



# Analiza stanu wiedzy kobiet na temat poporodowych zaburzeń psychicznych – badanie pilotażowe

Analysis of women's knowledge about postpartum mental disorders – a pilot study

Adriana Moj<sup>1,A-D</sup>, Joanna Iwanicka<sup>2,A,C,E-F</sup>

<sup>1</sup> Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice, Polska

<sup>2</sup> Zakład Biochemii i Genetyki Medycznej, Katedra Nauk Podstawowych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych,

D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Moj A, Iwanicka J. Analiza stanu wiedzy kobiet na temat poporodowych zaburzeń psychicznych – badanie pilotażowe. Med Og Nauk Zdr. 2024; 30(2): 153–160. doi: 10.26444/monz/188821

## Streszczenie

**Wprowadzenie i cel pracy.** Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podaje, że ok. 10% kobiet w ciąży i 13% kobiet w okresie połogu doświadcza zaburzeń psychicznych. Celem niniejszej pracy było zbadanie poziomu wiedzy kobiet na temat zaburzeń psychicznych występujących w okresie poporodowym.

**Materiał i metody.** Badaniem ankietowym została objęta grupa 350 kobiet w wieku od 17 do 66 lat. Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Wyniki opracowano przy pomocy programu STATISTICA 13.0 oraz strony internetowej OpenEpi.

**Wyniki.** Wiedzę kobiet na temat zaburzeń psychicznych w okresie poporodowym można określić jako niską, respondenci uzyskały średnio 36,8 pkt na 79 możliwych do zdobycia (46,6%). Badane kobiety przejawiają najniższą wiedzę w zakresie diagnostyki i postępowania terapeutycznego, uzyskując średnio 6,9 pkt, co stanowi tylko 28,8% poprawnych odpowiedzi. Ankietowane wykazały – niemal jednogłośnie (92,30%) – brak znajomości organizacji działającej na rzecz osób zmagających się z omawianym problemem zdrowia psychicznego. Jednocześnie kobiety z wykształceniem medycznym oraz związane zawodowo ze środowiskiem medycznym mają większą wiedzę na temat poporodowych zaburzeń psychicznych niż pozostałe ankietowane.

**Wnioski.** Wiedza kobiet na temat poporodowych zaburzeń psychicznych w Polsce jest niska. Respondenci z wykształceniem medycznym cechuje wyższy stopień poprawności merytorycznej od pozostałych ankietowanych. Stwierdziliśmy także brak wiedzy ankietowanych na temat organizacji oraz stowarzyszeń, które zapewniają pomoc kobietom i ich bliskim w trudnej sytuacji okołoporodowej. Konieczne jest dalsze rozpragowywanie informacji na temat omawianych zaburzeń wśród społeczeństwa.

## Słowa kluczowe

depresja poporodowa, połóg, opieka poporodowa, poporodowe zdrowie psychiczne

## Abstract

**Introduction and Objective.** The World Health Organization (WHO) reports that globally, approximately 10% of pregnant women and 13% of women in the postpartum period experience mental disorders. The aim of this study was to investigate the level of women's knowledge regarding mental disorders occurring in the postpartum period.

**Material and Methods.** The survey included a group of 350 women aged 17–66, and was conducted using an author-constructed questionnaire. The results were analyzed using the software STATISTICA 13.0 and the OpenEpi website.

**Results.** The women's knowledge about postpartum mental disorders can be described as low; the respondents achieved the mean score 36.8 per 79 scores possible (46.6%). The respondents displayed the lowest knowledge in the area of diagnosis and therapeutic procedures, obtaining 6.9 scores on average, which represented only 28.8% of the correct answers. Almost unanimously (92.30%) the surveyed women confirmed a lack of awareness of organizations working for individuals struggling with the discussed mental health issue. At the same time, women with medical education and those professionally associated with the medical field demonstrated greater knowledge concerning postpartum mental disorders, compared to other respondents.

**Conclusions.** Women's knowledge concerning postpartum mental disorders in Poland is low. Respondents with medical education are characterized by a higher degree of substantive correctness than other respondents. In addition, the lack of respondents' knowledge was observed regarding organizations and associations which provide support to women and their families in challenging perinatal situations. It is also crucial to further disseminate information about the discussed disorders among the general population.

## Key words

postpartum depression, postpartum period, postpartum care, postpartum mental health

✉ Adres do korespondencji: Joanna Iwanicka, Zakład Biochemii i Genetyki Medycznej, Katedra Nauk Podstawowych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ul. Medyków 18, 40-752 Katowice, Polska  
E-mail:

Nadesłano: 23.02.2024; zaakceptowano do publikacji: 17.05.2024; publikacja online: 04.06.2024

## WSTĘP

Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO) definiuje zdrowie psychiczne jako stan dobrego samopoczucia, pozwalający jednostce radzić sobie z codziennymi stresami życiowymi, pracować oraz być zdolną do działania na rzecz swojej społeczności [1]. W klasyfikacji WHO choroby i zaburzenia psychiczne znajdują się na drugim miejscu w wykazie chorób powodujących niesprawność życiową, tuż po schorzeniach układu sercowo-naczyniowego. Jednocześnie szacuje się, że do 2030 roku zaburzenia psychiczne mają uplasować się w tym rankingu na pierwszym miejscu [2]. Wiele państw oraz większość systemów opieki zdrowotnej i społecznej zaniedbuje problemy zdrowia psychicznego, nie zapewniając adekwatnej opieki i wsparcia pacjentom. Dlatego WHO, bazując na światowym raporcie na temat zdrowia psychicznego wydanym w 2022 roku, zachęca do współdziałania oraz zaangażowania w działania na rzecz zdrowia psychicznego, a także wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej koncentrującej się na zdrowiu psychicznym [3].

W okresie poporodowym u kobiety mogą wystąpić różne zaburzenia emocjonalne, m.in. baby blues, depresja poporodowa czy też psychoza poporodowa [4]. Emocjonalne przeżycia oraz niepokoje występujące w okresie okołoporodowym wpisane są w naturę procesu stawania się matką. Zakres przeżyć emocjonalnych kobiet w ciąży oraz po porodzie jest szeroki i może obejmować objawy wskazujące na lęk, zespół stresu pourazowego, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, chorobę dwubiegunową, a także inne zaburzenia psychiczne [5–7]. WHO podaje, że w skali globalnej ok. 10% kobiet w ciąży i 13% kobiet w okresie połogu doświadcza zaburzeń psychicznych, w szczególności depresji. W przypadku krajów rozwijających się odsetek ten może sięgać od 15,6% (u kobiet w ciąży) do 19,8% (u kobiet po porodzie) [8, 9]. W Polsce brak jest populacyjnych badań epidemiologicznych dotyczących zaburzeń psychicznych, w tym depresji poporodowej. Dostępne badania ankietowe wskazują, że od 10 do 22% kobiet po porodzie cierpi na depresję poporodową, natomiast z baby bluesem zmagają się 25–85% kobiet, a jedna kobieta na tysiąc doświadcza psychozy poporodowej [10, 11].

W okresie okołoporodowym, trwającym od początku ciąży do 12 miesięcy po porodzie, kobiety są narażone na zaburzenia psychiczne, np. objawy depresyjne i lękowe, dekoncentrację, zapominanie, bezsenność, zmęczenie, drażliwość oraz niespecyficzne dolegliwości somatyczne, mogące powodować konsternację, a także dysfunkcję utrudniającą wykonywanie codziennych czynności [12]. Do rozwoju poporodowych zaburzeń psychicznych przyczynia się wiele czynników, wśród których istotną rolę odgrywają czynniki biologiczne, genetyczne, społeczne, psychologiczne oraz związane z ciążą. Pogorszenie nastroju u kobiet po porodzie wiąże się z dyskomfortem wynikającym z poczucia braku wolności i samodzielności, a szczególnie istotnym aspektem jest brak wsparcia emocjonalnego od rodziny i przyjaciół, a także ze strony personelu medycznego [13]. W ostatnich latach na całym świecie zauważalnie zwiększył się odsetek cięć cesarskich, w krajach rozwiniętych nawet 28–32% urodzeń odbywa się w ten sposób. Badania wykazały [14] związek cesarskiego cięcia z depresją poporodową (ang. *postnatal depression*, PPD). Nagłe cesarskie cięcia mogą przyczynić się do wystąpienia zespołu stresu pourazowego (ang. *post-traumatic stress disorder*, PTSD), a ten z kolei jest związany z PPD. Badanie przeprowadzone w 2019 roku wykazało, że

kobiety, które doświadczyły nieplanowanego cięcia cesarskiego, miały nasilone objawy PTSD po trzech miesiącach po porodzie w porównaniu z tymi, które doświadczyły planowanego cesarskiego cięcia lub porodu pochwowego. Nieplanowane porody operacyjne mogą mieć stanowić dla kobiety traumę, co wpływa na postrzeganie porodu, a co z kolei może prowadzić do rozwoju depresji poporodowej [15, 16]. Lęk i doświadczenie przemocy seksualnej i/lub fizycznej w czasie ciąży to kolejne ważne czynniki, które znacząco zwiększają ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych po porodzie. Z kolei nasilone objawy depresji przed porodem zwiększają ryzyko depresji poporodowej niemal czterokrotnie [17]. Depresja prenatalna i poporodowa matek może nieść negatywne skutki dla niemowląt, takie jak: niska masa urodzeniowa dziecka, zaburzenia funkcji poznawczych, emocjonalnych, społecznych, nerwowych lub opóźnienie rozwoju [18–20].

Z uwagi na coraz bardziej powszechny problem zaburzeń emocjonalnych u kobiet w okresie okołoporodowym w Polsce opracowano *Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej*, którego celem jest zwiększenie świadomości na temat depresji poporodowej. Okołoporodowe zaburzenia nastroju prowadzą do poważnych implikacji zdrowotnych zarówno dla noworodka, jak i dla matki, a także całej rodziny [21]. Z tego względu Polskie standardy opieki okołoporodowej zawierają rekomendację, aby położna lub lekarz sprawujący opiekę nad ciężarną w zakresie świadczeń profilaktycznych oraz działań dotyczących promocji zdrowia ocenili za pomocą kwestionariuszy diagnostycznych ryzyko, a także nasilenie objawów depresji u kobiety w dwóch przedziałach czasowych: pomiędzy 11. a 14. tygodniem ciąży oraz między 33. a 37. tygodniem ciąży. Po raz trzeci badanie powinno odbyć się podczas wizyty patronażowej [22, 23]. Leczenie farmakologiczne poporodowych zaburzeń psychicznych polega na zastosowaniu leków wyrównujących nastroj (głównie leków przeciwdepresyjnych). W przypadku nasilonych objawów depresji zachodzi potrzeba łączenia leków przeciwdepresyjnych z lekami psychotropowymi. Leki przeciwłękowe mają zadanie wspomagające, stosuje się je w celu zniesienia niepokoju oraz zaburzeń snu. Leczenie nefarmakologiczne polega na psychoedukacji, która dostarcza pacjentce i jej rodzinie informacji dotyczących objawów związanych z zaburzeniami nastroju. Metody nefarmakologiczne, takie jak: terapia poznawczo-behawioralna, terapia interpersonalna, terapia światłem, wsparcie społeczne, są stosowane w celu leczenia PPD [24, 25]. Terapia elektrostrząsowa jest zalecana w przypadku ciężkich zaburzeń psychicznych, w tym depresji z psychozą, myślami samobójczymi oraz manią, gdy pacjentki nie reagują na leczenie farmakologiczne [26, 27].

## CEL PRACY

Celem niniejszej pracy było zbadanie wiedzy kobiet na temat zaburzeń psychicznych występujących w okresie poporodowym.

## MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono w okresie od 22 grudnia 2022 roku do 25 kwietnia 2023 roku metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety przy użyciu narzędzia, jakim był autorski

kwestionariusz ankiety. W formie elektronicznej kwestionariusz ankiety sporządzony za pomocą formularza Survio rozsyłany był w mediach społecznościowych. W formie stacjonarnej kwestionariusze rozdawane były wśród pacjentek oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Powiatowego im. Prałata J. Głowatzkiego w Strzelcach Opolskich. Kryteria włączenia do badania obejmowały Polki w przedziale wiekowym od 17. do 66. r.ż.; tak szeroki zakres wieku został wybrany w celu dokonania przekrojowej analizy stanu wiedzy respondentek w różnym wieku oraz będących na różnym etapie życia, w tym kwestii związanych z rozrodem, czy też zdobywania wykształcenia i wiedzy w omawianym zakresie. Ankieta została przeprowadzona wśród 350 kobiet, które zadeklarowały chęć wzięcia udziału w badaniu. Kwestionariusz zawierał 38 pytań zamkniętych i 1 pytanie otwarte. W pierwszej części opracowanej ankiety pytania stanowiące metryczkę dotyczyły m.in. wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia respondentek, natomiast w drugiej części nawiązywały do etiologii i charakterystyki klinicznej poporodowych zaburzeń psychicznych, a także znajomości stosowanych metod terapeutycznych. Wiedzę ankietowanych analizowano, przydzielając punkty za poprawne odpowiedzi. Wyniki opracowano przy pomocy programu STATISTICA 13.0 oraz strony internetowej OpenEpi. W celu porównania różnic między danymi jakościowymi zastosowano test nieparametryczny  $\chi^2$ , w celu porównania danych jakościowych i ilościowych test U Manna-Whitneya, natomiast za istotne statystycznie zostały uznane wyniki, dla których  $p < 0,05$ .

## WYNIKI

### Ogólna charakterystyka grupy

Badaniem ankietowym objęto 350 kobiet w wieku od 17 do 66 lat. Dodatkowo grupa badana została podzielona na następujące cztery przedziały wiekowe: 17–30 lat (kobiety w wieku rozrodczym i zazwyczaj kształcące się); 31–40 oraz 41–50 lat (ankietowane najczęściej posiadające własne potomstwo oraz czynne zawodowo), a także najstarsze wiekowo: 51–66 lat (respondentki zazwyczaj posiadające największe doświadczenie w roli rodzica oraz zawodowe). Ponad połowa ankietowanych – 59,43% badanych ( $N = 208$ ) – mieściła się w przedziale wiekowym 17–30 lat. Kobiety w wieku 31–40 oraz 41–50 lat stanowiły odpowiednio 18% i 17,43%. Najmniej liczną grupą były respondentki w wieku 51–66 lat (5,14%). Na potrzeby badania w ankiecie dokonano podziału wykształcenia wyższego na medyczne i niemedyczne. Większość kobiet biorących udział w badaniu posiadała wykształcenie wyższe niemedyczne (33,4%,  $N = 117$ ). Wykształcenie wyższe medyczne miało 112 ankietowanych (32%), natomiast osoby z wykształceniem średnim stanowiły 31,7% ( $N = 111$ ). Kobiety, które ukończyły szkołę zawodową, stanowiły 2,6% ( $N = 9$ ), natomiast wykształcenie gimnazjalne uzyskało 0,3% ankietowanych ( $N = 1$ ). Respondentki zamieszkujące wieś stanowiły 34,9% ( $N = 122$ ). Mieszkankami miast powyżej 100 tys. mieszkańców było 119 osób (34%), natomiast miasto do 100 tys. mieszkańców było miejscem zamieszkania 31,1% ankietowanych ( $N = 109$ ). Najwięcej respondentek, opisując swoją sytuację rodzinną, zadeklarowało, że jest w związku małżeńskim 43,10% ( $N = 151$ ). Pozostałe ankietowane to panny 36,30% ( $N = 127$ ) i osoby pozostające w wolnym związku 15,10% ( $N = 53$ ); po rozwodzie było 15 ankietowanych (4,30%), natomiast wdowy to 4 ankietowane

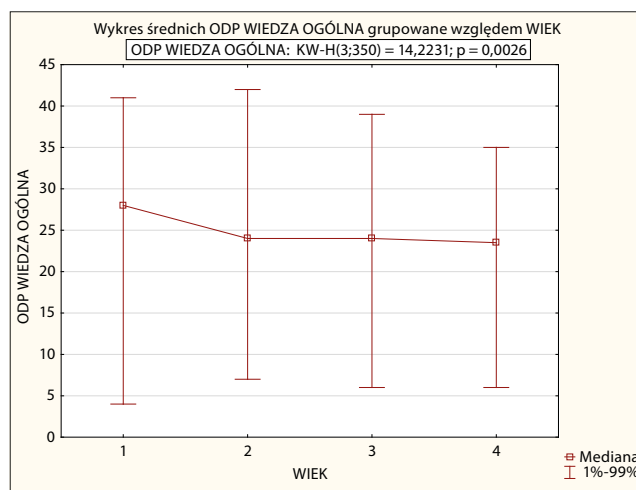
(1,10%). W badanej grupie respondentek 216 osób (61,70%) pracuje poza ochroną zdrowia, natomiast 134 osoby (38,30%) zatrudnione są w sektorze ochrony zdrowia. Występowanie poporodowych zaburzeń psychicznych w przeszłości zadeklarowało 25 badanych kobiet (7,1%) natomiast zdecydowana większość ankietowanych wskazała odpowiedź negatywną 92,90% ( $N = 325$ ). Analizując liczbę przeżytych porodów, należy stwierdzić, iż większość ankietowanych nie ma żadnego doświadczenia w tym zakresie 55,70% ( $N = 195$ ), kobiety, które rodziły 1 raz stanowiły 14,90% ( $N = 52$ ), natomiast 21,40% ( $N = 75$ ) respondentek rodziło dwukrotnie. Trzykrotny poród wskazały 23 osoby (6,60%), natomiast odpowiedź „powyżej 3 porodów” zaznaczyło 5 kobiet.

### Wiedza kobiet na temat poporodowych zaburzeń psychicznych

Wiedzę kobiet na temat poporodowych zaburzeń psychicznych można określić jako niską. Respondentki uzyskały średnio 36,8 pkt na 79 możliwych do zdobycia (46,6%) ze wszystkich pytań. Najniższą wiedzę respondentki przejawiają w zakresie diagnostyki i postępowania terapeutycznego – uzyskały średnio 6,9 pkt, co stanowi 28,8% poprawnych odpowiedzi.

Dodatkowo w celu przeprowadzenia dokładniejszej analizy pytania ankietowe podzielono na cztery kategorie: 1) całość (brano pod uwagę wszystkie zadane pytania), 2) wiedza ogólna, 3) pytania dotyczące charakterystyki baby bluesa i depresji poporodowej, 4) diagnostyka, leczenie i wsparcie kobiety w okresie poporodowym. Określono średnią poprawności odpowiedzi w zależności od wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, specyfiki pracy zawodowej, występowania omawianych zaburzeń w przeszłości oraz liczby przeżytych porodów (tab. 1).

Analiza porównawcza poprawności odpowiedzi respondentek, przeprowadzona z uwzględnieniem czynników demograficznych, ujawniła wyraźny trend wskazujący na spadek poziomu wiedzy wraz z wiekiem ankietowanych. Najwyższy stopień poprawności udzielanych odpowiedzi wykazała podgrupa młodych kobiet w wieku rozrodczym: 17–30 lat (ryc. 1).



**Rycina 1.** Mediana poprawności odpowiedzi (pytania dotyczące wiedzy ogólnej) według wieku respondentek. Źródło: badanie własne.  
Legenda. Przedziały wiekowe: 1 – 17–30 lat; 2 – 31–40 lat; 3 – 41–50 lat; 4 – 51–66 lat

**Tabela 1.** Uśrednione wartości poprawnych odpowiedzi respondentek

Zmienna		N	Całość	Wiedza ogólna	Baby blues, depresja poporodowa	Diagnostyka, leczenie
			Max. 79 pkt	Max. 48 pkt	Max. 7 pkt	Max. 24 pkt
Wiek	17–30	208	38,05 <sup>1</sup>	27,02 <sup>2,3</sup>	3,98	7,05
	31–40	63	35,21	24,87	4,14	6,19
	41–50	61	35,16	23,51	4,41	7,26
	51–66	18	34,17	22,72	4,06	7,39
Wykształcenie	zawodowe	9	31,33	21,78	3,11	6,44
	średnie	111	36,56	25,67	3,93	6,96
	wyższe medyczne	112	40,55 <sup>4,5</sup>	28,26 <sup>6,7</sup>	4,70	7,60
	wyższe niemedyczne	117	34,02 <sup>8</sup>	23,93 <sup>9</sup>	3,72 <sup>10</sup>	6,37
Stan cywilny	zamężna	151	35,58	24,72	4,11	6,76
	panna	127	38,39	27,00	4,20	7,20
	w wolnym związku	53	36,49	25,68	3,94	6,87
	rozwidziona	15	36,13	25,87	3,67	6,60
Miejsce zamieszkania	wieś	122	35,04 <sup>11</sup>	24,34 <sup>12</sup>	4,08	6,61
	miasto < 100 tys. mieszkańców	109	36,28 <sup>13</sup>	25,16 <sup>14</sup>	4,06	7,06
	miasto > 100 tys. mieszkańców	119	39,18	27,88	4,12	7,18
Praca w branży medycznej	tak	134	39,22 <sup>15</sup>	27,33 <sup>16</sup>	4,52 <sup>17</sup>	7,37
	nie	216	35,35	24,85	3,81	6,69
Poporodowe zaburzenia psychiczne w przeszłości	tak	25	38,48	25,64	4,32	8,52 <sup>18</sup>
	nie	325	36,71	25,81	4,07	6,83
Liczba przebytych porodów	1	52	34,75	23,87	3,98	6,90
	≥ 2	103	37,70	26,51	4,15	7,04

1, 2 – istotność statystyczna w przypadku podgrupy przedziału wiekowego 31–40 lat:  $p = 0,046$ ;  $p = 0,035$

3 – istotność statystyczna w przypadku podgrupy przedziału wiekowego 51–66:  $p = 0,021$

4, 6 – istotność statystyczna w przypadku podgrupy kobiet z wykształceniem zawodowym:  $p = 0,032$ ;  $p = 0,048$

5, 7 – istotność statystyczna w przypadku podgrupy kobiet z wykształceniem wyższym niemedycznym:  $p = 0,013$ ;  $p = 0,026$

8, 9, 10 – istotność statystyczna w przypadku podgrupy kobiet z wykształceniem zawodowym:  $p > 10^{-5}$ ;  $p = 0,0000$ ;  $p > 10^{-5}$

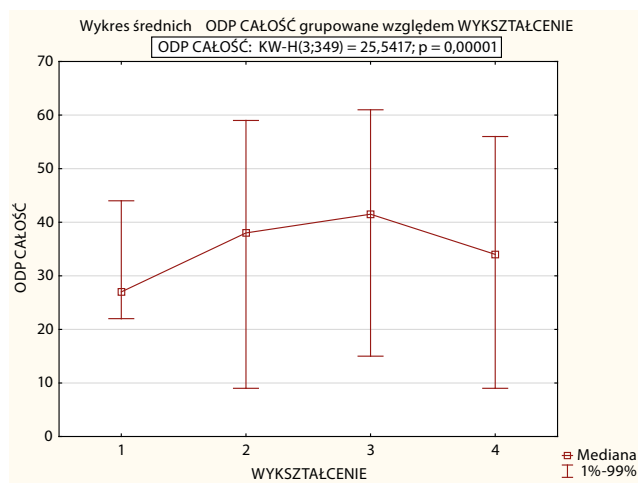
11, 12, 13, 14 – istotność statystyczna w przypadku podgrupy kobiet mieszkających w mieście > 100 tys. mieszkańców:  $p = 0,00009$ ;  $p = 0,00002$ ;  $p = 0,014$ ;  $p = 0,0016$

15, 16, 17 – istotność statystyczna w przypadku podgrupy kobiet niezwiązanych zawodowo ze środowiskiem medycznym:  $p = 0,0007$ ;  $p = 0,002$ ;  $p = 0,00004$

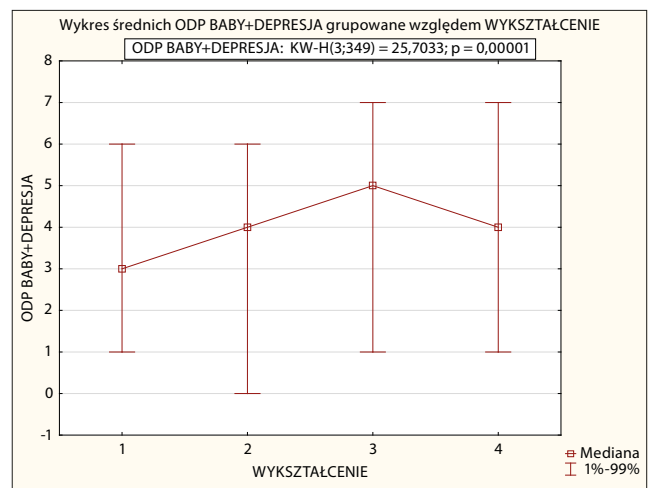
18 – istotność statystyczna w przypadku podgrupy kobiet, które nie doświadczyły poporodowych zaburzeń psychicznych w przeszłości:  $p = 0,014$

Źródło: badanie własne.

Trend ten obserwowano także, różnicując ankietowane pod względem wykształcenia. Odsetek poprawnych odpowiedzi wzrastał wraz z wykształceniem respondentek, najwięcej błędnych odpowiedzi odnotowano w grupie osób z wykształceniem zawodowym (ryc. 2, 3). Najwięcej



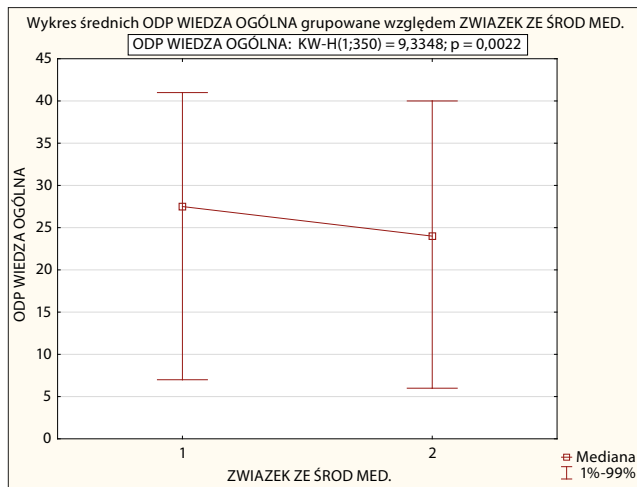
**Rycina 2.** Mediana poprawności wszystkich odpowiedzi według wykształcenia respondentek. Źródło: badanie własne  
Legenda. Wykształcenie respondentek: 1 – zawodowe; 2 – średnie; 3 – wyższe medyczne; 4 – wyższe niemedyczne



**Rycina 3.** Mediana poprawności odpowiedzi (pytania dotyczące charakterystyki baby bluesa i depresji poporodowej) według wykształcenia respondentek. Źródło: badanie własne.

Legenda. Wykształcenie respondentek: 1 – zawodowe; 2 – średnie; 3 – wyższe medyczne; 4 – wyższe niemedyczne

prawidłowych odpowiedzi było w grupie kobiet z wykształceniem medycznym, co jest spójne z wynikami poprawności odpowiedzi uwzględniającymi pracę respondentek w branży medycznej lub poza nią. Kobiety związane zawodowo ze

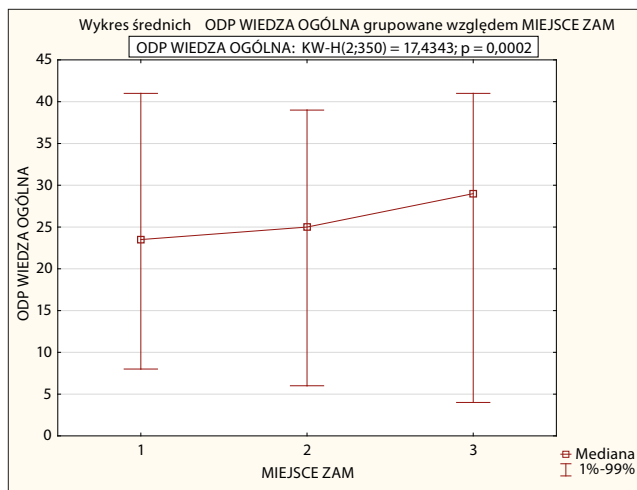


**Rycina 4.** Mediana poprawności odpowiedzi (pytania dotyczące wiedzy ogólnej) w zależności od tego, czy praca zawodowa respondentek związana jest ze środowiskiem medycznym. Źródło: badanie własne.

Legenda. Charakterystyka wykonywanej pracy zawodowej: 1 – praca związana ze środowiskiem medycznym; 2 – brak związku wykonywanej pracy ze środowiskiem medycznym

środowiskiem medycznym udzielały właściwej odpowiedzi istotnie częściej niż pozostałe ankietowane (ryc. 4).

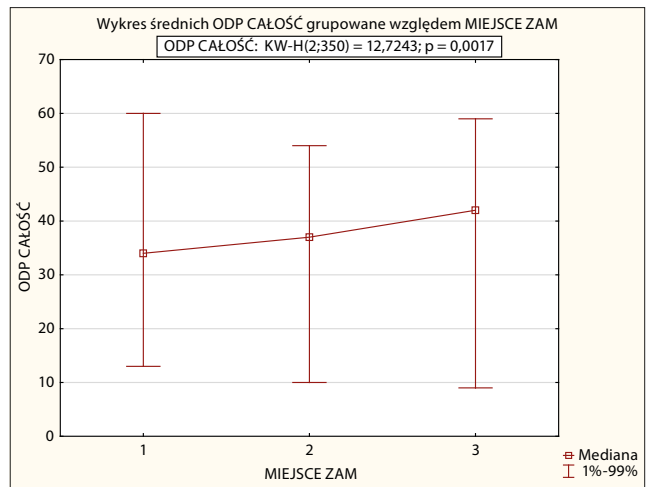
Istotne statystycznie zależności wskazuje także analiza różnicująca badaną grupę pod względem miejsca zamieszkania. Najwyższy poziom wiedzy cechuje kobiety mieszkające w mieście > 100 tys. mieszkańców, a najniższy – ankietowane będące mieszkankami wsi (ryc. 5, 6).



**Rycina 5.** Mediana poprawności odpowiedzi (pytania dotyczące wiedzy ogólnej) według miejsca zamieszkania respondentek. Źródło: badanie własne.

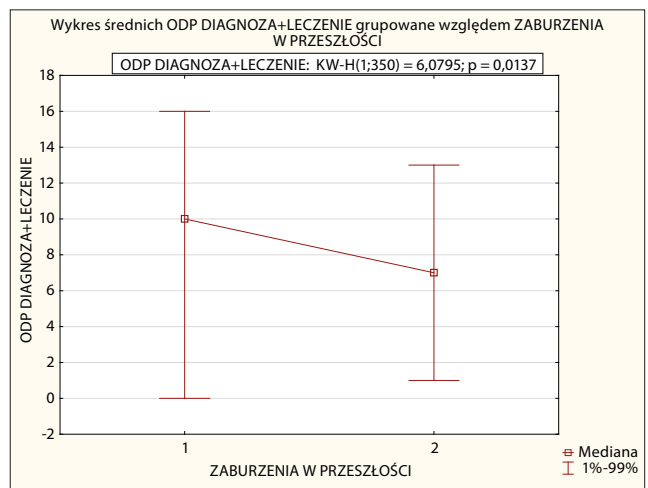
Legenda. Miejsce zamieszkania: 1 – wieś; 2 – miasto < 100 tys. mieszkańców; 3 – miasto > 100 tys. mieszkańców

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w zakresie wiedzy respondentek, uwzględniając ich stan cywilny czy też liczbę przeżytych porodów. Z kolei kobiety, które deklarowały zmaganie się w przeszłości z poporodowymi zaburzeniami psychicznymi, cechował wyższy poziom poprawności merytorycznej niż badane bez takiego doświadczenia, ale tylko w odniesieniu do pytań o diagnostykę, wsparcie i leczenie omawianych zaburzeń (ryc. 7).



**Rycina 6.** Mediana poprawności wszystkich odpowiedzi według miejsca zamieszkania respondentek. Źródło: badanie własne.

Miejsce zamieszkania: 1 – wieś; 2 – miasto < 100 tys. mieszkańców; 3 – miasto > 100 tys. mieszkańców



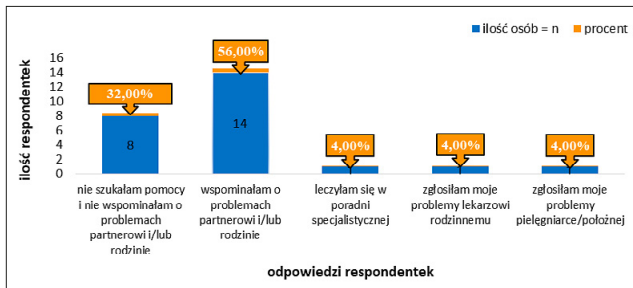
**Rycina 7.** Mediana poprawności odpowiedzi respondentek na pytania odnoszące się do diagnostyki i leczenia poporodowych zaburzeń psychicznych w zależności od tego, czy występowały u nich psychiczne zaburzenia poporodowe w przeszłości. Źródło: badanie własne.

Legenda. Zaburzenia psychiczne poporodowe w przeszłości: 1 – obecność zaburzeń w przeszłości; 2 – brak zaburzeń w przeszłości

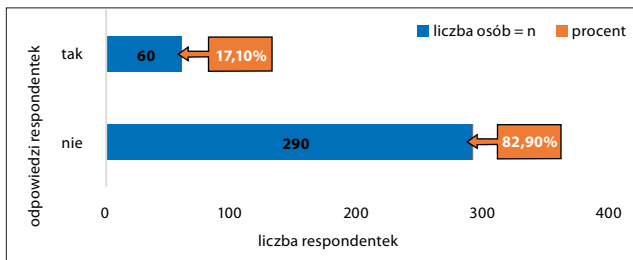
### Postawa respondentek wobec poporodowych zaburzeń psychicznych oraz ich wiedza na temat możliwości otrzymania wsparcia i pomocy terapeutycznej

Respondentki, które w przeszłości zmagaly się z poporodowymi zaburzeniami psychicznymi, odpowiadając na pytanie o postępowanie w przypadku zaburzeń, wskazały w większości (56%; N = 14), że wspominały o problemach partnerowi i/lub rodzinie, natomiast ponad jedna trzecia (32%; N = 8) ankietowanych nie szukała żadnej pomocy. Kobiety, które leczyły się w poradni specjalistycznej lub zgłosiły swoje problemy lekarzowi rodzinnemu, stanowią tylko 4% (N = 1) grupy badanej (ryc. 8).

Spośród badanych 290 kobiet (82,90%) nigdy nie szukało informacji na temat poporodowych zaburzeń zdrowia psychicznego. Jedynie 60 respondentek (17,10%) potwierdziło zainteresowanie omawianą tematyką i przyznało, że zgłębiały wiedzę w tym zakresie (ryc. 9).



**Rycina 8.** Postępowanie ankietowanych kobiet zmagających się z poporodowymi zaburzeniami psychicznymi. Źródło: badanie własne



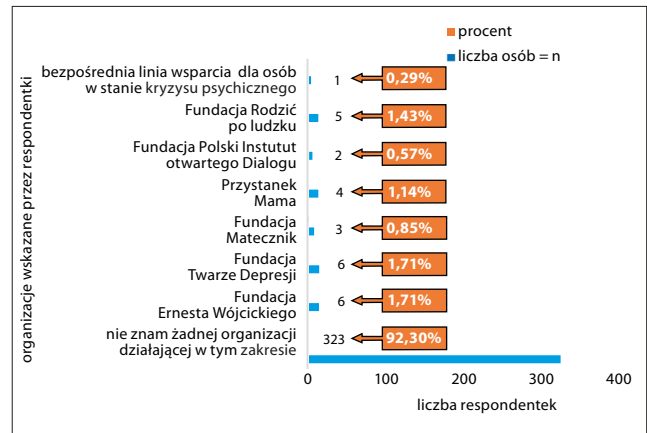
**Rycina 9.** Zainteresowanie ankietowanych tematyką poporodowych zaburzeń psychicznych. Źródło: badanie własne

Głównym źródłem wiedzy na temat poporodowych zaburzeń psychicznych, ich przyczyn, zaleceń oraz zasad postępowania w przypadku ich pojawiania się, jest Internet – tę odpowiedź wskazało 65,71% badanych (N = 230). Informacje od lekarza i położnej uzyskało 34,85% (N = 122) ankietowanych, 27,71% (N = 97) czerpało tę wiedzę z literatury medycznej, a 27,42% (N = 96) respondentek potwierdziło korzystanie z fachowej prasy medycznej. Wśród ankietowanych były osoby, które nie interesowały się tym tematem – stanowiły one 17,15% (N = 60) badanej grupy. Ponadto 16,28% kobiet (N = 57) informację o poporodowych zaburzeniach psychicznych czerpie/czerpałyby z zajęć z szkoły rodzenia, w następnej kolejności ankietowane – 14,85% (N = 52) – wskazywały na możliwość zdobywania wiedzy od znajomych i rodziny, z ulotek i broszur informacyjnych – 14,57% (N = 51), z programów telewizyjnych i audycji radiowych – 9,42% (N = 33), a także z własnych doświadczeń – 6,0% (N = 21). Niewielka liczba kobiet – 3,71% (N = 13) – zazaczyła odpowiedź „inne”, podając zajęcia na studiach psychologicznych (N = 4) oraz rozmowy z psychologiem (N = 1), 8 osób nie udzieliło jednoznacznej odpowiedzi (N = 8).

Respondentki prawie jednogłośnie (92,30%; N = 323) podały także, że nie znają organizacji działającej na rzecz osób zmagających się z omawianym problemem zdrowia psychicznego. Tylko 27 ankietowanych wymieniło organizacje, które zapewniają pomoc psychologiczną, prawną i diagnostyczną kobietom i ich bliskim w trudnej sytuacji okołoporodowej (ryc. 10).

## DYSKUSJA

Macierzyństwo postrzegane jest zazwyczaj jako pozytywne i wyjątkowe doświadczenie, ale u jednej na pięć kobiet w ciąży lub po porodzie diagnozuje się zaburzenia nastroju lub stany lękowe, będące symptomami schorzeń psychicznych [28]. Celem niniejszej analizy było zbadanie poziomu wiedzy kobiet na temat zaburzeń psychicznych występujących



**Rycina 10.** Znajomość nazw organizacji mogących udzielić informacji oraz wsparcia w zakresie profilaktyki, wykrywania i leczenia zaburzeń psychicznych. Źródło: badanie własne

w okresie poporodowym. Wiedzę tę można określić jako niewielką, respondentki uzyskały średnio 36,8 pkt na 79 możliwych do zdobycia (46,6%) ze wszystkich pytań. Przeprowadzona analiza porównawcza poprawności odpowiedzi respondentek według czynników demograficznych ujawniła wyraźny trend wskazujący na spadek poziomu wiedzy wraz z wiekiem ankietowanych. Najwyższy stopień poprawności udzielanych odpowiedzi odnotowano w podgrupie młodych kobiet w przedziale wiekowym 17–30 lat. Podobny trend zaobserwowano także, różnicując ankietowane względem wykształcenia. Odsetek poprawnych odpowiedzi wzrastał wraz z wykształceniem respondentek, chociaż ankietowane z wykształceniem średnim wykazały się nieznacznie większą wiedzą niż kobiety posiadające wykształcenie wyższe niemedyczne. Prawdopodobnie obserwowana zależność może wynikać z relatywnie nielicznej grupy badanej po jej podziale ze względu na wykształcenie oraz z faktu, że średnia wieku kobiet z wykształceniem średnim jest nieco niższa niż w podgrupie z wykształceniem wyższym. Biorąc pod uwagę tylko respondentki deklarujące wyższe wykształcenie, należy stwierdzić, że najczęściej prawidłowych odpowiedzi odnotowano w grupie kobiet posiadających wykształcenie medyczne. Kobiety związane zawodowo ze środowiskiem medycznym istotnie częściej od pozostałych ankietowanych udzielały właściwej odpowiedzi. Podobne wnioski wysunięto na podstawie przeglądu dostępnej literatury przedmiotu [29], w której dokonano analizy poziomu wiedzy o objawach, przyczynach oraz umiejętności rozpoznawania depresji okołoporodowej przez pracowników ochrony zdrowia. W większości przeprowadzonych w tym zakresie badań pracownicy ochrony zdrowia prezentowali średni lub dobry poziom wiedzy, chociaż stwierdzono ogólną trudność w odróżnianiu depresji poporodowej od innych stanów zdrowia psychicznego występujących u kobiet w pierwszych dniach po porodzie [29].

Okres po porodzie to dla kobiety szczególnie wymagający czas, cechujący się zmianami biologicznymi, fizycznymi i emocjonalnymi, z czym wiążą się również zmiany społeczne [30, 31]. Wymaga znacznej adaptacji osobistej i interpersonalnej, co może sprzyjać występowaniu poporodowych zaburzeń psychicznych. W przeprowadzonym badaniu własnym zapytano respondentki, które w przeszłości zmagają się z omawianym problemem poporodowych zaburzeń psychicznych, o postępowanie w przypadku ich

wystąpienia. Ankietyowane wskazały w większości (56%), że wspominały o problemach partnerowi i/lub rodzinie. Natomiast zastanawiający jest fakt, że ponad jedna trzecia (32%) kobiet nie zgłaszała swojego problemu nikomu z najbliższego otoczenia i jednocześnie nie szukała żadnej fachowej pomocy, a respondentki, które leczyły się w poradni specjalistycznej lub zgłosiły swoje problemy lekarzowi rodzinnemu, stanowiły tylko 4% badanych. Brak podobnych danych literaturowych w odniesieniu do populacji polskiej utrudnia porównanie naszych wyników z rezultatami innych badań. Jednak widoczna w Polsce różnica między raportowaną liczbą pacjentek leczonych i szacowaną częstością występowania depresji poporodowej wskazuje na skalę problemu. Świadomość społeczna w tym zakresie wydaje się niska, a problem często bagatelizowany. Kobiety boją się piętna bycia złą matką i wykluczenia społecznego. Niejednokrotnie także personel medyczny skupia uwagę na powikłaniach somatycznych u kobiety po porodzie oraz na zdrowiu noworodka, pozostawiając kwestię stanu psychicznego kobiety psychologom [32]. Do omawianych wyników należy podchodzić z pewną ostrożnością, ponieważ kobiety deklarujące poporodowe zaburzenia psychiczne stanowiły jedynie 7,1% badanej grupy, jednak na uwagę zasługuje niepokojący trend, który należałoby przeanalizować, przeprowadzając badanie na liczniejszej grupie.

Z naszej analizy wynika także, że najniższą wiedzę respondentki przejawiają w zakresie diagnostyki i postępowania terapeutycznego, uzyskując średnio 6,9 pkt, co stanowi jedynie 28,8% poprawnych odpowiedzi. Aż 82,90% badanych kobiet nigdy nie szukało informacji na temat poporodowych zaburzeń zdrowia psychicznego, a 92,30% wskazało, że nie znają żadnej nazwy organizacji mogącej udzielić wsparcia w zakresie profilaktyki, wykrywania i leczenia tego typu problemów. Nasze wyniki są spójne z innymi danymi literaturowymi, podkreślającymi niewystarczającą wiedzę kobiet na temat poporodowych zaburzeń psychicznych [33, 34].

Należy zaznaczyć, że ograniczeniem naszego badania pilotażowego jest to, że zostało przeprowadzone na mało licznej grupie. Może to wpływać na wykazane zależności, zwłaszcza gdy grupy dodatkowo dzielone są według wieku czy też wykształcenia. Niemniej jednak prezentowane wyniki wskazują obszary wiedzy, które wymagają podjęcia działań edukacyjnych, oraz kierunek ewentualnych przyszłych analiz.

Reasumując, analiza badań własnych wskazuje na niski poziom wiedzy kobiet na temat poporodowych zaburzeń psychicznych. Konieczne jest także dalsze rozpropagowanie informacji na temat omawianych zaburzeń wśród społeczeństwa oraz monitorowanie czynników, które mogą warunkować większy poziom wiedzy kobiet w tym zakresie. Bez wątpienia poporodowe zaburzenia psychiczne to ważny aspekt zdrowia publicznego, przy czym także edukacja pracowników ochrony zdrowia może potencjalnie pozytywnie wpływać na doświadczenia rodzicielskie pacjentek i rozwój ich dziecka. Dlatego kluczowe znaczenie ma stale aktualizowana wiedza, która pomaga podnieść umiejętności pracowników sektora medycznego w zakresie rozpoznawania poporodowych zaburzeń psychicznych i udzielaniu adekwatnej pomocy dotkniętym nimi kobietom.

## WNIOSKI

1. Wiedzę kobiet na temat poporodowych zaburzeń psychicznych można określić jako niską – respondentki uzyskały średnio 36,8 pkt na 79 możliwych do zdobycia (46,6%) ze wszystkich pytań zadanych na podjęty temat.
2. Najniższą wiedzę ankietyowane przejawiają w zakresie diagnostyki i postępowania terapeutycznego – w przypadku pytań na ten temat uzyskały średnio 6,9 pkt, co stanowi 28,8% poprawnych odpowiedzi.
3. Najwyższy stopień poprawności udzielonych odpowiedzi charakteryzowała się podgrupa młodych kobiet w wieku rozrodczym, tj. 17–30 lat.
4. Ankietyowane z wykształceniem medycznym oraz związane zawodowo ze środowiskiem medycznym mają większą wiedzę na temat poporodowych zaburzeń psychicznych od pozostałych ankietyowanych.
5. Najwyższy poziom wiedzy w zakresie zdrowia psychicznego w okresie poporodowym cechuje kobiety mieszkujące w mieście > 100 tys. mieszkańców, a najmniejszy – ankietyowane będące mieszkankami wsi.
6. Respondentki zmagając się z poporodowymi zaburzeniami psychicznymi w większości nie korzystają z żadnej formy specjalistycznej pomocy, a znaczny odsetek nie wspomina o problemie nawet najbliższej rodzinie.
7. Głównym źródłem wiedzy na temat poporodowych zaburzeń psychicznych, ich przyczyn oraz zaleceń oraz zasad postępowania w przypadku ich wystąpienia jest Internet, dopiero w następnej kolejności uzyskują te informacje od lekarza i położnej.
8. Niepokojący jest brak wiedzy respondentek na temat organizacji oraz stowarzyszeń, które zapewniają pomoc psychologiczną, diagnostyczną oraz prawną kobietom w trudnej sytuacji okołoporodowej i ich bliskim.

## PIŚMIENNICTWO

1. Wilczek-Rużyczka E, Kwak M. Zdrowie psychiczne. Współczesne zagrożenia i możliwości wzmocnienia. 1st ed. Warszawa: PZWL; 2022. p. 11.
2. Trawkowska D, Frąckowiak-Sochańska M, Zespół Obserwatorium Integracji Społecznej w Poznaniu w składzie: Czub K, et al. System wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi. W obszarze zdrowia na podstawie Diagnostyki systemu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa wielkopolskiego. Poznań: Obserwatorium Integracji Społecznej; Oct 2017. p. 4–5.
3. World Health Organization. World mental health report. Transforming mental health for all. Geneva 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> (access: 2023.01.29).
4. Janik I, Maciejewska M, Fabian Danielewska A, et al. Emotional disorders in the perinatal period. Journal of Education, Health and Sport. 2018;8(9):983–989. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1419713>
5. Sosnowska M. Doświadczenia z warsztatu o depresji okołoporodowej – zmiana tożsamości kobiety po porodzie i odkrywanie nowego „ja”. Psychiatria. 2019;16,3:139–145.
6. Fleischman EK, Connelly CD, Calero P. Depression and Anxiety, Stigma, and Social Support Among Women in the Postpartum Period. Nurs Womens Health. 2022;26(2):95–106. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2022.01.008>
7. Balaram K, Marwaha R. Postpartum Blues. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. PMID: 32119433.
8. Huang W, Li G, Wang D, et al. Postpartum depression literacy in Chinese perinatal women: a cross-sectional study. Front Psychiatry. 2023;14:1117332. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1117332>
9. Hidalgo-Padilla L, Toyama M, Zafra-Tanaka JH, et al. Association between maternity leave policies and postpartum depression: a systematic review. Arch Womens Ment Health. 2023;26(5):571–580. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01350-z>

10. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Rekomendacja nr 13/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących problemu zdrowotnego depresji poporodowej. [https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2020/REK/13\\_2020.pdf](https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2020/REK/13_2020.pdf) (access: 2023.02.06).
11. Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Pacjent.gov.pl. <https://pacjent.gov.pl/jak-zyc-z-choroba/mloda-matka-w-depresji> (access: 2023.02.06).
12. Silva BPD, Matijasevich A, Malta MB, et al. Common mental disorders in pregnancy and postnatal depressive symptoms in the MINA-Brazil study: occurrence and associated factors. *Rev Saude Publica.* 2022;56:83. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004028>
13. Zaręba K, Banasiewicz J, Rozenek H, et al. Peripartum Predictors of the Risk of Postpartum Depressive Disorder: Results of a Case-Control Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(23):8726. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238726>
14. Cena L, Mirabella F, Palumbo G, et al. Prevalence of maternal antenatal anxiety and its association with demographic and socioeconomic factors: A multicentre study in Italy. *Eur Psychiatry.* 2020;63(1):e84. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.82>.
15. Grisbrook MA, Dewey D, Cuthbert C, et al. Associations among Caesarean Section Birth, Post-Traumatic Stress, and Postpartum Depression Symptoms. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(8):4900. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084900>
16. Ahmadpour P, Faroughi F, Mirghafourvand M. The relationship of childbirth experience with postpartum depression and anxiety: a cross-sectional study. *BMC Psychol.* 2023;11(1):58. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01105-6>
17. Walker AL, de Rooij SR, Dimitrova MV, et al. Psychosocial and peripartum determinants of postpartum depression: Findings from a prospective population-based cohort. The ABCD study. *Compr Psychiatry.* 2021;108:152239. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152239>
18. Hamel C, Lang E, Morissette K, et al. Screening for depression in women during pregnancy or the first year postpartum and in the general adult population: a protocol for two systematic reviews to update a guideline of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Syst Rev.* 2019;8(1):27. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0930-3>
19. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med.* 2020;87(5):273–277. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19054>
20. Stewart AL, Payne JL. Perinatal Depression: A Review and an Update. *Psychiatr Clin North Am.* 2023;46(3):447–461. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2023.04.003>
21. Niegowska KW, Kobos E. Ocena częstotliwości występowania depresji poporodowej u kobiet w pierwszym tygodniu porodu. *Med Og Nauk Zdr.* 2019;25(4):251–257. <https://doi.org/10.26444/monz/114661>
22. Suchowiak S, Wszolek K, Suwalska J, et al. Badania przesiewowe w kierunku depresji okresu okołoporodowego: przegląd narzędzi i barier w skriningu. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia.* 2020;15,1–2:60–69. <https://doi.org/10.5114/nan.2020.97402>
23. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej z dnia 16 sierpnia 2018 roku. Poz. 1756. Warszawa, dnia 11 września 2018 roku. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf> (access: 2023.03.30).
24. Koszewska Iwona. O depresji w ciąży i po porodzie. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2010. p. 152. ISBN 978-83-200-6079-9. p. 91–131.
25. Lim G. Perinatal depression. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2021;34(3):233–237. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000998>
26. Pacheco F, Guiomar R, Brunoni AR, et al. Efficacy of non-invasive brain stimulation in decreasing depression symptoms during the peripartum period: A systematic review. *J Psychiatr Res.* 2021;140:443–460. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.06.005>
27. Friedman SH, Reed E, Ross NE. Postpartum Psychosis. *Curr Psychiatry Rep.* 2023;25(2):65–72. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01406-4>
28. Grussu P, Jorizzo GJ, Alderdice F, et al. Preventing, Mitigating, and Treating Women's Perinatal Mental Health Problems during the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review of Reviews with a Qualitative Narrative Synthesis. *Behav Sci (Basel).* 2023;13(5):358. <https://doi.org/10.3390/bs13050358>
29. Branquinho M, Shakeel N, Horsch A, et al. Frontline health professionals' perinatal depression literacy: A systematic review. *Midwifery.* 2022;111:103365. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103365>
30. Al Hadi A, Paliwoda M, Dawson J, et al. Women's Utilisation, Experiences and Satisfaction with Postnatal Follow-up Care: Systematic literature review. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2022;22(4):455–471. <https://doi.org/10.18295/squmj.10.2022.059>
31. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry.* 2015;57(Suppl 2):S216–21. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161481>
32. Dominiak M, Antosik-Wojcinska AZ, Baron M, et al. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression. *Ginekol Pol.* 2021;92(2):153–164. <https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0141>
33. Ponzini GT, Snider MDH, Evey KJ, et al. Women's Knowledge of Postpartum Anxiety Disorders, Depression, and Cognitive Behavioral Therapy. *J Nerv Ment Dis.* 2021;209(6):426–433. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001315>
34. Wang K, Li R, Li Q, et al. Knowledge, attitude, and practice toward postpartum depression among the pregnant and lying-in women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023;23(1):762. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06081-8>