

Występowanie depresji poporodowej wśród położnic

The occurrence of postpartum depression among women in childbirth

Mgr Emilia Iracka¹,
dr n. med. Magdalena Lewicka²

¹ SPZOZ w Kraśniku, Polska

² Zakład Położnictwa, Ginekologii
i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego,
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

**European Journal
of Medical Technologies**
2014; 3(4): 60-66

Copyright © 2014 by ISASDMT
All rights reserved

www.medical-technologies.eu
Published online 12.11.2014

Streszczenie

Wstęp. Ciąża i połóg są okresami, w których dochodzi do wahania nastroju i zmian hormonalnych w organizmie kobiety. Pojawienie się zaburzeń depresyjnych podczas połogu jest około dziesięciokrotnie częstsze niż w innym czasie.

Cel. Celem pracy była analiza występowania depresji poporodowej wśród położnic.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono wśród 130 położnic pomiędzy 4. a 12. tygodniem połogu. Zastosowane narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety oraz Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ang. *Edinburgh Postnatal Depression Scale* – ESDP).

Wyniki. Badania własne wykazały, że u 60% respondentek nie stwierdzono depresji poporodowej, zaś u pozostałych 40% stwierdzono depresję o różnym nasileniu.

Wnioski. Liczba ciąż, rodzaj porodu i strata osoby bliskiej nie warunkują występowania depresji w okresie poporodowym. Położnice, u których w przeszłości występowały zaburzenia psychiczne, wymagają szczególnej uwagi położnych i pielęgniarek rodzinnych podczas wizyt patronażowych.

Adres do

korespondencji:

m.lewicka@umlub.pl

Słowa kluczowe:

depresja, okres
poporodowy

Abstract

Introduction. Pregnancy and puerperium are periods in which there is mood swings and hormonal changes in the female body. The emergence of depressive disorders during the postpartum period is about ten times more frequent than at any other time.

The aim of this study was to determine the prevalence of postpartum depression among women in childbirth.

Material and methods. The study was conducted among 130 women in childbirth, between the fourth and twelfth weeks postpartum. Applied research tool was a questionnaire authoring and The Edinburgh Postnatal Depression Scale (ESDP, called Edinburgh Postnatal Depression Scale).

Results. Our study showed that 60% of respondents stated postpartum depression, while the remaining 40% had depression of varying severity.

Conclusion. Number of pregnancies, mode of delivery and the loss of the loved one do not affect the incidence of depression in the postpartum period. Maternal, who have a history of mental disorders require special attention midwives and nurses in the family of visits.

Key words:

depression,
postpartum period

Wstęp

Depresja poporodowa występuje u 10-20% kobiet w okresie połogu i może być pojedynczym epizodem depresyjnym lub początkiem nawracającego zaburzenia depresyjnego [1,2,3]. Możliwość wystąpienia depresji poporodowej u matek nastoletnich waha się w granicach 26-32% [4].

W celu oceny nasilenia depresji poporodowej stosowane są specjalistyczne narzędzia skринingowe, np. *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (Cox i wsp., 1987), *Postpartum Checklist* (Beck, 1995) czy *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) (Beck i Gable, 2000) [5]. Ocena nastroju pacjentki powinna zostać uzupełniona przez wywiad, który obejmuje czynniki medyczno-biologiczne oraz psychologiczne i społeczne [6,7].

W okresie połogu wyróżnia się dwa rodzaje depresji: a) depresja poporodowa „czysta”, inaczej nazywana *pure postpartum depression*, oraz b) depresja, która w przebiegu ma nawracające zaburzenia depresyjne. Depresja poporodowa „czysta” ujawnia się w ciągu 4 tygodni od urodzenia dziecka, a objawy wzrastają w ciągu 30 dni od porodu. Zazwyczaj w wywiadzie rodzinnym stwierdza się zaburzenia afektywne. Choroba dotyczy całej rodziny, nie tylko relacji

matka–dziecko. Charakterystyczne dla drugiego rodzaju depresji jest pojawienie się objawów kilka tygodni po porodzie. Do tej grupy zaliczamy kobiety, u których wcześniej pojawił się epizod małej, dużej depresji bądź dystymii [8].

Depresję poporodową opisują 4 stany:

1. „Zetknięcie się z przerażeniem” jest to nagłe popadanie w depresję. Charakteryzuje się spowolnieniem psychomotorycznym i utratą koncentracji. Pojawiają się ataki lęku, towarzyszą im obsesyjne myśli.
2. „Zanikanie siebie” objawia się tym, że kobiecie wydaje się, że najbliższe otoczenie nie poznaje jej. Pojawia się izolacja oraz myśli o skrzywdzeniu dziecka.
3. „Walka o przetrwanie” jest to próba wyjścia z ciężkiej sytuacji, kobieta szuka pomocy u bliskich, wśród grup wsparcia i u specjalistów.
4. „Odzyskiwanie kontroli” jest to powolna rekonwalescencja. Kobieta mimo powrotu do zdrowia boi się, że po raz kolejny zapadnie na schorzenie [9].

Leczenie depresji poporodowej polega na eliminacji czynników stresujących, psychoterapii oraz

leczeniu farmakologicznym. Decyzja o leczeniu powinna być podjęta z pacjentką. Prowadzona jest psychoterapia indywidualna, rodzinna lub grupowa oraz farmakoterapia [4,8,10].

Cel pracy

Celem pracy była analiza występowania depresji poporodowej wśród położnic.

Materiał i metoda

Badania oceny poziomu depresji poporodowej przeprowadzono wśród 130 położnic zamieszkujących środowiska miejskie i wiejskie, rodzących w Kraśniku i Lublinie. Do badań zakwalifikowano kobiety pomiędzy czwartym a dwunastym tygodniem porodu, które deklarowały brak zaburzeń psychicznych. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Zastosowane narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety oraz Edynburska Skala Depresji Poporodowej (Edinburgh Postnatal Depression Scale ESDP) Coxa J.L., Holdena J.M., Sagavsky'ego R. EPDS jest kwestionariuszem samooceny obejmującym 10 pytań. Odpowiedzi ocenia się w skali od 0 do 3 punktów. Za punkt odcięcia przyjmuje się wynik 12/13 punktów. EPDS charakteryzuje wysoka czułość i specyficzność w odniesieniu do objawów depresji. Dodatni wynik wymaga potwierdzenia w badaniu klinicznym [11]. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy.

Wśród badanych położnic było 9,22% (n=12) w wieku od 16 do 20 lat, 23,85% (n=31) w wieku od 21 do 25 lat, 29,23% (n=38) w wieku od 26 do 30 lat, zaś 23,85% (n=31) stanowiły badane w wieku od 31 do 35 lat oraz 13,85% (n=18) w wieku powyżej 36 lat. W badanej grupie 60,00% (n=78) kobiet mieszkało w mieście, natomiast 40,00% (n=52) na wsi. Spośród ankietowanych położnic 51,54% (n=67) posiadało wykształcenie średnie, natomiast 9,23% (n=12) kobiet miało wykształcenie podstawowe lub zawodowe i 39,23% (n=51) badanych miało wykształcenie wyższe. Kobiety zamężne stanowiły 72,31% (n=94) badanych, natomiast 27,69% (n=36) ankietowanych było stanu wolnego.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono za pomocą wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych za pomocą liczności i odsetka. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności χ^2 . Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności χ^2 . Do badania rzetelności skali EPDS obliczono współczynnik α Cronbacha. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 10.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki

Przeprowadzona analiza rzetelności wykazała, że użyta w badaniach własnych skala EPDS uzyskała wysoką rzetelność. Współczynnik α Cronbacha wyniósł 0,90. Średnie nasilenie depresji poporodowej w badanej grupie położnic wynosiło $10,67 \pm 6,65$ pkt ($Me=10$). Stwierdzono, że 60,00% (n=78) badanych kobiet nie miało objawów depresji poporodowej, zaś 40,00% (n=52) ankietowanych miało objawy depresji poporodowej o różnym nasileniu (12 i więcej pkt).

W tabeli 1 przedstawiono wyniki analizy współzależności pomiędzy występowaniem depresji w badanej grupie położnic a liczbą ciąż. Przeprowadzone badania wykazały, że położnice, które rodziły po raz pierwszy, częściej miały objawy depresji poporodowej (48,33%) w porównaniu z kobietami, dla których obecna ciąża była drugą (29,73%) lub trzecią i kolejną (36,36%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,17$).

Ponadto w wyniku analizy statystycznej stwierdzono, że u kobiet, które rodziły poprzez cesarskie cięcie, objawy depresji występowały nieznacznie częściej (44,68%) niż w grupie kobiet rodzących siłami natury (37,35%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,66$) (tabela 2).

W tabeli 3 przedstawiono wyniki analizy współzależności pomiędzy występowaniem depresji w badanej grupie położnic a występowaniem zaburzeń

Tabela 1.

Ocena występowania depresji poporodowej z uwzględnieniem liczby ciąży

Liczba ciąży	Występowanie depresji poporodowej		Ogółem	Analiza statystyczna
	Nie	Tak		
	n %	n %	n %	
Pierwsza	31	29	60	Chi ² =3,54; p=0,17
	51,67%	48,33%	100,00%	
Druga	26	11	37	
	70,27%	29,73%	100,00%	
Trzecia i kolejna	21	12	33	
	63,64%	36,36%	100,00%	
Razem	78	52	130	
	60,00%	40,00%	100,00%	

Tabela 2.

Ocena występowania depresji poporodowej z uwzględnieniem rodzaju porodu

Rodzaj porodu	Występowanie depresji poporodowej		Ogółem	Analiza statystyczna
	Nie	Tak		
	n %	n %	n %	
Siłami natury	52	31	83	Chi ² =0,67; p=0,41
	62,65%	37,35%	100,00%	
Cesarskie cięcie	26	21	47	
	55,32%	44,68%	100,00%	
Razem	78	52	130	
	60,00%	40,00%	100,00%	

Tabela 3.

Ocena występowania depresji poporodowej z uwzględnieniem występowania zaburzeń psychicznych w przeszłości

Zaburzenia psychiczne	Występowanie depresji poporodowej		Ogółem	Analiza statystyczna
	Nie	Tak		
	n %	n %	n %	
Tak	2	9	11	Chi ² =8,77; p=0,003
	18,18%	81,82%	100,00%	
Nie	76	43	119	
	63,87%	36,13%	100,00%	
Razem	78	52	130	
	60,00%	40,00%	100,00%	

psychicznych w przeszłości. Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy występowaniem objawów depresji poporodowej a wcześniejszym występowaniem zaburzeń psychicznych ($p=0,003$). Ankietowane, które wcześniej miały zaburzenia psychiczne, częściej miały objawy depresji (81,82%) niż kobiety, które twierdziły, że wcześniej nie występowały u nich zaburzenia psychiczne (36,13%).

Również przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że ankietowane, które nie straciły w ostatnim czasie bliskiej osoby, nieznacznie częściej nie miały objawów depresji po porodzie (57,94%) w porównaniu z kobietami, które ostatnio straciły kogoś bliskiego (69,57%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,30$) (tabela 4).

Dyskusja

Rola kobiety – matki postrzegana jest w społeczeństwie jako biologiczna naturalność. Opieka nad potomstwem powinna sprawiać radość i zadowolenie. Niestety w rzeczywistości pojawiają się liczne problemy [4]. Zdrowie psychiczne kobiety w okresie połogu wymaga szczególnej uwagi ze strony personelu medycznego [12].

Badania własne wykazały, że u 60% respondentek nie stwierdzono depresji poporodowej, zaś u pozostałych 40% stwierdzono depresję o różnym nasileniu. Z analizy przeprowadzonych badań wynika, że objawy depresji występowały częściej u kobiet w wieku do

25 lat (53,49%) w porównaniu z kobietami w wieku 26-30 lat (42,11%) i starszymi (26,53%). Natomiast w badaniach innych autorów [13] nie stwierdzono istotnych różnic uwzględniających wiek kobiet.

Reroń i wsp. [14] podają natomiast, że problem depresji poporodowej miał miejsce częściej u wieloródek, które w wywiadzie podawały wcześniejsze poronienia. Z analizy badań własnych wynika, że kobiety, dla których obecna ciąża była pierwszą, częściej miały objawy depresji poporodowej w odróżnieniu od kobiet, dla których obecna ciąża była drugą, trzecią i kolejną. Jednak różnice te nie były istotne statystycznie. Pozostaje to w zgodności z badaniami innych autorów, u których również stwierdzono obniżony poziom depresji po jednym przeżytym porodzie, a po kolejnych porodach miał miejsce dalszy spadek poziomu depresji [15,16].

Fórmaniak, Kotzbach, Jaroch [17] podają, że po cięciu cesarskim 70% kobiet informowało o zmienności nastroju. Wiktor i wsp. [16] wykazali, że średni poziom depresji poporodowej u kobiet po cięciu cesarskim wynosił 10,20 stena, a po porodzie fizjologicznym 7,41 stena. Natomiast w badaniach innych autorów [18] kobiety rodzące przez cięcie cesarskie uzyskały liczbę punktów, które nie miały wpływu na wyniki ankiety. Z analizy badań własnych wynika, że po cięciu cesarskim nieznacznie częściej występowała depresja poporodowa niż u kobiet, które rodziły siłami natury.

Tabela 4.

Ocena występowania depresji poporodowej z uwzględnieniem straty bliskiej osoby w ostatnim czasie

Strata bliskiej osoby	Występowanie depresji poporodowej		Ogółem	Analiza statystyczna
	Nie	Tak		
	n %	n %	n %	
Tak	16 69,57%	7 30,43%	23 100,00%	Chi ² =1,08; p=0,30
Nie	62 57,94%	45 42,06%	107 100,00%	
Razem	78 60,00%	52 40,00%	130 100,00%	

Respondentki, u których wcześniej występowały zaburzenia psychiczne, częściej miały objawy depresji poporodowej niż kobiety, które twierdziły, że nie występowały u nich wcześniej zaburzenia psychiczne. Pozostaje to w zgodności z wynikami badań Kosińskiej-Kaczyńskiej i wsp. [18], którzy podają, że zaburzenia depresyjne, które wystąpiły w wywiadzie, korelują z wczesnymi zaburzeniami poporodowymi. W objętej badaniami własnymi grupie kobiet stwierdzono istotny związek ($p=0,003$) pomiędzy występowaniem objawów depresji poporodowej a wcześniejszym występowaniem zaburzeń psychicznych.

Z badań własnych wynika ponadto, że respondentki, które nie straciły w ostatnim czasie bliskiej osoby, nieznacznie częściej nie miały objawów depresji poporodowej w odróżnieniu od kobiet, które w ostatnim czasie straciły bliską osobę. Różnice te nie były istotne statystycznie. Wynik ten pozostaje w zgodności z badaniami Lewickiej i wsp. [19].

Wnioski

1. Liczba ciąż, rodzaj porodu i strata osoby bliskiej nie warunkują występowania depresji w okresie poporodowym.
2. Położnice, u których w przeszłości występowały zaburzenia psychiczne, wymagają szczególnej uwagi położnych i pielęgniarek rodzinnych podczas wizyt patronażowych.

Piśmiennictwo

1. Haug H.J., Ahrens B.: Zaburzenia afektywne. (W:) Freyberger H.J., Schneider W., Stieglitz R.D.: Kompendium psychiatrii psychoterapii medycyny psychosomatycznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; 124-125.
2. Kaźmierczak M., Gebuza G., Gierszewska M.: Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego. *Probl Pielęg* 2010; 4(18): 503-5011.
3. Kossakowska-Petrycka K., Wałęcka-Matyja K.: Psychologiczne uwarunkowania występowania depresji poporodowej u kobiet w ciąży o przebiegu prawidłowym i ciąży wysokiego ryzyka. *Ginekol Pol* 2007; 78(7): 544-547.

4. Bielawska-Batorowicz E.: Psychologiczne aspekty prokreacji. Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2006; 221-252.
5. Chaudron L. H.: Depresja poporodowa: co powinni wiedzieć pediatrzy. *Pediatr Dypl* 2005; 9,1: 55-62.
6. Kossakowska-Petrycka K.: Adaptacja polskiej wersji kwestionariusza oceny ryzyka depresji poporodowej. *Post Psychiatr Neurol* 2007; 16(4): 303-307.
7. Podolska M., Sipak-Szmigiel O.: Stan cywilny a nasilenie objawów depresji okołoporodowej wśród kobiet ciężarnych. *Ann Acad Med Stet* 2010; 56,1: 87-92.
8. Rymaszewska J., Dolna M., Grzyboś M., Kiejna A.: Zaburzenia psychiczne okołoporodowe – epidemiologia, etiologia, klasyfikacja, leczenie. *Ginekol Pol* 2005; 76: 322-330.
9. Kazimierczak M., Sipiński A.: Profilaktyka zaburzeń psychicznych występujących w okresie poporodowym. *Ann Acad Med Siles* 2005; 59,5: 413-417.
10. Makara-Studzińska M., Prażmowska B., Iwanowicz-Palus G.: Przyczyny problemów emocjonalnych kobiet w okresie okołoporodowym. [w:] Makara-Studzińska M., Iwanowicz-Palus G. (red.): *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009; 204-224.
11. Beck C.T. Predictors of Postpartum Depression. *Nurs Res.* 2001; 50 (5): 275.
12. Snow S.: Zdrowie psychiczne w okresie okołoporodowym. [w:] Edwins J. (red.): *Praktyka zawodowa*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; 187-204.
13. Podolska M., Majewska A.: Style radzenia sobie w sytuacjach stresowych stosowane przez matki w połogu. *Klin Perinatol Ginekol* 2007; 43,4: 64-67.
14. Reroń A., Gierat B., Huras H.: Ocena częstotliwości występowania depresji poporodowej. *Ginekol Prakt* 2004; 3: 32-35.
15. Andersson L., Sundstrom-Poromaa I., Wulff M., Astrom M., Bixo M. Implications of Antenatal Depression and Anxiety for Obstetric Outcome. *Obstet Gynecol* 2004; 104(3): 467.
16. Wiktor H., Humeniuk E., Lewicka M., Kanadys K., Wiktor K., Wnuczek W.: Defining the risk of postpartum depression occurrence after childbirth. [w:] Kaczor A., Borzęcki A., Iskra M. (red.) *Środowiskowe źródła zagrożeń zdrowotnych [T. 1]*, Akad. Med. Lublin 2007; 380-384.

17. Fórmaniak J., Kotzbach R., Jaroch A.: Analiza wpływu sposobu ukończenia ciąży na stan psychiczny pacjentek. *Perinatol Ginekol* 2008; 1,2: 134-137.
18. 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; 3: 182-185.
19. Lewicka M., Humeniuk E., Wiktor H., Wdowiak A., Wiktor K.: Family conditions and the degree of postpartum depression in women after childbirth. W: Kaczor A., Borzęcki A., Iskra M. (red.) *Środowiskowe źródła zagrożeń zdrowotnych [T. 1]*, Akad. Med. Lublin 2007; 342-345.