

Zaburzenia afektywne u położnic w pierwszym tygodniu po porodzie – analiza rozpowszechnienia i czynników ryzyka

Affective disorders in the first week after the delivery: prevalence and risk factors

Kosińska-Kaczyńska Katarzyna, Horosz Edyta, Wielgoś Mirosław, Szymusik Iwona

I Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej w Warszawie

Streszczenie

Cel pracy: Celem pracy była ocena częstości występowania zaburzeń afektywnych u położnic między trzecim a piątym dniem po porodzie oraz ustalenie wpływu czynników socjodemograficznych, psychicznych i położniczych na występowanie przygnębienia poporodowego u matek.

Materiał i metodyka: Badanie przeprowadzono na Oddziale Położniczym I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej w Warszawie w okresie od stycznia do lipca 2007r. Zastosowano skonstruowaną przez autorów ankietę, w której zawarto m.in. 10 pozycji zaczerpniętych z Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EPDS). O anonimowe wypełnienie ankiety poproszono 350 kobiet pomiędzy trzecim a piątym dniem hospitalizacji po porodzie, z tego 344 (98,3%) respondentki wypełniły ankietę prawidłowo.

Wyniki: ≥ 10 punktów w skali EPDS uzyskały 132 respondentki, co stanowi 38,4% ankietowanych. Stwierdzono, iż niższe wykształcenie, brak pomocy ze strony rodziny, wystąpienie powikłań typowych dla ciąży oraz występowanie zaburzeń depresyjnych w wywiadzie koreluje ze znacznie obniżonym nastrojem we wczesnym okresie poporodowym. Natomiast rodność, poród przez cięcie cesarskie, zamieszkanie, stan cywilny, zatrudnienie, sytuacja materialna, poród przedwczesny i karmienie piersią dziecka nie miały istotnego wpływu na liczbę punktów zdobywanych przez respondentki w ankiecie. Nie zanotowano różnic w stanie urodzeniowym noworodków ocenionym w skali Apgar, pomiędzy badanymi grupami.

Wnioski:

1. Co trzecia położnica jest narażona na wystąpienie przygnębienia poporodowego.
2. Istotne wydaje się wprowadzenie badań przesiewowych w kierunku występowania wczesnych poporodowych zaburzeń afektywnych w celu wyodrębnienia grupy kobiet, o wysokim ryzyku rozwinięcia depresji poporodowej w ciągu pierwszego roku po urodzeniu dziecka.

Słowa kluczowe: **przygnębienie poporodowe / depresja poporodowa / Edynburska Skala Depresji Poporodowej /**

Adres do korespondencji:

Katarzyna Kosińska-Kaczyńska
I Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej w Warszawie
Plac Starynkiewicza 1/3
02-015 Warszawa
e-mail: kosinska@amwaw.edu.pl

Otrzymano: 25.08.2007

Zaakceptowano do druku: 28.01.2008

Summary

Objectives: The aim of the study was to evaluate the incidence of affective disorders in women 3 to 5 days after childbirth and the influence of sociodemographic, psychiatric and obstetric factors on the prevalence of maternity blues.

Material and methods: The study was conducted at the 1st Department of Obstetrics and Gynecology, Medical University of Warsaw, between January and July 2007. 350 women between 3rd and 5th day of puerperium were asked to fill in a questionnaire, designed especially for the purpose of the study, containing 10 items from the Edinburgh Postnatal Depression Scale. 344 questionnaires were filled in properly.

Results: 132 mothers (38,4%) had an EPDS score ≥ 10 . It has been revealed that low educational level, lack of family support, pregnancy complications and patient's history of depression had strong influence on postpartum mood. Parity, cesarean delivery, place of residence, occupation, marital status, socioeconomic level, preterm delivery and breast feeding showed no relationship with maternity blues. There were no differences in newborns' condition according to Apgar scale.

Conclusions: Every third mother is at risk of developing maternity blues. The implementation of screening for early postpartum affective disorders seems to be crucial in singling out women at risk of postpartum depression.

Key words: **maternity blues / depression – postnatal /
/ Edinburgh Postnatal Depression Scale /**

Wstęp

Ciąża jest okresem, w którym zmiany zachodzące w organizmie kobiety oraz stawiane przed nią przez zbliżające się macierzyństwo wyzwania, powodują dokonywanie się w psychice ciężarnej szeregu zmian. Mogą spowodować wystąpienie zaburzeń psychicznych, dotyczących zarówno ciężarne, jak i młode matki [1].

Według piśmiennictwa, samobójstwa są obecnie jedną z najczęstszych przyczyn zgonów matek w Wielkiej Brytanii [2]. Poporodowe zaburzenia afektywne w najcięższych postaciach mogą prowadzić do samobójstw w pierwszym roku po urodzeniu dziecka. Zaliczamy do nich przygnębienie poporodowe, depresję poporodową, ostrą stresową reakcję poporodową oraz psychozę poporodową [2].

Wczesne wykrywanie powyższych patologii oraz opracowanie działań mających na celu ich profilaktykę, wymaga wprowadzenia do rutynowego postępowania lekarskiego systemu badań przesiewowych w kierunku wykrywania okołoporodowych zaburzeń afektywnych.

Depresja poporodowa dotyka około 10-15% kobiet [3, 4, 5]. Objawy depresji dotyczą obniżenia nastroju, napędu i anhedonii, spadku zainteresowania codziennymi czynnościami, uczucia stałego zmęczenia, zaburzeń odżywiania i snu, poczucia zmniejszonej wartości i winy, zaburzeń koncentracji oraz myśli i prób samobójczych [1, 2, 6].

Depresja rozpoczyna się w ciągu pierwszych 6 miesięcy po porodzie. Kryterium koniecznym do jej rozpoznania jest utrzymywanie się objawów przez co najmniej dwa tygodnie.

Przygnębienie poporodowe (tzw. *baby blues*) dotyczy od 30 do 75% matek [3, 4, 5]. Tej tak zwanej depresji dnia trzeciego towarzyszy obniżenie nastroju, labilność emocjonalna, bezsenność i poczucie stałego zmęczenia. Występuje w ciągu pierwszych dni po porodzie, największe nasilenie uzyskując zwykle w między trzecią a piątą dobą [7]. Objawy utrzymują się do 2 tygodni. Nie wymaga leczenia. Przygnębienie poporodowe jest potwierdzonym istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia depresji w późniejszym okresie.

Psychoza poporodowa występuje u 0,1-0,2% położnic. Symptomy rozpoczynają się w ciągu pierwszych dwóch tygodni po urodzeniu dziecka. W obrazie choroby dominują objawy wytwórcze, pobudzenie i niepokój, myśli samobójcze oraz chęć wyrządzenia krzywdy dziecku [2, 3, 5].

Ostra stresowa reakcja poporodowa zdarza się średnio raz na 1000 porodów. Rozpoczyna się podczas porodu lub w ciągu pierwszych godzin po urodzeniu dziecka. U podstawy zaburzenia leży przeżywanie porodu przez kobietę jako wybitnie traumatycznego przeżycia, rozpamiętywanie go i postrzeganie dziecka przez pryzmat przykrych doświadczeń porodowych [3].

Cel pracy

Celem pracy była ocena częstości występowania zaburzeń afektywnych u położnic między trzecim a piątym dniem po porodzie przy użyciu ankiety skonstruowanej przez autorów oraz ustalenie wpływu czynników socjodemograficznych, psychicznych i położniczych na występowanie przygnębienia poporodowego u matek.

Materiał i metodyka

W badaniu zastosowano opracowaną przez autorów ankietę, składającą się z dwóch części. Pierwsza część dotyczyła danych demograficznych, socjoekonomicznych, przebiegu obecnej ciąży i porodu, wywiadu położniczego i psychiatrycznego oraz karmienia piersią.

Do pytań o wystąpienie powikłań ciąży (nadcisnienia indukowanego ciążą, cukrzycy ciążowej, cholestazy ciężarnych, porodu przedwczesnego zagrażającego i innych), występowanie zaburzeń depresyjnych w wywiadzie oraz karmienie piersią zamieszczono dwie możliwe odpowiedzi: „nie” i „tak”.

Pozostałe pytania miały po trzy możliwe warianty odpowiedzi do wybrania przez respondentkę (stan cywilny – panna, mężatka, wdowa/rozwódka; zatrudnienie – zatrudniona, uczennica/studentka, bezrobotna; sytuacja materialna – zła, zadowolająca, dobra) lub cztery warianty odpowiedzi

Zaburzenia afektywne u położnic w pierwszym tygodniu po porodzie...

(wykształcenia – podstawowe, zawodowe, średnie, wyższe; zamieszkanie – wieś lub miasto w zależności od wielkości miejscowości; pomoc ze strony rodziny – tak, czasami, prawie nigdy, nigdy). Stan urodzeniowy noworodka określono w oparciu o punktację Apgar, ocenioną w 1 minucie życia.

W drugiej części ankiety zawarto 10 pozycji, zaczerpniętych z Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EPDS). Jest to kwestionariusz samooceny, mający na celu wykrycie objawów depresyjnych. Został opracowany w Livingston i Edynburgu w 1987 roku przez Cox'a i współpracowników [8]. Składa się z 10 krótkich stwierdzeń, dla których respondentka zaznacza jeden z czterech możliwych wariantów odpowiedzi, jej zdaniem najlepiej oddający jej samopoczucie w okresie od porodu. Za poszczególne odpowiedzi przyznawane są 0, 1, 2 lub 3 punkty, zależnie od nasilenia objawu. Sumaryczny wynik obliczono, dodając wszystkie punkty otrzymane przez pacjentkę w 10 stwierdzeniach. Zgodnie z obecnymi zaleceniami za punkt odcięcia w punktacji uzyskanej w EPDS przyjęto 9/10 [9, 10].

Badanie przeprowadzono na Oddziale Położniczym I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej w Warszawie w okresie od stycznia do lipca 2007r. O anonimowe wypełnienie ankiety poproszono 350 kobiet pomiędzy trzecim a piątym dniem hospitalizacji po porodzie, z tego 344 (98,3%) respondentki wypełniły ankietę prawidłowo.

W analizie statystycznej uzyskanych wyników zastosowano test t-Studenta, χ^2 oraz analizę regresji logistycznej, za poziom istotności statystycznej przyjmując $p < 0,05$.

Wyniki

Analizie poddano 344 prawidłowo wypełnione ankiety. Średnia sumy punktów, uzyskanych przez pacjentki w ankietach, wyniosła 8,5 (min. 0; max. 24, mediana 8). Wynik 0 punktów uzyskało 16 kobiet (4,7%), ≥ 10 punktów uzyskały 132 respondentki, co stanowi 38,4% ankietowanych. W zależności od uzyskanej sumarycznej punktacji, położnice zostały podzielone na dwie grupy: grupa I (suma punktów ≤ 9) oraz grupa II (suma punktów ≥ 10). W grupie I średnia punktacja wyniosła 4,8 ($\pm 2,8$), natomiast w grupie II 14,4 ($\pm 3,7$).

Średnia wieku pacjentek z grupy I wynosiła 29,6 \pm 4,3 lat (od 19 do 44), z grupy II 29,4 \pm 4,8 lat (od 17 do 41), co nie stanowiło różnicy istotnej statystycznie między grupami. Pacjentki z grupy II częściej były pierworódkami, chociaż nie była to różnica istotna (62,1% vs 47,2%; $p = ns$), nie zanotowano także różnic w odsetkach kobiet po stratach jednej lub więcej ciąży w wywiadzie (2,8% grupy I vs 6,1% grupy II; $p = ns$).

Nie wykazano również różnicy w odsetkach cięć cesarskich między grupami (32,1% vs 37,9%; $p = ns$). Większość pacjentek z grupy I miało wyższe wykształcenia, natomiast z II połowa wykształcenie podstawowe, średnie lub zawodowe, co ilustruje tabela I.

Stan urodzeniowy noworodków oceniano według punktacji w skali Apgar, uzyskanej w pierwszej minucie życia. W stanie dobrym (10-8 pkt) urodziło się 323 dzieci (93,9%), średnim (7-4 pkt) 19 (5,5%), a w złym (1-3 pkt) 2 dzieci (0,6%). Nie zanotowano różnic w stanie noworodków pomiędzy badanymi grupami.

Wyniki analizy regresji logistycznej przedstawiono w tabeli II. Stwierdzono, iż niższe wykształcenie, brak pomocy ze

Tabela I. Wykształcenie ankietowanych kobiet.

Wykształcenie	Grupa I	Grupa II	p
podstawowe	0	1,5%	ns
zawodowe	3,8%	9,1%	ns
średnie	21,7%	39,4%	0,01
wyższe	74,5%	50%	0,001

Tabela II. Analiza regresji logistycznej (grupa I vs grupa II).

	estymator parametru	p
rodność	-0,0205	ns
poród operacyjny	0,285	ns
zamieszkanie	0,289	ns
wykształcenie	-1,163	0,001
stan cywilny	1,218	ns
zatrudnienie	-0,060	ns
sytuacja socjalna	1,101	ns
karmienie piersią	0,330	ns
wsparcie rodziny	0,885	0,014
powikłania ciąży	1,154	0,013
poród przedwczesny	0,053	ns
stan urodzeniowy noworodka	1,226	ns
wywiad psychiatryczny	0,979	0,002

ns – nieistotne statystycznie

strony rodziny, wystąpienie powikłań typowych dla ciąży oraz występowanie zaburzeń depresyjnych w wywiadzie koreluje ze znacznie obniżonym nastrojem we wczesnym okresie poporodowym, ocenionym w skali EPDS na ≥ 10 punktów. Natomiast rodność, poród przez cięcie cesarskie, zamieszkanie, stan cywilny, zatrudnienie, sytuacja materialna, poród przedwczesny i karmienie piersią dziecka nie miały istotnego wpływu na liczbę punktów zdobywanych przez respondentki w ankiecie. Również stan noworodków, oceniony punktacją Apgar w pierwszej minucie życia, nie wywarł znamiennego wpływu na występowanie objawów depresyjnych w pierwszych dobach po porodzie. Może to wynikać z faktu, iż niemal 94% dzieci obu grup urodziło się w stanie dobrym.

Dyskusja

Istnieje wiele kwestionariuszy, wykorzystywanych w diagnostyce zaburzeń afektywnych, w tym depresji poporodowej. Do najczęściej używanych należy Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS) oraz Skala Depresji Becka (BDI) [11].

EPDS jest uznawana za kwestionariusz o wysokiej czułości i specyficzności w stosunku do objawów depresji, dlatego też była wykorzystywana w większości prowadzonych badań [6, 9, 10, 12, 13, 14, 15], w tym również w naszym. BDI ustępuje jej pierwszeństwa, ponieważ na ocenę nasilenia zaburzeń nastroju mają w tym kwestionariuszu wpływ objawy somatyczne, które mogą wynikać z samego połogu [11]. W diagnostyce depresji używane są również inne kwestionariusze, między innymi PRIME-MD, Inwentarz Objawów Depresji,

PDSS – Przesiewowa Skala Depresji Poporodowej, Skala Depresji Poporodowej Bromley' a i inne [11].

W naszym badaniu objawy przygnębienia poporodowego (ocenione jako uzyskanie w ankiecie ≥ 10 punktów) wystąpiły u 38,4% respondentek, co odpowiada wynikom uzyskiwanym przez innych autorów [3, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17].

Czynniki ryzyka wystąpienia zaburzeń afektywnych, wynikające z naszej pracy, czyli zaburzenia psychiatryczne w wywiadzie, powikłania ciąży oraz brak wsparcia ze strony rodziny, zostały potwierdzone w piśmiennictwie światowym [4, 7, 9, 10, 14, 16].

Do silnych czynników ryzyka większość autorów zalicza także niski status socjoekonomiczny, brak zatrudnienia, poród przedwczesny, występowanie przedmiesiączkowych zaburzeń dysforycznych w wywiadzie, gorszy stan urodzeniowy noworodka oraz problemy w związku z partnerem [2, 4, 5, 7, 9, 10, 14, 16, 18, 19].

W naszej pracy elementy te nie uzyskały istotności statystycznej w analizie regresji logistycznej. Część publikacji do czynników ryzyka zalicza także niższe wykształcenie pacjentek, karmienie piersią, poród operacyjny oraz wielorództwo [13, 14, 16, 18], natomiast Alici twierdzi, iż powyższe czynniki nie mają wpływu na występowanie przygnębienia poporodowego [6]. W przedstawianym badaniu pacjentki z zaburzeniami afektu w większości rodziły po raz pierwszy, przez cięcie cesarskie i miały wyższe wykształcenie (choć poza wykształceniem nie były to różnice istotne statystycznie). Może to być związane z większymi oczekiwaniami kobiet tej grupy co do macierzyństwa i okresu poporodowego oraz konfrontacją tych wyobrażeń z rzeczywistością.

Potwierdzonym w wielu badaniach czynnikiem ryzyka depresji poporodowej, poważnego zaburzenia psychicznego okresu połogu, jest wystąpienie przygnębienia poporodowego [6, 10, 15, 17]. Hannah donosi o udowodnionej istotnej korelacji pomiędzy wynikami uzyskanymi przez pacjentki w kwestionariuszu EPDS w piątym dniu i 6 tygodni po porodzie [17]. Uzyskanie wyniku ≥ 10 punktów w piątej dobie trzydziestokrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia objawów depresji poporodowej 6 tygodni [12] i dwudziestokrotnie 12 tygodni po porodzie [15]. Według Stowe 66,5% kobiet, które cierpiało na depresję w pierwszym roku po urodzeniu dziecka, początek objawów zanotowało już we wczesnym okresie poporodowym – średnio w drugim tygodniu od porodu ($\pm 1,7$ tyg.) [20].

Depresja poporodowa to ciężkie schorzenie, dotykające nie tylko matkę, ale i jej dziecko. Piśmiennictwo światowe donosi o udokumentowanym ujemnym wpływie wystąpienia zaburzeń depresyjnych na rozwój poznawczy i emocjonalny niemowlęcia [21]. Opóźnienie rozpoznania depresji ma znamienny wpływ na długość jej trwania [13], a aż do 50% wszystkich przypadków w populacji może być niezdiagnozowana [10]. Depresja wykazuje 25% ryzyko nawrotu po kolejnym porodzie [6]. Szczególnie istotne wydaje się więc wprowadzenie badań przesiewowych w kierunku występowania zaburzeń afektywnych w okresie poporodowym. Zwykle zaleca się prowadzenie takich badań z użyciem wybranego kwestionariusza 6 tygodni i 6 miesięcy po urodzeniu dziecka. Niestety część pacjentek nie zgłasza się na kontrolną wizytę po zakończeniu połogu, na której planowane jest powyższe badanie. Szerokie badania przesiewowe ciężarnych można więc zastosować

pomiędzy 3 a 5 dobą po porodzie, gdy pacjentki przebywają wciąż na oddziałach położniczych [17].

Kobiety, u których zdiagnozowano by poporodowe zaburzenia afektywne w tym okresie, zostałyby zakwalifikowane do grupy wysokiego ryzyka wystąpienia depresji. Grupa taka mogłaby zostać objęta intensywnym nadzorem i opieką w okresie poporodowym.

Wnioski

1. Co trzecia położnica jest narażona na wystąpienie przygnębienia poporodowego.
2. Istotne wydaje się wprowadzenie badań przesiewowych w kierunku występowania wczesnych poporodowych zaburzeń afektywnych w celu wyodrębnienia grupy kobiet, o wysokim ryzyku rozwinięcia depresji poporodowej w ciągu pierwszego roku po urodzeniu dziecka.

Piśmiennictwo

1. Kossakowska-Petrycka K, Walecka-Matyja K. Psychologiczne uwarunkowania wystąpienia depresji poporodowej u kobiet w ciąży o przebiegu prawidłowym i ciąży wysokiego ryzyka. *Ginekol Pol.* 2007, 78, 544-548.
2. Cantwell R, Cox J. Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Curr Obstet Gynecol.* 2006, 16, 14-20.
3. Łukasik A, Błaszczak K, Wojcieszyn M, [i wsp.]. Charakterystyka zaburzeń afektywnych u położnic w 1 tygodniu połogu. *Ginekol Pol.* 2003, 74, 1194-1199.
4. Robertson E, Grace S, Wallington T, [et al.]. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004, 26, 289-295.
5. Rymaszewska J, Dolna M, Gryboś M, [i wsp.]. Zaburzenia psychiczne okolicy porodowej – epidemiologia, etiologia, leczenie. *Ginekol Pol.* 2005, 76, 322-330.
6. Alici-Evcimen Y, Sudak D. Postpartum depression. *Prim Care Update Ob Gyns.* 2003, 10, 210-216.
7. Adewuya A. The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors. *Am J Obstet Gynecol.* 2005, 193, 1522-1525.
8. Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987, 150, 782-786.
9. Bergant A, Heim K, Ulmert H, [et al.]. Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *J Psychosom Res.* 1999, 46, 391-394.
10. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, [et al.]. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006, 28, 3-8.
11. Boyd R, Le H, Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health.* 2005, 8, 141-153.
12. Dennis C. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *J Affect Disord.* 2004, 78, 163-169.
13. Gurel S, Gurel H. The evaluation of determinants of early postpartum low mood: the importance of parity and inter-pregnancy interval. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000, 91, 21-24.
14. Jardri R, Pelta J, Maron M, [et al.]. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disord.* 2006, 93, 169-176.
15. Yamashita Y, Yoshida K, Nakano H, [et al.]. Postnatal depression in Japanese women. Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood. *J Affect Disord.* 2000, 58, 145-154.
16. Glangeaud-Freudenthal N, Crost M, Kamiński M. Severe post-delivery blues: associated factors. *Arch Womens Ment Health.* 1999, 2, 37-44.
17. Hannah P, Adams D, Lee A, [et al.]. Links between early post-partum mood and postnatal depression. *Br J Psychiatry.* 1992, 160, 777-780.
18. Dudek D, Siwek M, Zięba A, [i wsp.]. Depresja poporodowa. *Przeg Lek.* 2002, 59, 919-923.
19. Segre L, O'Hara M, Arndt S, [et al.]. The prevalence of postpartum depression: the relative significance of three social status indices. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007, 42, 316-321.
20. Stowe Z, Hostetter A, Newport D. The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *Am J Obstet Gynecol.* 2005, 192, 522-526.
21. Beck C. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs.* 1998, 12, 12-20.