

Profilaktyka depresji poporodowej – rola personelu medycznego w rozpoznawaniu czynników ryzyka i symptomów choroby

Karolina Kossakowska

Zakład Metodologii i Badań Statystycznych, Instytut Psychologii, Wydział Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Łódzki

Kossakowska K. Profilaktyka depresji poporodowej – rola personelu medycznego w rozpoznawaniu czynników ryzyka i symptomów choroby. Med. Og. Nauk Zdr. 2013; 19(4): 463–468.

Streszczenie

Depresja poporodowa dotyczy ok. 10–20% kobiet i jest problemem ogólnoświatowym. Jej objawy utrudniają, a niekiedy uniemożliwiają wywiązywanie się z roli matki i wpływają istotnie na prawidłowy rozwój dziecka. Nierozpoznana i nieleczona depresja poporodowa może wpływać na decyzję o braku posiadania kolejnego potomstwa, a także podnosić koszty związane z opieką medyczną nad matką i dzieckiem. Wczesne rozpoznawanie symptomów ryzyka i objawów depresji poporodowej wydają się zatem niezbędne dla ochrony kobiety i noworodka przed negatywnymi konsekwencjami choroby.

Celem pracy jest przedstawienie roli i możliwych strategii oddziaływań personelu medycznego w rozpoznawaniu depresji poporodowej u kobiet w czasie ciąży i połogu.

Praca przedstawia charakterystykę depresji poporodowej, w tym objawy choroby i czynniki predysponujące do jej wystąpienia, jak również konsekwencje dla relacji matki z dzieckiem oraz rozwoju dziecka. Omówione w pracy działania, służące wczesnemu rozpoznawaniu symptomów i czynników ryzyka choroby, mogą być przydatne specjalistom personelu medycznego w sprawowaniu opieki nad matką i dzieckiem w okresie okołoporodowym.

Wnioski. Choć pełna diagnoza wymaga specjalistycznej wiedzy psychiatrycznej, lekarze innych specjalności oraz pozostali personel medyczny, pod opieką których znajduje się kobieta w okresie okołoporodowym, mogą w istotny sposób przyczynić się do właściwej i wystarczająco wcześnie podjętej interwencji, chroniącej zdrowie matki i nowo narodzonego dziecka.

Słowa kluczowe

depresja poporodowa, profilaktyka, rola personelu medycznego

WPROWADZENIE

Narodziny dziecka postrzegane są najczęściej jako radosny czas w życiu kobiety i rodziny. Czas ten wiąże się jednak również z koniecznością przystosowania się do nowej roli oraz radzenia sobie z obowiązkami i wyzwaniem, jakie niesie macierzyństwo. Dla wielu kobiet, zwłaszcza tych, które zostają matkami po raz pierwszy, jest to bardzo trudny czas związany z przeżywaniem negatywnych emocji, które utrudniają sprawowanie opieki nad dzieckiem i odczuwanie satysfakcji z posiadania potomstwa. Kiedy taki stan utrzymuje się przez dłuższy czas, a kobieta doświadcza innych objawów uniemożliwiających właściwe funkcjonowanie w swojej nowej roli, prawdopodobnie mamy do czynienia z depresją poporodową.

Depresja poporodowa (ang. *postpartum depression/PPD*) jest częstym i poważnym zaburzeniem, które występuje w ciągu pierwszych 3 miesięcy po porodzie i może dotyczyć nawet 20% nowych matek [1, 2, 3, 4]. Do objawów zalicza się obniżony przez większość dnia nastrój, utratę zainteresowania lub przyjemności w sytuacjach, które do tej pory sprawiały kobiecie zadowolenie. Inne objawy to zmęczenie, niepokój lub spowolnienie psychoruchowe, poczucie winy lub bezwartościowości, trudności z koncentracją oraz bezsenność [5].

Objawy kliniczne depresji występującej po narodzinach dziecka przypominają objawy epizodu dużej depresji.

Specyfika depresji poporodowej odnosi się jednak przede wszystkim do sytuacji, w jakiej rozwijają się objawy choroby. A zatem, negatywna ocena własnych kompetencji związana będzie wówczas głównie z niewłaściwym – zdaniem kobiety – wywiązywaniem się z roli matki. W porównaniu z depresją niezwiązaną z okolicznościami ciąży i narodzin dziecka, rzadsze są w depresji poporodowej: ogólne poczucie beznadziejności i myśli samobójcze. Dodatkowo występuje nieadekwatny lęk o zdrowie i życie dziecka, nadmierne przejmowanie się zaistniałą sytuacją i przesadna troska o własne zdrowie [6].

Depresja poporodowa zaliczana jest do depresji o podłożu heterogennym, czyli takich, które w większym stopniu uwarunkowane są czynnikami psychospołecznymi i osobowościowymi, choć w badaniach nad etiologią uwzględniany jest również component biologiczny [6, 7, 8].

Metaanaliza badań nad ustaleniem przyczyn depresji poporodowej przeprowadzona przez Beck [9, 10] pozwoliła na wyłonienie 13 czynników ryzyka tego zaburzenia. Są to: wcześniejsza historia depresji, w tym depresja w trakcie ciąży, niski poziom poczucia własnej wartości, stres związany z opieką nad dzieckiem, niepokój w okresie prenatalnym, stresujące doświadczenia życiowe, brak wsparcia społecznego, konfliktowe relacje małżeńskie, temperament dziecka (m.in. kolki), wcześniejszy smutek poporodowy (tzw. *baby blues*), bycie samotną matką, niski status ekonomiczny oraz nieplanowana lub niechciana ciąża.

Skutki wynikające z objawów choroby, mogą być krótkoterminowe i długoterminowe. Ich rolę odnotowano w relacjach z partnerem, rodziną [11], zaś przede wszystkim w nawiązywaniu więzi z dzieckiem oraz w negatywnych konsekwencjach dla jego rozwoju [12].

dr Karolina Kossakowska, Zakład Metodologii i Badań Statystycznych, Instytut Psychologii, Wydział Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Łódzki, 91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12, tel. (42) 66 555 81, faks (42) 66 555 83
e-mail: k.kossakowka@gmail.com

Nadesłano: 17 grudnia 2012 roku; Zaakceptowano do druku: 21 maja 2013 roku

Depresyjne matki mniej chętnie angażują się w kontakt z dzieckiem i często nie reagują na jego potrzeby, częściej odrzucają swe dzieci i odczuwają w kontakcie z nimi silny gniew [13]. Depresja może też sprzyjać bardziej negatywnej ocenie zachowań dziecka [14].

Okres od 2 do 6 miesięcy po narodzinach jest szczególnie ważny dla późniejszego rozwoju dziecka, albowiem właśnie wtedy relacje między matką a noworodkiem wpływają na jego doświadczenia poznawcze, emocjonalne i społeczne [15].

Amerykańskie Towarzystwa Psychologicznego podaje negatywny wpływ depresji poporodowej na dziecko z perspektywy poszczególnych okresów jego rozwoju [6]:

- U noworodków: mniejsza aktywność, większa drażliwość i nerwowość, mniej pozytywnych reakcji mimicznych, zaburzenia rytmu okołodobowego, wyższy poziomu hormonów stresu.
- U niemowląt i małych dzieci: depresyjny sposób podejmowania interakcji, mniejsza waga i siła mięśniowa oraz opóźnienia w rozwoju motorycznym.
- U dzieci w wieku przedszkolnym: więcej zachowań agresywnych i pozbawionych empatii, podwyższony poziom hormonów stresu i aktywność mózgu wskazująca na stan chronicznej depresji.

Negatywne konsekwencje, jakie choroba przynosi cierpiącej kobiecie oraz nowo narodzonemu dziecku, przemawiają za koniecznością podejmowania działań zapobiegawczych i/lub interwencyjnych w przypadku wystąpienia depresji poporodowej.

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie spektrum oddziaływań profilaktycznych, diagnostycznych i interwencyjnych, możliwych do podjęcia przez specjalistów opieki zdrowotnej opiekujących się kobietami w okresie okołoporodowym.

Oddziaływania w obszarze pomocy kobietom w depresji po narodzinach dziecka oraz ich rodzinom, podobnie jak oddziaływania zdrowotne w odniesieniu do innych chorób, powinny odbywać się w kilku etapach. W tym miejscu warto przypomnieć, że od 1947 roku, zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, termin „zdrowie” określa nie tylko brak choroby lub niedomagania, lecz stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego [16]. W tak ujmowane pojęcie zdrowia wpisują się trzy poziomy prewencji zaproponowane przez Caplana [17]:

Profilaktyka I stopnia (pierwszorządowa) – która obejmuje umacnianie zdrowia i zapobieganie chorobom, m.in. poprzez przeciwdziałanie czynnikom ryzyka zanim jeszcze przyczynią się do wystąpienia zaburzeń.

Profilaktyka II stopnia (drugorzędowa) – obejmująca wczesne wykrywanie nieprawidłowości i podjęcie działań służących ich eliminowaniu i zahamowaniu choroby poprzez badania profilaktyczne, przesiewowe czy diagnostyczne.

Profilaktyka III stopnia (trzeciorządowa) – rozumiana bardziej jako interwencja, w sytuacji, gdy choroba już się pojawiła, a realizowana poprzez działania, których celem jest niedopuszczenie do rozwinienia powstałej choroby oraz działania rehabilitacyjne, czyli ułatwiające powrót do normalnego stanu zdrowia.

W przypadku depresji poporodowej poprzez oddziaływania pierwszorządowe rozumieć możemy np. upowszechnianie

wiedzy na temat choroby. Mogą to być kampanie społeczne podobne w swym charakterze do realizowanych z powodzeniem przedsięwzięć dotyczących problemów z obszaru zdrowia psychicznego, jak „Schizofrenia – otwórzcie drzwi” czy „Forum Przeciwko Depresji”. Inicjatywy tego rodzaju wydają się istotnym uzupełnieniem oddziaływań na poziomie drugorzędowym i trzeciorzędowym.

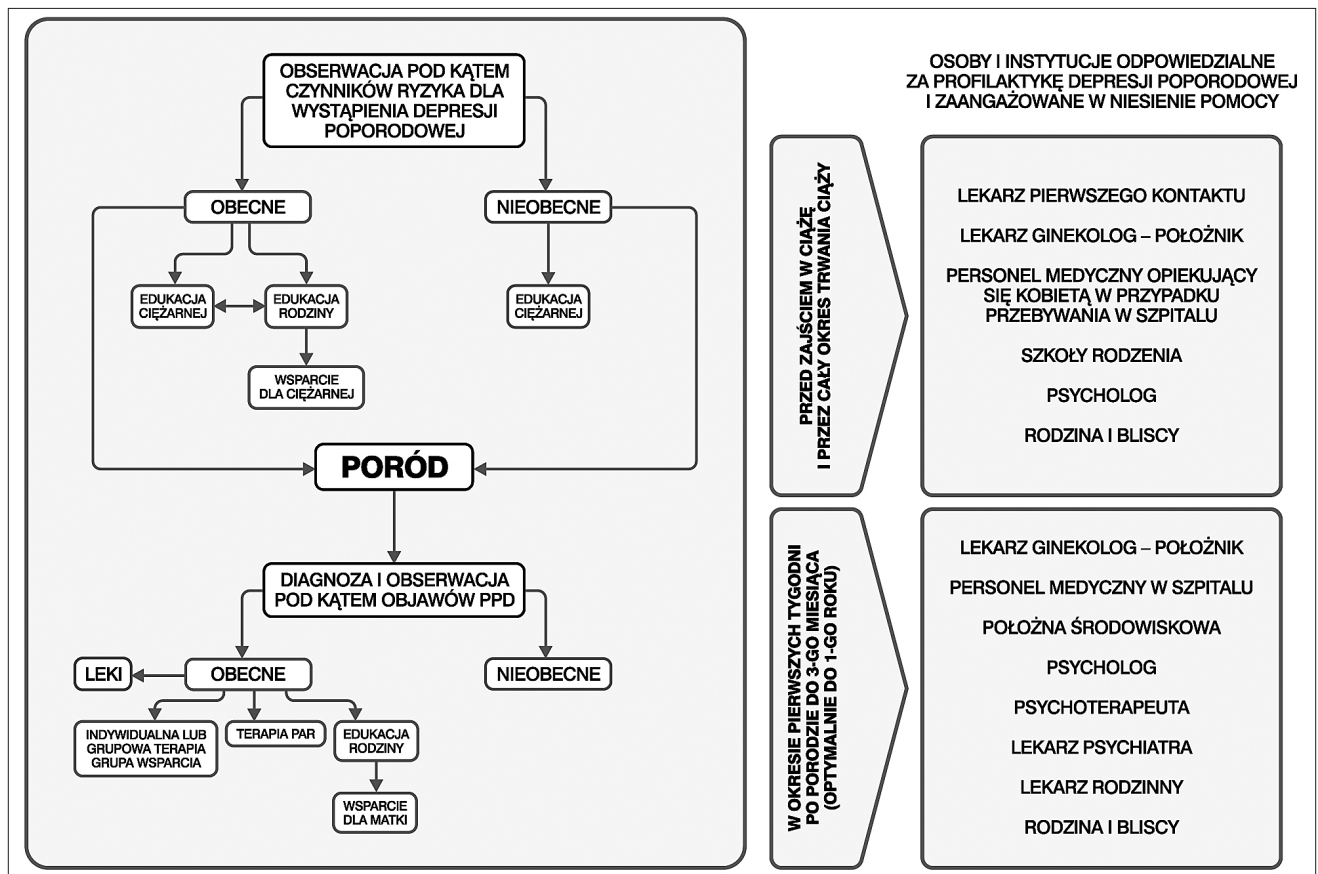
Natomiast przeciwdziałanie depresji poporodowej na drugim poziomie powinno rozpoczynać się jeszcze w okresie prenatalnym, a niekiedy nawet na etapie podejmowania przez parę decyzji o staraniu się o dziecko. Do możliwych oddziaływań zaliczymy wówczas rozpoznawanie czynników ryzyka depresji poporodowej, których obecność predysponować powinna kobiety do pozostania pod obserwacją dalszej diagnozy. Na tym etapie, niezależnie od obecności ryzyka, pożądane są różnorodne działania o charakterze edukacyjnym, mające na celu uwrażliwienie kobiety i jej bliskich na symptomy, które powinny zaniepokoić po urodzeniu dziecka. Na tym etapie powinna się również odbywać diagnoza w kierunku objawów depresji po urodzeniu dziecka. Monitoring niepokojących sygnałów powinien być prowadzony przede wszystkim przez personel medyczny, w szczególności przez lekarza rodzinnego, prowadzącego ciężą lekarza ginekologa i położną środowiskową. Istotną rolę należy oczywiście przypisać również rodzinie i bliskim ciężarnej. Niniejsze opracowanie koncentruje się jednak przede wszystkim na zadaniach, jakie spoczywają na specjalistach opiekujących się kobietą w tym szczególnym okresie.

Trzeci poziom oddziaływań to realna pomoc specjalistyczna, jaką powinna otrzymać kobieta, u której rozpoznano objawy choroby, a niekiedy również osoby znajdujące się w jej najbliższym otoczeniu. Na tym etapie istotną rolę odgrywać będą psycholog, psychoterapeuta, a wielu przypadkach także lekarz psychiatra.

Na rycinie 1 przedstawiony został proponowany model oddziaływań z uwzględnieniem rodzaju i charakteru udzielanej pomocy, jej odbiorców, jak również specjalistów zaangażowanych w jej udzielanie na przełomie okresu okołoporodowego.

Z proponowanego modelu oddziaływań wynika, że obserwacja w kierunku czynników ryzyka dla depresji poporodowej powinna rozpocząć się jeszcze na etapie podejmowania przez kobietę decyzji prokreacyjnych. Szczególną rolę w tym okresie, jak i późniejszych, ma zatem do odegrania personel medyczny sprawujący opiekę nad kobietą. W momencie planowania i przygotowywania się przez kobietę do zajścia w ciążę, lekarz pierwszego kontaktu oraz lekarz ginekolog mogliby w oparciu o wywiad z pacjentką wyłonić ewentualne czynniki predysponujące do zaburzeń nastroju. Rozmowa służąca ich rozpoznaniu powinna natomiast znaleźć się wśród rutynowego postępowania wobec pacjentek ciężarnych.

W przypadku, gdy lekarz stwierdzi u kobiety obecność takich czynników (o charakterze medycznym czy też psychospołecznym) zalecana jest edukacja pacjentki, np. w zakresie zmiany trybu życia czy umiejętności radzenia sobie ze stresem, po to, by wprowadzić czynniki protekcyjne, zabezpieczające przyszłą matkę przed zachorowaniem na depresję. Dobrą praktyką jest wówczas także edukacja bliskich pacjentki w zakresie wyjaśnienia wpływu sytuacji psychologicznej kobiety na zaburzenia nastroju oraz wypracowanie sposobów reagowania na zachowania kobiety w sposób niezwiększający ryzyka wystąpienia objawów choroby. Wiedza ta miałaby służyć rozwinięciu umiejętności udzielania ciężarnej właś-



Rycina 1. Model profilaktycznych i interwencyjnych oddziaływań w przypadku depresji poporodowej

Źródło: opracowanie własne

ciwego i skutecznego wsparcia. Ze względu na brak wyspecjalizowanych instytucji, psychoedukacja tego rodzaju może zostać włączona do programów szkół rodzenia, z oferty, których w chwili obecnej korzysta coraz więcej przyszłych rodziców. Udzielanie fachowych informacji może spoczywać zarówno na psychologach, jak również przygotowanych do tego specjalistach sprawujących opiekę nad kobietą w okresie okołoporodowym. Rolę i zasadność rozpoznawania symptomów ryzyka i objawów depresji poporodowej podkreślają stosowane powszechnie w Europie Zachodniej praktyki oraz liczne raporty naukowe [18, 19, 20, 21, 22, 23]. Jeśli ciąża ma charakter powikłany, co samo w sobie stanowi czynnik ryzyka depresji poporodowej, a kobieta przebywa w szpitalu, do monitorowania jej samopoczucia powinien zostać włączony cały personel medyczny. Optymalnie przygotowana oferta edukacyjna, służąca zapobieganiu depresji poporodowej, może być skierowana także do tych ciężarnych, u których nie zaobserwowano czynników ryzyka, jako że ich obecność w okresie prenatalnym nie jest warunkiem koniecznym rozwinięcia się choroby.

Niezależnie od poziomu zagrożenia rozpoznanego przed porodem, po narodzinach dziecka każda matka powinna zostać poddana diagnozie w celu wykluczenia objawów depresji. Decyzja o wizycie u specjalisty, jakim jest psycholog lub lekarz psychiatra, podjęta zostaje najczęściej dopiero w momencie, kiedy matka przestaje radzić sobie z objawami, a otoczenie nie rozumie, co się z nią dzieje i nie potrafi jej pomóc. Tymczasem, aby zapobiec rozwinięciu i nasileniu się objawów choroby, wczesna diagnoza mogłaby zostać przeprowadzona przez prowadzącego ginekologa-położnika lub

położną środowiskową, jak również lekarza rodzinnego czy pediatrę, który spotyka się z nową mamą, pełniąc opiekę nad zdrowiem jej nowo narodzonego dziecka. Diagnoza problemu, jakim są okołoporodowe zaburzenia nastroju, winna odbyć się możliwie jak najwcześniej, zanim objawy ulegną nasileniu, a kobieta straci wiarę we własne kompetencje w roli matki. Koszewska [4] podpowiada, że w kontakcie z ciężarną lub położnicą często wystarczy rozpocząć rozmowę od pytania o to, jak się czuje i jak sobie radzi. Pytanie to miałoby stanowić punkt wyjścia do rozmowy na temat potencjalnych objawów lub czynników ryzyka zaburzeń nastroju. Monitoring czynników ryzyka przez lekarza bądź położną, może również odbywać się w oparciu o własny wywiad przygotowany z uwzględnieniem aktualnej wiedzy na temat przyczyn i objawów choroby bądź z zastosowaniem powszechnie używanych metod kwestionariuszowych, wykorzystywanych do oceny obecności i nasilenia objawów zaburzeń nastroju.

Narzędziem pomocnym w rozpoznawaniu objawów depresji poporodowej jest Edynburska Skala Depresji Poporodowej (Edinburgh Postpartum Depression Scale; EPDS) [24]. Skala jest krótka, składa się z 10 twierdzeń odnoszących się do takich objawów jak: anhedonia, poczucie winy, niepokój, ataki paniki, przemęczenie, zaburzenia snu, smutek/przygnębienie, płaczliwość oraz myśli samobójcze. Służy do oceny samopoczucia w ostatnim tygodniu poprzedzającym badanie i jest uważana za cenny kwestionariusz do badań przesiewowych, zaś uzyskane wyniki wraz z oceną kliniczną stanowią podstawę do rozpoznania depresji poporodowej.

Stosując ją, należy poprosić badaną o zaznaczenie jednej z czterech możliwych odpowiedzi, która najlepiej opisuje

jej samopoczucie w ciągu ostatnich 7 dni. Odpowiedzi są punktowane od 0 do 3 punktów, w zależności od nasilenia objawów. Autorzy narzędzia przyjmują wynik 12/13 punktów jako graniczny, wskazujący na występowanie objawów depresji poporodowej oraz podkreślają, że należy zwrócić szczególną uwagę w sytuacji, gdy kobieta wysoko ocenia obecność myśli samobójczych, nawet wówczas, gdy ogólny wynik EPDS jest niski. Badanie przy użyciu EPDS może być powtarzane w kolejnych tygodniach i miesiącach po urodzeniu dziecka w celu monitorowania samopoczucia pacjentki. Narzędzie ma dobre właściwości psychometryczne. W badaniach oryginalnych rzetelność wyniosła 86%, swoistość 78%, zaś współczynnik rzetelności alfa-Cronbacha 0,88.

Autorzy skali EPDS oraz British Journal of Psychiatry, posiadające prawa autorskie do narzędzia, wyrażają zgodę na stosowanie narzędzia we własnej praktyce, jak również jego powielanie i wykorzystywanie do celów naukowych pod warunkiem powoływania się na źródło [24]. Polskie tłumaczenie – dr hab. n. przyr. Marii Bnińskiej – opublikowane zostało w pracy: Meir Steiner i Kimberly Jonkers pt. „Depresja u kobiet” [25].

Wytyczne The US Preventive Services Task Force [26] rekomendują także zastosowanie wywiadu składającego się z dwóch pytań.

W ciągu ostatnich 2 tygodni:

1. Czy kiedykolwiek była Pani smutna, przygnębiona albo w depresji?
2. Czy utraciła Pani zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania codziennych czynności?

Odpowiedź twierdząca na choćby jedno z zadanych pytań wskazuje na ryzyko wystąpienia objawów depresji poporodowej i może stanowić podstawę do skierowania położnicy do specjalisty.

Stosowanie innych standaryzowanych metod wymaga weryfikacji klinicznej, której dokonuje lekarz psychiatra bądź psycholog kliniczny, jednak zasygnalizowanie niebezpieczeństwa przez pozostały personel medyczny pozwoliłoby na szybką interwencję wobec kobiet, u których rozwinęły się objawy.

Jeśli objawy zostały rozpoznane i potwierdzone, oprócz psychoedukacji młodej matki i jej najbliższych, proponuje się skorzystanie z oddziaływań psychoterapeutycznych o charakterze terapii indywidualnej, grupowej, a niekiedy także terapii małżeńskiej. W szczególnych przypadkach, kiedy choroba znacząco uniemożliwia codzienne funkcjonowanie i/lub wiąże się z ryzykiem myśli i działań samobójczych charakterystycznych dla depresji, zaleca się włączenie farmakoterapii.

Przedstawiony w niniejszym opracowaniu model pomocy jest propozycją multidyscyplinarną, angażującą wielu specjalistów. W związku z brakiem powszechnie dostępnych w Polsce programów nakierowanych na niesienie pomocy psychologicznej w okresie okołoporodowym, poszukiwanie pomocy i wsparcia spoczywa na kobiecie oraz jej najbliższych i zależy od wielu dodatkowych czynników (takich jak gotowość kobiety do korzystania z tego typu oddziaływań) czy, w dużej mierze, od zasobów finansowych (w przypadku odpłatnej pomocy psychologicznej). Model stwarza więc wyzwanie dla publicznych i niepublicznych instytucji zajmujących się świadczeniem usług w obszarze opieki zdrowotnej.

Praktycy są zgodni co do tego, że ze względu na swoją specyfikę, jak i poważne konsekwencje dla kobiety i jej najbliższych, depresja wymaga zazwyczaj zintegrowania

różnorodnych oddziaływań i włączenia wielu specjalistów w pomoc cierpiącej kobiecie. Takie zintegrowane podejście ilustruje stosowany z powodzeniem w Stanach Zjednoczonych program NURSE stworzony przez Sichel i Driscoll [27], który obejmuje pięć aspektów opieki niezbędnych do przywrócenia kobiecie do normalnego funkcjonowania. Jego założenia wraz z przykładowymi interwencjami przedstawia tabela 1.

Beck i Driscoll [28], wykorzystujące program NURSE w swojej codziennej praktyce, podkreślają, że każda chorująca kobieta ma swoją unikalną historię poporodowych zaburzeń nastroju, dlatego wymaga indywidualnego podejścia do opracowania modelu opieki. Poniższe przykłady nie stanowią zatem idealnego wzorca oddziaływań, a jedynie przykładowe rozwiązania i propozycje, wymagające elastyczności w modyfikowaniu pod kątem dopasowania do każdej pacjentki.

WNIOSKI

1. Rozpoznanie symptomów depresji poporodowej jest możliwe nie tylko w gabinecie lekarza psychiatry. Lekarze innych specjalności oraz pozostały personel medyczny, zaangażowany w opiekę nad kobietą w okresie perinatalnym i postnatalnym, mogą istotnie przyczynić się do wczesnego wykrycia zagrożeń zwiększających ryzyko wystąpienia depresji poporodowej, jak i objawów choroby.
2. Profilaktyka depresji poporodowej, poprzez monitorowanie zdrowia psychicznego kobiety, powinna rozpocząć się już na etapie podejmowania decyzji o zajściu w ciążę. Wówczas zarówno lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, jak i ginekolog położnik powinni zwrócić uwagę na czynniki predysponujące do wystąpienia choroby, a w przypadku ich dostrzeżenia podjąć się edukacji pacjentki na temat możliwości uzyskania pomocy w radzeniu sobie z objawami.
3. W trakcie trwania ciąży, w ramach rutynowego postępowania powinna odbyć się rozmowa poświęcona aspektom psychicznego stanu zdrowia i funkcjonowania pacjentki oraz mieć miejsce stała obserwacja pod kątem rozpoznania czynników ryzyka depresji poporodowej. Ważną rolę w zakresie profilaktyki na tym etapie pełnią szkoły rodzenia, których oferta edukacyjna dedykowana przyszłym rodzicom powinna odejmować nie tylko wiedzę niezbędną w przygotowaniach do porodu, ale także wspierać ich w rozwoju umiejętności niezbędnych do odnalezienia się w nowej roli.
4. Zaangażowanie specjalistów wielu dziedzin w zakresie opieki zdrowotnej w monitorowanie stanu psychicznego i emocjonalnego pacjentki w okresie okołoporodowym zwiększa prawdopodobieństwo wczesnego rozpoznawania trudności. Dzięki temu ciężarna lub położnica ma szansę na uzyskanie wsparcia i specjalistycznej pomocy, która umożliwi radzenie sobie z doświadczanymi problemami i adaptację do macierzyństwa.
5. Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS) jest łatwym w użyciu, dostępnym narzędziem do rozpoznawania objawów depresji poporodowej i z powodzeniem może być stosowana przez specjalistów zaangażowanych w opiekę nad matką i noworodkiem.
6. Obserwacja i rozmowa z pacjentką po porodzie na temat jej samopoczucia i radzenia sobie z codziennymi obowiązkami powinna stać się obowiązkowym elementem spotkania w gabinecie lekarza (ginekologa, pediatry, internisty), jak i podczas rutynowej wizyty położnej środowiskowej.

Tabela 1. Założenia programu NURSE

OBSZAR ODDZIAŁYWAŃ	CHARAKTERYSTYKA	PRZYKŁADOWE DZIAŁANIA
N NOURISHMENT & NEEDS (odżywianie i zaspokajanie potrzeb)	Obejmuje dbanie o zaspokojenie podstawowych potrzeb, zapewnienie właściwego odżywiania, bogatego w witaminy, odpowiednią ilość płynów i przyjmowanie leków, jeśli zachodzi taka konieczność.	Ustalenie indywidualnej diety, dostosowanej do potrzeb konkretnej pacjentki, monitorowanie, czy stosuje się do zaleceń.
U UNDERSTANDING (zrozumienie)	Zapewnienie akceptacji, poczucia bezpieczeństwa, zaufania, możliwości mówienia o swoich odczuciach i problemach. Pomoc w zrozumieniu, jakie są przyczyny obniżonego nastroju i jego objawów.	Realizowane poprzez skierowanie na terapię do odpowiedniej grupy wsparcia lub psychoedukację. Dodatkowo - przygotowanie rodziny do udzielania chorej wspierającej pomocy.
R REST & RELAXATION (odpoczynek i relaks)	Zapewnienie koniecznego do regeneracji i poprawy samopoczucia i poziomu funkcjonowania i odpoczynku.	Opracowanie planu każdego dnia tak, by uwzględniał optymalną liczbę godzin snu i umożliwiał odpoczynek od wyczerpującej opieki nad dzieckiem Włączanie do pomocy otoczenia kobiety, np. jeśli kobieta karmi piersią – ustalenie harmonogramu uwzględniającego wcześniejsze ściąganie pokarmu i podawanie go dziecku z butelki, np. przez ojca dziecka.
S SPIRITUALITY (duchowość)	Zadbanie o szeroko rozumiane duchowe potrzeby kobiety.	Np., jeśli kobieta jest osobą wierzącą i modlitwa ma dla niej znaczenie – zachęcanie do poświęcania czasu na wyciszenie się poprzez modlitwę każdego dnia.
E EXERCISE (ćwiczenia)	Zadbanie o poświęcanie czasu na regularny wysiłek fizyczny, ze względu na jego rolę w podnoszeniu nastroju dzięki uwalnianym podczas ćwiczeń endorfinom. Intensywność ćwiczeń jest ustalana indywidualnie i zależy od czasu, jaki upłynął od porodu.	Pomoc w ustaleniu indywidualnego programu ćwiczeń, dostosowanego do potrzeb i możliwości kobiety. Monitorowanie przestrzegania zaleceń.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Beck i Driscoll [28].

PIŚMIENNICTWO

- O'Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression – a meta analysis. *Int Rev Psych*. 1996; 8: 37–54.
- Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. *BMJ* 1998; 316: 1884–1886.
- Reroń A, Gierat B, Huras H. Ocena częstotliwości występowania depresji poporodowej. *Gin Prakt*. 2004; 3: 32–35.
- Koszewska I. O depresji w ciąży i po porodzie: przyczyny, objawy, leczenie, zapobieganie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2010.
- American Psychological Association, APA. *Diagnosics and statistic manual of mental disorders (4th Ed.)*. Text revision. Washington DC 2004.
- Wasilewska-Pordes M. Depresja porodowa. Wydawnictwo Radamsa. Kraków 2000.
- Boyce P, Hickey A. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40: 605–612.
- Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *Gen Hosp Psychiatry*, 2006; 28: 3–8.
- Beck ChT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res*, 1996; 45 (5): 297–303.
- Beck ChT. Predictors of postpartum depression. An update. *Nurs Res*, 2001; 50 (5): 275–285.
- Boath EH, Pryce AJ, Cox JL. Postnatal depression: the impact on the family. *J Reprod Inf Psychology*, 1998; 16: 199–203.
- Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1992; 33: 543–561.
- Chun-Chong L, Vistanis P. Perceived Mother-Infant Relationship Difficulties in Postnatal Depression. *Inf Child Dev*. 2004; 13: 159–171.
- Bielawska-Batorowicz E. Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie poporodowym. Wydawnictwo UŁ Łódź 1995.
- Edhborg M, Lundh W, Seimyr L, Windstrom AM. The long-term impact of postnatal depressed mood on mother-child interaction: a preliminary study. *J Reprod Inf Psychology*, 2001; 19 (1): 62–71.
- WHO. *The Constitution of the World Health Organization*. WHO Chronicle, 1. 1947.
- Caplan G. *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books 1964.
- US Department of Health and Human Services. *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Washington, DC: US Public Health Service, 1999.
- US Public Health Service. *Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 2000.
- Hagan JF Jr, Shaw JS, Duncan P, eds. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. 3rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2008.
- Siegel BS, Foy JM. American Academy of Pediatrics, Committee on the Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Task Force on Mental Health. The future of pediatrics: mental health competencies for pediatric primary care. *Pediatrics*. 2009; 124(1): 410–421
- American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Health Care for Underserved Women. ACOG committee opinion No. 343: psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. *Obstet Gynecol*. 2006; 108(2): 469.
- Earls MF; American Academy of Pediatrics, Committee on the Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Clinical Report—Incorporating Recognition and Management of Perinatal and Postpartum Depression Into Pediatric Practice, *Pediatrics*; 2010 (126): 1032.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Brit J Psychiat*, 1987; 150: 782–786.
- Steiner M, Yonkers K. Depresja u kobiet. Gdańsk: Via Medica 1999.
- US Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med*. 2002; 136(10): 760–764
- Sichel D, Driscoll JW. *Women's moods*. New York: Quill 2000.
- Beck ChT, Driscoll JW. *Postpartum mood and anxiety disorders. A clinician's guide*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers 2006.

Prevention of postpartum depression – the role of health professionals in identifying risk factors and symptoms of the disease

■ Abstract

Postpartum depression affects approximately 10–20% of women who become mothers worldwide. Its symptoms hinder motherhood, sometimes make it impossible to fulfil the role of a mother, and seriously affect the normal development of the child. In addition, undiagnosed and untreated postpartum depression may affect further reproductive decisions, and increase the costs of care of mother and child. Therefore, early recognition of risk and symptoms of postpartum depression seem to be necessary to protect the woman and newborn against the negative consequences of the disease.

The aim of this study is to present the role and potential strategies of medical staff involved in the care of women during pregnancy and childbirth in diagnosing postpartum depression.

The article presents the characteristics of postpartum depression, including symptoms and risk factors of its occurrence, as well as the consequences for the mother-child relationship and child development. The discussed activities which serve an early identification of the symptoms and risk factors of postpartum depression may be helpful for health care professionals who provide care of mother and baby in the perinatal period.

Although the complete diagnosis requires psychiatric expertise, other medical specialists and the remaining medical staff providing care for a woman in the perinatal period, may significantly contribute to the proper and early intervention to protect the health of mother and newborn child.

■ Key words

postpartum depression, prophylaxis, role of medical staff