

MOŽNOSTI PREPREČEVANJA, ODKRIVANJA IN OBRAVNAVE POPORODNE DEPRESIJE – VLOGA BABIC IN MEDICINSKIH SESTER

POSSIBILITIES OF PREVENTION, DETECTION AND TREATMENT OF POSTPARTUM DEPRESSION – THE ROLE OF MIDWIVES AND NURSES

Ana Polona Skočir

KLJUČNE BESEDE: *poporodna depresija; vloga babic v obravnavi*

KEY WORDS: *postpartum depression; midwives*

Izvleček – *Poporodna depresija prizadene 10–15 % žensk po porodu. Je eden najpogostejših zapletov poporodnega obdobja, pogostejši kot preeklampsija, gestacijski diabetes ali nosečnostne toksemije.*

Glede na to, da lahko pušča posledice tako na zdravju žensk kot tudi njihovih otrok, si zasluži večjo pozornost s strani zdravstvenih delavcev.

Pregledni članek povzema mnenja tujih avtorjev, ki babicam in patronažnim medicinskim sestram pripisujejo pomembno vlogo v preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju poporodnih duševnih motenj.

Abstract – *Postpartum depression affects 10 to 15 % women after childbirth and is one of the most common complications of the post-partum period, commoner than pre-eclampsia, gestational diabetes or pregnancy toxemia. Because it can leave serious consequences on mother's and baby's health, it requires serious alertness from workers. The article brings a survey of literature and stresses the importance of the role of midwives and community nurses in the prevention, detection and treatment of post-partum mental disorders.*

Uvod

Poporodne duševne motnje so pogoste; poporodna depresija prizadene približno 10–15 % žensk po porodu. Redke so tiste, ki same poiščejo pomoč, saj se bojijo obsojanja družbe. Ni namreč družbeno sprejemljivo biti depresiven po porodu, ki velja za »srečen dogodek« ter je najmočnejša oblika potrditve ženskosti.

V primeru, ko sistem obporodnega zdravstvenega varstva ne predvideva rutinskega presejanja za poporodno depresijo, 50 % primerov ostane nediagnostificiranih (Beck in Gable, 2001). Te ženske tiho trpijo in same iščejo pot iz duševne bolečine.

Tiste, ki nasvete poiščejo pri zdravstvenih delavcih, z njihovo pomočjo niso zadovoljne (MacLennan, Wilson in Tylor, 1996). V 20 % primerov, kljub pravilno postavljeni diagnozi niso primerno obravnavane (Mathiesen, 1999), največkrat pa je naš odnos tisti, ki jih razočara.

Rojstvo otroka je velika prelomnica v življenju ženske. Zahteva mnoga prilagajanja in pomeni izziv – ne zgolj na fizični ravni, temveč predvsem na psihični in duhovni. Če želimo zadostiti holističnemu pristopu obravnave žensk med nosečnostjo, porodom in puerperijem, je nedopustno, da zanemarimo duševni vidik.

Odkrivanje poporodne depresije

Glede na to, da zdravstveni delavci 50 % primerov poporodne depresije (PPD) prezremo (Hearn, Iliff, Jones, Kirby, Ormiston, Parr in sod., 1998; Beck in Gable, 2001), ženske pa zaradi strahu pred stigmatizacijo redko pomoč poiščejo same, mnogi avtorji trdijo, da bi bilo potrebno načrtno presejanje in odkrivanje žensk s tveganjem za PPD. Najpogostejši vzrok, da ženske ne poiščejo pomoči, je strah, da bi ljudje mislili, da za svojega otroka niso sposobne skrbeti (Littlewood in McHugh, 1997) ter zaradi stigme, ki obkroža duševne bolezni (Beck, 1995b; Eden, 1989). Pogosto je tudi, da matere, ki trpijo za PPD, vlogo materinstva zelo dobro obvladujejo oziroma se trudijo svoje težave prikriti (Mauthner, 1997).

Vzrok tiči tudi v njihovi percepciji vzroka; ženske za svoje počutje krivijo materinstvo in njegovo zahtevnost (McIntosh, 1993) ter se jim ne zdi smiselno iskati pomoči, saj menijo, da so njihova občutja običajna. Nekatero so zaradi simptomov bolezni pasivne ter nezainteresirane za iskanje pomoči, ki zahteva ogromno energije (Hearn, Iliff, Jones, Kirby, Ormiston, Parr in sod., 1998; Okano, Nagata, Hasegawa, Nomura in Kumar, 1998).

K slabim rezultatom odkrivanja PPD prispevajo tudi zdravstveni delavci. Ti ponavadi podcenjujejo žalost in jo smatrajo za normalno, hormonsko pogojeno težavo puerperija (McCarthy, 1998). Obenem so preobremenjeni in jim stalno primanjkuje časa (Holden, 1996). Poleg tega se PPD razvija postopoma, brez nenadnega izbruha, maskirajo pa jo tudi normalne spremembe puerperija.

Če ženske poiščejo zdravstveno pomoč, ponavadi navajajo le fizične simptome PPD (Cox, 1986; Chen, Wang, Hwu in Chou, 2000) – svoje oziroma otrokove (Hearn, Iliff, Jones, Kirby, Ormiston, Parr in sod., 1998; Mandl, Tronick, Brennan, Alpert in Homer, 1999).

Glede na to, da je zgodnje odkrivanje ter zdravljenje PPD ključnega pomena, tako za zdravje otročnice kot otroka in njune družine (Bowe in Watson, 2001), bi bilo idealno, če bi že v nosečnosti lahko s presejanjem odkrili ženske, ki so nagnjene k razvoju PPD.

Presejanje lahko izvedemo z različnimi instrumenti (kliničnim pregledom, pogovorom, psihološkimi, sociološkimi ter psihiatričnimi testi), najbolj učinkovite pa so ocenjevalne in samoocenjevalne lestice, ki so prilagojene prav za odkrivanje PPD. Nekateri strokovnjaki pravijo, da je možna tudi uporaba lestvic za splošno depresijo (Lee, Yip, Chiu, Leung, Chung, 2001), medtem ko ostali temu nasprotujejo, češ da slednje ne upoštevajo specialnih značilnosti poporodnega obdobja ter fiziološke spremembe puerperija vrednotijo kot patološke (Cox, 1986).

Presejalne teste lahko delimo na tiste za:

- antenatalno presejanje (ponavadi se izvajajo v zadnjem tromesečju in na podlagi dejavnikov tveganja identificirajo posameznice s tveganjem za PPD);
- postnatalno presejanje (odkrivajo ženske s simptomi PPD) ter
- antenatalno in postnatalno presejanje.

Antenatalni testi so ponavadi neučinkoviti (Crag, 1996), saj dejavniki tveganja niso točno opredeljeni (Cooper in Murray, 1997). Poporodno odkrivanje simptomov naj bi bilo bolj učinkovito, čeprav prezgodnje presejanje (v prvih šestih tednih po porodu) lahko da lažno negativne rezultate (Eden, 1989; Holden, 1996).

Antenatalni presejalni testi

Napovedni indeks za poporodno depresijo (Predictive index for postpartum depression) je vprašalnik s 17 postavkami, ki odkriva prisotnost dejavnikov tveganja za PPD. Uporablja se ga v nosečnosti. Vprašanja vključujejo čustveno in fizično počutje v nosečnosti, pretekle izkušnje z duševnimi boleznimi ter kakovost odnosov s pomembnimi drugimi. Ocenjeno je bilo, da približno 40 % žensk, ki na testu zberejo 35 točk, oziroma 35 % žensk, ki jih zberejo 27, razvije

PPD (Cooper, Murray, Hooper in West, 1996). Inštrument ima 39,8 % pozitivno napovedno vrednost (Webster, Pritchard, Creedy in East, 2003), 79 % občutljivost (Boyce, Stubbs in Todd, 1993) in 50 % specifičnost (Cooper, Murray, Hooper in West, 1996). Nekateri avtorji menijo, da je neučinkovit zaradi nizke napovedne vrednosti (Cooper in Murray, 1997).

Predporodni vprašalnik (Antepartum questionnaire) je vprašalnik s 24 vprašanji, ki ga ženska izpolni sama. Vprašanja se nanašajo na izobrazbo, socialni status, zakonski stan, odnos ženske z njeno materjo, očetom in partnerjem, na nosečnost, zdravstveno anamnezo, socialno podporo, otroštvo, samospoštovanje, predhodne izkušnje s PPD, anksioznostjo in žalostjo. Vsako vprašanje je točkovano z 0–6 točkami. V primeru, ko ženska zbere več kot 46 točk, je priporočljiv psihiatrični pregled (Beck, 2002a), saj zbrano število točk nakazuje povišano tveganje za razvoj PPD. Instrument ima 82 % občutljivost in 78 % specifičnost (Posner, Unterman, Williams in Williams, 1997).

Beckov vprašalnik depresivnosti (Beck Depression Inventory – BDI). Beck je s sodelavci (1961) razvil samoocenjevalni presejalni test z 21 vprašanji (od katerih ima vsako 4 možne odgovore), ki temeljijo na simptomih depresije po klasifikaciji DSM IV (APA, 1994). Višje ocene nakazujejo resnejšo obliko depresije (Affonso, 1987). Posamezno vprašanje je točkovano z 0–3 točkami. 10–15 zbranih točk nakazuje blago depresijo, 16–19 srednje močno, 20–29 srednje močno do resno, 30–63 pa resno depresijo (Beck, Reynolds in Rutowsky, 1992). Vprašalnik se lahko uporablja za splošno depresijo in PPD (Spinelli, 1997), vendar mu nekateri strokovnjaki očitajo, da ne upošteva razmer, ki so specifične za puerperij, ter da ne meri anksioznosti, ki je pomemben dejavnik tveganja za razvoj PPD (Littewood in McHugh, 1997; Beck in Gable, 2000; Vieira, 2002). Glede na to, da normalne spremembe poporodnega obdobja vrednoti kot simptome depresivnosti, lahko da lažno pozitivne rezultate (Cox, Holden in Sagovsky, 1987; Ugarriza, 2000), zato je primernejši za odkrivanje splošne depresije.

Prav tako ni zadosti občutljiv, da bi odkril primere blage depresivnosti, ki pa je pogosta (O'Hara, Neunaber in Zekoski, 1984; Whiffen, 1988). Upošteva le tri izmed 11 postavk, ki so po mnenju Beckove (1995b) pomembne za razvoj PPD (suicidalnost, izguba volje in občutki krivde), obenem pa vsebuje vprašanja o simptomih, ki niso značilni za PPD.

BDI ima 100 % občutljivost in 99 % specifičnost za splošno depresivnost (Lassa, Ayuso-Mateos, Vazquez-Barquero, Diez-Manrique in Dowrick, 2000) za PPD pa (pri vrednosti 16 zbranih točk) 83 % občutljivost ter 89 % specifičnost. Nekateri avtorji zato priporočajo, naj se v nosečnosti za rizične opredeli le ženske, ki zberejo višje število točk, da se tako pre-

preči lažno pozitiven rezultat (Holcomb, Stone, Lustman, Gavard in Mostello, 1996).

Poporodni vprašalnik o čustvenih motnjah (Postpartal emotional disorders questionnaire) je sprva postavljalo 19 dihotomnih vprašanj (Braverman in Rox, 1978), ki so jih na podlagi pilotne študije skrčili v 6 najpomembnejših za razvoj PPD (zakonski stan, pretekla izkušnja PPD, nezaželena nosečnost, nenačrtovana nosečnost, zakonski problemi ter pomanjkanje ljubezni s strani partnerja). Ima 94 % občutljivost in 85 % specifičnost. Uporablja se za presejanje za PPD v nosečnosti (Beck, 2002a).

Petrickova presejalna lista (Petrick's checklist) je vprašalnik s 16 vprašanji, ki temeljijo na dejavnih tveganja za razvoj PPD, ki so jih opredelili na podlagi literature (Petrick, 1984). Uporablja se v nosečnosti (Beck, 1996). Vprašanja imajo tri možne odgovore. Nosečnica ga izpolnjuje samostojno (Petrick, 1984). Vprašanja vključujejo naslednje dejavnike tveganja: anksioznost, podpora s strani drugih žensk, emocionalna podpora s strani družine in partnerja, nenačrtovana nosečnost, pripravljenost na materinstvo, osebna in družinska anamneza glede depresij, negativni življenjski dogodki, ki so se zgodili pred kratkim, način sprejemanja sprememb, strah pred boleznijo, sprejemanje v nosečnosti spremenjenega telesa, odnos z materjo, načrtovanje dojenja ter emocionalna labilnost v povezavi z menstruacijo, hormonsko kontracepcijo oziroma predhodnimi nosečnostmi (Beck, 2002a).

Občutljivost in specifičnost inštrumenta še nista bili ocenjeni (Beck, 2002a).

Boyerjeva presejalna lista (Boyer's checklist) je predporodni vprašalnik s 16 vprašanji, ki je nastal na podlagi pregleda literature (Beck, 1996). Vsebuje vprašanja o emocionalni labilnosti pred menstruacijo, anksioznosti, podpori s strani družine in prijateljev, partnerjevi podpori, nezaželeni nosečnosti, preteklih epizodah PPD, drugih duševnih boleznih in čustvenih težavah, percepciji o izgubi kontrole, značaju, predporodni depresiji, otroštvu, zadovoljstvu s sedanjo situacijo ter občutku krivde (Beck, 2002a). Ženske, ki na 3–6 vprašanj odgovorijo pritrdilno, so nagnjene k depresivnosti, medtem ko so ženske z več kot šestimi pozitivnimi odgovori rizične za razvoj PPD. Občutljivost in specifičnost inštrumenta še nista bili ocenjeni (Beck, 1996; Beck, 2002a).

Predporodni presejalni vprašalnik (Antenatal Screening Questionnaire – ASQ) je vprašalnik z desetimi vprašanji, narejen na podlagi pregleda literature. Ženska ga izpolni samostojno. Njegova napovedna vrednost je 44 % (Appleby, Gregoire, Platz, Prince in Kumar, 1994). Osem vprašanj od desetih je točkovanih od 0 do 3 točkami, dve dihotomni vprašanji pa z 0 ali

1 točko. Vprašanja obsegajo teme kot so psihiatrična anamneza ženske, antenatalno psihično počutje, nezaželena nosečnost, negativni življenjski dogodki ter socialna podpora (Beck, 2002a).

Občutljivost in specifičnost inštrumenta še nista bili ocenjeni (Appleby, Gregoire, Platz, Prince in Kumar, 1994).

Modificiran predporodni presejalni vprašalnik (Modified Antenatal Screening Questionnaire – MASQ) je samoocenjevalni vprašalnik, ki so ga razvili Stamp, Williams in Crowter (1996). Vsebuje 9 vprašanj, katerih odgovori so ovrednoteni z Likertovo lestvico (Beck 2002a). Primeren je za presejanje pred porodom. Sprašuje o odnosu ženske s partnerjem, njenem načinu reševanja problemov, podpori s strani prijateljev in sorodnikov ter morebitnih preteklih psihiatričnih težavah (Beck, 1998). Vsako vprašanje je ovrednoteno z 0–2 točkama (Beck, 2002a). Seštevek več kot dveh točk pomeni, da je ženska rizična za razvoj PPD. Inštrument ima 81 % občutljivost, 48 % specifičnost za blage oblike depresije, s pozitivno napovedno vrednostjo 34 %. Za resnejše oblike depresivnosti pa ima 73 % občutljivost, 43 % specifičnost ter 17 % pozitivno napovedno vrednost (Stamp, Williams in Crowther, 1996), zato ga priporočajo le za presejanje na milejše oblike PPD (Beck, 1998).

Očitajo mu pomanjkanje vprašanj o nekaterih pomembnih dejavnih, ki so povezani z nastankom PPD (Beck, 2002a; Beck, 1998).

Postnatalni presejalni testi

Presejalna lista poporodne depresivnosti (Postpartum Depression Checklist – PDC) vsebuje 11 vprašanj v zvezi s simptomi PPD, opredeljenih na podlagi dveh kvalitativnih študij Beckove (1992, 1993): pomanjkanje volje, izguba nadzora, samozavest, zmožnost koncentracije, optimizem, osamljenost, negotovost, anksioznost, občutki krivde, obsesije ter samomorilne težnje. Vprašanja si sledijo glede na resnost simptomov (Beck, 1995b). V primeru, ko ženska misli na samomor oziroma navaja namere detomora, jo je potrebno takoj napotiti na psihiatrični pregled (Vieira, 2002).

Vprašalnik ni samoocenjevalnega tipa (ženska ga ne izpolnjuje sama), pač pa evalvacija zahteva aktiven dialog med žensko in zdravstvenim delavcem, saj se s tem zazna tudi milejše oblike depresivnosti (Vieira, 2002). Priporočljivo je, da se ga uporabi 6 tednov po porodu v sklopu pregleda pri ginekologu. Beckova priporoča, naj aktivnosti zdravstvenih delavcev izhajajo neposredno iz simptomov, ki jih navaja mati (Beck, 1995a).

Občutljivost ter specifičnost inštrumenta še nista bili ocenjeni, znano pa je, da pri ženskah, ki težko izrazijo svoja ambivalentna čustva zaradi socialne stigme v zve-

zi z duševnimi boleznimi ter negativnimi čustvi do materinstva, daje lažno negativne rezultate (Vieira, 2002).

Lestvica za presejanje na PPD (Postpartum Depression Screening Scale – PDSS) vključuje 35 postavk, vrednotenih z Likertovo lestvico. Za vsako od sedmih tem vsebuje 5 vprašanj: problemi s spanjem, prehranjevanjem, emocionalna labilnost, kognitivna zavrtost, anksioznost, krivda/sram, samomorilne namerre ter občutek izgube identitete (Beck in Gable, 2000). Temelji na prejšnjih študijah Beckove (1993, 1996) ter je samoocenjevalne narave. Ima 94 % občutljivost, 98 % specifičnost za resne oblike PPD ter 91 % občutljivost in 72 % specifičnost za vse oblike PPD (tako resno kot tudi milejšo) (Beck in Gable, 2001).

Antenatalni in postnatalni presejalni testi

Napovedno listo PPD (Postpartum Depression Predictors Inventory – PDPI) je na podlagi meta-analize razvila Beckova (1998). Lahko jo uporabljamo tako v nosečnosti kot tudi po porodu (Beck in Gable, 2000).

Glede na to, da se z novimi študijami pojavljajo vedno novi in novi dejavniki tveganja za PPD, je potrebno instrument obnavljati (Beck, 2002a). Po zadnji posodobitvi (Beck, 2001) vprašalnik vsebuje 13 postavk. Depresija v nosečnosti, pretekle epizode depresivnosti, anksioznost v nosečnosti, socialna podpora, zadovoljstvo s partnersko zvezo in negativni življenjski dogodki so teme, ki so bile opredeljene že v prvi raziskavi (Beck, 1998). Dodane pa so: samospoštovanje, zakonski stan, socialno-ekonomski položaj ter načrtovanost/zaželjenost nosečnosti. Za poporodno presejanje je potrebno upoštevati še: stres v zvezi s skrbjo za otroka, otrokov značaj ter poporodno otožnost.

Edinburška lestvica poporodne depresije (Edinburgh Postpartum Depression Scale – EPDS), samoocenjevalni vprašalnik, ki je uporaben v nosečnosti, v poporodnem obdobju ter za presejanje na PPD pri očetih (Murray in Cox, 1990; Clement, 1995; Littlewood in McHugh, 1997; Clement in Elliott, 1999). Je specifičen za odkrivanje PPD (Beck, 1992).

Iz prvotno 21 vprašanj so v pilotni študiji potrdili 13 najpomembnejših, ki so jih postopoma oblikovali v 10 postavk (Cox, 1986). Vsako vprašanje ima 4 možne odgovore, ovrednotene z Likertovo lestvico strinjanja. Točkujejo se z 0–3 točkami, kar daje maksimalni seštevek 30. Izpraševani izbere odgovor, ki najbolj ustreza njegovemu počutju v zadnjem tednu dni (Tully, Watson in Abrams, 1998; Vieira, 2002).

Vprašanja pokrivajo naslednje teme: nezmožnost za smeh in veselje, občutki krivde, občutki tesnobe in zaskrbljenosti, občutki, da so stvari neobvladljive, oteženo spanje zaradi nesrečnega počutja, žalost, jok, samomorilne misli (Beck 1995b).

S presejanjem na določene časovne intervale lahko ugotovimo, ali se simptomi umirjajo oziroma so resnejši (Cox, Holden in Sagovsky, 1987). Priporočajo, da se EPDS uporabi 6–8 tednov ter 7–9 mesecev po porodu (Tully, Watson in Abrams, 1998).

Zenske, ki zberejo 12–13 točk, so v nevarnosti za razvoj PPD. Če zdravstveni delavci ukrepajo že v primeru, ko ženska izbere 9–10 točk, je možno lažno negativne rezultate znižati na 10 % (Cox, Holden in Sagovsky, 1987; Wisner, Parry in Piontek, 2002). Strokovnjaki svetujejo (Wisner, Parry in Piontek, 2002), da ženske, ki na zadnje vprašanje (o samomorilnosti) odgovorijo pritrdilno, napotimo na psihiatrični pregled. Pri ženskah s 5–10 zbranimi točkami je potrebno test ponoviti čez 2–4 tedne.

EPDS ima 95 % občutljivost (po različnih študijah od 65 % do 100 %) ter 93 % specifičnost (od 49 % do 100 %) (Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Opjordsmoen in Samuelsen, 2001) ter pozitivno napovedno vrednost 35 % (Cooper in Murray, 1997) za resne oblike, oziroma 83 % za vse oblike PPD (Cox, Holden in Sagovsky, 1987).

Test je enostaven za interpretacijo, zato ga lahko uporabljajo tudi zdravstveni delavci, ki nimajo posebnega znanja iz psihiatrije (Cox, Holden in Sagovsky, 1987).

Beckova (1995b) mu očita, da ženska ob izpolnjevanju nima možnosti za pogovor o svojih občutjih. Prav tako mu očitajo pomanjkanje vprašanj glede nekaterih pomembnih simptomov za PPD, kot so izguba nadzora, obsesije, samozavest, osamljenost, pomanjkanje koncentracije (Vieira, 2002) ter kognitivna zavrtost (Powell-Kenedy, Beck in Driscoll, 2002). Od pomembnih simptomov PPD, ki jih je v svoji raziskavi opredelila Beckova (1992), EPDS sprašuje le o anksioznosti, strahu ter samomorilnih težnjah.

Po nekaterih študijah je le 8 % žensk, ki so bile po EPDS opredeljene kot rizične, resnično razvilo PPD (Austin in Lumley, 2003). Prav tako po nekaterih raziskavah EPDS ni zanesljiva v primeru resnejših oblik PPD, kar pa je možno izboljšati s tem, da se jo uporablja v kombinaciji z Vprašalnikom o splošnem zdravju (General Health Questionnaire), kar izboljša njeno pozitivno napovedno vrednost na 78 %.

Presejanje na PPD lahko odpre nova vprašanja. Ženske z lažno pozitivnimi rezultati lahko zaradi anksioznosti resnično razvijejo PPD, čeprav je drugače ne bi. Prav zato jim je potrebno pojasniti, da presejalni test, ki ga uporabljamo, ni diagnostična metoda, pač pa le iz množice izpostavi posameznike z določenim tveganjem, ki potrebujejo dodatno pomoč, podporo in skrb. Diagnozo lahko postavi le strokovnjak s psihiatričnim pregledom (Tiran, 2002).

Obenem nas možnost lažno pozitivnih rezultatov ne sme odvrniti od aktivnega posredovanja. Ženskam je potrebno predstaviti tudi možnost, da se po porodu

ne bodo počutile dobro. Prav tako jim je potrebno predstaviti možne rešitve ter ustrezne vire pomoči.

Preprečevanje poporodne depresije

Simptomi depresije so enako pogosti v zadnjem tromesečju nosečnosti kot po porodu (Evans, Heron, Francomb, Oke in Golding, 2001), zato se naše dejavnosti, v želji, da bi izboljšali poporodno duševno zdravje, lahko začnejo že pred porodom.

Strokovnjaki so v sklopu svojih študij testirali različne preventivne metode. Na podlagi rezultatov raziskav nekateri priporočajo izobraževanje o PPD v nosečnosti, socialno podporo (Elliott, 1989), pogovor oziroma kontinuiteto zdravstvene skrbi (Eden, 1989). V nasprotju s slednjimi, nekateri preventivnih ukrepov nimajo za učinkovite (Bowe in Watson, 2001; Austin, 2003b; Bick, 2003), saj dejavniki tveganja niso jasno opredeljeni in je zato nanje težko vplivati (Cooper in Murray, 1997). Ti so mnenja, da je bolj kot preventiva smotrno zgodnje odkrivanje in zdravljenje simptomov (Bowe in Watson, 2001).

Zdravljenje poporodne depresije

Pravilna diagnoza je predpogoj za uspešno zdravljenje (Powell-Kennedy, Beck in Driscoll, 2002), ki lahko trajanje PPD močno skrajša; dokazano je, da s 7 mesecev lahko ob uspešnem ukrepanju PPD skrajšamo na 6 tednov (CRAG, 1996; O'Hara, Stuart, Gorman in Wenzel, 2000).

Metoda zdravljenja je odvisna od percepcije vzroka (LoCicero, 1997; Beck, 2002b). Med zdravstvenimi delavci dominira medicinski model percepcije poporodnih duševnih motenj, ki PPD smatra za biološko pogojeno bolezen ter jo zato zdravi farmakološko (Beck, 2002b). Socialnih dejavnikov, ki vplivajo na življenje ženske, ne upošteva. Ženska je pasivna; pod vplivom lastnih hormonov in fiziologije (Mauthner, 1998).

Feministični model PPD smatra za socialni konstrukt (Mauthner, 1998; Beck, 2002b). Temelji na postavki, da družba za materinstvo postavlja nedosegljiva pričakovanja (Lazzare, 1997), ki jih ženska ne dosega in zato zapada v trajna občutja neuspeha, nezadovoljstva in krivde, ki se lahko stopnjujejo v PPD. Zdravljenje, ki sledi feminističnim smernicam, zato spodbuja notranjo moč ženske. Trdi, da je ženskam potrebno predstaviti realno sliko materinstva in jim v pogovoru o porodu (»debrefing«) omogočiti katarzično analizo lastnih čustev med porodom.

Teorija povezanosti (»attachment theory«) za vzrok PPD krivi neskladje med željo ženske po podpori s strani partnerja (in pomembnih drugih) ter dejanskim stanjem (Beck, 2002b). Temelji na tezi, da sta partnerja v kakovostni zvezi povezana in se odzivata na potrebe drug drugega. Če pa njuna povezanost ni dobra, lahko partner prezre potrebo ženske po pomoči,

ki nezadovoljena privede do PPD (Whiffen in Johnson, 1998). Glede na dojetanje vzroka za PPD pripadniki tega stališča kot obliko zdravljenja priporočajo zakonsko svetovanje, ki negativne vzorce komuniciranja med partnerjema preusmerijo v pozitivne.

Interpersonalna teorija poudarja, da smo ljudje konstrukt družbe ter da je osebnost posameznika pogojena z medsebojnimi odnosi (Beck, 2002b). Ljudje sami sebe pred negativnimi odzivi drugih ščitimo na različne načine (Sullivan, 1953), lahko tudi s tem, da se umaknemo v duševno bolezen. Interpersonalna terapija lahko izboljša medsebojne odnose ter tako vpliva na resnični vzrok PPD (Stuart in O'Hara, 1995).

Pripadniki teorije samoobtoževanja (»self labeling theory«) trdijo, da je PPD rezultat razkoraka med pričakovanji družbe ter materinimi občutki glede materinstva. Matere, ki so učinkovito socializirane, se zavedajo družbenih norm glede materinstva, zato se zaradi svojih ambivalentnih ali negativnih čustev do otroka, označijo za neprimerne matere ter si tako same ustvarjajo občutke krivde, ki jih peha v depresivnost. To je ponotranjen proces (Beck, 2002b), ki ponazarja razkorak med resničnimi občutki in zaželenimi čustvi (Thoits, 1985). Priporočljiva oblika zdravljenja, glede na percepcijo vzroka, so podporne skupine.

Po ocenah, bi lahko 75 % PPD obravnavali v sklopu primarnega zdravstvenega varstva (McCarthy, 1998), vsekakor pa so za kaj takega potrebni določeni, poenoteni protokoli zdravljenja, saj je, glede na študije, le 20 % žensk, pri katerih je postavljena diagnoza PPD, tudi pravilno obravnavanih (Mathiesen, 1999).

Zdravljenje mora biti prilagojeno glavnim simptomom ter osebnim karakteristikam in željam ženske (DeAngelis, 1997; Beck, 2002b), resnosti bolezni (Wisner, Parry in Piontek, 2002) in razpoložljivim virom podpore (Buist, 1997).

Psihoterapevtske metode

V kolikor je PPD blage do zmerne oblike, je priporočeno nefarmakološko zdravljenje (Misri in Kostaras, 2002), vendar pa je le-to učinkovito samo, če ženska živi v okolju z zadostno podporo (Pinkofsky, 2000). Glede na to je potrebno obravnavati celotno družino (Buist, 1997).

Psihoterapijo lahko izvajajo zdravstveni delavci, zaposleni v primarnem zdravstvenem varstvu, ki znajo svetovati in so ustrezno izobraženi (Holden, Sagovsky in Cox, 1989; WHO, 1991; Yonkers, Ramin, Rush, Navarrete, Carmody, March in sod., 2001).

Prednost psihoterapevtskih metod je, da se osredičijo na probleme, skrite za simptomi PPD (Welburn, 1980). Glede na študije jih imajo ženske raje kot medikamentozno terapijo (Austin, 2003a).

Nekateri strokovnjaki trdijo, da psihoterapevtske metode na dolgi rok (kot preventiva recidivov) niso učinkovite, vsi pa jim priznavajo izboljšanje počutja

takoj po aplikaciji (Cooper, Murray, Wilson in Romaniuk, 2003).

Ena od priznanih psihoterapevtskih metod je *interpersonalna terapija* (IPT), ki vpliva na odnose in pričakovanja ženske. V razgovoru ženska identificira svoja pričakovanja glede materinstva in glede želje podpre s strani partnerja ter neskladje med realnostjo in željami (Boath in Henshaw, 2001). Sledijo seanse, ki prek psihoedukacijskega procesa, metod igranja vlog ter učenja tehnik komunikacije (Beck, 2002b) skozi razkrivanje čustev jačajo ženski spoštovanje (Dietch in Bunney, 2002). IPT je edina psihoterapija, ki je učinkovita tako za predporodno kot poporodno depresijo (Spinelli, 1997; Zlotnick, Johnson, Miller, Pearlstein in Howard, 2001). Je prav tako učinkovita kot medikamentozno zdravljenje (Spinelli, 1997), celo za resnejše primere depresije (Boath in Henshaw, 2001), ženski pa ozavešča realistična pričakovanja glede materinstva (Dietch in Bunney, 2002). Učinkovita je tudi za preprečevanje PPD pri ženskah s tveganjem (Zlotnick, Johnson, Miller, Pearlstein in Howard, 2001).

Naslednja psihoterapevtska metoda, *kognitivno-behavioralna terapija*, si prizadeva spremeniti negativne domneve, katerih vzrok je zmotna percepcija ženske (Littlewood in McHugh, 1997). V prvem koraku mora ženska svoje negativno naravnane misli ozavešči, kar omogoči proces zdravljenja (Cox, 1986). V drugi fazi ženska po navodilih terapevta reši niz individualno zastavljenih problemov, s čimer pridobi na samozavesti ter se nauči reševati težave (Dietch in Bunney, 2002). Ta oblika terapije je priporočljiva za blage in zmerne oblike PPD (SIGN, 2002; Meager in Milgrom, 1996).

Svetovanje (»counseling«) je manj intenzivna metoda psihoterapije. Cilj svetovanja je, da ženska sama opredeli možne rešitve svojega problema (Welburn, 1980). Elementi svetovanja so podpora in pomoč, praktični nasveti in zdravstvena vzgoja glede starševstva, pogovor o PPD ter spodbujanje k počitku in sprostitvi (McCarthy, 1998). Okolje, v katerem izvajamo svetovanje, naj bo empatično, odnos naj bo pristen in prijateljski, vendar ne intimen (Cox, 1986). Svetovanje se lahko izvaja samostojno ali pa kot podpora terapija farmakološkemu zdravljenju (Holden, Sagovsky in Cox, 1989). Za blage in zmerne oblike PPD je svetovanje prav tako učinkovito kot medikamentozno zdravljenje, le da je učinek zdravil hitrejši (Chilvers, Dewley, Fielding, Gretton, Miller, Palmer in sod., 2001). Nekateri raziskovalci so v svojih študijah ugotovili, da je svetovanje učinkovitejše od kognitivno-behavioralne terapije (Boath in Henshaw, 2001).

Ena od oblik svetovanja so pogovori v nosečnosti, ki lahko preprečijo PPD, če se jih izvaja redno (Clement, 1995).

Pogovor o izkušnji poroda, t.i. »debriefing«, je naslednja metoda psihoterapevtskega svetovanja, ko ženska prek pogovora svojo izkušnjo poroda vključi v življenje (Beck, 2002b). Ta čustvena katarza spodbudi mater, da se spomni svojih občutenj med porodom ter s tem opredeli morebitne travme porodnega procesa, ki so (nepredelane) lahko vzrok post-travmatičnega stresa (Littlewood in McHugh, 1997). Metoda je najuspešnejša v prvih 24–48 urah po porodu (Littlewood in McHugh, 1997). Po mnenju nekaterih strokovnjakov je taka oblika pogovora po porodu nujna ter priporočajo, da se jo izvaja rutinsko (Lavender in Walkinshaw, 1998), medtem ko drugi v svojih študijah niso potrdili njenega pozitivnega učinka (Small, Lumley, Donohue, Potter in Waldenstrom, 2000; Bick, 2003; Priest, Henderson, Evans in Hagan, 2003).

Svetovanje lahko izvajamo tudi v obliki telefonskih razgovorov. Svetujejo lahko ženske s preteklo izkušnjo PPD ali zdravstveni delavci, ki so za to usposobljeni. Uporabnice so telefonsko pomoč ocenile kot pozitivno (Dennis, 2003).

Možna oblika psihoterapije z elementi svetovanja so tudi podporne skupine in skupine za samopomoč. Odkrit pogovor zmanjša stigmo glede PPD (Mauthner, 1997) ter občutek izoliranosti, obenem pa daje možnost izmenjave izkušenj ter znanja. Dejstvo, da so vsi udeleženci v skupini v podobni situaciji, ljudi poveže, utrdi njihovo samozavest ter jim omogoči odkritost ter zaupljiv odnos, kar je nujno za uspešno psihoterapijo (Gutteridge, 2001; SIGN, 2002). Priporočljivo je, da je v času srečanj organizirana skrb za otroke, da se matere lahko osredičijo na lastne potrebe. Nekateri raziskovalci v svojih študijah niso odkrili izboljšanja počutja udeležencev po skupinskem zdravljenju (Morgan, Matthey, Barnett in Richardson, 1997). Cox (1986) trdi, da so podporne skupine bolj učinkovite, če jih vodijo zdravstveni delavci.

Farmakološke metode

V primeru samomorilnih teženj ali namere detomora oziroma kadar se PPD ne odziva na nefarmakološke metode zdravljenja je potrebno medikamentozno zdravljenje (Misri in Kostaras, 2002). Pri odločitvi za primeren antidepresiv je potrebno upoštevati naslednje dejavnike (Misri in Kostaras, 2002):

- morebitna druga zdravila, ki jih ženska redno jemlje;
- predhodne izkušnje (njen odziv na zdravilo v primeru predhodnih depresij);
- učinkovanje zdravila (cilj je, da uporabimo najnižji možen učinkovit odmerek);
- varnost (uporaba zdravila, za katerega je znano, da je otroku najmanj nevarno; če mati doji, naj dojenje prilagodi času, ko je vsebnost zdravila v mleku najnižja).

Pri odločitvi o vrsti antidepresiva je potrebno pretehtati med prednostmi in pomanjkljivostmi za otroka in mater (Powell-Kennedy, Beck in Driscoll, 2002) ter stalno slediti ter ocenjevati učinke zdravila (Brockington, 2000). Posebno pozorni moramo biti v času nosečnosti, saj je otrok takrat bolj izpostavljen medikamentom prek prehajanja skozi placento kot po porodu prek materinega mleka. V nosečnosti obstaja možnost teratogeneze, po porodu pa neonatalne intoksikacije ter vplivov na nevrološki razvoj. Vse psihotropne snovi v večji ali manjši meri prehajajo na otroka (Misri in Kostaras, 2002), zato se medikamentozna terapija uporablja le v primeru, ko ni drugih možnosti zdravljenja. Priporočena je uporaba najnižjega učinkovitega odmerka zdravila, ki je dokazano najmanj škodljivo, in to za najkrajši možni čas (SIGN, 2002), čeprav nekateri strokovnjaki trdijo, da je ponoven izbruh PPD možno preprečiti le s konstantnim zdravljenjem 9–12 mesecev po remisiji simptomov (Stowe in Nemeroff, 1995). Uporaba medikamentov je priporočena tudi v primeru preprečevanja PPD pri ženskah, s predhodnimi izkušnjami depresivnosti (Wisner, Parry in Piontek, 2002).

Priporočljivo je, da se odmerek antidepresiva 2–4 tedne pred porodom zmanjša, da se pri otroku prepreči perinatalni sindrom odvisnosti (SIGN, 2002). Strokovnjaki svetujejo, naj ženska po porodu (v prvih štirih dneh) jemlje polovičen odmerek zdravila, saj je v tem času povečana možnost izbruha stranskih učinkov. Po štirih dneh naj odmerek postopoma viša, dokler simptomi ne izginejo. Če simptomi izginejo že ob aplikaciji polovičnega odmerka, ki ga je ženska jemala v nosečnosti, ter se stanje v 6–8 tednih ne poslabša, lahko s tem odmerkom nadaljuje 6 mesecev, do popolne ozdravitve. Če izboljšanja kljub višanju odmerka v 6 tednih ni, je potrebno razmisliti o drugem zdravilu.

Triciklični antidepresivi (tricyclic antidepressants – TCA) in selektivni inhibitorji prevzema serotonina (selective serotonin reuptake inhibitors – SSRI) so najprimernejši za zdravljenje PPD (Scott, 1997; SIGN, 2002). Ker v najmanjši možni meri prehajajo na otroka, lahko mati kljub terapiji doji. Prav tako so najboljša možna izbira za zdravljenje depresije v nosečnosti (SIGN, 2002).

SSRI imajo antidepresivni in anksiolitični učinek. Delovati začno po 10–16 urah oziroma najkasneje v teku sedmih dni (Buist, 1997). Prozac (eden od SSRI) v otrokovo kri prehaja v zelo majhnih odmerkih, zato je varen za uporabo (Powell-Kennedy, Beck in Driscoll, 2002). Stranski učinki so redki, če pa se pojavijo, se navadno pri otroku kažejo kot kolike, nerazpoloženje, zmanjšana aktivnost ali slabo pridobivanje na teži (Misri in Kostaras, 2002). Neonatalne komplikacije in kongenitalne anomalije pri otrocih, katerih matere so v nosečnosti jemale Prozac, niso nič pogo-

stejše kot pri otrocih, katerih matere niso potrebovale antidepresivnega zdravljenja (Hendrick, Smith, Suri, Hwang, Haynes in Altshuler, 2003). Kljub temu je otroka po porodu potrebno opazovati – razvoj, znake sedacije ter porast teže (Powell-Kennedy, Beck in Driscoll, 2002). Pri materi SSRI lahko povzročijo zmanjšanje teka, žejo, slabost, nespečnost, diarejo, glavobol (Buist, 1997), zaprtost, nemir, tremor, seksualno disfunkcijo (Dietch in Bunney, 2002). SSRI priporočajo tudi kot sredstvo za preprečevanje ponovnega izbruha depresivnosti (Wisner, Parry in Piontek, 2002).

TCA imajo poleg antidepresivnega tudi sedacijski učinek, vendar ne povzročajo zasvojenosti (PaNDa, 2001; SIGN, 2002; British National Formulary – BNF, 2003). Učinkovati pričnejo šele po 3–4 tedenski redni uporabi (Powell-Kennedy, Beck in Driscoll, 2002), izboljšanje simptomov pa se pokaže po približno treh mesecih (Yonkers, Ramin, Rush, Navarrete, Carmody, March in sod., 2001). V primeru anksioznosti priporočajo kombiniranje TCA z anksiolitiki, kar pospeši njihov učinek (Powell-Kennedy, Beck in Driscoll, 2002). Stranski učinki pri materi so lahko žeja, retenca urina, zaprtost, diareja, hipotenzija, nervoza, zamagljen vid, tahikardija, seksualna disfunkcija (Younkin, Sawin, Kissinger in Israel, 1999) ali pridobivanje na teži (Stowe in Nemeroff, 1995). V materino mleko prehajajo v nizkih koncentracijah (Misri in Kostaras, 2002). Večina TCA ni učinkovitih za preventivo ponovnih izbruhov depresije (Wisner, Parry in Piontek, 2002).

Litij, ki so ga včasih predpisovali za resnejše primere depresivnosti, je danes zaradi mnogih stranskih učinkov pri otroku odsvetovan (WHO, 1991).

Hormonska terapija

Kljub temu, da nekateri raziskovalci podpirajo uporabo progesterona za zdravljenje PPD, dokazi o njegovi učinkovitosti niso potrjeni (Cooper in Murray, 1997). Nekateri ga svetujejo tudi kot preventivno sredstvo (WHO, 1991; Littlewood in McHugh, 1997; Cooper in Murray, 1998). Menda je njegov učinek hitrejši kot učinek antidepresivov, obenem pa, ker se aplicira kot supozitorij oziroma v obliki intramuskularnih injekcij, ni možno predoziranje, kar je pomembno predvsem v primeru nevarnosti samomora. Glede na nekatere študije lahko povzroča spremembe telesne teže in znižuje libido, vendar pa, v nasprotju z antidepresivi, spodbuja dojenje (Welburn, 1980). Uporabo sintetične oblike progesterona strokovnjaki odsvetujejo, saj naj bi višala incidenco PPD (Lawrie, Herxheimer in Dalton, 2003; Karuppaswamy in Vlies, 2003).

Estrogen (na primer transdermalni 17-estradiol) je indiciran predvsem za zdravljenje kronične oblike PPD

(Cooper in Murray, 1998; Lawrie, Herxheimer in Dalton, 2003). Učinkoviti prične po približno 4 tednih redne uporabe (Gregorie, Kumar, Everitt, Henderson in Studd, 1996).

Učinkovitost hormonskih medikamentov kot oblike preprečevanja ponavljajoče se PPD še ni znana (Boath in Henshaw, 2001; Lawrie, Herxheimer in Dalton, 2003).

Komplementarne metode zdravljenja poporodne depresije

Komplementarne metode so uporabne kot dopolnilno zdravljenje za lajšanje posameznih simptomov PPD.

Hipnoza je indicirana za zdravljenje nespečnosti (Pajntar, 1994).

Akupunkturo nekateri avtorji priporočajo (Schnyer, Manber in Fitzcharles, 2003), kljub temu da obstaja zelo malo dokazov o njeni učinkovitosti v zvezi s PPD.

Masaža je dokazano uporabna za lajšanje anksioznosti (Boath in Henshaw, 2001).

Nekateri prehrambeni dodatki dokazano lajšajo simptome PPD. Kalcij deluje proti nespečnosti, magnezij pa izboljšuje apetit, omili razdražljivost ter anksioznost (Rogers, 2002).

Šentjanževka je učinkovita za zdravljenje blagih in zmernih oblik depresij. Njen učinek je podoben učinku TCA, vendar ima manj stranskih učinkov (SIGN, 2002). Njena varnost v primeru uporabe v nosečnosti še ni dokazana, zato jo nekateri strokovnjaki odsvetujejo (Goldman in Koren, 2003).

Fizična aktivnost lajša simptome brezvoljnosti (Powell-Kennedy, Beck in Driscoll, 2002; Armstrong in Edwards, 2003; Sampselle, Seng, Yeo, Killion in Oakley, 1999).

Za zdravljenje in preprečevanje PPD nekateri svetujejo kengurujčkanje (»skin-to-skin therapy«) (Dombrowski, Anderson, Santori in Burkhammer, 2001), delovno terapijo, muzikoterapijo in izrazni ples (Boath in Henshaw, 2001).

Za učinkovito se je izkazalo tudi obsevanje z difuzno svetlobo v jutrajnih urah, ki je v študiji Orenove s sodelavci (2002) pomagalo 49 % žensk s PPD, obenem pa metoda ni izzvala nobenih stranskih učinkov.

Elektrokonvulzivna terapija (ECT)

ECT je metoda kratkih elektrošokov, ki se uporablja za zdravljenje resnih oblik PPD, pri katerih je izražena nevarnost samomora (Misri in Kostaras, 2002) ter v primerih dolgotrajnih depresij, ki se ne odzivajo na nefarmakološke in farmakološke oblike zdravljenja (Dietch in Bunney, 2002; Bott, 1999). Eden glavnih stranskih učinkov je izguba spomina (Welburn, 1980).

Mnogi so mnenja, da je najučinkovitejše zdravljenje kombinacija različnih metod (Boath in Henshaw, 2001). Intervencija mora biti takojšnja, saj s tem lahko preprečimo resnejše oblike depresivnosti, predvsem pa v skladu z individualno simptomatiko ženske ter njenimi željami (Beck, 2002b).

Obravnavna poporodne depresije doma – da ali ne

Strokovnjaki trdijo, da bi se lahko 75 % vseh primerov PPD obravnavalo v sklopu primarnega zdravstvenega varstva (Yonkers, Ramin, Rush, Navarrete, Carmody, March in sod., 2001).

V kolikor je, v primeru resnejših oblik PPD, potrebna hospitalizacija, naj bi otrok ostal skupaj z materjo, zagotoviti pa mu je potrebno varnost. Cilj zdravljenja ni zgolj doseči remisije simptomov, pač pa tudi zgraditi ter utrditi odnos med materjo in otrokom (WHO, 1991).

V primeru hospitalizacije je najboljša rešitev obravnavna v dnevni centrih oziroma enotah, ki omogočajo sobivanje otroka in matere oziroma celotne družine (»mother-baby units«) (Aiken, 2000; Barnett in Morgan, 1996). Slednje je prvi predlagal Thomas Main, leta 1948 (Buist, 1997). Primerne so predvsem za matere, pri katerih je hospitalizacija lahko problematična (na primer matere samohranilke z večjim številom starejših otrok). Mati samostojno skrbi za otroka s pomočjo zdravstvenega osebja, ki ji daje potrebno znanje, nasvete ter dviga samozavest, obenem pa varuje otroka v primeru detomora (Cox, 1986). Kljub temu da so zdravstveni delavci odgovorni za otrokovo varnost, pa materi skrbi zanj ne smejo odvzeti (SIGN, 2002). Le-tej uspeh pri negi otroka viša samozavest (Boath in Henshaw, 2001), matere hitreje okrevaajo, PPD pa se jim redkeje ponovi (Boath in Henshaw, 2001). Stalna prisotnost zdravstvenega osebja materi daje občutek varnosti (Barnett in Morgan, 1996). Slaba stran takšnih oddelkov so visoki stroški, saj je za ustanovitev takšnega oddelka potrebno mnogo osebja. Vsaka ženska naj bi imela lastno sobo, z zanjo in za otroka odgovorno babico oziroma medicinsko sestro. Le-ta mora imeti znanja tako iz psihiatrične zdravstvene nege kot tudi babiško znanje (Barnett in Morgan, 1996).

Vloga babic in medicinskih sester v preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju poporodne depresije

Babice in medicinske sestre imajo, po mnenju tujih avtorjev, pomembno vlogo v preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju PPD, pod pogojem, da so za tovrstne dejavnosti primerno informirane in usposobljene (Holden, Sagovsky in Cox, 1989; Littlewood in McHugh, 1997; Gutteridge, 2000).

Nosečnost

Tuja literatura navaja, da so babice tisti zdravstveni delavci, ki naj bi preventivno delovali, odkrivali in obravnavali PPD (Lepper, DiMatteo in Tinsley, 1994; Powell-Kennedy, Beck in Driscoll, 2002).

Brockington (2000) ter Dietch in Bunney (2002) priporočajo, da babice že v šoli za starše spregovorijo o možnosti poporodnih duševnih motenj. Temu nekateri strokovnjaki nasprotujejo, češ da lahko pogovor o PPD med nosečnostjo ženske po porodu spodbudi k (pre)aktivnemu iskanju simptomov depresije, ki pa so zlahka zamenljivi s fiziološkimi spremembami puerperija (Combes in Sconveld, 1992). Vseeno so mnenja, da je v šoli za starše pomembno spodbujati realna pričakovanja o starševstvu, kar lahko pri materah po porodu prepreči občutek neuspeha ter s tem posledično razvoj depresivnosti (Beck, 2002b). Welburnova (1980) priporoča več interaktivnih pogovorov z bodočimi starši o počutju in čustvih, McQueen in Mander (2003) pa dodajata, da bi šole za starše parom morale nuditi tudi možnost praktičnih izkušenj glede nege otroka, kar bi jim olajšalo prve izkušnje starševstva in ojačalo njihovo samozavest.

Nekateri avtorji, kot je bilo že rečeno v poglavju o detekcijskih metodah, spodbujajo rutinsko presejanje na PPD v pozni nosečnosti (tretje tromesečje). V kolikor rutinsko presejanje ni vključeno v sistem obporodnega zdravstvenega varstva, je potreben vsaj pogovor z nosečnico o njenem psihičnem počutju ter anamneza o osebni in družinskem mentalnem zdravju (Taylor, 1997).

Porod

Porod žensko izčrpa, tako fizično kot tudi psihično. Večina žensk kljub vsem pripravam ne ve, kaj lahko pričakuje, zato je z aktom poroda vedno povezan tudi občutek tesnobe in strahu. Slaba obporodna izkušnja je močno povezana z razvojem depresije po porodu (Welburn, 1980; Webster, Pritchard, Creedy in East, 2003). Glede na to lahko babice posredno, prek primerne obporodne podpore, vplivajo na poporodno mentalno zdravje. Čeprav je pojem podpore izredno težko definirati, saj na percepcijo potrebne podpore vpliva tako varovankina osebnost kot tudi kulturna prepričanja in za različne ženske lahko pomeni različno, se v glavnem pričakovanja nanašajo na empatijo, zagotavljanje relativnega udobja med porodom, zagovornišvo, podporo partnerju in potrebne informacije ter nasveti (Hodnett, 1996).

V naši želji »delati dobro za otroka« se lahko zgodi, da med porodom pozabimo na porodnico, kar v varovanki sproži občutek izgube kontrole; dogajanje v procesu poroda se odvija brez njene odločitve ter pristanka (Welburn, 1980; Beck, 1995a, Nicolson, 1998). Rezultat so njena neizpolnjena pričakovanja o poro-

du ter občutek, da svoje naloge ni dobro opravila. Razočaranje nad sabo se lahko stopnjuje v občutek krivde in izgubo samospoštovanja, kar se lahko razvije v depresivnost.

Uporaba tehnologije med porodom ter pomanjkane informacij je lahko stresno za porodnico. Tudi okolje, ki je neznan teritorij, pripomore k neugodju (Welburn, 1980). Spremljevalec ob porodu pomeni vez z znanim, domačim svetom, ki sprošča napetost in zato pozitivno vpliva na psihično varnost porodnice med porodom (Wolman, Chalmers, Hofmeyr in Nikodem, 1994).

Poporodno obdobje

Puerperij je obdobje fizične in psihične ranljivosti (Welburn, 1980). Ženska se navaja na novo življenjsko vlogo ter večkrat pri tem potrebuje pomoč (Bott, 1999). Poporodni pogovor (»debriefing«), ki da ženski možnost, da svojo izkušnjo poroda ubesedi ter se o dogajanju med porodom pogovori, lahko pozitivno deluje na sprejemanje nove socialne vloge – materinstva (Taylor, 1997; Lavender in Walkinshaw, 1998; Littlewood in McHugh, 1997). Učinkovitost postopka je odvisna od kakovosti odnosa med žensko in zdravstvenim delavcem, ki izvaja postopek, zato je priporočljivo, da o porodu z žensko razpravlja babica, ki je porod vodila oziroma je žensko spremljala med nosečnostjo (Littlewood in McHugh, 1997).

Priporočljivo je, da je poenotena vsaj filozofija skrbi za ženske, če že kontinuiteta v smislu zdravstvenega osebja ni mogoča. Slednje prepreči morebitne nasprotujoče si informacije, ki žensko zbegajo ter rušijo njeno, v začetku že tako krhko samospoštovanje (Bott, 1999).

Po mnenju nekaterih strokovnjakov je močan dejavnik tveganja za razvoj PPD tudi zgodnji odpust iz porodnišnice; trdijo, da ženska, ki je odpuščena prezgodaj, nima dovolj časa, da bi sprejela novo socialno vlogo, kar lahko vpliva na njen odnos do otroka (Hickey, Boyce, Ellwood, Morris-Yates, 1997). Vrnitev domov je lahko prijetna, lahko pa tudi izredno stresna situacija za žensko, ki se počuti za otroka odgovorna, a obenem zanj nesposobna skrbeti (Nicolson, 1998). Drugi so mnenja, da se negativne posledice zgodnjega odpusta iz porodnišnice lahko prepreči z učinkovito strokovno in laično podporo (Beck, Reynolds in Rutowsky, 1992; Thompson, Roberts, Currie in Ellwood, 2000; Clement in Elliott, 1999; Powell-Kennedy, Beck in Driscoll, 2002). Idealno bi bilo, da bi bil čas odpusta določen soglasno, glede na želje in potrebe matere in strokovno mnenje babice, ki je za njeno skrbela že v nosečnosti ter jo bo obiskovala tudi v poporodnem obdobju (Ball, 1982).

Ponekod patronažne babice in medicinske sestre izvajajo rutinsko presejanje na PPD v šestem tednu, četrtem ter osmem mesecu po porodu. V primeru simto-

mov PPD žensko napotijo k splošnemu zdravniku (SIGN, 2002; Holden, 1996). Če le-ta presodi, da je depresija blaga, obravnavo prevzamejo patronažne babice in medicinske sestre (Holden, Sagovsky in Cox, 1989; Clement, 1995; Brockington, 2000). Zdravljenje vključuje psihoterapevtske metode (svetovanje) in strokovne nasvete v zvezi z nego otroka (Holden, Sagovsky in Cox, 1989; Prendergast in Austin, 2001; Stewart in Henshaw, 2002; Taylor, 1997). Littlewoodova in McHughova (1997) poleg individualne obravnave priporočata tudi skupinsko terapijo v obliki podpornih skupin.

Podporo potrebuje tudi partner, saj je depresija ena izmed najtežjih duševnih motenj za svojce (Kuipers in Bebbington, 1997).

V primeru resnejših oblik depresije so babice oziroma medicinske sestre tiste, ki lahko ženski ter svojcem predstavijo razpoložljive možnosti obravnave ter ji omogočijo, da se na podlagi informacij odločijo glede načina zdravljenja. S tem ženski okrepijo občutke odgovornosti, samostojnosti in svobode, ki so v primeru depresivnosti prizadeti (Beck, 2002b; Wood, Thomas, Droppleman in Meighan, 1997).

Poleg vloge, ki jo imajo v družini, lahko babice in medicinske sestre vplivajo tudi na javnost; prosvetljevanje množic o PPD bi razbilo nerealna pričakovanja o materinstvu ter tako omililo občutke krivde in nesposobnosti, ki jih občutijo ženske ter jih obenem spodbudilo k iskanju pomoči, kadar bi se znašle v obdobju potrnosti in depresije (Littlewood in McHugh, 1997).

V sestavkih v tuji literaturi smo zasledili velika pričakovanja do babic in medicinskih sester. Kljub temu pa je idealen pristop k problemu multidisciplinarna obravnava (Tully, Watson in Abrams, 1998; Powell-Kennedy, Beck in Driscoll, 2002; Taylor, 1997).

Poporodna depresija v Sloveniji

Z izjemo nekaterih študij o dejavnih tveganja za razvoj PPD v devedesetih letih (Jensterle, Ličina in Mlakar, 1987; Ličina, Jensterle, Mlakar, Čuk in Cerar, 1987; Ličina, 1991; Mlakar, Ličina, Jensterle, Trtnik-Snoj, Stanič, Štrus in sod., 1991; Ličina in Radovanović, 1995; Ličina, 1997), strokovne literature o PPD v Sloveniji ni.

Zadnja ocena incidence PPD je bila narejena leta 1987 (Ličina, Jensterle, Mlakar, Čuk in Cerar, 1987) in nakazuje, da je PPD v Sloveniji prav tako pogosta kot v tujini.

Glede na priporočila tujih študij naj bi prve informacije o poporodnih duševnih motnjah ženske dobile v šolah za starše. V slovenskih šolah za starše navadno omenjajo poporodno otožnost, resnejše oblike poporodnih duševnih motenj pa niso obravnavane. Predporodni obiski nosečnic niso rutinski, zato PPD, ki bi izhajala že iz časa nosečnosti, ni mogoče opredeliti.

Tab. 1. Aktivnosti babic v zvezi z obravnavo poporodnega duševnega zdravja ter s protokolom predpisani ukrepi, glede na rezultat testiranja žensk z EPDS.

Čas	Aktivnosti
Pred porodom	<ul style="list-style-type: none"> – Presejanje glede dejavnikov tveganja – Ukrepanje glede dejavnikov tveganja – Informacije in nasveti v šoli za starše
Po porodu	<ul style="list-style-type: none"> – Presejanje glede simptomov (EPDS) – Intervencije glede na rezultat EPDS
Dodatno	<ul style="list-style-type: none"> – Možna uporaba EPDS v nosečnosti – Debriefing – Timska obravnava

Vir: povzeto po SIGN, 2002.

Čas	Aktivnosti
– Tretje tromesečje nosečnosti	Rezultat EPDS:
– 6 do 8 tednov po porodu	– 0–8 točk
– 6 mesecev po porodu	<ul style="list-style-type: none"> – 9–13 točk (ponovitev EPDS čez dva tedna, podporna skupina) – 14–19 točk (obiski na domu, podpora, napotitev k terapevtu, obvestilo splošnemu zdravniku, ponavljanje EPDS) – 20 točk ali več (obvestilo splošnemu zdravniku, napotitev k psihiatru, podpora, spremljanje)

Vir: povzeto po Multidisciplinary working group for Grampian, 2001.

Ženska babico prvič sreča v porodni sobi, zanjo med nosečnosti, porodom in poporodnem obdobju skrbi okoli pet različnih zdravstvenih delavcev, torej o kontinuiteti skrbi za ženske tekom nosečnosti in puerperija ni mogoče govoriti.

Poporodni obiski niso predvideni v času, ko PPD navadno izbruhne; pogosto so usmerjeni zgolj v fizično počutje ženske oziroma pretirano usmerjeni k otroku. Ker patronažna medicinska sestra oziroma babica ženske ponavadi ne pozna iz obdobja nosečnosti, težko zazna morebitne spremembe v njenem vedenju ter tako lahko prezre prve simptome PPD.

Glede na raziskavo (Skočir, 2004) je znanje babic in medicinskih sester o PPD pomanjkljivo in se ne počutijo kompetentne za obravnavo žensk s PPD.

Presejanje na simptome PPD ne poteka rutinsko; v uporabi ni presejalnih testov, ki bi patronažnim medicinskim sestram omogočili bolj objektivno oceno počutja ženske.

Prav tako niso izdelani protokoli obravnave, kompetence ter napotitvene smernice za primer PPD, zato

se ženske s PPD navadno izgubijo v zmedu različnih nasvetov. Telefonske linije pomoči, podporne skupine ter ostale oblike pomoči za primer PPD so redke in še zdaleč ne tako vpeljane kot v tujini (na primer Marce society v Angliji ali PaNDa v Avstraliji). V primeru, da je zaradi depresije potrebna hospitalizacija, ni razpoložljivih posebnih enot (»mother-baby units«).

Četudi bi torej patronažne medicinske sestre ali babice pri ženski odkrile simptome PPD, ji ne morejo svetovati primernih virov in oblik pomoči.

Sklep

Prvi korak k učinkovitejši obravnavi žensk s poporodnimi duševnimi težavami bi bila izdelava protokolov obravnave in napotitvenih smernic. Podobne sheme v tujini že obstajajo (tabela 1). Z manjšimi prilagoditvami ter popravki bi lahko bile sprejemljive tudi za slovensko okolje.

Kadar je neka težava skupna mnogim posameznikom v populaciji, postane družbeni problem (Welburn, 1980). Rešitev take problematike zahteva posredovanje na ravni družbe/države. Posamezniki je niso sposobni rešiti sami, saj je največkrat uveljavljen sistem tisti, ki ovira spremembe.

Literatura

- Afonso DD. Assessment of maternal postpartum adaptation, *Public health nursing*, 1987; 4(1): 19–20.
- Aiken C. Post-natal depression: at home no one hears you scream. London: Jessica Kingsley publishers Ltd., 2000.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV. 4th ed. Washington: APA, 1994.
- Appleby L, Gregoire A, Platz C, Prince M in Kumar R. Screening women for high risk of postnatal depression. *Journal of psychosomatic research* 1994; 38(6): 539–45.
- Armstrong K, Edwards H. The effect of exercise and social support on mothers reporting depressive symptoms: a pilot randomised controlled trial. *International journal of mental health nursing* 2003; 12(2): 130–8.
- Austin MP. Psychosocial assessment and management of depression and anxiety in pregnancy: key aspects of antenatal care for general practice. *Australian family physician* 2003/a; 32(3): 119–26.
- Austin MP. Target group antenatal prevention of postnatal depression: a review. *Acta psychiatrica scandinavica* 2003/b; 107(4): 244–50.
- Austin MP, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2003; 107(1): 10–7.
- Ball J. Stress and the postnatal care of women. *Nursing times* 1982; 78(45): 1904–7.
- Barnett B, Morgan M. Postpartum psychiatric disorders – who should be admitted and to which hospital? *Australian and New Zealand journal of psychiatry* 1996; 30(6): 709–14.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J in Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry* 1961; 4: 561–71.
- Beck CT. The lived experience of postpartum depression: a phenomenological study. *Nursing research* 1992; 41(3): 166–70.
- Beck CT. Teetering on the edge: a substantive theory of postpartum depression. *Nursing research* 1993; 42(1): 42–8.
- Beck CT. Perceptions of nurses' caring by mothers experiencing postnatal depression. *Journal of obstetrics, gynaecology and neonatal nursing* 1995/a; 24(9): 819–25.
- Beck CT. Screening methods for postpartum depression. *Journal of obstetrics, gynaecology and neonatal nursing* 1995/b; 24(4): 308–12.
- Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing research* 1996; 45(5): 297–303.
- Beck CT. A check list to identify women at risk for developing postpartum depression. *Journal of obstetrics, gynaecology and neonatal nursing* 1998; 27(1): 39–45.
- Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing research* 2001; 50(5): 275–85.
- Beck CT. Revision of the postpartum depression predictors inventory: principles and practice. *Journal of obstetrics, gynaecology and neonatal nursing* 2002/a; 31(4): 394–402.
- Beck CT. Theoretical perspectives of postpartum depression and their treatment implications. *Maternal child nursing* 2002/b; 27(5): 282–7.
- Beck CT, Gable RK. Postpartum depression screening scale: development and testing. *Nursing research* 2000; 49(5): 272–82.
- Beck CT, Gable RK. Further validation of the postpartum depression screening scale. *Nursing research* 2001; 50(3): 155–64.
- Beck CT, Reynolds MA, Rutowsky P. Maternity blues and postpartum depression. *Journal of obstetrics, gynaecologic and neonatal nursing* 1992; 21(4): 287–93.
- Bick D. Strategies to reduce postnatal psychological morbidity: the role of midwifery services. *Disease management and health outcomes* 2003; 11(1): 11–20.
- Boath E, Henshaw C. The treatment of postnatal depression: a comprehensive literature review. *Journal of reproductive and infant psychology* 2001; 19(3): 215–48.
- Bott J. Reflections on postnatal depression. *British journal of midwifery* 1999; 7(1): 45–8.
- Bowe S, Watson A. Perinatal depression: a randomised controlled trial of an antenatal education intervention for primiparas. *Obstetrical and gynaecological survey* 2001; 56(10): 597–9.
- Boyce P, Stubbs J, Todd A. The Edinburgh Postpartum Depression Scale: validation for an Australian sample. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 1993; 27(3): 472–6.
- Braverman J, Roux J. Screening for the patients at risk for postpartum depression. *Obstetrics and gynaecology* 1978; 52(6): 731–6.
- British National Formulary (BNF) (2003) Tricyclic and related antidepressant drugs; URL www.bnf.org/bnf/index.html
- Brockington J. Postnatal illness: the professional view. V: Aiken C. Postnatal depression – at home no one hears you scream. London: Jessica Kingsley publishers Ltd., 2000.
- Buist A. Postpartum psychiatric disorders – guidelines for management. *CNS drugs* 1997; 8(2): 113–23.
- Chen CH, Wang SY, Hwu HG, Chou FH. A controlled study of postpartum depression in adult women. *Kaohsiung journal of medical sciences* 2000; 16(3): 156–61.
- Chilvers C, Dewley M, Fielding K, Gretton V, Miller P, Palmer B et al. Antidepressant drugs and generic counselling for treatment of major depression in primary care: randomised trial with patient preference arms. *British medical journal* 2001; 322(7289): 722–75.
- Clement S. Listening visits in pregnancy: a strategy for prevention postnatal depression. *Midwifery* 1995; 11(2): 75–80.
- Clement S, Elliott S. Psychological health before, during and after childbirth. V: Marsh G, Renfrew M. Community based maternity care. Oxford: Oxford university press, 1999.
- Combes G, Schonveld A. Life will never be the same again: a review of antenatal and postnatal health education. London: Health education authority, 1992.
- Cooper PJ, Murray L. Annotation – prediction, detection and treatment of postnatal depression. *Archives of disease in childhood* 1997; 77(2): 97–9.
- Cooper PJ, Murray L. Clinical review – fortnightly review: postnatal depression. *British medical journal* 1998; 316(7148): 1884–6.

40. Cooper PJ, Murray L, Hooper R, West A. The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychological medicine*, 1996; 26(3): 627–34.
41. Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short and long term effect of psychological treatment of postpartum depression. *British journal of psychiatry* 2003; 182 (May): 412–9.
42. Cox JL. *Postnatal depression – a guide for health professionals*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1986.
43. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item EPDS. *British journal of psychiatry* 1987; 150(June): 782–6.
44. CRAG working group on maternity services (1996) Report on detection and early intervention in postnatal depression. URL www.show.scot.nhs.uk/crag
45. DeAngelis T. There's a new hope for women with postpartum blues. *American psychological association monitor*, 1997: 22.
46. Dennis CL. The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomised controlled trial. *Canadian journal of psychiatry* 2003; 48(2): 115–24.
47. Dietch KV, Bunney B. The silent disease: diagnosing and treating depression in women. *Lifeliness* 2002; 6(2): 140–5.
48. Dombrowski MAS, Anderson GC, Santori C, Burkhammer M. Kangaroo (skin to skin) care with a postpartum woman who felt depressed. *American journal of maternal child nursing* 2001; 26(4): 214–6.
49. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tamsb K, Opjordsmoen S, Samuelsen S. Review of validation studies of the EPDS. *Acta psychiatrica scandinavica* 2001; 104(4): 243–9.
50. Eden C. Midwives knowledge and management of postnatal depression. *Australian journal of advanced nursing* 1989; 7(1): 35–42.
51. Elliott SA. Psychological strategies in the prevention and treatment of postnatal depression. *Bailliers clinical obstetrics and gynaecology* 1989; 3(4): 879–903.
52. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British medical journal*, 2001; 323(7307): 257–60.
53. Field PA, Morse JM. *Nursing research; the application of qualitative approach*. London: Chapman and Hall, 1985.
54. Goldman RD, Koren G. Mothers risk update: Taking St. John's wort during pregnancy. *Canadian family physician* 2003; 49(january): 29–30.
55. Gregorie AJP, Kumar R, Everitt B, Henderson AF, Studd JWW. Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *The Lancet* 1996; 347(9006): 930–3.
56. Gutteridge K. The Tamworth postnatal depression support group. *Midwifery digest* 2001; 11(1): Suppl. 1, 17–9.
57. Hearn G, Iliff A, Jones I, Kirby A, Ormiston P, Parr P, Rout J, Wardman L. Postnatal depression in the community. *British journal of general practice* 1998; 48(428): 1064–6.
58. Hendrick I, Smith LM, Suri R, Hwang S, Haynes D, Altshuler L. Birth outcomes after prenatal exposure to antidepressant medication. *American journal of obstetrics and gynecology* 2003; 188: 812–5.
59. Hickey AR, Boyce PM, Ellwood D, Morris-Yates AD. Early discharge and risk for postnatal depression. *The medical journal of Australia* 1997; 167(5): 244–7.
60. Hodnett E. Nursing support of the labouring women. *Journal of obstetric, gynaecologic and neonatal nursing* 1996; 25(3): 257–64.
61. Holcomb WL, Stone LS, Lustman PJ, Gavard JA, Mostello DJ. Screening for depression in pregnancy: characteristics of the Beck Depression Inventory. *Obstetrics and gynecology* 1996; 88(6): 1021–5.
62. Holden J. The role of health visitors in postnatal depression. *International review of psychiatry* 1996; 8(1): 79–86.
63. Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *British medical journal* 1989; 298(6668): 223–6.
64. Jensterle J, Ličina M, Mlakar J. Depresivnost v poporodnem obdobju. *Zdravstveni vestnik* 1987; 56(6): 247–8.
65. Karuppaswamy J, Vlies R. The benefit of oestrogens and progestogens in postnatal depression. *Journal of obstetrics and gynaecology* 2003; 23(4): 341–6.
66. Kuipers E, Bebbington P. *Living with mental illness – a book for relatives and friends*. 2nd rev ed. London: Souvenir press, 1997.
67. Lasa L, Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Diez-Manrique FJ, Dowrick CF. The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal of affective disorders* 2000; 57(1-3): 261–5.
68. Lavender T, Walkinshaw A. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomised trial. *Birth* 1998; 25(4): 215–9.
69. Lawrie TA, Herxheimer A, Dalton K. Oestrogens and progestogens for preventing and treating postnatal depression. *The Cochrane library* 2003; 4(2).
70. Lazzare J. *The mother knot*. Durham: Duke University Press, 1997.
71. Lee DT, Yip AS, Chiu HF, Leung TY, Chung TK. Screening for postnatal depression: are specific instruments mandatory? *Journal of affective disorders* 2001; 63(3): 233–8.
72. Lepper HS, DiMatteo MR, Tinsley BJ. Postpartum depression: how much do obstetric nurses and obstetricians know? *Birth* 1994; 21(3): 149–54.
73. Ličina M. Pomen osebnostnih in socialnih dejavnikov pri poporodnem depresivnem sindromu. Doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1991.
74. Ličina M. Pomen osebnostnih in socialnih dejavnikov pri poporodnem depresivnem sindromu. *Zdravstveni vestnik* 1997; 66(1): 285–92.
75. Ličina M, Jensterle J, Mlakar J, Čuk M, Cerar V. Incidenca poporodne depresivnosti v povezavi s psihosocialnimi dejavniki. *Zdravstveni vestnik* 1987; 56(10): 369–72.
76. Ličina M, Radovanovič M. Poporodne duševne motnje s poudarkom na poporodni depresivni simptomatiki. *Medicinski razgledi* 1995; 4(2): 245–63.
77. Littlewood J, McHugh N. *Maternal distress and postnatal depression: the myth of Madonna*. Houndsmills: MacMillan, 1997.
78. LoCicero AK, Weiss DM, Issokson D. Postpartum depression: a proposal for prevention through an integrated care and support network. *Applied and preventive psychology* 1997; 6(4): 169–78.
79. MacLennan A, Wilson D, Tylor A. The self reported prevalence of postnatal depression in Australia and New Zealand. *Journal of obstetrics and gynecology* 1996; 36(3): 313.
80. Mandl KD, Tronick EZ, Brennan TA, Alpert HR, Homer CJ. Infant health care use and maternal depression. *Archives of pediatrics and adolescent medicine* 1999; 153(8): 808–13.
81. Mathiesen U. The influence of social class, strain and social support on symptoms of anxiety and depression in mothers of toddlers. *SPPE*, 1999; 34(2): 61–3.
82. Mauthner NS. Postnatal depression: how can midwives help. *Midwifery* 1997; 13(4): 163–71.
83. McCarthy A. Postnatal depression: diagnosis and treatment. *Irish medical journal* 1998; 91(2S): 44.
84. McIntosh J. Postpartum depression: women's help-seeking behaviour and perceptions of cause. *Journal of advanced nursing* 1993; 18(2): 178–84.
85. McQueen A, Mander R. Tiredness and fatigue in the postnatal period. *Journal of advanced nursing* 2003; 42(5): 463–9.
86. Meager I, Milgrom J. Group treatment for postpartum depression. *Australian and New Zealand journal of psychiatry* 1996; 30(6): 852–60.
87. Misri S, Kostaras X. Benefits and risks to mother and infant of drug treatment for postnatal depression. *Drug safety* 2002; 25(13): 903–11.
88. Mlakar J, Ličina M, Jensterle J, Trtnik-Snoj M, Stanič J, Štrus F, Zalar B, Paternoster M. Psihosocialni dejavniki poporodne depresivnosti. *Zdravstveni vestnik* 1991; 60 (3): 129–30.
89. Morgan M, Matthey S, Barnett B, Richardson C. A group programme for postnatally distressed women and their partners. *Journal of advanced nursing* 1997; 26(5): 913–20.
90. Multidisciplinary working group for Grampian. PND protocol for Grampian: redesign of PND pathway. Unpublished draft, 2001.

91. Murray D, Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the EPDS. *Journal of reproductive and infant psychology* 1990; 8(2): 99–107.
92. Nicolson P. Post-natal depression; psychology, science and the transition to motherhood. London: Routledge, 1998.
93. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course and predictive factors. *Journal of abnormal psychology* 1984; 93(2): 158–71.
94. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of general Psychiatry* 2000; 57(11): 1039–45.
95. Okano T, Nagata S, Hasegawa M, Nomura J, Kumar J. Effectiveness of antenatal education about postnatal depression: a comparison of two groups of Japanese mothers. *Journal of mental health* 1998; 7(2): 191–8.
96. Oren DA, Wisner KL, Spinelli M, Epperson CN, Peindl KS, Terman SUJ, Terman M. An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. *The American journal of psychiatry* 2002; 159(4): 666–9.
97. Pajntar M. Poporodne depresije. V: Pajntar M, Novak Antolič Ž. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1994.
98. Petrick J. Postpartum depression: identification of high risk mothers. *Journal of obstetrics, gynaecology and neonatal nursing* 1984; 13(1): 37–40.
99. Pinkofsky HB. Effects of antipsychotics on the unborn child: what is known and how should this influence prescribing. *Paediatric drugs* 2000; 2(2): 83–90.
100. Posner NA, Unterman RR, Williams KN, Williams GH. Screening for postpartum depression: an antepartum questionnaire. *Journal of reproductive medicine* 1997; 42(4): 207–15.
101. Postnatal and Antenatal Depression Association (PaNDA). Information package. Melbourne: PaNDA, 2001.
102. Powell-Kennedy H, Beck CT, Driscoll JW. A light in the fog: caring for women with postpartum depression. *Journal of midwifery and women's health* 2002; 47(5): 318–30.
103. Prendergast J, Austin MP. Early childhood nurse delivered cognitive behavioural counselling for post-natal depression. *Australian psychiatry* 2001; 9(3): 255–9.
104. Priest SR, Henderson J, Evans SF, Hagan R. Stress debriefing after childbirth: a randomised controlled trial. *Medical journal of Australia* 2003; 178(11): 542–5.
105. Rogers S. Nutritional approach. PaNDA Newsletter, 2002: 68.
106. Sampsel C, Seng J, Yeo S, Killion C, Oakley D. Physical activity and postpartum well-being. *Journal of obstetrics gynaecology and neonatal nursing* 1999; 28(1): 41–9.
107. Schnyer RN, Manber R, Fitzcharles AJ. Acupuncture treatment for depression during pregnancy: conceptual framework and two case reports. *Alternative health practitioner* 2003; 8(1): 40–53.
108. Scott AIF. Treatment of postnatal depression. *British medical journal* 1997; 315(7100): 122.
109. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Postnatal depression and puerperal psychosis: a national clinical guideline 60. Edinburgh: SIGN, 2002.
110. Skočir AP. Midwives' and nurses' perception of their role in the prevention, detection and management of postnatal depression. Aberdeen: University of Aberdeen, 2004.
111. Small R, Lumley J, Donohue LS, Potter A, Waldenstrom U. Randomized controlled trial of midwife-led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *British medical journal* 2000; 321(7268): 1043–7.
112. Spinelli MG. Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study. *American journal of psychiatry* 1997; 154(7): 1028–30.
113. Stamp G, Williams A, Crowther C. Predicting postnatal depression among pregnant women. *Birth* 1996; 23(4): 218–23.
114. Stewart C, Henshaw C. Midwives and perinatal health. *British journal of midwifery* 2002; 10(2): 117–21.
115. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum onset major depression. *American journal of obstetrics and gynaecology* 1995; 173(2): 639–45.
116. Stuart S, O'Hara MW. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Journal of psychotherapy practice and research* 1995; 4: 18–29.
117. Sullivan HS. Interpersonal theory of psychiatry. New York: W. W. Norton, 1953.
118. Taylor A. Out of the blues. *Nursing times* 1997; 93(45): 18.
119. Thoits PA. Self-labelling processes in mental illness: the role of emotional deviance. *American journal of sociology* 1985; 91: 221–49.
120. Thompson JF, Roberts CL, Currie MJ, Ellwood DA. Early discharge and postnatal depression – a prospective cohort study. *The medical journal of Australia* 2000; 172(11): 532–5.
121. Tiran D. Bailliere's midwives' dictionary. 9th ed. Edinburgh: Elsevier science limited, 2002.
122. Tully C, Watson C, Abrams A. Postnatal depression: training health visitors to use the EPDS. *Community practitioner* 1998; 71(6): 213–5.
123. Ugarriza DN. Screening for postpartum depression. *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 2000; 38(12): 44–53.
124. Vieira T. When happiness becomes grief: screening tools for postpartum depression. *AWHONN Lifelines* 2002; 6(6): 506–13.
125. Webster J, Pritchard MA, Creedy D, East C. A simplified predictive index for the detection of women with risk for PND. *Birth* 2003; 30(2): 101–8.
126. Welburn V. Postnatal depression. Manchester University press: Trowbridge and Esher, 1980.
127. Whiffen V. Screening for postpartum depression: a methodological note. *Journal of clinical psychology* 1988; 44(3): 367–71.
128. Whiffen VE, Johnson SM. An attachment theory framework for the treatment of childbearing depression. *Clinical psychology: science and practice* 1998; 5: 478–93.
129. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice – postpartum depression. *The New England journal of medicine* 2002; 347 (3): 194–9.
130. Wolman WL, Chalmers B, Hofmeyr GJ, Nikodem VC. Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: a randomised controlled trial. *American journal of obstetrics and gynecology* 1994; 168(5): 1388–93.
131. Wood AF, Thomas SP, Droppleman PG, Meighan M. The downward spiral of postpartum depression. *Maternity child nursing* 1997; 22(6): 308–16.
132. World health organization. Evaluation of methods for the treatment of mental disorders – report of WHO scientific group on the treatment of psychiatric disorders. Geneva: WHO, 1991.
133. Zlotnick C, Johnson SL, Miller W, Pearlstein T, Howard M. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal therapy oriented group intervention. *American journal of psychiatry* 2001; 158(4): 638–40.
134. Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, Hartwell SF, Leveno KJ. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *American journal of psychiatry* 2001; 158(11): 1856–63.
135. Youngkin QE, Sawin KJ, Kissinger JF, Israel DS. Pharmacotherapeutics: a primary care clinical guide. Stamford: Appleton and Lange, 1999.