

Analiza wybranych zmiennych determinujących występowanie zaburzeń nastroju po porodzie

Marzena Kaźmierczak¹, Małgorzata Gierszewska¹, Grażyna Gebuza¹, Estera Mieczkowska¹, Mariola Banaszekiewicz²

¹ Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

² Zakład Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Kaźmierczak M, Gierszewska M, Gebuza G, Mieczkowska E, Banaszekiewicz M. Analiza wybranych zmiennych determinujących występowanie zaburzeń nastroju po porodzie. Med Og Nauk Zdr. 2014; 20(4): 390–395. doi: 10.5604/20834543.1132042

Streszczenie

Cel pracy. Ocena nasilenia zaburzeń nastroju u położnic w 1. tygodniu po porodzie oraz ustalenie wpływu czynników położniczo-ginekologicznych determinujących występowanie przygnębienia poporodowego.

Materiał i metody. Do badania włączono 285 położnic średnio w 3. dobie połogu, które urodziły w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 w Bydgoszczy. Do oceny ryzyka zaburzeń nastroju po porodzie wykorzystano *Edynburską Skalę Depresji Poporodowej*. Za wskaźnik zaburzeń nastroju przyjęto ≥ 12 punktów w 30-stopniowej skali.

Wyniki. Wynik ≥ 12 punktów w *Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej* uzyskało 23,2% położnic. Nie stwierdzono istotnej różnicy występowania zaburzeń nastroju ze względu na: zespół napięcia przedmiesiączkowego, rodność, przebieg ciąży, sposób ukończenia ciąży, rodzaj wskazań do cięcia cesarskiego. Poród przedwczesny różnicuje ryzyko występowania przygnębienia poporodowego ($p < 0,05$).

Wnioski.

1. W 1. tygodniu po porodzie co czwarta położnica narażona jest na ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju.
2. Zmienne położniczo-ginekologiczne takie jak: zespół napięcia przedmiesiączkowego, rodność, przebieg ciąży, sposób ukończenia ciąży, rodzaj wskazań do cięcia cesarskiego nie miały istotnego wpływu na ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju po porodzie.
3. Poród przedwczesny zwiększa ryzyko wystąpienia przygnębienia poporodowego.

Słowa kluczowe

połóg, zaburzenia nastroju, przygnębienie poporodowe, *Edynburska Skala Depresji Poporodowej*

WPROWADZENIE

Okres połogu jest czasem największego ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych w życiu kobiety. Zjawisko to zaobserwowano już w czasach starożytnych, a opisy stanów depresyjnych można znaleźć w dziełach Hipokratesa („Corpus hipocratecum”, „Aforyzmy”) [1]. Ten sławny filozof starożytnej Grecji twierdził, że zdrowie i choroba są zależne od wzajemnie powiązanych ze sobą działań człowieka i środowiska. Na obraz każdej choroby wpływają takie czynniki jak: obyczaje, system wartości, klimat, dieta, styl życia, wiek, osobowość. Wiele z tych historycznych przemyśleń i spostrzeżeń nadal znajduje uznanie w kręgach pracowników ochrony zdrowia. W okresie minionych 10 lat wzrosła liczba publikacji naukowych, ale również artykułów w codziennej prasie i magazynach kobiecych, wywiadów w programach telewizyjnych i radiowych, które traktują o zaburzeniach psychicznych kobiet po porodzie. Jednak nadal konieczne jest upowszechnianie wiedzy o tym zaburzeniu i jego negatywnych następstwach dla matki, dziecka i jej rodziny.

Wyczerpujący przegląd piśmiennictwa poświęconego depresji okresu porodu i poporodowego opublikowali w latach 80. XX wieku Hopkins i współpracownicy, którzy po krytycznej analizie 110 prac badawczych wyodrębnili trzy postacie

klinicznych stanów depresyjnych omawianego okresu. Są to: przygnębienie poporodowe (lub *baby blues*), poporodowe psychozy depresyjne oraz zespoły depresyjne o różnym nasileniu. Wymienione zaburzenia różnią się między sobą rodzajem i nasileniem objawów, a także czasem pojawienia i okresem trwania [2].

Około 80% kobiet w połogu doświadcza wahań nastroju zwanego *depresją dnia trzeciego* lub *baby blues*. Przygnębienie poporodowe uznawane jest za najłagodniejszą postać poporodowych zaburzeń nastroju. Występuje w ciągu pierwszych dni po porodzie, a największe nasilenie objawów przypada między 3. a 5. dobą połogu [3]. *Baby blues* towarzyszy obniżeniu nastroju, labilność emocjonalna, poczucie stałego zmęczenia, płaczliwość, napięcie, drażliwość, trudności z koncentracją uwagi [4]. Objawy utrzymują się do 2 tygodni. Przygnębienie poporodowe nie wymaga leczenia. Ponieważ jednak wystąpienie *baby blues* jest czynnikiem ryzyka rozwoju depresji poporodowej, to zasadność traktowania tego zespołu jako zjawiska fizjologicznego budzi wątpliwości [4, 5].

Depresję poporodową (DP) definiuje się jako epizod dużej depresji, który wystąpił w ciągu czterech (wg klasyfikacji DSM-IV-TR) lub sześciu (wg ICD-10) tygodni po porodzie [5]. Jak podają wyniki publikowanych badań, depresja poporodowa występuje z częstością 15–20% [6] i charakteryzuje się: obniżeniem nastroju, anhedonią, lękiem o dziecko, natrętnymi myślami o możliwości zrobienia dziecku krzywdy, negatywną oceną własnych kompetencji w roli matki i związanym z tym poczuciem winy oraz osłabieniem koncentracji

Adres do korespondencji: Marzena Kaźmierczak, Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. Łukasiewicza 1
E-mail: marzena.kazmierczak@cm.umk.pl

Nadesłano: 24 czerwca 2014 roku; Zaakceptowano do druku: 1 lipca 2014 roku

uwagi [7]. Badania przeprowadzone przez Howarda i współpracowników donoszą, że u 4% kobiet z rozpoznaniem depresji poporodowej myśli samobójcze występują „czasami” lub „dość często”, a 9% pacjentek doświadczyło takich myśli przynajmniej raz [8].

Psychoza poporodowa (PP) jest psychiatrycznym stanem nagłym, cechującym się znaczną gwałtownością objawów oraz bardzo szybkim narastaniem ich nasilenia. Zaburzenie to charakteryzuje się występowaniem: dezorganizacji myślenia, urojeń ksobnych, prześladowczych lub dziwacznych, omamów wzrokowych, dotykowych lub węchowych, brakiem wglądu, labilnością afektywną, upośledzeniem czynności poznawczych oraz egosyntonicznymi myślami i tendencjami dzieciobójczymi, których następstwem jest popełnienie dzieciobójstwa przez ok. 4% kobiet z PP [5]. Zaburzenie to występuje z częstością 0,1–0,2% [9]. Psychoza poporodowa o obrazie maniakalnym może rozwinąć się w ciągu pierwszych dwóch tygodni połogu, ale jej ryzyko pozostaje wysokie przez kilka miesięcy. Rozpoznanie PP jest obligatoryjnym wskazaniem do hospitalizacji [5].

Prawidłowa ciąża i prawidłowo przebiegający poród nie są same w sobie przyczyną zaburzeń depresyjnych, mogą natomiast wiązać się z ryzykiem pojawienia się różnych czynników, które wywołują zaburzenia psychiczne.

Lista położniczych czynników ryzyka obejmuje między innymi: negatywne doświadczenia związane z poprzednim porodem, traumatyczne doświadczenia związane w wcześniejszymi ciążami (poronienia) [10] oraz ciąża wysokiego ryzyka [7]. Problem zaburzeń depresyjnych po porodzie dotyczył, według niektórych autorów, częściej wieloródek [11]. Inni podają, że wyższy wskaźnik w *Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej* uzyskały pierwiastki [12]. Szukając powiązań między zaburzeniami psychicznymi po porodzie a czynnikami położniczo-ginekologicznymi, wielu naukowców rozpatrywało hipotezę dotyczącą związku zespołu napięcia przedmiesiączkowego z poporodowymi zaburzeniami nastroju [13, 14].

Wczesna identyfikacja potencjalnego ryzyka dla poporodowych zaburzeń nastroju powinna obejmować ocenę socjodemograficzną, osobowości, historię psychiatryczną kobiety i ostatnie wydarzenia w życiu, a także dawne i obecne czynniki położniczo-ginekologiczne [15].

CEL PRACY

Ocena nasilenia zaburzeń nastroju u położnic w 1. tygodniu po porodzie oraz ustalenie wpływu czynników położniczo-ginekologicznych determinujących występowanie przygnębienia poporodowego.

MATERIAŁ I METODY

Do badania włączono 285 kobiet, które urodziły w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 w Bydgoszczy. Badania realizowano w latach 2010/2011 po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej. Położnice wyraziły pisemną zgodę na przeprowadzenie badania. Narzędziem badawczym była: *Edynburska Skala Depresji Poporodowej* (EPDS-*Edinburgh Postnatal Depression Scale*), kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji oraz dokumentacja medyczna. Do badania zakwalifikowano położnice w drugiej dobie po porodzie drogami natury i trzeciej dobie

po cięciu cesarskim. Średnio doba wypełnienia kwestionariuszy ankiety wynosiła 3 dni.

Kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji zawierał pytania metryczkowe, dotyczące danych socjodemograficznych (wiek, wykształcenie, stan cywilny, sytuacja ekonomiczna). Na podstawie dokumentacji medycznej zebrano dane z przebiegu ciąży i porodu: rodność (pierwiastka, wieloródka), przebieg ciąży (ciąża o prawidłowym przebiegu, ciąża o podwyższonym ryzyku, ciąża wysokiego ryzyka), sposób ukończenia ciąży (poród fizjologiczny, operacyjny), rodzaj wskazań do cięcia cesarskiego (elektywne, nagłe) i termin trwania ciąży (poród przedwczesny, ciąża donoszona).

Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS) została opracowana przez Johna L. Cox'a i wsp. w 1987 roku, w Livingston i Edynburgu [16]. Skala składa się z 10 krótkich pytań; na każde z nich kobieta odpowiada samodzielnie, wybierając jedną z możliwych odpowiedzi, najlepiej charakteryzującą jej odczucia w ciągu ostatnich 7 dni. Należy jednak pamiętać, że wysoki wynik nie jest diagnozą depresji poporodowej, gdyż ostateczna diagnoza zależy oczywiście od badania lekarskiego i kryteriów diagnostycznych [17]. EPDS nie zastępuje badania klinicznego, ale pozwala z dużą trafnością wyodrębnić osoby narażone na zwiększone ryzyko wystąpienia poporodowych zaburzeń nastroju.

W badaniu przyjęto następujące zmienne niezależne (czynniki położniczo-ginekologiczne): zespół napięcia przedmiesiączkowego, rodność, przebieg ciąży, czas trwania ciąży, sposób ukończenia ciąży, rodzaj wskazań do cięcia cesarskiego.

Analiza badań została przeprowadzona z wykorzystaniem możliwości programu Microsoft Office Excel 2000 oraz pakietu programów do obliczeń statystycznych STATISTICA v.10. Jako miarodajny przy weryfikacji postawionych hipotez został przyjęty poziom istotności $p=0,05$, dla którego podano wartości krytyczne.

WYNIKI

Wiek badanej próby kobiet mieścił się przedziale 15–39 lat, ze średnią równą 28,55 i $SD=4,81$. Najwięcej kobiet było z wykształceniem wyższym (44,6%) i średnim (36,1%). Zdecydowana większość, bo niemal 90% położnic w momencie badania pozostawała w związkach. Najczęściej były to związki małżeńskie, które deklarowało 75,1% ogółu badanych. Zauważalna grupa położnic (13,0%) deklarowała ponadto pozostawanie w związkach nieformalnych. Co dziesiąta respondentka przyznała, iż ma kłopoty finansowe.

Analizy klinicznej położnic dokonano na podstawie dokumentacji medycznej. Nieznaczna większość położnic to pierwiastki (51,6%), wieloródki stanowiły 48,4% badanych. 84,5% ciąż badanych kobiet zakończyło się porodem o czasie. Zanotowano 15,5% porodów przedwczesnych. U 35,1% pacjentek ciążę zakończono drogą cesarskiego cięcia. Nieco ponad połowa z nich odbyła się ze wskazań nagłych (54,1%); planowych – 45,9%. Drogami natury urodziło 64,9% kobiet. Ciążę wysokiego ryzyka odnotowano u 31,6% kobiet, a czynnikami ryzyka, które stanowiły stopień zagrożenia dla zdrowia matki i dziecka w czasie ciąży były między innymi: przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego, poród przedwczesny, łożysko przodujące, wielowodzie, małowodzie, stan przedrzucawkowy, cukrzyca typu 1, konflikt serologiczny, wady wrodzone u płodu i inne poważne

choroby matki. Ciężę o podwyższonym ryzyku stwierdzono u 24,2% kobiet. Do czynników powstałych i ujawnionych w czasie ciąży zaliczono między innymi: ciążę wielopłodową, nadciśnienie indukowane ciążą, cholestazę ciężarnych, cukrzycę typu 2, cukrzycę ciążową, wady rozwojowe noworodka, stan po cięciu cesarskim. Prawidłowy przebieg ciąży odnotowano u 44,2% kobiet. Ponad połowa kobiet (56,1%) podała w kwestionariuszu ankiety, że odczuwa dolegliwości związane z PMS, natomiast 43,9% kobiet nie zgłaszała takich dolegliwości.

Za wskaźnik zaburzeń nastroju w 1. tygodniu po porodzie przyjęto uzyskanie przez badaną ≥ 12 punktów w 30-stopniowej skali EPDS. Pomiaru zmiennej zależnej dokonano średnio w 3. dobie połogu (SD=1,339). Dane uzyskane na podstawie pomiaru pozwalają stwierdzić, że badanym zaburzeniem było przygnębienie poporodowe, którego nasilenie objawów przypada między 3. a 5. dniem po porodzie. Analiza otrzymanych danych wskazuje, że średnia wartość uzyskana za pomocą skali EPDS wyniosła 8,15 z S/D=5,357, mediana 8. Minimalna punktacja, jaką uzyskała badana próba, wynosiła 0, a maksymalna 24. Wykazano, że przygnębienie poporodowe w badanej próbie dotyczyło 23,2% położnic.

Dalsza analiza dotyczyła ustalenia, czy wystąpienie przygnębienia poporodowego różnicują wybrane zmienne położniczo-ginekologiczne. Dokonano porównania wartości średnich poziomów zaburzeń nastroju ze względu na występowanie objawów zespołu napięcia przedmiesiączkowego, ale nie wykazano istotnej różnicy ($p=0,09$). Jednak na poziomie istotności 0,09 (ryzykując popełnienie błędu w 9 przypadkach ze 100) można stwierdzić, że średni poziom zaburzeń nastroju był wyższy u kobiet z PMS (tabela 1).

Tabela 1. Średnie wartości poziomów zaburzeń nastroju wg skali EPDS ze względu na występowanie objawów PMS

Parametry	PMS	
	tak	nie
Poziom zaburzeń nastroju wg EPDS		
<i>n</i>	160	125
min	0	0
max	24	24
średnia	8.63	7.54
SD	5.38	5.29
Test <i>z</i> ($z_{kr}=1.96$)		1.71
<i>p</i>		0.09 (ns)

Badaną próbę kobiet podzielono na dwie grupy: pierwiastki i wieloródki. W wyniku analizy statystycznej nie stwierdzono istotnej różnicy między średnimi poziomami zaburzeń nastroju w porównywanych grupach ($p=0,38$) (tabela 2).

Badana próba była podzielona na trzy grupy pod względem przebiegu ciąży: ciąża prawidłowa, ciąża o podwyższonym ryzyku, ciąża wysokiego ryzyka. W każdej grupie policzono wartości średnie i odchylenia standardowe. W celu porównania wartości średnich zastosowano test jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA. Za pomocą testu nie stwierdzono istotnych różnic między średnimi poziomami obniżonego nastroju w porównywanych grupach – wartość obliczonej *F*-statystyki 0,87 jest mniejsza od wartości krytycznej 3,03, $p=0,42$ (tabela 3).

Badaną próbę podzielono na dwie grupy względem czasu trwania ciąży – poród w terminie i poród przedwczesny. Za

Tabela 2. Średnie wartości poziomów zaburzeń nastroju wg skali EPDS ze względu na rodność kobiet

Parametry	Rodność	
	Pierwiastki	Wieloródki
Poziom zaburzeń nastroju wg EPDS		
<i>n</i>	147	138
min	0	0
max	24	24
średnia	8.41	7.86
SD	5.57	5.13
Test <i>z</i> ($z_{kr}=1.96$)		0.87
<i>p</i>		0.38 (ns)

Tabela 3. Średnie wartości poziomów zaburzeń nastroju wg skali EPDS ze względu na przebieg ciąży

Parametry	Ciąża		
	prawidłowa	o podwyższonym ryzyku	wysokiego ryzyka
Poziom zaburzeń nastroju wg EPDS			
<i>n</i>	126	69	103
średnia	8.62	7.61	8.05
SD	5.27	4.96	5.54
Test Bartletta ($\chi^2_{kr}=5.99$)	χ^2	1.00	
<i>p</i>		0.61 (ns)	
Test ANOVA ($F_{kr}=3.03$)	<i>F</i>	0.87	
<i>p</i>		0.42 (ns)	

pomocą testu *t*-Studenta ustalono, że średni poziom zaburzeń nastroju w grupie kobiet, u których ciąża zakończyła się porodem przedwczesnym, był istotnie wyższy niż u kobiet, u których ciąża zakończyła się w terminie ($p<0,05$) (tabela 4). Mimo że liczbowo średni poziom zaburzeń nastroju był wyższy w grupie kobiet, u których ciążę zakończono drogą cesarskiego cięcia, nie uzyskano istotnej różnicy między średnimi w porównywanych grupach ($p=0,24$) (tabela 5). Nie stwierdzono istotnej różnicy między średnimi w porównywanych grupach dotyczących porównania wartości

Tabela 4. Średnie wartości poziomów zaburzeń nastroju wg skali EPDS ze względu na czas trwania ciąży

Parametry	Czas trwania ciąży	
	Poród przedwczesny	Poród w terminie
Poziom zaburzeń nastroju wg EPDS		
<i>n</i>	44	240
min	0	0
max	24	24
mediana	9	7
średnia	9.61	7.90
SD	6.12	5.17
Test normalności Shapiro-Wilka	<i>W</i>	0.945
<i>W_{kr}</i>		0.944
normalność	tak	-
Test <i>F</i> Snedecora ($F_{kr}=1.43$)	<i>F</i>	1.40
<i>p</i>		0.06 (ns)
Test <i>t</i> Studenta ($t_{kr}=1.97$)	<i>t</i>	2.01
<i>p</i>		<0.05

Tabela 5. Średnie wartości poziomów zaburzeń nastroju wg skali EPDS ze względu na sposób ukończenia ciąży

	Parametry	Sposób ukończenia ciąży	
		Cesarskie cięcie	Poród fizjologiczny
Poziom zaburzeń nastroju wg EPDS	<i>n</i>	98	181
	min	0	0
	max	24	24
	średnia	8.64	7.87
	<i>SD</i>	5.22	5.35
Test <i>z</i> ($z_{kr}=1.96$)	<i>z</i>	1.17	
	<i>p</i>	0.24 (ns)	

Tabela 6. Średnie wartości poziomów zaburzeń nastroju wg skali EPDS ze względu na rodzaj wskazań do cięcia cesarskiego

	Parametry	Rodzaj wskazań do c.c.	
		planowe	nagle
Poziom zaburzeń nastroju wg EPDS	<i>n</i>	45	53
	min	0	0
	max	22	24
	mediana	10	9
	średnia	8.71	8.58
	<i>SD</i>	4.81	5.58
Test normalności Shapiro-Wilka	<i>W</i>	0.949	-
	W_{kr}	0.945	-
	normalność	tak	-
Test <i>F</i> Snedecora ($F_{kr}=1.63$)	<i>F</i>	1.34	
	<i>p</i>	0.16 (ns)	
Test <i>t</i> Studenta ($t_{kr}=1.98$)	<i>t</i>	0.12	
	<i>p</i>	0.91 (ns)	

średnich zaburzeń nastroju ze względu na rodzaj wskazań do cięcia cesarskiego ($p=0,91$) (tabela 6).

DYSKUSJA

Dane uzyskane na podstawie pomiaru według skali EPDS pozwalają stwierdzić, że badanym zaburzeniem było przygnębienie poporodowe, które dotyczyło 23,2% kobiet. Jest to wynik mieszczący się w szerokim przedziale doniesień innych autorów zarówno polskich, jak i światowych. Według różnych badaczy częstość występowania *baby blues* waha się od 15% do 85% [11, 18]. Według badań Borysewicz, częstość występowania *baby blues* oszacowano na 19% [17]. Kosińska-Kaczyńska i wsp.[3] stwierdzili objawy przygnębienia poporodowego u 38,4% położnic. Wyniki badań własnych odpowiadają wynikom przeprowadzonym przez zespół Reronia. U 42 położnic (21%) uzyskano pozytywne wyniki w skali EPDS [11]. Autorzy z Poznania oszacowali częstość występowania zaburzeń psychicznych u 22,5% położnic [19]. Według Łukasika i wsp., aż 49,5% badanych kobiet w pierwszym tygodniu połogu manifestowało objawy poporodowych zaburzeń afektywnych, w tym 31% – przygnębienie poporodowe [20]. Analiza badań przeprowadzona przez Fórmaniaka i zespół pokazuje, że stan przygnębienia poporodowego deklarowało 84% położnic po porodzie drogami natury i 86% po cięciu cesarskim [21]. Uzyskane wyniki badań własnych odpowiadają wynikom uzyskanym na

świecie [22, 23]. Natomiast sprzecznych wyników dostarczyły badania przeprowadzone w Meksyku, które wskazały na niską częstość występowania przygnębienia poporodowego (1,8%) [24]. Niemieckie kobiety doświadczają *baby blues* z częstością 55,2% [18]. Wysoki wskaźnik częstości występowania zjawiska przygnębienia poporodowego prezentują również badania szwedzkie (64%) [25].

Rozważania dotyczące możliwości obniżenia nastroju u kobiet po porodzie skłaniają do pytania o czynniki, które warunkują omawiane zaburzenie. Zmienne położniczo-ginekologiczne uwzględnione w analizie badań własnych są ściśle związane z przebiegiem ciąży i porodu.

Dla kobiet będących pierwszy raz w ciąży sytuacja oczekiwania narodzin dziecka jest zupełnie nowa. Pojawiający się niepokój jest uwarunkowany niepewnością wynikającą z nieznannej sytuacji oraz obowiązków związanych z nową rolą społeczną. Kolejny zaś poród, mimo że jest znaną sytuacją, może być również stresujący, gdyż zależy od doświadczeń poprzednich porodów [1].

Potwierdzonym czynnikiem ryzyka zaburzeń nastroju po porodzie jest wielorództwo [11]. Jednak w badaniu własnym, mimo że liczbowo średni poziom zaburzeń nastroju był wyższy w grupie pierwiastek, nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy między średnimi w porównywanych grupach. Rodność nie miała istotnego wpływu na liczbę uzyskanych punktów w skali EPDS również w badaniach Kosińskiej-Kaczyńskiej i wsp. [3]. W badaniach Satoh i wsp. [12] wskazuje się na związek między urodzeniem pierwszego dziecka a wystąpieniem zaburzeń nastroju po porodzie.

W przypadku wystąpienia ciąży wysokiego ryzyka, która stanowi somatyczne zagrożenie dla ciąży pojawiają się takie emocje jak lęk i poczucie zagrożenia.

W czasie trwania ciąży wysokiego ryzyka częściej dochodzi do wcześniejszego porodu, czego konsekwencją może być zły stan zdrowia dziecka, a to z kolei może prowadzić do rozwoju zaburzeń psychicznych po porodzie. Analizując przebieg ciąży, należy zauważyć, że nie stwierdzono istotnych różnic między poziomami zaburzeń nastroju w grupie kobiet z ciążą o przebiegu prawidłowym, ciążą o podwyższonym ryzyku i ciążą wysokiego ryzyka. Powikłania typowe dla okresu ciąży miały wpływ na rozwój obniżonego nastroju w badaniach Kosińskiej-Kaczyńskiej [3].

W materiale własnym ustalono, że średni poziom zaburzeń nastroju w grupie kobiet, u których ciąża zakończyła się przed terminem porodu różni się istotnie od grupy kobiet, u których ciąża zakończyła się o czasie. Sprzeczne wyniki podają badania Czarneckiej i Jaszczak [19].

Przeżycia matki związane z porodem są zależne od tego, czy odbył się on drogami natury, czy przez cesarskie cięcie. Dla niektórych kobiet poród drogami natury może okazać się traumą. W przypadku pojawienia się komplikacji porodowych występuje konieczność porodu drogą cesarskiego cięcia. Poród operacyjny kobieta może potraktować jako porażkę, ale nie zawsze tak się dzieje. Może okazać się, że cięcie cesarskie pełniło rolę „ochronną” przed obniżonym nastrojem po porodzie, gdyż źródłem lęku przed porodem najczęściej jest ból oraz obawa o zdrowie i życie dziecka. W materiale własnym nie stwierdzono istotnej różnicy między średnimi poziomami zaburzeń nastroju ze względu na sposób ukończenia ciąży. Kosińska-Kaczyńska w swoich badaniach również nie potwierdza wpływu zakończenia ciąży drogą operacyjną na rozwój obniżonego nastroju po porodzie [3]. W powszechnym rozumieniu, kobiety chcą mieć wykonane

cesarskie cięcie, gdyż odczuwają lęk przed porodem drogami natury, przed bólem, o stan zdrowia dziecka. Mają również świadomość tego, że często zabieg ten niesie ratunek dla życia jej samej i dziecka, przez to czują się bezpieczne. W badaniach własnych nie stwierdzono istotnej różnicy między poziomem zaburzeń nastroju w grupie kobiet zakwalifikowanych do cesarskiego cięcia ze wskazań nagłych lub planowych.

W licznych badaniach naukowych poszukiwano związku między objawami zespołu napięcia przedmiesiączkowego (PMS) a występowaniem poporodowych zaburzeń nastroju [13, 14]. W badaniach własnych na poziomie istotności 0,09 (ryzykując popełnienie błędu w 9 przypadkach ze 100) należałoby stwierdzić, że średni poziom zaburzeń nastroju był wyższy u kobiet, które odczuwały objawy PMS, jednak nie stwierdzono znamiennej statystycznie różnicy.

Prawdopodobieństwo występowania zaburzeń nastroju po porodzie wydaje się nie zależeć od czynników położniczo-ginekologicznych, gdyż w materiale własnym większość hipotez nie znalazła potwierdzenia.

Ze względu na ryzyko późniejszego rozwoju depresji poporodowej w pierwszych dniach połogu należy obserwować położnicę i zwracać uwagę na występowanie objawów przygnębienia poporodowego, gdyż, jak dowodzą badania naukowe, depresja poporodowa jest kontynuacją zaburzeń, które pojawiają się w pierwszych dniach po porodzie [18].

Mimo że większość czynników wpływających na zwiększone ryzyko zaburzeń nastroju po porodzie była już sygnalizowana w literaturze, nadal nie poświęca się im wystarczającej uwagi w profilaktyce. Przyczyna ta jest złożona i nie zależy wyłącznie od działań ochrony zdrowia. Zapobieganie występowaniu zaburzeń nastroju po porodzie obejmuje przeciwdziałanie wszelkim czynnikom, które mogą wiązać się z występowaniem zaburzenia, wraz ze wzmacnianiem czynników ochronnych. Większość czynników ochronnych ma charakter społeczny, pozamedyczny i wiąże się z sytuacją osobistą kobiety, dobrą relacją z ojcem dziecka, z własną matką, z innymi ludźmi, a także poczuciem bezpieczeństwa, w tym finansowego. Wśród czynników determinujących zdrowie psychiczne jedynie 10–20% ma związek z tzw. medycyną naprawczą, a prawie 75% ze stylem życia człowieka i jego miejscem w środowisku społecznym. Zmniejszenie społecznej izolacji, wzmacnianie więzi rodzinnych, wspólnotowych, sieci wsparcia są ważnymi elementami psychoprofilaktyki. Czynniki medyczne, które mogą zapobiegać zaburzeniom psychicznym w okresie poporodowym są: edukacja na temat antykoncepcji, prawidłowe prowadzenie ciąży, porodu i opieka po porodzie nad matką i jej dzieckiem. Do metod prewencyjnych zaliczyć należy: szkolenie personelu medycznego (położnych, pielęgniarek, położników, neonatologów i lekarzy pierwszego kontaktu) [4].

WNIOSKI

1. W 1. tygodniu po porodzie co czwarta położnica narażona była na ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju.
2. Zmienne położniczo-ginekologiczne takie jak: zespół napięcia przedmiesiączkowego, rodność, przebieg ciąży, sposób ukończenia ciąży, rodzaj wskazań do cięcia cesarskiego nie miały istotnego wpływu na ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju po porodzie.
3. Poród przedwczesny zwiększa ryzyko wystąpienia przygnębienia poporodowego.

PIŚMIENNICTWO

1. Wasilewska-Pordes M. Depresja porodowa u kobiet. Wyd. Radamsa, Kraków 2000.
2. Hopkins J, Marcus M, Campbell SB. Postpartum depression: a critical review. *Psychol Bull.* 1984; 95(3): 498–515.
3. Kosińska-Kaczyńska K, Horosz E, Wielgoś M, Szymusik I. Zaburzenia afektywne u położnic w pierwszym tygodniu po porodzie – analiza rozpowszechnienia i czynników ryzyka. *Ginekol Pol.* 2008; 79: 182–185.
4. Koszewska I. O depresji w ciąży i po porodzie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
5. Jaeschke R, Siwek M, Dudek D. Poporodowe zaburzenia nastroju – update 2012. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2012; 7(3): 113–121.
6. Banti S, Mauri M, Oppo A, Borri C, Rambello C, Ramaccotti D, i wsp. From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the perinatal depression-research & screening unit study. *Compr. Psychiatry* 2011; 52(4): 343–351.
7. Kossakowska-Petrycka K, Wałęcka-Matyja K. Psychologiczne uwarunkowania wystąpienia depresji poporodowej u kobiet w ciąży o przebiegu prawidłowym i ciąży wysokiego ryzyka. *Ginekol Pol.* 2007; 78: 544–548.
8. Howard LM, Flach C, Mehay A, Sharp D, Tylee A. The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the RESPOND trial. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2011; 11: 57.
9. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Womens Health (Larchmt)* 2006; 15(4): 352–368.
10. Blackmore ER, Côté-Arsenault D, Tang W, Glover V, Evans J, Golding J, i wsp. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *Br J Psychiatry* 2011; 198(5): 373–378.
11. Reroń A, Gierat B, Huras H. Ocena częstotliwości występowania depresji poporodowej. *Gin Prakt.* 2004; 12(3): 32–35.
12. Satoh A, Kitamiya C, Kudoh H, Watanabe M, Menzawa K, Sasaki H. Factors associated with late post-partum depression in Japan. *Jpn. J. Nurs Sci.* 2009; 6(1): 27–36.
13. Limosin F, Ades J. Psychiatric and psychological aspects of premenstrual syndrome. *Encephale* 2001; 27(6): 501–508.
14. Garcia-Estevé L, Navarro P, Ascaso C, Torres, Aquado J, Gelabert E, i wsp. Family caregiver role and premenstrual syndrome as associated factors for postnatal depression. *Arch. Womens Ment Health* 2008; 11(3): 193–200.
15. Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yatees AD, Harris MG. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2001; 35(1): 69–74.
16. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782–786.
17. Borysewicz K. Edynburska Skala Depresji Poporodowej. *Post Psychiatr Neurol.* 2000; 9: 71–77.
18. Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord.* 2009; 113(1–2): 77–87.
19. Czarnecka M, Jaszczak M. The prevalence and risk factors of depression in women postpartum. *Archives of Perinatal. Medicine* 2006; 12(3): 7–10.
20. Łukasik A, Błaszczak K, Wojcieszyn M, Belowska A. Charakterystyka zaburzeń afektywnych u położnic w 1 tygodniu połogu. *Ginekol Pol.* 2003; 74(10): 1194–1199.
21. Fórmaniak J, Kotzbach R, Jaroch A. Analiza wpływu sposobu ukończenia ciąży na stan psychiczny pacjentek. *Perinat Neonat Ginekol.* 2008; 1(2): 134–137.
22. Sakumoto K, Masamoto H, Kanazawa K. Post-partum maternity blues as a reflection of newborn nursing care in Japan. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002; 78(1): 25–30.
23. Teissedre F, Chabrol H. A study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on 859 mothers: detection of mothers at risk for postpartum depression. *Encephale* 2004; 30(4): 376–381.
24. Romero-Gutiérrez G, Dueñas-de la Rossa EM, Regalado-Cedillo CA, Ponce-Ponce de Leon. Prevalence of maternal sadness and its associated factors. *Ginecol Obstet. Mex.* 2010; 78(1): 53–57.
25. Edhborg M. Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: a study of new mothers and fathers. *Scand J Caring Sci.* 2008; 22(2): 186–195.

Analysis of selected variables determining the occurrence of postpartum depression

Summary

Objective. Evaluation of the intensity of mood disorders a week after childbirth, and determination of the effect of obstetric-gynaecological factors determining the occurrence of postpartum depression.

Material and methods. The study involved 285 women who gave birth in University Hospital No. 2 in Bydgoszcz and was conducted on the third postpartum day. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (*EPDS*) was used to assess the risk of the occurrence of postpartum mood disorders. The value ≥ 12 points on a 30-point scale was assumed to be an indicator of depressive disorders.

Results. During the first week after childbirth, 23.2% of the lying-in mothers obtained the value of ≥ 12 points according to the EPDS scale. No significant difference in the occurrence of mood disorders was found with respect to the following: premenstrual syndrome, parity, course of pregnancy, type of pregnancy termination, and types of indications to Caesarean section. Differences were observed between preterm labour and the risk of occurrence of baby blues ($p < 0.05$).

Conclusions:

1. In the first week after childbirth, every fourth woman is exposed to the risk of occurrence of mood disorders.
2. Gynaecological-obstetric variables, such as: premenstrual syndrome, parity, course of pregnancy, termination of pregnancy, pregnancy type, way the pregnancy terminated, and types of indications to Caesarean section, had an insignificant effect on the risk of the occurrence of postpartum depression.
3. Preterm labour increases the risk of occurrence of 'baby blues'.

Key words

puerperium, mood disorders, postpartum depression, Edinburgh Postnatal Depression Scale