

Program opieki psychologiczno-laktacyjnej „Macierzyństwo krok po kroku” jako przykład profilaktyki, diagnostyki i leczenia depresji w okresie okoloporodowym

The program of psychological and breastfeeding support “Maternity step by step”: an example of effective solution for the prevention, diagnostics and treatment of prenatal and postpartum depression

Magdalena Chrzan-Dętkoś¹, Agnieszka Pietkiewicz², Joanna
Żołnowska², Daria Pizuńska¹

¹Uniwersytet Gdański, Instytut Psychologii

²Szpital Św. Wojciecha w Gdańsku, Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

Summary

Aim. Postpartum depression affects about 13–20% of women. Depression during pregnancy is observed in 19% of pregnant women. In Poland we lack a support system for this group of patients. This article presents the elements of the pilot program of psychological interventions and breastfeeding support “Motherhood: step by step”, financed by the municipality of Gdansk. The aim of the program was to provide inhabitants of Gdansk with professional breastfeeding support and psychological help during pregnancy and in the first year of infant’s life.

Method. The study involved three groups of women: 36 mothers participating in psychological consultations and short-term therapy, 123 women from breastfeeding support group and 104 women in the control group. The evaluation was based on questionnaires prepared by the researchers, the General Health Questionnaire-28 and the Parenting Stress Index – 3rd version.

Results. The evaluation showed a significant decrease in symptoms of mental disorders in both groups of treated women: women from psychological intervention and breastfeeding intervention group. In women from psychological intervention group a significant decrease in parental stress was observed.

Conclusions. Conducted analyses showed that the implemented program is characterized by high effectiveness and may be recommended for the continuation in the subsequent years. It may be considered as a solution for changes in the new standards for perinatal care in Poland.

Słowa kluczowe: depresja poporodowa, dostępność psychoterapii, depresja w ciąży

Key words: postpartum depression, psychotherapy availability, prenatal depression

Wstęp

Depresja poporodowa dotyka około 13–20% kobiet [1]. Mniej znanym, a podobnie częstym problemem jest depresja ciężarnych: choruje na nią 12–19% kobiet [2, 3]. Problem ten jest istotną kwestią dotyczącą zdrowia publicznego i społecznego. Mimo iż odsetek zachorowań na depresję po porodzie nie jest znacząco wyższy niż w grupie kobiet w podobnym wieku niemających małych dzieci (choruje ich około 10% [4]), to ryzyko pierwszego zachorowania na duży epizod depresyjny w okresie okołoporodowym wzrasta trzykrotnie. Depresja w tym momencie życia to również dodatkowe ryzyko dla całej rodziny. Nieleczona depresja, zarówno prenatalna, jak i poporodowa, ma istotne konsekwencje i dla matki, jak i dla dziecka. Depresja w ciąży dwukrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia przedwczesnego porodu [5–8], stanu przedrzucawkowego [9, 10], zachorowania na cukrzycę [11], cesarskiego cięcia oraz konieczności podania znieczulenia zewnątrzoponowego [12, 13]. Depresja poporodowa matki wpływa długoterminowo na rozwój emocjonalny i społeczny dziecka. Badania populacyjne *Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC)* (n = 9 848) pokazały, iż trwałe i negatywne konsekwencje matczynej depresji poporodowej widoczne są u potomstwa nawet w 18. roku życia [14]. Szczególnie wrażliwa grupa to dzieci, których matki chorowały na depresję między 2. a 8. miesiącem po porodzie. Dzieci te czterokrotnie częściej miały problemy z zachowaniem między 3. a 4. rokiem życia, obserwowano u nich dwukrotnie większe ryzyko trudności w matematyce w 16. roku życia i siedmiokrotnie wyższe ryzyko depresji w 18. roku życia. Natomiast ich matki znacznie częściej chorowały na depresję 11 lat po wystąpieniu depresji poporodowej.

Przeprowadzona w Kanadzie analiza ekonomiczna wyceniła na 14 milionów dolarów rocznie ekonomiczne konsekwencje nieleczonej depresji ciężarnych, w tym przerywania farmakoterapii w czasie ciąży [15]. Do kosztów wliczono opłaty związane z pobytem matek w szpitalu, przedwczesnego porodu oraz koszty leczenia wcześniaków na specjalistycznych oddziałach. W Polsce brakuje nie tylko danych dotyczących kosztów nieleczonej depresji, ale przede wszystkim spójnej oferty skierowanej do matek chorujących na depresję przed- lub poporodową. Biorąc pod uwagę statystyki, oferta ta wydaje się niezbędna: w Polsce w 2017 roku urodziło się 403 000 dzieci. Statystycznie na depresję występującą w okresie poporodowym choruje ok. 12% matek, czyli 48 360 kobiet, lub 80 600 kobiet – gdy przyjmiemy wskaźnik 20% [16 – obliczono na podstawie liczby dzieci w Polsce przed 12. miesiącem życia]. Podobna liczba kobiet choruje na depresję w ciąży – co daje łącznie ok. 96 000 kobiet. Okres oczekiwania na konsultację psychologiczną w poradniach zdrowia psychicznego w dużych miastach wynosi od miesiąca do około roku [17]. Istotnie utrudnia to dostęp do leczenia potrzebującym, a podjęcie jeszcze przed porodem psychoterapii przez kobiety, które zachorują w trzecim trymestrze ciąży, staje się niemal niemożliwe. Warto podkreślić również, że osobom z subkliniczną depresją lub taką o stosunkowo łagodnym przebiegu (w tym kobietom w ciąży) są często przepisywane antydepresanty. Tymczasem pierwszym wyborem przy leczeniu takiej formy depresji powinna być psychoterapia [18]. Dodatkowo badania prowadzone w grupie pacjentów z rozpoznaniem depresji [19] pokazują, że wyżej cenią oni psychoterapię niż farmakoterapię. Również w przy-

padku wystąpienia depresji *stricte* przed- lub poporodowej zaleca się, by kobiety o umiarkowanym nasileniu objawów zostały objęte intensywną opieką psychologiczną [20]. Według badań [21] interwencje psychologiczne przyczyniają się do zmniejszenia intensywności objawów depresji bezpośrednio po zakończeniu psychoterapii, a ich efekty utrzymują się także 6 miesięcy później.

Mimo szeroko potwierdzonej skuteczności psychoterapii i farmakoterapii jako metod leczenia zaburzeń afektywnych okresu okołoporodowego dane uzyskane z Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują, iż w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych tylko niewielki odsetek chorujących kobiet otrzymuje adekwatną pomoc. W 2014 r. u 6 387 kobiet w ciąży pierwszego roku po porodzie rozpoznano zaburzenia depresyjne, a w 2015 r. diagnozę taką otrzymało 5 133 kobiet. Tylko w 21 przypadkach w 2014 r. i 45 w 2015 r. postawiono rozpoznanie F53.0 – Łagodne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, związane z porodem, niewykazane w innym miejscu; Depresja po urodzeniu dziecka (postnatalna) i poporodowa [22]. Powyższe dane pokazują, jak rzadko jest stawiana diagnoza depresji poporodowej. Mimo wiedzy dotyczącej jej negatywnych konsekwencji choroba ta wciąż pozostaje prywatną sprawą matki i jej rodziny.

Przedstawiony przegląd literatury oraz praktyki wprowadzane w krajach Europy Zachodniej wskazują, że skuteczna pomoc może bazować na istniejących w Polsce strukturach [20, 21, 23, 24]. Według badań [21] większość kobiet szuka pomocy w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej. Kluczowe wydają się: adekwatnie zaplanowane badania przesiewowe w kierunku oceny ryzyka i nasilenia ryzyka depresji poporodowej, dostępność leczenia oraz, w uzasadnionych przypadkach, wspólne interwencje psychologów i położnych/pielęgniarek środowiskowych. W większości krajów europejskich, w Stanach Zjednoczonych oraz w Australii badania przesiewowe wykonywane są podczas rutynowych wizyt ginekologicznych w okresie ciąży oraz wizyt patronażowych po narodzinach dziecka. Przykładowo American College of Obstetricians and Gynecologists [23] zaleca, by przynajmniej raz w okresie ciąży pacjentki były objęte badaniem pod kątem lęku i depresji za pomocą wystandaryzowanych narzędzi. Z kolei brytyjski National Institute for Health and Care Excellence [20] zaleca, by w opiece nad ciężarnymi i kobietami po porodzie prowadzić badania przesiewowe w kierunku zaburzeń psychicznych oraz oceny ryzyka ich wystąpienia. Już podczas pierwszego spotkania z położną powinny zostać zadane pytania dotyczące stanu psychicznego i czynników zwiększających ryzyko zachorowania na depresję. Warto również podkreślić, iż istotne znaczenie dla skuteczności terapii i czasu jej trwania ma sam moment zgłoszenia: im wcześniejsza diagnoza, tym skuteczniejsze i krótsze leczenie. Tymczasem, jak wskazują wspomniane statystyki Narodowego Funduszu Zdrowia [22], w polskiej rzeczywistości symptomy depresji u kobiet w ciąży i po porodzie do 2019 roku nie były identyfikowane w codziennej praktyce lekarskiej i położniczej. Obowiązujący w Polsce od 1 stycznia 2019 roku standard organizacji opieki okołoporodowej zobowiązuje lekarzy i położne oraz pielęgniarki do oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji w I i III trymestrze ciąży. Podobne procedury obowiązują w Stanach Zjednoczonych, Australii, Wielkiej Brytanii. Prowadzone tam badania przesiewowe są proste i niskokosztowe: ciężarnym i młodym matkom

podczas rutynowego badania położniczego zadaje się tzw. dwa pytania Whooley [24]. Odpowiedź „TAK” na jedno lub dwa pytania oznacza, iż należy wykonać pełne badanie, np. Edynburską Skalą Depresji Poporodowej [25] lub kwestionariuszem Patient Health Questionnaire 9 [26], a w przypadku podwyższonego wyniku należy wskazać odpowiednie miejsce uzyskania pomocy (tab. 1). Negatywny wynik – brak odpowiedzi „TAK” – generalnie eliminuje ryzyko depresji. Pytania Whooley (65% trafności) nie mogą być jednak stosowane do stawiania diagnozy lub mierzenia natężenia depresji. Warto przy tym pamiętać, iż nawet wystandaryzowane narzędzia nie są wystarczające do zidentyfikowania objawów depresji. Personel położniczy i ginekologiczny powinien mieć świadomość powszechności występowania tych problemów oraz czynników ryzyka zachorowania. Pomocne przy wątpliwościach odnośnie do oceny stanu zdrowia matki lub ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych mogą być wyniki badań nad czynnikami ryzyka depresji poporodowej rekomendowane przez WHO [27]. Depresja i lęk podczas ciąży, doświadczanie stresujących wydarzeń życiowych w czasie ciąży lub w okresie poporodowym, niski poziom wsparcia społecznego, wcześniejsza historia depresji są silnymi predyktorami depresji. Do umiarkowanych wskaźników należą: wysoki poziom stresu rodzicielskiego, niska samoocena, neurotyzm i temperament dziecka. Wskaźnikami o mniejszej mocy są trudności ginekologiczne i okołoporodowe, negatywne przekonania poznawcze, niska jakość relacji partnerskiej i niski status społeczno-ekonomiczny.

Mimo iż literatura opisuje szereg interwencji psychologicznych i prospołecznych podjętych wobec ciężarnych i matek w pierwszym roku życia dziecka, metaanaliza badań pokazują, że wskazanie jednoznacznie skutecznych interwencji jest złożone. Zarówno psychoterapia, jak i farmakoterapia przyczyniają się istotnie do poprawy funkcjonowania. Logsdon [28] wykazał znaczną redukcję objawów depresji po 8 tygodniach leczenia farmakologicznego (nortryptyliną oraz sertralina). Zastosowanie psychoterapii i interwencji psychospołecznych obniża o 30% nasilenie objawów depresji poporodowej [29]. Porównanie doradztwa, psychoterapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej i opieki standardowej wskazuje na największą skuteczność psychoterapii psychodynamicznej [30].

Badania pokazują ciekawą zależność: znacznie łatwiej pomóc samej matce, niż wpłynąć na jej relacje z dzieckiem. Interwencje psychologiczne i psychiatryczne (farmakoterapia) koncentrujące się wyłącznie na obniżaniu objawów depresji u matki co prawda wiążą się z poprawą jej nastroju, ale nie pełnią funkcji ochronnej wobec rozwoju dziecka [31]. Bardziej skuteczne w tym względzie okazują się te działania, które obejmują diadę matka – dziecko, np. programy z udziałem pielęgniarek środowiskowych, mające na celu wspieranie wrażliwości rodzicielskiej [31].

Podczas pracy nad projektem „Macierzyństwo krok po kroku” przeanalizowano literaturę dotyczącą skuteczności działań podejmowanych wobec matek w okresie okołoporodowym. Na podstawie danych z piśmiennictwa, a także na bazie doświadczeń zdobytych podczas realizacji programów opieki laktacyjnej nad mieszkankami Gdańska w latach 2011–2016 [32, 33] opracowano projekt, który zakładał współpracę interdyscyplinarnego zespołu: położnych z dyplomem Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego (CDL) oraz psychologów i psychoterapeutów. Gdański personel medyczny pracujący

z kobietami w okresie okołoporodowym mógł korzystać z superwizji oraz wziąć udział w cyklu szkoleń na temat naturalnego karmienia i zdrowia psychicznego kobiet w ciąży i po porodzie. Nowatorskim elementem podjętego programu było połączenie działania poradni laktacyjnej z psychologiczną. Według badań Pietkiewicz [32] około 25% pacjentek poradni laktacyjnej doświadcza trudności psychologicznych i potrzebuje większej liczby wizyt niż pozostałe 75%. Kobiety doświadczające lęku dotyczącego opieki nad niemowlęciem czy zamartwiające się o przebieg karmienia piersią częściej zwracają się z prośbą o pomoc do położnej, choć mogą wymagać wsparcia psychologa. Kolejnym aspektem uzasadniającym integrowanie opieki laktacyjnej i psychologicznej w programie jest związek między karmieniem piersią a zdrowiem psychicznym. WHO zaleca wyłącznie karmienie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka, a następnie kontynuowanie go do 2 lat lub dłużej [34]. Badania potwierdzają, że w przypadku wystąpienia zaburzeń nastroju u matki utrzymanie karmienia piersią pełni funkcje ochronne zarówno dla kobiety, jak i dla dziecka. Łagodzi część psychologicznych i fizjologicznych konsekwencji depresji dla rozwoju dziecka [35], a u matki zmniejsza nasilenie objawów choroby [36]. Natomiast niepowodzenie w karmieniu, o ile matka podczas ciąży planowała karmić naturalnie, stanowi czynnik ryzyka wystąpienia depresji poporodowej [37]. Wśród kobiet, które nie karmią piersią, odnotowuje się wyższy poziom depresyjności w pierwszych miesiącach po porodzie. Badania pokazują [36, 37], że w porównaniu z kobietami niemającymi depresji, matki chorujące na depresję rzadziej karmią naturalnie. Zaobserwowano także, iż u depresyjnych matek dochodzi do szeregu niekorzystnych praktyk związanych z karmieniem [38], więcej niemowląt i dzieci matek chorujących na depresję ma trudności z jedzeniem [38], co wtórnie może zwiększać niepokój i stres matki. Niemowlęta depresyjnych kobiet mają istotnie mniej kontaktu fizycznego z matkami. Dzieci te spędzają więcej czasu na dotykaniu swojej skóry niż dzieci matek niechorujących na depresję. Zachowanie to może kompensować brak czulego dotyku ze strony matek [39, 40]. Karmienie naturalne zapewniałoby w takiej sytuacji możliwość kontaktu fizycznego z matką, szczególnie kontaktu „skóra do skóry”. Dodatkowo karmienie piersią osłabia neurofizjologiczną reakcję stresową kobiety i moduluje odpowiedź przeciwzapalną, która jest konsekwencją stresu [41]. Pojawiające się we wczesnym macierzyństwie zakłócenia snu, ból poporodowy, bolesność brodawek przy karmieniu czy lęk o prawidłowe karmienie są często doświadczane jako stresory, które prowadzą do zwiększenia poziomu cytokin prozapalnych [41]. Badania pokazują również związek nastroju i doświadczanego bólu [42]: badanie 113 karmiących kobiet (48 z bólem brodawek, 65 bez takich kłopotów) wykazało, że kobiety doświadczające bólu częściej chorują na depresję (38% vs. 14%). Gdy uśmierzono ból, podwyższone wyniki obniżały się do poziomu obserwowanego u kobiet bez dolegliwości bólowych.

Projekt łączący opiekę laktacyjną i psychologiczną powstał na podstawie wieloletniej współpracy oddziału położniczego Szpitala Św. Wojciecha w Gdańsku oraz Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego. Program wydawał się odpowiedzią zarówno na realne oczekiwania pacjentek oddziału położniczego, jak i bazował na wynikach badań naukowych. Przy opracowaniu modelu pomocy psychoterapeutycznej przeanalizowano literaturę dotyczącą skutecznych oddziaływań wobec matek w okresie okołoporodowym. Bazując na wynikach metaanalizy Tsivos [31] i badaniach Coopera

[30], zdecydowano się na wybór paradygmatu psychodynamicznego. Inspirowano się również modelem krótkoterminowej terapii *Mothering from the Inside Out (MIO)*, opisanym przez zespół Nancy Suchman [43]. Program MIO był również realizowany wśród kobiet z grupy ryzyka społeczno-ekonomicznego, a także korzystających z leczenia psychiatrycznego oraz terapii uzależnień [44]. MIO ma na celu wspierać kompetencje rodzicielskie, związane z rozumieniem własnych stanów emocjonalnych, jak i stanów mentalnych dziecka – rozwijania tzw. funkcji refleksyjnej [43,44]. Według badań zespołu Slade [45] psychopatologia rodziców wiąże się bowiem z deficytami w umiejętności rozumienia subiektywnego doświadczenia zarówno własnego, jak i drugiej osoby. Rodzic zaczyna reagować niewrażliwie, czasem impulsywnie, trudno mu zrozumieć motywacje, intencje, emocjonalne podłoże zachowań własnych oraz zachowań dziecka. Terapia MIO związana jest z poprawą funkcji refleksyjnej, obniżeniem objawów psychiatrycznych oraz stresu rodzicielskiego [44]. Łączy elementy terapii dyrektywnych, mających określony cel, oraz terapii niedyrektywnych, gdzie terapeuta podąża za pacjentką. MIO zakłada trzy etapy pracy: zbudowanie sojuszu terapeutycznego; mentalizowanie stanów psychicznych przez pacjentkę, wspieranie pacjentki w rozumieniu – mentalizowaniu – stanów umysłowych dziecka.

W opracowanym na podstawie przeglądu literatury projekcie postawiono sobie m.in. następujące cele:

1. Spadek objawów zaburzeń zdrowia psychicznego oraz obniżenie poziomu stresu rodzicielskiego w grupie kobiet korzystających z psychoterapii indywidualnej.
2. Zwiększenie odsetka kobiet karmiących wyłącznie piersią w pierwszym półroczu życia dziecka oraz poprawa wskaźników zdrowia psychicznego wśród kobiet korzystających z porad laktacyjnych.

Material

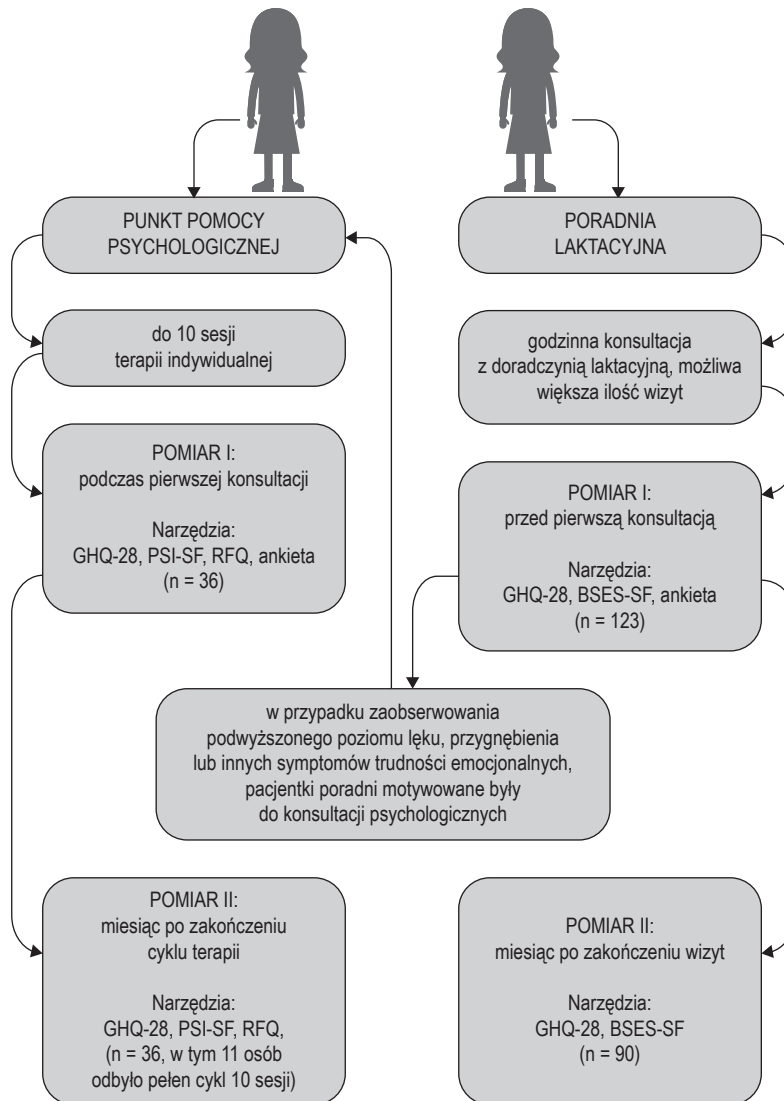
W ramach projektu „Macierzyństwo krok po kroku” oferowano pomoc zarówno laktacyjną, jak i psychologiczną – schemat korzystania z projektu przedstawia ryc. 1.

Pacjentki poradni psychologicznej oraz laktacyjnej zgłaszały się dobrowolnie. Informacje o projekcie dostępne były w lokalnych mediach oraz w gdańskich szpitalach. Pacjentki mogły korzystać z porad laktacyjnych i/lub z interwencji psychologicznej. W sytuacji zaobserwowania podwyższonego poziomu niepokoju, przygnębienia lub innych trudności emocjonalnych personel poradni laktacyjnej zachęcał pacjentki do konsultacji z psychologiem. Pomoc laktacyjna i psychologiczna były bezpłatne, nie wymagano skierowania od lekarza. Z uwagi na sposób finansowania (całkowite finansowanie przez gminę miasta Gdańska) beneficjentami programu były wyłącznie mieszkanki Gdańska.

Osoby badane

1. Pomoc psychologiczna

W okresie sześciu miesięcy trwania projektu pełny cykl 10 sesji psychoterapii ukończyło 11 kobiet, natomiast z mniej niż 10 wizyt skorzystało 25. Do kobiet z grupy



Ryc. 1. Procedura prowadzenia badań i schemat korzystania z pomocy psychologicznej oraz konsultacji laktacyjnych w ramach programu „Macierzyństwo krok po kroku”

interwencyjnej (I) została dobrana grupa porównawcza (GP). Grupa porównawcza rekrutowana była m.in. podczas zajęć szkoły rodzenia prowadzonej w szpitalu, w którym realizowany był projekt (zainteresowane udziałem w programie kobiety zostawiały numer telefonu oraz orientacyjną datę porodu, co umożliwiało ankietowemu kontakt w okresie poporodowym), a także poprzez lekarza pediatrę, położne środowiskowe oraz instruktorkę prowadzącą zajęcia sportowe dla matek i niemowląt.

Większość osób korzystających z interwencji (60%), jak i z grupy porównawczej (83,3%) stanowiły mężatki. Większość przebadanych kobiet zarówno z grupy I (60%), jak również z GP (79,2%) miało wyższe wykształcenie. Wykształcenie średnie posiadało 3,3% kobiet z grupy I oraz 8,3% z GP, pozostały odsetek badanych kobiet nie udzielił odpowiedzi na pytanie. W grupie I 30% badanych korzystało wcześniej z konsultacji psychiatrycznych w porównaniu z 5% z GP. Pięć kobiet korzystających z interwencji psychologicznych miało zlecone leki z uwagi na zaburzenia afektywne, jedna z osób zgłosiła się do psychiatry i została objęta farmakoterapią w trakcie trwania terapii psychologicznej. Cztery kobiety rozpoczęły korzystanie z porad w okresie ciąży, pozostałe zgłosiły się w ciągu roku po narodzinach dziecka.

2. Porady laktacyjne

W pierwszym etapie ewaluacji poradnictwa laktacyjnego (PL) wzięły udział 123 kobiety, w drugim 90. Grupę porównawczą (GP) dla pacjentek zgłaszających się do poradni stanowiły kobiety, które nie korzystały z tego typu porad. Uczestniczki do grupy porównawczej rekrutowane były m.in. podczas zajęć szkoły rodzenia prowadzonej w szpitalu, w którym realizowany był projekt (zainteresowane udziałem w programie kobiety zostawiały numer telefonu oraz orientacyjną datę porodu, co umożliwiała ankietowemu kontakt w okresie poporodowym), a także przez lekarza pediatrę oraz położne środowiskowe. W dwóch etapach badania ankietowano 70 kobiet; w pierwszym etapie uczestniczyły 104 osoby. Większość kobiet z grupy PL (72,2%), jak i z GP (65,7%) stanowiły mężatki. Większość kobiet zarówno z grupy PL (65,6%), jak i GP (61,4%) miała wykształcenie wyższe. Wykształcenie średnie posiadało 5,6% kobiet z grupy PL oraz 18,6% z GP. Zarówno w grupie PL (53,3%), jak i w GP (50%) więcej kobiet urodziło dziecko siłami natury, natomiast cesarskie cięcie miało 42,2% matek w grupie porad laktacyjnych i 44,3% w grupie porównawczej. Pozostałe badane nie odpowiedziały na to pytanie.

Metoda

Pierwszym narzędziem wykorzystanym w badaniu jest autorska ankieta dotycząca: danych socjodemograficznych, przebiegu ciąży i porodu, dotychczasowej opieki psychologicznej i psychiatrycznej oraz historii trudności w karmieniu naturalnym.

Kolejne narzędzie to Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28 [46]. Kwestionariusz służy do oceny stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych i może być wykorzystywany do badań przesiewowych. Składa się z 28 pozycji, im wyższy wynik, tym większe natężenie trudności psychicznych. Oprócz wyniku ogólnego, określanego przez autorów jako wskaźnik ogólnego dobrostanu, kwestionariusz ma cztery skale: symptomy somatyczne; niepokój, bezsenność; zaburzenia funkcjonowania; symptomy depresji. Autorzy narzędzia przewidują dwa sposoby obliczania wyników. Jeden z nich pozwala na wyłonienie osób, których stan psychiczny uległ czasowemu lub długookresowemu załamaniu: jako osoby z grupy „klinicznej” określane są osoby, których wynik jest równy lub wyższy niż 4 punkty [46].

Do badań użyto także kwestionariusza *Parenting Stress Index Short Form – 3rd version (PSI – SF)* [47] – wyłącznie w przypadku kobiet korzystających z porad psychologicznych. Narzędzie składa się z 36 pozycji. Przeznaczone jest dla rodziców dzieci w wieku od 1 miesiąca do 12. roku życia. Kwestionariusz umożliwia analizę wyników zarówno na skali ogólnego poziomu stresu rodzicielskiego, jak i na trzech podskalach: stresu rodzicielskiego, dysfunkcyjnych interakcji między rodzicami i dzieckiem oraz podskali trudne dziecko. Test pozwala na identyfikację rodzin potrzebujących wsparcia oraz umożliwia badanie rezultatów oddziaływań pomocowych.

Badania prowadzone były dwuetapowo, składały się z dwóch pomiarów:

a) pomoc psychologiczna

Pomiar I: beneficjentki terapii krótkoterminowej wypełniały kwestionariusze podczas pierwszej konsultacji z psychoterapeutą.

Pomiar II: po upływie miesiąca od zakończenia cyklu spotkań ankiet umawiał się na drugi etap badania.

b) pomoc laktacyjna

Pomiar I: pacjentki poradni laktacyjnej wypełniały kwestionariusze przed pierwszą wizytą w poradni. Kobiety informowane były telefonicznie o konieczności przybycia na miejsce około 20 minut przed terminem właściwej wizyty, ankiet wręczał uczestnikom programu pakiet kwestionariuszy w kopercie.

Pomiar II: drugi etap badania realizowany był telefonicznie miesiąc po zakończeniu opieki w poradni.

Grupa porównawcza dla kobiet korzystających z pomocy psychologicznej, jak i porad laktacyjnych była badana tymi samymi testami w odstępie miesiąca.

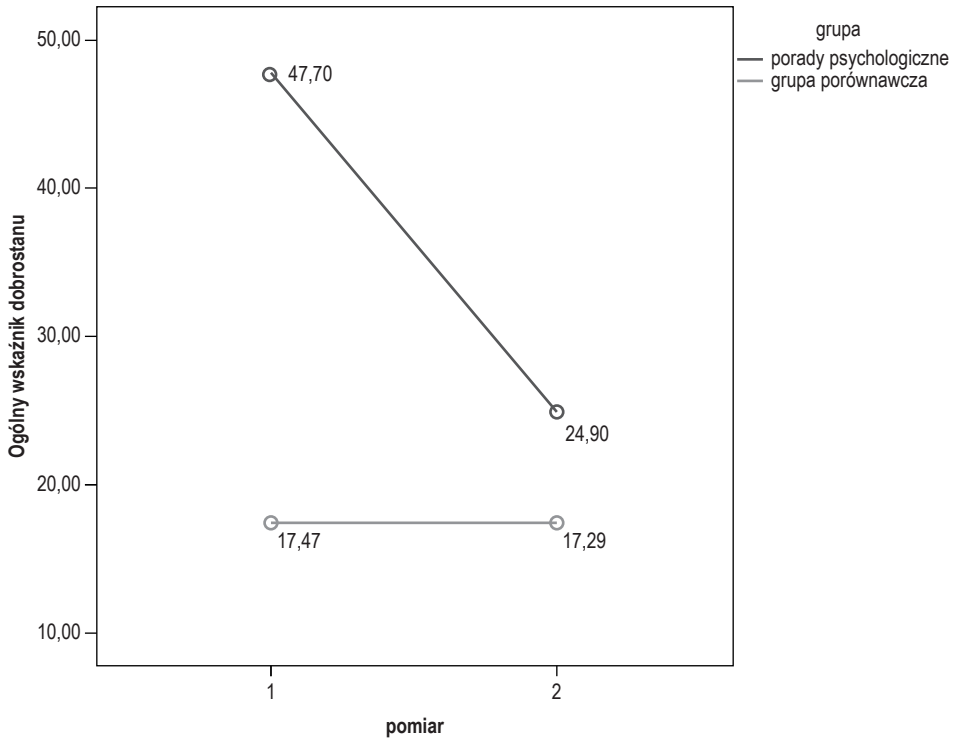
Wyniki

1. Skuteczność pomocy psychologicznej: symptomy zaburzeń zdrowia psychicznego mierzone za pomocą GHQ–28 oraz stres rodzicielski mierzony za pomocą PSI– SF.

Przeprowadzone analizy statystyczne pokazują, iż w grupie kobiet korzystających z terapii krótkoterminowej zaobserwowano spadek symptomów zaburzeń zdrowia psychicznego mierzonego za pomocą GHQ–28. Obniżenie poziomu objawów somatycznych zaobserwowano u 60% kobiet, obniżenie niepokoju i bezsenności u 80%. Poprawę w codziennym funkcjonowaniu zaobserwowano u 90%, a spadek symptomów depresji zaobserwowano u 70% kobiet z grupy I.

Na ryc. 2 przedstawiono różnice międzygrupowe oraz zmiany zaobserwowane w zakresie zdrowia psychicznego badanego kwestionariuszem GHQ–28 po krótkoterminowej interwencji psychologicznej. Istotne statystycznie różnice międzygrupowe zaobserwowano na obu etapach badania. W pierwszym pomiarze ($U = 26,00$; $z = -4,99$; $p < 0,001$) kobiety korzystające z terapii psychologicznej uzyskały wyniki wskazujące na istotne nasilenie trudności psychicznych. W drugim pomiarze, na skutek zdecydowanego obniżenia symptomów zaburzeń zdrowia psychicznego w grupie

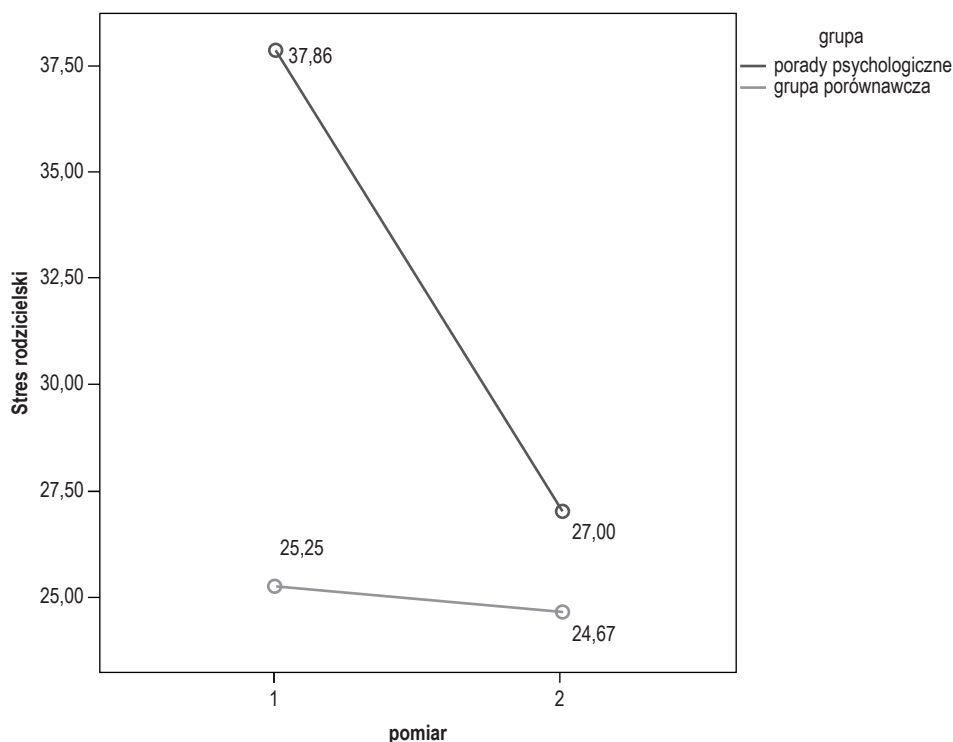
pacjentek ($z = -2,50$; $p = 0,013$), różnice pomiędzy grupami maleją, pozostając jednak na poziomie istotnym statystycznie ($U = 84,50$; $z = -2,06$; $p = 0,039$).



Ryc. 2. Wyniki osób z grupy interwencyjnej i grupy porównawczej w dwóch etapach badania oraz zmiany zaobserwowane w zakresie zdrowia psychicznego badanego kwestionariuszem GHQ-28 przed i po interwencji psychologicznej

Na ryc. 3 zobrazowano różnice międzygrupowe oraz poziom stresu rodzicielskiego u matek przed i po interwencji psychologicznej. Podczas pierwszej konsultacji pacjentki korzystające z pomocy psychologicznej charakteryzowały się zdecydowanie wyższym poziomem testowanej zmiennej niż matki z grupy porównawczej ($U = 31,00$; $z = -3,335$; $p < 0,001$). W drugim pomiarze różnica w poziomie stresu rodzicielskiego pomiędzy badanymi grupami była nieistotna statystycznie. Jest to związane ze znacznym spadkiem poziomu zmiennej w grupie kobiet korzystających z terapii krótkoterminowej ($z = -2,20$; $p = 0,028$). W GP nie zaobserwowano spadku poziomu stresu rodzicielskiego. Dodatkowo kobiety korzystające z interwencji miały tendencję do postrzegania własnego dziecka jako charakteryzującego się trudniejszym temperamentem: łatwiej się frustrującego, mającego większe trudności z samoregulacją. U pacjentek poradni psychologicznej po miesiącu od ukończenia terapii zaobserwowano tendencję do obniżenia wyników na podskali „trudne dziecko” PSI – SF ($z = -1,86$; $p = 0,063$). W konsekwencji w drugim

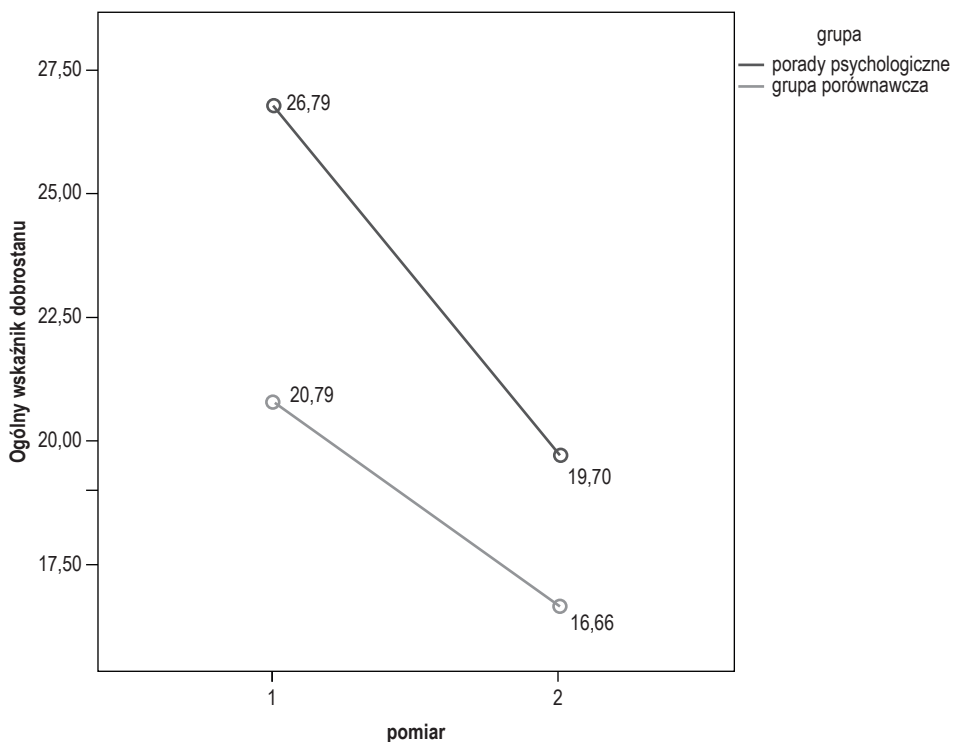
pomiarze zaobserwowano brak istotnych różnic międzygrupowych. W GP nie zanotowano różnic badanej cechy pomiędzy dwoma pomiarami. Różnice zaobserwowano natomiast odnośnie do podskali interakcji z dzieckiem ($U = 61,00$; $z = -2,08$; $p = 0,039$). Po skorzystaniu z porad psychologicznych nastąpił znaczny spadek natężenia badanej zmiennej u tych kobiet ($z = -2,20$; $p = 0,028$). Pokazuje to, że interakcje z dzieckiem stały się bardziej przyjemne i nagradzające, a relacja z nim – mniej trudna. Należy zaznaczyć, że w drugim pomiarze poziom badanej zmiennej jest równy w obu badanych grupach kobiet. W GP poziom interakcji rodzic – dziecko był na tym samym poziomie w obu pomiarach.



Rycina 3. Poziom stresu rodzicielskiego badanego kwestionariuszem Parental Stress Index – SF u osób z grupy interwencyjnej i grupy porównawczej w dwóch etapach badania

2. Skuteczność pomocy laktacyjnej: wyłączenie karmienia piersią w pierwszym półroczu życia dziecka oraz symptomy zaburzeń zdrowia psychicznego mierzone za pomocą GHQ–28.
W drugim pomiarze liczba matek karmiących wyłącznie piersią wzrosła o 47,9%. 48 matek w pomiarze pierwszym nie karmiło wyłącznie naturalnie. W pomiarze drugim wyłączenie karmienia mlekiem kobiecym zaobserwowano u 23 uczestniczek

z grupy matek niekarmiących w taki sposób w pierwszym pomiarze. W GP w drugim pomiarze liczba matek karmiących naturalnie wzrosła natomiast o 12,9%: spośród 31 matek niekarmiących wyłącznie naturalnie w pomiarze pierwszym karmienie tylko mlekiem kobiecym zaobserwowano jedynie u 4 matek w pomiarze drugim. W grupie PL zaobserwowano również istotne obniżenie objawów zaburzeń zdrowia psychicznego i poprawę ogólnego dobrostanu (ryc. 4). Kobiety z grupy PL uzyskały wyniki – w pierwszym pomiarze badania – wskazujące na istotne nasilenie trudności psychicznych. Ich średni wynik odpowiadał średniemu wynikowi dla pacjentów poradni zdrowia psychicznego leczonych ambulatoryjnie. W czasie pierwszego pomiaru 68,89% kobiet z grupy PL uzyskało kliniczny wynik w teście GHQ–28, podczas gdy w GP – 45,71%. W drugim pomiarze, na skutek zdecydowanej poprawy zdrowia psychicznego w grupie PL ($p < 0,001$), różnice pomiędzy grupami okazały się nieistotne statystycznie ($t = 1,93$; $p = 0,055$). Należy jednak zaznaczyć, że u kobiet z GP również istotnie wzrósł poziom dobrostanu psychicznego: spadły symptomy wskazujące na trudności psychiczne ($t = 2,34$; $p = 0,022$). Poprawa w funkcjonowaniu kobiet korzystających z PL dotyczyła podskal: symptomy somatyczne, zaburzenia funkcjonowania i niepokój oraz bezsenność.



Rycina 4. Zdrowie psychiczne badane kwestionariuszem GHQ–28 kobiet korzystających z porad laktacyjnych oraz kobiet z grupy porównawczej w dwóch etapach badania

Omówienie wyników

Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały, iż ewaluowany program okazał się skuteczny zarówno pod względem wspierania karmienia naturalnego, jak i efektów leczenia psychoterapeutycznego.

W grupie osób korzystających z programu „Macierzyństwo krok po kroku” zaobserwowano:

- a) poprawę zdrowia psychicznego oraz obniżenie poziomu stresu rodzicielskiego (wyniku ogólnego), jak i poprawę w interakcji z dzieckiem oraz postrzeganie niemowlęcia jako mniej trudnego w grupie kobiet korzystających z psychoterapii indywidualnej;
- b) wzrost odsetka kobiet karmiących wyłącznie piersią w pierwszym półroczu życia dziecka w grupie uczestniczek korzystających z poradnictwa laktacyjnego. Dodatkowo liczba matek karmiących wyłącznie naturalnie w drugim etapie badania jest istotnie wyższa niż w grupie porównawczej;
- c) istotną poprawę wskaźników zdrowia psychicznego wśród kobiet korzystających z porad laktacyjnych: obniżenie nasilenia objawów somatycznych, trudności w funkcjonowaniu oraz zmniejszenie objawów świadczących o niepokoju oraz bezsenności.

Wyniki badań własnych potwierdzają cytowane badania zagraniczne [20]: w przypadku wystąpienia zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym rekomenduje się, by kobiety o umiarkowanym nasileniu objawów zostały objęte intensywną interwencją psychologiczną, która jest skutecznym i zalecanym sposobem leczenia. Co ciekawe, istotną poprawę funkcjonowania zaobserwowano nie tylko w grupie osób korzystających z interwencji psychologicznych, ale również wśród pacjentek poradni laktacyjnej. Badania opisują skuteczność nie tylko psychoterapii, ale też innych oddziaływań psychospołecznych takich jak: wizyty domowe położnych, wizyty nieprofesjonalistów mających wspierać młode matki [20, 21]. Omawianie z doradcą w czasie porady laktacyjnej niepokoju o przebieg karmienia piersią i niepewności w zakresie kompetencji rodzicielskich można rozumieć również jako rodzaj interwencji psychospołecznej prowadzącej do poprawy nastroju badanych.

Skuteczność zrealizowanego programu wiążemy z szeregiem czynników:

- a) Mimo stosunkowo krótkiego okresu trwania program cieszył się popularnością wśród gdańszczan. Szpital, w którym realizowano konsultacje laktacyjne i psychologiczne, jest znany w środowisku lokalnym z prowadzonych wcześniej działań na rzecz wspierania karmienia piersią, oprócz tego program był intensywnie reklamowany w lokalnych mediach.
- b) Beneficjentki programu mogły liczyć na uzyskanie pomocy w krótkim czasie. Oczekiwanie na wizytę w poradni laktacyjnej trwało 1–4 dni, a na rozpoczęcie psychoterapii krótkoterminowej czas oczekiwania wynosił 1–7 dni. Położne zgłaszające potrzebę superwizji otrzymywały wsparcie psychologa na bieżąco.
- c) Pozytywne efekty przyniosła opieka interdyscyplinarna: współpraca certyfikowanych doradców laktacyjnych, położnych, pielęgniarek i psychologów, gwaranto-

- wana przez program możliwość udziału różnych grup zawodowych w szkoleniach i superwizjach. To wszystko ułatwiało identyfikację kobiet z objawami depresji, nawiązywanie z nimi relacji, planowanie strategii w celu zapewnienia im optymalnej opieki, kierowanie ich na psychoterapię i/lub leczenie psychiatryczne. Współpraca interdyscyplinarna wydaje się kluczowa dla powodzenia badań przesiewowych oraz leczenia kobiet w okresie okołoporodowym. Identyfikacja zaburzeń nastroju możliwa jest dzięki położnym i pielęgniarcom, jednak badania [48] wykazują, że położne czują się sfrustrowane koniecznością przekazywania informacji o stanie psychicznym pacjentkom, a szczególnie odrzucaniem możliwości pomocy przez potrzebujące kobiety. Badanie [49] prowadzone na grupie australijskich położnych i pielęgniarek, które wdrażały program ogólnokrajowych badań przesiewowych, wykazało, iż mimo szkoleń brakuje personelowi medycznemu wiedzy odnośnie do identyfikowania depresji i dalszej pracy z takim pacjentkami. Australijskie pielęgniarki i położne czuły się zaangażowane w projekt, jednak miały poczucie braku kompetencji i wsparcia w zajmowaniu się zdrowiem psychicznym położnic. Program „Macierzyństwo krok po kroku” zakładał ścisłą współpracę doradców laktacyjnych i psychologów, oferował również możliwość superwizji dla personelu poradni laktacyjnej oraz położnych prowadzących szkoły rodzenia. Działania te wspierały personel medyczny w realizacji nowych dla nich zadań.
- d) Działania profilaktyczne wobec zdrowia psychicznego były dwutorowe: dotyczyły zarówno kobiet korzystających z pomocy psychoterapeutycznej, jak i z doradztwa laktacyjnego. Warto podkreślić, że niepowodzenia w karmieniu, o ile matka podczas ciąży planowała karmić naturalnie, stanowią czynnik ryzyka wystąpienia depresji poporodowej [39]. Karmienie naturalne niweluje negatywne konsekwencje stresu doświadczanego po porodzie, obniża również poziom cytokin prozapalnych, co pełni istotną funkcję ochronną dla zdrowia psychicznego matki. Objawy depresji związane są z podwyższonym poziomem stanu zapalnego organizmu. Uzyskane wyniki potwierdziły, że dla profilaktyki zdrowia psychicznego w okresie okołoporodowym ważną funkcję pełnić może relacja – zarówno terapeutyczna, z psychologiem, jak i wspierająco-opiekuńcza z położną lub doradcą laktacyjnym. Możliwość zbudowania takiej relacji w początkowym okresie macierzyństwa może być ważnym elementem identyfikacyjnym w budowaniu swojej tożsamości macierzyńskiej. Relacja ta może stanowić korektywne doświadczenie emocjonalne. Matka otoczona skutecznym wsparciem zdolna jest do adekwatnego opiekowania się własnym dzieckiem.

Wnioski

1. Opisane w artykule ryzyko społeczne związane z depresją poporodową matki powinno skłaniać instytucje oraz gminy do szukania efektywnych rozwiązań. Przeprowadzone analizy pokazują, że wdrożony program, finansowany w całości ze środków gminy Miasto Gdańsk, charakteryzował się zadowalającą skutecznością i może być rekomendowany na kolejne lata.

2. Powodzenie programu wydaje się być związane z interdyscyplinarnym podejściem oraz analizą tzw. *evidence-based medicine* odnośnie do skutecznych działań w okresie okołoporodowym, co było możliwe dzięki udanej współpracy placówki ochrony zdrowia, instytucji badawczej oraz Urzędu Miasta Gdańska.

Piśmiennictwo

1. O'Hara MW, Swain AM. *Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis*. Int. Rev. Psychiatr. 1996; 8(1): 37–54.
2. Dayan J, Creveuil C, Dreyfus M, Herlicovics M, Baleyte JM, O'Keane V. *Developmental Model of Depression Applied to Prenatal Depression: Role of Present and Past Life Events, Past Emotional Disorders and Pregnancy Stress*. PLoS ONE 2007; 5(9): e12942. Doi:10.1371/journal.pone.0012942.
3. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. *Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample*. Arch. Womens Ment. Health 2004; 8(2): 97–104.
4. National Institute of Mental Health <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.shtml> pozyskano dnia 15.01.2019.
5. Orr ST, Miller CA. *Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome: review of the literature and preliminary findings*. Epidemiol. Rev. 1995; 17(1): 165–171.
6. Dayan J, Creveuil C, Marks MN, Conroy S, Herlicoviez M, Dreyfus M i wsp. *Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care*. Psychosom. Med. 2006; 68(6): 938–946.
7. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. *Epidemiology and causes of preterm birth*. Lancet 2008; 371: 75–84.
8. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. *A Meta-analysis of Depression During Pregnancy and the Risk of Preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction*. Arch. Gen. Psychiatry 2010; 67(10): 1012–1024.
9. Wallis AB, Saftlas AF. *Is there a relationship between prenatal depression and preeclampsia?* Am. J. Hypertens. 2009; 22(4): 345–346.
10. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Yrikolkara O. *Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia*. Obstet. Gynecol. 2000; 95(4): 487–490.
11. Kozhimannil KB, Pereira MA, Harlow BL. *Association between diabetes and perinatal depression among low-income mothers*. JAMA. 2009; 301(8): 842–847.
12. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Asrtrom M, Bixo M. *Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome*. Obstet. Gynecol. 2004; 104(3): 467–476.
13. Wu J, Viguera A, Riley L, Cohen L, Ecker J. *Mood disturbance in pregnancy and the mode of delivery*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2002; 187(4): 864–867.
14. Netsi E, Pearson RM, Murray L, Cooper P, Craske MG, Stein A. *Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes*. JAMA Psychiatry 2018; 75(3): 247–253. Doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4363.
15. O'Brien L, Laporte A, Koren G. *Estimating the economic costs of antidepressant discontinuation during pregnancy*. Can. J. Psychiatry 2009; 54(6): 399–408.

16. GUS, 2017 stat.gov.pl/podstawowe-dane/ pozyskano dnia 18.04.2018.
17. <http://kolejki.nfz.gov.pl> pozyskano dnia 16.03.2018.
18. Antonuccio DO, Danton WG, DeNelsky GY. *Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data*. Prof. Psycholres. Pr. 1995; 26(6): 574–585.
19. McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. *Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review*. J. Clin. Psychiatry 2013, 74(6): 595–602. Doi: 10.4088/JCP.12r07757.
20. National Institute for Health and Care Excellence. *Antenatal and postnatal mental health Quality standard [QS115]* dostęp: <https://www.nice.org.uk/guidance/QS115/chapter/Quality-statement-6-Psychological-interventions> 42
21. Stephens S, Ford E, Paudyal P, Smith H. *Effectiveness of Psychological Interventions for Postnatal Depression in Primary Care: A MetaAnalysis*. Ann. Fam. Med. 2016; 14(5): 463–472.
22. Dane pochodzą z pisma Ministra Zdrowia z dn. 09.11.2016 skierowanego do Rzecznika Praw Dziecka Marka Michalaka w nawiązaniu do pisma, znak: ZSS.422.44.2016.EK, http://brpd.gov.pl/sites/default/files/odp_na_wystapienie_zss.422.44.2016.ek_depresja.pdf
23. ACOG Committee Opinion No. 757: *Screening for perinatal depression*. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2018; 132(5): e208–e212.
24. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. *Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many*. J. Gen. Intern. Med. 1997; 12(7): 439–445.
25. 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.
26. 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.
27. Stewart DE, Robertson E, Cindy-Lee D, Grace SL, Wallington T. *Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions*. 2003; www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf
28. Logsdon M, Wisner K, Hanusa BH. *Does maternal role functioning improve with antidepressant treatment in women with postpartum depression?* J. Womens Health 2009;18(1): 85–90.
29. Maliszewska K, Preis K. *Terapia depresji poporodowej – aktualny stan wiedzy*. Ann. Acad. Med. Gedan. 2014; 44: 105–111.
30. Cooper P, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. *Controlled trial of the short – and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. 1. Impact on maternal mood*. Br. J. Psychiatry 2003; 182(5): 412–419.
31. Tsivos ZL, Calam R, Sanders M, Wittkowski A. *Interventions for postnatal depression assessing the mother–infant relationship and child developmental outcomes: a systematic review*. Int. J. Womens Health 2015; 7: 429–447.
32. Pietkiewicz A, Żołnowska J. *Wspieranie i propagowanie karmienia piersią wśród mieszkańców Miasta Gdańska*. Niepublikowany program zdrowotny w całości finansowany przez Miasto Gdańsk realizowany w latach 2014–2016. Gdańsk 2016.
33. Czerwińska A, Pietkiewicz A, Żołnowska J. *Karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka niekorzystnych wpływów środowiska: przedstawienie programu zdrowotnego*. W: Opala T, Gaworska-Krzemińska A, Olszewski J, Olszewska J red. *Jakość życia kobiet w różnych okresach życia oraz wybranych stanach chorobowych*. Pelplin: Bernardinum; 2011. s. 61–69.
34. Jones NA. *The protective effects of breastfeeding for infants of depressed mothers*. Breastfeeding Abstracts 2005; 24: 19–20.

35. Mohamad Yusuff A, Tang L, Binns CW, Lee A. *Breastfeeding and Postnatal Depression: A Prospective Cohort Study in Sabah, Malaysia*. J. Hum. Lact. 2016; 32: 277–281.
36. Borra C, Iacovou M, Sevilla A. *New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions*. Matern. Child Health J. 2015; 19(4): 897–907.
37. Dennis CL, McQueen K. *Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes?* Acta Paediatr. 2007; 96: 590–594.
38. McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. *Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months postpartum and early parenting practices*. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2006; 160(3): 279–284.
39. Hentel A, Beebe B, Jaffe J. *Maternal depression at 6 weeks is associated with infant self-comfort at 4 months*. Poster presented at the International Conference on Infant Studies; July; Brighton. 2000.
40. Herrera E, Reissland N, Shepherd J. *Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the postnatal period*. J. Affect. Disord. 2004; 81(1): 29–39.
41. Kendall-Tackett K. *A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health*. Int. Breastfeed J. 2007; 30; 2: 6.
42. Amir LH, Dennerstein L, Garland SM, Fisher J, Farish SJ. *Psychological aspects of nipple pain in lactating women*. J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 1996; 17(1): 53–58.
43. Suchman NE, DeCoste C, Castiglioni N, McMahon TJ, Rounsaville B, Mayes L. *The Mothers and Toddlers Program, an attachment-based parenting intervention for substance using women: Post-treatment results from a randomized clinical pilot*. Attach. Hum. Dev. 2010; 12(5): 483–504.
44. Suchman NE, DeCoste C, Ordway MR, Bers S. *Mothering from the Inside Out. A mentalization-based individual therapy for mothers with substance use disorders*. W: Suchman NE, Paulo M, Mayes LC. red. *Parenting and substance abuse: developmental approaches to intervention*. Oksford: Oxford University Press; 2013.
45. Slade A, Sadler L, Dios-Kenn CD, Webb D, Currier-Ezepchick J, Mayes L. *Minding the baby: a reflective parenting program*. Psychoanal. St. Child. 2005; 60: 74–100.
46. Makowska Z, Merecz D. *Polska adaptacja Kwestionariuszy Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga: GHQ-12 i GHQ-28*. W: Dudek B. red. *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy; 2001.
47. Abidin R. *Parenting Stress Index*, Psychological Assessment Resources, 1995.
48. Mollart L, Newing C, Fourer M. *Midwives' emotional wellbeing: impact of conducting a structured antenatal psychosocial assessment (SAPSA)*. Women Birth. 2009; 22(3): 82–88. Doi: 10.1016/j.wombi.2009.02.001.
49. Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. *Australian midwives' attitudes towards care for women with emotional distress*. Midwifery. 2012; 28(2): 216–221. Doi:10.1016/j.midw.2010.12.008.

Adres: Magdalena Anna Chrzan-Dętkoś
Uniwersytet Gdański
Instytut Psychologii
80-309 Gdańsk, ul. Jana Bażyńskiego 4
e-mail: magdalena.chrzan-detkos@ug.edu.pl

Otrzymano: 5.07.2018

Zrecenzowano: 26.09.2018

Otrzymano po poprawie: 8.03.2019

Przyjęto do druku: 10.03.2019