-sectional study among pregnant women between the 7th- 40th weeks of gestation (N=105). Self-designed and validated questionnaires (Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS], Beck Anxiety Inventory [BAI]), were used analyzed by descriptive statistics and ANOVA, t-test,  $\chi^2$ -test with SPSS software ( $p < 0.05$ ). **Results:** The mean age was  $30.09 \pm 6.15$  years. The mean EPDS score was  $5.95 \pm 4.33$ , the mean BAI score was  $18.05 \pm 8.50$ . Participants with lower educational attainment, lower income levels, and those living alone showed higher scores on the depression scale ( $p < 0.05$ ) but did not differ significantly in relation to a history of miscarriage or gestational trimester ( $p > 0.05$ ). **Conclusions:** Antenatal depression may increase the likelihood of postpartum depression. It is important to refer at-risk pregnant women to specialists. Offering an appropriate care pathway for the at-risk group contributes to the mother's well-being and promotes the infant's optimal development and health outcomes.

**Keywords:** depression, anxiety, pregnancy, EPDS-scale, health visitor

---

### Rövidítések jegyzéke

*EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale (Edinburgh Posztnatális Depresszió Skála)*

*BAI: Beck Anxiety Inventory (Beck Szorongás Leltár)*

*BMI: Body Mass Index (testtömegindex)*

---

## Bevezetés

A várandósság a legtöbb esetben pozitív, vágyakozással teli időszak kezdetét jelenti, ugyanakkor a szülővé válás folyamata a fejlődéslélektan szempontjából normatív krízisnek tekinthető, amely jelentős pszichés és környezeti alkalmazkodást igényel. E fokozott terhelés talaján a várandósság ideje alatt egyes nőknél klinikailag jelentős mentális zavarok, elsősorban szorongásos és depresszív tünetek alakulhatnak ki. A depresszió klinikai képére jellemző lehet a tartós lehangoltság, az örömtelenség, a testtömeg- és alvásváltozások, az alacsony önértékelés, a fáradtság, valamint a halállal vagy öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok megjelenése; a pontos diagnózis felállításához azonban elengedhetetlen a tünetek meghatározott időtartamon át történő fennállása a diagnosztikai

kritériumoknak megfelelően. (Kopcsó, 2020) A Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat adatai szerint a várandós nők 15,7%-a arról számolt be, hogy az idő nagy részében idegesnek, szorongónak vagy feszültnek érzi magát. A szorongásos tünetek jóval gyakoribbak azok körében, akik nem élnek együtt partnerrel, negyedik vagy további gyermeküket várják, a háztartásuk jövedelme az alsó ötödbe tartozik, 24 év alattiak, alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek, illetve a teherbe esés időpontja nem az általuk tervezetteknek megfelelő. A szüléssel kapcsolatos aggodalmak tekintetében a várandósok 38,2%-a tartott attól, hogy a vajúdas vagy a szülés nehéz vagy komplikált lesz, 37% a magzat egészségével kapcsolatban érzett félelmet, míg 32,4%-uk a magzat méhen

belüli fejlődése és gyarapodása miatt aggódott. Ezzel szemben a depresszióra utaló tünetek átlagosan nagyon alacsony gyakorisággal jelentkeztek, és még ritkábban fordultak elő azoknál, akik házasságban élnek, első gyermeküket várják, magasabb iskolai végzettséggel és jövedelemmel rendelkeznek, valamint a terhességet előre megtervezték (Veroszta et al., 2021).

A családalapításra vagy -bővítésre irányuló első próbálkozások nem minden esetben sikeresek, ami jelentős lelki megterheléssel járhat. Az így kialakuló érzelmi nehézségek feldolgozása – szükség esetén szakember bevonásával – kiemelten fontos annak érdekében, hogy ne alakuljon ki tartós szorongás vagy depresszió. Az első trimeszterben jelentkező fizikai tünetek (pl. fáradtság, hányás, hányinger, fogyás) mellett a lelki rizikófaktorokkal is meg kell küzdeni (pl. fejlődő magzat egészsége miatti félelem). Általában a 2. trimeszter egy nyugodtabb szakasza a várandósságnak, azonban a 3. trimeszterben újra fokozódhatnak a szorongásos tünetek a szülés közeledtével, testkép megváltozásával, hangulatingadozásokkal, a szülés utáni kérdésekkel (pl. „*Elég jó anya leszek?*”).

Megfigyelhető az is, hogy szociodemográfiai adatok is befolyással lehetnek a depresszióra való hajlamra. Az alacsony iskolázottság, kedvezőtlen szocioökonómiai helyzet, munkanélküliség, párkapcsolati státusz (egyedülállóság, nem együttélés partnerrel) mind a terhesség alatti depresszió fokozott kockázatával járnak (Bödecs et al., 2013). Egy felmérésben azok a várandós nők értek el magasabb pontszámot az Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) kérdőíven, akik egyedülállóak voltak, fokozottan tartottak a várandósság alatti szövődményekről, anamnézisükben krónikus betegség és halvaszülés szerepelt, terhességük nem volt

tervezett, korábban egy vagy több negatív életeseeményt éltek át, valamint intim partnerrel kapcsolatos erőszaknak voltak kitéve (Beyene et al., 2021).

A védőnőknek kiemelt szerepük van a várandósság alatti és a szülést követő időszak mentális egészségének prevenciójában és a pszichés zavarok korai felismerésében, mivel a családokkal szoros, rendszeres szakmai kapcsolatot tartanak fenn (Rákóczi et al., 2024; Rákóczi et al., 2025). A védőnő feladata, hogy a várandós és a gyermekágyas időszakban segítse az édesanyát a testi-lelki változások megértésében, a kóros tünetek felismerésében, és abban, hogy szükség esetén időben jelezni tudjon, illetve megfelelő szakmai segítséget vegyen igénybe. Különbféle egyéni vagy csoportos foglalkozások keretében – az olyan (korábban már említett) rizikótényezők, mint az egyedüllét, a nem tervezett terhesség vagy a korábbi negatív életeseemények feldolgozásán keresztül – a szorongás jelentősen csökkenthető, és mérsékelhető a depresszió kialakulásának kockázata. Az ismeretlentől való félelmet lehet csökkenteni azzal, hogy információt adunk a várandós anyáknak, így már kevésbé lesz ijesztő számukra a kialakult helyzet (pl. testkép változás, hormonok hatásai, szüléstől való félelem). A folyamatos kapcsolattartás megerősíti a várandóst abban, hogy nincs egyedül, van mellette egy olyan szakember, akire számíthat, akivel megoszthatja a félelmét, problémáját. Amennyiben sikerül elérni, hogy a félelmek miatt ne alakuljon ki nagyfokú depresszió vagy szorongás, akkor egy boldog és változatos időszak átéléséhez tudjuk hozzásegíteni a kismamákat.

A kutatásunk célja, hogy felmérjük a várandósság alatti depresszió és szorongás mértékét, valamint összevessük azokat egyes szociodemográfiai változókkal.

## Anyag és módszer

Kvantitatív, keresztmetszeti, leíró jellegű vizsgálatunkat egy budapesti, III. kerületi védőnői szolgálatnál végeztük 2023 október és december között. A mintavételhez nem véletlenszerű, célirányos kiválasztás módszerét alkalmaztuk. Beválasztási kritérium volt, hogy a gravida minimum 7., maximum a 40. terhességi hetét betöltse. Kizártuk azokat, akiknél diagnosztizált pszichiátriai betegség szerepelt kórelőzményükben, illetve azokat, akik a kérdőív >70%-át nem töltötték ki. Az így kialakult végső elemszám összesen 105 fő volt.

Az adatgyűjtéshez egyrészt saját készítésű kérdőívet használtunk, mely az alábbi kérdésköröket tartalmazta: szociodemográfiai adatok (életkor, lakhely, családi állapot, iskolai végzettség, egy főre jutó jövedelem, munkaerőpiaci aktivitás), paritás. A szorongás és depresszió mértékét validált eszközökkel mértük: az Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Nagy et al., 2011), valamint a Beck Anxiety Inventory-t (BAI) használtuk (Beck et al., 1988). Az EPDS egy a depresszió rizikó mértékét vizsgáló validált teszt, mely 10 kérdésből áll, és az elmúlt hét érzelmi állapotára kérdez rá (pl. az elmúlt héten érzett-e ok nélkül félelmet, szorongást, sírt-e, illetve voltak-e önbántalmazással kapcsolatos gondolatai). A kérdőíven elérhető legmagasabb pontszám 30, és minél magasabb értéket ér el a válaszadó, annál nagyobb a depresszió kockázata. Az EPDS kérdőív értelmezése ugyanakkor több szempont együttes mérlegelését igényli. Amennyiben a 10. kérdésre („Eszébe jutott-e, hogy kárt tehetne magában?”) legalább 1 pontot jelöl a kitöltő, a kapott összpontszámtól függetlenül indokolt pszichológushoz vagy pszichiáterhez irányítani. A pontszámok alapján történő értékelésnél 12 pont alatt ele-

gendő a családi és védőnői támogatás, 12 ponttól felfelé pedig szakember felkeresése javasolt. A BAI az elmúlt hónap során tapasztalt, szorongással összefüggő tünetek gyakoriságát méri. A kérdőív 20 állítást tartalmaz, amelyekre 0–3 pontos Likert-skálán adható válasz. A maximumon elérhető pontszám 60; 22 pont feletti eredmény esetén a jelentkező tünetek miatt szakember segítségének igénybevétele javasolt.

A kutatás során leíró statisztikai elemzést (átlag, szórás, minimum, maximum, abszolút gyakoriság, relatív gyakoriság), matematikai statisztikai próbákat (ANOVA, t-próba, 2-próba, Pearson korrelációanalízis) alkalmaztuk a változók közötti összefüggések vizsgálatára. A feldolgozott eredményeket átlag- és gyakoriság megbízhatósági tartománnyal prezentáltuk. Az eredményeket  $p < 0,05$  mellett tekintettük szignifikánsnak. Az adatfeldolgozás SPSS 27.0 szoftverrel valósult meg.

A válaszadók a kérdőív kitöltésével adták beleegyezésüket a kutatásban való részvételre. A kérdőív kitöltése teljes mértékben anonim és önkéntes volt, a benne szereplő adatokat kizárólag tudományos célokra használtuk fel, egyéni azonosításra alkalmatlan módon gyűjtöttük és kezeltük azokat. Minden tekintetben a kutatás a Helsink Deklaráció figyelembevételével került lebonyolításra.

## Eredmények

### A minta jellemzése

A kérdőívet 105 olyan válaszadó nő töltötte ki, akik a kérdőív kitöltésekor várandósságuk 7-38. hetét töltötték. A kérdőívet megválaszolók átlagéletkora  $30,09 \pm 6,15$  év, a legfiatalabb kitöltő 18 éves, míg a legidősebb várandós 44 éves. A legfontosabb szociodemográfiai adatokat az I. táblázat tartalmazza.

I. táblázat: A minta szociodemográfiai jellemzői (N=105)

Változó		Elemzészám (fő)	Megoszlás (%)
KORCSOPORT	18-30 éves	58	55,24
	31-44 éves	47	44,76
CSALÁDI ÁLLAPOT	Házasság / élettársi kapcsolatban él	85	80,95
	Elvált / özvegy	20	19,05
ISKOLAI VÉGZETTSÉG	8 általános	4	3,81
	szakiskola	4	3,81
	középfokú	57	54,28
	felsőfokú	40	38,1
FOGLALKOZÁS	Aktív dolgozó	75	71,43
	Nem végez keresőtevékenységet	30	28,57
EGY FŐRE JUTÓ JÖVEDELEM	100.000 forint alatt	16	15,24
	100.000-300.000 forint	45	42,86
	300.000-600.000 forint	39	37,14
	600.000 felett	5	4,76

A testtömegindex (BMI) alapján a várandósok 9,52%-a (n=10) a sovány, 10,48%-a (n=11) a túlsúlyos, 3,81%-a (n=4) az elhízott kategóriába tartozott, míg a többség a normál tartományba esett (76,19%, n=80). Az átlagos BMI-érték  $22,25 \pm 3,29$  kg/m<sup>2</sup> volt, az egyéni értékek 14,20 és 34,06 kg/m<sup>2</sup> között alakultak.

A várandósság adatait tekintve a megkérdezettek átlagosan  $22,51 \pm 7,50$  terhességi hetüket töltötték. A megadott adatok alapján 11,43% (n=12) tartozott az első trimeszterbe (12. hétig), 60,00% (n=63) a második trimeszterbe (13-27. hét), míg 28,57% (n=30) a 3. trimeszterben volt (28-40. hét). A nők több mint fele (60%, n=63 fő)

az első gyermekét várta, 24,76%-uknál (n=26) a jelenlegi a második, 13 fő a harmadik (12,38%) és három fő a negyedik gyermekét várta a kérdőív kitöltésekor (2,86%).

A kérdésre adott válaszokból kimutatható, hogy a minta kétharmada tervezte a gyermekvállalást (66,67%, n=70), a többi esetben (33,33%, n=35) nem volt tervezett a teherbe esés.

A következő kérdés arra irányult, hogy a kitöltők kértek-e az elmúlt időszakban szakembertől (pszichológustól, pszichiátertől) segítséget. A kérdésre adott feleletek alapján következtethetünk arra, hogy a várandósság során fellépő

hormonális és pszichoszociális hatások milyen mértékű érzelmi állapotváltozásokat idézhetnek elő az egyes személyeknél. Csupán a minta 2,86%-a (n=3) vett igénybe szakemberi segítséget, míg a válaszadók döntő többsége nem részesült orvosi vagy pszichológiai kezelésben (97,14%, n=102).

A kutatás során a megkérdezettek jelentős részénél (91,43%, n=96) nem fordult elő semmilyen komplikáció előző várandósságai során, összesen 8,57%-uknál (n=9) nem zajlott problémamentesen. Utóbbi alcsoportban a leggyakrabban előforduló probléma a várandósság alatti vérzés (33,33%, n=3), a terhességi vészes hányás és koraszülés (22,22%, n=2 mindkettő esetben), valamint méhlepény leválás, és hegszétválás (11,11 %; n=1 mindkettő esetben). A válaszadók 38,10 %-ánál (n=40) fordult elő korábbi vetélés, és 2,86%-a (n=3 fő) előzményében szerepelt halvaszülés. Alacsony százalékos aránynak tűnik, ugyanakkor a családok életében ez rendkívül súlyos veszteség, amelynek feldolgozása során számos esetben szükség lehet szakember segítségére. Maga a veszteségélmény jelentősen növelheti a depresszió kialakulásának kockázatát.

A kérdőív kitért arra is, hogy a válaszadó nők körében milyen pszichés tünetek – például hangulatingadozás, alvászavar vagy étvágytalanság – fordulnak elő. Hangulatingadozással rendelkeztek a legtöbben (40,95%, n=43), míg 35,24 %-nál (n=37 fő) alvászavar is előfordult, a legkisebb mértékben pedig az étvágytalanságot jelölték (23,81%; n=25). Megvizsgálva azt is, hogy volt-e olyan tünet, ami többször fordult elő egy-egy várandósnál az az eredmény született, hogy egy tünettel rendelkezett a válaszadók 69,53%-a (n=73), a felsorolt három tünet közül kettőtől szenvedett 12,38% (n=13), minimálisan, mindösszesen 1,90%-nál (n=2) fordul elő mind-

három tünet. 16,19%-uk (n=17) a felsorolt tünetek közül egyiket sem jelölte meg.

### **Az EPDS és BAI kérdőívek eredményei**

Kutatásunk eredményei szerint a vizsgálatban résztvevő várandósok 91,43%-a (n=96) 12 pont alatti értéket ért el az EPDS kérdőíven, ami esetükben nem indokolja szakember bevonását, míg 8,57%-uknál (n=9) a kapott pontszám alapján a fennálló probléma megfelelő szakmai kezelése javasolt. A minta 3,81%-ánál (n=4) a 10 kérdésre legalább 1 pontot jelöltek, és közülük kettő esetében a teljes EPDS-pontszám önmagában is indokolta volna szakember bevonását. Az átlagpontszám  $5,95 \pm 4,33$  pont, az értékek 0 és 21 pont között alakultak.

A BAI kérdőívvel mért átlagpontszám  $18,05 \pm 8,50$  pont. A minimum elért pontszám 0, míg a maximum pontszám 45 volt a 60-ból. A várandósok 75,24%-a (n=79) 22 pont alatti pontszámot ért el, 24,76%-a (n=26) pedig meghaladta a 22 pontot, mely esetében szakember igénybevétele javasolt. Összességében erős, pozitív korrelációt találtunk a két kérdőív pontszáma között: elmondható, hogy a magasabb szorongás a depresszív tünetek magasabb előfordulásával is jár ( $r=0,777$ ;  $p<0,001$ ).

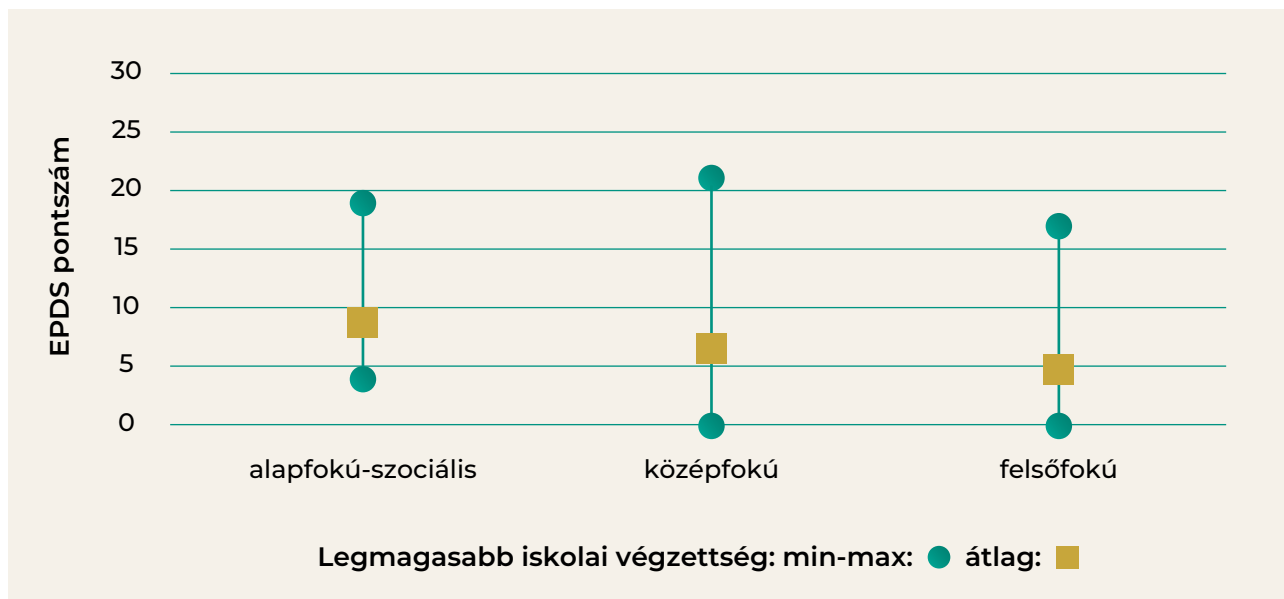
### **Szociodemográfiai faktorok és a depresszió, szorongás kapcsolata**

A 105 kitöltött kérdőív adatai alapján az általános iskolai végzettségűek körében a depresszió rizikó átlagpontszáma  $10,75 \pm 5,91$  pont volt; a szakiskolát végzeteknél  $7,50 \pm 5,07$  pont, az érettségivel rendelkezők esetében  $6,40 \pm 4,40$  pont, míg a főiskolai/egyetemi végzettségűeknél  $4,68 \pm 3,61$  pont. Mindezekkel együtt az iskolai végzettség és az EPDS pontszám között egyutas varianciaanalízis szignifikáns különbsé-

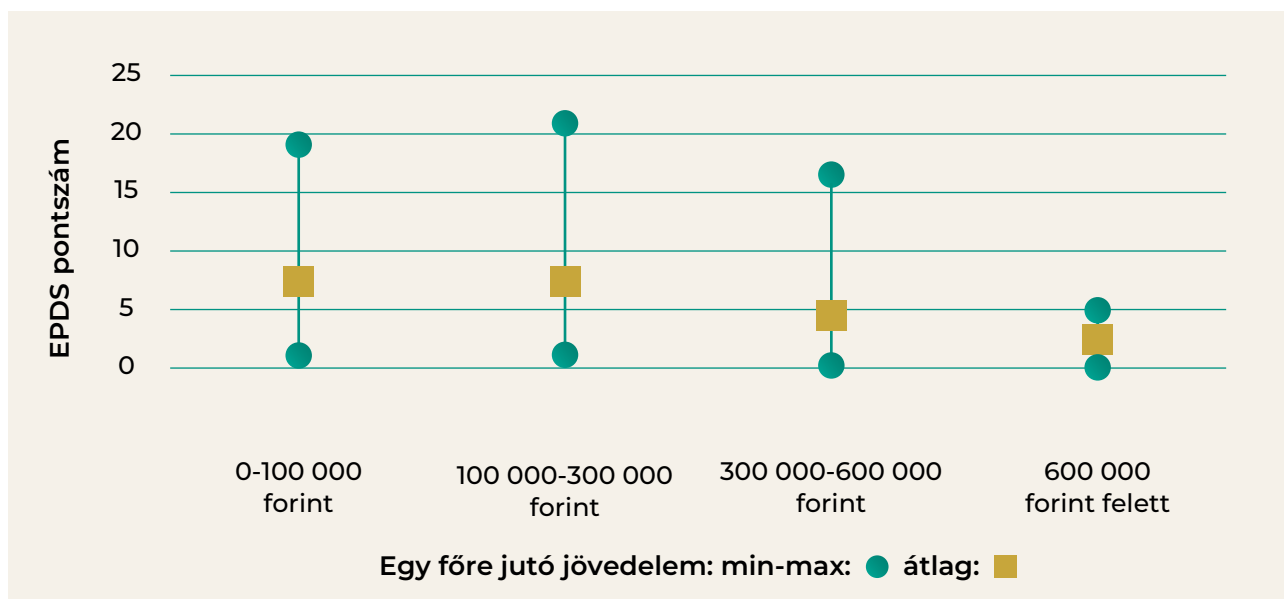
get mutat. ( $F=4,476$ ,  $p=0,014$ ). Post Hoc teszttel (Tukey HSD) a szakmunkás vagy annál alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező nők és a diplomás nők között igazolható a különbség ( $p=0,014$ ). Ebben az esetben az átlag pontszám  $9,13 \pm 5,38$  pont, szakmunkás vagy annál keve-

sebb végzettséggel rendelkezőknél, érettségizettek körében  $6,40 \pm 4,40$  pont, az egyetemi/főiskolai végzettséggel rendelkezőknél pedig  $4,68 \pm 3,61$ ). A diplomások és szakmunkás, vagy annál kevesebb végzettséggel rendelkezők közötti különbség szignifikáns ( $p=0,020$ ). (1. ábra)

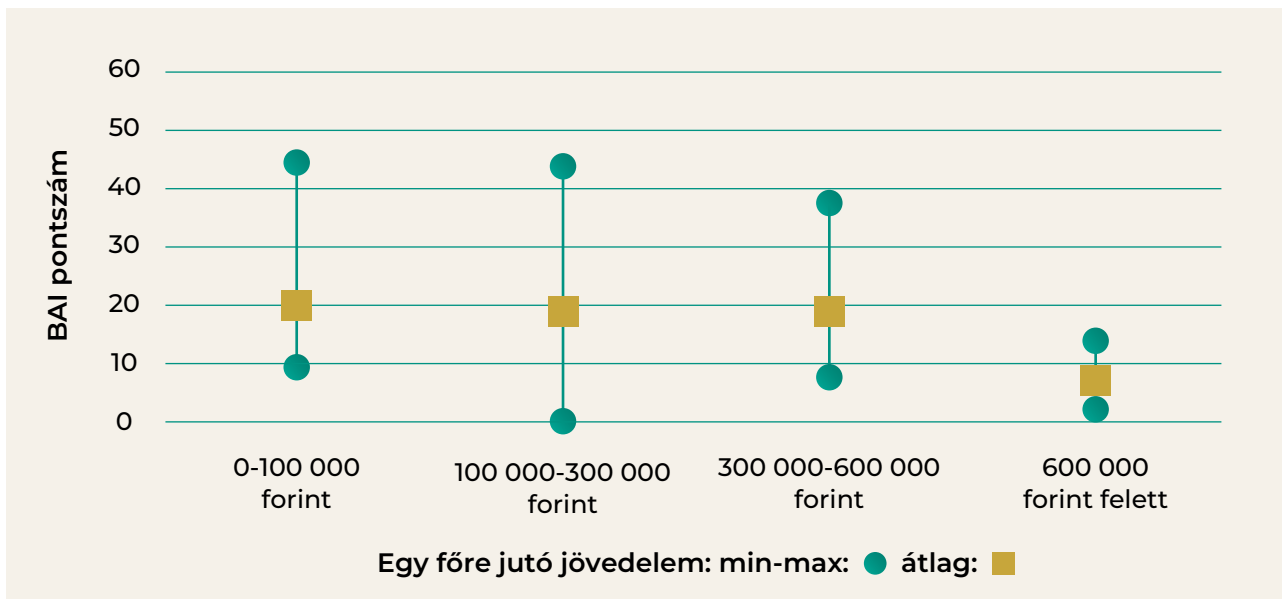
1. ábra: Az EPDS kérdőív eredményei iskolai végzettség szerint (N=105)



2. ábra: Az EPDS (a) kérdőív eredményei iskolai végzettség szerint (N=105)



3. ábra: A BAI (b) kérdőív eredményei iskolai végzettség szerint (N=105)



Bár a szorongás nem mutatott összefüggést az iskolai végzettséggel ( $p > 0,05$ ), a családban egy főre jutó jövedelemszint azonban a depresszió ( $p = 0,010$ ) és szorongás ( $p = 0,019$ ) mértékére is hatással lehet. A magasabb jövedelemszinten élő gravidák körében alacsonyabb a depresszió- és szorongásmérték. (2a és 2b ábra)

Az egyedülállók EPDS átlaga  $8,6 \pm 3,88$  pont, a házastársi, élettársi kapcsolatban élők átlaga  $5,32 \pm 4,21$  pont. Kétmintás t-próbával igazolható, hogy az egyedülállók magasabb pontszámot értek el ( $t = 3,168$ ,  $p = 0,002$ ). Hasonlóan, a szorongást mérő BAI pontszáma is szignifikánsan magasabb az egyedülállóknál ( $M = 25,05 \pm 8,13$ ), mint a kapcsolatban/házasságban élőkénél ( $M = 16,40 \pm 0,75$ ;  $p < 0,001$ ).

Nem találtunk ugyanakkor szignifikáns összefüggést sem a BMI értéke, sem az életkor és az EPDS és BAI pontszámok között ( $p > 0,05$ ).

Szintén nem tudtuk bizonyítani a kórelőzményben szereplő vetélés hatását sem a depresszió, sem a szorongás mértékére; a vetélést átéltek átlagos EPDS és BAI pontszámai kevesebb, mint 1 ponttal tértek csak el ( $p > 0,05$ ). A várandósság tervezettségére azonban befolyásoló tényezőnek bizonyult a szorongás előfordulásában: azok, akiknél nem tervezett volt a terhesség, magasabb BAI ( $M = 21,34 \pm 8,91$ ) pontszámot értek el, mint azok, akiknél előre tervezett volt ( $M = 16,40 \pm 7,85$ ;  $p = 0,004$ ).

Eredményeink szerint a depresszió és a szorongás mértéke nem mutatott szignifikáns összefüggést a trimeszterrel, a gyógyszereszedéssel, a társbetegségekkel, illetve az olyan gyakori tünetekkel, mint az étvágytalanság, a hangulatingadozás vagy az alvászavar ( $p > 0,05$ ). Pozitív korrelációt találtunk ugyanakkor a vizsgált pszichés tünetek számával: azoknál, akiknél egyszerre több tünet – hangulatingadozás, alvászavar, étvágytalanság – is jelen volt, magasabb BAI-pontszámot mértünk ( $r = 0,251$ ;  $p = 0,010$ ).

## Megbeszélés

Budapest III. kerületében zajló kutatásunk célja az volt, hogy felmérjük a gravidák körében a várandósság alatti depresszió rizikó és szorongás mértékét, valamint ezek összefüggését a szociodemográfiai jellemzőkkel.

A szorongás és a depresszió egymással gyakran társuló, de nem azonos kórképek; tüneteik és lefolyásuk több lényeges ponton különbözik. A rövid ideig fennálló, helyzethez kötött szorongás adaptív funkciót tölthet be, mivel fokozza az éberséget, támogatja a motivációt és a problémamegoldást, például élethelyzetváltások során. Ezzel szemben a tartósan fennálló, az élet mindennapi működésébe beépülő szorongás már kórosnak tekinthető, és jelentős életminőségromlást okozhat (Baldwin et al., 2002). A szorongás testi tünetei közé tartozhat a kipirulás, szájszárazság, fokozott izzadás, heves szívdobogásérzés, mellkasi szorító érzés, hasmenés, gyakori vizeleti inger, valamint a vázizomzat tartós feszülése. Érzelmi szinten jellegzetes a félelemhez hasonló, fokozott idegi feszültség és szorongató belső nyugtalanság. Magatartási szinten alvászavar, feledékenység, kényszeres ellenőrzési készletelés (például egyazon cselekvés többszöri ellenőrzése) jelentkezhet. A szorongásos gondolkodásra jellemzőek a veszélyre és veszélyeztetettségre fókuszáló automatikus gondolatok, például pánikzavar esetén „rosszul leszek, infarktusom lesz”, hipochondriában „súlyos, ismeretlen betegségben szenvedek”, szociális fóbiában pedig „megszégyenülök, leégek, butának tartanak” (Yaribegi et al., 2017).

Eredményeink szerint az egyedülálló várandósok magasabb depresszióra és szorongásra utaló rizikó pontszámot értek el. Ez összhangban áll több nemzetközi és hazai vizsgálattal, amelyek a partneri/társas támogatás hiányát

a depresszió kiemelt rizikófaktoraként azonosították. A nemzetközi adatok alapján partneri támogatás jelenléte akár jelentősen csökkentheti a depresszió esélyét, míg partner nélküli státusz, családi konfliktusok és alacsony társas támogatás magasabb átlagpontszámokkal jár.

Az iskolai végzettség tekintetében az alacsonyabb végzettségű csoport a hazai és nemzetközi kutatások szerint is nagyobb kockázatnak van kitéve depresszió és szorongás szempontjából, ami részben a kedvezőtlenebb munkaerőpiaci helyzethez és jövedelmi viszonyokhoz köthető (Marmot, 2005; Kopcsó, 2020). Saját mintánkban az alacsony iskolai végzettségűek aránya alacsonyabb volt, ugyanakkor eredményeink azt mutatták, hogy az iskolai végzettség szignifikáns kapcsolatban áll a depresszió kockázatával. Ez adódhat abból, hogy az alacsonyabb végzettség beszűkíti a munkaerőpiaci lehetőségeket, és gyakoribbá teszi a mélyszegénységet. A mélyszegénységben élő, alacsony iskolai végzettségű személyek számára sok esetben már a mindennapi megélhetés is nehézséget jelent, mivel kevés választási lehetőségük adódik, és az élet számos területén hátrányos helyzetbe kényszerülhetnek. A várandósok számára külön terhet jelent, hogy a terhesség során szükséges vizsgálatokon (pl. vérvétel, genetikai ultrahang, EKG, fogászati vizsgálat) való megjelenéshez utazási költségek (busz-, vonatjegy) is társulnak, amelyek a mélyszegénységben élők számára aránytalanul nagy anyagi megterhelést jelentenek. Ennek következtében az alacsony iskolai végzettséggel és mélyszegénységgel élő csoportok esetében a kommunikációs sajátosságokra is kiemelt figyelmet szükséges fordítani. A szakirodalom szerint az eltérő ismereti háttér és szűkebb szókincs miatt az egészségügyi in-

formációk megértése nehezített, ezért a várandósgondozás során részletesebb, magyarázó jellegű tájékoztatásra, a szakszavak kerülésére, valamint a megértés visszakérdezéssel történő ellenőrzésére van szükség (Molnárné Grestyák et al., 2025).

A jövedelmi helyzet vizsgálatánál igazoltuk, hogy a jövedelemszint és a depresszió, valamint szorongás mértéke közötti kapcsolat szignifikáns ( $p=0,019$ ), tehát a magasabb jövedelmű várandósok körében alacsonyabb értékek mutatkoztak, ami összhangban áll más hazai eredményekkel (Bödecs et al., 2019; Kopcsó, 2020).

A BMI, valamint az EPDS és BAI pontszámok kapcsolatát vizsgálva sem találtunk szignifikáns összefüggést. Ezt okozhatta azonban, hogy mintánk a BMI kategóriák szerint nem reprezentatív. Más vizsgálatokban a túlsúly/elhízás és a depresszió rizikópontszámok között ellentmondó kapcsolatot találtak, ami arra utal, hogy a BMI és pszichés állapot közötti összefüggés populáció- és kontextusfüggő lehet (Dachew et al., 2021; Erliana et al., 2022).

A trimeszterek szerinti összehasonlítás során átlag EPDS-pontszámunk  $4,88 \pm 3,56$  volt; a második és harmadik trimeszterben kissé magasabb átlagértékek jelentek meg, de egyutas varianciaanalízis nem jelzett szignifikáns különbséget gesztációs kor alapján az átlagpontszámok tekintetében. Ezek az adatok részben eltérnek egyes hazai vizsgálatoktól (Hompoth et al., 2016), ahol az első trimeszterben magasabb arányú kóros értékeket találtak, ugyanakkor a saját kutatásunkban mért, depresszióra vonatkozó értékek kedvezőbbnek bizonyultak.

A depresszió előfordulása vizsgálatunkban 8,57% volt az EPDS 12 pontos határértéke felett, és további 3,81%-nál jelentkeztek öngyilkossági gondolatok, függetlenül a teljes pontszámától.

Az átlagpontszám 5,95 volt, ami alacsonyabb vagy hasonló a több hazai vizsgálatban közölt arányokhoz (8,5–14% feletti értékek) (Hompoth et al., 2020; Horváth & Karácsony, 2022). A BAI kérdőívvel mért szorongás átlagpontszáma 18,05 pont volt, a résztvevők mintegy háromnegyede nem érte el a klinikailag jelentősnek tekintett határértéket, míg közel egynegyedük emelkedettebb szorongásszintet mutatott.

Kutatásunkban a viszonylag kevés esetszám miatti variabilitás mértéke csekély. Kutatásunk keresztmetszeti jellegű volt, ezért nem kijelenthető, hogy a kapott, esetlegesen magasabb értékek a tünetek függvényében állandóak-e, vagy átmenetiek. Újabb kutatási lehetőséget látnunk a várandósok és párjaik/férjeik egyidőben történő felmérésére, illetve a gravidák prospektív (többalkalmas) mérésére.

### **Következtetések**

Vizsgálatunkban a budapesti, várandós nők körében mért depresszív és szorongásos tünetek összességében mérsékeltek voltak, de az egyedülálló, alacsonyabb iskolai végzettségű és rosszabb jövedelmi helyzetű nők körében egyértelműen magasabb kockázat mutatkozott. Eredményeink megerősítik, hogy a partneri/társas támogatás hiánya, az alacsony iskolai végzettség és a szegénység a várandósság alatti depresszió és szorongás kiemelt rizikótényezői. Ennek alapján javasoljuk, hogy a döntéshozók támogassák a védőnői szolgálatokat abban, hogy a postpartum időszak depresszió szűrése mellett már a várandósgondozás rutin részévé váljon a depresszió- és szorongásszűrés minden trimeszterben, különös fókuszot helyezve a szociálisan hátrányos helyzetű várandósokra. A védőnők kiemelt szerepet játszhatnak a kockázati csoportok korai azonosításában, a várandósok edukációjában egyaránt.

### Szerzői munkamegosztás

PGME – koncepció, statisztikai elemzés, adatfeldolgozás

KIH – statisztikai elemzés, szakértés

CsT – szerkesztés

PA – koncepció, szakértés, szupervízió

---

### Támogatások és/vagy érdekeltségek

A tanulmány elkészítése anyagi támogatásban nem részesült.

A szerzőknek nincsenek érdekeltségei.

---

### Etikai nyilatkozat

„A válaszadók a kérdőív kitöltésével adták beleegyezésüket a kutatásban való részvételre. A kérdőív kitöltése teljes mértékben anonim és önkéntes volt, a benne szereplő adatokat kizárólag tudományos célokra használtuk fel, egyéni azonosításra alkalmatlan módon. A kutatás minden tekintetben a Helsink Deklaráció és a vonatkozó adatvédelmi szabályok figyelembevételével került lebonyolításra.”

---

### Irodalomjegyzék

- Baldwin, D. S., Evans, D. L., Hirschfeld, R. M., & Kasper, S. (2002) Can we distinguish anxiety from depression?. *Psychopharmacology Bulletin*; 36(Suppl. 2): 158–165.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 56: 893–897.
- Beyene, G. M., Azale, T., Gelaye, K. A., Ayele, T. A. (2021) Depression remains a neglected public health problem among pregnant women in northwest Ethiopia. *Archives of Public Health*; 79(1): 132. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00649-6>
- Bödecs, T., Szilágyi, E., Cholnoky, P., Sándor, J., Gonda, X., Rihmer, Z., Horváth, B. (2013) Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the first trimester of pregnancy: data from a Hungarian population-based sample. *Psychiatria Danubina*; 25(4): 352–358.
- Bödecs, T., Horváth, B., Kovács, L., Németh, M., Sándor, J. (2009) A várandósság alatti depresszió és szorongás gyakorisága az első trimeszterben hazai mintán. *Orvosi Hetilap*; 150(41): 1888-1893.
- Dachew, B. A., Ayano, G., Betts, K., Alati, R. (2021). The impact of pre-pregnancy BMI on maternal depressive and anxiety symptoms during pregnancy and the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*; 281: 321–330. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.010>
- Erliana, U., Fly, A., Xun, P. (2022) Body Mass Index and Edinburgh Postnatal Depression Scale Score of Pregnant Women & Breastfeeding Mothers During COVID-19 Pandemic. *Current Developments in Nutrition*, 6(Suppl 1): 637. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzac061.021>

- Hompoth, E. A., Tőreki, A., B. Fűrész, V., Németh, G. (2017) A hangulati állapot alakulásának kockázati tényezői a perinatalis időszakban. *Orvosi Hetilap*; 158(4): 139–146. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30598>
- Hompoth, E. A., Gálosi, N., Becsei, L., Tőreki, A. (2020) Depressziószűrés a várandósgondozásban. *Eredmények Békéscsaba körzetéből. Orvosi Hetilap*; 161(10): 374–381. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31659>
- Horváth, L., Karácsony, I. (2022) Az antenatális szorongás háttértényezőinek vizsgálata a II. és III. trimeszterben lévő gravidák körében. *Aranypajzs: a Család Védelmének Tudománya*, 1(2): 24–36. <https://doi.org/10.56077/AP.2022.2.2>
- Kopcsó, K. (2020). A várandósság alatti depresszió és szorongás szocio-demográfiai rizikótényezői. *Demográfia*; 63(2-3): 171–194. <https://doi.org/10.21543/dem.63.2-3.2>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet (London, England)*, 365(9464): 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Molnárné Grestyák, A., Barabás, Á., Pocsainé Kiss, O., Jóna, G., Takács, P., Jávorné Erdei, R. (2025). Várandósok egészségműveltsége a vélt egészségi állapot és egészségmagatartás tükrében. *Egészségfejlesztés*, 66(1): 59–73. <https://doi.org/10.24365/ef.17408>
- Nagy, E., Molnar, P., Pal, A., Orvos, H. (2011) Edinburgh Postnatal Depression Scale—Hungarian Version (EPDS) [Database record]. APA PsycTests. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ft29094-000> (Megtekintés ideje: 2026. 03. 05.)
- Rákóczi, I., Balázs, P., Foley, K.L. (2024). Dohányzó várandósok elsődleges védőnői állapotfelmérése az alapellátásban. *Orvosi Hetilap*, 165(14): 545–552.
- Rákóczi, I., Balázs, P., Foley, K.L. (2025). A dohányfüst-expozíció vizsgálata várandósok körében, kotininpróbával kiegészítve. *Lege Artis Medicinae*, 35(12): 633–638.
- Veroszta Z., Boros, J., Kapitány, B., Kopcsó, K., Leitheiser, F., Szabó, L., Spéder, Z. (2021) Várandósság Magyarországon. Jelentés a Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat 1. hullámáról. *Kutatási Jelentések 104. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest.* <https://doi.org/10.21543/Kut.2021.104>