

Małgorzata Golec¹, Aleksandra Rajewska-Rager², Katarzyna Latos¹, Aleksandra Kosmala³, Adam Hirschfeld³, Marta Molińska-Glura⁴

¹Psychiatryczne Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Katedra Psychiatrii, Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

⁴Katedra i Zakład Informatyki i Statystyki Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Ocena zaburzeń nastroju u pacjentek po porodzie oraz czynników predysponujących do występowania tych zaburzeń

The assessment of postpartum mood disorders and its risk factors

Grant naukowy Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu przyznany przez Komisję Studenckich Badań Naukowych

Abstract

Introduction: The aim of our study was to estimate the prevalence of mood disorders including postpartum depression and to analyze its potential risk factors.

Material and methods: The patients staying in maternity wards at the Gynecological Clinical Hospital of PUMS were examined during their postpartum period. Depressive symptoms were measured using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Beck Depression Inventory (BDI) and our own questionnaire. The anonymous questionnaire and BDI were filled by the patients between 1st and 7th day after the delivery ($n = 184$), then they were asked to fill the BDI and EPDS after 30 days of the childbed ($n = 41$ patients refilled the survey). The research has obtained permission of the Local Bioethical Commission.

Results: During the first week of the childbed, 11.96% of the patients achieved score, which might imply they suffer from mild depression and 0.54% from major depression according to BDI. After the second examination the score increased to 19.51% and 2.44%, respectively.

Conclusions: The unplanned pregnancy, health issues during the gestation, hospitalization due to pregnancy complications, no stressful factors in the past like: history of miscarriage, stillbirth or death of the child, episodes of depression in the past, suicidal ideation in the history can be bracketing the risk factors of mood disorders after 1 to 7 days of the childbed. The significant correlation between score of the BDI and the answers in the questionnaire wasn't demonstrated after 30 days of the postpartum period, however the analyzed group was significantly lower ($n = 41$).

Psychiatry 2016; 13, 1: 1–7

Key words: mood disorders, postpartum depression, pregnancy, postpartum period

Adres do korespondencji:

Małgorzata Golec
ul. Dąbrowskiego 42, 98–220 Zduńska Wola
tel.: 698 798 927
e-mail: malgorzata.e.golec@gmail.com

Wstęp

Wyniki badań wskazują, że częstość występowania zaburzeń nastroju w trakcie ciąży i okresie poporodowym istotnie wzrosła w ostatniej dekadzie [1]. Ryzyko występowania depresji poporodowej wynosi około 13–19%,

jednak szacuje się, że aż u 40–80% kobiet po porodzie występuje tak zwane przygnębienie poporodowe (*postpartum blues*) [2, 3]. Występowanie depresji poporodowej pogarsza jakość życia pacjentki, a pośrednio może również negatywnie wpływać na rozwój dziecka, jak i zaburzać relacje w całej rodzinie [3]. Depresję poporodową należy odróżnić od tak zwanego *postpartum blues* charakteryzującego się umiarkowanymi, przejściowymi zaburzeniami nastroju, występującymi trzy do pięciu dni po porodzie i ustępującymi zazwyczaj około 14. dnia po porodzie [2]. Depresja poporodowa jest silniej wyrażonym zaburzeniem i definiuje się ją jako występujące w ciągu miesiąca po porodzie objawy spełniające kryteria epizodu depresji [4]. Zgodnie z amerykańską klasyfikacją DSM-V do postawienia diagnozy depresji poporodowej konieczne jest stwierdzenie występowania objawów depresji w okresie do sześciu miesięcy po porodzie [4]. Wyniki badań Gavina i wsp. [5] wykazały występowanie ciężkiego epizodu depresji u 7,1% kobiet w pierwszych trzech miesiącach po porodzie, natomiast przy uwzględnieniu również epizodów łagodnej depresji częstość ta wzrastała do 19,2%. Objawy osiowe depresji poporodowej, jak i depresji występującej w innych okresach życia są zbliżone i zawierają przede wszystkim objawy takie jak: obniżony nastrój, dysforia, zmęczenie, bezsenność, spadek lub wzrost apetytu, obecność myśli rezygnacyjnych czy suicydalnych. Również objawy somatyczne, takie jak: bezsenność, nadmierna senność i zmęczenie, utrata apetytu (lub jego wzmożenie), spadek libido, a także bóle głowy, brzucha, okazują się istotnymi wskaźnikami depresji poporodowej, choć wielu badaczy podkreślało, że mogą one istotnie komplikować diagnozę [3, 6].

W dotychczas przeprowadzonych badaniach wskazywano liczne potencjalne czynniki ryzyka mogące predysponować do wystąpienia depresji poporodowej oraz depresji występującej w innym okresie życia [3]. Nadal jednak nie są poznane specyficzne swoiste czynniki ryzyka charakterystyczne tylko dla depresji poporodowej, a dostępne wyniki badań w tym temacie często nie dają jednorodnych rezultatów [7, 8]. Aktualnie jako najbardziej istotne czynniki wymienia się: wcześniej przebyte epizody depresji, objawy przygnębienia i niepokoju w czasie ciąży, cechy neurotyczne, niską samoocenę, występowanie *postpartum blues*, stresujące wydarzenia, złe relacje małżeńskie, słabe wsparcie socjalne. Wskazuje się jako istotne również czynniki o mniejszym powiązaniu z depresją poporodową jak np.: niski status socjoekonomiczny, bycie osobą samotną, występowanie niechcianej ciąży, komplikacje położnicze oraz trudny temperament noworodka [9–11]. Nowsze badania Bloma i wsp. [7] wskazują, że kobiety, które doświadczyły poważnych komplikacji okołoporodowych, między innymi stanu

przedzrucawkowego, hospitalizacji w czasie prenatalnym lub zakończenia porodu przez cięcie cesarskie w trybie nagłym, uzyskiwały wyższe wyniki w skali oceny depresji poporodowej EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) w dwa miesiące po porodzie [7]. Inne wyniki badań wykazały, że metoda przyjęcia porodu nie miała istotnej korelacji ze zwiększonym ryzykiem depresji poporodowej [8, 12]. Warto podkreślić, iż u pewnej grupy kobiet występowanie ciężkiej depresji wydaje się skorelowane z występowaniem zmian hormonalnych związanych z późną ciążą i porodem [3].

Depresja poporodowa oprócz swoich konsekwencji biologicznych może skutkować również poważnymi zaburzeniami w relacji pomiędzy matką i noworodkiem oraz długotrwałym, negatywnym wpływem na kognytywny, behawioralny i emocjonalny rozwój dziecka [3]. Kobiety z objawami depresji wykazują większe skłonności do zaniedbań pewnych obszarów opieki nad dzieckiem, takich jak: wizyty kontrolne u pediatry i szczepienia ochronne, dbałość o zachowywanie zasad bezpieczeństwa, układanie dziecka w rekomendowanej pozycji do spania, częściej też niewłaściwie użytkują foteliki oraz ustawiają temperaturę wody niezgodną z normami bezpieczeństwa [13, 14]. Interakcje matki z dzieckiem w przypadku depresji poporodowej można określić jako wrogie i nieodpowiedzialne [15, 16]. Dodatkowo kobiety te nie nawiązują odpowiedniej interakcji z noworodkiem (kontakt wzrokowy, dotykowy) [17]. Zaobserwowano również, że depresja poporodowa matki powoduje wolniejszy rozwój mowy u dzieci oraz istotnie wpływa na rozwój funkcji poznawczych u dziecka [18–20]. Wyniki prac wykazujących związek pomiędzy występowaniem depresji poporodowej a jakością zdrowia fizycznego dziecka, podkreślały w szczególności brak przyrostu masy ciała i wzrostu u noworodka, będące konsekwencją deprivacji emocjonalnej i kłopotów z odżywianiem [3, 21, 22]. Wyniki badań Ban i wsp. [23] wskazują również na większy odsetek infekcji układu pokarmowego oraz dolnych dróg oddechowych u dzieci matek chorujących na depresję poporodową.

Pomimo poważnych skutków zdrowotnych i konsekwencji dla całego systemu rodzinnego nadal wiele kobiet z depresją poporodową nie ma prawidłowo postawionego rozpoznania i odpowiednio wcześniej wdrożonego leczenia. Aktualnie w leczeniu depresji poporodowej zastosowanie znajduje psychoterapia oraz różne formy wsparcia emocjonalnego i społecznego. Farmakoterapia obejmuje głównie leki przeciwdepresyjne oraz terapie hormonalne [3, 24]. Przy występowaniu poważnych objawów zagrażających zdrowiu i życiu matki lub dziecka (np. depresja poporodowa z objawami psychiatrycznymi, z myślami i zamiarami samobójczymi) powinno się

zawsze rozważać hospitalizację pacjentki. Pomocną do oceny przesiewowej ryzyka występowania depresji poporodowej skalą może być wskazywana przez badaczy skala EPDS. Mimo że jest ona uznawana za dobre narzędzie diagnostyczne, jej czułość i specyficzność zależą od wybranych punktów odcięcia [25, 26].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest ocena rozpowszechnienia zaburzeń nastroju (depresji poporodowej) oraz analiza czynników predysponujących do występowania tych zaburzeń. Poddano również ocenie i dyskusji przydatność wprowadzonego badania przesiewowego za pomocą testów diagnostycznych (skala Becka, Edynburska Skala Depresji Poporodowej) zastosowanych w szpitalu po porodzie oraz powtórnie miesiąc po porodzie.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiły 184 pacjentki Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu przebywające na oddziałach poporodowych. Badanie uzyskało zgodę Lokalnej Komisji Bioetycznej i miało charakter kwestionariuszowy. W pracy wykorzystano następujące skale oraz kwestionariusz własny:

1. Skala depresji Becka — to narzędzie standaryzowane umożliwiające ocenę nasilenia depresji i różnicowanie osób zdrowych od pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi. Zgodnie z piśmiennictwem przyjęto następującą punktację: 0–11 norma, 12–26 łagodna depresja, 27–49 umiarkowana depresja, 50–63 ciężka depresja [27].
2. Edynburska Skala Depresji Poporodowej — wynik uzyskuje się, sumując poszczególne punkty kwestionariusza (maksymalnie 30 punktów). Jako punkt odcięcia przyjęto uzyskanie przez pacjentkę 10 lub więcej punktów. Wynik ten świadczy o dużym prawdopodobieństwie występowania u badanej depresji o różnym stopniu nasilenia. Istotne jest, aby podkreślić ograniczenia związane z kwestionariuszowymi metodami przesiewu, a także trudność w różnicowaniu przy pomocy ESPD depresji poporodowej od innych zaburzeń życia psychicznego — na przykład zaburzeń przystosowawczych [28].
3. Kwestionariusz własny — zawiera pytania o dane demograficzne, wykształcenie, sytuację finansową, ocenę relacji z matką, a także ocenę wsparcia od partnera i innych osób. Pytania dotyczą również przebiegu ciąży (w tym poprzednich ciąż, ewentualnych poronień, problemów z zajściem w ciążę, problemów zdrowotnych podczas ciąży, hospitalizacji, palenia papierosów), okoliczności porodu (sposób porodu,

rodzaj znieczulenia, opieka szpitalna), uprzednich epizodów depresji oraz tendencji suicydalnych.

Badanie zostało podzielone na dwa etapy. Pierwszym etapem było wypełnienie anonimowego kwestionariusza oraz skali depresji Becka w 1.–7. dniu po porodzie w trakcie pobytu na oddziale położniczym. Drugi etap mający na celu weryfikację obecności objawów depresji poporodowej miał miejsce po miesiącu od poprzedniego badania. Obejmował ponowne wypełnienie skali depresji Becka oraz dodatkowo wypełnienie ESPD, a następnie zwrotne ich przesłanie drogą e-mailową bądź tradycyjną drogą pocztową. Pacjentki wyraziły świadomą zgodę na wzięcie udziału w obu etapach badania.

Do opracowania wyników użyto programu Statistica 12.0 PL. Wszystkie analizy statystyczne wykonano na podstawie testu *T*-Studenta dla zmiennych niezależnych. Wyniki uznawano za istotne statystycznie, gdy wartość $p \leq 0,05$.

Wyniki

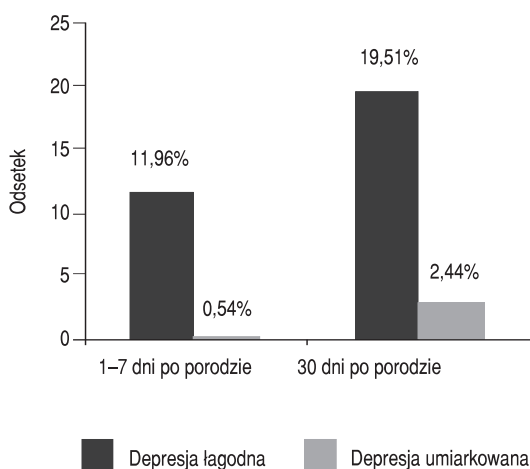
Częstość występowania zaburzeń nastroju

W badaniu wzięły udział 184 pacjentki. U 11,96% badanych osób będących w 1.–7. dniu po porodzie, uzyskano wynik świadczący o łagodnej depresji, a u 0,54% o depresji umiarkowanej według skali Becka (ryc. 1). Po 30 dniach od porodu, zgodnie z protokołem badania, przesłano do pacjentek ankietę z prośbą o ich ponowne wypełnienie. Zawierały one pisemną prośbę oraz zwrotne znaczki i koperty mające ułatwić odsyłanie ankiet. Skale wypełniło i odesłało tylko 41 pacjentek. Autorom badania nie jest znana przyczyna zmniejszenia liczby respondentek w zakresie ponownie wykonywanych skal. Hipotezą uzasadniającą brak uzyskania zwrotnych kwestionariuszy może być brak czasu pacjentek i/lub chęci ponownego wypełniania ankiet, choć nie można jednak wykluczyć również innych powodów, takich jak na przykład zmiana miejsca zamieszkania, czy wystąpienie pogorszenia nastroju. Na podstawie uzyskanych danych 19,51% pacjentek uzyskało wynik mogący wskazywać na występowanie łagodnej depresji, a 2,44% depresji umiarkowanej według skali Becka (ryc. 1).

Czynniki predysponujące

Czynniki związane z ciążą

W pracy wykazano istotność statystyczną pomiędzy uzyskanymi wysokimi wartościami w skali Becka: nieplanowaną ciążą ($p = 0,026$), komplikacjami zdrowotnymi podczas trwania ciąży ($p = 0,025$), pobytem w szpitalu z powodu zagrożenia ciąży ($p = 0,01$). Wykazano również istotną zależność pomiędzy niższym wynikiem w skali Becka a wystąpieniem w przeszłości poronienia, martwego porodu lub śmierci dziecka ($p = 0,03$). Kobie-



Rycina 1. Odsetek pacjentek, które uzyskały wynik w skali depresji Becka świadczący o występowaniu depresji
Figure 1. Percentage of patients with score o Beck Depression Scale indicating depression

ty, które nie podawały w wywiadzie takiego wydarzenia, osiągały średnio wyższe wyniki w Skali Depresji Becka. Nie wykazano natomiast istotnej statystycznie zależności z: pierwszą ciążą, problemami z zajściem w ciążę, sposobem rozwiązania ciąży, znieczuleniem podczas porodu, oceną opieki w szpitalu i obawą przed porodem ($p > 0,05$).

W ponownej ocenie po miesiącu nie wykazano istotności statystycznej w przypadku żadnego wyżej wymienionego czynnika związanego z ciążą, co może wynikać z małej liczby odpowiedzi uzyskanych od pacjentek po miesiącu od porodu ($n = 41$).

Czynniki niezwiązane z ciążą

W pracy wykazano istotność statystyczną pomiędzy uzyskanymi wysokimi wartościami w skali Becka a wystąpieniem epizodu depresji w przeszłości ($p < 0,001$) oraz myślami rezygnacyjnymi lub samobójczymi w przeszłości ($p < 0,001$). Nie wykazano istotnej zależności z: wiekiem pacjentki, miejscem zamieszkania, wykształceniem pacjentki, wykształceniem ojca dziecka, stopniem wsparcia ze strony partnera, relacji z matką, otrzymywaniem wsparcia od innych osób, stopniem wsparcia ze strony innych osób, wystąpieniem silnie stresującego wydarzenia w okresie okołoporodowym (takiego jak: śmierć w rodzinie, wypadek, utrata pracy, poważna choroba, utrata partnera), ujętymi w kwestionariuszu cechami osobowości (tendencje do czarnowidztwa, martwienie się na zapas, negatywne postrzeganie świata, częste odczuwanie poczucia winy, niezaradność życiowa, niedojrzałość emocjonalna, niska samoocena), objawami związanymi

z miesiączką (rozdrażnienie, napięcie, dysforia, labilność emocjonalna, zmiany apetytu, dolegliwości fizyczne — bóle piersi), paleniem papierosów w trakcie ciąży oraz odczuwaniem smutku lub przygnębienia w ostatnim roku (dla powyższych czynników $p > 0,05$).

W drugim etapie badania (po miesiącu) odpowiednio u dwóch i trzech pacjentek zaobserwowano zależność pomiędzy uzyskanymi wysokimi wartościami w skali Becka i występowaniem epizodów depresji w przeszłości oraz paleniem papierosów w trakcie ciąży, jednak wyniki te nie mogą być uznane za wiążące, ze względu na zbyt małą liczbę pacjentek, które udzieliły takich odpowiedzi po 30 dniach od porodu. Potwierdzenie tej zależności wymagałoby przeprowadzenia badań replikacyjnych z uwzględnieniem większej liczby pacjentek.

W przypadku pozostałych czynników nie zaobserwowano powiązania z wysokim wynikiem w skali Becka.

Dyskusja

Na rozwój poporodowych zaburzeń nastroju wpływać może szereg czynników zarówno biologicznych, genetycznych, społecznych, jak i kulturowych. Doniesienia literaturowe z ostatniej dekady na temat poporodowych zaburzeń nastroju podkreślają celowość prowadzenia dalszych badań nad etiopatogenezą i czynnikami ryzyka rozwoju poporodowych zaburzeń nastroju, co może pomóc w przyszłości w skuteczniejszej ich profilaktyce [1]. Częstość występowania objawów depresji poporodowej zbadana w objętych analizą pracach jest zróżnicowana w zależności od przyjętych kryteriów, zastosowanych narzędzi diagnostycznych, czasu badania oraz doboru badanych osób. Waha się od 1,9% do 82,1% w krajach rozwiniętych [1]. Wyniki badań uwzględniające duże grupy pacjentów, prowadzone w krajach europejskich, są porównywalne z prezentowanymi w niniejszej pracy i potwierdzają one nasilenie się tego zjawiska na przestrzeni lat [1]. Wśród kobiet w wieku rozrodczym depresja jest drugą najważniejszą przyczyną niepełnosprawności i występuje dwa razy częściej niż u mężczyzn [29, 30]. *Baby blues syndrome* oraz depresja poporodowa mają bardzo złożoną etiologię uwzględniającą wiele czynników biologicznych i psychospołecznych [31]. Wyodrębnienie tych, które stanowią czynniki ryzyka występowania omawianych zaburzeń dałoby możliwość wprowadzenia wczesnej profilaktyki i zapobiegania wystąpieniu depresji poporodowej, mającej wg badań niekorzystny wpływ nie tylko na zdrowie matki, ale także dziecka [14, 18]. W literaturze opisywany jest bardzo duży odsetek występowania depresji wśród kobiet o niskich dochodach, sięgający 33–40% w okresie 3–9 miesięcy po porodzie [22, 32]. Natomiast w badaniu przeprowadzonym przez Kim i wsp. [33] w 2012 roku na grupie $n = 324$ pacjentek

w 7. dniu po porodzie jest on niższy, ale nadal istotny statystycznie, wynosi 11,1–17,7% w zależności od przyjętego punktu odcięcia.

Obecność stałej relacji osobistej (partner życiowy) jest czynnikiem istotnie obniżającym wystąpienie zaburzeń nastroju po porodzie. Jej brak jest wymieniany jako ważny czynnik predykcyjny depresji poporodowej. W naszej pracy zaobserwowaliśmy u dwóch pacjentek związek pomiędzy brakiem stałego partnera, a uzyskanym wyższym wynikiem w skali Becka w okresie do 7 dni po porodzie, jednak liczba respondentek była zbyt mała, by uznać ten wynik za istotny. Po 30 dniach nie wykazano takiej zależności. Wyniki innych badań podkreślają również wzmacniającą rolę wsparcia społecznego [34, 35], w naszej pracy nie zaobserwowaliśmy jednak takiego związku. W niniejszej pracy jedynie u jednej pacjentki stwierdzono powiązanie pomiędzy zwiększonym ryzykiem wystąpienia objawów depresji a paleniem papierosów w trakcie ciąży. Wyniku uzyskanego od jednej pacjentki nie można uznać za wiążący, w dostępnym piśmiennictwie podkreślano jednak taki związek [36]. Badacze Dagher i Shenassa w 2012 roku przebadali 526 pacjentek dwukrotnie: podczas pobytu w szpitalu po porodzie oraz po 8 tygodniach od porodu, uzyskując wyniki sugerujące, że palenie papierosów może być potencjalnym markerem ryzyka depresji poporodowej [36]. Jedną z hipotez takiego powiązania jest fakt, że palenie jako czynnik zmniejszający napięcie emocjonalne może być mechanizmem samoleczenia ciężarnych pacjentek, które już podczas ciąży przeżywały stany obniżonego nastroju lub jego wahania. Na uwagę zasługuje fakt, że w badanej grupie nieznacznie niższe wyniki według skali Becka miały kobiety, które przeżyły już poronienie lub martwy poród. W dostępnej literaturze badacze zwracali dotąd uwagę na większe ryzyko wystąpienia objawów depresyjnych u takich pacjentek [37, 38]. Próba wytłumaczenia takich wyników mógłby być fakt, że po negatywnym doświadczeniu niedonoszenia ciąży lub martwego porodu, szczęśliwie zakończony poród mógł zadziałać jako czynnik wzmacniający nastrój.

Uzyskany wyższy wynik w skali Becka pacjentek, które były w przeszłości chore na depresję, lub miały myśli rezygnacyjne, potwierdza, że są one w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania na depresję poporodową [1]. W prezentowanej pracy nie zaobserwowano istotnej zależności pomiędzy niższym wynikiem w skali Becka a rodzajem porodu. Podobne wyniki uzyskali Kim i wsp. [33] w badaniu przeprowadzonym w 2008 roku na 324 pacjentkach 7 dni po porodzie z zastosowaniem EPDS oraz Gaillard i wsp. [39] w badaniu z 2014 roku, gdzie przy użyciu tej samej skali przebadano 264 pacjentki w 32.–41. tygodniu ciąży oraz 6–8 tygodni po poro-

dzie [33, 39]. Warto zaznaczyć, że ryzyko zachorowania na depresję poporodową może być zwiększone przez czynniki genetyczne, które nie zostały poddane badaniu w niniejszej pracy [40].

Wykazane w naszej pracy czynniki ryzyka, mogące wpływać na występowanie depresji poporodowej, są w dużej mierze zbieżne z wynikami dotychczasowych badań przeprowadzonych na świecie [1, 33, 36, 39]. Z uwagi na różnice w uwarunkowaniach kulturowych i socjoekonomicznych w poszczególnych krajach, celowe wydaje się przeprowadzanie badań replikacyjnych nad ryzykiem w danych populacjach [1].

Z powodu niskiej świadomości społecznej problemu, a także tendencji do skupiania się w pierwszej kolejności na zdrowiu dziecka, zarówno przez samą matkę, jak i jej otoczenie, odpowiedzialność za wczesną prewencję zachorowań spoczywa w dużej mierze na szpitalach ginekologicznych [41]. Stosunkowo mały odsetek uzyskanych ankiet zwrotnych po miesiącu od porodu, pomimo wcześniejszego wyrażenia na nie zgody, może potwierdzać nieświadomość kobiet co do ryzyka, które niesie depresja poporodowa. Brak odpowiedzi ze strony badanych może być związany z niedoszacowaniem liczby pacjentek dotkniętych problemem, wskazując niedoskonałości tej formy prewencji zachorowań. Wskazuje to na celowość przeprowadzania badań przesiewowych, na przykład podczas obowiązkowych wizyt kontrolnych u lekarza pediatry lub domowych wizyt pielęgniarek czy położnych. Możliwość uzyskania lepszej wykrywalności zaburzeń nastroju, mogłaby pozwolić na szybszą pomoc psychoterapeutyczną, której skuteczność w łagodzeniu objawów dowiedziono w badaniach [42].

Ze względu na duże rozpowszechnienie *baby blues syndrome* oraz depresji poporodowej, brak skutecznych badań przesiewowych i nie w pełni poznane czynniki ryzyka tych zaburzeń, celowe wydaje się przeprowadzanie badań replikacyjnych, uwzględniających większe grupy pacjentek.

Wnioski

1. Łagodne stany depresyjne w pierwszym tygodniu po porodzie wystąpiły u 11,96% pacjentek, a po 30 dniach od porodu częstość tych zaburzeń wynosiła 19,51%. Obniżenie nastroju o umiarkowanym nasileniu występowało u 0,54% pacjentek bezpośrednio po porodzie oraz u 2,44% pacjentek, po 30 dniach od porodu. Ze względu na fakt małego zwrotu ankiet po 30 dniach badania (sięgający jedynie 25%), do potwierdzenia obserwowanego zwiększenia częstości występowania depresji poporodowej po 30 dniach, wymagane są badania replikacyjne uwzględniające większą grupę chorych.

2. Najczęściej występującymi czynnikami predysponującymi do zaburzeń nastroju związanymi z porodem były: nieplanowana ciąża, komplikacje zdrowotne podczas trwania ciąży, pobyt w szpitalu z powodu zagrożenia ciąży.
3. Czynniki niezwiązanymi z porodem, które predysponowały do wystąpienia zaburzeń nastroju były: epizody depresji w przeszłości oraz występowanie myśli rezygnacyjnych lub samobójczych w przeszłości.

Streszczenie

Wstęp: Celem pracy jest ocena rozpowszechnienia zaburzeń nastroju z uwzględnieniem występowania depresji poporodowej oraz analiza czynników predysponujących do ich występowania.

Materiał i metody: Grupą badaną były pacjentki Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, przebywające na oddziałach poporodowych. Badanie miało charakter kwestionariuszowy. W pracy wykorzystano skalę depresji Becka, Edynburską Skalę Depresji Poporodowej (EPDS) i kwestionariusz własny. Pacjentki wypełniły anonimowy kwestionariusz i skalę depresji Becka w 1.–7. dni po porodzie ($n = 184$), a następnie przesłano im skalę depresji Becka oraz EPDS po 30 dniach od porodu w celu ponownej oceny nastroju. Uzyskano 41 odpowiedzi zwrotnych. Badanie uzyskało zgodę Lokalnej Komisji Bioetycznej.

Wyniki: Wśród badanych pań będących w 1.–7. dniu po porodzie: 11,96% uzyskało wynik świadczący o łagodnej depresji, a 0,54% o umiarkowanej według skali Becka. Po około 30 dniach od porodu wynik ten zwiększył się do 19,51% dla łagodnej i odpowiednio 2,44% dla umiarkowanej depresji.

Wnioski: Na podstawie uzyskanych wyników czynnikami predysponującymi do wystąpienia zaburzeń nastroju w 1.–7. dni po porodzie były: nieplanowana ciąża, komplikacje zdrowotne podczas trwania ciąży, pobyt w szpitalu z powodu zagrożenia ciąży, epizody depresji w przeszłości oraz wystąpienie myśli rezygnacyjnych lub samobójczych w przeszłości. Wystąpienie w przeszłości stresującego wydarzenia w postaci poronienia, martwego porodu lub śmierci dziecka wiązało się z uzyskiwaniem niższych wyników w skali Becka przez badane pacjentki. W pracy nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy uzyskanymi wynikami w skali Becka a badanymi czynnikami ocenianymi miesiąc od porodu, analizowana grupa była istotnie mniejsza ($n = 41$).

Psychiatria 2016; 13, 1: 1–7

Słowa kluczowe: zaburzenia nastroju, depresja poporodowa, ciąża, połóg

Piśmiennictwo:

1. Norhayati M.N., Hazlina N.H., Asrenee A.R., Emilin W.M. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J. Affect. Disord.* 2015; 175: 34–52.
2. Buttner M., O'Hara M.W., Watson D. The structure of women's mood in the early postpartum. *Assessment* 2012; 19: 247–256.
3. O'Hara M.W., McCabe J.E. Postpartum depression: current status and future directions. *Ann. Rev. Clin. Psychol.* 2013; 9: 379–407.
4. Am. Psychiatr. Assoc. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Am. Psychiatr. Assoc. 2013.
5. Gavin N.I., Gaynes B.N., Lohr K.N., Meltzer-Brody S., Gartlehner G., Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet. Gynecol.* 2005; 106: 1071–1083.
6. Williamson J.A., O'Hara M.W., Stuart S., Hart K.J., Watson D. Assessment of postpartum depressive symptoms: the importance of somatic symptoms and irritability. *Assessment* 2015; 22: 309–318.
7. Blom E.A., Jansen P.W., Verhulst F.C. i wsp. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG* 2010; 117: 1390–1398.
8. Adams S.S., Eberhard-Gran M., Sandvik Å.R., Eskild A. Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55,814 women. *BJOG* 2012; 119: 298–305.
9. Beck C.T. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs. Res.* 2001; 50: 275–285.
10. O'Hara M.W., Swain A.M. Rates and risk of postpartum depression — a meta-analysis. *Int. Rev. Psychiatry* 1996; 8: 37–54.
11. Robertson E., Grace S., Wallington T., Stewart D.E. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen. Hosp. Psychiatry* 2004; 26: 289–295.
12. Carter F.A., Frampton C.M., Mulder R.T. Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. *Psychosom. Med.* 2006; 68: 321–330.
13. Field T., Diego M., Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects and interventions: a review. *Infant. Behav. Dev.* 2010; 33: 409–418.
14. Zajicek-Farber M.L. Postnatal depression and infant health practices among high-risk women. *J. Child Family Studies* 2009; 18: 236–245.
15. Dietz L.J., Jennings K.D., Kelley S.A., Marshal M. Maternal depression, paternal psychopathology, and toddlers' behavior problems. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 2009; 38: 48–61.
16. Flykt M., Kanninen K., Sinkkonen J., Punamäki R.-L. Maternal depression and dyadic interaction: the role of maternal attachment style. *Inf. Child Develop.* 2010; 19: 530–550.
17. Beebe B., Badalamenti A., Jaffe J. i wsp. Distressed mothers and their infants use a less efficient timing mechanism in creating expectancies of each other's looking patterns. *J. Psycholinguist. Res.* 2008; 37: 293–307.
18. Brand S.R., Brennan P.A. Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children? *Clin. Obstet. Gynecol.* 2009; 52: 441–455.
19. Grace S.L., Evinar A., Stewart D.E. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review