

Zakład Profilaktyki Chorób Kobietych i Seksuologii,  
Katedra Zdrowia Kobiety,  
Wydział Nauk O Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach  
Department of Woman's Health Profilaxis and Sexology, Woman's Health  
Institute, School of Health Medical University of Silesia in Katowice

AGNIESZKA KOBIOŁKA, KLAUDIA PIERZ, IZABELA MEŻYK,  
VIOLETTA SKRZYPULEC-PLINTA, MAŁGORZATA KAZIMIERCZAK,  
EWA URBAŃSKA, CELINA GOGOLA

***Analiza wybranych czynników ryzyka  
wystąpienia zaburzeń nastroju u kobiet w okresie połogu***

---

**Analysis of selected risk factors for mood disorders  
in women during the postpartum period**

*Słowa kluczowe:* połóg, problemy emocjonalne, depresja poporodowa

*Key words:* postpartum period, emotional problems, postpartum depression

**WSTĘP**

Czas połogu to dla kobiety okres, kiedy doświadcza wielu zmian zarówno w sferze fizycznej jak i psychicznej [1,28]. Na kształtowanie się stanu emocjonalnego po porodzie wpływa szereg czynników związanych z fizjologią organizmu kobiety a także szereg czynników zewnętrznych. Bagatelizowanie zmian natury psychicznej niewątpliwie może doprowadzić do wielu powikłań wpływających na jakość życia pacjentki i jej rodziny, na relacje z nowo narodzonym dzieckiem, a także postrzegania samej siebie [23]. Brak wiedzy o fizjologicznych zmianach dotyczących zarówno ciała jak i umysłu po narodzeniu dziecka, brak wsparcia ze strony personelu medycznego i bliskich może stanowić przyczynę narastających problemów emocjonalnych prowadzących do poważnych zaburzeń psychicznych [18, 25].

Poporodowe zmiany emocjonalne kobiet mogą przybierać postać niegroźnego i nietrwałego stanu obniżenia nastroju lub trwalszych zaburzeń psychicznych, a nawet choroby psychicznej. Istnieje zależność pomiędzy nierozpoznanym, postępującym, nieleczonym zaburzeniem emocjonalnym a rozwijającą się w późniejszym okresie depresją lub psychozą połogową [17, 25].

Najefektywniejszą pomocą w procesie terapeutycznym zaburzeń emocjonalnych jest zapewnienie właściwej opieki medycznej w trakcie trwania ciąży, porodu jak i położu. Metodą leczenia jest psychoterapia, czasami z konieczności podparta farmakoterapią. W skrajnych przypadkach koniecznym może okazać się leczenie w oddziale psychiatrycznym zamkniętym [17]. Należy podkreślić ważne zadanie personelu medycznego jakim jest edukacja i obserwacja pacjentki. Działania te stanowią podstawę profilaktyki problemów psychicznych. Personel medyczny, w tym szczególnie położna w szpitalu i położna środowiskowa, powinien cechować się szczególną ostrożnością i umiejętnością rozpoznawania czynników ryzyka [7].

**Celem pracy** była ocena stanu psychicznego kobiet w okresie położu oraz analiza zależności pomiędzy występowaniem poszczególnych czynników ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie a wynikiem Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej.

### MATERIAŁ

W badaniu wzięło udział 50 kobiet, które urodziły dziecko w okresie od 2 do 6 tygodni przed przystąpieniem do badania. Badania przeprowadzono w 2013 roku wśród położnic zamieszkujących teren Górnego Śląska. Każda respondentka została poinformowana o celu i przeznaczeniu zbieranych informacji oraz pełnej anonimowości i dobrowolności uczestnictwa w badaniach.

### METODA

W badaniach wykorzystano sondaż diagnostyczny przy użyciu następujących narzędzi:

- Edynburska Skala Depresji Poporodowej (Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS), która po raz pierwszy opublikowana została w artykule John L. Cox, Jenifer M. Holden i Ruth Sagovsky (prawa autorskie - British Journal of Psychiatry) [5,6,29]. EPDS zawiera 10 pytań badających nastrój kobiety w położu w ciągu ostatnich 7 dni. Każde pytanie oceniane jest w skali czterostopniowej (od 0 do 3), maksymalnie można uzyskać 30 punktów [3,18].
- Za punkt odcięcia przyjmuje się najczęściej wynik 12- 13 punktów [3,18]. Dodatni wynik wymaga potwierdzenia w badaniu klinicznym [15]. Przy wyniku powyżej 12 punktów czułość testu oceniono na 86%, specyficzność na 78%, trafność prognostyczną na 73% [5].
- Niektórzy autorzy wskazują, że uzyskanie wyniku  $\geq 10$  w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej może świadczyć o problemach emocjonalnych u położnicy [5,21,29].
- Istotną uwagę wg autorów EPDS należy zwrócić na ostatnie pytanie - twierdząca odpowiedź nawet bez punktacji powyżej 10 wymaga interwencji psychiatry [5,16].
- Kwestionariusz „Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie” autorstwa Joanny Krzyżanowskiej – Zbuckiej [23]. Kwestionariusz służy oszacowaniu ryzyka pojawienia się zaburzeń emocjonalnych po porodzie. Po stwierdzeniu

obecności jednego z czynników ryzyka opisanych w punktach od 1 do 9 należy pacjentkę skierować do psychiatry obecnie leczącego pacjentkę, a jeżeli kobieta się nie leczy, należy ją nakłonić do konsultacji psychiatrycznej. Odpowiedź twierdząca w jednym z punktów od 10 do 16, powinna skłonić położną bądź lekarza do obserwowania pacjentki i częstego monitorowania jej stan psychicznego. Pytania od 17 do 24 opisują pozamedyczne czynniki ryzyka, które są mniej istotne niż poprzednie, ale także zwiększają prawdopodobieństwo pojawienia się zaburzeń. Stwierdzenie dwóch z nich może być sygnałem ostrzegawczym dla personelu medycznego.

- Ankietę własnego autorstwa zawierającą pytania umożliwiające charakterystykę społeczno – demograficzną badanej grupy oraz pytania o dodatkowe czynniki wpływające na pogorszenie stanu emocjonalnego kobiety w okresie połogu.

Ze względu na uzyskany wynik EPDS badane podzielono na trzy grupy:

- EPDS  $\geq 13$  punktów – kobiety z depresją poporodową o różnym nasileniu,
- EPDS 10-12 punktów – występowanie problemów emocjonalnych
- EPDS  $< 10$  – grupa o małym prawdopodobieństwie depresji poporodowej.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Wykorzystano test niezależności Chi-kwadrat. Za poziom istotności przyjęto  $p < 0,05$ .

## WYNIKI

**Tab. I. Charakterystyka badanej populacji kobiet (n=50)**

Wyszczególnienie	Grupa badana	
	n = 50	%
<b>Wiek</b>		
< 20 lat	1	2%
20-25 lat	13	26%
26-30 lat	17	34%
31-36 lat	15	30%
> 36 lat	4	8%
<b>Wykształcenie</b>		
Podstawowe	1	2%
Zawodowe	9	18%
Średnie	17	34%
Wyższe	23	46%
<b>Stan cywilny</b>		
Panna	2	4%
Mężatka	32	64%
Osoba pozostająca w związku nieformalnym	16	32%
Wdowa	0	0%
<b>Warunki bytowe</b>		
Bardzo dobre	6	12%
Dobre	28	56%
Przeciętne	12	24%

Wyszczególnienie	Grupa badana	
	n = 50	%
Złe	3	6%
Bardzo złe	1	2%
Miejsce zamieszkania		
Wieś	0	0%
Miasto do 30 tys.	0	0%
Miasto do 100 tys.	11	22%
Miasto powyżej 100 tys.	39	78%
Ciąża		
Pierwsza	27	54%
Druga	16	32%
Trzecia	6	12%
Czwarta	1	2%
Poród		
Pierwszy	38	76%
Drugi	9	18%
Trzeci	2	4%
Czwarty	1	2%
Sposób ukończenia ostatniej ciąży		
Poród siłami natury	31	62%
Poród zabiegowy	1	2%
Cięcie cesarskie nagłe	7	14%
Cięcie cesarskie planowe	11	22%
Termin porodu		
o czasie	39	78%
Przedwcześnie	2	4%
po terminie	9	18%
Tydzień połogu		
2	8	16%
3	10	20%
4	11	22%
5	11	22%
6	10	20%

Badaniem objęto 50 kobiet w okresie od 2 do 6 tygodni po porodzie. Większość kobiet miała powyżej 25 lat (72%), wykształcenie średnie (34%) lub wyższe (46%). W przeważającej części respondentki (78%) zamieszkiwały miasta powyżej 100 tys. mieszkańców. Większość ankietowanych stanowiły mężatki (64%). Dla 54% kobiet była to pierwsza ciąża, a dla 76% pierwszy poród. Wśród badanej grupy położnic 62% rodziło siłami natury, 36% przez cięcie cesarskie, większości przypadków o czasie (78%). Ilość respondentek w poszczególnych tygodniach połogu była zbliżona do siebie (tab. I).

*Agnieszka Kobiolka, Klaudia Pierz, Izabela Mężyk, Violetta Skrzypulec-Plinta,  
Małgorzata Kazimierczak, Ewa Urbańska, Celina Gogola,*  
Analiza wybranych czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń nastroju  
u kobiet w okresie połogu

---

**Tab. II. Analiza występowania problemów emocjonalnych i depresji poporodowej na podstawie uzyskanych wyników kwestionariusza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (n=50)**

Wynik EPDS	n=50	%
Brak problemów emocjonalnych (0-9pkt)	35	70%
Problemy emocjonalne (10-12pkt)	6	12%
Depresja poporodowa ( $\geq 13$ pkt)	9	18%

Analiza wyników EPDS wykazała, że największy odsetek badanych stanowiły osoby bez poporodowych problemów emocjonalnych (70%, tab. II.). U 12% położnic wykazano występowanie problemów emocjonalnych. Natomiast 18% badanych kobiet uzyskało wynik  $\geq 13$  punktów, który może świadczyć o występowaniu u nich depresji poporodowej.

**Tab. III. Wyniki kwestionariusza „Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie” w badanej populacji kobiet (n=50)**

Kwestionariusz „Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie”	Tak	%	Nie	%
1. Miała problemy emocjonalne w obecnej ciąży	19	38%	31	62%
2. Leczyła się w psychiatrycznie w przeszłości	0	0%	50	100%
3. Była kiedykolwiek w szpitalu psychiatrycznym	0	0%	50	100%
4. Zazywała jakieś leki uspokajające	4	8%	46	92%
5. Zazywała leki przeciwdepresyjne	0	0%	50	100%
6. Zazywała leki psychotropowe	0	0%	50	100%
7. Ma za sobą próbę samobójczą	0	0%	50	100%
8. Dokonywała w przeszłości samouszkodzeń	0	0%	50	100%
9. Przyjmowała ostatnio narkotyki (doustne, wziewne, dożylnie)	0	0%	50	100%
10. W rodzinie ktoś chorował psychicznie	7	14%	43	86%
11. W rodzinie zdarzały się samobójstwa	0	0%	50	100%
12. Przyjmowała kiedykolwiek narkotyki (doustne, wziewne, dożylnie)	0	0%	50	100%
13. W poprzednich ciążach miała problemy emocjonalne	0	0%	12	100%
14. Przy poprzednich porodach występowały jakieś problemy (n=12)	6	50%	6	50%
15. Przeżywała depresję poporodową po poprzednim porodzie	0	0%	12	100%
16. Ostatni poród ocenia jako ciężki i urazowy	18	36%	32	64%
17. Przeprowadzała się w ciągu ostatnich 6 miesięcy	0	0%	50	100%

*ZDROWIE I DOBROSTAN 1/2015*  
*Dobrostan i zdrowie*

Kwestionariusz „Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie”	Tak	%	Nie	%
18.Chodziła do szkoły rodzenia	29	58%	21	42%
19.Jest w stałym związku z ojcem dziecka	43	86%	7	14%
20.Ma już dziecko specjalnej troski lub chore	0	0%	50	100%
21.Ma stałą pracę	50	100%	0	0%
22.Ma problemy finansowe	9	18%	51	82%
23.Jest w dobrych relacjach z własną matką	44	88%	6	12%
24.Ma wsparcie w dalszej rodzinie czy wśród przyjaciół	38	76%	12	24%

**Tab. IV. Występowanie czynników ryzyka problemów emocjonalnych i depresji poporodowej w badanej populacji kobiet – pytania własnego autorstwa (n=50)**

Pytania własne	Tak	%	Nie	%
Miała problemy emocjonalne przed ciążą	11	22%	39	78%
Obecnie leczy się psychiatrycznie	0	0%	50	100%
Ma problemy laktacyjne / brak możliwości karmienia dziecka piersią	34	68%	16	32%
Nowonarodzone dziecko jest chore / niepełnosprawne	2	4%	48	96%
Nie akceptuje własnego ciała po porodzie	11	22%	39	78%
Nadmierna ingerencja bliskich osób	15	30%	35	70%
Czuje się ciągle zmęczona, znużona	31	62%	19	38%
Niespełnione oczekiwania związane z macierzyństwem	4	8%	46	92%
Ograniczenie życia towarzyskiego	7	14%	43	86%

Analiza odpowiedzi respondentek na pytania z kwestionariusza „Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie” (tab. III.) wykazała obecność w pierwszej grupie pytań: problemów emocjonalnych w obecnej ciąży (38%) oraz przyjmowanie leków uspokajających (8%), natomiast w drugiej grupie - ocena ostatniego porodu jako ciężki, urazowy (36%), choroba psychiczna w rodzinie (7%). Wśród czynników pozamedycznych predysponujących do występowania zaburzeń emocjonalnych w połogu w badanej populacji kobiet zaobserwowano najczęściej: nieuczęszczanie do szkoły rodzenia w trakcie ciąży (42%), brak wsparcia ze strony dalszej rodziny, przyjaciół (24%) oraz problemy finansowe (18%).

Analiza pytań własnych (tab. IV.) wykazała obecność czynników takich jak: problemy laktacyjne / brak możliwości karmienia dziecka piersią (68%), poczucie ciągłego zmęczenia, znużenia (62%) oraz nadmierna ingerencja bliskich osób (30%). Należy zwrócić uwagę na występowanie problemów emocjonalnych przed ciążą u 22% położnic.

*Agnieszka Kobiolka, Klaudia Pierz, Izabela Mężyk, Violetta Skrzypulec-Plinta,  
Małgorzata Kazimierczak, Ewa Urbańska, Celina Gogola,*  
Analiza wybranych czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń nastroju  
u kobiet w okresie połogu

Tab. V. Występowanie wybranych czynników ryzyka depresji poporodowej w zależności od wyników EPDS

Czynnik ryzyka	Odpowiedzi	WYNIKI SKALI EPDS						p-value
		Brak problemów emocjonalnych		Problemy emocjonalne		Depresja poporodowa		
		n=35	%	n=6	%	n=9	%	
Ocena ostatniego porodu	Nieurozowy	15	80%	2	34%	2	22%	0,00791
	Urazowy	7	20%	4	67%	7	78%	
Problemy emocjonalne przed ciążą	Tak	6	17%	4	67%	1	11%	0,017607
	Nie	29	83%	2	33%	8	89%	
Problemy emocjonalne w ciąży	Tak	9	26%	4	67%	6	67%	0,023822
	Nie	26	74%	2	33%	3	33%	
Zażywanie leków uspokajających	Tak	2	6%	2	33%	0	0%	0,043654
	Nie	33	94%	4	67%	9	100%	
Uczęszczanie do szkoły rodzenia	Tak	21	60%	2	33%	6	67%	0,399795
	Nie	14	40%	4	67%	3	33%	
Stały związek z ojcem dziecka	Tak	31	89%	6	100%	6	67%	0,137864
	Nie	4	11%	0	0%	3	33%	
Wsparcie dalszej rodziny/przyjaciół	Tak	28	80%	4	67%	6	67%	0,599478
	Nie	7	20%	2	33%	3	33%	
Dobre relacje z własną matką	Tak	32	91%	6	100%	6	67%	0,078607
	Nie	3	9%	0	0%	3	33%	
Problemy finansowe	Tak	31	89%	4	67%	6	67%	0,181469
	Nie	4	11%	2	33%	3	33%	
Problemy laktacyjne	Tak	19	54%	6	100%	9	100%	0,006461
	Nie	16	46%	0	0%	0	0%	
Brak akceptacji własnego ciała / sylwetki	Tak	6	17%	2	33%	3	33%	0,448442
	Nie	29	83%	4	67%	6	67%	
Odczuwanie nadmiernej ingerencji bliskich osób	Tak	9	26%	3	50%	3	33%	0,473171
	Nie	26	74%	3	50%	6	67%	
Odczucie ciągłego zmęczenia/ znużenia	Tak	19	54%	5	83%	7	78%	0,223796
	Nie	16	46%	1	17%	2	22%	
Poczucie znacznego ograniczenia życia towarzyskiego	Tak	4	11%	1	17%	2	22%	0,693154
	Nie	31	89%	5	83%	7	78%	

Dane przedstawione w tab. V. ilustrują zależność występowania czynników ryzyka w stosunku do występowania poporodowych problemów emocjonalnych bądź depresji poporodowej na podstawie uzyskanych wyników EPDS.

Kobiety, u których potencjalnie występowały poporodowe problemy emocjonalne lub depresja poporodowa najczęściej oceniały swój poród jako urazowy. Odpowiednio 67% i 78%. Z wyżej przeprowadzonej analizy można wywnioskować, że urazowość porodu stanowi istotny czynnik ryzyka występowania poporodowych problemów emocjonalnych ( $p=0,00791$ ).

Zauważono, że ankietowane mające problemy emocjonalne przed ciążą miały je także w położu ( $p=0,017607$ , Tab.V). Spośród badanych z tej grupy 67% borykało się z problemami emocjonalnymi w czasie położu, 11% kobiet prawdopodobnie cierpiało na depresję poporodową. Wśród kobiet deklarujących występowanie problemów emocjonalnych w trakcie ciąży, równo po 67% położnic wykazało występowanie problemów emocjonalnych bądź depresji w położu ( $p=0,023822$ ). Natomiast 33% badanych przyjmujących w przeszłości leki uspokajające borykało się z problemami emocjonalnymi w położu ( $p=0,043654$ ). Analizując dane z tab. V. wywnioskować można, że uczęszczanie w trakcie ciąży do szkoły rodzenia nie miało wpływu na stan emocjonalny w położu ( $p=0,399795$ ). Czynnikiem obniżającym nastrój w czasie położu nie był stały związek badanych z ojcem dziecka ( $p=0,137864$ ), ani brak poczucia wsparcia ze strony partnera ( $p=0,285874$ ). Wsparcie ze strony dalszej rodziny oraz przyjaciół nie stanowiło istotnego statystycznie czynnika ryzyka występowania depresji poporodowej ( $p=0,599478$ ). Poczucie dowartościowania jako matka przez własną matkę nie wpływało znacząco na samopoczucie w położu ( $p=0,078607$ ). Nie wykazano, że poczucie dowartościowania jako matka przez partnera statystycznie wpływa na wyniki testu EPDS ( $p=0,116196$ ). Posiadania wystarczających środków materialnych nie wpływa na stan emocjonalny po porodzie ( $p=0,181469$ ).

Analiza powyższych danych wykazała, problemy laktacyjne bądź niemożność karmienia dziecka piersią wpływa na ryzyko występowania zaburzeń nastroju po urodzeniu dziecka ( $p=0,006461$ ). Wśród badanych, które miały problemy emocjonalne w położu bądź były narażone na ryzyko rozwoju depresji poporodowej występowały problemy laktacyjne (100%). Analiza statystyczna wykazała brak istotnych zależności pomiędzy występowaniem pozostałych czynników a wynikami Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej.

### OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

Zagadnienie wahań nastroju oraz zaburzeń psychicznych związanych z ciążą i porodem to problem znany i istniejący od stuleci. Obserwacje kliniczne i wyniki coraz większej liczby badań wykazują, że adaptacja do zadań związanych z pełnieniem roli matki nie jest prosta, a okres następujący po porodzie może przynieść nie tylko oczekiwaną radość i spełnienie, ale także liczne trudności, a nawet zaburzenia psychiczne [18].



Do problemów zaburzeń nastroju po narodzeniu dziecka zalicza się depresję poporodową (postpartum depression – PPD), psychozę poporodową (postpartum psychosis – PS), hipomanie poporodową (postpartum hypomania – PH) oraz smutek poporodowy (baby blues, materna blues – MB) [9,16].

W badaniach własnych skupiono uwagę na analizie występowania wybranych czynników ryzyka zaburzeń nastroju po porodzie w zależności od wyniku Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. W tym celu podzielono respondentki na trzy grupy w zależności od uzyskanego wyniku w skali EPDS: EPDS  $\geq 13$  punktów – grupa z depresją poporodową o różnym nasileniu, EPDS 10-12 punktów – występowanie problemów emocjonalnych, EPDS  $< 10$  – grupa o małym prawdopodobieństwie depresji poporodowej i zaburzeń nastroju.

Badania statystyczne wykazują, że aż 80% kobiet boryka się z problemami zaburzeń nastroju po narodzeniu dziecka [28]. W badaniach własnych 30 % respondentek uzyskało wynik EPDS  $\geq 10$  punktów wskazujący na występowanie u nich omawianego powikłania okresu połogu. Podobnych obserwacji dokonali Kowalska i wsp. [21]. Objawy przygnębienia poporodowego (EPDS  $\geq 10$ ) wystąpiły u 34 % badanych przez nich kobiet.

W badaniach własnych depresję poporodową (EPDS  $\geq 13$  punktów) stwierdzono u 18% badanych położnic, natomiast 12% kobiet uzyskało wynik 10-12 punktów, który może świadczyć o występowaniu u nich problemów emocjonalnych. Wynik dotyczący występowania PPD nie odbiega od danych uzyskanych przez Reronia i wsp., gdzie u 21% pacjentek rozpoznano zespół depresyjny, pozostający w związku z przebytych porodem [26]. Podobne wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych w Turcji, Japonii czy Indiach (odpowiednio 16,8%, 17%, 23%) [14,24,31]. Natomiast w badaniach Irackiej i wsp., gdzie wynik odcięcia dla EPDS wynosił 12 i więcej punktów, 40 % respondentek miało objawy depresji poporodowej o różnym nasileniu [15]. W innych badaniach przeprowadzonych w Turcji w 2012 roku, PPD w szóstym tygodniu po porodzie (punkt odcięcia  $\geq 13$  dla EPDS) stwierdzono u 31,4% kobiet [13]. Zdaniem Halbreicha i Karkuna szeroko przyjmowane założenie, że wskaźnik rozpowszechniania PPD w populacji światowej wynosi 10-15% jest błędne, a rzeczywista częstość występowania depresji poporodowej znacznie wyższa [22]. Po przeanalizowaniu 143 badań przeprowadzonych w 40 krajach stwierdzili oni, że częstość występowania omawianego zaburzenia mieści się w bardzo szerokim przedziale 0-60% [22]. Rozbieżności te są wypadkową czynników społecznych, kulturowych i ekonomicznych [16].

Do czynników sprzyjających rozwojowi poporodowych zaburzeń nastroju zalicza się wcześniejsze epizody problemów emocjonalnych — zarówno związane, jak i niezwiązane z porodem [18]. Szacuje się, że u kobiet, u których wcześniej występowały epizody depresji niezwiązane z ciążą, ryzyko rozwinięcia się PPD wynosi ok. 30% [2,11]. Natomiast w przypadku kobiet cierpiących na zaburzenia afektywne dwubiegunowe ryzyko pojawienia się poporodowych zaburzeń nastroju wynosi około 25–60% [2,18]. Przeżyta w poprzedniej ciąży depresja poporodowa stanowi 35-50% ry-

zyka nawrotu w następnej ciąży [18]. Istotną uwagę należy zwrócić na analizę różnorodnych czynników socjodemograficznych, położniczych i psychologicznych przeprowadzoną przez Kim i wsp. [19]. Badacze uznali, że wystąpienie epizodu depresyjnego przed zajściem w ciążę jest najbardziej wiarygodnym predyktorem późniejszego wystąpienia depresji poporodowej. Dietz i wsp. na podstawie analizy danych 4398 kobiet, zgromadzonych w rejestrze epidemiologicznym Kaiser Permanente Northwest, stwierdzili, że 54,2% pacjentek, u których występowała depresja w ciągu 39 tygodni po urodzeniu dziecka, cierpiało z powodu tego zaburzenia w trakcie ciąży lub wcześniej [8]. Podobne wyniki przedstawiła Wasilewska – Pordes [30]. Depresja przed porodem i po nim występowała u 53% badanych kobiet. Iracka i wsp [15] i Kosińska –Kaczyńska i wsp. [20] również podają, iż zaburzenia depresyjne, które wystąpiły w wywiadzie, korelują z zaburzeniami poporodowymi. W badaniach Irackiej i wsp. 81,82% ankietowanych z objawami depresji poporodowej wcześniej miało zaburzenia psychiczne [15]. W objętej badaniami własnymi grupie kobiet problemy emocjonalne przed ciążą zgłosiło 17% respondentek, które uzyskały wynik  $\geq 13$  w EPDS, 67% z punktacją 10-12 i 17% - EPDS  $< 10$  punktów ( $p=0,01760$ ). Natomiast w okresie ciąży problemy emocjonalne zarówno w grupie kobiet z depresją poporodową, jak i z problemami emocjonalnymi podało 67% ankietowanych, a wśród ankietowanych z małym prawdopodobieństwem depresji poporodowej i zaburzeń nastroju – 26% ( $p=0,0238$ ).

Negatywne doświadczenia związane z porodem takie jak np.: ból, ciężki długotrwały poród, nacięcie krocza, zastosowanie kleszczy lub próżnościagu w trakcie porodu, nagłe cięcie cesarskie, mogą usposabiać do wystąpienia objawów zaburzeń depresyjnych w okresie połogu [18]. W badaniach własnych istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia zaburzeń nastroju po narodzeniu dziecka była urazowość porodu ( $p=0,0079$ ). W grupie kobiet z depresją poporodową 78% określiło swój poród jako urazowy, wśród respondentek z problemami emocjonalnymi - 67%, a w grupie ankietowanych z małym prawdopodobieństwem depresji poporodowej i zaburzeń nastroju - 20% respondentek. Eisenach i wsp. wykazali, że ostra reakcja bólowa podczas porodu zwiększa ryzyko wystąpienia poporodowej depresji [10]. W badaniach przeprowadzonych przez Goecke i wsp. zauważono, że cięcie cesarskie ze wskazań nagłych, z powodu braku kontroli nad porodem, może znacznie zwiększyć ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju u kobiet w porównaniu do planowanego cięcia cesarskiego [12]. W innym badaniu przeprowadzonym przez Boyce i Todd'a wykazano, że u kobiet po nagłym cięciu cesarskim w ciągu pierwszych trzech miesięcy sześciokrotnie wzrasta ryzyko depresji poporodowej w porównaniu do kobiet po porodzie siłami natury lub po zastosowaniu kleszczy [4].

Według badań przeprowadzonych przez Rutkowską wraz z zespołem istotnym czynnikiem predysponującym do rozwoju depresji poporodowej są trudności w karmieniu piersią [27]. Z powodu silnego stereotypu dobrej matki –matki karmiącej piersią, problemy laktacyjne mogą przyczyniać się do wystąpienia u kobiet poczucia winy z powodu niewydolności w opiece nad dzieckiem, przekonania o braku predyspozycji do bycia matką. Badania autorskie wykazały, że czynnikiem, który najbardziej wpły-

wał na obniżony nastrój ankietowanych w połogu były problemy laktacyjne bądź niemożność karmienia dziecka piersią ( $p=0,006461$ ). Wszystkie respondenci z punktacją EPDS  $\geq 10$  zgłosiły problemy laktacyjne.

Innymi ważnymi czynnikami ryzyka wystąpienia zaburzeń nastroju po narodzeniu dziecka są: brak zatrudnienia, problemy finansowe, złe relacje z matką, nieprawidłowe relacje z partnerem, samotność kobiety, brak wsparcia rodziny, przyjaciół, konflikty małżeńskie oraz brak satysfakcji ze związku, zmęczenie, znużenie. Jednakże nie wykazano w badaniach własnych istotnego wpływu na wystąpienie depresji poporodowej i problemów emocjonalnych.

### WNIOSKI

1. Na wystąpienie zaburzeń emocjonalnych w okresie połogu narażona jest co trzecia kobieta.
2. Urazowość porodu wpływa na stan emocjonalny po porodzie.
3. Czynniki ryzyka występowania zaburzeń emocjonalnych i depresji poporodowej w połogu są problemy emocjonalne przed zajściem w ciążę jak i w czasie jej trwania oraz przyjmowanie w przeszłości leków uspokajających.
4. Problemy laktacyjne bądź niemożność karmienia dziecka piersią wpływają na ryzyko występowania depresji poporodowej.

### PIŚMIENNICTWO

1. Bałkowiec- Iskra E., Niewada M.: Depresja poporodowa – rozpoznawanie i leczenie. *Przewodnik Lekarza* 2002; 5:104 – 110.
2. Bielawska-Batorowicz E.: Psychologiczne aspekty prokreacji. „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2005: 221–242.
3. Borysewicz K.: Edynburska Skala Depresji Poporodowej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2000; 9: 71-77.
4. Boyce P.M., Todd A. L.: Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Medical Journal of Australia*, 1992; 157 (3): 172–174.
5. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R.: Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br. J. Psychiatry* 1987; 150: 782-786.
6. Cox J.L., Holden M. (red.): *Perinatal Psychiatry. Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Gaskell 1996.
7. Czerwiak G., Michalska M., Zdziebło K.: Problemy emocjonalne związane z porodem. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2006; 60(1): 31-34.
8. Dietz P.M., Williams S.B., Callaghan W.M., et al.: Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1515-1520.

9. Dudek D., Siwek M., Zięba W. i wsp.: Depresja poporodowa. *Przegl Lek* 2002; 59: 919-923.
10. Eisenach J. C., Pan P.H., Smiley R. at al.: Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain* 2008; 140( 1): 87–94.
11. Evins G.G., Theofrastous J.P., Galvin S.L.: Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 1080-1082
12. Goecke T.W., Voigt F., Faschingbauer F. at al.: The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2012; 286(2): 309–316.
13. Goker A., Yanikkerem E., Demet M.M. at al.: Postpartum Depression: Is Mode of Delivery a Risk Factor? *ISRN Obstetrics and Gynecology* 2012:1-7, doi:10.5402/2012/616759
14. Gulseren L., Erol A., Gulseren S. at al.: From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. *Journal of Reproductive Medicine for the Obstetrician and Gynecologist*, 2006; 51(12): 955–960.
15. Iracka E., Lewicka M.: Występowanie depresji poporodowej wśród położnic. *EJMT* 2014; 3 (4): 60- 66.
16. Jaeschke R., Siwek M., Dudek D.: Poporodowe zaburzenia nastroju - update 2012. *Neuropsychiatria i neuropsychologia* 2012; 7,3:113-121
17. Kazmierczak M., Sipiński A.: Profilaktyka zaburzeń psychicznych występujących w okresie poporodowym. *Ann. Acad. Med.Siles.* 2005; 59 (5): 413-416.
18. Kaźmierczak M., Gebuza G., Gieraszevska M.: Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18 (4): 503-511.
19. Kim Y.K., Hur J.W., Kim K.H. at al.: Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: a prospective study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008b; 62: 331-340
20. Kosińska- Kaczyńska K., Horosz E., Wielgoś M., Szymusik I.: Zaburzenia afektywne u położnic w pierwszym tygodniu po porodzie – analiza rozpowszechnienia i czynników ryzyka. *Ginekol Pol* 2008;3: 182-185.
21. 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.
22. Kroemeke A., Mateusiak J.: Poczucie koherencji a symptomy depresyjne przed i po porodzie. *Szt. Leczenia* 2005; 12 (3/4): 31-34.

23. Krzyżanowska-Zbucka J.: Problemy emocjonalne kobiet w okresie okołoporodowym. Fundacja Rodzić po Ludzku. Warszawa 2008.
24. Patel V., Araya R., Lima M. S.: Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science and Medicine* 2002; 49:1461-1471.
25. Podolska M., Majewska A.: Style radzenia sobie w sytuacji stresowych stosowane przez matki w połogu. *Klin. Perinatol. Ginekol.* 2007; 43 (4): 64-67.
26. Reroń A., Gierat B., Huras H.: Ocena częstotliwości występowania depresji poporodowej. *Ginekol. Prakt.* 2004; 12 (3): 32-35.
27. Rutkowska A., Kludka-Sternik M., Kraczkowski J., Kwaśniewska A.: Symptomy zaburzeń depresyjnych w pierwszym tygodniu po porodzie- aspekt medyczny i psychologiczny. *Prz. Ginekol.-Położ.* 2007; 7 (4/6): 153-156.
28. Rymaszewska J., Dolna M., Gryboś M., Kiejna A.: Zaburzenia psychiczne okołoporodowe -epidemiologia, etiologia, klasyfikacja, leczenie. *Ginekol. Pol.* 2005; 76 (4): 322-330.
29. Steiner M., Yonkers K. (tłum. Maria Bnińska): Depresja u kobiet. Wyd. Via Medica, Gdańsk 1999
30. Wasilewska-Pordes M.: Depresja porodowa u kobiet. Wydawnictwo Radamsa, Kraków 2000: 68-220.
31. Yoshida K., Yamashita H., Ueda M.: Postnatal depression in Japanese mothers and the reconsideration of 'Satogaeri bunben'. *Pediatrics International* 2001; 43: 189-193.

### STRESZCZENIE

Badania statystyczne wykazują, że aż 80% kobiet boryka się z problemami zaburzeń nastroju w czasie ciąży, a także po narodzeniu dziecka, pomimo to temu problemowi jest poświęcane stosunkowo mało uwagi. Celem pracy była analiza wybranych czynników ryzyka na wystąpienie zaburzeń nastroju u kobiet w okresie połogu. W badaniu dobrowolnie wzięło udział 50 kobiet będących między 2 a 6 tygodniem połogu. Narzędzie badawcze składało się z: Endyburskiej Skali Depresji Poporodowej, kwestionariusza „Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie” oraz pytań własnego autorstwa. Na wystąpienie zaburzeń emocjonalnych w okresie połogu narażona jest co trzecia położnica. Najczęstszymi czynnikami ryzyka występowania zaburzeń emocjonalnych i depresji poporodowej w połogu są urazowość porodu, problemy emocjonalne przed zajściem w ciążę jak i w czasie jej trwania oraz problemy laktacyjne bądź niemożność karmienia dziecka piersią.

### ABSTRACT

Surveys show that 80% of women struggle with mood disorders during pregnancy and after the birth of a child, still there is not enough attention to this problem. The aim of this study was to analysis of selected risk factors for the occurrence of mood

disorders in women during the postpartum period. In the survey voluntarily participated 50 women who were between 2 and 6 weeks postpartum. Research tool consisted of: Edinburgh Postnatal Depression Scale, a questionnaire "Risk Factors postpartum mental disorders" and their own questions. Every third women in the postpartum period is exposed to the occurrence of emotional disorders. The most common risk factors for emotional disorders and postpartum depression in the postpartum period are: pain during birth, emotional problems before and during pregnancy and lactation problems or inability to breast-feed affects.

*Artykuł zawiera 29188 znaków ze spacjami*