



# Ocena częstotliwości występowania depresji poporodowej u kobiet w pierwszym tygodniu połogu

Assessment of the incidence of postpartum depression in the first week of confinement

Klaudia Weronika Niegowska<sup>1,A,B,C,D,F</sup>, Ewa Kobos<sup>1,A,B,C,D,F</sup>

<sup>1</sup> Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny, 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

Niegowska K. W, Kobos E. Ocena częstotliwości występowania depresji poporodowej u kobiet w pierwszym tygodniu połogu. Med Og Nauk Zdr. 2019; 25(4): 251–257. DOI: 10.26444/monz/114661

## ■ Streszczenie

**Wprowadzenie i cel pracy.** Częstość występowania depresji poporodowej na całym świecie waha się od 0,5 do 60,8%. W Polsce wprowadzono nowe normy opieki, według których należy trzykrotnie ocenić stan psychiczny położnicy pod kątem depresji.

Celem pracy była ocena częstotliwości występowania depresji poporodowej u kobiet w pierwszym tygodniu połogu oraz określenie czynników mogących predysponować do jej wystąpienia.

**Materiał i metoda.** Badaniem objęto 300 kobiet przebywających w oddziale położniczym między 1. a 7. dobą po porodzie. Do zebrania materiału badawczego wykorzystano Edynburską Skalę Depresji Poporodowej. Hipotezy statystyczne weryfikowano przy użyciu testu U Manna-Whitneya, testu Kruskala-Wallisa oraz testu chi<sup>2</sup>.

**Wyniki.** Badania wykazały, że 35% kobiet uzyskało w skali depresji poporodowej 12 pkt i więcej. Czynniki socjodemograficzne, takie jak wiek, stan cywilny, poziom wykształcenia, status zawodowy, miejsce zamieszkania i sytuacja materialna badanych, nie różnicowały ryzyka wystąpienia depresji poporodowej w badanej grupie. Położnice, których ciąża przebiegała z komplikacjami (M = 10,91) oraz u których w przeszłości występowały zaburzenia psychiczne (M = 12,51), wykazywały istotnie wyższe wartości w skali depresji poporodowej. Liczba porodów, przebieg porodu, doba po porodzie oraz obecność cukrzycy w czasie ciąży nie różnicowały w badanej grupie ryzyka wystąpienia depresji poporodowej.

**Wnioski.** 1. Co trzecia kobieta w pierwszym tygodniu połogu wykazuje wysoki wskaźnik depresji poporodowej. 2. Położnice wykazujące w wywiadzie zaburzenia psychiczne w przeszłości w dalszym okresie połogu wymagają uwagi pielęgniarek i położnych. 3. Kobiety, których ciąża przebiega z komplikacjami, powinny być obserwowane pod kątem depresji już w okresie ciąży i po porodzie.

## Słowa kluczowe

depresja, połóg, Edynburska Skala Depresji Poporodowej

## ■ Abstract

**Introduction.** The incidence of postpartum depression varies from 0.5% – 60.8% worldwide. In Poland, new standards of care have been introduced, according to which the mental state of the women in confinement should be assessed three times.

**Objective.** The aim of the study was to assess the frequency of postpartum depression in the first week of puerperium and to identify the factors that may predispose to it.

**Materials and Method:** The study included 300 women staying at the maternity ward between days 1–7 after delivery. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was used to collect the research material. Statistical hypotheses were verified using the Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test and chi-square test.

**Results:** The research showed that 35% of women scored 12 points or more on the postnatal depression scale. Socio-demographic factors, such as age, marital status, education, professional status, place of residence and material situations, did not differentiate the risk of postpartum depression in the research group. The women in confinement with pregnancy complications (M=10.91) and prior mental health disorders (M=12.51) showed significantly higher values on the postpartum depression scale. Moreover, the risk of postpartum depression was not differentiated by the number of deliveries, the course of delivery, the day after delivery or the presence of diabetes during pregnancy.

## Conclusions

1. Every third women in the first week of puerperium had a high rate of postpartum depression.
2. Women with prior mental disorder required more attention in the subsequent part of the puerperium.
3. Women who encounter pregnancy complications should be assessed for depression during pregnancy and after delivery.

## Key words

depression, puerperium, Edinburgh Postnatal Depression Scale

Adres do korespondencji: Klaudia Weronika Niegowska, Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Żwirki i Wigury 61, 02-091, Warszawa, Polska  
E-mail: klaudia-niegowska@wp.pl

Nadesłano: 28.10.2019; Zaakceptowano do druku: 25.11.2019

## WPROWADZENIE

Okres macierzyństwa postrzegany jest jako radosny i pozytywny czas w życiu kobiety, jednak jest on związany z wieloma burzliwymi zmianami zachodzącymi w jej organizmie. W okresie tym, uważanym za jedno z bardziej stresujących wydarzeń, może dochodzić do zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń nastroju. Na podstawie wyników badań przeprowadzonych w USA można wnioskować, że w ostatniej dekadzie spada liczba zaburzeń nastroju występujących w czasie ciąży oraz pogołu [1]. Szacuje się, że w krajach rozwiniętych i rozwijających się depresja poporodowa występuje u 19,0% kobiet [2]. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia na depresję dwa razy częściej chorują kobiety niż mężczyźni, zaburzeń tych doświadczają ogółem 1 mln kobiet w Polsce [3]. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 wśród zaburzeń depresyjnych wyróżnia depresję poporodową F53 [4]. Doniesienia Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) wykazują związek między urodzeniem dziecka a występowaniem zaburzeń nastroju u kobiet [5]. Podając za Janik i wsp., w literaturze opisuje się trzy podstawowe zaburzenia emocjonalne związane z porodem: przygnębienie poporodowe, depresję poporodową oraz psychozę poporodową [6]. Najbardziej powszechne z nich – przygnębienie poporodowe (*post-partum blues*) dotyka nawet do 80% matek [7]. Charakteryzuje się ono przejściowym i umiarkowanym zaburzeniem nastroju oraz pojawia się od 1. do 14. dnia po porodzie. Objawami przygnębienia poporodowego są: chwiejność emocjonalna, obniżenie nastroju, napięcie, płaczliwość, uczucie wyczerpania, drażliwość, zaburzenia snu, bóle głowy, spadek apetytu, nastawienie hipochondryczne oraz wrogość wobec partnera [7]. Depresja poporodowa występuje rzadziej, jest obserwowana w przeciągu miesiąca od porodu. Ryzyko depresji poporodowej szacuje się na 13–30% [8]. Częstość występowania depresji poporodowej na całym świecie waha się od 0,5 do 60,8%. W krajach rozwijających się wskaźnik ten wynosi od 1,9 do 82,1%, zaś w krajach rozwiniętych od 5,2 do 74% [9]. APA w klasyfikacji DSM-V uszczegółowiło kryteria diagnostyczne większego zaburzenia depresyjnego. Według kryteriów diagnostycznych DSM-V sprecyzowano, że ustalenia dotyczące zaburzenia depresyjnego mogą być użyte do opisu obecnego albo ostatniego epizodu depresyjnego, jeżeli objawy rozpoczęły się podczas ciąży lub do 4 tygodni po urodzeniu dziecka [5]. Główne objawy depresji poporodowej to: przygnębienie obejmujące większość dnia, obniżenie nastroju, bezsenność lub nadmierna senność, nieodczuwanie przyjemności z większości form aktywności, wzrost lub spadek apetytu, poczucie winy i uczucie bezwartościowości, brak energii, myśli i próby samobójcze. Oprócz tych objawów charakterystyczne jest poczucie winy spowodowane nieskuteczną opieką nad dzieckiem [10]. Ekstremalnym zjawiskiem jest psychoza poporodowa, która charakteryzuje się nieadekwatnym odbiorem i postrzeganiem rzeczywistości. Jest to poważny stan chorobowy, który stanowi zagrożenie dla dziecka i matki oraz wymaga pilnej diagnostyki i leczenia. Ostro początek psychozy poporodowej występuje podczas pierwszych 3–4 tygodni po porodzie [7].

W odpowiedzi na rosnący problem zaburzeń emocjonalnych u kobiet w okresie okołoporodowym w Polsce opracowano „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”, mający na celu zwiększenie świadomości na temat depresji poporodowej. Program ten, skierowany do kobiet w okresie poporodowym, został opracowany do realizacji

podczas wizyt patronażowych w latach 2018–2023. Do udziału w nim nie są włączane kobiety, których ciąża skończyła się niepowodzeniem. Program ma przyczynić się do zwiększenia rozpoznawania zaburzeń psychicznych po porodzie dzięki właściwej edukacji zdrowotnej [11]. Okołoporodowe zaburzenia nastroju niosą poważne konsekwencje zdrowotne zarówno dla noworodka, jak i matki oraz całej rodziny, dlatego od 2019 roku w Polsce wprowadzono nowe normy opieki okołoporodowej, według których należy trzykrotnie ocenić stan psychiczny położnicy pod kątem depresji [12].

Ciąża i poród to stan fizjologiczny, w którym występują wahania poziomu hormonów, następuje spadek poziomu progesteronu, estrogenów oraz kortyzolu, przy czym największe nasilenie tego zjawiska występuje w 5. dniu po porodzie. Szybkie obniżenie wartości estrogenów wiąże się z objawami depresji poporodowej [13]. W ramach przeglądu dotychczasowych badań zidentyfikowano czynniki ryzyka depresji po urodzeniu dziecka. Sklasyfikowano je jako czynniki: fizyczne i biologiczne (m.in.: zły stan zdrowia fizycznego, negatywny obraz własnego ciała oraz masa ciała); psychologiczne (wcześniejsze problemy i choroby psychiczne, lęk przedporodowy, depresja przedporodowa, stresujące wydarzenia życiowe, złe relacje małżeńskie); położnicze i pediatryczne (nieplanowana ciąża, cesarskie cięcie, problemy podczas ciąży, preferencje związane z płcią dziecka, brak karmienia piersią, problemy zdrowotne występujące u dziecka); społeczno-demograficzne (niski status materialny, niski poziom wykształcenia, bezrobocie, brak wsparcia społecznego) oraz kulturowe [9, 14–16].

Badania dowodzą, że zaburzenia emocjonalne matki po porodzie przekładają się na rozwój poznawczy i emocjonalny dziecka oraz na jej relacje z partnerem [17]. Depresja poporodowa może powodować poważne zaburzenia relacji matki z noworodkiem. Kobiety w takim stanie często zaniedbują opiekę nad dzieckiem, nie przestrzegają zasad bezpieczeństwa, nie stawiają się na wyznaczone wizyty kontrolne oraz szczerzenia dziecka. Ponadto matki nie nawiązują kontaktu wzrokowego i dotykowego z noworodkiem [18]. Z badań wynika, że zaburzenia emocjonalne matki po porodzie wiążą się z rozwojem fizycznym dziecka, u którego obserwowany jest mniejszy przyrost masy ciała oraz wzrostu [19].

Leczenie zaburzeń okołoporodowych nie jest proste, dlatego bardzo ważna jest profilaktyka. Prewencja obejmuje rozpoznanie kobiet podatnych na zachorowanie, psychoterapię przed i po porodzie oraz edukację. W terapii zaburzeń związanych z porodem istotna jest opieka nie tylko nad pacjentką, ale również nad jej rodziną. Ważne jest na tym etapie wsparcie ze strony rodziny, położnej, ginekologa czy psychologa. Obecnie ma zastosowanie psychoterapia indywidualna, grupowa i rodzinna [10]. Według rekomendacji zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w ramach profilaktyki depresji poporodowej kobiety powinny przyjmować w diecie kwasy omega-3. Międzynarodowe badania epidemiologiczne wykazały, że większa zawartość kwasu dekozaheksaenowego w mleku kobiety oraz większa konsumpcja owoców morza ma wpływ na zmniejszenie ryzyka depresji poporodowej [20]. Karmienie piersią daje długoterminowe korzyści zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Udowodniono, że kobiety karmiące piersią są mniej narażone na występowanie depresji poporodowej niż te, które nie podejmują prób karmienia naturalnego [21]. Jeżeli wspomniane kroki nie przynoszą oczekiwanych rezultatów, należy rozważyć zastosowanie farmakoterapii. Decydując się na leczenie farmakologiczne, trzeba brać pod uwagę wpływ

schorzenia na dziecko i matkę. Farmakoterapia kobiet z objawami depresji poporodowej obejmuje terapię hormonalną oraz leki psychotropowe. W połogu, kiedy kobieta karmi piersią, stosowane są inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny – SSRI, najczęściej sertralina, ponieważ jej stężenie jest niskie w mleku i surowicy niemowlęcia oraz wywołuje mniej skutków ubocznych niż inne leki przeciwdepresyjne [22]. Inne leki stosowane podczas leczenia depresji poporodowej to przeciwdepresyjne leki trójpierścieniowe (TCA) oraz inhibitory wychwyty zwrotnego noradrenaliny (SNRI). Przed rozpoczęciem kuracji należy wziąć pod uwagę kilka aspektów. Należy stosować lek o najmniejszym profilu ryzyka dla dziecka i matki, stosować monoterapię, a także modyfikować dawki na różnych etapach leczenia [22]. Wiele badań klinicznych wykazuje, że w przypadku ciężkich postaci depresji bezpieczne i skuteczne jest zastosowanie elektrowstrząsów. Ten rodzaj terapii warto rozważyć w sytuacji, gdy kobieta ma myśli samobójcze lub też występuje lekooporność [23]. Terapia przeciwdepresyjna u matek karmiących powinna być prowadzona ostrożnie, zalecane jest stosowanie najmniejszych możliwych dawek i kontrolowanie stężenia leku we krwi. Kobieta karmiąca nie powinna przystawiać dziecka do piersi w okresie największego stężenia leku, należy przyjmować lek w jednej dawce dobowej, przed okresem najdłuższego snu dziecka [22]. Noworodek jest bardzo wrażliwy na leki przeciwdepresyjne, dlatego tak ważna jest stała opieka lekarska nad matką, stosowanie się do zaleceń oraz obserwacja dziecka. Należy rozważyć pobyt pacjentki w szpitalu, gdy występują objawy zagrożenia życia matki bądź dziecka.

W ramach profilaktyki depresji poporodowej zaleca się prowadzenie psychoterapii poznawczo-behawioralnej i interpersonalnej u wszystkich kobiet już w III trymestrze ciąży, ponieważ jest to ważny okres przejściowy obejmujący adaptację do zmian emocjonalnych i fizycznych [24]. Kobiety w tym czasie mają gorsze samopoczucie niż w pozostałych trymestrach ciąży. Wykazano, że hipnoterapia prenatalna znacznie zmniejsza ryzyko depresji poporodowej oraz poprawia dobrostan psychiczny do 3 miesięcy po porodzie [24]. W przeglądzie systematycznym badań, mającym na celu porównanie wpływu różnych interwencji psychospołecznych i psychologicznych ze zwykłą opieką przedporodową, porodową lub poporodową w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia depresji poporodowej wykazano wyraźny korzystny ich efekt, znaczący pozytywny wpływ miały profesjonalne wizyty domowe po porodzie, telefoniczne wsparcie poporodowe oraz psychoterapia interpersonalna. Interwencje prowadzone przez różnych pracowników ochrony zdrowia i osoby świeckie były podobnie korzystne [25].

Uzasadnione jest również wprowadzanie stworzonego przez Ministerstwo Zdrowia programu profilaktyki, obejmującego edukację i profilaktykę depresji poporodowej. Należy uczyć lekarzy, pielęgniarki i położne, aby zainteresowali się tym programem i wykorzystywali swoją wiedzę i doświadczenie w celu wykrywania objawów depresji i objęcia kobiet z depresją szczególną opieką. Kobiety, które znalazły się w grupie podwyższonego ryzyka, powinny być poinformowane o możliwości skorzystania z 3 konsultacji diagnostycznych.

Depresja poporodowa jest poważnym zaburzeniem psychicznym, które jest niedostatecznie zbadane klinicznie oraz nie jest odpowiednio diagnozowane [13]. Badania przesiewowe i wczesne wykrycie choroby są niezmiernie istotne dla procesu leczenia i rekonwalescencji. Jest to możliwe dzięki

zwiększeniu świadomości na temat depresji przed- i poporodowej, edukacji i przeszkoleniu personelu medycznego, pracującego z kobietą w okresie okołoporodowym.

## CEL PRACY

Celem pracy jest ocena częstotliwości występowania depresji poporodowej u kobiet w pierwszym tygodniu połogu oraz określenie czynników mogących predysponować do jej wystąpienia.

## MATERIAŁ I METODA

Badania zostały zrealizowane w grupie 300 położnic będących pomiędzy 1. a 7. dniem po porodzie, przebywających w szpitalu w oddziale położniczym. Każdej położnicy przedstawiono cel badania oraz otrzymano ustną zgodę na udział w nim.

Do zebrania materiału badawczego wykorzystano wystandardyzowaną Edynburską Skalę Depresji Poporodowej (EPDS), służącą do wykrywania zaburzeń depresyjnych u kobiet w okresie okołoporodowym [1, 26], oraz kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, zawierający zmienne socjodemograficzne i kliniczne. Zgodnie z instrukcją użytkownika skali pacjentki samodzielnie wypełniają kwestionariusz, który składa się z 10 pytań, zaznaczając jedną spośród 4 odpowiedzi. Odpowiedzi są punktowane od 0 do 3 zgodnie z narastającym nasileniem objawów, które najtrafniej opisują ich nastrój w przeciągu ostatnich 7 dni. Wynik ogólny skali otrzymuje się, sumując punkty kwestionariusza, przy czym pacjentka może uzyskać maksymalnie 30 pkt. Dla polskiej wersji skali za punkt odjęcia uznaje się uzyskanie 12 pkt lub więcej. Jeżeli położnica odpowiada twierdząco na ostatnie pytanie dotyczące myśli samobójczych, pomimo wyniku mniej niż 10 punktów, wymaga ona konsultacji psychiatrycznej. Należy podkreślić ograniczenia EPDS w odróżnianiu depresji poporodowej od pozostałych zaburzeń psychicznych [1, 27].

Do obliczeń wykorzystano program Statistica 10.0 firmy Statsoft Polska. Zmienne ilościowe opisano poprzez podanie średnich arytmetycznych, median oraz odchyłeń standardowych. W przypadku zmiennych jakościowych zaprezentowano liczebność i odsetek. Hipotezy statystyczne weryfikowano przy użyciu metod nieparametrycznych: testu U Manna-Whitneya, testu Kruskala-Wallisa (wraz z testem post-hoc Dunna) oraz testu  $\chi^2$ . Za istotne statystycznie uznawano wyniki, gdzie wyliczone prawdopodobieństwo testowe spełniało warunek  $p < 0,05$ .

Informację o realizacji badania przyjęła do wiadomości Komisja Bioetyczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (AKBE/170/2019).

## WYNIKI

Badaniem objęto łącznie 300 kobiet, których średnia wieku wyniosła 27,96 lat z SD = 5,46. W związku było 82% położnic, wykształcenie średnie posiadało 47%, w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców mieszkało 31% badanych. Ponad połowa kobiet (55%) określiła swoją sytuację socjoekonomiczną jako dobrą, średnia wartość deklarowanych miesięcznych dochodów wyniosła 1905,84 zł, z SD = 900,13 zł (tab. 1).



**Tabela 1.** Charakterystyka badanej grupy – zmienne socjodemograficzne

Zmienna	Klasa	%
Wiek	18 – 25 lat	36%
	26 – 30 lat	34%
	>31 lat	30%
Stan cywilny	Samotna	18%
	W związku	82%
Wykształcenie	Podstawowe/gimnazjum/zawodowe	9%
	Średnie	47%
	Wyższe	44%
Status zawodowy	Pracująca	52%
	Nie pracująca	29%
	Ucząca się	17%
Miejsce zamieszkania	Wieś	21%
	Miasto do 50 tys.	19%
	Miasto 50 – 500 tys.	29%
	Miasto powyżej 500 tys.	31%
Przedział dochodów	< 1000 zł	20%
	1001 – 2000 zł	30%
	2001 – 3000 zł	21%
	> 3000 zł	7%
	Brak danych	22%
Samooceńca sytuacji materialnej	Bardzo dobra	5%
	Dobra	55%
	Średnia	36%
	Zła	4%

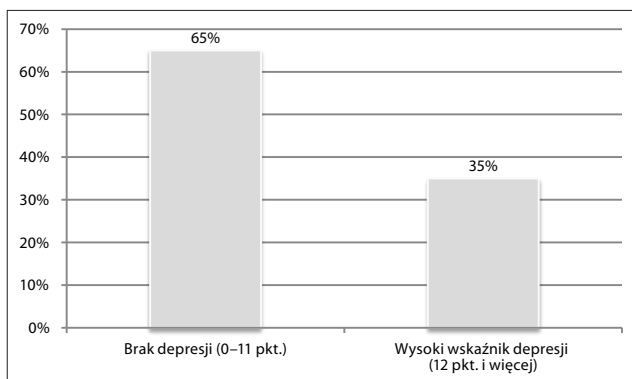
W badanej grupie 47% położnic było w 3.–4. dobie po porodzie, średni czas po porodzie wynosił 3,92 dni z SD = 1,48. Poród z komplikacjami był udziałem 46% badanych, dla 52% kobiet był to pierwszy poród, w sposób naturalny oraz o czasie poród odbyło po 47% kobiet. W zajęciach szkoły rodzenia uczestniczyło 53% kobiet, 29% z nich miało cukrzycę ciążową, na zaburzenia psychiczne w przeszłości cierpiało 9% kobiet (tab. 2).

**Tabela 2.** Charakterystyka badanej grupy – zmienne kliniczne

Zmienna	Klasa	%
Doba po porodzie	1.–2. doba	19
	3.–4. doba	47
	5.–7. doba	34
Przebieg ciąży	Bez komplikacji	54
	Z komplikacjami	46
Liczba porodów	Pierwszy	52
	Kolejny	48
Przebieg porodu	Naturalny	47
	Cesarskie cięcie	46
	Kleszczowy lub próżniowy	7
Czas porodu	Przed terminem	38
	O czasie	47
	Po terminie	15
Uczestniczenie w zajęciach szkoły rodzenia	Tak	53
	Nie	47
Zaburzenia psychiczne w przeszłości	Tak	9
	Nie	91
Obecność cukrzycy ciążowej	Tak	29
	Nie	71

Źródło:

Zatsowanie skali depresji poporodowej dało następujący wynik: u 65% kobiet nie wykazano depresji poporodowej, 35% kobiet uzyskało w skali powyżej 12 pkt, co oznacza

**Rycina 1.** Ryzyko depresji poporodowej

Źródło:

wysoki wskaźnik depresji (ryc. 1). Średnia wartość uzyskanych punktów ogółem wyniosła 10,4 z odchyleniem standardowym równym 3,85 pkt.

Z analizy danych wynika, że czynnikami zwiększającymi ryzyko depresji poporodowej w badanej grupie były: przebieg porodu z komplikacjami ( $p=0,039$ ), poród o czasie w porównaniu do rodzących po terminie ( $p=0,009$ ) oraz występowanie zaburzeń psychicznych w przeszłości ( $p=0,009$ ) (tab. 3).

**Tabela 3.** Zmienne kliniczne a ryzyko depresji poporodowej

Zmienna	Klasa	M	Med.	SD	H/Z	p
Doba po porodzie	1.–2.	10,26	10	4,60	0,66	0,720
	3.–4.	10,49	10	3,25		
	5.–7.	10,38	10	4,19		
Przebieg ciąży	Z komplikacjami	10,91	11	3,84	2,05	<b>0,039</b>
	Bez komplikacji	9,98	10	3,82		
Liczba porodów	Kolejny	10,16	10	3,73	- 0,53	0,613
	Pierwszy	10,63	10	3,95		
Przebieg porodu	Cesarskie cięcie	10,64	10	3,82	0,64	0,724
	Naturalny	10,24	10	4,01		
	Kleszczowy/próżniowy	9,9	10	2,73		
Czas porodu	Przed terminem	10,03	10	3,90	9,37	<b>0,009</b>
	O czasie	11,02	11	3,96		
	Po terminie	9,47	9	3,08		
Szkola rodzenia	Nie	10,82	11	4,11	- 1,78	<b>0,070</b>
	Tak	10,03	10	3,57		
Zaburzenia psychiczne	Nie	10,19	10	3,85	- 3,18	0,001
	Tak	12,51	13	3,15		
Cukrzyca ciążowa	Nie	10,20	10	4,00	- 1,49	0,134
	Tak	10,91	10,5	3,42		

M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, med. – mediana, H – wartość statystyki testu Kruskala-Wallis, Z – wartość statystyki testu U Manna-Whitneya, p – prawdopodobieństwo testowe

Źródło:

Analizy statystyczne nie potwierdziły korelacji między zmiennymi socjodemograficznymi charakteryzującymi badaną grupę kobiet a wartościami osiąganymi w skali depresji poporodowej ( $p > 0,05$ ) (tab. 4).

**Tabela 4.** Zmienne socjodemograficzne a ryzyko depresji poporodowej

Zmienna	Klasa	M	Med.	SD	H/Z	p
Wiek	18–25 lat	10,75	10	4,00	1,72	0,630
	26–30 lat	10,08	10	3,79		
	31–35 lat	10,23	10	3,63		
	>35 lat	10,54	11	3,96		
Stan cywilny	W związku	10,25	10	3,83	-0,82	0,404
	Samotna	11,09	10	3,87		
Wykształcenie	Wyższe	10,09	10	3,87	1,53	0,464
	Średnie	10,45	10	3,65		
	Podst./gimn./zaw.	11,66	11	4,57		
Status zawodowy	Pracuje	10,20	10	4,00	1,49	0,474
	Uczy się	10,19	10	3,51		
	Nie pracuje	10,89	11	3,76		
Miejsce zamieszkania	Wieś	10,61	10	3,98	0,37	0,945
	Miasto do 50 tys.	10,58	10	3,96		
	Miasto 50–500 tys.	10,50	10	3,81		
	Miasto > 500 tys.	10,05	10	3,93		
Dochody	< 1000 zł	10,88	11	3,87	3,45	0,326
	1001–2000 zł	10,15	10	3,96		
	2001–3000 zł	10,43	10	4,10		
	> 3000 zł	9,09	10	4,01		
Samoocena sytuacji	Bardzo dobra	9,60	10	4,89	0,57	0,901
	Dobra	10,46	10	3,93		
	Średnia	10,32	10	3,54		
	Zła	11,41	10	4,18		

M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, med. – mediana, H – wartość statystyki testu Kruskala-Wallisa, Z – wartość statystyki testu U Manna-Whitneya, p – prawdopodobieństwo testowe  
Źródło:

## DYSKUSJA

Celem prezentowanych badań była ocena częstości występowania depresji poporodowej u kobiet w okresie pierwszego tygodnia po porodzie oraz analiza czynników predysponujących do jej wystąpienia. Jak wskazuje się w literaturze, może to być pojedynczy epizod lub zapoczątkowanie nawracających zaburzeń depresyjnych [28]. Z nielicznych badań zrealizowanych w pierwszym tygodniu połogu z użyciem EPDS wynika, że depresja poporodowa w krajach rozwiniętych w 2. dniu połogu występuje u 8–14% położnic, między 2.–4. dniem połogu u 33%, w 7. dniu połogu u 17%, do 4 tygodni połogu u 5,5–34,4% kobiet. W krajach rozwijających się w 5. dniu połogu u 20,9%, do 4. tygodnia połogu u 12,9–50,7% położnic [9]. W polskim badaniu depresję poporodową, określaną jako 13 i więcej punktów w skali EPDS, wykazano u 15,2% kobiet [29]. W badaniach własnych wysoki wskaźnik depresji (12 pkt i więcej) odnotowano u 35% kobiet w okresie pierwszych 7 dni po porodzie, przy czym nie wykazano istotnej różnicy w zależności od doby, w której położnica była po porodzie. W badaniu Kosińskiej i wsp. zrealizowanym w 2018 roku w grupie kobiet w 5.–7. dniu połogu 38,4% kobiet uzyskało w skali depresji poporodowej 10 pkt i więcej. Średnia liczba uzyskanych punktów w skali wyniosła  $10,4 \pm 3,85$  i kształtowała się na zbliżonym poziomie do tej uzyskanej w grupie kobiet między 4. a 14. tygodniem połogu [30].

W badaniu własnym oraz innych autorów [1, 31, 32] wykazano, że nasilenie objawów depresji może spowodować ciężą wysokiego ryzyka. Przyszła matka obawia się przedwczesnego porodu, poronienia, jej sytuacja może być odczuwana jako trudna i może objawiać się smutkiem i przygnębieniem, a nawet depresją. W literaturze wskazuje się, że następujące powikłania ciąży zwiększają ryzyko wystąpienia depresji

poporodowej: wcześniactwo, nadciśnienie tętnicze, stan przedrzucawkowy kobiety w ciąży oraz cukrzyca ciążowa [28, 33, 34].

Z badań przeprowadzonych przez Iracką i wsp. wynika, że objawy depresji częściej występują u kobiet w pierwszej ciąży niż w drugiej i kolejnej [30]. W badaniu własnym oraz Kowalskiej i wsp. [35] kolejność porodu nie miała istotnego wpływu na występowanie depresji poporodowej. Rozbieżności w znaczeniu liczby porodów dla występowania depresji poporodowej mogą wynikać z opisywanego w literaturze związku doświadczania przez kobiety bólu przed i w trakcie porodu z depresją poporodową. Z danych wynika, że wiele kobiet obawia się bólu poporodowego, kobiety doświadczające bólu podczas porodu są bardziej narażone na depresję poporodową [36], a zastosowanie anelgezy porodowej zmniejsza ryzyko jej wystąpienia [37].

Z badań własnych wynika, iż rodzaj porodu nie ma wpływu na częstotliwość występowania depresji poporodowej w pierwszym tygodniu po porodzie. Na brak związku rodzaju porodu z występowaniem zaburzeń emocjonalnych u kobiet wskazują wyniki badań Adams i wsp. [38], depresji poporodowej – badania Kaźmierczak i wsp. [39]. W przeglądzie literatury wynika, że u kobiet po cesarskim cięciu częściej obserwuje się zaburzenia nastroju, problemy natury psychicznej i obniżenie samopoczucia niż u tych, które urodziły siłami natury [32, 35, 40]. Cesarskie cięcie w większym stopniu ingeruje w organizm kobiety niż poród siłami natury. Położnice są unieruchomione przez wiele godzin, co może sprawiać im dodatkowy problem przy opiece nad noworodkiem. Według badań Gebuza i wsp. [41] kobiety rodzące siłami natury, mimo iż poród jest męczący, mają lepszą kondycję fizyczną niż kobiety po cesarskim cięciu.

Zaskakujący jest wynik badań własnych, który sugeruje, że kobiety rodzące o czasie charakteryzują się wyższym ryzykiem rozwoju depresji poporodowej. Mogłoby się wydawać, że matki wcześniaków przeżywają większy stres w związku z obawą o losy swojego przedwcześnie urodzonego dziecka, jak sugerują w swoich badaniach Kowalska i in. [35]. Dla większości kobiet ciąża to radosny okres wyczekiwania dziecka, jednak niektóre z nich przez 9 miesięcy ciąży najbardziej skupiają się na porodzie i wyczekują tego momentu, dlatego być może wtedy odczuwają największy lęk, który może przyczynić się do wystąpienia depresji poporodowej.

Badania własne wykazały, że uczestniczenie kobiet w zajęciach szkoły rodzenia nie ma istotnego wpływu na występowanie depresji po porodzie. Kowalska w swoich badaniach dowiodła, że kobiety uczestniczące oraz nieuczestniczące w zajęciach szkoły rodzenia cechowały się podobnym samopoczuciem po porodzie [35]. Zatem nie zaobserwowano nasilenia objawów depresji u kobiet nieuczestniczących w zajęciach. Autorka badań zaobserwowała jednak lepsze samopoczucie po porodzie u kobiet prowadzących aktywny tryb życia w czasie ciąży. Według badań kurs przygotowawczy do porodu i macierzyństwa zmniejsza poziom lęku i stresu u położnic, co może w przyszłości zmniejszać nasilenie objawów zaburzeń psychicznych po porodzie [42, 43].

Czynnikami istotnie predysponującym do wystąpienia depresji poporodowej w badaniu własnym było występowanie zaburzeń psychicznych u położnic w przeszłości. W największym jak dotąd badaniu populacyjnym ryzyko to określono jako 20-krotnie większe w przypadku kobiet z historią depresji [44]. Potwierdzają to również wyniki badań Golec i wsp. [32], według których kobiety chore na

depresję lub mające myśli rezygnacyjne znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka zapadalności na depresję poporodową. Wyniki badań Irackiej i Lewickiej [30] zrealizowane w grupie położnic między 4. a 14. tygodniem połogu również potwierdzają ten związek. Wykazano również powiązania między występowaniem manii, depresji prenatalnej oraz depresji w ciągu życia kobiety a wystąpieniem depresji poporodowej [45]. Fiala i wsp. [46] w swoich badaniach za najistotniejszy czynnik depresji poporodowej uznali poprzednie epizody depresyjne u matki oraz podkreślili znaczenie stresorów psychospołecznych, które również mogą mieć wpływ na wystąpienie depresji poporodowej.

W badaniu własnym nie dowiedziono istotnej korelacji między obecnością cukrzycy ciężawej a ryzykiem depresji. W badanej grupie jedna trzecia kobiet miała cukrzycę ciąży. W literaturze wskazuje się, że cukrzyca ciążowa dotyka 16,5% ciężarnych na świecie [47] oraz że choroby matki podczas ciąży mogą negatywnie wpływać na jej stan emocjonalny po porodzie [32]. Cukrzyca ciążowa w niewielkim stopniu była związana ze zwiększonym ryzykiem depresji w badaniu Silverman i wsp. [44].

Podsumowując, można stwierdzić, że bardzo ważne jest poznawanie czynników predysponujących do wystąpienia depresji oraz wczesne ich wykrywanie. Kobiety będące w ciąży często skupiają się na porodzie, nie zastanawiają się, jak przeżyć połóg, który jest niezmiernie ważny, ponieważ to właśnie w tym okresie może wystąpić depresja. Dlatego dalsze badania powinny skupiać się na innych czynnikach, które mogą przyczynić się do rozwoju depresji, oraz pomocy i udzielaniu wsparcia kobiecie w okresie połogu [10, 48].

## WNIOSKI

1. Co trzecia kobieta w 1. tygodniu połogu wykazuje wysoki wskaźnik depresji poporodowej.
2. Położnice deklarujące w wywiadzie zaburzenia psychiczne w przeszłości we wczesnym i dalszym okresie połogu wymagają uwagi pielęgniarek i położnych.
3. Kobiety, których ciąża przebiega z komplikacjami, powinny być obserwowane pod kątem depresji już w okresie ciąży i po porodzie.
4. Czynniki predykcyjne depresji poporodowej można łatwo wykryć w praktyce klinicznej, a systematyczne badania przesiewowe mogą prowadzić do identyfikacji matek potencjalnie nią zagrożonych.

## OGRANICZENIA

Należy zauważyć, że badanie było realizowane tylko w jednym oddziale położniczym, co ogranicza generalizację jego wyników. Wykorzystano w nim skalę ESDP, które ma ograniczenia w zakresie odróżniania depresji poporodowej od pozostałych zaburzeń psychicznych. Planując badania w przyszłości, należałoby poza wynikami skali depresji poporodowej uwzględnić wyniki obserwacji pod kątem objawów przygnębienia poporodowego.

## PIŚMIENNICTWO

1. Kossakowska K. Edynburska Skala Depresji Poporodowej – właściwości psychometryczne i charakterystyka. *Acta Universitatis Lodzensis, Folia Psychologia* 2013; 17: 39–50.
2. Gelaye B, Rondon M, Araya R, Williams M. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(10): 973–982. Doi: 10.1016/S2215-0366(16)30284-X
3. Kosińska-Kaczyńska K, Horosz E, Wielgoł M, Szymusik I. Zaburzenia afektywne u położnic w pierwszym tygodniu po porodzie – analiza rozpoznania i czynników ryzyka. *Ginekol Pol.* 2008; 79: 182–185.
4. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Volume I, 2009 © World Health Organization 2009.
5. APA. 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5, fifth edition Copyright © 2013 American Psychiatric Association.
6. Janik I, Maciejewska M, Fabian Danielewska A, Korabiusz K, Wawryków A, Stecko M. Emotional disorders in the perinatal period. *Journal of Education, Health and Sport* 2018; 8(9): 983–989. Doi: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1419713>
7. Stanescu AD, Balalau DO, Ples L, Paunica S, Balalau C. Postpartum Depression: Prevention and multimodal therapy. *J Mind Med Sci.* 2018; 5(2): 163–168. Doi: 10.22543/7674.52.P163168
8. Chrzan-Dętkoś M, Dyduch-Maroszek A, Humięcka A, Karasiewicz K. Uwarunkowania i konsekwencje depresji poporodowej. *Psychoterapia* 2012; 2(161): 55–63.
9. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J. Affect. Disord.* 2015; 175: 34–52. Doi: 10.1016/j.jad.2014.12.041
10. Chrzan-Dętkoś M, Kalita L. Rola wczesnej interwencji psychologicznej w profilaktyce i terapii depresji poporodowej. *Psychoterapia* 2019; 1(188): 47–61. Doi: 10.12740/PT/106445
11. Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej, 2017. <https://www.gov.pl/attachment/d233c5fa-2500-4e08-a9a9-d76b0cad2bc3> (dostęp: 6.10.2019).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2018 poz. 1756).
13. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in Neuroendocrinology* 2019; 52: 165–180. Doi: 10.1016/j.yfrne.2018.12.001
14. Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of Postpartum Depression: A comprehensive review of the last decade of evidence. *Clin Obstet Gynecol.* 2018; 61(3): 591–603. Doi: 10.1097/GRF.0000000000000368
15. Yim IS, Tanner Stapleton, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C. Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration. *Annual Review of Clinical Psychology* 2015; 11: 99–137. Doi: 10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426
16. Tuszyńska-Bogucka W, Nawra K. Paternal postnatal depression – a review. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2014; 2: 61–69.
17. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health* 2019; 15: 1–55. Doi: 1745506519854864
18. Fejfer-Szpytko J, Włodarczyk J, Trąbińska-Haduch M. Rozpoznanie sytuacji matek małych dzieci w temacie depresji poporodowej i zaburzeń nastroju. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka 2016; 15(3): 91–116.
19. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Ann Rev Clin Psychol.* 2013; 9: 379–407. Doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
20. Karowicz-Bilińska A, Nowak-Markwitz E, Opala T, Oszukowski P, Poręba R, Spaczyński M. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie stosowania witamin i mikroelementów u kobiet planujących ciążę, ciężarnych i karmiących. *Ginekol Pol.* 2014; 5: 85: 395–399.
21. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 2015; 171: 142–154. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.022>
22. Samochowiec J, Rybakowski J, Gałecki P, Szulc A, Rymaszewska J, Cabała WJ, Dudek D. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dotyczące leczenia zaburzeń afektywnych u kobiet w wieku rozrodczym. Część I: Leczenie depresji. *Psychiatr Pol.* 2019; 53(2): 245–262. Doi: <https://doi.org/10.12740/PP/103385>

23. Leiknes KA, Cooke MJ, Jarosch-von Schweder L, Harboe I, Hoie B. Electroconvulsive therapy during pregnancy: A systematic review of case studies. *Arch Womens Ment Health* 2015; 18(1): 1–39. Doi: 10.1007/s00737-013-0389-0.
24. Fancourt D, Perkins R. Could listening to music during pregnancy be protective against postnatal depression and poor wellbeing post birth? Longitudinal associations from a preliminary prospective cohort study. *BMJ Open* 2018; 8: e021251. Doi: 10.1136/bmjopen-2017-021251
25. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
26. 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. Doi: 10.1192/bjp.150.6.782
27. Maliszewska K, Świątkowska-Freund M, Bidzan M, Preis K. Ryzyko depresji poporodowej a cechy osobowości i wsparcie społeczne. Polskie przesiewowe badanie obserwacyjne matek 4 tygodnie i 3 miesiące po porodzie. *Psychiatr Pol.* 2017; 51(5): 889–898. Doi: <https://doi.org/10.12740/PP/68628>
28. Stephens S, Ford E, Paudyal P, Smith H. Effectiveness of Psychological Interventions for Postnatal Depression in Primary Care: A Meta-Analysis. *Ann Fam Med.* 2016; 14(5): 463–72. Doi: 10.1370/afm.1967.
29. Jaeschke RR, Dudek D, Topór-Mądry R, Drozdowicz K, Datka W, Siwek M i wsp. Postpartum depression: Bipolar or unipolar? Analysis of 434 Polish postpartum women. *Braz. J. Psychiatry* 2017; 39(2): 154–159. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2016-1983>
30. Iracka E, Lewicka M. Występowanie depresji poporodowej wśród położnic. *European Journal of Medical Technologies* 2014; 3(4): 60–66.
31. Chanduszeko-Salska J, Kossakowska K. Stres a objawy depresji i sposoby radzenia sobie u kobiet z niepłodnością i kobiet w ciąży wysokiego ryzyka. *Folia Psychologica* 2018; 22: 74–96. Doi: <https://doi.org/10.18778/1427-969X.22.05>
32. Golec M, Rajewska-Rager A, Latos K, Kosmala A, Hirschfeld A, Molińska-Glura M. Ocena zaburzeń nastroju u pacjentek po porodzie oraz czynników predysponujących do wystąpienia tych zaburzeń. *Psychiatria* 2016; 13(1): 1–7.
33. Bidzan I, Bidzan M, Bieleninik Ł. Prematurity and Difficult Parenting in the Pre- and Perinatal Period. *Roczniki Pedagogiczne* 2013; 5(3): 39–70.
34. Filipek A, Jurewicz E. Preeklampsja – choroba kobiet w ciąży. *Postępy Biochem.* 2018; 64(4): 232–229. Doi: 10.18388/pb.2018\_146
35. Kowalska J, Olszowa D, Markowska D, Teplik M, Rymaszewska J. Aktywność fizyczna i szkoła rodzenia w czasie ciąży a poziom postrzeganego stresu i objawów depresyjnych u kobiet po porodzie. *Psychiatr Pol.* 2014; 48(5): 889–900.
36. Du W, Chen HY, Sultana R, Assam PN, Sia ATH, Sng BL. Effects of persistent childbirth pain, psychological and pain susceptibility on postnatal depressive scores. *Anesthesia & Analgesia* 2016; 123(3): 254. Doi: 10.1213/01.ane.0000492595.98883.93
37. Deng CM, Wang DX. Effect of epidural and combined spinal epidural labour analgesia on the occurrence of postpartum depression: a multi-centre cohort study. *British Journal of Anaesthesia* 2017; 119(4): e48–e55. Doi: 10.1093/bja/aew296
38. Adams SS, Eberhard-Gran M, Sandvik ÅR, Eskild A. Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55,814 women. *BJOG* 2012; 119: 298–305. Doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03188.x
39. Kazimierzczak M, Gebuza G, Gierszewska M, Banaszekiewicz M. Analiza wybranych zmiennych determinujących występowanie zaburzeń nastroju po porodzie. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowie* 2014; 20(4): 390–395.
40. Xu H, Ding Y, Ma Y, Xin X, Zhang D. Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 2017; 97: 118–126. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.04.016
41. Gebuza G, Kaźmierczak M, Mieczkowska E, Gierszewska M. Wsparcie społeczne jako determinant zadowolenia z życia u kobiet w okresie ciąży i po cięciu cesarskim. *Psychiatr Pol.* 2018; 52(3): 885–598. Doi: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/64194>
42. Bącznyk G, Cebulska V, Koźlak V, Michalak M, Bajek A, Marcinkowski JT. Poziom lęku przedporodowego u kobiet w ciąży. *Probl Hig Epidemiol.* 2011; 92(4): 774–777.
43. Najafi F, Abouzari-Gazafrudi K, Jafarzadeh-Kenarsari F, Rahnama P, Gholami Chaboki B. Realationship between attendance at childbirth preparation classes and fear of childbirth and type of delivery. *Journal of Hayat* 2016; 21(4): 30–40.
44. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, Larsson H, Sandin S. The Risk Factors for Postpartum Depression: A Population Based Study. *Depress Anxiety.* 2017; 34(2): 178–187. Doi: 10.1002/da.22597
45. Roomruangwong Ch, Withayavanitchal S, Maes M. Antenatal and postnatal risk factors of postpartum depression symptoms in Thai women: A case-control study. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2016; 10: 25–31. doi: 10.1016/j.srhc.2016.03.001
46. Fiala A, Švancara J, Klánová J, Kašpárek T. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry* 2017; 17: 104. Doi: 10.1186/s12888-017-1261-y
47. Plows J, Stanley J, Baker P, Reynolds C, Vickers M. The Pathophysiology of Gestational Diabetes Mellitus. *International Journal of Molecular Sciences* 2018; 19: 3342. Doi: 10.3390/ijms19113342
48. Gierszewska M, Gebuza G, Mieczkowska E, Banaszekiewicz M. Analiza wybranych zmiennych determinujących występowanie zaburzeń nastroju po porodzie. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014; 20(4): 390–395.