REKOMENDACJE DO STANDARDÓW ORGANIZACYJNYCH OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

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

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

W skład zespołu ekspertów weszły:

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

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

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

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

CEL REKOMENDACJI

Celem rekomendacji jest wzrost poziomu świadomości i społecznej odpowiedzialności za wczesne wykrywanie zaburzeń depresyjnych i nastroju, które mogą rozwinąć się u kobiet w związku ze spełnionym i niespełnionym macierzyństwem. Realizacja tego celu będzie się odbywać na trzech poziomach działań, które swoim zakresem obejmą: rozpowszechnianie i wdrażanie opracowanej rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w tej grupie kobiet, promocję zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa oraz profilaktykę depresji lub/i innych zaburzeń psychicznych i zachowania u dzieci i młodzieży.

Monitorowanie zaburzeń nastroju u matki jest najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zaburzeniom psychicznym i zachowania u dzieci, które od okresu prenatalnego wzrastają do życia w społeczeństwie, pełnienia wielu ról i podejmowania ważnych zadań jako dorośli.

WPROWADZENIE

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

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

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

- wcześniejsze niepowodzenia położnicze (poronienia, wewnątrzmaciczne obumarcie płodu),
- powikłany przebieg wcześniejszych i obecnej ciąży,
- powikłany/traumatyczny przebieg wcześniejszych porodów,
- brak wsparcia społecznego,
- samotne rodzicielstwo,
- ciąża u nieletnich lub ok. 40 roku życia,
- po długoletniej terapii niepłodności,
- obecność zaburzeń psychicznych i zachowania we wcześniejszych okresach życia

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

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

Czynniki ryzyka wystąpienia depresji w ciąży i po porodzie

W związku z tym monitorowanie i ocena ryzyka depresji oraz zaburzeń nastroju w ciąży i połogu, w oparciu o wynik uzyskany dzięki zastosowanemu narzędziu (EPDS) powinno każdorazowo uwzględniać obecność opisanych powyżej czynników. Dlatego obserwacja, rozmowa i dokładny wywiad lekarza ginekologa-położnika, położnej, psychologa i pozostałych profesjonalistów ochrony zdrowia, którzy sprawują opiekę nad ciężarną, kobietą po porodzie lub matką dziecka do 1 (2) roku życia mają istotne znaczenie dla określenia z dużo większym prawdopodobieństwem ryzyka wystąpienia zaburzeń nastroju w tym czasie. Eksperci uznali, że spis zasad dotyczących szacowania ryzyka i rozpoznawania depresji lub/i zaburzeń lękowych lub mieszanych u kobiet w ciąży i po urodzeniu dziecka, niesie za sobą konieczność wskazania dalszych działań w ramach interdyscyplinarnej i kompleksowej opieki nad matką, dzieckiem i rodziną. **Zadaniem rekomendacji jest zdefiniowanie zadań dla personelu medycznego/w ochronie zdrowia i zaleceń co do sposobu sprawowania opieki nad kobietą w ciąży i okresie okołoporodowym w tym zakresie**. Zespół ekspertów opracowując rekomendację określił wytyczne i zalecenia do stosowania standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej[5].

POSTĘPOWANIE

I TRYMESTR CIĄŻY (11 – 14 TYDZIEŃ CIĄŻY)

Przeprowadzenie pogłębionego wywiadu w celu analizy czynników ryzyka:

a) Stwierdzenie szczególnych sytuacji położniczych u ciężarnej w przeszłości: poronienia, wewnątrzmacicznego obumarcia płodu/dziecka, urodzenia dziecka z wadami, z bardzo niską masą urodzeniową, skrajnego wcześniaka, wystąpienie depresji po porodzie w przeszłości, rozpoznanie wad wrodzonych u płodu we wcześniejszej ciąży lub obecnie, traumatyczny przebieg poprzedniego porodu (w tym pilne cięcie cesarskie z powodu zagrożenia życia matki lub/i płodu/dziecka).

b) W wywiadzie rozpoznanie zaburzeń psychicznych i zachowania (wg ICD10 F00-F99).

c) Stała ekspozycja na stres w obecnej ciąży (zidentyfikowanie stresora przez ciężarną).

d) Samouszkodzenia (widoczne ślady nacięć na skórze w różnych miejscach – nadgarstki, przedramiona, uda, brzuch, nadżerki na skórze i in.) oraz przejawy innych wykładników aktów o charakterze destrukcyjnym (np. wstrzymywanie oddechu, przyjmowanie skrajnych, nienaturalnych pozycji ciała w celu wywołania dyskomfortu lub/i bólu).

e) Próby samobójcze w przeszłości.

f) Uzależnienie od substancji psychoaktywnych (w tym nikotyny).

g) Brak wsparcia ze strony otoczenia (np. samotność, rozpad trwałego związku, migracja).

h) Utrata/ograniczenie praw rodzicielskich w stosunku do starszego potomstwa.

i) Ubóstwo/Bezdomność.

j) Zły stan zdrowia fizycznego lub/i współistnienie chorób o charakterze przewlekłym.

k) Niepełnosprawność intelektualna lub/i fizyczna.

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

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

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

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

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

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

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

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

Zadanie 2. pytań diagnostycznych dla depresji:

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

Zadanie 2. pytań diagnostycznych dla lęku:

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

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

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

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

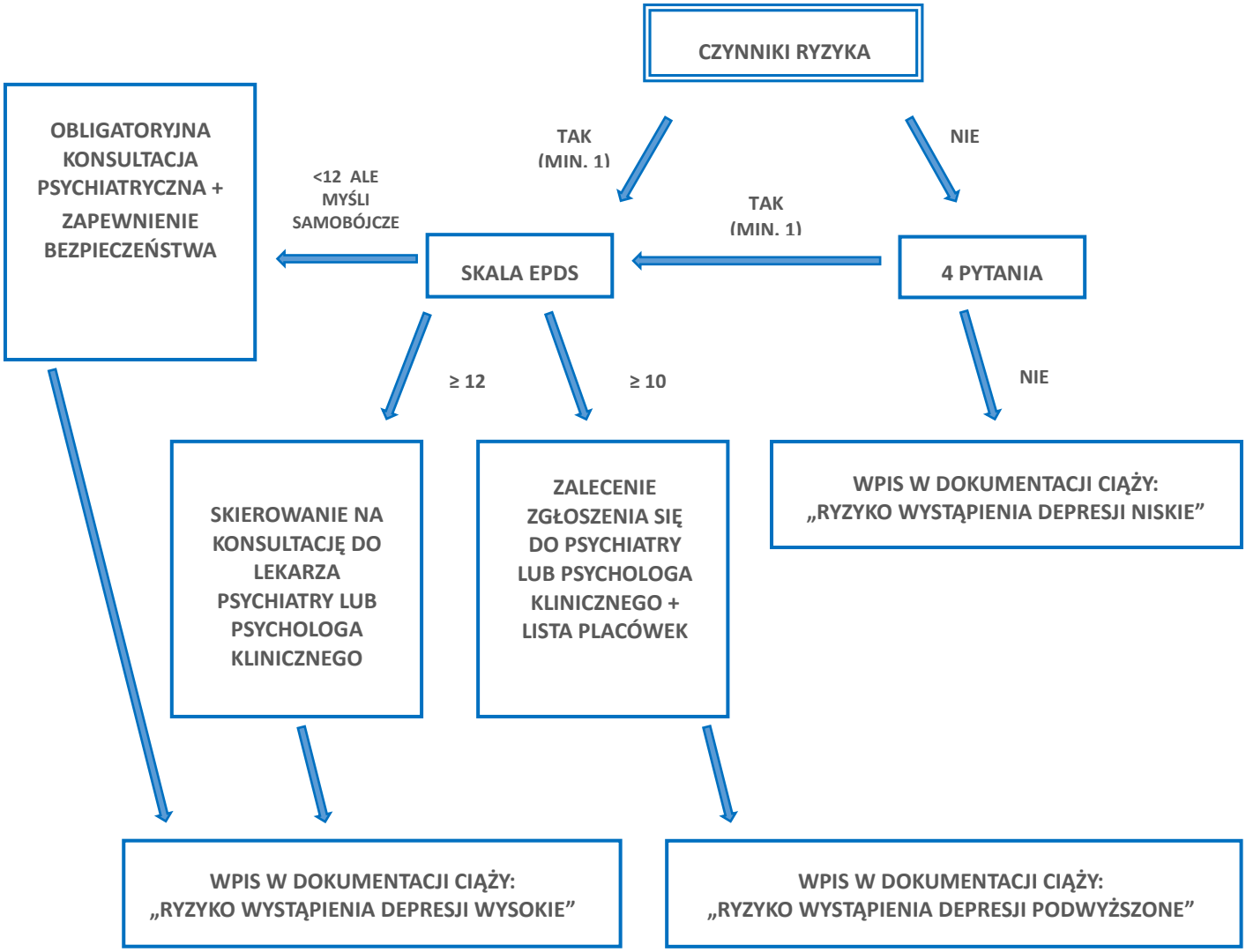
Uzyskany wynik i rodzaj zaleceń należy odnotować w dokumentacji przebiegu ciąży: ***ryzyko depresji podwyższone.***

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

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

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

Algorytm postępowania w I TRYMESTRZE CIĄŻY



III TRYMESTR CIĄŻY (33-37 TYDZIEŃ CIĄŻY)

W przypadku, gdy w I trymestrze ciąży ryzyko wystąpienia depresji oceniane zostało jakie niskie (wynik dostępny w karcie przebiegu ciąży), to ocenę ryzyka i nasilenia objawów depresji zaczynamy od zadania 4. pytań:

Zadanie 2. pytań diagnostycznych dla depresji:

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

Zadanie 2. pytań diagnostycznych dla lęku:

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

W przypadku, gdy ciężarna udzieli odpowiedzi przeczących (te objawy nie wystąpiły) do karty przebiegu ciąży należy wpisać wynik – ***ryzyko wystąpienia depresji niskie.***

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

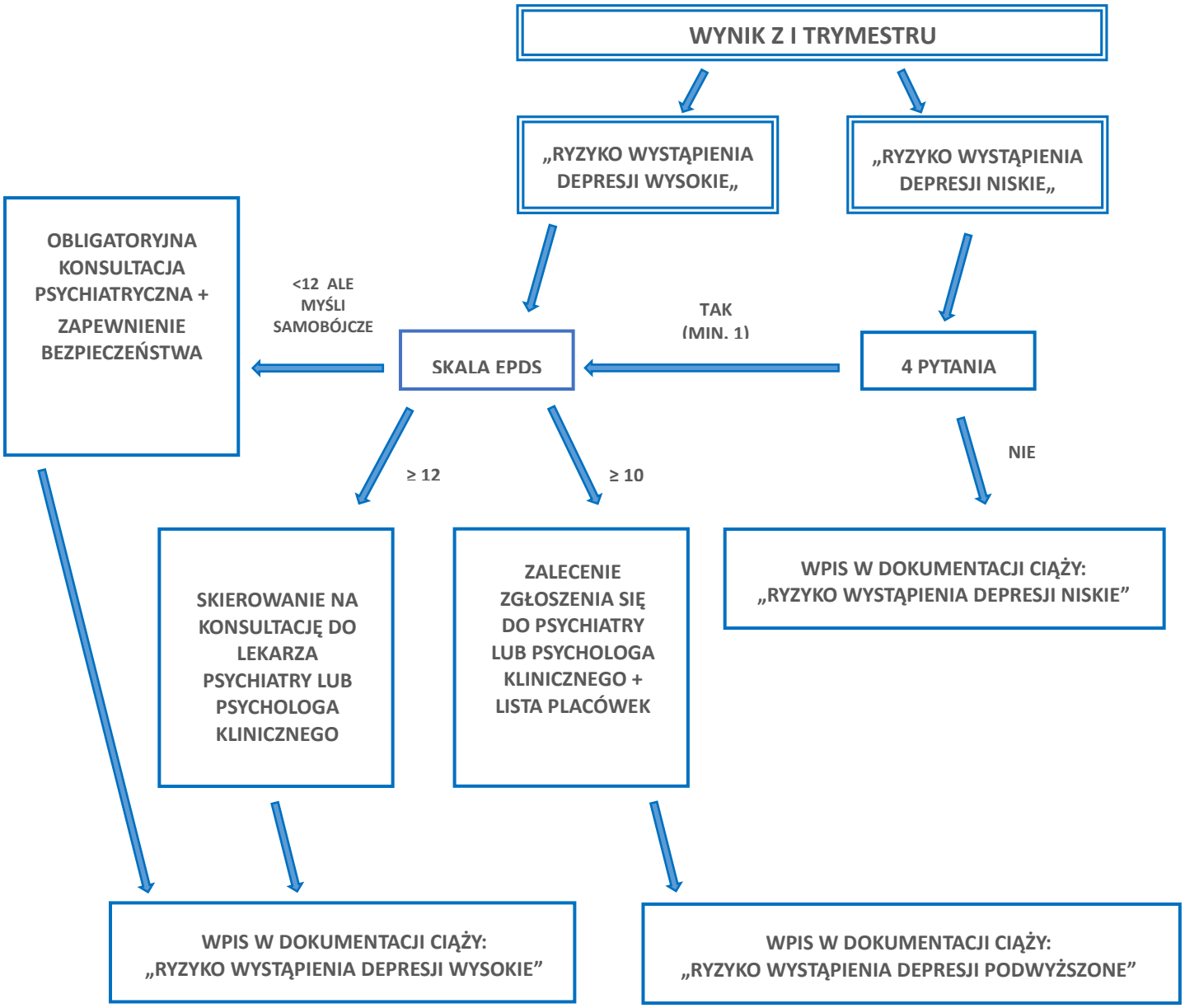
- Gdy uzyskany wynik w skali EPDS wynosi $\geq$ 10 pacjentka powinna otrzymać zalecenie o potrzebie zgłoszenia się do lekarza psychiatry lub psychologa klinicznego. a także otrzymać informację na temat jednostek (placówek) realizujących świadczenia w zakresie opieki psychiatrycznej lub/i psychologicznej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

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

- Gdy uzyskany wynik wynosi $\geq$ 12 pacjentka powinna zostać skierowana na konsultację do lekarza psychiatry (nie jest wymagane skierowanie lekarskie) lub psychologa klinicznego (wymagane skierowanie lekarskie). Winna też otrzymać kompleksową informację o jednostkach (placówkach), w których realizowane są świadczenia w zakresie opieki psychiatrycznej lub/i psychologicznej i otrzymać wykaz Poradni Zdrowia Psychicznego lub Poradni Psychologicznych w ramach dzielnicy (miasta) w której mieszka;
- Gdy uzyskany wynik jest niższy niż 12 punktów, ale pacjentka twierdząco odpowiedziała na pytanie dotyczące myśli bądź zamiarów samobójczych – musi bezwzględnie zostać poddana konsultacji psychiatrycznej lub w porozumieniu z bliskimi z jej otoczenia i zagwarantowaniu bezpieczeństwa co do życia i zdrowia, udać się na wizytę do lekarza psychiatry w możliwie najkrótszym terminie.

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

Algorytm postępowania w III TRYMESTRZE CIĄŻY



POŁÓG

Ocena stanu psychicznego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej gdy:

W I lub/i III trymestrze ciąży ryzyko depresji ocenione zostało jako niskie to ocenę ryzyka i nasilenia objawów depresji zaczynamy od zadania 4. pytań:

Zadanie 2. pytań diagnostycznych dla depresji:

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

Zadanie 2. pytań diagnostycznych dla lęku:

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

W przypadku, gdy położnica udzieli odpowiedzi przeczących (te objawy nie wystąpiły) do dokumentacji medycznej należy wpisać wynik – ***ryzyko wystąpienia depresji niskie***.

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

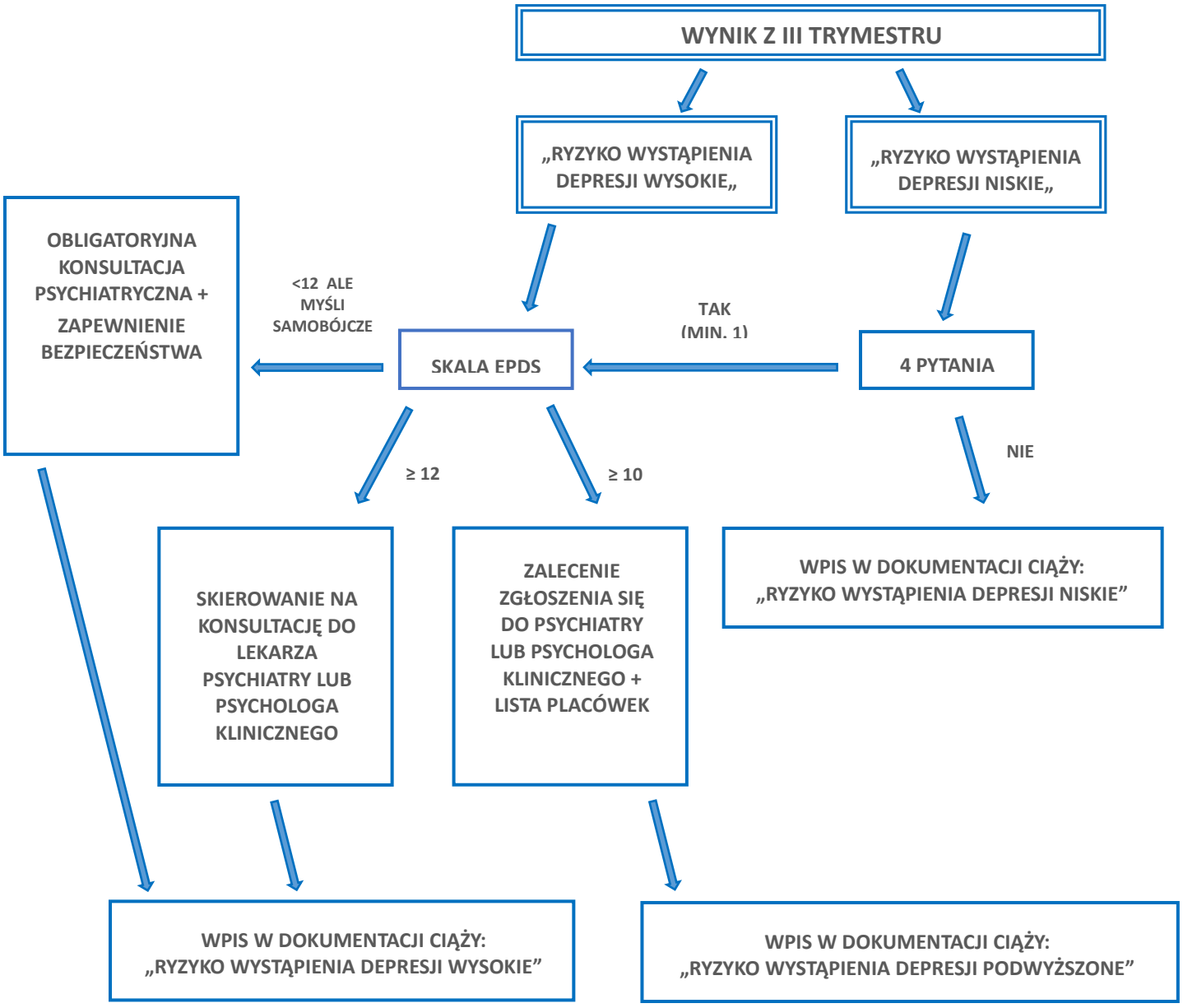
- Gdy uzyskany wynik w skali EPDS wynosi $\geq$ 10 pacjentka powinna otrzymać zalecenie o potrzebie zgłoszenia się do lekarza psychiatry lub psychologa klinicznego. a także otrzymać informację na temat jednostek (placówek) realizujących świadczenia w zakresie opieki psychiatrycznej lub/i psychologicznej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

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

- Gdy uzyskany wynik wynosi $\geq$ 12 pacjentka powinna zostać skierowana na konsultację do lekarza psychiatry (nie jest wymagane skierowanie lekarskie) lub psychologa klinicznego (wymagane skierowanie lekarskie). Winna też otrzymać kompleksową informację o jednostkach (placówkach), w których realizowane są świadczenia w zakresie opieki psychiatrycznej lub/i psychologicznej i otrzymać wykaz Poradni Zdrowia Psychicznego lub Poradni Psychologicznych w ramach dzielnicy (miasta), w której mieszka;
- Gdy uzyskany wynik jest niższy niż 12 punktów, ale pacjentka twierdząco odpowiedziała na pytanie dotyczące myśli bądź zamiarów samobójczych – musi bezwzględnie zostać poddana konsultacji psychiatrycznej lub w porozumieniu z bliskimi z jej otoczenia i zagwarantowaniu bezpieczeństwa co do życia i zdrowia, udać się na wizytę do lekarza psychiatry w możliwie najkrótszym terminie.

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

Algorytm postępowania w POŁÓGU



ZALECENIA

I. Położnicy należy zapewnić pomoc psychologiczną w sytuacjach szczególnych takich jak:

- rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady płodu,
- poronienie,
- urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi,
- urodzenie noworodka o bardzo niskiej masie urodzeniowej, skrajnie niedojrzałego ,
- w innych sytuacjach, gdy stan psychiczny położnicy tego wymaga;

Każdorazowo położnica powinna otrzymać informacje o możliwych formach wsparcia dla siebie i rodziny oraz instytucjach ich udzielających.

II. Osoby wykonujące zawód medyczny w podmiocie leczniczym wykonującym działalność w zakresie opieki okołoporodowej, pod których opieką znajduje się kobieta w sytuacji, o której mowa powyżej (pkt. I) w sposób ciągły są przygotowywane poprzez szkolenia wewnętrzne prowadzone w jednostce (1x na rok), dzięki którym nabywają umiejętności w komunikowaniu się i do pracy z rodzicami doświadczającymi śmierci noworodka lub narodzin dziecka chorego.

III. Kierownik jednostki zapewnia osobom wykonującym zawód medyczny wsparcie w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad kobietą i dzieckiem w opisanych powyżej sytuacjach. Pracownikom, którzy często uczestniczą w takich wydarzeniach lub stanowią one dla nich duże obciążenie psychiczne pracodawca zapewnia sesje superwizji, nie rzadziej niż 2 razy w roku, które prowadzone będą przez osoby odpowiednio do tego przygotowane (psychologów, trenerów, interwentów kryzysowych), w celu uniknięcia nadmiernego przeciążenia psychicznego lub/i zespołu wypalenia zawodowego.

IV. Osoby, które nie pracują bezpośrednio z rodzicami w sytuacjach szczególnych, a w bliskim otoczeniu (np. oddziale szpitalnym, poradni) są informowane o przebywaniu danej kobiety w tym podmiocie (w tym miejscu) celem uwrażliwienia na jej sytuację.

V. Kobiecie w sytuacji, o której mowa w ust. 1, zapewnia się pomoc, realizowaną w następujący sposób:

- przy przekazywaniu informacji na temat sytuacji położniczej i zdrowotnej matki i jej dziecka osoba sprawująca opiekę jest obowiązana zapewnić kobiecie na jej życzenie czas pozwalający na oswojenie się z informacją, przed udzieleniem szczegółowych wyjaśnień, zanim kobieta będzie współuczestniczyła w procesie dalszego podejmowania decyzji, chyba że dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych jest niezbędne;
- po przekazaniu informacji należy umożliwić kobiecie wsparcie osób bliskich, zgodnie z życzeniem kobiety oraz skorzystanie możliwie szybko z pomocy psychologicznej lub/i w zależności od potrzeby kontakt z duchownym jej wyznania;
- kobiety w sytuacji, o której mowa w ust. 1, nie umieszcza się w sali razem z kobietami w okresie ciąży, bądź w połogu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka;

- kobietę w sytuacji, o której mowa w ust. 1, przebywającą w oddziale traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia się jej branie udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z koniecznym postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym; osoby sprawujące opiekę potrafią nawiązać z nią dobry kontakt słowny i mieć świadomość, jak ważny jest ton rozmowy, ich postawa oraz słowa kierowane do kobiety po utracie dziecka; należy zapytać o jej potrzeby i oczekiwania, a informacje w tym zakresie wykorzystać do wspierania podczas pobytu w oddziale; badania i zabiegi wykonuje się w intymnej atmosferze;
- kobiecie należy umożliwić pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich, jeżeli wyraża taką potrzebę;
- w celu nawiązania dobrego kontaktu z kobietą osoba sprawująca opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych nad kobietą, w szczególności:
    a) przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad kobietą,
    b) prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę,
    c) szanują jej prywatność i poczucie intymności,
    d) każdorazowo uzyskują zgodę kobiety na wykonanie koniecznych zabiegów/badań;
- kobiecie udziela się wyczerpującej informacji na temat stanu jej zdrowia i bieżącej sytuacji w jakiej się znalazła;
- kobiecie zapewnia się pomoc psychologiczną w miejscu realizowania świadczeń w sytuacjach szczególnych związanych z ciążą i w okresie okołoporodowym, stanowiących dla niej źródło silnego stresu (zapobieganie wtórnej traumatyzacji);

VI. Pacjentka w trakcie pobytu w jednostce lub kontaktując się z pracownikami ochrony zdrowia w czasie ciąży, połogu oraz do ukończenia 1 roku życia dziecka może sama prosić o kontakt z psychologiem, który w miarę możliwości należy pacjentce zapewnić lub wystawić jej skierowanie lekarskie i wskazać miejsca, gdzie taką pomoc może otrzymać[8].

VII. W sytuacjach, gdy ciężarna/położnica przebywająca w jednostce świadczącej opiekę w ciąży i okołoporodową znajduje się w kryzysie psychicznym/życiowym powiadomienie psychologa i zgłoszenie konsultacji odbywa się bez potrzeby uzyskania od niej zgody na pomoc psychologiczną o charakterze interwencji w kryzysie

VIII. W przypadku odmowy przez pacjentkę zgody na konsultację z psychologiem, a pozostającą we wskazanych powyżej sytuacjach, psycholog ocenia poziom bezpieczeństwa w sytuacji kryzysu życiowego i sporządza stosowny wpis do dokumentacji medycznej w poszanowaniu prawa pacjenta do autonomii,

IX. Psycholog przeprowadzający konsultację przekazuje personelowi medycznemu niezbędne informacje i zalecenia w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia pacjentki, które zostają także odnotowane w dokumentacji medycznej;

X. W sytuacjach szczególnych kobieta zawsze otrzymuje informację o miejscach otrzymania opieki psychiatrycznej lub/i psychologicznej, z zakresu świadczeń społecznych oraz o organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji. Musi być ona przekazana w sposób taktowny i nie stygmatyzujący;

XI. Kobiecie udziela się także wszelkich informacji o przysługujących jej prawach, które wynikają z obowiązujących przepisów;

XII. W przypadku zdiagnozowania ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, należy poinformować o możliwości uzyskania dalszej pomocy w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, przy czym podmiot leczniczy na III poziomie opieki perinatalnej zapewnia dostępność do opieki nad chorym noworodkiem w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej – zgodnie ze wskazaniami medycznymi;

XIII. Kobiecie udziela się wyczerpującej informacji na temat obowiązującego stanu prawnego, w szczególności wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, w jakiej się znalazła, jak również o możliwości pochówku;

XIV. Kobieta otrzymuje opiekę laktacyjną zgodnie z indywidualną sytuacją i zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji w sytuacjach, o których mowa w ust. 1.

PIŚMIENNICTWO

[1] O'Hara M.W, Swain M.A. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. International Review of Psychiatry. 1996; 8(1):37-54.

[2] O'Hara M.W., McCabe A. Postpartum depression: current status and future directions. Annual Review of Clinical Psychology. 2013; 9:379-407.

[3] Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020.

[4] Wszołek K., Żurawska J., Łuczak-Wawrzyniak J., Kopaszewska-Bachorz B., Głowińska A., Pięta B., Postpartum depression - a medical or a social problem? Maternal, Fetal and Neonatal Medicine. 2018; Dec 4:1-141. doi: 10.1080/14767058.2018.1555802.

[5]Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2018 poz. 1756)

[6] Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R.: Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br. J. Psychiatry 1987; 150: 782-786.

[7] Steiner M, Yonkers K. Depresja u kobiet. Via Medica, Gdańsk 1999.

[8] Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2017 poz.1318 ze zmianami)