

Rozpoznanie sytuacji matek małych dzieci w temacie depresji poporodowej i zaburzeń nastroju

Joanna Fejfer-Szpytko^a, Joanna Włodarczyk^a,
Marlena Trąbińska-Haduch^{b,c}

^aFundacja Dajemy Dzieciom Siłę

^bCentrum Medyczne „Żelazna”

^cOśrodek Terapeutyczno-Edukacyjny MaterPater

W niniejszym artykule przedstawiono problematykę związaną z depresją poporodową i innymi zaburzeniami nastroju okresu poporodowego. Scharakteryzowano rodzaje zmian emocjonalnych po porodzie, takich jak: przygnębienie poporodowe, depresja poporodowa, psychoza poporodowa i hipomania poporodowa. Przedstawiono również czynniki ryzyka wystąpienia depresji poporodowej oraz wpływ depresji matki na rozwój dziecka oraz prawdopodobieństwo krzywdzenia. Opisano także wyniki badania matek małych dzieci dotyczące ich sytuacji w kontekście depresji poporodowej. Zwrócono uwagę na ważne elementy w profilaktyce zaburzeń depresyjnych po porodzie.

SŁOWA KLUCZOWE:

SMUTEK POPORODOWY, DEPRESJA POPORODOWA, PSYCHOZA POPORODOWA, WSPARCIE MATEK

Wstęp

W naszym społeczeństwie macierzyństwo kojarzone jest ze stanem spełnienia i błogostanu. Od kobiety oczekuje się, że po porodzie otoczy swoje niemowlę opieką, będzie je pielęgnować, karmić i czuwać nad jego bezpieczeństwem. Czasami jednak zamiast zadowolenia z siebie, dumy i radości

na widok własnego dziecka pojawia się coś odmiennego, wręcz trudnego do określenia – niezrozumiały obniżony nastrój, brak energii, ambiwalencja w stosunku do rodzicielstwa. W rzeczywistości ewolucję, którą przechodzi organizm po ciąży, nieustanne zmęczenie związane z niewyspaniem spowodowanym karmieniem czy też brak apetytu trudno oddzielić od rozwijającego się procesu chorobowego. Taka sytuacja zaskakuje nie tylko same kobiety, ale także całe ich otoczenie. Wiele matek pozostaje do końca nieświadomymi postępującej depresji oraz konieczności szukania pomocy u specjalisty.

Epizod depresyjny

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 (Pużyński, Wciórka, 2000) o depresji (epizodzie depresyjnym, F32) mówimy wtedy, gdy chory przede wszystkim cierpi z powodu:

1. obniżonego nastroju,
2. utraty zainteresowań i zdolności do radowania się,
3. zmniejszenia energii prowadzącego do wzmożonej męczliwości i ograniczenia aktywności.

Do najczęściej spotykanych objawów dodatkowych należą:

- osłabienie koncentracji i uwagi,
- niska samoocena i mała wiara w siebie,
- poczucie winy i małej wartości (nadmierne i zwykle nieuzasadnione),
- pesymistyczne widzenie przyszłości,
- myśli i czyny samobójcze,
- zaburzenia snu (przedwczesne budzenie się rano – 2 i więcej godzin),
- zmiany łaknienia (częstsze zmniejszenie apetytu niż zwiększenie) i masy ciała (nawet o 5% lub więcej w okresie ostatniego miesiąca).

Do rozpoznania epizodu depresyjnego (od łagodnego przez umiarkowany do ciężkiego) niezbędne jest stwierdzenie utrzymywania się zaburzeń przez okres co najmniej dwóch tygodni. Zdarza się, że brany jest pod uwagę okres krótszy, np. gdy objawy osiągają duże nasilenie i szybko narastają. Obraz kliniczny epizodów depresyjnych może być różny. Przy rozpoznaniu rozważa się 2–3 charakterystyczne objawy oraz co najmniej 3–4 objawy dodatkowe.

Rozpowszechnienie depresji

Na depresję zapadają ludzie na całym świecie, w odległych od siebie i odmiennych krajach. Z danych publikowanych przez GUS (2016) wynika, że problem depresji w Polsce dotyczy 16% dorosłych. W badaniu „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska” stwierdzono, że u kobiet rozpowszechnienie depresji jest większe we wszystkich grupach wiekowych (Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak, 2015). Na świecie wśród kobiet w wieku 15–44 lat depresja jest drugą – po zakażeniu HIV i AIDS – przyczyną niepełnosprawności (Światowa Organizacja Zdrowia [WHO], 2001). Widoczna większa podatność kobiet na depresję według wielu specjalistów jest związana z zachowaniami wynikającymi z pełnionych przez kobietę ról (Meyer, 2003), m.in. ze stawianiem się matką.

Potwierdzają to badania, które koncentrują się na okresie okołoporodowym. Wielu specjalistów postrzega ciążę i poród jako okres doświadczania stresu, zarówno fizycznego, jak i emocjonalnego, oraz podatności na zmiany (Kornas-Biela, 2003; Steuden, Szymona, 2003).

Wyniki pokazują, że czas ten związany jest ze zwiększonym kilkakrotnie ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychicznych, szczególnie zaburzeń nastroju. Mogą one pojawić się po raz pierwszy, ale mogą także nasilać się lub powtórnie występować zaburzenia istniejące wcześniej. Po porodzie dochodzi do wielu zmian w biologii organizmu, zwłaszcza hormonalnych. Stężenie estrogenów, progesteronu i kortyzolu znacznie się zmniejsza, rozpoczyna się proces wydzielania oksytocyny oraz prolaktyny (Koszevska, 2010). Matka przeżywająca ogólne rozbitcie, pozostająca z małym dzieckiem sam na sam, może mieć poczucie, że nie sprosta wymaganiom. Kiedy jest obolała i osłabiona przy występujących problemach z laktacją, może poczuć się bezradna i zagubiona, potrzebuje czasu, aby powrócić do równowagi (Kaźmierczak, Gebuza, Gierszewska, 2010). Psychoanalityczne podejście dodaje w ramach psychologii prenatalnej, że właśnie doświadczenia ciąży, porodu, karmienie piersią, a także opieka nad małym dzieckiem są na tyle niepowtarzalne, że budzą konflikty dotyczące sfery seksualnej oraz relacji z rodzicami z okresu dzieciństwa i dojrzewania (Kornas-Biela, 2002). Przeżyte własne trudne dzieciństwo oraz poczucie braku zasobów związanych z byciem matką bardzo często odżywają właśnie w tym okresie (Chmarzyńska-Golińska, 2008).

Zaburzenia nastroju związane z okresem poporodowym

W latach 80. XX wieku Hopkins, Marcus i Campbell (1984 za: Kaźmierczak i in., 2010) wyodrębnili trzy postacie klinicznych stanów depresyjnych okresu połogu: przygnębienie poporodowe (smutek poporodowy), depresję poporodową i psychozę poporodową. Obecnie do szeregu poporodowych zaburzeń nastroju dodaje się hipomanię poporodową (Dudek, Siwek, Zięba i in. 2002).

Niezwykle powszechny jest smutek poporodowy (*postpartum blues, maternity blues, baby blues, SP*), który dotyczy 50–85% kobiet (Jaeschke, Siwek, Dudek, 2012). Rozwija się w ciągu kilku dni po porodzie. Największe nasilenie jego objawów obserwuje się w 4–5 dniu jego trwania. Ma on krótkotrwały charakter (od kilkunastu godzin do kilku dni), a ustępuje samoistnie najczęściej około 10 dnia po narodzeniu dziecka. Do objawów smutku poporodowego zaliczamy:

- umiarkowane obniżenie nastroju,
- labilność emocjonalną,
- płaczliwość,
- napięcie,
- drażliwość,
- nadmierną wrażliwość na bodźce,
- uczucie wyczerpania,
- trudności z koncentracją uwagi,
- częste bóle głowy,
- zaburzenia snu,
- zmniejszenie łaknienia,
- niekiedy uczucie wrogości wobec męża (Jaeschke i in., 2012).

Smutek poporodowy nie powoduje zaburzeń funkcjonowania i nie wymaga leczenia. Jedyne, co jest potrzebne, to zapewnienie matce w okresie połogu i później odpowiedniego wsparcia opartego na cierpliwości i zrozumieniu. Objawy przygnębienia poporodowego na ogół stopniowo i samoistnie ustępują. Wielu autorów uznaje smutek poporodowy za zjawisko fizjologiczne. Ponieważ jednak jest on czynnikiem rozwoju depresji poporodowej, to jego postrzeganie jako normalny stan coraz częściej budzi wątpliwości.

Kolejnym zaburzeniem, które dotyka 13–30% kobiet, jest depresja poporodowa (*postpartum depression, PPD*; O'Hara, Swain, 1996, za: Chrzan-Dętkoś, Dyduch-Maroszek, Humięcka, Karasiewicz, 2012). Prawdopodobieństwo jej wystąpienia

rośnie, gdy u kobiet w wywiadzie stwierdza się depresję (do 25%), smutek poporodowy lub depresję okołoporodową (do 50%; Maliszewska, Preis, 2014). Zarówno według klasyfikacji DSM-IV-TR, jak i ICD-10 pojawia się w ciągu pierwszych sześciu tygodni po urodzeniu dziecka (Pużyński, Wciórka, 2000). Wielu klinicystów podkreśla jednak, że epizod PPD może wystąpić nawet w 12 tygodniu po porodzie (Sharma, Khan, 2010). Oprócz objawów charakterystycznych dla opisanego wcześniej epizodu depresyjnego można zaobserwować te, które są związane z okresem okołoporodowym i w ten sposób diagnozowane jako oddzielna jednostka. U kobiety pojawia się poczucie niemożności sprostania obowiązkom związanym z opieką nad dzieckiem, które może łączyć się z lękiem, a nawet paniką, gdy kobiety zostają same ze swoim potomstwem. Dodatkowo kobiety skarżą się na przygnębienie z płaczliwością i często na trudny do zniesienia smutek czy zmęczenie (Kaźmierczak i in., 2010). Mogą występować natrętne myśli o treściach związanych ze zrobieniem krzywdy dziecku. Szczególne znaczenie mają objawy wskazujące na zakłócenie relacji z dzieckiem: osłabienie więzi, przesadne zamartwianie się o jego stan zdrowia, który nie budzi żadnych obaw (Kosińska-Kaczyńska, Horosz, Wielgoś, Szymusik, 2008). Matki wiedzą doskonale o tym, że powinny troskliwie opiekować się dzieckiem, jednak nie potrafią tego zrobić mimo starań i prób mobilizowania się.

Depresja poporodowa ma złożoną etiologię, na jej powstawanie w różnym stopniu oddziałują czynniki biologiczne oraz psychologiczne (Koszewska, 2010). Istotną rolę odgrywa osobowość kobiety i wykorzystywane przez nią strategie radzenia sobie z problemami oraz stresem.

Do czynników, które zwiększają ryzyko wystąpienia depresji poporodowej, należą:

- wcześniejsze epizody depresji,
- stresujące doświadczenia życiowe,
- niski poziom poczucia własnej wartości,
- brak wsparcia społecznego,
- konfliktowe relacje małżeńskie,
- niski status ekonomiczny,
- niepokój w okresie ciąży,
- samotne macierzyństwo,
- stres związany z opieką nad dzieckiem,
- temperament dziecka,
- smutek poporodowy,
- nieplanowana lub niechciana ciąża (Beck, 2001),
- ciąża wysokiego ryzyka (Kossakowska-Petrycka, Wałęcka-Matyja, 2007).

Warto też zaznaczyć, że oprócz czynników ryzyka istnieją też czynniki ochronne (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003). Należą do nich:

- troska i wsparcie doznawane w relacji z własną matką w dzieciństwie, jak i obecnie;
- dobra, wspierająca relacja matki z partnerem/ojcem dziecka;
- posiadanie przez matkę konstruktywnych umiejętności radzenia sobie ze stresem i lękiem;
- dostępność i możliwość uzyskania fachowej pomocy oraz informacji od osób profesjonalnie do tego przygotowanych: położnych, lekarzy ginekologów, pediatrów;
- wsparcie rodziny;
- karmienie piersią;
- uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia (Wszółek, 2014).

Różnicowanie depresji z innymi zaburzeniami nastroju

Depresję poporodową należy dodatkowo różnicować z psychozą poporodową oraz hipomanią poporodową.

Psychoza poporodowa (*postpartum psychosis*, PP) jest chorobą rzadką, występującą u 0,1% kobiet (Siwek, Dudek, 2003). Rozwija się najczęściej w ciągu pierwszego miesiąca po porodzie (jednak jej wystąpienie może obejmować okres od kilku dni do kilku miesięcy). Jej rozwój na ogół jest gwałtowny. Początkowo pojawia się bezsenność, brak odczuwania głodu, pobudzenie, drażliwość, dysforia, unikanie kontaktów z dzieckiem lub w ogóle niepodejmowanie opieki nad dzieckiem. Następnie po kilku dniach dołączają się urojenia i omamy dotyczące zrobienia krzywdy sobie lub dziecku. Czasami u chorych stwierdza się zaburzenia świadomości, dezorientację czy niepokój ruchowy. Kobiety z taką diagnozą ze względu na zagrożenie zdrowia i życia własnego lub dziecka wymagają hospitalizacji oraz intensywnego leczenia psychiatrycznego (leki przeciwpsychotyczne, czasami terapia elektrowstrząsowa; Siwek, Dudek, 2003). Psychoza poporodowa występuje u kobiet, które już wcześniej leczyły się na schizofrenię lub jest pierwszym objawem choroby afektywnej dwubiegunowej.

Hipomania poporodowa (*postpartum hypomania*, PH) jest to stan obserwowany w pierwszym dniu po porodzie, ze zwiększonym ryzykiem jego pojawienia się do kilku dni. Częstość jego występowania wynosi ok. 10–20%. Wiadomo, że narodziny dziecka wywołują normalną i fizjologiczną „euforię”, jednak w tym przypadku stan ten przekracza granicę normy. Objawami hipomanii poporodowej są:

- znaczne wzmożenie nastroju,
- drażliwość,
- wielomówność,
- goniłwa myśli,
- mnożenie pomysłów,
- spadek potrzeby snu,
- trudności w skupieniu uwagi.

Hipomania poporodowa jest zjawiskiem krótkotrwałym i samoistnie ustępującym. Z reguły nie wymaga leczenia. Należy jednak pamiętać, że może stanowić zaawansowaną formę depresji poporodowej (Siwek, Dudek, 2003).

Konsekwencje

Depresja poporodowa jest zjawiskiem, które niesie ze sobą poważne konsekwencje nie tylko dla zdrowia matki, ale i dziecka oraz ich wzajemnych późniejszych relacji i funkcjonowania całej rodziny. Niechęć do opieki nad dzieckiem w depresji poporodowej, nadmierny lęk matki o dziecko i skupienie się na swoim cierpieniu zaburza komunikację w zakresie diady matka–dziecko. Matka nie jest czujna wobec sygnałów płynących od dziecka, nie reaguje na jego komunikaty, może nie rozpoznawać jego potrzeb, a jej reakcje mogą być nieadekwatne. Utrudnia to kształtowanie się wzajemnego przywiązania między nimi, a w efekcie prowadzi do zaburzeń więzi i bardzo negatywnie wpływa na poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka (Kornas-Biela, 2003). W ten sposób depresja matek stanowi także czynnik ryzyka krzywdzenia i zaniedbywania małych dzieci (Izdebska, Lewandowska, 2012). Stan depresyjny matki sprzyja pojawianiu się u dzieci zachowań problemowych, co jeszcze bardziej utrudnia rodzicielstwo i zwiększa ryzyko doświadczania przez dziecko kolejnych sytuacji krzywdzenia (Jamenson, 1997).

Wiadomo, że stany obniżenia nastroju u kobiet po porodzie (smutek poporodowy) są częste i nie wymagają leczenia. Znaczące są na tym etapie wsparcie ze strony rodziny, czasem edukacja i wsparcie doświadczonej położnej, ginekologa lub psychologa. Jeżeli smutek, płaczliwość, bezsenność, lęk i drażliwość nie ustępują po kilku dniach lub ulegają nasileniu, może to oznaczać rozwój zaburzenia psychicznego – depresji poporodowej. Potrzebne jest wtedy prawidłowe rozpoznanie i leczenie. Nadal za mało wiemy o tym, co przeżywają matki małych dzieci, czy rozpoznają u siebie

objawy depresji, czy szukają pomocy oraz czego potrzebują. Poniższe opracowanie ma na celu poszerzenie wiedzy na temat matek i depresji poporodowej.

Rozpoznanie sytuacji matek dzieci od 0 do 6 r.ż. – badanie

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę (dawniej Fundacja Dzieci Niczyje) od 2008 r. prowadzi program Dobry Rodzic – Dobry Start skierowany m.in. do matek małych dzieci od 0 do 6 r.ż., oferując im wsparcie psychologiczne i psychoterapię. Celem programu jest profilaktyka krzywdzenia i zaniedbywania dzieci. Przez te lata obserwowano zwiększoną liczbę mam z objawami depresji poporodowej zgłaszających się do programu. W związku z tym stworzono specjalną ofertę, która obecnie jest jedyną bezpłatną ofertą długoterminowej psychoterapii dla kobiet z depresją poporodową zapewnianą przez organizację pozarządową. W ramach projektu matki z zaburzeniami nastroju okresu poporodowego mogą korzystać z pomocy terapeutycznej indywidualnej i grupowej. Rozpoczęcie projektu było związane także z przeprowadzeniem badania ankietowego drogą internetową wśród matek małych dzieci.

Cel i metoda badania ankietowego

Głównym celem badania było poznanie sytuacji matek małych dzieci, ich potrzeb dotyczących pomocy i wsparcia, ze szczególnym uwzględnieniem matek zmagających się z depresją poporodową lub zaburzeniami nastroju. Interesowało nas to, czy matki rozpoznają u siebie objawy depresji, czego potrzebują oraz czy szukają pomocy i wsparcia w swoim otoczeniu i czy je otrzymują.

Badanie zostało zrealizowane za pomocą ankiety internetowej. Link do ankiety był rozpowszechniany przez stronę internetową fundacji, jej fanpage na facebooku oraz na grupach facebookowych zrzeszających matki lub rodziców małych dzieci. W zaproszeniu do wypełnienia ankiety była informacja, że jest to badanie wśród mam małych dzieci dotyczące wyzwań i trudności związanych z macierzyństwem.

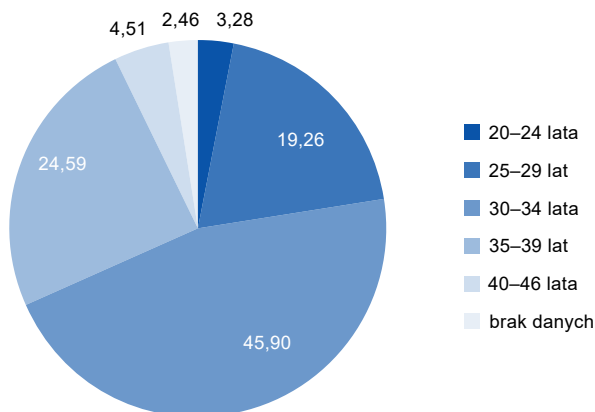
Do zebrania danych drogą ankiety internetowej zdecydowano się ze względu na sugestie badaczy wskazujące, że w kwestii zachowań zdrowotnych i antyzdrowotnych badania zbierane za pomocą witryn internetowych mogą sprzyjać uzyskiwaniu równie wiarygodnych danych, jak badania kwestionariuszowe (Łuszczynska 2004).

Ze względu na nielosowy dobór osób i ograniczony sposób dotarcia do respondentek nie należy przedstawionych wyników uogólniać na populację matek,

a jedynie traktować je eksploracyjnie oraz jako wskazówkę do dalszych badań i analiz.

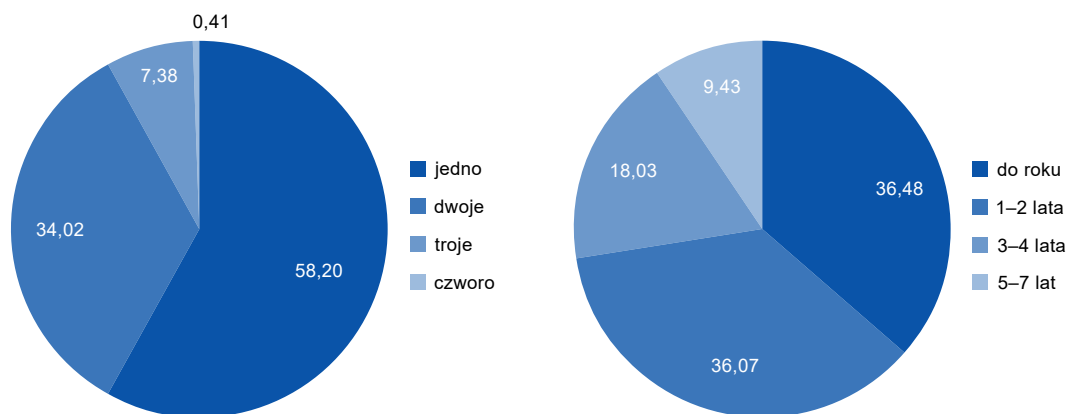
Ankietę wypełniły 244 kobiety, w wieku 20–46 lat. Niemal połowa respondentek (45,90%) miała 30–34 lat, jedna czwarta (24,59%) 35–39 lat, a jedna piąta (19,26%) 25–29 lat.

Wykres 1. Wiek badanych, N = 244, %



Większość badanych była mężatkami (81,56%), a 12,65% miało partnera w nieformalnym związku. Ponad połowa respondentek (58,20%) miała jedno dziecko, jedna trzecia (34,02%) – dwoje, a 7,79% – troje lub czworo. Najmłodsze dziecko w wieku do 2 lat miało 72,54% respondentek, a 90,57% – w wieku do lat 4.

Wykres 2 i 3. Liczba i wiek dzieci, N = 244, %



Wyniki z analizy ankiet

Poniżej przedstawimy tylko niektóre wyniki, które zwróciły naszą uwagę i mogą być odpowiedzią na wcześniej postawione pytanie: „Czy matki małych dzieci rozpoznają u siebie symptomy depresji, czy szukają pomocy oraz czego potrzebują?”.

Rozpoznawanie depresji

Na pytanie: „Które z poniższych zachowań u matki są Pani zdaniem niepokojące?”, respondentki odpowiedziały, że są to myśli samobójcze (97,54%), nieustanny smutek i negatywne myśli (95,08%), ciągła potrzeba płaczu u matki (88,52%) oraz brak reakcji na płacz dziecka (88,52%). W dalszej kolejności znalazły się m.in. zaburzenia odżywiania (74,18%) i snu (66,80% i 65,98%), izolacja społeczna (67,62%), nieustanny lęk o zdrowie dziecka (66,80%) i poczucie, że jest się złą matką (65,98%).

Dodatkowo na potrzeby badania wybrano te zachowania (zaznaczone szarym kolorem), które wskazywałyby na diagnozę depresji: myśli samobójcze, problemy ze snem, nieustanny smutek, negatywne myśli, nieustanny płacz matki czy niemożność zjedzenia czegokolwiek. Biorąc pod uwagę odpowiedzi respondentek, można stwierdzić, że bardzo trafnie określiły te właśnie objawy jako niepokojące.

Tabela 1. Ocena niepokojących zachowań u matki, N = 244

(Szarym kolorem zaznaczono objawy, które na potrzeby badania wskazywałyby na diagnozę depresji).

Które z poniższych zachowań u matki są Pani zdaniem niepokojące?	%
myśli samobójcze	97,54
nieustanny smutek, negatywne myśli	95,08
matka cały czas płacze	88,52
brak reakcji na płacz dziecka	88,52
niemożność zjedzenia czegokolwiek	74,18
ciągle denerwowanie się na wszystkich	70,49
brak ochoty na spotkania ze znajomymi/rodziną	67,62

nieustająca potrzeba snu	66,80
nieustający lęk, że dziecko jest chore	66,80
poczucie, że jest się złą matką	65,98
problemy ze snem	65,98
nieustające zmęczenie, problemy ze skupieniem się, podejmowaniem decyzji	65,57
ciągłe odczuwanie bólu	58,20
ciągła potrzeba jedzenia czegoś	43,03
poczucie, że dziecko ciągle płacze	40,16
inne	5,74

Następnie poproszono, by matki same oceniły, które z powyższych zachowań zauważały u siebie. Matki najczęściej wskazywały na nieustające zmęczenie (43,85%) i ciągłe denerwowanie się na wszystkich (40,57%). Nieco mniej respondentek przyznało, że miewa poczucie, że są złymi matkami (36,07%), odczuwa nieustanną potrzebę snu (30,00%) czy brak ochoty na spotkania ze znajomymi/rodziną (28,69%). Najmniej respondentek zauważyło u siebie ciągłe odczuwanie bólu (4,92%) oraz brak reakcji na płacz dziecka (4,10%).

Tabela 2. Diagnoza niepokojących zachowań u siebie, N = 244

(Szarym kolorem zaznaczono objawy, które na potrzeby badania wskazywałyby na diagnozę depresji).

Które z poniższych zachowań zaobserwowała Pani u siebie od momentu zostania matką?	Autodiagnoza %
nieustające zmęczenie, problemy ze skupieniem się, podejmowaniem decyzji	43,85
ciągłe denerwowanie się na wszystkich	40,57
poczucie, że jest się złą matką	36,07
nieustająca potrzeba snu	30,33
brak ochoty na spotkania ze znajomymi/rodziną	28,69
problemy ze snem	21,72

nieustanny smutek, negatywne myśli	19,26
ciągła potrzeba jedzenia czegoś	15,16
nieustający lęk, że dziecko jest chore	14,34
poczucie, że dziecko ciągle płacze	13,93
matka cały czas płacze	12,70
niemożność zjedzenia czegokolwiek	6,97
myśli samobójcze	5,33
ciągłe odczuwanie bólu	4,92
brak reakcji na płacz dziecka	4,10
inne	4,51

Ciekawe zatem, że zachowania, które obserwują u siebie matki, są inne niż te, które najbardziej je niepokoją w obrazie depresji jako choroby, z którą może się borykać mama małego dziecka. Jednocześnie zachowania obserwowane przez respondentki można przypisać do objawów, które nadal pozwalają podejrzewać i diagnozować występowanie depresji poporodowej:

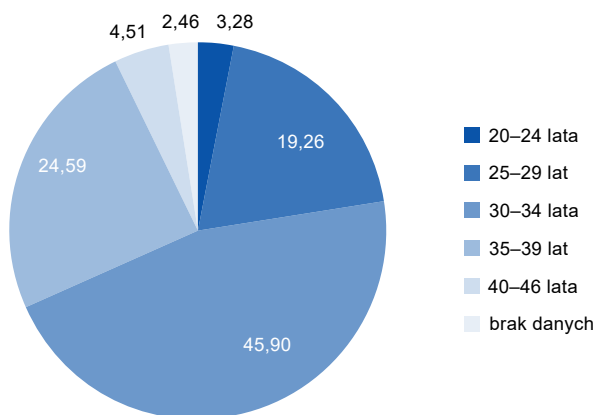
1. obniżony nastrój: *nieustanny smutek, negatywne myśli* – 19,26%;
2. utrata zainteresowań i zdolności do radowania się: *ciągłe denerwowanie się na wszystkich* – 40,57%, *brak ochoty spotkania ze znajomymi* – 28,69%;
3. zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i ograniczenia aktywności: *nieustające zmęczenie, problemy ze skupieniem się, podejmowaniem decyzji* – 43,85%.

Możemy zatem wysnuć wniosek, że matki małych dzieci, obserwując różne zachowania u siebie, niekoniecznie interpretują je jako niepokojące i wskazujące na rozwój depresji. To dalej może powodować, że nie będą szukały pomocy i nie rozpoczną leczenia. Brak wiedzy i opieranie się jedynie na własnych odczuciach, a być może też na obiegowej opinii społecznej dotyczącej obrazu depresji, może sprawić, że będą bagatelizowały to, co się z nimi dzieje. Realne objawy, których doświadczają, będą przypisywały tylko sytuacji, w jakiej aktualnie się znajdują, czyli byciu mamą małego dziecka – zmęczoną, obciążoną obowiązkami, wycofaną z życia społecznego, skupioną na dziecku i jego potrzebach.

Nasze przypuszczenia potwierdziły się przy analizie odpowiedzi na kolejne pytanie zadane respondentkom: „Czy kiedykolwiek miała Pani podejrzenie lub diagnozę depresji / zaburzeń nastroju na tle depresyjnym?”.

Taką diagnozę lub podejrzenie miała niemal co trzecia badana (29,92%), zaś 4,10% odmówiło odpowiedzi na to pytanie. Odmówienie przez 10 mam odpowiedzi na pytanie o diagnozę depresji budzi ciekawość. Być może matkom trudno nawet podejrzewać czy myśleć o swoich odczuciach lub zachowaniach w kategoriach zaburzeń nastroju, wybierają zatem brak odpowiedzi niż jedną z opcji – *potwierdzam* bądź *zaprzeczam*.

Wykres 4. Diagnoza depresji, N = 244, %



Po sprawdzeniu korelacji między odpowiedzią na pytanie o diagnozę depresji a wybranymi przez nas objawami wskazującymi na takie rozpoznanie (myśli samobójcze, problemy ze snem, nieustanny smutek, negatywne myśli, nieustanny płacz matki, czy niemożność zjedzenia czegokolwiek) zauważanymi przez matki u siebie, okazało się, że ponad połowa, bo 56,41% respondentek, które zaobserwowały u siebie zachowania uznane za wskaźniki depresji miały podejrzenie depresji lub jej diagnozę, zaś 41,03% – nie.

A zatem tylko połowa, patrząc na swoje zachowania, myślała, że stan ten jest na tyle niepokojący, iż poszukiwała pomocy bądź o niej myślała. W badaniu jednak sporo kobiet (aż 41,03%) nie myślało o diagnozie czy podejrzeniu depresji i w związku z tym nie próbowało poszukiwać pomocy.

Wyniki te można próbować wyjaśnić kilkoma czynnikami:

1. Matki najczęściej przeżywają wszystko w samotności i nie zgłaszają się po pomoc do specjalisty, ponieważ bardzo boją się reakcji otoczenia. Nacisk społeczny

i rodzinny, by być dobrą matką powoduje, że niejednokrotnie matki boją się i wstydzą przyznać do odczuwanych dolegliwości czy natrętnych myśli. Nie chcą słyszeć słów swoich mam i teściowych: „nie narzekaj, ja w moich czasach to dopiero miałam trudno”.

2. Wiele z nich (szczególnie kobiety rodzące po raz pierwszy) może nie zdawać sobie sprawy, że ich doświadczenie wykracza poza normę stanu psychicznego i fizycznego kobiety po porodzie, nie mieć świadomości tego, że jest to stan chorobowy.
3. Kobiety doświadczając pesymistycznych myśli, niechęci do opieki nad własnym dzieckiem mają poczucie, że „postradały zmysły”. Pojawia się wtedy obawa, że gdy ujawnią to, co się z nimi dzieje, zostaną rozdzielone z dzieckiem, zamknięte w szpitalu psychiatrycznym (Kaźmierczak i in., 2010). Dodatkowo nie chcą uchodzić za niewdzięczne, gdyż np. długo czekały na dziecko, czasami starały się o nie po wcześniejszych poronieniach, przeszły trudny okres leczenia. Nie chcą też same o sobie myśleć jako o słabej matce, a to doświadczenie niestety odbierają jako własną porażkę.

Ponadto nadal panują nieprawdziwe przekonania dotyczące leczenia, np., że leki przeciwdepresyjne uzależniają. Kobiety podejrzewające u siebie depresję nie wiedzą, że ogromny postęp w farmakoterapii depresji spowodował, iż większość leków przeciwdepresyjnych nie uzależnia i nie powoduje istotnych działań niepożądanych.

Dane te są zbieżne z zebranymi przez Ministerstwo Zdrowia (Ministerstwo Zdrowia, 2017) w ramach Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016–2020, z których wynika, że tylko połowa polskich obywateli chorujących na depresję otrzymuje jakąkolwiek fachową pomoc. Część w ogóle nie szuka porady medycznej, część szuka, ale dostaje błędną diagnozę.

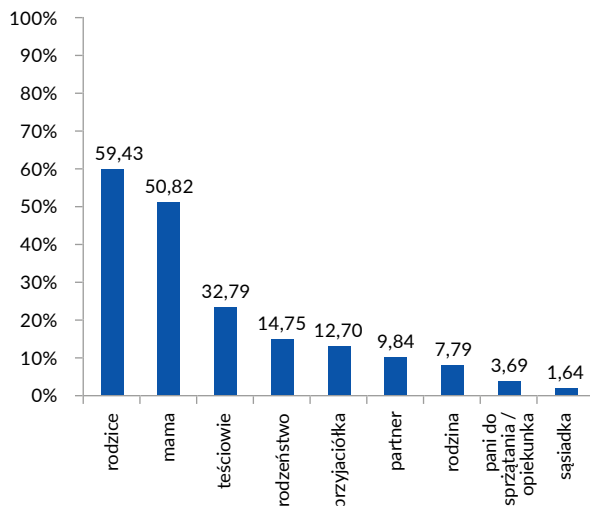
Pomoc, wsparcie i zrozumienie

Kolejne pytania dotyczyły obszarów: pomocy, wsparcia i zrozumienia jakiego doznają matki małych dzieci. W pierwszym z nich zapytano, kto proponuje swoją pomoc młodym matkom: „Czy ktoś proponował Pani pomoc w zajmowaniu się dzieckiem lub w pracach domowych? Kto? Proszę opisać tę pomoc”.

Ogółem 74,18% respondentek stwierdziło, że otrzymało propozycję pomocy, najczęściej była to pomoc związana z obowiązkami domowymi (sprzątanie gotowanie itd.) i opieką nad dzieckiem. Zdecydowanie najwięcej respondentek

spotkało się z taką propozycją ze strony rodziców (59,43%, w większości od swoich matek). Pomoc oferowali również teściowie (32,79%), rodzeństwo (14,75%) czy przyjaciółka (12,70%). Czasami matki pomoc otrzymywały od zatrudnionych osób (pani do sprzątnięcia lub opiekunki do dziecka) – choć dotyczyło to jedynie 3,69% badanych.

Wykres 5. Propozycja pomocy, N = 244, %



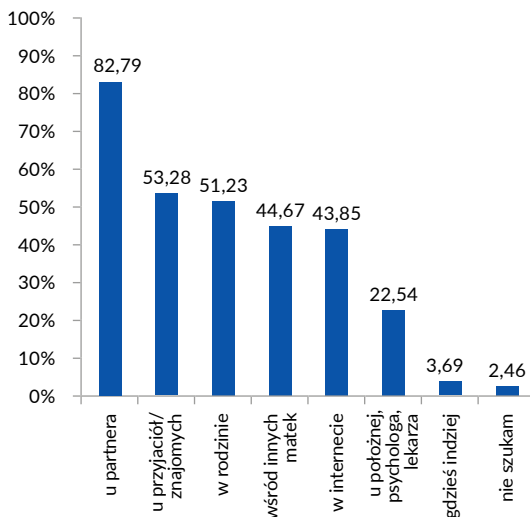
Kolejnym pytaniem skierowanym do matek, ukazującym ich sytuację i tłumaczącym ich zachowania, było pytanie dotyczące szukania wsparcia: „Gdzie szuka Pani wsparcia, gdy czuje Pani, że nie radzi sobie z opieką nad dzieckiem / wypełnianiem roli matki?”.

Wiadomo bowiem, że brak wsparcia jest jednym z czynników ryzyka depresji poporodowej. W różnych badaniach (Małus, Szyluk, Galińska-Skok, Konarzewska, 2016) wykazano, że kobiety, które oceniały wsparcie partnerów jako niezgodne z własnymi oczekiwaniami, doświadczały jednocześnie większego nasilenia objawów depresji poporodowej. Powyższe wyniki są także zgodne z wcześniejszymi badaniami prowadzonymi w 1999 r. przez Sender (Bielawska-Batorowicz, 2005), która wykazała, że w okresie ciąży i po porodzie niskie wsparcie społeczne i niskie zadowolenie z uzyskiwanego wsparcia korelują z podwyższonymi wskaźnikami depresji.

Na podstawie odpowiedzi respondentek okazało się, że większość z nich (82,79%) szukała wsparcia u partnera. Co druga badana szukała go u przyjaciół lub znajomych (53,23%) oraz w rodzinie (51,23%), zaś nieco mniej wśród innych matek (44,67%)

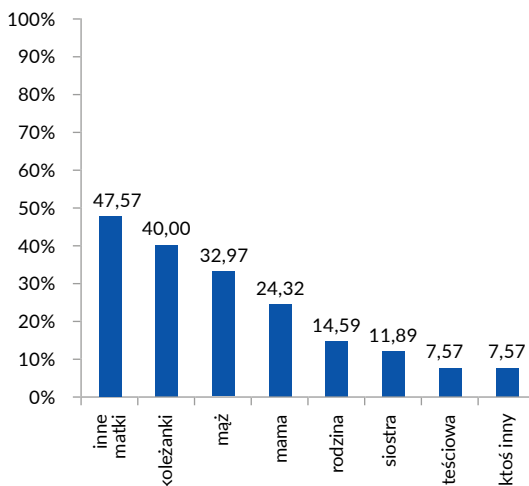
i w internecie (43,85%). Zdecydowanie najmniej respondentek (22,54%) oczekiwało wsparcia ze strony profesjonalistów – położnej, lekarza czy psychologa.

Wykres 6. Szukanie wsparcia, N = 244, %



Ostatnie pytanie skierowane do mam małych dzieci dotyczyło poczucia bycia rozumianą: „Czy ma Pani poczucie, że ktoś rozumie Pani problemy związane z macierzyństwem?”. Przeprowadzone badania ankietowe pokazały, że trzy czwarte badanych (75,41%) stwierdziło, że czują się rozumiane, a jedynie 6,15% – że nie ma takiego poczucia. 18,44% odpowiedziało – trudno powiedzieć.

Dodatkowo matki były pytane o to, kto je rozumie (było to pytanie otwarte). Prawie co druga respondentka wskazała inne matki (47,57%), nieco mniej – koleżanki (40,00%) i męża (32,97%). Pojawiały się także odpowiedzi wskazujące na inne kobiety w rodzinie: mamę (24,32%), siostrę (11,89%) i teściową (7,57%) oraz ogólnie rodzinę (14,59%).

Wykres 7. Kto rozumie matki, $n = 184$, %

W powyższych danych kilka spraw szczególnie wzbudziło nasze zainteresowanie.

Okazuje się zatem, że matki w trudnej dla siebie sytuacji, gdy nie radzą sobie w opiece nad dzieckiem i wypełnianiu roli matki, głównie szukają wsparcia u partnera (82,79%), a następnie u przyjaciół i rodziny (w obu grupach ponad 50%). Natomiast realną pomoc, np. w obowiązkach domowych, otrzymują od rodziny – własnych matek, teściowych, czasem rodzeństwa czy przyjaciół, a partner wymieniany był dopiero na szóstym miejscu (9,84%). Inne matki oraz koleżanki wymieniane były także w pierwszej kolejności jako osoby, które najlepiej rozumieją ich problemy związane z macierzyństwem (ok. 50% badanych), partnerzy byli na trzecim miejscu (32,97%). Ciekawe zatem, że badane kobiety od kogoś innego oczekiwały wsparcia (partnerzy), a od kogoś innego realnie otrzymywały pomoc i zrozumienie w sytuacji, w jakiej się znajdowały (matki, teściowe, rodzina, przyjaciele). Można tutaj zastanowić się, co dla respondentek kryło się pod pojęciem wsparcia i pomocy.

Słowo *wsparcie* kojarzy się głównie z daniem podpory. Wspieranie zawsze dotyczy działania w sytuacji trudnej, niestabilnej, kiedy bez „podparcia” coś by runęło, przewróciło się albo upadło. Słowo *pomoc* to praca, wysiłek lub działanie podjęte dla dobra innej osoby w celu ulżenia jej w działaniu lub ratowanie w niebezpieczeństwie. (Kacperczyk, 2006). Biorąc pod uwagę to, że doświadczanie wsparcia i pomocy, jak zostało to już wcześniej zaznaczone, jest czynnikiem ochronnym w depresji poporodowej, wydaje się ważne, że matka małego dziecka może doświadczać obu z nich, nawet jeśli są z różnych źródeł. Dzięki temu grono osób wokół niej jest większe, co chroni ją przed poczuciem osamotnienia i wykluczenia społecznego.

Druga sprawa, która zastanawia, to dlaczego tak mało konkretnej pomocy matki otrzymują od samego partnera, mimo że bardzo jej oczekują. Widoczne są przecież zmiany w postaci większego zaangażowania się ojców w rodzicielstwo, co przejawia się m.in. w znacząco rosnącej liczbie ojców korzystających z krótkich urlopów po narodzinach dziecka. Jednocześnie liczba ojców wykorzystujących dodatkowo urlop rodzicielski jest bardzo niska w stosunku do matek korzystających z tego uprawnienia. W roku 2015 r. z urlopu rodzicielskiego skorzystało blisko 323 tys. kobiet, a tylko 4,6 tys. mężczyzn (ZUS, 2015). Z przeprowadzonych ankiet wynika, że w niemal połowie domów (43,85%) obowiązki wychowania i opieki nad dzieckiem spada albo w całości na kobiety, albo głównie na nie (5,74%). Te dane pokazują, że nadal to kobiety pozostają z dziećmi w domu, a mężczyźni wracają do pracy, zajmując się utrzymaniem rodziny, mimo zmian, o jakich się mówi w naszym społeczeństwie w kwestii obecności ojców w życiu ich dzieci. Prawdopodobnie ma tutaj znaczenie czynnik finansowy, bo w Polsce wciąż to mężczyźni zarabiają o 15–20% więcej niż kobiety. Rodziny kalkulują i wychodzi im, że bardziej opłaca się pełny roczny urlop kobiety niż taki sam urlop mężczyzny (Kostrzewski, Miączyński, 2015).

Tabela 3. Podział obowiązków, N = 244, %

Czy dzieli się Pani obowiązkami domowymi i opieką nad dzieckiem/dziećmi z partnerem?	%
Tak, partner w dużym stopniu angażuje się z obowiązki domowe i opiekę nad dzieckiem/dziećmi	46,31
Tak, partner mi pomaga, ale większość tych obowiązków i tak spada na mnie	43,85
Nie, obowiązki domowe i opieka nad dzieckiem spoczywają na mnie	5,74
Nie dotyczy, nie mam partnera	4,10

Warto tutaj zwrócić uwagę na inny fakt, który może uzupełniać obraz sytuacji. Coraz więcej analiz w piśmiennictwie dotyczy wpływu pojawienia się dziecka na stan psychiczny ojca. Brak zaangażowania w pomoc przy dziecku może być związany z tym, że z tą właśnie zmianą mężczyzna przeżywa swój kryzys. Wiele specjalistycznych prac wskazuje na nasilenie objawów depresyjnych u mężczyzn w tym właśnie okresie (Tuszyńska-Bogucka, Nawra, 2014). O depresji poporodowej mówi się najczęściej w kontekście kobiet, ale najnowsze badania utrzymują, że cierpi na nią także wielu mężczyzn. Dotyka ona 4–13% nowych ojców, a nawet 24–50% tych, których partnerka miała zdiagnozowaną depresję poporodową (Goodman, 2004).

Ponadto analiza odpowiedzi matek małych dzieci ujawnia, że pomoc psychologiczna i psychiatryczna jest widziana przez nie jako jeden z ostatnich rodzajów wsparcia, po które sięgają. Okazuje się, że matki, doświadczając różnych wątpliwości, niejasności czy objawów, które mogą im utrudniać rodzicielstwo, nie korzystają z pomocy profesjonalistów. Tym bardziej jest to niepokojące, gdy zdamy sobie sprawę z tego, że po rozpoznaniu depresji poporodowej oraz zaburzeń nastroju najlepsze efekty i poprawę stanu emocjonalnego pacjentki uzyskuje się przy leczeniu skojarzonym, połączeniu farmako- i psychoterapii (Koszevska, 2010). Warto także pamiętać o tym, że położne i pielęgniarki zajmujące się domową opieką nad matkami małych dzieci są szkolone, by w nieoceniający sposób słuchać i towarzyszyć im w dylematach – badania pokazują, że oddziaływania te mają wysoką skuteczność (Holden, Sagovsky, Cox, 1989). Można zatem przypuszczać, że kontakt matki z położną środowiskową odbywającą wizytę patronażową stwarza możliwość zbudowania relacji w okresie początków macierzyństwa, która będzie bardzo wspierająca dla matki. Zapewni jej nie tylko pomoc w opiece i pielęgnacji dziecka, ale ułatwi jej zaopiekowanie się samą sobą i może stanowić korektywne doświadczenie emocjonalne. Wynik otrzymany w ankietach może być związany nie tylko z opisywanymi wcześniej trudnościami matek w ujawnianiu problemów po porodzie, ale także z brakiem oferty lub trudnościami w dostępie do leczenia, zwłaszcza w mniejszych miejscowościach.

Wsparcie innych matek

Pewne elementy wynikające z powyższych badań mogą być pomocne w myśleniu o programach profilaktycznych dla kobiet w tym szczególnym okresie. Zwraca uwagę, że to grupa innych matek jest tą, w której one same czują się najlepiej rozumiane.

Do podobnych wniosków doszli specjaliści w innych krajach i na ich podstawie tworzone są pionierskie programy wsparcia dla młodych mam, w których kobiety z czynnikami ryzyka wspierają inne kobiety-matki. W Wielkiej Brytanii tworzone są programy telefonicznego wsparcia, takie jak Mums4Mums (Mamy dla Mam). Wykwalifikowane pracownice-matki są dostępne dla innych matek w okresie 4 miesięcy po porodzie i udzielają im telefonicznych porad (Maliszewska, Preis, 2014). Podobne programy rozpoczęły się w Kanadzie. Tutaj wyniki ewaluacji już wskazują na skuteczność wsparcia telefonicznego udzielanego w ramach wzajemnej pomocy dla kobiet z grupy wysokiego ryzyka przez przygotowane wolontariuszki-matki, posiadające własne doświadczenia z depresją poporodową (Dennis i in. 2009).

Powyższe wyniki wskazują na znaczenie tego, co nazywane jest spójnością grupową i uniwersalnością doświadczeń, stanowiącymi czynniki leczące w różnych formach terapii grupowej (Czabała, 2005).

Wsparcie oraz praca w towarzystwie innych kobiet z podobnym problemem zostały także wykorzystane w nowej ofercie dla matek z depresją poporodową i zaburzeniami nastroju przygotowanej przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę (dawniej Fundacja dzieci Niczyje).

Od września do grudnia 2016 r. prowadzona była już III edycja grupy terapeutycznej. Część uczestniczek była w stałym kontakcie z psychiatrą i była leczona farmakologicznie.

Uczestniczki grupy przyszły z bardzo różnym nastawieniem i różnymi doświadczeniami udziału w psychoterapii. Niektóre miały doświadczenie terapeutycznego kontaktu indywidualnego. Były wśród nich też takie, dla których był to pierwszy kontakt z psychoterapią.

Udział w grupie spowodował, że uczestniczki zaczęły:

- otwarcie mówić o swoich kłopotach, słuchać refleksji innych na określony temat i zastanawiać się, jak to się ma do ich dotychczasowego punktu widzenia i reagowania na świat;
- częściej i bardziej świadomie nazywać emocje, które przeżywają, zwłaszcza złość, frustrację, odrzucenie, niechęć wobec swoich bliskich i wobec swego dziecka/dzieci;
- lepiej radzić sobie z emocjami, które przeżywają;
- chętniej i bardziej otwarcie szukać pomocy u swoich bliskich i korzystać z niej;
- bardziej adekwatnie interpretować zachowania innych wobec siebie, starając się nie odbierać ich jako skierowanych „przeciwko sobie”;
- lepiej organizować sobie dzień;
- częściej myśleć o swoich potrzebach (bez poczucia winy) i je realizować.

Choć nadal odczuwały samotność w swoim macierzyństwie i miały ograniczony kontakt z innymi ludźmi, zrozumiały, że związane jest to z ich postępowaniem i zachowaniem oraz że, aby coś się zmieniło, one same muszą podjąć pracę nad sobą. Uczestnictwo w grupie nie wyczerpało wszystkich tematów i nie rozwiązało wszystkich trudności, z jakimi na co dzień borykały się matki, pozwoliło im jednak uświadomić sobie, że jeśli chcą, aby było inaczej, to one same muszą się zmienić.

Podsumowanie

Depresja bywa trudna do zauważenia zarówno dla samych kobiet, jak i ich otoczenia. Jej częstość występowania jest niedoszacowana ze względu na niechętnie korzystanie przez matki z pomocy specjalistów. Stanowi ona jednocześnie poważny problem zdrowotny i niesie ze sobą konsekwencje na wielu obszarach funkcjonowania. Przedstawiona powyżej analiza wybranych wyników badań ankietowych przeprowadzonych wśród matek małych dzieci potwierdza zasadność kierowania oferty pomocy psychologicznej oraz edukacji w zakresie rozpoznawania i leczenia depresji właśnie do mam. Brak wiedzy o możliwych trudnościach oraz nieotrzymywanie przez kobiety adekwatnego wsparcia w czasie ciąży i po porodzie naraża zarówno je same, jak i całe rodziny. Powoduje u nich cierpienie i negatywnie wpływa na budujące się w rodzinie relacje, stając się również czynnikiem ryzyka zaniedbania i krzywdzenia małego dziecka. Doświadczenie terapii grupowej z matkami pokazuje, jak wiele zmian i korzyści mogą one osiągnąć, korzystając z pomocy psychoterapeutów oraz środowiska kobiet będących w podobnej sytuacji.

Dlatego tak ważne jest, aby młode matki otrzymały wsparcie na różnych etapach okresu okołoporodowego. By po powrocie ze szpitala nie pozostały same ze swoimi wątpliwościami, ale miały możliwość kontaktu z innymi matkami i profesjonalnej pomocy ze strony pracowników szeroko rozumianej ochrony zdrowia. Aby nie tylko noworodek był w centrum zainteresowania tych specjalistów, ale przede wszystkim stan, samopoczucie i emocje matki.

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę (dawniej Fundacja Dzieci Niczyje), aby przyczynić się do poprawy systemu opieki nad kobietami cierpiącymi na depresję okołoporodową i ich rodzinami, wystosowała do Rzecznika Praw Pacjenta postulaty zmian. Zawierają one zalecenia dotyczące różnych obszarów i wskazują na te aspekty, które należy poszerzyć, uwypuklić czy zmienić.

1. Przygotowanie rodziców

- Poprawa przygotowania rodziców do rodzicielstwa przez włączenie tematyki zdrowia psychicznego, w tym przygotowania emocjonalnego do zmian po narodzinach dziecka, do programów dotowanych szkół rodzenia;

2. Przygotowanie profesjonalistów

- Nawiązanie współpracy z uczelniami medycznymi i włączenie do *curriculum* studiów na kierunkach m.in. lekarskim, położnictwie, pielęgniarstwie tematyki depresji poporodowej i innych czynników mogących zaburzyć więź rodzic-dziecko;

- Uwzględnienie tematyki depresji poporodowej i innych czynników mogących zaburzyć więź rodzic–dziecko w cyklach szkoleń podyplomowych dla personelu medycznego oraz uwzględnienie w nich aspektu współpracy interdyscyplinarnej;
 - Stworzenie możliwości superwizji dla personelu medycznego w celu wzmocnienia jego poczucia kompetencji we wsparciu kobiet chorujących na depresję poporodową i ich rodzin;
3. Poprawa wykrywalności i warunków leczenia
- Poprawa wykrywalności symptomów depresyjnych na wczesnym etapie poprzez prowadzenie przesiewowych testów, np. z wykorzystaniem Skali edynburskiej, jeszcze na oddziałach położniczych lub podczas wizyt patronażowych czy wizyt kontrolnych u lekarza pediatry;
 - Zwracanie przez położne i pielęgniarki podczas wizyt patronażowych uwagi na możliwe symptomy depresji, a także inne czynniki ryzyka krzywdzenia dzieci (relacje w rodzinie, sytuację rodziny, dostępność wsparcia dla młodych rodziców) – dokumentacja prowadzonych wizyt powinna przewidywać uwzględnienie ww. aspektów;
 - Dostarczenie pracownikom medycznym mającym kontakt z matkami małych dzieci informacji o dostępnej ofercie wsparcia;
 - Stworzenie regionalnych i lokalnych centrów referencyjnych posiadających specjalistyczną ofertę wsparcia i pomocy terapeutycznej dla osób chorujących na depresję poporodową i ich rodzin w celu poprawy dostępności pomocy i skrócenia czasu oczekiwania na wsparcie;
 - Wypracowania modelu oddziałów opieki psychiatrycznej umożliwiających pobyt matki wraz z dzieckiem, co zapobiegnie rozłączaniu diady matka–dziecko dodatkowo zaburzającemu tworzenie prawidłowej więzi;
4. Zwiększenie wiedzy nt. problemu
- Prowadzenie regularnych kampanii podnoszących świadomość i wiedzę opinii publicznej nt. symptomów depresji, skali jej występowania i możliwości wsparcia (TV, radio, prasa kobieca, blogerki parentingowe);
 - Zbieranie, agregowanie i udostępnianie danych nt. problemu, barier w szukaniu i świadczeniu pomocy, mapy miejsc pomocowych;
 - Rozpoznanie problemu poporodowej depresji ojcowskiej;

Powyższe postulaty mają na celu stworzenie kompleksowego systemu wykrywania i leczenia depresji poporodowej opartego na modelu zdrowia publicznego.

E-maile autorek: joanna.fejfer-szpytko@fdds.pl, joanna.wlodarczyk@fdds.pl.

Bibliografia

- Beck, Ch. T. (2001). Predictors of postpartum depression. *An update Nurs Res*, 50(5), 275–285.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2005). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice: „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe. 221–242.
- Chmarzyńska-Golińska, J. (2008). Aspekty wczesnej relacji pomiędzy matką i dzieckiem. Pobrano z: <http://joannachmarzynska.com/artykuly/8-artykuly/3-aspekty-wczesnej-relacji-pomiedzy-matka-i-dzieckiem>.
- Chrzan-Dętkoś, M., Dyduch-Maroszek, A., Humięcka, A., Karasiewicz, K. (2012). *Uwarunkowania i konsekwencje depresji poporodowej*. *Psychoterapia*, 161(2), 55–63.
- Czabała, Cz. (2005). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Dennis, C-L., Hodnett, E., Kenton, L., Weston, J., Zupancic, J., Stewart, D. E., Kiss, A. (2009). A Kiss Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. *BMJ*, 338,a3064.
- Dudek, D., Siwek, M., Zięba, A. i wsp. (2002). Depresja poporodowa. *Przegląd Lekarski*, 59(11), 919–923.
- Goodman, J. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs*, 45(1), 26–35.
- GUS (2016). Stan zdrowia ludności Polski w 2014. Pobrano z: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/>.
- Holden, J. M., Sagovsky, R., Cox, J. L. (1989). Counselling in general practice setting: controlled study of health visitors intervention in treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 298(6668), 223–226.
- Izdebska, A., Lewandowska, K. (2012). Czynniki ryzyka krzywdzenia dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 11(2) (39), 116–132.
- Jaeschke, R., Siwek, M., Dudek, D. (2012). Poporodowe zaburzenia nastroju – update 2012. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 7(3), 113–121.
- Jameson, P. B. (1997). Mother – Toddler Interaction Patterns Associated with Maternal Depression. *Development of Psychopathology*, 9(3), 537–550.

- Kacperczyk, A. (2006). *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kaźmierczak, M., Gebuza, G., Gierszewska, M. (2010). Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego. *Problemy Pielęgniarstwa*, 18,(4), 503–511.
- Kornas-Biela, D. (2002). *Wokół początku życia ludzkiego*. Warszawa: PAX.
- Kornas-Biela, D. (2003). Psychodynamiczny nurt w psychologii prenatalnej: wybrane problemy z obszaru prokreacji. *Przegląd Psychologiczny*, 46(2), 179–196.
- Kosińska-Kaczyńska, K., Horosz, E., Wielgoś, M., Szymusik, I. (2008). Affective disorders in the first week after delivery: prevalence and risk factors. *Ginekologia Polska*, 79(3), 182–185.
- Kossakowska-Petrycka, K., Wałęcka-Matyja, K. (2007). Psychologiczne uwarunkowania wystąpienia depresji poporodowej u kobiet w ciąży o przebiegu prawidłowym i ciąży wysokiego ryzyka. *Ginekologia Polska*, 78(7), 544–548.
- Kostrzewski, L., Miączyński, P. (2015). Ojcowie nie idą na urlopy. Dramatyczne dane. *Gazeta Wyborcza*. Pobrano z: <http://wyborcza.pl/1,155287,18537385,ojcowie-nie-ida-na-urlopy-dramatyczne-dane.html>.
- Koszewska, I. (2010). *O depresji w ciąży i po porodzie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Łuszczynska, A., (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk: GWP.
- Maliszewska, K., Preis, K. (2014). Terapia depresji poporodowej – aktualny stan wiedzy. *Ann. Acad. Med.*, 44, 105–111.
- Małus, A., Szyluk, J., Galińska-Skok, B., Konarzewska B. (2016). Występowanie depresji poporodowej a jakość relacji w związku. *Psychiatria Polska.*, 50(6), 1135–1146. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/61569>.
- Meyer, R. (2003). *Psychopatologia. Jeden przypadek – wiele teorii*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Ministerstwo Zdrowia (2017). Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016–2020. Pobrano z: <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/wykaz-programow/program-zapobiegania-depresji-w-polsce-na-lata-2016-2020/>.
- Moskalewicz, J., Kiejna, A., Wojtyniak, B. (2015). *Kondycja Psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

- Pużyński, S., Wciórka, J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków - Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Seligman, M. E. P., Rosenhan, D. L., Walker E. F. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Sharma, V., Khan, M. (2010). Identification of bipolar disorder in women with postpartum depression. *Bipolar Disord*, 12, 335–340.
- Siwek, M., Dudek, D. (2003). Depresja poporodowa. Czynniki ryzyka, wykrywanie. W: J. Meder (red.), *Problemy zdrowia psychicznego kobiet* (s. 65–74). Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Studen, S., Szymona, K. (2003). Psychologiczne aspekty macierzyństwa i ojcostwa w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka. W: J. Meder (red.), *Problemy zdrowia psychicznego kobiet* (s. 109–121). Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Światowa Organizacja Zdrowia, WHO, (2001).
- Tuszyńska-Bogucka, W., Nawra, K. (2014). Paternal postnatal depression. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 61–69.
- Wszolek, K., (2014). *Identyfikowanie czynników mogących mieć wpływ na stan emocjonalny położnic. Rozprawa doktorska*. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego.
- ZUS (2015). Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych.

Situation analysis of young children’s mothers in the subject of postpartum depression and mood disorders

This article presents problems associated with postpartum depression and other mood disorders in postpartum period. Kinds of emotional changes after birth, such as: postpartum blues, postpartum depression, postpartum psychosis and postpartum hypomania has been characterized. Risk factors for postpartum depression were also presented and the impact of maternal depression on child development and the likelihood of abuse. The article presents also the results of survey of mothers of young children on their situation in the context of postpartum depression. Important elements in the prevention of depressive disorders after birth was highlighted.

KEYWORDS:

POSTPARTUM BLUES, POSTPARTUM DEPRESSION, POSTPARTUM PSYCHOSIS, SUPPORT FOR MOTHERS

Cytowanie:

Fejfer-Szpytko, J., Włodarczyk, J., Trąbińska-Haduch, M. (2016). Rozpoznanie sytuacji matek małych dzieci w temacie depresji poporodowej i zaburzeń nastroju. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 15(3).



Artykuł jest dostępny na licencji *Creative Commons Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska*.