

Ryzyko depresji poporodowej a cechy osobowości i wsparcie społeczne. Polskie przesiewowe badanie obserwacyjne matek 4 tygodnie i 3 miesiące po porodzie

Screening for maternal postpartum depression and associations with personality traits and social support. A Polish follow-up study 4 weeks and 3 months after delivery

Karolina Maliszewska¹, Małgorzata Świątkowska-Freund¹,
Mariola Bidzan², Krzysztof Preis¹

¹ Klinika Położnictwa, Katedra Perinatologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

² Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański

Summary

Aim. To investigate the likelihood of postpartum depression and to explore maternal characteristics in terms of personality, social support and other medical and psychological data.

Method. A sample of 548 patients was investigated 4 weeks and 3 months after delivery. They responded to questionnaires containing sociodemographic questions: the EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), the PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), the NEO-FFI (Personality Inventory), and the BSSS (Berlin Social Support Scales).

Results. Probable depression any time during first 3 months postpartum was prevalent among 6.38% of women, based on the following criteria: EPDS > 12 points and PHQ-9 > 9 points. A score of EPDS > 9 in the first week after delivery (ORa = 4.16; CI 1.59–10.86), a history of hospitalisation during pregnancy (ORa = 3.51; CI 1.32–9.20), a high level of neuroticism (ORa = 1.37; CI 1.05–1.77), and high buffering-protective social support (ORa = 2.56; 1.25–5.23) were significantly associated with depressive symptoms. Potential protective factors were initial breastfeeding (ORa = 0.31; CI 0.11–0.90) and high satisfaction with currently received social support (ORa = 0.41; CI 0.22–0.79). The total dropout rate was 23%.

Conclusions. New mothers who are neurotic and who suffered from physical or mental problems during pregnancy and puerperium might experience depressive symptoms more easily. They would also protect those close to them from negative information about themselves. A lack of initial breastfeeding and unsatisfactory social support played a similar role.

Słowa klucze: zaburzenia nastroju, narzędzia skryningowe, połóg

Key words: mood disorders, screening tools, puerperium

Wstęp

Depresja poporodowa to poważne zaburzenie psychiczne diagnozowane jako epizod dużej depresji w ciągu pierwszych 4 lub 6 tygodni po porodzie (odpowiednio według DSM-5 lub ICD-10) [1–3]. DSM-5 dodaje określenie „z początkiem okołoporodowym”, co pozwala wliczyć również okres ciąży. Depresja dotyka od 7% lub 13% do 19% kobiet w trakcie pierwszych 3–6 miesięcy po porodzie [4, 5]. Według innych autorów depresja poporodowa może pojawić się po 8 lub 12 tygodniach, albo nawet rok po porodzie [6, 7].

Do najpopularniejszych testów przesiewowych zaliczyć można Edynburską Skalę Depresji Poporodowej (*Edinburgh Depression Scale* – EPDS) [8], Kwestionariusz Rozpoznawania Objawów Depresji Poporodowej (*Postpartum Depression Screening Scale* – PDSS), czy też Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9 (*9-Item Patient Health Questionnaire* – PHQ-9) [9]. Ze względu na brak jednoznacznych rekomendacji dotyczących skriningu w kierunku depresji poporodowej w badaniach naukowych stosowane są różne skale w różnych przedziałach czasowych. Często używa się też dwóch lub więcej narzędzi, aby zwiększyć pewność diagnozy. Gjerdingen stosuje 2 skringowe pytania oraz PHQ-9 kilkakrotnie po porodzie, a początkowo oraz w przypadku podejrzenia zaburzeń psychicznych także test SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*, Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń z Osi I DSM-IV-TR) [10]. W innym amerykańskim badaniu przeprowadzono kilkietapowy skrining za pomocą EPDS, PHQ-9 (który następował po dodatnim wyniku EPDS) oraz SCID [11].

Autorzy wyliczają następujące aktualnie znane czynniki ryzyka depresji poporodowej: bezrobocie, przedwczesny poród lub niska masa urodzeniowa dziecka, niski status zdrowotny, dodatni wywiad w kierunku zaburzeń psychicznych (depresja, depresja poporodowa, niepokój, zespół napięcia przedmiesiączkowego, inna diagnoza). Znaczenie mają również wsparcie społeczne oraz związek z partnerem [5, 9, 12]. W badaniach europejskich podkreśla się wagę wysokiego poziomu neurotyczności [13, 14].

Celem badania była ocena rozpowszechnienia występowania prawdopodobnych objawów depresyjnych w grupie położnic oraz próba scharakteryzowania pacjentek zagrożonych depresją poporodową. Poszukiwano czynników ryzyka w kontekście osobowości, wsparcia społecznego oraz innych danych medycznych i psychologicznych.

Material

Do badania zaprosiliśmy 567 kobiet, które odbyły poród w Klinice Położnictwa Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego pomiędzy majem 2013 a czerwcem 2014 r. Pacjentki miały co najmniej 18 lat i sprawnie posługiwały się językiem polskim. Do kryteriów wyłączenia zaliczały się: śmierć nowo narodzonego dziecka, choroba nowo narodzonego dziecka wymagająca specjalnej opieki rodziców, poród przedwczesny przed ukończeniem 32. tygodnia ciąży, stresujące wydarzenie życiowe w trakcie całego okresu badania, takie jak śmierć dziecka lub rodzica, rozwód/separacja, utrata pracy, poważna choroba członka rodziny. Wykluczono 19 pacjentek, więc grupa badana liczyła 548 matek.

Metoda

Zaprojektowano prospektywne badanie przekrojowe. Projekt badania uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym (NKEBN/531/2011-2012). Każdej badanej pacjentce przedstawiliśmy cel i strukturę badania oraz uzyskaliśmy pisemną zgodę. Pacjentki wypełniały kwestionariusze w trakcie hospitalizacji w pierwszym tygodniu po porodzie, a następnie 4 tygodnie i 3 miesiące po porodzie drogą internetową lub listowną. Wszystkim kobietom, u których stwierdzono ryzyko depresji poporodowej (EPDS > 12 lub myśli o samouszkodzeniu), poradzono, aby jak najszybciej odwiedziły psychiatrę lub psychologa w celu potwierdzenia diagnozy.

Pierwsza ankieta zawiera pytania dotyczące danych socjodemograficznych, medycznych oraz baterię testów psychologicznych. EPDS to narzędzie do samodzielnego wypełnienia składające się z 10 pytań, gdzie można zdobyć maksymalnie 30 punktów. Bada rozmiar doświadczanych objawów depresyjnych w ciągu ostatniego tygodnia. Za próg odcięcia przyjęliśmy 13 punktów. Takie założenie daje czułość i specyficzność na poziomie 84,2–93,9% i 75,2–76,7%, a alfa Cronbacha – 0,87–0,88% [15]. PHQ-9 to test używany w skriningu depresji i zawiera 9 pytań z odpowiedziami w skali Likerta dotyczących kryteriów epizodu dużej depresji według DSM-IV [16]. Dostępny jest na stronie <http://www.phqscreeners.com/>. Próg odcięcia to 10 punktów. Zastosowaliśmy prostą metodę sumowania odpowiedzi. Czułość testu jest na poziomie 75–89%, specyficzność zaś 83–91% (9). Warto nadmienić, że ani EPDS, ani PHQ-9 nie były walidowane w populacji polskich położnic. Autorzy przyjęli dodatnie wyniki testu EPDS oraz PHQ-9 (łącznie) jako „ryzyko depresji poporodowej” lub „prawdopodobieństwo/zagrożenie depresją poporodową/objawami depresyjnymi”. Kolejny test to Inwentarz Osobowości NEO-FFI, który zawiera 5 skal: Neurotyczność, Ekstrawersja, Otwartość na doświadczenie, Ugodowość, Sumiennność. Surowe punkty przekształcane są na standaryzowaną 10-punktową skalę stenową. Zgodnie z wymaganiami w celach badawczych zakupiono odpowiednią ilość arkuszy testowych. Właściwości psychometryczne Inwentarza NEO-FFI są satysfakcjonujące, np. współczynniki zgodności wewnętrznej skal wynoszą powyżej 0,70 [17]. Z kolejnego testu, BSSS (Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego), wybraliśmy następujące skale wsparcia społecznego: spostrzegane dostępne, zapotrzebowanie, poszukiwanie, aktualnie udzielane, satysfakcja ze wsparcia oraz skala buforująco-ochronna. Wynikiem danej skali jest średnia arytmetyczna. Cechy psychometryczne, np. alfa Cronbacha (0,71–0,90) są zadowalające [18]. Ankiety w kolejnych etapach badania zawierały EPDS i PHQ-9.

Analiza statystyczna została przeprowadzona z użyciem programu STATISTICA 12.0. Wykorzystaliśmy następujące testy statystyczne: Shapiro–Wilka, *t*-Studenta, *U* Manna–Whitneya, χ^2 oraz korelacji Spearmana. Czynniki ryzyka ocenialiśmy za pomocą ilorazu szans (*odds ratio*, OR) w modelach regresji logistycznej, jednoczynnikowej (surowe – *crude* ORc), dwu- lub wieloczynnikowej (skorygowane – *adjusted* ORa). Dane przedstawiono jako wartości średnie (z odchyleniem standardowym w nawiasie), liczebność w grupie (*n*) lub wartość odsetkową próby (%). Cecha osobowości neurotyczność została przyjęta jako główna zmienna zakłócająca dane psychologiczne.

Za poziom istotny statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$ o dwustronnym obszarze krytycznym.

Wyniki

W badaniu wzięło udział łącznie 548 pacjentek. Zanotowano spadkową tendencję uczestnictwa w kolejnych etapach: 75% (409 matek) 4 tygodnie oraz 64% (374 kobiety) 3 miesiące po porodzie. I tak 62% grupy, czyli 341 osób odpowiedziało na wszystkie 3 ankiety, natomiast 127 matek (23%) zrezygnowało po badaniu w szpitalu. Jedna czwarta odpowiedziała drogą listowną. Odpowiedzi otrzymaliśmy przeciętnie 30 dni (8,15) oraz 100 dni (10,63) po porodzie.

Kobiety, które zrezygnowały po pierwszym etapie (23%), rzadziej miały wyższe wykształcenie (62,99% vs 85,04%; $p = 0,00$), częściej były bezrobotne (22,05% vs 9,03%; $p < 0,001$), częściej paliły papierosy w czasie ciąży (17,32% vs 9,26%; $p = 0,01$) oraz rzadziej karmiły wyłącznie piersią w pierwszym tygodniu po porodzie (34,03% vs 53,47%; $p = 0,01$). Nie zanotowano różnic w wynikach testów EPDS (8,42 (4,30) vs 7,82 (4,40); $p = 0,18$) ani PHQ-9 (5,65 (4,53) vs 5,55 (4,44); $p = 0,82$).

Badane pacjentki miały średnio 30,19 lat (przedział: 18–46). Urodziły przeciętnie w 39,06 tygodniu ciąży (przedział: 32,0–42,0), częściej drogą pochwową (68,7%) oraz częściej były pierworódkami (54,2%). Większość kobiet (76,5%) zamieszkiwała miasto powyżej 100 tys. mieszkańców, miała wyższe wykształcenie (80%), była zatrudniona (88%) i zamężna (80,1%).

Ryzyko depresji poporodowej w trakcie pierwszych trzech miesięcy po porodzie oszacowano na 6,38%. Trzydzieści pięć pacjentek podawało objawy depresyjne, w tym tylko 5 w ostatnim etapie badania – po 3 miesiącach (tab. 1).

Tabela 1. Liczba kobiet, u których stwierdzono podwyższony wynik testów EPDS i PHQ-9

Etap badania: Czas po porodzie	EPDS > 12		PHQ-9 > 9		EPDS > 12 oraz PHQ-9 > 9	
	n	%	n	%	n	%
1. 4 tygodnie	48	11,73%	61	14,91%	30	7,33%
2. 3 miesiące (nowe ryzyko)	18 (10)	4,81% (2,67%)	27 (12)	7,21% (3,20%)	11 (5)	2,94% (1,34%)
Łącznie	58	10,58%	73	13,32%	35	6,38%

EPDS – Edynburska Skala Depresji Poporodowej, PHQ-9 – Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9, nowe ryzyko – we wcześniejszych badaniach nie stwierdzono podwyższonego wyniku w teście przesiewowym.

Pacjentki zagrożone depresją poporodową osiągnęły wyższy wynik we wszystkich testach EPDS oraz PHQ-9: 4 tygodnie (15,46 (4,49) vs 6,30 (3,83); $p < 0,001$ oraz 13,77 (5,12) vs 5,18 (3,23); $p < 0,001$) oraz 3 miesiące po porodzie (10,47 (5,08) vs 5,03 (3,28); $p < 0,001$ oraz 8,80 (4,00) vs 4,09 (3,07), $p < 0,001$). Korelacja pomiędzy testami wyniosła w 4. tygodniu $r = 0,70$; w 3. miesiącu zaś $r = 0,60$; ($p < 0,00$). Kobiety

w grupie ryzyka częściej podawały choroby psychiczne w wywiadzie ($p = 0,003$; ORc = 3,75), częściej były hospitalizowane w trakcie obecnej ciąży ($p = 0,009$; ORc = 2,64) oraz rzadziej karmiły piersią na początku ($p = 0,01$; ORc = 0,38) (tab. 2).

Tabela 2. Charakterystyka badanej grupy kobiet z podziałem na kobiety bez ryzyka i z ryzykiem depresji poporodowej na podstawie wyniku powyżej 12 punktów w EPDS oraz 9 punktów w PHQ-9. Iloraz szans jednoczynnikowego modelu regresji logistycznej

Parametr	Bez ryzyka depresji poporodowej	Ryzyko depresji poporodowej	P	Model jednoczynnikowy		
	n (%) grupy			ORc	95% CI	p
Dodatni wywiad w kierunku zaburzeń psychicznych ^a	24 (6,25%)	7 (20%)	0,003	3,75	1,48–9,49	0,005
Zespół napięcia przedmiesiączkowego ^a	116 (30,21%)	15 (42,86%)	0,13	1,73	0,86–3,51	0,13
Związek z partnerem inny niż małżeństwo ^a	70 (18,37%)	9 (25,71%)	0,31	1,54	0,69–3,44	0,29
Bezrobocie przed porodem ^a	36 (9,38%)	2 (5,71%)	0,68	1,71	0,39–1,71	0,51
Poród przedwczesny ^a	39 (10,16%)	3 (8,57%)	0,99	0,83	0,24–2,85	0,77
Hospitalizacja w trakcie ciąży ^a	93 (24,22%)	16 (45,71%)	0,009	2,64	1,30–5,34	0,007
Karmienie piersią w pierwszym tygodniu po porodzie ^a	320 (83,33%)	23 (65,71%)	0,01	0,38	0,18–0,81	0,01

EPDS – Edynburska Skala Depresji Poporodowej, PHQ-9 – Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9, ORc – surowy iloraz szans, CI – przedział ufności, ^a – odpowiedź tak/nie.

Stwierdziliśmy, że matki z prawdopodobnymi objawami depresyjnymi w pierwszych 3 miesiącach po porodzie częściej osiągały wynik powyżej 9 punktów w teście EPDS przeprowadzonym w okresie okołoporodowym (71% vs 29%; ORc = 6,32; ORa = 3,87). W kwestii cech osobowości mierzonych za pomocą testu NEO-FFI wysoki poziom neurotyczności okazał się najsilniejszym czynnikiem ryzyka ($p < 0,001$; ORc = 1,64). Pozostałe cechy osobowości istotne statystycznie wyłącznie w jednoczynnikowych modelach regresji to ekstrawersja $p = 0,001$; ORc = 0,76; oraz sumienność $p = 0,005$; ORc = 0,78.

Położnice zagrożone depresją gorzej oceniały wsparcie społeczne. Wybrane parametry wsparcia społecznego, które okazały się istotne statystycznie, to spostrzegane dostępne ($p < 0,001$; ORc = 0,18; ORa = 0,28), aktualnie otrzymywane ($p < 0,001$; ORc = 0,24; ORa = 0,30) wraz z satysfakcją ze wsparcia otrzymywanego ($p < 0,001$; ORc = 0,34; ORa = 0,40) oraz skala buforująco-ochronna ($p < 0,001$; ORc = 2,55; ORa = 2,14) (tab. 3).

Tabela 3. Charakterystyka psychologiczna badanej grupy kobiet z podziałem na kobiety bez ryzyka i z ryzykiem depresji poporodowej na podstawie wyniku powyżej 12 punktów w EPDS oraz 9 punktów w PHQ-9. Iloraz szans jednoczynnikowego oraz dwuczynnikowego modelu regresji logistycznej

Test	Skala testu	Bez ryzyka depresji poporodowej	Ryzyko depresji poporodowej	p	Model jednoczynnikowy			Model dwuczynnikowy, korygowany przez neurotyczność		
		Średnia (SD) lub n (% grupy)			ORc	95% CI	p	ORa	95% CI	p
EPDS	EPDS > 9 w pierwszym tygodniu po porodzie ^a	110 (28,65%)	25 (71,43%)	<0,001	6,23	2,89–13,43	<0,001	3,87	1,64–9,13	<0,001
	Neurotyczność	3,99 (1,85)	5,76 (1,99)	0,000	1,64	1,34–2,01	<0,001			
NEO-FFI	Ekstrawersja	6,18 (1,82)	5,03 (2,11)	0,001	0,76	0,58–0,87	0,001	0,85	0,67–1,04	0,11
	Otwartość na doświadczenie	5,27 (1,98)	4,97 (2,05)	0,408	0,93	0,78–1,11	0,41	0,94	0,79–1,13	0,53
	Ugodowość	6,01 (2,12)	5,35 (1,52)	0,08	0,86	0,73–1,02	0,86	0,91	0,76–1,10	0,33
	Sumiennność	6,87 (2,03)	5,85 (1,91)	0,005	0,78	0,66–0,93	0,006	0,89	0,74–1,08	0,24
	Spostrzegane dostępne	3,75 (0,33)	3,47 (0,48)	0,000	0,18	0,08–0,40	<0,001	0,28	0,12–0,66	0,004
BSSS	Zapotrzebowanie	3,01 (0,59)	2,96 (0,66)	0,654	0,88	0,49–1,56	0,65	0,73	0,40–1,32	0,29
	Poszukiwanie	2,95 (0,62)	2,75 (0,68)	0,069	0,61	0,35–1,05	0,07	0,56	0,31–1,00	0,05
	Aktualnie otrzymywane	3,81 (0,32)	3,45 (0,75)	0,000	0,24	0,12–0,45	<0,001	0,30	0,15–0,61	<0,001
	Satysfakcja	3,88 (0,41)	3,37 (0,97)	0,000	0,34	0,22–0,54	<0,001	0,40	0,25–0,66	<0,001
	Buforująco-ochronne	1,77 (0,53)	2,11 (0,77)	0,001	2,55	1,47–4,44	<0,001	2,14	1,21–3,79	0,009

EPDS – Edynburska Skala Depresji Poporodowej, PHQ-9 – Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9, SD – odchylenie standardowe, ORc – surowy iloraz szans, CI – przedział ufności, ORa – skorygowany iloraz szans, ^a – odpowiedź tak/nie, NEO-FFI – Inwentarz Osobowości, BSSS – Berlińskie Skale Wspierania Społecznego.

Ostatecznie zbudowano wieloczynnikowy model regresji, w którym zawarto najistotniejsze czynniki ryzyka depresji poporodowej. Wyniki testu EPDS krótko po porodzie powyżej 9 punktów (ORa = 4,16), hospitalizacja w trakcie obecnej ciąży (ORa = 3,51), wysoki poziom neurotyczności (ORa = 1,37) oraz wysokie wsparcie buforująco-ochronne (ORa = 2,56) zwiększają ryzyko depresji poporodowej, początkowe karmienie piersią zaś (ORa = 0,31) oraz satysfakcja z aktualnie otrzymywanego wsparcia społecznego (ORa = 0,41) mają znaczenie ochronne (tab. 4).

Tabela 4. Wybrane czynniki ryzyka depresji poporodowej. Wieloczynnikowy model regresji logistycznej

Parametr	ORa	95% CI	p
EPDS > 9 w pierwszym tygodniu po porodzie ^a	4,16	1,59–10,86	0,004

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Hospitalizacja w trakcie obecnej ciąży ^a	3,51	1,32–9,20	0,01
Wsparcie buforująco-ochronne (BSSS)	2,56	1,25–5,23	0,01
Neurotyczność (NEO-FFI)	1,37	1,05–1,77	0,02
Karmienie piersią w pierwszym tygodniu po porodzie ^a	0,31	0,11–0,90	0,03
Satysfakcja z aktualnie otrzymywanego wsparcia społecznego (BSSS)	0,41	0,22–0,79	0,008

ORa – skorygowany iloraz szans, CI – przedział ufności, ^a – odpowiedź tak/nie, EPDS – Edynburska Skala Depresji Poporodowej, NEO-FFI – Inwentarz Osobowości, BSSS – Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego.

W modelu: wiek matki, wykształcenie (wyższe lub niższe), związek inny niż małżeństwo^a, zespół napięcia przedmiesiączkowego^a, poród drogą pochwową^a, poród przedwczesny^a, dodatni wywiad w kierunku zaburzeń psychicznych^a, wieloródka^a, papierosy w ciąży^a, alkohol w ciąży^a, otyłość przed ciążą^a, przebyte poronienie^a.

$\chi^2 = 75,526$, $df = 18$, $p < 0,001$, Pseudo $R^2 = 0,3182$.

Omówienie wyników

W badaniu podjęto próbę stworzenia profilu matki zagrożonej wystąpieniem depresji poporodowej. Pacjentka ta jest neurotyczna, doświadcza problemów w początkowym karmieniu piersią, prezentuje zaburzenia nastroju już w pierwszym tygodniu po porodzie oraz gorzej ocenia wsparcie społeczne. Ma za sobą również pobyt w szpitalu w trakcie ciąży.

Osobowość jest często badanym obszarem w omawianym kontekście, a wysoki poziom neurotyczności to potencjalny czynnik ryzyka [14, 19, 20]. Jest to ogólna tendencja w kierunku odczuwania pogorszonego nastroju i negatywnych emocji oraz gorszego przystosowania się do trudnych sytuacji [17]. Warto spróbować wyróżnić takie pacjentki (być może nawet bez skomplikowanych narzędzi psychologicznych) i zwrócić szczególną uwagę na ich nastrój po porodzie. Nie należy także zapominać o smutku poporodowym i kontroli afektu matki w krótkim odstępie czasu od porodu. Wysoka punktacja w teście EPDS może świadczyć nie tylko o smutku, ale również o wczesnym pojawieniu się depresji: poporodowej lub nawet niezdiagnozowanej okołoporodowej, albo innych zaburzeniach psychicznych, które mogą wymagać dalszego postępowania. Z drugiej strony, pojawiają się opinie o przecenianiu zaburzeń afektywnych w połogu [21]. Hospitalizacja łącząca się z ciążą wysokiego ryzyka jest szczególnym typem stresującego wydarzenia życiowego. Ciąża zagrożona jest często największym zmartwieniem pacjentki i w literaturze przedmiotu często jest wiązana z depresją poporodową [22, 23]. Karmienie piersią to dobrze znany czynnik ochronny przed depresją, a związek ten jest dwukierunkowy [24–26]. Taki sposób żywienia dziecka wywołuje korzystne zmiany hormonalne oraz psychologiczne. Aspekty wsparcia społecznego to kolejne możliwe przyczyny depresji poporodowej [19, 27, 28]. Stwierdziliśmy, że szczególny typ wsparcia społecznego, obecny zaraz po porodzie i dający prawdziwą satysfakcję, może mieć korzystny wpływ na nastrój

pacjentek. Z kolei kiedy pacjentka chroni innych przed złymi informacjami i udaje, że jest silna i radzi sobie dobrze – ryzyko depresji wzrasta. Omówienie roli wsparcia społecznego z bliskimi mogłoby pomóc wspierać matkę jeszcze efektywniej.

Głównym atutem niniejszej pracy jest to, że nasze badanie dotyczące czynników ryzyka może być użyteczne w przyszłych metaanalizach. Nie ma wielu podobnych projektów we wschodniej części Europy [14, 19, 29, 30]. Polska nie posiada rekomendacji w zakresie depresji poporodowej ani walidowanych narzędzi diagnostycznych. Użyte przez nas testy, zarówno EPDS, jak i PHQ-9, mogą być wykorzystane w prostszy sposób w badaniach przesiewowych. Naszym zamierzeniem przy dodatkowej ocenie nastroju za pomocą testu PHQ-9 było wyselekcjonowanie pacjentek szczególnie zagrożonych depresją. Autorzy opublikowali raport dotyczący ryzyka depresji poporodowej opartego wyłącznie na dodatnim wyniku testu EPDS po 4. tygodniu połogu [31]. Kolejnym aspektem było odniesienie ryzyka depresji poporodowej do wyniku powyżej 9 punktów okołoporodowego testu EPDS. Nawet ten niższy próg punktowy, który jest często spotykany w innych badaniach, okazał się istotny statystycznie. Nasze podstawowe kryterium (>12) miało jeszcze większe znaczenie ($OR = 5,19$; $CI 1,99-13,51$).

Depresyjne schematy poznawcze to aspekt, który należy mieć na uwadze. Negatywne myślenie, np. większe przetwarzanie negatywnych informacji, może obniżać nastrój [31, 32]. W naszym badaniu pacjentka, która otrzymała podwyższony wynik w teście EPDS zaraz po porodzie, może postrzegać siebie i swoją sytuację gorzej (np. wsparcie społeczne), niż jest w rzeczywistości.

Warto nadmienić, że u kobiet rezygnujących z badania stwierdzono bardziej stresującą sytuację psychospołeczną, np. niższe wykształcenie, bezrobocie. Nie można wykluczyć u nich zwiększonego ryzyka wystąpienia depresji poporodowej, toteż jest to ograniczeniem tego badania.

Kolejnym ważnym ograniczeniem jest brak weryfikacji diagnostycznej uzyskanych wyników skal, np. za pomocą testu SCID albo diagnozy psychiatrycznej. Grupa badana była dość homogenna: populacja miejska, z wyższym wykształceniem, zamężna, dlatego wyniki nie mogą być rzutowane na szerszą populację o zmiennym statusie socjoekonomicznym. Pomimo rozważenia wielu empirycznie udowodnionych czynników ryzyka duża proporcja wariacji pozostała niewyjaśniona (o czym świadczy Pseudo R^2). W kolejnych projektach warto badać pacjentki częściej i dłużej, nawet do roku po porodzie, aby uzyskać pełniejsze dane na temat depresji poporodowej.

Wnioski

Ryzyko depresji poporodowej w czasie pierwszych 3 miesięcy po porodzie oszacowano na 6,38%. Neurotyczne kobiety, które były hospitalizowane w trakcie ciąży, nie były zadowolone z otrzymywanego wsparcia społecznego, udawały, że dobrze sobie radzą, oraz takie, które nie karmiły piersią w początkowym okresie połogu, wymagają więcej uwagi w trakcie oceny stanu psychicznego. Ważna jest też ocena nastroju tuż po porodzie.

Piśmiennictwo

1. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva: World Health Organisation; 1993.
2. Jaeschke R, Siwek M, Dudek D. *Poporodowe zaburzenia nastroju* – update 2012. *Postpartum mood disorders* – update 2012. *Neuropsychiatr i Neuropsychol.* 2012; 7(3): 113–121.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition (DSM-5). *Diagnostic Stat. Man. Ment. Disord.* 4th Ed TR. 2013; 280.
4. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. *Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence.* *Obs. Gynecol.* 2005;106(5 Pt 1):1071–1083.
5. O'Hara MW, McCabe JE. *Postpartum depression: current status and future directions.* *Annu Rev. Clin. Psychol.* 2013; 9: 379–407.
6. Sharma V, Khan M. *Identification of bipolar disorder in women with postpartum depression.* *Bipolar Disord.* 2010; 12(3): 335–340.
7. O'Hara MW. *Postpartum depression: what we know.* *J. Clin. Psychol.* 2009; 65(12): 1258–1269.
8. 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.
9. Myers ER, Aubuchon-Endsley N, Bastian LA, Gierisch JM, Kemper AR, Swamy GK i wsp. *Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression.* Rockville MD; 2013.
10. Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. *Postpartum depression screening at well-child visits: validity of a 2-question screen and the PHQ-9.* *Ann. Fam. Med.* 2009; 7(1): 63–70.
11. Yawn BP, Dietrich AJ, Wollan P, Bertram S, Graham D, Huff J i wsp. *TRIPPD: a practice-based network effectiveness study of postpartum depression screening and management.* In: *Ann. Fam. Med. United States*; 2012. p. 320–329.
12. Kaźmierczak M, Kiełbratowska B, Karasiewicz K. *The other side of the mirror-the role of partner's empathy in transition to parenthood.* *Heal. Psychol. Rep.* 2015; 3(2): 150–157.
13. Martin-Santos R, Gelabert E, Subira S, Gutierrez-Zotes A, Langorh K, Jover M, i wsp. *Research letter: is neuroticism a risk factor for postpartum depression?* *Psychol. Med.* 2012; 42(7): 1559–1565.
14. Podolska MZ, Bidzan M, Majkovicz M, Podolski J, Sipak-Szmigiel O, Ronin-Walknowska E. *Personality traits assessed by the NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) as part of the perinatal depression screening program.* *W: Med. Sci. Monit. Poland*; 2010. p. PH77-81.
15. Dennis CL. *Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale?* *J. Affect. Disord.* 2004; 78(2): 163–169.
16. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure.* *J. Gen. Intern. Med.* 2001; 16(9): 606–613.
17. Zawadzki B, Strelau J, Szczepaniak P, Śliwińska M. *NEOFFI – Inwentarz Osobowości NEOFFI.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 1998.
18. Łuszczzyńska A, Mazurkiewicz M, Kowalska M, Schwarzer R. *Berlińskie Skale Wspierania Społecznego (BSSS): Wyniki wstępnych badań nad adaptacją skal i ich własnościami psychometrycznymi.* *Stud. Psychol.* 2006; 44(3): 17–27.
19. Maliszewska K, Swiatkowska-Freund M, Bidzan M, Preis K. *Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues.* *Ginekol. Pol.* 2016; 87(6): 442–447.

20. Iliadis SI, Koulouris P, Gingnell M, Sylven SM, Sundstrom-Poromaa I, Ekselius L i wsp. *Personality and risk for postpartum depressive symptoms*. Arch. Womens. Ment. Health. 2015; 18(3): 539–546.
21. Matthey S. *Are we overpathologising motherhood?* J. Affect. Disord. 2010; 120(1–3): 263–266.
22. Kossakowska-Petrycka K, Walecka-Matyja K. *Psychological causative factors in postpartum depression amongst women with normal and high-risk pregnancies*. Ginekol. Pol. 2007; 78(7): 544–548.
23. Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, Lamont RF, Joergensen JS. *Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review*. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2012 Nov; 91(11): 1261–1272.
24. Dennis C-L, McQueen K. *The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review*. Pediatrics. 2009; 123(4): e736–751.
25. Hatton DC, Harrison-Hohner J, Coste S, Dorato V, Curet LB, McCarron DA. *Symptoms of postpartum depression and breastfeeding*. J. Hum. Lact. 2005 Nov; 21(4): 444.
26. Figueiredo B, Dias CC, Brandao S, Canario C, Nunes-Costa R. *Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review*. J. Pediatr. (Rio J). 2013; 89(4): 332–338.
27. Gjerdingen D, McGovern P, Attanasio L, Johnson PJ, Kozhimannil KB. *Maternal depressive symptoms, employment, and social support*. J. Am. Board Fam. Med. 2014; 27(1): 87–96.
28. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. *Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review*. J. Affect. Disord. 2016; 191: 62–77.
29. Mojs E, Czarnecka-Iwanczuk M, Glowacka MD. *The level of anxiety and depression in the early puerperium – preliminary communication*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(1): 31–40.
30. Podolska MZ, Majkowiec M, Bidzan M, Kozłowska U, Smutek J, Podolski J. *Real self and ideal self of pregnant and postpartum women with symptoms of perinatal depression*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(1): 41–52.
31. Maliszewska K, Bidzan M, Swiatkowska-Freund M, Preis K. *Medical and psychosocial determinants of risk of postpartum depression: a cross-sectional study*. Acta Neuropsychiatr. 2017; 1–9.
32. Gotlib IH, Joormann J. *Cognition and Depression: Current Status and Future Directions*. Annu Rev. Clin. Psychol. 2010; 6: 285–312.
33. Kovacs M, Beck AT. *Maladaptive cognitive structures in depression*. Am. J. Psychiatry. 1978; 135(5): 25–33.

Adres: Karolina Maliszewska
Klinika Położnictwa, Katedra Perinatologii,
Gdański Uniwersytet Medyczny,
80-402 Gdańsk, ul. Kliniczna 1a

Otrzymano: 16.09.2016

Zrecenzowano: 30.12.2016

Otrzymano po poprawie: 23.01.2017

Przyjęto do druku: 24.01.2017