



# Opieka okołoporodowa w kontekście zdrowia psychicznego

pod redakcją

**Ewy Baum**

**Marii Nowosadko**

**Katarzyny Wszolek**

**Sigríður Sii Jónsdóttir**



# Opieka okołoporodowa w kontekście zdrowia psychicznego

pod redakcją

**Ewy Baum**

**Marii Nowosadko**

**Katarzyny Wszolek**

**Sigríður Sii Jónsdóttir**

*Recenzje*

dr hab. Dorota Karkowska, prof. UJ

prof. dr hab. Michał Musielak

© Copyright by Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,  
Poznań 2023

ISBN 978-83-7597-452-2

Skład, łamanie, opracowanie graficzne, projekt okładki: Bartłomiej Wąsiel

Zdjęcie na okładce: senivpetro on Freepik



ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań  
[www.wydawnictwo.ump.edu.pl](http://www.wydawnictwo.ump.edu.pl)

Ark. wyd. 19,8. Ark. druk. 20,0.  
Format B5. Zam. 64/2023.  
Przekazano do druku w maju 2023.



Książka powstała w ramach projektu „Zwiększenie wiedzy i kompetencji studentów położnictwa w zakresie zdrowia psychicznego i zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym. Położne dla zdrowia psychicznego”, finansowanego w ramach funduszy EOG (nr EOG/19/K4/W/0025).

Projekt „Zwiększenie wiedzy i kompetencji studentów położnictwa w zakresie zdrowia psychicznego i zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym. Położne dla zdrowia psychicznego” korzysta z dofinansowania o wartości 219 704 EUR otrzymanego od Islandii, Liechtensteinu i Norwegii w ramach funduszy EOG. Celem projektu jest opracowanie programu nauczania studentów położnictwa w obszarze zaburzeń zdrowia psychicznego w okresie okołoporodowym.

**Wartość dofinansowania** – 219 704 €

**Data rozpoczęcia projektu** – 1.06.2021

**Data zakończenia projektu** – 31.05.2023

**Łączny czas realizacji projektu** – 24 miesiące

**Partner** – Miðstöð foreldra og barna (Centrum Rodziców i Dzieci w Reykjavíku), Islandia

## Wykaz autorów

**dr Stanisław Antczak**

Katedra Nauk Społecznych  
i Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**Stefania Birna Arnardóttir, RG, MSc**

Children's Mental Health Centre,  
Family Care, parent-child 0-5 year

**dr hab. Ewa Baum, prof. UMP**

Zakład Filozofii Medycyny i Bioetyki,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,  
Katedra Nauk Społecznych  
i Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**dr Maria Biskupska**

Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**mgr Anna Fitzgerald**

Centrum Terapii JaKto,  
Polskie Towarzystwo Psychologiczne,  
Polskie Towarzystwo Psychiatryczne

**Anna María Jónsdóttir, MD**

Consultant Child-, Adolescent-  
and Adult Psychiatrist, Group- Analyst,  
Primary Health Care of the Capital Area,  
Iceland

**dr Sigríður Sía Jónsdóttir, Assoc. Prof.**

University of Akureyri

**dr Patrycja Marciniak-Stępak**

Klinika Onkologii, Hematologii  
i Transplantologii Pediatricznej,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,  
Zakład Symulacji Medycznej,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**dr Monika Matecka**

Zakład Terapii Zajęciowej,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**mgr Karolina Morze**

Fundacja Promocji Karmienia Piersią

**dr Maria Nowosadko**

Studium Języków Obcych,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**Valgerður Lísa Sigurðardóttir,**

**Asst. Prof., RN, RM, PhD**  
University of Iceland in Reykjavik

**dr Anna Stolaś**

Ginekologiczno-Położniczy  
Szpital Kliniczny im. Heliodora  
Święckiego Uniwersytetu Medycznego  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**dr hab. Dorota Talarska**

Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,  
Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**dr Małgorzata Wojciechowska**

Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**dr Katarzyna Wszołek**

Klinika Zdrowia Matki i Dziecka,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**dr hab. Agnieszka Zawiejska**

Zakład Symulacji Medycznej,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**dr Joanna Żurawska**

Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

# Spis treści

Słowo od redaktorów . . . . .	7
-------------------------------	---

## CZĘŚĆ I ASPEKTY TEORETYCZNE

<i>Stanisław Antczak, Ewa Baum</i> Konteksty społeczno-kulturowe przebiegu ciąży, narodzin i porodu . . . . .	13
--	----

<i>Maria Nowosadko</i> Komunikacja z pacjentką i jej rodziną w okresie okołoporodowym . . . . .	31
--	----

<i>Maria Biskupska, Dorota Talarska</i> Postrzeganie roli mężczyzny w opiece okołoporodowej . . . . .	41
--	----

<i>Sigríður Sía Jónsdóttir, Anna María Jónsdóttir, Stefanía Birna Arnardóttir, Valgerður Lísa Sigurðardóttir</i> Zmiany w systemie perinatalnej opieki nad zdrowiem psychicznym w Islandii . . . . .	58
--	----

<i>Sigríður Sía Jónsdóttir, Anna María Jónsdóttir, Stefanía Birna Arnardóttir, Valgerður Lísa Sigurðardóttir</i> Experience in perinatal mental health care system in Iceland . . . . .	78
--	----

<i>Anna Fitzgerald</i> Psychologiczne aspekty depresji okołoporodowej u matek i ojców . . . . .	97
--	----

<i>Monika Matecka, Ewa Baum</i> Wsparcie społeczne jako czynnik ochronny w zaburzeniach zdrowia psychicznego okresu okołoporodowego . . . . .	116
---	-----

<i>Joanna Żurawska, Małgorzata Wojciechowska</i> Objawy zaburzeń zdrowia psychicznego okresu okołoporodowego u mężczyzn . . . . .	129
---	-----

## CZĘŚĆ II

### PRAKTYCZNY WYMIAR OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

<i>Patrycja Marciniak-Stępak</i> Zasady symulacji medycznej z uwzględnieniem kształcenia studentów położnictwa . . . . .	141
<i>Katarzyna Wszolek, Agnieszka Zawiejska</i> Narzędzia służące do prowadzenia badań przesiewowych, stosowane wśród ciężarnych i kobiet w połogu . . . . .	150
<i>Joanna Żurawska, Małgorzata Wojciechowska</i> Narzędzia służące do prowadzenia badań przesiewowych depresji okołoporodowej u mężczyzn . . . . .	162
<i>Karolina Morze</i> Farmakoterapia depresji w okresie okołoporodowym . . . . .	167
<i>Anna Stolaś</i> Psychoterapia w okresie okołoporodowym . . . . .	182

## CZĘŚĆ III

### ZAŁĄCZNIKI

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.) . . . . .	193
---	-----

#### **Narzędzia i skale stosowane do oceny nastroju w czasie ciąży i w okresie poporodowym**

1. Kwestionariusz Lęku Uogólnionego GAD-2 (ang. <i>Generalized Anxiety Disorder scale</i> ) . . . . .	214
2. Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-2 (ang. <i>Patient Health Questionnaire</i> ) . . . . .	214
3. Pytania Whooley. . . . .	214
4. Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-9 (ang. <i>Patient Health Questionnaire</i> ) . . . . .	215
5. Kwestionariusz Depresji Becka BDI (ang. <i>Beck Depression Inventory</i> ) . . . . .	216
6. Edynburska Skala Depresji Poporodowej EPDS (ang. <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> ) – wersja dla ciężarnej i położnicy . . . . .	218
7. <i>Antenatal (Psychosocial) Risk Questionnaire</i> – ANRQ . . . . .	220
8. Gotlandzka Skala Męskiej Depresji . . . . .	222



# Słowo od redaktorów

*Za każdym razem gdy na świat przychodzi dziecko,  
świat jest tworzony od nowa*

Jostein Gaarder

W wielu społecznościach czas oczekiwania na dziecko oraz jego narodziny traktuje się jako wydarzenie szczególnie oczekiwane, któremu towarzyszy radość związana z pojawieniem się nowego członka rodziny. Jednakże temat zdrowia psychicznego podejmowany w kontekście opieki okołoporodowej to niezwykle ważne, a jednocześnie niejednokrotnie przemilczane zagadnienie, dlatego szczególnie istotne jest podejmowanie dyskusji nad tym aspektem opieki zdrowotnej. Zaburzenia psychiczne okresu okołoporodowego (ang. *perinatal mental health problems* – PMHP) dotyczą coraz większą grupę kobiet w okresie ciąży i pierwszym roku po urodzeniu dziecka. Problem dotyczy zarówno matek, jak i ojców. Wczesne wykrycie rozwijających się zaburzeń nastroju oraz wprowadzenie interwencji, stosownej do stanu pacjentek, a także terapii par stanowi kluczowe działanie, zapobiegające dramatycznym powikłaniom. W związku z tym niezbędne jest systematyczne i ciągłe podnoszenie stanu wiedzy położnych, lekarzy położników, psychologów oraz innych osób sprawujących opiekę nad kobietą i jej rodziną. Dostrzegając wagę problemu, należy podkreślić, iż dbałość o jakość narodzin, z perspektywy zdrowia zarówno matki, jak i dziecka, staje się tematem, któremu praktycy i naukowcy poświęcają coraz więcej uwagi. Obok niezwykle ważnych elementów dotyczących zdrowia fizycznego coraz więcej miejsca poświęca się zagadnieniom związanym z mogącymi się pojawić w okresie okołoporodowym trudnościami emocjonalnymi. Opieka okołoporodowa przestaje ograniczać się jedynie do aspektów fizjologicznych, a stan psychiczny matek i ojców zaczyna być przedmiotem rozważań, analiz i konkretnych rekomendacji oraz podejmowanych działań. Badania dowodzą, że temat trudności emocjonalnych czy zaburzeń nastroju związanych z ciążą, porodem i porodem dotyczy coraz większej liczby nie tylko kobiet, ale też mężczyzn. Zwrócenie uwagi na samopoczucie matki i ojca, wczesne wykrywanie rozwijających się trudności oraz wskazywanie przyszłym rodzicom konkretnych miejsc, w których mogą otrzymać pomoc, wpływa istotnie na poprawę funkcjonowania nie tylko kobiety i mężczyzny, ale również dziecka rozwijającego się w łonie matki. Świadomość istoty problemu, przy jednoczesnym wciąż jego niedocenianiu w dyskursie społecznym, stała się inspiracją do przygotowania monografii, która ma nie tylko wymiar teoretyczny, ale też aspekt praktyczny.

Niewątpliwie naprzeciw rosnącym potrzebom i zagrożeniom dotyczącym zdrowia psychicznego w okresie okołoporodowych wychodzi Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Dokument, który obowiązuje od 1 stycznia 2019 r. (z wyjątkiem przepisów części XIII ust. 3 pkt 8 załącznika do rozporządzenia, które weszły w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.), wprowadził obowiązkową ocenę ryzyka i objawów nasilenia depresji wśród ciężarnych i położnic. Obowiązek dokonania tej oceny spoczywa na osobie sprawującej opiekę – położnej lub lekarzu – i stanowi jedno z wielu świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia przeprowadzanych w czasie ciąży, wykonywanych między 11. a 14. tygodniem ciąży oraz między 33. a 37. tygodniem ciąży, a także w połogu (punkt ten sformułowano jako: ocena stanu psychicznego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej). Biorąc pod uwagę skalę rozpowszechnienia zaburzeń nastroju w polskim społeczeństwie oraz powikłań niezdiagnozowanej i nieleczonej depresji w okresie okołoporodowym, ocena ta stanowi bardzo cenne uzupełnienie świadczeń realizowanych do czasu ukazania się rozporządzenia.

Aby prowadzone działania profilaktyczne mogły być skuteczne, w zakresie zarówno efektywnego wykrywania, monitorowania dynamiki zaburzeń, jak i leczenia, jeśli jest ono potrzebne, trzeba ujednolicić stosowane badania przesiewowe, prowadzić ustawiczne szkolenia osób sprawujących opiekę, a także zapewnić potrzebującym pacjentom dostęp do specjalistów realizujących świadczenia w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. Bez wdrożenia wyżej wymienionych działań samo wprowadzenie tego ważnego przepisu może nie mieć przełożenia na realną poprawę opieki nad osobami doświadczającymi problemów zdrowia psychicznego i w związku z tym potrzebującymi pomocy. W codziennej pracy w systemie ochrony zdrowia, w którym lekarze i położne realizują bardzo wiele zadań wobec wielu pacjentów w krótkim czasie, przydatne wydawałoby się zaproponowanie stosowania jednolitych, przebadanych w tej grupie pacjentów narzędzi (skal), aby ułatwić śledzenie zmian nastroju w czasie kolejnych wizyt oraz wskazanie miejsc, w których osoby z grupy ryzyka rozwoju poważnych zaburzeń psychicznych mogłyby w stosunkowo krótkim czasie otrzymać pomoc. Zastosowane w rozporządzeniu określenie „ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji” wydaje się być nieco problematyczne, ponieważ depresja jest chorobą, której rozpoznanie stawia lekarz psychiatra, a nasilenie objawów może być trudne do oceny podczas wizyty w czasie ciąży w gabinecie lekarza ginekologa czy położnej. Ponadto depresja nie jest jedynym zaburzeniem w zakresie zdrowia psychicznego, które może wystąpić po raz pierwszy w czasie ciąży, okresie okołoporodowym i poporodowym. Mogą się wtedy nasilić również objawy innej choroby psychicznej, która rozwinęła się już przed ciążą. Istotnym zagadnieniem są również zaburzenia nastroju, związane z okresem ciąży i okołoporodowym, mogące wystąpić u przyszłych ojców. Z przyczyn zrozumiałych opieka okołoporodowa skupiona jest w dużej mierze na kobiecie i dziecku, ważne jest jednak dostrzeżenie mężczyzn, którzy w różny sposób, lepiej lub gorzej, radzą sobie ze zmianami zachodzącymi w życiu podczas prze-

miany z partnera kobiety w ojca dziecka czy dzieci. Zwrócenie uwagi na potrzeby mężczyzn i umiejętne udzielenie im wsparcia to wyzwanie, do którego wielu pracowników ochrony zdrowia nie czuje się przygotowanych.

Postawienie właściwego rozpoznania i wdrożenie odpowiedniego leczenia, bezpiecznego dla płodu oraz noworodka w czasie karmienia piersią, stanowią niewątpliwie ogromne wyzwanie i są kluczowym elementem zwiększania bezpieczeństwa całych rodzin. Aby działania mogły być skutecznie prowadzone, konieczna jest współpraca specjalistów różnych dziedzin, którzy sprawują opiekę nad kobietą i jej rodziną. Nieodłącznym elementem jest również ciągle poszerzanie wiedzy w zakresie ochrony zdrowia psychicznego pracowników ochrony zdrowia oraz kształcenie studentów kierunków medycznych we wczesnym wykrywaniu zaburzeń nastroju wśród kobiet i mężczyzn – w czasie ciąży i w okresie poporodowym.

Prezentowana monografia przeznaczona jest dla szerokiego grona odbiorców, zarówno dla personelu medycznego, szczególnie dla położnych, lekarzy ginekologów, psychiatrów, jak i dla psychologów, psychoterapeutów, studentów, a także dla pacjentów i członków ich rodzin. Aspekt zdrowia psychicznego w opiece okołoporodowej jest tematem, którego nie należy zaniedbywać. Poszerzanie wiedzy i kompetencji w tym zakresie może poprawić jakość opieki zdrowotnej, ale przede wszystkim być pomocne w wykrywaniu we wczesnej fazie tych trudności, które nie powinny zostać zignorowane na początkowym etapie, gdyż ich konsekwencje dla funkcjonowania rodziny mogą być nieodwracalne w skutkach, lub w zapobieganiu tym trudnościom.

---

*Ewa Baum, Maria Nowosadko,  
Katarzyna Wszolek, Sigríður Sía Jónsdóttir*



**CZĘŚĆ I**  
**ASPEKTY TEORETYCZNE**



# Konteksty społeczno-kulturowe przebiegu ciąży, narodzin i porodu

W niniejszym rozdziale ukazano wpływ uwarunkowań społeczno-kulturowych na traktowanie kobiet w okresie ciąży, w trakcie porodu i w okresie porodu w wybranych społecznościach odmiennych kulturowo. Ponieważ problemy natury biologicznej i zdrowotnej kobiet w tym okresie oraz nowo narodzonych dzieci mają podobny charakter, ewentualne różnice w ich traktowaniu i rozwiązywaniu wynikają z różnic kulturowych dzielących omawiane społeczności. Składają się na te różnice m.in. odmienne wzory stosunków rodzinnych i relacji ze społecznościami, w których żyją, zwłaszcza postrzeganie roli, miejsca i praw kobiet, a także dzieci, oraz często odmienne traktowanie chłopców i dziewcząt. Do najważniejszych czynników różnicujących należą zazwyczaj religia i związane z nią obrzędy oraz święta. Niemalą rolę odgrywają też odmienne tradycyjne rytuały regulujące sposób życia danej społeczności związane z wymienionymi okresami, w tym rozmaite tabu, jak np. tabu pokarmowe lub tabu milczenia dotyczące wybranych kwestii. W niniejszym rozdziale poruszono te problemy, odwołując się do wybranych przykładów, które cechuje odmiennność kulturowa.

## Źródła wielokulturowości. Różnorodność kulturowa świata i przesłanki tego zróżnicowania

Współczesny świat jest ogromnie zróżnicowany pod względem kulturowym. Według amerykańskiego politologa Samuela P. Huntingtona (1998, 16): „Najważniejsze różnice między narodami nie mają charakteru ideologicznego, politycznego czy ekonomicznego, lecz kulturowy”. Dlatego ludzie na pytanie „kim jesteśmy?” odpowiadają zwykle w sposób tradycyjny, „odwołując się do tego, co najwięcej dla nich znaczy”. Jak pisze dalej tenże autor (Huntington, 1998, 16): „Określają się w kategoriach pochodzenia, religii, języka, historii, wartości, oby-

czajów i instytucji. Identyfikują się z grupami kulturowymi: plemionami, grupami etnicznymi, wspólnotami religijnymi, narodami, a także w najszerszym wymiarze z cywilizacjami”.

Zdaniem Samuela P. Huntingtona (1998) świat współczesny jest światem kilku wielkich cywilizacji, do których zalicza cywilizację zachodnią, prawosławną, muzułmańską, latynoamerykańską, konfucjańską, hinduistyczną, buddyjską, kultury afrykańskie i kulturę japońską. W istocie, wyjąwszy japoński, stosunkowo homogeniczny krąg kulturowy, pozostałe są wewnątrznie mocno spluralizowane. Zróżnicowanie wewnętrzne w poszczególnych kręgach kulturowych wynika z licznych rozłamów, które można odnotować we wszystkich wielkich religiach świata leżących u podstaw wielkich cywilizacji, z lokalnych różnic kulturowych mających swoje korzenie w odległej przeszłości, a także z dokonujących się w różnym czasie i miejscu procesów migracyjnych.

Poszczególne kręgi kulturowe różnią się w sposób istotny, ponieważ odwołują się do zasadniczo odmiennych przesłanek filozoficznych i światopoglądowych oraz do innych systemów wartości. W sferze komunikacji posługują się różnymi językami i niejęzykowymi sposobami wyrażania postaw, uczuć, emocji, a także obyczajami. Mają często odmienne podejście do pojmowania czasu. Różnią się panującymi w nich stosunkami społecznymi, a zwłaszcza pozycją i prawami przyznawanymi kobietom w obrębie poszczególnych wspólnot (Tavris, Wade, 1999). Czynnikiem, który w zasadniczy sposób pogłębia, a zarazem umacnia te różnice, jest religia, której znaczenie wzrasta w wielu regionach współczesnego świata na skutek widocznego odradzania się jej wpływów.

14

## **Muzułmanie: świat arabski – uwarunkowania przebiegu okresu ciąży, narodzin i porodu**

W społecznościach arabskich i ogólnie „w świecie islamu (...) »dwie podstawowe, pierwotne i trwałe struktury« to z jednej strony rodzina, klan i plemię, z drugiej zaś »jednostki kulturowe, religijne i jeszcze większe od nich imperium« (Huntington, 1998, 258). W całym świecie islamu lojalność obowiązywała przede wszystkim wobec małej grupy i wobec wielkiej religijnej wspólnoty, plemienia i *ummy* (Huntington, 1998).

Dla Arabów rodzina i lojalność oraz obowiązki względem krewnych są najważniejsze. Rodzina daje poczucie bezpieczeństwa, ponieważ zapewnia wsparcie finansowe i psychiczne w razie konieczności, oczekując w zamian bezwzględnej lojalności (Nydell, 2001). W Omanie, podobnie jak i w innych konserwatywnych krajach arabskich na Bliskim Wschodzie, sprawy rodzinne i małżeńskie podlegają regułom szariatu, dlatego np. seks przedmałżeński jest karany więzieniem. Jeżeli dziewczyna zajdzie w ciążę pozamałżeńską, nikt jej nie poślubi, a w przypadku poddania się aborcji może zostać odrzucona przez własną rodzinę i pozostaje jej tylko małżeństwo z cudzoziemcem. Małżeństwa kojarzone są zwykle przez rodziny, które dbają o zachowanie honoru (Romaniuk, 2019). Poza tym panuje tam zwyczaj poślubiania kuzynów pierwszego stopnia (Nydell, 2001), acz-



kolwiek, zgodnie z zaleceniami ministerstwa zdrowia, w tym przypadku należy wykonać badania genetyczne. Małżeństwo w świecie islamu jest kontraktem, którego warunki są negocjowane przez strony. Dla rodziny ważne jest szybkie zajście kobiety w ciążę po ślubie. „Dziecko to kwestia honoru, dobrostanu małżeństwa, dziedziczenia” (Romaniuk, 2019). Alternatywą może być druga żona. W Omanie w ostatniej dekadzie XX w. kobiety rodziły ponad siedmioro dzieci, z których wiele umierało, w 10 lat później dzietność spadła do 2,8. W przeszłości „Dziewczyny ze wsi, jeśli nawet urodziły w szpitalu, a to nie było normą, nie przyjeżdżały na kontrole. I byle infekcja zabijała te dzieci” (Romaniuk, 2019, 123). W krajach arabskich opieka nad noworodkami i dziećmi stoi obecnie na stosunkowo wysokim poziomie, aczkolwiek dotyczy to przede wszystkim szpitali i klinik prywatnych. W świecie arabskim oczekuje się, że opiekę ginekologiczno-położniczą świadczyć będą kobiety, ponieważ „Pacjentki mniej się wstydzą, a mężowie mają do nich zaufanie”, zwłaszcza że mężowie z reguły nie pozwalają swoim żonom na wizytę u ginekologa mężczyzny (Khidayer, 2012). W trakcie badania pacjentki towarzyszy jej mąż, który stoi za parawanem. Bezpośrednim świadkiem badania jest pielęgniarka, która na głos opisuje czynności związane z badaniem pacjentki. Jak zauważa lekarka pracująca w Omanie: „Rodziny narzeczonego czasem chcą ode mnie »przeгляdu«. Mam sprawdzić, czy dziewczyna jest dziewicą i czy się dobrze zapowiada. (...) I wystawiam zaświadczenie. Dziewica ze stemplem, certyfikowana, tak o tym myślę” (Romaniuk, 2019). W przypadku utraty dziewictwa, co w krajach arabskich grozi ostracyzmem, ponieważ narusza honor rodziny, wyjściem może być hymenoplastyka, polegająca na zszywaniu rozerwanej błony dziewiczej (Czym jest hymenoplastyka, 2018); usługi w tym zakresie oferują m.in. kliniki w Tajlandii czy Indiach. Kobieta w ciąży jest otoczona specjalną opieką i zapewnia się jej wsparcie psychiczne, ponieważ uważa się (w Abu Zabi – stolicy Zjednoczonych Emiratów Arabskich), że jako istota słaba podatna jest na „niepokojące myśli i zły urok”. Dziś porody w Zjednoczonych Emiratach Arabskich odbywają się w nowoczesnych klinikach (Drózd, 2004).

Muzułmanie żyjący w Europie także oczekują poszanowania ich odmiennych kulturowo oczekiwań w zakresie sprawowania opieki nad przebywającą w szpitalu kobietą w okresie ciąży i porodu. Dotyczy to przede wszystkim wymogu powierzenia opieki żeńskiemu personelowi medycznemu czy ograniczenia odświeżania ciała w stopniu niezbędnym do wykonania badania (Górak-Sosnowska, Cegielski, 2016; Głodowska i wsp., 2019). Inne wymogi dotyczą umożliwienia wypełniania takich obowiązków religijnych jak modlitwa z twarzą zwróconą w kierunku Mekki. W Londynie szpitale są przygotowane na przyjęcie pacjentów muzułmańskich. „W niektórych, takich jak m.in. The Royal London Hospital czy St. Bartholomew’s Hospital, wydzielone są osobne sale przeznaczone do modlitwy dla nich wraz z pomieszczeniami do ablucji” (Zawadewicz, 2008, 71). W salach umieszczony jest na suficie symbol pomagający pacjentom wyznającym islam odnaleźć kierunek do Mekki. Zaprojektowano także specjalne stroje dla pacjentek muzułmańskich, zakrywające ich ciało. Specjalne oczekiwania dotyczą także posiłków serwowanych w szpitalu, które powinny być przygotowane zgodnie z tradycyjną zasadą *halal* lub mieć charakter wegetariański (Zawadewicz, 2008).

Z uszczęśliwiającym rodzinę muzułmańską wydarzeniem, jakim są narodziny dziecka, związane są niektóre tradycyjne obrzędy, takie jak specjalna modlitwa do ucha noworodka czy obrzezanie, które wykonywane jest do 7. dnia po narodzeniu, a rodzina zaprasza krewnych, sąsiadów i przyjaciół, aby razem świętować (Widy, 2005). *Umma* muzułmańska, nie licząc tych, którzy zamieszkują w diasporze, czyli poza jej obszarem, rozciąga się od zachodnich wybrzeży Afryki przez Bliski i Środkowy Wschód aż do zachodniego wybrzeża Nowej Gwineji, toteż występuje w niej wiele lokalnych zwyczajów, które mają niekiedy miejscowy, przedislamski rodowód. Matce zaleca się unikanie kontaktów z rodziną i znajomymi przez okres 40 dni, kiedy poddawana jest rekonwalescencji w celu odzyskania sił fizycznych i duchowych, wyczerpanych wcześniej ciążą i porodem (Drózd, 2004).

## Ciąża, narodziny i połów w Indiach

Indie to kraj, którego populacja licząca około 1,4 mld ludzi wkrótce będzie największą na świecie. W przeciwieństwie do Chin nie wprowadziły ani nie mogły wprowadzić równie restrykcyjnej polityki demograficznej, choćby dlatego, że o ile Chiny są rządzone w sposób autorytarny, o tyle Indie są demokracją. Władze Indii prowadzą działania o charakterze perswazyjnym i edukacyjnym z zakresu polityki planowania rodziny, zachęcając obywateli do ograniczenia liczby dzieci. Mimo iż Indie są demokracją, nadal panuje tam system kastowy, który formalnie został zniesiony w konstytucji z 1949 r. (Frédéric, 1998). Znakomita większość Indusów, bo blisko 95%, zawiera małżeństwa, przestrzegając wskazań *dharmy*, co oznacza prawo, a ściślej „etyczną normę jednostki uwarunkowaną jej narodzinami” (Frédéric, 1998, 221; Stietencron, 2010; Falerio, 2022) w określonej kaście. Wyłamanie się z tych reguł, zwłaszcza na wsi, oznaczało naruszenie kodeksu honorowego, podobnie jak seks przedmałżeński. Ponieważ naruszenie kodeksu honorowego grozi ostracyzmem społecznym, Indusi gotowi byli i są bronić honoru rodziny za pomocą zabójstw honorowych. Jak zauważa indyjska pisarka i reporterka Sonia Falerio (2022, 101): „Kiedy nie mogą nas kontrolować, zabijają nas”. Według sondażu opublikowanego w 2016 r. przez Thomson Reuters Foundation Indie jawią się jako najniebezpieczniejsze na świecie miejsce dla kobiet, ponieważ są one narażone na przemoc seksualną, porwania dla okupu i padają ofiarami handlarzy „żywym towarem”. Najgorszy los spotyka kobiety dalitów. Niekiedy skazywane są nawet na zbiorowy gwałt przez rady wiejskie, które karzą je w ten sposób za naruszenie barier kastowych w relacjach z kobietami z wyższych kast przez ich męskich krewnych, którym udało się zbiec (Falerio, 2022).

Indie, podobnie jak Chiny i wiele państw muzułmańskich, są krajem zmaskulinizowanym, tj. takim, w którym w populacji przeważają liczebnie osobniki płci męskiej. Zagrożenie dla kobiet pojawia się już na etapie życia płodowego i zaraz po urodzeniu. Z punktu widzenia interesów rodziny bardziej się ceni chłopców, a dziewczynki traktowane są często jako obciążenie, chociażby z powodu po-

sagu, który zgodnie z tradycją muszą otrzymać, kiedy wychodzą za mąż. Toteż padają ofiarą wybiórczych aborcji bądź są zabijane natychmiast po urodzeniu, „niektórzy ojcowie zawijają niemowlęta płci żeńskiej w mokre szmaty, karmią je solą, albo porzucają w polu podczas upału” (Falerio, 2022, 201). Wiele dziewcząt jest przez rodziny gorzej traktowanych niż ich bracia, niekiedy również pod względem wyżywienia i zapewnienia opieki zdrowotnej (Falerio, 2022).

Zamożniejsi rodzice korzystają z usług oferowanych podczas badań prenatalnych, w trakcie których od lat 80. ubiegłego stulecia wykorzystywane są w szpitalach indyjskich skanery USG. Badania mające na celu możliwie wcześnie zdiagnozowanie ewentualnych zagrożeń dla życia płodu, przede wszystkim badania funkcjonowania serca i nerek, są wykorzystywane dla zidentyfikowania płci mającego się narodzić dziecka. Jeśli jest to dziewczynka, to rodziny podejmują często decyzję o usunięciu ciąży. W 1994 r. proklamowano w Indiach, podobnie jak w Chinach, prawo zabraniające lekarzom informowania rodziców o płci dziecka w nadziei, że powstrzyma to „rzeź nienarodzonych dziewczynek” (Nowicka, Łupina, 2015, 31). W każdym szpitalu indyjskim jest upubliczniona informacja, że „prenatalne ustalanie płci jest procedurą nielegalną”, ale zakaz ten niestety jest omijany za pomocą łąpówek (Dasgupta, 2016).

Kobiecie, która wychodzi za mąż, tradycyjnie życzy się: „Obyś była matką tyśiąca synów”. To syn bowiem gwarantuje przedłużenie rodziny, stanowi oparcie na starość dla swoich rodziców i dopełnia wobec nich ceremoniału pogrzebowego. Kiedy rodzi się syn, panuje radość, wszyscy spieszą z gratulacjami. Narodziny córki nie wywołują podobnych emocji, ponieważ wychodząc za mąż, stanie się ona członkiem rodu męża i wiąże się z tym faktem poważny wydatek w postaci kosztów posagu. Posąg w świetle obowiązującego w Indiach prawa jest wprawdzie nielegalny, ale zgodnie z tradycją powszechnie praktykowany i niezadowolone teściów z jego wysokości może mieć tragiczne konsekwencje dla kobiety (Knott, 2000). Narodziny dziecka odgrywają bardzo ważną rolę w życiu rodziny i szerszej społeczności hinduskiej (Głodowska i wsp., 2019). Brak dziecka, trudności z jego poczęciem, zwłaszcza w społeczności wiejskiej, mogą być powodem lekceważącego traktowania ze strony otoczenia. Winą zwykle w takim przypadku obciąża się kobietę. Strony szukają wówczas wsparcia nie tylko u lekarza, ale często w świątyniach hinduistycznych i u autorytetów religijnych – świętych mężów *sadhu*, czemu towarzyszy odprawienie ceremonii *pudża* i złożenie ofiary przez kobietę (Tully, 1998).

Kobiety z racji procesów biologicznych związanych ze specyfiką ich płci ulegają okresowemu skalaniu, które wymaga m.in. ograniczania ich aktywności życiowej i kontaktów z otoczeniem. Przyczyną takiego skalania są zwykle narodziny czy menstruacja, które wymagają odprawienia rytuałów oczyszczających (Johnson, 1998). Kobiety w ciąży, zwłaszcza zamożniejsze, rodzą w szpitalach za pomocą „cesarki”. Szpitale rzadko proponują poród naturalny. „Dlaczego? Za cesarkę można wziąć więcej niż za normalny poród, to oczywiste, a co więcej, lekarze mogą wówczas ustalić ścisły grafik i obsłużyć więcej kobiet. To o wiele bardziej wydajne” (Dasgupta, 2016, 128). Choć większość kobiet hinduskich rodzi w domach, to jednak rośnie liczba tych, które rodzą w szpitalach prywatnych

(zamożniejsze) i państwowych (uboższe), co przyczynia się pozytywnie do przestrzegania terminów szczepień, „bo pani doktor tak kazała” (Skakuj-Puri, 2011, 210, 211). Niemowlęta i małe dzieci są grupą wzmożonej troski, ponieważ wiele z nich jest narażonych na choroby i wysoką śmiertelność, zwłaszcza w wyniku odwodnienia. Trwająca wiele lat kampania w mediach i zaangażowanie lekarzy dały pozytywne rezultaty, choćby w postaci upowszechnienia prostych sposobów zapobiegania odwodnieniu organizmu, zanim dziecko zdoła trafić do lekarza (Skakuj-Puri, 2011).

Po urodzeniu dziecka matka wraz z nim po upływie 2 dni wraca do domu. Po powrocie w opiekę nad dzieckiem angażuje się cała rodzina, a do obowiązków matki należy jedynie jego karmienie. Kobieta jest codziennie poddawana masażowi, aby mogła szybko wrócić do swoich obowiązków. Oczywiście zależy to od poziomu zamożności rodziny. Natomiast noworodek otrzymuje masaże, jest poddawany kąpielom i otrzymuje ubiór dopiero po upływie 6 dni po urodzeniu, wcześniej jest jedynie wycierany (Bilska-Jha, 2017). Polityka planowania rodziny w Indiach zmierza do ograniczenia przyrostu naturalnego, ale – jak już wcześniej wspomniano – jedynie przy zastosowaniu metod edukacyjnych i perswazyjnych.

## **Tradycyjne uwarunkowania ciąży, narodzin i okresu połogu w społeczności Romów**

Z północnego zachodu Indii Wschodnich wywodzą się Romowie, którzy w X w. powędrowali do Azji Mniejszej, następnie na Półwysep Bałkański, a stamtąd do Europy. Ślady wędrówki Romów znalazły odzwierciedlenie w języku, który spokrewniony jest z hindi. Obecnie mówią oni wieloma dialektami i żyją w rozproszeniu, także w Polsce (Ficowski, 2000). Przynależność do romskiej mniejszości etnicznej według Narodowego spisu powszechnego z 2011 r. zadeklarowało 16 725 obywateli polskich (w 2002 r. – 12 731 osób). Pierwszy urzędowy dokument, na podstawie którego można wskazać początki obecności Romów w Polsce, wystawiony został w Krakowie w 1401 r. Romowie zamieszkujący w Polsce zaliczają się do pięciu grup, z których najliczniejszą jest grupa Bergitka Roma, kolejne to m.in. Polska Roma, Lowarzy oraz Kelderasz. Obecnie przedstawiciele tych społeczności mieszkają głównie w miastach: Warszawie, Poznaniu, Wrocławiu, Łodzi, Krakowie, Mielcu i Puławach oraz wielu mniejszych ośrodkach miejskich, m.in. w Bukowinie Tatrzańskiej czy Nowej Hucie (Mniejszości narodowe i etniczne, 2018).

Romowie to społeczność postrzegająca narodziny dziecka, zwłaszcza pierworodnego, jako wydarzenie szczególnie oczekiwane, któremu towarzyszy radość związana z pojawieniem się nowego członka rodziny. Nie oznacza to, że kobiety romskie nie są zainteresowane antykoncepcją, ale ich wiedza na temat zapobiegania nieplanowanej i niepożądanego ciąży jest nikła. Z uwagi na kolektywistyczny i hierarchiczny charakter społeczności romskiej szkolenie najpierw powinno objąć liderki tej społeczności, a następnie one powinny przekazywać pozyskaną wcześniej wiedzę dziewczętom romskim (Baran-Osak, 2018; Głowska i wsp., 2019).

W kulturze romskiej, podobnie jak w indyjskiej, silnie obecna jest idea czystości i skalania. Życie społeczności romskiej podporządkowane jest licznym tradycyjnym praktykom i rytuałom, które znajdują swe źródło w kodeksie Romanipen. Złamanie tych zasad prowadzi do skalania, które może mieć charakter trwały lub tymczasowy (Artych, 2022). Ten ostatni przypadek ma miejsce w związku z ciążą, a co za tym idzie – nie wynika ze złamania kodeksu, ale ze statusu, jaki tradycja nadaje czasowo kobiecie, która spodziewa się dziecka. O ile z jednej strony ciąża jest zapowiedzią przyjścia na świat nowego Roma, o tyle z drugiej – stanowi ona temat tabu językowego. Kobieta w ciąży w celu jej ochrony podlega izolacji terytorialnej, tzn. nie może przebywać z osobami starszymi, mężczyznami i osobami spoza rodziny. Natomiast izolacja funkcjonalna wiąże się z ograniczeniem aktywności kobiety z uwagi na właściwości kalające. Obecnie te restrykcje uległy złagodzeniu, poza tym Romki stosują się do zaleceń lekarskich, chociaż stwierdzono brak tradycji monitorowania ciąży przez kobiety romskie (Ochrona mniejszości, 2001; Baran-Osak, 2018).

Hospitalizacja przed porodem służy izolacji od własnej społeczności, a rodzaje oczekują, że opiekę nad nimi będzie sprawować personel żeński. Liczą również na wsparcie i zrozumienie. Z uwagi na groźbę skalania ojciec dziecka nigdy nie uczestniczy w porodzie, co najwyżej przychodzi obejrzeć swoje dziecko. Po porodzie ze względu na właściwości kalające kobieta jest przez pół roku odizolowana w mieszkaniu, a jej obowiązki przejmuje matka lub teściowa (Ficowski, 2000; Baran-Osak, 2018). W społeczności romskiej obowiązuje absolutny zakaz przerywania ciąży, „które zgodnie z romanipen (podstawową normą moralno-etyczną będącą wykładnią romskiej tożsamości) jest interpretowane jako celowe pozbawienie życia, co uznaje się za grzech ciężki” (Iszkiewicz, 2013; Głodowska i wsp., 2019). Małżeństwo, które mimo pozostawania w związku przez dłuższy czas nie doczekało się potomstwa, podejmuje decyzję o rozwodzie (Iszkiewicz, 2013).

## Ciąża, narodziny i połów w Chinach

Od 1975 r. polityka demograficzna w Chinach oparta była na zasadzie jednego dziecka. Chińskie małżeństwa pozbawione zostały – uznanego w 1968 r. za jedno z podstawowych praw człowieka – prawa do samodzielnego decydowania o liczbie potomstwa. Planowanie rodziny w myśl koncepcji 2 + 1 objęte zostało państwowym nakazem. Kontrola urodzin, zwana polityką planowania rodziny, awansowała do rangi fundamentalnej, strategicznej polityki państwa (Tomala, 2001; Wardęga, 2015). W praktyce zasada ta w sposób najbardziej rygorystyczny przestrzegana była w miastach. Na wsi silniejsze było przywiązanie do tradycji, zwłaszcza że wobec braku rozwiniętego systemu emerytalnego dzieci (a ściślej biorąc – synowie) stanowiły nie tylko gwarancję kontynuacji rodu, ale i godziwej starości dla swoich rodziców (Kalicki, 1999). Stąd respektowanie w społeczności wiejskiej prawa do drugiego dziecka, jeżeli jako pierwsza urodziła się dziewczynka (Family Planning Law, 2002). Obecnie, pomimo rezygnacji władz chińskich

z polityki jednego dziecka (w 2015 r.), małżonkowie z zamożniejszych środowisk albo nie chcą w ogóle mieć dzieci, albo ograniczają się do jednego. Dlaczego? Ponieważ wychowanie dziecka w mieście jest bardzo kosztowne; dużych nakładów pieniężnych wymaga zwłaszcza opieka zdrowotna i edukacja. Jak pisze Isabelle Attané (2012, 32): „To prawdziwa finansowa droga krzyżowa (...). O sposobie traktowania potomstwa, tak w wymiarze kulturowym, jak i ekonomicznym, decyduje środowisko społeczne, w którym przychodzi ono na świat”. Jak zauważa dalej Isabelle Attané (2012), narodzinom pierwszego dziecka towarzyszy szok. Przyjście na świat potomka stanowi, zgodnie z filozofią konfucjańską, wypełnienie „naturalnego obowiązku”, a dla kobiety oznacza „spełnienie” i jest dowodem jej płodności, zaś dla ojca dziecka – potwierdzeniem jego męskości. Kobieta, która zajdzie w ciążę, jest uważana za szczęśliwą i otaczana względami przez najbliższych. Przede wszystkim musi ona jednak myśleć o dziecku i podporządkować się jego potrzebom. Dlatego podlega rygorom dotyczącym zachowania i środowiska, w którym funkcjonuje. Nie wolno jej czynić nic, co mogłoby uszkodzić zarodek, powinna dbać o jego potrzeby edukacyjne i uspokajać go poprzez oddawanie się przyjemnej lekturze pięknych opowieści lub poezji. Porusza się w zwolnionym tempie i nosi luźne ubrania. Powinna także odpowiednio się odżywiać; do dziś respektuje się wyłączenie z diety kobiety ciężarnej mięsa zająca, królika czy psa. Odpowiednie zalecenia dotyczą także powstrzymania się od seksu w czasie pierwszych 3 miesięcy ciąży, z uwagi na niebezpieczeństwo poronienia, i w okresie 3 ostatnich miesięcy, aby nie doprowadzić do przyspieszenia porodu (Attané, 2012). Przez pierwsze 4 do 5 miesięcy opiekę medyczną nad kobietami w ciąży sprawuje tzw. mały szpital. Są to małe kliniki, które zajmują się wyłącznie kobietami w ciąży i w położu. Poród odbywa się w innym szpitalu (Rąbek, 2020). Mężczyźni muszą pozostawać z dala od gabinetów, ale poza tym lekarze przyjmują w gabinecie po kilka pacjentek naraz, nie ma tutaj miejsca na prywatność ani zachowanie intymności (Łochowski, 2002).

Ograniczenia obowiązują kobietę nie tylko w okresie ciąży, lecz także po urodzeniu dziecka. Wiążą się one z mającym starożytny rodowód zwyczajem określanym mianem *zuo yuezi*, który nakazuje kobiecie życie przez 30 dni w odosobnieniu. W tym okresie następuje u niej przywrócenie równowagi między *yin* i *yang*, dzięki zastosowaniu odpowiedniej diety, na którą składają się zgodnie z tradycją chińską „gorące” potrawy (np. z wieprzowiny czy kurczaka). Aby oddalić od siebie i niemowlęcia niebezpieczeństwo choroby, kobieta powinna unikać kontaktów, także z ojcem dziecka. Jest ona w tym czasie uwolniona od obowiązków domowych, powinna unikać kontaktów seksualnych i zajmować się jedynie karmieniem niemowlęcia (Łochowski, 2002; Attané, 2012). Współcześnie rygory związane z poszanowaniem tradycji związanych z *zuo yuezi* zostały złagodzone i dostosowane do nowych realiów. Jak zauważa w związku z tym Isabelle Attané (2012, 63): „Większość kobiet, zobowiązanych na ogół do powrotu do zawodowych obowiązków wraz z zakończeniem urlopu macierzyńskiego, nie ma innego wyboru, jak skrócenie swojego *zuo yuezi*”. Zamożni Chińczycy żyjący w Chinach i diasporze mogą skorzystać z ofert szpitali, które zapewniają specjalną opiekę i świadczenia związane z tym rytuałem.

Charakterystyczny stosunek do narodzin mają przedstawiciele dwu najważniejszych chińskich systemów filozoficznych: taoiści nie traktują narodzin w sposób szczególny, zaś konfucjaniści postrzegają dziecko jako ogniwo łączące przodków z ich potomkami (Attané, 2012). Wśród rytuałów dzieciństwa przestrzeganych od starożytności do dnia dzisiejszego w Chinach jest ceremonia *sanzhao*, oczyszczenia, a więc uroczysta kąpiel dziecka 3. dnia po narodzinach. Jeśli dziecko przyszło na świat w szpitalu, to kąpiel może wykonać położna w asyście rodziców i przyjaciół. Towarzyszy temu ceremoniałowi wymiana symbolicznych prezentów, przy czym goście obdarowywani są przez rodziców tzw. jajkami szczęścia (*xi dan*) (Attané, 2012). Kiedy przemija „pełny miesiąc”, tj. 30 dni od urodzenia dziecka, odbywa się kolejna ceremonia, tzw. miesięcznica (*manuye*). Dawniej, ponieważ kończył się okres połogu, matka opuszczała odosobnienie. Niemowlęciu golono włosy, a zaproszeni goście wręczali różne symboliczne prezenty, mające chronić dziecko przed złymi duchami, związać je z życiem, strzec przed wypadkami, przyciągać bogactwo i zapewniać pomyślność (Pimpaneau, 2001). Współcześnie w różnych regionach Chin uroczystość ta może mieć odmienny przebieg, polegać na ograniczeniu się do rodzinnego posiłku, uwiecznieniu uroczystego momentu na fotografii lub wypiciu przez rodzinę „wina pełnego miesiąca” (*manuye jiu*), złożeniu ofiar bogom i udziału rodziny i przyjaciół w wieczornym bankiecie (Attané, 2012). Współcześnie wielką rolę w opiece nad dziećmi odgrywają dziadkowie; nie używa się tutaj wózków, maluchy są noszone na ręku, cały czas się do nich przemawia, głaszcze je i przytula. Niekiedy rodzice, którzy wyjeżdżają do pracy w odległe rejony kraju, powierzają dziadkom całkowitą opiekę nad dziećmi.

## Ciąża, narodziny i połóg w Japonii

Japonia należy do najbardziej rozwiniętych gospodarek świata, a jednocześnie znajduje się w czołówce krajów dotkniętych procesami starzenia się społeczeństw. Dwie główne przyczyny tego zjawiska to fakt, że ludzie żyją coraz dłużej, i spadek dzietności kobiet. W społeczeństwie japońskim rośnie liczba seniorów, a na świat przychodzi coraz mniej dzieci. Nadzieje na wzrost liczby urodzeń w Japonii są nikłe. „Z roku na rok wzrasta bowiem w Japonii liczba młodych ludzi, którzy w ogóle nie chcą mieć dzieci. Rząd Japonii starał się, poprzez wprowadzenie programów pomocy dla młodych rodzin, zwiększyć przyrost naturalny ludności. Nie udało się jednak tego zrobić, chociaż programy te przyczyniły się w ostatnich latach do pewnego zahamowania tempa spadku przyrostu naturalnego” (Gwiazda, 2018).

W Japonii prawie połowa kobiet po urodzeniu pierwszego dziecka rezygnuje z pracy, aby zadbać o ognisko domowe. Natomiast ojcowie pochłonięci pracą na rzecz firm, które *de facto* władają ich życiem, są często nieobecni w życiu swoich dzieci (Bednarz, 2018). W społeczeństwie japońskim rośnie też liczba kobiet singlek – w wieku 25–39 lat jest ich aż 40% – które odrzucają lub odraczają zawarcie małżeństwa i urodzenie dziecka (Japonia, 2023). Taka sytuacja

ma miejsce w kraju, w którym małżeństwo traktowane jest jako obowiązek społeczny, a urodzenie dziecka podnosi status społeczny kobiety. Noriko Hama, analityczka i profesorka Uniwersytetu Doshisha w Kioto, uważa, że samo podwyższenie świadczeń finansowych zapowiadane przez rząd nie wystarczy. „Poprawić musi się infrastruktura socjalna, aby ludzie czuli się na tyle bezpiecznie, by mieć dzieci – wyjaśnia. W Japonii od dawna brakuje miejsc w placówkach opieki nad dziećmi dla pracujących rodziców, co – jak mówi Hama – zakrawa na ironię, biorąc pod uwagę małą liczbę dzieci” (Ryall, 2022). W 2021 r. w Japonii przyszło na świat się zaledwie 812 tys. dzieci. Była to najmniejsza liczba urodzeń od 1899 r., gdy zaczęto prowadzić statystyki (Japonia chce odwrócić trend demograficzny, 2023).

Japonia to kraj, w którym, mimo procesów modernizacyjnych i rozwoju ekonomicznego, społeczeństwo zachowuje głębokie niekiedy przywiązanie do tradycji wywodzących się z rodzimej kultury, nadal wywierających wpływ na wiele aspektów życia codziennego (Stelcer, 2019), także tych, które wiążą się z ciążą, narodzinami i okresem połogu. W okresie przedwojennym kobiety z zasady rodziły w domu, a porody były odbierane przez akuszerki. Po wojnie, jak pisze japoński lekarz Junichi Saga (2004, 158, 159) w spisanych przez siebie wspomnieniach swych leciwych pacjentów, „Akuszerkom nagle ubyło pracy po tym jak pojawił się MacArtur (dowódca amerykańskich wojsk okupacyjnych w Japonii – przyp. aut.). Uznano, że nie można powierzać porodów położnym i wyszedł rozkaz, żeby zmienić system i żeby kobiety rodziły jak należy, w szpitalu” (Saga, 2018).

Jak pisze Yutaka Yazawa (2018, 172): „Poród w Japonii ma charakter wielopokoleniowy. Ciężarne zwykle przenoszą się z powrotem do rodziców, kiedy zbliża się data rozwiązania – określa się to mianem *satogaeri* (...), co dosłownie oznacza »powrót do domu«. Kobiety przeważnie zgłaszają się do szpitala położonego najbliżej domu, a według ankiety przeprowadzonej w 2005 roku, w placówkach szpitalnych odbywa się niewiele ponad połowa porodów”. Wiele kobiet korzysta z usług małych, dyskretnych, kilkupokojowych klinik; każdy pokój wyłożony jest matami tatami, a na nich ułożone są futony, japońskie materace bezsprężynowe. Tam przychodzą na świat dzieci, a w porodzie kobietom towarzyszą często mężczyźni – ojcowie tych dzieci.

W Japonii preferuje się poród naturalny, co oznacza – jak mówi Nati Ishigaki – że nie są używane żadne medykamenty. Japonki rodzą w milczeniu, rzadko korzystają ze znieczulenia zewnątrzoponowego, a ból towarzyszący porodowi, zgodnie z japońską tradycją, postrzegany jest jako doświadczenie przygotowujące kobietę do trudnej roli matki (Ciąża i poród w Japonii, 2018; Rozmowa z Nati Ishigaki o życiu, 2022). Poza tym, jak pisze Ruth Benedict (1999): „Poród jest w Japonii rzeczą równie prywatną jak seks i kobieta nie powinna krzyczeć, by nie nadawać sprawie wymiaru publicznego”. O ciekawym zwyczaju związanym z porodem, występującym w Japonii i Tajlandii, wspomina Jolanta Paczkowska: w celu odstraszania złych mocy położnica otrzymuje w szpitalu zaschnięty kikut pępownicy. Inny zwyczaj to wręczanie w prezencie zdjęcia dziecka – fotografii wykonanej natychmiast po jego narodzinach – wraz z nagraniem pierwszego krzyku i odbiciem stópek noworodka na papierze (Paczkowska, 2008).



W Japonii, w przeciwieństwie do Europy czy USA, matki opuszczają szpital zwykle dopiero po tygodniu (Otowa, 2013). Okres połogu kobiety w Japonii spędzają w swoim domu rodzinnym. Jak zauważa cytowany wyżej Yutaka Yazawa (2018, 172): „to kolejna tradycja wywodząca się z czasów, kiedy poród stanowił ciężkie przeżycie i poważne zagrożenie dla zdrowia kobiety. Słowo *tokoage* (...) oznaczające dosłownie »ścielenie łóżka« określa obecnie stan, w którym matka nabrała dość sił, aby wrócić do codziennych obowiązków i samodzielnie zająć się dzieckiem”. W tym czasie kobieta, oprócz tego, że leży w łóżku, zajmuje się jedynie karmieniem i przewijaniem dziecka. Wszelkie inne czynności, włącznie z kąpielą noworodka, wykonuje jego babcia. Rebecca Otowa (2013) na stronach napisanej przez siebie mangi wspomina, że przez 2 miesiące zabroniono jej korzystania z domowej wanny i musiała myć się tylko gąbką, ponieważ zgodnie z prastarą tradycją japońską kobieta po porodzie uważana jest za nieczystą.

### **Rodzenie w bólu: uwarunkowania ciąży, narodzin i połogu u kobiet poddanych obrzezaniu w Afryce Subsaharyjskiej**

W krajach Europy Zachodniej, w szczególności w Wielkiej Brytanii czy Francji, zamieszkuje wielu imigrantów z Afryki Subsaharyjskiej, pochodzących często z byłych kolonii. Do Europy przybywali z rodzimym „bagażem kulturowym”, który obejmuje szereg tradycyjnych praktyk kulturowych, a wśród nich okrutny zwyczaj obrzezania kobiet rozpowszechniony w Egipcie, Mali i wielu krajach Afryki Subsaharyjskiej. Według Raportu WHO z 1996 r. wyróżnia się cztery typy okaleczania kobiecych narządów płciowych (ang. *female genital mutilation*): sunnicki, klitoridektomię, infibulację i wszelkie inne niemające uzasadnienia medycznego zabiegi dokonywane na zewnętrznych narządach rodnych kobiety. Typ zwany sunną (arab. „droga”, „tradycja”) polega na nacięciu lub amputacji napletka łechtaczki i jest najmniej krwawy. Klitoridektomia natomiast polega na wycięciu łechtaczki oraz częściowym lub całkowitym usunięciu mniejszych warg sromowych. Najokrutniejsza postać obrzezania, infibulacja, oprócz wycięcia łechtaczki i warg sromowych mniejszych obejmuje okaleczenie warg sromowych większych. Następnie kobieta jest zszywana w taki sposób, że pozostawia się jedynie niewielki otwór przypominający wielkością ziarnko prosa, aby umożliwić wypływ płynów fizjologicznych – moczu i krwi menstruacyjnej. Według szacunków z 2009 r. w Europie ok. 500 tys. kobiet zostało poddanych obrzezaniu, zaś klitoridektomia jest rozpowszechniona szczególnie w rodzinach imigrantów i uchodźców. Rodziny często wysyłają córki do kraju ojczystego, aby poddać je obrzezaniu. Rocznie około 180 tys. kobiet imigrantek w Europie jest poddawanych okaleczeniu narządów płciowych lub narażonych na te uszkodzenia ciała (Rezolucja Parlamentu Europejskiego, 2009).

Jedną z najpoważniejszych konsekwencji zdrowotnych obrzezania są cierpienia kobiet, których doznają w noc poślubną i które często wymagają wielomiesięcznego pobytu w szpitalu, a także komplikacje podczas porodu. Zalicza się do nich zwiększone, w porównaniu z kobietami bez FGM, ryzyko dotyczą-

ce: cięcia cesarskiego, krwotoku poporodowego, przedłużonego pobytu matki w szpitalu, konieczności reanimacji niemowląt, urodzenia martwego dziecka lub wczesnej śmierci noworodka oraz niskiej masy urodzeniowej. Ponadto FGM prowadzi do od jednego do dwóch zgonów okołoporodowych na 100 porodów. Im rozleglejsze FGM, tym większe ryzyko komplikacji związanych z porodem (Female genital mutilation and obstetric outcome, 2006). Od 1985 r. praktyki związane z FGM są w Wielkiej Brytanii zakazane, jednakże personel medyczny w klinikach położniczych w tym kraju nie zawsze miał odpowiednią wiedzę, aby zapewnić w miarę komfortowe warunki rodzącym kobietom, które wcześniej doświadczyły obrzezania. Wspominając swój pierwszy przypadek zetknięcia się z ofiarą obrzezania trzeciego stopnia na oddziale położniczym w ostatnim stadium porodu, Joy Clark opisuje, że wszyscy obecni, tj. rodząca kobieta i członkowie personelu medycznego, byli przerażeni i spanikowani, ponieważ „Dziecko pchało się na świat, ale nie mogło się wydostać, bo matka nadal była zaszyta” (Wardere, 2017, 254, 255).

Ostatnio wprowadzone zostały w Wielkiej Brytanii przepisy prawne, które zobowiązują pracowników opieki społecznej i służby zdrowia, z lekarzami włącznie, do zgłaszania przypadków FGM jako przestępstw (Wardere, 2017). Podobnie restrykcyjne rozwiązania wprowadzono wcześniej, tj. w 1983 r., we Francji (Weil-Curiel, 2007). Pierwsza w Wielkiej Brytanii poradnia położnicza dla kobiet z FGM otworzona została na początku naszego stulecia w Whittington Hospital, w północnym Londynie. Założycielka poradni Joy Clark ma na co dzień kontakt z kobietami, które zostały poddane temu krwawemu rytuałowi. Z jednej strony wiele z jej pacjentek nie jest świadomych tego, co zrobiono z ich ciałami, i z obawy przed osądem unika szukania pomocy u specjalistów (Wardere, 2017). Zaś z drugiej – do klinik i poradni dla ofiar FGM zgłasza się coraz więcej kobiet w celu przeprowadzenia fizycznej deinfibulacji, co „często rozwiązuje ich problemy rozrodcze, ginekologiczne czy urologiczne, a to bardzo ważne dla ich zdrowia i samopoczucia” (Wardere, 2017). W niektórych przypadkach zabieg deinfibulacji jest jednak niewykonalny. Kliniki opiekujące się ofiarami FGM czynią starania, aby zidentyfikować te kobiety i dotrzeć do nich odpowiednio wcześniej, aby wykonać im nacięcie między 20. a 32. tygodniem ciąży i pozwolić na zagojenie rany przed porodem (Wardere, 2017).

Problem obrzezania jest silnie osadzony w tradycji kulturowej społeczności, które go praktykują, i otoczony tabu milczenia. Skutkowało to i nadal skutkuje obawami „przed przekroczeniem granicy, urażeniem uczuć przedstawicieli innych kultur, powoduje, że zamiast wprowadzać politykę zera tolerancji, staramy się szukać kompromisów, a nie powinno do tego dochodzić w przypadkach, kiedy zagrożone jest życie i zdrowie dzieci” (Wardere, 2017, 233, 234). Ponadto należy zauważyć, że procedurze obrzezania poddawane są coraz młodsze dzieci, także niemowlęta (Veran, 1993).

W społeczeństwach kolektywistycznych zasadniczą rolę odgrywa obawa przed odrzuceniem przez społeczność, w której jednostka żyje, stąd jedną z najczęściej podawanych przyczyn popierania FGM jest zyskanie akceptacji społecznej (Female Genital Mutilation/Cutting, 2013). Podtrzymywaniu tych

krwawych rytuałów sprzyja często migracja, ponieważ ich przestrzeganie i praktykowanie postrzegane jest „jako sposób na zachowanie swej tożsamości w nowej ojczyźnie” (Wardere, 2017, 265).

## **Ból: istota, znaczenie i doświadczanie**

Ból jest immanentnym towarzyszem człowieka od początku naszego istnienia, bólu doświadczają też kobiety w trakcie porodu. Z jednej strony ból znacznie utrudnia codzienne funkcjonowanie, zatem ludzie dążą do jego redukcji bądź minimalizacji, ale z drugiej – stanowi sygnał ostrzegawczy przed ewentualnym rozwojem choroby, jego prewencyjny charakter ma zatem znamiona użyteczności. Występowanie bólu to jedno z najczęstszych odczuć w życiu człowieka, jednak poziomu bólu nie da się określić i zmierzyć bardzo wymiennie oraz uniwersalnie, gdyż ma on charakter wybitnie subiektywny (Rey, 1998). Podejmowano próby zobiektywizacji bólu, wprowadzono nawet pojęcie „dolorimetru” (ang. *dolorimeter*), jednak do tej pory nie udało się stworzyć uniwersalnego narzędzia, które mogłoby się okazać pomocne w tej kwestii (Szubert, 2017, za: Cervero, 2012). Wynika to z faktu, że próg bólu jest uwarunkowany indywidualnie, pozostaje w związku z aktualnymi okolicznościami i wydarzeniami oraz stanem psychicznym jednostki, jak również zależy od kontekstu kulturowego, w którym osadzona jest jednostka.

Odmienne uwarunkowania mogą wpływać na ocenę bólu, proces jego identyfikacji, postrzegania i tolerancji. Istotnych jest tutaj wiele odrębnych czynników, np. nasze wcześniejsze doświadczenia w analogicznych sytuacjach, wpływ pamięci – może ona potęgować lub łagodzić subiektywne odczucia – a także stan psychiczny człowieka i bezpośrednio odczuwane przez niego poczucie bezpieczeństwa bądź zagrożenia w momencie wystąpienia bólu. Ważne są w tym przypadku osobiste odczucia, a indywidualna relacja osoby doświadczającej bólu winna być uszanowana.

Na przestrzeni wieków podejście do bólu było bardzo zróżnicowane, chociażby w zależności od wrażliwości kulturowej oraz ówczesnie panujących obyczajów, jednak generalnie tendencja do unikania doznań bólowych jest uniwersalnym zjawiskiem i założeniem procesu terapeutycznego.

Badania dotyczące wyjaśnienia i definicji bólu oraz wrażliwości człowieka na bodźce bólowe zajmowały naukowców od dawna, a postęp w interpretowaniu procesów fizjologicznych przyczynił się do zrozumienia mechanizmu bólu oraz sposobów leczenia bądź redukcji odczuć bólowych. Najczęściej przytaczaną i powszechnie stosowaną definicję bólu doprecyzowało Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu (ang. International Assotiation for the Study of Pain – IASP), które opisuje ból jako nieprzyjemne doświadczenie sensoryczne (zmysłowe) i emocjonalne (psychologiczne), związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek ciała lub opisywane jako takie uszkodzenie (Terminology, 2011).

Ból wiąże się nie tylko z cierpieniem fizycznym, ale także z doświadczaniem cierpienia emocjonalnego. Cały cykl zachodzi na poziomie percepcji – procesu umysłowego, który powoduje, że stajemy się świadomi własnego ciała i otaczającego nas środowiska. Percepcję bólu wyznaczają dwa parametry: próg czucia bólu oraz próg tolerancji bólu.

Percepcja odczuwania negatywnych bodźców będzie znacznie wyższa u osoby skoncentrowanej na własnym bólu. Natomiast w przypadku, gdy uwaga oraz energia osoby jest skupiona na innych zainteresowaniach i czynnościach, ból w sposób naturalny schodzi na drugi plan i jest mniej odczuwalny. Często kontekst kulturowy, pożądane, typowe i oczekiwane zachowania w danej kulturze będą determinowały odczucia bólowe jednostki lub wręcz całych społeczności. Zatem samo postrzeganie bólu oraz zachowania związane bezpośrednio z jego przeżywaniem są w istotny sposób determinowane przez kontekst socjokulturowy (Szubert, 2017). Anglosascy profesorowie Ronald Melzack (Kanadyjczyk) i Patric David Wall (Brytyjczyk), którzy zrewolucjonizowali podejście do bólu, podkreślają, iż „Kultura, w której zostaliśmy wychowani, odgrywa znaczącą rolę w naszym odczuwaniu i reakcji na ból” (Melzack, Wall, 2006, 31).

Nie bez znaczenia jest fakt, iż rozpoznanie bólu u chorego następuje w procesie komunikacji między pacjentem a członkami personelu medycznego sprawującego nad nim opiekę. Dla jej przebiegu uwarunkowania kulturowe mają kluczowe znaczenie. W przypadku wielu kultur azjatyckich komunikacja ma charakter wysokokontekstowy. Jak zauważa Karolina Bednarz (2018, s. 65): „Japończyk nie może (a przynajmniej wydaje mu się, że nie powinien) mówić wprost, co myśli. Musi swoje myśli odpowiednio uformować, przefiltrować, przeorganizować i pokazać je światu w formie, która nie wzbudzi czyjegokolwiek sprzeciwu. Nauka oddzielania prawdziwych uczuć od tych okazywanych zaczyna się już we wczesnym dzieciństwie”. Podobnie się rzeczy mają w przypadku reagowania na ból – od Japonek, które w trakcie porodu z zasady nie otrzymują znieczulenia, oczekuje się, aby rodziły w ciszy, nie okazując bólu (Paczkowska, 2008).

Jednakże specyfika bólu porodowego jest odmienna i bardzo różni się od innych rodzajów bólu (Karkowska i wsp., 2023). Nie jest to ból przewlekły ani spowodowany chorobą czy nagłym uszkodzeniem ciała, aczkolwiek poród naturalny zalicza się do jednego z najbardziej bolesnych przeżyć w życiu kobiety. Rodzące zgodnie podkreślają, że doznania bólowe są niewyobrażalne i trudne do zniesienia, choć w większości przypadków o tym typie bólu się zapomina. Niekiedy jednak ekstremalne doznania bólowe mogą wpływać na późniejszą relację matki z dzieckiem i jej negatywne nastawienie do macierzyństwa (Taghizadeh i wsp., 2013). Znane jest także zaburzenie o podłożu nerwicowym – lęk przed porodem, czyli tokofobia – które może się rozwinąć na skutek traumatycznych przeżyć i wcześniejszych doświadczeń z przebiegiem ciąży, samego porodu lub położu, a także indywidualnych predyspozycji osobowościowych czy uwarunkowań o podłożu genetycznym.

Wiele kobiet na całym świecie doświadcza złego traktowania i braku respektu podczas porodu, co może potęgować u nich doznania bólowe. Naganne

zachowania nie tylko naruszają prawa kobiet do pełnej szacunku opieki zdrowotnej, ale mogą także zagrażać ich prawom do życia, zdrowia, nietykności cielesnej oraz wolności od wszelkich form dyskryminacji. Oświadczenie w powyższej kwestii zostało opublikowane przez Światową Organizację Zdrowia w 2014 r. i wzywa do intensywniejszych działań, dialogu, prowadzenia badań poświęconych promowaniu postaw uwzględniających godne i pełne szacunku traktowanie kobiet podczas ciąży, porodu i połogu (WHO, 2014). Warto w tym miejscu podkreślić, iż w Polsce pacjent ma prawo do leczenia bólu (Dz.U. 2017 poz. 836), tym samym bólu porodowego, co wiąże się ze znieczuleniem do porodu – sam fakt występowania bólu jest podstawowym wskazaniem (chyba że są wyraźne przeciwwskazania do tego) (Boratyńska, 2019). Jednak w praktyce, pomimo funkcjonowania regulacji prawnych i zapewnionej przez NFZ refundacji kosztów znieczulenia do porodu, dostępność takiego znieczulenia jest mocno ograniczona (Boratyńska, 2019).

## Podsumowanie

Ciąża, poród i połóg to jedne z najważniejszych wydarzeń nie tylko w życiu doświadczających ich kobiet, ale także ich rodzin, a niekiedy i społeczności, w których żyją. Urodzenie dziecka, a zwłaszcza syna, jest zazwyczaj powodem do świętowania i przynajmniej czasowego zapewnienia kobiecie szczególnego traktowania. W związku z tym w różnych kulturach hołduje się lokalnym zwyczajom i ceremoniałom, których celem jest nie tylko upamiętnienie tego jakże ważnego wydarzenia, a raczej ciągu wydarzeń, lecz także udzielenie kobiecie wsparcia w trudnym okresie i ułatwienie jej powrotu do normalnych obowiązków. Niezwykle istotną rolę odgrywa tutaj również podtrzymywanie tożsamości kulturowej grupy, zagrożonej współcześnie przez procesy modernizacyjne, zwłaszcza w wyniku postępującej modernizacji społecznej. Szczególnie interesujący przypadek w tym kontekście stanowi Japonia, kraj poddany intensywnym procesom modernizacyjnym od blisko półtora wieku, który zachował swoją tożsamość kulturową, także w zakresie zwyczajów związanych z ciążą, narodzinami i połogiem.

## Bibliografia

- Attané, I. (2012). *Tam gdzie dzieci są luksusem. Chiny wobec katastrofy demograficznej*. Warszawa: Wydawnictwo Studio Emka.
- Baran-Osak, B. (2018). Uwarunkowania kulturowe opieki zdrowotnej nad Romami. W A. Majda, J. Zalewska-Puchała, B. Ogórek-Tęcz (red.). *Pielęgniarstwo transkulturowe*. Warszawa: PZWL.
- Bednarz, K. (2018). *Kwiaty w pudełku. Japonia oczami kobiet*. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne.

- Benedict, R. (1999). *Chryzantema i miecz. Wzory kultury japońskiej*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Bielicki, T. (red.) (1976). *Mały słownik antropologiczny*. Wydanie drugie przerobione. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Boratyńska, M. (2019). Znieczulenie do porodu. W M. Boratyńska, P. Koniecznik (red.). *Regulacja prawna czynności medycznych*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Dasgupta, R. (2016). *Delhi. Stolica ze złota i snu*. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne.
- Drózd, M. T. (2004). *Życie codzienne w Abu Zabi*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Dialog.
- Falerio, S. (2022). *Porządne dziewczyny. Zbrodnia i hańba w Indiach*. Warszawa: Wydawnictwo Czarne.
- Ficowski, J. (2000). *Cyganie w Polsce. Dzieje i obyczaje*. Gdańsk: Tower Press.
- Frédéric, L. (1998). *Słownik cywilizacji indyjskiej*, t. 1. Katowice: Wydawnictwo Książnica.
- Głodowska, K. B., Baum, E., Staszewski, R., & Murawska, E. (red.) (2019). *Kulturowe uwarunkowania opieki nad pacjentem*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Wydawnictwo Miejskie Poznania.
- Gwiazda, A. (2018). *Japonia: Demograficzne wyzwania kraju seniorów i „singli pasożytów”*. Dostępne na: <https://www.obserwatorfinansowy.pl/bez-kategorii/rotator/japonia-demograficzne-wyzwania-kraju-seniorow-i-singli-pasozytow> (dostęp: 3.03.2023).
- Huntington, S. P. (1998). *Zderzenie cywilizacji*. Warszawa: Muza.
- Iszkiewicz, L. W. (2013). *Księga romska. Autobiografia. Prawo*. Słownik. Poznań: Fundacja Bahtale Roma.
- Kalicki, W. (1999). *W domu smoka*. Warszawa: Krajowa Agencja Wydawnicza.
- Karkowska, D., Izdebski, Z., Janik A., & Baum, E. (2023). *Godna prokreacja, ciąża, poród i połóg. Prawa kobiet*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Khidayer, E. (2012). *Arabski świat*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Knott, K. (2000). *Hinduizm*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Łochowski, M. (2002). *Życie codzienne w Pekinie*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Dialog.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (2006). *Tajemnica bólu*. E. Wesolek (tłum.). Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Metcalf, B. D. (1986). The comparative study of Muslim societies. *Items*, 40(1), 2–6.
- Nowicka, J., & Łupina, M. (2015). *Indie. Trzy na godzinę*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Pascal.
- Nydell, M. K. (2001). *Zrozumieć Arabów*. Warszawa: Wydawnictwo Studio Emka.
- Open Society Foundations. (2002). *Ochrona mniejszości w procesie akcesji do UE. W Program Monitoringu Akcesji do Unii Europejskiej (UE): Ochrona mniejszości* (ss. 13–78). Dostępne na: <http://www.jstor.org/stable/resrep27149.6>.
- Otowa, R. (2013). *W Japonii, czyli w domu. Amerykanka w kraju kwitnącej wiśni*. Warszawa: Świat Książki.
- Pimpaneau, J. (2001). *Chiny. Kultura i tradycje*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Dialog.
- Rey, R. (1998). *The History of Pain*. Cambridge: Harvard University Press.
- Romaniuk, A. (2019). *Z miłości to współczuję. Opowieści z Omanu*. Poznań: Wydawnictwo Poznańskie.
- Górak-Sosnowska, K., & Cegielski, W. (2016). *Rozmowy o islamie*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Dialog.
- Saga, J. (2004). *Japonia – wspomnienia z czasów jedwabiu i słomy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Skakuj-Puri, M. (2011). *Życie codzienne w Delhi*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Dialog.
- Stelcer, B. (2019). *Japonia – wybrane aspekty kultury, pojmowania zdrowia, choroby i leczenia* W K. B. Głodowska, E. Baum, R. Staszewski, E. Murawska (red.). *Kulturowe uwarun-*

*kowania opieki nad pacjentem* (s. 169–182). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Wydawnictwo Miejskie Poznań.

- Stietenron, H. von (2010). *Hinduizm*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Dialog.
- Szubert, M. (2017). *Anatomia bólu. Ujęcie socjokulturowe*. *Ethos*, 30, 4(120), 102–122.
- Taghizadeh, Z., Irajpour, A., & Arbab, M. (2013). Mothers' response to psychological birth trauma: a qualitative study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(10), e10572.
- Tavris, C., & Wade, C. (1999). *Psychologia. Podejścia oraz koncepcje* (ss. 390–391). Poznań: Zysk i S-ka.
- Tomala, K. (2001). Planowanie rodziny warunkiem modernizacji kraju. W K. Tomala (red.). *Chiny. Przemiany państwa i społeczeństwa w okresie reform 1978–2000*. Warszawa: Instytut Studiów Politycznych PAN, Wydawnictwo TRIO.
- Tully, M. (1998). *Serce Indii*. Warszawa: Bertelsmann Media.
- Veran, S. (1993). Krwawa tradycja. Francja wypowiada walkę obrzezaniu dziewczynek, praktykowanemu przez niektórych imigrantów z Afryki, *Le Nouvel Observateur*, c. 1992, cyt. za *Forum* nr 11.
- Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2017 poz. 836.
- Wardęga, J. (2015). *Współczesne społeczeństwo chińskie. Konsekwencje przemian modernizacyjnych*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Wardere, H. (2017). *Cięcie*. Warszawa: Prószyński Media.
- Weil-Curiel, L. (2007). Eksycja we Francji. W Ch. Ockrent (red.), S. Treiner (oprac.), K. Bartkiewicz (tłum.). *Czarna księga kobiet*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome, Banks, E., Meirik, O., Farley, T., Akande, O., Bathija, H., & Ali, M. (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* (London, England), 367(9525), 1835–1841.
- Widy, M. (2005). *Życie codzienne w muzulmańskim Paryżu*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Dialog.
- Yazawa, Y. (2018). *Okagesama. Japoński przepis na dobre życie*. Warszawa: Grupa Wydawnicza Foksal.
- Zawadewicz, M. (2008). *Życie codzienne w muzulmańskim Londynie*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Dialog.

29

### Strony internetowe

- Artych, A. (2022). *Styl życia Romów. Styl życia kultury romskiej*. Stowarzyszenie Pielęgniarki Cyfrowe. Dostępne na: <https://www.pielegniarkicyfrowe.pl/2022/01/27/styl-zycia-romow> (dostęp: 24.02.2023).
- Bankier.pl. *Japonia chce odwrócić trend demograficzny. Rząd sięgnie po bezprecedensowe środki* (2023). Dostępne na: <https://www.bankier.pl/wiadomosc/Japonia-chce-odwrocic-trend-demograficzny-Rzad-siegnie-po-bezprecedensowe-srodki-8476515.html> (dostęp: 3.03.2023).
- Biłska-Jha, Z. (2017). *Ciąża i macierzyństwo... w Indiach. Mataja. Ciąży i macierzyństwo oparte na dowodach naukowych*. Dostępne na: <https://mataja.pl/2017/04/ciaza-i-macierzynstwo-w-indiach> (dostęp: 20.02.2023).
- *Ciąży i poród w Japonii. Jak rodzi się w Japonii?* (2018). Dostępne na: <https://www.mjakmama24.pl/mama-i-tata/psychologia/ciaza-i-porod-w-japonii-aa-9NjB-yNAy-7BP8.html> (dostęp: 2.03.2023).
- *Czym jest hymenoplastyka i kto jej potrzebuje?* Dostępne na: <https://inter-med.pl/hymenoplastyka> (dostęp: 1.02.2023).
- Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 24 marca 2009 r. w sprawie walki z okaleczaniem żeńskich narządów płciowych prak-

tykowanym w UE (2008/2071(INI)) (2010/C 117 E/09), Dz.U.UE C z dnia 6 maja 2010 r. Dostępne na: <https://www.prawo.pl/akty/dz-u-ue-c-2010-117e-52,67948308.html> (dostęp: 1.02.2023).

- Fundacja Sztuki Jaw Dikh. (2018). *Raport z monitoringu społeczeństwa krajowej strategii integracji Romów w Polsce*. Dostępne na: <https://cps.ceu.edu/sites/cps.ceu.edu/files/attachment/basicpage/3034/rcm-civil-society-monitoring-report-1-poland-2017-eprint-fin-pl-3.pdf> (dostęp: 22.02.2023).
- Huiting, H. (2002). *Family planning law and China's birth control situation*. Dostępne na: <http://www.china.org.cn/english/2002/Oct/46138.htm> (dostęp: 19.02.2023).
- IASP. (2011). *Terminology. Changes in the 2011 list*. Dostępne na: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/> (dostęp: 17.02.2023).
- Japonia. Dostępne na: <https://pl.wikipedia.org/wiki/Japonia> (dostęp: 2.03.2023).
- Paczkowska, J. (2008). *Jak rodzi się w Japonii. Okiem Europejki*. Dostępne na: <https://naszemiasto.pl/jak-rodzi-sie-w-japonii-okiem-europejki/ar/c6-4428476> (dostęp: 2.03.2023).
- Rąbek, E. (2020). *Tu lekarz nie ma prawa zdradzić płci dziecka, bo dawniej ludzie woleli chłopców więc cięższe żeńskie były nagminnie usuwane*. Dostępne na: <https://www.edziecko.pl/rodzice/7,79361,26413708,polska-mama-w-chinach-wiele-rodzin-nie-ma-wozka-jest-niepotrzebny.html> (dostęp: 22.02.2023).
- Ryall, J. (2022). *Japonia i kryzys demograficzny. Szczodre becikowe nie pomaga*. Dostępne na: <https://www.dw.com/pl/japonia-i-kryzys-demograficzny-szczodre-becikowe-nie-pomaga/a-64166949> (dostęp: 3.03.2023).
- Serwis RP. *Mniejszości Narodowe i Etniczne. Romowie*. Dostępne na: <https://www.gov.pl/web/mniejszosci-narodowe-i-etniczne/romowie> (dostęp: 22.02.2023).
- Sitkiewicz, M. (2022). *Hai tai! Nati w Japonii*. Dostępne na: <https://ladnebebe.pl/hai-tai-nati-w-japonii> (dostęp: 2.03.2023).
- Unicef. *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. Dostępne na: [https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2019/04/UNICEF\\_FGM\\_report\\_July\\_2013.pdf](https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2019/04/UNICEF_FGM_report_July_2013.pdf) (dostęp 17.02.2023).



# Komunikacja z pacjentką i jej rodziną w okresie okołoporodowym

## Wprowadzenie

Refleksja nad pojęciem komunikacji z pacjentką i jej rodziną w okresie okołoporodowym jest niezwykle złożona. Definiowanie tego pojęcia odbywa się bowiem na kilku płaszczyznach. Pierwsza z nich dotyczy komunikacji z pacjentem i jego rodziną w szerokim znaczeniu. Druga dotyczy kontekstu, czyli okresu okołoporodowego w sytuacji prawidłowego jego przebiegu, kolejna natomiast odnosi się to różnego rodzaju kryzysów emocjonalnych i zaburzeń psychicznych występujących w okresie okołoporodowym.

W życiu kobiety okres ciąży i porodu to czas bardzo ważny, pełen dużych zmian. Przynosi kobiecie i jej rodzinie zarówno radość i szczęście, jak i rozczarowanie, zmęczenie, niepewność oraz stres z powodu zachodzących pod wpływem hormonów zmian biologicznych, psychicznych, a także zmian społecznych. Dlatego prawidłowa komunikacja odgrywa ogromną rolę w całym okresie okołoporodowym: ciąży, porodu i połogu. Odpowiednie podejście do ciężarnej i jej partnera bardzo mocno wpływa na komfort pacjentki, a tym samym redukuje poziom stresu (Akdeniz, Gönül, 2004).

## Komunikacja z pacjentem – panorama

Prawidłowa komunikacja z pacjentem jest zjawiskiem w dużym stopniu warunkującym skuteczność podejmowanych działań medycznych. W dobie rosnącej złożoności wiedzy medycznej wzrasta potrzeba wyjaśniania i tłumaczenia pacjentom zarówno przebiegu leczenia, celów, jak i skutków wprowadzania nowych rozwiązań terapeutycznych. Porozumienie między personelem medycznym a pacjentem wpływa na wypełnianie zadań warunkujących rozwiązywanie problemów zdrowotnych. Często nie zła wola pacjenta, lecz niezrozumienie

zaleceń lekarskich komplikuje całą procedurę terapeutyczną (Stangierska, Horst-Sikorska, 2007).

Komunikacja z pacjentem towarzyszy każdej aktywności profesjonalisty medycznego, niezależnie od wykonywanego zawodu. Ważne zatem, by w procesie tym przestrzegać określonych zasad; należą do nich:

- zapewnienie intymności i względnej ciszy, unikanie rozmów na korytarzu czy w sali, w której znajdują się inni pacjenci,
- unikanie pośpiechu,
- uwaga skupiona na pacjentce,
- aktywne słuchanie,
- okazywanie zrozumienia i akceptacji,
- unikanie sformułowań oceniających,
- uwzględnienie sytuacji społecznej pacjenta,
- uporządkowany, jasny przekaz – jak wynika z badań, pacjenci nie potrafią zapamiętać 56% wskazówek i zaleceń oraz 48% informacji dotyczących terapii,
- indywidualne podejście do pacjenta,
- przekaz prosty i szczery (Bischkopf, 2017).

W procesie komunikacji z pacjentem należy unikać:

- upominania i krytykowania,
- ignorowania tego, co mówi pacjent, i przerywania wypowiedzi,
- osądzania, obwiniania,
- nieadekwatnego pocieszania (Gordon, Sterling, 2009).

Szczególną uwagę w komunikacji z pacjentem należy zwrócić na komunikację niewerbalną. Głównie miejsce w komunikacji niewerbalnej między lekarzem a pacjentem zajmuje dotyk. Należy pamiętać, że nie jest on tylko elementem badania przedmiotowego, ale ma głębsze znaczenie – może być bowiem nośnikiem zaangażowania i wsparcia, ale też może naruszać podstawową intymność chorego. W kontekście opieki ginekologicznej i położniczej nabiera on jeszcze większego znaczenia, a ryzyko wystąpienia sytuacji uznanej przez pacjentkę za przekroczenie granic jest znacznie większe (Osiński, 2014).

Bardzo ważny w komunikacji niewerbalnej jest również kontakt wzrokowy, który może zachęcić pacjenta do wejścia w relację z lekarzem albo wprost przeciwnie – wzbudzić lęk i zakłopotanie. Podobne znaczenie ma wyraz twarzy. Kolejnym elementem komunikacji niewerbalnej jest głos. Aby pacjent odebrał komunikat zgodnie z intencją lekarza, ważna jest właściwa modulacja głosu – ciepły, życzliwy ton zmniejsza poczucie lęku u pacjenta, a tym samym poprawia komunikację (Kaczor, Michalak, 2010).

Jednym z kluczowych wyzwań dla podnoszenia jakości świadczeń medycznych, a tym samym wzmacniania bezpieczeństwa pacjentów jest zaangażowanie pacjenta (ang. *patient engagement*). Dlatego tak ważna jest edukacja do bycia aktywnym pacjentem. W praktyce oznacza to edukację ukierunkowaną na budowanie świadomości informacyjnej wobec profesjonalistów medycznych. Zachęca się przy tym pacjenta do wyrażania potrzeb i oczekiwań, co pozwoli mu dobrze zrozumieć swój stan zdrowia. Zatem pacjent, który ma być np. poddany badaniu diagnostycznemu, jest zachęcany – w ramach edukacji budującej

zaangażowanie – by podczas kontaktu z profesjonalistą medycznym zadać mu następujące pytania:

- co określa/mierzy dane badanie?
- dlaczego potrzebuję tego badania?
- co by się stało, gdybym nie zrobił tego badania?
- czy są jakieś inne, alternatywne metody badania?
- jak dokładny/dokładne jest ten test/badanie?
- jak często test ten daje błędny wynik pozytywnie dodatni i ujemny?
- czy badanie wiąże się z bólem lub dyskomfortem?
- jakie mogą wystąpić powikłania?
- jak powinienem przygotować się do badania?
- jak będę się czuł po badaniu – czy mogę wrócić do pracy?
- kiedy będą wyniki?
- jakie laboratorium wykonuje to badanie?
- co mam zrobić po otrzymaniu wyników? (Roizen, 2006).

W wielu krajach prowadzi się kampanie na rzecz budowania postawy aktywnego pacjenta, jak np. program SPEAK UP (ang. *speak up, pay attention, educate yourself, ask, know, use accredited hospitals, participate*), w których wprost zachęca się pacjentów do zaangażowania w cały proces terapii:

- wyrażaj głośno swoje wątpliwości,
- zwracaj uwagę na swoją opiekę i oczekuj przestrzegania standardów,
- dowiedz się jak najwięcej o swojej chorobie i leczeniu,
- poproś rodzinę/znajomych, by wspierali cię w leczeniu,
- wiedz, jakie leki zażywasz i dlaczego,
- wybieraj akredytowane szpitale,
- współuczestnicz w decyzjach dotyczących twojego zdrowia.

## Komunikacja z pacjentką w okresie okołoporodowym

Na początku warto zwrócić uwagę na rozróżnienie pojęć: pacjent i chory (Włoszczak-Szubzda, Jarosz, 2012). W literaturze przedmiotu pojawiają się one często zamiennie, co świadczy o niewłaściwym ich rozumieniu. W socjologii medycyny jest przedstawiany proces zdarzeń rozpoczynający się od poznawania dolegliwości i objawów i przyjęcia roli chorego. Potem następuje kontakt ze służbą zdrowia i przyjęcie roli pacjenta (Piątkowski, 2002). Kobieta spodziewająca się dziecka nie podlega temu procesowi, ponieważ ciąża jest stanem fizjologicznym i mimo iż następuje etap rozpoznawania objawów, ciężarna nie jest chora, jednak w momencie zgłoszenia się do lekarza staje się pacjentką.

Komunikacja z kobietą w okresie okołoporodowym często rozumiana jest jako szczególna zarówno w pozytywnym, jak i negatywnym sensie. Ma na to wpływ stereotypowe spojrzenie na kobietę w ciąży przez pryzmat zmian hormonalnych oddziałujących na jej nastrój. Jednak dużo ważniejszym i zdecydowanie bardziej znaczącym aspektem jest fakt, że kobieta w ciąży „zaprasza” do gabinetu szeroko rozumiany temat zdrowia rodziny, w więc m.in. kwestie takie

jak: genetycznie zdrowe potomstwo, opieka okołoporodowa czy ochrona dziecka w okresie okołoporodowym (Włoszczak-Szubzda, Jarosz, 2012). Dlatego warto widzieć komunikację z pacjentką w okresie okołoporodowym w szerokim kontekście społecznym, socjologicznym i psychologicznym.

Na problem komunikacji z pacjentem często patrzymy przez pryzmat dolegliwości, która sprowadza pacjenta do placówki opieki zdrowotnej. Jakkolwiek jest to ważny czynnik, to jednak może prowadzić do dużych uproszczeń i redukcji pacjenta jako osoby do pacjenta jako nosiciela jednostki chorobowej. Wiele się mówi o komunikacji z pacjentem onkologicznym, pacjentem w depresji itp. Podobne uproszczenie może się pojawić w myśleniu o komunikacji z pacjentką w okresie okołoporodowym (Czerw i wsp., 2012). Warto pamiętać, że „kobieta ciężarna” to nie żaden typ charakteru czy osobowości; nie dzieje się tak, że jeśli go poznamy, to ustalimy jeden schemat rozmowy. Każda pacjentka jest inna, ma inne potrzeby, to, co łączy pacjentki, to fakt, że są kobietami i że są w ciąży. Dlatego należy zwrócić uwagę na indywidualne podejście uwzględniające wszystkie aspekty okresu okołoporodowego oraz związane z tym emocje. Ciąża to czas zarówno radości i pełnego ekscytacji oczekiwania, jak i zdenerwowania, smutku, zmęczenia, niepewności czy uczucia przytłoczenia świadomością ogromu zmian, które nadchodzą. Dodatkowo stan ciąży może powodować różnego rodzaju dolegliwości bólowe i dyskomfort. Formułując zasady prowadzenia rozmów z pacjentkami w ciąży, należy pamiętać przede wszystkim o komunikacji opartej na stosunkach partnerskich. Pacjentka i członkowie jej rodziny zazwyczaj są gotowi i chętni do współpracy, rolą personelu medycznego jest danie im przestrzeni, w której może ona zostać zrealizowana (Włoszczak-Szubzda, Jarosz, 2012).

Do ważnych elementów wpływających na komunikację z kobietą w okresie okołoporodowym należą:

- kontekst społeczny,
- wsparcie bliskich osób,
- poziom wiedzy, wykształcenie, świadomość medyczna,
- nasylenie wiedzą z różnych źródeł informacji,
- doświadczenia z przeszłości,
- wyjątkowa wrażliwość emocjonalna,
- wiek pacjentki (Wojdyła i wsp., 2019).

Przeprowadzone w 2021 r. przez Instytut LB Medical badanie, w którym udział wzięło ponad 400 pacjentek i członków ich rodzin, wskazało, że niemal 9,5% kobiet w ciąży w czasie wizyty u lekarza czuje się „niekomfortowo”. Oto najczęściej wymieniane powody takiej oceny:

- 36,4% ankietowanych nie czuło się komfortowo, ponieważ nie uzyskały one informacji, po które przyszły,
- 18,2% nie uzyskało wystarczającego wsparcia emocjonalnego,
- 18,2% nie doświadczyło wystarczającej prywatności,
- 27,3% ciężarnych, u których ciąża nie przebiega prawidłowo, zostało obarczonych za to winą, mimo że stosowały się one do zaleceń,
- 9,1% ciężarnych, u których ciąża ma przebieg prawidłowy, zostało negatywnie ocenionych przez personel medyczny,

- inne – dyskryminacja ze względu na tuszę (Instytut LB Medical, Znaczenie komunikacji w ochronie zdrowia dla samopoczucia pacjentek).

Większość aspektów, ze względu na które kobiety nie czują się komfortowo, nie dotyczy samej jakości usług medycznych, ale właśnie komunikacji wyrażającej się również we wsparciu emocjonalnym oraz możliwości otwartej rozmowy.

Błędy w komunikacji z kobietą w okresie okołoporodowym to:

- osądzanie,
- moralizowanie,
- obiecywanie czegoś, co wykracza poza nasze możliwości i kompetencje,
- pospieszanie i wprowadzanie presji czasu,
- bagatelizowanie objawów fizjologicznych (Howard i wsp., 2014; Nowina-Konopka, 2016).

Komunikacją z kobietą w okresie okołoporodowym wspiera:

- zachęcanie do zadawania pytań,
- unikanie nadmiernej medykacji języka,
- słuchanie,
- docenianie (Howard i wsp., 2014; Nowina-Konopka, 2016).

## **Komunikacja z pacjentką doświadczającą kryzysu psychicznego i jej rodziną w okresie okołoporodowym**

Oprócz typowych w ciąży emocjonalnych wahań nastroju u części kobiet pojawiają się także poważniejsze zaburzenia nastroju, a niejednokrotnie również depresja poporodowa (Faisal-Cury, Rossi Menezes, 2007). Na świecie 10% kobiet w ciąży, a 13% kobiet, które właśnie rodziły, doświadcza zaburzeń zdrowia psychicznego, w tym głównie depresji (Roberts i wsp., 2019). Jedna na siedem kobiet doświadcza depresji w ciągu roku po urodzeniu, a jedna na pięć często doświadcza lęku w połączeniu z depresją w tym samym okresie (Austin i wsp., 2017). Ciąża i poród mogą być bardziej stresujące dla kobiety w ciąży powikłanej (Furuta i wsp., 2014). Jednym z najczęstszych niepożądanych skutków ciąży jest jej utrata we wszystkich jej formach (np. poronienie). W wielu przypadkach utrata ciąży wiąże się z krótko- i długoterminowymi efektami psychologicznymi, które często są pomijane zarówno przez pracowników służby zdrowia, jak i przez otoczenie (Fairbrother i wsp., 2016). Doświadczenie straty ciąży ma większy negatywny wpływ na zdrowie psychiczne kobiety, jeśli do straty doszło w późniejszym okresie ciąży (Brockington i wsp., 2016). Niekorzystne skutki naracających poronień dotyczą nie tylko kobiety, ale także jej partnera (Beck, 2001; Austin i wsp., 2017).

Okołoporodowe zaburzenia psychiczne należą zatem do najważniejszych problemów, jakie mogą występować u kobiet w końcowym okresie ciąży lub w połogu (Jaeschke, 2014). Ponieważ jednak zaburzenia te rozpoznaje się zbyt rzadko, to wiele chorych potrzebujących pomocy nie otrzymuje właściwego leczenia. Autorzy przeprowadzonego w USA badania, w którym

uczestniczyło 3,5 tys. kobiet w ciąży, stwierdzili, że jedynie ok. 15% pacjentek z rozpoznaniem dużej depresji korzystało z terapii (Misri, Kendrick, 2007; Jaeschke, 2014).

Wydaje się, że do najpoważniejszych przeszkód w diagnozowaniu okołoporodowych zaburzeń psychicznych oraz terapii kobiet cierpiących z ich powodu należą:

- brak wsparcia,
- presja społeczna związana z koniecznością sprostania roli „idealnej matki”,
- lęk przed stygmatyzacją,
- specyfika obrazu klinicznego okołoporodowych zaburzeń (Marcus i wsp., 2003).

W tym kontekście prawidłowa komunikacja z osobami doświadczającymi okołoporodowego kryzysu psychicznego wydaje się jednym z kluczowych elementów wspierających proces zdrowienia. Oczywiście nie do przecenienia jest wczesna diagnostyka tego rodzaju zaburzeń, która coraz częściej staje się standardem w opiece zdrowotnej (Wojdyła i wsp., 2019). Osoby komunikujące się z pacjentką w kryzysie psychicznym powinny mieć umiejętność adekwatnego postrzegania swojej osoby i innych osób, świadomie kontrolować swoje uczucia i emocje oraz dostrzegać to, jak one wpływają na pacjentkę (Kułak-Bejda i wsp., 2019).

Ważne aspekty w komunikacji z pacjentką w kryzysie psychicznym to:

- wiarygodność,
- akceptacja,
- umiejętność aktywnego słuchania,
- zapewnienie pacjentce bezpieczeństwa,
- wrażliwość na stan pacjentki,
- współdziałanie (Wilczek-Rużyczka, 2009; Biegański, Tudorowska, 2016; Kułak-Bejda i wsp., 2019).

Nie można także pominąć kwestii barier komunikacyjnych ze strony zarówno personelu, jak i pacjentki i jej rodziny (Wilczek-Rużyczka, 2009; Biegański, Tudorowska, 2016), które mogą być związane m.in. z deficytami intelektualnymi, mechanizmami obronnymi, oporem, objawami chorobowymi, natomiast jeśli chodzi o personel – z niewystarczającą wiedzą, posługiwaniem się niezrozumiałą terminologią, uprzedzeniami, własnymi problemami, nadmierną empatią (Kułak-Bejda i wsp., 2019).

Ze względu na specyfikę problemów pacjentki w kryzysie psychicznym warto uwzględnić kilka czynników zewnętrznych, które mogą być pomocne w nawiązaniu dobrego kontaktu (Górna i wsp., 2012; Biegański, Tudorowska, 2016):

- zaplanować czas i miejsce rozmowy,
- do rozmowy podchodzić indywidualnie, dostosowując jej tempo i temat do stanu psychicznego pacjentki,
- rozmowę prowadzić logicznie i konsekwentnie,
- nie pogłębiać i nie utrzymywać zaburzonych sposobów myślenia,
- doceniać i podkreślać zasoby pacjentki,
- budować zaufanie do rozmówcy,

- umiejętnie dawać pacjentce nadzieję, ukierunkowaną na możliwości dokonywania pozytywnych zmian w jej stanie psychicznym i codziennym funkcjonowaniu (Kułak-Bejda i wsp., 2019).

Postępowanie z osobą będącą w kryzysie psychicznym, a szczególnie doświadczającą depresji, nie jest proste, ponieważ osobie tej towarzyszy nieustanne poczucie cierpienia i niezdolności do działania, z reguły budzące w innych frustrację i niechęć do nawiązywania jakichkolwiek kontaktów. Niezwykle ważną jest w takim przypadku psychoedukacja rodziny pacjentki. Działanie to ma na celu uświadomienie sytuacji, ale również danie narzędzi i wskazówek, które będą wspierały proces zdrowienia (Górna i wsp., 2012; Osińska i wsp., 2017).

Podstawową zasadą rozmowy z cierpiącą na depresję osobą jest aktywne jej słuchanie. Zasadniczo z osobą w stanie depresji powinno się rozmawiać tak samo, jak w okresie, kiedy była zdrowa. Dzięki temu stwarza się pacjentce szansę uczestniczenia w normalnym życiu i możliwość oderwania się od dręczących ją myśli (Wilczek-Rużyczka, 2009; Górna i wsp., 2012).

Wykazano, że mając kontakt z osobą chorą na depresję, należy unikać określonych zachowań i postaw, z czego nie zawsze sobie zdaje sprawę rodzina pacjentki, dlatego warto w procesie psychoedukacji to uwzględnić (Wilczek-Rużyczka, 2009; Górna i wsp., 2012). W kontakcie z pacjentką doświadczającą kryzysu psychicznego w okresie okołoporodowym należy unikać:

- obojętności, ignorowania problemu, „normalizacji”,
- stygmatyzacji,
- dewaluacji samopoczucia,
- umniejszania uczuć,
- obwiniania,
- wzmacniania poczucia winy,
- izolacji,
- ignorowania emocji,
- uszczęśliwiania na siłę,
- „samoleczenia”,
- zniecierpliwienia.

To, czego najbardziej potrzebuje kobieta doświadczająca zaburzeń nastroju w okresie okołoporodowym, to obecność, wsparcie i zrozumienie (Bischkopf, 2006; Hammen, 2006). Często bliscy osoby doświadczającej takich trudności, nie wiedząc, jak się zachować, unikają spotkań oraz dialogu z nią, zakładając, że wszystko powróci do normy, a choroba sama przejdzie. Niestety takie postępowanie dodatkowo sprzyja wzmoczeniu stanu smutku, lęku i złego samopoczucia u pacjentki (Bischkopf, 2006; Hammen, 2006).

Kobieta doświadczająca zaburzeń nastroju w okresie okołoporodowym często przeżywa swój stan jako nagłą odmianę swojego dotychczasowego funkcjonowania, a także upośledzenie kompetencji macierzyńskich, co jest niejednokrotnie ogromnym szokiem i zaskoczeniem dla niej samej, ale też dla rodziny (Bischkopf, 2006; Hammen, 2006). Szczególnie trudne staje się to w chwili, kiedy konieczne jest włączenie leczenia farmakologicznego, które w wyobrażeniach wielu młodych mam koliduje z karmieniem piersią, co dodatkowo przy-

czynia się do poczucia porażki. Dlatego współpraca personelu medycznego z rodziną pacjentki jest tutaj niezwykle pomocna i ważna. Czasami istnieje potrzeba uzyskania wsparcia rodziny w przekonaniu pacjentki, że jedynie włączając leczenie, można jej pomóc (Bischkopf, 2006; Hammen, 2006).

W przypadku cięższych zaburzeń psychicznych – zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, zespołu stresu pourazowego, psychozy poporodowej – komunikowanie z pacjentką jest utrudnione w związku z różnorodnymi zmianami chorobowymi obejmującymi wolę, sposób myślenia i działania, świadomość, intelekt, uczucia oraz wiele innych funkcji mentalnych (Wilczek-Rużyczka, 2009; Biegański, Tudorowska, 2016). Powyższe problemy mogą powodować izolowanie się chorych i unikanie przez nich kontaktów z otoczeniem, tak aby móc skoncentrować się na swoim stanie, co jeszcze bardziej oddala od rozwiązania problemu. W takiej sytuacji komunikacja z rodziną pacjentki jest kluczowa i niezbędna do podjęcia prawidłowego leczenia.

Osoby doświadczające kryzysów emocjonalnych czy zaburzeń psychicznych są szczególnie wyczulone na sposób, w jaki rozmówca się z nimi komunikuje, okazuje emocje i uczucia. Często się zdarza, że w sposób niezamierzony można utrudnić leczenie i spowodować utratę kontaktu z pacjentką. W związku z tym należy podejmować temat komunikacji z pacjentem ze szczególną uwagą.

## Podsumowanie

Komunikacja z pacjentką i jej rodziną w okresie okołoporodowym niesie wiele wyzwań. Składa się na to zarówno szczególny rodzaj uwrażliwienia emocjonalnego kobiety, jak i różne dodatkowe okoliczności, które mogą wpłynąć na zwiększenie stresu, lęku, poczynając od obaw związanych ze zmianami, jakie niesie pojawienie się nowego członka rodziny, przez powikłaną ciążę, trudny, a niejednokrotnie traumatyczny poród, kończąc na obawie o zdrowie i życie dziecka, a czasem również na zmaganiu się z jego wcześniactwem lub chorobą. Niezależnie od tego, w jakiej sytuacji znajduje się pacjentka i jej rodzina, prawidłowa komunikacja jest jednym z najistotniejszych warunków właściwej opieki nad pacjentką. Dlatego też niezwykle ważna jest skierowana zarówno do przyszłego personelu medycznego, jak i do osób wykonujących już zawody medyczne edukacja w zakresie prawidłowej komunikacji z pacjentem.

## Bibliografia

- Akdeniz, F., & Gönül, A. S. (2004). Kadınlarıda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Kliniyyk Psýkýyatrý*, 2, 70–74.
- Austin, M. P., Highet, N., & the Expert Working Group (2017). *Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline*. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50(5), 275–285.



- Biegański, P., & Tudorowska, M. (2016). Wybrane aspekty komunikacji terapeutycznej w kontekście kontaktu z pacjentem chorym psychicznie. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(9), 442–450.
- Bischkopf, J. (2006). *Jak żyć z osobami cierpiącymi na depresję*. Kraków: WAM.
- Brockington, I., Butterworth, R., & Glangeaud-Freudenthal, N. (2017). An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. *Archives of Women's Mental Health*, 20(1), 113–120.
- Czerw, A., Religioni, U., Matuszna, A., Lesiak, K., Olejnik, A., & Śniadała D. (2012). Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych. *Hygeia Public Health*, 47(3), 247–253.
- Fairbrother, N., Young, A. H., Zhang, A., Janssen, P., & Antony, M. M. (2017). The prevalence and incidence of perinatal anxiety disorders among women experiencing a medically complicated pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 20(2), 311–319.
- Faisal-Cury, A., & Rossi Menezes, P. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*, 10(1), 25–32.
- Furuta, M., Sandall, J., Cooper, D., & Bick, D. (2014). The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6–8 weeks postpartum: a prospective cohort study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14, 133.
- Gordon, T., & Sterling, E. W. (2009). *Rozmawiać z pacjentem*. Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”.
- Górna, K., Jaracz, K., & Rybakowski, F. (red.) (2012). *Pielęgniarstwo psychiatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: PZWL.
- Hammen, C. (2006). *Depresja*. Gdańsk: GWP.
- Hebanowski, M., Kliszcz, J., & Trzeciak, B. (2005). *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem*. PZWL.
- Howard, L. M., Piot, P., & Stein, A. (2014). No health without perinatal mental health. *Lancet* (London, England), 384(9956), 1723–1724.
- Instytut LB Medical. *Znaczenie komunikacji w ochronie zdrowia dla samopoczucia pacjentek*.
- Jaeschke, R., & Dudek, D. (2014). *Cechy dwubiegunowości u kobiet z objawami depresji poporodowej*. Praca doktorska. Kraków: Wydział Lekarski UJ CM.
- Kaczor, M., & Michalak, A. (2010). Przychodzi pacjent do lekarza... czyli psychologiczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem. *Sztuka Leczenia*, 20(1–2), 51–58.
- Kiejna, A., Piotrowski, P., Adamowski, T., Moskałewicz, J., Wciórka, J., Stokwizewski, J., Rabaczko, D., & Kessler, R. C. (2015). Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP-Polska. *Psychiatria Polska*, 49(1), 15–27.
- Kułak-Bejda, A., Bejda, G., & Waszkiewicz, N. (2019). Zasady komunikacji z pacjentem doświadczającym zaburzeń psychicznych i jego rodziną. W E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau (red.). *Kontekst „Inności” w komunikacji interpersonalnej*. Praca zbiorowa. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C., & Barry, K. L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health* (2002), 12(4), 373–380.
- Misri, S., & Kendrick, K. (2007). Treatment of perinatal mood and anxiety disorders: a review. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 52(8), 489–498.
- Nowina-Konopka, M. (2016). *Komunikacja lekarz-pacjent. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo ToC.
- Ociepka, A. (2006). Komunikacja z pacjentem. W A. Trzeciecka-Green (red.). *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. Kraków: Wydawnictwo TAIWPN Universitas.
- Osińska, M., Kazberuk, A., Celińska-Janowicz, K., Zadykiewicz, R., & Rysiak, E. (2017). Depresja – choroba cywilizacyjna XXI wieku. *Geriatrics*, 11, 123–129.

- Osiński, R. (2015). Za parawanem – o intymności słów kilka. W J. Janczukowicz (red.). *Profesjonalizm lekarski*. Warszawa: Medical Tribune Polska.
- Piątkowski, W. (2002). Choroba jako zjawisko socjologiczne. W J. Barański, W. Piątkowski (red.). *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny* (ss. 24–30). Wrocław: Oficyna Wydawnicza Atut.
- Roizen, M.F., Oz, M.O., Geraci, R.C., Oz, L., & Hallgren, G. (2006). *You, the smart patient : an insider's handbook for getting the best treatment*. Waterville, ME: Thorndike Press.
- Stangierska, I., & Horst-Sikorska, W. (2007). Ogólne zasady komunikacji między pacjentem i lekarzem. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 1(1), 58–68.
- Wilczek-Rużyczka, E. (2009). Komunikowanie się z pacjentem chorym psychicznie. W A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Panek (red.). *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie* (ss. 193–202). Warszawa: PZWL.
- Włoszczak-Szubzda, A., & Jarosz, M. J. (2012). Rola i znaczenie komunikacji w relacji lekarz – pacjent – rodzina. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 18(3), 206–211.
- Wojdyła, Z., Żurawicka, D., Łuczak I., & Zimnowoda M. (2019). Zaburzenia zdrowia psychicznego u kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu. W D. Żurawicka, I. Łuczak, M. Wojtal, J. Siekierka (red.). *Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny*. Tom 7. Opole: Wydawnictwo Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

# Postrzeganie roli mężczyzny w opiece okołoporodowej

## Wprowadzenie

Doświadczenie ciąży i porodu jest jednym z najważniejszych wydarzeń w życiu rodziny. Zarówno kobiety i mężczyźni, którzy nazywają poród najpiękniejszym wydarzeniem w życiu, jak i partnerzy, dla których był to czas bólu i upokorzenia, niosą przez całe życie pamięć tego faktu. Duch nadziei oraz radość rodzenia jako dopełnienie wzajemnej miłości partnerów powinny być wobec tego istotą ciąży, porodu i położu. Przeżycia te, doznane w czasie trwających przemian w opiece okołoporodowej, powinny pozostać doświadczeniem pozytywnym dla obojga rodziców pomimo trudności, z jakimi się wiązały.

Jak postrzegana jest rola mężczyzny w opiece okołoporodowej, jak ta rola zmieniała się w historii i jakie wyzwania stoją przed mężczyzną współczesnym? Aby udział w opiece okołoporodowej był wart zapamiętania i dał wymierne korzyści zdrowotne mężczyźnie oraz pozostałym członkom rodziny, mężczyzna powinien być do tej roli odpowiednio przygotowany.

## Historia stara i nowa

Niemalże od początku istnienia człowieka poród związany był ze swoistymi rytuałami, które różniły się w zależności od obowiązującej kultury. I to w głównej mierze od czynników kulturowych uzależnione było, czy kobieta rodziła w samotności czy też w towarzystwie innych osób. Śledząc historię medycyny, znajdujemy informacje o kobietach, które w większości kultur w czasach starożytności rodziły dzieci w towarzystwie innych kobiet. Na bazie skromnej wiedzy medycznej i wieloletnich doświadczeń osoby te przyjmowały na świat dzieci, zapewniały rodzącej wsparcie psychiczne, udzielały pomocy w sytuacjach, gdy wystąpiły komplikacje. Bardzo trudną dla rodzących epoką było bez wątpienia średniowiecze, kiedy to porody przyjmowane były przez osoby niemające często elementarnej wiedzy położniczej (Brzeziński, 2016). Opieka nad

macierzyństwem w naszym kraju była domeną kobiet i dopiero w XVI w. lekarze chirurdzy podejmowali się interwencji w trudnych sytuacjach położniczych (Żołądź-Strzelczyk, 2010). Położnictwo XVIII w. to masowe powstawanie szkół dla położnych, a gwałtowny rozwój nauki i technologii w wieku XX wiązał się zarówno z ogromnymi sukcesami, jak i z nadmiernym, rutynowym stosowaniem metod postępowania. Zapominano o tak istotnym w opiece nad macierzyństwem podejściu holistycznym, wymagającym traktowania rodziny jako jedności, niepowtarzalnego bytu intelektualnego, emocjonalnego, społecznego, duchowego i fizycznego (Wrześniewska, Bąk, 2012). Współcześnie wciąż mierzymy się ze zjawiskiem medykalizacji porodu, z położeniem nacisku na ryzyko, patologię i leczenie, z częstym wykluczaniem członków rodziny, w tym mężów/partnerów z udziału w opiece położniczej (Espinosa i wsp., 2022).

Równoległe do wszystkich pozytywnych zmian, jak systematyczne zmniejszenie się wartości wskaźników umieralności okołoporodowej, które są podstawowym wskaźnikiem jakości opieki nad macierzyństwem, odnotowywane są zjawiska negatywne. Wiele badań wskazuje, że ingerencja w fizjologiczny przebieg ciąży i porodu prowadzi do tzw. kaskady niepotrzebnych, niebezpiecznych dla zdrowia kobiety i dziecka interwencji (Doroszevska, Nowakowski, 2017). Jeszcze kilka lat temu kobiety zarówno do gabinetu lekarskiego, jak i na oddział położniczy trafiały samotnie, wszelkie zabiegi wykonywane były bez uzgodnienia z ciężarną, rodzącą, często bez zachowania elementarnych warunków intymności, dziecko bezpośrednio po porodzie oddzielano od matki, a mężowie, ojcowie byli zmuszeni do oczekiwania na zewnątrz gabinetów bądź w domach na informacje o stanie żony, o przebiegu ciąży, stanie ciężarnej i dziecka, wreszcie o narodzinach potomka. Badania potwierdzają, że dziś, kiedy konieczność wprowadzenia podobnych ograniczeń pojawiła się także w czasie pandemii COVID-19, takie postępowanie często powoduje nasilenie objawów depresji i lęku u matek (Hendrix i wsp., 2022).

Rekomendacje ekspertów i obowiązujące uregulowania prawne w różnych krajach do pewnego stopnia ograniczają proces medykalizacji i zalecają obecność wybranej osoby towarzyszącej podczas porodu (Dz.U. 2018 poz. 1756; ACOG, 2019). Uwzględniono także prawo do poszanowania intymności i godności. Podczas badań i zabiegów może być obecna wyłącznie osoba, która je wykonuje, a obecność innych osób jest uzależniona od zgody pacjentki. Kobieta ma wreszcie prawo do obecności – dowolnie przez siebie wybranej – bliskiej osoby, najczęściej ojca dziecka, podczas udzielania świadczeń medycznych (również w trakcie porodu) oraz do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej podczas pobytu w szpitalu, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych; wtedy koszt tej opieki musi ponieść sama (Doroszevska, 2016). Wbrew powszechnej opinii, że w okresie okołoporodowym prawo w różnych krajach przyznaje więcej uprawnień mamom, mężczyźni nie mają w żaden sposób ograniczonych praw w sytuacji urodzenia się dziecka, nie przysługuje im jedynie, z oczywistych względów, przerwa na karmienie niemowlęcia piersią. Do krajów oferujących uprawnienia do urlopów rodzicielskich w najwyższym wymiarze należą: Finlandia, Hiszpania, Holandia, Norwegia i Słowacja, które zapewniają najdłuższy

urlop ojcowski (Dentons, 2022). W Polsce obojgu rodzicom, którzy są zatrudnieni lub posiadają dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, przysługuje szereg urlopów związanych z urodzeniem dziecka (Dz.U. 1974 nr 24 poz. 141 z późn. zm., Dz.U. 2022 poz. 1510).

## Współczesny mężczyzna i jego rola w opiece okołoporodowej

### Kryzys męskości

Już twórca i opiekun polskich szkół rodzenia prof. Włodzimierz Fijałkowski twierdził, że fakt równomiernego wkładu obojga rodziców w powstanie nowej istoty ludzkiej wskazuje na naturalną dyspozycję mężczyzny i kobiety do komplementarnego pełnienia ról rodzicielskich, a wspomniane już wcześniej tradycyjne ograniczanie ojca w tych czynnościach ma wyłącznie charakter kulturowy, a nie uwarunkowany samą naturą (Fijałkowski, 2001). Na problem rozdźwięku między marzeniami a rzeczywistością rolę kobiet i mężczyzn zwrócili uwagę także już przed laty Ingrid i Walter Trobisch. Według tych autorów samoakceptacja własnej płci, małżonków i rodziców pozwala odkryć wspólny teren zainteresowań pary, jak seksualność, planowanie rodziny, naturalny poród i karmienie, prowadząc do radosnego, harmonijnego i spełnionego życia. Ta nadal aktualna lektura prowadząca czytelnika przez poszczególne okresy życia pary wciąż wydaje się doskonałym źródłem wiedzy zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn stających w obliczu wyzwań związanych z rodzicielstwem, ale także dla położnych, ginekologów, seksuologów, psychologów, edukatorów w szkołach rodzenia (Trobisch, 2014; Trobisch, 2020).

Przemiany zachodzące w społeczeństwie, zwłaszcza kulturowe, polityczne i gospodarcze, wpłynęły na zmianę obowiązujących nakazów i zwyczajów (Arcimowicz, 2014). Najbardziej dostrzegane zmiany obserwuje się w postrzeganiu pozycji kobiety w strukturze społecznej oraz roli mężczyzny w rodzinie. Tradycyjny schemat, w którym ojciec był jedynym lub głównym żywicielem, a matka zajmowała się wychowywaniem dzieci i pracami domowymi, ulega zmianie – partnerzy zajmują równoważne pozycje w rodzinie. W tradycyjnej rodzinie ojciec był głównym decydentem i niepodważalnym autorytetem, w rodzinie współcześnie promowanej małżonkowie wzajemnie się uzupełniają i wspierają. Zmiana pozycji mężczyzny w rodzinie sprzyja poprawie relacji z partnerką/żoną i dziećmi. Wykazano, że pozytywne relacje między ojcem i dziećmi korzystnie wpływają na przystosowanie psychiczne potomstwa (Ripoll i wsp., 2009; Bakermans-Kranenburg i wsp., 2019). Zapewniają poczucie bezpieczeństwa emocjonalnego oraz dobrą komunikację, co przekłada się na dobrą jakość życia (Carrillo i wsp., 2016). Mężczyźni we współczesnej rodzinie dążą do uczestnictwa w wychowywaniu dzieci oraz nie wstydzą się okazywania uczuć. Przekonania ojców dotyczące ich roli w rodzinie wpływają na stopień zaangażowania w życie rodziny i wychowywania dzieci (Carrillo i wsp., 2016). Na przekonania mogą mieć wpływ czynniki indywidualne, takie jak: cechy osobowości, doświadczenia oraz wzory wyniesione z domu, np. dotyczące relacji dziecka z rodzicem, oraz

przemiany zachodzące w społeczeństwie, zwłaszcza aktualnie obowiązujące lub kreowane postawy rodzicielskie. Przyjmowane postawy zazwyczaj są zgodne z oczekiwaniami społecznymi, dlatego w mniejszych miejscowościach, gdzie dominują tradycyjne wzory rodziny, częściej mężczyźni postrzegają siebie jako jedyne go żywiciela rodziny i w tym kierunku rozwijają poczucie odpowiedzialności. Ojcowie z wyższym wykształceniem oraz z większych miast zazwyczaj dążą do dzielenia obowiązków domowych i zapewnienia wsparcia emocjonalnego rodzinie. Za główny obowiązek uważają zapewnienie dzieciom edukacji, opieki, a także zaspokajanie potrzeb. Ważne jest także okazywanie miłości, udzielanie wsparcia oraz utrzymywanie dobrych relacji (Carrillo i wsp., 2016).

Postrzeganie roli ojca w rodzinie obejmuje trzy wymiary: interakcje, dostępność oraz odpowiedzialność. Interakcja odnosi się do bezpośredniego kontaktu ojca z dziećmi podczas czynności opiekuńczych czy zabaw. Dostępność to umiejętność tworzenia relacji, a odpowiedzialność odnosi się do działań zapewniających opiekę, np. zasoby materialne i ludzkie umożliwiające ciągłość opieki, korzystanie z wizyt u lekarza, świadomość konieczności zaspokajania potrzeb. Poza tymi komponentami uwzględnia się zmienne indywidualne i kontekstowe. Na kształtowanie roli ojca istotny mają wpływ także: motywacja, poczucie własnej skuteczności, postrzeganie wsparcia społecznego oraz bariery rodzinne i instytucjonalne (Pleck, 2012).

Postrzeganie roli ojca jest powiązane z cechami dobrego ojca. Wśród wymienianych cech najczęściej pojawia się okazywanie dzieciom uczucia za pomocą komunikatów werbalnych i niewerbalnych, jak pocałunek, głaskanie. Następnie podkreśla się umiejętność porozumiewania się z dziećmi oraz częste wspólne spędzanie wolnego czasu. W następnej kolejności wymieniane są zapewnienie dobrej edukacji oraz wyrażanie i nauka szacunku, tolerancji i przebaczenia (Carrillo i wsp., 2016). Najczęściej postawę dobrego ojca mężczyźni kojarzą z uczestnictwem w wychowywaniu dzieci oraz częstym spędzaniem z nimi wolnego czasu, np. wspólne spacerowanie, zabawy, gry zespołowe, aktywności sportowe. Główną przyczyną niespełniania tych oczekiwań jest brak czasu spowodowany zbyt dużym obciążeniem zawodowym. Spora dysproporcja między własnymi wyobrażeniami roli ojca a presją społeczną lub możliwościami materialnymi czy osobowymi może doprowadzić do zaburzeń zachowania, rozpadu małżeństwa oraz zaburzeń psychicznych, w tym depresji. Szczególnie obciążającym momentem w życiu mężczyzny i kobiety jest okres ciąży, poród i czas po urodzeniu dziecka. Wówczas postrzeganie roli mężczyzny oraz uzyskiwanie odpowiedniego wsparcia nabiera dodatkowego znaczenia.

### **Rola mężczyzny jako partnera, ojca w okresie ciąży i porodu**

Prowadząc zajęcia w szkole rodzenia, przeglądając strony internetowe położnych prowadzących edukację przedporodową, śledząc fora internetowe skupiające przyszłych rodziców, widzimy, że przyszłych ojców wciąż trapią niepokoje związane z utrzymaniem większej rodziny i udźwignięciem odpowiedzialności za rodzinę w nowym kształcie, a także ze zmianami w intensywności i jakości życia seksualnego, ze spełnieniem swojej roli w trakcie ciąży i porodu;

mężczyzna czasami postrzega dziecko jako konkurenta w miłości żony. Bez względu na stan zdrowia w okresie ciąży i miejsce porodu kobieta potrzebuje obecności osoby bliskiej, która zapewni rodzinną atmosferę i zwiększy jej poczucie bezpieczeństwa. Warto zwrócić uwagę na emocjonalny wymiar porodu rodzinnego, w którym współuczestniczenie małżonków w akcie narodzin wzmacnia ich więź emocjonalną i działaniową, a w konsekwencji wpływa na pogłębianie więzi z dzieckiem i kształtowanie właściwych postaw rodzicielskich (Słoma i wsp., 2020). Obawa mężczyzn przed obecnością w trakcie porodu często wynika z braku świadomości, na czym polega ich rola. Niezależnie od tego, czy jest to pierwszy poród czy następny, większość mężczyzn odczuwa niepokój. Partnerka potrzebuje wsparcia na każdym etapie macierzyństwa. Dlatego warto poznać oczekiwania partnerki oraz swoją rolę, biorąc udział w zajęciach szkoły rodzenia, rozmawiając z partnerką oraz innymi ojcami. Wspólne przedyskutowanie, jaki ma być poród i jakiego wsparcia oczekuje przyszła mama, oraz dzielenie się swoimi spostrzeżeniami i emocjami, a także zgłaszanie własnych potrzeb umożliwi rozwój poczucia bezpieczeństwa u obu partnerów. Oczywiście w trakcie trwania porodu może się zdarzyć, że potrzeby będą zupełnie inne i należy się na nie otworzyć (Chołuj, 2010; Marczak, 2015).

W sytuacji gdy poród odbywa się w szpitalu, zadaniem partnera jest zwykle zapewnienie rodzącej dotarcia do szpitala. W izbie przyjęć, w której jest zbierany wywiad i przeprowadzane jest badanie rodzącej, zwykle rola partnera ogranicza się do towarzystwa. Ale sama obecność bliskiej osoby ogranicza stres i wynikające z niego zakłócenia przebiegu porodu. Podczas pierwszych kilku godzin porodu głównym zadaniem partnera jest odwrócenie uwagi kobiety od bólu, masowanie jej pleców i stóp, wprowadzanie różnych metod relaksacji, np. włączenie muzyki, wspólny spacer, czasami towarzyszenie w milczeniu, podanie wody do picia. W miarę jak skurcze stają się silniejsze i częstsze, rola partnera staje się zwykle coraz ważniejsza. Rodząca wykonuje w aktywnej fazie porodu ciężką pracę, dlatego oczekuje wsparcia w prawidłowym oddychaniu w czasie skurczów i rozluźnianiu ciała w przerwach między skurczami. W tej fazie porodu mężczyzna pełni rolę obserwatora, ale też udziela rodzącej wsparcia i motywuje ją do dalszego wysiłku. Warto, aby często nawiązywał kontakt wzrokowy i przekazywał informację, że kobieta świetnie sobie radzi. Położna powinna poinformować przyszłego ojca, że nie zawsze zachęta będzie dobrze przyjęta. Zwłaszcza w czasie kryzysu ósmego centymetra, kiedy większość rodzących ma wrażenie utraty sił i pragnienie natychmiastowego zakończenia porodu. Pomiedzy skurczami mężczyzna zazwyczaj jest opiekunem, kelnerem, masażystą. Drugi okres porodu to wydarzenie, które rodzice zapamiętają do końca życia, a to najtrudniejsza część porodu. Rodząca potrzebuje szczególnego wsparcia, w przenośni i dosłownie, warto ją zachęcać do wysiłku przy każdym parciu, podtrzymywać tak, aby mogła wygodnie przeć. W chwili urodzenia dziecka mężczyźni często płaczą z radości i chwytają za aparat fotograficzny. Robią pierwsze zdjęcie mamie trzymającej w ramionach dziecko. Wielu decyduje się na przecięcie pępowiny. Na tym rola mężczyzny się nie kończy, udziela on wsparcia partnerce podczas rodzenia łożyska oraz w trakcie zaopatrzenia rany krocza, jeżeli będzie taka potrzeba.

Jeśli poród nie przebiega prawidłowo, kobieta może potrzebować interwencji, których zupełnie nie przewidziała w planie swojego porodu, np. zastosowanie leków skurczowych i przeciwbólowych, poród zabiegowy lub nawet cesarskie cięcie. Jeśli trzeba podjąć decyzję, chłodny umysł partnera może się okazać niezbędny, aby pomóc w tym matce.

W następnym dniach i tygodniach po porodzie czekają partnerów następne zadania. Istotnym zadaniem mężczyzny jest udzielanie wsparcia położnicy w trakcie burzliwych przemian hormonalnych, którym towarzyszą zmiany w funkcjonowaniu zarówno ciała, jak i ducha. Negatywne emocjonalne wspomnienia narodzin u matek i ojców są powiązane z okołoporodowymi zaburzeniami nastroju (Hughes i wsp., 2020). Jeżeli w rodzinie są już dzieci, następnym zadaniem jest ułatwienie starszemu rodzeństwu odnalezienia się w nowej sytuacji oraz danie poczucia, że nadal starszy brat lub starsza siostra jest ważnym członkiem rodziny. Często w pierwszym okresie po porodzie mężczyzna zajmuje się podziałem obowiązków wśród pozostałych członków rodziny, wykonuje zakupy, pełni funkcję kierowcy.

Na księgarskich półkach pojawiły się w ostatnich latach bestsellerowe poradniki dla przyszłych ojców, które w przystępny, pełen humor sposób opowiadają mężczyznom o tym, że miesiące ciąży, huśtawka hormonów, przygotowanie do porodu, także udział w tym wydarzeniu, wejście w nową rolę partnera i rodzica stanowią wyzwanie nie tylko dla kobiet. Autorzy tych publikacji dają wiele fachowych i cennych wskazówek zmniejszających poczucie niepokoju (Maiwald, 2017; Woods, 2021).

Doświadczenia porodowe ojców bywają złożone i wielowymiarowe. Chociaż wielu mężczyzn planuje, że będą zaangażowani i wspierający podczas porodu i narodzin swoich dzieci, w rezultacie jednak czują się bezbronni, zdezorientowani i przygnębieni. Przygotowanie i otrzymanie wystarczających informacji i wsparcia sytuacyjnego są kluczowymi składnikami pozytywnego doświadczenia narodzin. Faktyczny moment „narodzin” jest przez większość mężczyzn uważany za wydarzenie zmieniające ich życie. Pozytywne, pełne szacunku zachowanie personelu oraz informowanie na bieżąco o przebiegu porodu daje poczucie bezpieczeństwa i włączenia, a w konsekwencji ma znaczący wpływ na poczucie własnej wartości mężczyzn. Zarówno chęć uczestniczenia mężczyzny w porodzie, jak i rezygnację należy przyjąć z szacunkiem (Johansson i wsp., 2014). Dla wielu mężczyzn fakt zostania ojcem wiąże się z poczuciem szczęścia i gotowością do zmian. Dla innych jest to przytłaczające wyzwanie, któremu nie potrafią sprostać (Pedersen i wsp., 2021).

Niezależnie od reakcji emocjonalnej oczekiwania społeczne, w tym partnerki/matki, będą wynikały z postrzegania roli ojca w danej społeczności. W kształtowaniu się postawy rodzicielskiej u ojców istotne znaczenie ma biobehawioralny model obejmujący czynniki społeczno-kulturowe, jak np. kulturowe postrzeganie roli i zachowań ojców, postawy wychowawcze, płatny urlop rodzicielski, dochody rodziny, oraz czynniki behawioralne (zaangażowanie w opiekę), hormonalne i neuronalne (Berg, 2016). Czynniki te wzajemnie na siebie oddziałują. Bakermans-Kranenburg i wsp. (2019) wyjaśniają, że poziomy hormonów:



testosteronu, wazopresyny, oksytocyny, kortyzolu wpływają na zachowania rodzicielskie ojców. Zaangażowanie w opiekę z kolei oddziałuje na poziom hormonów i reakcje mózgu, np. na płacz dziecka. Wśród czynników społeczno-kulturowych wpływających na zaangażowanie ojców w opiekę zwraca się uwagę na przyjęte społecznie, ale też osobiste postrzeganie i przestrzeganie norm oraz zachowań ojców. Drugim aspektem jest sytuacja finansowa oraz pomoc państwa, jak np. płatne urlopy macierzyńskie czy tacierzyńskie. Rozbieżność wynagrodzeń powoduje, że pomimo występujących możliwości częściej na urlop decydują się matki, a nie ojcowie. Za takim wyborem przemawia także chęć utrzymania karmienia dziecka piersią. Taka forma karmienia sprzyja rozwojowi więzi emocjonalnych matki z dzieckiem (Bakermans-Kranenburg i wsp., 2019). Inną przyczyną jest niechęć matek do odstępowania mężowi roli głównego opiekuna. To powoduje, że pracujący mężczyźni spędzają z dzieckiem mniej czasu. A zgodnie z modelem biobehawioralnym bezpośredni kontakt z dzieckiem powoduje, że lepiej je poznajemy i szybciej rozpoznajemy jego potrzeby. Wpływa także korzystnie na stymulowanie obszarów mózgu odpowiedzialnych za zaangażowanie oraz na poziom neuronalny.

Pozytywny związek pomiędzy wysokim poziomem aktywności kobiet w opiece w czasie ciąży i po porodzie z wynikami położniczymi, w tym z sukcesami w zakresie karmienia piersią, wzmacnia przekonanie o równie ważnej roli ojców we wspieraniu kobiet w tym szczególnym okresie życia rodziny. W badaniu przeprowadzonym na wielotysięcznej próbie w Anglii (Redshaw, Henderson, 2013) większość ojców była bardzo pozytywnie nastawiona do ciąży swojej partnerki, uczestniczyli zarówno w badaniach USG w czasie ciąży, jak i w porodzie. Trzy czwarte ojców skorzystało z urlopu ojcowskiego, a w okresie poporodowym większość pomagała w opiece nad noworodkiem i niemowlęciem. Większe zaangażowanie ojcowskie było pozytywnie związane z czasem pierwszego kontaktu z pracownikami służby zdrowia, liczbą badań przedporodowych, w których uczestniczyli, uczęszczaniem na zajęcia w szkole rodzenia oraz karmieniem piersią. Również korzystanie z urlopu ojcowskiego było silnie powiązane z dobrostanem matki w trakcie 3 miesięcy po porodzie. Badanie to pokazało znaczne zróżnicowanie socjodemograficzne wsparcia i zaangażowania partnera w procesy związane z opieką w czasie ciąży, porodu i połogu oraz we wczesnych dniach rodzicielstwa i opieki nad małym dzieckiem w domu. Ważne jest w związku z tym, aby pracownicy służby zdrowia zdawali sobie sprawę, że kobiety w niektórych grupach socjodemograficznych mogą być mniej wspierane przez partnera i bardziej zależne od personelu świadczącego usługi położnicze. Ma to wpływ na zróżnicowanie potrzeb kobiet, na sposób i czas dostępu do opieki. Warto jednak podjąć działania, które zachęcą tych mężczyzn do aktywnego udziału w opiece nad matkami swoich dzieci.

We wnioskach z przeglądu piśmiennictwa na temat doświadczeń porodowych mieszkańców wysoko rozwiniętych krajów zachodnich (Schmitt i wsp., 2022) zwrócono uwagę, aby personel medyczny podchodził do kobiet, mężczyzn, par w sposób indywidualny, bez rutyny. Warto zachęcać partnera do pełnienia aktywnej roli w opiece nad kobietą, ponieważ jest bardzo prawdopodobne, że po-

czuje się on wtedy użyteczny, a tym samym bardziej usatysfakcjonowany, spełniony w procesie porodu. Aby osiągnąć ten cel, mężczyzna potrzebuje emocjonalnego wsparcia ze strony personelu, bieżących informacji na temat przebiegu porodu, a także instrukcji, jak wspierać kobietę. Biorąc pod uwagę panujący niedobór położnych i przeciążenie pracą personelu klinicznego, należy prowadzić systematycznie badania nad tym, w jakie działania w ramach opieki nad rodzącą można włączyć mężczyzn i jakiego wsparcia oni potrzebują, aby osiągnąć pozytywne doświadczenia związane z porodem. Zdefiniowanie zaangażowania mężczyzn w czasie ciąży, porodu i połogu jest niezbędne dla podjęcia właściwych interwencji w celu optymalizacji usług zmierzających do poprawy wyników opieki okołoporodowej i do podniesienia jakości życia mężczyzn, jak też całej rodziny. Zaangażowanie ojców jest tak samo istotne w okresie prenatalnym, jak i po porodzie, w opiece nad noworodkami i niemowlętami. Warto, aby mężczyźni byli dyspozycyjni i zaangażowani już w czasie ciąży i zaczęli wtedy brać odpowiedzialność za dziecko, pomagając jego matce. W związku z tym, że niektóre czynniki indywidualne, rodzinne, społeczne i polityczne mają duży wpływ na zaangażowanie ojców, interwencje powinny być ukierunkowane na te czynniki i ich interakcje po to, aby zwiększyć zaangażowanie ojców, a tym samym poprawić wyniki ciąży i porodu (Alio i wsp., 2013). Badani mężczyźni doceniają zwykle wartość opieki okołoporodowej, którą otrzymały ich partnerka i dziecko, ale konsekwentnie podkreślają brak specyficznego wsparcia ojca na wszystkich etapach w ich podróży do bycia ojcem oraz w czasie wczesnego ojcostwa. Stwierdza się braki w edukacji prenatalnej dla ojców i słabą komunikację z profesjonalistami, a także doświadczenia bycia ignorowanym i fizycznie wykluczonym z oddziałów położniczych, na których nadal są traktowani jak goście. Badania wyraźnie wskazują na potrzebę stworzenia bardziej przyjaznych ojcom usług opieki zdrowotnej w okresie okołoporodowym z zapewnieniem nowym ojcom pobytu z partnerką i niemowlęciem natychmiast po urodzeniu. Pozytywne doświadczenia prezentowane przez wielu mężczyzn wskazują na dobry kierunek zmian w opiece położniczej, ale negatywne doświadczenia skłaniają do zadania pytania, dlaczego te zmiany następują tak powoli. Przyszłe badania powinny zidentyfikować bariery i wpłynąć na poprawę jakości usług okołoporodowych (Hodgson i wsp., 2021).

Duża część ojców doświadcza lęku w okresie przed porodem i w czasie porodu. Poziom tego lęku maleje od momentu urodzenia dziecka i w późniejszym okresie poporodowym. Lęk w okresie okołoporodowym może negatywnie wpływać na zdrowie fizyczne i psychiczne ojców oraz relacje społeczne, dlatego warto stosować działania profilaktyczne, diagnozować takie stany i udzielać pomocy (Philpott i wsp., 2019). Istotnym problemem jest nieujawnianie przez przyszłych ojców swoich obaw związanych z porodem w związku z brakiem wiary, że słuchacz zrozumie te niepokoje, lub przekonaniem, że ich obawy zostaną zlekceważone. Mężczyznom należy dawać możliwość wyrażenia lęków i niepokojów związanych z porodem oraz umożliwić dzielenie się obawami z pracownikami ochrony zdrowia. Zaleca się włączanie ojców w opiekę przedporodową i organizowanie dla nich działań edukacyjnych, aby zwiększyć pew-

ność ojców i poczucie gotowości do porodu. Uzasadnione są dalsze badania w celu zbadania czynników ryzyka lęku. Zaleca się także wprowadzenie modelu okołoporodowego zdrowia psychicznego skoncentrowanego na rodzinie, który ma na celu maksymalizację dobrostanu każdego z rodziców i całej rodziny (Moran i wsp., 2021).

Poród wiąże się z pozytywnymi i negatywnymi emocjami obojga rodziców. W przypadku ojca dominują emocje pozytywne, jednak negatywne nastroje notuje się u co trzeciego, co czwartego mężczyzny, rzadko rozpoznaje się zespół stresu pourazowego. Personel medyczny w sali porodowej ma ogromny wpływ na samopoczucie ojców i matek, dlatego warto mieć na uwadze także potrzeby ojców (Vischer i wsp., 2020). Etheridge i Slade (2017) twierdzą, że obecność przy porodzie może być dla mężczyzn niezwykle niepokojącym doświadczeniem i może wywoływać objawy stresu pourazowego, z ciężkim i długotrwałym przebiegiem. Sugeruje to, że pracownicy ochrony zdrowia zajmujący się opieką okołoporodową powinni mieć tego świadomość i podejmować działania profilaktyczne przed porodem, w jego trakcie i po porodzie. Może to obejmować: przekazywanie informacji na temat procesu porodu i roli mężczyzny, zapewnienie stałego wsparcia obojgu rodzicom, a po urodzeniu stworzenie możliwości pozostania z rodziną w szpitalu. Ideologia męskości może stanowić barierę dla mężczyzn w korzystaniu z pomocy oraz jej poszukiwaniu, w związku z tym tworzenie struktur wsparcia oraz kontrole zdrowia ojca powinny być postrzegane jako standardowy element opieki medycznej. Wzorce komunikacyjne personelu odgrywają kluczową rolę w zapewnieniu pozytywnych doświadczeń związanych z zabiegami w trakcie porodu, także z cięciem cesarskim. Pozytywne wydaje się odebranie cesarskiego cięcia jako zabiegu bezpiecznego, mało inwazyjnego. Niepokojącym zjawiskiem jest jednak to, że nieprawidłowe podejście może mieć wpływ na podejmowanie decyzji dotyczących sposobu porodu zarówno w tej, jak i w kolejnej ciąży, co wpłynie na wzrost liczby powtórnych cięć cesarskich. Pracownicy służby zdrowia muszą dostarczać wyważonych informacji na temat zagrożeń związanych z porodem przez cesarskie cięcie. Wszelkie potencjalne korzyści należy odnieść do indywidualnej sytuacji kobiety w ciąży. Tam, gdzie jest to możliwe i właściwe, profesjonalne dyskursy powinny wspierać poród drogą pochwową jako najbezpieczniejszą opcję dla kobiety i jej dziecka (Johansson i wsp., 2013).

## **Ojcostwo**

Ojcostwo ma bezpośredni i znaczący wpływ na zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne mężczyzn oraz na poczucie ojcowskiej wartości w ciągu całego życia. Prowadzenie badań i eksploracja dostępnego piśmiennictwa dotyczącego wpływu ojcostwa na zdrowie mężczyzny, zwłaszcza w odniesieniu do okresu okołoporodowego, który zwykle nie jest uważany za wpływający znacząco na zdrowie mężczyzn, pomogą stworzyć nowe, ukierunkowane działania w polityce zdrowotnej i programy zdrowego ojcostwa okołoporodowego. Miejmy nadzieję, że przyczynią się one również do rosnących wysiłków mających na celu zwiększenie oczekiwań mężczyzn i kobiet w zakresie roli rodzicielskiej i równości płci,

a także wzmocnienie zdrowia rodzicielskiego. Podobnie jak w przypadku inicjatyw dotyczących zdrowia prekonceptyjnego kobiet wcześniejsze, zdrowsze i bardziej aktywne ojcostwo powinno prowadzić zarówno do poprawy wyników w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, jak i do poprawy stanu zdrowia mężczyzn w ciągu całego życia (Kotelchuck, 2022). Glover i wsp. (2018) twierdzą, że ojcostwo rozpoczyna się już w okresie ciąży. Mężczyzna swoim zachowaniem może wpływać korzystnie na środowisko prenatalne (niepalenie, zachęcanie do wspólnej aktywności ruchowej) lub niekorzystnie, stosując przemoc domową czy obciążając ciężarną nadmiarem obowiązków. Może także odczuwać objawy ciążowe (zespół *couvade*), jak np. nudności, kurcze nóg, wzmożony apetyt, zmiany nastroju, przyrost masy ciała (Bakermans-Kranenburg i wsp., 2019). Przywiązanie do dziecka kształtuje się podczas bezpośredniego kontaktu. Przyjmowana postawa wynika z tradycji pokoleniowej.

Zaburzenia hormonalne u ojców mogą być związane z depresją poporodową, ale także z brakami snu (Saxbe i wsp., 2018). W trakcie ciąży poziom testosteronu i estradiolu obniża się. Stwierdzono, że niższe wartości testosteronu sprzyjają większemu zaangażowaniu się w opiekę nad dzieckiem. Przy czym zaobserwowano, że płacz dziecka może wpływać na wzrost poziomu testosteronu. Podobne zmiany zaobserwowano co do produkcji kortyzolu. Płacz dziecka wyzwał podniesienie poziomu kortyzolu, natomiast przytulanie noworodka wpływało korzystnie na obniżenie poziomu tego hormonu (Kuo i wsp., 2018). Analiza poziomu hormonów u ojców wykazała, że zmiany hormonalne są powiązane dwukierunkowo z zachowaniami rodzicielskimi oraz powodują zmiany w funkcjonowaniu mózgu.

Jeśli chodzi o model biobehawioralny, pokazano, że sieci neuronów wykazują powiązanie z reakcjami mężczyzn i kobiet na płacz dziecka. U kobiet występowały większe pobudzenia w mózgu w okolicy odpowiedzialnej za reakcję emocjonalną, a u mężczyzn ujawnił się analityczny składnik reakcji. Model biobehawioralny wskazuje, że zaangażowanie w opiekę i realizowanie zadań przypisanych przyszłym ojcom wobec kobiet w ciąży wpływa na hormonalne i neuronalne funkcjonowanie ojców (Bakermans-Kranenburg i wsp., 2019). Doświadczenia wyniesione z wczesnego okresu bycia po raz pierwszy rodzicem przekładają się na poziom zaangażowania ojców podczas następnych narodzin dzieci oraz w późniejszych latach wychowywania dzieci (Bakermans-Kranenburg i wsp., 2019).

### **Życie seksualne w okresie okołoporodowym**

Zagadnienie jakości życia seksualnego po doświadczeniu ciąży i porodu budzi szerokie zainteresowanie i coraz częściej staje się przedmiotem rzetelnych badań naukowych. Wiele par doświadcza obaw związanych z ewentualnym obniżeniem się jakości życia intymnego. To, w jaki sposób mężczyzna radzi sobie ze zmianą życia seksualnego w ciąży, zależy przede wszystkim od jakości relacji łączącej partnerów, umiejętności wsłuchiwanie się w aktualne potrzeby partnerki. Na pewno ciąża, poród, połóg, cały okres karmienia piersią wpływają na pojawienie się zmian w dotychczasowym życiu seksualnym pary, a zmiana do-

tychczasowych relacji seksualnych z partnerką może w istotny sposób wpłynąć na samopoczucie psychiczne mężczyzny.

Jednym z najważniejszych czynników wpływających na zmianę jakości życia seksualnego w okresie ciąży jest na pewno stan zdrowia kobiety i jej samopoczucie, które może istotnie się zmieniać w kolejnych trymestrach. W pierwszym trymestrze ciąży kobiecie zwykle towarzyszą nieprzyjemne dolegliwości (nudności) związane z przystosowywaniem się organizmu do nowego stanu, dlatego często wyraża ona mniejszą skłonność do nawiązywania stosunków seksualnych. W drugim trymestrze ciąży wspomniane objawy zazwyczaj ustępują, kobieta jest postrzegana i sama się postrzega jako atrakcyjną fizycznie. Przekrwienie narządów rozrodczych kobiety i bardziej intensywne nawilżenie ścian pochwy mają duży wpływ na satysfakcję seksualną kobiety. Wzrasta jej zainteresowanie seksem, dlatego jest to często okres spełnienia dla obu partnerów. W trzecim trymestrze aktywność seksualna partnerów zazwyczaj jest znacznie ograniczona w związku ze zmianami anatomicznymi utrudniającymi współżycie, z uczuciem ciężkości, emocjami związanymi ze zbliżającym się porodem. Ważną rolę we wszystkich okresach ciąży odgrywa umiejętność dobierania właściwych pozycji seksualnych, rozładowywania napięcia seksualnego mężczyzny poprzez działania zastępcze. To bardzo ważne, aby partnerzy jasno mówili o swoich potrzebach i wspólnie ustalili nowe standardy bliskości fizycznej (Fuchs i wsp., 2019).

Jak potwierdza piśmiennictwo fachowe, seks w ciąży jest bezpieczny, a abstynencja powinna być zalecana tylko kobietom, które są zagrożone przedwczesnym porodem lub krwawieniem przedporodowym z powodu łożyska przodującego. Kobiety w ciąży niskiego ryzyka, u których nie występują objawy zakażenia dolnych dróg rodnych, oraz partnerzy tych kobiet powinni być zapewnieni, że seks nie zwiększa ryzyka przedwczesnego porodu. Kobiety w ciąży są w mniejszym stopniu narażone na rozwój choroby zapalnej miednicy z powodu naturalnych barier dla wstępującego zakażenia, ale przewlekłe zakażenia narządów płciowych mogą nawracać w czasie ciąży i warto pamiętać, że możliwość współistnienia wraz z ciążą chorób zapalnych miednicy występuje częściej u nastolatek. Stymulacja sutków i narządów płciowych podczas współżycia indukuje uwalnianie oksytocyny z tylnego płata przysadki mózgowej, powodując skurcze macicy. Istotną rolę w przygotowaniu do porodu odgrywają także prostaglandyny. Komfort współżycia w okresie poporodowym można podnieść przez stosowanie preparatów nawilżających lub, jeśli to konieczne, estrogenu dopochwowego (Jones i wsp., 2011). Mimo że wykonano wiele badań na temat pożądania seksualnego, nieliczne z nich powiązały ten temat z ciążą i z okresem poporodowym. Wydaje się, że popęd seksualny jest zmieniony przez ciążę, zmniejsza się zwykle wraz z postępem ciąży. Okres niższego pożądania seksualnego u kobiet obejmuje pierwszy trymestr ciąży, a poziomy pożądania seksualnego w czasie ciąży obserwuje się zawsze wyższe u mężczyzn (Fernández-Carrasco i wsp., 2020). Pary w ramach edukacji seksualnej powinny mieć możliwość uzyskania profesjonalnych informacji na temat modyfikacji w życiu seksualnym, prowadzących do utrzymania jego jakości (Hasani i wsp., 2019).

Wyniki długofalowych badań wykazują skuteczność programów szkoleniowych mających na celu poprawę różnych wymiarów zdrowia seksualnego w czasie ciąży (reakcje i aktywność seksualna, jakość życia seksualnego i przemoc seksualna). Indywidualne podejście do nauczania ułatwia kobietom w ciąży komunikowanie problemów, a tym samym otrzymywanie trafniejszych odpowiedzi (Alizadeh i wsp., 2021).

### **Mężczyzna i karmienie piersią**

Nie możemy też zapomnieć o roli partnera we wspieraniu kobiety w karmieniu piersią. Natura wyznaczyła do karmienia piersią właśnie kobietę i nawet prawo wspomaga ją, ograniczając godziny pracy kobiet karmiących. Ojciec dziecka świadom korzyści, jakie daje karmienie naturalne zarówno dziecku, jak i matce, znając fizjologię laktacji, może jednak w tym czasie stanowić bardzo ważne oparcie. Wsparcie partnera zmniejsza napięcie psychiczne kobiety, co sprawia, że karmienie będzie przebiegało w większym wyciszeniu i spokoju, co doskonale stymuluje odruch oksytocynowy. Dzięki temu kobieta może się czuć zrelaksowana, dziecko będzie spało spokojniej i dłużej, a rodzice zyskają czas tylko dla siebie, czas, którego w tym czasie tak bardzo może brakować.

Badania wskazują, że wsparcie w tym aspekcie udzielone przez partnera może wpłynąć na decyzję matki o rozpoczęciu i kontynuowaniu karmienia piersią we wczesnym okresie poporodowym. Werbalne zachęcanie nowych matek przez ich partnerów jest najczęstszą formą wsparcia dla poprawy zachowań kobiet karmiących piersią. Wśród innych działań podejmowanych przez partnerów, które prowadzą do poprawy zachowań związanych z karmieniem piersią, wymienia się wrażliwość partnera na potrzeby matki karmiącej, pomoc w zapobieganiu trudnościom w karmieniu piersią i radzeniu sobie z nimi oraz pomoc w pracach domowych i związanych z opieką nad dziećmi. Działania wspierające karmienie piersią powinny w związku z tym uwzględniać zaangażowanie partnerów i ich specyficzne role, aby zmaksymalizować wpływ tych działań (Ogbo i wsp., 2020).

Wspieranie ojców w ich różnych rolach w kontekście karmienia piersią i uznanie ich za fundamentalnych członków triady karmienia piersią może również pomóc przezwyciężyć poczucie nieadekwatności i wykluczenia oraz ułatwić promocję zdrowia mężczyzn, zapewniając tą drogą szereg ważnych korzyści dla całej rodziny (Sihota i wsp., 2019). W szkołach rodzenia mężczyźni powinni być także przygotowywani do radzenia sobie w przypadkach kryzysów laktacyjnych, a także w sytuacji gdy ich partnerka nie będzie mogła karmić piersią. Te umiejętności sprzyjają rozwojowi uczucia przywiązania do dziecka oraz poczucia wsparcia i zrozumienia u matki.

### **Depresja poporodowa u ojców**

Narodziny dziecka są dużym wyzwaniem organizacyjnym i emocjonalnym dla wszystkich członków rodziny. Najczęściej wsparcie udzielane jest matce, natomiast rzadko dostrzega się potrzeby emocjonalne i fizyczne ojców. Cięża, a następnie małe dziecko w rodzinie często wymagają zmiany dotychczasowego

stylu życia. Zmniejsza się liczba spotkań z rówieśnikami, trzeba nieraz rezygnować z zajęć sportowych, występuje uczucie zmęczenia, niedobór snu. Dla poprawy sytuacji ekonomicznej mężczyźni podejmują się dodatkowych zadań zawodowych. Odczuwają, że partner bardziej interesuje się dzieckiem niż nimi. Nie wszyscy są do takich zmian przygotowani psychicznie. Mają poczucie dużej straty i zagubienia w nowej sytuacji życiowej. Dodatkowo często pojawia się chęć ukazania siebie jako idealnego ojca i męża. Duże obciążenie psychiczne, z jakim muszą sobie mężczyźni poradzić, wywołuje u nich niepokój, drażliwość oraz objawy depresji (Kumar i wsp., 2018). Stan emocjonalny mężczyzn wpływa na nastrój u pozostałych członków rodziny, ale też stan emocjonalny innych osób, zwłaszcza depresja poporodowa u matek, udziela się ojcom (Pedersen i wsp., 2021; Wang i wsp., 2021). Opublikowane dane wykazują, że depresja poporodowa występuje u 4–25% ojców w okresie od narodzin do roku po porodzie pierwszego dziecka (Kumar i wsp., 2018). Jednakże wszyscy autorzy zwracają uwagę, że są to dane przybliżone, ponieważ mężczyźni rzadko korzystają z pomocy medycznej, a obserwowane zmiany w zachowaniu nie są kojarzone z depresją (Kumar i wsp., 2018).

Wśród czynników sprzyjających wystąpieniu depresji wymieniane są: niestabilność finansowa, wiek ojca, niski poziom wykształcenia, depresja u matki, złe relacje między małżonkami oraz pozostałymi dziećmi, większa liczba dzieci (Edward i wsp., 2015; Pedersen i wsp., 2021; Wang i wsp., 2021). Znaczącym elementem u mężczyzn zostających po raz pierwszy ojcem jest brak wiedzy i wsparcia w okresie poporodowym (Chin i wsp., 2011). Mężczyźni mający trudności finansowe, a zwłaszcza mężczyźni bezrobotni wykazywali większe objawy depresji i tym samym wyższe wyniki w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (Serhan i wsp., 2013; Nishimura i wsp., 2015). Niskie wykształcenie oraz dołączające się problemy finansowe stanowią ryzyko depresji nie tylko u młodych ojców, ale także w ogólnej społeczności. Badacze obserwowali, że mężczyźni, którzy wykazywali zbyt duże poczucie odpowiedzialności za rodzinę i postrzegali siebie jako jedyne źródło dochodów, częściej odczuwali objawy depresji (Cooklin i wsp., 2015). Wielu mężczyzn po powrocie do aktywności zawodowej odczuwało niepokój spowodowany rozbieżnością między oczekiwaniami małżonki, pracodawcy a sytuacją ekonomiczną rodziny (Kowlessar i wsp., 2015). Największą trudnością było zaakceptowanie faktu spędzania z dziećmi niewielkiej ilości czasu w wyniku rozszerzenia zadań zawodowych. Ale dla niektórych mężczyzn praca staje się ucieczką od domowych obowiązków.

Rozpoznanie depresji u ojca jest istotne nie tylko dla utrzymania zdrowia mężczyzn, ale także dlatego, że obecność depresji u ojca wpływa negatywnie na stan psychiczny dzieci w późniejszych latach (Edward i wsp., 2015). Depresja wpływa także niekorzystnie na sposób komunikowania się z dziećmi. Ojcowie z depresją poporodową rzadziej okazują miłość poprzez przytulanie, głaskanie oraz gorzej komunikują się z dziećmi (Sethna i wsp., 2015). Częściej także wykazują wrogie zachowania wobec dzieci (Pedersen i wsp., 2021). Poczucie bezsilności, które często towarzyszy ojcom z depresją poporodową, nasila się w sytuacjach wymagających podejmowania czynności opiekuńczych wobec

dziecka, np. podczas płaczu czy karmienia. To uczucie z kolei przyczynia się do rezygnacji z aktywnego uczestnictwa w sprawowaniu opieki, co z kolei negatywnie wpływa na sferę emocjonalną u dziecka i relacje partnerskie.

Na stan psychiczny młodych mężczyzn istotnie wpływają relacje między małżonkami. Wzajemnie udzielane wsparcie oraz wykazywanie zainteresowania sprzyja wzmocnieniu więzi rodzinnych. Dobre relacje mogą być podstawą osobistego rozwoju małżonków i umacniać intymność związku (Chin i wsp., 2011). Motywują także mężczyzn do dbania o siebie. Niestety nadmiar obowiązków nie sprzyja dostrzeganiu potrzeb u najbliższych i przyczynia się do rezygnacji ze swoich pragnień.

Programy promowania zdrowia skierowane do młodych ojców powinny być realizowane w placówkach sprawujących opiekę nad noworodkami oraz u lekarza pierwszego kontaktu. Wówczas jest większa szansa dotarcia do ojców przed porodem i po porodzie. Ale najbardziej właściwym miejscem wydają się być szkoły rodzenia, w których już w okresie przygotowywania do porodu powinno się zwiększać świadomość przyszłych rodziców dotyczącą ryzyka wystąpienia depresji i promować strategie wzmocnienia zdrowia psychicznego (Kumar i wsp., 2018).

Mężczyźni zgłaszają potrzebę zdobycia wiedzy na temat opieki nad niemowlęciem, roli ojca oraz zmian zachodzących w relacji między małżonkami po urodzeniu dziecka (Kowlessar i wsp., 2015). Chętnie także skorzystaliby z doświadczeń innych rodziców. DVD oraz media cyfrowe stanowiłyby dobre źródło informacji dla ojców. Planując spotkania, warto uwzględnić mniej formalne grupy, tak by mężczyźni podczas spotkań mogli podzielić się uwagami oraz doświadczeniem na temat ojcostwa, a także podjąć tematy dotyczące zdrowego stylu życia, w tym aktywności ruchowej czy form spędzania wolnego czasu (Oliffe i wsp., 2012).

## Podsumowanie

Postrzeganie roli mężczyzn w trakcie ciąży, porodu i w okresie dalszego wychowywania dzieci zmienia się w ostatnim czasie. Nie zawsze do tej roli mężczyźni są odpowiednio przygotowani. Poczucie nadmiernego obciążenia emocjonalnego może spowodować opuszczenie partnerki lub rozwój zaburzeń psychicznych, np. depresji. W społeczeństwie mała świadomość obciążeń, z jakimi borykają się mężczyźni, i większa koncentracja na matce i dziecku powoduje, że mężczyzna pozostaje bez psychicznego wsparcia. Zdrowie psychiczne mężczyzn jest istotnym elementem zdrowego funkcjonowania rodziny, dlatego warto pamiętać także o ich wspieraniu w tym ważnym wydarzeniu w rodzinie.



## Bibliografia

- ACOG Committee Opinion No. 766: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth (2019). *Obstetrics and Gynecology*, 133(2), e164–e173.
- Alio, A. P., Lewis, C. A., Scarborough, K., Harris, K., & Fiscella, K. (2013). A community perspective on the role of fathers during pregnancy: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 60.
- Alizadeh, S., Riazi, H., Majd, H.A., & Ozgoli, G. (2021). The effect of sexual health education on sexual activity, sexual quality of life, and sexual violence in pregnancy: a prospective randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 334.
- Arcimowicz, K. (2014). Crisis of Masculinity or Masculine Opportunity? An Overview. *Ars Educandi*, 11(1), 13–26.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Lotz, A., Alyousefi-van Dijk, K., & van IJzendoorn, M. (2019). Birth of a Father: Fathering in the First 1,000 Days. *Child Development Perspectives*, 13(4), 247–253.
- Berg, A. (2016). The importance of the first 1,000 days of life. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 28, iii–vi.
- Brzeziński, W. (2016). Medycyna zabiegowa. W T. Brzeziński (red.). *Historia medycyny* (ss. 148–153). Warszawa: PZWL.
- Carrillo S., Bermúdez M., Suárez L., Gutiérrez M. C., & Delgado X. (2016). Father's Perceptions of their Role and Involvement in the Family: A Qualitative Study in a Colombian Sample. *Revista Costarricense de Psicología*, 2(35), 101–118.
- Chin, R., Daiches, A., & Hall P. (2011). A qualitative exploration of first-time fathers' experiences of becoming a father. *Community Practitioner*, 84(7), 19–23.
- Chołuj, I. (2008). *Urodzić razem i naturalnie. Informator porodowy dla rodziców i położnych*. Mszczonów: Fundacja Źródła Życia.
- Cooklin A. R., Giallo R., Strazdins L., Martin A., Leach L. S., & Nicholson J. M. (2015). What matters for working fathers? Job characteristics, work-family conflict and enrichment, and fathers' postpartum mental health in an Australian cohort. *Social Science & Medicine*, 146, 212–214.
- Dentons (2022). *Global Family Leave and Pay Snapshot*. Dostępne na: <https://www.dentons.com/en/insights/guides-reports-and-whitepapers/2022/september/6/global-family-leave-and-pay-snapshot>.
- Doroszevska, A. (2016). Opieka okołoporodowa w Polsce po transformacji ustrojowej – między medykacją a demedykacją? *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio I – Philosophia-Sociologia*, 41(2), 47–59.
- Doroszevska, A., & Nowakowski, M. (2017). Medykacja opieki okołoporodowej w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 15(2), 172–177.
- Edward, K. L., Castle, D., Mills, C., Davis, L. & Casey J. An integrative review of paternal depression. *American Journal of Men's Health*, 9(1), 26–34.
- Espinosa, M., Artieta-Pinedo, I., Paz-Pascual, C., Bully-Garay, P., & García-Álvarez, A. (2022). Attitudes toward medicalization in childbirth and their relationship with locus of control and coping in a Spanish population. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22, 529.
- Etheridge, J., & Slade, P. (2017). „Nothing's actually happened to me.”: the experiences of fathers who found childbirth traumatic. *Etheridge and Slade BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 80.
- Fernández-Carrasco, F. J., Rodríguez-Díaz, L., González-Mey, U., Vázquez-Lara, J. M., Gómez-Salgado, J., & Parrón-Carreño, T. (2020). Changes in Sexual Desire in Women and Their Partners during Pregnancy. *Journal of Clinical Medicine*, 9(2), 526.
- Fijałkowski, W. (2001). *Ekologia rodziny*. Kraków: Rubikon.
- Fuchs, A., Czech, I., Sikora, J., Fuchs, P., Lorek, M., Skrzypulec-Plinta, V., & Drosdzol-Cop, A. (2019). Sexual Functioning in Pregnant Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4216.

- Glover, V., O'Donnell, K. J., O'Connor, T. G., & Fisher, J. (2018). Prenatal maternal stress, fetal programming, and mechanisms underlying later psychopathology—A global perspective. *Development and Psychopathology*, 30, 843–854.
- Hasani, M., Keramat, A., Maasoumi, R., Farjamfar, M., Yunesian, M., & Afshar, B. (2019). The Frequency of Vaginal Intercourse During Pregnancy: A Systematic and Meta-Analysis Study. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 7(1), 1–9.
- Hendrix, C. L., Werchan, D., Lenniger, C., Ablow, J. C., Amstadter, A. B., Austin, A., Babinneau, V., Bogat, G. A., Cioffredi, L. A., Conradt, E., Crowell, S. E., Dumitriu, D., Elliott, A. J., Fifer, W., Firestein, M., Gao, W., Gotlib, I., Graham, A., Gregory, K. D., Gustafsson, H., Hockett, Ch., Howell, B. R., Humphreys, K. L., Jallo, N., King, L. S., Kinser, P. A., Levendosky, A. A., Lonstein, J. S., Lucchini, M., Marcus, R., Monk, C., Moyer, S., Muzik, M., Nuttall, A. K., Potter, A. S., Rogers, C., Salisbury, A., Shuffrey, L. C., Smith, B. A., Smyser, Ch. D., Smith, L., Sullivan, E., Zhou, J., Brito, N. H., & Thomason, M. E. (2022). Geotemporal analysis of perinatal care changes and maternal mental health: an example from the COVID-19 pandemic. *Archives of Women's Mental Health*, 25(5), 943–956.
- Hodgson, S., Painter, J., Kilby, L., & Hirst, J. (2021). The Experiences of First-Time Fathers in Perinatal Services: Present but Invisible. *Healthcare*, 9, 161.
- Hughes, C., Foley, S., Devine, R. T., Ribner, A., Kyriakou, L., Boddington, L., Holmes, E. A., NewFAMS team Creators/Copyright Holders, & NewFAMS team Contributors (2020). Worrying in the wings? Negative emotional birth memories in mothers and fathers show similar associations with perinatal mood disturbance and delivery mode. *Archives of Women's Mental Health*, 23(3), 371–377.
- Johansson, M., Fenwick, J., & Premberg, A. (2015). A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery*, 31(1), 9–18.
- Johansson, M., Hildingsson, I., Fenwick, J. (2013). Important factors working to mediate Swedish fathers' experiences of a caesarean section. *Midwifery*, 29(9), 1041–9.
- Jones, C., Chan, C., Farine, D. (2011). Sex in pregnancy. *CMAJ*, 19, 183(7), 815–8.
- Kotelchuck, M. (2022). The Impact of Fatherhood on Men's Health and Development. W M. Grau Grau, M. las Heras Maestro, H. Riley Bowles (red.). *Engaged Fatherhood for Men, Families and Gender Equality. Contributions to Management Science* (63–91). Cham: Springer.
- Kowlessar, O., Fox, J. R., Wittkowski, A. (2015). First-time fathers' experiences of parenting during the first year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(1), 4–14.
- Kumar, S. V., Oliffe, J. L., Kelly, M. T. (2018). Promoting Postpartum Mental Health in Fathers: Recommendations for Nurse Practitioners. *American Journal of Men's Health*, 12(2): 221–228.
- Kuo, P. X., Braungart-Rieker, J. M., Burke Lefever, J. E., Sarma, M. S., O'Neill, M., & Gettler, L. T. (2018). Fathers' cortisol and testosterone in the days around infants' births predict later paternal involvement. *Hormones and Behavior*, 106, 28–34.
- Maiwald, S. (2017). *Jestem tatą. Co naprawdę muszą wiedzieć ojcowie*. Media Rodzina.
- Marczak, I. (2015). *W Kórniku czy w malinach. Narodziny na przełomie wieków*. Poznań: eMPI².
- Moran, E., Bradshaw, C., Tuohy, T., & Noonan, M. (2021). The Paternal Experience of Fear of Childbirth: An Integrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1231.
- Nishimura, A., Fujita, Y., Katsuta, M., Ishihara, A., Ohashi, K. (2015). Paternal postnatal depression in Japan: An investigation of correlated factors including relationship with a partner. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 128.
- Ogbo, F. A., Akombi, B. J., Ahmed, K. Y., Rwabilimbo, A. G., Ogbo, A. O., Uwaibi, N. E., Ezeh, O. K., Agho, K. E., & On Behalf Of The Global Maternal And Child Health Research Collaboration GloMACH. (2020). Breastfeeding in the Community—How Can Partners/Fathers Help? A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 413.

- Oliffe, J. L., Bottorff, J. L., Sarbit, G. (2012). Supporting fathers' efforts to be smoke-free: Program principles. *Canadian Journal of Nursing Research*, 44(3), 64–82.
- Pedersen, S. C., Maindal, H. T., & Ryom, K. (2021). "I Wanted to Be There as a Father, but I Couldn't": A Qualitative Study of Fathers' Experiences of Postpartum Depression and Their Help-Seeking Behavior. *American Journal of Men's Health*, 15(3), 15579883211024375.
- Philpott, F., Savage, E., FitzGerald, S., Leahy-Warren, P. (2019). Anxiety in fathers in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery*, 76, 54–101.
- Pleck, J. H. (2012). Integrating father involvement in parenting research. *Parenting: Science and Practice*, 12(2–3), 243–253.
- Redshaw, M., Henderson, J. (2013). Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13, 70.
- Ripoll, K., Carrillo, S., Castro, J. (2009). Relación entre hermanos y ajuste psicológico en adolescentes: los efectos de la calidad de la relación padres-hijos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 122–139.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Dz.U. 2018 poz. 1756.
- Saxbe, D., Corner, G. W., Khaled, M., Horton, K., Wu, B., & Khoddam, H. L. (2018). The weight of fatherhood: Identifying mechanisms to explain paternal perinatal weight gain. *Health Psychology Review*, 12, 1–18.
- Schmitt, N., Striebich, S., Meyer, G., Berg, A., & Ayerle, G. M. (2022). The partner's experiences of childbirth in countries with a highly developed clinical setting: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22, 742.
- Serhan, N., Ege, E., Ayrancı, U., & Kosgeroglu, N. (2013). Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1/2), 279–284.
- Sethna, V., Murray, L., Netsi, E., Psychogiou, L., & Ramchandani, P. G. (2015). Paternal Depression in the Postnatal Period and Early Father-Infant Interactions. *Parenting, Science and Practice*, 15(1), 1–8.
- Sihota, H., Oliffe, J., Kelly, M. T., & McCuaig, F. (2019). Fathers' Experiences and Perspectives of Breastfeeding: A Scoping Review. *American Journal of Men's Health*, 13(3), 1557988319851616.
- Słoma, M., Krajewska-Kułak, E., Krajewska-Ferishah, K. (2020). *Miejsce porodu, a percepcja porodu domowego oraz jakości narodzin* (ss. 41–42). Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Trobisch, I. (2014). *Być kobietą*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Vocatio.
- Trobisch, W. (2020). *Jak zrozumieć mężczyznę*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Vocatio.
- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 Kodeks Pracy, Dz.U. 1974 Nr 24 poz. 141 z późn. zm., Dz.U. 2022 poz. 1510 t.j.
- Vischer, L. C., Heun, X., Steetskamp, J., Hasenburg, A., & Skala, C. (2020). Birth experience from the perspective of the fathers. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 302(5), 1297–1303.
- Wang, D., Li, Y. L., Qiu, D., & Xiao, S. Y. (2021). Factors Influencing Paternal Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 293(1), 1–63.
- Woods, M. (2021). *Ciąża dla facetów. Cafe dziewięć miesięcy*. Warszawa: Marginesy.
- Wrześniewska, M., & Bąk, B. (2012). Historia zawodu położnej i kształtowanie się opieki okołoporodowej na świecie i w Polsce. *Studia Medyczne*, 27(3), 89–99.
- Żołędź-Strzelczyk, D. (2010). Wokół ciąży, porodu i połogu w okresie staropolskim. *Nowiny Lekarskie*, 2, 98–107.

# Zmiany w systemie perinatalnej opieki nad zdrowiem psychicznym w Islandii

## Wprowadzenie

58

Populacja Islandii wynosi około 387 000 mieszkańców, z czego około 70% mieszka w stolicy, a 30% na obszarach wiejskich. Obecnie 27 000 osób urodzonych w Polsce jest mieszkańcami Islandii, a rocznie 6% dzieci urodzonych w Islandii ma przynajmniej jednego rodzica polskiego pochodzenia (Statistics Iceland, 2023). Roczna liczba urodzeń w ostatniej dekadzie wynosiła 4000–4500 (Birth Registration Iceland, 2020). Podobnie jak w innych krajach nordyckich w ostatnich dekadach pojawił się w Islandii trend centralizacji porodów (Berg i wsp., 2012; Olafsdóttir i wsp., 2018) z konsekwentnym zamykaniem usług porodowych w odległych rejonach.

Śmiertelność okołoporodowa w Islandii należy do najniższych na świecie i w ostatniej dekadzie wyniosła średnio 3,5 na 1000 urodzeń rocznie. Przez ostatnie dwie dekady wskaźnik cesarskich cięć utrzymywał się na stałym poziomie 15–17%, a operacyjnych porodów pochwowych około 8% w skali kraju. Jednak wskaźniki indukcji i znieczulenia zewnątrzoponowego rosły i w przybliżeniu co trzecia kobieta ma indukowany poród oraz znieczulenie zewnątrzoponowe. Dla planowanych porodów pochwowych wynosiło 45,4% w roku 2020 (Birth Registration Iceland, 2020). Około 74% wszystkich porodów w Islandii odbywa się w Narodowym Szpitalu Uniwersyteckim w Reykjavíku, stolicy kraju, a 16% w dwóch mniejszych szpitalach w miastach na obszarach wiejskich. Pozostałe porody odbywają się w dwóch centrach porodowych prowadzonych przez położne w Reykjavíku oraz w małych centrach porodowych na obszarach wiejskich. Od lat 90. do 2018 r. wskaźniki porodów domowych wzrosły z 0,1 do 2,7% (Birth Registration Iceland, 2020).

W 2019 r. islandzka ustawa aborcyjna z 1975 r. została zmieniona, więc kobiety mają teraz prawo do przerwania ciąży do 22. tygodnia ciąży, a nie do 12. tygodnia, jak to przewidziano w poprzednich ustawach (Rząd Islandii, 2019). Katrin Jakobsdóttir, obecna premier Islandii, rzeczywiście opisała te zmiany tymi słowami: „[teraz jesteśmy] zabezpieczeniem pełnego zdrowia i praw seksualnych oraz reprodukcyjnych kobiet [...]. [Zapewniamy kobietom możliwość] samostanowienia o swych ciałach” (Rząd Islandii, 2021).

## Struktura opieki przedporodowej i porodowej

Opieka przedporodowa i porodowa jest w Islandii, podobnie jak w innych krajach nordyckich, świadczona bezpłatnie po 12 tygodniach ciąży (Magnussen i wsp., 2009; Blix i wsp., 2022), z wyjątkiem badań ultrasonograficznych płodu w 12. tygodniu (<https://island.is/en/life-events/having-a-baby>). Położne zatrudnione w podstawowej opiece zdrowotnej są głównymi pracownikami ochrony zdrowia podczas opieki przedporodowej dla kobiet w ciąży niskiego ryzyka. Usługa jest realizowana w centrach opieki zdrowotnej na terenie całego kraju i oparta na wytycznych National Institute for Health and Care Excellence (NICE) w Wielkiej Brytanii. Wytyczne (NICE, 2021) zalecają od siedmiu do dziesięciu wizyt przedporodowych dla zdrowych kobiet w ciąży i dwa rutynowe badania ultrasonograficzne, które są oferowane wszystkim kobietom w 12. i 20. tygodniu ciąży. Wszystkie porody, w tym porody operacyjne, są obsługiwane przez położne będące głównymi opiekunami całej rutynowej opieki przedporodowej i poporodowej w kraju. Jeśli w okresie okołoporodowym pojawią się jakiegokolwiek problemy zdrowotne, położne nadal są głównymi opiekunami, ale we współpracy zespołowej z innymi pracownikami służby zdrowia (jak lekarze rodzinni (GP), położnicy, psychologowie i inni specjaliści opieki zdrowotnej).

Należy zauważyć, że większość islandzkiego systemu opieki okołoporodowej opiera się na opiece fragmentarycznej. Położne są zatrudniane do pracy w wydzielonych poradniach, a możliwości zapewnienia ciągłości opieki są ograniczone. Dzieje się tak pomimo dowodów wskazujących, że modele skoncentrowane na kobiecie i ciągłości opieki realizowane przez położne zapewniają optymalne wyniki (Renfrew i wsp., 2014).

## Struktura opieki po porodzie i nad dzieckiem

Od 1993 r. matkom w połogu i noworodkom oferuje się możliwość wcześniejszego wypisania ze szpitala lub centrum narodzin i zapewnienia im opieki w domu przez położną. Ta bezpłatna usługa jest obecnie akceptowana przez 85% rodzin noworodków. Usługa jest dostępna na określonych warunkach. Wypis ze szpitala lub centrum narodzin musi nastąpić w ciągu 36 godzin po porodzie, a w szczególnych przypadkach w ciągu 72 godzin po porodzie. Usługa musi być realizowana w ciągu pierwszych 10 dni po porodzie (Þorsteinsdóttir i wsp., 2021).

Liczba bezpłatnych wizyt domowych wynosi od sześciu do siedmiu. Po 10. dniu życia noworodka pielęgniarki w poradniach dla noworodków w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej przejmują rolę głównego dostawcy opieki wraz z lekarzem rodzinnym. Takie poradnie są organizowane w Islandii od ponad 80 lat (Guðmundsdóttir, 2010) i obecnie odbywają się co najmniej dwie lub trzy wizyty domowe do 6. tygodnia życia noworodka. Następnie rodzice przyprowadzają dzieci na ocenę zdrowotną i poznawczą do centrum opieki zdrowotnej do 4. roku (Hafsteinsdóttir i wsp., 2021).

## Badania prenatalne

### Badania przesiewowe w zakresie problemów zdrowia psychicznego w Islandii

Marga Thome, profesor pielęgniarstwa w Islandii, przeprowadziła pierwsze badania dotyczące depresji poporodowej wśród kobiet w Islandii na początku 1990 r. (Thome, 1997). W ramach swoich badań przetłumaczyła i oceniła islandzką wersję Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EPDS) opracowanej przez Johna Coxa i wsp. (1987). Wyniki badań dr Thome wykazały, że tylko 25% matek, które potrzebowały wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego po porodzie, otrzymało pomoc (Thome, Alder, 1999).

Przed opublikowaniem pracy Margi Thome opieka przedporodowa i poporodowa w Islandii koncentrowała się niemal wyłącznie na zdrowiu fizycznym przyszłej matki i noworodka. Praca Thome stała się punktem wyjścia do badań przesiewowych w warunkach klinicznych po porodzie, ponieważ w 2001 r. w stołecznych poradniach dla noworodków rozpoczęto badania przesiewowe w kierunku depresji poporodowej (Thome, 2006). Od tego czasu badania te stały się częścią wytycznych klinicznych w poradniach dla noworodków. Badania przesiewowe po porodzie były początkowo wykonywane podczas wizyty domowej, gdy dziecko miało 9 tygodni (Thome, 2006), ale obecnie odbywa się to przed wizytą w 9. tygodniu w przychodni dla niemowląt w lokalnym centrum opieki zdrowotnej (Development Centre for Primary Healthcare in Iceland), a badania przesiewowe lęku zostały dodane do badań przesiewowych w kierunku depresji w roku 2017. Badanie przesiewowe odbywa się przy użyciu Skali Ogólnych Zaburzeń Lękowych (GAD-7), a matki w połogu proszone są o wypełnienie zarówno EPDS, jak i GAD-7 poprzez National Citizen Health Portal (Mypages) (<https://www.heilsuvera.is>).

Islandzkie badanie, w którym kobiety w ciąży odpowiadały zarówno na pytania z EPDS, jak i kwestionariusza Skali Depresji, Lęku i Stresu (DASS; Lydsdóttir i wsp., 2014), doprowadziło do zmiany w opiece przedporodowej. Badania przesiewowe w kierunku problemów ze zdrowiem psychicznym rozpoczęły się w 2017 r., kiedy to wprowadzono badania przesiewowe EPDS, a także badania przesiewowe w kierunku lęku GAD-7. Obecnie przyszłe matki są proszone o wypełnienie tych dwóch kwestionariuszy samooceny on-line, przed wizytą w 16. tygodniu ciąży, wykorzystując tę samą procedurę, którą stosują matki po

porodzie (Development Centre for Primary Healthcare in Iceland, 2017). Położne są poinstruowane, aby uzyskać odpowiedzi od każdej matki, omówić z nią wyniki i zaoferować wsparcie lub skierowanie do specjalisty, w zależności od wyników.

Należy jednak zauważyć, że badania przesiewowe z użyciem skali GAD-7 w czasie ciąży nie zostały zwalidowane w Islandii. W aktualizacji australijskich wytycznych praktyki klinicznej dotyczących zdrowia psychicznego w ciąży stwierdzono, że skala GAD-7 ma niską pewność, a skuteczność jej stosowania w czasie ciąży nie jest znana. Dlatego nie zaleca się jej stosowania do przedporodowych badań lęków (Sawkins i wsp., 2022). Położne pytają kobiety w ciąży o zdrowie psychiczne rutynowo od 2000 r. (Informacja ustna, Sigríður Sía Jónsdóttir). Położne wykazały, że są wrażliwe na kobiety z problemami zdrowia psychicznego w czasie ciąży, ponieważ były one prawidłowo kierowane do placówek drugiego stopnia referencyjności, chociaż nie przechodziły badań przesiewowych za pomocą skal (Thome, Arnardóttir, 2013). Jednak badanie przesiewowe w kierunku problemów ze zdrowiem psychicznym przeprowadzone wśród kobiet w ciąży w Islandii wskazało, że podczas wizyty położnej sprawującej opiekę przedporodową 48% kobiet biorących w nim udział zaprzeczyło tym problemom (Jónsdóttir, 2019).

### **Badanie przesiewowe doświadczeń związanych z przemocą i problemów z uzależnieniami**

Krajowe wytyczne dla opieki podstawowej dotyczące oceny i reagowania na przemoc ze strony bliskiego partnera zostały opublikowane przez Islandię w 2012 r. Badanie przesiewowe pod kątem obecnych lub wcześniejszych doświadczeń przemocy wśród kobiet w ciąży jest zalecane podczas wizyty przedporodowej w 16. tygodniu, bez obecności partnera (Biering, 2012). Kobiety z historią przemocy są kierowane do specjalnych poradni. Pierwsze islandzkie wytyczne kliniczne dotyczące zdrowia zostały opublikowane przez Directorate of Health (2008). Wytyczne te zostały po raz pierwszy zmienione w 2010 r., kiedy dodano, że wszystkie kobiety w ciąży powinny być badane pod kątem uzależnienia od alkoholu i innych substancji. Położne już dużo wcześniej pytały o palenie i spożywanie alkoholu w czasie ciąży (Informacja ustna, Sigríður Sía Jónsdóttir). Kobiety, u których obecnie lub niedawno stwierdzono uzależnienie od alkoholu, nadużywanie innych substancji lub oba uzależnienia, są kierowane do wielodyscyplinarnej poradni przedporodowej i ciąży wysokiego ryzyka. W skład wielodyscyplinarnego zespołu wchodzi wyspecjalizowane położne, pracownicy socjalni, psycholog i położnik. Kobiety są również zachęcane do przyjęcia skierowania do ośrodka zajmującego się uzależnieniem od alkoholu i substancji psychoaktywnych. Kobiety w ciąży są priorytetowo traktowane przy przyjmowaniu do takich ośrodków (Nordycka Rada Ministrów, analiza sytuacji, 2020). Zaangażowane są również służby socjalne, a czasami służby ochrony dziecka. Należy podkreślić, że nie oceniono ani wdrożenia, ani wyników tych wytycznych.

## Usługa psychologiczna w systemie podstawowej opieki zdrowotnej

Na początku 2016 r. parlament Islandii zatwierdził 5-letni projekt mający na celu ustanowienie usługi psychologicznej w podstawowej opiece zdrowotnej (pierwszy poziom referencyjności). Wśród celów była odpowiedź na potrzeby kobiet w ciąży zmagających się z problemami zdrowia psychicznego. Potrzeba ta stała się oczywista po wprowadzeniu przedporodowych badań zdrowia psychicznego. Kobiety w ciąży są grupą priorytetową dla tej usługi, a usługi psychologa są oferowane na warunkach indywidualnych, w porozumieniu z położną i lekarzem rodzinnym, w zależności od potrzeb (Development Centre for Primary Healthcare in Iceland, 2022). Dostępny jest także kurs dla przyszłych matek, którego celem jest zaoferowanie wglądu w sposoby, które mogą być pomocne w radzeniu sobie z niepokojem i przygotowaniem do rodzicielstwa (heislugaeslan.is). Żadna z tych usług ani ich wyniki nie zostały ocenione.

## Negatywne doświadczenie porodu w Islandii

Według krajowego badania kohortowego w Islandii 5–6% kobiet opisuje swój poród jako doświadczenie negatywne, odbierane tak w czasie od 6 miesięcy do 2 lat po porodzie. Ryzyko negatywnych doświadczeń związanych z porodem jest większe wśród kobiet, które są studentkami, w czasie ciąży mają negatywne myśli o zbliżającym się porodzie, zgłaszają objawy depresji lub wcześniejsze negatywne doświadczenia związane z porodem, a także, jeśli ich poród był indukowany, przedłużany lub zakończony operacyjnie. Ponadto wśród kobiet, które nie były zadowolone ze wsparcia ze strony położnych podczas ciąży lub porodu, występowało wyższe ryzyko negatywnego postrzegania porodu niż wśród kobiet, które były zadowolone ze wsparcia ze strony położnych (Sigurðardóttir i wsp., 2017).

Wiadomo, że doświadczenie porodu ma głęboki, długotrwały wpływ na dobrostan psychiczny kobiet i relacje rodzinne (Fenech, Thomson, 2014). Traumatyczne doświadczenie porodu odnosi się do „... doświadczenia interakcji lub wydarzeń bezpośrednio związanych z porodem, które spowodowały przytłaczające niepokojące emocje i reakcje; prowadzące do krótko- lub długoterminowego negatywnego wpływu na zdrowie i samopoczucie kobiety” (Leinweber i wsp., 2022). Niekorzystne konsekwencje negatywnych lub traumatycznych doświadczeń związanych z porodem są dobrze udokumentowane i obejmują długotrwałe skutki dla samopoczucia psychicznego kobiety (Bell, Andersson, 2016; Gürber i wsp., 2017; Hughes i wsp., 2019), relacje rodzinne (Fenech, Thomson, 2014), związek pary (Delicate i wsp., 2018), planowanie przyszłej rodziny (Shorey i wsp., 2018), więź rodzic – dziecko (Ayers i wsp., 2006), a także zachowania opiekuńcze matki (Bell i wsp., 2018). Negatywne lub traumatyczne doświadczenia związane z narodzinami mogą zwiększyć objawy psychotyczne (Holt i wsp., 2018), a niedawna metaanaliza ujawniła, że u 4,7% kobiet w okresie połogu może rozwinąć się zespół stresu pourazowego (PTSD) (Heyne i wsp., 2022). Wyższe wskaźniki (6,8%) wykryto w grupach kobiet wysokiego ryzyka. Ponadto w badaniach od-



notowano ryzyko wystąpienia lęku przed kolejnym porodem wraz ze wzrostem próśb matek o wykonanie planowego cięcia cesarskiego (Jenabi i wsp., 2020).

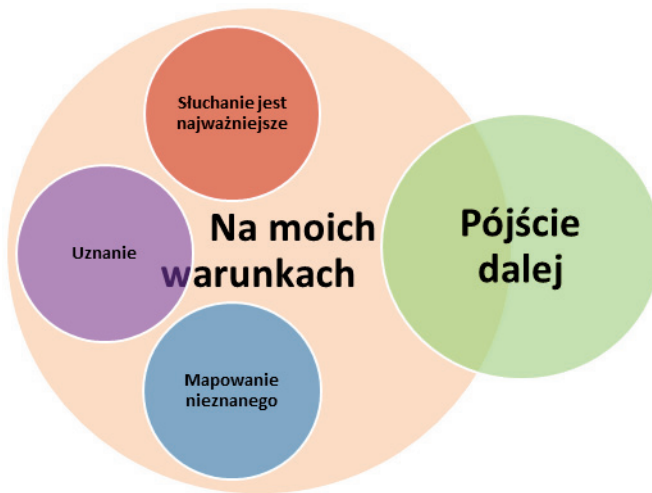
## **Podjęcie do doświadczenia porodowego w opiece okołoporodowej**

Rodzice, którzy chcą lub potrzebują zweryfikować swoje doświadczenia związane z porodem lub mają obawy przed zbliżającym się porodem, mogą odbyć rozmowę doradczą z położnymi w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej w całym kraju. Jeśli rodzice potrzebują dalszego doradztwa, mogą zostać skierowani do specjalnej poradni położniczej *Lend me an ear* (LME) Sigurðardóttir i wsp., 2017; Sigurðardóttir i wsp., 2019), psychologów, położników lub innych pracowników służby zdrowia. Poradnia LME mieści się w szpitalu dla kobiet, który należy do Landspítali – Narodowego Szpitala Uniwersyteckiego w Reykjavíku (dalej okreśłany jako Landspítali). Poradnia oparta jest na szwedzkim systemie *Aurora team listening service* (Waldenström i wsp., 2006; Nilsson i wsp., 2010) i składa się z grupy doświadczonych położnych, które zostały przeszkolone w zakresie komunikacji i umiejętności doradczych i prowadzą sesje doradcze (Sigurðardóttir i wsp., 2019). Na początku sesji doradczej z położną kobiety są proszone o opowiedzenie swoich historii, opowiedzenie o doświadczeniu porodu i podzielenie się zapiskami z porodu. Położne stosują podejście aktywnego słuchania, aby słuchać i omawiać historie i emocje, tym samym zapewnić lepsze zrozumienie (Rogers, Farson, 1979). Do poradnictwa włączane są także podejścia poznawczo-behawioralne, aby zwiększyć świadomość powiązań między wydarzeniami, myślami i emocjami (Beck i wsp., 1979). Przed spotkaniem położna przegląda dokumentację porodową kobiety, aby – w zależności od potrzeby i zgodnie z życzeniem – przygotować się do udzielenia informacji na temat wydarzeń podczas porodu. Łącząc opowieść kobiety z informacjami zawartymi w dokumentacji, położna przedstawia ogólny obraz porodu. Rozmowa jest połączeniem debriefingu, doradztwa, wsparcia i edukacji. W trakcie rozmowy położna stara się uwzględnić sposób postrzegania wydarzeń przez kobietę i w razie potrzeby oferuje pomoc w opracowaniu planu porodu. Spotkania odbywają się twarzą w twarz, trwają około godziny. Zachęca się kobiety do tego, aby w czasie spotkania towarzyszył im partner lub inna osoba wspierająca. Większość kobiet odbywa jedną wizytę, ale czasami po rozmowie są kierowane do położnika lub psychologa.

W latach 1999–2018 około 1–2% kobiet w wieku rozrodczym w Islandii uczęszczało rocznie do poradni LME. Następnie zapotrzebowanie wzrosło do 3% w Landspítali (Dane ze zbioru danych klinicznych Landspítali, Reykjavík, 2020).

Negatywne doświadczenia związane z porodem, strach przed zbliżającym się porodem i brak poczucia kontroli podczas wcześniejszego porodu były najczęstszymi powodami sygnalizowanymi przez kobiety, które zgłosiły się do poradni *Lend me an ear*. Jakościowa analiza treści przeprowadzona na tekstach 125 kobiet ujawniła dwa główne tematy i trzy podtematy. Nadrzędnym tematem

było „Na moich warunkach”, a podtematami „Uznanie”, „Słuchanie jest najważniejsze” i „Mapowanie nieznanego” (**rycina 1**). Kobiety, które były w stanie pogodzić się ze swoim doświadczeniem porodowym na własnych warunkach, mogły dojść do ostatniego tematu, jakim było „Pójście dalej”. Kobiety podkreśliły, że wołałyby, aby dostawcy usług położniczych zainicjowali rozmowę o porodzie i zachęcili je do weryfikacji swoich doświadczeń i pogodzenia się z nimi, jeśli to konieczne. Ważne było jednak, aby takie doradztwo odbywało się na ich warunkach i w harmonii/porozumieniu z indywidualnymi potrzebami. Wołały mieć wybór co do tego, kto, gdzie, w jakim czasie i w jakiej formie udzielił porady.



**Rycina 1.** Grupy tematów i podtematów wspomnianych przez kobiety – przetwarzanie i godzenie się kobiet z negatywnym doświadczeniem porodu podczas specjalnej rozmowy doradczej *Ljáðu mér eyra*. Źródło: Sigurðardóttir, V. L., Gamble, J., Guðmundsdóttir, B., Sveinsdóttir, H., & Gottfreðsdóttir, H. (2019). Processing birth experiences: a content analysis of women’s preferences. *Midwifery*, 69, 34

Kobiety podkreślały, jak ważne jest, by naprawdę je wysłuchano i uznano ich opinie bez osądzania. Jeśli to było spełnione, czuły się wystarczająco bezpiecznie, aby wyrazić swoje uczucia i poradzić sobie z trudnymi emocjami. Z drugiej strony, jeśli postrzegali, że ich doświadczenie nie zostało uznane, lub jeśli czuły, że świadczeniodawca próbował bronić opieki lub decyzji podjętych podczas porodu, nie były w stanie przejść do procesu uzdrawiania z negatywnych doświadczeń porodowych (Sigurðardóttir i wsp., 2019).

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) w Wielkiej Brytanii zachęca świadczeniodawców opieki okołoporodowej do oferowania porad i wsparcia kobietom, które chcą zrewidować swoje doświadczenia porodowe (NICE, 2014). Pomimo niespójnych ustaleń dotyczących skuteczności interwen-

cji mających na celu przezwycięzenie negatywnych doświadczeń porodowych kobiety konsekwentnie zgłaszają, że zrewidowanie doświadczeń porodowych jest dla nich pomocne (Baxter i wsp., 2014; Cunen i wsp., 2014; Sigurðardóttir i wsp., 2019). W niedawnym badaniu analizy treści (n = 125) przeprowadzonym w Islandii kobiety podkreśliły, że pracownicy służby zdrowia powinni zainicjować dyskusję na temat doświadczeń porodowych i zaoferować doradztwo kobietom, które odczuwają potrzebę dokonania przeglądu swoich doświadczeń porodowych. Wykonalność takiego rutynowego zaproszenia badano na kobietach z grupy wysokiego ryzyka w Narodowym Szpitalu Uniwersyteckim w Islandii i stwierdzono, że jest to zarówno wykonalny, jak i akceptowalny wybór dla tej grupy (Sigurðardóttir i wsp., 2023). Położne odgrywają kluczową rolę w inicjowaniu takiej dyskusji z kobietami w ciąży lub połogu, którymi się opiekują, a większość kobiet preferuje omówienie swoich porodów z położną, którą już znają z okresu opieki przedporodowej, śródporodowej lub poporodowej (Fenwick i wsp., 2013; Sigurðardóttir i wsp., 2019; Sigurðardóttir i wsp., 2023).

Ocena doświadczeń związanych z porodem może być dokonana za pomocą bezpośrednich pytań kontrolnych lub specjalnych narzędzi kontrolnych. Pytania takie jak „Jak postrzegasz swój poród?” lub „Jak wyglądał twój poród?” mogą być przydatne jako początek takiej rozmowy. Niektóre specyficzne narzędzia przesiewowe, takie jak *Childbirth Experience Questionnaire* (CEQ) (Dencker i wsp., 2020) i *Birth Satisfaction Scale* (BSS) (Martin, Martin, 2014), zostały również opracowane w celu oceny doświadczeń związanych z porodem. Wreszcie opracowano prostą wizualną skalę analogową od 0 do 10, która jest wykorzystywana zarówno w praktyce klinicznej, jak i w celach badawczych (Falk i wsp., 2019; Adler i wsp. 2020).

## Islandzkie kobiety z problemami zdrowia psychicznego

Projekt badawczy, którego celem była ocena problemów zdrowia psychicznego, przeprowadzono wśród rodzących Islandek. Kobiety, które zgodziły się na udział w projekcie, były trzykrotnie badane w czasie ciąży za pomocą kilku skal, wśród których były EPDS, Skala Depresji, Lęku i Stresu (DASS) oraz Skala Przyastosowania Diadycznego (DAS). Łącznie w badaniu uczestniczyły 2523 kobiety, z których 14,4% (360) miało objawy problemów w obszarze zdrowia psychicznego i zostało zdefiniowanych jako *perinatal distressed group* – PDG (grupa z problemami okołoporodowymi) (Jónsdóttir i wsp., 2017). W 16. tygodniu ciąży 9,7% uczestniczek badania wykazało objawy depresji, a ponad połowa z nich ujawniła również objawy lęku (Lydsdóttir i wsp., 2014).

W badaniach przesiewowych stwierdzono istotną korelację pomiędzy objawami problemu zdrowia psychicznego a doświadczaniem zmęczenia, wymiotów i bólu miednicy w czasie ciąży. PDG częściej i więcej niż grupa porównawcza potrzebowała też wizyt przedporodowych i zwolnień lekarskich w czasie ciąży (Jónsdóttir i wsp., 2020). Kobiety z PDG dwukrotnie częściej były też niezadowolone z podziału opieki nad dzieckiem i zadań domowych w rodzinie (Jóns-

dóttir i wsp., 2017). Były też częściej nieobecne w pracy z powodu przebywania na zwolnieniu lekarskim (Jónsdóttir i wsp., 2020). W Islandii 75% kobiet w wieku 18–70 lat wykonuje pracę poza domem (Statistic Iceland, 2021).

Jeśli chodzi o poród, wśród kobiet z PDG prawdopodobieństwo (AOR 2,86) włączenia znieczulenia zewnątrzoponowego jako jedynego sposobu uśmierzenia bólu było znacznie większe (Jónsdóttir i wsp., 2019). Są to ważne wyniki dotyczące islandzkiej opieki i praktyki porodowej. Praktyka położnicza polega na oferowaniu kobietom innych, mniej inwazyjnych opcji uśmierzenia bólu.

Oceniono również zależność między problemami zdrowia psychicznego a satysfakcją w związku. Niezadowolonych w związku partnerskim było 17% kobiet. Kobiet tych znacznie częściej (AOR 4,6) dotyczyły problemy zdrowia psychicznego (Jónsdóttir i wsp., 2017). Jeśli chodzi o poród, stwierdzono, że u kobiet doświadczających poczucia niezadowolenia w związku częściej niż u kobiet werbalizujących zadowolenie stosowano indukcję, wykonywano nacięcie krocza i używano próżnościągu podczas porodu (Jónsdóttir i wsp., 2019).

Wyniki projektu badawczego pokazały, że tylko 10% uczestniczek badania zgłosiło otrzymywanie słabego wsparcia od rodziny lub przyjaciół, a tylko około 2% nie miało nikogo, na kim mogłoby polegać w kwestii wsparcia (Jónsdóttir i wsp., 2017). Wyniki te nie były zaskoczeniem, ponieważ w Islandii więzi rodzinne są postrzegane jako silne i ważne jest, aby uświadomić sobie, że większość kobiet ma wsparcie. Kobiety, które go nie mają, potrzebują specjalnej opieki położniczej w czasie ciąży (Jónsdóttir, 2019).

## Psychoterapia rodzic – dziecko

Badania wykazały, że choroba przedporodowa u rodziców, zwłaszcza u matki, ma głęboki wpływ na rozwijające się dziecko. Ten obszar pracy wymaga od klinicysty nie tylko troski o samopoczucie rodziców, ale także o samopoczucie niemowlęcia i zdolność rodziców do zapewnienia niemowlęciu wystarczająco dobrej opieki dla optymalnego rozwoju i dobrego samopoczucia dziecka. Obecnie wiemy, że ciąża i 1. rok życia to bardzo ważny okres rozwojowy dla niemowlęcia i że przeciwności w tym czasie mogą mieć trwałe wpływy na przyszłe zdrowie i samopoczucie jednostki. Psychiatria przedporodowa i psychiatria niemowląt są zatem powiązanymi ze sobą specjalnościami, a w rzeczywistości w ostatnich dekadach z badań neurorozwojowych coraz wyraźniej wynika, że zdrowe przywiązanie oparte na pielęgnowaniu i wspieraniu relacji z opiekunami od samego początku życia (nawet przed urodzeniem) jest kluczową częścią stawania się zdrowym i produktywnym dorosłym.

Ciąża, poród i pierwsze lata po urodzeniu to niezwykle ważny okres w życiu dziecka. Jest to bardzo wrażliwy okres ze względu na szybki rozwój mózgu dziecka w tym czasie. Od momentu poczęcia i przez pierwsze 2–3 lata mózg niemowlęcia przechodzi ogromny wzrost z proliferacją komórek mózgowych i tworzeniem połączeń komórek nerwowych. Okres ten jest kluczowy dla rozwoju ważnych cech i zmysłów, np. wzroku, słuchu, regulacji emocji, rozwoju

języka i umiejętności społecznych. Rozwój mózgu pozostaje w związku z tym, czego dziecko doświadcza, i w istotnej mierze zależy od relacji dziecka z otoczeniem. Związek niemowlęcia z opiekunem oraz reakcja i opieka, jaką dziecko otrzymuje w tym okresie, kształtuje nawykowe reakcje na sytuacje, np. to, czego dziecko oczekuje od innych ludzi. Doświadczenia dziecka odgrywają więc dużą rolę w kształtowaniu zasadniczych postaw wobec siebie i innych (Fearon i wsp., 2010). Choroby psychiczne rodziców mogą negatywnie wpływać na ich zdolność do wrażliwego i odpowiedniego reagowania na niemowlę. Może to mieć głęboki wpływ na rozwój dziecka i zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia nieprawidłowych stylów przywiązania. Stało się jasne, że kiedy rodzice zmagają się z chorobą psychiczną, traumą i przeciwnościami losu w okresie przedporodowym, może to mieć negatywny wpływ na wzrost, zachowanie i rozwój psychiczny oraz dobrostan dziecka. Dlatego też dzieci powinny być objęte oceną i leczeniem w ramach opieki przedporodowej.

Wykazano, że depresja poporodowa u matki ma negatywny wpływ na rozwój dziecka (Murray, Cooper, 1997). Jest również oczywiste, że samo leczenie depresji u matki nie wystarczy, aby polepszyć rozwój dziecka. Aby poprawić wyniki dziecka, konieczne jest włączenie interwencji ukierunkowanych na interakcje matki z dzieckiem, by zwiększyć wrażliwość matki i polepszyć dostrzeganie potrzeb dziecka oraz pomóc jej reagować w pozytywny i odpowiedni sposób (Sawyer, 2007; Stein i wsp., 2018). Poprawa jakości interakcji między rodzicami a ich niemowlętami zwiększa z kolei prawdopodobieństwo bezpiecznego przywiązania rodzic – dziecko i niemowlę – rodzic (Rosen, Rothbaum, 1993; Caldera, Lindsey, 2006).

Badania wykazały, że problemy z przywiązaniem mogą mieć negatywne konsekwencje przez całe życie, np. problemy behawioralne i lękowe w szkole i okresie dojrzewania oraz choroby psychiczne w wieku dorosłym. Jeśli rodzice zmagają się ze stresem, traumą, problemami psychicznymi lub emocjonalnymi, może to negatywnie wpływać na ich zdolność do odczytywania sygnałów niemowlęcia i odpowiedniego reagowania. Dzieci, których rodzice doświadczają depresji i lęku, cechuje zwiększone ryzyko wystąpienia problemów relacyjnych i behawioralnych, problemów z uwagą i uczeniem się oraz trudności w kontaktach społecznych; u dzieci tych częściej występuje także depresja i lęk (Cox A.D. i wsp., 1987).

Rodzicielskie zdrowie psychiczne jest nie tylko obciążeniem rodzinnym, ale również niesie ze sobą ogromne koszty społeczne. London School of Economics opracowała w 2014 r. raport, w którym obliczono, że koszt przedporodowych problemów ze zdrowiem psychicznym wynosi w Wielkiej Brytanii 8,2 mld funtów rocznie. Raport wykazał, że każdy funt zainwestowany w usługi dla tej grupy docelowej może dać nawet 30-krotny zwrot w oszczędnościach w opiece zdrowotnej, szkołach, opiece społecznej i wymiarze sprawiedliwości aż do 18. urodzin dziecka. 28% kosztów odnosi się do matki, a 72% do dziecka przez całe życie (Personal Social Services Research Unit, Centre for Mental Health, Maternal Mental Health Alliance, 2014).

Zapewnienie wczesnych interwencji w postaci specjalistycznej opieki przedporodowej dla rodziców i niemowląt jest istotnym aspektem dobrostanu przyszłych pokoleń. Badania wskazują, że mniejszość rodziców cierpiących na cho-

roby psychiczne otrzymuje odpowiednią pomoc. Pilne jest, aby przedporodowe usługi w zakresie zdrowia psychicznego były systematycznie udostępniane na całym świecie, a psychiatrzy byli wrażliwi na potrzeby tej podatnej grupy i mogli zaoferować odpowiednie skierowania i interwencje w razie potrzeby.

W Islandii od 2008 r. opracowywane są programy dotyczące problemów z przywiązaniem u niemowląt. Usługi psychoterapii dla rodziców niemowląt są obecnie dostępne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej dla rodziców w czasie ciąży i pierwszych 2 lat po urodzeniu. Główne metody leczenia to Psychoterapia Rodziców i Niemowląt (PIP), *Watch, Wait and Wonder* (WWW), Podejście Solihull (SA), Koło Bezpieczeństwa (COS) i Obserwacja Zachowania Noworodka (NBO).

## **Rozwój przedporodowych usług drugiego stopnia referencyjności w zakresie zdrowia psychicznego w Islandii**

### **Pierwsza usługa ambulatoryjna w zakresie zdrowia psychicznego dla przyszłych rodziców**

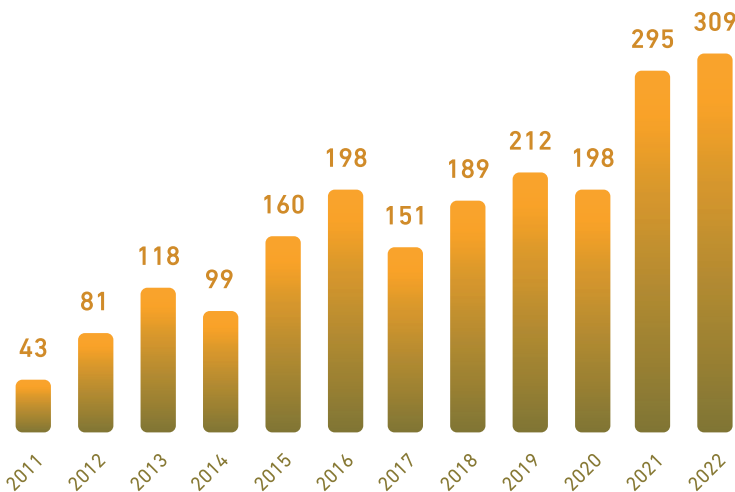
W 2003 r. podjęto decyzję o otwarciu poradni dla przyszłych rodziców z problemami w czasie ciąży. Poradnia ta jako pierwsza oferowała usługi drugiego stopnia referencyjności i była projektem pilotażowym w ramach wspólnotowego zespołu wizytującego domy opieki psychiatrycznej (*Geðteymi heimahjúkrunar*) w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej Obszaru Stołecznego i była pierwszą poradnią opartą na relacjach. Skupiono się na okresie przejściowym podczas ciąży, stosując podejście skoncentrowane na rodzinie, w którym, ponieważ ciąża jest wspólnym projektem rozwojowym, oboje przyszłych rodziców zachęcano do obecności podczas wizyt domowych. W celu oceny wyników badania kwestionariuszowe były przeprowadzane przed leczeniem i po leczeniu. Leczenie trwało średnio 4 miesiące i odbywało się w drugim i trzecim trymestrze ciąży. Poradnia ta działała od 2005 do 2011 r. i wśród 60% uczestników nastąpiła poprawa według EPDS i DAS. Grupa (40%), która nie odniosła korzyści z tej interwencji, została skierowana do ośrodków oferujących wsparcie długoterminowe, ponieważ miała poważne, długotrwałe problemy ze zdrowiem psychicznym lub historię uzależnienia od narkotyków bądź niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa (Thome, Arnardóttir, 2013). Zaobserwowano istotną korelację pomiędzy niepokojem ojca a oceną jakości związku przez parę według DAS. Zarówno przyszły ojciec, jak i jego partnerka oceniali jakość swojego związku istotnie gorzej, jeśli przyszły ojciec doświadczał emocjonalnego niepokoju (Halldórsdóttir, 2009). Poradnia ta została zamknięta w 2011 r. z powodu braku wsparcia ze strony administracji Podstawowej Opieki Zdrowotnej Obszaru Stołecznego (Informacja ustna, Stefania B. Arnardóttir).

### **Centrum dla Rodziców i Niemowląt (MFB)**

Wielodyscyplinarna grupa profesjonalistów zebrała się w 2008 r. i utworzyła pierwszy w Islandii ośrodek rozwijający interwencje typu rodzic – niemow-

lę (*parent – infant*). Nazwano go Centrum dla Rodziców i Niemowląt (Miðstöð foreldra og barna – MFB). Grupa składała się z profesjonalistów zdrowia psychicznego z długim doświadczeniem w pracy na różnych poziomach w służbie zdrowia, z różnych dyscyplin, wizytatora zdrowia, pielęgniarki zdrowia psychicznego, psychiatry, psychoterapeuty psychoanalitycznego i położnej. Wspólnym celem grupy było poszukiwanie dowodów wskazujących na znaczenie relacji rodzic – dziecko. W tym czasie w systemie opieki zdrowotnej wiedziano bardzo mało o wpływie relacji przywiązania na rozwijający się umysł dziecka. Grupa spotykała się regularnie i w celu zwiększenia swojej wiedzy studiowała „zdrowie psychiczne niemowląt”, jak również „okołoporodowe zdrowie psychiczne”. Aby rozwijać umiejętności wczesnej interwencji, grupa organizowała także warsztaty z pionierami w tej dziedzinie. Zapraszano nauczycieli, a i sama grupa podróżowała za granicę, gdzie uczęszczała na szkolenia. Przykłady interwencji, w których szkoliła się grupa, to *Parent-Infant Psychotherapy* (Anna Freud Centre), *Mellow Parenting* (Christine Puckering), *Podejście Solihull* (Hazel Douglas) oraz *Watch, Wait and Wonder* (Mirek Lojkasek).

Zapotrzebowanie na interwencje rodzic – niemowlę (*parent – infant*) rosło szybko. Widoczne jest to na **rycynie 2**. Zapotrzebowanie na tę usługę było całkowicie niezaspokojone przed utworzeniem Centrum dla Rodziców i Niemowląt w 2008 r. Przez pierwsze lata było ono finansowane przez organizacje charytatywne i prywatne dotacje od zwolenników usługi. W 2011 r. rząd przyznał usługodawcy pewną sumę pieniędzy i od tego czasu był on w większości finansowany przez rząd. Usługa zawsze była bezpłatna dla rodzin uczęszczających do ośrodka. W 2020 r. został on włączony do Podstawowej Opieki Zdrowotnej Obszaru Stołecznego.

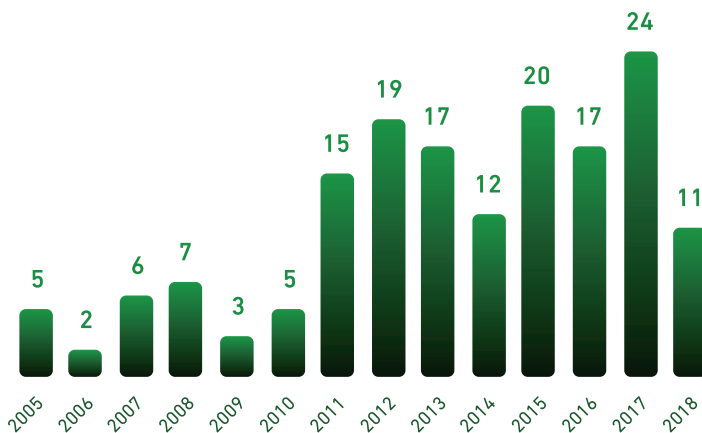


**Rycina 2.** Liczba rodzin skierowanych do Centrum dla Rodziców i Niemowląt

### Zespół Rodzic – Ciąży – Niemowlę w Landspítali (FMB)

W roku 2011 nastąpiło oficjalne otwarcie specjalistycznego oddziału przedporodowego w Landspítali, który jest szpitalem trzeciego stopnia referencyjności. Poradnia nosiła nazwę Parent-Pregnancy-Infant Team (po islandzku: Foreldrar-Meðganga-Barn – FMB). Zespół współpracował z poradnią High-Risk Pregnancy w Szpitalu Kobięcym w Landspítali, a także z oddziałem uzależnień w szpitalu i ostrym stacjonarnym oddziałem psychiatrycznym, który później został zaadaptowany do potrzeb rodziców i niemowląt. Wcześniej w Islandii nie istniały specjalistyczne trzeciorzędowe przedporodowe usługi psychiatryczne. Przed utworzeniem tej usługi w latach 2005–2011 w szpitalu psychiatrycznym było od 2 do 7 przyjęć przedporodowych rocznie. Kobiety były przyjmowane na różne oddziały psychiatryczne w trybie nagłym. W tym czasie na oddziałach leczenia ostrych zaburzeń psychicznych nie dokonano żadnych dostosowań w celu uwzględnienia potrzeb rodziców i niemowląt (Informacja ustna od Isafold Helgadóttir, konsultanta psychiatry w Landspítali).

Liczba przyjęć wzrosła w 2011 r. i nadal zwiększała się przez kolejne lata (**rycina 3**). Wzrost ten wynikał najprawdopodobniej z faktu, że po utworzeniu przedporodowej poradni specjalistycznej wystawiono więcej skierowań do zespołu szpitalnego i w związku z tym kobiety miały lepszy dostęp do opieki, w tym do stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych. Jednak w 2018 r. i w latach kolejnych liczba przyjęć zaczęła ponownie spadać. Spadek ten jest nadal widoczny (Informacja ustna, Isafold Helgadóttir). Może to wynikać z faktu, że – w związku z większą świadomością pracowników ochrony zdrowia i opieki macierzyńskiej – kobiety wcześniej obejmowane są interwencją, uzyskując dostęp do specjalistycznych ambulatoryjnych przedporodowych usług psychiatrycznych zapobiegających przyjęciom w trybie nagłym.



**Rycina 3.** Przyjęcia okołoporodowe na oddziały psychiatryczne w Landspítali



W wywiadzie przyjętych kobiet odnotowano dużą częstotliwość wcześniejszych chorób psychicznych (84%), a jedna trzecia kobiet miała historię wcześniejszego przyjęcia na oddział psychiatryczny. W przeszłości miało traumę 28% kobiet, a służby ochrony dzieci były zaangażowane w 31% przypadków. Tylko 7% kobiet zostało przyjętych niedobrowolnie. Narkotyków lub alkoholu w momencie przyjęcia na oddział używało 13% kobiet w ciąży. Część grupy miała wcześniejszą historię nadużywania, ale w momencie przyjęcia były trzeźwe i na odwyku (Informacja ustna, Isafold Helgadóttir).

W pierwszych latach funkcjonowania Parent-Pregnancy-Infant Team nie było specjalnych modyfikacji na oddziałach, ale później na oddziale ostrych zaburzeń psychicznych urządzono jeden specjalny pokój przeznaczony dla rodziców i ich niemowlęcia (**rycina 4**) (Informacja ustna, Isafold Helgadóttir). Celem leczenia na takim oddziale jest zapewnienie bezpieczeństwa matce i dziecku oraz leczenie objawów psychicznych matki. Ponadto pracownicy skupiają się na wspieraniu przywiązania rodzica do dziecka i rozwoju niemowlęcia. Podczas przyjęcia matka i ojciec, gdy jest obecny, są wspierani przez wykwalifikowany personel w opiece nad niemowlęciem. W razie potrzeby otrzymują delikatne wskazówki, aby móc odczytać sygnały niemowlęcia i odpowiednio zareagować. Czasami, gdy rodzice potrzebują pomocy czy odpoczynku, dziecko jest w nocy bezpieczne pod opieką personelu pielęgniarskiego.



**Rycina 4.** Pokoje rodzinne na oddziale psychiatrycznym w Landspítali

Kiedy matka (rodzice) i dziecko zostają przyjęci na oddział, zwykła sala dla pacjentów zostaje dostosowana do potrzeb rodziny (**rycina 4**, zdjęcie z prawej strony). W obrębie stanowiska pielęgniarskiego na oddziale znajduje się również pokój przyjazny dziecku (**rycina 4**, zdjęcie z lewej strony). Takie rozwiązanie sprawia, że rodzice i dziecko są bezpieczni i strzeżeni przed innymi pacjentami na oddziale (ogólny oddział leczenia ostrych zaburzeń psychicznych) w razie potrzeby (Informacja ustna, Isafold Helgadóttir).

Większość kobiet została przyjęta po porodzie (85%), a 80% kobiet miało ze sobą dziecko na oddziale. W przybliżeniu w jednej trzeciej przypadków ojciec przebywał razem z matką i dzieckiem w szpitalu. Oddział stacjonarny z wykwa-

lifikowanym personelem i specjalnym dostosowaniem do potrzeb rodziców i niemowląt w okresie przedporodowym jest bardzo cennym zasobem dla społeczności islandzkiej i służy wszystkim mieszkańcom Islandii.

### **Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci**

W 2020 r. podjęto decyzję o włączeniu Centrum dla Rodziców i Niemowląt (MFB) do Podstawowej Służby Zdrowia w Islandii, o czym wspomniano wcześniej. W tym samym czasie podjęto decyzję o włączeniu do niej również części ambulatoryjnej Służby Perinatalnej Landspítali (FMB). Nowy, zjednoczony zespół nosi nazwę Children's Mental Health Clinic (islandzki: Geðheilsúmiðstöð Barna – GMB). Jest on finansowany przez rządowy system opieki zdrowotnej, a usługi są bezpłatne dla wszystkich potrzebujących rodzin. Skierowania przychodzą od pracowników służby zdrowia w placówkach podstawowych lub ponadpodstawowych, ale rodzice mogą również sami zgłaszać się na terapię. Od momentu otwarcia pierwszego ośrodka (MFB) każdego roku coraz większa liczba rodzin korzystała z terapii, a w szczególności liczba takich rodzin wzrosła w latach 2021 i 2022 po powstaniu dwóch poradni (**rycina 2**). Obecnie poradnia oferuje terapię dla całej populacji Islandii, także dla rodzin w okresie okołoporodowym. Przyjmuje również skierowane dzieci w wieku od 0 do 5 lat i członków ich rodzin.

Aranżacja przestrzeni terapeutycznej w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci jest specjalnie dostosowana do psychoterapii rodzica i niemowlęcia. Rodzice siedzą z dzieckiem na macie centralnie umieszczonej na podłodze (**rycina 5**). Taki układ ma umożliwić rodzicom i terapeutce skoncentrowanie uwagi na dziecku traktowanym jako aktywny uczestnik pracy terapeutycznej.

72



**Rycina 5.** Przestrzeń terapeutyczna w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci

## Wnioski

System opieki nad zdrowiem psychicznym w okresie perinatalnym w Islandii rozwijał się przez kilka lat w sposób opisany w tym rozdziale. Była to długa podróż, ale stopniowo potrzeba specjalistycznych interwencji perinatalnych i psychoterapii skierowanych do rodzin w okresie okołoporodowym w Islandii została rozpoznana przez pracowników służby zdrowia i rząd. Ważne jest, aby zaspokoić potrzeby rodziców i niemowląt poprzez wielopoziomowe specjalistyczne usługi z interwencjami w odpowiednim czasie na różnych poziomach referencyjności służby zdrowia. Bardzo ważne jest, aby klinicyści na wszystkich poziomach byli odpowiednio przeszkoleni w zakresie wykrywania problemów i oceny zdrowia psychicznego. Dzięki jasnym ścieżkom skierowań z podstawowej opieki perinatalnej do specjalistycznych usług poziomu drugiego poważne problemy ze zdrowiem psychicznym u rodziców i potrzeba usług poziomu trzeciego mogą być zmniejszone lub nawet można im zapobiec. Dzięki tej wiedzy łatwiej jest rozpoznać potrzeby rodziców z problemami zdrowia psychicznego i ich dzieci, a skierowania do wczesnych interwencji skoncentrowanych na przywiązaniu mogą być dokonywane w odpowiednim czasie. Przyczynia się to do zminimalizowania ryzyka wystąpienia problemów emocjonalnych, behawioralnych i psychiatrycznych u dziecka oraz zwiększa dobrostan rodziny.

## Bibliografia

- Adler, K., Rahkonen, L., & Kruit, H. (2020). Maternal childbirth experience in induced and spontaneous labour measured in a visual analog scale and the factors influencing it; a two-year cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–7.
- Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 11(4), 389–398.
- Baxter, J. D., McCourt, C., & Jarrett, P. M. (2014). What is current practice in offering debriefing services to postpartum women and what are the perceptions of women in accessing these services: A critical review of the literature. *Midwifery*, 30(2), 194–219.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bell, A. F., & Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*, 39, 112–123.
- Bell, A. F., Rubin, L. H., Davis, J. M., Golding, J., Adejumo, O. A., & Carter, C. S. (2019). The birth experience and subsequent maternal caregiving attitudes and behavior: a birth cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 22(5), 613–620.
- Berg, M., Asta Ólafsdóttir, O., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care—in Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare : Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 3(2), 79–87.
- Biering, P. (2012). *Ofbeldi í nánum samböndum – Mat og viðbrögð*. Landspítali. Dostępna: <https://www.landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=baf314f7-9137-11e2-a34f-005-056be0005>.
- Blix, E., Olafsdóttir, O. A., Maimburg, R. D., Wikberg, A., Gottfredsdóttir, H., Nøhr, E. A., & Lundgren, I. (2022). Midwifery in a Nordic context. In I. Lundgren, E. Brix, H. Gottfredsdót-

tir, A. Wikberg, & E. A. Nøhr (Eds.). *Theories and Perspectives for Midwifery: a Nordic view* (pp. 35–47). Studentlitteratur.

- Caldera, Y. M., & Lindsey, E. W. (2006). Coparenting, mother-infant interaction, and infant-parent attachment relationships in two-parent families. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 20(2), 275–283.
- Cox, A. D., Puckering, C., Pound, A., & Mills, M. (1987). The impact of maternal depression in young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 28(6), 917–928.
- Cox, J. L., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786.
- Delicate, A., Ayers, S., Easter, A., & McMullen, S. (2018). The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: a systematic review and meta-synthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(1), 102–115.
- Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H., & Berg, M. (2010). Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10, 81.
- Development Centre for Primary Healthcare in Iceland (2017). *Vinnulag við meðferðkviða og þunglyndis í mæðravernd* [Working guidelines for treatment of anxiety and depression during pregnancy]. Dostępne na: <https://throuarmidstod.is/library/content-files/Vinnulag%20vi%20me%20ofer%20c%20beunglyndis%20og%20kv%20ad%20m%20a%20m%20a%20a%20ravernd%202017.pdf>.
- Development Centre for Primary Healthcare in Iceland. (2019). *Vinnulag við skimun og meðferðþunglyndis og kviða í ung- og smábarnavernd* [Working guidelines for treatment of anxiety and depression during well-baby clinic]. Dostępne na: <https://throuarmidstod.is/library/Files/Vinnulag%20vi%20skimun%20og%20me%20ofer%20c%20beunglyndis%20og%20kv%20ad%20m%20a%20m%20a%20a%20ravernd%202019.pdf>.
- Development Centre for Primary Healthcare in Iceland. (2022). *Gæðahandbók sálfræðipjónusta fyrir fullorðna í heilsugæslu, 1. línu Þjónusta*. Dostępne na: <https://throuarmidstod.is/library/Salfraedingar/G%2086%20AHANDB%2093K%20s%20A1lfr%20A6%20i%20BEj%20B3nustu%20fyrir%20fullor%20B0na%20AD%201.1%20ADnu%20heilsug%20A6slu%202022.pdf>.
- Falk, M., Nelson, M., & Blomberg, M. (2019). The impact of obstetric interventions and complications on women's satisfaction with childbirth a population based cohort study including 16,000 women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 494.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Development*, 81(2), 435–456.
- Fenech, G., & Thomson, G. (2014). Tormented by ghosts from their past: a meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, 30(2), 185–193.
- Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D., Barclay, L., Buist, A., & Ryding, E. L. (2013). Women's perceptions of emotional support following childbirth: a qualitative investigation. *Midwifery*, 29(3), 217–224.
- Gottfreðsdóttir, H., Sigurðardóttir, V. L., Ólafsdóttir, Ó. Á., & Steingrímsdóttir, Þ. (2017). Hvað einkennir þann hóp kvenna sem leita til ljáðu mér eyra - sérhæfðar viðtalsmeðferðar á kvennadeild Landspítala? *Ljósmæðrablaðið*, 95(2), 30–36.
- Government of Iceland. (2019). *Termination of Pregnancy Act No 43 2019*. Dostępne na: <https://www.government.is/library/04-Legislation/Termination%20of%20Pregnancy%20Act%20No%2043%202019.pdf>

- Government of Iceland. (2021). *Commission on the status of women statement by Katrín Jakobsdóttir*. Dostępne na: <https://www.government.is/news/article/2021/03/19/Commission-on-the-Status-of-Women-Statement-by-Katrin-Jakobsdottir>.
- Gudmundsdóttir, M. (2010). *Nursing history of Iceland in the 20th century* [Saga hjúkrunar á Íslandi á 20. öld]. Reykjavík: The Icelandic Nurses' Association [Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga].
- Gürber, S., Baumeler, L., Grob, A., Surbek, D., & Stadlmayr, W. (2017). Antenatal depressive symptoms and subjective birth experience in association with postpartum depressive symptoms and acute stress reaction in mothers and fathers: A longitudinal path analysis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 215, 68–74.
- Hafsteinsdóttir, J. E., Guðmundsdóttir, S., Erlendsdóttir, R. Ó., & Jónsdóttir, S. S. (2021). Viðhorf foreldra til heimaþjónu í ung- og smábarnavernd: Lýsandi þversniðsrannsókn. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*. Dostępne na: <https://www.hjukrun.is/library/Timarit---Skrar/Timarit/Timarit-2021/1-tbl-2021/UngOgSmabarnavernd.pdf>.
- Halldórsdóttir, S. L. (2009). *Andleg vanlíðan verðandi foreldra á meðgöngu. Áhrif þess á maka og á gæði parsambands*. Unpublished BS thesis, University of Iceland. Dostępne na: [https://skemman.is/bitstream/1946/2616/1/lokaritgerd\\_saralovisa\\_fixed.pdf](https://skemman.is/bitstream/1946/2616/1/lokaritgerd_saralovisa_fixed.pdf).
- Heilsugaeslan.is (n.d.). Hópur fyrir verðandi mæður til að bæta tilfinningalega líðan. Dostępne na: <https://www.heilsugaeslan.is/serthjonusta/namskeid/andleg-vanlidan-a-medgongu>.
- Heyne, C. S., Kazmierczak, M., Souday, R., Horesh, D., Lambregtse-van den Berg, M., Weigl, T., Horsch, A., Oosterman, M., Dikmen-Yildiz, P., & Garthus-Niegel, S. (2022). Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 94, 102157.
- Hollins Martin, C. J., & Martin, C. R. (2014). Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery*, 30(6), 610–619.
- Holt, L., Sellwood, W., & Slade, P. (2018). Birth experiences, trauma responses and self-concept in postpartum psychotic-like experiences. *Schizophrenia Research*, 197, 531–538.
- Hughes, C., Foley, S., Devine, R. T., Ribner, A., Kyriakou, L., Boddington, L., Holmes, E. A., NewFAMS team Creators/Copyright Holders, & NewFAMS team Contributors (2020). Worrying in the wings? Negative emotional birth memories in mothers and fathers show similar associations with perinatal mood disturbance and delivery mode. *Archives of Women's Mental Health*, 23(3), 371–377.
- Island.is. *Having a baby*. Dostępne na: <https://island.is/en/life-events/having-a-baby>.
- Jenabi, E., Khazaei, S., Bashirian, S., Aghababaei, S., & Matinnia, N. (2020). Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine : the Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 33(22), 3867–3872.
- Jonsdóttir, S. S. (2019). *Dissertation: Effects of perinatal distress, satisfaction in partner relationship and social support on pregnancy and outcome of childbirth*. Linnaeus University Press, Dissertations No 352/2019.
- Jonsdóttir, S. S., Steingrimsdóttir, T., Thome, M., Oskarsson, G. K., Lydsdóttir, L. B., Olafsdóttir, H., Sigurdsson, J. F., & Swahnberg, K. (2019). Pain management and medical interventions during childbirth among perinatal distressed women and women dissatisfied in their partner relationship: A prospective cohort study. *Midwifery*, 69, 1–9.
- Jonsdóttir, S. S., Swahnberg, K., Thome, M., Oskarsson, G. K., Bara Lydsdóttir, L., Olafsdóttir, H., Sigurdsson, J. F., & Steingrimsdóttir, T. (2020). Pregnancy complications, sick leave and service needs of women who experience perinatal distress, weak social support and dissatisfaction in their partner relationships. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(1), 167–180.
- Jonsdóttir, S. S., Thome, M., Steingrimsdóttir, T., Lydsdóttir, L. B., Sigurdsson, J. F., Olafsdóttir, H., & Swahnberg, K. (2017). Partner relationship, social support and perinatal dis-

- tress among pregnant Icelandic women. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 30(1), e46–e55.
- Landsþitali (2020). *Birth registration report 2020*. Dostępne na: <https://www.landspitali.is/um-landspitala/fjolmidlatorg/frettir/stok-frett/2022/05/25/Faedingarskraning-birtir-skyrslu-fyrir-arid-2020>.
  - Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdóttir, S. I., Nilsson, C., Ekström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E., & Stramrood, C. (2022). Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth*, 49(4), 687–696.
  - Lydsdóttir, L. B., Howard, L. M., Olafsdóttir, H., Thome, M., Tyrfingsson, P., & Sigurdsson, J. F. (2014). The mental health characteristics of pregnant women with depressive symptoms identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(4), 393–398.
  - Magnussen, J., Vrangbaek, K., & Saltman, R. (2009). *Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges*. McGraw-Hill Education (UK).
  - Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood*, 77(2), 99–101.
  - NICE (2014). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Clinical guideline (CG192)*. Dostępne na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>.
  - NICE (2021). *Antenatal care. Clinical guideline (NG201)*. Dostępne na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>.
  - Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010). Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 39(3), 298–309.
  - Nordic Council of Ministers (2020). *Situation analysis*. Dostępne na: <http://doi.org/10.6027/nord-2020-051>.
  - Olafsdóttir, O. A., Kristjansdóttir, H., Halfdansdóttir, B., & Gottfredsdóttir, H. (2018). Midwifery in Iceland: From vocational training to university education. *Midwifery*, 62, 104–106.
  - Personal Social Services Research Unit Centre for Mental Health Maternal Mental Health Alliance (2014). *Costs of perinatal mental health problems. London School of Economics and Political Science*. Dostępne na: <http://eprints.lse.ac.uk/id/eprint/59885>.
  - Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* (London, England), 384(9948), 1129–1145.
  - Rogers, C., & Farson, R. E. (1979). Active listening. *Organizational psychology*, 168–180. Dostępne na: [https://wholebeinginstitute.com/wp-content/uploads/Rogers\\_Farson\\_Active-Listening.pdf](https://wholebeinginstitute.com/wp-content/uploads/Rogers_Farson_Active-Listening.pdf).
  - Rosen, K. S., & Rothbaum, F. (1993). Quality of parental caregiving and security of attachment. *Developmental Psychology*, 29(2), 358–367.
  - Sawkins, K., Campbell, S., Donoghue, E., Wyndham, A., Lewis, S., Fann, A., & Wilson A. (2022). *Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline (2023) Update*. Technical Report Part B: Psychosocial assessment and screening for depression or anxiety in the perinatal period. Dostępne na: [https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2022/11/COPE\\_Technical-Report\\_Part-B\\_CONSULTATION-DRAFT\\_03Nov2022\\_circ.pdf](https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2022/11/COPE_Technical-Report_Part-B_CONSULTATION-DRAFT_03Nov2022_circ.pdf).
  - Sawyer, J. A. (2007). Mindful Parenting, Affective Attunement, and Maternal Depression: A Call for Research. *Graduate Student Journal of Psychology*, 9, 3–9.
  - Shorey, S., Yang, Y. Y., & Ang, E. (2018). The impact of negative childbirth experience on future reproductive decisions: a quantitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), 1236–1244.

- Sigurdardóttir, V. L., Gamble, J., Guðmundsdóttir, B., Kristjansdóttir, H., Sveinsdóttir, H., & Gottfredsdóttir, H. (2017). The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 30(6), 450–459.
- Sigurðardóttir, V. L., Gamble, J., Guðmundsdóttir, B., Sveinsdóttir, H., & Gottfreðsdóttir, H. (2023). Reviewing birth experience following a high-risk pregnancy: A feasibility study. *Midwifery*, 116, 103508.
- Sigurðardóttir, V. L., Gamble, J., Guðmundsdóttir, B., Sveinsdóttir, H., & Gottfreðsdóttir, H. (2019). Processing birth experiences: A content analysis of women's preferences. *Midwifery*, 69, 29–38.
- Statistic Iceland (2021). Dostępne na: <https://www.hagstofa.is/utgafur/frettasafn/vinnu-markadur/vinnu-markadur-2021>.
- Statistics Iceland (2023). Dostępne na: <https://www.hagstofa.is/talnaefni/ibuar/mannf-joldi/yfirlit>.
- Stein, A., Netsi, E., Lawrence, P. J., Granger, C., Kempton, C., Craske, M. G. (2018). Mitigating the effect of persistent postnatal depression to improve child outcomes through an intervention to treat depression and improve outcomes: a randomized controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5 (2), 134–144.
- The Directorate of Health (2008). *Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu* (Clinical guidelines for antenatal care among healthy women]. Dostępne na: <https://www.heilsugaeslan.is/library/Files/MM/Medgon-guvernd/kl%C3%ADn%C3%ADskar%20lei%C3%B0beiningar%20um%20me%C3%B0g%C3%B6nguvernd.pdf>
- Thome, M. (1997). *Distress in mothers with difficult infants in the community: An intervention study* (Unpublished doctoral dissertation). Queen Margaret College and Open University.
- Thome, M. (2006). Geðvernd-Vaxtarbroddur hjúkrunar-og ljósmæðraþjónustu í mæðra-, ungbarna- og smábarnavernd. Í H. Jónsdóttir (ritstj.), *Frá innsæi til inngripa. Þekkingarþróun í hjúkrunar-og ljósmóðurfærð* (bls. 285–303). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Thome, M., & Alder, B. (1999). A telephone intervention to reduce fatigue and symptom distress in mothers with difficult infants in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 128–137.
- Thome, M., & Arnardóttir, S. B. (2013). Evaluation of a family nursing intervention for distressed pregnant women and their partners: a single group before and after study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 805–816.
- Þorsteinsdóttir, G. I., Einarsdóttir, K., Jónsdóttir, H. K., Swift, E. M. (2021). Heimaþjónusta ljósmæðra á Íslandi á árunum 2012–2019: Lýðgrunduð framskyggn ferilrannsókn. *Ljósmæðrablaðið*, 99(2), 20–26.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., & Ryding, E. L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(6), 638–646.

# Experience in perinatal mental health care system in Iceland

## Introduction

The population of Iceland is approximately 387,000, with about 70% of the residents living in the capital area and 30% in rural areas. Today 27,000 Polish-born individuals are residents of Iceland, and annually, 6% of the children born in Iceland have at least one parent of Polish origin (Statistics Iceland, 2023). The annual birth rate has been 4000–4500 births in the last decade (Landspítali, 2020). As in other Nordic countries, a trend of childbirth centralisation has occurred in Iceland in recent decades (Berg et al., 2012; Olafsdóttir et al., 2018) with consequent closures of childbirth services in remote areas.

Perinatal mortality rates in Iceland are among the lowest worldwide, with an average of 3.5 per 1000 births per year over the last decade. For the last two decades, the caesarean section rate has been steady at 15–17% and operative vaginal births at approximately eight per cent nationwide. However, induction and epidural rates have been rising and approximately every third woman has their labour induced; epidurals for planned vaginal births were 45.4% in 2020 (Landspítali, 2020). Approximately 74% of all births in Iceland occur at the National University Hospital in Reykjavik, the capital city and 16% at two smaller hospitals in rural towns. The remaining births occurred at two midwifery-led birth centres in Reykjavik and at small birth centres in rural areas. From the 1990s to 2018, the homebirth rate increased from 0.1 to 2.7% (Landspítali, 2020).

In 2019, the Icelandic Abortion Act from 1975 was changed so that women now have the right to terminate the pregnancy up to the 22<sup>nd</sup> gestational week instead of the 12<sup>th</sup> week, as it was formerly (Government of Iceland, 2019). Katrin Jakobsdóttir, the current prime minister of Iceland, describes these changes as '[now we



are] securing women's full sexual and reproductive health and rights. ...ensuring women self-determination over their bodies' (Government of Iceland, 2021).

## Structure of antenatal and childbirth care

Antenatal care and birthing service are provided free of charge after 12 weeks of pregnancy in Iceland, like other Nordic countries' healthcare models, (Magnussen et al., 2009; Blix et al., 2022) except for foetal ultrasound screening at 12 weeks (Island.is). Midwives employed by primary healthcare services are the primary health professionals during antenatal care for women with low-risk pregnancies. The service is carried out at healthcare stations around the country and is based on guidelines from the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) in the UK. As per the guidelines (NICE 2021), 7-10 antenatal visits are recommended for healthy pregnant women and two routine ultrasound scans at 12 and 20 weeks of pregnancy are offered to all women. All births are attended by midwives, including operative births, and midwives are the main caregivers of all routine antenatal and postnatal care in the country. If any health concerns arise during the perinatal period, midwives remain the main caregivers but in teamwork with other health professionals (like general practitioners (GP), obstetricians, psychologists, and other health care specialists).

It has to be noted that the majority of the Icelandic maternity care system is based on fragmented care. Midwives are hired to work in demarcated clinics with limited opportunities to provide continuity of care. This is despite evidence demonstrating that woman-centred and continuity of care models led by midwives provide the best optimal outcomes (Renfrew et al., 2014).

## Structure of postpartum and well-baby care

Since 1993, postpartum mothers and newborns have been offered early discharge from the hospital or birth centre, and further care is provided at their homes by a midwife. This free service is currently accepted by 85% of families with a newborn. This service is available only when discharge from the hospital or birthing home occurs within 36 h after birth and in special cases within 72 h after birth. The service is carried out over the first 10 postpartum days (Þorsteinsdóttir et al., 2021). The number of free home visits ranges from six to seven. After the tenth day of the newborn's life, nurses in well-baby clinics at primary healthcare centres take over and become the primary care providers along with the GP. Such well-baby care clinics have been organised in Iceland for over 80 years (Guðmundsdóttir, 2010) and today at least two or three home visits up to the 6th week of the newborn's life are organised. Subsequently, parents bring the child to a healthcare station for health and cognitive assessment up to the 4th year (Hafsteinsdóttir et al., 2021).

## Antenatal screening

### Screening of mental health problems

Marga Thome, a professor of nursing in Iceland, conducted the first study on postpartum distress among women in Iceland in early 1990 (Thome, 1997). In her studies, she translated and evaluated the Icelandic version of the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) developed by John Cox and fellows (Cox J. et al., 1987). Previous studies showed that only 25% of the mothers who needed mental health support postpartum, received it (Thome & Alder, 1999).

Before Marga Thome's work, antenatal and postpartum care in Iceland almost solely focused on the physical health of expectant mothers and newborns. Her work was the starting point for screening in the postpartum clinical setting as screening for postpartum depression in new mothers started in well-baby clinics in the capital city in 2001 (Thome, 2006). Since then, it has been a part of the clinical guidelines of the well-baby clinic. As described, postpartum screening was initially performed at a home health visit when the child was nine weeks old (Thome, 2006) but today it is done before the 9<sup>th</sup> week well-baby clinic visit at the family's neighbourhood healthcare station (Development Centre for Primary Healthcare in Iceland, n.d.); furthermore, anxiety screening was added to the screening, 2017. The screening is done using the General Anxiety Disorder Scale (GAD-7) and postpartum mothers are asked to complete both the EPDS and GAD-7 through the National Citizen Health Portal (Mypages) [<https://www.heilsuvera.is/>].

An Icelandic study in which pregnant women answered both the EPDS and the Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS) (Lydsdottir et al., 2014) led to a shift in antenatal care. Screening for mental health problems started in 2017 when EPDS and GAD-7 were implemented. Today, expectant mothers are asked to fill out these two self-evaluating instruments online before the 16<sup>th</sup> gestational week visit, using the same procedure as for postpartum mothers (Development Centre for Primary Healthcare in Iceland, 2017). Midwives are instructed to go through the scales with each mother, discuss the results, and offer support or referral based on the results.

Screening with the GAD-7 scale during pregnancy has not been validated in Iceland. In an update of the Australian clinical practice guidelines for mental health in pregnancy, it was stated that the GAD-7 had low certainty and effectiveness during pregnancy is unknown. Therefore, it is not recommended to be used for antenatal anxiety screening (Sawkins et al., 2022). Midwives have asked pregnant women about mental health, routinely since the year 2000 (Verbal information, Sigríður Sía Jónsdóttir). The midwives showed to be sensitive to women with mental health problems during pregnancy as they were correctly referred to a secondary treatment service provider, although they were not screened using scales (Thome & Arnardóttir, 2013). However, a study, conducted among pregnant women in Iceland indicated that 48% of women who screen in the study, to have mental health problems, had denied them, during antenatal care visit by the midwife (Jónsdóttir, 2019).

## Screening of violence experience and addiction problems

The national guidelines for evaluating and responding to intimate partner violence in primary care were published by Iceland in 2012. Screening for current or previous experiences of violence among pregnant women is recommended at the 16<sup>th</sup> week antenatal visit, without the presence of their partner (Biering, 2012). Women with a history of violence are referred to specific clinics. The first Icelandic clinical guidelines for health were published by the Directorate of Health (2008). These guidelines were first revised in 2010 when it was added that all pregnant women should be screened for alcohol and substance dependence. Midwives had long before that, been asking about smoking and alcohol consumption during pregnancy (Verbal information, Sigríður Sía Jónsdóttir). Women with a current or recent history of alcohol dependence and/or substance abuse are referred to a multidisciplinary high-risk antenatal outpatient clinic. The multidisciplinary team consists of specialised midwives, social workers, psychologists, and obstetricians. Women are also encouraged to accept referrals to centres for alcohol and substance addiction. Pregnant women are prioritised for admission to such centres (Nordic Council of Ministers, Situation analysis, 2020). Social services, and sometimes child protection services, are also involved. It is important to emphasise that neither the implementation nor the outcomes of these guidelines have been evaluated.

## Psychological service in the primary health care system

81

Early in 2016, the Icelandic Parliament approved a five-year's project, to establish a psychologist's service in the primary health care service (1<sup>st</sup> line service). Among the aims was to respond to needs of pregnant women with mental health issues. The need became obvious after the antenatal mental health screening had been established. Pregnant women are a priority group for this service and the psychologist service is offered on individual terms, in relationship with the women's midwife and GP as needed (Development Centre for Primary Health-care in Iceland, 2022). A course is also available for expectant mothers, where the aim is to offer insights into ways that might be helpful individuals to deal with distress and preparation for parenthood (heislugaeslan.is, n.d.). Neither of these services outcomes have been assessed.

## Negative childbirth experience in Iceland

According to a national cohort study in Iceland, 5–6% of women report their birthing as a negative experience, which persists over time from six months to two years after birth. The risk of negative birth experiences is higher among women who are students, have negative thoughts about impending birth during pregnancy, report depressive symptoms or prior negative experiences of birthing, and if their labour was induced, prolonged, or completed with an operative birth. Moreover, women

who were not satisfied with the support from midwives during pregnancy or birth had a higher risk of negative perceptions of birthing than women who were satisfied with the support from midwives (Sigurðardóttir et al., 2017).

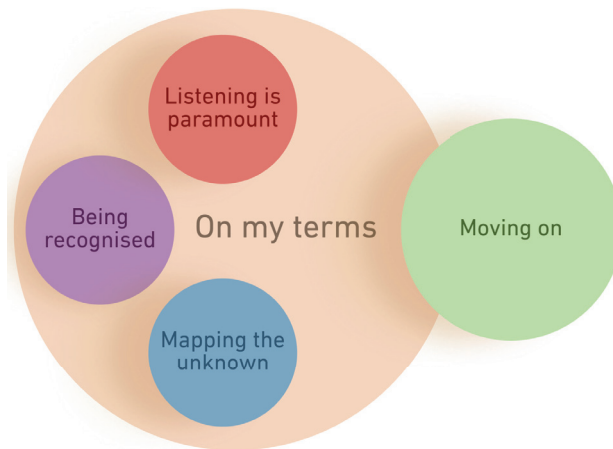
Childbirth experiences have profound, long-term effects on women's psychological well-being and family relationships (Fenech & Thomson, 2014). Traumatic childbirth experience refers to '...experience of interactions and/or events directly related to childbirth that caused overwhelming distressing emotions and reactions; leading to short and/ or long-term negative impacts on a woman's health and wellbeing' (Leinweber et al., 2022). The adverse consequences of negative or traumatic birth experiences are well documented and involve long-term effects on a woman's psychological well-being (Bell & Andersson, 2016; Gürber et al., 2017; Hughes et al., 2019), family relationships (Fenech & Thomson, 2014), couples' relationships (Delicate et al., 2018), future family planning (Shorey et al., 2018), parent-infant bonding (Ayers et al., 2006) and maternal caregiving behaviour (Bell et al., 2019). Negative or traumatic birth experiences can increase psychotic-like symptoms (Holt et al., 2018) and a recent meta-analysis revealed that 4.7% of postpartum women may develop post-traumatic stress disorder (PTSD) (Heyne et al., 2022). A higher rate (6.8%) was observed in the high-risk group. Furthermore, the risk of subsequent fear of childbirth with increased maternal requests for elective caesarean sections has been reported in previous studies (Jenabi et al., 2020).

## Approaching birth experience in childbirth care

Parents who want to review their birth experiences or have a fear of upcoming birth can have a counselling interview with midwives in primary health care centres throughout the country. If parents need further counselling they can be referred to a special midwifery counselling clinic, *Lend me an ear* (LME) (Sigurðardóttir et al., 2017; Sigurðardóttir et al., 2019), psychologists, obstetricians or other health professionals. The LME clinic is based at the Women's Hospital at the Landspítali National University Hospital in Reykjavík (hereafter, referred to as Landspítali). The clinic was developed from the Swedish Aurora team listening service (Waldenström et al., 2006; Nilsson et al., 2010) and consists of a group of experienced midwives trained in communication and counselling skills who provide the counselling sessions (Sigurðardóttir et al., 2019). The midwifery counselling sessions begin by inviting women to share their narratives, talk about their birth experiences, and offer a review of records of birth. Midwives use the approach of active listening to listen to and reflect on narratives and emotions to facilitate greater understanding (Rogers & Farson, 1979). Cognitive-behavioural approaches are also incorporated into counselling to enhance awareness of the connections between events, thoughts, and emotions (Beck, 1979). Before the appointment, a midwife reviews the woman's birth records to provide information about the events that occurred during the birth, as requested. By combining the woman's narrative and information from the

records, the midwife provides an overall picture of the birth. The conversation involves a mixture of debriefing, counselling, support, and education. During the conversation session, the midwife endeavours to acknowledge the woman's perceptions of events and offers help in developing a birth plan, if appropriate. The appointments are face-to-face and last for approximately one hour. Women are encouraged to be accompanied by their partner or another support person. The majority of women have only one appointment, but occasionally, they are referred to an obstetrician or psychologist following the interview.

Approximately 1–2% of child-bearing women in Iceland attended the LME clinic annually from 1999 to 2018; however, the demand increased to 3% in Landspítali (Data from the Landspítali clinical data warehouse, Reykjavik, 2020). Negative birth experiences, fear of an upcoming birth, and lack of control during the prior birth were the most common reasons reported for attending the LME clinic. A qualitative content analysis was conducted on the free text from 125 women, which revealed two main themes and three subthemes. 'On my terms' was the overarching theme with the sub-themes of 'Being recognised', 'Listening is paramount', and 'Mapping the unknown' (figure 1). Women who were able to reconcile their birth experiences on their own terms reached the final theme of 'Moving on'. The women emphasised that they would prefer maternity care providers to initiate conversations about birth and encourage them to review and reconcile their experiences if needed. However, it is important that such counselling be provided on their terms and in harmony/agreement with individual needs. They preferred to have choices about who provided counselling, where it was provided, and the timing and content of the counselling.



**Figure 1.** Themes – women's processing and reconciling of negative birth experience during the interview. Source: Sigurðardóttir, V. L., Gamble, J., Guðmundsdóttir, B., Sveinsdóttir, H., & Gottfreðsdóttir, H. (2019). Processing birth experiences: a content analysis of women's preferences. *Midwifery*, 69, 34.

The women highlighted the importance of being listened to and acknowledgement of their views without judgement. If this is fulfilled, they feel sufficiently safe to express their feelings and deal with difficult emotions. On the contrary, if they perceived their experience was not acknowledged or if they felt the provider attempted to defend the care or decisions made during birth, they were not able to move on from the negative birth experience (Sigurðardóttir et al., 2019).

The NICE in the UK encourages maternity care providers to offer advice and support to women who wish to review their birth experiences (NICE, 2014). Despite inconsistent findings about the effectiveness of interventions to overcome negative birth experiences, women consistently report that reviewing their birth experiences is helpful for them (Baxter et al., 2014; Sigurðardóttir et al., 2019). In a recent content analysis (n = 125) study in Iceland, women highlighted that health professionals should initiate a discussion about the birth experience and offer counselling to women who want to review their birth experiences. The feasibility of such a routine invitation was explored in high-risk women at the National University Hospital in Iceland and was found to be both a feasible and acceptable choice for this group (Sigurðardóttir et al., 2023). Midwives are in a key position to initiate such a discussion during pregnancy or postpartum with women they are taking care of and the majority of women prefer to review their births with a midwife they already know from antenatal, intrapartum, or postpartum care (Fenwick et al., 2013; Sigurðardóttir et al., 2019; Sigurðardóttir et al., 2023).

The birth experience can be evaluated using face-to-face screening questions or specific screening tools. Questions such as 'How did you perceive your birth?' or 'How was your birth?' can be useful in initiating such conversations. Specific screening tools such as the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ) (Dencker et al., 2020) and Birth Satisfaction Scale (BSS) (Martin & Martin, 2014) have also been developed to assess birth experiences. Finally, a simple visual analogue scale from 0 to 10 was developed and used for both clinical practice and research purposes (Falk et al., 2019; Adler et al., 2020).

## **Icelandic women with mental health problems**

This study assessed mental health problems among childbearing Icelandic women. Participants were screened three times during pregnancy using several scales, including the EPDS, DASS, and the Dyadic Assessment Scale (DAS). A total of 2523 women participated and 14.4% (360) had symptoms of mental health problems and defined as the perinatal distress group (PDG) (Jónsdóttir et al., 2017). At the 16<sup>th</sup> week of gestation, 9.7% of the participants were diagnosed with depressive symptoms, and over half of them had symptoms of anxiety as well (Lydsdottir et al., 2014).

A significant correlation was found between symptoms of mental health problems and experiencing fatigue, vomiting, and pelvic pain during pregnancy. The PDG was also more likely than the control group to require more antenatal visits and sick leave certificates during pregnancy (Jónsdóttir et al., 2020). They

are also twice as likely to be unhappy with the division of childcare and household tasks within the family (Jónsdóttir et al., 2017). The PDG was also more likely to be away from work on sick leave (Jónsdóttir et al., 2020). In Iceland, 75% of women aged 18–70 years old work outside their homes (Statistic Iceland, 2021).

Regarding childbirth, the PDG was significantly more likely (AOR 2.86) to receive epidural analgesia alone for pain management (Jónsdóttir et al., 2019). These results are important for Icelandic childbirth care and practice. Midwifery offers less-invasive pain management options for women.

The relationship between mental health problems and satisfaction with relationships was also assessed. 17% of women were dissatisfied with their partner relationships. These women were significantly more likely (AOR 4.6) to deal with symptoms of mental health problems (Jónsdóttir et al., 2017). A trend was however seen among women who were dissatisfied with their relationship. In more cases, they needed an induction of childbirth, an episiotomy, and needed assistance with a vacuum during birth, in comparison with women who were satisfied with their relationship (Jónsdóttir et al., 2019).

The results from the research project showed that only 10% of the study participants reported receiving weak support from family or friends, and approximately 2% did not have anyone to lean on for support (Jónsdóttir et al., 2017). These results did not come as a surprise since in Iceland, family bonds are tight, and it is important to realise that most women do have support, but those that do not have support, require special midwifery care during pregnancy (Jónsdóttir, 2019).

## Parent-infant psychotherapy

Research has shown that antenatal illnesses in parents, particularly mothers, have a profound effect on the development of children. This requires clinicians to be concerned not only about the well-being of the parents but also about the well-being of the infant. Furthermore, they must assess the parent's capacity to provide adequate care for the infant for optimal development and well-being of the baby. We now know that pregnancy and the first year of life are important developmental periods for infants and that adversities during this time can have a lasting effect on the future health and well-being of an individual. Perinatal and infant psychiatry are therefore intertwined specialities; it has become increasingly evident in recent decades from neurodevelopmental research that healthy attachment based on nurturing and supportive relationships with caregivers from the very beginning of life (even before birth) is a crucial part of becoming a healthy and productive adult.

Pregnancy, childbirth, and the first few years after birth are extremely important to a child's life. This is a highly sensitive period because of the rapid brain development in the baby. From conception to the first 2–3 years, an infant's brain undergoes tremendous growth, with the proliferation of brain cells and the formation of nerve cell connections. This period is crucial for the development of important features and senses such as vision, hearing, emotion

regulation, language development, and social skills. Brain development is experience-dependent and deeply affected by a child's relational environment. An infant's relationship with the caregiver and the response and care the child receives during this period form habitual responses to situations; for example, what the child expects from other people. Thus, a child's experiences play a major role in shaping core attitudes towards oneself and others (Fearon et al., 2010). Parents' mental illness can negatively affect their capacity to respond sensitively and appropriately to their infants. This can have a profound effect on the infant's development and increase the likelihood of insecure attachment. It has become evident that when parents struggle with psychiatric illness, trauma, and adversities during the antenatal period, it can have a negative impact on the growth, behaviour, psychological development, and well-being of the baby. Therefore, infants must be included in the assessment and treatment provided by antenatal services.

Postnatal depression in mothers has been shown to adversely affect child development (Murray & Cooper, 1997). It is also evident that treating depression in mothers alone is insufficient in improving the baby's developmental trajectory. To improve the baby's outcome, it is necessary to incorporate interventions that target the mother's interactions with her infant to enhance the mother's sensitivity and attunement to the needs of her infant and help her respond positively and appropriately to her infant (Sawyer, 2007; Stein et al., 2018). Improving the quality of interactions between parents and their infants, in turn, increases the likelihood of positive parent-infant bonding and secure attachment (Rosen & Rothbaum, 1993; Caldera & Lindsey, 2006).

Research has shown that attachment problems can have negative consequences throughout life, such as behavioural and anxiety problems in school and adolescence, and mental illness in adulthood. If parents deal with stress, trauma, or mental or emotional problems, this can negatively affect their ability to read an infant's signals and respond appropriately. Children of parents who struggle with depression and anxiety are at an increased risk of developing relational, behavioural, and attention problems; learning difficulties; impaired social skills and are more likely to become depressed and anxious (Cox A.D. et al., 1987).

Parental mental health is not only a familial burden but also has a great societal cost. The London School of Economics produced a report in 2014, in which the cost of perinatal mental health problems was calculated to be 8.2 billion pounds every year in the UK. The report showed that every pound invested in services for this target group could give up to a 30-fold return in savings in healthcare, schools, social care, and the justice system until the 18th birthday of the child. 28% of the cost relates to the mother and 72% relates to the child throughout their lifespan (Personal Social Services Research Unit, Centre for Mental Health, Maternal Mental Health Alliance, 2014).

Providing early interventions with specialised antenatal care for parents and infants is vital for the well-being of future generations. Research indicates that only a minority of parents with mental illnesses receive adequate help. It is urgent that antenatal mental health services are systematically made available



worldwide, that psychiatrists are sensitive to the needs of this vulnerable group, and that they offer appropriate referrals and interventions when needed.

Programs addressing infant attachment issues have been developed in Iceland since 2008. Parent-infant psychotherapy services are now available when needed for parents during pregnancy and the first two years after birth within primary healthcare. The main treatment modalities are parent-infant psychotherapy (PIP), Watch, Wait and Wonder (WWW), Solihull Approach (SA), Circle of Security (COS), and Newborn Behavioural Observation (NBO).

## **The development of a 2<sup>nd</sup> line perinatal mental health services in Iceland**

### **First mental health outpatient service for expectant parents**

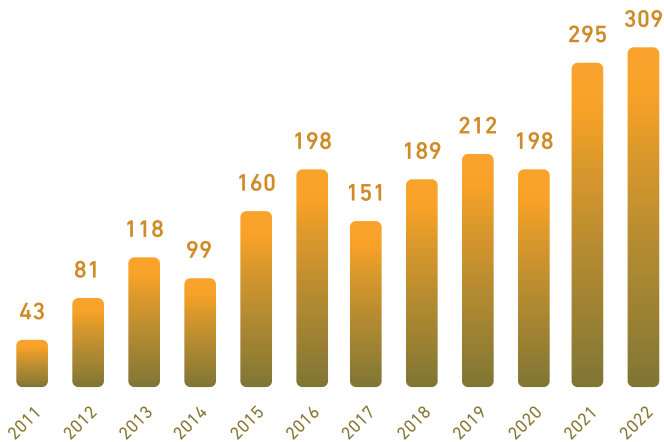
In 2003, a decision was made to open a clinic for expectant parents experiencing distress during pregnancy. This clinic was the first '2<sup>nd</sup> line' service and a pilot project within the community psychiatric nursing home visiting team (Geðteymi heimahjúkrunar) within the Primary Health Care of the Capital Area service. This was the first outpatient clinic with focus on transition period during pregnancy from a family-centred approach. Both expectant parents were encouraged to be present during home visits as pregnancy is a joint development project. Questionnaires were administered before and after treatment to assess the results. The average treatment period was four months and covered the 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> trimesters of pregnancy. This clinic operated from 2005 to 2011, and there was an improvement in 60% of the participants according to the EPDS and DAS. The group (40%) that did not benefit from this intervention was referred to long-term resources as they had severe long-term mental health problems or a history of drug addiction and/or adverse childhood experiences (Thome & Arnardóttir, 2013). There was a significant correlation between paternal distress and couples' assessment of the quality of their relationship according to the DAS. Both the father and their partner rated the quality of their relationship as significantly worse if the father experienced emotional distress (Halldórsdóttir, 2009). This clinic was closed in 2011 owing to a lack of support from the administration of Primary Health Care of the Capital Area (Verbal information, Stefania B. Arnardóttir).

### **Centre for Parents and Infants (MFB)**

A multidisciplinary group of professionals came together in 2008 and formed the first centre for developing specialized parent-infant mental health services in Iceland – the Centre for Parents and Infants (Miðstöð foreldra og barna – MFB). The group consisted of mental health professionals who had extensive experience working at different levels in health services in various disciplines. The group's members were a health visitor, a mental health nurse, a psychiatrist, a psychoanalytic psychotherapist and a midwife. The common denominator in the group was a longing to respond to growing evidence of the importance

of parent-infant relationships. At the time, there was scarce knowledge in the health system about the importance of attachment relationships for the developing mind of the baby. The group met regularly and studied 'infant mental health' as well as 'perinatal mental health' to enhance the knowledge of the group. The group also arranged workshops with pioneers in the field to develop skills for early intervention. Teachers were invited to workshops, and the group also travelled abroad to train. Examples of interventions concerning the group included Parent-Infant Psychotherapy (Anna Freud Centre), Mellow Parenting (Christine Puckering), the Solihull Approach (Hazel Douglas), and Watch, Wait and Wonder – WWW (Mirek Lojkasek).

The demand for parent-infant interventions has grown quickly, as seen in **figure 2**. The need for this service was completely unmet before the establishment of the Parent Infant Centre in 2008. For the first few years, it was funded by charities and private grants from service supporters. The government granted money to the service in 2011; since then, it has mostly been funded by the government. The service has always been free of charge for families attending the centres. In 2020, it emerged as a Primary Health Care of the Capital Area service.



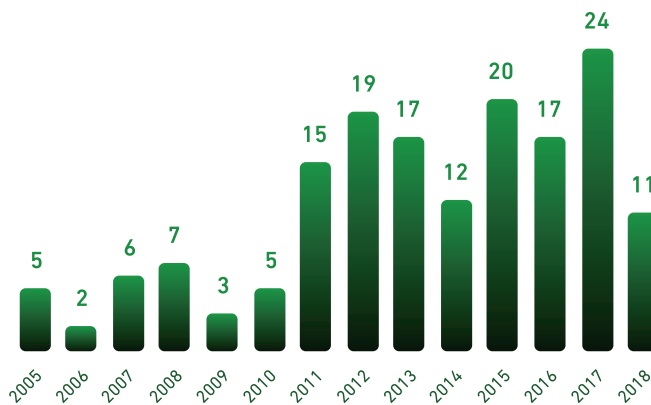
**Figure 2.** The number of families referred to the Parent Infant Centre.

### Parent-Pregnancy-Infant Team at Landspítali (FMB)

In 2011, the formal opening was a specialised antenatal outpatient ward in Landspítali, a tertiary hospital. The clinic was called Parent-Pregnancy-Infant Team (in Icelandic: Foreldrar-Meðganga-Barn (FMB)). The team liaised with the High-Risk Pregnancy Clinic in the Women's Hospital at Landspítali as well as Addiction Services in the hospital and Acute Inpatient Psychiatric Ward which were later adopted to meet the needs of parents and infants. Prior to this, there were no specialised tertiary antenatal psychiatric services in Iceland. Before the establishment of this service, there were 2–7 antenatal admissions to psy-

chiatric hospitals annually between 2005 and 2011. The women were admitted to various emergency psychiatric wards. At the time, no adjustments had been made to the Acute Psychiatric Wards to accommodate the needs of parents and infants (Verbal information, Isafold Helgadóttir, an Consultant Psychiatrist in Landspítali).

The number of admissions increased in 2011 and continued to increase in subsequent years (**figure 3**). This increase was most likely owing to the fact that after the antenatal specialist outpatient service was established more referrals were made to the hospital team and therefore the women had better access to care including inpatient psychiatric services. However, in 2018 and subsequent years, the number of admissions started to decrease and continued to decrease (Verbal information, Isafold Helgadóttir). This might be because women are receiving earlier interventions due to increased awareness of general health services and maternity care along with access to specialized outpatient antenatal psychiatric services preventing acute admissions.



**Figure 3.** Perinatal admissions to the psychiatric wards at Landspítali.

Among the women admitted, there was a high incidence of a previous history of psychiatric illness (84%), and one-third had a history of a previous admission to a psychiatric ward. 28% of women had a history of trauma, and Child Protection Services were involved in 31% of the cases. Only seven per cent of women were admitted involuntarily. On admission during pregnancy, 13% of the women were using drugs or alcohol, and part of the group had a previous history of abuse; however, at the time of admission, they were sober and in recovery (Verbal information, Isafold Helgadóttir).

During the first years of the Parent-Pregnancy-Infant Team operation, there was no special arrangement, however, subsequently, one particular room was furnished in the Acute Psychiatric Ward, especially for parents and their infants (**figure 4**) (Verbal information, Isafold Helgadóttir). The aim of treatment in the

acute psychiatric ward is to ensure the safety of the mother and baby, as well as to treat the mother's psychiatric symptoms. Focus is also on supporting parent-infant attachment and infant development. The mother (and father when he is present) is supported by skilled staff to care for the infant during admission and, when needed, given sensitive guidance to read infant cues and respond appropriately. Sometimes, parents need to rest and overcome exhaustion, and the baby is kept safe with the nursing staff during the night.



**Figure 4.** Family rooms in the psychiatric ward at Landspítali (FMB).

When a mother (parents) and baby are admitted to the ward, an ordinary patient room is adjusted to the needs of the family (**figure 4**, see picture to the right). There is also a baby-friendly room within the premises of the nursing station in the ward (**figure 4**, see picture to the left). This arrangement makes the parents and baby safe and guarded against other patients in the ward (a general acute psychiatric ward) (Verbal information, Isafold Helgadóttir).

Most women were admitted postpartum (85%), and 80% of the women had a baby with them in the ward. In approximately one-third of the cases, the father stayed with the mother and child during the hospital stay. The inpatient unit, with skilled staff and special adaptation to the needs of parents and infants during the antenatal period, is a valuable resource for the Icelandic community and serves the entire population in Iceland.

### **Children's Mental Health Clinic**

As mentioned earlier, a decision was made in 2020 to incorporate the Centre for Parents and Infants (MFB) into the Primary Health Care Service in Iceland. At the same time, another decision was made to include the outpatient part of the Perinatal Service for Landspítali (FMB) in the centre. The new unified team is called Children's Mental Health Clinic (Icelandic: Geðheilsumiðstöð Barna (GMB)). The team is financed through the governmental healthcare system, and services are free of charge to all families in need. Referrals come through healthcare professionals in primary or secondary services; however, parents can also contact the services themselves for therapy. From the time the first

centre (MFB) was opened, a growing number of families received therapy each year; notably, the number of families increased in 2021 and 2022 after the two clinics merged (**figure 2**). The clinic now offers therapy for the entire population of Iceland, has been expanded to serve families in the perinatal period, and accepts referrals for children aged 0–5 years and their families.



**Figure 5.** Therapy space in the Children's Mental Health Clinic.

The arrangement of a therapy space in the Children's Mental Health Clinic is specially designed to accommodate parent-infant psychotherapy with the parents and therapist sitting on the floor, with the baby on a mat in the center (**figure 5**). This arrangement enables the parent and therapist to keep the baby in focus as active participants in the therapeutic work.

## Conclusion

The perinatal mental health care system in Iceland has developed over some years as described in this chapter. This has been a long journey, but gradually the need for specialized perinatal interventions and psychotherapy for families during the perinatal period in Iceland has been recognized more widely by health professionals and by the government. It is important to meet the needs of parents and infants through a tiered specialised service with timely interventions at different levels of health service. It is of great importance for clinicians at all levels to be appropriately trained to detect and assess mental health. With clear referral pathways from primary perinatal care service to specialized tier

2 services, serious mental health problems in the parent and the need for tier 3 services can be diminished or even prevented. With this expertise, the needed for parents with mental health problems and their babies are more easily recognized and referrals to early attachment-focused interventions can be made within the appropriate time frame. This contributes to minimising the risk of emotional, behavioural, and psychiatric problems in the child and increases the family well-being.

## References

- Adler, K., Rahkonen, L., & Kruit, H. (2020). Maternal childbirth experience in induced and spontaneous labour measured in a visual analog scale and the factors influencing it; a two-year cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–7.
- Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 11(4), 389–398.
- Baxter, J. D., McCourt, C., & Jarrett, P. M. (2014). What is current practice in offering debriefing services to postpartum women and what are the perceptions of women in accessing these services: A critical review of the literature. *Midwifery*, 30(2), 194–219.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bell, A. F., & Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*, 39, 112–123.
- Bell, A. F., Rubin, L. H., Davis, J. M., Golding, J., Adejumo, O. A., & Carter, C. S. (2019). The birth experience and subsequent maternal caregiving attitudes and behavior: a birth cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 22(5), 613–620.
- Berg, M., Asta Ólafsdóttir, O., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care--in Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare : Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 3(2), 79–87.
- Biering, P. (2012). *Ofbeldi í nánum samböndum – Mat og viðbrögð*. Landspítali. Dostępna: <https://www.landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=baf314f7-9137-11e2-a34f-005-056be0005>.
- Blix, E., Olafsdóttir, O. A., Maimburg, R. D., Wikberg, A., Gottfredsdóttir, H., Nøhr, E. A., & Lundgren, I. (2022). Midwifery in a Nordic context. In I. Lundgren, E. Brix, H. Gottfredsdóttir, A. Wikberg, & E. A. Nøhr (Eds.). *Theories and Perspectives for Midwifery: a Nordic view* (pp. 35–47). Studentlitteratur.
- Caldera, Y. M., & Lindsey, E. W. (2006). Coparenting, mother-infant interaction, and infant-parent attachment relationships in two-parent families. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 20(2), 275–283.
- Cox, A. D., Puckering, C., Pound, A., & Mills, M. (1987). The impact of maternal depression in young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 28(6), 917–928.
- Cox, J. L., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786.
- Delicate, A., Ayers, S., Easter, A., & McMullen, S. (2018). The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: a systematic review and meta-synthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(1), 102–115.

- Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H., & Berg, M. (2010). Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10, 81.
- Development Centre for Primary Healthcare in Iceland (2017). *Vinnulag við meðferðkviða og þunglyndis í mæðravernd* [Working guidelines for treatment of anxiety and depression during pregnancy]. Dostępne na: <https://throuarnmidstod.is/library/content-files/Vinnulag%20vi%20me%20ofer%20beunglyndis%20og%20kv%20ad%20a%20m%20a6%20ravernd%202017.pdf>.
- Development Centre for Primary Healthcare in Iceland. (2019). *Vinnulag við skimun og meðferðþunglyndis og kviða í ung- og smábarnavernd* [Working guidelines for treatment of anxiety and depression during well-baby clinic]. Dostępne na: [https://throuarnmidstod.is/library/Files/Vinnulag%20vi%20skimun%20og%20me%20ofer%20BEunglyndis%20og%20kv%20AD%20a%20%20ung%20og%20sm%20A1barnavernd%20-%20Copy%20\(2\).pdf](https://throuarnmidstod.is/library/Files/Vinnulag%20vi%20skimun%20og%20me%20ofer%20BEunglyndis%20og%20kv%20AD%20a%20%20ung%20og%20sm%20A1barnavernd%20-%20Copy%20(2).pdf).
- Development Centre for Primary Healthcare in Iceland. (2022). *Gæðahandbók sálfræðipjónusta fyrir fullorðna í heilsugæslu, 1. línu þjónusta*. Dostępne na: <https://throuarnmidstod.is/library/Salfrædingar/G%2086%2090AHANDB%2093K%20s%20A1fr%20A6%20B0i%20BEj%20B3nustu%20fyrir%20fullor%20B0na%20%20AD%201.1%20ADnu%20heilsug%20A6slu%202022.pdf>.
- Falk, M., Nelson, M., & Blomberg, M. (2019). The impact of obstetric interventions and complications on women's satisfaction with childbirth a population based cohort study including 16,000 women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 494.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Rostman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Development*, 81(2), 435–456.
- Fenech, G., & Thomson, G. (2014). Tormented by ghosts from their past': a meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, 30(2), 185–193.
- Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D., Barclay, L., Buist, A., & Ryding, E. L. (2013). Women's perceptions of emotional support following childbirth: a qualitative investigation. *Midwifery*, 29(3), 217–224.
- Gottfręðsdóttir, H., Sigurđardóttir, V. L., Ólafsdóttir, Ó. Á., & Steingrímisdóttir, Þ. (2017). Hvað einkennir þann hóp kvenna sem leita til ljáðu mér eyra - sérhæfðar viðtalsmeðferðar á kvennadeild Landspítala? *Ljósmeðrablaðið*, 95(2), 30–36.
- Government of Iceland. (2019). *Termination of Pregnancy Act No 43 2019*. Dostępne na: <https://www.government.is/library/O4-Legislation/Termination%20of%20Pregnancy%20Act%20No%2043%202019.pdf>
- Government of Iceland. (2021). *Commission on the status of women statement by Katrín Jakobsdóttir*. Dostępne na: <https://www.government.is/news/article/2021/03/19/Commission-on-the-Status-of-Women-Statement-by-Katrin-Jakobsdottir>.
- Gudmundsdóttir, M. (2010). *Nursing history of Iceland in the 20th century* [Saga hjúkrunar á Íslandi á 20. öld]. Reykjavík: The Icelandic Nurses' Association [Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga].
- Gürber, S., Baumeler, L., Grob, A., Surbek, D., & Stadlmayr, W. (2017). Antenatal depressive symptoms and subjective birth experience in association with postpartum depressive symptoms and acute stress reaction in mothers and fathers: A longitudinal path analysis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 215, 68–74.
- Hafsteinsdóttir, J. E., Guðmundsdóttir, S., Erlendsdóttir, R. Ó., & Jónsdóttir, S. S. (2021). Viðhorf foreldra til heimavítjana í ung- og smábarnavernd: Lýsandi þversniðsrannsókn. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*. Dostępne na: <https://www.hjukrun.is/library/Timarit---Skrar/Timarit/Timarit-2021/1-tbl-2021/UngOgSmabarnavernd.pdf>.

- Halldórsdóttir, S. L. (2009). *Andleg vanlíðan verðandi foreldra á meðgöngu. Áhrif þess á maka og á gæði parsambands*. Unpublished BS thesis, University of Iceland. Dóstępne na: [https://skemman.is/bitstream/1946/2616/1/lokaritgerd\\_saralovisa\\_fixed.pdf](https://skemman.is/bitstream/1946/2616/1/lokaritgerd_saralovisa_fixed.pdf).
- Heilsugaeslan.is (n.d.). Hópur fyrir verðandi mæður til að bæta tilfinningalega líðan. Dóstępne na: <https://www.heilsugaeslan.is/serthjonusta/namskeid/andleg-vanlidan-a-medgongu>.
- Heyne, C. S., Kazmierczak, M., Souday, R., Horesh, D., Lambregtse-van den Berg, M., Weigl, T., Horsch, A., Oosterman, M., Dikmen-Yildiz, P., & Garthus-Niegel, S. (2022). Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 94, 102157.
- Hollins Martin, C. J., & Martin, C. R. (2014). Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery*, 30(6), 610–619.
- Holt, L., Sellwood, W., & Slade, P. (2018). Birth experiences, trauma responses and self-concept in postpartum psychotic-like experiences. *Schizophrenia Research*, 197, 531–538.
- Hughes, C., Foley, S., Devine, R. T., Ribner, A., Kyriakou, L., Boddington, L., Holmes, E. A., NewFAMS team Creators/Copyright Holders, & NewFAMS team Contributors (2020). Worrying in the wings? Negative emotional birth memories in mothers and fathers show similar associations with perinatal mood disturbance and delivery mode. *Archives of Women's Mental Health*, 23(3), 371–377.
- Island.is. *Having a baby*. Dóstępne na: <https://island.is/en/life-events/having-a-baby>.
- Jenabi, E., Khazaei, S., Bashirian, S., Aghababaei, S., & Matinnia, N. (2020). Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine : the Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 33(22), 3867–3872.
- Jonsdóttir, S. S. (2019). *Dissertation: Effects of perinatal distress, satisfaction in partner relationship and social support on pregnancy and outcome of childbirth*. Linnaeus University Press, Dissertations No 352/2019.
- Jonsdóttir, S. S., Steingrimsdóttir, T., Thome, M., Oskarsson, G. K., Lydsdóttir, L. B., Olafsdóttir, H., Sigurdsson, J. F., & Swahnberg, K. (2019). Pain management and medical interventions during childbirth among perinatal distressed women and women dissatisfied in their partner relationship: A prospective cohort study. *Midwifery*, 69, 1–9.
- Jonsdóttir, S. S., Swahnberg, K., Thome, M., Oskarsson, G. K., Bara Lydsdóttir, L., Olafsdóttir, H., Sigurdsson, J. F., & Steingrimsdóttir, T. (2020). Pregnancy complications, sick leave and service needs of women who experience perinatal distress, weak social support and dissatisfaction in their partner relationships. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(1), 167–180.
- Jonsdóttir, S. S., Thome, M., Steingrimsdóttir, T., Lydsdóttir, L. B., Sigurdsson, J. F., Olafsdóttir, H., & Swahnberg, K. (2017). Partner relationship, social support and perinatal distress among pregnant Icelandic women. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 30(1), e46–e55.
- Landspítali (2020). *Birth registration report 2020*. Dóstępne na: <https://www.landspitali.is/um-landspitala/fjolmidlatorg/frettir/stok-frett/2022/05/25/Faedingarskraning-birtir-skyrslu-fyrir-arid-2020>.
- Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdóttir, S. I., Nilsson, C., Ekström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E., & Stramrood, C. (2022). Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth*, 49(4), 687–696.
- Lydsdóttir, L. B., Howard, L. M., Olafsdóttir, H., Thome, M., Tyrfinngsson, P., & Sigurdsson, J. F. (2014). The mental health characteristics of pregnant women with depressive symptoms identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(4), 393–398.



- Magnussen, J., Vrangbaek, K., & Saltman, R. (2009). *Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges*. McGraw-Hill Education (UK).
- Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood*, 77(2), 99–101.
- NICE (2014). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. *Clinical guideline (CG192)*. Dostępné na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>.
- NICE (2021). *Antenatal care. Clinical guideline (NG201)*. Dostępné na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>.
- Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010). Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 39(3), 298–309.
- Nordic Council of Ministers (2020). *Situation analysis*. Dostępné na: <http://doi.org/10.6027/nord-2020-051>.
- Olafsdóttir, O. A., Kristjansdóttir, H., Halfdansdóttir, B., & Gottfredsdóttir, H. (2018). Midwifery in Iceland: From vocational training to university education. *Midwifery*, 62, 104–106.
- Personal Social Services Research Unit Centre for Mental Health Maternal Mental Health Alliance (2014). *Costs of perinatal mental health problems*. *London School of Economics and Political Science*. Dostępné na: <http://eprints.lse.ac.uk/id/eprint/59885>.
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* (London, England), 384(9948), 1129–1145.
- Rogers, C., & Farson, R. E. (1979). Active listening. *Organizational psychology*, 168–180. Dostępné na: [https://wholebeinginstitute.com/wp-content/uploads/Rogers\\_Farson\\_Active-Listening.pdf](https://wholebeinginstitute.com/wp-content/uploads/Rogers_Farson_Active-Listening.pdf).
- Rosen, K. S., & Rothbaum, F. (1993). Quality of parental caregiving and security of attachment. *Developmental Psychology*, 29(2), 358–367.
- Sawkins, K., Campbell, S., Donoghue, E., Wyndham, A., Lewis, S., Fann, A., & Wilson A. (2022). *Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline (2023) Update*. Technical Report Part B: Psychosocial assessment and screening for depression or anxiety in the perinatal period. Dostępné na: [https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2022/11/COPE\\_Technical-Report\\_Part-B\\_CONSULTATION-DRAFT\\_03Nov2022\\_circ.pdf](https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2022/11/COPE_Technical-Report_Part-B_CONSULTATION-DRAFT_03Nov2022_circ.pdf).
- Sawyer, J. A. (2007). Mindful Parenting, Affective Attunement, and Maternal Depression: A Call for Research. *Graduate Student Journal of Psychology*, 9, 3–9.
- Shorey, S., Yang, Y. Y., & Ang, E. (2018). The impact of negative childbirth experience on future reproductive decisions: a quantitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), 1236–1244.
- Sigurdardóttir, V. L., Gamble, J., Guðmundsdóttir, B., Kristjansdóttir, H., Sveinsdóttir, H., & Gottfredsdóttir, H. (2017). The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 30(6), 450–459.
- Sigurdardóttir, V. L., Gamble, J., Guðmundsdóttir, B., Sveinsdóttir, H., & Gottfreðsdóttir, H. (2023). Reviewing birth experience following a high-risk pregnancy: A feasibility study. *Midwifery*, 116, 103508.
- Sigurdardóttir, V. L., Gamble, J., Guðmundsdóttir, B., Sveinsdóttir, H., & Gottfreðsdóttir, H. (2019). Processing birth experiences: A content analysis of women's preferences. *Midwifery*, 69, 29–38.
- Statistic Iceland (2021). Dostępné na: <https://www.hagstofa.is/utgafur/frettasafn/vinnu-markadur/vinnu-markadur-2021>.

- Statistics Iceland (2023). Dostępane na: <https://www.hagstofa.is/talnaefni/ibuar/mannfjoldi/yfirlit>.
- Stein, A., Netsi, E., Lawrence, P. J., Granger, C., Kempton, C., Craske, M. G. (2018). Mitigating the effect of persistent postnatal depression to improve child outcomes through an intervention to treat depression and improve outcomes: a randomized controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5 (2), 134–144.
- The Directorate of Health (2008). *Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu* (Clinical guidelines for antenatal care among healthy women]. Dostępane na: <https://www.heilsugaeslan.is/library/Files/MM/Meðgönguvernd/k1%C3%ADn%C3%ADskar%20lei%C3%B0beiningar%20um%20me%C3%B0g%C3%B6nguvernd.pdf>
- Thome, M. (1997). *Distress in mothers with difficult infants in the community: An intervention study* (Unpublished doctoral dissertation). Queen Margaret College and Open University.
- Thome, M. (2006). Geðvernd-Vaxtarbroddur hjúkrunar-og ljósmæðraþjónustu í mæðra-, ungbarna- og smábarnavernd. Í H. Jónsdóttir (ritstj.), *Frá innsæi til inngripa. Þekkingarþróun í hjúkrunar-og ljósmóðurfræði* (bls. 285–303). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Thome, M., & Alder, B. (1999). A telephone intervention to reduce fatigue and symptom distress in mothers with difficult infants in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 128–137.
- Thome, M., & Arnardóttir, S. B. (2013). Evaluation of a family nursing intervention for distressed pregnant women and their partners: a single group before and after study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 805–816.
- Þorsteinsdóttir, G. I., Einarsdóttir, K., Jónsdóttir, H. K., Swift, E. M. (2021). Heimaþjónusta ljósmæðra á Íslandi á árunum 2012–2019: Lýðgrunnið framskyggn ferilrannsókn. *Ljósmæðrablaðið*, 99(2), 20–26.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., & Ryding, E. L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(6), 638–646.

# Psychologiczne aspekty depresji okołoporodowej u matek i ojców

## Czynniki ryzyka wystąpienia zaburzeń nastroju w okresie okołoporodowym

Ciąża, poród i okres poporodowy wiążą się zarówno z wielką radością i pozytywnymi emocjami, jak też z całą paletą emocji takich jak zmartwienie, niepokój i stres, które wywołane są zmianami biologicznymi i psychospołecznymi doświadczanymi pod wpływem hormonów (Akdeniz i wsp., 2004). Niektóre kobiety z większą łatwością dostosowują się do zmian rodzicielskich, inne przeżywają nowe macierzyńskie emocje w sposób dla nich uciążliwy (Beck, 2001).

Oprócz emocjonalnych wzlotów i upadków u części kobiet pojawiają się poważniejsze zaburzenia nastroju, jak niepokój podczas ciąży czy depresja poporodowa (Faisal-Cury, Menezes, 2007; Virit i wsp., 2008). Türk i Erkaya (2018) w swoim badaniu nad poziomem lęku jako stanu i cechy u ciężarnych pierworódek i wieloródek odkryły, że stan lęku ciężarnych pierworódek i lęku jako cechy pozycjonuje je w przedziale „wysokie niepokojny”. Kobiety rodzące po raz pierwszy miały wyższy niż wieloródki poziom lęku jako stanu i cechy w czasie ciąży. Badając poziom lęku, Kaplan i wsp. (2007) stwierdzili wysoki odsetek 58,0% lęku-stanu wśród ciężarnych pierworódek i 51,4% wśród wieloródek. Międzynarodowe badania wykazały, że wskaźnik lęku-stanu wśród kobiet w ciąży wynosi 59,5%, podczas gdy wskaźnik lęku-cechy – 45,3%, co wskazuje, że kobiety w ciąży doświadczają w tym okresie „wysokiego niepokojny” (Faisal-Cury, Menezes, 2007). W świetle wyników badań Türk i Erkaya (2018) oraz innych przedstawionych w literaturze stwierdzono, że pierworódki mają wyższy poziom lęku jako stanu i cechy zarówno w ciąży, jak i w okresie poporodowym w porównaniu z kobietami rodzącymi wielokrotnie, ale przeciwnie – wieloródki wykazują wyższy poziom depresji w porównaniu z pierworódkami.

Można zatem podkreślić znaczenie świadomości i odpowiedzialności personelu medycznego w trakcie świadczenia usług opiekuńczych i doradczych

jako tych kompetencji, które są niezbędne w procesie stałego monitorowania i identyfikacji zagrożeń związanych z dobrostanem psychicznym kobiet w okresie ciąży i porodu. Ciąża i poród mogą być dla części kobiet źródłem niepokoju. Prawdopodobnie dotyczy to zwłaszcza kobiet, które doświadczają problemów w ciąży. Niepokój może przyczyniać się do powstania zaburzeń zdrowia psychicznego, w tym prowadzić do depresji i zespołu stresu pourazowego (PTSD) lub nasilać te zaburzenia. Stan psychiczny pacjenta jest integralną częścią jego zdrowia. Zły stan zdrowia psychicznego może być szkodliwy dla kobiety i jej dziecka. Niewykryte lęki i stany depresyjne mogą być ciężarem dla kobiety, jej rodziny, systemu opieki zdrowotnej i społeczeństwa. Kobiety z powikłaniami w ciąży mogą być bardziej narażone na zły stan zdrowia psychicznego (Roberts i wsp., 2019).

Dla wielu kobiet ciąża i poród mogą być źródłem stresu i niepokoju (Fairbrother i wsp., 2016), dlatego następujące po nich zaburzenia zdrowia psychicznego są powszechne. Na całym świecie 10% kobiet w ciąży, a 13% kobiet, które właśnie rodziły, doświadczają zaburzeń zdrowia psychicznego, w tym głównie depresji. Te rzędy wielkości są wyższe (odpowiednio 15,6 i 19,8%) w przypadku krajów o niskich i średnich dochodach (Roberts i wsp., 2019). Według badań jedna na siedem kobiet doświadczają depresji w ciągu roku po urodzeniu, a jedna na pięć często doświadczają lęku w połączeniu z depresją w tym samym okresie (Austin i wsp., 2010). Badania nad globalnym rozpowszechnieniem poporodowego zespołu stresu pourazowego (PTSD) są rzadkie, a zaburzenie to stanowi 1–2% (Ayers, Pickering, 2011) zaburzeń zgłaszanych po porodzie. Przegląd literatury autorstwa Simpson i Catling (2016) pokazuje jednak, że 20–48% kobiet zgłosiło poród jako wydarzenie traumatyczne, co może potencjalnie prowadzić do PTSD. Ciąża i poród mogą być bardziej stresujące dla kobiety w ciąży z powikłaniami (Furuta i wsp., 2014), a jako objaw psychiczny stres może współistnieć z depresją, lękiem i reakcją na traumę (Alcorn i wsp., 2010). Ciążę można uznać za skomplikowaną, gdy występuje zwiększone ryzyko w porównaniu ze zdrową ciążą (Fairbrother i wsp., 2016), a także gdy ciąża stanowi zagrożenie dla płodu, zdrowia kobiety, dobrego samopoczucia jej lub dziecka bądź wszystkie wymienione (Lowdermilk i wsp., 2010). Piśmiennictwo wskazuje, że również wczesna utrata ciąży może być związana z dużym prawdopodobieństwem wystąpienia lęku, depresji i stresu pourazowego. Utrata ciąży we wszystkich jej formach (np. poronienie) jest dzisiaj jednym z najczęstszych niepożądanych skutków ciąży. W wielu przypadkach utrata ciąży wiąże się z krótko- i długoterminowymi efektami psychologicznymi, które często są pomijane przez pracowników służby zdrowia, a także otoczenie (Fairbrother i wsp., 2016). Reakcja kobiet na taką stratę może być zróżnicowana, na co wpływ mają czynniki religijne i kulturowe, związane z wiekiem, etapem ciąży itd. Jednak sytuacja utraty ciąży zawsze będzie miała u kobiety swoje odbicie psychologiczne, łagodniejsze lub cięższe. Znaczący wpływ na psychikę ma również częstotliwość poronień. W porównaniu z kobietami, które miały tylko jedno wcześniejsze poronienie, pary z nawracającymi poronieniami wykazują czasami ciężkie i długotrwałe objawy depresji i stresu. Doświadczenie straty ciąży ma większy negatywny wpływ na

zdrowie psychiczne kobiet, jeśli do starty doszło w późniejszym okresie ciąży (Brockington i wsp., 2017). Skutki nawracających poronień dotyczą nie tylko kobiety, która poroniła, ale także jej partnera. Jeśli porównamy odsetki, okaże się, że skutki powtarzających się poronień dotyczą 72,7% kobiet i 66,3% mężczyzn. Doświadczanie lęku ujawniło 51% kobiet, a 19% ich partnerów ujawniało objawy depresji (Beck, 2001; Austin i wsp., 2017). Obserwuje się, że ryzyko wystąpienia depresji i lęku jest większe u kobiet niż u mężczyzn doświadczających straty ciąży. Niektóre czynniki ryzyka psychologicznego wpływu na pary doświadczające poronień nawracających to ograniczone wsparcie społeczne i liczba poprzednich poronień (Beck, 2001). Dwa główne czynniki chroniące przed niepożądanymi skutkami to poprzednie dziecko z obecnym partnerem i zadowolenie ze swojego związku (Beck, 2001). Wskazane jest, aby rodzicom doświadczającym straty ciąży umożliwić wydłużenie czasu potrzebnego na regenerację (optymalny czas powrotu do zdrowia różni się w zależności od przypadku), akceptowanie wzajemnych uczuć, otrzymywanie wsparcia od innych, a w razie potrzeby zwrócenie się o poradę do profesjonalnych pracowników służby zdrowia (WHO, 2008). Nawracające poronienia mogą niekorzystnie wpływać na zdrowie psychiczne w przypadku kolejnych ciąż. Ponadto kobiety, które doświadczają nawracających poronień, są na ogół niezadowolone z opieki medycznej, którą otrzymują, i chcą bardziej zindywidualizowanego podejścia do tematu straty (WHO, 2008). Osoby po stracie potrzebują więcej wrażliwości, empatii, uznania swoich strat oraz dostępu do dokładnych i wiarygodnych informacji o przyczynach utraty ich ciąży (WHO, 2008). Potrzeba „czułej, troskliwej opieki” pojawia się u niektórych kobiet i mężczyzn opowiadających się za zwiększonym wsparciem emocjonalnym i zwiększonym monitorowaniem osób, które wcześniej doświadczyły nawrotów straty ciąży. To zalecenie opiera się na wynikach, które udokumentowały pomyślne zakończenie ciąży u 86% kobiet zadowolonych z poziomu opieki wspierającej i ścisłego monitorowania. Udałe ciążę odnotowano u zaledwie 33% kobiet, którym nie poświęcono tyle uwagi (WHO, 2008, Furuta i wsp., 2012).

Prospektywne badanie w dużej grupie obejmujące ponad 1900 000 kobiet uwzględniło potrzebę leczenia psychiatrycznego po porodzie, a dokładniej 6 miesięcy od porodu pierwszego dziecka u kobiet z wcześniejszą historią utraty ciąży (spontanicznej lub indukowanej). Wyniki porównano z wynikami badań kobiet bez historii utraty ciąży (Beck i wsp., 1988). W porównaniu z kobietami bez historii utraty ciąży około 35% kobiet z jedną stratą ciąży lub większą ich liczbą przed pierwszymi żywymi porodami częściej wymaga leczenia psychiatrycznego (Beck i wsp., 1988; Radloff, 1997).

Roberts i wsp. (2019) skupili się na kobietach z wysokim ryzykiem wystąpienia głębokiej depresji i wysokim poziomem lęku. Autorzy badania wskazują, że poronienia są związane ze wzrostem poziomu dystresu, lęku i depresji u kobiet (Lowe i wsp., 2015; Brown i wsp., 2018). Objawy psychologiczne, takie jak stres i depresja, zostały powiązane z niekorzystnymi skutkami ciąży, w tym z porodem przedwczesnym i niską masą urodzeniową dziecka (Cox i wsp., 1997). Dlatego identyfikowanie kobiet zagrożonych i projektowanie odpowiednich in-

terwencji, aby zapobiec takim objawom w czasie ciąży, może zmniejszyć skutki uboczne nie tylko w miesiącach po poronieniu, ale także w trakcie ewentualnych przyszłych ciąż (Engelhard i wsp., 2002).

Utrata ciąży jest najczęstszym niepożądanym skutkiem u kobiet oczekujących dziecka. Chociaż różne rodzaje utraty ciąży mogą mieć wspólne cechy, każda może mieć wpływ na przyszłe zdrowie psychiczne rodziców. Ważne jest, aby psychologowie byli zaznajomieni z czynnikami rozwoju niekorzystnych zaburzeń psychicznych i aktualnymi badaniami w tym zakresie. Zwiększa to skuteczność podejmowanych przez nich działań terapeutycznych. Ponadto mogą oni wystarczająco wcześnie dążyć do identyfikacji problemu kobiet narażonych na ryzyko rozwoju niekorzystnych skutków psychicznych i wdrożyć odpowiedni monitoring.

## **Obraz kliniczny zaburzeń zdrowia psychicznego okresu okołoporodowego**

Ciąża i okres poporodowy to czas w życiu kobiety i mężczyzny, w którym zmienia się dynamika społeczna, rola i pozycja w rodzinie oraz przede wszystkim całość kształt codziennego życia. Więzy miłości i zaufania między rodzicem i dzieckiem zasadniczo kształtują się w tym okresie. Jest to również czas kryzysu, w którym matki i ojcowie muszą dostosować się do swoich ról jako rodzice. To także ważny czas na opanowanie potencjalnie występującego lęku, martwienia się, depresji i innych problemów, które pojawiają się w czasie ciąży i okresie poporodowym i które wymagają interwencji specjalistów i najbliższego otoczenia, aby zapewnić zdrowy i pomyślny okres przystosowania (Faisal-Cury, Menezes, 2007; Karaçam, Ançel, 2007; Yildirim i wsp., 2011). Wskaźnik depresji wśród kobiet w ciąży to 12,0% (Cebeci i wsp., 2002). W literaturze określane są też wskaźniki: 8,2%, 10,0% i 2,0% odpowiednio w pierwszym, drugim i trzecim trymestrze ciąży (Chen i wsp., 2004). Inne badania wykazały, że podczas gdy wskaźnik depresji wynosił 7,4% w pierwszym trymestrze, wskaźnik ten wynosił odpowiednio 12,8% i 12% w drugim i trzecim trymestrze ciąży (Bennett i wsp., 2004).

Okres ciąży, któremu towarzyszą poronienia, poczucie straty, zagrożenia przedterminowym porodem czy w końcu zagrożenia zdrowia kobiety ciężarnej, to sytuacja obciążająca psychicznie i emocjonalnie matkę. Wymienione czynniki wpływają na pojawienie się u kobiety załamania nerwowego, przeciągającego się lub pojawiającego znikąd smutku albo też długookresowego przygnębienia czy w końcu depresji. Fakt, że u kobiet w związku z ciążą zagrożoną oraz długotrwałym staraniem się o dziecko, leczeniem niepłodności depresja występuje z większą częstotliwością niż u kobiet, których ciąża i proces zajścia w nią przebiegały prawidłowo czy przewidywalnie, potwierdza szerokie piśmiennictwo (Mercer, Ferketich, 1988; Kossakowska, 2016). Można przypuszczać, że stany depresyjne mogą mieć związek z koniecznością częstszych hospitalizacji kobiet w okresie ciąży, np. w związku z powikłaniami w przebiegu ciąży. W literaturze spotykamy uzasadnienie powyższej interpretacji: zaburzenia depresyjne

częściej obserwuje się u hospitalizowanych kobiet w zagrożonej ciąży niż u kobiet z zagrożoną ciążą przebywających i leczących się w warunkach domowych (Heaman, Gupton, 1998; Maloni, Kutil, 2000). W analizie pochodzenia depresji prenatalnej ważną rolę odgrywają uwarunkowania osobowościowe (jak np. niedojrzała osobowość matki utrudniająca jej dostosowanie się do nowej roli, jaką jest macierzyństwo) oraz umiejętności interpersonalne i psychospołeczne (umiejętność komunikowania uczuć i potrzeb, która może wpływać na relacje z partnerem, osamotnienie, brak wsparcia społecznego) (Szymona-Pałkowska, 2005). W podawanej analizie i badaniach tu przywoływanych czynniki osobowościowe i/lub psychospołeczne, ich wpływ i interakcje nie były analizowane, niemniej wskazuje się, że kiedy współtowarzyszą one ciąży o wysokim ryzyku poronienia, to objawy depresyjne mają tendencję wzrostową. Wyniki dotyczące poziomu stresu w badanych grupach kobiet również korespondują z literaturą przedmiotu. Wyższy poziom stresu odnotowano u kobiet niepełnych aktualnie podejmujących leczenie oraz u kobiet w ciąży zagrożonej.

W świetle badań Türk i Erkay (2018) stwierdzono, że pierworódki mają wyższy poziom lęku jako stanu i cechy zarówno w ciąży, jak i w okresie poporodowym w porównaniu z wieloródkami, ale wieloródki wykazują wyższy poziom depresji w porównaniu z pierworódkami. Można zatem zauważyć, że ważne jest, by personel medyczny wykazywał większą świadomość i brał na siebie więcej odpowiedzialność przy świadczeniu usług opiekuńczych i doradczych w celu ścisłego monitorowania i identyfikacji zagrożeń związanych z dobrostanem psychicznym kobiet w okresie ciąży i połogu.

Fakt zdrowo fizjologicznie przebiegającej ciąży jest dla kobiet powodem do radości, ale bywa też źródłem stresu psychologicznego (Kossakowska, 2016). Kobiety oczekujące dziecka mogą odczuwać jednocześnie radość i szczęście oraz obniżony nastrój, lęk, chwiejność emocjonalną, stres spowodowany zachodzącymi zmianami fizjologicznymi i sytuacji życiowej. Szymona-Pałkowska (2005) przedstawia, jak trudno w sytuacji ciąży rozróżnić i oddzielić stres psychologiczny od stresu fizjologicznego wynikającego z wzajemnego wpływu pomiędzy reakcjami na poziomie organizmu ciężarnej a zachodzącymi pod ich wpływem zmianami emocjonalnymi. Autorka podaje, że zależność staje się silniejsza u matek w zagrożonej ciąży – fizjologiczne zagrożenie ciąży ma bezpośredni wpływ na zmiany w psychice. Gourounti i wsp. (2015) potwierdzają, że zagrożenie utraty ciąży jest głównym źródłem stresu. Sytuacją trudną jest już samo przystąpienie do leczenia niepłodności, ale też sama decyzja o tej formie poczęcia. Naturalnym czynnikiem wywołującym stres jest intensywna mobilizacja i aktywność przed przystąpieniem do procedury *in vitro* (Berghuis, Stanton, 2002; Verhaak i wsp., 2010; Podolska, Bidzan, 2011; Gourounti i wsp., 2015). U kobiet doświadczających niepłodności, a aktualnie nieleczących się metodami wspomaganego rozrodu obserwuje się najniższy wskaźnik poziomu stresu (Kossakowska-Petrycka, Chanduszko-Salska, 2009). U kobiet, które rozpoczęły leczenie niepłodności, przeprowadzone badania (2018) ukazują najsilniejszy związek stresu z objawami stanów depresyjnych. Przywołane wyniki badań pokazują, jak ważną kwestią jest objęcie wsparciem

psychologicznym kobiet leczących niepłodność. Wysoki związek stresu i depresji może przyczyniać się do obniżenia kondycji psychofizycznej, a w konsekwencji – do obniżenia zdolności prokreacyjnych. W badaniach (Martins i wsp., 2014; Nargund, 2015) pokazano, że silny stres u kobiet rozpoczynających procedury medycznego leczenia rozrodu może powodować większe ryzyko niepowodzenia i niższą szansę zajścia w ciążę. Objawy depresji i stresu mogą także wzrosnąć po niepowodzeniu leczenia niepłodności (Milazzo i wsp., 2016). Okazuje się, że kobiety, które doświadczają depresji w ciąży, mogą wypierać symptomy depresji, a także korygować własne uczucia (Olshansky, 2003; Olshansky, Sereica, 2005), gdy medyczne leczenie niepłodności zakończy się ciążą. Dokonana przez Kossakowską (2016) analiza wybieranych sposobów radzenia sobie w sytuacji leczenia niepłodności w badanych grupach przyszłych matek wskazuje, że kobiety rozpoczynające procedury leczenia niepłodności wybierają jednocześnie dwa sposoby radzenia sobie ze stresem, tj. aktywne radzenie sobie, a równocześnie zaprzeczanie z odwracaniem uwagi od stresora. Sposoby zaprzeczania i odwracania uwagi mogą służyć łatwiejszej adaptacji do potencjalnie stresującej i wzbudzającej głębokie emocje sytuacji. Im sprawa jest ważniejsza dla kobiety, tym bardziej kobieta stara się koncentrować na emocjach, ale jednocześnie na zaprzeczaniu, zwłaszcza kiedy brakuje jej kontroli nad sytuacją (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009), czyli tak jak dzieje się w przypadku niepłodności. Zaprzeczanie należy rozumieć jako pomijanie, „odcinanie się” od zaistniałej sytuacji, a odwracanie uwagi to aktywności pozwalające na unikanie myślenia o problemie poprzez inicjowanie czynności zastępczych. Oba mechanizmy działania – zaprzeczanie i odwracanie uwagi – kwalifikowane są do zachowań unikowych. Verhaak i wsp. (2010) wskazują, że kobiety leczące się z powodu niepłodności adaptują się psychologicznie do powielanych nieudanych procedur *in vitro*. Jak widzimy w badaniach Kossakowskiej (2016), ciąża zagrożona to stan kryzysu psychologicznego i wymagać może systemu wielu procesów wspierających radzenia sobie z tym kryzysem. Trudności w zajściu w ciążę są silnym stresorem, ale też samo zagrożenie ciąży, które pojawia się niespodziewanie u kobiety oczekującej dziecka, nie daje możliwości przygotowania się na trudność przed jej pojawieniem się, dlatego też kobieta nie jest w stanie przeciwdziałać stresowi. Kobiety w ciąży obciążonej ryzykiem jej utraty próbują przeciwdziałać negatywnym skutkom psychologicznym, niemniej okazuje się, co podkreśla Kossakowska (2016), że działania te tylko pozornie eliminują stres i objawy depresyjne u kobiet zagrożonych utratą ciąży czy leczących niepłodność. Jak podaje Oleś (1996), mało aktywne i/lub polegające na redukcji natężenia emocji działania są przykładem sposobu krótkotrwałego radzenia sobie w nowej sytuacji, również potrzebnego w przypadku zagrożenia ciąży. Jak pokazuje piśmiennictwo (Yali, Lobel, 1999), gorszy stan psychiczny obserwuje się u kobiet w grupie ciąży wysokiego ryzyka, których sposobem na radzenie sobie ze stresem było aktywne przygotowywanie się do przyjścia na świat dziecka (np. kompletowały tzw. wyprawkę, remontowały i urządziły pokój dziecięcy), niż u kobiet, które nie były proaktywne w podany sposób.



## Objawy zaburzeń zdrowia psychicznego w czasie ciąży

Jak podaje literatura, procentowo w populacji ogólnej kobiet zaburzenia depresyjne wynoszą 20–25% wszystkich zachorowań na tę jednostkę diagnostyczną (Wang i wsp., 2017), udział w tym procencie mają także kobiety cierpiące na depresję, będąc w ciąży (jest to ok. 10% kobiet w ciąży) – najczęściej do zachorowania dochodzi w pierwszym i trzecim trymestrze ciąży (Makara-Studzińska i wsp., 2009; Teixeira i wsp., 2009). Objawy kliniczne, w tym obniżenie nastroju, złe samopoczucie, smutek, brak nadziei, dotyczą kobiet, które zaszły w nieplanowaną ciążę, ale też grupy kobiet, które świadomie przygotowywały się do poczęcia potomstwa. Kondycja zdrowotna w ciąży ze względu na odmienny stan wpływa na ryzyko pojawienia się depresji. Dodatkowym czynnikiem wzmacniającym ryzyko jest zagrożenie chorobą dziecka, ciężarnej bądź zagrożenie utraty samej ciąży; ten ostatni czynnik wpływa na utrzymywanie się długotrwałego stresu u kobiety w ciąży (Studen, Szymona, 2003). Trwałe utrzymywanie się stresu w ciąży zaburza korzystne dla kobiety radzenie sobie z wyzwaniami życia, szczególnie w nowych okolicznościach (związanych z ciążą zmian, np. funkcjonalnych). Prowadzi to do smutku, załamania psychicznego, długotrwałych stanów przygnębienia i w konsekwencji depresji (Mercer, Ferketich, 1988; Gourounti i wsp., 2015). Większe nasilenie symptomów depresji i odczuwanego przewlekłego stresu, jak wykazują badania u kobiet w ciąży wysokiego ryzyka i prawidłowej, w samej ciąży oraz po porodzie występuje u kobiet, u których była zdiagnozowana ciąża wysokiego ryzyka (Koss i wsp., 2014). Na symptomy depresji wpływać mogą konieczna dla kobiety w ciąży hospitalizacja przed rozwiązaniem oraz niedyspozycje fizyczne uniemożliwiające aktywności dnia codziennego, w tym wpływające na samodzielność (Szymona-Pałkowska, Studen, 2009). Trudności zdrowotne w ciąży lub zagrożona ciąża wprowadzają w przeżywanie kobiety podwyższony poziom lęku o zdrowie i życie swoje i dziecka (Rutkowska i wsp., 2011). Taka sytuacja generuje większy wysiłek z przystosowaniem do bieżącej sytuacji życiowej kobiety, minimalizując przestrzeń na skupianie się i tym samym przeżywanie pozytywnych emocji, a podwyższając prawdopodobieństwo przeżywania negatywnych emocji. Widać tu pewne podobieństwo do przeprowadzonych w grupie kobiet w ciąży zagrożonej i prawidłowej badań, w których silniejsze natężenie stresu i depresji poporodowej odnotowano u kobiet w ciąży zagrożonej (Kossakowska-Petrycka, Chanduszko-Salska, 2009).

Negatywne emocje i stany depresyjne wzrastają, kiedy realizacja pragnienia potomstwa jest utrudniona lub okoliczności towarzyszące zagrażają spełnieniu potrzeby macierzyństwa, którego etapy są dla kobiet naturalnymi etapami w życiu i kamieniami milowymi do osiągnięcia w rozwojowej ścieżce życia (Kainz, 2001; Chen i wsp., 2004; Podolska, 2007; Volgsten i wsp., 2010; Kahyaoglu Sut, Balkanli Kaplan, 2015). Warunkiem poprzedzającym depresję, a wcześniej lęk, niepokój czy wysoki poziom stresu w ciąży jest ryzyko utraty ciąży, o którym kobieta w ciąży dowiaduje się w trakcie opieki ciążyowej oraz doświadczając niepokojących objawów. Obserwuje się zwiększone ryzyko zapadania na depresję w trakcie ciąży oraz po porodzie u kobiet mających trudności w zajściu w ciążę

lub leczących się z niepłodności. Wynikać to może z dużego niepokoju odczuwanego jeszcze przed ciążą, w okresie leczenia i prób starania się o dziecko. Ten negatywny stan psychiczny w okresie ciąży lub tuż po porodzie objawia się depresją. Trwający długo stres, napięcie, niepokój i frustracja często towarzyszą kobietom starającym się zajść w ciążę. Te starania to zwykle długotrwały proces, stąd niepokoje, lęki i martwienie się trwa często równie długo co proces leczenia aż do poczęcia i ciąży i skutkuje depresją w okresie ciąży i po porodzie (Olshansky, 2003). Kossakowska (2016) w swoim artykule powołuje się na Ramezanzadeh i wsp. (2004). W ich badaniach, przeprowadzonych w grupie leczących się na niepłodność pacjentek, depresję zdiagnozowano u ponad 40%, a aż 86% pacjentek skarżyło się na nawracający niepokój oraz stany lękowe. Chan i wsp. (2006) stwierdzili, że u 14% kobiet wśród wcześniej wyróżnionej grupy postawić można diagnozę głębokiej depresji.

Objawy depresji po narodzinach dziecka mogą przejść niezauważone. Dzieje się tak ze względu na powszechne oczekiwanie społeczne, zgodnie z którym matka okazuje zadowolenie i szczęście w związku z pojawieniem się ciąży (Olshansky, 2003). Według Olshansky kobiety długotrwanie starające się o zajście w ciążę mają tendencję do korygowania swoich uczuć i przedstawiania ich jako szczęście, a więc oczekiwaną emocję. Robią tak w celu uzyskania akceptacji i wsparcia społecznego. U Kossakowskiej (2016, za: Green, 1993, za: Olshansky, 2003) zaznacza się minimalizowanie i zaprzeczanie symptomom depresji w trakcie trwania ciąży, szczególnie u kobiet leczących się wcześniej na niepłodność. Co ciekawe, w badaniach obserwujemy brak rozstrzygnięcia w sprawie zależności między depresją w ciąży a trudnościami w zajściu w nią. U Kossakowskiej (2016) czytamy o zachodzącym związku między depresją w ciąży i po porodzie a większym ryzykiem nieudanego leczenia oraz szybszą rezygnacją z kontynuowania leczenia niepłodności (Matthiesen i wsp., 2011; Koszycki i wsp., 2012; An i wsp., 2013; Lynch i wsp., 2014). Jak widzimy w analizie badań Milazzo i wsp. (2016), objawy depresji oraz lęku mają tendencję wzrostową po nieudanym leczeniu ART (ang. *assisted reproductive technology*, metody wspomaganego rozrodu), natomiast zmniejszają się po skutecznym przebiegu leczenia. Przewlekły smutek, stres oraz stany depresyjne znacznie częściej występują u kobiet po niejednokrotnych stratach ciąż, nieskutecznych próbach inseminacji czy nieudanych próbach *in vitro* (Volgsten i wsp., 2010; Koszycki i wsp., 2012; Kahyaoglu Sut, Balkanli Kaplan, 2015; Gourounti i wsp., 2015; Nargund, 2015). Wyższy wskaźnik depresji i lęku, a także więcej epizodów zaburzeń afektywnych przed okresem ciąży i w czasie leczenia wspomagającego ciążę odnotowano u kobiet z epizodami nieskutecznego leczenia niepłodności w odróżnieniu od kobiet, które zaszły w ciążę naturalnie i bez problemów oraz skutecznie wspomaganym w zajściu w ciążę w relatywnie krótkim czasie starania się (Joelsson i wsp., 2017). Nie obserwuje się różnic w przebiegu depresji lub objawach lękowych w grupie kobiet w ciąży, u których leczono wcześniej niepłodność, i kobiet, u których poczęcie odbyło się drogą naturalną (Joelsson i wsp., 2017). W badaniach Trzęsowskiej-Greszty i wsp. (2017) u połowy kobiet z niepłodnością zaobserwowano wynik potwierdzający depresję. Ta informacja

pokazuje, jak ważne są profesjonalna pomoc i wsparcie psychoterapeutyczne dla par podejmujących starania o potomstwo przez leczenie metodami wspomagane go rozrodu. Po udanym zajściu w ciążę u kobiet wcześniej doświadczających trudności z poczęciem wzrost i nasilenie objawów depresji mogą podlegać przypadkowym wahaniom, wzmacnianym sytuacyjnie i trudnym do przewidzenia. Jak zaobserwowały Tendais i Figueiredo (2016), poziom depresji wzrasta od okresu zajścia w ciążę do czasu po porodzie u kobiet, u których zajście w ciążę było wspomagane medycznie. Nie dzieje się tak u kobiet, których kolejna ciąża okazała się naturalna, a wcześniej urodziły dziecko po leczeniu niepłodności. Jak pokazują badania (Monti i wsp., 2008), kobiety, które zaszły w ciążę, a wcześniej były leczone z niepłodności, są częściej obarczone depresją w trakcie ciąży i po porodzie. Niezbędne jest prowadzenie prewencyjnego systemu wspierania kobiet w tym okresie oraz stosowanie pomocy psychologicznej w celu przeciwdziałania skutkom stanu depresji u kobiet i jego wpływowi na niemowlę we wczesnym okresie życia i rozwoju psychicznego. Widzimy u kobiet wcześniej leczących się na niepłodność wzmożone nasilenia lęku i niepokoju. Zdaniem autorów to zjawisko obserwuje się w trzecim trymestrze ciąży oraz w pierwszym tygodniu po porodzie (Monti i wsp., 2008).

## **Objawy zaburzeń zdrowia psychicznego w połogu i pierwszym roku po porodzie**

Okołoporodowe zdrowie psychiczne odnosi się do zaburzeń psychicznych, które są powszechne w czasie ciąży, a występują nawet rok po porodzie. Ramy czasowe po porodzie w odniesieniu do objawów depresyjnych są dyskusyjne: większość badaczy analizuje okres od 4 tygodni po porodzie do 3 miesięcy po porodzie. Zaburzenia okołoporodowe, od łagodnych, przez niepokój, depresję, manię, aż do pełnej psychozy, mieszczą się w ramach okołoporodowej choroby psychicznej. Dodatkowo zaburzenia, które występowały przed ciążą lub nawracają wraz z zaburzeniami, które pojawiają się w czasie ciąży lub w okresie poporodowym, są uważane za okołoporodowe choroby psychiczne. Niektóre z zaburzeń pojawiających się w okresie poporodowym objawiają się wkrótce po porodzie, a inne pojawiają się później lub bardziej zmiennie.

Depresja okołoporodowa jest definiowana na różne sposoby. Na jednym końcu spektrum znajduje się depresja okołoporodowa definiowana symptomatycznie jako przekroczenie progu środka przesiewowego, takiego jak Edynburska Skala Depresji Poporodowej (Cox i wsp., 1987), DSM-5 czy ICD-11. Oczywiście klinicysta może ocenić stopień depresji lub szereg zaburzeń lękowych bez pomocy ustrukturyzowanego protokołu wywiadu. Ważne jest określenie, czego potrzebuje kobieta w ciąży lub po porodzie, a to może dotyczyć czasem prostej rady, nieraz i zapewnienia poradnictwa psychologicznego lub farmakoterapii (leków przeciwdepresyjnych) albo połączenia tych metod. Leczenie jest zwykle ambulatoryjne, chociaż nagłe przypadki psychiatryczne, takie jak myśli samobójcze z planem i zamiarem lub poporodowa psychoza, mogą być wska-

zaniem do hospitalizacji. Szacunkowe rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych w okresie okołoporodowym różni się znacznie w zależności od definicji zaburzenia i okresu, w którym określa się rozpowszechnienie (O'Hara, Swain, 1996; Gavin i wsp., 2005). Na przykład jeden z ilościowych przeglądów rozpowszechnienia depresji okołoporodowej wykazał, że okres występowania (w ciągu pierwszych 3 miesięcy po porodzie) szeroko rozumianej depresji wynosił 19,2%. Występowanie cięższego przebiegu depresji wynosiło 7,2% (Gavin i wsp., 2005). Częstość występowania depresji w czasie ciąży oszacowano na 18,4% (12,7% dużej depresji). Bennett i wsp. (2004) przeprowadzili osobną metaanalizę depresji w ciąży w 21 badaniach i na 19 284 uczestnikach; odnotowano następujące wskaźniki występowania depresji: 7,4% (pierwszy trymestr), 12,8% (drugi trymestr) i 12,0% (trzeci trymestr). W piśmiennictwie odnaleźć można także badania poświęcone skali depresji okołoporodowej w Europie. Badacze zgłosili, że silna i umiarkowana depresja dotyczy 9,6% kobiet w Pizie we Włoszech (Banti i wsp., 2011). To stosunkowo niski wynik w porównaniu z tym raportowanym przez Gavin i wsp. (2005). Duże badanie przeprowadzone w Barcelonie wykazało występowanie objawów ciężkiej i lekkiej depresji oraz dystymii na poziomie 9,2% przez 6 tygodni (Navarro i wsp., 2008). Szacunki występowania depresji są dość podobne, obejmują za to bardzo różne okresy poporodowe. Wspólnym mianownikiem piśmiennictwa i badań empirycznych na ten temat jest fakt, że depresja jest powszechna w okresie ciąży i po porodzie u kobiet w krajach rozwijających się i rozwiniętych.

Mniej więcej w pierwszym tygodniu po porodzie kobiety często doświadczają różnych dolegliwości fizycznych i objawów, które zostały scharakteryzowane jako „blues poporodowy” lub *baby blues*. Szacunkowe rozpowszechnienie bluesa waha się od 26% (O'Hara i wsp., 1991) do 84% (Oakley i wsp., 1981), odzwierciedlając mniej lub bardziej rygorystyczne kryteria. Niestety, nie ma ustalonych kryteriów dla bluesa, chociaż O'Hara i wsp. (1991) dostosowali pracę Handley i wsp. (1988) i zaproponowali kryteria diagnostyczne. Objawy bluesa obejmowały nastrój dysforyczny, płacz, chwiejność nastroju, niepokój, bezsenność, utratę apetytu i drażliwości. Uczestniczki spełniały kryteria *postpartum blues*, jeśli zostały ocenione jako mające cztery z nich.

## **Objawy zaburzeń zdrowia psychicznego okresu okołoporodowego u mężczyzn**

Zostanie ojcem to jedno z ważniejszych wydarzeń w życiu mężczyzny (Callister, 1995). W czasie oczekiwania na nowego potomka i jego pojawienia się na świecie ojcowie często doświadczają nowych emocji i zmian w każdym obszarze życia zapoczątkowane przejściem w rodzicielstwo (Fägerskiöld, 2008). Przeprowadzono wiele badań skupiających się na zdrowiu psychicznym matek, dane na temat ojców są nadal porównywalnie małe. Przeglądając piśmiennictwo, można znaleźć badania potwierdzające zwiększony stres ojcowski zwłaszcza w okresie okołoporodowym (Philpott i wsp., 2017). Wzrost stresu ma wpływ tak-

że na inne problemy psychiczne ojców. Niektóre badania wskazują, że ojcowie mogą zmagać się z problemami zdrowia psychicznego przed ciążą, w jej trakcie i po ciąży (Cameron i wsp., 2016). Badania wykazują, że 10,4% mężczyzn, którzy zostali ojcami, doświadcza depresji; to odsetek wyższy niż odnotowany wśród mężczyzn z populacji ogólnej (4,8%) (Paulson, Bazemore, 2010). Depresja poporodowa występuje u 4–25% ojców w ciągu pierwszych 12 miesięcy po przyjsciu dziecka na świat, ale z powodu braku świadomości i rozpoznania objawów częstość wykrywania jest prawdopodobnie zaniżona (Stadlander, 2015). Szacunkowe statystyki depresji występującej u mężczyzn wahają się od 24 do 50% dla mężczyzn z partnerkami, które doświadczają depresji poporodowej do 12 miesięcy po urodzeniu (Letourneau i wsp., 2011). Jednak w czasie ciąży partnerki tylko 3,2% z 2000 ojców szukało pomocy z powodu objawów depresyjnych (Isacco i wsp., 2016); dla porównania: kobiet zgłaszających się po pomoc było 13,6% (Fonseca i wsp., 2015).

W ostatnich dziesięcioleciach mężczyźni zaczęli odgrywać bardziej aktywną rolę w porodzie swoich partnerek (Longworth i wsp., 2015). Zaangażowanie ojca może mieć pozytywny wpływ na samopoczucie matki i jej zdolności radzenia sobie w czasie ciąży (Burgess, 2011; Wells, 2016), pokonywanie trudności pojawiających się w przebiegu ciąży, podejmowanie roli rodzicielskiej oraz dalszy rozwój fizyczny, psychiczny, behawioralny, społeczny i emocjonalny. Inne badania potwierdzają, że ojcowie dostrzegają brak pożądanego wsparcia dla ich zdrowia psychicznego ze strony pracowników służby zdrowia (Rominov i wsp., 2018). Systemy opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych czy Wielkiej Brytanii (Narodowa Służba Zdrowia – NHS) koncentrują się przede wszystkim na świadczeniu usług w zakresie zdrowia psychicznego matek, dążą do zapewnienia dobrego samopoczucia kobietom stającym w obliczu wyzwań związanych z wkraczaniem w macierzyństwo (Daniels i wsp., 2020).

Zgłaszany brak wsparcia i bariery w uzyskaniu wsparcia, połączone z poczuciem wykluczenia przez pracowników służby zdrowia, spowodowały, że ojcowie doświadczają konfliktu między oczekiwaniami a rzeczywistością ojcostwa w okresie okołoporodowym (Bergström i wsp., 2009; Pålsson i wsp., 2017). Ojcowie spodziewają się, że będą odgrywać główną rolę podczas ciąży i porodu, ale brak im świadomości i pewności co do tego, jak to zrobić (Draper, Ives, 2009). Tam, gdzie opracowywane są interwencje mające na celu poprawienie zdrowia psychicznego ojców, niewiadomą pozostaje, do jakiego stopnia ojcowie będą chcieli angażować się w działania prewencyjne na swoją rzecz. Niedawne badania przeprowadzone w Australii zidentyfikowały kilka czynników, które pomagają rozpoznać bariery, które mogą powstrzymać ojców przed udziałem w programach wsparcia (Seymour i wsp., 2020). Autorzy doszli do wniosku, że potrzebne jest zwiększenie uwagi i zachęty do motywowania i edukacji ojców do korzystania z systemów wsparcia w tym obszarze.

Ważne jest również rozważenie kwestii zdrowia psychicznego ojców w okresie okołoporodowym. Wskaźnik samobójstw jest wyższy u mężczyzn niż u kobiet, prawdopodobnie z powodu ograniczonego poszukiwania wsparcia (Biddle i wsp., 2004), a najczęstszą przyczyną śmierci u mężczyzn poniżej 50. roku ży-

cia jest właśnie samobójstwo (Robertson i wsp., 2015). Mężczyźni, którzy doświadczają objawów podobnych do objawów depresji poporodowej, są 47 razy bardziej narażeni na ryzyko samobójstwa (Quevedo i wsp., 2011).

Dogłębne zrozumienie doświadczeń ojców pozwala przezwyciężyć bariery i znaleźć rozwiązanie problemów związanych ze zdrowiem psychicznym ojców. Ojcowie mają różny stopień świadomości objawów choroby psychicznej, a także wykazują zróżnicowaną świadomość ryzyka wystąpienia problemów ze zdrowiem psychicznym w okresie okołoporodowym. W tym okresie na mężczyzn oddziałuje wiele czynników zewnętrznych, m.in. niespełnione oczekiwania, brak profesjonalnego wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego, trudności bycia mężczyzną w kobiecym środowisku oraz stabilność relacji z partnerką, w tym niepewność i zmiany okołoporodowe w osobowości i zachowaniu partnerki. Pomocne są zarówno rozwiązania zewnętrzne, jak i personalnie zaprojektowane dla ojców. Cięża bywa dla ojców trudnym okresem powodującym spore obciążenie psychiczne, a reakcje ojców sugerują, że niepokój związany z przygotowaniem do porodu przyczynia się do zwiększonego poziomu stresu.

Jak podaje piśmiennictwo, ciąża ma negatywny wpływ na natężenie stresu u ojców (Philpott i wsp., 2017) i ich zdrowie psychiczne (Condon i wsp., 2004). Postrzeganie przez ojców własnego zdrowia psychicznego jest powiązane z podejściem pracowników służby zdrowia do tej kwestii. Większość z nich nie zdawała sobie sprawy, że ojcowie mogą cierpieć na okołoporodowe problemy ze zdrowiem psychicznym. Profesjonaliści zajmujący się okołoporodową opieką zdrowotną często nie są świadomi stanu psychicznego ojców. Massoudi (2013) podaje, że większość pielęgniarek nie rozpoznawała ani nie zajmowała się emocjami i cierpieniem ojców podczas porodu. Jednak też na ogół mężczyźni są mniej skłonni niż kobiety do rozpoznawania i omawiania swoich problemów psychicznych (Wilhelm, 2014). Chociaż mężczyźni dwa razy częściej od kobiet mają niższą świadomość zdrowotną, która może mieć wpływ na uznanie problemów i poszukiwanie wsparcia, nie jest jasne, skąd bierze się ta różnica między płciami (Addis, Mahalik, 2003). Może fakt, że mężczyźni rzadziej dyskutują o problemach związanych ze zdrowiem psychicznym, spowodowany jest socjalizacją ról specyficznych dla płci. Rola mężczyzny obejmuje utrzymanie kontroli emocjonalnej i siły fizycznej. Ojcowie swoją niechęć do zaakceptowania lub omówienia ich problemów zdrowia psychicznego tłumaczyli normami dotyczącymi płci i utrzymaniem ukierunkowania wsparcia na ich partnerkę i dziecko, szczególnie w tym czasie (Etheridge, Slade, 2017). Jedno z badań pokazało, jak ojcowie postrzegali to, że personel medyczny nie przywiązuje wagi do zagadnień dotyczących zdrowia psychicznego ojców. W związku z tym mogli oni kwestionować ważność swych problemów psychicznych (Darwin i wsp., 2017). Wielu ojców biorących udział w badaniu zastanawiało się, dlaczego zagadnienie to było pomijane przez pracowników służby zdrowia. Temat „bycia mężczyzną w kobiecym środowisku” ilustruje, jak ojcowie postrzegają potrzebę skupienia się na swoim samopoczuciu. Ojcowie, którym personel medyczny sugerował zajęcie się kwestiami ich stanu psychicznego, ujawnili, że rozważyliby wsparcie, jedynie kiedy ich zdrowiu psychicznemu groziłby poważny kryzys. Brak uznania

przez pracowników służby zdrowia, że stan psychiczny ojców jest istotny w czasie okołoporodowym, dodatkowo zmniejszał chęć ojców do szukania pomocy (Rominov i wsp., 2018; Seymour i wsp., 2020).

Duża część ojców doświadczyła problemów zdrowia psychicznego w okresie okołoporodowym. Ojcowie zauważyli, że otrzymują niewystarczające wsparcie psychiczne w kwestiach związanych z byciem oparciem dla matek. Chociaż ojcowie uznali, że matka powinna być stawiana na pierwszym miejscu, oni także potrzebują uznania i wsparcia własnego zdrowia psychicznego. Aby zmniejszyć ryzyko rozwoju problemów zdrowotnych obojga rodziców, ojcowie powinni być brani pod uwagę podczas okresu okołoporodowego i uświadomieni, że istnieje możliwość udzielenia im wsparcia. Wskazane byłoby określenie sposobów poszukiwania pomocy i poprawy umiejętności w zakresie zdrowia psychicznego przez mężczyzn. Istnieje również potrzeba zwiększenia świadomości na temat znaczenia ojców dla dobrostanu rodziny. Należy też zapewnić odpowiednie wsparcie zarówno matkom, jak i ojcom.

## Podsumowanie

Depresja okołoporodowa i lęk reprezentują problemy zdrowia psychicznego, które są stosunkowo częste i mogą mieć poważne konsekwencje dla matki, ojca i ich rodziny. Czynniki ryzyka w przypadku tych zaburzeń obejmują historię przebytą w okresie okołoporodowym lub w innym czasie. Ponadto kobiety i mężczyźni ze znaczącymi stresorami życiowymi, złymi relacjami małżeńskimi i słabym wsparciem społecznym ze strony rodziny i przyjaciół też są podatni na doświadczenia trudności psychicznych w przypadku ciąży i w okresie okołoporodowym. Czynniki biologiczne odgrywają także istotną rolę w rozwoju okołoporodowych chorób psychicznych. Ich leczenie obejmuje szeroki zakres metod psychologicznych, farmakologicznych i uzupełniających. Ciągłe badania nad etiologią, profilaktyką i leczeniem mają kluczowe znaczenie dla wysiłków zmierzających do zmniejszenia wpływu okołoporodowych chorób psychicznych na kobiety, mężczyzn i ich rodziny oraz są inwestycją na następne pokolenia.

## Bibliografia

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *The American Psychologist*, 58(1), 5–14.
- Akdeniz, F., & Gönül, A. S. (2004). Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Kliniyyk Psýkýyatry*, 2, 70–74.
- Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creedy, D., & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, 40(11), 1849–1859.
- Alio, A. P., Bond, M. J., Padilla, Y. C., Heidelbaugh, J. J., Lu, M., & Parker, W. J. (2011). Addressing policy barriers to paternal involvement during pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*, 15(4), 425–430.

- An, Y., Sun, Z., Li, L., Zhang, Y., & Ji, H. (2013). Relationship between psychological stress and reproductive outcome in women undergoing in vitro fertilization treatment: psychological and neurohormonal assessment. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 30(1), 35–41.
- Austin, M. P., Hadzi-Pavlovic, D., Priest, S. R., Reilly, N., Wilhelm, K., Saint, K., & Parker, G. (2010). Depressive and anxiety disorders in the postpartum period: how prevalent are they and can we improve their detection? *Archives of Women's Mental Health*, 13(5), 395–401.
- Austin, M. P., Highet, N., & the Expert Working Group (2017). *Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline*. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence.
- Ayers, S., & Pickering, A. D. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth* (Berkeley, Calif.), 28(2), 111–118.
- Banti, S., Mauri, M., Oppo, A., Borri, C., Rambelli, C., Ramacciotti, D., Montagnani, M. S., Camilleri, V., Cortopassi, S., Rucci, P., & Cassano, G. B. (2011). From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the perinatal depression-research & screening unit study. *Comprehensive Psychiatry*, 52(4), 343–351.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50(5), 275–285.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 103(4), 698–709.
- Berghuis, J. P., & Stanton, A. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: a longitudinal study of doping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of Consulting Clinical Psychiatry*, 2, 433–438.
- Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2009). Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(9), 1167–1176.
- Biddle, L., Gunnell, D., Sharp, D., & Donovan, J. L. (2004). Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey. *The British Journal of General Practice: the Journal of the Royal College of General Practitioners*, 54(501), 248–253.
- Brockington, I., Butterworth, R., & Glangeaud-Freudenthal, N. (2017). An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. *Archives of Women's Mental Health*, 20(1), 113–120.
- Brown, M. A., Magee, L. A., Kenny, L. C., Karumanchi, S. A., McCarthy, F. P., Saito, S., Hall, D. R., Warren, C. E., Adoyi, G., Ishaku, S., & International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP) (2018). Hypertensive Disorders of Pregnancy: ISSHP Classification, Diagnosis, and Management Recommendations for International Practice. *Hypertension* (Dallas, Tex.: 1979), 72(1), 24–43.
- Buchbinder, A., Sibai, B. M., Caritis, S., Macpherson, C., Hauth, J., Lindheimer, M. D., Klebanoff, M., Vandorsten, P., Landon, M., Paul, R., Miodovnik, M., Meis, P., Thurnau, G., & National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units (2002). Adverse perinatal outcomes are significantly higher in severe gestational hypertension than in mild preeclampsia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(1), 66–71.
- Burgess, A. (2011). Fathers' roles in perinatal mental health: causes, interactions and effects. *New Digest*, 53, 24–29.



- Bushnell, C., & Chireau, M. (2011). Preeclampsia and Stroke: Risks during and after Pregnancy. *Stroke Research and Treatment*, 2011, 858134.
- Callister, L. C. (1995). Becoming a father. *The Journal of Perinatal Education*, 4(1), 1–8.
- Cameron, E. E., Sedov, I. D., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 206, 189–203.
- Chan, C. H., Ng, E. H., Chan, C. L., Ho, & Chan, T. H. (2006). Effectiveness of psychosocial group intervention for reducing anxiety in women undergoing in vitro fertilization: a randomized controlled study. *Fertility and Sterility*, 85(2), 339–346.
- Chen, H., Chan, Y. H., 3rd, Tan, K. H., & Lee, T. (2004). Depressive symptomatology in pregnancy – a Singaporean perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(12), 975–979.
- *Community Mental Health Strategy 2007–2012: From Prevention and Early Intervention to Recovery*. Gladesville, NSW: Better Health Centre – Publications Warehouse. Dostępne na: <https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/resources/Publications/mental-health-strategy.pdf>.
- Condon, J. T., Boyce, P., & Corkindale, C. J. (2004). The First-Time Fathers Study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(1–2), 56–64.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 150, 782–786.
- Daniels, E., Arden-Close, E., & Mayers, A. (2020). Be quiet and man up: a qualitative questionnaire study into fathers who witnessed their Partner's birth trauma. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 236.
- Darwin, Z., Galdas, P., Hinchliff, S., Littlewood, E., McMillan, D., McGowan, L., Gilbody, S., & Born and Bred in Yorkshire (BaBY) team (2017). Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 45.
- Dolan, A., & Coe, C. (2011). Men, masculine identities and childbirth. *Sociology of Health & Illness*, 33(7), 1019–1034.
- Draper, H., & Ives, J. (2009). Paternity testing: a poor test of fatherhood. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 31(4), 407–418.
- Dudovskiy, J. (2018). *The Ultimate Guide to Writing a Dissertation in Business Studies: A Step-by-Step Assistance*.
- Etheridge, J., & Slade, P. (2017). “Nothing’s actually happened to me.”: the experiences of fathers who found childbirth traumatic. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17, 80.
- Fägerskiöld, A. (2008). A change in life as experienced by first-time fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 64–71.
- Fairbrother, N., Young, A. H., Zhang, A., Janssen, P., & Antony, M. M. (2017). The prevalence and incidence of perinatal anxiety disorders among women experiencing a medically complicated pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 20(2), 311–319.
- Faisal-Cury, A., & Rossi Menezes, P. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*, 10(1), 25–32.
- Fonseca, A., Gorayeb, R., & Canavarro, M. C. (2015). Women's help-seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: Socio-demographic and clinical correlates and perceived barriers to seeking professional help. *Midwifery*, 31(12), 1177–1185.
- Furuta, M., Sandall, J., Cooper, D., & Bick, D. (2014). The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6–8 weeks postpartum: a prospective cohort study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 133.

- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5 Pt 1), 1071–1083.
- Gillon, T. E., Pels, A., von Dadelszen, P., MacDonell, K., & Magee, L. A. (2014). Hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review of international clinical practice guidelines. *PLoS One*, 9(12), e113715.
- Gourounti, C., Karpathiotaki, N., & Vaslamatzis, G. (2015). Psychosocial Stress in High Risk Pregnancy. *International Archives of Medicine*, 8(95), 1–9.
- Hambidge, S., Cowell, A., Arden-Close, E., & Mayers A. (2021). “What kind of man gets depressed after having a baby?” Fathers’ experiences of mental health during the perinatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21, 463.
- Handley, S. L., Dunn, T. L., Waldron, G., & Baker, J. M. (1980). Tryptophan, cortisol and puerperal mood. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 136, 498–508.
- Hanson, S., Hunter, L. P., Bormann, J. R., & Sobo, E. J. (2009). Paternal fears of childbirth: a literature review. *The Journal of Perinatal Education*, 18(4), 12–20.
- Heaman, M., & Gupton, A. (1998). Perceptions of bed rest by women with high-risk pregnancies: A comparison between home and hospital. *Birth* (Berkeley, Calif.), 25(4), 252–258.
- Isacco, A., Hofschler, R., & Molloy, S. (2016). An Examination of Fathers’ Mental Health Help Seeking: A Brief Report. *American Journal of Men’s Health*, 10(6), NP33–NP38.
- Juczyński, Z., & Ogińska-Bulik, N. (2009). Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. Warszawa: PTP.
- Kahyaoglu Sut, H., & Balkanlı Kaplan, P. (2015). Quality of life in women with infertility via the FertiQoL and the Hospital Anxiety and Depression Scales. *Nursing & Health Sciences*, 17(1), 84–89.
- Kainz, K. (2001). The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Women’s Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women’s Health*, 11(6), 481–485.
- Karaçam, Z., & Ançel, G. (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*, 25(4), 344–356.
- Koss, J., Rudnik, A., & Bidzan, M. (2014). Doświadczanie stresu a uzyskiwane wsparcie społeczne przez kobiety w ciąży wysokiego ryzyka. Doniesienie wstępne. *Family Forum*, 4, 183–201.
- Kossakowska, K. (2016). Incidence and determinants of postpartum depression among healthy pregnant women and high-risk pregnant women. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 25(1), 1–21.
- Kossakowska-Petrycka, K., & Chanduszko-Salska, J. (2009). Poziom stresu i radzenie sobie ze stresem w ciąży wysokiego ryzyka a występowanie depresji poporodowej. W K. Janowski, A. Cudo (red.). *Człowiek chory. Aspekty Biopsychospołeczne*, t. 2 (ss. 11–21). Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Koszycki, D., Bisserbe, J. C., Blier, P., Bradwejn, J., & Markowitz, J. (2012). Interpersonal psychotherapy versus brief supportive therapy for depressed infertile women: first pilot randomized controlled trial. *Archives of Women’s Mental Health*, 15(3), 193–201.
- Letourneau, N., Duffett-Leger, L., Dennis, C. L., Stewart, M., & Tryphonopoulos, P. D. (2011). Identifying the support needs of fathers affected by post-partum depression: a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(1), 41–47.
- Longworth, M. K., Furber, C., & Kirk, S. (2015). A narrative review of fathers’ involvement during labour and birth and their influence on decision making. *Midwifery*, 31(9), 844–857.
- Lowdermilk, D., Perry, S., & Cashion, M. (2010). *Maternity Nursing*. 4th ed. St Louis, MO: Mosby.
- Lowe, S. A., Bowyer, L., Lust, K., McMahon, L. P., Morton, M., North, R. A., Paech, M., & Said, J. M. (2015). SOMANZ guidelines for the management of hypertensive disorders of

pregnancy 2014. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 55(5), e1–e29.

- Lowe, S. A., Brown, M. A., Dekker, G. A., Gatt, S., McLintock, C. K., McMahon, L. P., Mangos, G., Moore, M. P., Muller, P., Paech, M., Walters, B., & Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand (2009). Guidelines for the management of hypertensive disorders of pregnancy 2008. *The Australian & New Zealand Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 49(3), 242–246.
- Lynch, C. D., Sundaram, R., Maisog, J. M., Sweeney, A. M., & Buck Louis, G. M. (2014). Preconception stress increases the risk of infertility: results from a couple-based prospective cohort study--the LIFE study. *Human Reproduction* (Oxford, England), 29(5), 1067–1075.
- Makara-Studzirńska, M., Moryłowska, J., & Sidor, K. (2009). Zaburzenia depresyjne i lękowe w ciąży. *Przegląd Ginekologiczno-Położniczy*, 9(2), 63–66.
- Maloni, J. A., & Kutil, R. M. (2000). Antepartum support group for women hospitalized on bed rest. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 25(4), 204–210.
- Martins, M. V., Costa, P., Peterson, B. D., Costa, M. E., & Schmidt, L. (2014). Marital stability and repartnering: infertility-related stress trajectories of unsuccessful fertility treatment. *Fertility and Sterility*, 102(6), 1716–1722.
- Massoudi, P. (2013). Depression and distress in Swedish fathers in the postnatal period--prevalence, correlates, identification, and support. Doctoral Thesis.
- Matthiesen, S. M., Frederiksen, Y., Ingerslev, H. J., & Zachariae, R. (2011). Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): a meta-analysis. *Human Reproduction* (Oxford, England), 26(10), 2763–2776.
- Mayers, A., Hambidge, S., Bryant, O., & Arden-Close, E. (2020). Supporting women who develop poor postnatal mental health: what support do fathers receive to support their partner and their own mental health? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 359.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1988). Stress and social support as predictors of anxiety and depression during pregnancy. *ANS. Advances in Nursing Science*, 10(2), 26–39.
- Milazzo, A., Mnatzaganian, G., Elshaug, A. G., Hemphill, S. A., Hiller, J. E., & Astute Health Study Group (2016). Depression and Anxiety Outcomes Associated with Failed Assisted Reproductive Technologies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*, 11(11), e0165805.
- Monti, F., Agostini, F., Fagandini, P., Paterlini, M., La Sala, G. B., & Blickstein, I. (2008). Anxiety symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. *Journal of Perinatal Medicine*, 36(5), 425–432.
- Nargund V. H. (2015). Effects of psychological stress on male fertility. *Nature Reviews. Urology*, 12(7), 373–382.
- Navarro, P., García-Esteve, L., Ascaso, C., Aguado, J., Gelabert, E., & Martín-Santos, R. (2008). Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: prevalence and comorbidity in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 109(1–2), 171–176.
- Oakley, A., & Chamberlain, G. (1981). Medical and social factors in postpartum depression. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1(3), 182–187.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression – A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37–54.
- O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Wright, E. J. (1991). Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), 801–806.
- Oleś, P. (1996). Z problematyki interwencji kryzysowej i radzenia sobie ze stresem. W A. Januszewski, P. Oleś, W. Otrębski (red.). *Studia z psychologii w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim* (Vol. 8, s. 249–265). Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Olshansky, E. (2003). A theoretical explanation for previously infertile mothers' vulnerability to depression. *Journal of Nursing Scholarship : an Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 35(3), 263–268.

- Olshansky, E., & Sereika, S. (2005). The transition from pregnancy to postpartum in previously infertile women: a focus on depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(6), 273–280.
- Pålsson, P., Persson, E. K., Ekelin, M., Kristensson Hallström, I., & Kvist, L. J. (2017). First-time fathers experiences of their prenatal preparation in relation to challenges met in the early parenthood period: Implications for early parenthood preparation. *Midwifery*, 50, 86–92.
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA*, 303(19), 1961–1969.
- Philpott, L. F., Leahy-Warren, P., FitzGerald, S., & Savage, E. (2017). Stress in fathers in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery*, 55, 113–127.
- Podolska, M. (2007). Niepłodność i jej następstwa psychologiczne. Stan badań i perspektywy. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Podolska, M. Z., & Bidzan, M. (2011). Infertility as a psychological problem. *Ginekologia Polska*, 82(1), 44–49.
- Quevedo, L., da Silva, R. A., Coelho, F., Pinheiro, K. A., Horta, B. L., Kapczinski, F., & Pinheiro, R.T. (2011). Risk of suicide and mixed episode in men in the postpartum period. *Journal of Affective Disorders*, 132(1–2), 243–246.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401.
- Ramchandani, P. G., O'Connor, T. G., Evans, J., Heron, J., Murray, L., & Stein, A. (2008). The effects of pre- and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(10), 1069–1078.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. G., & ALSPAC study team (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet* (London, England), 365(9478), 2201–2205.
- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M., & Jafarabadi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health*, 4(1), 9.
- Roberts, L., Davis, G. K., & Homer, C. S. E. (2019). Depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder following a hypertensive disorder of pregnancy: a narrative literature review. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 6, 147.
- Robertson, S., Bagnall, A., & Walker, M. (2015). *Evidence for a gender-based approach to mental health programmes: Identifying the key considerations associated with "being male"*. Project Report. The Movenber Foundation.
- Rominov, H., Giallo, R., Pilkington, P., & Whelan, T. (2018). "Getting help for yourself is a way of helping your baby:" Fathers' experiences of support for mental health and parenting in the perinatal period. *Psychology of Men & Masculinities*, 19(3), 457–468.
- Rutkowska, A., Rolińska, A., Kwaśniewski, W., Makara-Studzińska, M., & Kwaśniewska, A. (2011). Lęk – jako stan i jako cecha u kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka. *Current Problems of Psychiatry*, 12(1), 56–59.
- Salih Joelsson, L., Tydén, T., Wanggren, K., Georgakis, M. K., Stern, J., Berglund, A., & Skalkidou, A. (2017). Anxiety and depression symptoms among sub-fertile women, women pregnant after infertility treatment, and naturally pregnant women. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*, 45, 212–219.
- Simpson, M., & Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 29(3), 203–207.
- Stadtlander, L. (2015). Paternal postpartum depression. *International Journal of Child-birth Education*, 30(2), 11–13.
- Steuden, S., & Szymona, K. (2003). Psychologiczne aspekty macierzyństwa i ojcostwa w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka. W J. Meder (red.). *Problemy zdrowia psychicznego*

kobiet (ss. 109–121). Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

- Szymona-Pałkowska, K. (2005). Psychologiczna analiza doświadczeń rodziców w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Szymona-Pałkowska, K., & Steuden, S. (2009). Doświadczanie zagrożenia utraty dziecka przez kobiety w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka. W S. Steuden, K. Janowski (red.). *Psychospołeczne konteksty doświadczania straty* (s. 41–57). Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, 119(1–3), 142–148.
- Tendais, I., & Figueiredo, B. (2016). Parents' anxiety and depression symptoms after successful infertility treatment and spontaneous conception: does singleton/twin pregnancy matter? *Human Reproduction* (Oxford, England), 31(10), 2303–2312.
- Tranquilli, A. L., Dekker, G., Magee, L., Roberts, J., Sibai, B. M., Steyn, W., Zeeman, G. G., & Brown, M. A. (2014). The classification, diagnosis and management of the hypertensive disorders of pregnancy: A revised statement from the ISSHP. *Pregnancy Hypertension*, 4(2), 97–104.
- Trzęsowska-Greszta, E., Jastrzębski, J., Sikora, R., Fiałek, M., & Trębicka, P. (2017). Poziom depresji u kobiet z utrudnioną prokreacją a styl radzenia sobie ze stresem i płęć psychologiczna. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 1(29), 191–215.
- Türk, R., & Erkaya, R. (2018). Determining the status of anxiety and depression in women during pregnancy and in the postpartum period. *CBU International Conference Proceedings*, 6, 971–977.
- Verhaak, C. M., Lintsen, A. M., Evers, A. W., & Braat, D. D. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction* (Oxford, England), 25(5), 1234–1240.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., van Minnen, A., Kremer, J. A., & Kraaijmaat, F. W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction* (Oxford, England), 20(8), 2253–2260.
- Volgsten, H., Svanberg, A. S., & Olsson, P. (2010). Unresolved grief in women and men in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(10), 1290–1297.
- Wang, J., Wu, X., Lai, W., Long, E., Zhang, X., Li, W., Zhu, Y., Chen, C., Zhong, X., Liu, Z., Wang, D., & Lin, H. (2017). Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 7(8), e017173.
- Wells M. B. (2016). Literature review shows that fathers are still not receiving the support they want and need from Swedish child health professionals. *Acta Paediatrica* (Oslo, Norway: 1992), 105(9), 1014–1023.
- Wilhelm K. A. (2014). Gender and mental health. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 603–605.
- WHO (2008). Improving Maternal Mental Health. Geneva: World Health Organization.
- Yali, A. M., & Lobel, M. (1999). Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 20(1), 39–52.

# Wsparcie społeczne jako czynnik ochronny w zaburzeniach zdrowia psychicznego okresu okołoporodowego

## Wsparcie społeczne jako zasób interpersonalny

116

Człowiek jako istota relacyjna przynależy do sieci społecznych. Sieci społeczne to system powiązań jednostki z innymi ludźmi, osobami znaczącymi lub grupami społecznymi (Rodríguez, Cohen, 1998). Przynależność do istniejących i dostępnych sieci społecznych umożliwia uzyskanie wsparcia w sytuacjach trudnych lub kryzysowych (Knoll, Schwarzer, 2004; Sęk, Cieślak, 2004). Fizyczna obecność innych osób (partnera, przyjaciół, personelu medycznego) nie zawsze jednak prowadzi do pełnego zaspokojenia potrzeb. Wsparcie społeczne łagodzi skutecznie efekty stresu psychologicznego tylko wtedy, gdy forma udzielanej pomocy jest adekwatna do potrzeb, preferencji i oczekiwań osoby wspieranej (Cohen, 2004).

W niniejszym rozdziale omówiono związki między wsparciem społecznym a zdrowiem kobiet w ciąży i okresie poporodowym oraz zdrowiem i rozwojem dziecka. Wskazano pozytywne skutki doświadczania wsparcia ze strony otoczenia społecznego oraz negatywne następstwa deficytów w tym obszarze. Prezentowane treści dotyczą przede wszystkim związków między wsparciem społecznym a depresją w okresie ciąży i depresją poporodową.

W kontekście poruszanych w rozdziale problemów odwoływano się do następujących, wyróżnionych w literaturze, rodzajów wsparcia (Sęk, Cieślak, 2004; Sęk, 2005; Heszen, Sęk, 2007):

1. wsparcie emocjonalne – przekazywanie komunikatów (językowych i niejęzykowych) podtrzymujących, uspokajających, odzwierciedlających troskę, zainteresowanie i pozytywne nastawienie wobec osoby wspieranej (Cohen, 2004). Wsparcie emocjonalne umożliwia ekspresję emocji, rozładowanie

napięcia i utrzymanie nadziei (Cohen, 2004). Wpływa pozytywnie na nastrój osoby wspieranej, jest ukierunkowane na dowartościowanie i podniesienie jej samooceny oraz stworzenie poczucia przynależności i opieki (Becelewska, 2005);

2. wsparcie informacyjne – przekazywanie informacji, które pozwalają osobie wspieranej uzyskać lepszą orientację w sytuacji trudnej. W kontekście tematyki poruszanej w niniejszym rozdziale wsparcie informacyjne będzie związane z przekazywaniem informacji dotyczących choroby (depresji) oraz sposobów i efektów jej leczenia, jak również udzielaniem pełnych i zrozumiałych informacji dotyczących przebiegu ciąży, porodu i połogu oraz zdrowia dziecka;
3. wsparcie instrumentalne – rodzaj instruktażu polegającego na przekazywaniu informacji o konkretnych sposobach postępowania w sytuacji trudnej oraz forma modelowania skutecznych zachowań zaradczych;
4. wsparcie duchowe – forma oddziaływania ukierunkowana na wzmocnienie odporności psychicznej osoby znajdującej się w sytuacji trudnej, doświadczającej kryzysu psychologicznego, konfrontującej się z pytaniami natury egzystencjalnej bądź sytuacjami granicznymi. Wsparcie duchowe odnosi się do duchowego wymiaru funkcjonowania człowieka, sfery sensu i znaczenia życia i śmierci (Heszen, Sęk, 2007).

Poszczególne rodzaje wsparcia występują często łącznie lub dopełniają się w trakcie interakcji społecznych.

## Mechanizmy działania wsparcia społecznego

Wsparcie społeczne wpływa w sposób istotny i pozytywny na dobrostan fizyczny, psychologiczny, społeczny i duchowy, ponieważ zaspokaja potrzebę afiliacji, a także buduje bądź wzmacnia poczucie bezpieczeństwa, przewidywalności i kontroli. W tym kontekście jest stałą cechą relacji interpersonalnych, związaną z faktem przynależności do sieci społecznych. Przynależność do sieci społecznej wiąże się z kolei z możliwością uzyskania wsparcia informacyjnego, ułatwiającego podejmowanie decyzji i wyborów sprzyjających zdrowiu (np. prawidłowe odżywianie w ciąży, wykonywanie badań kontrolnych, unikanie zachowań ryzykownych) (Cohen, 2002; Cohen, 2004).

Inne wyjaśnienie mechanizmu wsparcia społecznego związane jest z postrzeganiem tego zasobu jako tarczy ochronnej (buforu), który zmniejsza lęk towarzyszący doświadczaniu stresu psychologicznego oraz łagodzi negatywne skutki stresu. Zgodnie z tym rola wsparcia może polegać np. na proponowaniu rozwiązań problemu, ukazywaniu alternatywnych perspektyw postrzegania problemu bądź odwracaniu uwagi od problemu. Wsparcie buforowe oddziałuje pozytywnie na dobrostan osoby wspieranej wtedy, gdy konfrontuje się ona ze stresującymi wydarzeniami życiowymi, i w tym rozumieniu nie jest stałą cechą relacji społecznych (Cohen, 2002; Cohen, 2004).

## Depresja w ciąży i okresie poporodowym

Łagodnych symptomów depresji, określanych jako smutek poporodowy lub przygnębienie poporodowe (*baby blues*, *postnatal blues*, *postpartum blues*), doświadcza 50–85% kobiet (Feligreras-Alcalá i wsp., 2020). Objawy, poza doświadczaniem emocji smutku, obejmują płaczliwość, wahania nastroju, rozdrażnienie i lęk. Objawy pojawiają się w ciągu 2–3 dni po porodzie i nasilają w kolejnych kilku dniach, ustępując około 10. dnia po porodzie (Feligreras-Alcalá i wsp., 2020). Smutek poporodowy nie prowadzi do poważnych zaburzeń zachowania i nie wymaga leczenia farmakologicznego. Korzystne jest jednak zapewnienie kobietom wsparcia emocjonalnego i informacyjnego. To pierwsze związane jest przede wszystkim z nieoceniającą, empatyczną i życzliwą postawą osób bliskich i personelu medycznego. Wsparcie informacyjne polega natomiast na udzielaniu informacji ułatwiających kobiecie po porodzie odnalezienie się w sytuacji, którą postrzega jako trudną. Objawy smutku poporodowego ustępują spontanicznie w ciągu 2 tygodni po porodzie, jednak u niektórych kobiet wystąpienie objawów może być czynnikiem ryzyka rozwoju depresji poporodowej lub poporodowych zaburzeń lękowych (Balaram, Marwaha, 2022).

Wśród czynników związanych z występowaniem depresji w ciąży wskazuje się: depresję w historii życia, brak wsparcia społecznego, doświadczenie przemocy, brak partnera, separację, rozwód, bezrobocie, nieplanowaną ciążę, palenie tytoniu w historii życia, palenie w ciąży (Yin i wsp., 2020). Brak wsparcia społecznego, wcześniejsze epizody zaburzeń psychicznych, narażenie na przemoc (w ciąży lub wcześniej) oraz niezadowolające relacje z innymi wyodrębniono m.in. jako istotne czynniki ryzyka rozwoju depresji w ciąży również w innym systematycznym przeglądzie i metaanalizie obejmującej 64 badania (Dadi i wsp., 2020). Zeng i wsp. (2022) zaobserwowali z kolei związku między gorszą jakością relacji w rodzinie a depresją w ciąży u kobiet w wieku 35 lat i powyżej.

Występowanie depresji w ciąży jest niższe w krajach o wysokich dochodach i znacznie wyższe w krajach o niskim i średnim statusie socjoekonomicznym (Dadi i wsp., 2020; Yin i wsp., 2020). Różnice te mogą być związane z wyższą jakością opieki medycznej, wykonywaniem badań przesiewowych oraz dostępnością interwencji terapeutycznych w krajach o wysokich dochodach (Yin i wsp., 2020).

Depresja poporodowa jest poważnym zaburzeniem nastroju, które dotyczy 10–22% kobiet w wieku rozrodczym (McCurdy i wsp., 2017). W praktyce klinicznej depresja poporodowa definiowana jest jako depresja, która pojawia się najczęściej w ciągu 4 tygodni po porodzie lub 3 miesiące po porodzie, lub 6 miesięcy po porodzie do 12. miesiąca od urodzenia dziecka (Stewart, 2016).

Stres, lęk i depresję w okresie ciąży postrzega się jako istotne czynniki prowadzące do stresu *in utero*, który pozostaje w związku z obniżonym funkcjonowaniem poznawczym i emocjonalnym oraz trudnościami w zachowaniu. Problemy w tych obszarach obserwuje się zarówno u noworodków, jak i w późniejszych stadiach rozwoju, także w okresie dorosłości (Mina, Reynolds, 2014; Pariante, Lapiz-Bluhm, 2014). Na podstawie systematycznego przeglądu i metaanalizy 13



badania Grigoriadis i wsp. (2019) ustalili, że doświadczanie lęku w okresie ciąży pozostawało w istotnym związku z depresją poporodową oraz trudnościami w karmieniu piersią. Stres prenatalny ma bezpośredni wpływ na neurogenezę, migrację neuronów, różnicowanie komórek, a więc procesy, które zachodzą w okresie prenatalnym (Mahino i wsp., 2017). Stres i depresja w okresie ciąży prowadzą do wzrostu glukokortykoidów, wpływając na strukturalny i funkcjonalny rozwój takich obszarów mózgu płodu, jak hipokamp, podwzgórze, przysadka (Mahino i wsp., 2017).

Waters i wsp. (2014) uważają, że depresja w ciąży może zwiększać ryzyko wystąpienia kaskady problemów zdrowotnych zarówno u matki, jak i u dziecka. W badaniach dotyczących dobrostanu kobiet w okresie okołoporodowym zaobserwowano związki między występowaniem depresji okołoporodowej a takimi problemami medycznymi, jak nadciśnienie, stan przedrzucawkowy oraz cukrzyca ciążowa (Grote i wsp., 2010).

Dubber i wsp. (2015) stwierdzili, że więź emocjonalna w relacji matka – płód, kształtująca się w okresie ciąży, oraz symptomy depresji poporodowej w istotny sposób determinują relację przywiązania w diadzie matka – dziecko w okresie poporodowym. Depresja w ciąży pozostaje w związku z przedwczesnym porodem (Szegda i wsp., 2014; Miller, 2022), komplikacjami podczas porodu, niską masą urodzeniową noworodka, zaburzeniami wzrostu (rozwoju) płodu (Ciesielski i wsp., 2015), komplikacjami położniczymi, komplikacjami dotyczącymi noworodka (Alderdice i wsp., 2013), konsekwencjami neurorozwojowymi (Vivenzio i wsp., 2018), próbami samobójczymi (Vigo i wsp., 2016) oraz depresją poporodową (Hartmann i wsp., 2017). Depresja w ciąży wiąże się z obserwowanymi u dzieci problemami w obszarze rozwoju emocjonalnego i przywiązania, trudnościami w nauce, niedożywieniem, zaburzeniami oddychania i wysokim ryzykiem wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego w późniejszym życiu (Dadi i wsp., 2020).

Termin „wystarczająco dobre rodzicielstwo” odnosi się do takich cech czy aspektów funkcjonowania matki, jak:

1. pierwotne zaabsorbowanie macierzyńskie,
2. zdolność do mentalizacji,
3. odzwierciedlanie i dostrojenie do dziecka,
4. wspieranie rozwoju dziecka,
5. zdolność do poprawy interakcji w sytuacji, gdy wystąpi niedostrojenie,
6. tolerowanie sprzecznych uczuć wobec dziecka, w tym także wrogości,
7. wspieranie separacji dziecka (Schier, 2018).

Wczesne interakcje matka – dziecko mają kluczowe znaczenie w budowaniu relacji przywiązania. Istotną rolę odgrywa w tym kontekście wrażliwość macierzyńska, czyli zdolność matki do odczytywania sygnałów wysyłanych przez dziecko (zarówno emocjonalnych, jak i tych, które manifestują się w jego zachowaniu) i właściwego reagowania na te sygnały (Raby i wsp., 2015).

Depresja poporodowa wiąże się z obniżoną wrażliwością macierzyńską (Nath i wsp., 2019), trudnościami w dopasowaniu się do potrzeb dziecka (Pearson i wsp., 2012), unikaniem fizycznego i emocjonalnego kontaktu z dzieckiem.

Kontakt przez dotyk ma tymczasem fundamentalne znaczenie dla dobrostanu dziecka (Schützenberger, 2017). W przekonaniu Gerhardt (2010, 76) „(...) stres i separacja mogą osłabić rozwój układu odpornościowego, natomiast ciepłe wczesne relacje prawdopodobnie go wzmacniają”. Autorka uważa również, że „układ odpornościowy pozostaje pod wpływem częstotliwości otrzymywanego dotyku – im więcej jesteśmy przytulani, tym więcej wytwarzamy przeciwciał” (Gerhardt, 2010, 76).

Depresja poporodowa pozostaje w związku z zaburzeniami przywiązania w relacji matka – dziecko (Dubber i wsp., 2015). U dzieci matek z zaburzeniami depresyjnymi obserwuje się przywiązanie zdeorganizowane (zdezorientowane) (Schier, 2018). Oznacza to, że opiekun (matka) nie stanowi dla dziecka „bezpiecznej bazy”, która pozwala na eksplorację otoczenia. Zaburzenia w procesie budowania bliskich więzi przyczyniają się do powstania deficytów w obrębie złożonych zdolności metapoznawczych, obejmujących m.in. tworzenie obrazu psychicznego innych ludzi, odczytywanie intencji i motywów podejmowanych przez nich działań oraz budowanie relacji opartych na uwzględnianiu perspektywy, potrzeb i uczuć innych osób (Schier, 2018). Konsekwencje depresji poporodowej są długoterminowe i uwidaczniają się m.in. w zachowaniach destruktywnych i zaburzeniach lękowych u dzieci (Pilowsky i wsp., 2006; Biederman i wsp., 2010). Jak zauważa Orwid (2009), dzieci, u których obserwuje się zaburzenia zachowania, łączy wspólne doświadczenie – wczesnodziecięca utrata, czyli np. odrzucenie, i związana z tym deprywacja emocjonalna. W przekonaniu Andreolego (2007) depresja dziecięca, której występowanie przyjmowano do niedawna z oporem, może pojawić się już w 1. roku życia i wiąże się przede wszystkim z oderwaniem od matki i jej czasową nieobecnością, spowodowaną np. powrotem do aktywności zawodowej. Pearson i wsp. (2013) w badaniach, którymi objęto ponad 4,5 tysiąca rodziców, ustalili, że depresja matki w okresie ciąży była istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju depresji u dziecka w wieku 18 lat.

## **Wsparcie społeczne w ciąży, podczas porodu i w okresie poporodowym**

Wsparcie społeczne pozostaje w pozytywnym związku ze zdrowiem psychicznym kobiet po porodzie (Cheng i wsp., 2022). Tani i Castagna (2016) w swych badaniach wykazały, że wsparcie społeczne jest czynnikiem ochronnym, wpływającym na czas trwania porodu oraz subiektywnie odczuwany ból. Kobiety, które w okresie ciąży postrzegały swoich bliskich (rodzinę, przyjaciół, partnera) jako dostępne źródła wsparcia, miały mniejszą potrzebę korzystania z leków usmierzających ból porodowy i wymagały podania mniejszej ilości oksytocyny w celu nasilenia skurczów porodowych, a ich poród przebiegł prawidłowo.

Związki między wsparciem społecznym i bólem w ciąży zaobserwowano również w badaniach Yamady i wsp. (2021). Zdaniem autorów wsparcie społeczne można uznać za istotny czynnik w zapobieganiu bólom w ciąży oraz radzeniu sobie z nimi. W badaniu obejmującym ponad 94 tysiące kobiet w ciąży usta-

lono, że deficyty w zakresie wsparcia społecznego i doświadczany w związku z tym stres psychologiczny (jako czynnik pośredniczący) pozostawały w związku z pojawieniem się (nasileniem) skurczów przepowiadających w drugim i trzecim trymestrze ciąży. W badanej grupie 61,8% kobiet określało ból jako łagodny, a 22,4% jako umiarkowany, ostry lub bardzo ostry (Yamada i wsp., 2021).

W badaniach irańskich jakość relacji między małżonkami uznano za najważniejszy czynnik mający wpływ na zdrowie psychiczne kobiet w ciąży, w tym na wystąpienie objawów depresji (Alipour i wsp., 2018). Poziom zadowolenia z małżeństwa pozostawał w istotnym negatywnym związku ze stopniem nasilenia lęku u kobiet, a jako główną przyczynę depresji w okresie ciąży wskazano przymoc domową (Alipour i wsp., 2018).

Ciąża i poród to jedno z najbardziej stresujących wydarzeń życiowych w cyklu życia kobiety (de Vries, Timmins, 2017). „Poród zawsze rozgrywa się na granicy życia i śmierci – w dodatku nie jednej osoby, ale co najmniej dwóch” (Eichelberger, Stanisławska, 2017, 123).

Tani i Castagna (2016), odwołując się do badań własnych, uznają, że poród jest doświadczeniem doniosłym, w którym wymiary fizyczny, psychologiczny i społeczny są ze sobą ściśle związane i jednocześnie wzajemnie na siebie oddziałują. Ciąża i poród to zjawiska, które w mniejszym lub większym stopniu związane są z doświadczaniem duchowości, a sposób doświadczania (przeżywania) duchowości pozostaje z kolei w związku z indywidualnymi cechami jednostki oraz jej doświadczeniami w cyklu życia. Doświadczenia te, w powiązaniu z czynnikami socjoekonomicznymi, kulturowymi oraz przekonaniami religijnymi, wpływają na przebieg porodu (Backes i wsp., 2022). Duchowość pomaga jednostce w funkcjonowaniu w rzeczywistości społecznej, sprzyja utrzymaniu wewnętrznej równowagi oraz radzeniu sobie z bólem związanym z faktem przemijania życia (Lavorato-Neto i wsp., 2018). Duchowość, jako znaczący wymiar ludzkiego życia, powinna być integralnym aspektem opieki zdrowotnej.

W badaniach irańskich zaobserwowano, że duchowość odgrywa istotną rolę w radzeniu sobie ze stresem związanym z ciążą (Dolatian i wsp., 2017). W innych badaniach przeprowadzonych w Iranie stwierdzono, że wysoki poziom zdrowia duchowego kobiety w ciąży pozostaje w pozytywnym związku z zachowaniami wspierającymi budowanie więzi w relacji matka – płód (Zahrani i wsp., 2020), m.in. takimi jak: przemawianie do płodu, śpiewanie mu, czytanie poezji. Zwracając uwagę na tego rodzaju zachowania, jak również uwzględniając znaczenie duchowości w rutynowej opiece nad kobietą w ciąży, personel medyczny może wzmacniać zdrowie psychiczne kobiety oraz zdrowie dziecka w okresie po porodzie (Zahrani i wsp., 2020).

Poród jest wyzwaniem, które wiąże się zwykle z doświadczaniem stresu psychologicznego. Istotną rolę w jego łagodzeniu odgrywa wielowymiarowe wsparcie ze strony otoczenia społecznego – emocjonalne, informacyjne, instrumentalne i duchowe. Opieka uwzględniająca aspekty duchowe i empatyczna postawa położnych pozostają w istotnym związku z postrzeganiem porodu jako pozytywnego doświadczenia (Moloney, Gair, 2015). Z kolei brak empatii i nieuwzględnianie aspektów duchowych wiąże się z określonymi długotrwałymi

konsekwencjami – postrzeganiem porodu jako doświadczenia traumatycznego oraz trudnościami w budowaniu więzi z dzieckiem (Moloney, Gair, 2015). Medykalizacja porodu i niedostrzeganie duchowego wymiaru wydarzenia, jakim jest poród, może wpływać negatywnie na dobrostan psychiczny, emocjonalny i fizyczny kobiety (Crowther i wsp., 2021). Większość kobiet doświadcza podczas porodu silnych emocji, często trudnych, takich jak lęk, złość, upokorzenie, wstyd, i wyraża je w sposób bardzo ekspresyjny, co może powodować dyskomfort personelu medycznego. Oczekiwanie, aby kobiety ograniczyły własną ekspresję emocjonalną, nie jest jednak korzystne ani dla rodzącej kobiety, ani dla rodzącego się dziecka, nie wpływa pozytywnie na przebieg porodu i nie sprzyja budowaniu właściwej relacji lekarz – pacjentka (Eichelberger, Stanisławska, 2017). Krzyk czy wyrażanie złości osłabia poczucie bólu, redukuje napięcie. Stąd też zapewnienie kobietom wielowymiarowego wsparcia podczas porodu jest kluczowe dla ich dobrostanu.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) rekomenduje wspieranie kobiet w ich decyzjach i wyborach w trakcie porodu, aby poprawić przebieg porodu i zwiększyć tym samym zadowolenie kobiet (WHO, 2015; WHO, 2016, za: Bohren i wsp., 2017).

Opieka podczas porodu powinna obejmować wsparcie emocjonalne (postrzegane m.in. jako towarzyszenie, stała obecność przygotowanych do tego osób) oraz udzielanie informacji na temat porodu – jego faz, przebiegu, czasu trwania itp. Wspieranie może wyrażać się także w przekazywaniu informacji dotyczących technik radzenia sobie (z bólem, lękiem), zapewnianiu kobiecie komfortu poprzez dotyk, masaż, ciepłe kąpiele/prysznic, zachęcaniu do poruszania się i przyjmowania płynów, a także w komunikowaniu personelowi medycznemu potrzeb i preferencji kobiety, jeśli zajdzie taka potrzeba. Zapewnianie kobietom wsparcia podczas porodu wpływa korzystnie na fizjologiczny przebieg porodu oraz zwiększa u kobiet poczucie kontroli i zaufania do własnych zasobów, w tym zaufania do własnej zdolności urodzenia dziecka (Bohren i wsp., 2017).

Przekazywanie pozytywnych emocji, zrozumienia i troski odbywa się nie tylko w trakcie komunikacji słownej, ale również poprzez dotyk. Dotyk, jako jeden z elementów wsparcia społecznego, wraz z innymi jego formami – udzielaniem informacji, towarzyszeniem, aktywnym słuchaniem i odzwierciedlaniem emocji – może wpływać pozytywnie na zdrowie fizyczne, dobrostan psychiczny oraz postrzeganie bólu. Reddan i wsp. (2020) wykazali np., że wsparcie zapewniane przez partnera redukuje ból odczuwany przez kobiety. Doświadczenie ulgi od bólu wiązało się z trzema rodzajami dotyku: delikatnym głaskaniem, masażem i trzymaniem za rękę (Reddan i wsp., 2020).

W badaniach nigeryjskich zaobserwowano, że wsparcie ze strony męża, zarówno duchowe (modlitwa i post), jak i emocjonalne, było najbardziej oczekiwane i doceniane przez kobiety w okresie ciąży. Wsparcie duchowe wpływało pozytywnie zarówno na dobrostan kobiety w ciąży, jak i na przebieg porodu, który oceniano jako krótszy (Arisukwu i wsp., 2021).

Nissar i wsp. (2020) na podstawie systematycznego przeglądu badań i meta-analizy obejmującej 104 badania ustalili, że dobre relacje w rodzinie i doświad-

czanie wsparcia społecznego w ciąży i po porodzie są czynnikami ochronnymi, obniżającymi ryzyko rozwoju depresji poporodowej. Tani i Castagna (2016) wykazały, że wsparcie społeczne wpływa pozytywnie na przebieg porodu, z kolei łatwiejszy poród uznać należy za czynnik przeciwdziałający wystąpieniu objawów depresji. Bohren i wsp. (2017) dokonali systematycznego przeglądu 26 badań (realizowanych w 17 krajach i obejmujących łącznie ponad 15 tysięcy kobiet) dotyczących wsparcia udzielanego kobietom podczas porodu. Analiza zgromadzonego materiału badawczego pozwoliła stwierdzić, że zapewnienie kobietom stałego wsparcia podczas porodu przez przygotowane do tego osoby (np. doule) pozostaje w związku z krótszym czasem porodu, sprzyja parciu spontanicznemu oraz zmniejsza prawdopodobieństwo parcia sterowanego, rozwiązania ciąży przez cięcie cesarskie, stosowania środków znieczulających i urodzenia dziecka z niskimi wynikami w skali Apgar. Zapewnienie stałego wsparcia w trakcie porodu wiązało się także z werbalizowaną przez kobiety bardziej pozytywną oceną samego doświadczenia porodu. Wsparcie emocjonalne i informacyjne, troszczenie się o komfort kobiety oraz komunikowanie jej potrzeb w interakcjach z personelem medycznym może obniżyć lęk związany z porodem (Bohren i wsp., 2017).

Verner i wsp. (2020) ustalili, że wsparcie społeczne lub jego brak w okresie ciąży może potencjalnie wpływać na zdrowie dziecka, a w dłuższej perspektywie – także na ryzyko rozwoju chorób oraz proces starzenia się. Wynik badań hiszpańskich wskazują, że wsparcie społeczne w okresie ciąży można postrzegać jako czynnik obniżający ryzyko rozwoju otyłości i nadwagi w pierwszych 18 miesiącach życia u dzieci pochodzących z rodzin o niskich dochodach (Katzow i wsp., 2019).

Martin i Brock (2023) udokumentowały korzyści wynikające z wzajemnego wspierania się partnerów (rodziców). Wysoki poziom wsparcia zapewnianego kobiecie przez ojca dziecka pozostawał w związku z niższym nasileniem stresu doświadczanego przez kobietę, co prowadziło do obniżenia napięcia w relacji matka – dziecko. Z kolei wyższy poziom wsparcia dostarczanego ojcu dziecka przez matkę obniżał poziom stresu ojca i również łagodził napięcie w relacji ojciec – dziecko (Martin, Brock, 2023).

W badaniach, którymi objęto 2399 kobiet w Stanach Zjednoczonych, zaobserwowano, że zarówno religijność, jak i duchowość pozostają w związku z mniejszym nasileniem symptomów depresji w okresie pierwszych 12 miesięcy po porodzie (Cheadle i wsp., 2018). Rolę subiektywnie postrzeganego wsparcia społecznego oraz wsparcia duchowego w łagodzeniu symptomów depresji u kobiet po porodzie dostrzeżono również w badaniach irańskich (Akbari i wsp., 2020).

W wielu badaniach udokumentowano także związki między brakiem wsparcia a problemami w obszarze zdrowia psychicznego i przystosowania u kobiet w okresie okołoporodowym. I tak np. w badaniach Séguin i wsp. (1999) niski poziom wsparcia społecznego, zarówno informacyjnego, jak i emocjonalnego, uznano za jeden z istotnych czynników ryzyka rozwoju depresji poporodowej u kobiet o niskim statusie socjoekonomicznym. W systematycznym przeglądzie badań prowadzonych w Chinach (Nissar i wsp., 2020) wykazano, że problemy

małżeńskie, konflikty w rodzinie oraz doświadczanie przemocy po porodzie są istotnymi przyczynami depresji poporodowej. Istotne związki między deficytami w zakresie spostrzeganego wsparcia a wysokim poziomem depresji zaobserwowali także Akbari i wsp. (2020). Niedobory w zakresie wsparcia społecznego pozostają w związku z ryzykiem wystąpienia depresji, lęku i samouszkodzeń w okresie ciąży, podczas gdy wysoki poziom wsparcia ze strony otoczenia można postrzegać jako czynnik ochronny w kontekście wymienionych problemów (Bedaso i wsp., 2021). Występowanie myśli i zachowań związanych z samouszkodzaniem dotyczy od 5 do 14% kobiet w ciąży i po porodzie (Lindahl i wsp., 2005). Samouszkodzenia w ciąży są jedną z niebezpośrednich przyczyn śmierci kobiet, szczególnie tych, u których już wcześniej występowały problemy w obszarze zdrowia psychicznego (Bedaso i wsp., 2021). Zwraca się jednocześnie uwagę na to, że brakuje spójnych danych dotyczących śmierci w wyniku samouszkodzeń w okresie ciąży i po porodzie (Mangla i wsp., 2019). Znaczącym czynnikiem ryzyka śmierci kobiet w ciąży i okresie poporodowym jest również przemoc ze strony partnera (Mangla i wsp., 2019).

Niemożność odnalezienia się w roli „dobrej matki”, związana z doświadczaniem trudności w budowaniu więzi z dzieckiem oraz rozpoznawaniu i zaspokajaniu jego potrzeb, często wywołuje u kobiet poczucie winy oraz lęk przed negatywną oceną ze strony otoczenia społecznego i może prowadzić do ukrywania objawów pogorszenia nastroju. Wiele kobiet nie zgłasza skarg na złe samopoczucie również w obawie przed stygmatyzacją związaną z korzystaniem z pomocy psychologa lub psychiatry i rozpoznaniem zaburzenia psychicznego. W konsekwencji kobiety doświadczają nie tylko trudnych emocji wynikających z nieradzenia sobie w znaczącej dla nich roli (matki), ale także poczucia osamotnienia i braku zrozumienia. Jeśli najbliższe otoczenie nie dostrzega niepokojących objawów, bagatelizuje je bądź im zaprzecza, kobiety nie otrzymują profesjonalnej pomocy w żadnej formie lub otrzymują ją zbyt późno. Konstatacja ta jest niepokojąca, ponieważ nieleczona depresja, zarówno w okresie ciąży, jak i po porodzie, jest związana z poważnymi konsekwencjami dla życia i zdrowia matki oraz dla życia, zdrowia i rozwoju dziecka. Jak najszybsze rozpoznanie zaburzeń w obszarze zdrowia psychicznego oraz podejmowanie interwencji terapeutycznych jest konieczne, jeśli uwzględni się poważne konsekwencje depresji, psychozy czy zaburzeń lękowych w ciąży i okresie poporodowym. Zaburzenia nastroju w okresie poporodowym stanowią zagrożenie dla życia matki oraz dziecka, zwiększając ryzyko samobójstwa matki, ryzyko wyrządzenia krzywdy dziecku (dzieciobójstwo) oraz ryzyko samobójstwa rozszerzonego. Samobójstwo jest jedną z przyczyn śmierci w okresie okołoporodowym (Gressier i wsp., 2017).

## Podsumowanie

Skutki nierozpoznanych i nieleczonych zaburzeń psychicznych w okresie ciąży i po porodzie są wielowymiarowe i długotrwałe. Wsparcie społeczne, w różnych jego formach i przejawach, może zmniejszać ryzyko wystąpienia objawów za-

burzeń, jak również wpływać na ich nasilenie i utrzymywanie się. Skuteczność wsparcia ukierunkowanego na poprawę dobrostanu fizycznego, psychospołecznego i duchowego kobiety w ciąży i po porodzie zależy przede wszystkim od tego, czy – i w jakim stopniu – podejmowane interwencje są spójne z jej potrzebami i oczekiwaniami. Rola wsparcia społecznego w okresie okołoporodowym – zarówno formalnego i profesjonalnego, jak i tego, którego źródłem są osoby bliskie – jest doniosła, jeśli uwzględni się fakt, że stan emocjonalny kobiety pozostaje w istotnym związku ze zdrowiem, rozwojem i funkcjonowaniem dziecka, a często również ojca dziecka i innych osób w systemie, jakim jest rodzina.

## Bibliografia

- Akbari, V., Rahmatinejad, P., Shater, M. M., Vahedian, M., & Khalajinia, Z. (2020). Investigation of the relationship of perceived social support and spiritual well-being with postpartum depression. *Journal of Education and Health Promotion*, 9, 174.
- Alderdice, F., McNeill, J., & Lynn, F. (2013). A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery*, 29(4), 389–399.
- Alipour, Z., Kheirabadi, G. R., Eslami, A. A., & Kazemi, A. (2018). Psychological profiles of risk for antenatal depression and anxiety in Iranian sociocultural context. *Journal of Education and Health Promotion*, 7, 160.
- Andreoli, V. (2009). *Zrozumieć cierpienie. Aby ból ustąpił radości*. Kraków: Wydawnictwo Homini.
- Arisukwu, O., Igbolekwu, C. O., Oyekola, I. A., Oyeyipo, E. J., Asamu, F. F., & Osueke, O. N. (2021). Spousal support during pregnancy in the Nigerian rural context: a mixed methods study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 1(1), 772.
- Backes, D. S., Gomes, E. B., Rangel, R. F., Rolim, K. M. C., Arrusul, L. S., & Abaid, J. L. W. (2022). Meaning of the spiritual aspects of health care in pregnancy and childbirth. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30, e3774
- Balaram, K., & Marwaha, R. (2023). Postpartum Blues. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Becelewska, D. (2005). Wsparcie emocjonalne w pracy socjalnej. Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk.
- Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., & Sibbritt, D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*, 18(1), 162.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Hirshfeld-Becker, D. R., Friedman, D., Robin, J. A., & Rosenbaum, J. F. (2001). Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 158(1), 49–57.
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD003766.
- Cheadle, A. C. D., Dunkel Schetter, C., & Community Child Health Network (CCHN) (2018). Mastery, self-esteem, and optimism mediate the link between religiousness and spirituality and postpartum depression. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(5), 711–721.
- Cheng, B., Roberts, N., Zhou, Y., Wang, X., Li, Y., Chen, Y., Zhao, Y., Deng, P., Meng, Y., Deng, W., & Wang, J. (2022). Social support mediates the influence of cerebellum functional connectivity strength on postpartum depression and postpartum depression with anxiety. *Translational Psychiatry*, 12(1), 54.

- Ciesielski, T. H., Marsit, C. J., & Williams, S. M. (2015). Maternal psychiatric disease and epigenetic evidence suggest a common biology for poor fetal growth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 192.
- Cohen, S. (2002). Psychosocial stress, social networks, and susceptibility to infection. In H. G. Koenig, H. J. Cohen (Eds.). *The Link between Religion and Health: Psychoneuroimmunology and the Faith Factor* (pp. 101–123). New York: Oxford University Press.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676–684.
- Crowther, S. A., Hall, J., Balabanoff, D., Baranowska, B., Kay, L., Menage, D., & Fry, J. (2021). Spirituality and childbirth: An international virtual co-operative inquiry. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 34(2), e135–e145
- Dadi, A. F., Miller, E. R., Bisetegn, T. A., & Mwanri, L. (2020). Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. *BMC Public Health*, 20(1), 173.
- Dolatian, M., Mahmoodi, Z., Dilgony, T., Shams, J., & Zaeri, F. (2017). The Structural Model of Spirituality and Psychological Well-Being for Pregnancy-Specific Stress. *Journal of Religion And Health*, 56(6), 2267–2275.
- Dubber, S., Reck, C., Müller, M., & Gawlik, S. (2015). Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 18(2), 187–195.
- Eichelberger, W., & Stanisławska, I. A. (2017). Być lekarzem, być pacjentem. Rozmowy o psychologii relacji. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Fatima, M., Srivastav, S., & Mondal, A. C. (2017). Prenatal stress and depression associated neuronal development in neonates. *International Journal of Developmental Neuroscience: the Official Journal of the International Society for Developmental Neuroscience*, 60, 1–7.
- Fekadu Dadi, A., Miller, E. R., & Mwanri, L. (2020). Antenatal depression and its association with adverse birth outcomes in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 15(1), e0227323.
- Feligreras-Alcalá, D., Frías-Osuna, A., & Del-Pino-Casado, R. (2020). Personal and Family Resources Related to Depressive and Anxiety Symptoms in Women during Puerperium. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 5230.
- Gerhard, S. (2010). Znaczenie miłości. Jak uczucia wpływają na rozwój mózgu. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gressier, F., Guillard, V., Cazas, O., Falissard, B., Glangeaud-Freudenthal, N. M., & Sutter-Dallay, A. L. (2017). Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 284–291.
- Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Vigod, S. N., Dennis, C. L., Steiner, M., Brown, C., Cheung, A., Dawson, H., Rector, N. A., Guenette, M., & Richter, M. (2019). A systematic review and meta-analysis of the effects of antenatal anxiety on postpartum outcomes. *Archives of Women's Mental Health*, 22(5), 543–556.
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S., & Katon, W. J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1012–1024.
- Hartmann, J. M., Mendoza-Sassi, R. A., & Cesar, J. A. (2017). Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados [Postpartum depression: prevalence and associated factors]. *Cadernos de Saude Publica*, 33(9), e00094016.
- Heszen, I., & Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Katzow, M., Messito, M. J., Mendelsohn, A. L., Scott, M. A., & Gross, R. S. (2019). The Protective Effect of Prenatal Social Support on Infant Adiposity in the First 18 Months of Life. *The Journal of Pediatrics*, 209, 77–84.
- Knoll, N., & Schwarzer, R. (2004). „Prawdziwych przyjaciół...” Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W H. Sęk, R. Cieślak (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (ss. 29–48). Warszawa: PWN.



- Lavorato-Neto, G., Rodrigues, L., Turato, E. R., & Campos, C. J. G. (2018). The free spirit: spiritualism meanings by a Nursing team on psychiatry. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 280–288.
- Lindahl, V., Pearson, J. L., & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 77–87.
- Mangla, K., Hoffman, M. C., Trumpff, C., O'Grady, S., & Monk, C. (2019). Maternal self-harm deaths: an unrecognized and preventable outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(4), 295–303.
- Martin, R. C. B., & Brock, R. L. (2023). The importance of high-quality partner support for reducing stress during pregnancy and postpartum bonding impairments. *Archives of Women's Mental Health*, 26(2), 201–209.
- McCurdy, A. P., Boulé, N. G., Sivak, A., & Davenport, M. H. (2017). Effects of Exercise on Mild-to-Moderate Depressive Symptoms in the Postpartum Period: A Meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 129(6), 1087–1097.
- Miller, E. S., Saade, G. R., Simhan, H. N., Monk, C., Haas, D. M., Silver, R. M., Mercer, B. M., Parry, S., Wing, D. A., Reddy, U. M., & Grobman, W. A. (2022). Trajectories of antenatal depression and adverse pregnancy outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(1), 108.e1–108.e9.
- Mina, T. H., & Reynolds, R. M. (2014). Mechanisms linking in utero stress to altered offspring behaviour. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 18, 93–122.
- Moloney, S., & Gair, S. (2015). Empathy and spiritual care in midwifery practice: Contributing to women's enhanced birth experiences. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 28(4), 323–328.
- Nath, S., Pearson, R. M., Moran, P., Pawlby, S., Molyneaux, E., & Howard, L. M. (2020). Maternal personality traits, antenatal depressive symptoms and the postpartum mother-infant relationship: a prospective observational study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(5), 621–634.
- Nisar, A., Yin, J., Waqas, A., Bai, X., Wang, D., Rahman, A., Li, X. (2020). Prevalence of perinatal depression and its determinants in Mainland China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 277, 1022–1037.
- Orwid, M. (2009). *Trauma*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Pariante, C. M., & Lapid-Bluhm, M. D. (2014). *Behavioral Neurobiology of Stress-Related Disorders* (pp. 93–122), vol 18. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Pearson, R. M., Evans, J., Kounali, D., Lewis, G., Heron, J., Ramchandani, P. G., O'Connor, T. G., & Stein, A. (2013). Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA Psychiatry*, 70(12), 1312–1319.
- Pearson, R. M., Melotti, R., Heron, J., Joinson, C., Stein, A., Ramchandani, P. G., & Evans, J. (2012). Disruption to the development of maternal responsiveness? The impact of prenatal depression on mother-infant interactions. *Infant Behavior & Development*, 35(4), 613–626.
- Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P. J., Rush, A. J., Hughes, C. W., Garber, J., Malloy, E., King, C. A., Cerda, G., Sood, A. B., Alpert, J. E., Wisniewski, S. R., Trivedi, M. H., Talati, A., Carlson, M. M., Liu, H. H., Fava, M., & Weissman, M. M. (2006). Children of currently depressed mothers: a STAR\*D ancillary study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(1), 126–136.
- Raby, K. L., Roisman, G. I., Fraley, R. C., & Simpson, J. A. (2015). The enduring predictive significance of early maternal sensitivity: social and academic competence through age 32 years. *Child Development*, 86(3), 695–708.
- Reddan, M. C., Young, H., Falkner, J., López-Solà, M., & Wager, T. D. (2020). Touch and social support influence interpersonal synchrony and pain. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 15(10), 1064–1075.
- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social Support. In H. Friedman (Ed.). *Encyclopedia of Mental Health*, III (pp. 535–544). New York: Academic Press.

- Schier, K. (2018). *Doroŝte dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Schützenberger, A. A. (2017). *Psychogenealogia w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Virgo.
- Séguin, L., Potvin, L., St-Denis, M., & Loiselle, J. (1999). Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth* (Berkeley, Calif.), 26(3), 157–163.
- Sęk, H. (2005). Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu. W D. Kubacka-Jasiecka, T. M. Ostrowski (red.). *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby* (ss. 87–107). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Sęk, H., & Cieślak, R. (2004). Wprowadzenie. W H. Sęk, R. Cieślak (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (ss. 7–10). Warszawa: PWN.
- Stewart, D. E., & Vigod, S. (2016). Postpartum Depression. *The New England Journal of Medicine*, 375, 2177–2186.
- Szegda, K., Markenson, G., Bertone-Johnson, E. R., & Chasan-Taber, L. (2014). Depression during pregnancy: a risk factor for adverse neonatal outcomes? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: the Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 27(9), 960–967.
- Tani, F., & Castagna, V. (2017). Maternal social support, quality of birth experience, and post-partum depression in primiparous women. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: the Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 30(6), 689–692.
- Tork Zahrani, S., Haji Rafiei, E., Hajian, S., Alavi Majd, H., & Izadi, A. (2020). The Correlation between Spiritual Health and Maternal-Fetal Attachment Behaviors in Pregnant Women Referring to the Health Centers in Qazvin, Iran. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 8(1), 84–91.
- Verner, G., Epel, E., Lahti-Pulkkinen, M., Kajantie, E., Buss, C., Lin, J., Blackburn, E., Räikkönen, K., Wadhwa, P. D., & Entringer, S. (2021). Maternal Psychological Resilience During Pregnancy and Newborn Telomere Length: A Prospective Study. *The American Journal of Psychiatry*, 178(2), 183–192.
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet. Psychiatry*, 3(2), 171–178.
- de Vries, J. M. A., & Timmins, F. (2017). Teaching psychology to nursing students—a discussion of the potential contribution of psychology towards building resilience to lapses in compassionate caring. *Nurse Education in Practice*, 26, 27–32.
- Vivenzio, V., Nardi, B., & Bellantuono, C. (2018). Depressione in gravidanza: focus sulla sicurezza dei farmaci antidepressivi [Depression in pregnancy: focus on the safety of antidepressant drugs.]. *Recenti Progressi in Medicina*, 109(9), 432–442.
- Waters, C. S., Hay, D. F., Simmonds, J. R., & van Goozen, S. H. (2014). Antenatal depression and children's developmental outcomes: potential mechanisms and treatment options. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(10), 957–971.
- Yamada, K., Kimura, T., Cui, M., Kubota, Y., Ikehara, S., Iso, H., & Japan Environment and Children's Study Group (2021). Social support, social cohesion and pain during pregnancy: The Japan Environment and Children's Study. *European Journal of Pain* (London, England), 25(4), 872–885.
- Yin, X., Sun, N., Jiang, N., Xu, X., Gan, Y., Zhang, J., Qiu, L., Yang, C., Shi, X., Chang, J., & Gong, Y. (2021). Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 83, 101932.
- Zeng, K., Li, Y., & Yang, R. (2022). The mediation role of psychological capital between family relationship and antenatal depressive symptoms among women with advanced maternal age: a cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 488.

# Objawy zaburzeń zdrowia psychicznego okresu okołoporodowego u mężczyzn

## Wprowadzenie

Wskazuje się, iż depresja, która należy do najczęściej spotykanych zaburzeń zdrowia psychicznego, może stanowić reakcję na jedno lub kilka wydarzeń życiowych, uznawanych za stresujące (Francis-Cheung, Grey, 2004). Cięża, według kwestionariusza *Social Readjustment Rating Scale*, autorstwa Thomasa Holmesa i Richarda Rahe'a, stanowi jedno z 43 wydarzeń życiowych, które wymagają od człowieka fundamentalnych zmian i różnego rodzaju dostosowania się (Holmes, Rahe, 1967). Zmiany oraz dostosowanie się dotyczą zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Aktualnie dobrze udokumentowane są doświadczane przez kobiety w trakcie ciąży intensywne zmiany emocjonalne i związana z nimi możliwość rozwinięcia *baby blues*, depresji czy psychozy poporodowej. Inaczej sprawa wygląda w przypadku mężczyzn. Depresja poporodowa u mężczyzn stanowi coraz częściej spotykane zjawisko, jednocześnie jest stosunkowo mało doniesień na ten temat.

## Epidemiologia

Dokładna częstotliwość występowania depresji poporodowej u mężczyzn jest trudna do ustalenia. Szacuje się, że aż 25% mężczyzn wykazuje objawy depresji poporodowej (Talarowska, 2020). Według Scarffa (2019) depresja poporodowa występuje u około 8–10% ojców, przy czym najwyższy odsetek zachorowań przypada między 3. a 6. miesiącem po porodzie. Autor zaznacza również, że choroba może rozwinąć się w ciągu całego roku, a nie tylko podczas 1. miesiąca

(Scarff, 2019). Analiza 43 międzynarodowych badań wykazała, że zaburzenia lękowe u mężczyzn wahały się między 4,1 a 16,0% w okresie prenatalnym i 2,4–18,0% w okresie postnatalnym (Leach i wsp., 2016). Metaanaliza przeprowadzona przez Cameron i wsp. wykazała, że wskaźnik depresji u ojców w okresie ciąży i do roku po porodzie wynosi 8,4%, ze wzrostem występowania depresji do 13% w okresie od 3 do 6 miesięcy po porodzie (Cameron i wsp., 2016). Gawlik i wsp. wykazali, że symptomy depresji występowały u 9,8% przyszłych ojców w okresie prenatalnym i u 7,8% ojców w okresie postnatalnym. Badanie prowadzono od drugiego trymestru ciąży partnerki do 6 tygodni po porodzie (Gawlik i wsp., 2014). W metaanalizie 47 badań Rao i wsp. ukazali, że częstotliwość występowania depresji poporodowej u mężczyzn wynosiła na przestrzeni trzech trymestrów: 9,76–13,59% w pierwszym, 11,31% w drugim i 10,12% w trzecim trymestrze. Natomiast po porodzie częstotliwość depresji poporodowej wynosiła 8,75% w ciągu całego roku: 8,98% w ciągu miesiąca, 7,82% w okresie od 1 do 3 miesięcy, 9,23% w okresie od 3 do 6 miesięcy oraz 8,40% w okresie od 6 do 12 miesięcy po porodzie (Rao i wsp., 2020).

## Przyczyny powstawania depresji

Przyczyny powstawania depresji mają charakter wieloczynnikowy. Jedną z teorii zakłada, że depresja ma podłoże biologiczne, które podkreśla rolę dysfunkcji w zakresie neuroprzekaznictwa serotonergicznego, dopaminergicznego, noradrenergicznego i acetylocholinergicznego (Duman, Aghajanian, 2012; Dean, Keshavan, 2017; Talarowska, 2020). W przypadku depresji występuje spadek poziomu noradrenaliny i serotoniny. Pacjenci depresyjni wykazywali również słabą aktywność dopaminergiczną, a wzmożone przewodnictwo cholinergiczne (Talarowska, 2020).

Z męską depresją wiązano również nieprawidłowości wewnątrzwydzielnicze. Nieprawidłową aktywność hormonalną, powstałą w wyniku zaburzeń rytmu okołodobowego, i będącą jej skutkiem zmniejszenie wydzielania melatoniny uważano za jeden z czynników wywołujących depresję. Ponadto do czynników tych zaliczono obniżenie poziomu tyreotropiny, hormonu wzrostu oraz wahania poziomu hormonu płciowego – testosteronu – oraz hormonu stresu – kortyzolu (Francis-Cheung, Grey, 2004; Talarowska, 2020).

Dzięki diagnostyce obrazowej zaobserwowano, że u osób chorujących na depresję zmniejsza się objętość określonych struktur mózgowia. Te struktury to m.in. obszar hipokampu, który odpowiedzialny jest za sterowanie funkcjami poznawczymi, samopoczuciem i emocjami, oraz obszar kory przedczołowej (Mac Queen, Frodl, 2011; Talarowska, 2020; Saran i wsp., 2021).

Istnieją również doniesienia potwierdzające zależność między stresem o charakterze przewlekłym a nawracającą depresją. Na zależność wpływa aktywacja osi stresu, czyli oś podwzgórze – przysadka – nadnercza, która uznawana jest za jeden z głównych regulatorów odpowiedzi organizmu na stres i stresory różnego pochodzenia. Nadmierna dynamika osi stresu doprowadza do zwiąk-

szonogo wydzielania wewnątrzpochodnych glikokortykoidów, co w rezultacie prowadzi do powstania oporności receptorowej na kortyzol (Janowski, Piasecka, 2012; Rolińska i wsp. 2017; Saran i wsp., 2021). Wysoki poziom kortyzolu zwiększa wydzielanie cytokin prozapalnych. Udowodniono, że cytokiny mogą powodować uczucie depresji (Dowlati i wsp., 2010; Janowski, Piasecka, 2012; Rolińska i wsp. 2017; Saran i wsp., 2021).

Czynnikiem bezpośrednio połączonym z depresją jest zaburzenie działania szlaku kinureninowego. Tryptofan jako aminokwas egzogeny biorący udział w syntezie białek jest składnikiem służącym do wytwarzania związków neuroaktywnych, takich jak serotonina, która wpływa na procesy poznawcze, samopoczucie i lęk. Serotonina może być przekształcana w melatoninę (Baranyi i wsp., 2017; Talarowska, 2020; Saran i wsp., 2021). Tryptofan jest rozkładany do kilku związków neuroaktywnych, w tym kwasu kinureninowego i kwasu chinolinowego, które oddziałują na receptory neuroprzebieżników, a co za tym idzie – wpływają na fizjologię mózgu (Schwarcz i wsp., 2012; Saran i wsp., 2021). Szlak kinureninowy degradacji tryptofanu jest nadmiernie aktywowany w zaburzeniach depresyjnych oraz przewlekłym stresie, głównie poprzez cytokiny prozapalne (Saran i wsp., 2021). Zgodnie z teorią kinureninową mediatory prozapalne aktywują enzym indoloamino-2,3-dioksygenazy, który jest obecny w neuronach i mikrogleju. Enzym ten katalizuje tryptofan w neuroaktywną substancję, czyli w kinureninę (Talarowska, 2020; Saran i wsp., 2021).

Marin i wsp. wykazali, że jednym z czynników powstawania depresji jest zaburzona mikroflora jelitowa. Badanie przeprowadzono na przewlekle zestresowanych myszach. Zaobserwowano u nich zmniejszony poziom *Lactobacillus* i zwiększony poziom krążącej kinureniny. W badaniu wykazano również, że przywrócenie prawidłowego poziomu *Lactobacillus* w jelitach powodowało zminimalizowanie nieprawidłowości behawioralnych (Marin i wsp., 2017).

## Czynniki ryzyka depresji poporodowej u mężczyzn

Do czynników ryzyka wystąpienia depresji poporodowej u mężczyzn zaliczamy przede wszystkim depresję u matki (Da Costa i wsp., 2017; Kubicka-Kraszyńska, 2018; Scarff, 2019; Sokół-Szawłowska, 2020; Talarowska, 2020; Wang i wsp., 2021; Chhabra i wsp., 2022). Z badań Chhabry i wsp. wynika, że zaburzenia depresyjne matki zwiększają ryzyko depresji okołoporodowej u ojca ponad trzykrotnie (Chhabra i wsp., 2020). W metaanalizie Thiel i wsp. wykazano, że zachodzi dodatnia korelacja między depresją ojcowską a depresją matki w całym okresie okołoporodowym (Thiel i wsp., 2020). Zdarza się, że choroba matki powoduje, że wszystkie obowiązki w opiece nad dzieckiem spadają na ojca. Część z ojców nie ma pojęcia o opiece nad dziećmi, co jest bardzo stresujące. W sytuacjach takich mężczyźni nie radzą sobie ze stresem (Wang i wsp., 2021).

Kolejnym czynnikiem ryzyka wystąpienia depresji jest niska jakość związku małżeńskiego czy partnerskiego (Bergström, 2013; Da Costa i wsp., 2017; Scarff, 2019; Chhabra i wsp., 2020; Talarowska, 2020; Chhabra i wsp., 2022).

Z badań wynika, że nieplanowana ciąża stanowi również czynnik ryzyka (Scarff, 2019; Chhabra i wsp., 2020; Talarowska, 2020). Zgłaszano także, iż nieplanowana ciąża zwiększa ryzyko okołoporodowego lęku i depresji ojca odpowiednio czterokrotnie i trzykrotnie (Chhabra i wsp., 2020). Nieplanowana ciąża może być stresująca dla ojców ze względu na brak przygotowania związanego z opieką nad niemowlakiem, ale może też wynikać z problemów finansowych.

Do innych czynników ryzyka wahania nastroju u mężczyzny w okresie ciąży partnerki należą: rodzinne występowanie depresji u obojga rodziców mężczyzny (Sokół-Szawłowska, 2020), wiek (Talarowska, 2020), trudności finansowe (Bergström, 2013; Da Costa i wsp., 2017; Kubicka-Kraszyńska, 2018; Scarff, 2019; Talarowska, 2020; Chhabra i wsp., 2022).

## Wymagania społeczne wobec mężczyzn a depresja

Zgodnie z większością opracowań socjologicznych zakres obowiązków i praw, które przypadają kobietom i mężczyznom, jest wyraźnie określony. Odmienność ról społecznych kobiet i mężczyzn wynika z ich odmienności biologicznej oraz różnic biologicznych w zakresie reprodukcji. Wskazuje się, iż podstawowym wzorcem różnicowania się ról związanych z płcią są role rodziców – odnoszących się do siebie wzajemnie, a także jako partnerów relacji. W tym kontekście dokonuje się proces stopniowego przyswajania ról rodzicielskich przez dziecko, będące uczestnikiem i obserwatorem. Późniejsze życie rodzinne dorosłego człowieka wypływa w ogromnej mierze z treści przyswojonych przez niego w dzieciństwie (Parsons, 1969; Kujawska, Huber, 2010).

Pełnienie roli ojca nie jest wpisane w rolę społeczną mężczyzny, w takim samym stopniu jak w przypadku kobiet. Opieka nad dziećmi była zawsze wpisana w zakres obowiązków kobiety. Stereotypowo mężczyzna powinien być niezależny, silny, dominujący. Powinna go również charakteryzować łatwość w podejmowaniu decyzji oraz skłonność do rywalizacji (Talarowska, 2020). W momencie kiedy mężczyzna manifestuje smutek, społeczeństwo postrzega to jako słabość. Często słyszymy, że mężczyźni nie płaczą.

Żyjemy w czasach, w których tradycyjny model męskości zderza się z nowym. Ten dawny tradycyjny model opiera się na rywalizacji, dominacji, doświadczaniu życia jako ciągłej walki. Natomiast nowy model męskości skupia się na m.in. na negowaniu tradycyjnego wzorca, na pogłębianiu więzi partnerskich oraz więzi z dziećmi, przyznawaniu się do posiadania wad, skupianiu się na własnym wyglądzie. W nowym modelu męskości zanika podział zachowań na to, co kobiece i męskie (Talarowska, 2020).

Na podstawie nowego modelu męskości wyodrębnił się nowy model ojca. Nowy ojciec spełnia się zawodowo, utrzymuje rodzinę, opiekuje się dziećmi, jest dla żony partnerem. Nie buduje autorytetu surowego władcy (Ratajczak, 2016).

## Obraz kliniczny depresji u ojców

Symptomy depresji poporodowej, zgodnie z klasyfikacją *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), nie różnią od innych typów depresji. Jednak mężczyźni doświadczający depresji poporodowej wykazują rozbieżny od kobiet obraz kliniczny jej przebiegu (Kielan i wsp., 2020).

Mężczyźni w depresji poporodowej są bardziej impulsywni, drażliwi, wycofani społecznie i mniej odporni na stres. Wykazują tendencje do zachowań ryzykownych oraz nadużywania substancji (Addis, 2008; Rol, Chodkiewicz, 2015; Sokół-Szawłowska, 2020). Ponadto mężczyźni częściej niż kobiety po porodzie doświadczają takich emocji jak smutek, strach, zaburzenia lękowe, bezsilność, frustracja, obawy o przyszłość (Francis-Cheung, Grey, 2004; Schumacher i wsp., 2008; Marciniowicz, Więdołcha, 2018; Talarowska, 2020).

W depresji poporodowej charakterystyczne zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn są również problemy ze snem, zaburzenia łaknienia, zaburzenia percepcji oraz anhedonia z poczuciem wyczerpania (Condon i wsp., 2004; Edward i wsp., 2015; Sokół-Szawłowska, 2020).

## Leczenie depresji

W Polsce, tak jak w wielu innych krajach, istnieją rekomendacje co do profilaktyki i leczenia depresji poporodowej u kobiet (Dominiak i wsp., 2020). Niestety nie ma konkretnych wytycznych dotyczących mężczyzn doświadczających depresji poporodowej. Istnieją natomiast wytyczne Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i konsultanta krajowego do spraw psychiatrii dorosłych odnoszące się do leczenia farmakologicznego epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających. Wytyczne te określają postępowanie terapeutyczne, ze szczególnym uwzględnieniem farmakoterapii (Samochowicz i wsp., 2021).

Zgodnie z zaleceniami planowanie leczenia powinno obejmować edukację pacjenta na temat choroby i opcji terapeutycznych z uwzględnieniem korzyści i ryzyka. Plan terapii powinien opierać się na zasadzie współdecydowania. Zaleca się również edukowanie rodzin i opiekunów osób chorych na depresję (Samochowicz i wsp., 2021).

W przypadku depresji od łagodnej do umiarkowanej zalecaną formą leczenia jest farmakoterapia i interwencje psychoterapeutyczne i psychospołeczne (Francis-Cheung, Grey, 2004; Cuijpers i wsp., 2014; Wiersma i wsp., 2014; Talarowska, 2020; Samochowicz i wsp., 2021; Saran i wsp., 2021). Forma leczenia zależy od wielu czynników, m.in. od dostępności, kosztów terapii, preferencji pacjenta co do sposobu leczenia, od rodzaju leków, chorób współistniejących i historii rodzinnej pacjenta (Samochowicz i wsp., 2021). Pacjenci, którzy wykazują objawy ciężkiego epizodu depresyjnego zagrażającego życiu, powinni być hospitalizowani.

Talarowska wskazuje, iż wśród form pomocy preferowanej przez mężczyzn manifestujących objawy depresji wymienia się: rozmowę z najlepszym przyja-

cielem lub członkiem rodziny (ale nie z partnerem), oczekiwanie na to, co będzie i czy samo przejdzie, odwracanie uwagi na różne sposoby (gry komputerowe, wycieczki, słuchanie radia), rozmowę z partnerem, modlitwę, trening i ćwiczenia fizyczne, konsultacje z lekarzem (nie specjalistą), przeglądanie Internetu, czytanie książek i oglądanie filmów w poszukiwaniu wiedzy na temat własnych przeżyć, spożywanie alkoholu, poświęcenie się pracy, a na ostatnim etapie – kontakt ze specjalistą z zakresu zdrowia psychicznego (Talarowska, 2020).

### **Leczenie farmakologiczne**

W przypadku włączenia farmakoterapii pacjent powinien być poinformowany o tym, że leki przeciwdepresyjne nie uzależniają. Istotną informacją jest fakt, że leki przeciwdepresyjne zaczynają działać po 2–4 tygodniach ich systematycznego przyjmowania i mogą one wywoływać objawy niepożądane. Pacjent musi być również świadomy, że antydepresanty należy zażywać codziennie według zaleceń lekarza, a nie doraźnie (Samochowiec i wsp., 2021).

Na początku pacjent musi mieć postawioną prawidłową diagnozę, określoną na podstawie przeprowadzonej oceny. Ocena objawów i ustalenie ciężkości epizodu depresyjnego pozwala dobrać farmakoterapię, w tym rodzaj leku i dawkowanie. Zgodnie z rekomendacjami nie należy unikać stosowania dawek maksymalnych (Samochowiec i wsp., 2021). Przez cały okres stosowania leków przeciwdepresyjnych trzeba kontrolować występowanie powikłań i odpowiedź kliniczną (Samochowiec i wsp., 2021).

Wśród leków najczęściej stosowanych są selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny oraz selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny. Trójcykliczne leki przeciwdepresyjne z uwagi na bardzo dużą liczbę objawów niepożądanych traktowane są jako leki drugiego rzutu (Talarowska, 2020; Samochowiec i wsp., 2021).

### **Interwencje psychoterapeutyczne**

W leczeniu depresji o łagodnym przebiegu czasami wystarcza psychoterapia, wsparcie najbliższych osób i psychospołeczne (Cuijpers i wsp., 2014; Wiersma i wsp., 2014; Samochowiec i wsp., 2021). Zależne jest to jednak od preferencji chorego i dostępu do psychoterapeuty. Aktualnie w Polsce dostęp do darmowej psychoterapii jest bardzo ograniczony, co należy uwzględnić, dobierając formę leczenia (Samochowiec i wsp., 2021). Jedną z metod psychoterapeutycznych rekomendowanych w leczeniu depresji jest psychoterapia poznawczo-behawioralna, której efektywność potwierdzona jest licznymi badaniami (Francis-Cheung, Grey, 2004; Talarowska, 2020; Samochowiec i wsp., 2021; Saran i wsp., 2021).

Terapia behawioralno-poznawcza skupia się na zmianie toku myślenia i zachowań w celu rozwiązania konkretnych problemów. Próbuje znaleźć sposoby na zmianę postrzegania problemów, które pogarszają nastroje osób chorujących na depresję. Terapeuta pomaga zrozumieć pacjentowi, że za jego stan odpowiadają przede wszystkim myśli, które najczęściej są mylne, nieracjonalne, zniekształcone. Kiedy człowiek to sobie uświadomi, może nastąpić u niego



zmiana negatywnego myślenia, a co za tym idzie – poprawa własnego postrzeżenia (Francis-Cheung, Grey, 2004; Talarowska, 2020).

Należy pamiętać, że leczenie depresji jest procesem długotrwałym. Czasami uzupełniająco zaleca się koloroterapię, fototerapię i różnego rodzaju metody wyciszające i przynoszące odprężenie i wewnętrzny spokój (Francis-Cheung, Grey, 2004; Cuijpers i wsp., 2013; Beis i wsp., 2015; Saran i wsp., 2021). Istnieją również dowody, że istotną rolę w leczeniu depresji i profilaktyce pierwotnej tej choroby odgrywa aktywność fizyczna (Gujral i wsp., 2019; Hu i wsp., 2019; Saran i wsp., 2021). Pacjent musi być również poinformowany o innych aktywnościach życia codziennego, np. o porze kładzenia się spać w sytuacji stosowania leków przeciwdepresyjnych sprzyjających zasypianiu (Samochowicz i wsp., 2021). Istnieją również doniesienia, że programy edukacyjne obejmujące oboje rodziców, z PPD lub bez, mogą być korzystne. Ponadto ogromne znaczenie ma wsparcie ze strony pracodawcy, takie jak płatny urlop ojcowski, który może pomóc mężczyznom w dostosowaniu się do nowej roli ojca i do zminimalizowania stresorów w okresie poporodowym (Kim, Swain, 2007; Scarff, 2019).

## Konsekwencje depresji poporodowej u ojców

Choroba, jaką jest depresja poporodowa, niesie za sobą określone konsekwencje i zagrożenia. Niekorzystne skutki depresji u ojców dotyczą ich samych, ale również całej rodziny i niemowlęcia.

Objawy depresji występujące w trakcie ciąży zarówno u matek, jak i ojców wpływają na ich zaangażowanie emocjonalne w stosunku do nienarodzonego jeszcze dziecka. Zaangażowanie to zależne jest również od jakości relacji partnerskiej między rodzicami (Talarowska, 2020).

Ojciec, który choruje na depresję, nie wykazuje zainteresowania potrzebami dziecka. Mniej angażuje się w stymulację poznawczą niemowlęcia. Ograniczeniu ulega komunikacja. Ojciec unika zabaw „twarzą w twarz”. Jeśli kontakt jest znikomy, to pojawiają się w nim różne negatywne emocje, takie jak złość, smutek, napięcie. Depresyjny ojciec nie wierzy w możliwości i zdolności własnego dziecka i ten brak wiary komunikuje. Zachowania depresyjnego ojca charakteryzują się brakiem konsekwentności. Ojciec taki potrafi z jednej strony być bardzo wymagający, a z drugiej – pobłażliwy (Sokół-Szawłowska, 2020; Talarowska, 2020). Dzieci z takiego środowiska, w którym ojciec przejawia więcej negatywnych zachowań, doświadczają więcej zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych (Wilson, Durbin, 2010; Stein i wsp., 2014). Dziecko na zasadzie wzorowania się przejmuje schematy myślowe, wzorce oraz sposoby zachowań, które stają się cechami jego charakteru (Talarowska, 2020).

Istnieją przekonujące dowody, że ojcowie z depresją wykazywali negatywne zachowania rodzicielskie, w tym zmniejszoną uczuciowość i zwiększoną agresywność wobec dzieci (Wilson, Durbin, 2010).

Depresja poporodowa u mężczyzn obniża również jakość pracy zawodowej (Sokół-Szawłowska, 2020).

## Podsumowanie

Kobieta w większości kultur ma społeczne przyzwolenie na łzy, rozdrażnienie, emocjonalność. Natomiast „prawdziwy mężczyzna nigdy nie płacze”. Stereotypy męskości i kobiecości są silnie zakorzenione w większości kultur. Depresja doświadczana przez ojców po narodzinach dziecka nie spotyka się z tak dużym zainteresowaniem badaczy i lekarzy.

Większość naukowców zajmujących się tematem depresji u ojców wyraźnie zaznacza, że depresja poporodowa nie jest oznaką słabości. Nie czyni nikogo złym rodzicem, nie oznacza też, że dana osoba nie kocha swojego dziecka. Choroba ta dotyka setki tysięcy ojców i jeśli się przydarzy, warto szukać pomocy.

Depresji poporodowej u mężczyzn nie powinno się bagatelizować. Przy dużym jej nasileniu młody tata może doświadczać myśli samobójczych. Tutaj dużą rolę odgrywają kobiety, które jako młode matki powinny być bardzo czujne i zwracać uwagę na zachowania swojego partnera, szczególnie na reakcje, które są odmienne od tych, które występowały u ich partnerów do tej pory. Nie powinno być bagatelizowane zachowanie budzące niepokój u młodych matek. Depresja u ojców wpływa bardzo destruktywnie na funkcjonowanie całej rodziny. Wzajemne wsparcie w trudnych chwilach jest podstawą dobrze funkcjonującej rodziny, a co za tym idzie – prawidłowego rozwoju dziecka.

## Bibliografia

- Addis, M. E. (2008). Gender and depression in men. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(3), 153–168.
- Baranyi, A., Amouzadeh-Ghadikolai, O., von Lewinski, D., Breiteneker, R. J., Rothenhäusler, H. B., Robier, C., Baranyi, M., Theokas, S., & Meinitzer, A. (2017). Revisiting the tryptophan-serotonin deficiency and the inflammatory hypotheses of major depression in a biopsychosocial approach. *PeerJ*, 5, e3968.
- Beis, D., Holzwarth, K., Flinders, M., Bader, M., Wöhr, M., & Alenina, N. (2015). Brain serotonin deficiency leads to social communication deficits in mice. *Biology Letters*, 11(3), 20150057.
- Bergström M. (2013). Depressive symptoms in new first-time fathers: associations with age, sociodemographic characteristics, and antenatal psychological well-being. *Birth* (Berkeley, Calif.), 40(1), 32–38.
- Cameron, E. E., Sedov, I. D., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 206, 189–203.
- Chhabra, J., Li, W., & McDermott, B. (2022). Predictive Factors for Depression and Anxiety in Men During the Perinatal Period: A Mixed Methods Study. *American Journal of Men's Health*, 16(1), 15579883221079489.
- Chhabra, J., McDermott, B., & Li, W. (2020). Risk factors for paternal perinatal depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Psychology of Men and Masculinities*, 21(4), 593–611.
- Condon, J. T., Boyce, P., & Corkindale, C. J. (2004). The First-Time Fathers Study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(1–2), 56–64.

- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 58(7), 376–385.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118–126.
- Da Costa, D., Zelkowitz, P., Dasgupta, K., Sewitch, M., Lowensteyn, I., Cruz, R., Hennegan, K., & Khalifé, S. (2017). Dads Get Sad Too: Depressive Symptoms and Associated Factors in Expectant First-Time Fathers. *American Journal of Men's Health*, 11(5), 1376–1384.
- Dean, J., & Keshavan, M. (2017). The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian Journal of Psychiatry*, 27, 101–111.
- Dominiak, M., Antosik-Wojcinska, A. Z., Baron, M., Mierzejewski, P., & Swiecicki, L. (2021). Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression. *Ginekologia Polska*, 92(2), 153–164.
- Dowlati, Y., Herrmann, N., Swardfager, W., Liu, H., Sham, L., Reim, E. K., & Lanctôt, K. L. (2010). A meta-analysis of cytokines in major depression. *Biological Psychiatry*, 67(5), 446–457.
- Duman, R. S., & Aghajanian, G. K. (2012). Synaptic dysfunction in depression: potential therapeutic targets. *Science (New York, N.Y.)*, 338(6103), 68–72.
- Edward, K. L., Castle, D., Mills, C., Davis, L., & Casey, J. (2015). An integrative review of paternal depression. *American Journal of Men's Health*, 9(1), 26–34.
- Francis-Cheung, T., & Grey, R. (2004). *Mężczyzna w depresji*. Warszawa: Muza.
- Gawlik, S., Muller, M., Hoffmann, L., Dienes, A., Wallwiener, M., Sohn, C., Schlehe, B., & Reck, C. (2014). Prevalence of paternal perinatal depressiveness and its link to partnership satisfaction and birth concerns. *Archives of Women's Mental Health*, 17(1), 49–56.
- Gujral, S., Aizenstein, H., Reynolds, C. F., 3rd, Butters, M. A., Grove, G., Karp, J. F., & Erickson, K. I. (2019). Exercise for Depression: A Feasibility Trial Exploring Neural Mechanisms. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 27(6), 611–616.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218.
- Hu, L., Smith, L., Imm, K. R., Jackson, S. E., & Yang, L. (2019). Physical activity modifies the association between depression and cognitive function in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 246, 800–805.
- Janowski, K., & Piasecka, M. (2012). *Kwestionariusz osobowości silnej immunologicznie*. Warszawa: Wydawnictwo Vizja Press&IT.
- Kim, P., & Swain, J. E. (2007). Sad dads: paternal postpartum depression. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, 4(2), 35–47.
- Kubicka-Kraszyńska, U. (2018). *Gdy macierzyństwo nie cieszy*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. Dostępne na: [https://rodzice.fdds.pl/wp-content/uploads/2018/12/gdy\\_macierzyństwo\\_nie\\_cieszy.pdf](https://rodzice.fdds.pl/wp-content/uploads/2018/12/gdy_macierzyństwo_nie_cieszy.pdf).
- Kujawska, M., & Huber, L. (2010). *Postawy rodzicielskie współczesnych ojców*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa.
- Leach, L. S., Poyser, C., Cooklin, A. R., & Giallo, R. (2016). Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 190, 675–686.
- MacQueen, G., & Frodl, T. (2011). The hippocampus in major depression: evidence for the convergence of the bench and bedside in psychiatric research? *Molecular Psychiatry*, 16(3), 252–264.
- Marcinowicz, P., & Więdołcha, M. (2018). Depresja okołoporodowa u ojców. W A. Mosiołek (red.). *Okołoporodowe zaburzenia psychiczne. Diagnostyka i standardy postępowania* (ss. 135–144). Nowa Wola: Prawo Medyczne 24.

- Marin, I. A., Goertz, J. E., Ren, T., Rich, S. S., Onengut-Gumuscu, S., Farber, E., Wu, M., Overall, C. C., Kipnis, J., & Gaultier, A. (2017). Microbiota alteration is associated with the development of stress-induced despair behavior. *Nature Scientific Reports*, 7, 43859.
- Parsons, T. (1969). *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa: PWN.
- Rao, W. W., Zhu, X. M., Zong, Q. Q., Zhang, Q., Hall, B. J., Ungvari, G. S., & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: A comprehensive meta-analysis of observational surveys. *Journal of Affective Disorders*, 263, 491–499.
- Ratajczak, Ł. P. (2016). *Ojcostwo w doświadczeniach niepełnoletnich chłopców*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Rol, P., & Chodkiewicz, J. (2015). Objawy atypowej depresji u mężczyzn uzależnionych od alkoholu – rola agresywności, impulsywności i bólu psychicznego. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 24(4), 199–207.
- Rolińska, A., Furmaga, J., & Czyżewski, W. (2017). Wpływ stresu na układ odpornościowy w przebiegu choroby nowotworowej z perspektywy biomedycznej. *Psychoonkologia*, 21(2), 58–65.
- Samochowiec, J., Dudek, D., Kucharska-Mazur, J., Murawiec, S., Rymaszewska, J., Cubała, W. J., Heitzman, J., Szulc, A., Bała, M., & Gałecki, P. (2021). Leczenie farmakologiczne epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających – wytyczne Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych. *Psychiatria Polska*, 55(2), 235–259.
- Saran, T., Mazur, A., & Łukasiewicz, J. (2021). Znaczenie aktywności fizycznej w prewencji zaburzeń depresyjnych. *Psychiatria Polska*, 55(5), 1025–1046.
- Scarff J. R. (2019). Postpartum Depression in Men. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 16(5–6), 11–14.
- Schumacher, M., Zubarán, C., & White, G. (2008). Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 21(2), 65–70.
- Schwarcz, R., Bruno, J. P., Muchowski, P. J., & Wu, H. Q. (2012). Kynurenines in the mammalian brain: when physiology meets pathology. *Nature reviews. Neuroscience*, 13(7), 465–477.
- Sokół-Szawłowska, M. (2020). Depresja okołoporodowa u ojców – niezauważalny obszar w psychiatrii. *Psychiatria*, 17(1), 36–40.
- Sokół-Szawłowska, M. (2020). Przypadki depresji okołoporodowej u ojców. *Psychiatria Polska*, 54(6), 1123–1135.
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M., & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* (London, England), 384(9956), 1800–1819.
- Szulc, A., Wciórka, J., Rymaszewska, J., Pilecki, M., Gałecki, P., & Sidorowicz, S. (2018). Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5. Wydawnictwo Edra Urban & Partner.
- Talarowska, M. (2020). *Depresje u mężczyzn*. Warszawa: Medical Education.
- Thiel, F., Pittelkow, M. M., Wittchen, H. U., & Garthus-Niegel, S. (2020). The Relationship Between Paternal and Maternal Depression During the Perinatal Period: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 563287.
- Wang, D., Li, Y. L., Qiu, D., & Xiao, S. Y. (2021). Factors Influencing Paternal Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 293, 51–63.
- Wiersma, J. E., Van Schaik, D. J., Hoogendorn, A. W., Dekker, J. J., Van, H. L., Schoevers, R. A., Blom, M. B., Maas, K., Smit, J. H., McCullough, J. P., Jr, Beekman, A. T., & Van Oppen, P. (2014). The effectiveness of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronic depression: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(5), 263–269.
- Wilson, S., & Durbin, C. E. (2010). Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 167–180.

**CZĘŚĆ II**  
**PRAKTYCZNY WYMIAR**  
**OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ**



# Zasady symulacji medycznej z uwzględnieniem kształcenia studentów położnictwa

## Wprowadzenie

W dynamicznie zmieniającym się współczesnym świecie modyfikacji ulegają różne aspekty życia. Należy też podkreślić, iż obecnie błędy medyczne są przyczyną wielu zgonów na świecie – bez wątpienia jedną z przyczyn popełniania tych błędów jest wadliwy system edukacji (Jones i wsp., 2015). Dlatego kształcenie w zawodach medycznych wymaga weryfikacji nie tylko wiedzy merytorycznej, ale również umiejętności wykorzystania jej w praktyce oraz szeregu umiejętności manualnych. Ponadto kluczowe jest rozwijanie zdolności nawiązywania kontaktu z pacjentem i jego rodziną, ponieważ w wielu sytuacjach ostateczny sukces terapeutyczny bazuje na jakości relacji stworzonej między pacjentem a medykiem. Zatem efektywny proces kształcenia zarówno lekarzy, pielęgniarek, położnych, jak i wielu innych przedstawicieli zawodów medycznych musi zawierać różne metody nauczania, aby absolwenci tych kierunków byli odpowiednio przygotowani w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji. Należy podkreślić, że wszelkie działania podejmowane na etapie kształcenia zarówno przed-, jak i podyplomowego mają służyć przede wszystkim zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentom, a także sukcesowi terapeutycznemu oraz dbałości o jakość świadczonych usług.

Zasadne jest, aby nauczanie umiejętności praktycznych, na jak najwcześniejszym etapie, odbywało się „przy łóżku pacjenta”, jednak istnieje szereg powodów, które utrudniają realizację tego istotnego założenia – zaczynając od trudności w zaplanowaniu kontaktu z pacjentami z konkretnymi dolegliwościami określonymi w efektach kształcenia danego przedmiotu, poprzez zmianę sposobu opieki, na dużej liczbie studentów i „zmęczeniu” nimi pacjentów kończąc.

Z tych powodów istotne znaczenie we współczesnym nauczaniu adeptów zawodów medycznych ma wykorzystanie ogromnego potencjału symulacji medycznej, która stała się pełnoprawną metodą kształcenia o udowodnionej skuteczności, co znalazło swoje odzwierciedlenie m.in. w tzw. piramidzie Millera, która opisuje zasady skutecznego połączenia posiadanej wiedzy i umiejętności praktycznych (Miller, 1990). Warto wspomnieć, iż dzięki warunkom „sztucznie” stworzonym nauczyciel może zaplanować realizację określonych sytuacji klinicznych, dzięki czemu studenci zetkną się z najbardziej istotnymi dla ich etapu edukacji jednostkami chorobowymi, a nie pacjentami obecnymi i dostępnymi podczas zajęć na oddziale czy w poradni.

Wspomniane trudności dotyczą również kształcenia na kierunku położnictwo, stąd opisane poniżej podstawowe zagadnienia metodologiczne oraz możliwości, które daje włączenie do procesu kształcenia zasobów symulacji medycznej, mogą być pomocne w modyfikacji dotychczasowych programów nauczania i dostosowaniu ich do zmieniających się warunków i oczekiwań.

## Podstawowe zasady symulacji medycznej

Podstawowym założeniem symulacji medycznej jest możliwość realizacji określonego działania w odpowiednio przygotowanych kontrolowanych warunkach. Dzięki wykorzystaniu sprzętu edukacyjnego, który bardzo często w najdrobniejszych szczegółach odwzorowuje urządzenia używane na co dzień w jednostkach opieki zdrowotnej, uczestnicy mają poczucie dużej „prawdziwości” realizowanych aktywności, a błędy popełniane w trakcie procesu doskonalenia poszczególnych umiejętności nie mają żadnego wpływu na zdrowie i życie pacjentów. Co istotne, oprócz bezpieczeństwa „prawdziwych” pacjentów należy dbać również o uczestników symulacji, a scenariusze powinny być realizowane w warunkach zgodnych z obowiązującymi standardami wiedzy (Czekajło i wsp., 2015).

W zależności od stopnia odwzorowania rzeczywistości, jak również zaawansowania technologicznego stosowanych sprzętów wyróżnia się:

- symulację niskiej wierności (NW, ang. *low fidelity*): polega na nauce i doskonaleniu pojedynczych umiejętności praktycznych; wykorzystywane są specjalne тренаżery (tronażer do iniekcji, tronażer do zgłębnikowania, tronażer do cewnikowania, tronażer do badania ginekologicznego itd.), a nauczyciel przebywa cały czas w sali ze studentami, na bieżąco oceniając ich postępy. Warto w tym miejscu wspomnieć, iż skuteczną metodą nauczania tych pojedynczych umiejętności jest tzw. metoda czterech kroków Peytona, która opiera się na stopniowym aktywizowaniu studenta, który najpierw obserwuje nauczyciela, następnie poszczególne etapy działania są wyjaśniane przez nauczyciela, a potem przez studenta, aby wreszcie student sam zaprezentował daną umiejętność (Giacomino i wsp., 2020);
- symulację pośredniej wierności (PW, ang. *medium fidelity*): dzięki wykorzystaniu stosunkowo prostych symulatorów człowieka możliwe jest realizowa-



nie bardziej złożonych umiejętności praktycznych, jednak nauczyciel zazwyczaj jest obecny podczas wykonywania działań, aby na bieżąco przekazywać informacje na temat aktualnego stanu pacjenta i wpływu podjętych aktywności (np. podstawowy symulator do nauki resuscytacji krążeniowo-oddechowej, symulator porodowy) (Yu So i wsp., 2019);

- symulację wysokiej wierności (WW, ang. *high fidelity*): scenariusze realizowane są w warunkach dobrze oddających rzeczywistość (sala szpitalna, sala operacyjna, sala porodowa, mieszkanie itd.), a ponadto wykorzystują zaawansowane technologicznie symulatory o wysokim stopniu podobieństwa do „prawdziwego” pacjenta (tzw. *human patient simulator*, HPS). Co więcej, możliwe jest modyfikowanie reakcji symulatora (np. zmiana parametrów życiowych, objawów stwierdzanych w badaniu przedmiotowym itd.) przez nauczyciela, który prowadzi scenariusz w osobnym pomieszczeniu (tzw. sterowni), mając bezpośredni dostęp do odpowiednio przygotowanego programu sterującego symulatorem. Powoduje to, że podejmowane przez studentów działania mogą przynieść efekt w postaci zmiany stanu pacjenta w czasie realizacji scenariusza (np. zaawansowany symulator dorosłego, zaawansowany symulator dziecka, zaawansowany symulator porodowy) (Carey, Rossler, 2022).

## Nauczanie umiejętności interpersonalnych

Z uwagi na wspomniane wcześniej trudności organizacyjne oraz wpływ na poczucie bezpieczeństwa pacjentów trudno jest w trakcie zajęć klinicznych prowadzić wystandaryzowane nauczanie umiejętności interpersonalnych. Z tego powodu istotnym wsparciem procesu dydaktycznego jest udział symulowanych pacjentów (ang. *simulated patient* – SP), dzięki którym w warunkach kontrolowanych i odtwarzalnych studenci mogą doskonalić umiejętności z zakresu prawidłowego nawiązywania kontaktu z pacjentem, co będzie pomocne w budowaniu relacji terapeutycznej w ich przyszłej pracy zawodowej. Koncepcja włączenia „fałszywych” pacjentów do procesu kształcenia została zaproponowana przez Barrowsa już w latach 60. XX w. i od tamtego czasu zyskała akceptację środowisk związanych z podnoszeniem jakości świadczeń medycznych oraz bezpieczeństwa pacjentów (Barrows, 1968).

W piśmiennictwie naukowym określeń „standaryzowany” lub „symulowany” pacjent używa się czasami wymiennie, stosując dodatkowo skrót SP, jednak należy podkreślić, iż wysoka dbałość o powtarzalność realizacji scenariusza przez SP nie jest priorytetem podczas ćwiczeń w trakcie nabywania określonych umiejętności, jednak o tę powtarzalność umożliwiającą standaryzację należy dbać podczas egzaminów, aby wszyscy uczestnicy mieli jak najbardziej zbliżone warunki realizacji zadań przy udziale SP, co zapewnia lepszą obiektywność. Zatem warto zapamiętać, iż standaryzowany pacjent jest zawsze pacjentem symulowanym, natomiast symulowany pacjent niekoniecznie musi być standaryzowanym.

Włączenie w proces nauczania symulowanego pacjenta pozwala na kształcenie i doskonalenie następujących kompetencji:

- zasad prawidłowej komunikacji – dając możliwość dostosowania stopnia trudności w relacji z pacjentem,
- zasad badania przedmiotowego – dzięki obecności faktycznych lub symulowanych objawów i/lub wykorzystaniu odpowiedniej charakteryzacji,
- zasad wykonywania wybranych nieinwazyjnych procedur medycznych – wykorzystując określone trenażery (tzw. symulacja hybrydowa) (Cleland i wsp., 2009).

W zależności od rodzaju zajęć i głównych założeń symulowany pacjent może odgrywać rolę: pacjenta, rodziny pacjenta lub członka zespołu terapeutycznego.

W odniesieniu do studentów położnictwa udział SP pozwala kształtować umiejętności nawiązywania prawidłowej relacji z kobietami na różnych etapach życia, nie tylko w czasie ciąży i/lub porodu. Co więcej, symulacja medyczna umożliwia także rozwijanie zdolności równoległego zadbania o potrzeby matki oraz noworodka, co pozwala na doskonalenie podzielności uwagi oraz szerokiej oceny poprawności tworzącej się relacji między dzieckiem a jego rodzicami.

Należy podkreślić, iż głównym celem współpracy z SP jest kształtowanie umiejętności nawiązywania kontaktu z pacjentem i jego rodziną, co wpływa na skuteczniejszą współpracę i realizację zaleceń medycznych, ale także podkreśla zasadność poznania perspektywy pacjenta. Taka koncepcja zajęć dydaktycznych akcentuje wartość relacji terapeutycznej opartej na obustronnym szacunku i zaufaniu, wracając do podstawowych założeń „sztuki medycznej” i wpisując się w zasady całościowej opieki nad pacjentem (ang. *whole-patient care model*) (Cleland i wsp., 2009).

Od lat 60. ubiegłego wieku trwają dyskusje nad korzyściami i ograniczeniami edukacji z udziałem symulowanych pacjentów. Ich wykorzystanie zestawia się z nauczaniem opartym na interakcji z prawdziwymi pacjentami oraz odgrywaniem ról przez studentów (ang. *role-playing*). Włączenie SP do kształcenia w zawodach medycznych zarówno przed-, jak i podyplomowego wzmacnia zasadność i skuteczność edukacji wykorzystującej symulację medyczną. Taka modyfikacja procesu dydaktycznego pozwala na lepsze przygotowanie kadry medycznej i podkreśla zasadność tworzenia relacji terapeutycznej opartej na zaufaniu i zrozumieniu, co przekłada się na uzyskiwaną skuteczność leczenia, ale także satysfakcję pacjenta oraz medyka. Warto podkreślić, iż obecność symulowanych pacjentów w procesie kształcenia stanowi jeden z silniejszych czynników motywujących do holistycznego podejścia do opieki nad pacjentem. Dodatkową wartością jest satysfakcja, jaką odczuwają osoby będące symulowanymi pacjentami, które chcą aktywnie uczestniczyć w procesie polepszania dostępnej opieki zdrowotnej (Nestel i wsp., 2011).

## Symulacja hybrydowa

Jest to metoda łącząca wykorzystanie odpowiednio zmodyfikowanych trenerów, dzięki którym studenci uczą się wykonywania określonych procedur oraz doskonałą umiejętność nawiązywania kontaktu z „żywym” człowiekiem, którym jest symulowany pacjent. Jest to znakomity sposób na to, by studenci jednocześnie, podczas wykonywania danych procedur, informowali o postępie swoich działań, reagowali na zgłaszane w czasie rzeczywistym objawy czy też starali się zapewnić pacjentowi wsparcie emocjonalne. Jednym z ciekawszych przykładów takiej symulacji jest trener porodowy. Przypomina on torbę, w której znajduje się płód oraz łożysko. Trener jest nakładany na pacjentkę. Pozwala na symulowanie akcji porodowej, podczas której SP wymaga instruowania na temat kolejnych podejmowanych działań czy też uspokojenia w przypadku silnych emocji. Zadaniem studenta jest również odpowiednie prowadzenie porodu, wydobycie dziecka, a następnie ocena jego stanu tuż po narodzeniu.

## Współpraca w zespole

Wykorzystanie potencjału symulacji medycznej pozwala również na doskonalenie umiejętności pracy w zespole monoprofelowym oraz interprofesjonalnym, jak również kierowania zespołem (ang. *leadership*). Są one niezmiernie cenne w codziennej pracy przy łóżku pacjenta, lecz z uwagi na różnorodność trudności organizacyjne wkomponowanie zdobywania tych umiejętności w program nauczania w oparciu o prawdziwy oddział, blok operacyjny czy salę porodową bywa dużym wyzwaniem. Jednak z całą pewnością rozwijanie umiejętności współpracy w zespole poszerza zakres opieki nad pacjentem dzięki włączeniu i uzupełnianiu podejmowanych działań przez przedstawicieli poszczególnych grup zawodowych, a przede wszystkim ma korzystny wpływ na bezpieczeństwo pacjentów (King i wsp., 2008). Z tego powodu centrum symulacji medycznej pozwala na realizowanie pewnych elementów szkolenia w grupach łączonych, co zapewnia studentom różnych kierunków możliwość poznania siebie oraz zakresu swoich kompetencji zawodowych, jak również skonfrontowania z rzeczywistością stereotypów na temat poszczególnych grup zawodowych, stając się dobrą podstawą do doskonalenia współpracy, podejmowania decyzji i/lub rozwiązywania trudnych sytuacji w zespole (Velásquez i wsp., 2022).

## Zasady zajęć w centrum symulacji medycznej

Jak już wspomniano wcześniej, symulacja medyczna jest jedną z wysoce skutecznych metod nauczania, umożliwiającą nie tylko doskonalenie umiejętności technicznych, ale także weryfikowanie wiedzy teoretycznej oraz kształtowanie odpowiednich postaw względem pacjenta, rodziny oraz innych członków ze-

społu. Dbając o jakość zajęć, zasadne jest, aby prowadzić je według pewnego określonego schematu, ponieważ pozwoli to osiągnąć lepszy efekt dydaktyczny względem uczestników, ale również zwiększy ich poczucie bezpieczeństwa.

Z perspektywy nauczyciela projektującego aktywności w centrum symulacji medycznej ważne jest, aby podczas realizacji zajęć uwzględnić kolejność:

- początkowym etapem powinien być tzw. prebriefing – wprowadzenie w zasady scenariusza, podział ról w zespole, zapoznanie się z dostępnym w sali symulacyjnej sprzętem i/lub trenażerami lub symulatorami (Rutherford-Hemming i wsp., 2019);
- następnie realizowany jest zaplanowany scenariusz, który powinien zmieniać się dynamicznie w zależności od podjętych przez studentów decyzji i/lub działań. Oprócz wykonywania szeregu działań praktycznych jest to także przestrzeń do nawiązywania prawidłowego kontaktu z pacjentem i rodziną, ale również doskonalenia pracy zespołowej, przywództwa oraz podejmowania decyzji;
- ostatnim, ale kluczowym elementem jest omówienie scenariusza – tzw. debriefing, który bardziej szczegółowo zostanie omówiony poniżej.

## Zasady omówienia w symulacji medycznej

Warto podkreślić, iż z metodologicznego punktu widzenia, uwzględniając długofalową skuteczność działań edukacyjnych realizowanych metodą symulacji medycznej, najważniejszym elementem scenariuszy symulacyjnych jest ich omówienie. Dzięki prowadzeniu go według określonych zasad uczestnicy scenariuszy analizują podjęte działania, a atmosfera bezpieczeństwa pozwala im wyciągać wnioski z popełnionych wcześniej błędów, które są stałym i naturalnym elementem procesu uczenia się. Udowodniono, iż konstruktywne omówienie napotkanych trudności pozwala na skuteczniejszą ich eliminację podczas kolejnych aktywności i w szerszym zakresie przygotowuje studentów do pracy z pacjentem, ograniczając ryzyko niekorzystnych zdarzeń w przyszłości.

Co istotne, zasadne jest, aby omówienie nie miało znamion oceny, która stanowi sąd nauczyciela oparty na własnej wiedzy i doświadczeniu. W zależności od realizowanych w środowisku symulacyjnym aktywności można wyróżnić tzw. debriefing, który jest dwukierunkową dyskusją między uczestnikami scenariusza a nauczycielem (np. po scenariuszu wysokiej wierności z udziałem HPS), oraz tzw. feedback, w którym student otrzymuje informację na temat odczuć i spostrzeżeń w oparciu o fakty, ale bez elementu oceny (np. po scenariuszu z udziałem symulowanego pacjenta). Co ważne, celem przekazywanej w tych formach informacji zwrotnej jest pomoc uczącemu się w poznaniu i zrozumieniu jego własnych mocnych stron oraz wyłonieniu obszarów, które chciałby rozwinąć i/lub poprawić (Ende, 1983).

Jest wiele schematów prowadzenia omówienia po scenariuszu symulacyjnym, jednak łączy je zasada, iż nauczyciel ma być raczej moderatorem dyskusji w grupie, a samo omówienie powinno być szczere, ale nie destruktywne. Warto

zachęcać wszystkich uczestników aktywności oraz obserwatorów do włączenia się w omówienie, ponieważ pozwala to na poszerzenie jego perspektywy. W niektórych sytuacjach wartościowe może być także przeanalizowanie nagrania z odbytego wcześniej scenariusza.

Do jednego z najczęstszych modeli omówienia zalicza się tzw. model kanapki (ang. *sandwich model*), w którym warto zaczynać debriefing od wskazania działań skutecznych, a dopiero na późniejszym etapie analizować aspekty, które powinny być zrobione inaczej. Na zakończenie omówienia należy podkreślić raz jeszcze prawidłowo zrealizowane działania.

Innym często stosowanym schematem jest tzw. model świateł drogowych (ang. *traffic light model*) – na wstępie wskazane jest działanie, które ze względu na bezpieczeństwo pacjenta i/lub uczestników nie powinno być realizowane, a potem omówione są działania wymagające doskonalenia oraz kontynuacji.

Kolejnym wartościowym i aktywizującym całą grupę studencką sposobem omówienia jest zmodyfikowany schemat wg Pendletona, w którym poszczególne osoby z perspektywy aktywnych uczestników oraz obserwatorów omawiają najpierw prawidłowo podjęte działania, a następnie w tej samej kolejności analizują aktywności, które powinny być w przyszłości wykonane inaczej.

Należy podkreślić, iż nie ma jednego najlepszego schematu prowadzenia omówienia, ponieważ należy uwzględnić wiele zmiennych – zarówno etap edukacji studenta/grupy studenckiej i złożoność zrealizowanego zadania, jak i doświadczenie nauczyciela w udzielaniu wartościowej informacji zwrotnej. Co jednak istotne, założeniem tej formy omówienia jest wskazanie studentowi kierunków do dalszej indywidualnej pracy, aby wzmocnić w nim poczucie sprawstwa i odpowiedzialności za proces kształcenia (van der Leeuw, Slootweg, 2013).

## Szkolenie nauczycieli

Dbając o jakość prowadzonej dydaktyki, obowiązkowym elementem przed zaprojektowaniem i/lub przeprowadzeniem zajęć wykorzystującym różne możliwości z zakresu symulacji medycznej powinno być szkolenie nauczycieli akademickich. Co istotne, mimo iż takie przygotowanie powinno zawierać jak najwięcej elementów praktycznych, zasadne jest zapoznanie uczestników z podstawowymi zasadami metodologicznymi, co pozwoli z większym zrozumieniem i rozważą realizować poszczególne elementy scenariuszy symulacyjnych. Ponadto warto, aby instruktorzy wprowadzający uczestników w opisane powyżej zasady mieli doświadczenie w zakresie tworzenia i prowadzenia aktywności w oparciu o metodę symulacji medycznej (Curran, 2008).

Aby możliwie najlepiej przygotować nauczyciela akademickiego do prowadzenia zajęć w centrum symulacji medycznej, należy w szkoleniu uwzględnić zaprezentowanie dostępnych sprzętów i ich obsługi, ustalenie zasad współpracy z technikiem symulacji, a także zasad tworzenia scenariuszy symulacyjnych oraz prowadzenia omówienia w formie debriefingu oraz feedbacku. Ma to umożliwić samodzielne i niezależne prowadzenie zajęć dydaktycznych przez

nauczyciela. Warto także zaproponować, aby instruktor symulacji zapewnił reocenę prowadzonych już zajęć, aby wskazywać rozwiązania w przypadku napotykanymi trudności. Otwarta postawa zarówno nauczycieli, jak i instruktorów pozwoli na doskonalenie tej metody kształcenia, co przyniesie korzyść dydaktyczną studentom oraz satysfakcję nauczycielowi prowadzącemu zajęcia w oparciu o metodę symulacji medycznej.

## Podsumowanie

Pomimo pewnych ograniczeń wykorzystanie szerokiej gamy możliwości, które zapewnia symulacja medyczna, powoduje, iż jest to metoda dydaktyczna o wysokiej skuteczności, która pozwala na weryfikowanie wiedzy, umiejętności i kompetencji w odniesieniu do konkretnych efektów uczenia. Angażuje studentów, dając im poczucie sprawstwa i okazję sprawdzenia wiedzy w bezpiecznych dla siebie i pacjenta warunkach, umożliwia nauczycielowi obserwowanie podejmowanych działań diagnostyczno-terapeutycznych w praktyce i wskazuje aspekty, które wymagają doskonalenia na dalszych etapach procesu kształcenia adeptów zawodów medycznych.

## Bibliografia

- Barrows, H. S. (1968). Simulated patients in medical teaching. *Canadian Medical Association Journal*, 98(14), 674–676.
- Carey, J. M., & Rossler, K. (2022). The How When Why of High Fidelity Simulation. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Cleland, J. A., Abe, K., & Rethans, J. J. (2009). The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. *Medical Teacher*, 31(6), 477–486.
- Curran, I. (2008). Creating effective learning environments: key educational concepts applied to simulation training. In R. Kyle, B. W. Murray (Eds.). *Clinical simulation: operations, engineering, and management* (pp. 153–161). Burlington: Academic Press.
- Czekajło, M., Dąbrowski, M., Dąbrowska, A., Torres, K., Torres, A., Witt, M., Gąsiorowski, Ł., & Szukała, M. (2015). Symulacja medyczna jako profesjonalne narzędzie wpływające na bezpieczeństwo pacjenta wykorzystywane w procesie nauczania. *Polski Merkurusz Lekarski*, 38, 360–363.
- Ende, J. (1983). Feedback in clinical medical education. *JAMA*, 250(6), 777–781.
- Giacomino, K., Caliesch, R., & Sattelmayer, K. M. (2020). The effectiveness of the Peyton's 4-step teaching approach on skill acquisition of procedures in health professions education: A systematic review and meta-analysis with integrated meta-regression. *PeerJ*, 8, e10129.
- Jones, F., Passos-Neto, C. E., & Freitas Melro Braghioroli, O. (2015). Simulation in Medical Education: Brief history and methodology. *Principles and Practice of Clinical Research*, 1(2), 56–63.
- King, H. B., Battles, J., Baker, D. P., Alonso, A., Salas, E., Webster, J., Toomey, L., & Salisbury, M. (2008). TeamSTEPS™: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. In K. Henriksen, J. B. Battles, M. A. Keyes, M. L. Grady (Eds.). *Advances*

*in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 3: Performance and Tools). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (US).

- van der Leeuw, R. M., & Slootweg, I. A. (2013). Twelve tips for making the best use of feedback. *Medical Teacher*, 35(5), 348–351.
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 65(9 Suppl), S63–S67.
- Nestel, D., Burn, C. L., Pritchard, S. A., Glastonbury, R., & Tabak, D. (2011). The use of simulated patients in medical education: Guide supplement 42.1 – Viewpoint. *Medical Teacher*, 33(12), 1027–1029.
- Rutherford-Hemming, T., Lioce, L., & Breymier, T. (2019). Guidelines and Essential Elements for Prebriefing. *Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 14(6), 409–414.
- So, H. Y., Chen, P. P., Wong, G. K. C., & Chan, T. T. N. (2019). Simulation in medical education. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 49(1), 52–57.
- Velásquez, S. T., Ferguson, D., Lemke, K. C., Bland, L., Ajtai, R., Amezaga, B., Cleveland, J., Ford, L. A., Lopez, E., Richardson, W., Saenz, D., & Zorek, J. A. (2022). Interprofessional communication in medical simulation: findings from a scoping review and implications for academic medicine. *BMC Medical Education*, 22(1), 204.

# Narzędzia służące do prowadzenia badań przesiewowych, stosowane wśród ciężarnych i kobiet w połogu

## Wprowadzenie

150

W zakresie świadczeń profilaktycznych i działań obejmujących promocję zdrowia, badania diagnostyczne, konsultacje medyczne wykonywane u kobiet w czasie ciąży oraz w okresie połogu, zgodnie z obowiązującym od 1 stycznia 2019 r. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, znajduje się ocena ryzyka i nasilenie objawów depresji, przeprowadzana między 11. a 14. i 33. a 37. tygodniem ciąży oraz w okresie połogu przez osobę sprawującą opiekę, co wg definicji z rozporządzenia oznacza położną, lekarza (położnika lub lekarza oddziału neonatologii) oraz pielęgniarkę (Dz.U. 2018 poz. 1756).

Wśród narzędzi stosowanych do prowadzenia badań przesiewowych w kierunku obniżenia nastroju w czasie ciąży i okresie poporodowym znajduje się wiele skal i kwestionariuszy (Suchowiak i wsp., 2020). Wybór właściwego narzędzia i jego odpowiednie zastosowanie stanowi istotny element prawidłowo przeprowadzonej oceny i zwiększa szanse na zidentyfikowanie pacjentek znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka rozwinięcia poważnych zaburzeń nastroju (ACOG, 2018).

Pośród skal wskazywanych do prowadzenia badania przesiewowego w grupie polskich (SIGN, 2012) ciężarnych i położnic Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Wydział Oceny Technologii Medycznych) wskazała (AOTM, 2020):

- Edynburską Skalę Depresji Poporodowej EPDS (ang. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*),
- Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-9 (ang. *Patient Health Questionnaire*),



- Kwestionariusz Depresji Becka BDI (ang. *Beck Depression Inventory*).  
Inne narzędzia, przetłumaczone na język polski i stosowane przez część badaczy i klinicystów w polskiej populacji, obejmują:
- polską adaptację Kwestionariusza Oceny Ryzyka Depresji Poporodowej PDSS (ang. *Postpartum Depression Screening Scale*) (Kossakowska-Petrycka, 2007),
- Pytania Whooley (Dominiak i wsp., 2019; Chrzan-Dętkoś i wsp., 2020).

## Rekomendacje i zalecenia w zakresie prowadzenia screeningu

W opublikowanych w 2019 r. przez zarząd główny Polskiego Towarzystwa Położnych Rekomendacjach do standardów organizacyjnych opieki okołoporodowej przedstawiono zalecane ścieżki postępowania w zakresie prowadzenia badań przesiewowego w kierunku zaburzeń nastroju w czasie ciąży i po porodzie oraz rekomendowanych wytycznych, w zależności od wyniku uzyskanego w badaniu przesiewowym (PTPol, 2019). W rekomendacjach przedstawiono propozycję zadania czterech pytań, które podzielono na dwie kategorie – dwa pytania diagnostyczne dla depresji i dwa pytania diagnostyczne dla lęku. Nie opisano pochodzenia przedstawionych pytań, natomiast ich analiza wskazuje na podobieństwo do Pytań Whooley oraz pytań zawartych w Kwestionariuszu Lęku Uogólnionego GAD-2 (ang. *Generalized Anxiety Disorder scale*), wydaje się jednak, że zostały one nieco inaczej sformułowane/przetłumaczone (PTPol, 2019). W styczniu 2019 r. ukazała się publikacja wskazująca na sposób postępowania w zakresie diagnostyki i leczenia depresji u dorosłych, skierowana do lekarzy rodzinnych (Samochowiec i wsp., 2019). W opracowaniu tym wskazano Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-2 (ang. *Patient Health Questionnaire*) jako narzędzie właściwe do prowadzenia screeningu w kierunku depresji wśród kobiet w ciąży i okresie poporodowym (Samochowiec i wsp., 2019).

W przypadku uzyskania przez pacjentkę w zastosowanej skali punktacji wskazującej na podwyższone ryzyko rozwinięcia depresji lub zaobserwowania niepokojących objawów, obejmujących utratę zainteresowania codziennymi aktywnościami, utratę energii, depresyjny nastrój, zmiany w zakresie snu, zmiany w zakresie diety i odżywiania, ograniczenie zdolności do racjonalnego myślenia i koncentracji uwagi, poczucie bezcelowości/ braku wartości, nawracające myśli samobójcze, kobietę należy skierować do specjalisty w dziedzinie zdrowia psychicznego w celu pogłębionej diagnostyki i postawienia właściwego rozpoznania (SIGN, 2012; ACOG, 2018; AOTM, 2020; Chrzan-Dętkoś i wsp., 2020).

## Omówienie poszczególnych narzędzi służących prowadzeniu badań przesiewowych w kierunku zaburzeń nastroju u kobiet w ciąży i/lub okresie poporodowym

### Pytania Whooley

Pierwsza publikacja dotycząca tego krótkiego kwestionariusza ukazała się w 1997 r. (Whooley i wsp., 1997). Badanym należy zadać dwa pytania (Dominiak i wsp., 2019):

- Czy w ostatnim miesiącu miałaś uczucie smutku, przygnębienia lub bez nadziei?
- Czy w minionym miesiącu doświadczyłaś zmniejszonego zainteresowania lub słabszego odczuwania przyjemności z wykonywania czynności?

Na każde z zadanych pytań możliwe jest udzielenie odpowiedzi (Whooley, 2016):

- Tak (1 punkt),
- Nie (0 punktów).

Udzielenie twierdzącej odpowiedzi na jedno z pytań (punkt odcięcia  $\geq 1$ ) (Whooley, 2016) lub manifestowanie klinicznych objawów depresji stanowi wskazanie do uzupełnienia badania przesiewowego o kolejny kwestionariusz – w wytycznych brytyjskich, opublikowanych przez National Institute for Health and Care Excellence (NICE), proponowane jest zastosowanie EPDS lub PHQ-9 (NICE, 2014). Powyższe pytania można uzupełnić o kwestionariusz GAD-2 (NICE, 2014).

Właściwości Pytań Whooley w kontekście czułości określono na 95%, a specyficzności na 56% (Bosanquet i wsp., 2015).

### Kwestionariusz Lęku Uogólnionego GAD-2 (ang. *Generalized Anxiety Disorder scale*)

Zgodnie z opublikowanymi w 2019 r. rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Położnych (PTPol, 2019) uzupełnieniem powyższych pytań są dwa kolejne, w tłumaczeniu zaproponowanym przez Larionowa i wsp. (Larionow i wsp., 2022a) w nieco innym brzmieniu:

- Jak często odczuwałaś(-łeś) w ostatnich 2 tygodniach zdenerwowanie, lęk lub irytację?
- Jak często odczuwałaś(-łeś) w ostatnich 2 tygodniach trudności związane z opanowaniem zamartwiania się?

Na każde z zadanych pytań możliwe jest udzielenie odpowiedzi (NICE, 2014; Larionow i wsp., 2022a):

- Wcale (0 punktów),
- Przez kilka dni (1 punkt),
- Więcej niż przez połowę dni (2 punkty),
- Prawie każdego dnia (3 punkty).

Maksymalna liczba punktów, jaką można uzyskać, to 6, za punkt odcięcia, wskazujący na odczuwanie nasilonego lęku, uważa się uzyskanie  $\geq 3$  punktów,

przy czułości na poziomie 85% i specyficzności 83% (Kroenke i wsp., 2007). Uzyskanie punktacji powyżej opisanego punktu odcięcia stanowi wskazanie do pogłębienia diagnostyki, jak opisano powyżej.

### **Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-2** **(ang. *Patient Health Questionnaire*)**

PHQ-2 został opracowany na potrzeby szybkiej identyfikacji pacjentów znajdujących się w grupie ryzyka rozwoju depresji. W kwestionariuszu wykorzystano dwa pytania oryginalnie pochodzące z kwestionariusza PHQ-9, identyfikujące nastrój depresyjny i doświadczanie anhedonii (Kroenke i wsp., 2003). Tłumaczenie tego kwestionariusza na język polski zaproponowali w 2022 r. Larionow i wsp. (Larionow i wsp., 2022b).

Przeprowadzenie oceny nasilenia dolegliwości polega na zadaniu dwóch poniższych pytań (Larionow i wsp., 2022b):

- Jak często odczuwałaś(-teś) w ostatnich 2 tygodniach małe zainteresowanie albo brak przyjemności w robieniu czegokolwiek?
- Jak często odczuwałaś(-teś) w ostatnich 2 tygodniach smutek, przygnębienie czy beznadziejność?

Na każde z zadanych pytań możliwe jest udzielenie odpowiedzi:

- Wcale (0 punktów),
- Przez kilka dni (1 punkt),
- Więcej niż przez połowę dni (2 punkty),
- Prawie każdego dnia (3 punkty).

Maksymalna liczba punktów, jaką można uzyskać, to 6. Dla tego kwestionariusza oceny nastroju czułość wśród ciężarnych i kobiet po porodzie jest podobna i wynosi 0,77 (95% CI: 0,50–0,93; dla punktu odcięcia 3), 0,62 (95% CI: 0,35–0,84; dla punktu odcięcia 4), a swoistość 0,59 (95% CI: 0,52–0,66; dla punktu odcięcia 3), 0,79 (95% CI: 0,73–0,84; dla punktu odcięcia 4), dane te nie dotyczą jednak populacji polskiej (Smith i wsp., 2010; Samochowiec i wsp., 2019).

### **Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-9** **(ang. *Patient Health Questionnaire*)**

Kwestionariusz ten został opracowany w 1999 r. jako odpowiedź na potrzebę zastosowania narzędzia krótszego niż dotychczas wykorzystywane, służącego do szybkiej oceny nastroju pacjentów przez lekarzy pierwszego kontaktu (Spitzer i wsp., 1999). W kwestionariuszu zawarto dziewięć stwierdzeń, których odczuwanie przez pacjentkę i ich stopień nasilenia odpowiada objawom depresji, zdefiniowanym w czwartym wydaniu opracowanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne klasyfikacji (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition* – DSM-4), takim jak: anhedonia, depresyjny nastrój, zaburzenia snu, zmęczenie/ poczucie braku energii, zaburzenia apetytu, poczucie winy/ poczucie bycia bezwartościowym, trudności w zebraniu myśli/ w koncentracji, obniżenie napędu psychoruchowego oraz myśli samobójcze (Zhong i wsp., 2014). Badana powinna ustosunkować się do każdego ze stwier-

dzeń, określając, jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały jej poszczególne problemy. Możliwe odpowiedzi to (Kokoszka i wsp., 2016):

- Wcale nie dokuczały (0 punktów),
- Kilka dni (1 punkt),
- Więcej niż połowę dni (2 punkty),
- Niemal codziennie (3 punkty).

Maksymalna liczba punktów, jaką można uzyskać, to 27, natomiast poszczególnym zakresom uzyskanej punktacji przypisuje się stopniowe nasilenie objawów depresyjnych: brak 0–4; depresja łagodna 5–9; umiarkowana 10–14; ciężka 15–19; bardzo ciężka 20–27 (Kokoszka i wsp., 2016). Walidacja polskiej wersji językowej PHQ-9 została przeprowadzona w 2011 r. – wykazano dobre właściwości skali przy zastosowaniu punktu odcięcia na poziomie >6 punktów (czułość 80%, specyficzność 78%), natomiast badaną populacją była grupa hospitalizowanych osób starszych (Tomaszewski i wsp., 2011). Kokoszka i wsp. wskazali natomiast, iż przyjęcie punktu odcięcia  $\geq 12$  punktów jest optymalne i przy zastosowaniu takiego progu czułość skali wzrasta do 82%, a specyficzność do 89% (Kokoszka i wsp., 2016). W badaniu grupy polskich położnic Maliszewska i wsp. zastosowali punkt odcięcia na poziomie  $\geq 10$  punktów (Maliszewska i wsp., 2017), co przyjęte jest przez większość badaczy posługujących się odmiennymi wersjami językowymi (Wang i wsp., 2021).

Ze względu na pytania odnoszące się do objawów psychosomatycznych, których występowanie może być jednym z aspektów ciąży, a niekiedy objawem występujących zaburzeń nastroju, niektórzy autorzy zalecają uzupełnienie oceny o zastosowanie EPDS (Zhong i wsp., 2014).

### **Kwestionariusz Depresji Becka BDI (ang. *Beck Depression Inventory*)**

Pierwotne opracowanie kwestionariusza ukazało się w 1961 r., następnie był on kilkakrotnie aktualizowany, obecnie obowiązująca wersja skali została opublikowana w 1996 r. i stosowana jest do oceny nasilenia objawów depresyjnych, monitorowania dynamiki choroby, ale również m.in. jako badanie przesiewowe (Beck i wsp., 1996; Zawadzki i wsp., 2009).

Skala ta jest ogólnodostępna na wielu portalach internetowych – pacjenci zachęceni są do dokonania samooceny, a po zaznaczeniu wszystkich pól otrzymują automatyczną informację o punktacji i ewentualnej konieczności dalszej diagnostyki u specjalisty (Byczyńska, 2023) lub też w opisie skali zawarte są instrukcje dotyczące sumowania punktów i dalszego postępowania ([http://centrum-psychologiczne.com/files/files/Skala\\_Depresji\\_Beck\\_a\\_word.pdf](http://centrum-psychologiczne.com/files/files/Skala_Depresji_Beck_a_word.pdf)). Na części portali internetowych pojawiają się dodatkowe pytania, których nie ma w oryginalnej wersji skali (<https://kulepszemu.pl/skala-depresji-becka/>), lub istnieje dowolność w zakresie czasu, w jakim dokonywana jest ocena – ostatniego tygodnia lub ostatniego miesiąca (Byczyńska, 2023). Tego rodzaju praktyki nie są właściwe pod względem rzetelnego stosowania skal i mogą mieć wpływ na właściwości psychometryczne kwestionariuszy oceny nastroju.

W walidowanym kwestionariuszu BDI zawarto 21 stwierdzeń, a zadaniem badanego jest ustosunkowanie się do każdego z nich, określając, jakie nasilenie cha-

rakteryzuje je najlepiej, w odniesieniu do ostatnich 2 tygodni przed wypełnieniem skali (Zawadzki i wsp., 2009). Każdemu ze stwierdzeń przypisana jest wartość punktowa, od 0 (brak danego objawu) do 3 (bardzo wyraźne nasilenie danego objawu) (Beck i wsp., 1996; Zawadzki i wsp., 2009). Uzyskanie poszczególnych wartości punktowych wskazuje na: depresję lekką (14–19 punktów), umiarkowaną (20–28 punktów), ciężką ( $\geq 29$  punktów) (Zawadzki i wsp., 2009). W odniesieniu do populacji położnic zalecana jest ostrożność w interpretacji uzyskanego wyniku (Conradt i wsp., 2012), a czułość i specyficzność tego narzędzia jest bardzo różna, w zależności od grupy objętej badaniem (Batmaz i wsp., 2015; Naja i wsp., 2019).

### **Edynburska Skala Depresji Poporodowej EPDS (ang. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*)**

Skala ta została opracowana w 1987 r. na potrzeby prowadzenia badania przesiewowego w kierunku depresji wśród kobiet w okresie okołoporodowym (Cox i wsp., 1987). Na etapie konstruowania tego narzędzia badawczego wykluczono zadawanie pytań odnoszących się do objawów somatycznych, których występowanie może być wywołane zmianami zachodzącymi w organizmie matki w okresie okołoporodowym (Cox, 2019). Na przestrzeni lat EPDS stała się narzędziem stosowanym w screeningu w wielu krajach, została przetłumaczona na 60 języków, a poszczególne wersje językowe podlegały walidacji w poszczególnych krajach (Cox, 2019). W przypadku sprawowania opieki nad pacjentkami pochodzącymi z różnych kręgów kulturowych warto zastosować przetłumaczoną na język ojczysty wersję skali, ponieważ brak odpowiedniej wersji językowej może stanowić istotną barierę w uzyskaniu właściwego wyniku lub zupełnie uniemożliwić przeprowadzenie oceny (*Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Translated Versions*, 2006). Wytyczne w zakresie wykrywania zaburzeń nastroju w okresie okołoporodowym, opracowywane przez lokalne lub międzynarodowe zespoły ekspertów, również w Polsce, wskazują na celowość wykorzystania tego narzędzia w prowadzeniu badań przesiewowych (NICE, 2014; ACOG, 2018; PTPol, 2019; AOTM, 2020). Polska wersja językowa została opublikowana w 1995 r. przez Bielawską-Batorowicz, walidację skali przeprowadzono w 2013 r., wykazując dobre właściwości psychometryczne polskiej wersji językowej, przy zastosowaniu punktu odcięcia na poziomie 12/13 punktów uzyskanych w całej skali (Kossakowska, 2013). Zaleca się, aby niezależnie od sumarycznego wyniku, nawet jeśli jest znacznie niższy niż punkt odcięcia, w przypadku twierdzącej odpowiedzi na ostatnie pytanie, dotyczące chęci wyrządzenia sobie krzywdy, objąć kobietę odpowiednią opieką i dodatkową oceną stanu psychicznego (Kossakowska, 2013; Cox, 2019).

W kwestionariuszu znajduje się 10 stwierdzeń, a zadaniem badanej jest określenie stopnia nasilenia danego określenia – odpowiedzi punktowane są od 0 do 3, maksymalna punktacja w całej skali wynosi 30 punktów (Kossakowska, 2013). W pytaniach pierwszym, drugim oraz czwartym pierwszej odpowiedzi przypisuje się wartość 0, kolejne odpowiedzi punktowane są rosnąco. W pozostałych pytaniach pierwszej odpowiedzi przypisuje się wartość 3 punktów, kolejne odpowiedzi punktowane są malejąco (Suchowiak i wsp., 2020).

EPDS stosowana jest do oceny nastroju zarówno po porodzie, jak i w czasie ciąży (Howard i wsp., 2018; Cox, 2019), jednak wśród badaczy proponowane są różne punkty odcięcia (Levis i wsp., 2020; Tanuma-Takahashi i wsp., 2022). Część badaczy wskazuje na celowość wykorzystania tego kwestionariusza w różnych kontekstach społeczno-kulturowych, również w warunkach ograniczonych zasobów ludzkich w systemach ochrony zdrowia krajów o niskich dochodach (Chorwe-Sungani, Chipps, 2017). Wypełnienie kwestionariusza zajmuje badanym kilka minut, a zsumowanie wyniku jest bardzo proste dla osoby prowadzącej screening. Nie jest konieczne uzyskanie zgody twórców EPDS do jej stosowania, wymagane jest jedynie zacytowanie publikacji oryginalnej (Cox i wsp., 1987).

### **Kwestionariusz Oceny Ryzyka Depresji Poporodowej PDSS (ang. *Postpartum Depression Screening Scale*)**

Skala ta została zaproponowana jako narzędzie służące do oceny nastroju kobiet w okresie poporodowym w 2000 r. (Beck, Gable, 2000). Niektórzy badacze przeanalizowali stosowanie PDSS u ciężarnych – w badaniu chińskim oceniano właściwości skali w grupie kobiet w ciąży powikłanej i uzyskano wyniki wskazujące na dobre właściwości skali w tej grupie, zaproponowano jednak nieco odmienne od oryginalnie opublikowanych punkty odcięcia (Zhao i wsp., 2015). PDSS wskazana jest przez Amerykańskie Kolegium Położników i Ginekologów (ang. American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG) jako jedno z narzędzi służących do prowadzenia badania przesiewowego w kierunku poporodowych zaburzeń nastroju (ACOG, 2018).

Adaptację polskiej wersji PDSS przeprowadziła w 2007 r. Kossakowska-Petrycka (Kossakowska-Petrycka, 2007), a w roku 2012 dokonała oceny właściwości psychometrycznych tej wersji językowej (Kossakowska, 2012). W zakresie skali oceniane są trudności w siedmiu wymiarach: kłopoty ze snem/jedzeniem, niepokój/niepewność; wahania nastroju, chaos psychiczny, poczucie utraty własnego „ja”, poczucie winy/wstydu oraz myśli samobójcze, a w ramach każdego z tych wymiarów sformułowanych jest pięć twierdzeń opisujących możliwe samopoczucie matki po narodzinach dziecka. Zadaniem badanej jest ustosunkowanie się do każdego z powyższych i określenie, które z wymienionych stwierdzeń najlepiej opisuje jej samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni, i określenie natężenia poszczególnych w 5-stopniowej skali Likerta (Kossakowska-Petrycka, 2007; Suchowiak i wsp., 2020). Punktacja mieści się w zakresie 35 punktów (punktacja minimalna) do 175 (punktacja maksymalna). Wersja skrócona PDSS składa się z siedmiu stwierdzeń, podobnie ocenianych przez kobietę jak w wersji pełnej, natomiast punktacja mieści się w zakresie 7–35 punktów (Kossakowska-Petrycka, 2007). Punktem odcięcia, wskazującym na możliwe występowanie zaburzeń nastroju, jest uzyskanie przez kobietę  $\geq 60$  punktów przy zastosowaniu pełnej wersji PDSS i  $\geq 14$  punktów dla skróconej (Kossakowska, 2012). Wypełnienie pełnej wersji skali zajmuje badanym 5–10 minut (ACOG, 2018), skróconej – około 2 minut (Suchowiak i wsp., 2020). Polska wersja skali cechuje się dobrymi wartościami psychometrycznymi i może stanowić narzędzie przydatne do oceny nastroju w okresie poporodo-

wym u kobiet (Kossakowska, 2012), uzyskanie dostępu do PDSS wymaga jednak uiszczenia opłaty, co może stanowić istotną barierę w jej szerokim stosowaniu w codziennej praktyce (Suchowiak i wsp., 2020).

### ***Antenatal (Psychosocial) Risk Questionnaire – ANRQ***

Rutynowa ocena czynników psychospołecznych mogących mieć wpływ na dobrostan emocjonalny matki prowadzona jest w Australii i obejmuje kobiety w ciąży i do roku po porodzie (Reilly i wsp., 2021). Uzasadnieniem dla opracowania skali umożliwiającej identyfikację psychospołecznych czynników ryzyka w czasie ciąży jest wyłonienie kobiet, które potencjalnie znajdują się w grupie istotnie podwyższonego ryzyka rozwinięcia poważnych zaburzeń nastroju w okresie poporodowym (Austin i wsp., 2013). Skala ANRQ została opracowana na podstawie *Pregnancy Risk Questionnaire* oraz *Postnatal Risk Questionnaire* i stanowi nieco skróconą wersję kwestionariusza *Postnatal Risk Questionnaire* (Austin i wsp., 2013). ANRQ dostępny jest po uzyskaniu zgody autorki, może być wykorzystywany przez położne oraz pracowników ochrony zdrowia specjalizujących się w zakresie zdrowia psychicznego. W ramach skali ocenia się następujące obszary: poczucie wsparcia emocjonalnego ze strony własnej matki w okresie dorastania, występowanie zaburzeń nastroju wymagających leczenia w przeszłości, obecność osób, które mogą udzielić pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem po porodzie, poczucie wsparcia ze strony partnera, wystąpienie stresujących wydarzeń w ciągu ostatnich 12 miesięcy i ich wpływ na poczucie przygnębienia, styl osobowości (obecność cech lękowych, perfekcjonizm), fakt bycia ofiarą przemocy seksualnej lub fizycznej w przeszłości (Austin i wsp., 2013). Poszczególne pytania oceniane są w skali Likerta (w zależności od pytania w zakresie 1–5 w wersji zaktualizowanej – ang. *Antenatal Psychosocial Risk Questionnaire – Revised* – ANRQ-R), odpowiedzi „tak” lub „nie” punktowane są odpowiednio jako 1 lub 0. Minimalna liczba punktów, jaką może uzyskać pacjentka, wynosi 5, maksymalna – 60 (wersja zaktualizowana w 2017 r.), po analizie właściwości skali wskazano, iż może być stosowana również w okresie poporodowym (Austin, 2017). Autorzy zaktualizowanej wersji wskazują, iż uzyskanie 18 i więcej punktów u kobiet w ciąży i po porodzie może być stosowanym punktem odcięcia, w przypadku innej specyfiki badanej grupy można stosować inny punkt odcięcia (Reilly i wsp., 2022). W przeznaczony dla pracowników ochrony zdrowia instrukcji do sumowania punktów poinformowano, iż w przypadku uzyskania 23 lub więcej punktów, dodatniego wywiadu w kierunku uprzednio występujących poważnych zaburzeń psychicznych, doświadczenia przemocy fizycznej lub seksualnej w przeszłości lub – niezależnie od punktacji uzyskanej w skali – stwierdzenia przez osobę sprawującą opiekę występowania objawów klinicznych wskazujących na obecność zaburzeń nastroju u pacjentki należy uznać, iż kobieta znajduje się w grupie ryzyka psychospołecznego (Austin, 2017). ANRQ, po uzyskaniu zgody autorki, został przetłumaczony na język polski w ramach prowadzonego projektu i prowadzone są badania pilotażowe w zakresie właściwości psychometrycznych tego narzędzia w populacji polskiej.

## Podsumowanie

W celu oceny nastroju i/lub ryzyka wystąpienia poważnych zaburzeń nastroju wśród kobiet w ciąży oraz po porodzie opracowanych zostało wiele skal i kwestionariuszy. W niniejszym rozdziale przedstawiono te, które wskazywane są jako użyteczne w kontekście dobrych wartości psychometrycznych oraz łatwe w zastosowaniu dla użytkownika – pracowników ochrony zdrowia i samych pacjentek. W tym kontekście dobrym rozwiązaniem okazuje się stosowanie skal, których wypełnianie nie zajmuje pacjentkom wiele czasu, a policzenie punktów nie jest czasochłonne i trudne dla pracowników ochrony zdrowia. W związku z obowiązującymi przepisami w zakresie oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji u ciężarnych i położnic możliwe jest wybranie przebadanych uprzednio w różnych populacjach skal lub kwestionariuszy. Warto wziąć pod uwagę te narzędzia, które cechują się dobrymi właściwościami w zakresie badanej populacji oraz po przetłumaczeniu na język polski były walidowane, ponieważ zwiększa to szansę na skuteczne prowadzenie badań przesiewowych.

Kluczowe jest również zwracanie uwagi na objawy kliniczne manifestowane przez pacjentki, ponieważ występowanie objawów niepokojących, niezależnie od uzyskanej punktacji, stanowi wskazanie do zalecenia konsultacji u psychologa lub psychiatry.

158

### Wykaz skrótów

ACOG	ang. American College of Obstetricians and Gynecologists – Amerykańskie Kolegium Położników i Ginekologów
ANRQ	ang. <i>Antenatal (Psychosocial) Risk Questionnaire</i>
BDI	ang. <i>Beck Depression Inventory</i> – Kwestionariusz Depresji Becka
DSM-4	ang. <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition</i> – Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, czwarte wydanie
EPDS	ang. <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> – Edynburska Skala Depresji Poporodowej
GAD-2	ang. <i>Generalized Anxiety Disorder scale</i> – Kwestionariusz Lęku Uogólnionego
PDSS	ang. <i>Postpartum Depression Screening Scale</i> – Kwestionariusz Oceny Ryzyka Depresji Poporodowej
PHQ-2	ang. <i>Patient Health Questionnaire-2</i> – Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-2
PHQ-9	ang. <i>Patient Health Questionnaire-9</i> – Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9

### Bibliografia

- ACOG (2018). Screening for Perinatal Depression. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Committee on Obstetric Practice*, 132(5), e208–e212.
- AOTM (2020). *Profilaktyka i wczesne wykrywanie depresji poporodowej. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów. Raport nr*



OT.423.7.2018, 99. Warszawa: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Wydział Oceny Technologii Medycznych.

- Austin, M. P., Colton, J., Priest, S., Reilly, N., & Hadzi-Pavlovic, D. (2013). The antenatal risk questionnaire (ANRQ): acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 26(1), 17–25.
- Austin, M. P. (2017). *Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ). Clinician Information and Scoring Template*. Dostępne na: <https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2017/11/ANRQ-Instructions.pdf>.
- Batmaz, G., Dane, B., Sarioglu, A., Kayaoglu, Z., & Dane, C. (2015). Can we predict postpartum depression in pregnant women? *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 42(5), 605–609.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588–597.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2000). Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nursing Research*, 49(5), 272–282.
- Bosanquet, K., Bailey, D., Gilbody, S., Harden, M., Manea, L., Nutbrown, S., & McMillan, D. (2015). Diagnostic accuracy of the Whooley questions for the identification of depression: a diagnostic meta-analysis. *BMJ Open*, 5(12), e008913.
- Byczyńska, D. (2023). *Skala depresji Becka – test*. Dostępne na: <https://psychiatra.bydgoszcz.eu/publikacje-dla-pacjenta/depresja/skala-depresji-becka>.
- Chorwe-Sungani, G., & Chipps, J. (2017). A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings. *BMC Psychiatry*, 17(1), 112.
- Chrzan-Dętkoś, M., Pietkiewicz, A., Żołnowska, J., & Pizuńska, D. (2020). The program of psychological and breastfeeding support „Maternity step by step”: an example of effective solution for the prevention, diagnostics and treatment of prenatal and postpartum depression. *Psychiatria Polska*, 54(3), 613–629.
- Conradt, E., Manian, N., & Bornstein, M. (2012). Screening for Depression in the Postpartum using the Beck Depression Inventory-II: What Logistic Regression Reveals. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(5), 427–435.
- Cox, J. (2019). Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 214(3), 127–129.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 150, 782–786.
- Dominiak, M., Antosik-Wójcińska, A. Z., Baron, M., Mierzejewski, P., & Świącicki, Ł. (2019). Rekomendacje odnośnie profilaktyki i leczenia depresji poporodowej. Rekomendacje opracowane w ramach realizacji Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016–2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia. Dostępne na: <https://wyleczdepresje.pl/wp-content/uploads/2019/04/5.-Rekomendacje-odnosnie-profilaktyki-i-leczenia-depresji.pdf>.
- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Translated Versions (2006). Perth, Western Australia: State Perinatal Mental Health Reference Group, Western Australia. Dostępne na: <https://www.mcpapformoms.org/Docs/Edinburgh%20Depression%20Scale%20Translated%20Government%20of%20Western%20Australia%20Department%20of%20Health.pdf>.
- Howard, L. M., Ryan, E. G., Trevillion, K., Anderson, F., Bick, D., Bye, A., Byford, S., O'Connor, S., Sands, P., Demilew, J., Milgrom, J., & Pickles, A. (2018). Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 212(1), 50–56.

- Kokoszka, A., Jastrzębski, A., & Obrębski, M. (2016). Ocena psychometrycznych właściwości polskiej wersji Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta-9 dla osób dorosłych. *Psychiatria*, 13(4), 187–193.
- Kossakowska, K. (2012). Kwestionariusz rozpoznawania objawów depresji poporodowej – polska adaptacja i psychometryczna ocena kwestionariusza Postpartum Depression Screening Scale (PDSS). *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 21(2), 123–129.
- Kossakowska, K. (2013). Edynburska skala depresji poporodowej: właściwości psychometryczne i charakterystyka. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica*, 17, 39–50.
- Kossakowska-Petrycka, K. (2007). Polish adaptation of the Postpartum Depression Screening Scale (PDSS). *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 16(4), 303–308.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2003). The Patient Health Questionnaire-2. Validity of a Two-Item Depression Screener. *Medical Care*, 41(11), 1284–1292.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317–325.
- Larionow, P., Mudło-Głagolska, K., & Izdebski, P. (2022a). *Kwestionariusz lęku uogólnionego-2* [The Polish version of the Generalized Anxiety Disorder-2 (GAD-2)]. Dostępne na: [https://www.researchgate.net/publication/362555629\\_Kwestionariusz\\_leku\\_uogolnionego-2\\_The\\_Polish\\_version\\_of\\_the\\_Generalized\\_Anxiety\\_Disorder-2\\_GAD-2](https://www.researchgate.net/publication/362555629_Kwestionariusz_leku_uogolnionego-2_The_Polish_version_of_the_Generalized_Anxiety_Disorder-2_GAD-2).
- Larionow, P., Mudło-Głagolska, K., & Izdebski, P. (2022b). *Kwestionariusz zdrowia pacjenta-2* [The Polish version of the Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)]. Dostępne na: [https://www.researchgate.net/publication/362555623\\_Kwestionariusz\\_zdrowia\\_pacjenta-2\\_The\\_Polish\\_version\\_of\\_the\\_Patient\\_Health\\_Questionnaire-2\\_PHQ-2](https://www.researchgate.net/publication/362555623_Kwestionariusz_zdrowia_pacjenta-2_The_Polish_version_of_the_Patient_Health_Questionnaire-2_PHQ-2).
- Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A., Thombs, B. D., & DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) EPDS Group (2020). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ* (Clinical Research Ed.), 371, m4022.
- Maliszewska, K., Świątkowska-Freund, M., Bidzan, M., & Preis, K. (2017). Ryzyko depresji poporodowej a cechy osobowości i wsparcie społeczne. Polskie przesiewowe badanie obserwacyjne matek 4 tygodnie i 3 miesiące po porodzie. *Psychiatriatria Polska*, 51(5), 889–898.
- Naja, S., Al-Kubaisi, N., Chehab, M., Al-Dahshan, A., Abuhashem, N., & Bougmiza, I. (2019). Psychometric properties of the Arabic version of EPDS and BDI-II as a screening tool for antenatal depression: evidence from Qatar. *BMJ Open*, 9, e030365.
- NICE (2014). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Dostępne na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789>.
- PTPol (2019). Rekomendacje do standardów organizacyjnych opieki okołoporodowej Polskie Towarzystwo Położnych. Dostępne na: [http://www.ptpol.pl/media/dopobrania/ZG\\_PTPol\\_rekomendacje\\_do\\_standardow\\_organizacyjnych\\_opieki\\_okoloporodowej.pdf](http://www.ptpol.pl/media/dopobrania/ZG_PTPol_rekomendacje_do_standardow_organizacyjnych_opieki_okoloporodowej.pdf).
- Reilly, N., Hadzi-Pavlovic, D., Loxton, D., Black, E., Mule, V., & Austin, M. P. (2022). Supporting routine psychosocial assessment in the perinatal period: The concurrent and predictive validity of the Antenatal Risk Questionnaire-Revised. *Women and Birth*, 35, e118–e124.
- Reilly, N., Loxton, D., Black, E., & Austin, M. (2021). The antenatal risk questionnaire-revised: Development, use and test-retest reliability in a community sample of pregnant women in Australia. *Journal of Affective Disorders*, 293, 43–50.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Dz.U. 2018 poz. 1756.
- Samochowiec, J., Dudek, D., Kucharska-Mazur, J., Murawiec, S., Rymaszewska, J., Cu-bała, W. J., Heitzman, J., Jankowska-Zduńczyk, A., Chatizow, J., & Bała, M. (2019). Diag-

nostyka i leczenie depresji u dorosłych – wytyczne dla lekarzy rodzinnych. Dostępne na: <https://wytyczne.org/bazawiedzy/wytyczne-postepowania-w-depresji-u-doroslych-dla-lekarzy-rodzinnych>.

- SIGN (2012). Management of perinatal mood disorders. A national clinical guideline Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Dostępne na: [https://www.sign.ac.uk/media/1065/sign127\\_update.pdf](https://www.sign.ac.uk/media/1065/sign127_update.pdf).
- Skala Depresji Becka. Dostępne na: [http://centrum-psychologiczne.com/files/files/Skala\\_Depresji\\_Becka\\_word.pdf](http://centrum-psychologiczne.com/files/files/Skala_Depresji_Becka_word.pdf).
- Smith, M. V., Gotman, N., Lin, H., & Yonkers Kimberly, A. (2010). Do the PHQ-8 and the PHQ-2 accurately screen for depressive disorders in a sample of pregnant women? *General Hospital Psychiatry*, 32(5), 544–548.
- Spitzer, R., Kroenke, K., & Williams, J. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*, 282(18), 1737–1744.
- Suchowiak, S., Wszolek, K., Suwalska, J., Łojko, D., & Suwalska, A. (2020). Badania przesiewowe w kierunku depresji okresu okołoporodowego: przegląd narzędzi i barier w skryningu. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia/Neuropsychiatry and Neuropsychology*, 15(1), 60–69.
- Tanuma-Takahashi, A., Tanemoto, T., Nagata, C., Yokomizo, R., Konishi, A., Takehara, K., Ishikawa, T., Yanaihara, N., Samura, O., & Okamoto, A. (2022). Antenatal screening timeline and cutoff scores of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for predicting postpartum depressive symptoms in healthy women: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(1), 527.
- Test na depresję – Test Becka. Dostępne na: <https://kulepszemu.pl/skala-depresji-becka>.
- Tomaszewski, K., Zarychta, M., Bieńkowska, A., Chmurowicz, E., Nowak, W., & Skalska, A. (2011). Walidacja polskiej wersji językowej Patient Health Questionnaire-9 w populacji hospitalizowanych osób starszych. *Psychiatria Polska*, 45(2), 223–233.
- Wang, L., Kroenke, K., Stump, T. E., & O. Monahan, P. (2021). Screening for perinatal depression with the Patient Health Questionnaire depression scale (PHQ-9): A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 68, 74–82.
- Whooley, M. A. (2016). Screening for Depression – A Tale of Two Questions. *JAMA Internal Medicine*, 176(4), 436–438.
- Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., & Browner, W. S. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine*, 12(7), 439–445.
- Zawadzki, B., Popiel, A., & Pragłowska, E. (2009). Charakterystyka Psychometryczna Polskiej Adaptacji Kwestionariusza Depresji BDI-II Aarona T. Becka. *Psychologia – Eto-logia – Genetyka*, 19, 71–95.
- Zhao, Y., Kane, I., Wang, J., Shen, B., Luo, J., & Shi, S. (2015). Combined use of the postpartum depression screening scale (PDSS) and Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) to identify antenatal depression among Chinese pregnant women with obstetric complications. *Psychiatry Research*, 226(1), 113–119.
- Zhong, Q., Gelaye, B., Rondon, M., Sánchez, S. E., García, P. J., Sánchez, E., Barrios, Y. V., Simon, G. E., Henderson, D. C., Cripe, S. M., & Williams, M. A. (2014). Comparative performance of Patient Health Questionnaire-9 and Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening antepartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 162, 1–7.

# Narzędzia służące do prowadzenia badań przesiewowych depresji okołoporodowej u mężczyzn

## Wprowadzenie

162

Depresja poporodowa u ojców jest coraz częściej spotykanym zaburzeniem psychicznym. Zarówno w Polsce, jak i na świecie nie ma rekomendacji dotyczących screeningu depresji poporodowej u mężczyzn. W związku z tym stosowane są różne skale i kwestionariusze pozwalające rozpoznać objawy depresyjne.

## Skale i kwestionariusze pomocne w rozpoznawaniu objawów depresji poporodowej u mężczyzn

Skale i kwestionariusze stosowane w screeningu depresji poporodowej dzielimy na dwa rodzaje. Pierwsze z nich to skale specyficzne, wykorzystywane do rozpoznawania objawów depresji u kobiet w okresie okołoporodowym. Wśród nich najpopularniejsze to Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS), Kwestionariusz Oceny Ryzyka Depresji Poporodowej (PDSS) oraz *Bromley Postnatal Depression Scale* (BPDS) (Suchowiak i wsp., 2020).

Drugi rodzaj stanowią skale generyczne, czyli służące do rozpoznawania depresji w różnych społecznościach. Zaliczamy do nich m.in. Kwestionariusz Depresji Becka (BDI i BDI-II) oraz Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-9 (Suchowiak, 2020).

### Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS)

W Polsce najpopularniejszą skalą używaną w screeningu depresji okołoporodowej jest Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS) (Jaeschke, 2017;

Wszótek i wsp., 2018; Wszótek i wsp., 2020). EPDS składa się z 10 stwierdzeń, obrazujących różne objawy depresji. Do objawów tych zaliczamy: anhedonię, obwinianie się, niepokój, lęk, przemęczenie, zaburzenia snu, smutek, płaczliwość i myśli samobójcze (Kossakowska, 2013; Suchowiak, 2020).

Od 1987 r. skala ta stosowana jest w kierunku depresji poporodowej występującej u matek. Na podstawie przeprowadzonych badań znalazła obecnie zastosowanie w rozpoznawaniu depresji okołoporodowej i badaniu poziomu lęku u ojców (Matthey i wsp., 2001; Matthey i wsp., 2003; Edmondson i wsp., 2010; Matthey, Della Vedova, 2020). Ponadto dowiedziono, że w EPDS trudno rozróżnić nakładanie się objawów lęku i depresji u mężczyzn (Matthey i wsp., 2020).

Istnieją również doniesienia, że kwestionariusz EPDS nie jest rzetelną i trafną metodą rozpoznawania depresji poporodowej u mężczyzn. Z uwagi na to, że depresja poporodowa u ojców przebiega w inny sposób niż u matek, EPDS nie jest w stanie określić charakterystycznych dla płci męskiej objawów depresji poporodowej. W skali brakuje pozycji, które dotyczyłyby charakterystycznych dla mężczyzn objawów depresyjnych w tym okresie, takich jak agresja, nadużywanie alkoholu czy narkotyków (Perez, 2018; Leśniewska i wsp., 2021; Chhabra i wsp., 2022).

Brakuje jednak zgody co do punktu odcięcia, który należy stosować u ojców (Darwin i wsp., 2021). Lai i wsp. (2010) w badaniach przeprowadzonych wśród chińskich mężczyzn i skierowanych na wykrycie depresji poporodowej za optymalny punkt odcięcia uznali wynik 10 lub więcej. W analizie Carlberg i wsp. (2018) przebadano mężczyzn w kierunku depresji poporodowej, stosując dwa punkty odcięcia –  $\geq 10$  i  $\geq 12$ . Analiza wykazała, że odsetek depresyjnych ojców wynosił 13,3% przy punkcie odcięcia  $\geq 10$ , natomiast 8,1% przy punkcie odcięcia  $\geq 12$ .

### **Gotlandzka Skala Męskiej Depresji (GDMS) Wolfganga Rutza**

Jednym z najbardziej rozpowszechnionych narzędzi badających depresję u mężczyzn jest Gotlandzka Skala Męskiej Depresji (ang. *Gotland Male Depression Scale*) (Chodkiewicz, 2017). Została ona stworzona przez Wolfganga Rutza w 1999 r. (Chodkiewicz, 2016). W Polsce skala ta została walidowana przez Chodkiewicza i wykazuje dobre właściwości psychometryczne (Chodkiewicz, 2016).

GDMS składa się z 13 twierdzeń dotyczących objawów depresji, występujących u badanego mężczyzny w ciągu minionego miesiąca. Twierdzenia zawarte w GDMS dotyczą m.in.: odporności na stres, trudności w panowaniu nad sobą, wypalenia i poczucia pustki, zmęczenia, rozdrażnienia, frustracji, trudności w podejmowaniu decyzji, zaburzeń snu, lęku, nadużywania alkoholu, zaburzeń łaknienia oraz obciążenia rodzinnego. Każde twierdzenie punktowane jest od 0 do 3, przy czym 0 oznacza zupełnie nieprawdziwe, a 3 oznacza całkowicie prawdziwe (Chodkiewicz, 2016).

Interpretacja wyników według autorów przebiega następująco: od 0 do 12 punktów oznacza brak objawów depresyjnych; 13–26 punktów oznacza możliwą depresję i na tym etapie powinien być wzięty pod uwagę odpowiedni rodzaj terapii; 27–39 wskazuje na występowanie depresji, na tym etapie należy uwzględnić leczenie farmakologiczne (Chodkiewicz, 2016).

### **Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-9**

Narzędziem również często wykorzystywanym w screeningu depresji jest Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-9 (ang. *Patient Health Questionnaire*). Najczęściej stosuje się go we wstępnej diagnozie depresji. Kwestionariusz ten dostępny jest w ponad 50 językach. W Polsce zwalidowano go tylko wśród osób powyżej 60. roku życia poddanych hospitalizacji (Kokoszka i wsp., 2016). Polska wersja kwestionariusza dostępna jest w Internecie (Kokoszka, 2016; Suchowiak, 2020).

PHQ-9 składa się z dziewięciu twierdzeń, które na podstawie kryteriów diagnostycznych DSM-4 przedstawiają objawy depresyjne (Kokoszka, 2016; Suchowiak, 2020). Twierdzenia dotyczą m.in. odczuwania przyjemności, uczucia smutku, przygnębienia lub beznadziejności, zaburzeń snu i łaknienia, uczucia zmęczenia, poczucia niezadowolenia z siebie. Pytanie dziewiąte dotyczy chęci zrobienia sobie krzywdy. Na podstawie badań Simona i wsp. (2013) kwestionariusz PHQ-9 jest narzędziem służącym do identyfikowania pacjentów ze zwiększonym ryzykiem próby samobójczej lub zgonu.

Wynik równy 20 punktów lub wyższy może wskazywać na występowanie ciężkiej depresji, 15–19 punktów może wskazywać na występowanie średnio ciężkiej depresji, 10–14 punktów może świadczyć o depresji o średnim nasileniu, natomiast wynik między 5 a 9 punktów może wskazywać na występowanie depresji o łagodnym przebiegu (Suchowiak, 2020).

### **Kwestionariusz Depresji Becka**

Kwestionariusz Depresji (ang. *Beck Depression Inventory* – BDI), znany w Polsce również jako Inwentarz Depresji Becka czy Skala Depresji Becka, jest narzędziem służącym do pomiaru nasilenia objawów depresyjnych w populacji ogólnej. Pierwsza wersja powstała w roku 1961 (Beck i wsp., 1961), natomiast w 1996 r. wydano zaktualizowaną wersję (Beck i wsp., 1996).

BDI-II jest narzędziem samoopisowym, składającym się z 21 pytań. Odpowiedzi mieszczą się na skali od 0 punktów, co oznacza brak objawów depresyjnych, do 3 punktów oznaczających występowanie objawów o słabym natężeniu (Kokoszka, 2016; Suchowiak, 2020).

Pytania dotyczą smutku, płaczu, utraty przyjemności, utraty zainteresowań, potencji, zmiany apetytu, pobudliwości, skłonności do irytacji, zmęczenia, utraty energii, pesymizmu, samokrytyki, poczucia winy i kary, myśli samobójczych, niezdecydowania, trudności z koncentracją, niechęci do siebie, utraty poczucia własnej wartości (Zawadzki i wsp., 2009).

## **Podsumowanie**

Analiza dostępnej literatury wskazuje, że istnieje konieczność stworzenia odpowiedniego narzędzia służącego do rozpoznawania depresji poporodowej u mężczyzn. Skale i kwestionariusze powinny uwzględniać specyfikę przebiegu męskiej depresji. To pozwoli uzyskać rzeczywiste dane dotyczące odsetka

ojców doświadczających tego schorzenia, czynników ryzyka i co za tym idzie – pozwoli na stworzenie rekomendacji dotyczących profilaktyki pierwotnej oraz leczenia depresji poporodowej.

### Wykaz skrótów

BDI	Kwestionariusz Depresji Becka
BDI-II	Kwestionariusz Depresji Becka II
EPDS	Edynburska Skala Depresji Poporodowej
GDMS	Gotlandzka Skala Męskiej Depresji
PHQ-9	Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta

### Bibliografia

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory – II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Carlberg, M., Edhborg, M., & Lindberg, L. (2018). Paternal perinatal depression assessed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Gotland Male Depression Scale: prevalence and possible risk factors. *American Journal of Men's Health*, 12(4), 720–729.
- Chhabra, J., Li, W., McDermott, B. (2022). Predictive Factors for Depression and Anxiety in Men During the Perinatal Period: A Mixed Methods Study. *American Journal of Men's Health*, 16(1), 15579883221079489.
- Chodkiewicz, J. (2016). Męska depresja, jej geneza i sposoby pomiaru. *Psychiatra dla Lekarza Rodzinnego*, 1, 14–17.
- Chodkiewicz, J. (2017). Polska adaptacja Gotlandzkiej Skali Męskiej Depresji (GDMS) Wolfganga Rutza. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 26(1), 13–23.
- Darwin, Z., Domoney, J., Iles, J., Bristow, F., Siew, J., & Sethna, V. (2021). Assessing the Mental Health of Fathers, Other Co-parents, and Partners in the Perinatal Period: Mixed Methods Evidence Synthesis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 585479.
- Edmondson, O. J. H., Psychogiou, L., Vlachos, H., Netsi, E., & Ramchandani, P. G. (2010). Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh postnatal depression scale as a screening measure. *Journal of Affective Disorders*, 125(1–3), 365–368.
- Jaeschke, R. R., Dudek, D., Topór-Mądry, R., Drozdowicz, K., Datka, W., Siwek, M., & Rybakowski, J. (2017). Postpartum depression: bipolar or unipolar? Analysis of 434 Polish postpartum women. *Revista Brasileira de Psiquiatria* (Sao Paulo, Brazil: 1999), 39(2), 154–159.
- Kokoszka, A., Jastrzębski, A., & Obrębski, M. (2016). Ocena psychometrycznych właściwości polskiej wersji Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta-9 dla osób dorosłych. *Psychiatria*, 13(4), 187–193.
- Kossakowska, K. (2013). Edynburska skala depresji poporodowej: właściwości psychometryczne i charakterystyka. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica*, 1, 39–50.
- Lai, B., Tang, A., Lee, D., Yip, A., & Chung, T. (2010). Detecting postnatal depression in Chinese men: A comparison of three instruments. *Psychiatry Research*, 180(2–3), 80–85.
- Leśniewska, M., Budzyńska, J., Koziół, I., & Milanowska, J. (2021). Postpartum depression in men – a common but rarely understood problem. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 27(3), 248–251.

- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: Whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 74, 139–147.
- Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D. J., & Howie, P. (2001). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorders*, 64(2–3), 175–184.
- Matthey, S., & Della Vedova, A. M., (2020). Screening for mood difficulties in men in Italy and Australia using the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Matthey Generic Mood Questionnaire. *Psychology of Men and Masculinities*, 21(2), 278–287.
- Pérez, F. C., Catalán, A., Morales, A., Quinlan, A., Riquelme, D., Navarro, J., & Valdés, C. (2018). Assessment of Postpartum Depression in a Group of Chilean Parents. *Journal of Men's Health*, 14(2); 56–64.
- Simon, G. E., Rutter, C. M., Peterson, D., Oliver, M., Whiteside, U., Operskalski, B., & Ludman, E. (2013). Does response on the PHQ-9 depression questionnaire predict subsequent suicide attempt or suicide death? *Psychiatric Services*, 64, 1195–1202.
- Suchowiak, S., Wszółek, K., Suwalska, J., Łojko, D., & Suwalska, A. (2020). Badania przesiewowe w kierunku depresji okresu okołoporodowego: przegląd narzędzi i barier w skryningu. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 15(1–2), 60–69.
- Wszółek, K., Żak, E., Żurawska, J., Olszewska, J., Pięta, B., & Bojar, I. (2018). Influence of socio-economic factors on emotional changes during the postnatal period. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine: AAEM*, 25(1), 41–45.
- Wszółek, K., Żurawska, J., Łuczak-Wawrzyniak, J., Kopaszewska-Bachorz, B., Głowińska, A., & Pięta, B. (2020). Postpartum depression – a medical or a social problem? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: the Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 33(15), 2556–2560.
- Zawadzki, B., Popiel, A., & Pragłowska, E. (2009). Charakterystyka psychometryczna polskiej adaptacji Kwestionariusza Bepresji BDI-II Aarona T. Becka. *Psychologia – Etiologia – Genetyka*, 19, 71–95.



# Farmakoterapia depresji w okresie okołoporodowym

Ocena bezpieczeństwa stosowania danego leku w okresie okołoporodowym opiera się na analizie stosunku korzyści do ryzyka. W większości przypadków korzyść z leczenia ciężarnej i jednocześnie inicjacji i kontynuacji karmienia piersią jest większa niż ryzyko związane z ekspozycją dziecka na lek. Żeby uniknąć błędów w farmakoterapii, warto ryzyko przeanalizować w każdym indywidualnym przypadku.

## Nieoczywiste ryzyko wynikające z interwencji w karmienie naturalne

167

W procesie decyzyjnym dotyczącym wyboru leku przeciwdepresyjnego w okresie okołoporodowym bierze się pod uwagę korzyść dla matki i dziecka z farmakoterapii, korzyść z nieprzerwanego kontaktu skóra do skóry, natychmiastowej inicjacji karmienia naturalnego oraz dalszego karmienia piersią.

Analizuje się ryzyko związane z ekspozycją dziecka na lek przenikający do jego organizmu przez łożysko i później przez mleko. Często zapominamy jednak o włączeniu do analizy mniej oczywistego ryzyka – ryzyka z interwencji w karmienie naturalne, z wprowadzenia do diety dziecka sztucznej mieszanki oraz długofalowych konsekwencji braku karmienia piersią dla matki i dziecka.

Karmienie własnym mlekiem matki jest optymalnym sposobem żywienia noworodków, niemowląt i małych dzieci (WHO, 2017), jest to też naturalna kontynuacja cyklu reprodukcyjnego, który ma na celu zmaksymalizowanie szans potomstwa na przetrwanie (Tomori i wsp., 2018). Każda interwencja w ten proces może wpłynąć negatywnie na organizm zarówno matki, jak i dziecka.

Brak inicjacji karmienia zaraz po porodzie jest związany ze zwiększonym ryzykiem problemów laktacyjnych oraz z ryzykiem niepowodzenia laktacji (Pérez-Escamilla i wsp., 2016). Problemy z laktacją mogą przyczyniać się do nasilenia lub wystąpienia objawów depresyjnych (Kim i wsp., 2022).

Ograniczona podaż mleka matki, przedwczesne odstawienie dziecka od piersi czy brak karmienia własnym mlekiem/ ludzkim mlekiem zwiększa ryzyko wystąpienia martwiczego zapalenia jelita u noworodka (Sankar i wsp., 2015), infekcji ucha (Bowatte i wsp., 2015), otyłości oraz cukrzycy typu II u dziecka (Horta i wsp., 2015) oraz ogólnie zmniejsza przeżywalność noworodków (Sankar i wsp., 2015). Natomiast u kobiet zwiększa ryzyko wystąpienia cukrzycy typu II, chorób krążenia i nowotworów jajnika oraz piersi (Chowdhury i wsp., 2015; Pérez-Escamilla i wsp., 2023).

W przypadku braku alternatywnego pożywienia lub zasobów do jego sporządzenia (np. czystej wody) trudności w karmieniu piersią lub niepowodzenie w laktacji może zakończyć się zgonem dziecka.

Przeprowadzone w ostatnich latach badania nad mlekiem ludzkim i zależnościami między osobą karmiącą własnym mlekiem i karmionym piersią dzieckiem silnie sugerują, że karmienie naturalne jest działaniem prozdrowotnym i metodą profilaktyki wielu chorób (Louis-Jacque, Stuebe, 2020; Perez-Escamilla i wsp., 2023).

Podjmując decyzje dotyczące interwencji w karmienie naturalne na dowolnym etapie – ciąży, porodu czy połogu – warto mieć na uwadze nieoczywiste na pierwszy rzut oka, bo często oddalone w czasie, ryzyko i rozpatrywać je z taką samą starannością jak ryzyko związane z ekspozycją dziecka na lek przenikający do jego organizmu przez łożysko w okresie okołoporodowym i przez mleko matki po porodzie.

## Ustalenia definicyjne

W omówieniu analizy bezpieczeństwa farmakoterapii w okresie okołoporodowym skupiam się na punkcie w czasie, jakim jest poród, oraz tym, co następuje po nim. W niniejszym artykule nie poruszam kwestii bezpieczeństwa stosowania leków w ciąży ani wpływu leków na postępowanie porodu czy stan dziecka przed narodzinami. Poniżej wyjaśniam kilka pojęć, które pomagają ocenić bezpieczeństwo stosowania leków w okresie okołoporodowym i w laktacji.

Względna dawka dla dziecka (ang. *relative dose*, *relative infant dose* – RID) – obliczony na podstawie badań nad przenikaniem leków do mleka u ludzi procent dawki podanej matce (w przeliczeniu wagowym, w mg/kg/dobę), na jaki dziecko może być narażone, przyjmując mleko (Hale, Krutsch, 2023). Korzystając z tego parametru, można obliczyć indywidualne narażenie na lek u danej pacjentki dla danego dziecka. Ten parametr to informacja na temat dawki, na jaką dziecko może być narażone, ale można go wykorzystać w ograniczonym zakresie (będzie miarodajny, gdy dawki matczyne mieszczą się w zakresie dawek zwyczajowo stosowanych oraz gdy dziecko jest karmione wyłącznie piersią).

Dawka pediatryczna – dawka leku stosowana w pediatrii. Znając RID, można określić, czy szacowana ilość leku w mleku zbliży się do dawki pediatrycznej (Hale, Krutsch, 2023).

Charakterystyka produktu leczniczego – dokument rejestracyjny, który producent musi przygotować dla urzędu rejestracji leków w celu wprowadzenia leku do obrotu i sprzedaży. Jego zawartość jest ściśle definiowana przez dany urząd rejestracji leków oraz ustawę Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2001 nr 126 poz. 1381). Producent jest zwolniony z obowiązku prowadzenia badań klinicznych w grupie osób karmiących piersią. Informacje zawarte w charakterystyce produktu leczniczego w rozdziale 4.6 mogą nie być aktualne, dlatego w kwestii oceny bezpieczeństwa stosowania leków u osób ciężarnych oraz w okresie laktacji nie może to być jedyne źródło informacji o leku w tych grupach pacjentów.

Analiza parametrów farmakokinetycznych i badań nad przenikaniem leków do mleka pomaga oszacować, na jaką dawkę dziecko może być narażone w związku z karmieniem piersią, i ocenić ryzyko związane ze stosowaniem danego leku dla dziecka.

## Leki

W zależności od obrazu klinicznego, czynników zewnętrznych, sytuacji pacjenta rozważa się leki z różnych grup. W procesie leczenia bierze udział kilka osób (pacjent, lekarz, farmaceuta wydający lek, położna lub pielęgniarka środowiskowa i inni). Decyzja dotycząca zastosowania danej strategii leczenia należy do pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417) i powinna być to decyzja świadoma, wynikająca z oceny, procesu diagnostycznego i propozycji lekarza oraz informacji udzielonych przez fachowy personel medyczny działający zgodnie z kompetencjami na podstawie aktualnej i rzetelnej wiedzy opartej na dowodach naukowych (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152; Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039; Dz.U. 2021 poz. 97; Smochowiec i wsp., 2021).

W leczeniu depresji są stosowane leki z podanych niżej grup.

### **SSRI (ang. *serotonin reuptake inhibitor*)**

Mechanizm działania leków z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny polega na selektywnym hamowaniu wychwytu zwrotnego serotoniny, co w konsekwencji nasila przekaźnictwo serotoninerгіczne (Janiec i wsp., 2021). Przykłady: sertralina, escitalopram, paroksetyna, fluoksetyna.

### **SNRI (ang. *serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor*)**

Inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny zwiększają neuroprzekaźnictwo tych dwóch neurotransmiterów (Janiec i wsp., 2021). Przykłady: duloksetyna, wenlafaksyna.

### **NDRI (ang. *norepinephrine and dopamine reuptake inhibitor*)**

Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego noradrenaliny i dopaminy prowadzą do zwiększenia zewnątrzkomórkowego stężenia noradrenaliny i dopaminy (Janiec i wsp., 2021). Należy do nich np. bupropion.

## **TLPD (trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne)**

Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne blokują wychwyt zwrotny głównie noradrenaliny i serotoniny, ale wpływają też na inne przekaźniki, jak dopaminę, zwiększając pobudzenie układu noradrenergicznego i serotonergicznego (Janiec i wsp., 2021). Przykłady: amitryptylina, klompiramina.

W doborze leków przeciwdepresyjnych w okresie poporodowym warto kierować się skutecznością leku, potrzebami pacjentki, a także, jeśli jej celem jest karmienie piersią, badaniami nad przenikaniem leku do mleka, zaś w przypadku gdy dane są ograniczone – właściwościami konkretnych substancji.

## **Wskazówki dla zespołu porodowego**

Leki przeciwdepresyjne stosowane w okresie bezpośrednio poprzedzającym poród mogą spowodować wystąpienie oznaczalnych stężeń w krążeniu pępowinowym oraz w osoczu noworodka (Schoretsanitis i wsp., 2021). W niektórych przypadkach możliwe jest zaobserwowanie objawów klinicznych obecności leków w organizmie dziecka (Yang i wsp., 2017).

Istnieje wiele czynników mylących w ocenie związku przyczynowo-skutkowego między wystąpieniem komplikacji okołoporodowych u dziecka a stosowaniem leków przeciwdepresyjnych przez ciążarną.

Wśród obserwowanych objawów w starszych badaniach wskazywano na: niską masę urodzeniową (Kivistö i wsp., 2016), zaburzenia oddechu (Zeskin, Stephens, 2004; Davis i wsp., 2007), zaburzenia adaptacyjne (Lund i wsp., 2009; Salisbury i wsp., 2016), zespół odstawienia (Yang i wsp., 2017), przetrwałe nadciśnienie płucne (Chambers i wsp., 2006). Producent jednego z leków zawierających sertralinę (SSRI) informuje: „stosowanie leków z grupy SSRI w ciąży, szczególnie w późnym okresie ciąży, może zwiększać ryzyko przetrwałego nadciśnienia płucnego u noworodków (PPHN). Zaobserwowane ryzyko wynosi w przybliżeniu 5 przypadków na 1000 ciąż. W ogólnej populacji częstość występowania PPHN wynosi 1 do 2 przypadków na 1000 ciąż” (Biopharm, 2020).

Mogą pojawić się także inne objawy wynikające z działania serotonergicznego. W większości przypadków powikłania rozwijają się natychmiast lub w krótkim czasie (mniej niż 24 godziny) po porodzie (Biopharm, 2020). Odstawienie leków przed porodem nie ma istotnego wpływu na częstość występowania problemów adaptacyjnych i neurologicznych w grupie noworodków narażonych na leki SSRI przez łożysko (Meltzer-Brody, 2011).

Najnowszy przegląd wskazuje na jedynie niewiele większe ryzyko powyższych komplikacji w przypadku stosowania przez ciążarną leków z grupy SSRI, sugerując, że leczenie nie powinno być profilaktycznie odstawiane przed porodem, a dokładna analiza i dobór odpowiedniego leku mogą pozwolić na bezpieczną dla matki i dziecka farmakoterapię (Lebin, Novick, 2022).

Uwzględniając raporty z badań, warto mieć na uwadze, że wystąpienie niektórych zdarzeń u noworodka (jak niski wynik skali Apgar, problemy z oddychaniem, problemy adaptacyjne, problemy z napięciem mięśniowym, nadmierna

senność lub pobudzenie, mioklonie, zaburzenia neurologiczne) może być powiązane z ekspozycją dziecka na lek przeciwdepresyjny matki przenikający do organizmu dziecka przez łożysko.

Zaobserwowano też, że w przypadku narażenia na leki przeciwdepresyjne w życiu płodowym karmienie piersią było związane z mniejszą częstotliwością wystąpienia zaburzeń adaptacyjnych noworodka (Kieviet i wsp., 2015).

W związku z tym, planując kolejne etapy opieki okołoporodowej nad matką i dzieckiem, szczególnie w przypadku zaobserwowania objawów wskazujących na syndrom odstawienia u noworodka, warto mieć na uwadze, że karmienie piersią w takiej sytuacji może zmniejszyć niepożądane skutki występujące u dziecka (Abdel-Latif, 2006, Kieviet i wsp., 2015).

### **Wskazówki dla położnych, konsultantów i konsultantek laktacyjnych, innych specjalistów medycznych i osób wspierających po porodzie**

Osoby cierpiące na depresję w czasie ciąży wymagają silniejszego wsparcia laktacyjnego ze względu na zwiększone ryzyko wystąpienia problemów i przedwczesnego zaprzestania karmienia piersią (Gorman i wsp., 2012; Leggett i wsp., 2017; Venkatesh i wsp., 2017; Grzeskowiak i wsp., 2018).

Skuteczność działania leków przeciwdepresyjnych pozostaje w związku z czasem ich stosowania. Początkowy okres farmakoterapii może być związany z nasileniem niektórych działań niepożądanych leków (Janiec i wsp., 2021), o czym warto poinformować pacjentkę, żeby uniknąć problemów lekowych.

171

#### **Interakcje**

Leki, które są metabolizowane tymi samymi szlakami w wątrobie z udziałem tych samych grup CYP450, mogą zmieniać stężenie leków przeciwdepresyjnych w osoczu (Janiec i wsp., 2021), przyczyniając się potencjalnie do zwiększenia ich zawartości w mleku lub nasilenia działań niepożądanych u matki i niebezpośrednio wpływając na laktację i dziecko karmione piersią.

Łączenie leków wpływających na ośrodkowy układ nerwowy może nasilić działania niepożądane u matki (ale najprawdopodobniej nie u dziecka) – to takie substancje jak alkohol, leki przeciwhistaminowe o działaniu uspokajającym (jak hydroksyzyna) czy benzodiazepiny (stosowane jako leki nasenne lub np. indukujące znieczulenie ogólne) (Biopharm, 2020; Janiec i wsp., 2021).

Leki działające na receptory serotoninowe, jak leki przeciwmigrenowe (sumatryptan, almotryptan), niektóre zioła (w szczególności dziurawiec zwyczajny i mieszanki ziołowe, w których występuje), tramadol (silny lek przeciwbólowy) oraz petydyna (lek stosowany np. w znieczuleniu ogólnym) mogą nasilić działanie serotoninergiczne u matki i spowodować zespół serotoninowy (Biofarm, 2020; Janiec i wsp., 2021), który może negatywnie wpłynąć na zdolność karmienia piersią i zdrowie matki. Łącząc te leki z lekami przeciwdepresyjnymi, warto zachować ostrożność i uważnie obserwować stan matki.

## Odstawianie

Odstawianie leków przeciwdepresyjnych powinno odbywać się stopniowo, niegwałtownie, ze zmniejszaniem dawki i pod kontrolą lekarza, żeby uniknąć zespołu odstawienia u matki (Janiec i wsp., 2021). Objawy zespołu odstawienia (hipotonia, drżenia, bezsenność, nudności, zaburzenia równowagi, zaburzenia oddechowe, zaburzenia koncentracji) mogą w znaczący sposób wpłynąć na zdolność do karmienia piersią i opieki nad niemowlęciem. Pacjentki mogą, mimo stopniowego zmniejszania dawek, odczuć część skutków odstawienia leków przeciwdepresyjnych. Przy kontrolowanym zakończeniu farmakoterapii te objawy są najczęściej łagodne i przejściowe (Gabriel, Sharma, 2017) i najprawdopodobniej nie wiążą się z działaniem negatywnym na dzieci karmione piersią (jak dotąd brak danych na ten temat w literaturze).

## Zmniejszanie ryzyka

Jeśli kobieta odczuwa niepokój związany ze stosowaniem leku lub jeśli podejrzewa się wystąpienie u jej dziecka zdarzeń niepożądanych podczas stosowania leku przeciwdepresyjnego, należy dążyć do zmniejszenia ryzyka narażenia dziecka na działanie leku, który może przenikać do jego organizmu z mlekiem matki.

Można to zrobić poprzez zmniejszenie częstotliwości karmień, zmniejszenie objętości mleka matki wypijanego w ciągu doby, zmianę dawki lub dawkowania leku czy zmianę leku na inny. W przypadku leków przeciwdepresyjnych wprowadzanie odstępów między zażyciem leku a następnym karmieniem najprawdopodobniej nie będzie wiązało się z istotną redukcją ekspozycji z uwagi na długie czasy półtrwania i stabilny po kilku dniach stosowania poziom leku w osoczu matki.

## Źródła informacji o lekach w laktacji

W przypadku braku satysfakcjonujących i aktualnych informacji w polskiej literaturze można samodzielnie poszukać publikacji naukowych i skorzystać z dwóch niezależnych baz informacji o lekach w laktacji. Te bazy to e-lactancia (e-lactancia.org), prowadzona przez zespół badaczy Apilam, oraz LactMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922>), elektroniczna baza danych, która jest częścią Narodowej Biblioteki Medycznej Stanów Zjednoczonych. Obie bazy oferują informacje o lekach, podsumowanie badań, bibliografię oraz daty aktualizacji wpisów. W e-lactancia przedstawiono też farmakokinetykę danego leku.

## Analiza trzech wybranych leków z różnych grup w kontekście inicjacji laktacji i karmienia piersią

### Sertralina

Sertralina jest silnym i swoistym inhibitorem wychwytu serotoniny (5HT) w komórkach nerwowych, ma słaby wpływ na wychwyt zwrotny noradrenaliny i dopaminy. W dawkach leczniczych sertralina blokuje wychwyt serotoniny w płytkach krwi (Janiec i wsp., 2021). Sertralina przenika przez łożysko oraz w niewiel-

kim stopniu wydzielana jest do mleka (Biofarm, 2020). W większości przypadków nie ma konieczności opóźniania inicjacji laktacji, utrzymywania odstępu lub przerywania karmienia piersią (Hale, Krutsch, 2023).

#### *Informacje dla zespołu porodowego*

Możliwe działanie serotoninergiczne na noworodka lub zespół odstawienia po ekspozycji na lek przez łożysko, zaleca się obserwację dziecka (zgodnie z danymi producenta, Biopharm, 2020).

#### *Bezpieczeństwo stosowania w okresie laktacji*

Sertralina w niskim stopniu przenika do mleka. Ośrodki naukowe oraz ochrony zdrowia uznają, że ryzyko dla dziecka podczas terapii matki tym lekiem jest niskie i nie jest wtedy wymagany odstęp czy przerwanie karmienia piersią (Pinheiro i wsp., 2015; Sriraman i wsp., 2015; NHS, 2022; Hale, Krutsch, 2023). W okresie okołoporodowym zalecana jest obserwacja (Pinheiro i wsp., 2015).

W przeprowadzonych różnych badaniach nad lekiem w okresie laktacji stosowanie dawek poniżej 150 mg na dobę u matek karmiących nie powodowało uzyskania klinicznie istotnego stężenia leku i jego metabolitu w osoczu dziecka (Drugs and Lactation Database, 2022).

#### *Wpływ na zdolność karmienia piersią*

Sertralina może wpłynąć na produkcję mleka. Badania nie są jednoznaczne: w jednych wykazano mlekotok (Lesaca, 1996; Gordon i wsp., 1998; Šagud i wsp., 2002; Trenque i wsp., 2011; Nebhinani, 2013), w innych spadek produkcji mleka (Holland, 2000). Osoby chorujące na depresję mogą potrzebować wsparcia w laktacji, żeby osiągnąć zakładany przez nie cel w karmieniu piersią. Wzmożona produkcja mleka może wpłynąć negatywnie na karmienie piersią w niektórych przypadkach, predysponując do powstania stanów zapalnych (Mitchell i wsp., 2022). W takiej sytuacji może być konieczna konsultacja ze specjalistą laktacyjnym.

#### *Monitorowanie działań niepożądanych*

Raportowano zdarzenia niepożądane potencjalnie związane ze stosowaniem sertraliny w kilku przypadkach. W badaniu telefonicznym wśród osób po porodzie stosujących leki z grupy SSRI zgłoszono płaczliwość, problemy ze snem, niepokój i pobudzenie u 13% dzieci karmionych piersią (n = 30; Uguz, Arpaci, 2016).

Dwa przypadki działania niepożądanego związanego z sertralina nieco odstają od pozostałych. U 4-miesięcznego dziecka pojawiły się drżenia senne po włączeniu sertraliny u matki, ustąpiły samoistnie (Mammen i wsp., 1997), w tym przypadku z uwagi na czas przeprowadzania badania ciężko jest ustalić związek przyczynowo-skutkowy.

Inny przypadek dotyczył kobiety, która przyjmowała sertralina w dawce 150 mg na dobę podczas ciąży, porodu i połogu i karmiła dziecko wyłącznie piersią. Urodziła wcześniaka w 33. tygodniu ciąży. U dziecka wystąpiła hipertermia, zaobserwowano zaburzenia regulacji napięcia mięśniowego w ciągu pierwszych 24 godzin po urodzeniu. Objawy nasiliły się w 4. dobie życia, konty-

nuowano karmienie piersią. W 5. dniu po porodzie zmierzono stężenie sertraliny i jej metabolitu we krwi dziecka i mieściło się ono w zakresie terapeutycznym dla osób dorosłych. Karmienie piersią przerwano w 9. dniu po porodzie, a objawy u dziecka ustąpiły, stężenie leku w surowicy zmniejszyło się, rozwój dziecka był prawidłowy. Ustalono, że przyczyną objawów był zespół serotoninowy wynikający z polimorfizmu genetycznego białek CYP450 zaangażowanych w metabolizm sertraliny, który spowodował spowolniony metabolizm leku i utrzymywanie się wysokiego stężenia leku we krwi (Müller i wsp., 2013).

Brak zdarzeń i wpływu na rozwój zaobserwowano w dziewięciu badaniach obejmujących w sumie 127 dzieci w różnym wieku (Drugs and Lactation Database, 2022).

### *Podsumowanie*

Względna dawka dla dziecka (RID) obliczona w badaniach wynosi 0,4–2,2%, gdy dziecko wypija 150 ml mleka na kg masy ciała na dobę (czyli gdy jest karmione wyłącznie piersią – dotyczy to głównie dzieci poniżej 6. miesiąca życia) (Hale, Krutsch, 2023). Korzystając z tego wyliczenia, przy dawce matczynej 50 mg i średniej masie ciała matki 60 kg ilość leku w mleku mogłaby wynosić 0,003–0,018 mg/kg masy ciała dziecka/dobę.

Zgodnie z aktualną wiedzą uznaje się, że sertralina to lek pierwszego wyboru spośród leków SSRI.

Przy niskich dawkach (poniżej 150 mg/dobę) ilość, która będzie w mleku mamy, najprawdopodobniej nie spowoduje pojawienia się leku we krwi dziecka. W przypadku obecności niewielkiej ilości leku we krwi dziecka najczęściej nie obserwowano efektów niepożądanych.

Korzyść z karmienia piersią i stosowania leku uznaje się za wyższą niż ryzyko związane z ekspozycją dziecka na niewielkie ilości leku w mleku matki (Hale, Krutsch, 2023).

Nie ma konieczności, żeby po zażyciu leku ograniczać karmienie piersią, ale w okresie okołoporodowym zaleca się obserwację pod kątem efektu serotonergicznego u noworodka lub zespołu odstawienia.

### **Duloksetyna**

Duloksetyna to lek z grupy leków przeciwdepresyjnych, to inhibitor wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI).

### *Informacje dla zespołu porodowego*

Producent leku z duloksetyną informuje: „Tak jak w przypadku innych leków działających na receptory serotonergiczne, u noworodków, których matki przyjmowały duloksetynę w okresie przedporodowym, mogą wystąpić objawy odstawienia. Do objawów odstawienia duloksetyny należą: hipotonia, drżenie, drżączka, trudności w ssaniu, zaburzenia oddechowe i napady drgawek. Większość przypadków obserwowano w chwili urodzenia lub w ciągu kilku dni po urodzeniu” (Sandoz, 2021). Nie wiadomo, jaka jest częstość występowania takich zdarzeń.



### *Bezpieczeństwo stosowania w okresie laktacji*

Duloksetyna dobrze się wchłania po podaniu doustnym, osiągając maksymalne stężenie we krwi w ciągu 6 godzin po przyjęciu dawki. Bezwzględna dostępność biologiczna duloksetyny po podaniu doustnym wynosi od 32% do 80% (średnio 50%). Wiązanie z białkami osocza wynosi około 96%, a okres półtrwania duloksetyny w fazie eliminacji wynosi od 8 do 17 godzin (Sandoz, 2021). Te dane sugerują niewielkie przenikanie do mleka.

Dystrybucję duloksetyny w organizmie badano u 6 kobiet karmiących piersią, będących co najmniej 12 tygodni po porodzie. W mleku wykryto lek, a jego stężenie po kilku dniach terapii osiągnęło mniej więcej stały poziom i stanowiło około jednej czwartej stężenia leku w osoczu. Ilość duloksetyny w mleku po podawaniu dawki 40 mg dwa razy na dobę wynosiła około 7 mcg na dobę. Laktacja nie wpłynęła na farmakokinetykę duloksetyny. Obliczono względną dawkę dla dziecka i określono, że wynosi 0,141% dawki matki w przeliczeniu wagowym (Lobo i wsp., 2008). Przy dawkach matczynych 60 mg duloksetyny na dobę względna dawka dla dziecka wynosiła 0,82% (w innym badaniu 0,81% – Boyce i wsp., 2011) i nie wykryto leku w osoczu dziecka w 32. dniu życia (Briggs i wsp., 2009).

### *Monitorowanie bezpieczeństwa farmakoterapii*

Nie zaraportowano do tej pory działań niepożądanych u dzieci karmionych piersią, których matki stosowały duloksetynę. Badania dotyczyły dawek w zakresie 40–60 mg dobę i w sumie dziewięciorga niemowląt (Lobo i wsp., 2008; Briggs i wsp., 2009; Boyce i wsp., 2011; Collin-Lévesque i wsp., 2018).

### *Wpływ na zdolność karmienia piersią*

Obserwowano mlekotok wraz ze wzrostem stężenia prolaktyny w osoczu podczas leczenia różnych osób duloksetyną, wydaje się jednak, że rzadziej niż w przypadku innych leków przeciwdepresyjnych (Trenque i wsp., 2011; Drugs and Lactation Database, 2022b). Wzmożona produkcja mleka może wpłynąć negatywnie na karmienie piersią w niektórych przypadkach, predysponując do powstania stanów zapalnych (Mitchell i wsp., 2022). W takiej sytuacji może być konieczna konsultacja ze specjalistą laktacyjnym.

### *Podsumowanie*

Z uwagi na ograniczone badania duloksetyna nie wydaje się być lekiem pierwszego wyboru, ale jeśli jej stosowanie jest konieczne, uznaje się, że korzyść z karmienia piersią przewyższa ryzyko ekspozycji dziecka na lek przenikający do jego organizmu z mlekiem. Zalecana jest ostrożność w przypadku stosowania leku w ciąży i karmienia piersią wcześniaka lub noworodka. Należy też zwracać uwagę na przybieranie na wadze oraz zachowanie dziecka (Drugs and Lactation Database, 2022b; Hale, Krutsch, 2023). Jeśli zostaną zaobserwowane niepokojące objawy, trzeba skontaktować się ze specjalistą i rozważyć strategię redukcji ryzyka poprzez interwencję w karmienie piersią lub farmakoterapię.

## **Amitryptylina**

Amitryptylina jest trójpierścieniowym lekiem przeciwdepresyjnym, wykazuje również działanie przeciwbólowe. Ma właściwości przeciwcholinergiczne i uspokajające. Zapobiega wychwytowi zwrotnemu i tym samym inaktywacji noradrenaliny i serotoniny w zakończeniach nerwowych (Bausch Health Ireland Limited, 2021; Janiec i wsp., 2021).

### *Informacje dla zespołu porodowego*

Informacja od producenta: „Podczas długotrwałego stosowania i po podawaniu w końcowych tygodniach ciąży u noworodka mogą wystąpić objawy odstawienia. Mogą one obejmować drażliwość, wzmożone napięcie mięśni, drżenie, nieregularny oddech, słabe picie i głośny płacz i ewentualnie objawy przeciwcholinergiczne (zatrzymanie moczu, zaparcia)” (Bausch Health Ireland Limited, 2021). Inicjacja karmienia piersią zaraz po porodzie może pomóc złagodzić objawy odstawienia (Abdel-Latif, 2006; Kieviet i wsp., 2015).

### *Bezpieczeństwo stosowania w okresie laktacji*

Amitryptylina i jej metabolity w niewielkim stopniu przenikają do mleka. Nie wydaje się, aby konieczne były interwencje w karmienie piersią, jak opóźnienie inicjacji karmienia po porodzie czy odstęp. Ekspozycja na lek związana ze spożywaniem mleka matki jest znacznie niższa niż ekspozycja związana z przenikaniem leku przez łożysko (Hale, Krutsch, 2023). Amitryptylina jest metabolizowana do nortryptyliny, która ma działanie przeciwdepresyjne równe amitryptylinie (Weissman i wsp., 2004). W badaniach przeanalizowano próbki mleka pobrane od kobiety stosującej 100 mg amitryptyliny na dobę. Stężenie amitryptyliny i nortryptyliny w próbkach wynosiło odpowiednio 151 i 59 mcg/l po 16 godzinach od przyjęcia dawki. Stężenia amitryptyliny i nortryptyliny w mleku matki 11 dni później wynosiły odpowiednio 135 i 52 mcg/l po 14 godzinach od podania dawki. Obliczono, że narażenie na lek przenikający do organizmu dziecka z mlekiem matki wynosi około 1,8% dawki matki w przeliczeniu wagowym. W innym badaniu przy dawce matczynej 75 mg amitryptyliny na dobę autorzy oszacowali, że niemowlę karmione wyłącznie piersią z mlekiem otrzyma 1% dawki matki w przeliczeniu wagowym. Trzecie badanie wykazało zbliżoną względną dawkę dla dziecka – 0,9% (Drugs and Lactation Database, 2006).

### *Monitorowanie bezpieczeństwa farmakoterapii*

Badania prowadzone nad przenikaniem amitryptyliny do mleka matki nie wykazały, żeby lek w mleku powodował działania niepożądane u niemowląt karmionych piersią przez kobiety stosujące od 75 do 175 mg leku na dobę (Drugs and Lactation Database, 2006).

Starsze badanie obserwacyjne trwało od roku do 3 lat i objęło 20 niemowląt karmionych piersią przez matki, które przyjmowały trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne. Badanie nie wykazało niekorzystnego wpływu na wzrost i rozwój. Jedna z kobiet w tym badaniu przyjmowała amitryptylinę w dawce 150 mg dziennie (Misri, Sivertz, 1990). W dwóch innych badaniach u dzieci karmionych

piersią przez matki otrzymujące TLPD nie zaobserwowano żadnych działań niepożądanych (Buist, Janson, 1995; Yoshida i wsp., 1997).

Zgłoszono jeden przypadek działania niepożądanego spowodowanego najprawdopodobniej przez obecność amitryptyliny w mleku. Matka stosowała 10 mg leku dziennie z powodu bezsenności. U jej karmionego piersią dziecka pojawiła się silna sedacja. Częstotliwość karmień zmniejszyła się – dziecko nie zgłaszało się do piersi. Miało 15 dni. Matka odstawiła lek i objawy dziecka zniknęły zupełnie w czasie 48 godzin. Po ponownym włączeniu amitryptyliny do leczenia kobiety objaw u dziecka się powtórzył i znów zniknął po odstawieniu leku przez matkę (Uguz, 2017).

#### *Wpływ na zdolność karmienia piersią*

Zaobserwowano, że amitryptylina zwiększała stężenie prolaktyny u nieciążarnych i niekarmiących pacjentek (Suthar i wsp., 2018). Nie wiadomo, czy taka zmiana wpłynęłaby na laktację i zdolność matki do karmienia piersią.

#### *Podsumowanie*

W przypadku karmienia piersią wcześniaka, noworodka lub niemowlęcia poniżej 2. miesiąca życia zaleca się ostrożność i obserwację pod kątem nadmiernego uspokojenia dziecka. Po tym okresie ryzyko wydaje się być niższe. Uznaje się, że nie ma konieczności wprowadzania interwencji w karmienie piersią, takich jak odstęp, redukcja karmień czy odstawienie dziecka od piersi. Po porodzie można bez zwłoki zainicjować karmienie (Drugs and Lactation Database, 2006).

177

## **Podsumowanie**

Dobór odpowiedniego leku przeciwdepresyjnego w okresie okołoporodowym jest zadaniem złożonym, które wymaga analizy wielu czynników, w tym takich, które nie są intuicyjne (jak ryzyko związane z niekarmieniem piersią). Z aktualną wiedzą i dostępem do informacji można przygotować się do opieki nad ciężarną leczącą depresję i jej noworodkiem, szanując ich potrzeby, zwracając uwagę na potencjalne zdarzenia, które mogą być powiązane z leczeniem i przygotowując się na nie. Wydaje się, że poważniejsze ryzyko jest związane z ekspozycją dziecka na lek *in utero* niż z ekspozycją związaną ze spożywaniem mleka matki, dlatego w większości przypadków inicjacja karmienia piersią może następować od razu po porodzie i nie ma przeciwwskazań do dalszego karmienia piersią, bo ilość leku, jaka może dotrzeć do gruczołu piersiowego, jest zazwyczaj zbyt mała, żeby wywołać efekt kliniczny u dziecka, zwłaszcza starszego niż 2 miesiące.

#### **Od autora**

Deklaruję brak konfliktu interesów. Nie współpracuję z żadną firmą farmaceutyczną. Opisanie bazy informacji o lekach w laktacji zostały wymienione w celach edukacyjnych, nie w ramach działań marketingowych.

## Bibliografia

- Abdel-Latif, M. E., Pinner, J., Clews, S., Cooke, F., Lui, K., & Oei, J. (2006). Effects of breast milk on the severity and outcome of neonatal abstinence syndrome among infants of drug-dependent mothers. *Pediatrics*, 117(6), e1163–e1169.
- Bausch Health Ireland Limited (2021). *Amitriptylinum VP. Charakterystyka Produktu Leczniczego*. Dostępne na: <https://rejestrmedyczne.ezdrowie.gov.pl/api/rpl/medicinal-products/12224/characteristic>.
- Biofarm (2020). *Asertin. Charakterystyka Produktu Leczniczego*. Dostępne na: [https://www.biofarm.pl/fileadmin/user\\_upload/Asertin\\_-\\_ChPL.pdf](https://www.biofarm.pl/fileadmin/user_upload/Asertin_-_ChPL.pdf).
- Bjørnebekk, A., Siqveland, T. S., Haabrekke, K., Moe, V., Slinning, K., Fjell, A. M., & Walhovd, K. B. (2015). Development of children born to mothers with mental health problems: subcortical volumes and cognitive performance at 4½ years. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(1), 115–118.
- Bowatte, G., Tham, R., Allen, K., Tan, D., Lau, M., Dai, X., & Lodge, C. (2015). Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104, 85–95.
- Boyce, P. M., Hackett, L. P., & Ilett, K. F. (2011). Duloxetine transfer across the placenta during pregnancy and into milk during lactation. *Archives of Women's Mental Health*, 14(2), 169–172.
- Briggs, G. G., Ambrose, P. J., Ilett, K. F., Hackett, L. P., Nageotte, M. P., & Padilla, G. (2009). Use of Duloxetine in Pregnancy and Lactation. *Annals of Pharmacotherapy*, 43(11), 1898–1902.
- Buist, A., & Janson, H. (1995). Effect of Exposure to Dothiepin and Northiaden in Breast Milk on Child Development. *British Journal of Psychiatry*, 167(3), 370–373.
- Byrtus, H., Chłoń-Rzepa, G., Kulig, K., Łucka-Sobstel, B., Malawska, B., Obniska, J. M., Pawłowski, M., & Zajdel, P. (2018). *Chemia leków: podręcznik dla studentów farmacji i farmaceutów*. Wyd. 3 uaktualnione i rozszerzone. Warszawa: PZWL.
- Chambers, C. D., Hernandez-Diaz, S., Van Marter, L. J., Werler, M. M., Louik, C., Jones, K. L., & Mitchell, A. A. (2006). Selective Serotonin-Reuptake Inhibitors and Risk of Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn. *New England Journal of Medicine*, 354(6), 579–587.
- Collin-Lévesque, L., El-Ghaddaf, Y., Genest, M., Jutras, M., Leclair, G., Weisskopf, E., Panchaud, A., & Ferreira, E. (2018). Infant Exposure to Methylphenidate and Duloxetine During Lactation. *Breastfeeding Medicine*, 13(3), 221–225.
- Davis, R. L., Rubanowice, D., McPhillips, H., Raebel, M. A., Andrade, S. E., Smith, D., Yood, M. U. & Platt, R. (2007). Risks of congenital malformations and perinatal events among infants exposed to antidepressant medications during pregnancy. *Pharmacoepidemiology & Drug Safety*, 16, 1086–1094.
- Drugs and Lactation Database (2006). Amitriptyline. In LactMed®. National Institute of Child Health and Human Development. Dostępne na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501174>.
- Drugs and Lactation Database (2022a). Duloxetine. In LactMed®. National Institute of Child Health and Human Development. Dostępne na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501470>.
- Drugs and Lactation Database (2022b). Sertraline. In LactMed®. National Institute of Child Health and Human Development. Dostępne na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501191>.
- Edinoff, A. N., Sathivadivel, N., McNeil, S. E., Ly, A. I., Kweon, J., Kelkar, N., Cornett, E. M., Kaye, A. M., & Kaye, A. D. (2022). Antipsychotic Use in Pregnancy: Patient Mental Health Challenges, Teratogenicity, Pregnancy Complications, and Postnatal Risks. *Neurology International*, 14(1), 62–74.

- Gabriel, M., & Sharma, V. (2017). Antidepressant discontinuation syndrome. *Canadian Medical Association Journal*, 189(21), E747–E747.
- Gordon, C., Whale, R., & Cowen, P. J. (1998). Sertraline treatment does not increase plasma prolactin levels in healthy subjects. *Psychopharmacology*, 137(2), 201–202.
- Gorman, J. R., Kao, K., & Chambers, C. D. (2012). Breastfeeding among Women Exposed to Antidepressants during Pregnancy. *Journal of Human Lactation*, 28(2), 181–188.
- Grzeskowiak, L. E., Leggett, C., Costi, L., Roberts, C. T., & Amir, L. H. (2018). Impact of serotonin reuptake inhibitor use on breast milk supply in mothers of preterm infants: a retrospective cohort study: Antidepressant use and breast milk supply. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 84(6), 1373–1379.
- Hale, T. W., & Krutsch, K. (2023). *Hale's medications & mothers' milk 2023: a manual of lactational pharmacology*. 20th edition. Springer Publishing.
- Holland, D. (2000). An Observation of the Effect of Sertraline on Breast Milk Supply. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(6), 1032–1032.
- Horta, B. L., Loret De Mola, C., & Victora, C. G. (2015). Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104, 30–37.
- Janiec, W., Folwarczna, J., Cegięła, U., Janas, A., Janiec, R., Kaczmarczyk-Sedlak, I., Londzin, P., Nowińska, B., Podwińska, E., & Pytlik, M. (2021). *Kompedium farmakologii*. Wyd. 5 uaktualnione i rozszerzone. Warszawa: PZWL.
- Kiviet, N., Hoppenbrouwers, C., Dolman, K. M., Berkhof, J., Wennink, H., & Honig, A. (2015). Risk factors for poor neonatal adaptation after exposure to antidepressants in utero. *Acta Paediatrica*, 104(4), 384–391.
- Kim, S., Park, M., & Ahn, S. (2022). The Impact of Antepartum Depression and Postpartum Depression on Exclusive Breastfeeding: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Nursing Research*, 31(5), 866–880.
- Kivistö, J., Lehto, S. M., Halonen, K., Georgiadis, L., & Heinonen, S. (2016). Maternal Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Lengthening of the Umbilical Cord: Indirect Evidence of Increased Foetal Activity – A Retrospective Cohort Study. *PLoS One*, 11(4), e0154628.
- Lebin, L. G., & Novick, A. M. (2022). Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) in Pregnancy: An Updated Review on Risks to Mother, Fetus, and Child. *Current Psychiatry Reports*, 24(11), 687–695.
- Leggett, C., Costi, L., Morrison, J. L., Clifton, V. L., & Grzeskowiak, L. E. (2017). Antidepressant Use in Late Gestation and Breastfeeding Rates at Discharge from Hospital. *Journal of Human Lactation*, 33(4), 701–709.
- Lesaca T. G. (1996). Sertraline and galactorrhea. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16(4), 333–334.
- Lobo, E. D., Loghin, C., Knadler, M. P., Quinlan, T., Zhang, L., Chappell, J., Lucas, R., & Bergstrom, R. F. (2008). Pharmacokinetics of Duloxetine in Breast Milk and Plasma of Healthy Postpartum Women. *Clinical Pharmacokinetics*, 47(2), 103–109.
- Louis-Jacques, A. F., & Stuebe, A. M. (2020). Enabling Breastfeeding to Support Lifelong Health for Mother and Child. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 47(3), 363–381.
- Lund, N., Pedersen, L. H., & Henriksen, T. B. (2009). Selective serotonin reuptake inhibitor exposure in utero and pregnancy outcomes. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(10), 949–954.
- Mammen, O. K., Perel, J. M., Rudolph, G., Foglia, J. P., & Wheeler, S. B. (1997). Sertraline and Norsertraline Levels in Three Breastfed Infants. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58(3), 100–103.
- Meltzer-Brody, S. (2011). New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(1), 89–100.

- Misri, S., & Sivertz, K. (1991). Tricyclic drugs in pregnancy and lactation: a preliminary report. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 21(2), 157–171.
- Mitchell, K. B., Johnson, H. M., Rodríguez, J. M., Eglash, A., Scherzinger, C., Widmer, K., Berens, P., Miller, B., & the Academy of Breastfeeding Medicine (2022). Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. *Breastfeeding Medicine*, 17(5), 360–376.
- Müller, M. J., Preuß, C., Paul, T., Streit, F., Brandhorst, G., & Seeliger, S. (2013). Serotonergic Overstimulation in a Preterm Infant After Sertraline Intake via Breastmilk. *Breastfeeding Medicine*, 8(3), 327–329.
- Nebhinani, N. (2013). Sertraline-induced galactorrhoea: case report and review of cases reported with other SSRIs. *General Hospital Psychiatry*, 35(5), 576.e3–576.e5.
- NHS (2022, February 3). *Pregnancy, breastfeeding and fertility while taking sertraline*. Nhs.Uk. <https://www.nhs.uk/medicines/sertraline/pregnancy-breastfeeding-and-fertility-while-taking-sertraline>.
- Pérez-Escamilla, R., Martínez, J. L., & Segura-Pérez, S. (2016). Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review: BFHI breastfeeding and health outcomes. *Maternal & Child Nutrition*, 12(3), 402–417.
- Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Baker, P., Barros, A. J. D., Bégin, F., Chapman, D. J., Grummer-Strawn, L. M., McCoy, D., Menon, P., Ribeiro Neves, P. A., Pivovoz, E., Rollins, N., Victora, C. G., & Richter, L. (2023). Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *The Lancet*, 401(10375), 472–485.
- Pinheiro, E., Bogen, D. L., Hoxha, D., Ciolino, J. D., & Wisner, K. L. (2015). Sertraline and breastfeeding: review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 18(2), 139–146.
- Šagud, M., Pivac, N., Mück-Šeler, D., Jakovljević, M., Mihaljević-Peleš, A., & Koršić, M. (2002). Effects of Sertraline Treatment on Plasma Cortisol, Prolactin and Thyroid Hormones in Female Depressed Patients. *Neuropsychobiology*, 45(3), 139–143.
- Sandoz (2021). *Duloxetine Sandoz. Charakterystyka Produktu Leczniczego*. <https://rejestrmedyczne.ezdrowie.gov.pl/api/rpl/medicinal-products/34691/characteristic>.
- Sankar, M. J., Sinha, B., Chowdhury, R., Bhandari, N., Taneja, S., Martinez, J., & Bahl, R. (2015). Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104, 3–13.
- Schoretsanitis, G., Westin, A. A., Stingl, J. C., Deligiannidis, K. M., Paulzen, M., & Spigset, O. (2021). Antidepressant transfer into amniotic fluid, umbilical cord blood & breast milk: A systematic review & combined analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 107, 110228.
- Samochowiec, J., Dudek, D., Kucharska-Mazur, J., Murawiec, S., Rymaszewska, J., Cubała, W. J., Heitzman, J., Szulc, A., Bała, M., & Gałeczki, P. (2021). Leczenie farmakologiczne epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających – wytyczne Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta Krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych. *Psychiatria Polska*, 1–25.
- Sriraman, N. K., Melvin, K., Meltzer-Brody, S., & the Academy of Breastfeeding Medicine (2015). ABM Clinical Protocol #18: Use of Antidepressants in Breastfeeding Mothers. *Breastfeeding Medicine*, 10(6), 290–299.
- Suthar, N., Pareek, V., Nebhinani, N., & Suman, D. K. (2018). Galactorrhoea with antidepressants: A case series. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(1), 145–146.
- Tomori, C., Palmquist, A. E. L., & Quinn, E. A. (Eds.) (2018). *Breastfeeding: new anthropological approaches*. New York, NY: Routledge.
- Trenque, T., Herlem, E., Auriche, P., & Dramé, M. (2011). Serotonin Reuptake Inhibitors and Hyperprolactinaemia: A Case/Non-Case Study in the French Pharmacovigilance Database. *Drug Safety*, 34(12), 1161–1166.
- Uguz, F. (2017). Poor Feeding and Severe Sedation in a Newborn Nursed by a Mother on a Low Dose of Amitriptyline. *Breastfeeding Medicine*, 12(1), 67–68.

- Uguz, F., & Arpacı, N. (2016). Short-Term Safety of Paroxetine and Sertraline in Breastfed Infants: A Retrospective Cohort Study from a University Hospital. *Breastfeeding Medicine*, 11(9), 487–489.
- Venkatesh, K. K., Castro, V. M., Perlis, R. H., & Kaimal, A. J. (2017). Impact of antidepressant treatment during pregnancy on obstetric outcomes among women previously treated for depression: an observational cohort study. *Journal of Perinatology*, 37(9), 1003–1009.
- Weissman, A. M., Levy, B. T., Hartz, A. J., Bentler, S., Donohue, M., Ellingrod, V. L., & Wisner, K. L. (2004). Pooled Analysis of Antidepressant Levels in Lactating Mothers, Breast Milk, and Nursing Infants. *American Journal of Psychiatry*, 161(6), 1066–1078.
- WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee (2017). Dostępne na: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-MCA-17.07>.
- Yang, A., Ciolino, J. D., Pinheiro, E., Rasmussen-Torvik, L. J., Sit, D. K. Y., & Wisner, K. L. (2017). Neonatal Discontinuation Syndrome in Serotonergic Antidepressant-Exposed Neonates. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(5), 605–611.
- Yoshida, K., Smith, B., Craggs, M., & Channi Kumar, R. (1997). Investigation of pharmacokinetics and of possible adverse effects in infants exposed to tricyclic antidepressants in breast-milk. *Journal of Affective Disorders*, 43(3), 225–237.
- Zeskind, P. S., & Stephens, L. E. (2004). Maternal Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Use During Pregnancy and Newborn Neurobehavior. *Pediatrics*, 113(2), 368–375.

# Psychoterapia w okresie okołoporodowym

182

Kto mieszka w brzuchu kobiety? Ktoś kruchy i bezradny, podatny na wszystkie wpływy? Ktoś tak delikatny, że jest narażony na uszkodzenie pod wpływem tego, co kobieta zrobi, zje, doświadczy, a nawet pomyśli? A może *mizuko* – „wodne dziecko”, jak określają je japońscy buddyści (Bueno, 2022) – to ktoś, kto działa według własnego planu? Niezachwiany program wzrostu i rozwoju dziecka zadziała w każdych warunkach i pobierze ono z ciała kobiety to, co niezbędne do tego, żeby plan ten się powiódł. Zgodnie z tym rozumieniem, choćby ciężarna kobieta cierpiała głód, jej dziecko poradzi sobie doskonale lub po prostu nie odczuje żadnych tego skutków. Chronione jest szczelnie ścianami macicy, a przez łożysko, narząd selekcji, płynie do niego wszystko to, co niezbędne, wstrzymując potencjalnie szkodliwe substancje. O naturę płodu zadajemy sobie pytania od stuleci. Z odpowiedzi wynikają konkretne zalecenia dla kobiety w ciąży. W zależności od odpowiedzi o naturę płodu matka może być dla niego największym zagrożeniem, doskonałą ochroną lub obojętnym miejscem, w którym dziecko rośnie, aby ostatecznie po prostu rozpocząć życie na świecie. Zdanie poetki Nayyirah Waheed oddaje podejście interakcyjne, odpowiadające zasadom epigenetyki. Waheed pisze: *My mother was my first country, the first place I ever lived* („Moja matka była moim pierwszym krajem, pierwszym miejscem, w którym żyłam” (tłumaczenie własne)). Natura tego miejsca, jego obfitość lub deficyty, bezpieczeństwo lub zagrożenie, zasady panujące pomiędzy mieszkańcami tego kraju to pierwsze informacje o świecie dla płodu i dziecka. Stanowią kontekst dla rozwoju. Środowisko będzie miało wpływ na ekspresję genów rozwijającego się płodu. W przeciwieństwie do pierwszego wyobrażenia, zgodnie z którym dziecko jest szczelnie zamknięte i doskonale chronione, drugi opis pozwala wyobrazić sobie człowieka, który już wewnątrz macicy otrzymuje informacje o świecie i aktywnie przystosowuje się do życia w nim.

Połączenie matki i dziecka nie kończy się wraz z porodem. Karmiony mlekiem matki noworodek czy niemowlak otrzymuje od kobiety substancje stworzone przez jej ciało. Biologicznie żywa substancja – mleko kobiece – jest najzdrowszym pokarmem dla maleńkiego dziecka. Pytanie o bezpieczeństwo tworzone-



go przez kobietę mleka pozostaje jednak wciąż żywe w kontekście szkodliwych substancji, które mogą do niego przenikać, oraz tego, jak emocje karmiącej matki wpływają na skład i ilość pożywienia. Relacja matki i dziecka rozpoczyna się już na etapie ciąży. Kształtujący się w umyśle kobiety wewnętrzny obraz dziecka (związane z nim pragnienia, wyobrażenia, myśli) ma wpływ na późniejszą relację przywiązania (Benoit i wsp., 1997). Czas po porodzie wymaga od diady matka – dziecko ponownego wzajemnego poznania. Na bazie bezpiecznej relacji przywiązania możliwe jest zatroszczenie się o wszystkie potrzeby dziecka, stworzenie bezpiecznej przystani, umożliwiającej stopniowe badania otoczenia i wzrastanie ku samodzielności (Powell i wsp., 2015).

Skutki pytania o naturę płodu odczuwamy w codziennym życiu. Związane są one z tym, co najlepiej jeść, ile pracować, ruszać się, jaki styl życia prowadzić... i czy w ogóle jakaś zmiana ma znaczenie dla przebiegu ciąży.

Pytamy o naturę płodu, ale pytamy również o naturę ciężarnej kobiety. Jedną z najdłużej dostępnych na polskim rynku książek o ciąży i macierzyństwie nosi tytuł „W oczekiwaniu na dziecko” i przywodzi na myśl bierność. Czyżby najważniejszym przeżyciem kobiety w ciąży było czekanie? Dotyczący ciąży rozdział domowego poradnika z XIX w. jest zatytułowany „W odosobnieniu” (Flanders, 2004). Tymczasem natura ciężarnej kobiety daleka jest od bierności. Ciąża to okres transformacji. Podobnie jak w trakcie dojrzewania i menopauzy kobieta staje przed ważnymi kryzysami rozwojowymi (Chrzan-Dętkoś, 2010). Zmiany biologiczne (fizyczne i hormonalne) oraz psychiczne – zwłaszcza siła emocji, przeciwstawne pragnienia (pragnienie zależności kontra pragnienie autonomii, pragnienie bycia nadal w ciąży a pragnienie dziecka), ożywiony wątek relacji z matką (separacji i ponownego zbliżania się) – upodabniają czas ciąży do okresu dojrzewania. Ciężarna kobieta staje również przed wyzwaniem pomieszczenia różnicy pomiędzy idealnym matczynym „ja” a obecną reprezentacją siebie, może doświadczać uczuć zawiści czy odrzucenia względem płodu, ożywiają w niej na nowo wspomnienia własnego dzieciństwa i relacji z opiekunami (St-André, 1993). Rozwiązaniem kryzysu rozwojowego jest zbudowanie nowej tożsamości i możliwość zaangażowania się w nowe role. Radość, poczucie twórczej mocy czy sprawstwa, związane z daniem życia, przeplatają się z trudnymi uczuciami związanymi z poczuciem utraty. Wszystko to daje podstawy do myślenia o okresie okołoporodowym jako o czasie niezwykle dynamicznych zmian i intensywnych przeżyć. Czas ten nazywany jest również okresem pierwotnego macierzyńskiego zaabsorbowania (Winnicott, 2010). Następuje proces „zapadnięcia się w siebie i w relację z nowo narodzonym dzieckiem”, a także stan wzmoczonej czujności matki przy jednoczesnym wycofaniu i rozkojarzeniu. Stan ten narasta w trakcie ciąży, towarzyszy kobiecie przez kilka tygodni po porodzie i stopniowo wygasa (Marcelli, 2013). Francuska psychoterapeutka Monique Bydłowski stan psychiczny kobiety w ciąży określa jako okres przejrzystości psychicznej (Chrzan-Dętkoś, 2010). Charakteryzuje się on większą aniżeli w innych momentach życia dostępnością konfliktowych uczuć. Wspomnienia doświadczeń, potrzeb i relacji z ważnymi dorosłymi z dzieciństwa stają się łatwiej dostępne świadomości i możliwe do przepracowania. Warto podkreślić fakt, iż

specyfika okresu okołoporodowego, tzn. dynamika zmian w życiu kobiety i rodziny, intensywność przeżyć doświadczanych przez matkę, ograniczenia ciąży w czasie, niezwykła motywacja, jaką daje chęć zaopiekowania się dzieckiem, i upływ czasu, jaki pokazuje jego rośnięcie, sprzyja możliwości prowadzenia efektywnych, krótkoterminowych form terapii (Welch i wsp., 2015; Emanuel, Bradley, 2018; Chrzan-Dętkoś, Kalita, 2019).

Skutki pytania o naturę płodu, kobiety i relacje pomiędzy nimi są obecne w sytuacjach wykraczających poza codzienne doświadczenia. Mają znaczenie dla postępowania w przypadku choroby matki. Spośród wyzwań związanych z możliwością zapewnienia bezpiecznego leczenia kobiety będącej w ciąży wciąż wiele kontrowersji dotyczy leczenia zaburzeń psychicznych. Pytanie o to, czy bezpieczne są: doświadczanie przez ciężarną emocji, myślenie o trudnych, konfliktowych aspektach swojego życia, praca nad ważnymi relacjami, jest pytaniem o bezpieczeństwo i zasadność psychoterapii w tym okresie. Farmakoterapia i psychoterapia są metodami leczenia. O ich podjęciu należy decydować również ze świadomością konsekwencji nieleczonych zaburzeń psychicznych dla przebiegu ciąży, dla matki oraz dziecka (Stephens i wsp., 2016). W sytuacji choroby psychicznej matki kluczowa jest ocena ryzyka związanego nie tylko z podjęciem leczenia (co najczęściej robimy w pierwszym odruchu), ale też ocena negatywnego wpływu nieleczonej choroby matki zarówno na rozwój wewnątrzmaciczny płodu, jak i na zdrowie po porodzie. Dysponujemy wieloma badaniami uzasadniającymi słuszność rozpoczęcia terapii w ciąży i po porodzie. Zaburzenia nastroju matki wiążą się z możliwościami tworzenia relacji z noworodkiem i niemowlęciem. Objawy depresyjne wpływają na jakość opieki nad dzieckiem. Wymienić tu można brak możliwości doświadczania przyjemnych stanów i emocji, bezradność wobec zmian emocji, drażliwość, złość, wysoki poziom lęku, negatywne postrzeganie siebie w roli matki. Zaburzenia depresyjne nie oznaczają każdorazowo czynnego krzywdzenia dziecka, jednak istnieje ryzyko zaniedbań w opiece, w tym w kontakcie emocjonalnym. Krzywdzenie dziecka może przyjmować postać zaniedbania, obojętności wobec dziecka, braku reakcji na zgłaszane przez niego potrzeby (fizyczne i emocjonalne), może również polegać na nadmiernej stymulacji, natarczywości w opiece. Odmierna postawa względem dziecka wynika nieraz z doświadczanego nasilonego lęku. Sygnały płynące od dziecka kobieta chorująca na depresję może interpretować jako objaw choroby niemowlęcia, nieprawidłowego rozwoju. W obu sytuacjach dostrojenie do potrzeb dziecka, adekwatne odzwierciedlenie jego stanów jest niemożliwe. Depresja poporodowa rodzica zwiększa nasilenie stresu i ryzyko podejmowania przez niego negatywnych praktyk rodzicielskich (Walczak-Kozłowska, Chrzan-Dętkoś, 2019).

Objawy zaburzeń psychicznych w ciąży i po porodzie wiążą się z cierpieniem. Zaburzenia depresyjne w 20–30% przypadków (dane dla depresji bez wyróżnienia depresji poporodowej) wiążą się ze śmiercią samobójczą. Samobójstwo rozszerzone jest szczególnie dramatyczną konsekwencją nasilonej depresji (Krzyżanowska-Zbucka, 2010). Depresja w okresie okołoporodowym dotkliwie doświadczą kobietę stającą się matką. Odbiera możliwość przeżywania przyjemności,

osłabia ciało, niesie ze sobą lęk, złość, smutek, zmniejsza poczucie kompetencji w nowej roli, w zamian przynosząc fałszywe przekonania o byciu niewystarczającą, niepotrzebną, a nawet zagrażającą dziecku, utrudnia poznanie dziecka i nawiązanie więzi, sprawia, że przyszłość maluje się w czarnych barwach. Zaburzenia depresyjne, na które cierpi rodzic, to zawsze ryzyko dla diady rodzic – dziecko.

Badania populacyjne wskazują na zależność pomiędzy depresją rodzica a negatywnymi konsekwencjami dla dziecka obserwowanymi aż do 18. roku życia. W życiu dziecka okresem najbardziej wrażliwym na powikłania rozwoju w związku z chorobą afektywną rodzica jest czas pomiędzy 2. a 8. miesiącem życia dziecka (Netsi i wsp., 2018). Wykazano związek nieleczonej depresji matki z gorszymi wynikami rozwojowymi dziecka (McManus, Poehlmann, 2012). Nielezione okołoporodowe zaburzenia nastroju mogą trwać i eskalować w kolejnych latach po porodzie lub przyjąć postać nawracających epizodów depresyjnych (Stewart i wsp., 2003). Ryzyko kolejnego epizodu nieleczonej depresji matki w ciągu 5 lat rośnie dwukrotnie (Cooper, Murray, 1995). Depresja w okresie ciąży zagraża prawidłowemu przebiegowi ciąży. Jest bowiem czynnikiem zwiększającym dwukrotnie ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego (Dayan i wsp., 2006; Grote i wsp., 2010). Badania wskazują, że wczesne wykrycie i leczenie zaburzeń depresyjnych redukuje negatywny wpływ choroby na kobietę, dziecko i rodzinę (Pilowsky i wsp., 2008). Metaanaliza badań dotyczących skuteczności różnych nurtów terapeutycznych nie wykazała istotnych różnic między nimi. Poza obniżeniem nasilenia objawów depresyjnych rodzice objęci interwencjami terapeutycznymi wykazywali lepsze przystosowanie do wyzwań rodzicielstwa, poprawę w zakresie relacji małżeńskich i wsparcia społecznego, obniżenie stresu i niepokoju (Stephens i wsp., 2016). Metaanaliza 28 badań, w których wzięło udział łącznie 17 tysięcy kobiet, pokazuje, że wczesne objęcie wsparciem psychospołecznym i psychologicznym pozwala zmniejszyć ryzyko wystąpienia depresji poporodowej. Nie odnotowano tego u kobiet, które otrzymują jedynie opiekę medyczną i położniczą (Dennis, Dowswell, 2013). Co ważne, prawidłowe pokierowanie kobiety doświadczającej trudności w okresie ciąży i po porodzie i wczesnie podjęte interwencje psychologiczne prowadzą do osłabienia objawów depresyjnych. Nie dzieje się tak w przypadku kobiet, które takiej opieki nie otrzymują (Stephens i wsp., 2016). Ocena najskuteczniejszej formy leczenia należy do kompetencji lekarza psychiatry i psychologa lub psychoterapeuty. Leczenie psychoterapeutyczne, interwencja w kryzysie, wsparcie, psychoedukacja są skuteczne w sytuacji, kiedy objawy nie są znacznie nasilone. W przypadku dużego nasilenia objawów konieczne jest włączenie leczenia farmakologicznego. W sytuacji dużego cierpienia najlepsze efekty daje połączenie psycho- i farmakoterapii (Koszewska, 2010).

Jedną z intencji autorki jest zwrócenie uwagi na zjawisko przeciwstawiania matki i płodu. W myśleniu o ewentualnym ryzyku leczenia zaburzeń psychicznych (farmakoterapeutycznym czy psychoterapeutycznym) matki ujawnia się cel, którym jest chęć ochrony płodu. Koncentracja na zagrożeniu dla płodu sprawia, że z pola widzenia tracimy podstawowy fakt, jakim jest zjawisko współzależności kobiety i dziecka zarówno w okresie ciąży, jak i po narodzinach. Psychiatra

i psychoanalityk Donald Winnicott powiedział: „Nie ma czegoś takiego jak niemowlę” (Winnicott, 1993). Istotą tej myśli jest fakt, że noworodek i małe dziecko w aspekcie zarówno fizycznego przeżycia, jak i emocjonalnego rozwoju nie są oddzielne i zawsze istnieją w relacji z dorosłym. To samo dotyczy okresu ciąży. Tomas Brazelton pisze: „Aby rodzina troszczyła się o dziecko, jej członkowie muszą mieć poczucie, że ktoś troszczy się o nich” (Brazelton, 2013). Zadaniem psychoterapii jest zatroszczenie się o kobietę, aby zmniejszyć jej cierpienie i aby mogła opiekować się swoim dzieckiem. Bydlowski o istocie terapii w czasie ciąży powikłanej pisała: „to zainteresowanie jest szczególnie potrzebne w czasie, gdy lekarz i rodzina koncentrują się głównie na dziecku” (Chrzan-Dętko, 2010, 13). Natomiast Isca Wittenberg podkreśla: „Jestem przekonana, że niemowlęciu pomożemy najbardziej, gdy zaproponujemy pomoc dziecięcym częściom jego matki i ojca; pomoc polegającą na ustanowieniu wzorca bycia zainteresowanym myśleniem i kontenerowaniu infantylnych uczuć” (Emanuel, Bradley, 2018, 55).

Jeden z mitów wciąż obecnych w przestrzeni społecznej to ten o ochronnym wpływie ciąży na zdrowie kobiety. Dotyczy on zwłaszcza samopoczucia psychicznego, kojącego wpływu na emocje. Według mitu kobieta ciężarna dzięki ciąży doświadcza uspokojenia. Jeśli coś podobnego się nie dzieje, może usłyszeć, że tuż po porodzie „wszystko trudne” minie, a ona sama zazna jakiegoś rodzaju ukojenia i skupi się na dziecku. Zgodnie z funkcją światopoglądową mitów przekonanie o kojącym wpływie ciąży jest wyrazem społecznej normy. Oczekujemy, że dla kobiety ciąża oraz okres wczesnego macierzyństwa będą czasem satysfakcjonującym i przyjemnym, figura matki jest stanem uświęconym. Mit ten pozostaje w opozycji do przytaczanych już w tej książce wyników badań. Okres ciąży, porodu i połogu niesie za sobą zmiany fizyczne, hormonalne. Procesy somatyczne modyfikują procesy psychiczne (Krzyżanowska-Zbucka, 2010). Jednocześnie zadania okresu okołoporodowego same w sobie obfitują w wyzwania natury psychicznej. Ryzyko zaburzeń psychicznych (zarówno pierwszego epizodu, jak i nawrotu) nie tylko nie maleje, ale wzrasta kilkakrotnie (Krzyżanowska-Zbucka, 2010). Doświadczenia i zmiany (biologiczne, psychologiczne, społeczne) okresu ciąży i wczesnego macierzyństwa mogą być źródłem stresu o różnym nasileniu. W odpowiedzi na nie uruchamiają się reakcje adaptacyjne, korzystanie ze strategii radzenia sobie oparte na zasobach osobistych, społecznych, korzystanie z naturalnego wsparcia. Niewykluczone również, że kobieta doświadczać może pozytywnych uczuć ulgi, radości wynikających z faktu poradzenia sobie w nowej życiowej sytuacji. Stresujące wyzwania rozwojowe mogą prowadzić do wzrostu poczucia kompetencji, własnej wartości, przyjemności itp. Ryzyko niepomysłnego rozwiązania kryzysów okresu okołoporodowego rośnie, kiedy na naturalne wyzwania nakładają się czynniki ryzyka, kiedy ciąża i okres poporodowy aktywuje dawne konflikty, utraty.

Psychoterapia może z dobrymi efektami służyć jako jedyna metoda leczenia w przypadku niewielkiego i umiarkowanego nasilenia objawów zaburzeń psychicznych albo może współistnieć z farmakoterapią w przypadku znacznie nasilonych objawów, będąc metodą zapobiegania nawrotom (Muldner-Nieckowski i wsp., 2015).

Obecnie w Polsce nie istnieje oddział psychiatryczny umożliwiający hospitalizację kobiety z noworodkiem/niemowlęciem. Zastosowanie zarówno psychoterapii, jak i farmakoterapii na etapie ciąży i po porodzie w odpowiedzi na doświadczenia kryzysów oraz objawy o mniejszym nasileniu pomaga uniknąć traumy rozdzielenia kobiety i dziecka w sytuacji konieczności hospitalizacji w ostrym przebiegu choroby.

Praca psychoterapeutyczna odpowiada na wiele potrzeb i dotyczy różnorodnych tematów. W przypadku zaburzeń psychicznych wyobrazić sobie można, iż przebiega wprost w odniesieniu do diagnozy nozologicznej sformułowanej na podstawie kryteriów DSM-5 lub ICD-10. Okołoporodowe zaburzenia psychiczne to wszystkie zaburzenia, które występują w czasie ciąży i w pierwszym roku po porodzie. W takim rozumieniu z leczenia psychoterapeutycznego w ciąży i po porodzie korzystać mogłyby kobiety chorujące na zaburzenia depresyjne, lękowe, psychotyczne, zaburzenia osobowości, stresowe zaburzenia pourazowe, zaburzenia odżywiania. Ten sposób leczenia wybierają kobiety skierowane przez lekarza psychiatrę, psychologa, innych pracowników ochrony zdrowia lub same szukają dla siebie pomocy. Psychoterapia pomaga nie tylko w łagodzeniu objawów chorób psychicznych. Kobiety zmagają się bowiem z różnorodnymi problemami. Stres przez nie wywołany może prowadzić do wystąpienia objawów depresyjnych, lękowych, zaburzeń odżywiania, do uzależnień, urojeń, które nie muszą spełniać kryterium nasilenia czy długości trwania niezbędnego do postawienia diagnozy zaburzenia psychicznego. Przyczynami kryzysu w okresie okołoporodowym mogą być:

- leczenie niepłodności, bezpłodność, emocjonalny wpływ leczenia niepłodności i stosowanych procedur medycznych,
- nieprawidłowe wyniki badań prenatalnych,
- ciążę mnogie,
- poronienie, martwe urodzenie,
- poród przedwczesny,
- choroba noworodka,
- konfliktowy stosunek względem ciąży,
- trudności w tworzeniu więzi,
- problemy z karmieniem,
- trudności ze snem,
- trudna relacja z partnerem, stosowana przez niego przemoc, uzależnienie czy choroba psychiczna, separacja, rozwód (Leff, 2009),
- trudności w tworzeniu nowej tożsamości matki (Chrzan-Dętkoś, 2010).

Dla rodziców opiekujących się noworodkiem źródłem stresu mogą być nie tylko obciążenia fizyczne, ale również komunikaty wysyłane przez bezbronne, zależne dziecko. Kontakt ten budzić może wspomnienia własnej relacji z opiekunami i przywoływać dziecięce lęki (Emanuel, Bradley, 2018).

Podkreśla się, iż zaburzenia depresyjne związane są z procesem godzenia się z utratami i niedostatecznymi możliwościami myślenia o uczuciach (Chrzan-Dętkoś, Kalita, 2019). Tymczasem poradzenie sobie z żalem odczuwanym w związku z przeżyciem tych utrat stanowi jeden z czynników ochronnych za-

równow w odniesieniu do zaburzeń nastroju, jak i w kontekście budowania bezpiecznego stylu przywiązania z dzieckiem (Dayan i wsp., 2006).

Okres ciąży czy opieki nad małym dzieckiem to również dynamiczne procesy towarzyszące kształtującej się tożsamości. Nie bez przyczyny wyzwania tego czasu porównywane są do zadań rozwojowych okresu dojrzewania. Psychoanalityczka Joan Raphael-Leff pisze: „(...) ciąża nie tylko sprawia, że mocniej i wyraźniej odbieramy doznania płynące z ciała, ale budzi też pierwotne lęki i na powrót ożywia emocje, które wcześniej zostały już pochowane. Dla kobiety, która jest gotowa podjąć ryzyko i wykorzystać impet, dostępność dotychczas wypieranego materiału stanowi niepowtarzalną okazję do zgłębienia własnego świata psychicznego” (Raphael-Leff, 2018). Według Monique Bydlowski kobiety w ciąży znajdują się w pozycji regresji, a wczesnodziecięce wspomnienia związane z relacją wracają do świadomości (Chrzan-Dętkoś, 2010). Mnogość wyzwań, ożywionych wspomnień, uczuć, zadań rozwojowych przeczy obrazowi ciąży jako okresowi bierności czy oczekiwania. Rozpoczęcie lub kontynuowanie wcześniejszego procesu psychoterapeutycznego, jak uważa Raphael-Leff, daje szansę wglądu do własnego wewnętrznego świata.

Z badań przesiewowych przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wynika, że jedynie 15% kobiet cierpiących na depresję korzystało z psychoterapii (Marcus i wsp., 2003). Polskich badań w zakresie dostępności i wykorzystania psychoterapii w leczeniu depresji nie mamy. Zgodnie z wynikami raportów przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii i Irlandii w latach 2006–2008, a następnie w latach 2017–2019 samobójstwo jest jedną z głównych przyczyn śmierci młodych matek (Cantwell, Clutton-Brock, 2011; Knight i wsp., 2021). Samobójcza śmierć oraz zabicie dziecka są najdramatyczniejszymi sposobami zakończenia cierpienia wynikającego z choroby lub kryzysu. Pomimo dostępności leczenia psychoterapeutycznego w krajach wysokorozwiniętych obawy kobiety, brak zrozumienia potrzeby leczenia czy wręcz negatywne nastawienie do korzystania z pomocy specjalistów zdrowia psychicznego mogą opóźniać lub całkowicie blokować decyzję o podjęciu psychoterapii. Również część psychoterapeutów z różnych przyczyn obawia się prowadzenia procesów terapeutycznych w okresie ciąży. Sytuacja ta wymaga pracy i zmiany, tak aby każda kobieta doświadczająca trudności w okresie okołoporodowym mogła otrzymać rzetelną pomoc.

## Konkluzja

Objawy zaburzeń psychicznych, choroba psychiczna kobiety w ciąży, matka małego dziecka wymagają uznania ich powagi oraz – jeśli to potrzebne – rzetelnego leczenia. Dynamiczne procesy psychiczne, żywe myśli i emocje, powracające w okresie okołoporodowym konflikty zasługują na to, aby dać im przestrzeń. Przeciwwstawianie potrzeb czy bezpieczeństwa matki i dziecka nie ma podstaw. Życie diady matka – dziecko jest silnie splecione na poziomie procesów zarów-

no biologicznych, jak i psychologicznych. W okresie ciąży i po porodzie interwencje pomocne kobiecie są interwencjami służącymi diadzie.

Psychoterapia może zarówno być metodą leczenia, wsparcia, jak i pełnić ważną funkcję profilaktyczną, zwłaszcza dla kobiet z grup ryzyka nawrotu czy wystąpienia pierwszego epizodu zaburzeń.

## Bibliografia

- Benoit, D., Parker, K. C. H., & Zeanah, C. H. (1997). Mothers' Representations of Their Infants Assessed Prenatally: Stability and Association with Infants' Attachment Classifications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(3), 307–313.
- Brazelton, T. B. (2013). *Rozwój dziecka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bueno, J. (2022). *O poronieniu, żałobie i ukojeniu*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Cantwell, R., Clutton-Brock, T., Cooper, G., Dawson, A., Drife, J., Garrod, D., Harper, A., Hulbert, D., Lucas, S., McClure, J., Millward-Sadler, H., Neilson, J., Nelson-Piercy, C., Norman, J., O'Herlihy, C., Oates, M., Shakespeare, J., de Swiet, M., Williamson, C., Beale, V., Knight, M., Lennox, Ch., Miller, A., Parmar, D., Rogers, J., & Springett, A. (2011). Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118 Suppl 1, 1–203.
- Chrzan-Dętkoś, M. (2010). Psychodynamiczne rozumienie macierzyństwa – Implikacje dla pracy klinicznej. *Psychoterapia*, 1(152), 5–14.
- Chrzan-Dętkoś, M., & Kalita, L. (2019). The role of early psychological intervention in the prevention and treatment of postpartum depression. *Psychoterapia*, 188(1), 47–61.
- Cooper, P. J., & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 166(2), 191–195.
- Dayan, J., Creveuil, C., Marks, M. N., Conroy, S., Herlicoviez, M., Dreyfus, M., & Tordjman, S. (2006). Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: A prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosomatic Medicine*, 68(6), 938–946.
- Dennis, C. L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD001134.
- Emanuel, L., & Bradley, E. (2018). *Co się dzieje z tym dzieckiem? Interwencje psychoanalityczne w pracy z rodzinami małych dzieci*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Fundament.
- Flanders, J. (2004). *Inside the Victorian Home: A Portrait of Domestic Life in Victorian England*. New York: W.W. Norton.
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S., & Katon, W. J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1012–1024.
- Knight, M., Bunch, K., Tuffnell, D., Patel, R., Shakespeare, J., Kotnis, R., Kenyon, S., Kurinczuk, J. J. (2021). *Saving Lives, Improving Mothers' Care*. Dostępne na: [https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrace-uk/reports/maternal-report-2021/MBRRACE-UK\\_Maternal\\_Report\\_2021\\_-\\_FINAL\\_-\\_WEB\\_VERSION.pdf](https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrace-uk/reports/maternal-report-2021/MBRRACE-UK_Maternal_Report_2021_-_FINAL_-_WEB_VERSION.pdf).
- Koszewska, I. (2010). *O depresji w ciąży i po porodzie*. Warszawa: PZWL.
- Krzyżanowska-Zbucka, J. (2010). Okotoporodowe zaburzenia psychiczne a krzywdzenie dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 3(32), 43–53.
- Marcelli, D. (2013). *Psychopatologia wieku dziecięcego*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.

- Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C., & Barry, K. L. (2003). Depressive Symptoms among Pregnant Women Screened in Obstetrics Settings. *Journal of Women's Health*, 12(4), 373–380.
- McManus, B. M., & Poehlmann, J. (2012). Parent-child interaction, maternal depressive symptoms and preterm infant cognitive function. *Infant Behavior & Development*, 35(3), 489–498.
- Müldner-Nieckowski, Ł., Cyranka, K., Smiatek-Mazgaj, B., Mielimąka, M., Sobański, J. A., & Rutkowski, K. (2015). Psychoterapia ciężarnych kobiet cierpiących na zaburzenia psychiczne. *Psychiatria Polska*, 49(1), 49–56.
- Netsi, E., Pearson, R. M., Murray, L., Cooper, P., Craske, M. G., & Stein, A. (2018). Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA Psychiatry*, 75(3), 247–253.
- Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P., Talati, A., Tang, M., Hughes, C. W., Garber, J., Malloy, E., King, Ch., Cerda, G., Bela Sood, A., Alpert, J. E., Trivedi, M. H., Fava, M., Rush, A. J., Wisniewski, S., & Weissman, M. M. (2008). Children of depressed mothers 1 year after the initiation of maternal treatment: findings from the STAR\*D-Child Study. *The American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1136–1147.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman K., & Marvin, B. (2015). *Krąg ufności. Interwencja wzmacniająca przywiązanie we wczesnych relacjach rodzic-dziecko*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Raphael-Leff, J. (2009). *Psychological processes of childbearing*. 4th edition. London, New York: Routledge.
- Raphael-Leff, J. (2018). *Ciąża. Kulisy wewnętrznego świata*. Warszawa: Oficyna Ingenium.
- St-André, M. (1993). Psychotherapy during Pregnancy: Opportunities and Challenges. *American Journal of Psychotherapy*, 47(4), 572–590.
- Stephens, S., Ford, E., Paudyal, P., & Smith, H. (2016). Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: A meta-analysis. *Annals of Family Medicine*, 14(5), 463–472.
- Stewart, D. E., Robertson, E., Phil, M., Dennis, C., Grace, S. L., & Wallington, T. (2003). *Postpartum Depression: Literature review of risk factors and interventions*. WHO Publication (October), 289. [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/lit\\_review\\_postpartum\\_depression.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf).
- Walczak-Kozłowska, T., & Chrzan-Dętkoś, M. (2019). Zapobieganie przemocy i wspieranie relacji wcześniak-opiekunowie. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 18(2), 59–75.
- Welch, M. G., Firestein, M. R., Austin, J., Hane, A. A., Stark, R. I., Hofer, M. A., Garland, M., Glickstein, S. B., Brunelli, S. A., Ludwig, R. J., & Myers, M. M. (2015). Family Nurture Intervention in the Neonatal Intensive Care Unit improves social-relatedness, attention, and neurodevelopment of preterm infants at 18 months in a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(11), 1202–1211.
- Winnicott, D. W. (1993). *Dziecko, jego rodzina i świat*. Warszawa: Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza.
- Winnicott, D. W. (2010). *Dom jest punktem wyjścia*. Gdańsk: Wydawnictwo Imago.



# **CZĘŚĆ III**

## **ZAŁĄCZNIKI**





# DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 11 września 2018 r.

Poz. 1756

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 16 sierpnia 2018 r.

### w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Określa się standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

**§ 2.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r., z wyjątkiem przepisów części XIII ust. 3 pkt 8 załącznika do rozporządzenia, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.<sup>3)</sup>

Minister Zdrowia: wz. *J. Szczurek-Żelazko*

193

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 138, 650, 1128, 1375, 1532, 1629, 1669 i 1693.

<sup>3)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007), które tracą moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960).

STANDARD ORGANIZACYJNY OPIEKI ZDROWOTNEJ W PODMIOTACH WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ  
LECZNICZĄ UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ**I. Postanowienia ogólne**

1. Standard organizacyjny w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu oraz nad noworodkiem, zwany dalej „standardem”, określa poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnych interwencji medycznych, w szczególności:
  - 1) amniotomii,
  - 2) indukcji porodu,
  - 3) stymulacji czynności skurczowej,
  - 4) podawania opioidów,
  - 5) nacięcia krocza,
  - 6) cięcia cesarskiego,
  - 7) podania noworodkowi mleka modyfikowanego– z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka medyczna opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.
2. Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej ustalają wskaźniki tej opieki i monitorują je, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się w szczególności ograniczeniem interwencji medycznych, o których mowa w ust. 1, oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką.
3. Sposób realizacji oraz dokumentowanie działań, o których mowa w ust. 2, określa regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
4. Użyte w standardzie określenia oznaczają:
  - 1) I okres porodu – okres liczony od pojawienia się pierwszych regularnych skurczów macicy powodujących zgładzanie i rozwaranie szyjki macicy aż do jej pełnego rozwarcia;
  - 2) II okres porodu – okres między całkowitym rozwarciem szyjki macicy a urodzeniem noworodka;
  - 3) III okres porodu – okres rozpoczynający się po urodzeniu noworodka i obejmujący oddzielenie oraz wydalenie popłodu;
  - 4) IV okres porodu – okres trwający 2 godziny po oddzieleniu i wydaleniu popłodu;
  - 5) ciąża fizjologiczna – ciążę przebiegającą w sposób prawidłowy;
  - 6) osoba bliska – małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub inną osobę wskazaną przez ciężarną lub rodzącą;
  - 7) osoba sprawująca opiekę:
    - a) położną,
    - b) lekarza specjalistę w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii, zwanych dalej „lekarzem położnikiem”,
    - c) lekarza specjalistę w dziedzinie neonatologii, lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie neonatologii albo lekarza specjalistę w dziedzinie pediatrii, zwanych dalej „lekarzem oddziału neonatologicznego”,
    - d) pielęgniarkę– sprawujących odpowiednio opiekę nad ciężarną, rodzącą, położnicą albo noworodkiem;
  - 8) lekarz prowadzący analgezję regionalną porodu:
    - a) lekarza, który posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie:
      - anestezjologii lub
      - anestezjologii i reanimacji, lub
      - anestezjologii i intensywnej terapii, lub

- b) lekarza, który uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, lub
  - c) lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz co najmniej pięcioletnie doświadczenie w wykonywaniu analgezji regionalnej porodu, albo
  - d) lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, po ukończeniu drugiego roku szkolenia, pod warunkiem że znajduje się pod bezpośrednim nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
- 9) położna anestezjologiczna – położną, która ukończyła:
- a) specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub
  - b) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub
  - c) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii;
- 10) pielęgniarka anestezjologiczna – pielęgniarkę, która ukończyła:
- a) specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub
  - b) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub
  - c) w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;
- 11) połóg – okres rozpoczynający się po porodzie i trwający sześć tygodni, w czasie którego w organizmie kobiety następuje cofanie się zmian spowodowanych ciążą i porodem;
- 12) poród fizjologiczny – spontaniczny poród niskiego ryzyka od momentu rozpoczęcia i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania, w wyniku którego noworodek rodzi się z położenia główkowego, pomiędzy ukończonym 37. a 42. tygodniem ciąży, po którym matka i noworodek są w dobrym stanie;
- 13) edukacja przedporodowa – praktyczne i teoretyczne przygotowanie ciężarnej oraz osoby bliskiej do podejmowania zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży, podczas porodu, połogu oraz do rodzicielstwa, kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych i przygotowanie do sprawowania opieki nad noworodkiem i niemowlęciem wpływające na obniżenie wskaźnika umieralności okołoporodowej, zmniejszenie liczby cięć cesarskich, porodów przedwczesnych, interwencji medycznych oraz łagodzenie lęku i niepokoju związanego z porodem, wzmocnienie zdrowia i poprawę samopoczucia matek i dzieci.
5. Ingerencja w naturalny proces ciąży, porodu i laktacji wiąże się z uzasadnionym medycznie wskazaniem. Ingerencja w naturalny proces ciąży, porodu lub laktacji, w szczególności leczenie cukrzycy ciężarnej, nadciśnienia tętniczego i innych powikłań ciąży, lub poród zabiegowy, oznacza, że ciąża, poród lub laktacja wymagają zastosowania dodatkowych procedur wykraczających poza standard.
6. Ciężarną lub rodzącą kieruje się do podmiotu leczniczego wykonującego działalność w zakresie opieki okołoporodowej, posiadającego oddział o poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu, z uwzględnieniem faktu, że I poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i połogiem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży, II poziom opieki perinatalnej obejmuje również opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia, III poziom opieki perinatalnej obejmuje ponadto opiekę nad najcięższą patologią ciąży.
7. W dokumentacji medycznej należy odnotować dzień, miesiąc, rok, godzinę i minutę objęcia rodzącej lub noworodka opieką i zakończenia jej sprawowania, z adnotacją o podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który tę opiekę przejmuje, zawierającą jego dane.
8. Zadania osoby sprawującej opiekę obejmują w szczególności:
- 1) ocenę stanu zdrowia ciężarnej, rodzącej, płodu oraz noworodka;
  - 2) wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka oraz wczesne wykrywanie patologii;
  - 3) sprawdzenie posiadanych przed kobietą wyników badań, szczególnie niezbędnych w stanie zagrożenia życia, w tym oznaczenia grupy krwi;
  - 4) prowadzenie porodu przy użyciu technik wspierających jego naturalny mechanizm;
  - 5) opiekę nad ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem;
  - 6) zapewnienie opieki realizowanej przez specjalistów, jeżeli ujawnią się czynniki ryzyka lub pojawią powikłania uzasadniające takie działanie;
  - 7) wsparcie rodzącej oraz jej osoby bliskiej w trakcie porodu oraz położnicy w okresie połogu;
  - 8) zabezpieczenie możliwości ukończenia ciąży lub porodu w trybie nagłym, jeżeli sytuacja będzie tego wymagała.

9. Osoba sprawująca opiekę podczas porodu jest przygotowana do wykonania czynności interwencyjnych w zakresie opieki nad rodzącą oraz nad noworodkiem, które polegają w szczególności na:
- 1) zabezpieczeniu dostępu do żyły obwodowej;
  - 2) podaniu wlewu kroplowego;
  - 3) zabezpieczeniu obrażeń kanału rodnego;
  - 4) utrzymaniu drożności dróg oddechowych matki i dziecka;
  - 5) utrzymaniu czynności życiowych rodzącej albo położnicy oraz płodu albo noworodka.
10. Jeżeli osobą sprawującą opiekę jest położna, w przypadku wystąpienia objawów patologicznych niezwłocznie przekazuje rodzącą pod opiekę lekarza położnika. Dokładny czas przekazania rodzącej pod opiekę lekarza położnika, dane dotyczące stanu ogólnego rodzącej i płodu oraz dotychczasowego przebiegu porodu odnotowuje się w dokumentacji medycznej. Adnotacja jest podpisywana przez położną i przez lekarza. W takim przypadku położna jest osobą asystującą przy porodzie prowadzonym przez lekarza, który przejmuje odpowiedzialność za dalsze prowadzenie porodu patologicznego. W przypadku różnicy w ocenie aktualnej sytuacji między osobą przekazującą i przejmującą opiekę fakt ten powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej.
11. Podmiot wykonujący działalność leczniczą zapewnia dostępność personelu przeszkolonego w resuscytacji noworodka, w tym w zakresie intubacji noworodka, oraz zapewnia możliwość niezwłocznego przeniesienia rodzącej lub noworodka, w czasie zapewniającym zachowanie ich zdrowia i życia, do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, jeżeli powikłania wymagają zastosowania procedur wysokospecjalistycznych. W takim przypadku osoba sprawująca opiekę udostępniła podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą przejmującemu opiekę nad rodzącą lub noworodkiem kompletną dokumentację medyczną dotyczącą dotychczas sprawowanej opieki medycznej.
12. Osoba sprawująca opiekę w warunkach pozaszpitalnych zapewnia ciągłość opieki w czasie porodu oraz w okresie pogołu. Jeżeli osoba ta nie może sprawować opieki osobiście, zapewnia odpowiednią jej organizację, przez opracowanie i uzgodnienie z odpowiednimi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą porozumień obejmujących tryb i warunki przekazania rodzącej lub położnicy lub noworodka do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego, zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, w przypadku wystąpienia niekorzystnych objawów śródporodowych czynników ryzyka lub czynników ryzyka płodu lub noworodka.
13. Realizacja praw pacjenta w zakresie opieki okołoporodowej polega w szczególności na:
- 1) respektowaniu prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z ciążą, porodem, położeniem oraz opieką nad noworodkiem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych;
  - 2) prawie wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych;
  - 3) możliwości wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

## II. Zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania

Termin badania	Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia	Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne
1	2	3
Do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>3. Badanie gruczołów sutkowych.</li> <li>4. Określenie wzrostu, masy ciała i wskaźnika BMI.</li> <li>5. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>6. Propagowanie zdrowego stylu życia.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grupa krwi i Rh, o ile ciężarna nie posiada odpowiednio udokumentowanego badania grupy krwi.</li> <li>2. Przeciwciała odpornościowe do antygenów krwinek czerwonych.</li> <li>3. Morfologia krwi.</li> <li>4. Badanie ogólne moczu.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Przekazanie informacji o możliwości wykonania badań w kierunku chorób uwarunkowanych genetycznie.</li> <li>8. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza położnika.</li> <li>9. Zebranie danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i innych używek.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Badanie cytologiczne, o ile nie było wykonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy.</li> <li>6. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo, ewentualnie OGTT u kobiet z czynnikami ryzyka GDM.</li> <li>7. Badanie VDRL.</li> <li>8. Zalecenie kontroli stomatologicznej.</li> <li>9. Badanie HIV i HCV.</li> <li>10. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), o ile ciężarna nie przedstawi wyniku potwierdzającego występowanie przeciwciał IgG sprzed ciąży.</li> <li>11. Badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM), o ile ciężarna nie chorowała lub nie była szczepiona lub w przypadku braku informacji.</li> <li>12. Oznaczenie TSH.</li> </ol>
11–14 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>3. Pomiar masy ciała.</li> <li>4. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>5. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji.</li> <li>6. Propagowanie zdrowego stylu życia.</li> </ol>	Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP).
15–20 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>3. Pomiar masy ciała.</li> <li>4. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>5. Propagowanie zdrowego stylu życia.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Morfologia krwi.</li> <li>2. Badanie ogólne moczu.</li> </ol>
18–22 tydzień ciąży		Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP.
21–26 tydzień ciąży	Rozpoczęcie edukacji przedporodowej.	
21–26 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Ocena czynności serca płodu.</li> <li>3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>4. Pomiar masy ciała.</li> <li>5. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>6. Propagowanie zdrowego stylu życia.</li> <li>7. W przypadku opieki sprawowanej przez położną konsultacja lekarza położnika (24–26 tygodni ciąży).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy (w 24–26 tygodniu ciąży) – trzypunktowe oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo), po 1 i 2 godz. od podania glukozy.</li> <li>2. Badanie ogólne moczu.</li> <li>3. Przeciwciała anti-D u kobiet Rh (–).</li> <li>4. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze – badanie w kierunku toksoplazmozy (IgM).</li> </ol>
27–32 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Ocena czynności serca płodu.</li> <li>3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>4. Pomiar masy ciała.</li> <li>5. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>6. Propagowanie zdrowego stylu życia.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Morfologia krwi.</li> <li>2. Badanie ogólne moczu.</li> <li>3. Przeciwciała anti-D u kobiet Rh (–).</li> <li>4. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP.</li> <li>5. W przypadku występowania wskazań – podanie immunoglobuliny anti-D (28–30 tygodni ciąży).</li> </ol>

33–37 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Badanie położnicze.</li> <li>3. Ocena wymiarów miednicy.</li> <li>4. Ocena czynności serca płodu.</li> <li>5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>6. Ocena ruchów płodu.</li> <li>7. Badanie gruczołów sutkowych.</li> <li>8. Pomiar masy ciała.</li> <li>9. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>10. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji.</li> <li>11. Propagowanie zdrowego stylu życia.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Morfologia krwi.</li> <li>2. Badanie ogólne moczu.</li> <li>3. Badanie antygenu HBs.</li> <li>4. Badanie HIV.</li> <li>5. Posiew z pochwy i odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących (35–37 tydzień ciąży).</li> <li>6. Badanie VDRL, HCV w grupie kobiet ze zwiększonym populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia.</li> </ol>
38–39 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Badanie położnicze.</li> <li>3. Ocena ruchów płodu.</li> <li>4. Ocena czynności serca płodu.</li> <li>5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>6. Pomiar masy ciała.</li> <li>7. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>8. Propagowanie zdrowego stylu życia.</li> <li>9. W przypadku opieki sprawowanej przez położną konsultacja lekarza położnika.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne moczu.</li> <li>2. Morfologia krwi.</li> </ol>
Niezwłocznie po 40. tygodniu ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Badanie położnicze.</li> <li>3. Ocena ruchów płodu.</li> <li>4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>5. Pomiar masy ciała.</li> <li>6. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>7. Przy prawidłowym wyniku KTG i USG oraz przy prawidłowym odczuwaniu ruchów płodu – kolejne badanie za 7 dni, z ponownym KTG i USG. W trakcie tej wizyty należy ustalić datę hospitalizacji, tak aby poród miał miejsce przed końcem 42. tygodnia. W przypadku odstępstw od normy – indywidualizacja postępowania.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie KTG.</li> <li>2. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP.</li> </ol>

Osoba sprawująca opiekę:

- 1) jeżeli nie jest położną podstawowej opieki zdrowotnej, informuje kobietę o możliwości korzystania z opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz kieruje w okresie pomiędzy ukończonym 21. a 26. tygodniem ciąży w celu objęcia edukacją przedporodową oraz opieką sprawowaną nad nią i dzieckiem w miejscu, w którym będą przebywali po porodzie;
- 2) odnotowuje w dokumentacji medycznej ciężarnej fakt skierowania do objęcia opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej; położna podstawowej opieki zdrowotnej potwierdza objęcie kobiety opieką w czasie ciąży i po porodzie przez wpis do planu opieki przedporodowej i karty przebiegu ciąży swoich danych lub danych podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym: numer telefonu kontaktowego i faksu lub adres poczty elektronicznej;
- 3) może zlecić wykonanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym, jeżeli stan zdrowia ciężarnej lub wyniki wcześniej przeprowadzonych badań wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu lub połogu.

Kobieta w okresie fizjologicznej ciąży powinna być konsultowana nie rzadziej niż co 3–4 tygodnie w zależności od zaawansowania ciąży, w uzasadnionych przypadkach częściej.



**III. Identyfikacja czynników ryzyka powikłań okołoporodowych**

1. Do czynników ryzyka identyfikowanych na podstawie wywiadu przeprowadzonego podczas ciąży oraz przed porodem zalicza się w szczególności:
  - 1) choroby ciężarnej, w szczególności choroby układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, choroby nerek, choroby neurologiczne, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, choroby wątroby, cukrzycę, zaburzenia krzepnięcia, trombofilię lub zespół antyfosfolipidowy oraz otyłość;
  - 2) zakażenie wirusem HIV lub HCV;
  - 3) stan po leczeniu niepłodności lub po co najmniej dwóch następujących po sobie poronieniach samoistnych lub po porodzie przedwczesnym;
  - 4) uprzednie urodzenie dziecka martwego lub w ciężkiej zamartwicy;
  - 5) przeżyty poród noworodka o masie urodzeniowej ciała większej niż 4000 g lub noworodka z bardzo małą lub ekstremalnie małą masą urodzeniową ciała;
  - 6) ciążę wielopłodową;
  - 7) wystąpienie krwawienia przed porodem, stan po powikłaniach w postaci łożyska przodującego lub przedwczesnego oddzielania się łożyska;
  - 8) stan po operacjach macicy i dolnego odcinka układu rozrodczego, uszkodzeniach dróg rodnych, atonii macicy albo po krwotokach poporodowych, drgawkach, stanach zatorowo-zakrzepowych lub przeżytym wycięciu macicy;
  - 9) sytuację, gdy ciężarna jest pierworódką poniżej 18. roku życia lub powyżej 35. roku życia;
  - 10) sytuację, gdy ciężarna jest wieloródką powyżej 40. roku życia lub wieloródką po urodzeniu 4 dzieci;
  - 11) przewlekłe zakażenie u ciężarnej lub jego podejrzenie lub wystąpienie temperatury ciała powyżej 38°C częściej niż raz w czasie ciąży;
  - 12) używanie substancji psychoaktywnych, produktów leczniczych, alkoholu lub nikotyny w czasie ciąży i w okresie bezpośrednio poprzedzającym ciążę.
2. Do czynników ryzyka identyfikowanych w czasie ciąży oraz przed porodem na podstawie badania zalicza się w szczególności:
  - 1) wartość ciśnienia skurczowego wyższą niż 140 mmHg i rozkurczowego wyższą niż 90 mmHg, białkomocz wyższy niż 0,3 g/24 h;
  - 2) przybór masy ciała większy niż 500 g na tydzień w ostatnim trymestrze ciąży;
  - 3) odmiedniczkowe zapalenie nerek;
  - 4) niedokrwistość;
  - 5) cukrzycę;
  - 6) zakażenie wirusem różyczki;
  - 7) przebyte lub trwające krwawienie z dróg rodnych;
  - 8) konflikt serologiczny;
  - 9) nieadekwatność wielkości macicy lub wielkości dziecka do czasu trwania ciąży (problemy w precyzyjnym ustaleniu terminu porodu, ograniczenie wewnątrzmacicznego wzrastania płodu, makrosomia płodu, wielowodzie, małowodzie, mięśniaki macicy, ciąża wielopłodowa, niewspółmierność matczy-no-płodowa);
  - 10) zagrażający poród przedwczesny (przedwczesne skurcze macicy, niewydolność cięśniono-szyjkowa);
  - 11) nieprawidłową lokalizację łożyska;
  - 12) ciążę wielopłodową z patologicznie położonymi płodami;
  - 13) przekroczenie 41 tygodnia ciąży lub niepewność co do terminu porodu;
  - 14) dodatni wynik posiewu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących grupy B(GBS);
  - 15) położenie inne niż główkowe powyżej 37. tygodnia ciąży;
  - 16) więcej niż dwa rozpoznania porodu fałszywego.

3. Do czynników ryzyka śródporodowego zalicza się w szczególności:
  - 1) przedłużone odpływanie płynu owodniowego (powyżej 24 godzin);
  - 2) zaburzenia czynności skurczowej macicy;
  - 3) opryszczkę genitalną;
  - 4) konieczność indukcji lub stymulacji porodu;
  - 5) krwotok śródporodowy;
  - 6) obecność smółki lub krwi w płynie owodniowym;
  - 7) temperaturę ciała powyżej 38°C;
  - 8) okołoporodową utratę krwi w ilości przekraczającej 500 ml w czasie 24 godzin lub obniżenie hematokrytu o 10% wartości wyjściowej;
  - 9) wypadnięcie pępowiny lub przodowanie pępowiny;
  - 10) zatrzymanie łożyska w jamie macicy;
  - 11) wstrząs;
  - 12) pęknięcie krocza 3. lub 4. stopnia;
  - 13) wyciowanie macicy;
  - 14) pęknięcie macicy.
4. Do czynników ryzyka występujących u płodu lub noworodka zalicza się w szczególności:
  - 1) pępowinę dwunaczyniową;
  - 2) naczynia błędzące;
  - 3) wady rozwojowe;
  - 4) masę ciała noworodka poniżej 2500 g;
  - 5) zaburzenia czynności serca płodu;
  - 6) ocenę w skali Apgar poniżej 7 punktów w 5. minucie po urodzeniu;
  - 7) uraz okołoporodowy;
  - 8) zaburzenia oddychania.
5. Oceny występowania czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1–4, dokonuje osoba sprawująca opiekę.
6. W przypadku stwierdzenia występowania czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1–4, ciężarna, rodząca lub noworodek powinni pozostawać pod opieką lekarza położnika lub lekarza oddziału neonatologicznego o odpowiednim do ich stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną lub neonatologiczną.
7. Zidentyfikowane u ciężarnej czynniki ryzyka należy omówić z ciężarną lub jej przedstawicielem ustawowym, tak aby zapewnić podjęcie świadomej decyzji odnośnie do wyboru miejsca porodu.
8. Wyniki identyfikacji czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1–4, podjęte działania i zalecenia oraz dokonane w porozumieniu z ciężarną ustalenia należy każdorazowo odnotować w dokumentacji medycznej.

#### IV. Edukacja przedporodowa

1. Za prowadzenie edukacji przedporodowej, która obejmuje wymiar godzin dostosowany do potrzeb kobiety ciężarnej, z uwzględnieniem zajęć teoretycznych i praktycznych realizowanych w formie indywidualnej lub grupowej, odpowiada położna. Edukacja przedporodowa w formie indywidualnej jest również obowiązkiem lekarza położnika.
2. Ramowy program edukacji przedporodowej obejmuje okres prenatalny (ciąża), porodu, poporodowy (połóg) oraz wsparcie społeczne ciężarnej, położnicy i rodziny w okresie okołoporodowym.
3. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący okresu prenatalnego (ciąży) obejmuje w szczególności:
  - 1) przebieg ciąży i rozwój dziecka od początku ciąży do porodu;
  - 2) opiekę prenatalną – dostępne formy opieki medycznej i plan opieki przedporodowej;

- 3) styl życia w okresie ciąży – zasady odżywiania, używki, nałogi oraz ich wpływ na rozwój ciąży i dziecka, aktywność zawodowa, aktywność fizyczna, zachowania i czynności uznawane za niebezpieczne dla kobiet w okresie ciąży;
  - 4) dolegliwości okresu ciąży i sposoby radzenia sobie z nimi;
  - 5) profilaktykę chorób zakaźnych w okresie okołoporodowym, w tym szczepienia ochronne;
  - 6) problemy psychologiczne i emocjonalne kobiety i jej rodziny w okresie ciąży, porodu i połogu;
  - 7) zagadnienia prawne dotyczące przepisów, standardu, praw pacjenta, opieki medycznej w okresie okołoporodowym, ustawodawstwa rodzinnego, ochrony prawnej ciężarnych, matek.
4. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący porodu obejmuje w szczególności:
- 1) przygotowanie do porodu i plan porodu, w tym preferencje i oczekiwania rodzącej;
  - 2) czynniki zwiastujące poród, początek porodu, w tym stany nagłe wymagające szybkiej hospitalizacji;
  - 3) fizjologia porodu, poród aktywny, poród rodzinny;
  - 4) pozycje wykorzystywane w I i II okresie porodu (pozycje wertykalne) i sprzęt pomocny w trakcie porodu;
  - 5) łagodzenie bólu porodowego (niefarmakologiczne i farmakologiczne);
  - 6) kontakt matki z dzieckiem „skóra do skóry”, w tym inicjacja karmienia piersią;
  - 7) cięcie cesarskie – korzyści i zagrożenia dla matki i dziecka, powikłania wczesne i późne po cięciu cesarskim;
  - 8) informowanie o możliwości deponowania tkanek płodu, w tym krwi pępowinowej, sznura pępowinowego – w celu pozyskania komórek macierzystych.
5. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący okresu poporodowego (połóg) obejmuje w szczególności:
- 1) opiekę w okresie połogu – przebieg połogu, powrót płodności po porodzie oraz psychologiczne aspekty połogu;
  - 2) karmienie piersią i wsparcie w laktacji, w tym rozwiązywanie problemów związanych z laktacją;
  - 3) opiekę nad noworodkiem a następnie nad niemowlęciem, w tym postępowanie z noworodkiem po urodzeniu, działania profilaktyczne wykonywane u noworodka oraz niemowlęcia, pielęgnację dziecka, informacje i zalecenia dla rodziców odnośnie do postępowania z dzieckiem w domu oraz zapewnienie dziecku bezpieczeństwa w środowisku domowym.
6. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący wsparcia społecznego w okresie okołoporodowym obejmuje w szczególności informacje dotyczące wsparcia emocjonalnego, informacyjnego, instrumentalnego, rzeczowego (materialnego).
7. Podmioty wykonujące działalność leczniczą prowadzące edukację przedporodową nie prowadzą działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt.

#### V. Plan opieki przedporodowej i plan porodu

1. Podczas opieki przedporodowej osoba sprawująca opiekę oraz ciężarna ustalają plan opieki przedporodowej i plan porodu. Plan opieki przedporodowej obejmuje wszystkie procedury medyczne związane z opieką przedporodową wraz z określeniem czasu ich wykonania. W planie opieki przedporodowej uwzględnia się możliwość zakwalifikowania ciężarnej do aktualnie obowiązujących programów zdrowotnych, w tym badań prenatalnych i badań echokardiograficznych płodu. Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i określenie miejsca porodu.
2. Plan opieki przedporodowej i plan porodu są modyfikowane odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej i zmieniających się jej potrzeb i oczekiwań w trakcie opieki.
3. Plan opieki przedporodowej i plan porodu jest dołączany do indywidualnej zewnętrznej dokumentacji medycznej ciężarnej.
4. Ciężarnej należy umożliwić wybór miejsca porodu (warunki szpitalne albo pozaszpitalne) oraz przekazać wyczerpującą informację dotyczącą wybranego miejsca porodu obejmującą wskazania i przeciwwskazania.

5. W miarę możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą należy umożliwić ciężarnej wcześniejsze zapoznanie z miejscem porodu, zorganizować możliwość wypełnienia dokumentacji medycznej, konsultację anestezjologiczną na wypadek zastosowania u niej analgezji regionalnej porodu.
6. W celu zapewnienia odpowiedniej opieki nad rodzącą zakażoną HIV oraz noworodkiem jest zasadne kierowanie jej do porodu do podmiotu leczniczego posiadającego oddział o III poziomie referencyjnym opieki perinatalnej i neonatologicznej.

## VI. Postępowanie w trakcie porodu

1. Rodzącą traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia się jej udział w podejmowaniu decyzji związanych z porodem. Osoby sprawujące opiekę potrafią nawiązać dobry kontakt z rodzącą i mieć świadomość, jak ważne są postawa, słowa kierowane do rodzącej oraz ton głosu podczas rozmowy. Należy zapytać rodzącą o jej potrzeby i oczekiwania, a pozyskane informacje wykorzystać do wspierania i kierowania rodzącą podczas porodu.
2. W celu nawiązania dobrego kontaktu z rodzącą osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szczególności:
  - 1) witają rodzącą osobiście, przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad nią;
  - 2) prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę;
  - 3) szanują prywatność rodzącej i jej poczucie intymności;
  - 4) zapoznają się z planem porodu, omawiają go z rodzącą i w miarę możliwości stosują jego postanowienia;
  - 5) omawiają z rodzącą dostępne sposoby łagodzenia bólu;
  - 6) każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej lub jej przedstawiciela ustawowego na wykonanie zabiegów i badań;
  - 7) udzielają informacji na temat sposobów wzywania pomocy;
  - 8) w sytuacji konieczności przekazania opieki nad rodzącą informują ją o tym fakcie.
3. Podczas porodu należy udzielać wsparcia medycznego w następujący sposób:
  - 1) zapewnić ciągłość opieki;
  - 2) dostosować, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą, opiekę nad rodzącą do jej indywidualnych potrzeb i aktualnej sytuacji zdrowotnej;
  - 3) umożliwić rodzącej korzystanie ze wsparcia osoby bliskiej;
  - 4) zachęcać rodzącą do aktywności fizycznej i pomagać jej w znajdowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas całego porodu;
  - 5) zapewnić rodzącej możliwość spożywania przejrzystych płynów, także podczas aktywnej fazy porodu.
4. Decyzję o możliwości spożywania posiłków przez rodzącą podejmuje osoba sprawująca opiekę nad rodzącą.
5. Podczas porodu osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych są obowiązane do przestrzegania zasad higieny ogólnej, aseptyki i antyseptyki; wybór środków ochrony osobistej opiera się na ocenie ryzyka zakażenia.

## VII. Łagodzenie bólu porodowego

1. Rodząca ma prawo do łagodzenia bólu porodowego.
2. Rodzącej przyjmowanej do podmiotu wykonującego działalność leczniczą w celu porodu przekazuje się, w sposób dla niej zrozumiały, informację o przebiegu porodu, metodach łagodzenia bólu porodowego i ich dostępności w tym podmiocie.
3. Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą uzgadniają z nią sposób postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego, z uwzględnieniem stanu klinicznego oraz gradacji metod dostępnych i stosowanych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, oraz zapewniają rodzącej wsparcie w ich zastosowaniu, uwzględniając jej zdanie w tym zakresie.
4. W podmiocie wykonującym działalność leczniczą realizującym opiekę nad rodzącą opracowuje się, w formie pisemnej, tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, uwzględniający ust. 1–3 i 7–24 i dostępne w tym podmiocie metody łagodzenia bólu porodowego.

5. Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego akceptuje kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, jego zastępca do spraw medycznych.
6. Lekarze, położne i pielęgniarki udzielający świadczeń zdrowotnych odpowiednio w bloku porodowym, oddziale położniczym, oddziale neonatologicznym, oddziale anestezjologii, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, zapoznają się z trybem postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, o którym mowa w ust. 4, potwierdzając to podpisem.
7. Łagodzenie bólu porodowego obejmuje metody niefarmakologiczne i farmakologiczne.
8. Metody niefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego obejmują:
  - 1) utrzymanie aktywności fizycznej rodzącej i przyjmowanie pozycji zmniejszających odczucia bólowe, w szczególności: spacer, kołysanie się, przyjmowanie pozycji kucznej lub pozycji wertykalnych z wykorzystaniem sprzętów pomocniczych, w szczególności takich jak: gumowa piłka, worek sako, drabinki, materac, sznury porodowe, krzesło porodowe;
  - 2) techniki oddechowe i ćwiczenia relaksacyjne;
  - 3) metody fizjoterapeutyczne, w tym: masaż relaksacyjny, ciepłe lub zimne okłady w okolicach odczuwania bólu, przeskórną stymulację nerwów (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation – TENS);
  - 4) immersję wodną;
  - 5) akupunkturę;
  - 6) akupresurę.
9. Metody niefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego są stosowane przez położną odpowiedzialną za prowadzenie porodu fizjologicznego lub przez osobę bliską, a w porodzie nieprzebiegającym fizjologicznie przez położną z pomocą osoby bliższej po poinformowaniu lekarza położnika. Dobór metody uzgadniany jest z rodzącą.
10. Zakres i częstotliwość monitorowania stanu rodzącej oraz płodu w czasie stosowania metod niefarmakologicznych łagodzenia bólu porodowego powinny uwzględniać aktualny stan kliniczny rodzącej.
11. Metody farmakologiczne łagodzenia bólu porodowego obejmują:
  - 1) analgezję wziewną;
  - 2) dożylnie lub domięśniowe stosowanie opioidów;
  - 3) analgezję regionalną i miejscową.
12. Zastosowanie w łagodzeniu bólu porodowego analgezji wziewnej wymaga dodatkowego monitorowania stanu ogólnego rodzącej i płodu, w sposób określony w ust. 34, a w szczególnych przypadkach wdrożenie dodatkowych metod monitorowania stanu płodu.
13. Zastosowanie w łagodzeniu bólu porodowego produktów leczniczych z grupy opioidów wymaga dodatkowego monitorowania stanu rodzącej i płodu w sposób określony w ust. 34. Ze względu na możliwą zwiększoną szybkość rozwierania szyjki macicy, a tym samym skrócenie trwania pierwszego okresu porodu oraz sedację rodzącej, należy uwzględnić aktywne prowadzenie porodu, uwzględniające poród w pozycji leżącej, częstszą kontrolę rozwarcia szyjki macicy i ciągle monitorowanie KTG.
14. Analgezja regionalna obejmuje:
  - 1) analgezję zewnątrzoponową;
  - 2) połączoną analgezję podpajęczynówkową i zewnątrzoponową;
  - 3) analgezję podpajęczynówkową.
15. Analgezja miejscowa obejmuje blokadę nerwu sromowego.
16. Świadczenia w zakresie analgezji regionalnej porodu są udzielane w warunkach umożliwiających bezpośredni dostęp przy łóżku porodowym do źródła tlenu, aparatu do pomiaru nieinwazyjnego ciśnienia tętniczego, pulsoksymetru i pompy infuzyjnej oraz dostępności do monitora EKG i elektrycznego urządzenia do odsysania, zestawu do resuscytacji krążeniowo-oddechowej, defibrylatora i produktów leczniczych.
17. Poród z zastosowaniem analgezji regionalnej jest prowadzony przez lekarza położnika.
18. Blokada nerwu sromowego jest wykonywana przez lekarza położnika i nie wymaga udziału lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu.
19. Analgezję regionalną rozpoczyna się w aktywnej fazie I okresu porodu, przy rozwarciu co najmniej 1 cm ujścia zewnętrznego szyjki macicy. W uzasadnionych medycznie przypadkach możliwe jest wcześniejsze rozpoczęcie analgezji. Analgezja regionalna powinna być kontynuowana podczas II okresu porodu.

20. Analgezia regionalna jest poprzedzona konsultacją lekarza prowadzącego analgezię regionalną porodu, przeprowadzoną na zlecenie lekarza położnika, nie później niż 30 minut od zgłoszenia lekarzowi prowadzącemu analgezię regionalną porodu takiego zlecenia.
21. Przed zastosowaniem analgezji regionalnej rodzica uzyskuje od lekarza prowadzącego analgezię regionalną porodu informację o jej przebiegu, jej wpływie na przebieg porodu i płód, możliwych powikłaniach i działaniach niepożądanych. Warunkiem zastosowania analgezji regionalnej jest uzyskanie przez lekarza prowadzącego analgezię regionalną porodu pisemnej zgody rodzicą lub jej przedstawiciela ustawowego.
22. Badania poprzedzające zastosowanie analgezji regionalnej obejmują:
- 1) badanie fizykalne i ocenę stanu fizycznego rodzicą według skali American Society of Anesthesiologists (ASA);
  - 2) badanie spełnienia kryteriów kwalifikacji do analgezji regionalnej porodu pod postacią blokady centralnej;
  - 3) badania diagnostyczne zgodne z wytycznymi Grupy Roboczej Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
  - 4) badanie położnicze oceniające postęp porodu, istniejące zagrożenia i stan płodu dokonane przez lekarza położnika, który będzie nadzorował przebieg porodu i w przypadku powikłań położniczych wdroży odpowiednie postępowanie.
23. W przygotowaniu, wykonaniu i prowadzeniu analgezji regionalnej z lekarzem prowadzącym analgezię regionalną porodu współpracuje położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna.
24. Lekarz prowadzący analgezię regionalną porodu może prowadzić więcej niż jedną analgezię porodu jednocześnie pod warunkiem, że uzna takie postępowanie za bezpieczne dla rodziców. Lekarz prowadzący analgezię regionalną porodu nie może w tym samym czasie udzielać innego rodzaju świadczeń zdrowotnych.
25. Podczas porodu z zastosowaniem analgezji regionalnej rodzica pozostaje pod opieką położnej anestezjologicznej lub pielęgniarki anestezjologicznej. Położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna sprawująca opiekę nad rodzicą w warunkach analgezji regionalnej współpracuje z lekarzem położnikiem i lekarzem prowadzącym analgezię regionalną porodu, z uwzględnieniem podawania produktów leczniczych do przestrzeni zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej zgodnie z zaleceniem lekarskim. Położna anestezjologiczna sprawuje opiekę nad jedną rodzicą w warunkach analgezji regionalnej, włączając w to czynności związane z porodem i analgezią regionalną.
26. Rodzicę otrzymującej analgezię regionalną należy założyć kartę przebiegu znieczulenia, w której są dokumentowane wyniki oceny klinicznej dokonanej przed założeniem cewnika do analgezji regionalnej, w tym wyniki badań określonych w ust. 22, dawkowanie produktów leczniczych znieczulenia miejscowego i innych produktów leczniczych, wartości monitorowanych parametrów funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania.
27. Po podaniu produktów leczniczych znieczulenia miejscowego do przestrzeni zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej rodzica znajduje się pod bezpośrednim nadzorem lekarza prowadzącego analgezię regionalną porodu przez co najmniej 30 minut.
28. Monitorowanie funkcji życiowych:
- 1) przed rozpoczęciem analgezji regionalnej jest konieczna w szczególności kontrola:
    - a) ciśnienia tętniczego krwi mierzonego w przerwie międzyskurczowej (SAP/DAP),
    - b) czynności serca (HR),
    - c) saturacji krwi obwodowej (SpO<sub>2</sub>),
    - d) częstości akcji serca płodu (FHR);
  - 2) pomiary parametrów wymienionych w pkt 1 należy powtarzać nie rzadziej niż co 5 minut od podania dawki produktu leczniczego miejscowo znieczulającego inicjującej analgezji przez co najmniej 30 minut do momentu stabilizacji parametrów rodzicą i płodu;
  - 3) oceny stanu rodzicą podczas trwania analgezji regionalnej dokonuje się nie rzadziej niż co 90 minut przez lekarza prowadzącego analgezię regionalną porodu i w czasie rzeczywistym przez ciągły i bezpośredni nadzór położnej anestezjologicznej lub pielęgniarki anestezjologicznej;
  - 4) wyniki pomiarów, w tym ocenę rozprzestrzelenia analgezji regionalnej, ocenę poziomu złagodzenia bólu, jego charakteru oraz zdolności rodzicą do przemieszczania się, odnotowuje się w karcie przebiegu znieczulenia;
  - 5) przy każdym kolejnym podaniu dawki produktów leczniczych miejscowo znieczulających w celu przedłużenia analgezji regionalnej porodu monitoruje się parametry określone w pkt 1.

29. Opieka nad położnicą i noworodkiem po analgezi regionalnej obejmuje:
- 1) pozostawanie położnicy i noworodka pod opieką położnej i nadzorem lekarza położnika, lekarza oddziału neonatologicznego lub lekarza prowadzącego analgezię regionalną porodu, do chwili ustąpienia ryzyka niewydolności oddechowej oraz wykluczenia innych niebezpiecznych powikłań związanych z analgezią regionalną porodu;
  - 2) dokonanie u noworodka wstępnej oceny jego stanu według skali Apgar, a następnie podjęcie czynności wymienionych w części XIII.
30. Zastosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu wymaga wdrożenia indywidualnego schematu postępowania, odpowiedniego do zastosowanej metody i stanu klinicznego rodzącej. Warunkiem zastosowania tych metod jest uzyskanie zgody rodzącej, poprzedzonej udzieleniem jej przez lekarza informacji na temat wpływu danej metody na przebieg porodu i dobrostan płodu, a także wystąpienia możliwych powikłań i skutków ubocznych. Rodząca udziela pisemnej zgody na zastosowanie danej metody.
31. Za prowadzenie porodu, w którym dla złagodzenia bólu porodowego są zastosowane środki farmakologiczne, w tym analgeza regionalna, jest odpowiedzialny lekarz położnik. Za realizację procedury analgezi regionalnej jest odpowiedzialny lekarz prowadzący analgezię regionalną porodu.
32. W zakresie działań mających na celu łagodzenie bólu porodowego metodami farmakologicznymi prowadzący poród lekarz położnik współpracuje z:
- 1) lekarzem prowadzącym analgezię regionalną porodu;
  - 2) położną albo położną anestezjologiczną albo pielęgniarką anestezjologiczną;
  - 3) lekarzem oddziału neonatologicznego.
33. Farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego są wdrażane w przypadku braku oczekiwanej skuteczności zastosowanych metod niefarmakologicznych lub wystąpienia wskazań medycznych do ich zastosowania. Rozpoczęcie farmakologicznego łagodzenia bólu porodowego każdorazowo jest poprzedzone badaniem położniczym oraz przeprowadzoną i udokumentowaną przez lekarza położnika oceną natężenia bólu lub identyfikacją wskazań medycznych oraz uzyskaniem zgody rodzącej na zastosowanie proponowanej metody.
34. Zastosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego wymaga, w czasie stosowania tych metod, nadzoru lekarza położnika i położnej oraz dodatkowego monitorowania rodzącej i płodu obejmującego:
- 1) u rodzącej ocenę funkcji:
    - a) układu oddechowego, w tym liczby oddechów oraz pulsoksymetrię przez co najmniej 6 godzin od ostatniej dawki stosowanego opioidu, uwzględniającą rodzaj zastosowanego opioidu i drogi jego podania; w uzasadnionych przypadkach obserwacja co najmniej 12 godzin,
    - b) układu krążenia, obejmującą pomiary ciśnienia tętniczego i tętna nie rzadziej niż co 1 godzinę, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej;
  - 2) u płodu – ocenę czynności serca płodu nie rzadziej niż co 15 minut.
35. Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą odnotowują podejmowane działania mające na celu łagodzenie bólu porodowego oraz ocenę stanu rodzącej i płodu w karcie obserwacji przebiegu porodu oraz w przypadku zastosowania analgezi regionalnej – w karcie przebiegu znieczulenia.

### VIII. Rozpoczęcie porodu

1. Przyjęcie do porodu następuje przez zgłoszenie się do wybranego podmiotu realizującego świadczenia zdrowotne w zakresie położnictwa.
2. Miejsce porodu, z wyjątkiem wystąpienia stanów nagłych, powinno być zgodne z dokonaną i udokumentowaną oceną czynników ryzyka okołoporodowego.
3. Rozpoznanie porodu:
  - 1) początek porodu rozpoznaje się na podstawie czynności skurczowej macicy powodującej postęp porodu (skracanie i rozwieranie szyjki macicy), odróżniając skurcze przepowiadające od właściwych skurczów porodowych;
  - 2) przebieg postępu porodu jest monitorowany na podstawie obserwacji klinicznej oraz badań położniczych.

4. Należy zidentyfikować ewentualną potrzebę objęcia rodzącej śródpородową profilaktyką wystąpienia zakażenia paciorkowcem grupy B (GBS) oraz profilaktyką konfliktu serologicznego zgodnie z zaleceniami oraz w przypadku zaistnienia takiej konieczności podjąć niezbędne działania profilaktyczne.
5. U każdej kobiety zgłaszającej się do porodu należy zweryfikować badania na obecność antygenu HBs oraz w kierunku zakażenia HIV (z 33–37 tygodnia ciąży). W razie braku aktualnych badań należy je niezwłocznie wykonać.

#### **IX. Postępowanie w I okresie porodu**

1. Do zadań osób sprawujących opiekę podczas I okresu porodu należy:
  - 1) ocena objawów świadczących o rozpoczynającym się porodzie;
  - 2) przyjęcie rodzącej do porodu, w tym:
    - a) wysłuchanie i ocena czynności serca płodu,
    - b) dokładne zebranie wywiadu ogólnego i ginekologicznego,
    - c) dokonanie analizy przebiegu obecnej ciąży i dokładne zebranie wywiadu położniczego dotyczącego przebytych ciąż i porodów, powikłań z nimi związanych oraz rozwoju dzieci,
    - d) sprawdzenie grupy krwi kobiety,
    - e) ocena wyników badań laboratoryjnych,
    - f) ocena położenia i oszacowanie wielkości płodu,
    - g) przeprowadzenie badania położniczego wewnętrznego z oceną zaawansowania porodu i ciągłości pęcherza płodowego,
    - h) dokonanie oceny czynności skurczowej macicy,
    - i) dokonanie analizy proporcji między płodem a miednicą matki,
    - j) dokonanie oceny stanu ogólnego matki,
    - k) dokonanie oceny występowania czynników ryzyka,
    - l) założenie dokumentacji medycznej,
    - m) wykonanie lewatywy i golenia owłosienia łonowego, wyłącznie na życzenie rodzącej,
    - n) zakładanie wkłucia do żyły obwodowej, jeżeli sytuacja tego wymaga,
    - o) dokonanie oceny przygotowania do porodu oraz aktywnego w nim uczestnictwa,
    - p) udokumentowanie wszystkich obserwacji z przebiegu porodu, a także podejmowanych działań, z uwzględnieniem karty obserwacji porodu (partogramu).
2. Brak postępu porodu stwierdza się, gdy rozwieranie szyjki macicy następuje wolniej niż pół cm na godzinę, oceniane w odstępach czterogodzinnych. W sytuacji rozpoznania braku postępu porodu w I okresie do opieki włącza się lekarz położnik.
3. W ramach prowadzenia I okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do:
  - 1) określania i aktualizowania oceny stanu położniczego w oparciu o badanie położnicze z uwzględnieniem bieżącej oceny czynników ryzyka położniczego przez:
    - a) dokonywanie oceny postępu porodu zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami prowadzenia porodu,
    - b) dokonywanie oceny czynności skurczowej macicy (częstotliwość skurczów, ich natężenie i czas trwania);
  - 2) nawiązania i utrzymania kontaktu z rodzącą i z osobą bliską, zapewniającego poczucie bezpieczeństwa i poszanowania godności osobistej;
  - 3) dokonywania oceny stanu rodzącej przez:
    - a) ocenę świadomości (przytomności) oraz identyfikację potrzeb i rodzaju oczekiwanego wsparcia,
    - b) prowadzenie obserwacji stanu ogólnego (temperatura ciała, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, zabarwienie powłok skórnych), stanu słuźówek co dwie godziny oraz kontrolę wypełnienia pęcherza moczowego co dwie godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej,
    - c) ocenę wydzieliny pochwowej,
    - d) ocenę samopoczucia oraz stopnia reaktywności rodzącej na skurcze macicy;



- 4) dokonywania oceny stanu płodu przez osłuchiwanie i ocenę czynności serca płodu co najmniej przez minutę, co 15–30 minut, i odróżnienie czynności serca płodu od innych zjawisk akustycznych, przy czym monitorowanie stanu płodu za pomocą kardiografu należy prowadzić w medycznie uzasadnionych przypadkach. W sytuacjach wątpliwych konieczne wykonanie przynajmniej trzydziestominutowego zapisu kardiokograficznego;
- 5) prowadzenia psychoprofilaktyki położniczej oraz łagodzenia dolegliwości występujących u rodzącej;
- 6) aktywizowania rodzącej do czynnego udziału w porodzie przez:
  - a) informowanie o postępie porodu,
  - b) pomoc w wyborze sposobu prowadzenia porodu oraz zachęcanie do stosowania różnych udogodnień i form aktywności,
  - c) zachęcanie do wyrażania swoich potrzeb związanych z porodem,
  - d) współpracę z osobą bliską;
- 7) dokumentowania postępu i przebiegu porodu, wyników obserwacji, wykonywanych badań i zabiegów oraz dobrostanu rodzącej i płodu, w tym prowadzenia partogramu;
- 8) przygotowania zestawu do porodu oraz miejsca do odbycia II okresu porodu.

#### X. Postępowanie w II okresie porodu

1. Czas trwania II okresu porodu nie powinien przekroczyć dwóch godzin. W przypadku rodzących z zastosowaniem znieczulenia zewnątrzoponowego do trzech godzin. Decyzję o wydłużeniu czasu trwania II okresu porodu powyżej dwóch godzin podejmuje lekarz położnik po uwzględnieniu aktualnych czynników ryzyka.
2. W przypadku stwierdzenia braku postępu II okresu porodu dalszą opiekę nad rodzącą obejmuje lekarz położnik.
3. W II okresie porodu należy umożliwić rodzącej przyjmowanie pozycji, które uznaje ona za najwygodniejsze.
4. Osoba sprawująca opiekę rozpoznaje II okres porodu, opierając się na obserwacji zachowania rodzącej, jej odczuć oraz wyniku badania położniczego wewnętrznego. W tym okresie porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji oraz udokumentowania wykonania następujących działań:
  - 1) oceny stanu ogólnego rodzącej;
  - 2) oceny czynności serca płodu po każdym skurczu mięśnia macicy, jeżeli jest to możliwe, pomiar powinien trwać co najmniej 1 minutę;
  - 3) oceny czynności skurczowej mięśnia macicy;
  - 4) pozostawania w stałym kontakcie z rodzącą, po przygotowaniu zestawu do porodu i miejsca do porodu;
  - 5) przygotowania się do przyjęcia porodu, zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki;
  - 6) współpracy z rodzącą umożliwiającej przyjęcie dogodnej dla niej pozycji oraz kierowanie się potrzebą parcia przyczyniającego się do postępu porodu, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych;
  - 7) ochrony kroczca, przy czym nacięcie kroczca należy stosować wyłącznie w medycznie uzasadnionych przypadkach;
  - 8) kontroli odginania się główki płodu, a po jej urodzeniu podjęcie czynności zapewniających prawidłowe wytaczanie się barków.

207

#### XI. Postępowanie w III okresie porodu

1. Czas trwania III okresu porodu nie powinien przekroczyć jednej godziny.
2. W ramach prowadzenia III okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji i udokumentowania wykonania następujących działań:
  - 1) oceny stanu ogólnego rodzącej na podstawie podstawowych parametrów stanu ogólnego oraz oceny zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych;
  - 2) okazania noworodka matce, poinformowania o jego płci i godzinie porodu;
  - 3) założenia noworodkowi opasek identyfikacyjnych, przed jego odpepnieniem, po wcześniejszym odczytaniu i potwierdzeniu przez matkę zawartych na nich danych, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 36 ust. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, ze zm.);

- 4) zaciśnięcia pępowiny po ustaniu tętnienia, jednak nie wcześniej niż po upływie jednej minuty od urodzenia się dziecka;
  - 5) przecięcia pępowiny jałowymi narzędziami;
  - 6) oceny stanu noworodka – w razie potrzeby podjęcie czynności resuscytacyjnych, zgodnych z aktualnymi zaleceniami Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
  - 7) osuszenia noworodka po wydobyciu i położenia go na brzuchu matki w kontakcie „skóra do skóry”, jeżeli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają, oraz zabezpieczenia noworodka przed utratą ciepła;
  - 8) obserwacji przebiegu kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry” i pomocy w przystawieniu noworodka do piersi, jeżeli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają;
  - 9) podania produktów leczniczych w uzasadnionych sytuacjach;
  - 10) oceny stanu tkanek miękkich kanału rodniego, a w przypadku nacięcia kroczka – jego rozległości;
  - 11) oceny krwawienia z dróg rodnych i stopnia jego nasilenia;
  - 12) oceny obkurczenia mięśnia macicy;
  - 13) rozpoznania objawów oddzielenia i wydalania łożyska;
  - 14) oceny kompletności popłodu;
  - 15) oceny ilości krwi utracanej podczas porodu.
3. Aktywne wydalanie łożyska powinno mieć miejsce po jego oddzieleniu się. Poza przypadkami krwotoku niezalecane jest wykonywanie ucisku na dno macicy, masowanie macicy oraz pociąganie za pępowinę.

## **XII. Postępowanie w IV okresie porodu**

1. Opieka nad rodzącą podczas IV okresu porodu obejmuje:
  - 1) kontrolę i ocenę stanu ogólnego;
  - 2) kontrolę i ocenę stanu obkurczenia mięśnia macicy i wielkości krwawienia z dróg rodnych;
  - 3) kontrolę stanu kanału rodniego, ze szczególnym uwzględnieniem kontroli szyjki macicy we wziernikach;
  - 4) zaopatrzenie chirurgiczne ran w obrębie kanału rodniego i kroczka;
  - 5) instruktaż w zakresie prawidłowego przystawiania dziecka do piersi i pomoc w karmieniu piersią oraz przekazanie informacji na temat zasad postępowania w laktacji w pierwszej dobie pogoju;
  - 6) udokumentowanie dokonanych obserwacji i wykonanych zadań.
2. Prawidłowa objętość fizjologicznego krwawienia w czasie porodu nie powinna przekraczać 500 ml krwi.

## **XIII. Opieka nad noworodkiem**

1. Opieka w oddziale porodowym lub innej jednostce lub komórce organizacyjnej podmiotu o tym profilu:
  - 1) w sali porodowej znajduje się stanowisko noworodkowe wyposażone w: promiennik ciepła, układ do wspomagania oddychania (resuscytator), zegar Apgar, ssak, kardiomonitor, wagę;
  - 2) stanowisko noworodkowe jest przeznaczone do:
    - a) badania noworodka,
    - b) wykonywania procedur u noworodków z zaburzeniami pierwszego oddechu,
    - c) resuscytacji noworodka;
  - 3) sala do cięć cesarskich w podmiotach leczniczych posiadających oddziały o II i III poziomie referencyjnym opieki perinatalnej jest wyposażona w dwa stanowiska do resuscytacji;
  - 4) opieka pielęgniacyjna nad położnicą i noworodkiem jest realizowana przez położną;

- 5) położna odpowiedzialna za opiekę nad noworodkiem:
    - a) dokonuje oznakowania noworodka, zaciśnięcia i przecięcia pępowiny, o których mowa w części XI ust. 2 pkt 3-5,
    - b) ocenia noworodka wg skali Apgar; ocena ta powinna być wykonywana na brzuchu matki, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne,
    - c) nadzoruje pierwsze karmienie piersią,
    - d) wykonuje procedury postępowania ze zdrowym noworodkiem (profilaktykę zakażenia przedniego odcinka oka zgodnie z zaleceniami, profilaktykę krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K zgodnie z aktualnymi zaleceniami, szczepienia według aktualnego Programu Szczepień Ochronnych);
  - 6) w sali porodowej, w której rodzi się noworodek, znajduje się co najmniej jedna osoba posiadająca umiejętności resuscytacji, potwierdzone certyfikatem ukończenia kursu resuscytacji noworodka i dysponująca niezbędnym sprzętem do resuscytacji;
  - 7) obecność lekarza oddziału neonatologicznego w sali porodowej przed lub po urodzeniu noworodka jest wymagana w przypadku:
    - a) porodu zabiegowego,
    - b) porodu przedwczesnego,
    - c) porodu z ryzykiem niedotlenienia okołoporodowego,
    - d) porodu u ciężarnej z patologicznym przebiegiem ciąży,
    - e) porodu u ciężarnej z przewidywanymi lub stwierdzanymi u noworodka wadami wrodzonymi,
    - f) uzasadnionych i udokumentowanych zaburzeń adaptacyjnych w IV okresie porodu;
  - 8) bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, trwający dwie godziny po porodzie. W tym czasie należy zachęcać matkę do rozpoznania momentu, kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi, a także obserwować matkę i dziecko, kontrolując cechy dobrego przystawienia i pozycji przy piersi, a w razie potrzeby zaferować pomoc. Kontakt ten może być przerwany wyłącznie w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej.
2. Opieka w oddziale położniczym w systemie „matka z dzieckiem” lub innej jednostce lub komórce organizacyjnej podmiotu o tym profilu:
- 1) zdrowy noworodek po pobyciu wraz z matką w sali porodowej jest przekazywany do oddziału położniczego zorganizowanego w systemie „matka z dzieckiem”;
  - 2) w okresie pierwszych dwunastu godzin życia noworodka lekarz oddziału neonatologicznego w obecności matki lub ojca przeprowadza badanie kliniczne noworodka; badania tego nie należy wykonywać w okresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 8, jeżeli nie występuje podejrzenie zagrożenia życia lub zdrowia noworodka;
  - 3) noworodki z zaburzeniami stwierdzonymi podczas badania, o którym mowa w pkt 2, mogącymi stanowić zagrożenie dla ich życia i zdrowia, należy niezwłocznie przekazać do oddziału patologii noworodka o poziomie referencyjnym adekwatnym do jego potrzeb zdrowotnych;
  - 4) wszystkie zabiegi pielęgnacyjne i obowiązkowe standardowe procedury wykonywane są po przekazaniu informacji i uzyskaniu zgody w obecności matki w sali „matka z dzieckiem”, o ile stan zdrowia matki na to pozwala;
  - 5) u noworodka podczas pobytu w oddziale położniczym należy wykonać:
    - a) test pulsoksymetryczny,
    - b) przesiewowe badanie słuchu,
    - c) ocenę umiejętności ssania,
    - d) pobranie badania przesiewowego na bibulę (badanie suchej kropli krwi),
    - e) obowiązkowe szczepienia po uzyskaniu kwalifikacji lekarskiej;
  - 6) noworodkowi należy założyć kartę uodpornienia;
  - 7) w dniu wypisu należy sporządzić i wydać przedstawicielom ustawowym zewnętrzną dokumentację medyczną noworodka, zawierającą w szczególności informacje dotyczące:
    - a) istotnych danych dotyczących przebiegu ciąży i porodu,
    - b) wykonanych pomiarów antropometrycznych,
    - c) wykonanych szczepień ochronnych,

- d) wykonanych badań przesiewowych,
  - e) wykonanych czynności profilaktycznych,
  - f) pobytu dziecka w szpitalu,
  - g) wydanych zaleceń żywieniowych, pielęgnacyjnych, przeprowadzonego instruktażu matki w zakresie przystawiania do piersi i zasad karmienia piersią oraz niezbędnych konsultacji specjalistycznych;
- 8) należy sporządzić i wydać przedstawicielom ustawowym dokumentację noworodka określoną przepisami o aktach stanu cywilnego;
- 9) podmiot wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad noworodkiem przekazuje do dnia jego wypisu zgłoszenie o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej; zgłoszenie o porodzie zawiera:
- a) imię i nazwisko matki,
  - b) numer PESEL matki albo serię i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość w przypadku braku numeru PESEL,
  - c) godzinę i datę urodzenia dziecka,
  - d) płeć dziecka,
  - e) adres, pod którym matka wraz z dzieckiem będą przebywać w okresie połogu, oraz numer telefonu kontaktowego,
  - f) czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za sporządzenie i wysłanie zgłoszenia;
- 10) przekazanie zgłoszenia o porodzie następuje w sposób zapewniający możliwość potwierdzenia jego odbioru; potwierdzenie odbioru jest dołączane do wewnętrznej dokumentacji noworodka lub odrębnego rejestru zgłoszeń o porodzie prowadzonego przez podmiot wykonujący działalność leczniczą dokonujący jego wypisu;
- 11) w przypadku braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przejmujących opiekę nad położnicą i noworodkiem podmiot wykonujący działalność leczniczą, w którym nastąpił poród, informuje położnicę o zasadach i zakresie opieki nad noworodkiem w miejscu jego pobytu oraz zasadach wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- 12) podmiot wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad noworodkiem informuje w dniu wypisu jednostki organizacyjne pomocy społecznej w miejscu pobytu matki i noworodka o przypadku zaobserwowania zachowań mogących zagrażać bezpieczeństwu dziecka i braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, przejmujących opiekę nad noworodkiem w miejscu zamieszkania lub pobytu;
- 13) przepisu pkt 12 nie stosuje się, w przypadku gdy matka noworodka jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, o której mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), korzystającą ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej podczas pobytu czasowego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) albo certyfikatu czasowego zastępującego EKUZ.
3. Należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:
- 1) dostarczenie matce przez położną sprawującą opiekę nad matką i dzieckiem informacji spójnych i zgodnych z aktualną wiedzą na temat laktacji w zakresie korzyści i metod karmienia piersią lub mlekiem kobiecym;
  - 2) przeprowadzenie instruktażu matki w zakresie prawidłowej pozycji i sposobu przystawienia dziecka do piersi uwzględniającego informację, że we wczesnym okresie karmienia piersią należy podejmować próby przystawienia noworodka do piersi do kilkunastu razy na dobę na przynajmniej 15 minut do każdej piersi, a jeżeli noworodek nie budzi się, należy go budzić do karmienia po 3–4 godzinach, licząc od początku ostatniego karmienia, z wyjątkiem pierwszych dwunastu godzin życia dziecka, kiedy z powodu obniżonej aktywności dziecka wybudzanie nie jest wymagane co trzy godziny;
  - 3) zachęcanie matki do przystawiania noworodka do piersi po zaobserwowaniu wczesnych oznak głodu (czuwanie i zwiększona aktywność, poruszanie ustami, odruch szukania);
  - 4) dokonywanie, w pierwszych dniach po urodzeniu, bieżących obserwacji cech dobrego przystawienia i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia (w szczególności liczba karmień, stolców i mikcji na dobę, czas trwania i rytm odgłosu polykania podczas karmienia, przyrost masy tzw. wskaźniki skutecznego karmienia), których wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej; w przypadku stwierdzenia nieskutecznego kar-

- mienia piersią należy zdiagnozować problem na podstawie oceny umiejętności ssania i wdrożyć postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki z piersi, a jeżeli nie jest to możliwe – odciągniętym mlekiem matki. Należy przy tym uwzględnić prawidłowy dobór metody dokarmiania, który zgodnie z aktualną wiedzą nie zwiększy ryzyka pojawienia się problemów ze ssaniem piersi i laktacją. Diagnozę i przeprowadzone postępowanie należy odnotować w dokumentacji medycznej;
- 5) podawanie sztucznego mleka początkowego wyłącznie na zlecenie lekarza lub zgodnie z decyzją matki, po wcześniejszym udzieleniu jej informacji o takim żywieniu;
  - 6) przeprowadzenie instruktażu ręcznego pozyskiwania pokarmu, a w szczególności siary dla noworodka;
  - 7) niestosowanie, w okresie stabilizowania się laktacji, smoczków w celu uspokajania noworodka;
  - 8) zapewnienie każdej potrzebującej matce sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego;
  - 9) noworodkowi przedwcześnie urodzonemu, w tym o znacznej niedojrzałości, który nie może być karmiony mlekiem biologicznej matki, zaleca się podawanie mleka z banku mleka kobiecego zgodnie z aktualnymi zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia. Równoległe rekomenduje się prowadzenie działań na rzecz stymulacji laktacji u matki dziecka;
  - 10) w podmiocie wykonującym działalność leczniczą sprawującym opiekę nad kobietami w okresie ciąży, po porodzie i noworodkami nie prowadzi się działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, aby zmniejszyć ryzyko przedwczesnej rezygnacji z karmienia piersią.

#### XIV. Położ

1. Położnicy i jej dziecku należy zapewnić ciągłą profesjonalną opiekę w miejscu zamieszkania albo pobytu.
2. Opieka nad położnicą obejmuje w szczególności ocenę:
  - 1) stanu ogólnego położnicy;
  - 2) stanu położniczego: inwolucji mięśnia macicy (badanie wysokości dna macicy), ilości i jakości odchodów położniczych, gojenia się rany kroczka, stanu gruczołów piersiowych i brodawek oraz ocenę rany, w przypadku zakończenia ciąży lub porodu cięciem cesarskim;
  - 3) laktacji;
  - 4) czynności pęcherza moczowego i jelit;
  - 5) higieny ciała;
  - 6) stanu psychicznego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej.
3. Położnicy należy zapewnić pomoc psychologiczną w sytuacjach, o których mowa w części XV, lub w przypadku urodzenia noworodka o bardzo niskiej masie urodzeniowej, skrajnie niedojrzałego oraz w innych sytuacjach, gdy stan psychiczny położnicy tego wymaga, informując jednocześnie o możliwych formach wsparcia rodziny i instytucjach ich udzielających.
4. Opieka nad noworodkiem obejmuje w szczególności ocenę:
  - 1) stanu ogólnego noworodka (temperatura ciała, masa ciała, czynność serca, czynność oddechowa, oddawanie moczu i stolca);
  - 2) obecności odruchów noworodkowych;
  - 3) stanu skóry (zażółcenia powłok skórnych, zaczerwienienia – rumień, odparzenia, wyprzenia, potówki, wysypki, ciemieniuchy, zasinienia, otarcia, zadrapania, wybroczyny);
  - 4) odżywiania – sposobu karmienia (wyłącznie piersią, odciąganiem pokarmem matki, mieszanką sztuczną, karmienie łączone), przebiegu karmienia (częstość, długość, wielkość porcji, oznaki głodu, nasycenia) oraz obecności zaburzeń czynnościowych jelitowych (ulewanie pokarmu, kolka jelitowa, inne);
  - 5) oczu (obrząk powiek, łzawienie, obecność śluzu, ropy), nosa (wydzielina) i jamy ustnej (pleśniaki);
  - 6) zachowania się dziecka (długość snu, czuwania, nawiązywanie kontaktu);
  - 7) sposobu zapewniania higieny ciała (kąpiel, toaleta, przewijanie i zmiana pieluszek, ubieranie);
  - 8) stanu kikutu pępownicy (wilgotny, ropiejący, suchy) i dna pępka (suche, wilgotne, ropiejące, ziarninujące, stan zapalny okołopępkowy, przepuklina);

- 9) higieny i bezpieczeństwa pomieszczenia, w którym przebywa noworodek;
  - 10) wykonania badań przesiewowych w ramach programów zdrowotnych oraz szczepień ochronnych.
5. Ocena stanu zdrowia położnicy i noworodka określona w ust. 2 i 4 jest odnotowana w dokumentacji medycznej.
  6. Opieka nad położnicą w domu jest realizowana według indywidualnego planu opieki, modyfikowanego zgodnie ze stanem położnicy i noworodka oraz sytuacją w środowisku domowym.
  7. Podmiot wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w części XIII ust. 2 pkt 9.
  8. Położna wykonuje nie mniej niż cztery wizyty (pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka).
  9. Planując i realizując indywidualny plan opieki, położna kieruje się dobrem położnicy i jej dziecka oraz poszanowaniem ich podmiotowości i godności osobistej.
  10. Podczas wizyt położna w szczególności:
    - 1) ocenia stan zdrowia położnicy i noworodka;
    - 2) obserwuje i ocenia rozwój fizyczny dziecka oraz przyrost masy ciała;
    - 3) udziela porad na temat opieki nad noworodkiem i jego pielęgnacji;
    - 4) ocenia, w jakim stopniu położnica stosuje się do zaleceń położnej dotyczących opieki i pielęgnacji noworodka;
    - 5) ocenia możliwości udzielania pomocy i wsparcia położnicy ze strony osoby bliskiej;
    - 6) zwraca uwagę na relacje w rodzinie i wydolność opiekunczą rodziny, interweniuje w przypadku zaobserwowania przemocy lub innych występujących nieprawidłowości;
    - 7) zachęca matkę do karmienia naturalnego, udziela porady laktacyjnej z uwzględnieniem oceny anatomii i fizjologii piersi matki i jamy ustnej dziecka, oceny techniki karmienia, umiejętności ssania i skuteczności karmienia oraz czynników ryzyka niepowodzenia w laktacji, pomaga w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją;
    - 8) udziela instruktażu w zakresie czynności higienicznych u noworodka, w tym: techniki kąpieli noworodka, pielęgnowania skóry, pielęgnacji kikutu pępownicy i dna pępka;
    - 9) informuje o obowiązku zgłaszania się z dzieckiem na szczepienia ochronne i badania profilaktyczne;
    - 10) informuje o potrzebie odbycia wizyty u lekarza położnika w ósmym tygodniu od urodzenia dziecka;
    - 11) udziela porad na temat zdrowego stylu życia;
    - 12) udziela porad na temat minimalizowania i radzenia sobie ze stresem;
    - 13) prowadzi edukację zdrowotną, ze szczególnym uwzględnieniem: wpływu palenia tytoniu na zdrowie, przenikania alkoholu do mleka matki i jego wpływu na rozwój dziecka, profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy, powrotu płodności po porodzie, metod planowania rodziny, higieny i trybu życia w położu, odżywiania matki karmiącej, korzyści z karmienia piersią, rozwiązywania i zapobiegania problemom związanym z laktacją, samoopieki położnicy i pielęgnacji dziecka;
    - 14) realizuje świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne samodzielnie lub na zlecenie lekarskie;
    - 15) zdejmuje szwy z krocza i brzucha w zakresie swoich kompetencji, jeżeli zachodzi taka potrzeba;
    - 16) realizuje działania pielęgnacyjno-opiekuńcze wynikające z planu opieki;
    - 17) motywuje do prowadzenia gimnastyki oraz udziela instruktażu odnośnie do kinezyterapii w położu;
    - 18) udziela informacji na temat problemów okresu noworodkowego i okresu położu, sposobów zapobiegania im oraz zasad postępowania w przypadku ich wystąpienia;
    - 19) udziela osobie bliskiej informacji na temat zmian fizycznych i reakcji emocjonalnych zachodzących w położu i przygotowuje do udzielenia pomocy i wsparcia położnicy oraz wskazuje instytucje, w których osoba bliska może uzyskać stosowną pomoc.
  11. W przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych u matki i dziecka, których rozwiązanie wykracza poza zakres kompetencji położnej, przekazuje położnicy informacje o potrzebie interwencji lekarskiej.
  12. Po ukończeniu przez dziecko 8. tygodnia życia opiekę nad nim sprawuje pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, a opiekę nad matką z uwzględnieniem wsparcia w zakresie karmienia piersią i poradnictwa laktacyjnego kontynuuje położna.

**XV. Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych**

1. Do sytuacji szczególnych zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi.
2. Osoby wykonujące zawód medyczny w podmiocie leczniczym wykonującym działalność w zakresie opieki okołoporodowej, pod których opieką znajduje się kobieta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, są przygotowane do pracy z rodzicami doświadczającymi śmierci noworodka lub narodzin dziecka chorego oraz są informowane o przebywaniu danej kobiety w tym podmiocie celem uwrażliwienia na jej sytuację.
3. Kobiecie w sytuacji, o której mowa w ust. 1, zapewnia się pomoc, realizowaną w następujący sposób:
  - 1) przy przekazywaniu informacji na temat sytuacji położniczej i zdrowotnej matki i jej dziecka osoba sprawująca opiekę jest obowiązana zapewnić kobiecie na jej życzenie czas pozwalający na oswojenie się z informacją, przed udzieleniem szczegółowych wyjaśnień, zanim kobieta będzie współuczestniczyła w procesie dalszego podejmowania decyzji, chyba że dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych jest niezbędne;
  - 2) po przekazaniu informacji należy umożliwić kobiecie skorzystanie możliwie szybko z pomocy psychologicznej i kontakt z duchownym jej wyznania oraz wsparcie osób bliskich, zgodnie z życzeniem kobiety;
  - 3) kobiety w sytuacji, o której mowa w ust. 1, w miarę możliwości nie umieszcza się w sali razem z kobietami w okresie ciąży, bądź w położu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka;
  - 4) kobietę w sytuacji, o której mowa w ust. 1, przebywającą w oddziale traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia się jej branie udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z koniecznym postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym; osoby sprawujące opiekę potrafią nawiązać z nią dobry kontakt słowny i mieć świadomość, jak ważny jest ton rozmowy, ich postawa oraz słowa kierowane do kobiety po utracie dziecka; należy zapytać o jej potrzeby i oczekiwania, a informacje w tym zakresie wykorzystać do wspierania podczas pobytu w oddziale; badania i zabiegi wykonuje się w intymnej atmosferze;
  - 5) kobiecie należy umożliwić pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich, jeżeli wyraża taką potrzebę;
  - 6) w celu nawiązania dobrego kontaktu z kobietą osoba sprawująca opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych nad kobietą, w szczególności:
    - a) przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad kobietą,
    - b) prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę,
    - c) szanują jej prywatność i poczucie intymności,
    - d) każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie zabiegów i badań;
  - 7) kobiecie udziela się wyczerpującej informacji na temat stanu jej zdrowia;
  - 8) kobiecie udziela się także wszelkiej informacji zarówno o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji, jak i przysługujących jej prawach;
  - 9) w przypadku zdiagnozowania ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, należy poinformować o możliwości uzyskania dalszej pomocy w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, przy czym podmiot leczniczy na III poziomie opieki perinatalnej zapewnia dostępność do opieki nad chorym noworodkiem w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej – zgodnie ze wskazaniami medycznymi;
  - 10) kobiecie udziela się wyczerpującej informacji na temat obowiązującego stanu prawnego, w szczególności wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, w jakiej się znalazła, jak również o możliwości pochówku;
  - 11) osobom wykonującym zawód medyczny zapewnia się wsparcie w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad kobietą i dzieckiem, w sytuacjach, o których mowa w ust. 1;
  - 12) kobieta otrzymuje opiekę laktacyjną zgodnie z indywidualną sytuacją i zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji w sytuacjach, o których mowa w ust. 1.

# Narzędzia i skale stosowane do oceny nastroju w czasie ciąży i w okresie poporodowym

## 1. Kwestionariusz Lęku Uogólnionego GAD-2 (ang. *Generalized Anxiety Disorder scale*)

Tłumaczenie polskie Kwestionariusza Lęku Uogólnionego GAD-2. P. Larionow, K. Mudło-Głagolska, P. Izdebski. The Polish version of the Generalized Anxiety Disorder 2 (GAD-2).

Jak często odczuwałaś(-teś) następujące problemy w ostatnich 2 tygodniach? (Zaznacz „√” lub kółkiem swoją odpowiedź)	Wcale	Przez kilka dni	Więcej niż przez połowę dni	Prawie każdego dnia
1. Zdenerwowanie, lęk lub irytację	0	1	2	3
2. Trudności związane z opanowaniem zamartwiania się	0	1	2	3

Uzyskanie przez pacjentkę  $\geq 3$  punktów stanowi wskazanie do pogłębienia diagnostyki.

## 2. Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-2 (ang. *Patient Health Questionnaire*)

Tłumaczenie polskie Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta PHQ-2. P. Larionow, K. Mudło-Głagolska, P. Izdebski. The Polish version of the Questionnaire 2 (PHQ-2).

Jak często odczuwałaś(-teś) następujące problemy w ostatnich 2 tygodniach? (Zaznacz „√” lub kółkiem swoją odpowiedź)	Wcale	Przez kilka dni	Więcej niż przez połowę dni	Prawie każdego dnia
1. Małe zainteresowanie albo brak przyjemności w robieniu czegokolwiek	0	1	2	3
2. Odczuwanie smutku, przygnębienia lub beznadziejności	0	1	2	3

Uzyskanie przez pacjentkę  $\geq 3$  punktów stanowi wskazanie do pogłębienia diagnostyki.

## 3. Pytania Whooley

Pytania Whooley. M. Dominiak, A.Z. Antosik-Wójcińska, M. Baron, P. Mierzejewski, Ł. Święcicki (2019). Rekomendacje odnośnie profilaktyki i leczenia depresji poporodowej. Rekomendacje opracowane w ramach realizacji Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016–2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia.

	Tak	Nie
1. Czy w ostatnim miesiącu miałaś uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności?	1	0
2. Czy w minionym miesiącu doświadczyłaś zmniejszonego zainteresowania lub słabszego odczuwania przyjemności z wykonywania czynności?	1	1

Uzyskanie przez pacjentkę  $\geq 1$  punktu lub manifestowanie klinicznych objawów depresji stanowi wskazanie do uzupełnienia badania przesiewowego o kolejny kwestionariusz.



#### 4. Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-9 (ang. *Patient Health Questionnaire*)

Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-9. Opracowanie: R.L. Spitzer, J.B.W. Williams, K. Kroenke i wsp. (wykorzystano grant oświatowy od firmy Pfizer Inc.). Zgoda na powielanie, tłumaczenie, przedstawianie lub rozprowadzanie niniejszego dokumentu nie jest wymagana.

<b>Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy?</b> (Proszę zaznaczyć odpowiedź znakiem „√”)	Wcale nie dokuczały	Kilka dni	Więcej niż połowę dni	Niemal codziennie
1. Niewielkie zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania czynności				
2. Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności				
3. Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen, albo zbyt długi sen				
4. Uczucie zmęczenia lub brak energii				
5. Brak apetytu lub przejadanie się				
6. Poczucie niezadowolenia z siebie – lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiodł/zawiodła Pan/Pani siebie lub rodzinę				
7. Problemy ze skupieniem się na przykład przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji				
8. Poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć. Albo wręcz przeciwnie – niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle				
9. Myśli, że lepiej byłoby umrzeć, albo chęć zrobienia sobie jakiejś krzywdy				

FOR OFFICE CODING 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

= Total Score: \_\_\_\_\_

**Jeżeli zaznaczył/-a Pan/Pani którekolwiek z problemów, jak bardzo utrudniły one Panu/Pani wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub relacje z innymi ludźmi?**

W ogóle nie utrudniły      
 Trochę utrudniły      
 Bardzo utrudniły      
 Niezmiernie utrudniły

Uzyskanie przez pacjentkę  $\geq 12$  punktów w populacji osób dorosłych w Polsce stanowi wskazanie do pogłębienia diagnostyki.

Punktacja:

Wcale nie dokuczały – 0 punktów

Kilka dni – 1 punkt

Więcej niż połowę dni – 2 punkty

Niemal codziennie – 3 punkty

Pytanie poniżej pola służącego do sumowania wyniku skali nie podlega punktacji.

## 5. Kwestionariusz Depresji Becka BDI (ang. *Beck Depression Inventory*)

Skala Depresji Becka – stwierdzenia, odpowiedzi. B. Zawadzki, A. Popiel, E. Pragłowska (2009). Charakterystyka psychometryczna polskiej adaptacji Kwestionariusza Depresji BDI-II Aarona T. Becka. *Psychologia – Etologia – Genetyka*, 19, 71–95.

### Skala Depresji Becka

W każdym pytaniu wybierz tylko jedną odpowiedź, która najlepiej określa Twoje uczucia podczas ostatnich 2 tygodni (a nie tylko w dniu dzisiejszym).

Pytanie 1	0 – Nie jestem smutny ani przygnębiony 1 – Odczuwam często smutek, przygnębienie 2 – Przeżywam stale smutek, przygnębienie i nie mogę uwolnić się od tych przeżyć 3 – Jestem stale tak smutny i nieszczęśliwy, że jest to nie do wytrzymania
Pytanie 2	0 – Nie przejmuję się zbytnio przyszłością 1 – Często martwię się o przyszłość 2 – Obawiam się, że w przyszłości nic dobrego mnie nie czeka 3 – Czuję, że przyszłość jest beznadziejna i nic tego nie zmieni
Pytanie 3	0 – Sądzę, że nie popełniam większych zaniedbań 1 – Sądzę, że czynię więcej zaniedbań niż inni 2 – Kiedy spoglądam na to, co robiłem, widzę mnóstwo błędów i zaniedbań 3 – Jestem zupełnie niewydolny i wszystko robię źle
Pytanie 4	0 – To, co robię, sprawia mi przyjemność 1 – Nie cieszy mnie to, co robię 2 – Nic mi teraz nie daje prawdziwego zadowolenia 3 – Nie potrafię przeżywać zadowolenia i przyjemności; wszystko mnie nuży
Pytanie 5	0 – Nie czuję się winnym ani wobec siebie, ani wobec innych 1 – Dość często mięwam wyrzuty sumienia 2 – Często czuję, że zawiniłem 3 – Stale czuję się winny
Pytanie 6	0 – Sądzę, że nie zasługuję na karę 1 – Sądzę, że zasługuję na karę 2 – Spodziewam się ukarania 3 – Wiem, że jestem karany (lub ukarany)
Pytanie 7	0 – Jestem z siebie zadowolony 1 – Nie jestem z siebie zadowolony 2 – Czuję do siebie niechęć 3 – Nienawidzę siebie
Pytanie 8	0 – Nie czuję się gorszy od innych ludzi 1 – Zarzucam sobie, że jestem nieudolny i popełniam błędy 2 – Stale potępiam siebie za popełnione błędy 3 – Winię siebie za wszelkie zło, które istnieje
Pytanie 9	0 – Nie myślę o odebraniu sobie życia 1 – Myślę o samobójstwie – ale nie mógłbym tego dokonać 2 – Pragnę odebrać sobie życie 3 – Popełnię samobójstwo, jak będzie odpowiednia sposobność
Pytanie 10	0 – Nie płaczę częściej niż zwykle 1 – Płaczę częściej niż dawniej 2 – Ciągle chce mi się płakać 3 – Chciałbym płakać, lecz nie jestem w stanie

Pytanie 11	0 – Nie jestem bardziej podenerwowany niż dawniej
	1 – Jestem bardziej nerwowy i przykry niż dawniej
	2 – Jestem stale zdenerwowany lub rozdrażniony
	3 – Wszystko, co dawniej mnie drażniło, stało się obojętne
Pytanie 12	0 – Ludzie interesują mnie jak dawniej
	1 – Interesuję się ludźmi mniej niż dawniej
	2 – Utraciłem większość zainteresowań innymi ludźmi
	3 – Utraciłem wszelkie zainteresowanie innymi ludźmi
Pytanie 13	0 – Decyzje podejmuję łatwo, tak jak dawniej
	1 – Częściej niż kiedyś odwlekam podjęcie decyzji
	2 – Mam dużo trudności z podjęciem decyzji
	3 – Nie jestem w stanie podjąć żadnej decyzji
Pytanie 14	0 – Sądzę, że wyglądam nie gorzej niż dawniej
	1 – Martwię się tym, że wyglądam staro i nieatrakcyjnie
	2 – Czuję, że wyglądam coraz gorzej
	3 – Jestem przekonany, że wyglądam okropnie i odpychająco
Pytanie 15	0 – Mogę pracować jak dawniej
	1 – Z trudem rozpoczynam każdą czynność
	2 – Z wielkim wysiłkiem zmuszam się do zrobienia czegokolwiek
	3 – Nie jestem w stanie nic zrobić
Pytanie 16	0 – Sypiam dobrze, jak zwykle
	1 – Sypiam gorzej niż dawniej
	2 – Rano budzę się 1–2 godziny za wcześnie i trudno jest mi ponownie usnąć
	3 – Budzę się kilka godzin za wcześnie i nie mogę usnąć
Pytanie 17	0 – Nie męczę się bardziej niż dawniej
	1 – Męczę się znacznie łatwiej niż poprzednio
	2 – Męczę się wszystkim, co robię
	3 – Jestem zbyt zmęczony, aby cokolwiek robić
Pytanie 18	0 – Mam apetyt nie gorszy niż dawniej
	1 – Mam trochę gorszy apetyt
	2 – Apetyt mam wyraźnie gorszy
	3 – Nie mam w ogóle apetytu
Pytanie 19	0 – Nie tracę na wadze
	1 – Straciłem na wadze więcej niż 2 kg
	2 – Straciłem na wadze więcej niż 4 kg
	3 – Straciłem na wadze więcej niż 6 kg
Pytanie 20	0 – Nie martwię się o swoje zdrowie bardziej niż zawsze
	1 – Martwię się swoimi dolegliwościami, mam rozstrój żołądka, zaparcie, bóle
	2 – Stan mojego zdrowia bardzo mnie martwi, często o tym myślę
	3 – Tak bardzo martwię się o swoje zdrowie, że nie mogę o niczym innym myśleć
Pytanie 21	0 – Moje zainteresowania seksualne nie uległy zmianom
	1 – Jestem mniej zainteresowany sprawami płci (seksu)
	2 – Problemy płciowe wyraźnie mniej mnie interesują
	3 – Utraciłem wszelkie zainteresowanie sprawami seksu

Każdemu ze stwierdzeń przypisana jest wartość punktowa, od 0 (brak danego objawu) do 3 (bardzo wyraźne nasilenie danego objawu). Uzyskanie poszczególnych wartości punktowych wskazuje na: depresję lekką (14–19 punktów), umiarkowaną (20–28 punktów), ciężką ( $\geq 29$  punktów).

## 6. Edynburska Skala Depresji Poporodowej EPDS (ang. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*) – wersja dla ciężarnej i położnicy

J. L. Cox, J. M. Holden, R. Sagovsky (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150: 782–786. Skala może być stosowana bez uzyskania wcześniejszej zgody twórców skali, pod warunkiem wskazania autorów skali oraz materiału źródłowego na rozpowszechnianych egzemplarzach.

### EDYNBURSKA SKALA DEPRESJI POPORODOWEJ

Proszę podkreślić odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani samopoczucie w ciągu ostatnich 7 dni. Proszę zakreślić tylko jedną odpowiedź na każde pytanie oraz postarać się odpowiedzieć na wszystkie pytania.

1. Potrafiłam śmiać się z różnych spraw i dostrzegać ich jasną stronę\*:
  - a) Tak często jak zazwyczaj
  - b) Trochę rzadziej niż zwykle
  - c) Zdecydowanie mniej niż dawniej
  - d) Nie potrafiłam
  
2. Z radością wypatrywałam przyszłych zdarzeń i spraw\*:
  - a) W takim samym stopniu jak zawsze
  - b) W nieco mniejszym stopniu niż dawniej
  - c) Zdecydowanie mniej niż dawniej
  - d) Praktycznie w ogóle nie
  
3. Miałam nieuzasadnione poczucie winy, gdy coś się nie udawało:
  - a) Tak, w większości przypadków
  - b) Tak, w niektórych przypadkach
  - c) Rzadko
  - d) Nie, nigdy
  
4. Czuję się zmartwiona lub wylękniona bez specjalnego powodu\*:
  - a) Nie, nigdy
  - b) Raczej nie
  - c) Tak, czasami
  - d) Tak, bardzo często
  
5. Czuję się przerażona lub wpadałam w panikę bez specjalnego powodu:
  - a) Tak, często
  - b) Tak, czasami
  - c) Nie, raczej nie
  - d) Nie, nigdy

6. Wydarzenia przerastały i przytłaczały mnie:
- a) Tak, przez większość czasu i nigdy nie umiałam sobie z nimi poradzić
  - b) Tak, czasami nie potrafiłam radzić sobie tak dobrze jak zwykle
  - c) Przez większość czasu radziłam sobie zupełnie nieźle
  - d) Radziłam sobie tak samo dobrze jak dawniej
7. Czułam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy:
- a) Tak, przez większość czasu
  - b) Tak, czasami
  - c) Rzadko
  - d) Nie, wcale nie
8. Byłam smutna i czułam się nieszczęśliwa:
- a) Tak, przez większość czasu
  - b) Tak, dość często
  - c) Niezbyt często
  - d) Nie, nigdy
9. Czułam się tak nieszczęśliwa, że wybuchalam płaczem:
- a) Tak, przez większość czasu
  - b) Tak, dość często
  - c) Tylko czasami
  - d) Nie, nigdy
10. Przychodziło mi do głowy, by zrobić sobie krzywdę:
- a) Tak, dość często
  - b) Czasami
  - c) Praktycznie nigdy
  - d) Nigdy

*\* Pytania 1, 2, 4 punktowane są w kolejności od 0–3 (rosnąco).  
Pozostałe pytania punktowane są w kolejności od 3–0 (malejąco).  
Uzyskanie  $\geq 12$  punktów lub udzielenie twierdzącej odpowiedzi na pytanie nr 10 stanowi wskazanie do skierowania pacjentki do specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego.*

## 7. Antenatal (Psychosocial) Risk Questionnaire – ANRQ

Tłumaczenie polskie, za zgodą autorki (M. P. Austin) skali. M. P. Austin, J. Colton, S. Priest, N. Reilly, D. Hadzi-Pavlovic (2013). The Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ): Acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. *Women & Birth*, 26: 17-25.

### Antenatal (Psychosocial) Risk Questionnaire – ANRQ

V.2004 (Aktualizacja 2017) © M. P. Austin

Poniższe pytania są skonstruowane w taki sposób, by pomóc Pani i Pani lekarzowi stwierdzić, czy potrzebuje Pani dodatkowego wsparcia w tym przełomowym czasie. Niektóre z pytań mogą wydawać się trudne, ale prosimy, by mimo to spróbowała Pani wybrać odpowiedzi, które najlepiej do Pani pasują. Proszę pamiętać, że nie ma złych i dobrych odpowiedzi.

Prosimy uzupełnić wszystkie pytania, chyba że została Pani poinstruowana, aby pominąć któreś z nich. Po wypełnieniu ankiety Pani lekarz omówi z Panią udzielone odpowiedzi. Jeśli którekolwiek z pytań wydaje się być dla Pani problematyczne, prosimy powiadomić o tym lekarza.

Suma

<p><b>P1.</b> Czy kiedykolwiek zdarzyło się Pani doświadczyć przez 2 tygodnie lub dłużej, że czuła się Pani zmartwiona, smutna lub przygnębiona?</p>	<p>Nie <input type="checkbox"/></p> <p><b>Jeśli nie</b>, proszę przejść do pytania <b>P1.c.</b></p>	<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p><b>Jeśli tak</b>, proszę odpowiedzieć na pytania <b>P1.a, P1.b i P1.c.</b></p>	<input type="text"/>
<p><b>Jeśli tak</b>, to czy: <b>P1.a.</b> Zakłóciło to w poważny sposób Pani pracę bądź relacje z przyjaciółmi i rodziną?</p>	<p>Wcale nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Nie-znacznie <input type="checkbox"/></p> <p>Trochę <input type="checkbox"/></p> <p>Dość mocno <input type="checkbox"/></p> <p>Bardzo mocno <input type="checkbox"/></p>	<input type="text"/>
<p><b>P1.b.</b> Spowodowało, że szukała Pani profesjonalnej pomocy? Czy udała się Pani do: <input type="checkbox"/> psychiatry <input type="checkbox"/> psychologa <input type="checkbox"/> lekarza rodzinnego Czy brała Pani leki / leki ziołowe? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>	<p>Nie <input type="checkbox"/></p> <p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p><b>Jeśli tak</b>, proszę podać nazwisko lekarza/psychologa:</p> <p>.....</p> <p><b>Jeśli tak</b>, proszę podać nazwę leku/leków:</p> <p>.....</p>		<input type="text"/>
<p><b>P1.c.</b> Czy miała Pani <b>kiedykolwiek inne problemy ze zdrowiem psychicznym?</b> (np. zaburzenia odżywiania, psy psychoza, choroba dwubiegunowa, schizofrenia) <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>	<p><b>Jeśli tak</b>, proszę wyszczególnić je tutaj:</p> <p>.....</p>		
<p><b>P2.</b> Czy w relacji z partnerem doświadcza Pani wsparcia emocjonalnego z jego strony?</p>	<p>Tak, bardzo dużego <input type="checkbox"/></p>	<p>Tak, dosyć dużego <input type="checkbox"/></p> <p>Trochę wsparcia <input type="checkbox"/></p> <p>Odczuwam niewielkie wsparcie <input type="checkbox"/></p> <p>Wcale nie doświadczałam wsparcia <input type="checkbox"/></p> <p>Nie mam partnera <input type="checkbox"/></p>	<input type="text"/>

<p><b>P3.</b> Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przeżyła Pani jakiś stres, zmianę lub stratę? (np. separacja, przemoc domowa, utrata pracy, żałoba itp.)</p>	<p style="text-align: center;">Nie <span style="float: right;">Tak</span>  <input type="checkbox"/> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <p><b>Jeśli nie</b>, proszę przejść do pytania <b>P4</b>. <span style="float: right;"><b>Jeśli tak</b>, proszę odpowiedzieć na pytanie <b>P3.a</b>.</span></p> <p><b>Jeśli tak</b>, proszę podać szczegóły:</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Jeśli tak</b>, to czy:  <b>P3.a.</b> Jak bardzo była Pani przygnębiona wskutek tych przeżyć?</p>	<p style="text-align: center;">Wcale nie <span style="margin-left: 50px;">Nie-znacznie</span> <span style="margin-left: 50px;">Trochę</span> <span style="margin-left: 50px;">Dość mocno</span> <span style="margin-left: 50px;">Bardzo mocno</span>  <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/></span></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>P4.</b> Czy określiłaby się Pani jako osobę, która często się martwi?</p>	<p style="text-align: center;">Wcale nie <span style="margin-left: 50px;">Nie-znacznie</span> <span style="margin-left: 50px;">Trochę</span> <span style="margin-left: 50px;">Dość mocno</span> <span style="margin-left: 50px;">Bardzo mocno</span>  <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/></span></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>P5.</b> Czy brak porządku w Pani życiu powoduje u Pani zły nastrój? (np. brak konkretnego planu dnia, porządku w mieszkaniu)</p>	<p style="text-align: center;">Wcale nie <span style="margin-left: 50px;">Nie-znacznie</span> <span style="margin-left: 50px;">Trochę</span> <span style="margin-left: 50px;">Dość mocno</span> <span style="margin-left: 50px;">Bardzo mocno</span>  <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/></span></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>P6.</b> Czy ma Pani poczucie, że pojawią się osoby, które pomogą Pani w opiece nad dzieckiem?</p>	<p style="text-align: center;">Bardzo mocno <span style="margin-left: 50px;">Dość mocno</span> <span style="margin-left: 50px;">Trochę</span> <span style="margin-left: 50px;">Nie-znacznie</span> <span style="margin-left: 50px;">Zdecydowanie nie</span>  <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/></span></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Teraz, kiedy spodziewa się Pani dziecka, być może zaczyna Pani myśleć o swoim dzieciństwie. Jakie ono było?</b></p>		
<p><b>P7.</b> Czy była Pani ofiarą przemocy emocjonalnej w okresie dorastania?</p>	<p style="text-align: center;">Nie <span style="float: right;">Tak</span>  <input type="checkbox"/> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>P8.</b> Czy <b>kiedykolwiek</b> była Pani ofiarą przemocy:  <input type="checkbox"/> seksualnej, <input type="checkbox"/> fizycznej?</p>	<p style="text-align: center;">Nie <span style="float: right;">Tak</span>  <input type="checkbox"/> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>P9.</b> Czy w okresie dorastania odczuwała Pani wsparcie emocjonalne ze strony swojej mamy?</p>	<p style="text-align: center;">Bardzo mocno <span style="margin-left: 50px;">Dość mocno</span> <span style="margin-left: 50px;">Trochę</span> <span style="margin-left: 50px;">Nie-znacznie</span> <span style="margin-left: 50px;">Nie mam mamy</span>  <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/></span></p>	<input type="checkbox"/>

Czy ma Pani jakieś inne obawy, o których chciałaby Pani dzisiaj porozmawiać? .....

.....

.....

.....

© M. P. Austin. Powielono za zgodą ANRC, 4 czerwca (zaktualizowano w maju 2017).

Instrukcja dotycząca punktowania skali dla personelu medycznego – dostępna bezpłatnie po przesłaniu autorce skali formularza rejestracyjnego (m.austin@unsw.edu.au).

## 8. Gotlandzka Skala Męskiej Depresji

J. Chodkiewicz (2017). Polska adaptacja Gotlandzkiej Skali Męskiej Depresji (GDMS) Wolfganga Rutza. *Advances in Psychiatry and Neurology*, 26 (1): 13–23. DOI: <https://doi.org/10.5114/ppn.2017.68291>.

### Gotlandzka Skala Męskiej Depresji (GDMS) Wolfganga Rutza

Polska adaptacja: Jan Chodkiewicz (2017)

	0 Zupełnie nieprawdziwe	1 Nieprawdziwe	2 Prawdziwe	3 Całkowicie prawdziwe
1. Byłem bardziej zestresowany niż zwykle, miałem niższy próg odporności na stres				
2. Byłem bardziej agresywny, miałem trudności w panowaniu nad sobą				
3. Czułem się wypalony i pusty				
4. Byłem ciągle niewytłumaczalnie zmęczony				
5. Byłem bardziej rozdrażniony, niespokojny, sfrustrowany				
6. Miałem trudności w podejmowaniu zwykłych, codziennych decyzji				
7. Miałem problemy ze snem: spałem za dużo/za mało/niespokojnie, miałem trudności z zasypianiem/wcześnie się budziłem				
8. Szczególnie rano miałem uczucie lęku, niepokoju, trwogi				
9. Spożywałem nadmierną ilość alkoholu lub leków, by się uspokoić, zrelaksować. Wyżywałem się, ciężko pracując, dużo ćwicząc (bieganie, siłownia), przejadałem się lub mało jadłem				
10. Czy sądzi Pan, że Pana zachowanie zmieniło się w taki sposób, że ani Pan, ani inni nie poznają Pana i trudno jest im z Panem wytrzymać?				
11. Czy czuje Pan, że inni spostrzegają Pana jako ponurego, pełnego negatywizmu lub będącego w złym stanie?				
12. Czy Pan lub inni stwierdziliście, że ma Pan tendencję do większego użalania się nad sobą, skarżenia się lub bycia godnym współczucia?				
13. Czy w Pana rodzinie pochodzenia istnieje (istniała) tendencja do uzależnień, depresji/ przynębienia, prób samobójczych lub skłonność do niebezpiecznych zachowań?				

Autorzy przyjęli następujący sposób interpretacji wyników całej skali: 0–12 pkt – brak oznak depresji, 13–26 – możliwa depresja, odpowiednia terapia powinna być brana pod uwagę, 27–39 – depresja, najprawdopodobniej konieczne leczenie (także farmakologiczne).