



REKOMENDACJE DO STANDARDÓW ORGANIZACYJNYCH OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

W styczniu br. odbyło się spotkanie grupy ekspertów, powołanej przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Położnych i Zarząd Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Oddział w Poznaniu w celu przygotowania rekomendacji dotyczącej profilaktyki i wczesnej diagnostyki depresji i zaburzeń nastroju u kobiet w ciąży i w okresie poporodowym. Spotkanie odbyło się w związku z wprowadzeniem dnia 1 stycznia 2019 roku „Standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej” (Dz.U. z 2018 r. poz. 1756). Zebrani zwrócili uwagę na następujące problemy: Profilaktykę depresji i zaburzeń nastroju u kobiet w ciąży i w okresie okołoporodowym oraz zapewnienie specjalnej opieki w sytuacjach opisanych jako szczególne. Analizowali sposoby realizacji zaleceń i wskazali działania dotyczące monitorowania ryzyka depresji i zaburzeń nastroju w ciąży i okresie okołoporodowym przez lekarzy ginekologów-położników i położne oddziałów i poradni położniczo-ginekologicznych i POZ, lekarzy rodzinnych, pediatrów, neonatologów, psychologów. Pokazali na wiodącą rolę w sprawowaniu kompleksowej opieki wyżej wymienionych specjalistów, którzy bezpośrednio mają kontakt z ciężarną oraz matką w pierwszych latach życia dziecka.

Uczestnicy spotkania ekspertów zwracają się do społeczności ww. pracowników w szeroko rozumianej ochronie zdrowia o nadanie zagadnieniom profilaktyki i wczesnej wykrywalności depresji i zaburzeń nastroju w ciąży szczególnej roli w codziennej opiece nad swoimi pacjentkami. Ekspertci są przekonani, że opracowane zalecenia zostaną wdrożone merytorycznie, jak też przekazane one zostaną do szerokiej publikacji w środkach masowego przekazu.

W skład zespołu ekspertów weszły:

prof. UM Beata Pięta – prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Położnych,

prof. Uł Eleonora Bielawska-Batorowicz- Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

dr Jadwiga Łuczak – Wawrzyniak – przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Psychologicznego oddziału w Poznaniu

oraz dr Aleksandra Głowińska, mgr Anna Stolaś, mgr Joanna Kłofik, mgr Beata Kopaszewska-Bachorz, mgr Magdalena Krzesińska-Pierz.

CEL REKOMENDACJI

Celem rekomendacji jest wzrost poziomu świadomości i społecznej odpowiedzialności za wczesne wykrywanie zaburzeń depresyjnych i nastroju, które mogą rozwinąć się u kobiet w związku ze spełnionym i niespełnionym macierzyństwem. Realizacja tego celu będzie się odbywać na trzech poziomach działań, które swoim zakresem

obejmą: rozpowszechnianie i wdrażanie opracowanej rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w tej grupie kobiet, promocję zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa oraz profilaktykę depresji lub/i innych zaburzeń psychicznych i zachowania u dzieci i młodzieży.

Monitorowanie zaburzeń nastroju u matki jest najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zaburzeniom psychicznym i zachowania u dzieci, które od okresu prenatalnego

wzrastają do życia w społeczeństwie, pełnienia wielu ról i podejmowania ważnych zadań jako dorośli.

WPROWADZENIE

Wyniki metaanalizy podsumowującej 59 badań epidemiologicznych wskazują, że **rzeczywista częstość występowania zaburzeń depresyjnych u kobiet w okresie poporodowym wynosi ok. 13%, które bardzo często, z wielu powodów pozostają nierozpoznane^{1,2}**. W grupie dzieci w wieku przedszkolnym powyżej 2 i 3 r.ż., na depresję cierpi 1%, a w grupie dzieci 6-12 lat - 2%³. Specjaliści z dziedziny psychiatrii dzieci i młodzieży, psychiatrii dorosłych, psychologii klinicznej, zdrowia publicznego podkreślają istotny wpływ zaburzeń nastroju matki w czasie ciąży i po urodzeniu dziecka na późniejszy jego rozwój w zakresie funkcjonowania biopsychofizycznego oraz zdrowia psychicznego.

Etiologia depresji w okresie okołoporodowym obejmuje czynniki socjodemograficzne, ginekologiczno-położnicze, fizjologiczne i psychospołeczne. Istotnym jest, że **depresja poporodowa ma podłoże heterogenne**. Oznacza to, że w większym stopniu warunkują ją czynniki psychospołeczne i osobowościowe a nie fizjologiczne (takie jak np. zmianyhormonalne).

Istotnymi czynnikami, które zwiększają ryzyko wystąpienia depresji u kobiet w ciąży i po porodzie są:

- wcześniejsze niepowodzenia położnicze (poronienia, wewnątrzmaciczne obumarcie płodu),
- powikłany przebieg wcześniejszych i obecnej ciąży,
- powikłany/traumatyczny przebieg wcześniejszych porodów,
- brak wsparcia społecznego,

- samotne rodzicielstwo,
- ciąża u nieletnich lub ok. 40 roku życia,
- po długoletniej terapii niepłodności,
- obecność zaburzeń psychicznych i zachowania we wcześniejszych okresach życia

Wyniki badania pilotażowego „Profilaktyka zaburzeń nastroju w czasie ciąży i w okresie okołoporodowym”, które realizowane było w GPSK UM w Poznaniu w okresie 2015-2016 pokazały czynniki, które były statystycznie istotne w grupie kobiet, które uzyskały wynik >10 w skali EPDS (Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej)⁴. Są to:

- wyższe subiektywne odczuwanie stresu,
- dolegliwości fizyczne występujące w czasie ciąży i porodu,
- hospitalizacja w czasie ciąży,
- przeciążenie opieką nad dzieckiem/dziećmi,
- kłopoty finansowe,
- niesatysfakcjonująca relacja z ojcem dziecka,
- brak wsparcia ze strony najbliższego otoczenia,
- brak wsparcia ze strony własnej matki,
- samotne macierzyństwo,
- przemoc w rodzinie,
- rozpoznanie zaburzeń nastroju – lęku, depresji we wcześniejszych okresach życia,
- leczenie psychiatryczne w wywiadzie,
- występowanie kilku czynników wnikających ciążę.

Czynniki ryzyka wystąpienia depresji w ciąży i po porodzie



W związku z tym monitorowanie i ocena ryzyka depresji oraz zaburzeń nastroju w ciąży i połogu, w oparciu o wynik uzyskany dzięki zastosowanemu narzędziu (EPDS) powinno każdorazowo uwzględniać obecność opisanych powyżej czynników. Dlatego obserwacja, rozmowa i dokładny wywiad lekarza ginekologa-położnika, położnej, psychologa i pozostałych profesjonalistów ochrony zdrowia, którzy sprawują opiekę nad ciężarną, kobietą po porodzie lub matką dziecka do 1 (2) roku życia mają istotne znaczenie dla określenia z dużo większym prawdopodobieństwem ryzyka wystąpienia zaburzeń nastroju w tym czasie. Eksperci uznali, że spis zasad dotyczących szacowania ryzyka i rozpoznawania depresji lub/i zaburzeń

lękowych lub mieszanych u kobiet w ciąży i po urodzeniu dziecka, niesie za sobą konieczność wskazania dalszych działań w ramach interdyscyplinarnej i kompleksowej opieki nad matką, dzieckiem i rodziną. **Zadaniem rekomendacji jest zdefiniowanie zadań dla personelu medycznego/w ochronie zdrowia i zaleceń co do sposobu sprawowania opieki nad kobietą w ciąży i okresie okołoporodowym w tym zakresie.** Zespół ekspertów opracowując rekomendację określił wytyczne i zalecenia do stosowania standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej⁵.

I TRYMESTR CIĄŻY (11 – 14 TYDZIEŃ CIĄŻY)

Przeprowadzenie pogłębionego wywiadu w celu analizy czynników ryzyka:

- a) Stwierdzenie szczególnych sytuacji położniczych u ciężarnej w przeszłości: poronienia, wewnątrzmacicznego obumarcia płodu/dziecka, urodzenia dziecka z wadami, z bardzo niską masą urodzeniową, skrajnego wcześniaka, wystąpienie depresji po porodzie w przeszłości, rozpoznanie wad wrodzonych u płodu we wcześniejszej ciąży lub obecnie, traumatyczny przebieg poprzedniego porodu (w tym pilne cięcie cesarskie z powodu zagrożenia życia matki lub/i płodu/dziecka).
- b) W wywiadzie rozpoznanie zaburzeń psychicznych i zachowania (wg ICD10 F00-F99).
- c) Stała ekspozycja na stres w obecnej ciąży (zidentyfikowanie stresora przez ciężarną).
- d) Samouszkodzenia (widoczne ślady nacięć na skórze w różnych miejscach – nadgarstki, przedramiona, uda, brzuch, nadżerki na skórze i in.) oraz przejawy innych wykładników aktów o charakterze destrukcyjnym (np. wstrzymywanie oddechu, przyjmowanie skrajnych, nienaturalnych pozycji ciała w celu wywołania dyskomfortu lub/i bólu).
- e) Próby samobójcze w przeszłości.
- f) Uzależnienie od substancji psychoaktywnych (w tym nikotyny).
- g) Brak wsparcia ze strony otoczenia (np. samotność, rozpad trwałego związku, migracja).
- h) Utrata/ograniczenie praw rodzicielskich w stosunku do starszego potomstwa.
- i) Ubóstwo/Bezdomność.
- j) Zły stan zdrowia fizycznego lub/i współistnienie chorób o charakterze przewlekłym.
- k) Niepełnosprawność intelektualna lub/i fizyczna.

W przypadku stwierdzenia jednego lub więcej z opisanych powyżej czynników ryzyka dla wystąpienia zaburzeń nastroju i depresji w aktualnej ciąży należy zastosować skalę do oceny nasilenia depresji: skala EPDS ^{6,7} (wzór w załączniku wraz z instrukcją oraz sposobem zliczania punktów).

- Gdy uzyskany wynik w skali EPDS wynosi ≥ 10 pacjentka powinna otrzymać zalecenie o potrzebie zgłoszenia się do lekarza psychiatry lub psychologa klinicznego, a także otrzymać informację na temat jednostek (placówek) realizujących świadczenia w zakresie opieki psychiatrycznej lub/i psychologicznej i otrzymać wykaz Poradni Zdrowia Psychicznego lub Poradni Psychologicznych w ramach dzielnicy (miasta), w której mieszka;

Uzyskany wynik i rodzaj zaleceń należy odnotować w dokumentacji przebiegu ciąży: **ryzyko depresji podwyższone**.

- Gdy uzyskany wynik wynosi ≥ 12 pacjentka powinna zostać skierowana na konsultację do lekarza psychiatry (nie jest wymagane skierowanie lekarskie) lub psychologa klinicznego (wymagane skierowanie lekarskie). Winna też otrzymać kompleksową informację o jednostkach (placówkach), w których realizowane są świadczenia w zakresie opieki

psychiatrycznej lub/i psychologicznej i otrzymać wykaz Poradni Zdrowia Psychicznego lub Poradni Psychologicznych w ramach dzielnicy (miasta), w której mieszka;

- Gdy uzyskany wynik jest niższy niż 12 punktów, ale pacjentka twierdząco odpowiedziała na pytanie dotyczące myśli bądź zamiarów samobójczych – musi bezwzględnie zostać poddana konsultacji psychiatrycznej lub w porozumieniu z bliskimi z jej otoczenia i zagwarantowaniu bezpieczeństwa co do życia i zdrowia, udać się na wizytę do lekarza psychiatry w możliwie najkrótszym terminie.

Uzyskany wynik i rodzaj zaleceń, należy odnotować w dokumentacji przebiegu ciąży: ***ryzyko depresji wysokie, skierowano na konsultację do specjalisty psychiatry, psychologa.***

W przypadku, gdy nie ma czynników ryzyka w wywiadzie z listy powyżej, to ocenę ryzyka i nasilenia objawów depresji zaczynamy od zadania 4. pytań:

Zadanie 2. pytań diagnostycznych dla depresji:

1. Czy w ciągu ostatniego miesiąca często była Pani przygnębiona, smutna?
2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca często czuła Pani, że na nic nie ma ochoty i nic jej nie cieszy?

Zadanie 2. pytań diagnostycznych dla lęku:

1. Czy w ciągu ostatnich 2. tygodni czuła Pani zdenerwowanie, niepokój?
2. Czy w ciągu ostatnich 2. tygodni zdarzyło się, że martwiła się Pani i nie mogła tego ani kontrolować ani przerwać?

W przypadku, gdy ciężarna udzieli na 4. pytania odpowiedzi przeczących (te objawy nie wystąpiły) do karty przebiegu ciąży należy wpisać wynik – ***ryzyko wystąpienia depresji i zaburzeń psychicznych związanych z ciążą (porodem) niskie.***

W przypadku pozytywnej odpowiedzi na którekolwiek z pytań należy zastosować skalę do oceny nasilenia depresji: skala EPDS (wzór: w załączniku)

- Gdy uzyskany wynik w skali EPDS wynosi ≥ 10 pacjentka powinna otrzymać zalecenie o potrzebie zgłoszenia się do lekarza psychiatry lub psychologa klinicznego, a także otrzymać informację na temat jednostek (placówek) realizujących świadczenia w zakresie opieki psychiatrycznej lub/i psychologicznej i otrzymać wykaz Poradni Zdrowia Psychicznego lub Poradni Psychologicznych w ramach dzielnicy (miasta), w której mieszka;

Uzyskany wynik i rodzaj zaleceń należy odnotować w dokumentacji przebiegu ciąży: ***ryzyko depresji podwyższone.***

- Gdy uzyskany wynik wynosi ≥ 12 pacjentka powinna zostać skierowana na konsultację do lekarza psychiatry (nie jest wymagane skierowanie lekarskie) lub psychologa klinicznego (wymagane skierowanie lekarskie). Winna też otrzymać kompleksową informację o jednostkach (placówkach), w których realizowane są świadczenia w zakresie opieki psychiatrycznej lub/i psychologicznej i otrzymać wykaz Poradni Zdrowia Psychicznego lub Poradni Psychologicznych w ramach dzielnicy (miasta), w której mieszka;

- Gdy uzyskany wynik jest niższy niż 12 punktów, ale pacjentka twierdząco odpowiedziała na pytanie dotyczące myśli bądź zamiarów samobójczych – musi bezwzględnie zostać poddana konsultacji psychiatrycznej lub w porozumieniu z bliskimi z jej otoczenia i zagwarantowaniu bezpieczeństwa co do życia i zdrowia, udać się na wizytę do lekarza psychiatry w możliwie najkrótszym terminie.

Uzyskany wynik i rodzaj zaleceń, należy odnotować w dokumentacji przebiegu ciąży: ***ryzyko depresji wysokie, skierowano na konsultację u specjalisty psychiatry, psychologa.***