

Temat

Możliwość wystąpienia objawów Baby – Blues, oraz wczesnych objawów depresji.

Prowadzący

Położna Oddziału Położniczo – Ginekologicznego.

Odbiorcy

- Pacjentka,
- Rodzina, opiekunowie

Cel

Pozyskanie wiedzy i umiejętności na temat postępowania w zakresie czynników ryzyka, objawów i profilaktyki depresji poporodowej.

- rozpoznanie czynników ryzyka predysponujących do wystąpienia depresji poporodowej
- zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości kobiet w zakresie czynników ryzyka i wczesnych objawów depresji poporodowej.
- jakie działania należy podjąć w celu zmniejszenia czynników ryzyka wystąpienia depresji poporodowej
- rodzaj i częstotliwość wykonywania badań diagnostycznych w kierunku depresji poporodowej
- Programy profilaktyczne Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia

Miejsce

Sala chorych

Czas zajęć

30 minut w trakcie dyżuru

Metody i techniki

- wykład
- rozmowa indywidualna

Zakres edukacji

Edukacja pacjentki, rodziny i opiekunów:

- omówienie etiologii schorzenia w zakresie przebiegu i powikłań,
- ukazanie konieczności rozpoznania czynników ryzyka i wczesnych objawów depresji poporodowej oraz poprawa kontroli czynników ryzyka,
- wyjaśnienie zakresu oraz konsekwencji trwałych deficytów,
- zwiększenie poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie,
- kształtowanie postaw prozdrowotnych.

Plan edukacji

- Rozpoczęcie zajęć – zaprezentowanie się osoby prowadzącej zajęcia.
- Wykład.
- Pytania i dyskusja.

- Podsumowanie kwestii poruszanych na zajęciach.
- Ocena zapamiętanych przez uczestników zajęć treści.
- Zakończenie edukacji.

Treść wykładu

Depresja poporodowa

Radość, duma, poczucie spełnienia, ekscytacja – to uczucia, które w potocznym rozumieniu kojarzą się z narodzinami dziecka. Ale podjęcie roli rodzica niesie ze sobą także trudne emocje, takie jak lęk, stres, smutek, poczucie żalu i utraty związane z nieodwracalną zmianą, jaka zaszła w życiu.

W pierwszych dniach i tygodniach po porodzie możesz doświadczać bardzo zmiennych i często skrajnych emocji. Możesz być zaskoczona, że nie odczuwasz radości z narodzin dziecka, że zamiast zalewu przyjemnych uczuć, czujesz smutek, obawy, lęk i ogromne zmęczenie. Możesz niepokoić się, czy będziesz umiała zająć się noworodkiem, zastanawiać się, jak zorganizować życie rodzinne, zawodowe, znaleźć czas na bycie we dwoje z partnerem. Być może zostałam z tym wszystkim sama?

Trudne stany emocjonalne po porodzie są doświadczeniem wielu kobiet. To normalna reakcja na ważne życiowe wydarzenie. Większość mam w tym okresie radzi sobie z obniżonym nastrojem przy wsparciu bliskich. Niekiedy jednak stan gorszego samopoczucia psychicznego nie mija – warto wtedy zwrócić się o pomoc do specjalisty (psychologa, psychoterapeuty, psychiatry).

Baby blues

Smutek poporodowy, tzw. „*baby blues*”, pojawia się w ciągu kilku dni po porodzie. Występuje nawet u 85% kobiet. To okresowe obniżenie nastroju jest fizjologiczną reakcją organizmu na zmiany hormonalne po porodzie. Baby blues najczęściej ustępuje samoistnie około 10. dnia po narodzinach dziecka. Kobieta w tym okresie potrzebuje wsparcia opartego na cierpliwości i zrozumieniu, zapewnienia jej poczucia bezpieczeństwa i pomocy w codziennych czynnościach.

Objawy „*baby blues*”:

- chwiejność emocjonalna, płaczliwość, drażliwość, nadmierna wrażliwość na bodźce,
- odczuwanie silnych, zmiennych i sprzecznych emocji – od radości i zachwyty, poprzez niepokój i uczucie rozbicia, aż po smutek, lęk i poczucie bezradności,
- zaburzenia snu, spadek apetytu, wrogość wobec partnera, poirytowanie.

Uwaga! Jeśli objawy baby blues nie ustępują w ciągu 2 tygodni od porodu, warto skonsultować się ze specjalistą – psychologiem, psychoterapeutą lub lekarzem psychiatrą. Może to świadczyć o rozwijającej się depresji poporodowej.

Depresja poporodowa to zaburzenie nastroju występujące zazwyczaj w ciągu pierwszych 6 tygodni, ale może wystąpić w ciągu roku po porodzie. Matki doświadczające depresji poporodowej doświadczają bardzo nasilonego niepokoju i smutku, co znacznie utrudnia im codzienne funkcjonowanie i zajmowanie się dzieckiem.

Depresja poporodowa występuje stosunkowo często – dotyka od ok. 13% do nawet 30% kobiet po narodzinach dziecka. W wielu przypadkach zachorowanie na depresję poporodową może wynikać z braku właściwego rozpoznania depresji rozpoczynającej się już w czasie ciąży. Ostatnie badania dowiodły, że co najmniej jedna trzecia przypadków „depresji poporodowej” rozpoczyna się w czasie ciąży lub jeszcze przed jej rozpoczęciem.

Im wcześniej rozpoznana jest depresja okołoporodowa, tym szybciej przebiega jej leczenie. Nieleczona depresja to przedłużające się cierpienie matki, trudności w nawiązywaniu więzi z dzieckiem i możliwy negatywny wpływ na rozwój dziecka, i na całą rodzinę.

Mężczyźni też chorują na depresję

Zaburzenia nastroju po narodzinach dziecka dotyczą ok. 10% ojców w ciągu pierwszego roku życia dziecka. W grupie ryzyka są przede wszystkim mężczyźni, którzy wcześniej mieli wahania nastroju, a także partnerzy kobiet cierpiących na depresję poporodową. Objawy depresji u mężczyzn to: *przygnębienie, brak zainteresowania codziennymi aktywnościami, trudności w koncentracji, poczucie bezsilności i brak energii.*

Ojcowie często radzą sobie z tymi uczuciami poprzez agresywne i ryzykowne zachowania, unikanie przebywania w domu, pracoholizm, hazard, alkohol. Tak jak w przypadku kobiet, leczenie męskiej depresji „poporodowej” polega na udzielaniu wsparcia, psychoterapii i ewentualnie, farmakoterapii.

Objawy

Jeśli zaobserwujesz **u siebie 3 z poniższych objawów**, trwających **dłużej niż 2 tygodnie**, świadczyć to może o tym, że przeżywasz depresję poporodową. W takiej sytuacji warto zgłosić się do psychiatry lub psychoterapeuty.

- smutek i przygnębienie występujące przez większą część dnia, negatywne myśli, poczucie beznadziei;
- nasilający się brak pewności siebie;
- trudność w podejmowaniu decyzji;
- znaczne osłabienie energii życiowej, bierność, trudność w wykonywaniu najprostszych codziennych czynności;
- stałe uczucie zmęczenia, wyczerpanie;
- ciągłe napięcie, rozdrażnienie, niezdolność do odprężenia;
- kłopoty ze snem (nadmierna senność lub bezsenność);
- pogorszenie się koncentracji i pamięci;
- zaburzenia łaknienia: utrata apetytu lub wzmożone łaknienie;
- niemożność odczuwania przyjemności i przeżywania radości, także przy zajmowaniu się dzieckiem;
- poczucie bycia bezwartościową, złą matką, obwinianie się;
- złe samopoczucie fizyczne, bolesność ciała bez wyraźnej somatycznej przyczyny;
- przewrażliwienie na punkcie zdrowia i rozwoju dziecka, zamartwianie się o karmienie, sen, płacz;
- obojętność wobec potrzeb dziecka lub trudność w odczytaniu i zrozumieniu sygnałów wysyłanych przez dziecko, rozdrażnienie i lęk w kontakcie z dzieckiem;
- niepokój i ciągłe pobudzenie zmuszające do nerwowego sprawdzania, czy dziecko śpi, oddycha; postrzeganie dziecka jako wyjątkowo kłopotliwego;
- potrzeba izolowania się, unikanie kontaktów z ludźmi;
- nawracające myśli o śmierci, myśli samobójcze lub o zrobieniu krzywdy dziecku (jeśli pojawiają się nawet bez powyższych objawów, koniecznie zgłoś się do lekarza).

Sposoby leczenia

W zależności od nasilenia objawów, w leczeniu poporodowych zaburzeń nastroju skuteczne są:

- **wsparcie** – czyli wysłuchanie, towarzyszenie w smutku, przekazanie wiedzy na temat choroby, rozmowa o myślach samobójczych, pozwalanie na wyrażanie emocji. Takiego wsparcia udzielić Ci może położna, doula, instruktorka ze szkoły rodzenia, przyjaciółka, która przeżyła podobne doświadczenie, inna bliska osoba. Możesz też poszukać grup wsparcia dla mam, które działają

przy różnych instytucjach i organizacjach.

- **pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna** – polega na rozmowie z psychologiem lub psychoterapeutą o trudnościach, które przeżywasz. Taka terapia może być indywidualna lub grupowa, może być to krótka interwencja kryzysowa (kilka – kilkanaście spotkań) lub trwać dłuższy czas.
- **konsultacje psychiatryczne** – w przypadku dużego nasilenia objawów warto skonsultować się z lekarzem psychiatrą. Niekiedy konieczne jest leczenie farmakologiczne. Jeśli chcesz karmić piersią, poproś lekarza o dobranie leku, który nie jest przeciwwskazany przy laktacji – istnieje wiele takich preparatów.

Opiekowanie się noworodkiem i niemowlęciem często oznacza dla kobiety bycie w ciągłej gotowości, zaabsorbowanie potrzebami dziecka, rezygnację z wielu przyzwyczajeń i przyjemności. W takiej sytuacji może być Ci trudno zadbać o siebie i regenerować siły. Szybko może pojawić się wyczerpanie – brak energii fizycznej, a także chęci do życia – dlatego w nowej sytuacji życiowej ogromnie ważna jest „**higiena psychiczna**”, troska o siebie i zadbanie o swoje zasoby.

Jeśli masz zdiagnozowaną depresję, w okresie lepszego samopoczucia, oprócz korzystania z profesjonalnej pomocy, spróbuj w miarę możliwości zaopiekować się sobą sama:

- bądź dla siebie wyrozumiała, pozwól sobie na przeżywanie różnych, także sprzecznych uczuć,
- daj sobie czas na poznanie swojego dziecka, na oswojenie się ze zmianą w życiu,
- pamiętaj, że nie musisz robić wszystkiego na 100%. Nie porównuj się z innymi mamami, zwłaszcza obserwując media społecznościowe. Weź pod uwagę, że często przedstawiają one kreację niemającą odzwierciedlenia w rzeczywistości,
- proś bliskich o konkretną pomoc i wsparcie, szczególnie w czynnościach dnia codziennego – może to być ugotowanie obiadu, zrobienie zakupów lub inne pomocne rzeczy,
- zadbaj o swój odpoczynek – zrób coś dla siebie, pójdz na spacer, przeczytaj coś przyjemnego,
- spróbuj jeść regularnie i bądź aktywna fizycznie (nie musisz uprawiać sportu, jeśli nie masz ochoty, codzienny spacer wystarczy) – to ma duże znaczenie dla prawidłowej pracy hormonów i wpływa na nastrój,
- porozmawiaj z bliską osobą o swoich emocjach,
- poszukaj wsparcia innych kobiet, które niedawno urodziły i znają to doświadczenie – być może w Twojej okolicy jest grupa wsparcia dla mam, spotkania dla mam karmiących piersią lub nauka chustonoszenia, spotkania kobiet, które razem chodziły do szkoły rodzenia. Takie grupy działają również w mediach społecznościowych.

Zdarza się, że kobiety ignorują pierwsze symptomy depresji albo opóźniają szukanie pomocy, ponieważ obawiają się opinii innych, wstydzą się lub czują się winne, że nie czerpią radości z bycia matką.

Pamiętaj! Depresja nie jest powodem do wstydu! To choroba, którą można wyleczyć!

Metody oceny skuteczności przeprowadzonych zajęć edukacyjnych

- Rozmowa kontrolna: ocena wiedzy i umiejętności na temat postępowania w zakresie czynników ryzyka, objawów i profilaktyki depresji poporodowej.

Załącznik

Edynburska Skala Depresji Poporodowej

Literatura

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.

Polskie tłumaczenie skali EPDS ukazało się w książce Meir Steiner i Kimberly Yonkers „Depresja u kobiet” (tłum. Maria Bnińska, wyd. Via Medica, Gdańsk 1999).

Instrukcja stosowania Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EPDS)

1. Matkę należy prosić o podkreślenie odpowiedzi najlepiej pasującej do jej samopoczucia w ciągu ostatnich 7 dni.
2. Należy uzyskać odpowiedzi na wszystkie 10 pytań.
3. Matka powinna udzielać odpowiedzi samodzielnie, nie należy dopuścić do omawiania odpowiedzi z kimś trzecim.
4. Matka powinna wypełnić ankietę osobiście, chyba że nie zna języka lub ma kłopoty z czytaniem.
5. Skalę można stosować aż do 6 – 8 tygodni po urodzeniu dziecka, aby zbadać samopoczucie pacjentki. Można w takim przypadku skorzystać z okazji, jaką stwarza wizyta matki z niemowlęciem u lekarza.
6. Wynik graniczny 10 punktów może świadczyć o problemach emocjonalnych u matki, kobiety które uzyskają 12 – 13 punktów prawdopodobnie cierpią na depresję poporodową – wskazana jest konsultacja psychiatryczna, twierdząca odpowiedź na ostatnie pytanie nawet bez punktacji powyżej 10 wymaga interwencji psychiatry.

Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP)

To badanie przesiewowe służące wstępnemu wykrywaniu ryzyka obecności depresji poporodowej.

Pytania dotyczą tygodnia poprzedzającego wykonanie testu:

1. Byłam zdolna do radości i dostrzegania radosnych stron życia	tak często jak zazwyczaj trochę rzadziej niż zwykle zdecydowanie rzadziej niż zwykle zupełnie nie byłam zdolna do radości	☐ ☐ ☐ ☐	0 punktów 1 punkt 2 punkty 3 punkty
2. Patrzyłam w przyszłość z nadzieją	tak jak zawsze rzadziej niż zawsze zdecydowanie rzadziej niż zwykle nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją	☐ ☐ ☐ ☐	0 punktów 1 punkt 2 punkty 3 punkty
3. Obwiniłam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udawało	tak w większości przypadków tak, czasami rzadko wcale	☐ ☐ ☐ ☐	3 punkty 2 punkty 1 punkt 0 punktów
4. Bez istotnej przyczyny odczuwałam lęk i niepokoiłam się	zupełnie nie raczej nie czasami tak, bardzo często	☐ ☐ ☐ ☐	0 punktów 1 punkt 2 punkty 3 punkty
5. Czułam się przestraszona i wpadałam w panikę bez większych powodów	tak, często czasami nie, raczej nie nie, nigdy	☐ ☐ ☐ ☐	3 punkty 2 punkty 1 punkt 0 punktów
6. Wydarzenia przerastały mnie	tak, prawie wcale nie dawałam sobie rady czasami nie radziłam sobie tak dobrze jak zwykle przez większość czasu radziłam sobie dobrze radziłam sobie tak dobrze jak zwykle	☐ ☐ ☐ ☐	3 punkty 2 punkty 1 punkt 0 punktów
7. Czułam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy	tak, przez większość czasu tak czasami rzadko nie, wcale nie	☐ ☐ ☐ ☐	3 punkty 2 punkty 1 punkt 0 punktów
8. Czułam się samotna i nieszczęśliwa	tak, przez większość czasu tak, dość często niezbyt często nie, wcale nie	☐ ☐ ☐ ☐	3 punkty 2 punkty 1 punkt 0 punktów
9. Czułam się tak nieszczęśliwa, że płakałam	tak, przez większość czasu tak, dość często tylko sporadycznie nie, wcale nie	☐ ☐ ☐ ☐	3 punkty 2 punkty 1 punkt 0 punktów
10. Zdarzało się, że myślałam o zrobieniu sobie krzywdy	tak, dość często czasami bardzo rzadko nigdy	☐ ☐ ☐ ☐	3 punkty 2 punkty 1 punkt 0 punktów
Kobieta która uzyska wynik 12, 13 lub więcej punktów powinna skorzystać z konsultacji psychologa, psychiatry lub lekarza innej specjalności – istnieje wówczas bowiem istotne prawdopodobieństwo, że cierpi na depresję poporodową. Ilość punktów uzyskana w skali nie odzwierciedla w sposób precyzyjny nasilenia depresji. Sam uzyskany wynik nie jest równoznaczny z diagnozą depresji – takie rozpoznanie może postawić dopiero psycholog lub lekarz (najlepiej – psychiatra), po osobistym zbadaniu pacjentki.			