

Występowanie depresji poporodowej a jakość relacji w związku

Incidence of postpartum depression and couple relationship quality

Aleksandra Małus¹, Justyna Szyluk², Beata Galińska-Skok¹,
Beata Konarzewska¹

¹ Klinika Psychiatrii UM w Białymstoku

² Wydział Nauk o Zdrowiu UM w Białymstoku

Summary

Aim. The childbirth constitutes a significant event in a woman's life and in the marital/couple dyad. The changes which follow childbirth require re-organization of previous coping styles and development of new methods of adaptation, which proves difficult. The current study evaluated to what extent the development of postpartum depression symptoms in new mothers was associated with their level of satisfaction in marital relationship.

Material and methods. The study included 100 women in their first month after delivery. The women completed questionnaires regarding postpartum depression (Postpartum Depression Screening Scale) and marital relationship quality (Marital Compatibility Questionnaire).

Results. There was a significant correlation between the level of postpartum depression and relationship quality. A greater severity of postpartum depression symptoms (sleeping/eating disturbances, anxiety/insecurity, emotional lability, mental confusion, loss of self, guilt/shame, suicidal thoughts) occurred in women who were less satisfied with their relationship, i.e., those who experienced a decreased level of intimacy, self-fulfillment and partner similarity, as well as a deeper sense of disillusionment. Women who declared deeper satisfaction with their relationship displayed a greater sense of mental well-being. No correlation was found between the occurrence of postpartum depression and socio-demographic factors (age, education level, place of residence) and factors associated with the subjects' childbearing history (number of children, number of pregnancies, history of miscarriage, family planning, prior diagnosis of depression, type of delivery, newborn's condition following birth, infant feeding method).

Conclusions. Patients dissatisfied with the quality of their marital relationship experienced an increased severity of postpartum depression symptoms. Greater satisfaction with relationship quality was expressed by women in formalized relationships.

Słowa kluczowe: depresja poporodowa, relacja małżeńska

Key words: postpartum depression, couple relationship

Wstęp

Okres ciąży, porodu i położu jest czasem bardzo dynamicznych zmian w ciele kobiety, jej funkcjonowaniu i samopoczuciu psychicznym. Narodzenie się dziecka stanowi także wyzwanie dla diady małżeńskiej, która w wyniku pojawienia się nowego członka rodziny musi przekształcić się w triadę o wyważonym układzie emocjonalnym i adekwatnie rozłożonych kompetencjach. Pojawiają się nowe zadania, wymagania i ograniczenia. Nie zawsze proces transformacji i przystosowania się do nowej sytuacji przebiega pomyślnie. U około 10–15% kobiet rozwija się depresja poporodowa (DP) [1].

DP jest to zaburzenie nastroju pojawiające się u kobiety po urodzeniu dziecka. Zarówno według klasyfikacji DSM-IV-TR, jak i ICD-10 depresja poporodowa pojawia się w ciągu pierwszych sześciu tygodni po urodzeniu dziecka [2]. Wielu klinicystów i badaczy zajmujących się tą tematyką podkreśla jednak, że epizod DP może wystąpić w ciągu pierwszego roku od porodu [3]. DP charakteryzuje się występowaniem objawów typowych dla każdego epizodu depresyjnego (obniżony nastrój, utrata zainteresowań, zmniejszona energia, spadek zaufania lub szacunku dla siebie, poczucie winy, zaburzenia poznawcze, zaburzenia snu, zaburzenia łaknienia, myśli o śmierci lub samobójstwie), jednak jest wyodrębniana jako stan związany z narodzeniem dziecka [2]. Ponieważ niektóre objawy typowego epizodu depresji są objawami naturalnie występującymi w okresie położu, jak np. bezsenność (związana często z sytuacją karmienia naturalnego), utrata masy ciała (związana z naturalnym procesem kurczenia się macicy i powrotem do sylwetki sprzed ciąży) czy spadek libido, przy rozpoznaniu depresji poporodowej uwzględnia się wystąpienie objawów wskazujących na zakłócenie relacji z dzieckiem: osłabienie więzi z dzieckiem, przesadne zamartwianie się o stan jego zdrowia, który nie budzi żadnych obaw [4]. W klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 depresja poporodowa kodowana jest jako F53.0 Łagodne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z położem, a niewykazane w innym miejscu: depresja postnatalna, depresja poporodowa [2]. Konsekwencje DP mogą być rozległe. Wystąpienie depresji poporodowej skutkuje spadkiem jakości życia kobiety, wpływa na jej relacje społeczne, upośledza zdolność kobiety do nawiązywania i podtrzymywania więzi z dzieckiem i tym samym może prowadzić do zakłóceń w prawidłowym rozwoju poznawczym, behawioralnym, emocjonalnym, społecznym i motorycznym dziecka [5].

Analizy czynników ryzyka wystąpienia DP wskazują na znaczenie zmiennych biologicznych, społeczno-ekonomicznych i psychologicznych [6, 7]. Zbadano, że DP jest bardziej prawdopodobna u osób, które już wcześniej doświadczyły epizodu depresji [8]. U kobiet, u których wcześniej diagnozowano DP, ryzyko jej ponownego wystąpienia wzrasta do 25% [6]. Zaobserwowano, że na rozwój depresji poporodowej może mieć wpływ obniżone stężenie witaminy D w okresie prenatalnym [9]. Wskazuje się, że wpływ mogą mieć również czynniki związane z przebiegiem ciąży (ciąża

podwyższonego ryzyka, duże stresy w okresie ciąży) i czynniki związane z dzieckiem (wcześnieactwo, niska waga urodzeniowa, słabe funkcjonowanie noworodka) [10]. Spośród czynników społeczno-ekonomicznych zwraca się uwagę, że niski przychód wiąże się z częstszym występowaniem DP [11]. Zaobserwowano, że matki aktywne zawodowo obdarzały swoje dzieci większym zainteresowaniem i uwagą [12]. Według niektórych badań DP częściej występuje u kobiet z niższym wykształceniem i pochodzących z mniejszości etnicznych [13]. Wśród czynników psychologicznych wymieniane są: zaburzenia osobowości i zaburzenia lękowe u kobiety, negatywna reakcja na ciążę i negatywny stosunek do ciąży, negatywna reakcja partnera na ciążę i brak wsparcia partnera [14].

Cel

Celem niniejszego badania było zbadanie związku pomiędzy nasileniem objawów depresji poporodowej a jakością związku małżeńskiego/partnerskiego.

Material

Grupę badaną stanowiło 100 kobiet w pierwszym miesiącu po porodzie. Badanie przeprowadzono na oddziałach położkowych i w domach kobiet w trakcie wizyt położnych środowiskowych przez miesiąc od porodu. Badanie było dobrowolne, anonimowe i nieodpłatne. Taki dobór grupy badanej podyktowany był kryteriami diagnostycznymi DP (wystąpienie depresji w ciągu pierwszych tygodni po porodzie) [2]. Z badania wykluczono kobiety, których poród przebiegał z powikłaniami, oraz takie, których dzieci wymagały intensywnego specjalistycznego leczenia na oddziałach noworodkowych. Kryteria wyłączenia odnosiły się natomiast do danych z literatury, wskazujących na częstsze rozpoznawanie objawów DP u kobiet, których dzieci urodziły się przedwcześnie lub w złym stanie zdrowia, wynikającym z wad genetycznych lub powikłań okołoporodowych. Obserwowano w badaniach, że nastrój tych matek jest naturalnie obniżony i wynika z podwyższonego poziomu stresu, wynikającego z adekwatnego zatroskania o stan zdrowia dziecka, który nie jest stabilny [10, 15, 16].

Metoda

Do pomiaru nasilenia depresji poporodowej zastosowano Postpartum Depression Screening Scale autorstwa Beck i Gable [17] w polskiej adaptacji Kossakowskiej [18]. Jest to metoda celowana na mierzenie objawów depresyjnych u kobiet po porodzie, charakteryzująca się lepszymi parametrami czułości i rzetelności niż typowe testy do pomiaru objawów depresyjnych [19]. Test składa się z 35 twierdzeń, po 5 twierdzeń dla każdej z 7 podskal, tj.: kłopoty ze snem/jedzeniem, niepokój/niepewność, wahania nastroju, chaos psychiczny, poczucie utraty własnego „ja”, poczucie winy/wstydu, myśli samobójcze. Odpowiedzi w teście udzielane są na 5-stopniowej skali. Badane mogą uzyskiwać wyniki w przedziale od 35 do 175 punktów. Im wyższe wyniki uzy-

skiwane w teście, tym gorsze samopoczucie. Rzetelność oryginalnej skali oszacowano na próbie 525 osób i uzyskano wskaźnik alfa Cronbacha = 0,97 [20]. Wynik ten został potwierdzony w polskiej adaptacji [18] oraz w niniejszym badaniu.

Jakość relacji małżeńskiej ewaluowano za pomocą Kwestionariusza Dobranego Małżeństwa autorstwa Plopy [21]. Test składa się z 4 podskal, tj. intymność, samorealizacja, podobieństwo oraz rozczarowanie. Test zawiera 32 twierdzenia, do których osoba badana odnosi się na 5-stopniowej skali. Możliwe jest uzyskanie wyników w przedziale od 32 do 160 punktów. Im wyższe wyniki osiąga osoba badana w teście, tym jest bardziej usatysfakcjonowana z relacji małżeńskiej. Rzetelność testu, mierzona alfą Cronbacha, oszacowana przez autora na grupie 2589 osób, wyniosła 0,85 [21]. W niniejszym badaniu współczynnik ten wyniósł 0,75.

Analizy statystyczne

Ustalono rozkład normalności analizowanych cech za pomocą testu Shapiro-Wilka. Do ustalenia różnic pomiędzy podgrupami posłużono się testem parametrycznym t-Studenta. Do zbadania związków pomiędzy zmiennymi zastosowano testy parametryczny (r-Pearsona) i nieparametryczny (χ^2) dla zmiennej wykształcenie. W przypadku analizy zmiennych o rangowym charakterze (liczba dzieci, liczba ciąży) posłużono się testem rho-Spearmana. Wyniki testów uznano za istotne statystycznie przy wskaźniku $p < 0,05$.

Wyniki

Grupę badaną stanowiło 100 kobiet będących w pierwszym miesiącu po porodzie. Szczegółowy opis grupy badanej z uwzględnieniem procentowego rozkładu analizowanych zmiennych przedstawia tabela 1. Tabele 2 i 3 prezentują wyniki uzyskane przez osoby badane w testach opisujących nasilenie objawów depresji poporodowej (PDSS) i jakość związku małżeńskiego (MDM). Tabele 4 i 5 przedstawiają korelacje zaobserwowane pomiędzy analizowanymi zmiennymi.

Tabela 1. Opis grupy badanej

Wiek	Min. = 15, Maks. = 43, Średnia = 28,57, SD = 6,12
Wykształcenie	podstawowe 4%
	zawodowe 5%
	średnie 44%
	wyższe 47%
Wykształcenie małżonka	podstawowe 10%
	zawodowe 15%
	średnie 37%
	wyższe 38%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Zamieszkanie	miasto 74%
	wieś 26%
Stan cywilny	panna 15%
	mężatka 79%
	wdowa 2%
	rozwódka 4%
Liczba dzieci	jedno 54%
	dwoje 36%
	troje 9%
	czworo 1%
Liczba ciąż	jedna 47%
	dwie 38%
	trzy 9%
	cztery 5%
	pięć 1%
Poronienia	tak 17%
	nie 83%
Planowanie ciąży	tak 72%
	nie 28%
Wcześniejsze występowanie depresji	tak 15%
	nie 85%
Rodzaj porodu	drogami i siłami natury 54%
	cesarskim cięciem 46%
Punkty w skali Apgar	10 punktów 74%
	9 punktów 12%
	8 punktów 7%
	7 punktów 3%
	6 punktów 4%
	1–5 punktów 0%
Sposób karmienia	karmienie naturalne 80%
	karmienie sztuczne 5%
	karmienie mieszane 15%

Tabela 2. Nasilenie objawów depresji poporodowej w grupie badanej według testu PDSS

	Wynik minimalny	Wynik maksymalny	Średnia	Odchylenie standardowe
PDSS (wynik ogólny)	35	172	65,28	25,48
Kłopoty ze snem/jedzeniem	5	23	10,84	4,24
Niepokój/niepewność	5	24	10,99	3,86
Wahania nastroju	5	25	10,71	4,74
Chaos psychiczny	5	25	10,84	4,07
Poczucie utraty własnego „ja”	5	25	8,25	3,89
Poczucie winy/wstydu	5	25	8,26	4,01
Myśli samobójcze	5	25	7,07	3,67

Tabela 3. Jakość relacji w związku według testu KDM

	Wynik minimalny	Wynik maksymalny	Średnia	Odchylenie standardowe
KDM (wynik ogólny)	46	154	124,5	22,37
intymność	11	40	31,42	6,69
samorealizacja	11	35	28,14	5,50
podobieństwo	10	35	28,67	5,48
rozczarowanie	9	41	17,73	6,93

Tabela 4. Związki pomiędzy nasileniem objawów depresji poporodowej (PDSS) oraz jakością relacji w związku (KDM) a zmiennymi socjodemograficznymi i zmiennymi związanymi z historią położniczą kobiety

	PDSS	KDM
Wiek	$r = -0,156, p = 0,121$	$r = -0,077, p = 0,448$
Wiek małżonka		$r = -0,123, p = 0,222$
Różnica wieku		$r = -0,027, p = 0,792$
Wykształcenie	$\text{Chi}^2 = 3,625, p = 0,163$	$\text{Chi}^2 = 1,737, p = 0,420$
Wykształcenie małżonka		$\text{Chi}^2 = 1,080, p = 0,583$
Zamieszkanie	$t = -0,698, p = 0,487$	$t = -1,727, p = 0,089$
Stan cywilny	$t = 2,369^*, p = 0,020$	$t = 2,671^*, p = 0,017$
Liczba dzieci	$\rho = 0,029, p = 0,776$	
Liczba ciąż	$\rho = -0,007, p = 0,947$	
Występowanie poronień	$t = -0,239, p = 0,813$	$t = 0,429, p = 0,671$
Planowanie ciąży		$t = 1,322, p = 0,190$

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Wcześniejsze występowanie depresji	$t = -0,341, p = 0,672$	
Rodzaj porodu	$t = -0,534, p = 0,594$	
Stan dziecka	$r = 0,052, p = 0,610$	$r = -0,076, p = 0,449$
Sposób karmienia dziecka	$t = 0,562, p = 0,761$	$t = 0,473, p = 0,681$

* $p \leq 0,05$, r – wynik korelacji Pearsona, ρ – wynik korelacji Spearmana, t – wynik testu t-Studenta, Chi^2 – wynik testu Chi^2

Tabela 5. Związki pomiędzy nasileniem objawów depresji poporodowej (PDSS) a jakością relacji w związku (KDM) wyrażone za pomocą korelacji r-Pearsona

-0,42***		KDM			
		Intymność	Samorealizacja	Podobieństwo	Rozczarowanie
PDSS	Kłopoty ze snem/jedzeniem	-0,46***	-0,49***	-0,55***	0,55***
	Niepokój/niepewność	-0,44***	-0,45***	-0,53***	0,53***
	Wahania nastroju	-0,44***	-0,47***	-0,53***	0,51***
	Chaos psychiczny	-0,44***	-0,49***	-0,51***	0,55***
	Poczucie utraty własnego „ja”	-0,44***	-0,39***	-0,49***	0,52***
	Poczucie winy/wstydu	-0,47***	-0,42***	-0,51***	0,54***
	Myśli samobójcze	-0,45***	-0,36***	-0,47***	0,53***

*** $p \leq 0,001$

Omówienie wyników

Większość zmiennych socjodemograficznych nie była związana z jakością relacji w związku oraz poziomem doświadczanej depresji poporodowej. Wyjątek stanowił stan cywilny osób badanych. Kobiety zamężne w porównaniu z kobietami w związkach nieformalnych doświadczały większej satysfakcji z bycia w relacji oraz ujawniały mniej objawów depresji poporodowej. Wydaje się, że taki stan rzeczy może być związany z tradycją kulturową. Polska jest krajem konserwatywnym, o dużym wpływie wartości religijnych i tradycji. Związki nieformalne nie mają wielu praw, które przysługują związkom formalnym. Związki formalne są także korzystniej percypowane w społeczeństwie. W związkach formalnych istnieje większa współodpowiedzialność prawna i finansowa za nowo narodzone dziecko, a w ślad za tym prawdopodobnie także większa współodpowiedzialność emocjonalna. Być może kobiety będące w związkach formalnych miały zewnętrzne (prawne) potwierdzenie stałości nawiązanej relacji i dzięki temu czuły się stabilniej i pewniej. Należy zwrócić uwagę, że zaobserwowany związek nie jest bardzo silny oraz że porównywane grupy nie były tak samo liczne (przeważały kobiety zamężne).

Co ciekawe, nasilenie depresji poporodowej nie było związane – w przeciwieństwie do innych badań – ze zmiennymi dotyczącymi ciąży i porodu. Objawy

depresji poporodowej nie były związane z występowaniem poronień. W badaniach Stowe'a i wsp. wcześniejsze poronienia predysponowały do rozwoju depresji poporodowej [22]. Również rodzaj przebytego porodu (drogami i siłami natury lub cięciem cesarskim) nie przekładał się na stan psychiczny osób badanych. W innych analizach obserwowano większe nasilenie objawów depresyjnych u kobiet po cięciu cesarskim [23]

Nasilenie objawów depresyjnych nie było istotnie związane z liczbą wszystkich dzieci w rodzinie. Można by przypuszczać, że kobiety, które urodziły kolejne dziecko, są bardziej obciążone fizycznie i psychicznie, gdyż muszą łączyć opiekę nad nowo narodzonym dzieckiem z opieką nad pozostałymi dziećmi. Z drugiej strony pierworódki zderzają się z wieloma problemami pielęgnacji i opieki nad noworodkiem po raz pierwszy i nie mają doświadczenia w tym zakresie, jakim dysponują matki wielu dzieci.

W niektórych badaniach zwracano uwagę na dziedziczenie podatności na zachorowanie na depresję oraz znaczenie występowania wcześniejszych epizodów depresji dla wystąpienia depresji poporodowej [24, 25]. W niniejszym badaniu nie zaobserwowano związku pomiędzy subiektywnie deklarowaną obecnością epizodów depresji w przeszłości a aktualnym nasileniem objawów depresji poporodowej.

Istnieją doniesienia wskazujące na znaczenie zmian gospodarki hormonalnej, na przykład związanej z karmieniem piersią, które zachodzą w okresie połogu u kobiety i przekładają się na jej stan psychiczny [26]. W tym badaniu nie zaobserwowano związku pomiędzy sposobem karmienia dziecka (karmienie piersią, karmienie sztuczne, karmienie mieszane) a nasileniem objawów depresyjnych.

Niniejsze badanie sugeruje, że – podobnie jak w przypadku innych zaburzeń nastroju – także w odniesieniu do depresji poporodowej ważną rolę odgrywają nie tylko czynniki biologiczne, ale także kontekstualne i reaktywne. Istotna jest sieć wsparcia społecznego i bliskie relacje – w niniejszym badaniu obserwowana relacja małżeńska. Wystąpił statystycznie istotny związek o umiarkowanym nasileniu pomiędzy poziomem doświadczania depresji poporodowej a jakością relacji w związku. Zależność ta dotyczyła zarówno wyniku ogólnego (depresja poporodowa a jakość relacji), jak i wyników we wszystkich podskalach obu testów. Większe nasilenie objawów depresji poporodowej (kłopoty ze snem/jedzeniem, niepokój/niepewność, wahania nastroju, chaos psychiczny, poczucie utraty własnego „ja”, poczucie winy/wstydu, myśli samobójcze) występowało u osób mniej zadowolonych ze swego związku, takich, które doświadczały mniejszego poczucia intymności, samorealizacji i podobieństwa oraz większego poczucia rozczarowania. Kobiety, które deklarowały większe zadowolenie ze swego związku, ujawniały jednocześnie lepsze samopoczucie psychiczne po narodzeniu dziecka. W ich subiektywnym odbiorze ich partnerzy reagowali w sposób bardziej spójny i podobny do nich, okazywali większą bliskość i zrozumienie, w sposób pełniejszy odpowiadali na ich potrzeby w porównaniu z kobietami, które były niezadowolone ze swego związku.

Zaobserwowane korelacje potwierdzają znaczenie sieci wsparcia w postaci zasobów w najbliższym otoczeniu (relacja małżeńska) dla występowania i rozwoju depresji poporodowej. Poczucie bliskości i intymności, poczucie podobieństwa z partnerem

przy jednoczesnej możliwości samorealizowania się w relacji były związane z lepszym nastrojem i radzeniem sobie z trudami porodu, połogu i opieki nad noworodkiem. Związek pomiędzy nasileniem objawów depresji poporodowej i jakością relacji z partnerem dokumentowany był także w innych badaniach [27]. Gremigni w swoim dwuetapowym badaniu (pomiar w trzecim trymestrze ciąży i trzy miesiące po porodzie) wykazała, że poziom objawów depresyjnych po porodzie był związany z rozbieżnością w zakresie oczekiwań kobiet wobec ich partnerów, które formułowały jeszcze będąc w ciąży. Kobiety, które oceniały wsparcie partnerów jako niezgodne z własnymi oczekiwaniami, doświadczały jednocześnie większego nasilenia objawów depresji poporodowej, mierzonej za pomocą Edinburg Depression Scale [28]. Podobnie Page i Wilhelm wykazały związek pomiędzy nasileniem objawów depresyjnych po porodzie, mierzonych za pomocą CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale), a wsparciem otrzymywanym w relacji małżeńskiej. Udokumentowały także związek pomiędzy nasileniem objawów depresji poporodowej i głębokością relacji małżeńskiej, rozumianą jako postrzeganie związku jako pozytywnego, ważnego i bezpiecznego [27]. Burke natomiast wykazał związek pomiędzy dysharmonią, brakiem zgodności i konfliktami małżeńskimi a objawami depresyjnymi [29]. Związek pomiędzy objawami depresyjnymi a jakością relacji małżeńskiej ma charakter cyrkularny, tj. charakter współoddziaływania: obniżony nastrój i złe samopoczucie psychiczne kobiety wpływa negatywnie na postrzeganie związku – niesatysfakcjonujący, słaby związek wpływa negatywnie na stan psychiczny kobiety. Coraz więcej analiz w literaturze dotyczy wpływu pojawienia się dziecka na stan psychiczny ojca i wiele badań dokumentuje nasilenie objawów depresyjnych u mężczyzn [30–33]. W obliczu narodzin dziecka (szczególnie pierwszego) diada małżeńska musi przekształcić się w rodzinną triadę. Posiadanie partnera z depresją zmniejsza zasoby rodziny, wpływa na niezadowolenie ze związku i znacząco utrudnia tę transformację [34].

Zrealizowane badanie było pomiarem wycinkowym. Wyniki nie upoważniają do stawiania hipotez o kierunku zależności, tj. czy kobiety, doświadczając niesatysfakcjonującej relacji z partnerem i braku wsparcia od niego, ujawniały negatywne samopoczucie po porodzie, czy też, doświadczając obniżonego nastroju po porodzie, negatywnie spostrzegały otaczającą rzeczywistość, w tym także relację małżeńską. Odpowiedzią na to pytanie mogłyby być badania longitudinalne, które porównywałyby jakość związku i nastrój partnerów na różnych etapach ich życia: przed zajściem w ciążę, w trakcie ciąży i po porodzie.

W niniejszym badaniu ograniczono się do pomiaru samopoczucia kobiet i ich perspektywy na relację małżeńską w kontekście pojawienia się dziecka. Zaniechano obiektywizowania tych ocen poprzez pomiar perspektywy mężów czy obserwacje zewnętrzne. Subiektywna ocena jakości związku dopuszcza negatywne postrzeganie zachowania partnera i uznawanie go za niewspierającego i nieczułego przy realnym zaangażowaniu męża w związek lub idealizowanie partnera i zaprzeczanie jego wadom przy realnie negatywnej postawie męża. Uznano, że na stan psychiczny kobiety oddziałuje nie obiektywny obraz relacji, a właśnie subiektywna (często zniekształcona) perspektywa postrzegania związku.

Badaniem objęto kobiety w pierwszym miesiącu po porodzie, co obrazuje okres najbardziej dynamicznych zmian w przystosowywaniu się do sytuacji pojawienia się dziecka, jednak nie uwzględnia dalszych etapów adaptacji i ewentualnego występowania DP w późniejszym okresie. Nie jest wykluczone, że związek pomiędzy nasileniem objawów DP a jakością relacji w związku może kształtować się inaczej w kolejnych miesiącach rodzicielstwa.

Wnioski

Istnieje związek pomiędzy poziomem doświadczania depresji poporodowej a jakością relacji małżeńskiej/partnerskiej. Większe nasilenie objawów depresji poporodowej występuje u osób mniej zadowolonych z jakości swojej relacji z partnerem.

Nasilenie objawów depresji poporodowej nie jest związane z wiekiem pacjentki, miejscem zamieszkania i wykształceniem oraz zmiennymi związanymi z porodem i historią położniczą.

Piśmiennictwo

1. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. *Prevalence of depression during pregnancy: systematic review*. *Obstet. Gynecol.* 2004; 103(4): 698–709.
2. Pużyński S, Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 2000.
3. Nysten K, Moran T, Franklin C, O’Hara M. *Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants*. *Inf. Ment. Health J.* 2006; 27: 327–343.
4. Kosińska-Kaczyńska K, Horosz E, Wielgoś M, Szymusik I. *Affective disorders in the first week after delivery: prevalence and risk factors*. *Ginekol. Pol.* 2008; 79: 182–185.
5. Kingston D, Tough S, Whitfield H. *Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review*. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 2012; 43: 683–714.
6. Thompson KS, Fox JE. *Post-partum depression: a comprehensive approach to evaluation and treatment*. *Ment. Health Fam. Med.* 2010; 7: 249–257.
7. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. *Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature*. *Gen. Hosp. Psychiatry* 2004; 26: 289–295.
8. McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. *Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defense styles and the mediating role of insecure attachment style*. *J. Affect. Disord.* 2005; 84: 15–24.
9. Robinson M, Whitehouse AJO, Newnham JP, Gorman S, Jacoby P, Holt BJ. i wsp. *Low maternal serum vitamin D during pregnancy and the risk for postpartum depression symptoms*. *Arch. Womens Ment. Health* 2014; 17: 213–219.
10. Murray L, Cooper PJ. *The role of infant and maternal factors in postpartum depression, mother–infant interactions and infant outcomes*. W: Murray L, Cooper PJ. red. *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford Press; 1997. s. 111–135.
11. Clark R, Tluczek A, Brown R. *A mother–infant therapy group model for postpartum depression*. *Infant. Ment. Health J.* 2008; 29: 514–536.

12. Cohn JF, Campbell SB, Matias R, Hopkins J. *Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother–infant pairs at two months*. Dev. Psychol. 1990; 26: 15–23.
13. McDonald SW, Kingston D, Bayrampour H, Dolan SM, Tough SC. *Cumulative psychosocial stress, coping resources and preterm birth*. Arch. Womens Ment. Health 2014; 17: 559–568.
14. Sameroff A, Fiese B. *Models of development and developmental risk*. W: Zeanah CH Jr. red. *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Press, 2000. s. 3–19.
15. Aagaard H, Hall EOC. *Mothers' experiences of having a preterm infant in neonatal care unit: a meta-synthesis*. J. Pediatr. Nurs. 2008; 3: 26–36.
16. Miles MS, Holditch-Davis D, Schwartz TA, Scher M. *Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants*. J. Dev. Behav. Pediatr. 2007; 1: 36–44.
17. Beck CT, Gable RK. *Postpartum Depression Screening Scale*. Los Angeles: Western Psychological Services; 2002.
18. Kossakowska K. *A Polish adaptation and psychometric evaluation of the Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) for diagnosing symptoms and signs of postnatal depression*. Post. Psychiatr. Neurol. 2012; 21(2): 123–129.
19. Boyd RC, Le HN, Somberg R. *Review of screening instruments for postpartum depression*. Arch. Womens Ment. Health 2005; 8: 141–153.
20. Beck CT, Gable RK. *Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing*. Nurs. Res. 2000; 49(5): 272–282.
21. Plopa M. *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2005.
22. Stowe ZN, Hostetter AL, Newport DJ. *The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2005; 192(2): 522–526.
23. Weisman O, Granat A, Gilboa-Schechtman E, Singer M, Gordon, Azulay H. i wsp. *The experience of labor, maternal perception of the infant, and the mother's postpartum mood in a low-risk community cohort*. Arch. Womens Ment. Health 2010; 13: 505–513.
24. Byrne EM, Carrillo-Roa T, Penninx BWJH, Sallis HM, Viktorin A, Chapman B. i wsp. *Applying polygenic risk scores to postpartum depression*. Arch. Womens Ment. Health 2014; 17: 519–528.
25. Mojs E, Czarnecka-Iwańczuk M, Głowacka MD. *Poziom lęku jako stanu i jako cechy oraz depresji we wczesnym pólgu – doniesienie wstępne*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(1): 31–38.
26. Labbok M. *Effects of breastfeeding on the mother*. Pediatr. Clin. North Am. 2001; 48: 143–158.
27. Page M, Wilhelm MS. *Postpartum daily stress, relationship quality, and depressive symptoms*. Contemp. Fam. Ther. 2007; 29: 237–251.
28. Gremigni P, Mariani L, Marracino V, Tranquilli AL, Turi A. *Partner support and postpartum depressive symptoms*. J. Psychosom. Obstet. Gynecol. 2011; 32(3): 135–140.
29. Burke L. *The impact of maternal depression on familial relationships*. Int. Rev. Psychiatr. 2003; 15(3): 243–255.
30. Gawlik S, Müller M, Hoffmann L, Dienes A, Wallwiener M, Sohn C. i wsp. *Prevalence of paternal perinatal depressiveness and its link to partnership satisfaction and birth concerns*. Arch. Womens Ment. Health 2014; 17: 49–56.
31. Tuszynska-Bogucka W, Nawra K. *Paternal postnatal depression – a review*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2014; 2: 61–69.
32. Roberts SL, Bushnell JA, Collings SC, Purdie GL. *Psychological health of men with partners who have post-partum depression*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2006; 40: 704–711.

-
33. Wee SY, Skouteris H, Pier C, Richardson B, Milgrom J. *Correlates of ante – and postnatal depression in fathers: a systematic review*. J. Affect. Disord. 2011; 130(3): 358–377.
 34. Williams K, Casper R. *Reproduction and its psychopathology*. W: Casper R. red. *Women's health: Hormones, emotions, and behavior*. Cambridge: Cambridge – University Press; 1998. s. 14-23.

Adres: Aleksandra Małus
Klinika Psychiatrii UM w Białymstoku
16-010 Choroszcz, pl. Brodowicza 1

Otrzymano: 25.09.2015
Zrecenzowano: 3.01.2016
Otrzymano po poprawie: 23.01.2016
Przyjęto do druku: 25.01.2016