

katholieke hogeschool
associatie KU Leuven



Studiegebied Gezondheidszorg
Opleiding vroedkunde campus Kortrijk
Doorniksesteenweg 145
8500 KORTRIJK
0032 56 26 41 10

Postpartum depressie

'Is er nood aan het sensibiliseren van de vroedvrouw om een postpartum depressie beter te detecteren en te begeleiden?'

Heyerick Evelyne en De Grootte Lindsay

Bachelor in de Vroedkunde - Academiejaar 2016-2017

Interne promotor: Mevr. Vandesteene Isabel

Externe promotor: Mevr. Van Acker Annelies

katholieke hogeschool
associatie KU Leuven



Studiegebied Gezondheidszorg
Opleiding vroedkunde campus Kortrijk
Doorniksesteenweg 145
8500 KORTRIJK
0032 56 26 41 10

Postpartum depressie

'Is er nood aan het sensibiliseren van de vroedvrouw om een postpartum depressie beter te detecteren en te begeleiden?'

Heyerick Evelyne en De Grootte Lindsay

Bachelor in de Vroedkunde - Academiejaar 2016-2017

Interne promotor: Mevr. Vandesteene Isabel

Externe promotor: Mevr. Van Acker Annelies

Bachelorproef Evelyne Heyerick en Lindsay De Grootte

Abstract

Probleemstelling:

Een postpartum depressie is een depressie die zijn ontstaan kent binnen vier à zes weken na de bevalling. Ongeveer twintig procent van de vrouwen krijgt een depressie tijdens hun zwangerschap of postpartum periode. Maar slechts een kleine groep van die vrouwen zoekt echter hulp. Zonder steun en behandeling kan het bijdragen tot heel wat gevolgen voor moeder, kind en hun context. Algemeen kan gesteld worden dat er een tekort is aan voldoende kennis bij de vroedvrouw omtrent het vroegtijdig detecteren van postpartum depressie.

Onderzoeksdesign:

Een beschrijvend - prospectief onderzoek

Methode:

De datacollectie vond plaats op dinsdag 7 februari 2017 op een studiedag in de Katholieke Hogeschool Vives, studiegebied Gezondheidszorg campus Kortrijk. Er werd gekozen om een vragenlijst, die peilt naar de kennis van postpartum depressie bij de vroedvrouw, te verdelen onder de aanwezige vroedvrouwen.

Resultaten:

95,9 procent van de vroedvrouwen zijn van mening dat er meer nood is aan sensibilisering van de vroedvrouw omtrent postpartum depressie. Het verzoek om meer informatie te krijgen rond postpartum depressie wordt bevestigd door 78,8 procent van de vroedvrouwen.

Conclusie:

Ons vermoeden dat er een tekort is aan informatie omtrent postpartum depressie is bevestigd met dit onderzoek. Door de kennis bij de vroedvrouw te verruimen kan er vroegtijdiger ingegrepen of doorverwezen worden bij een vrouw die te lijden heeft onder een postpartum depressie. 60,2 procent van de vroedvrouwen wenst informatie te verkrijgen via een praktische infogids.

Belangrijkste trefwoorden:

postpartum depression – prevalence – midwife

Woord vooraf

Wij zijn Lindsay De Grootte en Evelyne Heyerick, studenten Bachelor in de vroedkunde via afstandsonderwijs aan de hogeschool Vives te Kortrijk. Onze bachelorproef is een belangrijk onderdeel van de laatste fase van onze opleiding. Het schrijven ervan was, in combinatie met ons gezinsleven en onze huidige job geen gemakkelijke opdracht. Dankzij ons doorzettingsvermogen zijn we er uiteindelijk in geslaagd om onze bachelorproef tot een goed einde te brengen.

Graag willen wij ten eerste onze interne promotor, mevrouw Vandesteene Isabel hartelijk bedanken. Zij stuurde ons bij waar nodig en gaf ons de nodige feedback en steun doorheen de opmaak van onze bachelorproef.

Vervolgens willen wij naast onze interne promotor ook onze externe promotor Annelies Van Acker bedanken voor haar deskundige hulp en tips doorheen onze zoektocht naar relevante en bruikbare informatie. Daarnaast uiten we ook graag een dankwoord aan mevrouw Lieve Van Weddingen die ons hartelijk heeft ontvangen bij haar thuis om een interview af te nemen, waar wij heel wat bruikbare tips voor de vroedvrouw hebben kunnen uithalen.

Verder willen wij graag alle vroedvrouwen die aanwezig waren op de studiedag bedanken voor hun bereidwilligheid en eerlijkheid bij het invullen van onze vragenlijst.

Als laatste willen wij graag onze partner, kinderen en familie bedanken voor hun steun en hulp doorheen onze opleiding. Zij hebben ons allen de mogelijkheid en kracht gegeven om te blijven gaan voor onze droom. De ultieme droom om vroedvrouw te zijn. Bedankt om altijd voor ons klaar te staan en ons te steunen in moeilijke tijden.

We hopen met deze bachelorproef duidelijk aan te tonen dat er nood is aan kennis bij de vroedvrouw omtrent postpartum depressie. Daarnaast hopen wij met onze aanbevelingen te bereiken dat een vrouw met postpartum depressie sneller herkend en daarmee ook sneller behandeld kan worden.

Inhoud

1 Inleiding.....	8
1.1 Probleemstelling	8
1.3 Doelstelling.....	9
2 Methodologie.....	10
2.1 Literatuurstudie.....	10
2.1.1 Zoekstrategie.....	10
2.1.2 Flowcharts	11
2.2 Methode.....	13
2.2.1 Onderzoeksvraag.....	13
2.2.2 Onderzoeksdesign	13
2.2.3 Onderzoekspopulatie	13
2.2.4 Steekproef	14
2.2.5 Datacollectie.....	14
2.2.6 Betrouwbaarheid.....	15
2.2.7 Meetinstrument – Data-analyse	15
2.2.8 Ethische aandachtspunten	15
3 Resultaten	16
3.1 Literatuurstudie.....	16
3.1.1 Postpartum stoornissen – Algemeen	16
3.1.2 Postpartum Blues	16
3.1.2.1 Begripsomschrijving – prevalentie	16
3.1.2.2 Risicofactoren.....	17
3.1.2.3 Biologische factoren	17
3.1.2.4 Psychologische factoren.....	17
3.1.2.6 Impact van een postnatale babyblues op de neonat	18
3.1.2.7 Behandeling.....	19
3.1.2.8 Rol van de vroedvrouw	19
3.1.3 Postpartum depressie	20
3.1.3.1 Begripsomschrijving	20
3.1.3.2 Prevalentie van postpartum depressie	20
3.1.3.3. Risicofactoren.....	21
3.1.3.4 De impact van een postpartum depressie	28
3.1.3.5 Signalen en symptomen	31
3.1.3.6 Wat in de praktijk?	32

3.1.3.7 Preventie	33
3.1.3.8 Rol van de vroedvrouw als zorgverlener	40
3.1.3.9 Behandeling.....	45
3.1.3.10 Screeningsmethoden.....	53
3.1.3.11 Handige boeken - links	57
3.1.4 Postpartum psychose	58
3.1.4.1 Begripsomschrijving – prevalentie	58
3.1.4.2 Kenmerken postpartumpsychose	58
3.1.4.3 Behandeling.....	58
3.1.4.4 Risicofactoren.....	59
3.1.4.5 Differentieel diagnose	59
3.1.4.6 Oorzaken postpartum psychose.....	60
3.1.5 Posttraumatische stress-stoornis na een bevalling.....	60
3.1.5.1 Begripsomschrijving en prevalentie	60
3.1.5.2 Risicofactoren PTSS	60
3.1.5.3 Differentieeldiagnose	61
3.1.5.4 Therapie	61
3.1.5.5 Rol van de arts en vroedvrouw	61
3.2 Resultaten	62
3.2.1 Demografische kenmerken	62
3.2.2 Symptomen babyblues.....	63
3.2.3 Symptomen postpartum depressie	64
3.2.4. Nood aan informatie omtrent postpartumdepressie.....	64
3.2.5. Praktische infogids	64
3.2.6. Is er nood aan Sensibiliseren?	65
3.2.7. Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)	66
3.2.8. Meetinstrumenten in de professionele setting.....	66
3.2.9. Naar waar doorverwijzen?	67
4 Discussie	68
4.1 Algemeen	68
4.2 Symptomen babyblues.....	68
4.3 Symptomen postpartum depressie	68
4.4 Nood aan informatie omtrent postpartumdepressie.....	68
4.5 Praktische infogids	69
4.6 Is er nood aan Sensibilisering?	69
4.7 Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)	69

4.8 Meetinstrumenten in de professionele setting.....	69
4.9 Naar waar doorverwijzen?	69
4.10 Sterktes en beperkingen in het onderzoek	70
5 Aanbevelingen.....	71
5.1 Praktische gids.....	71
5.2 Illustratie	71
5.3 Interesse Vlaamse regering.....	72
6 Besluit.....	73

1 Inleiding

1.1 Probleemstelling

Zwangerschap en pril ouderschap vormen een bijzondere periode in het leven. Het luidt een nieuwe levensfase in, die een onherroepelijk engagement met zich meebrengt en het leven van beide ouders ingrijpend verandert. Zowel klinische literatuur als onderzoeksliteratuur beklemtonen de belangrijke veranderingen die plaatsvinden tijdens de periode van zwangerschap en beginnend ouderschap (Slade et al., 2009). Veel vrouwen hebben in de periode na hun bevalling moeite met de verandering in hun leven. Dit kan zich uiten in zowel lichamelijke als psychische klachten (Holtkamp, 2007).

Perinatale psychische stoornissen zijn stemmingsstoornissen die voorkomen gedurende de zwangerschap tot 1 jaar na de geboorte van een kind. Vanuit dit begrip kunnen er vier soorten stemmingsstoornissen onderscheiden worden na de geboorte van een kind: postpartum blues, postpartum depressie, postpartum psychose en posttraumatische stressstoornis.

Een post-partumdepressie is een klinische depressie die in de meeste gevallen ontstaat binnen 4 weken tot 3 maand na de bevalling. Een post-partumdepressie is een belangrijk probleem voor de volksgezondheid die voorkomt bij 10 tot 20 % van de kraamvrouwen.

Post-partumdepressie moet onderscheiden worden van de babyblues die ontstaat in de eerste week na de bevalling om daarna geleidelijk aan te verbeteren (O'hara, 2014).

Uit onderzoeks- en klinische literatuur zien we dat een postpartum depressie een grote invloed kan hebben op de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de moeder. Hierdoor is er een impact op het psycho-sociaal welbevinden van de moeder, met gevolgen voor de fysieke en cognitieve ontwikkeling van het kind en de moeder-kind hechting (O'Hara en McCabe 2013).

Een post-partum depressie kan ook een impact hebben op de partnerrelatie, de beleving en het welzijn van de vader (Holtkamp, 2007).

Uit onderzoeks- en klinische literatuur kunnen we ook afleiden dat er verschillende risicofactoren aanwezig zijn die een matige tot sterke associatie hebben met het ontwikkelen van een postpartum depressie: angst en depressie tijdens de zwangerschap, een voorgeschiedenis van depressie, stressvolle gebeurtenissen in het leven, een slechte partnerrelatie en een slechte sociale ondersteuning (P. Kettunen et al., 2014).

De moeder met een postpartum depressie heeft vaak last van gevoelens van schaamte en schuld. De somberheid en het gebrek aan blijdschap voor de baby staan in schril contrast met de verwachte roze wolk. Door de persoonlijke en maatschappelijke verwachtingen van vreugde bij een bevalling, heerst er nog een taboe op depressie. De vrouwen zijn bang om hun negatieve gevoelens ten aanzien van hun kind en hun falen als moeder te uiten. Door het ontkennen van hun gevoelens wordt hun isolement helaas alleen maar groter. Dennis en Creed (2004) toonden met hun studie aan dat het risico op een post-partumdepressie bij moeders werd gereduceerd nadat ze intensieve steun kregen van een vroedvrouw na de bevalling. Gemiddeld zijn er in Vlaanderen 65.000 bevallingen in een jaar, als je ervan uitgaat dat ongeveer 15% van de moeders een postpartum depressie krijgt, dan worden jaarlijks bijna 10.000 vrouwen getroffen (F. Saeys et al, 2015).

1.2 Vraagstelling

Vanuit deze probleemstelling willen wij nagaan: “Is er nood aan het sensibiliseren van de vroedvrouw om een post-partumdepressie beter te detecteren en te begeleiden?”

1.3 Doelstelling

We vermoeden dat er in het vroedkundig werkveld een tekort is aan kennis en sensibilisering omtrent postpartum depressie, om die reden willen we graag een antwoord aanbieden.

Wanneer blijkt dat er nood is aan kennis en sensibilisering bij de vroedvrouw willen wij een gids ontwikkelen met aanbevelingen voor de vroedvrouw omtrent postpartum depressie. Daarin zou dan een weergave gegeven worden van de verschillende definities, de prevalentie, de risicofactoren, de impact op moeder, kind en omgeving. Er zouden ook aanbevelingen in staan voor de vroedvrouw over de rol die ze kan opnemen en om op die manier een postpartum depressie beter te detecteren en te begeleiden.

De hoofddoelstelling die we hiermee willen bereiken is: “de kennis omtrent een postpartum depressie vergroten bij de vroedvrouw.”

2 Methodologie

2.1 Literatuurstudie

2.1.1 Zoekstrategie

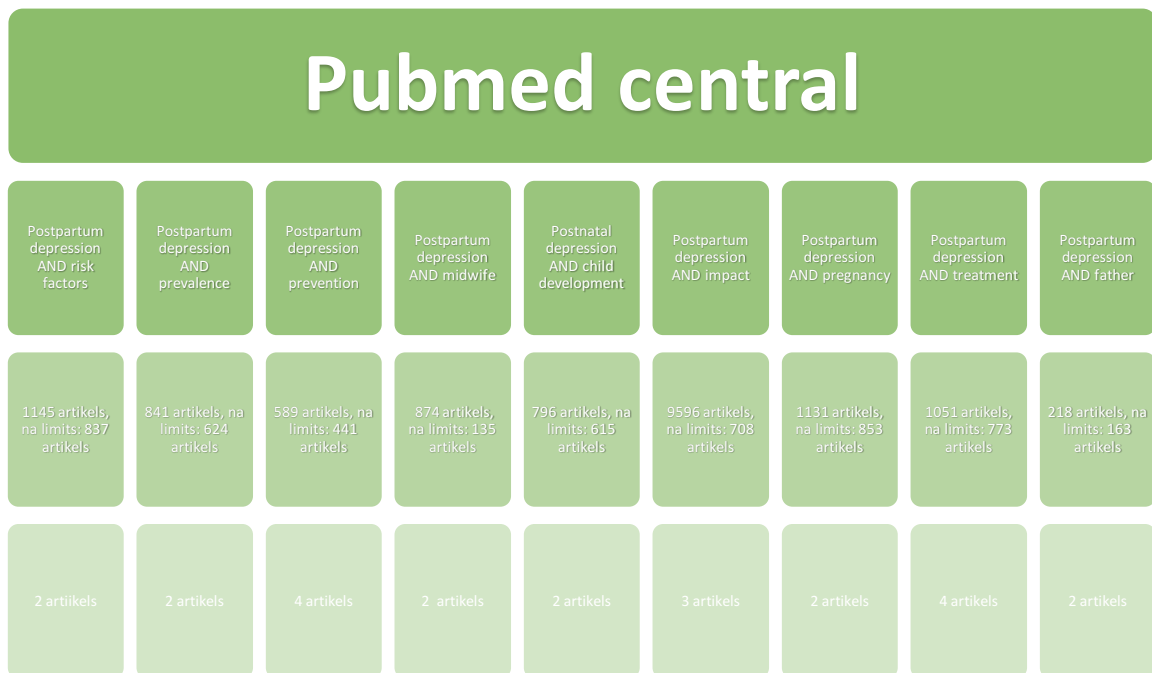
We zijn gestart met het opstellen van een voorlopige inhoudsopgave vooraleer we literatuur hebben opgezocht. Aan de hand van deze inhoudsopgave was het gemakkelijker om per item literatuur op te zoeken. We zijn onze literatuurstudie gestart eind september 2016. Hierbij hebben we gewerkt via Limo, de database van Vives Hogeschool. We hebben uitsluitend gebruik gemaakt van de databanken 'Pubmed Central', 'Elsevier' en 'pubmed medline'. Via deze databanken werden 67 artikels gevonden. Na het lezen van de artikels bleken 39 artikels relevant omwille van de bruikbare gegevens. Deze bruikbare artikels hebben we vevat in 39 evidentietabellen die te vinden zijn onder de rubriek bijlagen. Via de sneeuwbalmethode zijn enkele artikels gevonden die we gebruikt hebben als bronverwijzing, deze werden niet opgenomen in de flowchart.

We hebben gebruik gemaakt van de volgende trefwoorden: Postpartum depression AND risk factors – Postpartum depression AND prevalence – Postpartum depression AND prevention – Postpartum depression AND midwife – Postnatal depression AND children – Postpartum depression AND impact – Postpartum depression AND pregnancy – Postpartum depression AND father – Postpartum depression AND definition – Postpartum depression AND treatment – Postpartum depression AND EPDS – Maternal health – Postpartum AND blues – Postpartum AND psychosis – Postpartum AND mood disorders – PTSS – Postnatal scale – Postpartum depression AND diet.

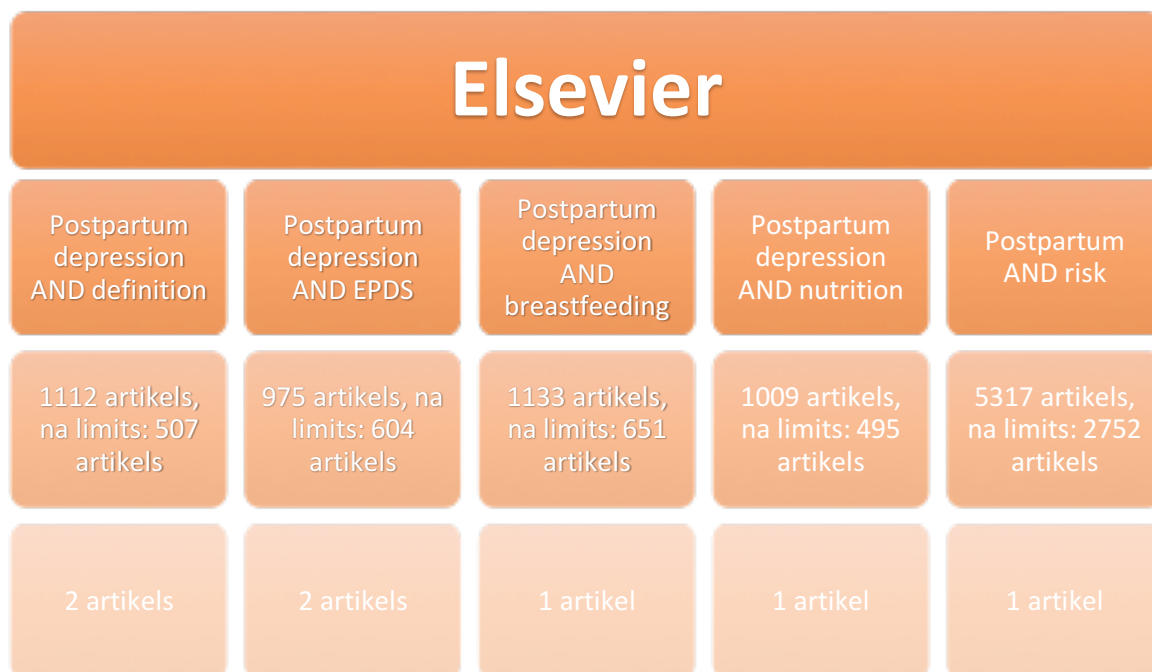
Naast het verkrijgen van informatie via de bovenstaande wetenschappelijke databases hebben we ook de recentste richtlijnen van KNOV, WHO, KCE en NICE geraadpleegd. Daarin werden heel wat bruikbare richtlijnen gevonden met betrekking tot het vroegtijdig detecteren van postpartum depressie. Ook was ons interview met mevrouw Lieve Van Weddingen een grote bron van informatie. Daarnaast raadpleegden we ook een aantal boeken en 'the mental health disorders guideline' geraadpleegd die interessante informatie vevat omtrent postpartum depressie .

Bij het verzamelen van onze bronnen maakten we gebruik gemaakt van beperkingen in onze zoekopdracht, limits. We hebben gebruik gemaakt van de volgende 'limits': Free full tekst – Engelstalig – Publication date 2011 – 2017. Ongeveer 95 procent van de gebruikte artikels zijn buitenlandse, Engelstalige artikels.

2.1.2 Flowcharts



Figuur 1: Flowchart pubmed central



Figuur 2: Flowchart Elsevier

Pubmed medline

Postpartum AND blues	Maternal health	Postpartum AND psychosis	Postpartum AND mood disorders	PTSS	Postnatal scale	Prevalence babyblues
666 artikels, na limits: 299 artikels	20863 artikels, na limits: 11890 artikels	1455 artikels, na limits: 774 artikels	3754 artikels, na limits: 2174 artikels	1145 artikels, na limits: 622 artikels	32913 artikels, na limits: 18935 artikels	280 artikels, na limits: 149 artikels
4 artikels	1 artikel	1 artikel	1 artikel	1 artikel	1 artikel	1 artikel

Figuur 3: Flowchart pubmed medline

2.2 Methode

In dit deel bespreken we de praktijkstudie en wordt beschreven hoe de data, nodig voor het onderzoek, werden verzameld en verwerkt. Vervolgens worden de resultaten weergegeven. Tijdens de praktijkstudie wordt de nood aan informatie bij vroedvrouwen omtrent postpartum depressie nagegaan. In het deel discussie interpreteren we de resultaten van de praktijkstudie en worden besluiten en aanbevelingen geformuleerd voor de toekomst.

2.2.1 Onderzoeksvraag

Via dit onderzoek willen we volgens de IMRAD methode een antwoord bieden op de volgens PICO geformuleerde onderzoeksvraag:

“is er nood aan het sensibiliseren van de vroedvrouw om een postpartum depressie beter te detecteren en te behandelen”.

Hiervoor is een kwantitatief onderzoek uitgevoerd naar de huidige kennis van vroedvrouwen omtrent postpartum depressie.

We hadden het vermoeden dat er in het vroedkundig werkveld een tekort is aan kennis omtrent postpartum depressie. Om die reden wilden wij via ons onderzoek achterhalen wat de kennis is bij de vroedvrouw omtrent postpartum depressie. We hadden graag een gids ontwikkeld om de kennis omtrent postpartum depressie te verruimen met daarin een weergave van de verschillende definities, de prevalentie, de risicofactoren, de impact en de rol van de vroedvrouw.

De doelstelling die we hiermee willen bereiken is: de kennis omtrent een postpartum depressie vergroten bij de vroedvrouw.

2.2.2 Onderzoeksdesign

Het design van ons onderzoek is een beschrijvend onderzoek aangezien de informatiebehoefte bij de vroedvrouwen omtrent een postpartum depressie via vragenlijsten werd nagegaan. Deze vragenlijsten werden nadien geanalyseerd. Wij hebben de keuze gemaakt voor een kwantitatief onderzoek omdat we op deze manier een groter aantal vroedvrouwen op korte tijd konden bereiken. Aangezien er slechts één meetmoment plaatsvond, is het onderzoek een dwarsdoorsnedeonderzoek en observationeel van aard.

2.2.3 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie voor het invullen van de vragenlijsten waren vroedvrouwen. Onze beoogde doelgroep hebben we gespecificeerd door middel van inclusie- en exclusiecriteria. Inclusiecriteria waren: Nederlandstalig, vroedvrouwen werkzaam op een materniteitsafdeling en

verlosafdeling – eerstelijnsvroedvrouwen – bereid zijn tot het invullen van de vragenlijst. Exclusiecriteria waren: gynaecologen – studenten vroedkunde – anderstaligen. De doelgroep was aanwezig op de studiedag “Welzijn van ouder en kind – van kinderwens tot postpartum” in de Katholieke Hogeschool Vives, studiegebied gezondheidszorg campus Kortrijk op dinsdag 7 Februari 2017.

Alle 250 aanwezige personen op de studiedag konden de vragenlijst terugvinden in de documentatiemap die verdeeld werd bij aanvang van de studiedag. Na de topic ‘preventie van postpartum depressie’ kregen we de kans om ons onderzoeksopzet kort toe te lichten aan de deelnemers. Dit deden we samen aan de hand van één powerpointpresentatie en een korte uitleg waarbij we onze beoogde doelgroep vriendelijk vroegen om onze vragenlijst in te vullen. De aanwezigen werden op de hoogte gesteld via een informed consent en de deelname was volledig vrijwillig en zo opgesteld dat we de anonimiteit van de deelnemers konden waarborgen. Na de studiedag hadden de deelnemers de kans om hun vragenlijst te deponeren in de brievenbus die wij voorzien hadden ter hoogte van de uitgang van het forumgebouw. 123 vragenlijsten werden als ontvankelijk verklaard.

2.2.4 Steekproef

Onze steekproef is een niet – aselechte gelegenheidssteekproef omwille van het feit dat we onze vragenlijst aan een bestaande groep hebben verdeeld, namelijk vroedvrouwen die zich vooraf hebben ingeschreven voor de studiedag “welzijn van ouder en kind, van kinderwens tot postpartum”.

2.2.5 Datacollectie

Naast het maken van een literatuurstudie via wetenschappelijke literatuur en een interview met mevrouw Lieve Van Weddingen vond ook een praktijkdeel plaats door middel van vragenlijsten.

Via een ongestructureerd interview op maandag 12 december 2016 te Keerbergen van 11u30 tot 12u30 met mevrouw Lieve Van Weddingen verzamelden we gegevens omtrent tips en aanbevelingen voor de vroedvrouw die in aanraking komt met een vrouw die te kampen heeft met emotionele problemen en een postpartum depressie. Gegevens vanuit dit interview verwerkten we in onze literatuurstudie. Het uitgeschreven interview is terug te vinden onder de rubriek bijlagen in deze bachelorproef.

Naast het interview hebben we gebruik gemaakt van een niet-gevalideerde vragenlijst om op een snelle en efficiënte manier gegevens te verzamelen omtrent de kennis bij de vroedvrouw over postpartum depressie. Hiervoor hebben we zelf een niet-gevalideerde vragenlijst ontwikkeld om ons onderzoek te kunnen uitvoeren. Vanuit de probleemstelling en begrippen uit onze onderzoeksvraag is de vragenlijst ontstaan. We maakten de keuze om de vragenlijst op te stellen via vraagvorm en stellingen. Hierbij werden de vroedvrouwen bevroegd naar hun kennis en mening.

De vragenlijst is opgebouwd uit elf vragen en een extra kader voor opmerkingen of suggesties. We boden maximum zes antwoordmogelijkheden aan, het gemiddelde aantal antwoordmogelijkheden in onze vragenlijst is vier. Via de methode 'Likertschaal' vroegen we in onze vragenlijst naar meningen en gedrag waarbij meerdere antwoordmogelijkheden werden aangeboden. Bij het opstellen van onze vragenlijst hebben we er rekening mee gehouden dat er een logische en overzichtelijke opbouw inzit. Ook probeerden we een onderscheid te maken tussen de vragen en de antwoorden. Dit door elke vraag in een apart kader te plaatsen. Door te kiezen voor korte en gemakkelijke vragen waarbij men op een eenvoudige manier verschillende antwoorden kon aanduiden na elke vraag, probeerden we de tijdsduur beperkt te houden.

Als eerste onderdeel bestaat onze vragenlijst uit een korte maar duidelijke inleiding waarbij we onszelf als studenten en onze school voorstellen. Verder beschrijven we het doel van ons onderzoek en de tijd die het kost om onze vragenlijst in te vullen. Deze inleiding sluiten we af met een klein dankwoord. Het tweede deel van de vragenlijst bestaat uit de elf vragen zelf. Aan het eind van de vragenlijst krijgen de vroedvrouwen de mogelijkheid en ruimte om aanvullende opmerkingen of suggesties te noteren. Helemaal aan het eind staat er een korte bedanking voor de medewerking en staat onze naam vermeld.

2.2.6 Betrouwbaarheid

Deze vragenlijst werd nagelezen door de interne en externe promotor om de betrouwbaarheid te controleren.

2.2.7 Meetinstrument – Data-analyse

Eens al onze gegevens verzameld waren, konden we deze gaan verwerken. De eerste stap naar de analyse van de gegevens uit de vragenlijsten was het invoeren van de data om een datamatrix aan te maken. Alle gegevens werden in de computer ingevoerd met behulp van het programma Microsoft Excel. Voor ieder type antwoord werd een numerieke waarde geplaatst. Elke vragenlijst kreeg een specifiek nummer toegekend in de rechterbovenhoek van de vragenlijst. Op die manier kon elke vragenlijst gerefereerd en gecontroleerd worden in het Excel-databestand. Via de online website <https://www.enquetemaken.com> werden alle data nogmaals ingevoerd voor het verkrijgen van bruikbare visuele grafieken.

2.2.8 Ethische aandachtspunten

Voor ons praktijkdeel hebben we een aanvraag tot advies ingediend bij de instantie Ethisch comité AZ Groeninge te Kortrijk. De studie met registratienummer AZGS2016151 werd uiteindelijk goedgekeurd na het invullen en versturen van de technische fiche tot het bekomen van een aanvullende verzekering inzake experimenten op de menselijke persoon.

3 Resultaten

3.1 Literatuurstudie

3.1.1 Postpartum stoornissen – Algemeen

Vrouwen kunnen soms tijdens hun zwangerschap en na hun bevalling allerlei psychische klachten ontwikkelen. Deze klachten zijn onder te verdelen in een viertal postpartum stoornissen, welke zijn babyblues, postpartum depressie, postpartum psychose en posttraumatische stress-stoornis. Om vrouwen adequaat te kunnen helpen als hulpverlener, is een juiste inschatting en kennis van deze verschillende aandoeningen van cruciaal belang. (Meulink, 2015)

3.1.2 Postpartum Blues

3.1.2.1 Begripsomschrijving – prevalentie

Vele jonge moeders genieten na de bevalling volop van hun baby. Ze voelen zich, naast de lichamelijke ongemakken, trots, blij, opgelucht en gelukkig met hun baby. Veel vrouwen ervaren de eerste dagen na de geboorte van hun kind als een periode van groot geluk. Tot die dag waarbij alles opeens anders begint aan te voelen. Een korte periode waarin de moeder plots en onverklaarbaar overvallen wordt door een mild en onmiskenbaar verdriet (Seifer en Dickstein, 2000). Symptomen zoals angstgevoelens, vaak huilen zonder enige aanleiding, zich emotioneel zwak voelen, zich uitgeput en eenzaam voelen, prikkelbaarheid en verlies van eetlust treden meestal op tussen dag drie en dag vijf. Daarnaast voelt al dat kraambezoek voor haar overbodig aan. Wat als die veilige omgeving van de materniteit wegvalt? Wat als de vroedvrouw er niet meer is om met raad en daad bij te staan? Deze gevoelens verdwijnen weer geleidelijk na enkele dagen (Vliegen et al., 2014; O'Hara et al, 2014).

Ongeveer vijftig tot tachtig procent van alle jonge moeders ervaren in de eerste week na de bevalling deze gevoelens (Vliegen et al., 2014, Pearlstein et al.,2015). Deze vrouwen hebben last van wat er in de volksmond de 'babyblues' of 'kraamtranen' wordt genoemd. We kunnen spreken over een milde stemmingsstoornis gekenmerkt door emotionele instabiliteit die minimaal enkele uren tot maximaal twee weken duurt (Pearlstein e.a.,2015).

Deze vrouwen kunnen zich omwille van bovenstaande symptomen overvallen voelen door de plotselinge verandering in hun stemming. Echter wanneer er goed doorgevraagd wordt, kunnen vrouwen vrijwel altijd een duidelijke aanleiding geven aan deze stemmingswisseling. Babyblues ontstaat niet zomaar, maar wordt uitgelokt door een negatieve ervaring zoals onder andere: last hebben van lichamelijke pijn, het krijgen van een onaardige opmerking, angst ervaren voor het moment van thuiskomst en te maken krijgen met borstvoedingsproblemen zoals bijvoorbeeld gestuwde borsten (Meulink, 2015).

Babyblues kan zich echter wel onderscheiden van een ernstige aandoening zoals bijvoorbeeld postpartum depressie of postpartum psychose doordat de vrouw zich ondanks haar emotionele gevoelens nog steeds zichzelf voelt. Ze heeft niet het gevoel alle controle over zichzelf kwijt te zijn en durft erop te vertrouwen dat ze zich binnenkort terug beter zal voelen (Meulink, 2015).

3.1.2.2 Risicofactoren

Babyblues-symptomen lijken in eerste instantie op de verschijnselen die duiden op een beginnende postpartum depressie of psychose omwille van de gelijke symptomen zoals onder andere: vermoeidheid, prikkelbaarheid, onzekerheid, zich emotioneel zwak voelen, enzoverder. Gelukkig is babyblues van snel voorbijgaande aard in vergelijking met postpartum depressie en postpartum psychose (O'Hara, 2013). Postpartum blues vormt echter wel een risicofactor voor het ontstaan van postpartum depressie (O'Hara et al., 2014).

3.1.2.3 Biologische factoren

Biologische factoren spelen een significante rol in het ontstaan van postpartum problematiek. Het lichaam van de vrouw ondergaat in een korte tijd grote veranderingen. Deze veranderingen hebben te maken met een terugval van oestrogenen en progesteron direct na de geboorte van het kind.

Zo stelde Bloch et al. (2012) vast dat tijdens een zwangerschap de hersenen worden blootgesteld aan een aanzienlijke toename van oestradiolniveaus, die plotseling afnemen in de eerste dagen postpartum. Deze neurobiologische effecten kunnen zorgen voor de ontwikkeling van psychische problemen in de postpartum periode.

Sacher et al. (2011) stelde vast dat monoamine oxidase A de enzymatische afbraak van neurotransmitters, zoals serotine, dopamine en noradrenaline bevordert. Zo waren de monoamine oxidase A niveaus drieënveertig procent hoger vier tot zes dagen na de geboorte. Om die reden worden de neurotransmitters sneller uitgeput waardoor de vrouw zich emotioneel zwakker zal voelen en sneller uitgeput.

Beta-endorfinen worden vrijgegeven onder stress. Gedurende de arbeid helpen deze hormonen de moeder in een ander niveau van bewustzijn te brengen. Deze Beta-endorfinen zorgen voor het euforische gevoel tijdens de onmiddellijke postpartum maar dalen stilaan gedurende de volgende drie dagen na de geboorte (Bogaerts et al., 2009).

3.1.2.4 Psychologische factoren

Gevoelens van verdriet en huilerig zijn, kunnen ook veroorzaakt worden door het feit dat de vrouw negen maanden lang haar kind gedragen heeft en heeft voelen stampen, bewegen en draaien. Negen maanden lang leefde ze in innig contact met haar baby en moest ze zich aanpassen aan haar groeiende baby. Na de bevalling is dit innig, nauw contact plots weg en ervaart ze een gevoel van leegte, verlies.

De vrouw kan ook het gevoel krijgen niet meer in de belangstelling te staan. Nu krijgt opeens haar baby alle aandacht. Gevoelens van onbekwaamheid en onzekerheid in haar nieuwe rol als moeder maakt de vrouw gevoelig (Bogaerts et al., 2009).

3.1.2.5 Genetische factoren

Genetische studies door Mahon et al. (2010) wezen op specifieke erfelijke factoren bij het ontstaan van een postpartum gevoeligheid. Deze gegevens suggereerden dat genetische variaties op specifieke chromosomen de gevoeligheid voor postpartum stemmingssymptomen kunnen doen toenemen (O'Hara, 2014).

3.1.2.6 Impact van een postnatale babyblues op de neonat

Voor de meeste vrouwen is de overgang naar het moederschap een positieve periode maar het kan ook een veeleisende en zware periode zijn. Volgens de overgangstheorie van Schumacher en Meleis, (1994), brengt het moederschap verschillende veranderingen met zich mee zoals onder andere een identiteitsverandering, de verandering naar moeder zijn, de veranderde partnerrol, verschil tussen patronen en gedrag. Vrouwen hebben de neiging om een nieuwe vorm aan te nemen omtrent hun geestelijke ontwikkeling en zo hun identiteit te reorganiseren om uit te groeien tot een moeder.

Evenzo Winnicott stelt dat de vrouw op het einde van haar zwangerschap, een 'primaire moederlijke preoccupatie' ontwikkelt. Dit betekent dat ze zich richt op haar ongeboren baby. Op die manier probeert ze zich zo voor te bereiden op de eisen van de afhankelijke en kwetsbare pasgeborene. De preoccupatie van de moeder met de foetus/baby is centraal in de ontwikkeling van de moeder-kind relatie.

Het ontwikkelen van een goede relatie tussen de ouder en de pasgeborene is het belangrijkste psychologische proces tijdens de kraamperiode. Storingen in de vroege ouder-kindrelatie kan negatieve gevolgen hebben voor de toekomst van hun kind, zowel op cognitief als op sociaal- en emotioneel vlak.

Vanuit een fysiologisch en psychologisch oogpunt, wordt de moeder-kind binding bevorderd door de afgifte van het hormoon 'oxytocine'. De afgifte van dit liefdeshormoon kan gestimuleerd worden door huid-op-huid contact en oog-in-oog contact tussen moeder en kind, alsook door het geven van borstvoeding aan de pasgeborene. Het vrijgegeven oxytocine, vroeg in het postpartum, wordt alsook geassocieerd met rust en openheid naar de baby.

Dit fysiologische patroon wordt gemakkelijk verstoord door ingrepen tijdens de arbeid en bevalling zoals het gebruik van epidurale anesthesie en keizersnede. Een liefdevolle relatie met haar partner heeft alsook een positieve invloed op de moeder-kind binding. De dynamiek in het gezin kan sterk beïnvloed worden door de geboorte van een kind. De overgang naar het ouderschap staat bekend

als een van de meest uitdagende gebeurtenissen in het vroeg stadium van het huwelijk (Gunilla et al, 2011).

3.1.2.7 Behandeling

Pas bevallen vrouwen die te maken krijgen met de babyblues hoeven geen behandeling. Deze vrouwen hebben vooral begripvolle begeleiding en geruststelling uit hun omgeving nodig. Voldoende rust en hulp in het huishouden zijn meestal voldoende (Prins et al., 2014). Enkel een klein percentage van deze vrouwen hebben risico op het ontwikkelen van postpartum depressie (Pearlstein e.a.,2015; BC Reproductive mental health program, 2014).

3.1.2.8 Rol van de vroedvrouw

Bij het vaststellen van babyblues kort na de bevalling, is het belangrijk als vroedvrouw om te zorgen voor een goede ondersteuning van de moeder. Als vroedvrouw is het belangrijk om te luisteren naar het verhaal van de moeder. Best benader je ook de moeder met attentie en positieve bekrachtiging. Door op die manier te werken groeit haar zelfvertrouwen en versterkt haar mogelijkheden om voor haar baby te zorgen (Bogaerts et al., 2009). Daarnaast kun je haar en de partner het advies geven om in de eerste weken na de bevalling bezoek te beperken en voldoende tijd te nemen om te rusten (Prins et al., 2014). Verder wordt wel aangeraden haar verder op te volgen met betrekking tot het ontstaan van postpartumdepressie (VLOV, 2017).

Een hulpmiddel om babyblues op te sporen is de Stein's Maternity Blues Scale afgekort naar MBS. Deze schaal is een vragenlijst waarin 13 items bevroegd worden. Wanneer de totaalscore op deze vragenlijst 8 of hoger is, heeft de moeder last van babyblues (VLOV, 2017).

3.1.3 Postpartum depressie

3.1.3.1 Begripsomschrijving

Een depressie is volgens de wereldgezondheidsorganisatie één van de belangrijkste oorzaken van invaliditeit wereldwijd (WHO, 2012).

Een perinatale depressie is een term die gebruikt wordt om een depressieve periode gedurende de zwangerschap en/of postpartum periode te beschrijven. Het is een significante complicatie van de zwangerschap en de postpartum periode (O'Hara et al., 2014).

Daarnaast hebben we nog het begrip postnatale depressie wat eigenlijk meer ingeburgerd is dan postpartum depressie. Postnataal betekent letterlijk 'na de geboorte' waardoor het lijkt alsof het kind depressief is en niet de moeder. Aangezien niet het kind maar de moeder depressief is, is het beter om te spreken over een postpartum depressie in plaats van een postnatale depressie (Friedman, 2009).

Een postpartum depressie heeft dezelfde kenmerken als een depressieve aandoening behalve dat het zijn ontstaan kent binnen vier à zes weken na de bevalling. Op zich verschillen de symptomen van een postpartum depressie niet veel met die van een gewone depressie behalve dat het plaats vindt in een ander leefmoment namelijk de periode na de bevalling. Van een postpartum depressie kan gezegd worden dat het meer is dan de babyblues (O'Hara et al., 2014). Vrouwen met een postpartum depressie voelen zich na hun bevalling angstig en erg somber. Deze gevoelens kunnen lang aanhouden en hebben hierdoor een grote impact op hun dagelijks functioneren en de manier waarop zij omgaan met hun kind. De depressie wordt afhankelijk van het aantal symptomen die voorkomen mild, matig tot zwaar genoemd (O'Hara, 2013; Meulink, 2015).

Postpartum depressie is één van de meest kritieke problemen tijdens de postpartum periode. Niet alleen omwille van nadelige gevolgen voor de moeder en het kind, maar omdat twintig procent van de moeders die werden gediagnosticeerd met postpartum depressie sterven ten gevolge van zelfmoord (Hanan et al., 2017).

3.1.3.2 Prevalentie van postpartum depressie

Een depressie tijdens de zwangerschap en na de bevalling treedt meer op dan meeste mensen realiseren (PSI, 2016). Veel moeders hebben het in de periode na de geboorte van hun kind moeilijk met de grote veranderingen in hun leven.

Prevalentieschattingen variëren aanzienlijk, afhankelijk van de periode en woonplaats waarin de prevalentie wordt bepaald. O'Hara (2014) stelde vast dat het percentage voor postpartum depressie in ontwikkelingslanden zelfs hoger ligt dan in ontwikkelde landen. Uit internationaal onderzoek blijkt dat 5 tot 16 procent van de vrouwen te maken krijgt met een depressie tijdens hun zwangerschap. Ongeveer 10 tot 22 procent van de vrouwen ervaren een depressie vanaf de geboorte tot twaalf

weken na de geboorte van hun kind. 9,3 tot 31 procent ervaart een depressie in het eerste jaar postpartum (BC Reproductive Mental Health Program, 2014; Hanan et al., 2017).

De cijfers die gebruikt worden in Vlaanderen zijn volgens kind en gezin internationale cijfers. Er zijn nog geen Vlaamse - Belgische cijfers. In Vlaanderen zijn in 2013 wel al universitaire onderzoeken gebeurd die de internationale trends bevestigen. Kind en Gezin hoopt hier op termijn zelf een beeld van te kunnen geven vanuit hun eigen registratiesysteem (Kind en Gezin, 2017).

Slechts 2,5 procent van de vrouwen erkent symptomen te hebben van een depressie binnen de eerste 2 dagen postpartum. Dit geringe aantal kan worden verklaard door het feit dat niet alle biologische veranderingen reeds hebben plaatsgevonden en de spanningen door de zorg voor het kind nog moeten komen. De prevalentie van depressie vergroot aanzienlijk tijdens de eerste drie maanden na de bevalling. Zo stelt men dat de prevalentie van depressie tot driemaal hoger is vijf weken na de bevalling en zouden depressieve episoden 3,5 keer vaker voorkomen dan tijdens de zwangerschap (Kettunen, 2014; Viguera, 2011).

Niet enkel de moeder kan moeite hebben met deze verandering in haar leven, ook bij 2% van de partners een postpartum depressie kan voorkomen (Holtkamp, 2007). Hierbij toonde studie aan dat een depressie bij de partner dezelfde negatieve impact kan hebben op de relatie met zijn partner en hun kind, als een postpartum depressie bij de moeder (Kim et al., 2007; BC Reproductive Mental Health Program, 2014).

Samengevat kunnen we stellen: de prevalentie van prenatale depressie is ongeveer 12 procent en de prevalentie van postpartum depressie in het eerste jaar na de geboorte van haar kind is 10 tot 22 procent (Nice, 2016; Hanan et al., 2017). Naar schatting zouden jaarlijks in Vlaanderen ongeveer 10.000 vrouwen worden getroffen door een postpartum depressie (Saeys et al., 2015). Daarnaast blijft de postpartum depressie bij ongeveer 8 procent van de vrouwen bestaan na 1 jaar (Dennis, 2012).

3.1.3.3. Risicofactoren

Algemeen

De afgelopen 30 jaar werd er veel onderzoek verricht naar de risicofactoren en de oorzaken die een impact hebben op het ontwikkelen van een postpartum depressie. Men vond geen éénduidige oorzaak. Uit onderzoek blijkt dat bij het ontstaan van depressie, het om een combinatie van sociale, psychologische en biologische factoren gaat (Dama et al., 2016). Het is om die reden moeilijk een antwoord te geven op de vraag waarom de éne vrouw na haar bevalling een postpartum depressie ontwikkelt en de andere niet.

Op basis van resultaten van jarenlang onderzoek worden de symptomen van een postpartum depressie matig tot sterk geassocieerd met een voorgeschiedenis van depressie, angst en/of depressie gedurende de zwangerschap, emotionele instabiliteit, een laag zelfbeeld, postpartum

blues, stressvolle gebeurtenissen van het leven, een niet ondersteunende partner en gebrek aan sociale ondersteuning (O'Hara et al., 2014).

Psychologische risicofactoren

Persoonlijke voorgeschiedenis van depressie

Het is wetenschappelijk bewezen dat een voorgeschiedenis van depressie één van de grootste risicofactoren is voor een depressie gedurende de zwangerschap en postpartum periode. Meer dan 50 procent van de vrouwen die een voorgeschiedenis hebben van depressie voor de conceptie en tijdens de zwangerschap zullen een postpartum depressie ontwikkelen (Stewart, 2011; BC Reproductive Mental Health Program, 2014). Het risico op depressie is bijzonder hoog wanneer de moeder al eerder een depressie heeft ervaren bij een vorige postpartum periode. (Kettunen, 2014; Hanan et al., 2017).

Maternele angst en depressie

Vrouwen die zich gedurende hun zwangerschap angstig voelen, lopen meer risico op een postpartum depressie. Deze angst kan zich uiten als angst voor het moederschap, angst voor complicaties tijdens de zwangerschap, angst om te bevallen, zich zorgen maken over de toekomst en moeite hebben met de rolverandering naar moeder. Bovendien kan de fysieke ervaring van zwangerschap, vermoeidheid, slaapproblemen, gewichtsverandering en concentratieproblemen de symptomen van depressie overlappen en hiermee zorgen voor verwarring met een depressie (Klein et al., 1994; Chaudron, 2013). Volgens Vanparys (2017) heeft 4,5 % van de zwangere vrouwen angst om te bevallen.

Weinig studies hebben de prevalentie van depressie tijdens de zwangerschap onderzocht. Uit een review kunnen we afleiden dat er een prevalentie is van ongeveer 7,5 procent tot 14,5 procent voor depressie tijdens de zwangerschap (Gaynes, 2005; Chaudron, 2013). In vergelijking met postpartum depressie, krijgt een depressie tijdens de zwangerschap minder aandacht. Weinig mensen weten dat er net zoveel vrouwen depressief zijn tijdens de zwangerschap als na de bevalling. Vroeger dacht men dat een zwangerschap beschermt tegen depressie, maar dit is niet zo (Brockington, 1996; Chaudron, 2013).

Depressief zijn tijdens de zwangerschap vergroot de kans op het krijgen van een depressie na de bevalling en dit heeft een belangrijke impact op de gezondheid en welzijn van moeder en kind. Om die reden is het net zo belangrijk om zowel aandacht te besteden aan depressieve klachten tijdens de zwangerschap als na de bevalling (Meulink, 2015).

De risicofactoren voor depressie tijdens zwangerschap zijn vergelijkbaar met die van een postpartum depressie zoals onder andere een voorgeschiedenis van depressie, gebrek aan sociale ondersteuning, ongeplande zwangerschap, lage sociaal-economische status (SES), partnergeweld, verloskundige factoren en stress-gevende gebeurtenissen van het leven (Stewart, 2011; Chaudron, 2013). Bovendien kan een depressie tijdens de zwangerschap ook een impact hebben op de foetus door middel van een verkeerd gezondheidsgedrag zoals bijvoorbeeld ongezonde voeding,

slaapproblemen, gebruik van over-the-counter middelen, alcohol, tabak of cafeïne (Beach, 2005; Chaudron, 2013). De impact van een onbehandelde depressie tijdens de zwangerschap kan het risico op een miskraam verhogen, en kan daarnaast zorgen voor een laag geboortegewicht en vroeggeboorte (Stewart, 2011; Chaudron, 2013).

Veel vrouwen stoppen met het innemen van antidepressiva tijdens de zwangerschap uit onwetendheid, zoals onder andere ongerustheid over de veiligheid van de medicatie. Maar daarbij zijn ze zich niet bewust dat uit onderzoek blijkt dat vrouwen die hun medicatie stoppen een veel hoger risico hebben op herhaling van depressie. Daarom is het van belang als hulpverlener om de risico's op depressie af te wegen met de risico's van behandelen (Chaudron, 2015).

Invloed van levensgebeurtenissen

Een opeenstapeling van gebeurtenissen maakt de vrouw kwetsbaarder voor postpartum depressie. Ten eerste heb je jeugdtrauma's uit het verleden. Daaronder verstaan we bijvoorbeeld: lichamelijk en seksueel misbruik, het verlies van een ouder als gevolg van een echtscheiding of overlijden. Uit onderzoek blijkt dat jeugdtrauma's mensen kwetsbaarder maakt voor depressie op volwassen leeftijd (Hanan et al., 2017).

Ten tweede kunnen levensgebeurtenissen die in onze samenleving vaak in een korte periode samenvallen zoals zwangerschap, een nieuwe job, het verlies van de job, een verhuizing, een echtscheiding, financiële problemen, ernstige ziekte of verlies van een dierbare een postpartum depressie in de hand werken.

Ten derde kunnen complicaties tijdens de zwangerschap en de bevalling het risico op postpartum depressie verhogen (Hanan et al., 2017). Denk daarbij bijvoorbeeld aan de angstige situatie bij een keizersnede met een spoedkarakter. De gezondheid van de baby kan ook een invloed hebben op het ontwikkelen van postpartum depressie. Ouders van een kindje met aangeboren afwijkingen staan voor een veel zwaardere levenstaak en moeten naast het krijgen van een kind nog eens door een verwerkingsproces (Stewart, 2011; O'Hara et al., 2013; Meulink, 2015; Meijer et al., 2014; Van Weddingen, 2016).

Partnergeweld

Partnergeweld voor en/of tijdens de zwangerschap kan een invloed hebben op het ontstaan van postpartum depressie. Over de totale bevolking komt dit bij 30 procent van de mensen voor. Tijdens de zwangerschap ziet men wel een tijdelijke daling tot 11 procent. Partnergeweld wordt omschreven als het geheel van gedragingen, handelingen of dreigingen van de partner. Dat geweld berokkent schade aan de andere partner op fysiek, psychisch-emotioneel en/of seksueel vlak. Dit heeft zijn invloed op meer angst, depressie en minder zelfvertrouwen bij de vrouw. Er is gebleken dat screenen naar partnergeweld effectief en veilig is (Van Parys, 2017).

Impact van fertiliteitsproblemen

Wereldwijd heeft 1 op de 6 koppels problemen met vruchtbaarheid. Bij een actieve kinderwens kan dit zorgen voor een emotionele achtbaan van hoop, angst en onzekerheden. Deze lange weg kan zorgen voor meer risico op emotionele en relationele problemen. Relationele problemen kunnen ontstaan omwille van angstgevoelens: gevoelens van falen, de verandering van seksualiteitsbeleving en zich schuldig voelen tegenover de partner (Stuyver, 2017).

Uit studies van Demyttenaere & Verhaak et al. (2000) is gebleken dat fertiliteitspatiënten hoger scoren op depressie en angst dan controlegroepen. Men merkt ook op dat fertiliteitspatiënten meer psychosomatische klachten uiten. Deze klachten zorgen ervoor dat men emotioneel kwetsbaarder is waardoor de depressie kan blijven bestaan na de bevalling (Struyver, 2017).

Duur ligdagen

Voor bevallingen werd vastgesteld dat de gemiddelde ligduur in een ziekenhuis in België hoger is dan in veel andere landen. In een overzicht van "Health at a glance 2016" van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling staat vermeld dat het Europees gemiddelde van de ligduur bij een gezonde bevalling 3,2 dagen is in 2014. Voor België is dit 3,8 dagen, in Spanje 2,4 dagen en in Zweden 2,3 dagen.

Uit meerdere onderzoeken in verschillende landen met kortere ligdagen blijkt dat een kortere ligduur geen negatieve invloed heeft op de tevredenheid van de moeders, noch op de gezondheid van het kind en de moeder. De voorwaarde hiervoor is wel dat er een goede ondersteuning wordt aangeboden na de bevalling, bijvoorbeeld extra thuisbezoeken door de huisarts, de vroedvrouw, verpleegkundigen, kraamhulp, Kind en Gezin, enzoverder. Huisbezoeken kort na de bevalling door een vroedvrouw worden volledig terugbetaald door de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Vanuit dit idee heeft minister Maggie De Block eind februari 2016, zeven pilootprojecten opgestart die een looptijd hebben van twee jaar. Na afloop zal de regering dit evalueren. Het project dient om de organisatie van de kraamzorg voor, tijdens en na het ziekenhuisverblijf verder te optimaliseren. Het hoofddoel hierbij is dat de vrouw nog tevredener wordt over de kwaliteit van de zorg, in het ziekenhuis en thuis (De Block, 2016).

Doordat de verblijfsduur in het ziekenhuis na een ongecompliceerde bevalling in Vlaanderen steeds korter wordt en daarmee de internationale tendens naar een kort ziekenhuisverblijf volgt, heeft vzw VBOV recent een document opgesteld dat deel uitmaakt van het project 'bevallen kort ziekenhuisverblijf'. In dat document staan kwaliteitscriteria beschreven voor de vroedvrouw die werkzaam is in de eerstelijnszorg. Die aanbevelingen bieden de vroedvrouw een op evidentie gebaseerde leidraad voor het inhoudelijke van haar werk. Dit moet zorgen voor een sterker netwerk en multidisciplinaire werking die noodzakelijk is om tot een goede moeder- en kindzorg te komen, dus ook op psychologisch vlak (VBOV, 2016).

Biologische risicofactoren

Tijdens de zwangerschap en de bevalling ondergaat het lichaam van de vrouw grote veranderingen. Zwanger zijn zorgt ervoor dat allerlei biologische processen in gang worden gezet zodat het kind zich ten volle kan ontwikkelen en het kind op de wereld kan gezet worden (Meulink, 2015). Hieronder bespreken we enkele van die biologische factoren die mogelijk verband houden met het ontstaan van een postpartum depressie.

Hormonale veranderingen

Veranderingen van de hormonale waarden tijdens de zwangerschap en na de geboorte van het kind maken vrouwen vatbaarder voor een depressie. Zo bewijst wetenschappelijk onderzoek dat er een stijging is in de hormoonconcentraties zoals oestrogenen en progesteron, prolactine, placenta corticotropine releasing hormoon (CRH), humaan chorion gonadotropine, beta - endorfine en schildklier globulinen. Door zwangerschap en toenemende stress wordt de hypothalamus-hypofyse-bijnier as (HPA) door de werking en afgifte van hormonen zoals cortisol, placenta corticotropine releasing hormoon (CRH) en adrenocorticotrop hormoon beïnvloedt. Deze beïnvloeding leidt tot een verband tussen de veranderingen van hormonen en psychische klachten tijdens de zwangerschap (Giesbrecht et al., 2012; O'Hara 2013).

Schildklierproblemen

De schildklier is een vliedervormige klier, die gelegen is aan de voorkant van de hals en hormonen produceert. Meerdere studies concluderen dat er een verband is tussen de werking van de schildklier en het ontstaan van een depressie tijdens de zwangerschap en postpartum periode. Tijdens een zwangerschap ondergaat het immuunsysteem van de moeder heel wat veranderingen om te kunnen bijdragen tot de ontwikkeling van het kind. Deze verandering omvat een andere werking van de schildklier, waardoor de schildklier te snel of te langzaam gaat werken. Door die verstoorde werking kunnen er klachten ontstaan zoals concentratieproblemen, vermoeidheid, gewichtsverandering, veranderingen in de bloeddruk en hartkloppingen wat kan aanleiding geven tot een depressie. Wanneer deze klachten naar voor komen is het verstandig om via een bloedonderzoek de werking van de schildklier na te gaan. Met behulp van medicatie kan de schildklier terug in balans worden gebracht (Meulink, 2015; Sylvén et al., 2013; Dama et al., 2016).

Vitamine D-insufficiëntie

Zowel zwangerschap als borstvoeding geven is een gevoelige periode voor vitamine D-insufficiëntie. Uit een recent onderzoek werd vastgesteld dat een tekort aan deze vitamine tijdens de zwangerschap kan geassocieerd worden met een hogere incidentie van postpartum depressie (Robinson et al., 2014). Vitamine D is een vetoplosbaar pro-hormoon. Het wordt verkregen door de werking van zonlicht op de huid en uit onze voeding. De werking van zonlicht op de huid zet 7-dehydrocholesterol om in previtamine D3, die vervolgens wordt omgezet in vitamine D3 (WHO, 2017).

Borstvoeding

Uit onderzoek blijkt dat de invloed van borstvoeding, heel uiteenlopend is op het ontstaan van postpartum depressie (Borra, 2015). Borstvoeding geven is erg uitputtend, zeker bij een éérste kind en gedurende de eerste maand (Bauters, 2017). Onderzoekers vinden dat primipara moeders die borstvoeding geven meer risico hebben op postpartum depressie (Hanan et al., 2017).

De invloed kan ook verschillen naargelang de vrouw het voornemen had om haar kind borstvoeding te geven of niet. Het grootste risico op postpartum depressie werd vastgesteld bij vrouwen die de intentie hadden om borstvoeding te geven maar waarbij men door één of andere reden er niet in slaagt. Anderzijds biedt het geven van borstvoeding gunstige en beschermende effecten voor postpartum depressie maar een optimale moeder-kind binding is prioritair. Uit dit gegeven kunnen we besluiten dat het niet enkel belangrijk is om deskundige steun te bieden aan vrouwen die borstvoeding geven maar ook steun te geven aan vrouwen die het voornemen hadden om borstvoeding te geven (Borra, 2015).

Voedingstekorten

Voedingstekorten kunnen ervoor zorgen dat de hersenen minder serotine produceren. Om voldoende serotine aan te maken hebben de hersenen een aanhoudende toevoer van voedingsstoffen nodig zoals tryptofaan en vitamine B6. De productie van serotine is een complex proces dat om specifieke voedingsstoffen vraagt. Om tryptofaan om te zetten in hydroxy-L-tryptofaan (5-HTP) heeft het lichaam voldoende ijzer en vitamine B3 nodig. Daarnaast heeft het lichaam andere vitamines B en magnesium nodig om vitamine B6 om te zetten naar pyridoxyl-5-fosfaat (P5P). Samengevat kunnen we stellen dat wanneer een vrouw onvoldoende hydroxy-L-tryptofaan en pyridoxyl-5-fosfaat heeft, de hersenen onvoldoende serotine kan produceren, wat resulteert in een depressie (Fredericks, 2014). Uit onderzoek blijkt ook dat er een verband is tussen een te laag vetzuurgehalte (DHA) en het ontstaan van postpartum depressie (Fredericks, 2014).

Sociale risicofactoren

Depressie een taboe

Gelukkig zijn met het nieuwe leven lijkt de norm wanneer je zwanger of pas bevallen bent. Ongelukkig en verdrietig zijn wordt nog steeds beschouwd als afwijkend voor een jonge moeder. Om die reden rust nog altijd een taboe in onze Westerse cultuur op postpartum depressie. Zwangere vrouwen of pas bevallen vrouwen die zich eenzaam, verward, somber en verdrietig voelen, lijden onder dit taboe. Het verhindert hen om te praten over hun gevoelens met als gevolg dat men niet de hulp zoekt die nodig is (Saeys et al., 2015; Meulink, 2015; tg, 2015).

Gebrek aan steun

Een onderschatte risicofactor voor het ontstaan van een postpartum depressie is het onvoldoende ontvangen van sociale steun zowel van professionals, vrienden en familie als van haar partner (O'Hara & McCabe, 2013). Mensen om zich heen hebben en over gevoelens kunnen praten is van groot belang voor de moeder om niet in een zwart gat te vallen. Moeders die niet bij hun partner

terecht kunnen met hun gevoelens omwille van relatieproblemen of omdat ze een alleenstaande moeder zijn, missen die steun en lopen hierdoor een groter risico om een postpartum depressie te ontwikkelen (Meulink, 2015).

Ongunstige sociaal-economische omstandigheden

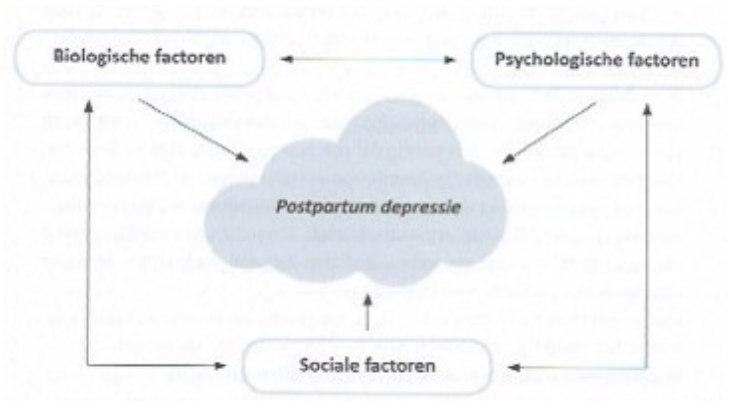
Een ongunstige sociaal-economische situatie, door bijvoorbeeld een lager opleidings- of beroepsniveau, een lager inkomen en armoede of financiële problemen maakt vrouwen kwetsbaarder voor postpartum depressie (Hanan et al., 2017). Ook voor migrantenvrouwen die vaak een beperkt sociaal netwerk rond zich hebben omwille van de verhuis naar een ander land en een andere taal, is het risico groter op postpartum depressie (O'Hara & McCabe, 2013; Meulink, 2015). Volgens Vliegen et al. (2014) toonden sommige studies die de invloed van leeftijd onderzochten aan, dat jonge moeders meer risico hebben op een postpartum depressie. Terwijl andere studies geen invloed van de leeftijd van de moeder op de ontwikkeling van postpartum depressie konden aantonen.

Persoonlijkheidsfactoren

Vrouwen horen volgens onze maatschappij, perfecte en gelukkige moeders te zijn. Zelf heeft de vrouw ook de verwachting dat een baby haar gelukkig zal maken. Het beeld van de roze wolk wordt in onze Westerse cultuur maar al te graag benadrukt, terwijl de moeilijkheden van het moederschap onbesproken blijven. Men denkt hierdoor dat de zorg voor hun kind vanzelfsprekend zal verlopen en dat ze enkel hun moederinstinct hoeven te volgen. In werkelijkheid blijkt de kloof tussen die verwachtingen en de werkelijkheid vaak te groot te zijn en ervaart men dan problemen met het vervullen van hun moederlijke rol wat zijn invloed kan hebben op het ontwikkelen van postpartum depressie. Sommige andere vrouwen stellen dan weer hoge normen aan zichzelf of zijn zeer kritisch ten opzichte van zichzelf en voelen zich gefaald wanneer iets niet lukt. Nog andere vrouwen hebben moeite om iets te weigeren en slagen er daardoor niet in om neen te zeggen. Al deze verschillende persoonlijkheden kunnen een invloed hebben op het ontwikkelen van postpartum depressie (Vliegen et al, 2014; Meulink 2015).

Samengevat kunnen we stellen dat een voorgeschiedenis van psychische aandoening, levensgebeurtenissen en weinig sociale ondersteuning krijgen, drie hoofdoorzaken zijn van een postpartum depressie. Andere relevante risicofactoren die een kleiner risico geven op een postpartum depressie zijn: een lage sociaal-economische status, ongewenste zwangerschap, verloop van de zwangerschap en bevalling, en een onrustig kind (O'Hara et al., 2014; Hanan et al., 2017).

Doorgaans kunnen we stellen dat er een samenspel is van de psychologische, biologische en sociale risicofactoren bij het ontstaan van postpartum depressie. Door een samenloop van veranderingen en omstandigheden raakt de balans tussen de factoren verstoord. Een verandering in het lichaam, de geest of de omgeving van een vrouw versterkt of verzwakt de andere. Dit samenspel wordt schematisch mooi weergegeven in het onderstaand biopsychosociaal model (Meulink, 2015).



Figuur 4: biopsychosociaal model

3.1.3.4 De impact van een postpartum depressie

Psychische gezondheidsproblemen herkennen is bijzonder belangrijk omdat ze voorkomen op een gevoelig moment in het leven van de vrouw, haar baby en haar partner. Wetende dat een zwangerschap of de geboorte van een nieuwe baby de moeder niet beschermt tegen depressie. Het niet behandelen van een depressie kan leiden tot langdurige en negatieve effecten op de moeder, de relatie tussen de moeder en haar kind en de ontwikkeling van het kind. Daarnaast kan het de relatie tussen de vrouw en haar partner negatief beïnvloeden (BC Reproductive Mental Health Program, 2014).

Impact op de vrouw

Niet kunnen genieten van haar baby is pijnlijk wanneer een vrouw net moeder is geworden. Het koppel keek uit naar de komst van hun kind en hadden de verwachting een fijne tijd tegemoet te gaan. Maar een postpartum depressie komt voor de meeste moeders echter als een donderslag bij heldere hemel. Ze voelen zich slechter dan ze ooit hadden kunnen denken (Meulink, 2015).

Een postpartum depressie kan bij de moeder leiden tot moeilijkheden om zorg te dragen voor haar baby. Die moeilijkheden hebben een negatieve invloed op de moeder-kind binding en de zorg voor de andere kinderen (Stewart, 2011). Contact tussen moeder en kind is noodzakelijk voor het kind om zich te kunnen ontwikkelen (Bauters, 2017). Depressie bij de moeder kan zorgen voor negatieve opvattingen over het moederschap. De moeder ervaart het gedrag van haar baby als moeilijk. Dit kan tot gevolg hebben dat ze de juiste signalen van haar baby niet herkent, wat kan leiden tot een verkeerde inschatting. Hierdoor kan ze ongepast reageren met negatieve gevolgen voor de ontwikkeling van de baby (Sockol et al., 2013).

Wat betreft borstvoeding geven kan postpartum depressie zorgen voor een kortere borstvoedingsperiode en zijn er meer problemen bij het geven van borstvoeding. Die problemen

ontstaan meestal door vermoeidheid en minder zelfvertrouwen in hun eigen kunnen (Sockol et al., 2013).

Een depressie kan het vermogen van een moeder om haar moederlijke rol effectief te vervullen ernstig verstoren. Deze moeders reageren door de depressie minder op aangeboden zorgverlening. Zo is gebleken dat een depressieve moeder minder gebruik maakt van de preventieve gezondheidszorg en de vaccinatiemogelijkheden voor hun kinderen (Field,2010). Ook blijkt dat depressieve moeders vaker dan niet depressieve moeders belangrijke aanbevolen veiligheidsmaatregelen achterwege laten. Veiligheidsmaatregelen zoals een autostoel gebruiken, het kind een juiste slaaphouding geven , traphekjes plaatsen, enzoverder (Sockol et al., 2013; Goodman et al., 2011).

Een depressie kan ook leiden tot gebruik van alcohol, sigaretten en andere genotsmiddelen. Er is een verhoogd risico op nieuwe perioden van depressie of andere psychische aandoeningen (Reproductive Mental Health Program,2014).

Gedachten aan zelfmoord is een veelvoorkomend fenomeen bij moeders met een postpartum depressie. Gelukkig blijft het meestal enkel bij gedachten. Deze gedachten zijn een uiting van wanhoop en kunnen gezien worden als een signaal dat de depressie ernstig is en serieus moet worden genomen. Naast de zelfmoordgedachten is er ook de angst om haar kind iets aan te doen of te doden. Gelukkig komt het ook hier in de meeste gevallen niet zo ver (Goodman, 2011; BC Reproductive Mental Health Program,2014).

Impact op het kind

Naast de impact die een postpartum depressie heeft op de moeder, blijkt uit onderzoek dat een postpartum depressie ook negatieve gevolgen heeft voor de ontwikkeling van haar kind (Arroyo-Borell et al., 2017). Een postpartum depressie treedt op wanneer het kind het meest aangewezen is op de zorg van de ouders zoals bijvoorbeeld zorgen voor een veilige slaapomgeving, bescherming, hygiënische zorgen en voeding op regelmatige tijdstippen. Het kind is naast die zorg in die periode ook zeer gevoelig voor de emotionele kwaliteit van de communicatie tussen moeder en kind zoals bijvoorbeeld het horen van haar stem en het zien van haar gezicht (Sockol et al., 2013). Zo blijkt uit wetenschappelijk onderzoek dat zowel de sociaal-emotionele, de cognitieve als de lichamelijke ontwikkeling van baby's met depressieve moeders bedreigd wordt (O'Hara et al., 2013). De gevolgen voor het kind zijn niet beperkt tot één jaar, maar kunnen zich manifesteren tot in de peutertijd, voorschoolse leeftijd en zelfs tot in de leerplichtige leeftijd. Omwille van deze impact op de kinderen is het belangrijk om ook aandacht te besteden aan de kinderen van wie de moeder een postpartum depressie heeft (Arroya-Borrell, 2017).

Sociaal-emotionele ontwikkeling

Moeders met een postpartum depressie besteden over het algemeen minder tijd en aandacht aan hun kind en spelen minder in op de behoeften van hun kind dan niet-depressieve moeders. Op vlak van sociaal-emotionele ontwikkeling merken we hierdoor dat jonge zuigelingen van depressieve moeders vlugger, luider en langer huilen. Ze maken minder oogcontact met anderen, tonen minder positieve gezichtsuitdrukkingen, brabbelen minder en hebben vaker een moeilijk temperament. De jonge kinderen zijn afstandelijker naar andere mensen toe, hebben minder sociale competenties en minder zelfvertrouwen. Wanneer de kinderen van moeders die een postpartum depressie gehad hebben een paar jaar oud zijn, vertonen ze meer emotionele- en gedragsproblemen. Bovendien kunnen ze minder goed omgaan met stressvolle gebeurtenissen. Uit onderzoek blijkt dat vooral jongetjes gevoelig zijn voor de depressie van hun moeder dan meisjes. Zo laten jongens vaker dan gemiddeld hyperactief gedrag zien (Dennis, 2013; BC Reproductive Mental Health Program, 2014; Meulink, 2015; Arroyo-Borrell, 2017).

Cognitieve ontwikkeling

Ook de cognitieve ontwikkeling van een kind kan lijden onder de postpartum depressie van de moeder. Wanneer hun belangrijkste verzorger niet voor voldoende sociaal-emotionele veiligheid kan zorgen, ondernemen kinderen minder en op die manier leren ze ook minder. Daarnaast bieden depressieve ouders een minder stimulerende leeromgeving aan hun kind waardoor het kind een verminderd vermogen heeft om informatie te verwerken. De moeder leest minder voor, speelt minder met haar kind, zingt en lacht minder. Baby's van moeders met een postpartum depressie krijgen een aantal belangrijke ontwikkelingstaken zoals brabbelen en grijpen naar speelgoed minder snel onder de knie. Hun taalontwikkeling verloopt trager doordat ze minder aan communicatie worden blootgesteld en wanneer ze de schoolgaande leeftijd hebben bereikt, scoren ze lager op IQ-testen, ervaren aandachtsproblemen en zijn kieskeuriger dan kinderen zonder depressieve moeder. Ook liggen schoolprestaties lager op school, vooral op het gebied van rekenen, ruimtelijk inzicht en logisch redeneren in vergelijking met kinderen waarvan de moeder geen postpartum depressie had (Dennis, 2013; Meulink, 2015).

Fysieke ontwikkeling

Naast de sociaal-emotionele en de cognitieve ontwikkeling kan ook de fysieke groei en de gezondheid van een kind in het gedrang komen door een postpartum depressie van de moeder. Deze baby's worden minder geprikkeld en aangemoedigd door hun moeder. Met als gevolg dat ze minder spelen en zich daardoor fysiek minder snel gaan ontwikkelen. In vergelijking met hun leeftijdsgenootjes, merkt men ook dat baby's van depressieve moeders minder vaak kunnen lopen aan de leeftijd van vijftien maanden. Daarnaast kan depressie van de moeder ertoe leiden dat zij minder oog heeft voor het lichamelijk welzijn van haar kind waardoor zij minder oog heeft voor signalen als honger, moeheid of fysiek onbehagen bij haar kind (Dennis, 2013; Meulink, 2015). Zo blijkt uit onderzoek van Gaffney et al. (2014) dat een moeder met postpartum depressie minder vaak haar baby borstvoeding geeft. Daarnaast blijkt dat een depressieve moeder vaker granen zal toevoegen aan de flesvoeding, wat kan leiden tot een verhoogd risico voor overgewicht bij haar baby. Bovendien worden baby's van depressieve moeders hun eerste levensjaar vaker opgenomen in het ziekenhuis dan baby's van moeders zonder depressie (Hanan et al., 2017).

Impact op de partner

Ook voor de partner is de geboorte van een kind een grote verandering in zijn leven. Zeker in het geval van een postpartum depressie bij de moeder. Het verwachte liefdevol gezinsleven is er niet. De partner speelt hierdoor een belangrijke rol in deze periode. Door het ontbreken van een familie-eenheid krijgt het vaderschap tijdelijk een andere betekenis. De taak van de partner bestaat er niet alleen in om hun vrouw op alle mogelijke vlakken te ondersteunen maar er is ook de zorg voor de baby. De rol van de vader in de ontwikkeling van het kind is weinig bestudeerd, wellicht omdat de nadruk bij de moeder als belangrijkste verzorger blijft.

Daarnaast moeten ze nog van alles regelen om het huishouden zo goed mogelijk te laten verlopen. Hierdoor krijgen ze vaak te maken met onvervulde verwachtingen en moeten ze zich sterk houden ondanks hun eigen verdriet en vermoeidheid. Hierdoor zie je dan ook vaak dat een relatie dit niet overleeft want men is niet altijd in staat die steun en situatie aan te kunnen (Beestin et al., 2014).

Opmerkelijk is dat niet enkel de moeder maar ook de vader depressief kan worden na de geboorte van hun kind. Een studie naar het voorkomen van depressie bij de mannelijke partner meldt een prevalentie van depressie van ongeveer 10 procent in de postpartum periode. Deze cijfers waren het hoogst tussen 3 en 6 maand postpartum (Paulson et al., 2010)

Andere mannen kunnen zich dan wel weer goed aanpassen aan de situatie. Zij hebben er vertrouwen in dat hun vrouw terug beter wordt en investeren in een exclusieve vader-kind relatie (Beestin et al., 2014).

3.1.3.5 Signalen en symptomen

Depressieve symptomen behoren tot de meest voorkomende psychiatrische uitingen waargenomen bij vrouwen na hun bevalling. Het is een veel voorkomende aandoening, en door de onderliggende processen en de verscheidenheid aan symptomen vertoont postpartum depressie veel variabiliteit. Algemeen wordt aangenomen dat een bevalling aanleiding geeft tot hoop en positieve verwachtingen van de toekomst, maar moeders met een postpartum depressie uiten uitzichtloosheid op een moment dat men verwacht vreugde en hoop te zien (Kettunen, 2014).

Signalen en symptomen van een postpartum depressie zijn vergelijkbaar met de signalen en symptomen die ook kunnen voorkomen op andere momenten in het leven. Bij de meeste vrouwen begint een postpartum depressie binnen de twaalf weken postpartum (Dennis, 2013). Voorkomende symptomen die een postpartum depressie net zoals een gewone depressie kenmerken zijn dysforie, verminderde eetlust, emotionele labiliteit, huilerig zijn, moedeloosheid, slapeloosheid, verwarring, gevoelens van schuld en schaamte, en zelfmoordgedachten. Ook heeft men het gevoel onvoldoende en niet in staat te zijn om, om te gaan met de zuigeling. Ook concentratieproblemen, geheugenproblemen, mentale verwarring, prikkelbaarheid, zichzelf niet zien als een liefdevolle moeder, zich overdreven zorgen maken over de gezondheid en

voedingsgewoonten van hun baby kunnen kenmerken zijn van een postpartum depressie (Robinson et al. 2001; Dennis, 2013; Hanan et al., 2017).

De gemoedstoestand tijdens een depressieve periode wordt, door de persoon zelf, vaak omschreven als verdrietig, hopeloos en ontmoedigend. Wanhoop is hierbij geïdentificeerd als één van de belangrijkste kenmerken van depressie. Een depressie wordt ook omschreven door de depressieve moeder zelf als een patroon van negatieve verwachtingen voor de toekomst (Kettunen, 2014). Hieronder is een eenvoudige checklist te vinden van symptomen die volgens onderzoek van Kind en Gezin tot één jaar na de geboorte kunnen wijzen op een postpartum depressie:

- somberheid en pessimistische gedachten
- gebrek aan interesse en initiatief
- weinig plezier beleven aan het kindje
- geen 'moedergevoel' of juist overbezorgd om het kindje
- extreme vermoeidheid en lusteloosheid
- huilbuien
- prikkelbaarheid en agressieve uitvallen (schelden, verwijten,...)
- concentratieproblemen, verwardheid en vergeetachtigheid
- slapeloosheid of juist een extreem sterke behoefte aan slaap
- gebrek aan eetlust of overdreven eetlust
- weinig zelfvertrouwen
- het gevoel vanbinnen dood of leeg te zijn
- gevoelens van machteloosheid, waardeloosheid, wanhoop, schuld, angst en een sterke neiging tot piekeren
- meer algemene klachten zoals hoofdpijn, duizeligheid en misselijkheid
- problemen om de taken van alledag te verrichten
- gedachten rond dood en zelfmoord (Kind en Gezin, 2016).

3.1.3.6 Wat in de praktijk?

In de praktijk is het tijdig herkennen van de symptomen niet eenvoudig. De symptomen van een postpartum depressie zoals bijvoorbeeld veranderingen in eetlust of slaappatroon worden door professionals vaak aanzien als normale reacties op het moederschap oftewel aanzien als symptomen van een postpartum blues.

Daarnaast denken veel prille moeders dat hun gevoelens normaal zijn en horen bij het moeder zijn. De situatie waarin ze zich bevinden wordt zonder meer aanvaard zoals die zich voordoet. Bovendien hebben veel vrouwen geen weet over het bestaan van postpartum depressie.

Sommige vrouwen denken dat de depressie wel vanzelf weer zal overgaan. Men kan ook schrik hebben dat men een slechte reputatie zal krijgen of men schaamt zich voor de depressie.

Door die stigmatisering heeft men schrik om als slechte moeder te worden aanzien en benaderd. Vaak schaamt men zich omwille van het ontbreken van het ideaalbeeld. Bovendien is er ook angst

dat hun kind zal afgenomen worden. Deze gevoelens kunnen het verbergen van een postpartum depressie bevorderen. Omwille van al deze redenen lijden vrouwen met een postpartum depressie nog te veel en is er nood aan hulp en een betere professionele begeleiding (Kendall-Tackett, 2010; BC Reproductive Mental Health Program, 2014; Meulink, 2015; Nice 2017).

3.1.3.7 Preventie

Algemeen

De zwangerschap is een periode waarin er meer gebruik wordt gemaakt van de gezondheidszorg. Dit biedt mogelijkheden naar preventie, screening en interventie toe (Beck, 2001). Daarom is het zinvol om te sensibiliseren tijdens deze periode, opdat de moeder en haar omgeving enerzijds en hulpverleners anderzijds sneller een postpartum depressie zouden herkennen (F. Saeys et al., 2015).

Wat is de betekenis van preventieve maatregelen? Preventieve maatregelen zijn bedoeld om het ontstaan van gezondheidsproblemen te voorkomen en kunnen de economische kosten aanzienlijk verminderen (E. Sockol et al., 2013). Er is ook evidentie vanuit verschillende studies dat preventieve interventies bij zwangere vrouwen kostenbesparend zijn (Brugha et al., 2000) (F. Saeys et al., 2015).

Interventies die gericht zijn op het verminderen van stress bij het koppel kan leiden tot minder depressie bij moeders. Stress bij een koppel wordt gedefinieerd als een gebrek aan evenwicht tussen de eisen van het ouderschap en de beschikbare middelen. Stressoren bij ouders zoals de betaalbaarheid van kinderopvang, dagelijkse zorg voor de kinderen, voedingsproblemen, slaapproblemen, overmatig huilen, gezondheidsproblemen, temperamentvol kind en de combinatie werk en gezin zijn allemaal via onderzoek in verband gebracht met een hoger risico op depressie (Venkatesh, 2014). Dennis (2016) raadt in haar onderzoek aan om de vrouw en haar partner aan te moedigen om ten minste één keer in een week, tijdens de eerste zes maanden postpartum tijd te nemen voor zichzelf als proactieve strategie ter preventie van postpartum depressie. Nice stelt voor om nieuwe moeders tijdens het controleonderzoek aan 6 weken postpartum te bevragen naar hun geestelijke gezondheid.

Preventie in Vlaanderen

Vlaanderen kent tot op vandaag nog geen systematische screening voor postpartum depressie. Enkel de artsen en verpleegkundigen van de consultatiebureaus van Kind en Gezin gaan momenteel op basis van een eenvoudige checklist na of er bij de moeders een vermoeden is van een postpartum depressie. Wanneer er een vermoeden is op postpartum depressie wordt de moeder doorverwezen naar de huisarts voor diagnose. Die doorverwijzingen worden momenteel nog niet geregistreerd. Zoals we al eerder onder het deeltje prevalentie omschreven hoopt Kind en Gezin hier op termijn zelf een beeld van het voorkomen van postpartum depressie in Vlaanderen te kunnen weergeven vanuit een eigen registratiesysteem (Kind en Gezin, 2017).

In juli 2015 werd vanuit het Vlaams parlement een voorstel van resolutie gemaakt betreffende de vroegtijdige detectie en behandeling van de postnatale depressie.

Tot op vandaag is het wenselijk om in Vlaanderen alle gynaecologen, artsen en verpleegkundigen van Kind en Gezin, pediaters, huisartsen maar ook vroedvrouwen te sensibiliseren opdat zij meer aandacht zouden hebben voor de signalen van een postpartum depressie en zo postpartum depressie te reduceren. Er kan dan hopelijk in samenspraak met bovenstaande actoren een screeningspolitiek uitgewerkt worden en een screeninginstrument aangereikt (F. Saeys et al., 2015).

Met het voorstel tot resolutie wilt men gericht werken met de volgende twee doelgroepen. Men wil niet enkel gerichte sensibiliseringscampagnes organiseren voor zorgverstrekkers zoals gynaecologen, artsen, vroedvrouwen, verpleegkundigen en consultatiebureaus die in contact komen met de jonge moeders. Men wil ook zwangere vrouwen, hun partner en omgeving beter informeren over het bestaan van postpartum depressie.

Sensibilisering van hulpverleners

Sensibilisering biedt hulpverleners de mogelijkheid symptomen van postpartum depressie sneller te herkennen. Het is zeker zinvol om in te zetten op sensibilisering bij professionelen omdat zwangere vrouwen en vrouwen in de periode na hun bevalling veel in contact komen met het zorgsysteem en dus ook met de hulpverleners.

Met hun voorstel tot resolutie wil men dat er initiatieven komen om de kennis over postpartum depressie bij de zorgverleners te verhogen. Men wil dat er ondersteuning komt bij de detectie door een perinataal centrum dat recente wetenschappelijke evidentie biedt aan de verschillende zorgverleners op het werkveld.

Naast dit wil men ook een screeningsinstrument introduceren om vroegtijdiger, gericht en meer georganiseerd postpartum depressie bij de vrouw te herkennen. Men wil vrouwen sneller de hulp aanbieden die zij nodig hebben. Vroege detectie van depressie kan immers leiden tot een betere aanpak, wat kan helpen de gezondheid en het welzijn van de vrouw en haar kind te bevorderen. Als screeningsinstrument haalt men in hun voorstel tot resolutie vooral de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) aan, omwille van de wetenschappelijke onderbouwing. Dit is een simpele zelfscoringslijst die bestaat uit tien vragen waarbij de aandoening gemakkelijk kan worden gedetecteerd (AWHONN, 2015; Saeys, 2015). Verder in onze literatuurstudie staat de EPDS omschreven.

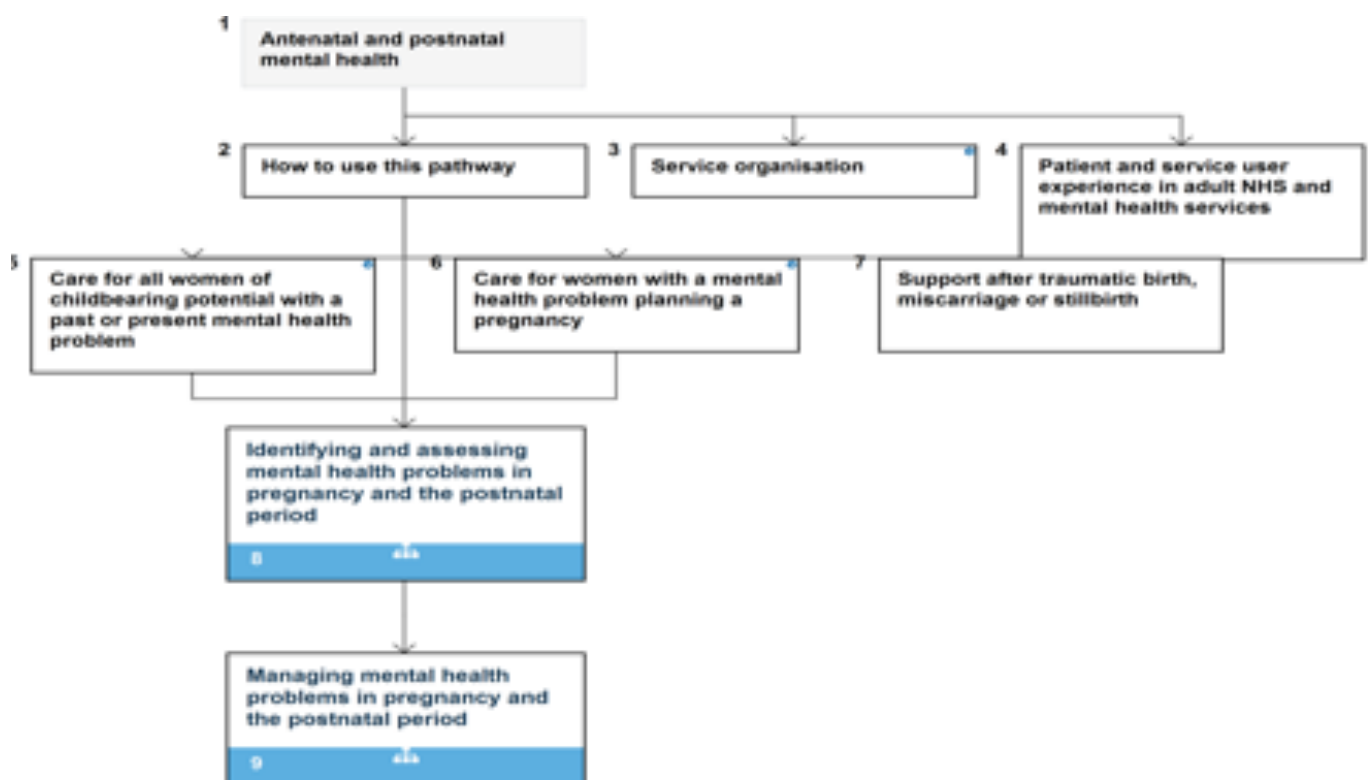
Momenteel staat er bij het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, afgekort KCE, nog een studie gepland samen met de twee moeder-kind-eenheden hier in Vlaanderen om een medische richtlijn te ontwikkelen voor een adequate screening, behandeling en doorverwijzing van postpartum depressie (KCE,2017).

Het KCE adviseert met hun analyses en wetenschappelijke studies de beleidsmakers bij het nemen van beslissingen rond gezondheidszorg en ziekteverzekering. Het KCE is daarbij niet bevoegd om tot een besluitvorming of uitvoering te komen maar biedt hierbij enkel de best mogelijke oplossingen

aan. Daarnaast ontwikkelt het KCE klinische praktijkrichtlijnen ter ondersteuning voor zorgverleners en past die regelmatig aan onder impuls van de steeds evoluerende wetenschappelijke kennis. Daarnaast staat men ook in voor de evaluatie van medische technologieën en geneesmiddelen, de organisatie en financiering van de gezondheidszorg en als laatste is men actief in de ontwikkeling van handleidingen voor andere onderzoekers in de gezondheidszorg (KCE, 2017).

Eens een postpartum depressie gedetecteerd is, is het belangrijk dat de vrouw de gepaste doorverwijzing en behandeling krijgt. Vandaaruit wil men naast een systematisch screeningsinstrument, ook een doorverwijzingsregister ter beschikking stellen voor de hulpverleners zodat vrouwen met vermoeden op/of postpartum depressie gerichter kunnen doorverwezen worden voor een behandeling. Momenteel verwijst men hiervoor door naar de richtlijn van het 'National Institute for Health and Care Excellence', afkort NICE (Saeys, 2015).

NICE werd opgericht in 1999 en is een openbare instelling van het ministerie van volksgezondheid in het Verenigd Koninkrijk. Het NICE biedt nationale begeleiding en advies door middel van evidence-based richtlijnen aan zorgverleners om de sociale zorg en gezondheid te verbeteren. Er is in 2016 door NICE een pathway 'Antenatal and postnatal mental Health' opgemaakt (Nice, 2016).



Figuur 5: Antenatal and postnatal mental health pathway

Dit online digitale pad brengt al de NICE-richtlijnen, kwaliteitsstandaarden en ondersteunende diensten samen omtrent de topic antenatale en postpartum geestelijke gezondheid. In dat digitale pad zijn heel wat informatie en zijn er richtlijnen terug te vinden over hoe je psychologische problemen tijdens deze bijzondere periode kan herkennen, beoordelen, begeleiden, doorverwijzen

en behandelen bij de zwangere of pas bevallen vrouw (Nice, 2015). De richtlijnen van Nice zijn noodzakelijk om het leven van mensen te verbeteren, de kwaliteit van zorg te verbeteren en verstandig gebruik te maken van middelen (Nice, 2017).

Depressie heeft niet enkel impact op de moeder maar ook op haar baby en haar familie. Vroeg detecteren en behandelen kan depressie bij de vrouw aanzienlijk verminderen en zo de ruime impact van een depressie reduceren.

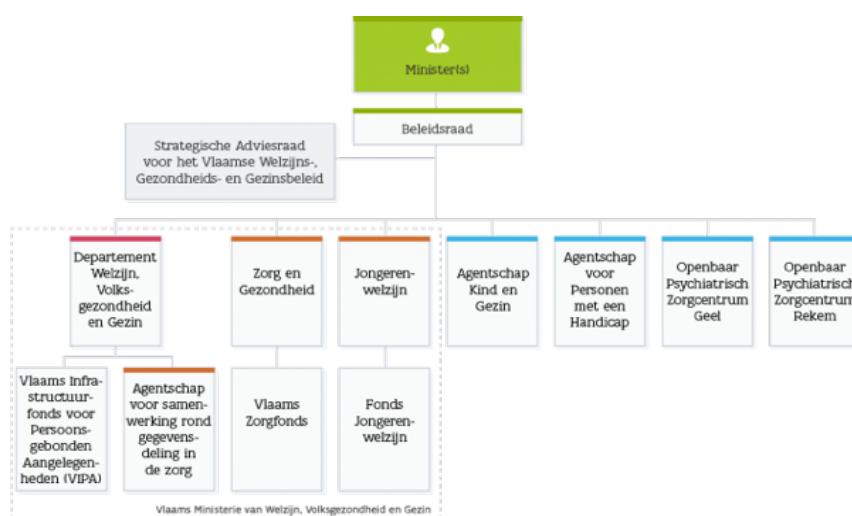
Het Nice raadt zorgverleners sterk aan om te overwegen bij het eerste prenatale bezoek en in de vroege postpartum periode onderstaande drie screeningsvragen te stellen aan de vrouw met als doel, een algemeen beeld over de geestelijke gezondheid en het welzijn van een vrouw te krijgen:

1. Voelde u zich de laatste maand weleens neerslachtig, hopeloos of depressief?
2. Voelde u zich de laatste maand gehinderd door minder interesse en plezier in het dagelijkse leven?
3. Wilt u hiervoor geholpen worden?

Bij een positief antwoord kan men ervoor opteren om de vrouw verder te screenen aan de hand van de EPDS vragenlijst of kan men de vrouw doorverwijzen naar een huisarts of gespecialiseerde arts voor een diagnose (Nice, 2015).

Agentschap Zorg en Gezondheid

‘Agentschap Zorg en Gezondheid’ is een organisatie van de Vlaamse overheid die als doel heeft het leven en welzijn van elke Vlaming gezonder te maken (Zorg en Gezondheid, 2017). Deze organisatie zorgt voor een zorgaanbod in de thuiszorg, de ouderenzorg, de ziekenhuizen, de revalidatie, de geestelijke gezondheidszorg en palliatieve zorg. Men erkent en financiert ook al die voorzieningen en alleen-werkende zorgverstrekkers. Naast dit geeft men de Vlaming advies rond gezond leven. Men organiseert preventieve onderzoeken naar bijvoorbeeld kanker. Men stelt vaccinaties ter beschikking voor kinderen en volwassenen en red hier levens mee. Men helpt daarnaast nog mensen hun zorg betaalbaar te houden. Het is deze organisatie die de Vlaamse zorgverzekering organiseert waar elke Vlaming een bijdrage aan betaalt.



Figuur 6: Organogram beleidsdomein Welzijn, volksgezondheid en gezin

Het Agentschap Zorg en Gezondheid wil, samen met onder andere Kind en Gezin, de moederkindeenheden het taboe rond postpartum depressie in Vlaanderen doorbreken. Met hun campagne rond geestelijke gezondheidszorg wil men inzetten op de algemene beeldvorming en het informeren van ouders, hun omgeving en zorgverstrekkers omtrent postpartum depressie. Op die manier hoopt men bij te kunnen bijdragen zodat signalen tijdiger worden opgepikt. Dat is immers een belangrijke eerste stap naar gepaste hulp (Kind en Gezin, 2017).



HERKEN DE SIGNALEN.
KIJK OP KINDENGEZIN.BE
EN #IKBENERVOORJOU

Figuur 7: Affiche Agentschap Zorg en Gezondheid

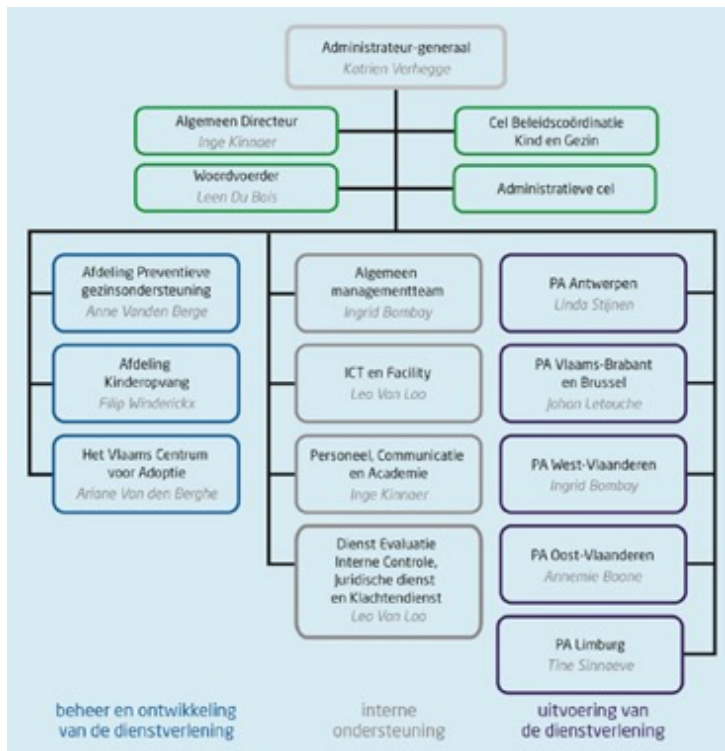
Kind en Gezin

De oprichting van de 'Nationale Belgische liga voor kinderbescherming' in 1904 en de afdeling 'Nationaal werk voor kindervelzijn' in 1919 liggen aan de basis van de georganiseerde kindervelzijn in België. 'Kind en Gezin' is uiteindelijk ontstaan in 1984 als een Vlaamse openbare instelling voor hulp en advies over het welzijn van kinderen. Hun opdracht bestaat erin om samen met hun partners actief bij te dragen tot het welzijn van jonge kinderen en hun gezinnen. De uitvoering gebeurt door dienstverlening aan te bieden op drie beleidsvelden: preventieve gezinsondersteuning, kinderopvang en adoptie.



Figuur 8: Logo Kind en Gezin

In Brussel bevinden zich de beleidsafdelingen van 'Kind en Gezin'. Hier worden jaarlijks beleidsopties genomen, vernieuwingen uitgetekend en nieuwe projecten opgestart. De uitvoering van de planning van het beleid gebeurt in de provinciale afdelingen.



Figuur 9: Organogram kind en gezin, 2017

Onder het beleidsdomein gezinsondersteuning verstaan we gratis begeleiding van ouders vanaf de zwangerschap tot het kind drie jaar is. Ouders kunnen er terecht voor allerlei zaken zoals vragen of klachten over een bepaalde dienst, persoonlijke gesprekken en consult.

Kind en Gezin heeft ook een heel aantrekkelijke website uitgewerkt waar behoorlijk wat informatie terug te vinden is, onder andere: over ontwikkeling, veiligheid, gezondheid en vaccineren, zwangerschap en geboorte, ... Er worden nieuwsbrieven verdeeld over zwangerschap, van baby tot kleuter enzoverder. Er worden brochures en folders uitgedeeld. Ook worden er infoavonden voor zwangere vrouwen en ouders georganiseerd. Verder is Kind en Gezin ook actief op sociale media zoals Facebook, Twitter en Instagram. Als een kleuter naar school gaat, neemt het Centrum voor Leerlingenbegeleiding, afgekort CLB, de taak van Kind en Gezin over.

Om de symptomen van postpartum depressie beter en sneller te kunnen herkennen heeft 'Kind en Gezin' informatie over postpartum depressie op hun website geplaatst. Deze is terug te vinden onder de rubriek zwangerschap en geboorte, anders dan verwacht en van daaruit kun je naar de informatie over postpartum depressie. Op die pagina is een opsomming van symptomen en raadgevingen terug te vinden die opgesteld werden door Kind en Gezin. Die informatie kan hulp aanbieden voor de vrouw, haar partner, haar familie en omgeving om postpartum depressie beter te begrijpen en bij te staan. Volgende tips zijn terug te vinden:

- Praat met de moeder over haar gevoelens en gedachten. Help haar om zich er minder schuldig over te voelen.
- Praat depressieve gevoelens niet weg. Begrip, medeleven en echte luisterbereidheid zijn heel belangrijk.
- Stel haar gerust dat deze gevoelens voorbijgaan. Zeg haar dat ze zich, met de nodige ondersteuning beter zal gaan voelen.
- Overleg welk deel van de zorg voor haar kind en voor het huishouden kan overgenomen worden zodat ze meer ruimte krijgt om voor zichzelf te zorgen.
- Neem agressieve uitvalen niet persoonlijk. Bedenk dat wanneer de moeder bij iemand haar gevoelens durft te uiten, ze zich veilig voelt.
- Overleg met de verpleegkundige van Kind en Gezin, een arts of een vroedvrouw bij ongerustheid of als de klachten langer dan 10 à 14 dagen na de bevalling aanhouden.
- Zorg voor elkaar, ondersteun de moeder-kind binding en aanvaard ook zelf steun als het te veel wordt (kind en gezin, 2016).

Huizen van het kind

In 2014 is er een partnerschap tussen Kind en Gezin en 'De huizen voor het kind' opgericht. Deze partner zet zich lokaal in voor gezinnen en jongeren. Zo kan men in de meeste Vlaamse gemeenten terecht bij 'De huizen voor het kind' voor informatie over opvoeden en opgroeien, minimale preventieve gezondheidszorg, opvoedingsondersteuning en bevordering van ontmoeting en sociale relaties tussen mensen (Kind en Gezin, 2017).



Figuur 10: Logo Huis van het Kind

Ziekenhuis

Heel wat ziekenhuizen organiseren informatiesessies rond zwangerschap en bevalling. Het kan daarom ook interessant zijn naar preventie van postpartum depressie toe om tijdens deze sessies ook even aandacht te besteden aan de symptomen van een postpartum depressie, de impact die eraan verbonden is en waar men terecht kan voor hulp. Sommige ziekenhuizen besteden hier al aandacht aan en men stelt vast dat die moeders die geconfronteerd worden met een postpartum depressie die effectief sneller herkennen en daardoor sneller hulp gaan zoeken (Saeys, 2015).

3.1.3.8 Rol van de vroedvrouw als zorgverlener

Algemeen

Hoewel postpartum depressie veel voorkomt, wordt het nog te vaak niet opgemerkt door de eerstelijnsgezondheidswerkers. Een gebrek aan blijdschap voor de baby, vermoeidheid en somberheid staan in contrast met die verwachte roze wolk. Daardoor heeft een moeder met een postpartum depressie vaak schuldgevoelens en gevoelens van schaamte. Door de maatschappelijke verwachtingen en het taboe hierrond vinden jonge moeders het moeilijk om dat ook openlijk te zeggen tegen hun familie of tegen hulpverleners. Vaak denken ze dat zij de enigen zijn die zich zo voelen (F. Saeys, 2015). Moeders worden volgens onderzoek ook nog te vaak geconfronteerd met belemmeringen in het zoeken naar hulp, zoals het onvermogen om hun gevoelens te uiten of om de symptomen van een depressie te herkennen (Kettunen, 2014).

Men stelt een algemeen gebrek aan kennis over postpartum depressie vast bij zorgverleners. Onderzoek toont aan dat het belangrijk is voor de diensten gezondheidszorg om moeders die al eerder een voorval van perinatale depressie hebben gehad, op te volgen. Als een moeder al een depressie tijdens de zwangerschap heeft gehad, is de zorg tijdens haar zwangerschap en kort na de geboorte van essentieel belang. Er bestaat ook een kans dat een moeder haar eerste depressie pas na de bevalling krijgt, om die reden is het aangewezen om alle moeders te screenen binnen een termijn van zes weken na de bevalling (Kettunen, 2014).

Enkel screenen is niet effectief, het is ook belangrijk om speciale aandacht te besteden aan gevoelens als verdriet en hopeloosheid en de diversiteit aan symptomen die gelinkt worden aan een postpartum depressie. Het is ook van belang om moeders te informeren over de symptomen van een postpartum depressie en hun bewust te maken van mogelijke nieuwe voorvallen van depressie in de toekomst (Kettunen, 2014).

Definitie van gezondheidsvoorlichting

Gezondheidsvoorlichting maakt deel uit van gezondheidsbevordering of gezondheidspromotie, het is een term die door de WHO gedefinieerd wordt als 'het proces waardoor mensen of groepen van mensen in staat worden gesteld om meer controle te verwerven over de determinanten van hun gezondheid, om zo hun gezondheid te verbeteren' (WHO, 2016). Gezondheidsvoorlichting geven behoort tot een belangrijke opdracht van de vroedvrouw (NRVR, 2006).

Tips voor de vroedvrouw

Omwille van de negatieve effecten van perinatale depressie op de ontwikkeling van de foetus, de moeder-kind binding en ouderschap, is alertheid bij zorgverleners, waaronder vroedvrouwen, noodzakelijk om symptomen van depressie tijdens de perinatale periode vroegtijdig te herkennen.

Vroedvrouwen die werken met zwangere vrouwen en pas bevallen vrouwen hebben de ideale positie om screening uit te voeren tijdens de zwangerschap en postpartum periode om zo vrouwen met een depressie te detecteren. De vroedvrouw kan helpen om aangepaste interventies aan te bieden om de veiligheid van de vrouw en de pasgeborene te verzekeren. Ze kan ook de weg naar de geestelijke gezondheidszorg en eventuele hulpgroepen toegankelijker maken en laagdrempelig houden (AWHONN, 2015).

Een vroedvrouw kan op onderstaande manieren steun aanbieden aan de vrouw en haar omgeving en op die manier iets betekenen voor die vrouw. Met onderstaande richtlijnen van het National Institute for Health and Care Excellence, afgekort naar NICE en uit het wetenschappelijk tijdschrift AWHONN kan men de kwaliteit van de zorg verbeteren door:

- Zwangere vrouwen en moeders aan te moedigen om hun negatieve gevoelens die ze ondervinden te uiten.
- De belangrijke rol van de vrouw in de zorg voor haar baby te erkennen en te steunen op een niet-oordelende en medelevende manier.
- De vrouw en haar partner te betrekken bij alle beslissingen over haar verzorging en de verzorging van haar baby.
- Aandacht te geven aan de risicofactoren bij vrouwen in de perinatale periode.
- Het invoeren van screeningprogramma's en onderzoek naar perinatale depressie en angststoornissen op verschillende tijdstippen tijdens de zwangerschap en in de postpartum periode.
- Aan zwangere vrouwen en jonge moeders uitleg te geven over de symptomen van een perinatale depressie of een angststoornis. Onder andere ook advies geven aan de vrouw welke stappen ze moet nemen als ze dergelijke symptomen ervaart.
- Actueel mee te blijven met de laatste evidenties rond veilig medicatiegebruik tijdens zwangerschap en de lactatieperiode.
- Rekening te houden met het welzijn van de baby, de andere kinderen in het gezin en de rol van de partner die een invloed kan hebben op het psychische probleem.
- Zelf te erkennen dat vrouwen met een psychisch probleem niet altijd openstaan om hun problemen te bespreken vanwege angst voor stigmatisering en een negatief zelfbeeld als moeder.
- Te erkennen dat de vrouw terughoudend kan zijn om mee te werken aan een behandeling omwille van het vermijden van haar psychisch probleem.
- Te erkennen dat sommige vrouwen, problemen kunnen ondervinden met de moeder-kind relatie. Bespreek in dit geval met haar de bezorgdheid dat de vrouw heeft over haar relatie met haar baby (Nice, 2015).
- Bij elke postpartum contact, moeten vrouwen worden gevraagd naar hun emotioneel welzijn en kan de vraag gesteld worden op welke sociale steun de vrouw kan rekenen.
- Alle beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg moeten zich bewust zijn van de signalen en symptomen van een postpartum blues en een postpartum depressie die kunnen worden ervaren in de weken tot maanden na de geboorte.
- In de periode rond 10 tot 14 dagen na de geboorte moet de vrouw gevraagd worden naar de verdwijning van de symptomen van een babyblues (bijvoorbeeld, huilerig zijn, gevoelens van

angst, weinig zin om iets te ondernemen). Als de symptomen niet weggaan, moet de vrouw worden beoordeeld op een postpartum depressie.

- Vrouwen moeten worden aangemoedigd om tijd te nemen om te rusten, hulp te vragen bij de zorg voor hun baby, te praten met iemand over hun gevoelens en ervoor zorgen dat ze toegang hebben tot sociale netwerken (NICE,2006).
- Tijdens het anamnesegesprek kun je als vroedvrouw voorzichtig polsen bij de vrouw naar eventuele angsten voor hun bevalling. Bij multipara vrouwen kun je vragen naar geboortetrauma in de anamnese.
- Ontwikkel een actuele lijst van organisaties die helpen in de behandeling van depressie.
- Bereid vrouwen voor om zichzelf te controleren op symptomen van depressie en angst. Adviseer hen hierbij welke stappen men kan ondernemen wanneer ze symptomen ervaren.
- Moedig zwangere vrouwen aan om zeker eerst een gespecialiseerde hulpverlener te contacteren voor men beslist met antidepressiva medicatie te stoppen omwille van hun zwangerschap (AWHONN, 2015).

Naast deze richtlijnen hebben wij als studenten vroedkunde de mooie kans gekregen om een interview met mevrouw Van Weddingen Lieve te doen. Zij is schrijfster van het boek 'mijn baby lacht, nu ik nog'. Daarnaast is ze ook coach en gestalt-therapeut voor vrouwen, waarbij ze zich gespecialiseerd heeft in het begeleiden van vrouwen die het moeilijk hebben met zichzelf tijdens en na de zwangerschap. Wij hebben uit ons interview met haar onderstaande aanbevelingen gehaald. Onderstaande aanbevelingen kunnen de vroedvrouw helpen een betere zorg aan te bieden aan kraamvrouwen die moeite hebben met zichzelf of te lijden hebben onder postpartum depressie:

- Als vroedvrouw is het belangrijk aanstaande ouders te helpen zich goed voor te bereiden op hun bevalling, kraamtijd en ouderschap. Het is de taak van de vroedvrouw om dit moment in het leven van de ouders zo vlot mogelijk te laten verlopen.
- Een zachtere aanpak door de vroedvrouw is nodig, dit kan door jezelf bijvoorbeeld voor te stellen als vroedvrouw. Dit kan ook door aandacht te geven aan de vrouw zelf, je mag gerust de vrouw vragen hoe ze zich voelt.
- Als vroedvrouw dien je je te realiseren dat de wijze waarop je werkt van grote invloed kan zijn op het geestelijk welzijn van de vrouw.
- Ga bij de vrouw zitten. Durf de vrouw aan te raken.
- Zorg voor een goede en respectvolle communicatie met de vrouw door bijvoorbeeld haar uit te leggen wat je gaat doen.
- Voorkom dat een vrouw een extreem slaaptkort oploopt. Dit kun je doen door onder andere bezoek te reduceren of haar nachtrust te respecteren.
- Als vroedvrouw moet je durven doorvragen: waarom voelt de vrouw zich goed / waarom voelt de vrouw zich minder goed.
- Vertel de vrouw dat die depressieve gevoelens overgaan.
- Vertel de vrouw dat ze niet te streng mag zijn voor zichzelf.
- Het is belangrijk dat de vrouw over haar gevoelens kan praten. Ze mag haar emoties niet onderdrukken.
- Laat de vrouw uitspreken en bedenk daarbij dat er geen oplossing moet zijn.

- Luister aandachtig naar de vrouw zonder te oordelen. De vrouw moet het gevoel hebben dat er echt naar haar wordt geluisterd.
- Geef aandacht aan de vrouw tijdens de verzorgingsmomenten. Probeer deze momenten van aandacht te koppelen aan het functionele.
- Hecht veel belang aan een goede onderlinge briefing over de kraamvrouw. Zodat de vrouw niet steeds haar verhaal hoeft te herhalen telkens er een nieuwe vroedvrouw haar kamer binnenkomt.
- Aandacht voor de relatie tussen de vrouw en haar partner is zeer belangrijk. De vrouw heeft de steun van haar partner nu nodig.
- Hecht als vroedvrouw belang aan de moeder-kind binding. Neem een kind niet weg van bij zijn moeder. Je verbreekt daardoor de connectie tussen de moeder en haar kind.
- Geef uitleg aan de vrouw hoe hechting met haar kindje tot stand komt. Stimuleer haar om haar kindje veel bij haar te houden.
- Betuttel de vrouw niet te veel maar geef aandacht voor haar zelfredzaamheid. Laat de vrouw niet vertrekken zonder een adres of een aangrijpingspunt mee te geven. Hoe sneller een vrouw hulp krijgt hoe sneller de vrouw kan genezen.
- Wacht niet te lang met de vrouw hulp aan te bieden (Van Weddingen, 2017).

Naast bovenstaande raadgevingen volgt hieronder een samenvatting met enkele tips van externe promotor mevrouw Van Acker, voor alle vroedvrouwen. Deze tips vloeien voort vanuit de gesprekken met moeders die in opname kwamen in Centrum Moeder en Baby en die hun noden net voor, tijdens en net na de bevalling, durven te verwoorden:

- Neem de tijd om echt aanwezig te zijn, met aandacht voor een zeer persoonsgerichte en individuele werkrelatie 'vroedvrouw – net bevallen vrouw'.
- Maak contact vooraleer je met allerlei raad en advies op de proppen komt
- Luister naar wat de vrouw zelf te vertellen heeft en speel hierop in. Laat eigen visies of soms zelfs eens eigen oordelen los.
- Laat verloskwartier en materniteit in elkaar overvloeien zodat eventuele moeilijke zaken of complexe gevoelens net na de bevalling verder kunnen opgevolgd worden.
- Durf als vroedvrouw zaken te normaliseren, maar wees zeer alert voor gedachten en gevoelens van de vrouw die niet helemaal te begrijpen vallen binnen de periode van babybleus.
- Combineer technische skills met een portie gezonde, authentieke maar professionele communicatievaardigheden.
- Durf multidisciplinair te gaan werken indien babybleus lijken over te hellen naar stemmingsstoornissen (Van Acker, 2017)

Opleiding Postpartum Consulente

Momenteel zijn er weinig hulpverleners die echt weten waarmee ze bezig zijn bij vrouwen die na de geboorte van hun kind moeite hebben met zichzelf en postpartum problemen. Wat nodig is, is dat vrouwen weten wie er in hun buurt gespecialiseerde hulp kan aanbieden. Hoe sneller een vrouw met problemen bij iemand terecht kan, hoe sneller ze zich terug beter kan voelen.

Recent kun je bij Lieve Van Weddingen een opleiding volgen tot postpartum consulente. Deze getrainde hulpverleners kunnen dan na het slagen in hun opleiding gecontacteerd worden als eerste doorverwijsadres voor vrouwen die moeite hebben met hun gevoelens.

De opleiding is geen academische opleiding maar leunt het dichtst aan bij een coaching- of therapieopleiding. Deze opleiding heeft de intentie om professionele hulpverleners, zoals bijvoorbeeld de vroedvrouw, die beroepsmatig veel in contact komen met moeders een basisopleiding te bezorgen in het begeleiden van moeders in de postpartum periode. Deze opleiding heeft de bedoeling zoveel mogelijk moeders zo snel mogelijk te helpen wanneer ze zich na de bevalling depressief voelen. Het is een achtdaagse opleiding om moeders te kunnen begeleiden die tijdens en na de zwangerschap problemen ervaren met hun gevoelens. Tijdens de opleiding wordt er veel aandacht besteed aan waar de grens ligt tussen wat je zelf kan begeleiden en wanneer je toch moet doorverwijzen. Het is niet de bedoeling dat je zelf voor therapeut gaat spelen maar dat je op een meer gerichte manier moeders kan begeleiden zodat ze minder diep wegzakken en dus ook geen therapeut, psycholoog of psychiater nodig hebben.

Iedereen die de opleiding volgt, blijft als postpartum consulente onder Lieve Van Weddingen haar supervisie en zal deel uitmaken van het Postpartum Consulenten netwerk. Na het succesvol afronden van de opleiding worden je naam en adres vermeld op de website zodat moeders zich snel tot jou kunnen wenden. Deze opleiding is een geaccrediteerde opleiding voor veertig uren (Van Weddingen, 2016).

Doorverwijzing

Bij het vermoeden van een psychische problematiek, wordt best doorverwezen naar relevante hulpverleners binnen de eerste lijn en/ of naar de geestelijke gezondheidszorg. De vroedvrouw heeft in dit opzicht een signalerende functie. Van de vroedvrouw wordt dan ook verwacht dat zij aandacht heeft voor de sociale omgeving waarin een baby terecht komt. Daarnaast kan zij vanuit haar rol als vroedvrouw een vertrouwenspositie innemen binnen een multidisciplinair team van zorgverleners (VBOV, 2016).

3.1.3.9 Behandeling

Algemeen

Een behandeling heeft als doel om symptomen te verlichten bij mensen met een bepaalde aandoening (E. Sockol et al., 2013). De zwangerschap is een periode waar er meer gebruik wordt gemaakt van de gezondheidszorg. Die periode biedt mogelijkheden naar screening en interventie toe (Beck, 2001). Niet-therapeutische sociale ondersteuning en educatieve interventies zijn in onderzoek beoordeeld als preventieve behandelingsmethoden (Dennis et al., 2008). Ook is er onderzoek gedaan naar alternatieve biologische behandelingen zoals voedingssupplementen als potentiële preventieve interventie voor postpartumdepressie (Llorente et al., 2003).

Wat wanneer een moeder overweldigd wordt met gevoelens waarvan zij het bestaan niet eens kende en steeds maar verder wegzakt in een depressie? Eens een depressie bij de moeder is gedetecteerd, is het van belang dat men een goede behandeling krijgt en een gepaste doorverwijzing. De duur van een depressie is bij elke vrouw verschillend. Een onbehandelde depressie kan tot jaren aanhouden. Maar dit hoeft niet, een postpartum depressie kan over het algemeen goed behandeld worden. Met psychotherapie zoals gesprekstherapie en medicijnen worden goede resultaten bereikt. Wat ook kan bijdragen tot herstel bij de vrouw, is sociaal contact en contact met lotgenoten, bijvoorbeeld een zelfhulpgroep. Recent is bijvoorbeeld de facebookgroep opgericht 'The Gentlemom' en 'postpartum steun België', in Gent is een babyrestaurant te vinden waar alle moeders kunnen samenkomen om te praten, enzoverder (F. Saeys et al., 2015).

De partner wordt, indien hij aanwezig is, het liefst actief betrokken bij de behandeling zodat het gezin verbonden blijft. Men kan momenteel in België voor behandeling van een postpartum depressie terecht bij de huisarts, in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg, bij een zelfstandige psycholoog, psychotherapeut, psychiater of in een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. In de moeder- en babyeenheden van psychiatrische ziekenhuizen kan men terecht voor ambulante zorg, dagbehandeling of opname van de moeder samen met het kind (kind en gezin, 2016).

Een breed aanbod van behandelingsmethoden om postpartum depressie te voorkomen werden onderzocht. Zo is gebleken uit deze onderzoeken dat psychotherapie, waaronder cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke psychotherapie en antidepressiva effectief zijn bij de behandeling van postpartum depressie (Sockol, 2011).

Uit onderzoek blijkt ook dat interventies die stress en spanning bij ouders doet afnemen kan leiden tot minder depressie (K. Venkatesh, 2014). Uit onderzoek van Dennis (2004) blijkt terug dat volgende niet-biologische behandelingen effectief blijken en worden aanbevolen in de preventie voor postpartum depressie: educatieve groepslessen, sociale steun, continuïteit van de zorg, aanpassingen aan postpartum zorg en ontspanning.

Alle interventies voor psychische problemen in de zwangerschap en de postnatale periode moet worden geleverd door bevoegde beroepsbeoefenaars (Nice, 2006).

Sociale ondersteuning

Niet alleen is sociale steun een trigger voor het ontstaan van postpartum depressie maar wanneer de depressie een feit is geworden kan sociale steun een verschil maken in de behandeling van postpartum depressie. Hoe meer sociale steun de vrouw kan krijgen tijdens haar depressie, hoe sneller de vrouw zich opnieuw beter zal voelen. Er moet een soort sociaal vangnet gevormd worden rondom de vrouw dat voorkomt dat de vrouw nog dieper wegzakt in haar depressie. Dit kan door de omgeving van de vrouw zoals haar partner, familie, vrienden, huisarts, enzoverder voldoende informatie aan te bieden omtrent postpartum depressie. De vrouw heeft net nu een omgeving nodig die voor haar zorgt, met haar praat over haar gevoelens, haar kan geruststellen en haar accepteert in de situatie waar ze zich in bevindt en hoe ze die ervaart.

Sociale steun betekent ook dat men haar stimuleert beter voor zichzelf te zorgen door bijvoorbeeld haar te laten genieten van een momentje voor zichzelf.

Diezelfde sociale steun kan ook praktische hulp aanbieden door de vrouw te helpen in haar huishouding, te zorgen voor huishoudhulp of zorg te dragen voor de anderen kinderen. Het biedt de vrouw de kans om meer tijd met haar baby door te brengen. Het is van groot belang voor haar genezingsproces dat de moeder zich gehoord voelt (Sockol et al., 2013; Meulink, 2015; Van Weddingen, 2016).

Educatie

Het doel van educatie is om de vrouw en haar omgeving te helpen de symptomen van de onderliggende aandoening te begrijpen en hen meer kennis te geven over welke behandelingen mogelijk zijn. Men wordt hierbij door een deskundige geïnformeerd over alles rond postpartum depressie, wat kan bijdragen tot een afname van depressieve klachten (BC Reproductive Mental Health Program, 2014; Meulink, 2015).

Psychotherapie

Psychotherapie is na medicatie de meest gekozen vorm van behandeling voor postpartum depressie (O'hara en Mc Cabe, 2013). Vele onderzoeken ondersteunen dat psychotherapie zeer effectief is in de behandeling voor postpartum depressie (Dennis, 2013; Sockol et al., 2013). Een professionele relatie gebaseerd op vertrouwen tussen de therapeut en de vrouw, is naast de therapeutische benadering nog belangrijker. Het is voor een therapeut een must dat de vrouw zich begrepen voelt. Bovendien kan de juiste informatie ervoor zorgen dat ze wordt gerustgesteld en weet dat ze niet de enige is die zo iets meemaakt. Dit kan enkel een goede vertrouwensrelatie bevorderen. Psychotherapie blijkt uit onderzoek zowel individueel als in groep effectief. De therapie kan zich focussen op zowel de vrouw als haar partner, de moeder-kind relatie of de ouder-kindrelatie (Meulink, 2015; BC Reproductive Mental Health Program, 2014).

Cognitieve psychotherapie

Cognitieve psychotherapie is vooral gefocust op het doorbreken van negatieve gedachten door onder andere het identificeren en begrijpen van die negatieve gedachten, door het veranderen van gedrag dat bijdraagt tot het ontstaan van depressie, het voorkomen van terugval, het leren omgaan met stress enzoverder (Hanan et al., 2017). In de behandeling voor milde tot matige depressie blijkt cognitieve psychotherapie in combinatie met zelfzorg en educatie zeer effectief te zijn. In de behandeling van zware depressie is de combinatie met medicatie beter (BC Reproductive Mental Health Program,2014).

Interpersoonlijke psychotherapie

Interpersoonlijke psychotherapie focust zich op veranderingen in de interpersoonlijke interacties van de vrouw en onderzoekt hoe die bijdragen aan het ontstaan of in stand houden van depressieve gevoelens. Hierbij schenkt men veel aandacht voor de veranderde rol van de vrouw en wat die nieuwe rol van haar en haar sociale relaties kan betekenen. Bij interpersoonlijke psychotherapie leert men de vrouw de vaardigheden aan die nodig zijn om zich aan te passen aan die veranderende rol en verbetert hierdoor de interacties (BC Reproductive Mental Health Program,2014).

Groepstherapie

Groepstherapie kan alleen als behandeling toegepast worden maar ook in combinatie met andere behandelingen zoals medicatie. De therapie kan gegeven worden door een therapeut maar kan evengoed ook aangeboden worden als onlinedienst of telefonische begeleiding. Groepstherapie biedt een aanvaardbare en veilige plaats aan waar vrouwen hun frustraties en angst kunnen uiten en waar men op begrip kan rekenen van anderen (BC Reproductive Mental Health Program,2014).

Gezinstherapie

Spanning tussen een koppel blijkt een belangrijke factor te zijn in de ontwikkeling van postpartum depressie. Bij een slechte partnerrelatie hebben beide partners een hoger risico op depressie en is er meer kans op ernstige depressie voor een langere duur. Hoewel er beperkt onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van gezinstherapie bij de behandeling van depressie, zijn er verschillende studies die de spanning tussen een koppel en de ontwikkeling van een depressie in de niet perinatale bevolking hebben onderzocht. Hun resultaten suggereren dat in vergelijking met individuele therapie, gezinstherapie net zo effectief is in de behandeling van depressie en helpt de spanning tussen partners te verminderen (BC Reproductive Mental Health Program,2014).

Lichttherapie

Lichttherapie lijkt een positieve werking te hebben op depressies vooral bij een seizoensgebonden depressie. Uit onderzoeken blijkt dat lichttherapie de symptomen van een depressie vermindert bij zwangere vrouwen en vrouwen die pas bevallen zijn. De behandeling wordt zeer goed verdragen zonder nadelige gevolgen. Op basis van groeiend bewijs beveelt men aan om 10 minuten na het ontwaken 's morgens, 30 minuten lichttherapie te volgen (M. Deligiannidis, 2014).

Massage

Recente onderzoeken concluderen dat massagetherapie depressieve symptomen bij depressieve mensen vermindert. Onderzoeken hebben uitgewezen dat massage het parasympatisch gedeelte van het zenuwstelsel kan beïnvloeden. Door massage neemt het stresshormoon cortisol en noradrenaline af. Prenatale massage kan een voordeel opleveren bij het verminderen van prenatale en postpartum depressie. Buiten dit voordeel wordt het ook in verband gebracht met minder kans op vroeggeboorte en een laag geboortegewicht maar verder onderzoek is nog nodig (M. Deligiannidis, 2014).

Mindfulness

Mindfulness is gebaseerd op een boeddhistische traditie die gericht is op aandachtstraining die je beter leert omgaan met je emoties, stress, angst, slapeloosheid en depressie. Het betekent bewust aandacht geven aan wat er hier en nu is. Mindfulness blijkt uit wetenschappelijk onderzoek effectief te werken voor lichte tot milde depressies of als aanvulling bij gebruik van antidepressiva. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de angst gerelateerd aan de zwangerschap, stress en depressie hierdoor vermindert. Ook blijkt mindfulness de moeder-kind interacties te verbeteren in de postpartum periode.

Relaxatie

Relaxatietechnieken helpen stress en angst te verminderen door technieken zoals bijvoorbeeld diafragmatische ademhaling, spierontspanning en geleide fantasie. Het helpt je hoofd leeg te maken van al die nare gedachten en je opnieuw op te laden. Het heeft tot doel je lichaam en geest tot rust te brengen. Uit onderzoek blijkt dat relaxatie heel wat voordelen heeft die helpen om stress en depressieve symptomen te verminderen zoals een vertraging van de hartslag. Hierdoor heeft men een minder opgejaagd gevoel, krijgt men meer geduld, verbetert de slaap, ervaart men minder hoofdpijn, minder pijn door een lagere spierspanning en globaal een betere mentale en fysieke gezondheid (BC Reproductive Mental Health Program, 2014).

Acupunctuur

Acupunctuur is een onderdeel van een behandelmethode in de traditionele Aziatische geneeskunde waarbij men het lichaam weer in balans wil brengen. Hierbij worden dunne metalen naalden op zogenaamde acupunctuurpunten in het lichaam gestoken. Die dienen om de vitale energiestroom die is geblokkeerd te herstellen. Momenteel zijn er maar heel weinig gegevens beschikbaar over de werkzaamheid en veiligheid van acupunctuur en is er onvoldoende bewijs te vinden dat het gebruik van acupunctuur effectief werkt bij de behandeling van depressie.

Omega-3 vetzuren

Omega-3 vetzuren zijn essentiële vetzuren die bij inname voordelen heeft voor de gezondheid van de moeder en de ontwikkeling van haar baby. Eicosapentaeenzuur (EPA) en docosohexaeenzuur (DHA) zijn twee belangrijke omega-3 vetzuren die te vinden zijn in vis. De Europese autoriteit voor voedselveiligheid beveelt het eten van vis, vooral vette vis, minstens twee keer per week aan. Dit om zwangerschapsuitkomsten en foetale gezondheid te optimaliseren. Men beveelt een inname van 250 mg EPA plus DHA per dag voor volwassenen aan, met een extra 100 tot 200 mg DHA per dag tijdens de zwangerschap. Onderzoeken tonen een statistisch voordeel aan dat een inname van 1 gram EPA plus DHA omega-3 vetzuren helpt tegen depressie (M. Deligiannidis, 2014).

Voeding

Voor moeders die borstvoeding geven aan hun kind en geen medicatie willen innemen, kan een aangepaste voeding een goed alternatief aanbieden. Naast therapie en alternatieve behandelingen, kan voedingsadvies zinvol zijn bij het verlichten van depressieve symptomen en het algemene welzijn van de moeder verbeteren. Zo blijkt onder andere het mediterrane dieet effectief bij postpartum depressie. Daarnaast is ook gebleken dat dit dieet, dat gebaseerd is op de voedingsdriehoek, voordelen heeft voor de gezondheid van het kind (Fredricks, 2014).

Sint-Janskruid

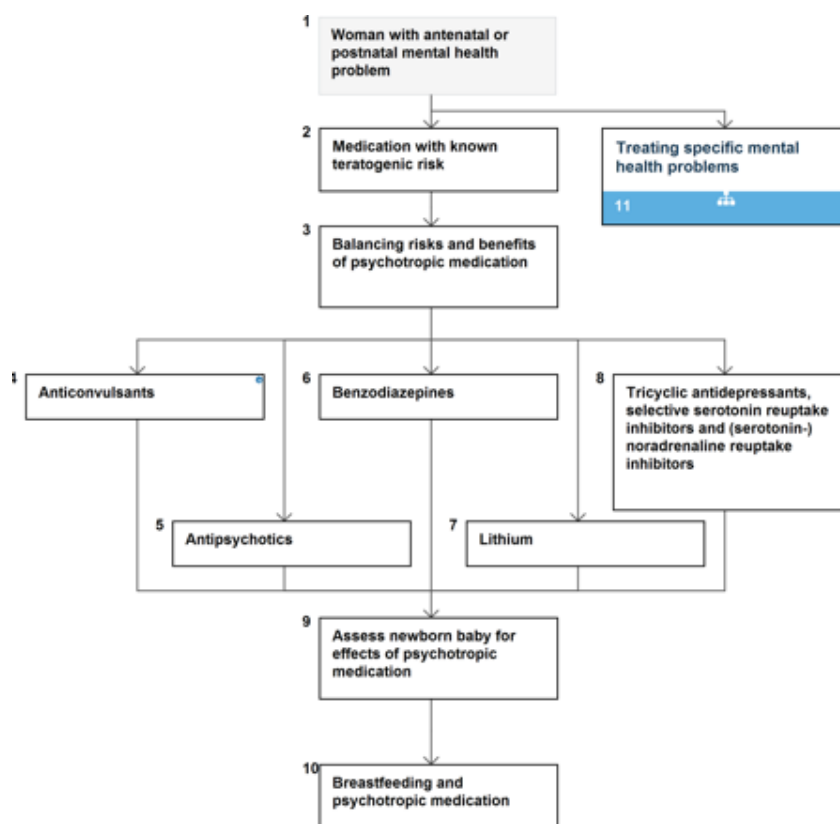
Hypericum perforatum, uit de plant sint-janskruid wordt al sinds de oudheid gebruikt voor zijn geneeskrachtige eigenschappen. Uit onderzoek blijkt dat inname van 300 tot 1200 mg sint-janskruid doeltreffend werkt bij mensen met een lichte tot matige depressie. De werking van dit kruid is te vergelijken met de werking van de selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI's) type prozac®. Bij inname van Sint-Janskruid moeten we ons er wel bewust van zijn dat dit de werking van orale anticonceptie kan verminderen. Er zijn momenteel nog maar weinig studies uitgevoerd naar de effecten van sint-janskruid in de perinatale periode. Er werden nog geen nadelige gevolgen gevonden voor de ontwikkeling van de baby bij inname tijdens de zwangerschap, wel lijkt het erop dat het in zeer minimale dosis wordt uitgescheiden via de moedermelk met bijwerkingen op de baby zoals bijvoorbeeld koliek, slaperigheid. Verdere studies moeten nog worden uitgevoerd voor men dit kruid kan aanbevelen voor depressie in de zwangerschap en postpartum depressie (M. Deligiannidis, 2014).

Lichaamsbeweging

Men suggereert dat regelmatig aan lichaamsbeweging doen tijdens de zwangerschap wordt geassocieerd met een verminderd risico van depressieve symptomen. Onderzoekers raden aan om na overleg met een verloskundige en bij afwezigheid van verloskundige complicaties, 30 minuten per dag aan lichaamsbeweging te doen.

Medicatie

Vrouwen met een postpartum depressie die hulp zoeken bij een professional krijgen veelal medicatie voorgeschreven, hoewel vrouwen liever kiezen voor psychotherapie (O'Hara & Mc. Cabe, 2013). Medicatie is dan ook bijzonder genoeg de meest gekozen vorm van behandeling voor vrouwen met een postpartum depressie. De meest gebruikte medicijnsoort bij een postpartum depressie is uiteraard antidepressiva. Maar ook slaap- en kalmeringsmedicatie of hormonen worden dikwijls voorgeschreven. Er moet wel rekening gehouden worden met vrouwen die depressief zijn ten gevolge van schildklierproblemen of vrouwen die te maken hebben met een vitaminetekort of hypoglycemie (te lage bloedsuikerspiegel). In dit kader loont het zeker de moeite om via een bloedonderzoek eerst deze aandoeningen uit te sluiten (Meulink, 2015).



Figuur 11: Organogram medicatie NICE, 2017

Antidepressiva

De eerstelijnsmedicijnen die gebruikt worden voor de behandeling van postpartum depressie zijn antidepressiva. Antidepressiva werken niet verslavend in tegenstelling tot wat velen denken, wel moeten deze medicijnen langere tijd worden gebruikt om effect te hebben. Lopende behandeling mag niet brusk stopgezet worden. Bij het afbouwen van deze medicatiesoort is begeleiding van een arts vereist omwille van ontwenningssymptomen die kunnen voorkomen. Deze antidepressiva zijn in verschillende groepen onder te verdelen.

De eerste groep zijn de serotonine heropnameremmers (SSRI's). Dit is de meest gebruikte groep tijdens de perinatale periode. Deze medicijnen vertragen de heropname van de neurotransmitter serotonine waardoor deze neurotransmitter langer werkzaam blijft in de hersenen en de depressie daardoor minder kans krijgt. Voorbeelden hiervan zijn citalopram[®], escitalopram[®], fluoxetine[®] beter gekend onder de naam prozac[®], fluvoxaminemaleaat[®], paroxetine[®] en sertraline[®]. Tot deze groep behoort ook de verwante soort selectieve serotonine-en-noradrenaline-heropnameremmers (SNRI's), deze remt niet alleen de heropname van serotonine maar ook die van noradrenaline. Voorbeelden van deze medicatie zijn duloxetine[®], desvenlafaxine[®] en venlafaxine[®].

De tweede groep van antidepressiva is de groep van tricyclische antidepressiva met dezelfde werking als bovenstaande maar ze verschillen qua effect en bijwerkingen waardoor ze bij overdosis gevaarlijk kunnen zijn. Voorbeelden van deze groep van medicatie zijn amitriptyline[®]; clomipramine[®] en nortriptyline[®]. Deze groep wordt minder aanbevolen omwille van de bijwerkingen ervan.

Als derde groep van antidepressiva zijn de mono-amine oxidase remmers (MAOI's). Door deze medicijnen wordt de afbraak van onder andere serotonine en noradrenaline tegengegaan. Hierdoor zijn deze stoffen langer aanwezig en werkzaam. Deze medicijnen worden vooral voorgeschreven door artsen bij zware depressie. Ze veroorzaken omwille van hun werking, bijwerkingen zoals onder andere ernstige hypertensieaanvallen. Voorbeelden zijn moclobemide[®] en fenelzine[®]. Deze groep medicijnen wordt voorgeschreven bij ernstige depressie en wanneer de bovenstaande medicijnen in combinatie met cognitieve gedragstherapie niet helpt (Faron & Bayot, 2013; BC Reproductive Mental Health Program, 2014; Nice, 2016).

Het gebruik van antidepressiva tijdens de zwangerschap en de lactatieperiode vormt momenteel een heus probleem in deze maatschappij, gezien de groep van patiënten die deze middelen gebruikt alsmaar groter wordt. Momenteel is er wetenschappelijk gezien nog te weinig bekend over mogelijke schadelijke effecten van antidepressiva voor het kind en lijkt verder onderzoek zeker noodzakelijk. Het is ook nog onduidelijk hoeveel mensen minder depressief worden door het gebruik van antidepressiva want uit onderzoek blijkt dat mensen ook van neppillen beter worden. Ook is nog niet echt gekend welk soort antidepressiva voor welk soort mensen geschikt is. Ieder medicijn werkt anders. Dat maakt dat het soms een zoektocht is naar een middel die echt werkt (O'Hara & Mc. Cabe, 2013, Meulink, 2015; Faron & Bayot, 2013).

Voor een vrouw met milde tot matige depressie tijdens de zwangerschap of na de geboorte raadt men liever psychologische begeleiding aan. Bij een vrouw met een geschiedenis van ernstige depressie die zich tijdens de zwangerschap of in de postpartum periode presenteert met milde depressie kan er gebruik van antidepressiva overwogen worden. Hierbij raadt men wel aan om de vrouw op de hoogte te brengen van de risico's van het gebruik van antidepressiva tijdens de zwangerschap en lactatieperiode. Indien de vrouw een zware depressie heeft, is intense psychologische begeleiding in combinatie met antidepressiva te overwegen (NICE, 2016).

Ondanks de tegenstrijdige gevoelens die veel vrouwen voelen bij het nemen van antidepressiva tijdens hun lactatieperiode blijkt borstvoeding geven nog steeds de beste keuze. Men is van mening dat de schadelijke effecten van antidepressiva in borstvoeding echter kleiner lijkt dan de negatieve effecten van een depressieve moeder. Ondanks tegenstrijdigheden in de literatuur

en het nog ontbreken van gegevens over welk effect antidepressiva kan hebben op de jonge zuigeling zijn sommige onderzoekers ervan overtuigd dat borstvoeding geven nog steeds meer positieve gezondheidsvoordelen heeft en een positieve invloed heeft op de moeder-kind binding. Wel is het aan te raden om een baby waarvan de moeder antidepressiva gebruikt goed in de gaten te houden op kenmerken zoals sufheid, prikkelbaarheid en vertraagde groei (O'Hara & Mc. Cabe, 2013).

Slaap- en kalmeringsmiddelen

Benzodiazepines en non-benzodiazepines worden vaak voorgeschreven om tijdelijk een oplossing te bieden voor angstaanvallen en slapeloosheid. Deze middelen zijn bij langdurig gebruik verslavend. Benzodiazepines zoals bijvoorbeeld clonazepam®, diazepam® beter gekend onder de naam valium®, lorazepam®, zolpidem® en trazodone® enzoverder worden afgeraden aan zwangere vrouwen en aan vrouwen tijdens de lactatieperiode behalve voor kortdurende behandeling bij ernstige angst en opwinding. Deze stoffen zijn bijzonder gevaarlijk omwille van zijn schadelijke effecten op het kind zoals zuigmoeilijkheden, ademhalingsmoeilijkheden. Op lange termijn worden ook moeilijkheden gemeld waaronder aandachtstoornissen, leermoeilijkheden en een reeks autistische gedragingen. Ook over de groep non-benzodiazepines zijn nog weinig gegevens beschikbaar (Faron & Bayot, 2013; BC Reproductive Mental Health Program,2014; Meulink, 2015).

Kangoeroezorg

Bij kangoeroezorg, ook wel bekend onder de term 'skin-to-skin' of 'huid-op-huidcontact', wordt de pasgeborene naakt tegen de huid van de moeder gelegd. Daarnaast omvat kangoeroezorg ook continue borstvoeding geven, dat in een bepaalde positie moet worden uitgevoerd voor een bepaalde tijd. Een correcte positie is cruciaal omdat een onveilige positie kan leiden tot wiegendood. e veiligste positie voor de pasgeborene is een rechtopstaande positie. De aanbevolen dagelijkse tijd om aan kangoeroezorg te doen is een minimum van tien minuten tot een maximum van vierentwintig uur per dag (Hanan et al., 2017).

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat kangoeroezorg een positief effect heeft op postpartum depressie. Resultaten tonen aan dat moeders die vaak kangoeroezorg uitvoeren veel minder risico hebben op postpartum depressie. Bovendien blijkt dat bij die moeders het cortisol niveau lager ligt dan bij moeders die niet aan kangoeroezorg doen. Moeders die aan kangoeroezorg doen voelen zich rustiger, sterker, actiever, voldaan, ontspannen, gelukkig, vriendelijk en helder van geest. Naast al deze positieve effecten werd er ook vastgesteld dat kangoeroezorg de interactie tussen moeder en kind bevordert (Hanan et al., 2017).

Het effect van kangoeroezorg op postpartum depressie kan fysiologisch worden verklaard door de endocriene effecten van het gelukshormoon oxytocine die vrijkomt in de hersenen. Oxytocine zorgt voor rust bij de moeder door zijn kalmerende werking, stimuleert de hechting tussen moeder en kind, vermindert angsten en kan de vrouw haar pijndrempel verhogen. Tijdens kangoeroezorg wordt oxytocine vrijgegeven die invloed heeft op het stressniveau van de moeder en een antidepressiva-achtige eigenschap heeft (Hanan et al., 2017).

3.1.3.10 Screeningsmethoden

Voor het tijdig opsporen van postpartum depressie zijn een aantal screeningsinstrumenten ontwikkeld. Daardoor kan de vrouw sneller de hulp krijgen die ze nodig heeft. Een vragenlijst kan een zetje geven aan de vrouw om haar problematiek bespreekbaar te maken, maar luisteren en aandacht hebben voor signalen blijven belangrijk. Welke indruk maakt de vrouw? Kan de vrouw van haar kindje genieten? Komt ze vaak met vage klachten naar een zorgverlener toe? Ook mag men de moeilijk bereikbare groepen niet over het hoofd zien zoals allochtone vrouwen of vrouwen die in armoede leven. De meest gebruikte screeningsmethode is de Edinburgh Postnatal Depression Scale afgekort naar EPDS.

Edinburgh Postnatal Depression Scale

Dit meetinstrument afgekort als EPDS is ontwikkeld om gezondheidswerkers te helpen moeders die lijden aan een postpartum depressie op te sporen. Een postpartum depressie wordt gediagnosticeerd via screening met de Edinburgh Postnatal Depression Scale. Hierbij worden vrouwen gevraagd om een eenvoudige zelfscoringslijst die uit 10 vragen bestaat te beantwoorden. Men kan bij het beantwoorden kiezen tussen vier antwoorden, variërend van 'heel vaak' tot 'nooit'. De scores kunnen variëren van 0 tot 30. Vrouwen die scoren boven een bepaalde drempel worden dan verwezen voor verdere evaluatie en behandeling van een depressie of angststoornis. Een score van meer dan tien punten moet als afwijkend worden beschouwd. Bij een score van twintig of meer of wanneer de vrouw op vraag tien een bevestigend antwoordt geeft, is direct ingrijpen vereist. Grondiger evaluatie kan dan plaatsvinden in de vorm van een klinisch interview zoals de DSM-5 (Kettunen, 2014; Meulink, 2015).

Hieronder is een voorbeeld te vinden van de EPDS. Het is een Nederlandse versie, vertaald door V.J.M. Pop (1991).

De volgende vragen hebben betrekking op hoe u zich de afgelopen 7 dagen heeft gevoeld. Kruis dat antwoord aan dat het beste aangeeft hoe u zich voelde.

1. Ik heb kunnen lachen en de zonnige kant van de dingen kunnen inzien:

0. Zoveel als ik altijd kon
1. Niet zo veel nu als anders
2. Zeker niet zo veel nu als anders
3. Helemaal niet

2. Ik heb met plezier naar dingen uitgekeken:

0. Zoals altijd of meer
1. Wat minder dan ik gewend was
2. Absoluut minder dan ik gewend was
3. Nauwelijks

3. Ik heb mij zelf onnodig verwijten gemaakt als er iets fout ging:

3. Ja, heel vaak
2. Ja, soms
1. Niet erg vaak
0. Nee, nooit

4. Ik ben bang of bezorgd geweest zonder dat er een aanleiding was:

0. Nee, helemaal niet
1. Nauwelijks
2. Ja, soms
3. Ja, zeer vaak

5. Ik reageerde schrikachtig of paniekerig zonder echte goede reden:

3. Ja, tamelijk vaak
2. Ja, soms
1. Nee, niet vaak
0. Nooit

6. De dingen groeiden me boven het hoofd:

3. Ja, meestal was ik er niet tegen opgewassen
2. Ja, soms was ik minder goed tegen dingen opgewassen dan anders
1. Nee, meestal kon ik de dingen erg goed aan
0. Nee, ik kon alles even goed aan als anders

7. Ik voelde me zo ongelukkig dat ik er bijna niet van kon slapen:

3. Ja, meestal
2. Ja, soms
1. Niet vaak
0. Helemaal niet

8. Ik voelde me somber en beroerd:

3. Ja, bijna steeds
2. Ja, tamelijk vaak
1. Niet erg vaak
0. Nee, helemaal niet

9. Ik was zo ongelukkig dat ik heb zitten huilen:

3. Ja, heel vaak
2. Ja, tamelijk vaak
1. Alleen af en toe
0. Nee, nooit

10. Ik heb eraan gedacht om mezelf iets aan te doen:

3. Ja, tamelijk vaak
2. Soms
1. Nauwelijks
0. Nooit

Postpartum depression screening scale

De postpartum depression screening scale, ook wel afgekort als PPDS, is een uitgebreidere vragenlijst die net als de EPDS ontwikkeld is om depressie in de postpartum periode op te sporen. Deze vragenlijst bestaat uit 35 vragen, die kunnen ingevuld worden in vijf tot tien minuten. Items zoals eetstoornissen, angst, onzekerheid, verlies van zelfbeheersing, schaamte en suïcidale gedachten komen aan bod. De vrouw wordt gevraagd om per item haar gevoelens die ze de afgelopen twee weken daarover heeft ervaren in een schaal van één tot vijf weer te geven. De totaalscore geeft aan of de vrouw moet worden doorverwezen voor verdere diagnostische evaluatie (Zhao, 2014).

Postpartum depression prediction inventory

De postpartum depression prediction inventory, afgekort als PDPI, is geen vragenlijst maar eerder een screeningsmethode aan de hand van een checklijst waarmee risicofactoren van een postpartum depressie in kaart kan worden gebracht. Deze checklijst bestaat uit 13 voorspellers van postpartum depressie namelijk tien prenatale risicofactoren waaronder sociaal-economische status, prenatale angst, voorgeschiedenis van depressie enzoverder en drie postpartum risicofactoren zoals baby-blues, zorg voor kind niet aankunnen. De prenatale versie kan al worden gebruikt tijdens de zwangerschap. De volledige versie met zowel de prenatale als postpartum risicofactoren kan worden gebruikt na de bevalling. Hoe hoger de score, hoe meer risico op het ontwikkelen van postpartum depressie (Youn, 2011).

Mind2Care

De Mind2Care online vragenlijst is gemaakt om vrouwen tijdens de zwangerschap te screenen op psychische klachten, psychosociale problemen en middelengebruik. Op basis van de gegeven antwoorden wordt er een advies op maat gegeven. De Mind2Care geeft alleen een advies dat de zwangere met de zorgverlener kan bespreken (Quispel, 2014).

DSM-V

De diagnostic and statistical manual of mental disorders is een onmiskenbaar handboek gepubliceerd door de American Psychiatric Association met een ruime doelgroep zoals onder andere: psychiaters, psychologen, artsen, verpleegkundigen en studenten. Het handboek dient voor diagnostiek, statistiek en classificatie die psychiaters gebruiken om de meest voorkomende tot de zeldzaamste psychische stoornissen te diagnosticeren. In dit boek staat vermeld welke stoornissen er bestaan, hoe vaak die voorkomen en aan welke criteria ze moeten voldoen. Deze stoornissen staan onderverdeeld in categorieën die gebruikt worden over de hele wereld. Het boek bevat alle informatie om het DSM-classificatiesysteem goed te kunnen toepassen.

Om te kunnen spreken van een depressie moet volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders afgekort naar DSM-V aan volgende criteria worden voldaan:

- De depressie kan niet ontstaan omwille van fysiologische effecten door een middel of een somatische aandoening zoals bijvoorbeeld schildklieraandoening.
- De depressie kan niet worden verklaard door een andere psychische aandoening zoals onder andere schizofrenie, een waanstoornis of psychotische stoornis.
- De vrouw moet binnen dezelfde periode van twee weken een depressieve, sombere stemming of verlies van interesse of plezier hebben.
- Daarnaast moet men voldoen aan vijf of meer van onderstaande symptomen. Deze moeten bovendien in eenzelfde periode van twee weken voorkomen:
 - Zich verdrietig, hopeloos of leeg voelen gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag.
 - Duidelijk zichtbare verminderde interesse of plezier in activiteiten, gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag.
 - Een duidelijke gewichtsverlies zonder dat men dieet of gewichtstoename.
 - Insomnia of hypersomnia bijna elke dag.
 - Psychomotorische retardatie of agitatie bijna elke dag, die waarneembaar is door anderen.
 - Energietekort, vermoeidheid bijna elke dag.
 - Gevoelens van waardeloosheid of schuldgevoelens bijna elke dag.
 - Verminderd denkvermogen, concentratiemoelijkheden, of besluiteloosheid, bijna elke dag.
 - Gedachten aan de dood, zelfmoord gedachten of een plan om zelfmoord te plegen.

Bovenstaande symptomen veroorzaken beperkingen op sociaal vlak, beroepsmatig functioneren, klinische lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op andere vlakken (Stewart, 2011; Kettunen, 2014).

3.1.3.11 Handige boeken - links

Boeken over psychische aandoeningen:

- “Mijn baby lacht, nu ik nog”. van Lieve Van Weddingen (over emotionele gevoelens tijdens de post partumperiode, moederrouw en hoe je die overleeft).
- “Postpartum depressie”. Van Anne Marleen Meulink (depressief na een bevalling: oorzaken, gevolgen en adequate ondersteuning).
- “Kortsluiting in mijn hoofd”. Van Brenda Foyer (verhaal over haar eigen postpartum psychose).
- “Perfekte bevallingen bestaan niet”. Van Diana Koster (over de gevolgen van een ingrijpende bevalling op je leven en hoe je dit kunt verwerken)

Internetadressen

- Postpartum steun België: <http://postpartum.eu/>
- [Vindeentherapeut.be](http://vindeentherapeut.be)
- [Vindeepsycholoog.be](http://vindeepsycholoog.be)
- <http://www.postpartum.net/learn-more/depression-during-pregnancy-postpartum/>
- <http://www.birthtraumaassociation.org.uk>
- <http://www.zorgpad-depressie.be>
- <https://www.fitinjehoofd.be>
- <http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/centrum-geestelijke-gezondheidszorg-cgg>
- <http://www.centrummoederenbaby.be/>
- <http://www.moederbaby.be>

Facebookpagina's

- <https://www.facebook.com/Pzsintcamillus/>
- <https://www.facebook.com/postpartum.eu/?fref=ts>
- https://www.facebook.com/thegentlemom.be/?hc_ref=NEWSFEED&fref=nf

3.1.4 Postpartum psychose

3.1.4.1 Begripsomschrijving – prevalentie

Een postpartum psychose, ook wel kraambedpsychose genoemd is een ernstige psychiatrische stoornis met een snel begin. De psychose kan een belangrijke impact hebben op de vrouw en haar vermogen om te zorgen voor haar kind (NICE, 2017). Deze aandoening is zeldzaam en komt veel minder voor dan de babyblues en postpartum depressie. Ongeveer één of twee per duizend bevallen vrouwen krijgt een psychose. Een postpartum psychose ontwikkelt zich kort na de bevalling, meestal in de eerste week maar in elk geval binnen twee maanden. Postpartum psychose komt voornamelijk voor, bij vrouwen die zijn bevallen van hun eerste kind (Bergink, 2012; Meulink, 2015). Psychose is een term die gebruikt wordt om omstandigheden te beschrijven die de geest beïnvloeden en waarbij er een verlies van contact met de werkelijkheid is. De vrouw kan tijdens een psychose soms erg agressief zijn tegenover zichzelf maar ook tegenover haar kind (BC reproductive mental health program, 2014).

3.1.4.2 Kenmerken postpartumpsychose

Een postpartum psychose wordt in eerste instantie snel na de bevalling gekenmerkt door de meest voorkomende symptomen zoals onrust, een gespannen of juist sombere stemming, verwarde gedachten en een veranderd gedrag. Bovenstaande symptomen kunnen eerst nog op de symptomen van de babyblues of een beginnende postpartum depressie gelijken. Ze escaleren echter in een snel tempo en er komen psychotische kenmerken naar boven zoals onder andere: hallucinaties, insomnia, waanbeelden, wisselend bewustzijn, abnormaal motorisch gedrag, het gevoel contact met zichzelf of met de omgeving te verliezen en agressie. Indien de psychose onbehandeld blijft kan dit leiden tot ernstige gevolgen zoals gedachten aan zelfmoord of kinderdoding. De omgeving van de vrouw zal snel merken dat zij niet in haar gewone doen is en dat ze het contact met de realiteit aan het verliezen is (BC reproductive mental health program, 2014; O'Hara, 2014; Meulink 2015, NICE, 2017).

3.1.4.3 Behandeling

Een profylactische behandeling kan effectief zijn voor vrouwen die gekend zijn met een verhoogd risico op psychose, maar bij sommige vrouwen komt een postpartum psychose voor de eerste keer voor zonder psychische ziekte in het verleden (NICE, 2015).

Wegens de ernst van het ziektebeeld en de intensiteit van de symptomen is een acute opname binnen de vier uren na de verwijzing in een psychiatrisch ziekenhuis vaak noodzakelijk (Suri & Altshuler, 2012; NICE, 2017). Een gedwongen opname is in sommige gevallen nodig omdat de vrouw door de aard van haar aandoening zelf niet altijd beseft hoe ernstig de situatie is. In het ziekenhuis kan een psychose met behulp van medicatie, rust en structuur zo snel mogelijk behandeld worden. De medicamenteuze behandeling van een postpartum psychose bestaat uit het toedienen van

slaapmedicatie, antipsychotica en eventueel lithium® (Bergink, 2012). Een postpartum psychose moet beschouwd worden als een obstretisch en psychiatrisch noodgeval (BC Reproductive Mental Health Program, 2014).

Voor vrouwen in een psychose die geen medicatie kunnen nemen, of waarbij de medicatie faalt kan men kiezen voor elektro-convulsieve therapie. Dit is een behandeling waarbij onder narcose plakkers op het hoofd geplaatst worden. Zij zorgen voor een korte elektrische stroom door het brein waardoor een convulsie wordt uitgelokt. Het is uit onderzoek bewezen dat deze behandeling geen schade kan veroorzaken aan het ongeboren kind en om die reden kan toegepast worden bij zwangere vrouwen die lijden onder een psychose (BC Reproductive Mental Health Program, 2014).

3.1.4.4 Risicofactoren

De meeste vrouwen hebben geen psychiatrische voorgeschiedenis van psychose. Hier betreft het een psychose die zich postpartum ontwikkelt, mogelijks uitgelokt door de arbeid en bevalling. Een postpartum psychose wordt geassocieerd met een verhoogd risico op sterfte voor zowel de vrouw als voor haar kind (Nice, 2015).

Vrouwen die lijden aan een bipolaire stoornis hebben een sterk verhoogde kans op psychose van twintig tot veertig procent. Vrouwen die al eerder een postpartum psychose ontwikkelden lopen een verhoogd risico van 25 tot 50 procent om bij een volgende bevalling opnieuw een psychose te ontwikkelen. Dit verhoogd risico kan drastisch worden beperkt door na een volgende bevalling onmiddellijk te starten met een stemmingsstabilisator zoals Lithium® of antipsychotica (Bergink et al., 2012).

3.1.4.5 Differentieel diagnose

Een postpartum depressie en psychose uit elkaar halen is soms een uitdaging voor hulpverleners, maar essentieel voor het zoeken naar gepaste begeleiding en behandeling (O'Hara, 2014).

Wat vrouwen met een postpartum depressie en postpartum psychose vaak gemeen hebben, is dat beide stoornissen doorgaans onverwacht gebeuren. Uiteraard zijn het twee aparte fenomenen. Een minderheid van de vrouwen met een postpartum depressie kunnen psychotische symptomen vertonen, maar deze zijn niet zo ernstig en overheersend als bij een echte psychose (Boddé, 2010).

Het tegenovergestelde is echter wel mogelijk, vrouwen met een postpartum psychose kunnen nadien een depressie krijgen. Gevoelens van angst en bedroefdheid ontstaan vaak door het besef van wat er gebeurd is en omwille van het controleverlies over zichzelf. Die gevoelens zijn soms moeilijk te verwerken en kunnen leiden tot een depressie (Meulink, 2015).

3.1.4.6 Oorzaken postpartum psychose

De oorzaak van psychose wordt nog steeds niet goed begrepen. De meeste studies vermoeden dat er een wisselwerking is tussen genetische factoren en omgevingsfactoren. Daarnaast kan de levensstijl van de vrouw, bijvoorbeeld drugsgebruik, ook invloed hebben op het ontstaan van psychose (BC Reproductive Mental Health Program, 2014). Tot op vandaag heeft geen enkel onderzoek kunnen aantonen dat hormonale veranderingen wegens de zwangerschap en bevalling een rol spelen in het ontstaan van een postpartum psychose. Noch zijn er sociale of psychologische risicofactoren gevonden. Wel blijkt uit onderzoek dat er een verband is tussen postpartum psychose en afwijkingen in het immuunsysteem (Bergink et al., 2012).

Slaaptekort, de arbeid, bevalling en het regelmatig voeden van het kind kan het risico op psychose stimuleren. Daarnaast is de constante zorg voor haar kind enorm belastend voor de vrouw, zeker bij een tekort aan voldoende steun (O'Hara, 2014).

3.1.5 Posttraumatische stress-stoornis na een bevalling

3.1.5.1 Begripsomschrijving en prevalentie

Pas recent is er aandacht voor vrouwen die een posttraumatische stressstoornis ontwikkelen door de bevalling. Een posttraumatische stressstoornis is een angststoornis die kan ontstaan na het meemaken van een traumatische gebeurtenis. Een bevalling kan zodanig ingrijpend en eng zijn dat een vrouw als gevolg daarvan een posttraumatisch stressstoornis ontwikkelt.

Eén tot vijf op honderd vrouwen die bevallen ontwikkelt klachten die omwille van hun ernst voldoen aan de diagnostische criteria voor een posttraumatisch stresssyndroom (Stamrood, 2013; Meulink 2015; BC Reproductive Mental Health Program, 2014).

Symptomen die doorgaans in verband worden gebracht met deze stoornis zijn: herbeleving – flashbacks, nachtmerries, herhaalde verontrustende beelden of zintuigelijke indrukken, vermijden van mensen of omstandigheden die een raakvlak hebben met de gebeurtenis, overdreven schrikreacties, slaapproblemen, concentratieproblemen, emotionele afstomping, boosheid en onverklaarde lichamelijke klachten (NICE, 2017).

3.1.5.2 Risicofactoren PTSS

Elke vrouw beleeft en verwerkt haar bevalling op een andere manier. Het risico op een posttraumatisch stressstoornis is groter na het beleven van onder andere een gecompliceerde zwangerschap met onder andere: vroeggeboorte, spoedkeizersnede, kunstverlossing, pijnlijke bevalling enzoverder (Stamrood, 2013). Een bevalling zonder complicaties kan ook een posttraumatisch stressstoornis tot gevolg hebben. Vaak is deze vrouw in haar verleden seksueel of psychologisch misbruikt geweest en komt de herinnering terug naar boven na de bevalling van haar

kind. Daarnaast kan een natuurramp, ongeval en een trauma uit het verleden dit uitlokken (Kendall-Tackett, 2010; BC Reproductive Mental Health Program, 2014).

3.1.5.3 Differentieel diagnose

Een posttraumatische stressstoornis is in het psychische opzicht anders dan een postpartum depressie. Vrouwen kunnen een posttraumatische stressstoornis hebben zonder depressief te zijn. De meeste vrouwen met een postpartum depressie hebben geen posttraumatische stressstoornis. Beide stoornissen hebben wel raakvlakken. Posttraumatisch stressstoornis en postpartum depressie kunnen dus in bepaalde gevallen beschouwd worden als twee verschillende psychische reacties op dezelfde soort situatie (Meulink, 2015).

3.1.5.4 Therapie

Voor sommige vrouwen kan het voldoende zijn om met een vertrouwenspersoon te praten bij het verwerken van trauma. Die persoon hoeft niet altijd een professionele hulpverlener te zijn maar kan bij voorkeur iemand zijn uit haar eigen vertrouwde omgeving. Bij ernstige verwerkingsproblemen is de vrouw eerder gebaat met een professionele hulpverlening die gespecialiseerd is in het verwerken van trauma's (Meulink, 2015).

3.1.5.5 Rol van de arts en vroedvrouw

Complicaties tijdens de zwangerschap en de bevalling zijn niet altijd te voorkomen. Uit onderzoek blijkt dat het risico op een posttraumatisch stressstoornis, ook na een complicatie, aanzienlijk verkleind wordt wanneer artsen en vroedvrouwen goed luisteren naar de vrouw en haar duidelijk informeren over de handelingen die uitgevoerd worden. Op die manier geef je de vrouw een gevoel van controle te hebben over haar eigen arbeid en bevalling (Stamrood, 2013).

Na het vaststellen van een posttraumatische stressstoornis is het van belang als arts om de vrouw en haar partner voldoende te informeren over doeltreffende behandelingen en rekening te houden met haar voorkeur van behandeling. Moedig de vrouw en haar familie aan om deel te nemen aan ondersteunende groepen. Wees je bewust van de psychologische impact van traumatische gebeurtenissen en bied praktische, sociale en emotionele steun (NICE, 2017).

Daarnaast kan na toestemming van de vrouw familie op de hoogte gebracht worden over veelvoorkomende reacties op traumatische gebeurtenissen, de symptomen van posttraumatisch stressstoornis en het verloop van de behandeling (NICE 2017).

3.2 Resultaten

250 exemplaren van de vragenlijst werd toegevoegd aan de documentatiemap die bij aanvang van de studiedag “welzijn van ouder en kind – van kinderwens tot postpartum” werden verdeeld onder de ingeschreven deelnemers. Na afloop van de studiedag kon men de vragenlijst in onze brievenbus, aan de uitgang van het auditorium, deponeren. Er werden 123 vragenlijsten in de brievenbus gedeponerd, daarvan werden 123 vragenlijsten als ontvankelijk verklaard na controle. Deze vragenlijsten waren volledig en correct ingevuld. In bijlage kan de informatiebrief, de informed consent, en de enquête worden geraadpleegd.

3.2.1 Demografische kenmerken

Onze eerste algemene vraag was waar de tewerkstelling van de vroedvrouw plaatsvindt.

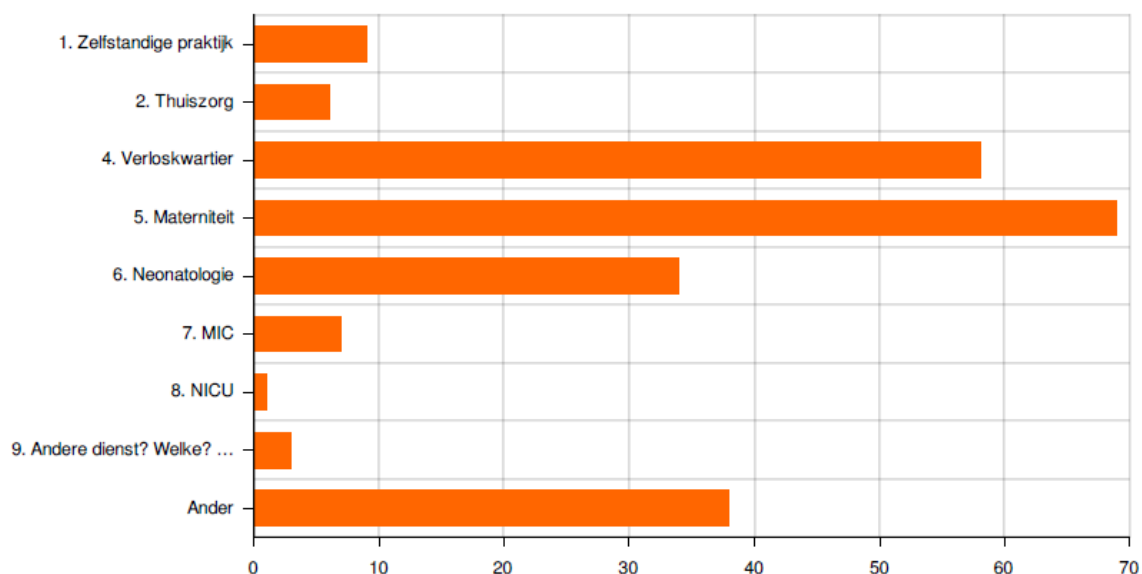
De ondervraagden die tewerkgesteld zijn in de eerstelijnszorg waren 9 (7,4%) vroedvrouwen met een zelfstandige praktijk, 6 (4,9%) die werkzaam zijn in de thuiszorg en geen enkele vroedvrouw bij Kind & Gezin. Vroedvrouwen tewerkgesteld in de tweedelijnszorg waarvan 58 (47,5%) op het verloskwartier, 69 (56,6%) op de materniteit en 34 (27,9%) op de dienst neonatologie. Er waren vroedvrouwen tewerkgesteld op de intensive care diensten zoals de MIC (5,7%) en NICU (0,8%). Op de studiedag waren ook 38 (31,1%) vroedvrouwen aanwezig die niet in eerste-lijn of tweede-lijn tewerkgesteld zijn maar op een andere dienst binnen het ziekenhuis zoals bijvoorbeeld; spoedgevallen, neurochirurgie, fertilititeit, geriatrie, cardiologie, mobiele equipe, pediatrie en operatiekwartier.

Er waren op de studiedag ook 12 studenten aanwezig die de vragenlijst alsook ingevuld hebben.

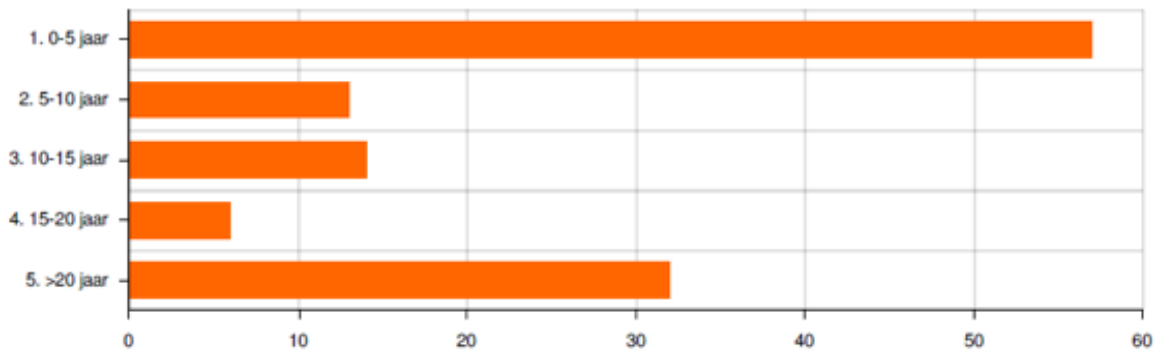
We bevroegden ook de duur van de tewerkstelling als vroedvrouw. 57 vroedvrouwen (46,7%) werkten tussen 0 - 5 jaar als vroedvrouw, 13 (10,7%) tussen 5 - 10 jaar werkzaam, 14 (11,5%) bevroegde personen werkten tussen 10 – 15 jaar als vroedvrouw en 6 (4,9%) vrouwen werkten 15 tot 20 jaar en 32 (26,2%) dames werkten al meer dan 20 jaar als vroedvrouw.

Tewerkstelling Vroedvrouw

Figuur 12: tewerkstelling vroedvrouw



Duur tewerkstelling vroedvrouw

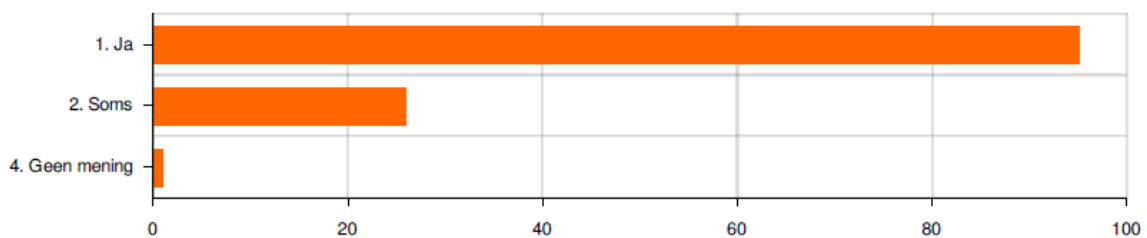


Figuur 13: duur tewerkstelling vroedvrouw

3.2.2 Symptomen babyblues

Bij de vraag of de symptomen van de babyblues herkenbaar zouden zijn bij een kraamvrouw antwoordden 95 (77,9%) vroedvrouwen dat ze de symptomen zouden herkennen. 26 (21,3%) antwoordden dat ze soms de symptomen zouden herkennen van de babyblues. 1 persoon gaf aan geen mening te hebben hieromtrent en niemand antwoordde dat ze de symptomen niet zou herkennen.

Symptomen babyblues herkennen bij een kraamvrouw?

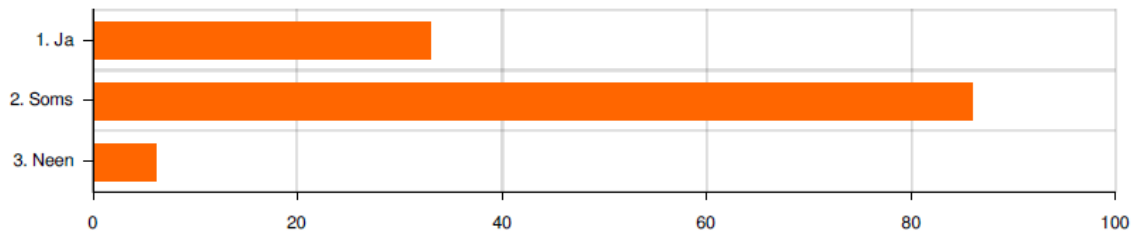


Figuur 14: Herkennen symptomen babyblues

3.2.3 Symptomen postpartum depressie

Bij de volgende vraag vroegen we de vroedvrouw of ze de symptomen van een postpartum depressie zouden herkennen bij de kraamvrouw. Op deze vraag antwoordden 33 (26,8%) vroedvrouwen positief. 86 (69,9%) gaven aan dat ze de symptomen soms herkennen en 6 (4,9%) vroedvrouwen zouden de symptomen helemaal niet herkennen.

symptomen van een postpartum depressie herkennen?

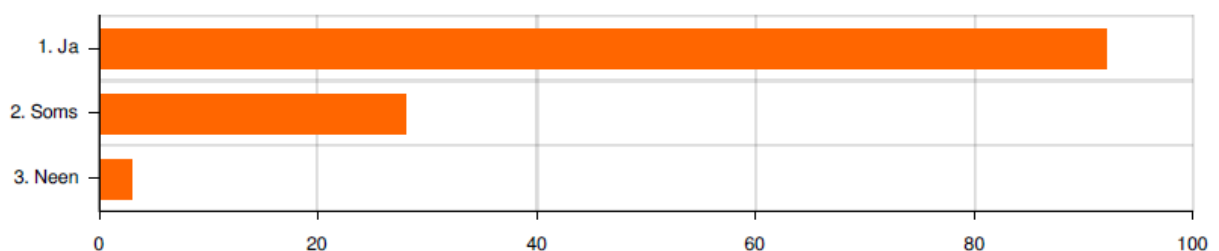


Figuur 15: Herkennen symptomen postpartum depressie

3.2.4. Nood aan informatie omtrent postpartumdepressie

“Heeft de vroedvrouw nood aan informatie omtrent deze problematiek” was de volgende vraag in onze vragenlijst. 92 (74,8%) gaf aan dat er nood is aan meer informatie omtrent deze problematiek, 28 (22,8%) vrouwen antwoordden dat er soms nood is aan informatie en 3 (2,4%) vroedvrouwen vinden dat er geen nood is hieromtrent.

Nood aan informatie omtrent deze problematiek?



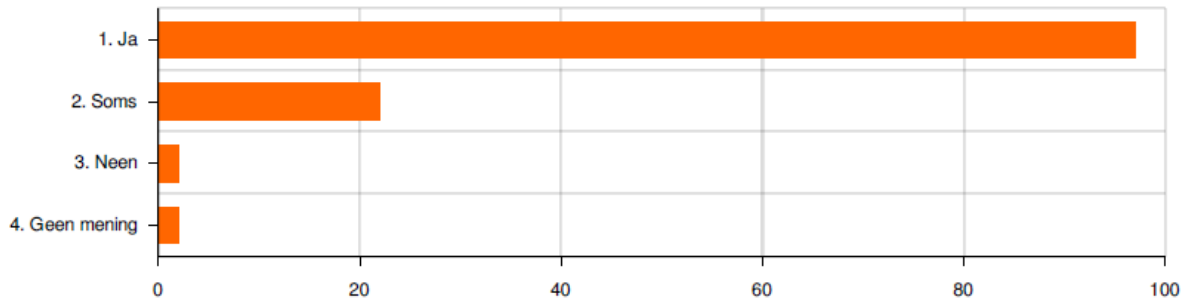
Figuur 16: Nood aan informatie postpartumdepressie

3.2.5. Praktische infogids

Van de 123 deelnemers antwoordden er 97 (78,9%) ja op de vraag of ze gebruik zou maken van een praktische infogids indien deze voorhanden is. 22 (17,9%) gaven aan soms de praktische infogids te gebruiken en 2 (1,6%) vroedvrouwen zullen de infogids niet gebruiken, ook al is deze voorhanden op de dienst. De meeste vroedvrouwen (60,2%) willen gebruik maken van een praktische infogids,

34,1% wil bestaande detectieschalen hanteren zoals de EPDS. 37,4% vindt systematische prenatale screening bij risicofactoren een handige tool om mee aan de slag te gaan. 33,3% wil zijn informatie verkrijgen via een gezondheidscampagne (sociale netwerken, radio, TV, reclamecommercial)

Een praktische infogids?

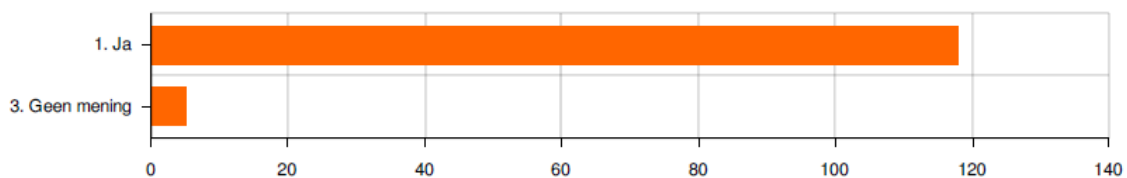


Figuur 17: Een praktische infogids gebruiken?

3.2.6. Is er nood aan Sensibiliseren?

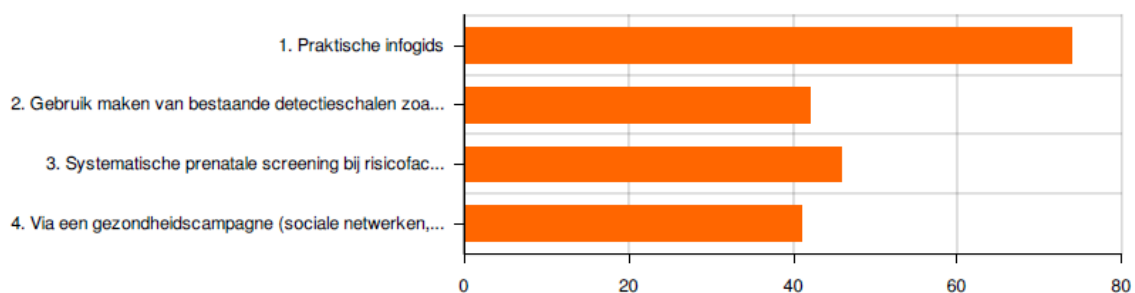
Uit de resultaten van de vragenlijst is gebleken dat 118 (95,5%) vroedvrouwen er nood aan hebben om verder gesensibiliseerd te worden omtrent postpartum depressie. Van de 123 deelnemers hebben er 5 (4,1%) geen mening omtrent deze vraag.

Is er nood aan het sensibiliseren van de vroedvrouw omtrent postpartum depressie?



Figuur 18: Nood aan sensibilisatie omtrent postpartumdepressie

Indien er nood is aan het sensibiliseren, op welke manier/wijze wilt u deze informatie verkrijgen?

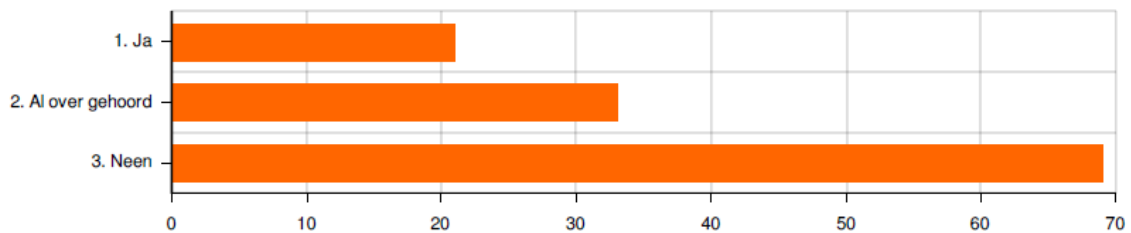


Figuur 19: Hoe wilt u gesensibiliseerd worden?

3.2.7. Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)

Verder werd duidelijk uit de vragenlijst dat vele vroedvrouwen geen idee hebben wat de Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) is. Slechts 21 (17,1%) vroedvrouwen van de 123 ingevulde vragenlijsten wisten waarvoor de EPDS staat. 26,8% had hier al iets over gehoord en 69 (56,1%) vroedvrouwen hadden nog nooit gehoord van de Edinburgh postnatal depression scale (EPDS).

Kennis Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)?

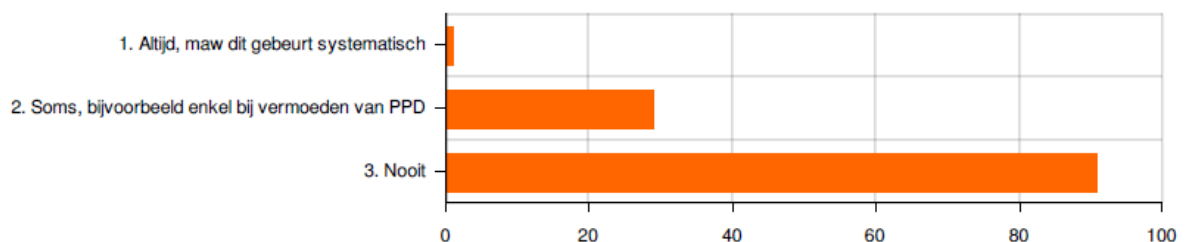


Figuur 20: Kennis EPDS

3.2.8. Meetinstrumenten in de professionele setting

Op de vraag in welke mate er, in uw professionele setting, gebruik gemaakt wordt van objectieve meetinstrumenten om een postpartum depressie te detecteren werd het volgende resultaat gevonden. 75,2 % van de ondervraagden gaven aan dat er nooit gebruik gemaakt wordt van objectieve meetinstrumenten, 24% enkel bij vermoeden van een postpartum depressie en bij 0,8% wordt er altijd gebruik gemaakt van objectieve meetinstrumenten.

In welke mate wordt er in uw professionele setting gebruik gemaakt van dergelijke objectieve meetinstrumenten om een postpartum depressie te detecteren?



Figuur 21: Meetinstrumenten in de professionele setting

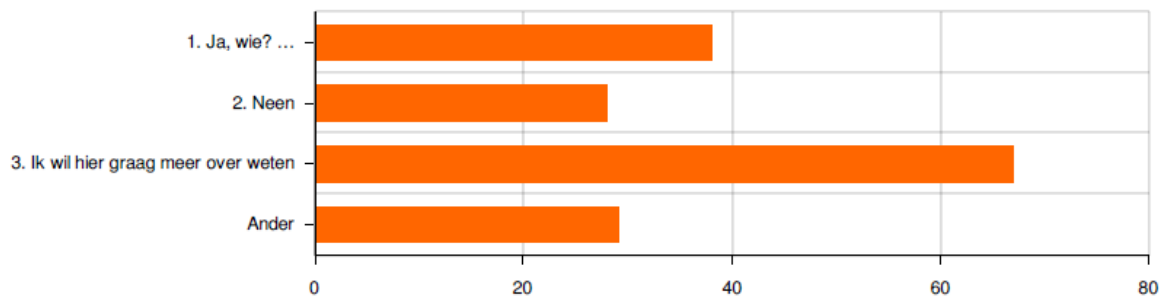
3.2.9. Naar waar doorverwijzen?

We vroegen de deelnemers of ze concrete instanties of disciplines kenden waar kraamvrouwen terecht kunnen met een vermoeden van PPD?

38 (30,9%) vroedvrouwen weten naar welke instantie ze kunnen doorverwijzen en konden dit ook benoemen. 18 personen van deze groep verwijzen door naar Centrum Moeder en Baby te Sint-Denijs Westrem (PZ Sint-Camillus) of de moeder-babyeenheid van PZ Bethanienhuis te Zoersel.

4 vroedvrouwen verwijzen door naar de huisarts (vertrouwenspersoon). Andere antwoorden waren; psycholoog, psychiater, sociale dienst ziekenhuis, CAW. 28 (22,8%) vroedvrouwen weet niet naar waar vrouwen door te verwijzen met psychische problemen en 54,4% wil hier graag meer over weten.

Kent u concrete instanties of disciplines waar u kraamvrouwen met vermoeden van postpartum depressie kan doorverwijzen?



Figuur 22: Naar waar kraamvrouwen doorverwijzen

4 Discussie

4.1 Algemeen

Met deze studie willen we een antwoord bieden op de volgende onderzoeksvraag: *'is er nood aan het sensibiliseren van de vroedvrouw om een post-partumdepressie beter te detecteren en te behandelen'*.

Door middel van een literatuurstudie verkregen we een algemene weergave betreffende de topic psychische postpartum problemen. Uit die literatuurstudie was een ruim aanbod aan informatie terug te vinden omtrent het thema. Echter vonden wij heel weinig informatie over een preventieve aanpak en de rol van de vroedvrouw hierin terug. Alsook vanuit ons interview met mevrouw Lieve Van Weddingen bleek dat kennis en een juiste aanpak van de vroedvrouw nodig is. Vanuit deze gegevens hebben we een vragenlijst opgesteld die peilde naar de informatiebehoefte bij de vroedvrouw omtrent postpartum depressie.

De gegevens uit het praktijkonderzoek werden verwerkt en daaruit blijkt dat vroedvrouwen wel voldoende geïnformeerd zijn over babyblues en de symptomen ervan herkennen, maar minder over postpartum depressie bij kraamvrouwen:

4.2 Symptomen babyblues

Zo blijkt uit de resultaten van het praktijkonderzoek dat de meeste vroedvrouwen de symptomen van de babyblues duidelijk herkennen bij een kraamvrouw. Dit lijkt ons alvast een positief signaal.

4.3 Symptomen postpartum depressie

De meerderheid van onze onderzoekspopulatie gaf aan dat ze de symptomen van een postpartumdepressie soms herkennen. Er heerst een grote onzekerheid bij vroedvrouwen over het al dan niet herkennen van een postpartum depressie. Wij als onderzoekers vinden dit een zeer sterk signaal dat er meer nood is aan informatie omtrent het beter herkennen van postpartum depressie. Uit onze literatuurstudie blijkt immers dat het vroegtijdig opsporen en aanpakken van een postpartum depressie belangrijk is naar een sneller herstel toe.

4.4 Nood aan informatie omtrent postpartumdepressie

Het al dan niet herkennen van deze problematiek is er omdat de vroedvrouw hierover niet genoeg geïnformeerd is. De meeste vroedvrouwen geven zelf aan dat er nood is aan meer informatie.

4.5 Praktische infogids

Uit ons onderzoek geeft de meerderheid van de vroedvrouwen aan dat ze willen gebruik maken van een praktische infogids. Oorspronkelijk gingen wij naast onze literatuurstudie en ons onderzoek nog een praktische infogids voor de vroedvrouw ontwikkelen. Een boekje die de vroedvrouw kan gebruiken om een vrouw met een postpartum depressie sneller te herkennen en daarnaast een juiste begeleiding en/of doorverwijzing aan te bieden.

4.6 Is er nood aan Sensibilisering?

Uit het resultaat is gebleken dat 95,5% van de ondervraagde vroedvrouwen er nood aan hebben om verder gesensibiliseerd te worden omtrent postpartum depressie. Dit resultaat geeft weer dat er nog werk aan de winkel is omtrent de psychische gezondheid van de kraamvrouw.

4.7 Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)

Vele hulpverleners hebben al iets gehoord over de Edinburgh postnatal depression scale (EPDS), maar kunnen niet duidelijk uitleggen wat het is of waarvoor dit staat. De EPDS is de meest toepasbare psychische scale om een PPD te detecteren. Vele ziekenhuizen maken geen gebruik van detectieschalen. Hier kan ook verder afgevraagd worden of het al dan niet genoodzaakt is om te werken met detectieschalen.

4.8 Meetinstrumenten in de professionele setting

Tegenwoordig wordt in de professionele setting geen gebruik gemaakt van objectieve meetinstrumenten om een postpartum depressie te detecteren. Dit geeft aan dat er verder nood is aan onderzoek.

4.9 Naar waar doorverwijzen?

De deelnemers kenden weinig of geen concrete instanties of disciplines naar waar ze kraamvrouwen, met een vermoeden van postpartum depressie, kunnen doorverwijzen. Meer dan de helft van de vroedvrouwen wil graag weten naar waar ze de kraamvrouw kunnen doorverwijzen. Contactgegevens van de bevoegde instanties opnemen in de infogids zou zeker een meerwaarde kunnen betekenen.

4.10 Sterktes en beperkingen in het onderzoek

Het invullen van de vragenlijst vond plaats tijdens de studiedag. Het algemeen thema van de studiedag was het welzijn van moeder en kind, ook psychisch. Er is een kans dat de objectiviteit van de beoogde doelgroep, voor het invullen van de vragenlijst, beïnvloed werd hierdoor. De vragenlijst was zodanig opgesteld dat er snel en efficiënt een beeld verkregen kon worden van de items waaromtrent informatietekort bevonden werd. Door de vragenlijsten te verspreiden op een studiedag met vroedvrouwen kon een groter respons aantal behaald worden. De vragenlijst was overzichtelijk en kon makkelijk en snel ingevuld worden.

5 Aanbevelingen

5.1 Praktische gids

We hebben het idee om een praktische gids uit te werken, voor en door de vroedvrouw. Wij zouden graag een goed onderbouwde infogids uitbrengen waarin we de definitie, prevalentie, risicofactoren, impact op zowel moeder, kind als vader en de signalen van een postpartum depressie in weergeven. Daarnaast willen wij in deze infogids de vroedvrouw helpen hoe om te gaan met een vrouw die te lijden heeft onder een postpartum depressie. Dit willen we doen aan de hand van aanbevelingen en tips verwerkt in onze praktische gids. Doordat de vroedvrouw vaak als eerste zorgverlener in contact komt met de zwangere, of pasbevallen vrouw vinden wij het belangrijk om via deze praktische gids de vroedvrouw te ondersteunen in het beter en sneller herkennen van een postpartum depressie. We hopen hierbij te kunnen bijdragen aan een snellere herkenning en een betere aanpak of doorverwijzing. Door een betere aanpak aan te moedigen bij de vroedvrouw willen wij de uitkomsten bij zowel de moeder als het kind verbeteren.

5.2 Illustratie

Om onze praktische gids een persoonlijke toets en wat kleur te geven, heeft Katleen Struyf, van Kaat illustraties voor ons een illustratie ontworpen. Deze illustratie heeft ze getekend aan de hand van een beknopte uitleg die wij haar gaven omtrent ons thema van de bachelorproef. Het is een illustratie die gebruikt kan worden op de kaft van de praktische gids. Ondanks het zware thema rond depressie kan deze illustratie veelbetekenend uitleggen wat de inhoud en de doelstelling is van ons boekje. De illustratie geeft weer wat de vroedvrouw kan betekenen voor de kraamvrouw.

Betekenis illustratie

De vroedvrouw, is de vrouw met het donkere haar in het witte jasje. In dat witte jasje zie je een thermometer en een hoorbuis van Pinard zitten. Die hoorbuis van Pinard is een typisch instrument die een vroedvrouw gebruikt om te luisteren naar de harttoontjes van een foetus. In dit geval luistert de vroedvrouw vooral naar de vrouw. Het witte jasje is er om een onderscheid te kunnen maken tussen vriendin en vroedvrouw. Wat mooi is in de tekening is dat de vroedvrouw de hand van de wenende mama vastneemt. De mama draagt haar baby in een draagdoek. Je ziet op de illustratie zowel de mama als de baby wenen. Hiermee willen we aantonen dat het emotionele welbevinden van de mama ook een impact heeft op haar kind. De plas water onder de mama toont aan dat de mama groot verdriet heeft en hulp nodig heeft. Tussen de vroedvrouw en de huilende mama en haar kindje zie je een roze wolk hangen die doorstreept is. Daarmee willen we aantonen dat de somberheid en het gebrek aan blijdschap voor de baby in schril contrast staan met de verwachte roze wolk.



Figuur 23: Illustratie Katleen Struyf (www.kaatillustraties.wordpress.com)

5.3 Interesse Vlaamse regering

Er is ook vanuit de Vlaamse regering interesse in ons onderzoek. Vlaams Volksvertegenwoordiger Freya Saeys is tevreden dat wij als studenten de keuze maakten voor deze invalshoek. Zij is van mening dat dergelijk onderzoek kan bijdragen tot hun eigen kennis en wensen graag op de hoogte gebracht te worden over de resultaten van ons onderzoek. Zo willen zij weten of zorgverleners in het werkveld voldoende op de hoogte zijn van de signalen van een postpartum depressie. Deze interesse kwam tot stand door Vlaams Volksvertegenwoordiger Freya Saeys naar informatie en prevalentiecijfers van postpartum depressie in Vlaanderen te bevragen. In diezelfde mail hebben we onze probleemstelling en doelstelling toegevoegd om onze vraag beter te verduidelijken. Het is alvast een positief signaal dat men interesse heeft in ons onderzoek en we hopen dat ons onderzoek op die manier kan bijdragen tot het beter herkennen van postpartum depressie.

6 Besluit

We kregen vanuit de literatuurstudie en ons onderzoek een duidelijk antwoord op de onderzoeksvraag: *'is er nood aan het sensibiliseren van de vroedvrouw om een postpartum depressie beter te detecteren en te begeleiden?'*

Uit de resultaten van de vragenlijsten, het interview met mevrouw Lieve Van Weddingen en onze literatuurstudie blijkt duidelijk dat vroedvrouwen meer nood hebben aan informatie zodat ze een postpartum depressie sneller zouden herkennen en een betere zorg op maat kunnen aanbieden. Daarnaast blijkt uit onze literatuurstudie dat het zeer belangrijk is voor zowel de vrouw als haar kind om postpartum depressie vroegtijdig te herkennen en aan te pakken zodat de vrouw niet dieper zou wegzakken in haar depressie en een grote impact heeft op haar kind.

95,6 procent van de ondervraagde vroedvrouwen wensen gesensibiliseerd te worden omtrent postpartum depressie. Vanuit dit resultaat kwam de vraag: 'Hoe kunnen wij de vroedvrouw helpen bij het verruimen van haar kennis en het beter begeleiden van vrouwen met postpartum depressie?'

Vanuit ons onderzoek is gebleken dat 78,9 procent van de vroedvrouwen gebruik wil maken van een praktische infogids die haar kan helpen bij het beter herkennen en begeleiden van postpartum depressie.

De aanbevelingen die wij wensen mee te geven is de uitwerking van een praktische gids voor de vroedvrouw. Het kan een hulpmiddel zijn voor de vroedvrouw in haar begeleiding van een vrouw met een postpartum depressie. Daarnaast willen wij graag onze onderzoeksresultaten delen met Vlaams Volksvertegenwoordiger Freya Saeys. Op die manier hopen wij te kunnen bijdragen tot verder onderzoek en een betere aanpak van postpartum depressie in de toekomst.

Lijst van figuren

Figuur 1: Flowchart Pubmed Central	11
Figuur 2: Flowchart Elsevier	11
Figuur 3: Flowchart Pubmed Medline	12
Figuur 4: Biopsychosociaal model	28
Figuur 5:Antenatal and postnatal mental health pathway	35
Figuur 6: Organogram beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	36
Figuur 7: Affiche Agentschap Zorg en Gezondheid	37
Figuur 8: Logo Kind en Gezin	37
Figuur 9: Organogram Kind en Gezin, 2017	38
Figuur 10: Logo huis van het kind	39
Figuur 11: Organogram medicatie NICE, 2017	50
Figuur 12: Tewerkstelling vroedvrouw	62
Figuur 13: Duur tewerkstelling vroedvrouw	63
Figuur 14: Herkennen symptomen babyblues	63
Figuur 15: Herkennen symptomen postpartum depressie	64
Figuur 16: Nood aan informatie postpartum depressie	64
Figuur 17: Een praktische infogids gebruiken	65
Figuur 18: Nood aan sensibilisatie omtrent postpartum depressie	65
Figuur 19: Hoe wilt u gesensibiliseerd worden?	65
Figuur 20: Kennis EPDS	66
Figuur 21: Meetinstrumenten in de professionele setting	66
Figuur 22: Naar waar kraamvrouwen doorverwijzen	67
Figuur 23: Illustratie Katleen Struyf	72

Bronvermelding

Arroya-Borrell (2017). "Influence maternal background has on children's mental health." International Journal for Equity in Health. Volume 16, issue 63.

AWHONN (2015). "Mood and anxiety disorders in pregnant and postpartum women." Journal of Obstetrics and Gynecology, volume 44, issue 5, pp. 687-689.

BC Reproductive Mental Health Program (2014). "Best practice guidelines for mental health disorders in the perinatal period." Guideline (PDF-document). Geraadpleegd op 6 november 2016, URL:<http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/GuidelinesStandards/Maternal/MentalHealthDisordersGuideline.pdf>

Beestin et al. (2014). "The impact of maternal postnatal depression on men and their ways of fathering: an interpretative phenomenological analysis." Psychology & health. Volume 29, issue 6, pp. 717-735.

Borra et al. (2015). "New Evidence on Breastfeeding and Postpartum Depression: The Importance of Understanding Women's Intentions." Maternal and Child Health Journal. Volume 19, issue 4, pp. 897-907.

Bydlowski et al. (2013) "Postpartum Blues: A marker of early neonatal organization?" Infant mental health journal. Volume 34 (6), pp. 508-515.

Chaudron (2013). "Complex Challenges in Treating Depression During Pregnancy". The American Journal of psychiatry. Volume 170, issue 1, pp. 12-20.

Corwin et al. (2015). "Bidirectional psychoneuroimmune interactions in the early postpartum period influence risk of postpartum depression." Elsevier. Volume 14, pp. 86-93.

Dama et al. (2016). "Thyroid peroxidase autoantibodies and perinatal depression risk: A systematic review." Elsevier. Volume 198, pp. 108-121.

De Block (2016). "Verblijfsduur in het ziekenhuis bij een bevalling" Geraadpleegd op 22 februari 2017, op URL <http://www.deblock.belgium.be/nl/verblijfsduur-het-ziekenhuis-bij-een-bevalling>

De Groot et al. (2016). "Vulnerable pregnant women in antenatal practice: Caregiver's perception of work load, associated burden and agreement with objective case load, and the influence of a structured organisation of antenatal risk management." Elsevier Midwifery. Volume 40, pp. 153–161.

Deligiannidis M. (2014). "Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression." Elsevier. Volume 28, issue 1, pp. 85-95.

Dennis, C.L. (2016). "Time for self appears to be a proactive strategy for the prevention of postpartum depression." Evid based nurs, volume 18 , nr 4, pp 4.

Dennis et al. (2013). "Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression." Cochrane database of systematic reviews, issue 2.

Dennis (2012). "Postpartum Depression is a Family Affair: Addressing the Impact on Mothers, Fathers, and Children." Mental Health Nursing. Volume 33, issue 7, pp 445-457.

Doornbos et al. (2008). "Sequential serotonin and noradrenalin associated processes involved in postpartum blues." Elsevier. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry. Volume 32, pp. 1320–1325.

Faron & Bayot (2013). "Farmacologie voor vroedvrouwen. Leidraad voor opleiding en dagelijkse praktijk." Academic and Scientific Publishers nv, Brussel.

Figueiredo B et al. (2011). "Anxiety and Depression in Women and Men from Early Pregnancy to 3-Months Postpartum," Archives of Women's Mental Health. Volume. 14 pp. 247–55.

Fredricks (2014). "Postpartum depression, neurotransmitters, and nutrition." Geraadpleegd op 30 april 2017 op URL <https://www.mentalhelp.net/contributors/fredricks/>

Goodman et al. (2011). " Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. Issue 14, pp. 1-27.

Giesbrecht et al. (2012). "Psychological distress and salivary cortisol covary within persons during pregnancy." Elsevier. Volume 37, issue 2, pp. 270-279.

Holtkamp Z. (2007). " Depressie, eenzaamheid en vermoeidheid van Nederlandse vaders na de geboorte van een kind; prevalenties, risicofactoren en validatie van de EPDS." Scriptie (PDF-document). Geraadpleegd op 2 november 2016, op http://essay.utwente.nl/58790/1/scriptie_Z_Holtkamp.pdf

Goutaudier et al. (2012). "Negative emotions, childbirth pain, perinatal dissociation and self-efficacy as predictors of postpartum posttraumatic stress symptoms." *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Volume 30, pp. 352–362.

Hanan et al. (2017). "Kangaroo care and postpartum depression. The role of oxytocin." *International Journal of Nursing Sciences*. Volume 4, issue 2, pp. 179-183.

Harvard Mental Health letter (2011). "Beyond the baby blues Postpartum depression is common and treatable." Volume 28, pp 1-3

JOGNN (2015). "Mood and Anxiety Disorders in Pregnant and Postpartum Women". *Awhonn*. Volume 44, pp. 687-689.

Kathleen Kendall-Tackett (2010). "Four Research Findings That Will Change What We Think About Perinatal Depression." *The Journal of Perinatal Education*. Volume 19, pp. 7–9.

KCE (2013). "Screening op depressie tijdens en na de zwangerschap." Geraadpleegd op 22 februari 2017, op URL <https://kce.fgov.be/nl/news/screening-op-depressie-tijdens-en-na-de-zwangerschap#.WOzKXGVebWg>

KCE (2017). "Postnatale depressie: richtlijn voor een adequate screening, behandeling en doorverwijzing." Geraadpleegd op 22 februari 2017, op URL <https://kce.fgov.be/nl/study-program/studie-2017-08-gcp-postnatale-depressie-richtlijn-voor-een-adequate-screening-behandel>

Kendall-Tackett (2010). "Depression in new mothers. Causes, consequences and treatment alternatives. Londen, Routledge.

Kettunen et al. (2014). "Is postpartum depression a homogenous disorder: time of onset, severity, symptoms and hopelessness in relation to the course of depression." *BMC Pregnancy and Childbirth*, volume 14, 402.

Kind en Gezin (2016). "postpartumdepressie." Geraadpleegd op 11 november 2016, op URL <http://www.kindengezin.be/zwangerschap-en-geboorte/anders-dan-verwacht/postpartumdepressie/>

Kind en Gezin (2017). "Over kind en gezin." Geraadpleegd op 28 februari 2017 op URL <http://www.kindengezin.be/over-kind-en-gezin/wat-doen-we/>

Lilja et al. (2012). "Depressive mood in women at childbirth predicts their mood and relationship with infant and partner during the first year postpartum." *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Volume 26, pp. 245–253.

Meulink A.M. (2014). "Postpartum depressie. Depressief na een bevalling: oorzaken, gevolgen en adequate ondersteuning. Amsterdam, SWP.

Meijer et al. (2014). "Associations of life events during pregnancy with longitudinal change in symptoms of antenatal anxiety and depression". Elsevier. Volume 30, issue 5, pp. 526-531.

NICE (2015). "Antenatal and postnatal mental health overview." Geraadpleegd op 12 december 2016, op URL <http://pathways.nice.org.uk/pathways/antenatal-and-postnatalmental-health>

NICE (2016). "Antenatal and postnatal mental health." Geraadpleegd op 1 maart 2017 op URL <https://www.nice.org.uk/guidance/qs115>

O'Hara et al. (2014). "Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology." Best practice and research clinical obstetrics and gynaecology, volume 28, pp 3-12.

O'Hara & Mc. Cabe (2013). "Postpartum Depression: Current Status and Future Directions." Clinical psychology. Volume 9, pp. 379-407.

Paulson JF et al. (2010). "Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association with Maternal Depression: A Meta-Analysis," Journal of the American Medical Association. Volume 303, pp. 1961-69.

Paulson et al. (2010). "Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression A Meta-analysis." JAMA. Volume 303, issue 19, pp. 1961-1969.

Pop et al. (2015). "A new concept of maternity blues: Is there a subgroup of women with rapid cycling mood symptoms." Elsevier. Journal of Affective Disorders. Volume 177, pp. 74-79.

Prince et al. (2014). "Praktische verloskunde" dertiende, herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Quispel et al. (2014). "The role of depressive symptoms in the pathway of demographic and psychosocial risks to preterm birth and small for gestational age." Elsevier. Volume 30, issue 8, pp. 919-925.

Robinson et al. (2014). "Low maternal serum vitamin D during pregnancy and the risk for postpartum depression symptoms." Women's Mental Health. Volume 17, issue 3, pp. 213-219.

Ross et al. (2005). "Sleep and perinatal mood disorders: a critical review." CMA Media Inc. Volume 30(4), pp. 247-256.

Saeyns et al. (2015). "Voorstel tot resolutie, betreffende de vroegtijdige detectie en behandeling van de postnatale depressie." Vlaams parlement (PDF-document). Geraadpleegd op 1 november 2016, op <http://docs.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2014-2015/g436-1.pdf>

Sari Goldstein Ferber (2004) "The nature of touch in mothers experiencing maternity blues: the contribution of parity." Elsevier. Early Human Development. Volume 79, pp. 65– 75.

Scrandis et al. (2007). "Depression after Delivery: Risk Factors, Diagnostic and Therapeutic Considerations." The Scientific World JOURNAL. Volume 7, pp. 1670–1680.

Sockol et al. (2013). "Preventing postpartum depression: A meta-analytic review." Clin. Psychol. Rev., volume 33, issue 8, pp 1205-1217.

Stewart M.D (2011). "Depression during pregnancy." New England journal of medicine, volume 365, pp 1605-16011.

Stuart et al. (2014). "Psychological treatments for perinatal depression." Best practice and research clinical obstetrics and gynaecology, volume 28, pp 61-70.

Sylvén et al. (2013). "Thyroid function tests at delivery and risk for postpartum depressive symptoms." Elsevier. Volume 38, issue 7, pp 1007-1013.

T.G. (2015). "Screen elke jonge moeder op postnatale depressie." Geraadpleegd op 10 januari 2017, op URL http://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20150709_01769948

Van Weddingen L. (2017) "Postpartum steun België." Geraadpleegd op 4 maart 2017 op URL <http://postpartum.eu/>

VBOV (2016). "Goede praktijkvoering voor de postnatale zorg." Aanbevelingen voor vroedvrouwen (PDF-document). Geraadpleegd op 10 december 2016, op URL <http://www.vroedvrouwen.be/sites/default/files/Goede%20praktijkvoering%20voor%20de%20postnatale%20zorg%20VBOV%202016%20korte%20versie.pdf>

Venkatesh et al. (2014). "The relationship between parental stress and postpartum depression among adolescent mothers enrolled in a randomized controlled prevention trial." *Maternal Child Health*. Volume 18, issue 6, pp. 1532-1539.

Viguera et al. (2011). "Episodes of mood disorders in 2252 pregnancies and postpartum periods." *The American Journal of Psychiatry*, volume 168, issue 11, pp 1179-1185.

Vliegen et al. (2014). "The course of postnatal depression: a review of longitudinal studies." *HRP Journal*, volume 22, issue 1, p. 22/01.

WHO (2016). "Maternal mental health." Geraadpleegd op 8 november 2016, op http://www.who.int/topics/mental_health/en/

Yonkers KA et al. (2011). "Diagnosis, Pathophysiology, and Management of Mood Disorders in Pregnant and Postpartum Women," *Obstetrics & Gynecology*. Volume 117, pp. 961–77.

Youn et al. (2011). "Predictive Validity of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised." *Korean Society of Nursing Science*. Volume 5, issue 4, pp. 210-215.

Yim et al. (2016). "Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration." *California Center for Population Research*. Volume 11, pp. 99–137.

Zhao et al. (2015). "Combined use of the postpartum depression screening scale (PDSS) and Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) to identify antenatal depression among Chinese pregnant women with obstetric complications." *Elsevier*. Volume 226, issue 1, pp. 113-119.

Zorg en gezondheid (2017). "Geestelijke gezondheid." Geraadpleegd op 1 maart 2017 op URL <https://www.zorg-en-gezondheid.be/geestelijke-gezondheidszorg>

Bijlagen

Bijlage 1: Informed consent formulier	82
Bijlage 2: Blanco vragenlijst.....	83
Bijlage 3: Interview Lieve Van Weddingen	86
Bijlage 4: Analyse vragenlijst	91
Bijlage 5: Evidentietabel	97

Bijlage 1: Informed consent formulier

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Verantwoordelijke onderzoeker:

Evelyne Heyerick en Lindsay De Grootte – Studenten vroedkunde VIVES hogeschool Kortrijk

Toestemmingsverklaring voor het onderzoek naar de kennis bij vroedvrouwen over postpartum depressie.

In te vullen door de deelnemer:

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en de risico's van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Bij publicatie van de resultaten wordt anonimiteit gewaarborgd.

Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum:

Plaats:

Handtekening deelnemer:

Handtekening onderzoeker:

Bijlage 2: Blanco vragenlijst

Kennisonderzoek bij vroedvrouwen omtrent postpartumdepressie

Wij zijn twee laatstejaarsstudenten vroedkunde van de VIVES hogeschool. Voor onze bachelorproef doen wij onderzoek naar de kennis bij vroedvrouwen omtrent postpartumdepressie. Wij zouden graag van u willen weten welke kennis u hebt over dit onderwerp en of u graag meer info wil omtrent deze problematiek.

Het kost u slechts enkele minuten om de vragenlijst in te vullen en uw reacties zijn volledig anoniem. Wij stellen uw input zeer op prijs.

Waar bent u als vroedvrouw tewerkgesteld?

1^{ste} lijn? Specifeer:

1. Zelfstandige praktijk
2. Thuiszorg
3. Kind&Gezin

2^{de} lijn? Specifeer:

1. Verloskwartier
2. Materniteit
3. Neonatologie
4. MIC
5. NICU
6. Andere dienst? Welke? ...

Hoelang werkt u reeds als vroedvrouw?

1. 0-5 jaar
2. 5-10 jaar
3. 10-15 jaar
4. 15-20 jaar
5. >20 jaar

Herkent u of zou u de symptomen van de babyblues herkennen bij een kraamvrouw?

1. Ja
2. Soms
3. Neen
4. Geen mening

Zou u een kraamvrouw met vroege symptomen van een postpartum depressie herkennen?

1. Ja
2. Soms
3. Neen
4. Geen mening

Hebt u als vroedvrouw nood aan informatie omtrent deze problematiek?

1. Ja
2. Soms
3. Neen
4. Geen mening

Zou u gebruik maken van een praktische infogids als die voorhanden zou zijn op uw dienst/professionele setting, omtrent postpartum depressie?

1. Ja
2. Soms
3. Neen
4. Geen mening

Is er nood aan het sensibiliseren van de vroedvrouw omtrent postpartum depressie?

1. Ja
2. Neen
3. Geen mening

Indien er nood is aan het sensibiliseren, op welke manier/wijze wilt u deze informatie verkrijgen?

1. Praktische infogids
2. Gebruik maken van bestaande detectieschalen zoals bijvoorbeeld de EPDS
3. Systematische prenatale screening bij risicofactoren
4. Via een gezondheidscampagne (sociale netwerken, radio, TV, reclamecommercial,...)

Kent u de Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)?

1. Ja
2. Al over gehoord
3. Neen

In welke mate wordt er in uw professionele setting gebruik gemaakt van dergelijke objectieve meetinstrumenten om een postpartum depressie te detecteren?

1. Altijd, maw dit gebeurt systematisch
2. Soms, bijvoorbeeld enkel bij vermoeden van PPD
3. Nooit

Kent u concrete instanties of disciplines waar u kraamvrouwen met vermoeden van postpartum depressie kan doorverwijzen?

1. Ja, wie? ...
2. Neen
3. Ik wil hier graag meer over weten

Hebt u nog opmerkingen of suggesties omtrent deze problematiek, dan horen wij dit graag van u.

Bedankt voor uw medewerking,
Lindsay De Grootte
Evelyne Heyerick

Bijlage 3: Interview Lieve Van Weddingen

Interview met mevrouw Lieve Van Weddingen,

(coach en therapeut voor vrouwen die voluit willen leven)

Interview werd afgenomen op maandag 12 december 2016 te Keerbergen van 11u30 tot 12u30

Korte schets over wie Lieve Van Weddingen is:

Lieve Van Weddingen heeft sinds 2006 haar eigen praktijk als therapeute en coach waarin ze voornamelijk moeders maar ook vaders begeleidt na de bevalling en hun uitdagingen in het ouderschap. Ze is zelf moeder van 5 kinderen. Ze schreef ook het boek "Mijn baby lacht.... Nu ik nog." Haar website = <http://www.lievevanweddingen.be>

Lindsay

Goeiemiddag mevrouw, wij zijn Lindsay en Evelyne. Wij zijn 2 studenten vroedkunde via afstandsonderwijs in de hogeschool Vives te Kortrijk. Wij combineren onze studies met een gezin en Evelyne met nog eens een job erbij. Wij willen jou alvast bedanken om ons te willen ontvangen.

Lieve

Welkom alvast Lindsay en Evelyne. Geen enkel probleem voor mij, ik ben alvast ook heel benieuwd naar ons gesprek.

Lindsay

Eerst willen we u graag vragen of het goed is voor u dat dit gesprek wordt opgenomen?

Lieve

Ja hoor zeker geen probleem voor mij. Doe maar gerust.

Evelyne

Ok, we zullen het gesprek opnemen met de smartphone. Ons gesprek kan dan nadien gemakkelijker worden verwerkt.

Lindsay

Ok, dan kunnen we starten hé.

Ik euh... zal eerst eens kort uitleggen waarover onze bachelorproef gaat é. Wij werken rond het begrip postpartum depressie. Euh... momenteel zijn we reeds gestart met onze literatuurstudie rond postpartum depressie. Wij zouden graag euh... een soort leidraad, een gids ontwikkelen voor de vroedvrouw om postpartum depressie beter te detecteren en te behandelen. Hiervoor doen we ook een klein onderzoek bij de vroedvrouwen in West-Vlaanderen. We willen hiermee nagaan of er nood is aan het sensibiliseren van de vroedvrouw om een post-partum depressie beter te detecteren en preventiemaatregelen te treffen. Van jou hadden we graag geweten wat de rol kan zijn voor de vroedvrouw. Hoe euh... kunnen we als vroedvrouw beter gaan detecteren en ondersteunen?

Lieve

Zo zijn er euh... bijvoorbeeld veel verschillende visies op borstvoeding, terwijl er euh... in feite maar fysiek één euh... goede visie is. Moesten alle vroedvrouwen die volgen dan zou dat al zeker die pasbevallen moeder al helpen, dit was het eerste. Ten tweede zijn ze heel vaak te hardhandig. Ze

leggen dat kind dan manueel te hard aan. Terwijl die moeder verkrampst dan helemaal. Er wordt echt best veel gezegd dat vroedvrouwen niet echt vriendelijk zijn, te kortaf of euh... of bot, of euh... of cru of euh... ja. Gewoon ja allez ik versta dat eigenlijk niet goed.

Lindsay

Ja euh... dus eigenlijk een zachtere aanpak?

Lieve

Jaaaaa.... zachter en met gewoon meer aandacht. Ja voor de vroedvrouw is dat eigenlijk gewoon hun job maar voor de moeder, je bevalt 2, 3, 4 keer maar dat zijn echt wel super belangrijke momenten in hun leven. Maar als je dan in het ziekenhuis ligt voor euh... 3 dagen en euh... je hebt ja... allez ja een aantal onvriendelijke vroedvrouwen dat betekent echt wel eh... die momenten. Dus ja het is echt wel cruciaal dat daar aandacht aan gegeven wordt.

Lindsay

Ja, jamaar dat moet daarvoor niet uren gelijk dat je zegt bij die vrouwen gaan zitten. Dat is dan euh.... echt wel een moment dat je er bent. De begeleiding moet vriendelijk zijn en zacht.

Lieve

Ja euh..... en met aandacht, weet je. Vaak is het functioneel, heel functioneel dat vroedvrouwen rondlopen. Ik ben zelf 3 keer thuisbevallen dus dat is anders. Maar bij mijn laatste bevalling euh... van J. kwam mijn placenta niet eh... dus ik moest naar het ziekenhuis. Op zich ja ... al een helse rit. Maar ik heb toen toch wel het geluk gehad om 3 dagen in het ziekenhuis toch te verblijven omdat ik bloed nodig had enzo. Dus ja het was op zich wel heel boeiend hoe vroedvrouwen omgingen met mij. En ik euh.... zag heel vaak dat het heel functioneel was eh. Dus ja euh.... ze komt binnen en vraagt hoeveel of hoe vaak heb je geplast en hoe vaak heb je gevoed en ja eigenlijk heeft er nooit niemand aan mij gevraagd en hoe is het met u? Ja ze wisten wel wie ik was maar evengoed kunnen ze dat vragen.

Evelyne

Dus eigenlijk moet de vroedvrouw nog meer aandacht hebben voor het emotionele aspect?

Lieve

Ja eigenlijk wel. Ik denk dat dat een hele grote leemte nog is bij vroedvrouwen. Maar ook omdat er te weinig aandacht aan besteedt wordt in je opleiding.

Lindsay

Ja, ja inderdaad. T'is veel wij leren echt wel de technieken en wat je moet doen maar leren omgaan met de patiënt of euh.... leren omgaan met en tips hoe je kan vrouwen stimuleren om het zus of zo te doen dat ondervindt je zelf. Volgens mij is dat ook een beetje aanleg van jezelf als vrouw.

Lieve

Ja als vroedvrouw moet je wel empathisch zijn. Dus wat ik ook heel belangrijk vindt is dat de vroedvrouw de gewoonte nemen om zich voor te stellen bij het binnenkomen van de kamer. Dat is iets wat mij van in het begin is opgevallen dat niemand zich voorstel. Die komen gewoon maar binnen en buiten. Ik ben nu al een ervaren moeder, ik heb ondertussen al een dochter van 13 dus mij maakte dat niet uit dat ik daar lag met mijn borsten bloot maar je zit in een heel kwetsbare positie. Dus het stoorde mij heel erg dat niemand dit eigenlijk deed. Dus vroeg ik het soms zelf van wie zijt gij eigenlijk? (lacht) Wat nog belangrijk is, is ja het aandachtig aanwezig zijn hé. Dat u echt uw aandacht richt op de vrouw die daar ligt eh. In tegenstelling dan dat je je aandacht richt op de patiënt die daar ligt. De patiënt die moet verzorgd worden en gewassen, het bed moet ververst

worden en een nieuw kraamverband enzo allemaal. Euh... want eigenlijk moet je er van uitgaan als vroedvrouw dat emotioneel gezien de vrouw wat door elkaar geschud is. Eigenlijk zou dat beetje de insteek moeten zijn. Het is niet de insteek van ja, goh misschien heeft ze wel een postpartum depressie maar de insteek is wel die vrouw is net bevallen en hoe vlot dat die bevalling ook gegaan is, het is altijd impact vol. Ja ik moet dat jullie niet vertellen. Dat is bij elk kind anders. Euh... er gebeurt altijd vanalles, emotioneel ook wanneer een vrouw bevalt. Dus feitelijk is dat uw insteek als vroedvrouw. Er zijn natuurlijk 101 gradaties van hoe een vrouw dat ervaart maar hoe ja hoe kun je daar dan aandacht aan geven. Ja door te vragen van ja hoe ist met jou, de meeste vrouwen gaan natuurlijk wel antwoorden van ja goed, maar dan is het interessant om te gaan doorvragen eh... . Je kunt zeggen van ja, wat maakt dat het goed is? Of ja vertel het es? Of vertel eens wat is moeilijk. Ik zie bij veel vrouwen bij wie het moeilijk is dat er dan geruststelling komt. Het is wel denk ik jullie taak om daar heel veel energie in te steken. Want de moeder gaat niet direct heel haar hart gaan blootleggen. Dus je moet er efs energie in steken en in investeren zodanig dat ze het gevoel heeft dat er ruimte is om haar euh... haar verhaal te doen eh. Als je pecht hebt jaaaa dat wordt dan een lang verhaal maar ja dan kun je op dat moment nog altijd beslissen van ok, ik kan misschien straks op een ander moment nog eens terugkomen en zeggen van ja ik kan daar nu effe geen tijd aan besteden maar ik wil het er zeker nog eens verder over hebben. Je kunt dat dan beter inplannen of al eens briefjes naar de collega's. Zodat er toch een soort netwerk/vangnet ontstaat tussen de vroedvrouwen onderling zodanig dat jullie dit allemaal kunnen euh.. opvolgen hé. Ja het is verschrikkelijk hé als vrouw ja die shift veranderd en ja nieuwe vroedvrouw eh en die komt dezelfde vraag stellen en je moet dan opnieuw je verhaal doen. Ja dan wil je gewoon als moeder dat er iemand gewoon binnenkomt en zegt van ja ik heb gehoord van ... dat het wat moeilijk gaat eh en we gaan eens kijken eh.

Als je je niet goed voelt kost dat echt heel veel moeite al om je verhaal te doen allez ja dat ga je geen 2 of 3 keer doen hé. Dus onderlinge briefing is super belangrijk. Er zou een systeem moeten bedacht worden hiervoor. Wat ook zeer belangrijk is, is dat ze naast je komt zitten. Ja er is geen enkele vroedvrouw die naast je komt zitten die staan altijd recht om een gesprek te voeren. Hoe erg zou dat niet zijn moest ik hier nu heel de tijd al rechtstaand tegen jullie zou zitten praten. Ja ik had toen kraamhulp maar zij ging ook nooit op mijn bed komen zitten. Maar denk je nu echt dat ik ga beginnen babbelen tegen u als er iemand rechtstaat? Ja dus gaan zitten is zeer belangrijk. De mensen ook aanraken ja Ze niet platknuffelen maar gewoon eens je hand op hun hand leggen. Dat doet echt heel heel veel ja. En dat kost geen tijd en energie. Gewoon doen, tonen feitelijk aan die mama dat je er zijt. Euh... wat nog? Dus ja doorvragen, goede vragen stellen. De mensen laten uitspreken, is ook iets wat ik belangrijk vind. Er moet geen oplossing zijn eh..... De mensen laten uitspreken kan je wel helpen om sneller zicht te krijgen op een postpartum depressie. In het ziekenhuis is het op dit vlak zeker niet oké. Alles moet het liefst zo snel mogelijk gebeuren en dat is jammer. Veel vroedvrouwen kunnen niet zo'n gesprek ook aan. Eh..... Zo vind ik die EPDS geen goed idee. Ik vind dit geen goed instrument. In gesprek gaan met iemand werkt veel beter. Maar in het ziekenhuis ben je natuurlijk maar 3 dagen en 3 nachten. Dat is kort, zeer kort eh..... .

Lindsay

[Hoe kun je dan als vroedvrouw het beste de vrouw ondersteunen hierin? Want 3 dagen en 3 nachten is inderdaad zeer kort eh.](#)

Lieve

Ja, het is zeer belangrijk om de vrouw te vertellen dat het over gaat. Vandaar ook het belang om erover te praten eh.... . Als ze emoties onderdrukken ja.... daarna ontstaan er problemen eh. De partnerrelatie is hier ook het allerbelangrijkste in. Men moet kunnen praten ook tegen elkaar, elkaar het gevoel geven er te zijn voor elkaar. Het contact met moeder en kind is ook zeer belangrijk om een depressie te voorkomen. Een moeder kan niet zonder haar kind. Een moeder heeft haar kind nodig dat is zo dat gaat om biologische processen in het lichaam. Dus kind van moeder wegnemen niet doen, dit werkt omgekeerd. Je kunt zeggen dat er een soort rouwproces in gang

wordt gezet wanneer je haar kind wegneemt. Je verbreekt hierbij die connectie. De dag van vandaag zijn er hiervoor toch al oplossingen eeh... zo heb je de gentle sectie. Kennen jullie dit ?

Evelyne

Ja ik heb dit op een stage al eens kunnen meemaken, je zag ook echt mooi die band tussen moeder en kind. Dus ik vind het echt wel mooi dat dit kan.

Lieve

Inderdaad maar wordt jammergenoeg nog in te weinig ziekenhuizen toegepast. Hopelijk komt er daar nog verandering in. Euh.... Ja ik kan ook nog meegeven dat je de vrouw gerust kan aanraden om haar kindje veel bij zich te houden, hierbij ook vernoemen aan de vrouw waarom. Haar uitleggen hoe die hechting op gang komt, hoe dit kan zorgen voor een binding. Ja en als vroedvrouw de vrouw zelfredzaam proberen te maken hé, erop letten haar niet te betuttelen euh.... ja. En belangrijk is ook om moeders te vertellen niet te streng te zijn voor zichzelf.

Lindsay

We willen een praktische gids maken ter ondersteuning van de vroedvrouw. Welke aandachtspunten moeten volgens u in ons boekje komen?

Lieve

Ja vlug even nadenken euh.... . Wat ik belangrijk vind is dat de vroedvrouw aandacht geeft voor het functionele tijdens het verzorgen. Ook dat men kan luisteren zonder te oordelen, zeer belangrijk. Euh... wat nog. Je moet durven doorvragen. Ik vergelijk dit met een ijsberg. Je moet je voorstellen dat je een ijsberg ziet, het grootste deel van de ijsberg zit onder de waterspiegel. Dit is te vergelijken met wat de vrouw voor je verborgen houdt. Maar 10 procent van de ijsberg is zichtbaar. En dat is hetgeen wat de vrouw je maar gaat vertellen. Vandaar het belang om door te vragen. Om meer te weten te komen. Wat kan ik jullie nog meegeven euh.... Je moet ook respectvol omgaan, ik wil hiermee zeggen dat je moet uitleggen wat je gaat doen. Het is zeer vervelend wanneer je daar ligt dat je niet weet wat er gaat gebeuren. Voor vroedvrouwen en artsen lijkt alles logisch maar voor de vrouw die daar ligt is dat absoluut niet zo. Jullie weten dat ook wel al hé ondertussen. Wat ik heel vaak in mijn praktijk zie é, zijn mama's die problemen hebben met hun ideaalbeelden, de verwachtingen die te hoog liggen. Dit ligt ook deels vooral aan de maatschappij hoor. We denken als we moeder worden dat we automatisch gelukkig worden met ons kind. Maar dit werkt zo niet. Het is belangrijk dat moeders kunnen contact maken met andere moeders om te praten over wat ze voelen. Hun gevoelens kunnen delen. Men moet kunnen ventileren zodat de gevoelens niet vastzitten. Wat ik ook nog wil zeggen is euh..... ja de mensen niet aan hun lot overlaten, hun dus niet laten vertrekken zonder een adres mee te geven waar ze terecht kunnen met hun bezorgdheden en vragen. Het is dus zo hoe sneller een vrouw hulp krijgt hoe beter dit werkt tegen depressie eh... Vrouwen moeten snel bij iemand terecht kunnen. Ja... hoe sneller ze bij iemand terecht kunnen, hoe sneller het proces kan aangepakt worden en hoe sneller ze zich beter gaan voelen. Dat is zeer belangrijk. Hun sociaal netwerk en steun van de partner is dus zeer belangrijk.

En zoals je misschien hebt kunnen zien op mijn website van postpartumsteun België, ben ik nu onlangs gestart met het geven van de opleiding postpartum consulente.

Evelyne

Ja ik heb dit inderdaad gezien en dit lijkt mij alvast zeer interessant om te volgen in de toekomst. Mogen we dit naast jouw website ook vermelden eventueel in onze bachelorproef?

Lieve

Ja ja zeker mag je doen. Want er zijn momenteel nog zeer weinig gespecialiseerde hulpverleners die echt weten waarmee ze bezig zijn. Wat goed is is dat vrouwen weten wie in hun buurt

gespecialiseerd is in dat thema en bij wie ze terecht kunnen. Dus euh... de mensen die de opleiding gevolgd hebben, dus de consultants kunnen dan opgegeven worden als eerste doorverwijsadres voor de opvolging van moeder en kind. Het is een opleiding die iedereen kan volgen maar die zeker aanbevolen is voor vroedvrouwen, kraamverzorgenden, psychologen, therapeuten en daarnaast ook voor de moeder en vader.

Lindsay

Ok, laten we het hier bij laten wij bedanken je alvast voor je tijd en je uitgebreide uitleg en tips. We zullen hiermee zeker verder aan de slag gaan en er iets moois van maken.

Evelyne

Inderdaad alvast bedankt voor je tijd en je moeite. Ik vond het absoluut de moeite waard om zo ver te rijden hiervoor. En ik vond het fijn om jou te kunnen ontmoeten.

Lieve

Geen probleem hoor, is graag gedaan. Als er verder nog vragen zijn of er iets is mag je altijd contact met mij opnemen. Alvast bedankt voor de moeite om zo ver te rijden tot hier.

Bijlage 4: Analyse vragenlijst

Kennisonderzoek bij vroedvrouwen omtrent postpartumdepressie

- Waar bent u als vroedvrouw tewerkgesteld?

Aantal deelnemers: 122

9 (7.4%): 1. Zelfstandige praktijk

6 (4.9%): 2. Thuiszorg

- (0.0%): 3. Kind&Gezin

58 (47.5%): 4. Verloskwartier

69 (56.6%): 5. Materniteit

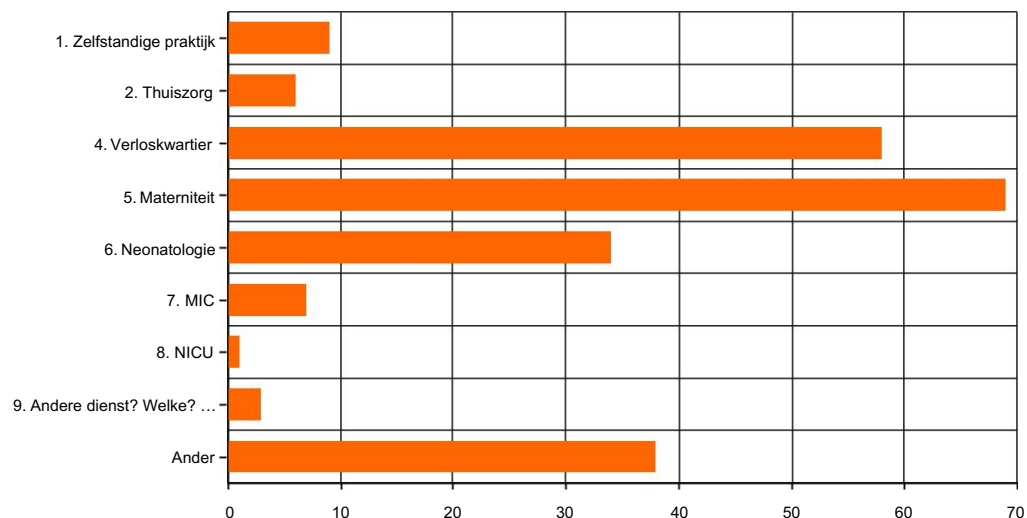
34 (27.9%): 6. Neonatologie

7 (5.7%): 7. MIC

1 (0.8%): 8. NICU

3 (2.5%): 9. Andere dienst? Welke? ...

38 (31.1%): Ander



Antwoord(en) van het extra veld:

- student
- studente vroedkunde
- student vroedkunde
- student vroedkunde
- student vroedkunde
- student vroedkunde
- student vroedkunde
- student vroedkunde
- student vroedkunde
- student vroedkunde
- student vroedkunde
- student vroedkunde
- student vroedkunde
- Onderzoek

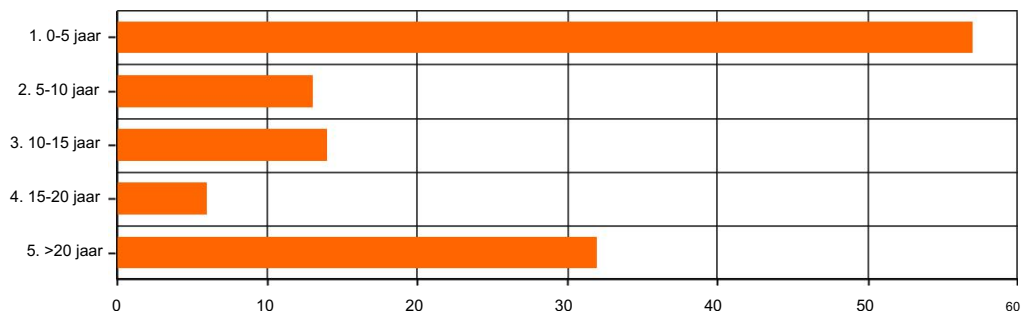
- dienst interne
- spoedgevallen
- Neurochirurgie
- Medium care
- fertiliteit
- operatiekwartier
- Pediatrie
- OK
- OK fertiliteit
- OK fertiliteit
- Radiologie
- Geriatric
- Geriatric
- Cardiologie
- Mobiele equipe
- Orthopedie
- OK
- Medium care

- Chirurgie
- Interne dienst
- Polikliniek
- spoedgevallen
- Gastro-enterologie
- Pediatrie
- Pediatrie
- OK

1. Hoelang werkt u reeds als vroedvrouw?

Aantal deelnemers: 122

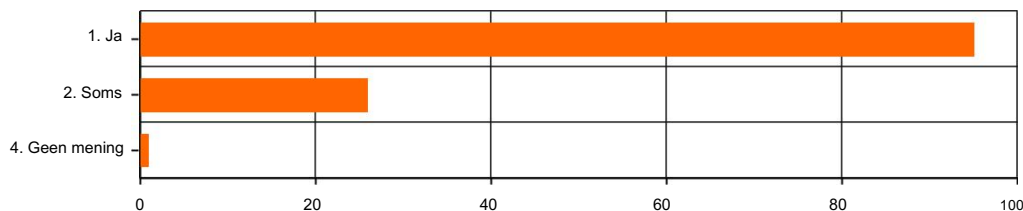
- 57 (46.7%): 1. 0-5 jaar
- 13 (10.7%): 2. 5-10 jaar
- 14 (11.5%): 3. 10-15 jaar
- 6 (4.9%): 4. 15-20 jaar
- 32 (26.2%): 5. >20 jaar



3. Herkent u of zou u de symptomen van de babyblues herkennen bij een kraamvrouw? Aantal

deelnemers: 122

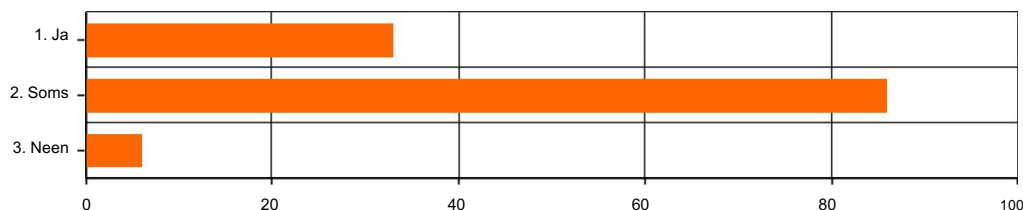
- 95 (77.9%): 1. Ja
- 26 (21.3%): 2. Soms
- (0.0%): 3. Neen
- 1 (0.8%): 4. Geen mening



4. Zou u een kraamvrouw met vroege symptomen van een postpartum depressie herkennen?

Aantal deelnemers: 123

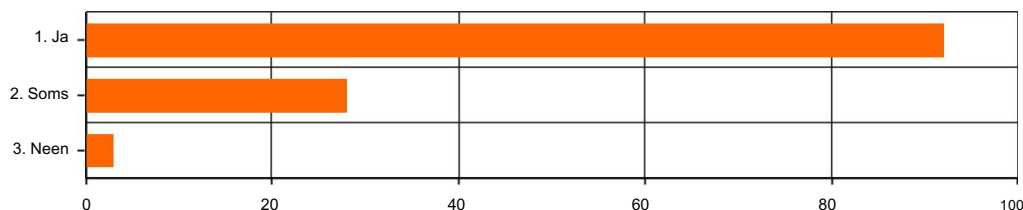
- 33 (26.8%): 1. Ja
- 86 (69.9%): 2. Soms
- 6 (4.9%): 3. Neen
- (0.0%): 4. Geen mening



5. Hebt u als vroedvrouw nood aan informatie omtrent deze problematiek? Aantal

deelnemers: 123

- 92 (74.8%): 1. Ja
- 28 (22.8%): 2. Soms
- 3 (2.4%): 3. Neen
- (0.0%): 4. Geen mening



6. Zou u gebruik maken van een praktische infogids als die voorhanden zou zijn op uw dienst/professionele setting, omtrent postpartum depressie?

Aantal deelnemers: 123

97 (78.9%): 1. Ja

22 (17.9%): 2. Soms

2 (1.6%): 3. Neen

2 (1.6%): 4. Geen mening



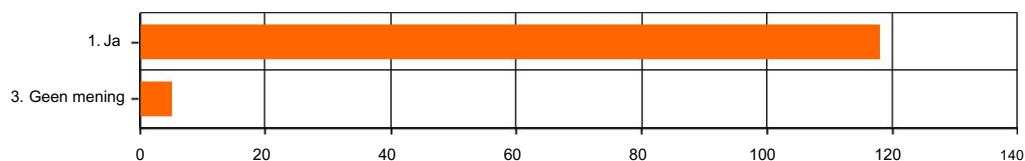
7. Is er nood aan het sensibiliseren van de vroedvrouw omtrent postpartum depressie? Aantal

deelnemers: 123

118 (95.9%): 1. Ja

- (0.0%): 2. Neen

5 (4.1%): 3. Geen mening



8. Indien er nood is aan het sensibiliseren, op welke manier/wijze wilt u deze informatie verkrijgen? Aantal

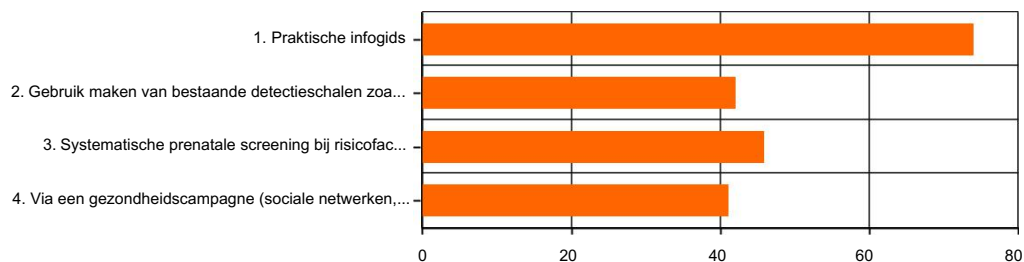
deelnemers: 123

74 (60.2%): 1. Praktische infogids

42 (34.1%): 2. Gebruik maken van bestaande detectieschalen zoals bijvoorbeeld de EPDS

46 (37.4%): 3. Systematische prenatale screening bij risicofactoren

41 (33.3%): 4. Via een gezondheidscampagne (sociale netwerken, radio, TV, reclamecommercial, ...)



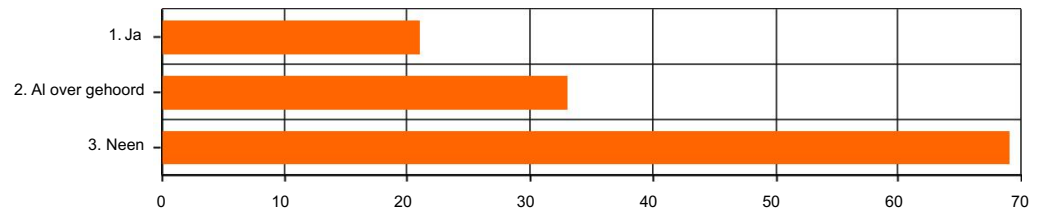
9. Kent u de Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)?

Aantal deelnemers: 123

21 (17.1%): 1. Ja

33 (26.8%): 2. Al over
gehoord

69 (56.1%): 3. Neen



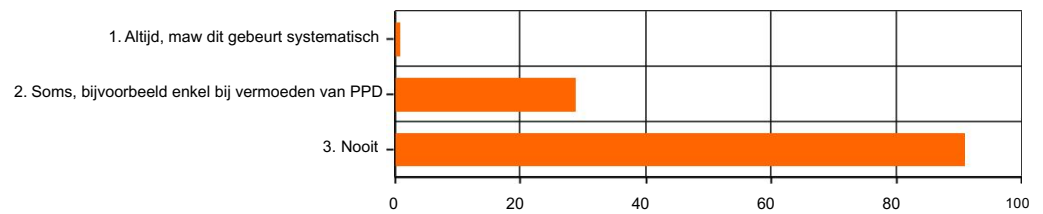
10. In welke mate wordt er in uw professionele setting gebruik gemaakt van dergelijke objectieve meetinstrumenten om een postpartum depressie te detecteren?

Aantal deelnemers: 121

1 (0.8%): 1. Altijd, maw dit
gebeurt systematisch

29 (24.0%): 2. Soms,
bijvoorbeeld enkel bij
vermoeden van PPD

91 (75.2%): 3. Nooit



11. Kent u concrete instanties of disciplines waar u kraamvrouwen met vermoeden van postpartum depressie kan doorverwijzen?

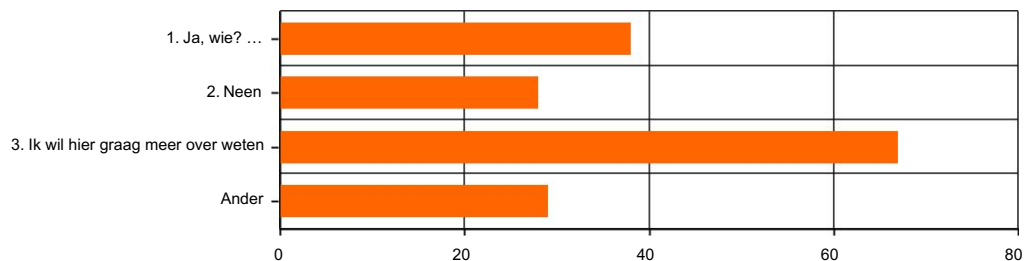
Aantal deelnemers: 123

38 (30.9%): 1. Ja, wie? ...

28 (22.8%): 2. Neen

67 (54.5%): 3. Ik wil hier graag meer over weten

29 (23.6%): Ander



Antwoord(en) van het extra veld:

- Sint-Camillus
- In Gent, speciale dienst opname moeder en kind
- Ambulante groep H.Hart die doet aan huis bezoek
- Huisarts, is vertrouwenspersoon
- onmiddellijk postpartum: uz Gent consult psycholoog, psychiater
- in ziekenhuis via consult psychiater, thuissituatie via huisarts
- Zoersel moeder-kind opname
- sociale dienst, psycholoog, psychiater.
- Moeder-kind opname
- Psychologe in het ziekenhuis
- Sint-Camillus
- Sociale dienst van het ziekenhuis
- Psycholoog, psychiater
- Sint-Camillus
- Sint-Camillus
- Sint-Camillus
- Psychologe in het ziekenhuis
- Sint-Camillus en psychiater in ziekenhuis
- CAW, moeder-kind eenheid, psycholoog
- Huisarts, psycholoog
- Sint-Camillus
- Sint-Camillus en psychiater in ziekenhuis
- Sint-Camillus en psychiater in ziekenhuis
- centrum moeder en kind
- Huisarts
- Moeder-kind zorg zoersel
- Sint-Camillus
- CGGZ
- Sint-Camillus, Lieve van Weddingen, www.postpartum.eu

12. Hebt u nog opmerkingen of suggesties omtrent deze problematiek, dan horen wij dit graag

van u. Aantal deelnemers: 6

- Het moet al zeer extreem zijn om dat op de materniteit te detecteren. Oorzaak: blijven niet zo lang meer op de materniteit.
- Betere prenatale begeleiding, betere samenwerking tussen gynaecoloog en psychiater.
- Kraamverzorgenden en verpleegkundigen moeten ook goed op de hoogte gesteld worden, Vaak is er bij hen weinig kennis.

- Detectieschalen aanwezig op alle diensten
moeder kind ! screening start al bij de
gynaecologen.
- Samenwerking tussen gynaecoloog en psycholoog verloopt vaak heel moeizaam, algemeen te weinig aandacht van de gynaecoloog voor psychische toestand patiënte (ook na doorverwijzing van vroedvrouw)
- Ik zou graag beschikken over de aangepaste anamneselijst met specifieke markers voor postpartum depressie.

Auteur, jaar publicatie	Titel	Design - type studie	Probleemstelling- doelstelling	Studiepopulatie (aantal/geslacht/land/ setting/ inclusie en exclusiecriteria) – Toestemming ethische commissie – Belangenconflict	Variabelen en meetinstrumenten	Interventie, test - controletest, werkwijze/procedure, vergelijking (afhankelijk van design studie)	Resultaten	Bemerkingen en Besluiten
Dennis, 2016	Time for self appears to be a proactive strategy for the prevention of postpartum depression	Prospective cross sectional study	<p>Perinatal mental health is a leading health issue with significant economic cost to society if left untreated. Owing to its negative effect on maternal and child outcomes.</p> <p>The purpose of the study was to explore the relationship between frequency of time for self and maternal depressive symptoms at 6 months postpartum.</p>	<p>Nulliparous women who registrered to give birth at six hospitals in Melbourne</p> <p>Studie werd goedgekeurd door de ethische commissie</p>	Questionnaire	<p>Baseline questionnaire during pregnancy and again at 6 months postpartum.</p> <p>The questionnaires included study designed measures that assessed:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maternal satisfaction with emotional and practical support 2. Partner involvement in household tasks, looking after the baby and being a parent. 3. Frequence of time for self where someone else looked after the baby <p>over 6000 invitation packages were mailed, 1507 pregnant women enrolled into the study, 1396 completed the 6-month postpartum questionnaire.</p> <p>Multivariable regression models were conducted.</p>	<p>Findings:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fewer than half of the women reported that they had time for themselves once a week or more. - 1 in 6 women indicated that they never had time for themselves. - Women with less time for self were significantly more likely to be dissatisfied with the emotional and practical support received and to percive their partners to be less involved in household tasks, looking after the baby and parenting activities. 	The findings suggest that having time for self at least once a week in the first 6 months may promote positive maternal mental healths.

Dennis, 2013	Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression	Intervention review	<p>Problemstelling; Postpartum depression is a serious condition of public health importance. The purpose of this review was to examine the effect of psychosocial and psychological interventions to reduce the risk of PPD compared with usual care.</p> <p>Doelstelling - To assess the effect of diverse psychosocial and psychological interventions compared with usual antepartum, intrapartum, or postpartum care to reduce the risk of developing ppd. - To Examine the effectiveness of specific types of psychosocial and psychological interventions. - The effectiveness of professionally based versus lay based interventions - The effectiveness of individually based versus group-based interventions - The effectiveness of interventions onset and duration - whether interventions are more effective in women selected with specific risk factors <W</p>	<p>28 randomised controlled trials involving 17.000 pregnant women and new mothers (less than six weeks postpartum)</p> <p>Included: studies that examined patient populations at no known risk and women who were identified as being at risk of developing postpartum depression.</p> <p>Excluded: Trials where more than 20 percent of women were depressed at trial entry.</p>	They searched the cochrane pregnancy and childbirth groups trials register, scanned secondary references and contacted experts in the field. They updated the search and added the results to the awaiting classification section of the review for assessment at the next update.	Any form of standard or usual care compared with non pharmaceutical interventions. Including psycho educational strategies, cognitive behavioural therapy, interpersonal psychotherapy, non-directive counseling, psychological debriefing, various supportive interactions, and tangible assistance delivered via telephone, home or clinic visits, or individual or group sessions antenatally within the first month postpartum by a professional or lay person.	<p>Findings: - women who received a psychosocial or psychological intervention were significantly less likely to develop ppd compared with those receiving standard care. - Promising interventions that reduce PPD are: 1. the provision of intensive, individualised postpartum home visits provided by health nurses or midwives. 2. Telephone support 3. Interpersonal psychotherapy 4. Individual based interventions 5. Multiple contact interventions. 6. Interventions in the postpartum period 7. Identifying mothers at risk assisted of PPD</p> <p>Studies have demonstrated the importance of psychosocial and psychological variables as ppd risk factors. While interventions based on these variables may be effective treatment strategies, theoretically they may also be used in pregnancy and the early postpartum period to prevent depression</p>	Overall, psychosocial and psychological interventions significantly reduce the number of women who develop PPD. Promising interventions include the provision of intensive, professionally based postpartum home visits, telephone based support and interpersonal psychotherapy.
--------------	---	---------------------	---	--	--	---	---	---

O'Hara, 2014	Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology	Beschrijven de studie	<p>Probleemstelling: Perinatale psychische aandoeningen zijn een belangrijke complicatie van de zwangerschap en de postpartum periode, en wordt vaak aangetroffen door de obstetrican-gynaecoloog.</p> <p>Doelstelling: Vroegtijdige opsporing en een doeltreffend beheer van de perinatale psychiatrische stoornissen zijn van cruciaal belang voor het welzijn van deze vrouwen en hun nakomelingen.</p>	In deze beschrijvende studie gaat het om vrouwen met / kans op perinatale aandoeningen.	Dit artikel is ontstaan met bijdrage van collega's uit verschillende landen. Dit om het artikel een divers en internationaal perspectief op het probleem en de aanpak van perinatale psychische aandoeningen te geven.	<p>Beschrijving van de soorten perinatale aandoeningen, hun prevalentie en de behandelingswijzen. Ook de biologische factoren spelen een belangrijke rol bij de ontwikkeling van perinatale psychische aandoeningen.</p> <p>Zo kan men perinatale depressie, postpartum angststoornissen, postpartum blues en postpartum psychose onderscheiden.</p>	<p>Het is zeer belangrijk voor de verloskundige om psychiatrische aandoeningen die kunnen beginnen voor de zwangerschap, ontstaan tijdens de zwangerschap of die heersten in de postpartum periode te herkennen. Bovendien moet de verloskundige zich bewust zijn van de risicofactoren, de behandeling en de mogelijkheden tot doorverwijzing.</p> <p>Enkele aanbevelingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij een vroege afspraak tijdens de zwangerschap, moet de huidige en anamnese van psychiatrische aandoeningen worden verkegen. - Veel vrouwen zullen niet behandeld zijn voor hun depressie of angststoornis, daarom onbehandelde episodes niet vergeten. - Angststoornissen heersen tijdens de zwangerschap en postpartum periode. Vergeet niet te vragen over angst en bezorgdheid bij elk bezoek. - Zorg voor professionele relaties met psychiaters en psychologen om gezamenlijke zorg te kunnen aanbieden. 	Verder onderzoek naar etiologie, preventie en behandeling zijn van cruciaal belang om de impact van de perinatale psychische aandoening op vrouwen en hun gezinnen te verminderen en zo te investeren in de volgende generatie.
--------------	---	-----------------------	--	---	--	--	---	---

Kettunen et al. 2016	Is postpartum depression a homogenous disorder: time of onset, severity, symptoms and hopelessness in relation to the course of depression.	Peer-Review	<p>Depressive symptoms are among the most frequent psychiatric manifestations observed in women after childbirth. Although PPD is common, it is often missed by primary care teams. Mothers often face barriers to seeking help.</p> <p>It is not easy to differentiate PPD from other psychiatric disorders. Or to separate depressed mothers from healthy mothers.</p> <p>The course of this study is learning whether PPD is homogenous according to the course of depression. Learning more about the time of onset of PPD, its severity, its symptoms, and the level of the hopelessness experienced. The results may have clinically important implications for the detection, screening, and further treatment of this disorder.</p>	<p>- Finland</p> <p>- Mothers at six weeks to six months after childbirth.</p> <p>- Study group: 104 mothers with a major depressive episode, aged 18-40 years. Data collection took place from 2003 to 2013</p> <p>- Control group of non-depressed mothers was collected at the antenatal clinic in Joensuu. This group was collected between 2008 to 2010.</p> <p>Excluded: Mothers with psychotic, addictive and thyroid disorders.</p> <p>The study protocol was approved by the Ethical committee of the North Karelian Hospital District Federation of Municipalities. All participants gave their informed consent prior to data collection.</p>	<p>The study was designed to assess the course of depression, time of onset, severity of symptoms, the symptom profile, and the level of hopelessness.</p> <p>- EPDS</p> <p>- DSM-IV</p> <p>- SCID-I</p> <p>- Self administered 21 item Beck hopelessness Scale (BHS-20)</p> <p>- 90 items symptoms Checklist 90 (SCL-90)</p>	<p>- Postpartum examination mothers were screened with the EPDS during the examination by primary care nurses at the antenatal clinic in Joensuu, Eastern Finland. If the EPDS score is more than 10 the nurse told the mother that she could be assessed by a psychiatrist.</p> <p>- Diagnoses of major depressive disorder in the study group (depressed mothers) and the control group (non-depressed mothers) were assessed by a psychiatrist by means DSM-IV and SCID-I.</p> <p>- The groups were asked questions about the onset of depression and experiences of previous depressive episodes as a part of the semi-structured SCID interviews</p> <p>- The mothers were asked if they had given birth to a living infant or not and how many children they had.</p> <p>- Severity of depression was rated using the number of MDE + symptoms found in the SCID interview, Self administered 21 item Beck hopelessness Scale</p> <p>- Mental symptoms were assessed by the SCL-90</p> <p>Data analysis was conducted with IBM SPSS (version 21). Differences between the study groups were examined with Pearson's chi-square test and Fisher's exact test.</p>	<p>- Depressed mothers were younger than the non-depressed mothers.</p> <p>- Depressed group reported more symptoms of depression in the SCID interview and higher EPDS & BDI scores than the non-depressed group.</p> <p>- Depressed mothers had a history of previous depression more frequently than the non-depressed mothers.</p> <p>- All the PPD diagnoses were reached within 22 weeks of childbirth.</p> <p>- Mothers with a history of DDP were more often depressed within 1,5 weeks of childbirth.</p> <p>- The mean number of multiple depressive symptoms, the BDI score and the BHS score were higher in a recurrent depressive episode than the first episode.</p> <p>- The SCL-90 depression and anxiety scores were higher among those with a history of DDP. (depression during pregnancy)</p> <p>- Increased or decreased appetite, sleep disturbance, and suicidal ideation as symptoms of depression were more common in a recurrent depressive episode than in the first episode.</p> <p>- Worthlessness/feelings of guilt were more common among those who had a history of DDP.</p> <p>- Poor concentration was more common among other types of depression than pure PPD. (postpartum depression)</p>	<p>The results of the study indicate that it is important for health care services to follow up mothers who have had previous episodes of depression, including DDP and PPD, after delivery. If a mother has had DDP, she needs care already during pregnancy and usually also during the baby blues period. All mothers should be screened within six weeks of childbirth. Screening alone is not effective; it is also important to pay attention to feelings of hopelessness and the diversity of symptoms with PPD. It is also important to give mothers information about PPD and to discuss the symptoms with them in order to raise their awareness of this disorder and possible new episodes in the future.</p>
----------------------	---	-------------	---	--	--	--	---	--

Stuart et al., 2014	Psychological treatments for perinatal depression	Comparison study	<p>Probleemstelling: Perinatal depression is prevalent and greatly affects the mother and infant.</p> <p>Doelstelling:</p> <p>More studies are needed to evaluate further the relative efficacy of psychotherapy and medication. And More thoroughly test other psychological treatments.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - women with PPD - women who screened positive for DSM-IV - control group 	<p>Meta-analysis Psychotherapy trials Open Pilot-trials Randomised-controlled trial Follow-up study Pilot study</p> <ul style="list-style-type: none"> - DSM-IV criteria - EPDS - Beck Depression Inventory (BDI) - hamilton depression rating scale. (HAM-D) - Mini-Neuropsychiatric interview 	Comparison from multiple study using objective measures.	<ul style="list-style-type: none"> - Psychological interventions for depression achieve higher effect if they are adapted for used with specific populations. - Individual therapy is more efficacious than group therapy . - Cognitive behaviour therapy and interpersonal psychotherapy had the greatest effect. - non-compliance with psychiatric interventions lead to less favourable outcomes. - Psychotherapy can be combined with medication in perinatal women. - telephone-based IPT , telecare, internet based therapy : preliminary results have shown positive effects on depression outcomes. - Combination of fluoxetine and short term counseling in primary care is effective voor PPD. <p>Psychological treatments for depression around the time of birth are gaining attention and offer a new avenue for the development of effective interventions that can help womer and their children.</p>	More research is needed within these therapy modalities with use of larger samples and careful design of control conditions, potentially including comparison with pharmacological treatment.
---------------------	---	------------------	---	---	--	--	---	---

<p>Zillah Holtkamp, 2007</p>	<p>Depressie, eenzaamheid en vermoeidheid van Nederlandse vaders na de geboorte van een kind; prevalenties, risicofactoren en validatie van de EPDS.</p>	<p>Literatuurstudie Kwalitatief onderzoek</p>	<p>Probleemstelling PPD is een bekend ziektebeeld bij vrouwen. Het welzijn van de vader in de postpartum periode heeft in Nederland nog geen aandacht gekregen</p> <p>Doelstelling: Het doel van dit onderzoek is om in kaart te krijgen hoeveel Nederlandse vaders na de geboorte van een kind lijden aan depressie of aanverwante klachten en onderzoeken wat de risicofactoren zijn. Men wil onderzoeken of de Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS] ook een geschikt meetinstrument voor postpartum depressie voor de Nederlandse man is.</p>	<p>- Periode van 27 maart tot en met 14 april 2006 - vragenlijsten werden verdeeld onder de Twentse consultatiebureaus - Nederland - Vaders van kinderen die tussen 8 en 12 weken oud zijn.</p>	<p>500 vragenlijsten die bestaat uit 6 afhankelijke variabelen. - EPDS - CES-D - Eenzaamheidsschaal - Subschalen MMP en VVV.</p> <p>Er is een interne consistentieanalyse uitgevoerd op bovenstaande meetinstrumenten.</p> <p>Analyses zijn uitgevoerd in SPSS</p>	<p>Vragenlijsten zijn via de regionale consultatiebureaus uitgedeeld aan 500 vaders van kinderen die 8 weken en 12 weken oud zijn. De vragenlijsten meten 5 symptomen: - depressie - alcohol- en drugsgebruik - familiale conflicten - eenzaamheid - vermoeidheid Verklarende factoren werden verdeeld in thema's: - zwangerschap - bevalling - kind - vader - partner - overige EPDS en CES-D werden gebruikt om depressie te meten.</p> <p>Met behulp van de EPDS en de Centre for Epidemiologic Studies [CES-D] worden depressieve symptomen gemeten. Vermoeidheid werd gemeten aan de hand van de Verkorte Vermoeidheid Vragenlijst [VVV]. Eenzaamheid werd gemeten met de eenzaamheidsschaal. Alle schalen zijn, samen met verklarende variabelen, samengevoegd in één vragenlijst.</p>	<p>180 vragenlijsten zijn retour ontvangen.</p> <p>De EPDS meet bij een cut off >5 24,4 % mogelijke gevallen van depressie en/of angst. Een cut off >9 geeft 4,4% mogelijke gevallen van minor depressie en een cut off >12 geeft 3,3% mogelijke gevallen van major depressie. De CES-D komt uit op 6,4% mogelijke gevallen van major depressie. De EPDS meet dezelfde stemming als de CES-D (Pearson 0,67). 45% van de vaders scoort hoger op de eenzaamheidsschaal dan ouderen, in de leeftijd tussen de 55-89 jaar die in hun eerste huwelijk zitten. 60% van de vaders scoort meer dan gemiddeld op de VVV.</p> <p>Belangrijke risicofactoren zijn: stressoren van de vader tijdens de zwangerschap de ziektegeschiedenis van de vader - de totale ernst van de klachten van de partner, dus een postpartum depressie bij de moeder. de niet-Nederlandse afkomst van de vader.</p>	<p>Ook in Nederland lijden vaders in de postpartum periode aan depressie. Daarnaast lijden ze aan vermoeidheidsklachten (doordat de eerste weken na de geboorte onwennig en druk zijn, regelmatig wordt verstoord door de voedingsmomenten van de baby. Bovendien komt er veel bezoek en is er weinig tijd voor jezelf) en eenzaamheid. De bevindingen uit dit onderzoek tonen aan dat er in Nederland meer aandacht nodig is voor het welzijn van vaders in de postpartum periode. Om een goede diagnose te stellen is het van belang te weten welke klachten de geboorte van een kind teweegbrengt. Door over deze veranderingen te communiceren kan men het risico op depressie verminderen.</p>
------------------------------	--	---	---	---	--	--	---	--

Sadat et al., 2014	The impact of PPD on quality of life in woman after child's birth.	Prospective study	<p>PPD is a common problem after childbirth and may influence the quality of life. Investigation of postpartum QOL en depression can be useful for better care for mothers and improvement of their well-being.</p> <p>The aim of this study was to assess the life quality in mothers with and without PPD.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - aug. '07 to oct '08 - Kasha- Iran - Women who were referred to health centers for the prenatal care. - 20 – 40 years - 10 health centers were selected. Included: <ul style="list-style-type: none"> - women with singleton pregnancy - term pregnancy - with prenatal care started before 20 weeks gestation. - parity of 1 to 3 - uncomplicated pregnancies - not having depression during pregnancy based on EPDS >13 Excluded: <ul style="list-style-type: none"> - having other diseases - infertility history - divorced - women with instrumental deliveries - birh weight less than 2500 grams - death child or fetus - childabnormality - no breast-feeding 	<p>Structured questionnaires is used to assess women's socio demographic and obstetric characteristics.</p> <p>PPD was measured with EPDS QOL was measured with SF-36 Questionnaire</p> <p>Score more than 13 on EPDS = PPD</p> <p>Data were analyzed by student's t-test, Mann-Whitney U-test, anova, Kruskal Wallis, Chi-square test, Pair t test, Wilcoxon, Pearson and Spearman Correlation Coefficient.</p> <p>The study is limited by the absence of data on prenatal depression and prenatal QOL. Another limitation of this study was using a general instrument for assessing QOL.</p>	<p>Data collection was conducted at two assessment points: - second month - fourth month postpartum. 365 women agreed to participate. Written informed consent was signed by mothers and trained midwives informed them about the questionnaires and aim of the study. Struct</p> <p>Mean scores of SF-36 questionnaire were compared between women with and without PPD at the two assessment points and within each group from the first to the second assessments. Correlation between scores of EPDS and scores of life quality dimensions were evaluated.</p>	<p>Based on EPDS 23,36%(2^e month PP) and 15,6%(4^e month PP) of mothers had severe PPD.</p> <p>There were differences in seven out of eight mean scores of QOL dimensions between depressed and non-depressed women.</p> <p>There is no differences between demographic variables and QOL mean scores.</p> <p>DOL is significantly impaired in women with PPD.</p> <p>Physical and mental health components were lower in women with PPD.</p>	<p>This study suggests that PPD severely decreased all domains of life quality except the role-physical at second and fourth months postpartum and led to lower physical and mental health components at two times assessments. The estimated difference in scores of QOL may be confounded by depression during pregnancy.</p> <p>Investigation of postpartum QOL and related factors such as PPD can be useful for prevention programs and care of postpartum mothers; hence, integration of PPD screening into routine postnatal care is recommended.</p>
--------------------	--	-------------------	--	---	---	--	--	--

<p>Sockol et al., 2013</p>	<p>Preventing postpartum depression: A meta-analytic review</p>	<p>meta-analytic review</p>	<p>Emotional and behavioral difficulties are commonly identified and treated only after the onset of illness, but prevention of these disorders can significantly reduce the human and economic costs associated with mental illness.</p> <p>It is necessary to identify characteristics of effective preventive interventions.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Study design included intervention and control groups - randomized and quasi randomized controlled trials - authors specified that the goal of the intervention was to reduce postpartum depressive symptoms and the prevalence. - intervention was initiated during pregnancy or within 4 weeks of childbirth - reported outcomes <p>excluded:</p> <ul style="list-style-type: none"> - single case designs - interventions that did not explicitly target depressive symptoms - interventions in which maternal depression - infant development - interventions designed to treat ppd 	<p>The search procedure yielded 797 articles, 117 potentially article were obtained and reviewed.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coding - Analyses <p>Inclusion:</p> <ul style="list-style-type: none"> - intervention and control groups. - the goal of the intervention was to reduce ppd symptoms. - intervention initiated during pregnancy or within 4 weeks childbirth - reported outcomes for depressive symptoms or prevalence of depressive episodes between 1 and 6 months pp <p>-sufficient outcomes</p> <p>Exclusion:</p> <ul style="list-style-type: none"> - interventions that did not explicitly target depressive symptoms. - Interventions in which maternal depression was not the outcome of interest. 	<p>Studies were identified through searches of PsycInfo and Pubmed through 2012 using PPD and prevention as keyword search terms.</p> <p>All studies were coded for intervention type.</p> <p>All studies were also coded for type of control group, timing of intervention, outcome measure, and timing of postpartum assessment.</p> <p>A systematic review identified 37 randomized or quasi-randomized controlled trials in which an intervention was compared to a control condition. Differences between treatment and control conditions in the level of depressive symptoms and prevalence of depressive episodes by 6 months postpartum were assessed in separate analyses.</p>	<p>Depressive symptoms are lower at post-treatment in intervention conditions.</p> <p>There was a 27 % reduction in the prevalence of depressive episodes in intervention conditions by 6 months postpartum.</p> <p>Later timing of the postpartum assessment was associated with smaller differences between intervention and control conditions.</p> <p>Among studies that assessed depressive symptoms using the EPDS, higher levels of depressive symptoms at pre-treatment were associated with smaller differences in depressive symptoms by 6 months postpartum.</p>	<p>Results of these meta-analyses suggest that a wide range of interventions may be effective in the prevention of depression during the first months postpartum.</p> <p>More research is needed to confirm and extend the results of these meta analyses, these results suggest that a wide range of interventions should be targeted for further investigation as preventive interventions for this disorder.</p>
----------------------------	---	-----------------------------	---	--	--	--	---	---

Stewart, 2011	Depression during pregnancy	Review	<p>Major depression is a common and treatable mental disorder and a major cause of disability. Depression that does not meet the full criteria may still cause considerable distress and require treatment. Depression is often recurrent. The course of a major depression is variable. Depression may become more severe or resistant to treatment over time, and the risk of self-harm or suicide is a vital consideration.</p>	<p>Women with prenatal depression vs women who do not have prenatal depression.</p>	<p>Study of the literature. Case Formal guidelines</p>	<p>This review begins with a case vignette highlighting a common clinical problem. Evidence supporting various strategies is then presented, followed by a review of formal guidelines, when they exist. This article ends with the author's, Dr. Stewart's clinical recommendations.</p>	<p>The <i>strongest risk factor</i> for depression during pregnancy is a history of depression. Other <i>risk factors</i>: family history of depression, childhood maltreatment, single motherhood, having more than three children, cigarette smoking, low income, age younger than 20 years, insufficient social support and domestic violence. <i>Consequences</i> of depression prenatal: difficulty performing usual activities, failure to seek prenatal care, inadequate diet, use of tobacco and alcohol, risk of self-harm or suicide. Depression may affect fetal growth, infant temperament and later behavior. <i>Consequences</i> of depression postpartum: difficulties with infant care, mother-child attachment, care of other children, the relationship with the partner. <i>Strategies and evidence</i>: All women who are pregnant or considering pregnancy should be asked about a personal and family history of mental disorders and treatment. Multidisciplinary care is recommended. Women should be informed about the risks associated with untreated depression. <i>Untreated depression risks</i>: increased risk of miscarriage, low birth weight, preterm birth, increased irritability in child, fewer facial expressions and higher cortisol levels and risk for developmental delay. <i>Treatment options</i>: cognitive behavioral therapy, interpersonal psychotherapy, antidepressant-drug therapy.</p>	<p>Treatment should involve a stepped-care approach. Careful monitoring is recommended to detect deterioration or relaps.</p> <p>Individual, group or computer-assisted therapy should initially be recommended for pregnant women with moderate depression.</p> <p>If there is concern about suicide risk, antidepressants should be strongly considered.</p> <p>Antidepressants should be started at the lowest effective dose, monotherapy is preferable.</p> <p>The partner should also be educated about depression and its treatments.</p>
---------------	-----------------------------	--------	--	---	--	---	--	--

<p>Viguera, 2011</p>	<p>Episodes of mood disorders in 2,252 pregnancies and postpartum periods</p>	<p>Cohort study</p>	<p>Knowledge of morbidity risks and optimal treatment of women with major psychiatric illnesses during pregnancy, at childbirth, and during the postpartum period is strikingly limited</p> <p>The risks of major affective episodes during pregnancy and during the postpartum period have rarely been compared in large samples across diagnoses. The authors hypothesized that perinatal episodes would mainly be depressive, would occur more in the postpartum than the prenatal period, and would be more prevalent with bipolar than unipolar depressive disorders.</p>	<p>women at least 18 years of age for whom data were available for at least one completed pregnancy and who were diagnosed with DSM-IV bipolar I, bipolar II, or unipolar major depressive disorder</p>	<p>Diagnostic groups were compared for frequency and types of illness episodes during pregnancy and the initial 6 months after childbirth for all pregnancies in each patient</p> <p>DSM-III or DSM-IV</p>	<p>The authors pooled clinical information on 2252 pregnancies of 1162 women with clinically treated DSM-IV bipolar I disorder (479 pregnancies/283 women), bipolar II disorder (641/338), or recurrent major depressive disorder (1,132/541) to compare rates of affective episode types by diagnosis during pregnancy and the postpartum period and to identify risk factors.</p>	<p>Among women with bipolar disorder, 23% had illness episodes during pregnancy and 52% during the postpartum period. Among women with unipolar depression, 4.6% had illness episodes during pregnancy and 30% during the postpartum period. Based on exposure-adjusted risk per pregnancy, episodes were 3.5 times more prevalent during the postpartum period than during pregnancy, and the risk was consistently higher with bipolar disorder. Depression was the most frequent morbidity during and following pregnancy. In multivariate modeling, factors associated with affective episodes in pregnancy, in descending order, were younger age at onset, previous postpartum episodes, fewer years of illness, bipolar disorder, fewer children, and not being married. Postpartum episodes were associated with younger age at onset, illness during pregnancy, bipolar disorder, fewer children, and more education. Moreover, pregnancy was less likely and perinatal episodes more likely if diagnosis preceded a first pregnancy. First lifetime episodes occurred in the perinatal period in 7.6% of cases.</p>	<p>Among women with major affective disorders, illness risk was much greater during the postpartum period than during pregnancy. Illness mainly involved depression and was strongly associated with younger age at illness onset, bipolar disorder, and high lifetime occurrence rates. The relative risk during pregnancy compared with nonpregnant periods remains uncertain.</p>
----------------------	---	---------------------	--	---	--	---	---	--

Paulson et al., 2010	Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and its Association With Maternal Depression A Meta-analysis.	Meta-analysis	<p>It is well established that maternal prenatal and postpartum depression is prevalent and has negative personal, family, and child developmental outcomes. Paternal depression during this period may have similar characteristics, but data are based on an emerging and currently inconsistent literature.</p> <p>The aim of this study is describe point estimates and variability in rates of paternal prenatal and postpartum depression over time and its association with maternal depression.</p>	<p>- 28 004 participant - Fathers between the first trimester and the first postpartum year - between January 1980 and October 2009.</p> <p>Inclusion criteria: Studies that reported identified cases within the selected time frame</p>	<p>43 studies that documented depression in fathers. They were identified through MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, Google Scholar, dissertation abstracts, and reference lists</p> <p>Logits</p> <p>funnel plots, the egger method. (bias)</p>	<p>Information on rates of paternal and maternal depression, as well as reported paternal-maternal depressive correlations, was extracted independently by 2 raters.</p>	<p>- Prenatal and postpartum depression was evident in about 10% of men. - And was relatively higher in the 3- to 6-month postpartum period. - Paternal depression also showed a moderate positive correlation with maternal depression.</p>	<p>Also fathers can have a PPD.</p>
----------------------	---	---------------	---	---	--	--	--	-------------------------------------

Chaudron et al., 2012	Complex Challenges in Treating Depression During Pregnancy	Abstract	<p>The treatment of depression during pregnancy can be challenging for patients and providers alike. An increasing attention to perinatal mood disorders has led to an expanding literature that is often difficult for providers to navigate.</p> <p>It can be a challenge for providers to feel comfortable reviewing the broad scope of the risks and benefits of treatments in the context of the limitations of the literature.</p>	Women who are depressed		Comparison of the literature	<ul style="list-style-type: none"> - Epidemiology - Risk Factors - Etiology and phenomenology of symptoms. - In utero environment - Impact of depression during pregnancy. - Antidepressant use - Impact of antidepressant use during pregnancy - Impact of nonpharmacologic treatments on pregnancy - Clinical approach to treating women during pregnancy 	It is important to focus on what is and is not known about depression and its treatment during pregnancy to fully inform women, their partners, and their providers of the risks of the illness and the risks and benefits of the treatment options.
-----------------------	--	----------	--	-------------------------	--	------------------------------	--	--

Meijer et al., 2014	Associations of life events during pregnancy with longitudinal change in symptoms of antenatal anxiety and depression	observational prospective cohort study	<p>It is presently unknown whether experience life events are any different during pregnancy.</p> <p>The present study is the first to investigate the change in symptoms of antenatal anxiety or depression associated with life events during pregnancy making a distinction between pregnancy and non-pregnancy events.</p>	<p>Participants: -1603 women during their first trimester of pregnancy -between May 2010 and May 2012</p> <p>Setting: primary and secondary obstetric care centres in the Netherlands</p>	<ul style="list-style-type: none"> - State Trait Anxiety Inventory - Edinburgh Postnatal Depression Scale - Data on life events during pregnancy was collected using a 50-item questionnaire developed in the Avon Longitudinal Study of Parents And Children - NEO Five Factor Inventory this was used to assess personality traits. 	They performed linear regression analyses to test the associations of pregnancy related, non-pregnancy related life events, childhood adversities and the personality traits neuroticism and extraversion with the change in symptoms of anxiety from week 12 to week 36.	<p>symptoms of antenatal anxiety were more prevalent than those of depression.</p> <p>Life events during pregnancy were associated with increasing antenatal symptoms of anxiety and depression.</p> <p>pregnancy related life events during pregnancy increase levels of antenatal anxiety, whereas depression levels increase when women experience life events that are unrelated to pregnancy.</p> <p>Non-pregnancy related events show stronger associations with increases in symptoms of anxiety or depression compared to pregnancy related events.</p>	These findings may help midwives to tailor psychosocial care to the specific risks of the pregnant woman which may eventually have a positive impact on the health of mother and child.
---------------------	---	--	--	---	---	---	---	---

<p>Vliegen et al., 2014</p>	<p>The course of postnatal depression: a review of longitudinal studies.</p>	<p>Review studie</p>	<p>Probleemstelling: Because PPD has significant consequences for the baby, the depressed mother, and the early relationship between mother and child, more knowledge about the course of PPD is needed.</p> <p>Doelstelling: 1. Identify the risk factors associated with persistence of postpartum depression. 2. Evaluate the limitations of the literature. 3. Determine the implications of the findings on women with postpartum depression and their children.</p>	<p>Included: - PPD within the first three months after giving birth - prospective, longitudinal design that included at least a second measure of depressive symptomatology beyond the postpartum period - quantitative data for the PPD group</p> <p>Excluded: Studies on postpartum psychosis or bipolar affective disorders.</p>	<p>Questionnaires used to assess PPD symptoms: - HDRS, BDI, EPDS</p> <p>Clinical interviews for Diagnose PPD: Goldberg's Standardized Psychiatric Interview,77 Present State Examination,78 Montgomery-A'sberg Depression Rating Scale,79 Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime,16 Diagnostic Interview Schedule III-Revised,80 Structured Clinical Interview for DSM-III-R and DSM-IV,81 and Composite International Diagnostic Interview.</p>	<p>empirical studies published in peer-reviewed journals in English between 1 Jan. 1985 and 1 Aug. 2012 were retrieved using several search engines (PubMed, PsycINFO, Lime, Google Scholar, and LibriSource) and the following combinations of subject headings: longitudinal research, follow-up, postpartum, postnatal, depression, depressive symptoms, depressive symptomatology, course, and chronic depression. The data search revealed 64 records.</p> <p>After two of the authors (NV and SC) screened for these inclusion and exclusion criteria, 23 longitudinal studies were identified for this review Of the 23 included studies, 18 were conducted in community samples, and 5 used clinical samples. Sociodemographic or other risk factors for PPD were investigated in 15 of the reviewed studies.</p>	<p>LONGITUDINAL COURSE OF PPD: (1) the severity of depression over time (2) the prevalence of depression after the postpartum period (3) different subgroups of women with PPD.</p> <p>FACTORS PREDICTING THE COURSE OF PPD: prenatal depression, a history of previous depression, a lack of social support, life stress, child-care stress, "baby blues," marital dissatisfaction, and prenatal anxiety, Sociodemographic Differences Between Subgroups, age, socioeconomic status, parity, ethnicity, infant gender</p> <p>Professionals should be aware that the onset of PPD is often before the postpartum period and that PPD can persist far beyond the first year after childbirth.</p> <p>Clinicians who treat PPD mothers need to be well informed about the prognosis and the different possible trajectories of the depression.</p>	<p>these studies show that mothers with PPD cannot be considered a homogeneous group.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Future research is needed. - the considerable heterogeneity in the conceptualization of PPD should be addressed. - They recommended the use of composite measures that take into account several domains of contextual risk. - Studies should take into account individual personality factors that may influence the treatment-seeking patterns of mothers with PPD.
-----------------------------	--	----------------------	---	---	---	---	--	--

Deligiannidis et al., 2014	Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression	Review	<p>Complementary and alternative medicine therapies are increasingly sought out by people with psychiatric disorders.</p> <p>Adequately powered systematic studies are necessary to determine the role of complementary and alternative medicine therapies (CAM) in the treatment of perinatal depression.</p> <p>An understanding of CAM therapies is important, as many women may seek complementary and alternative medicine therapies treatments for perinatal depression.</p>	Women during pregnancy or postpartum	Data	<p>Evidence-based use of complementary and alternative medicine therapies treatments for perinatal depression is discussed.</p> <p>They have reviewed the following seven CAM therapies based on their prevalence of use and the availability of randomised, placebo-controlled data, with considerations for their use in women with unipolar depression during the perinatal period: omega-3 fatty acids, folate, S-adenosyl-methionine, St John's Wort, bright light therapy, exercise, massage, and acupuncture.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Omega 3 fatty acids: 250 mg EPA plus DHA daily for adults, with an additional 100–200 mg DHA a day during pregnancy - Folate: improvement for PPD was found with 15 mg per day . It is recommended that women of reproductive age consume 0.4–1 mg folic acid daily to reduce. - S-adenosyl l-methionine: No studies to date have evaluated the efficacy of S-AdoMet in antenatal depression. - St John's wort: Further studies should be conducted before St John's Wort can be recommended for use in the perinatal period, given reported infant side-effects during lactation and a limited evidence base for efficacy. - Bright light therapy: effective, they recommend initial dosing of 30 mins beginning within 10 mins of awakening. - Exercise: effective : 30 mins a day of exercise most days of the week in the absence of either medical or obstetric complications and after consultation with an obstetrician. - Massage: effective - Acupuncture: Few data are available on the safety or efficacy of perinatal acupuncture. 	At this time, further study is necessary to delineate the full efficacy and safety of specific CAM therapies in perinatal unipolar depression.
----------------------------	---	--------	--	--------------------------------------	------	--	---	--

<p>Hanan et al., 2014</p>	<p>Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin</p>	<p>Literature Review</p>	<p>Postpartum depression occurs in about 10–22% of women after birth and adversely affects their health and the health of their newborn. Kangaroo care is known to have many health-related benefits for both the mother and her newborn.</p> <p>The aim of this review was to gather the evidence linking the effects of kangaroo care with postpartum depression</p>	<p>Women after birth Children after birh</p>	<p>Literature search: Databases: pubmed – Cinahl – google scholar</p>	<p>They have reviewed the the evidence linking the effects of kangaroo care with postpartum depression, specifically focusing on the proposed underlying mechanism involving the release of oxytocin.</p>	<p>Kangaroo care plays an important role in decreasing the risk for PPD.</p> <p>Skin-to-skin contact during kangaroo care was found to trigger the release of oxytocin, which is hypothesized to minimize the risk for depressive symptoms as well as decrease maternal stress.</p>	<p>Kangaroo care can be used as a non-pharmacological intervention to prevent or decrease the risk of postpartum depression.</p>
---------------------------	--	--------------------------	--	--	---	---	---	--

Borra et al., 2015	New Evidence on Breastfeeding and Postpartum Depression: The Importance of Understanding Women's Intentions	Comparison study	<p>The effect of breastfeeding on the risk of PPD is not well understood. the extent to which breastfeeding influences mental health, as opposed to mental health driving the incidence and duration of breastfeeding, has not been clear.</p> <p>The aim of this study is examine explicitly whether breastfeeding affects maternal mental health outcomes.</p>	<p>Mothers from a British survey. 14000 children born into the Bristol area in England in the early '90's.</p> <p>Ethical approved by ALSPAC Law and Ethics Committee and the Local Research Ethics Committees.</p>	<p>Data collected Analysed</p> <p>EPDS to screen for PPD</p>	<p>Multivariate linear and logistic regressions were performed to investigate the effects of breastfeeding on mothers' mental health measured at 8 weeks, 8, 21 and 32 months postpartum.</p> <p>This research is based on data from the Avon Longitudinal Survey of Parents and Children (ALSPAC) Mothers were recruited into the survey by doctors Data were collected by questionnaires administered to both parents at four points during pregnancy and at several stages following birth.</p> <p>They present estimates from three specifications</p> <p>After conducting this analysis for the whole sample, we split the sample into mothers who were, and who were not, depressed during pregnancy; for each group, we examine differences in outcomes between women who had planned to breastfeed, and women who had not.</p>	<p>The estimated effect of breastfeeding on PPD differed according to whether women had planned to breastfeed their babies, and by whether they had shown signs of depression during pregnancy. For mothers who were not depressed during pregnancy, the lowest risk of PPD was found among women who had planned to breastfeed, and who had actually breastfed their babies, while the highest risk was found among women who had planned to breastfeed and had not gone on to breastfeed.</p>	<p>They conclude that the effect of breastfeeding on maternal depression is extremely heterogeneous, being mediated both by breastfeeding intentions during pregnancy and by mothers' mental health during pregnancy. Our results underline the importance of providing expert breastfeeding support to women who want to breastfeed; but also, of providing compassionate support for women who had intended to breastfeed, but who find themselves unable to.</p>
--------------------	---	------------------	--	---	--	--	---	---

Venkatesh et al., 2014	The Relationship Between Parental Stress and Postpartum Depression Among Adolescent Mothers Enrolled in a Randomized Controlled Prevention Trial	Randomized Controlled Prevention Trial	<p>The high co-occurrence of depression and parental stress among adolescent mothers</p> <p>They examine the impact of parental stress on predicting the development of postpartum depression among adolescent mothers.</p>	<p>- Pregnant - ≤17 years of age - <25 weeks of gestational age at their first prenatal visit</p> <p>Exclusion criteria: - receiving mental health services from a healthcare provider - meeting criteria for a current affective disorder - substance use disorder - anxiety disorder or psychosis.</p> <p>Approved by the Institutional Review Board at Women and Infants Hospital of Rhode Island.</p>	<p>- Parenting Stress Index, short form: Measured parental stress</p> <p>- Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses: To assess postpartum depression</p> <p>- Children's Depression Rating Scale, revised version: assess subthreshold depression</p> <p>- Generalized estimating equations: were utilized to assess the relationship of parental stress on postpartum depression during the first 6 months postpartum.</p>	<p>Observational analysis: A cohort of 106 adolescent mothers at 289 postpartum visits who were enrolled in a randomized controlled trial to prevent postpartum depression.</p> <p>Project REACH: designed as a prevention program</p> <p>Socio-demographic characteristics were assessed at baseline prior to randomization. Parenting stress and depression assessments were completed at three postpartum time points, namely at 6 weeks, 3 months, and 6 months. All assessments were delivered by trained research assistants who were blinded to study group assignment. Participants completed a pre-intervention assessment</p>	<p>The median age was 16 years</p> <p>16 % of participants reported a history of depression</p> <p>19 % were diagnosed with PPD</p> <p>25 % experienced high levels of parental stress through 6 months postpartum.</p> <p>Adolescent mothers who reported higher levels of parental stress were at significantly increased risk for postpartum depression</p>	<p>Parental stress was a significant risk factor for developing both postpartum depression as well as subthreshold depression among adolescent mothers. Interventions that target a reduction in parental stress may lead to less depression severity among primiparous adolescent mothers.</p>
------------------------	--	--	---	--	---	---	--	---

<p>Robinson et al., 2014</p>	<p>Low maternal serum vitamin D during pregnancy and the risk for postpartum depression symptoms</p>	<p>Cohort</p>	<p>Pregnancy is a time of vulnerability for vitamin D insufficiency, and there is an emerging literature associating low levels of vitamin D with depressive symptoms. the link between vitamin D status in pregnancy and altered risk of postnatal depressive symptoms has not been examined.</p> <p>examine the association between maternal serum vitamin D at 18 weeks gestation and the likelihood of developing postpartum depression symptoms in the first few days after birth.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 796 pregnant women - 1989–1992 - in Perth - gestational age of 18 weeks - at the state tertiary maternity hospital, King Edward Memorial Hospital (KEMH) in Western Australia. <p>excluded:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non-caucasian women <p>approved by the Human Research Ethics Committees at KEMH and/or Princess Margaret Hospital for Children in Perth, Western Australia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Blood sample: variables were measured across different seasons - EPDS - binary logistic regression model - SPSS 	<p>The Western Australian Pregnancy Cohort (Raine) Study and measured levels of vitamin D.</p> <p>Venous blood was obtained at 18 weeks pregnancy</p> <p>A trained midwife recorded detailed obstetric data from the participants' medical records following delivery, and women and their infants were followed up 3 days post-birth while still in hospital with a clinical examination and brief questionnaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Women reported postnatal depressive symptoms at 3 days post-delivery - Women in the lowest quartile for vitamin D status were more likely to report a higher level of postnatal depression symptoms than women who were in the highest quartile for vitamin D 	<p>Low vitamin D during pregnancy is a risk factor for the development of postpartum depression symptoms.</p>
------------------------------	--	---------------	---	---	--	--	--	---

Youn et al., 2011	Predictive Validity of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised	Descriptive cross-sectional design with a self-administered questionnaire	<p>Essential prevention strategies are required to identify high-risk parturient women early by assessing the risk of PDS in pregnant women prenatally using a highly predictable tool</p> <p>This study aimed to investigate the predictive validity of three versions of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R) in Korea.</p>	<p>Data were collected from 316 women within 6 weeks after childbirth in Busan, Korea, from August to November 2010</p> <p>ethics approval from the Institutional Review Board</p>	<ul style="list-style-type: none"> - self-administered questionnaire, including 43 items of the PDPI-R: - Edinburgh Postpartum Depression Scale - SPSS - The general characteristics of the participants were analyzed with means and standard deviations for continuous variables, and frequencies and percentages for categorical variables. 	<p>This study chose the PDPI-R as its PDS prediction tool, and evaluated its usability in Korea by testing its predictive validity.</p> <p>First they made a list of the hospitals specializing in women's care, and postpartum care facilities located in the Busan area, and contacted the directors of to get permission for the study. They selected 3 institutions. one researcher visited two hospitals to distribute and collect the questionnaires, and mailed the questionnaires, with return envelopes</p> <p>Collected data were coded and analyzed</p>	<p>The postpartum depression and postpartum depressive symptom (PDS) rate was 22.5%</p> <p>The area under the curve of the receiver operating characteristic curve was .882 for the prenatal version of the PDPI-R and .927 for the full version. The sensitivity and specificity were 87.3% and 85.1%, respectively, at a cutoff point of 9.5 for the full version, and 91.5% and 66.1%, respectively, at a cutoff point of 5.5 for the prenatal version.</p> <p>The Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit statistics was 3.554 ($p = .829$) for the prenatal version and 8.305 ($p = .404$) for the full version</p> <p>this showed a good degree of correspondence between the estimated and observed probabilities of PDS. By age, education, and socioeconomic groups, the discrimination and calibration were generally good for both the prenatal and full versions.</p>	<p>The PDPI-R showed good predictive validity.</p> <p>It is recommended that the prenatal version of the PDPI-R be used to predict PDS for pregnant women and the full version of the PDPI-R be used for women during the postpartum period.</p>
-------------------	---	---	--	--	--	--	---	--

<p>Quispel et al., 2014</p>	<p>The role of depressive symptoms in the pathway of demographic and psychosocial risks to preterm birth and small for gestational age.</p>	<p>multicentre follow-up study</p>	<p>depressive symptoms during pregnancy are associated with preterm birth and small for gestational age. Depressive symptoms and PTB and SGA share similar demographic and psychosocial risk factors.</p> <p>The aim is to investigate whether depressive symptomatology is an independent risk factor, or a mediator in the pathway of demographic and psychosocial risks to PTB and SGA.</p>	<p>- Pregnant before the 20th week of gestation. - 1335 women - from October 2009 to April 2011 - in three Dutch urban areas, in Netherland</p> <p>Exclusion criteria: - Insufficient command of the Dutch language - Insufficient mental capability to complete the questionnaire independently,</p>	<p>- Mind2Care: socio-economic status, ethnicity, educational level, maternal age, gestational age, primigravidity, nulliparity, psychiatric history, history of psychotropic medication use, smoking, alcohol consumption, and illicit drug use.</p> <p>Edinburgh Depression Scale</p> <p>Mediation analyses were conducted using the indirect macro of Preacher and Hayes. All analyses were performed using the Statistical Package for Social Science.</p>	<p>Pregnancy outcomes were extracted from medical records.</p> <p>A formal mediation analysis was conducted to investigate the role of depressive symptoms in the pathway to PTB and SGA.</p>	<p>A univariate association between depressive symptoms and PTB was observed. After adjusting for the risk factors educational level and smoking in the mediation analysis, this association disappeared. One educational aspect remained associated: low education.</p>	<p>Depressive symptomatology appeared no mediator in the pathway of demographic and psychosocial risks to PTB or SGA.</p> <p>The presumed association between depressive symptoms and PTB seems spurious and may be explained by demographic and psychosocial risk factors.</p>
-----------------------------	---	------------------------------------	--	--	--	---	--	---

Dama et al., 2016	Thyroid peroxidase autoantibodies and perinatal depression risk: A systematic review.	systematic review.	<p>While thyroid autoantibodies have been linked to depression in general population samples, it is unclear if the immunological milieu of pregnancy alters this association.</p> <p>The aim of this study is to examining if there is a association between abnormal TPO-AB titers in the perinatal period and depression during pregnancy and the puerperium.</p>	MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, and CINAHL databases were searched through February 2016.	<ul style="list-style-type: none"> -DSM -EPDS -Clinician rated scales (depression) <p>Newcastle-Ottawa Scale (quality)</p>	<p>11 articles were eligible for qualitative synthesis.</p> <p>They systematically reviewed the literature to determine if abnormal levels of autoantibodies that target thyroperoxidase (TPO-AB) during the perinatal period are associated with an increased risk of antenatal and postnatal depression.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Three of five studies reported statistically significant associations between elevated TPO-AB titers (TPO-AB+) and concurrent depression at 12–25 weeks gestation. - Four of five studies found significant associations between TPO-AB+ status at 12–25 weeks gestation and depression in the postpartum period. - Two of four studies found links between postpartum TPO-AB and depression concurrently in the puerperium. 	<ul style="list-style-type: none"> - High levels of TPO-AB during pregnancy increase risk for antenatal depression. - High levels of TPO-AB during pregnancy increase risk for postnatal depression. - Postpartum TPO-AB and concurrent depression were weakly associated.
-------------------	---	--------------------	---	--	---	--	--	---

Beestin et al., 2014	The impact of maternal postnatal depression on men and their ways of fathering: an interpretative phenomenological analysis.	Analysis	<p>Postnatal depression affects 15% of women in Western countries. There are findings about the effects on fathers as well as the extent to which fathers buffer against the negative effects of depression on children.</p> <p>The aim of this study is to understand the ways in which maternal postnatal depression affects men and their ways of fathering.</p>	<p>14 British fathers</p> <p>inclusion criteria: - the partner experienced at least 1 episode of PPD.</p>	<p>Interview</p> <p>Data were analysed with interpretative phenomenological analysis.</p>	<p>Interviews were conducted with the fathers.</p> <p>The interview explored how their partner's depression affected them, the partner relationship, their children and their ways of fathering.</p>	<p>The partner's depression led to:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Physical and psychological maternal absence. - Fracturing of the family unit. <p>Things that took some men away from fathering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unequal divisions of labour. - Unfulfilled expectations. - A thwarting of preferred ways of fathering. - Preoccupation with their partner's depression. <p>Some fathers reported adaptation by accepting the loss of shared parenting and invest in an exclusive father-child relationship.</p>	<p>Fathering appears to be particularly affected by the loss of a close adult relationship.</p>
----------------------	--	----------	---	---	---	--	---	---

Goodman et al., 2011	Maternal depression and child psychopathology	Meta-Analytic Review	<p>The association between maternal depression and adverse child outcomes is well established.</p> <p>The strength of the association, the breadth or specificity of the outcomes, and the role of moderators are not known.</p> <p>The aim of this study is to determine the overall strength of the associations between maternal depression and child affective and behavioral outcomes.</p>	<p>The study Included :</p> <ul style="list-style-type: none"> - data explicitly on depression in mothers. - studies had to present data on the association between maternal depression and behavioral problems or positive or negative affect/behavior in children. <p>Excluded:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A combination of data from mothers and fathers. - Adult offspring of depressed parents fathers - Studies relying on retrospective reports 	<p>Search strategies: PsycINFO, Dissertation Abstracts, and ERIC</p> <p>They created a database using the comprehensive meta-analysis program.</p>	<p>Meta analysis of 193 studies was conducted to examine the strenght of the association between mothers depression and children's behavioral problems or emotional functioning.</p>	<p>Maternal depression was significantly related to higher levels of internalizing, externalizing, and general psychopathology and negative affect/behavior and to lower levels of positive affect/behavior, with all associations small in magnitude.</p>	<p>Results are interpreted in terms of implications for theoretical models that move beyond main effects models in order to more accurately identify which children of depressed mothers are more or less at risk for specific outcomes.</p>
----------------------	---	----------------------	---	---	--	--	--	--

Fredericks, 2014	Postpartum Depression, Neurotransmitters, and Nutrition	article	<p>Many new mothers with PPD have low serotonin or norepinephrine levels in the brain that are aggravated by nutritional deficiencies.</p> <p>Proper nutrition is essential for the production of neurotransmitters.</p>	Women with PPD		literatuurstudy	<p>low serotonin levels have been associated with virtually every type of depression</p> <p>Another cause of PPD in new mothers results from low levels of norepinephrine.</p> <p>If someone does not have enough 5-HTP and P5P, the brain will not produce sufficient serotonin, resulting in depression.</p> <p>The Mediterranean diet is effective in combating the health problems associated with mood disorders. the Mediterranean diet has been found to have health benefits for their children as well.</p>	<p>For new mothers who are nursing and do not want to take medication, nutrition and dietary changes may represent viable alternatives. In addition to therapy and other alternative therapies, nutrition counseling can be helpful in relieving depressive symptoms and improving overall well-being.</p>
------------------	---	---------	--	----------------	--	-----------------	--	--

<p>Elena Arroyo-Borrell et al., 2017</p>	<p>Influence maternal background has on children's mental health</p>	<p>Literature study</p>	<p>Half of all mental health problems begin during childhood. Parental circumstances are crucial in children's growth and development and, since studies have argued that maternal factors are the strongest predictor of negative outcomes for children, it is essential to study the role of a mother in particular plays in the mental health of her child.</p>	<p>- Children of 4-14 years old. - 2006</p>	<p>Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Mixed models</p>	<p>They use samples comprised of 4-14-year-old minors from the 2006 Spanish National Health Survey (SNHS), undertaken prior to the crisis, and the 2011 SNHS, carried out during the crisis. The participating children's mental health is assessed using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Mixed models are used to evaluate the influence a mother's health and her socioeconomic status may have on her children's mental health. We also add interactions to observe the effect specific socioeconomic determinants may have had during the economic downturn.</p>	<p>The risk of a child suffering from mental health disorders increases when their mother has mental health problems.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Socioeconomic determinants - low socioeconomic status (SES) - mother has attained a high level of education - parents are unemployed. <p>play a role, this significantly reduces the probability of a child having mental health problems.</p> <p>'Homemaker' is the activity status most positively related to children's mental health.</p> <p>the Spanish economic downturn has not significantly changed children's mental health problems and the negative effects of low maternal SES.</p>	<p>a mother's health and her socioeconomic status, as well as other household characteristics, are found to be related to her children's mental well-being.</p>
--	--	-------------------------	--	---	---	--	---	---

<p>Victor, 2015</p>	<p>A new concept of maternity blues: Is there a subgroup of women with rapid cycling mood symptoms?</p>	<p>Study used a prospective longitudinal design and included three steps. The first step evaluate the psychometric properties of the translated scale. The second step consisted of an other statistical analysis to confirm the structure of the first draft of the Dutch scale. The third step included concurrent validity analysis and research into determinants of high scores on several instruments (MBS and EPDS) that were used.</p>	<p>The aim of this study is to identify women with these rapid cycling mood symptoms in the general population and to investigate possible risk factors of these symptoms.</p>	<p>A Dutch translation of the Maternity Blues Scale (MBS) of Kennerley and Gath (1989), a 28-item self-rating scale was distributed in seven community midwife offices to examine its psychometric properties. A total of 1347 third trimester (32–34 weeks) pregnant women visiting their midwife were invited to participate in the study.</p>	<p>The Maternity Blues Scale (MBS) was validated in The Netherlands in 949 women at one week postpartum. Personal and family history of mood disorders and obstetric demographics were collected and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was completed. A 16-item three-factor MBS solution was found: depression, negative and positive affect. The latter two were used to define a rapid cycling mood symptoms group.</p>	<p>The women were asked to fill in the 28 full-item version of the MBS, the 10-item version of the EPDS and some additional questions regarding obstetric outcome at the seventh postpartum day. Exclusion criteria were: not being Caucasian and not being able to read and understand Dutch sufficiently. In addition, women with preterm birth (37 weeks of gestation), women who gave birth to a child with serious congenital abnormality or had a postnatal hospitalization of the newborn were excluded from the analysis. The total sample of respondents was randomly divided into two subsamples. Sample 1 was used to conduct an explorative factor analysis (EFA) while sample 2 was used to conduct a Confirmatory Factor Analysis (CFA). Thereafter, data from sample were merged for further analysis. The study was approved by the Medical Ethics Research Committee of the Máxima Medical Centre in Veldhoven, The Netherlands.</p>	<p>20 (2%) women reported high negative/high positive affect (rapid cycling mood group) and 65 (7%) women were depressed. A previous episode of depression, major life events and instrumental delivery were independently related to depression, while only a history of depression in first-degree relatives was independently related to rapid cycling mood. Limitations: First, no syndromal diagnoses were obtained for depression and rapid cycling mood disorder. Second, history of depression was self-reported. Third, our study was not designed to study the longitudinal follow-up of women with rapid cycling mood symptoms. 'rapid cycling mood symptoms' can be identified with a possible more familiar form of mood disorder.</p>	<p>The strength of the study is a new approach to the blues concept, the large sample size and the standardized way of assessment of symptoms at the seventh postpartum day. Clinicians and researchers could use the short 16-item version of the MBS with special attention to the two subscales negative and positive affect to define a subgroup with 'rapid cycling mood' symptoms.</p>
---------------------	---	--	--	--	--	---	---	--

<p>Doornbos, 2008</p>	<p>Sequential serotonin and noradrenalin associated processes involved in postpartum blues</p>		<p>Investigated whether postpartum blues was related to changes in parameters of noradrenergic and serotonergic functioning.</p>	<p>Twenty-six healthy pregnant women who visited the maternity clinic of the Erasmus University Medical Center in Rotterdam participated in this study, after they gave written informed consent blood was collected at the end of pregnancy and 5 days and 6 weeks postpartum. Serotonergic parameters were: platelet serotonin content; paroxetine binding to platelet membranes as an index of serotonin transporter activity; the serotonin precursor tryptophan in proportion to the large neutral amino acids, as an estimate of its cerebral influx. Noradrenergic indices were the noradrenaline precursor tyrosine and its metabolite 3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol (MHPG). The Kennerly and Gath blues questionnaire was applied at day five postpartum.</p>	<p>Blood was collected at the end of the third trimester (after 36 weeks), and postpartum at day 5 and 6 weeks. The following biochemical parameters were measured: the platelet serotonin content; the paroxetine binding to platelet membranes</p> <p>A Dutch version of the Kennerly and Gath blues questionnaire was used at the fifth postpartum day (Iles et al.,1989; Kennerly and Gath,1989a). This questionnaire is the most used instrument for measuring blues. According to this scale women have blues when the score was higher than the mean of the whole group</p>	<p>Blood (20 ml) was collected between 9:00 and 10:30 AM in siliconated vacutainer tubes containing 0.15% K3-EDTA as anticoagulant. Platelet-rich plasma was obtained by centrifugation of the blood at 90 xg for 20 min at 20 °C. A sample of 200 µl was frozen at -80 °C for the determination of 5-HT and platelets were counted in a sample of 50 µl. The rest of the platelet-rich plasma was centrifuged at 2650 xg for 20 min. The supernatant (plasma) was frozen at -80 °C for the determination of amino acids and MHPG. The platelets were isolated from the pellet after two centrifugation runs, pooled and washed in 10 ml buffer (Tris-HCl 50 mM, NaCl 150 mM, Na2-EDTA 20 mM, pH 7.35) and finally frozen at -80 °C for determination of paroxetine binding.</p>	<p>The incidence of postpartum blues was 30%. The tryptophan ratio and serotonin content of platelets were decreased at day five postpartum in all women. Bmax paroxetine at day five was correlated with blues score. MHPG levels at 6 weeks were increased in women with blues. In a regression model MHPG at 6 weeks was related to blues score and MHPG at day five, explaining N50% of the variation</p>	<p>A decreased serotonergic activity was found at the fifth day postpartum in all subjects. Increased SERT activity, reflected by higher paroxetine binding to platelets might be involved in the onset of blues. The elevated MHPG levels in women with blues are compatible with a higher stress sensitivity, or a decreased stress coping in those and is suggested to be involved with the onset of depression.</p>
------------------------------	--	--	--	--	--	--	---	---

<p>Awhonn, 2015</p>	<p>Mood and Anxiety Disorders in Pregnant and Postpartum Women</p>	<p>Position statement</p>	<p>All pregnant and postpartum women should be screened for mood and anxiety disorders. Nurses are in key positions to screen women, provide education regarding perinatal mood and anxiety disorders to pregnant and postpartum women and their families, and ensure appropriate treatment referrals.</p>	<p>All pregnant and postpartum women should be screened</p>	<p>Psychosocial interventions such as peer support and nondirective counseling have also been shown to be beneficial in decreasing depression symptoms in postpartum women</p>		<p>Culturally specific public health campaigns that help women and their families better understand perinatal mood and anxiety disorders and where to seek treatment, if needed. _ Increased access to perinatal mental health interventions, including psychotherapy, that are high-quality, affordable, and logistically feasible, including in the home or integrated into the obstetric setting. _ Insurance coverage in public and private plans for perinatal mood and anxiety disorder screening and for the full range of effective treatment options. _ Establishment of community support networks and community-based partnerships intended to support pregnant and postpartum women. _ Further research to discern more accurately the prevalence and course of anxiety over the perinatal period. _ Promotion of continuing education and training for nurses and other health care professionals.</p>	<p>Psychological therapies, particularly cognitive behavioral therapy, have been shown to effectively reduce anxiety among the general population of patients with anxiety disorders</p>
<p>N.M.-C Glangeaud-Freudenthal, et al., 1999</p>	<p>Severe post delivery blues: associated factors</p>	<p>Self administered questionnaires + including</p>	<p>To study severe postpartum blues and associated factors</p>	<p>102 women in 2 maternity units</p>	<p>Self administered questionnaires + including maternity blues questionnaire</p>		<p>Severe blues was associated with mothers unemployment but not with their socio-demographic characteristics. Woman who breast fed had a higher frequency of severe blues.</p>	

		maternity blues questionnaire					These results suggest that both breast and insecure psychological and social surrounding such as unemployment may be risk factors for severe blues	
Bydlowski, et al., 2013	Postpartum blues: a marker of early neonatal organisation	larger longitudinal study The study extends from birth through the infant's first months of school (14 years old).	The goal of this study is to evaluate the evolution of mother's emotional expression, mother-infant interactions, and child development, at 8 weeks and 3 years of age, to verify that data in immediate postpartum enable us to make a valid prognostic regarding child development.	Mother-infant dyads included in the study were randomly selected at maternitywards from Day 1 to Day 5 postpartum The women in the study were all primiparae	A semistructured interview was established, on the basis of a clinician's judgment, to identify the symptoms of blues most frequently identified in international literature (crying, sadness, anxiety, tension, irritability, concentration, confusion, sense of slowdown, joy, happiness, helplessness, ruminations, dark thoughts, fatigue, significant fluctuations of the emotional state, feeling emotionally overwhelmed, hypersensibility).	By gathering data from semistructured interviews, a first clinical classification of mothers was established. This classification was subsequently validated by a second blinded expert, using a decision grid for interrater agreement, without calculation of concordance.	First note that our study showed a 62% prevalence of participants with postpartum blues (both ordinary and sad blues). This matches data typically found in the literature Cluster analysis revealed a two-class structure, where 78% of women with OB were found to belong to the same class, with a higher median score on newborn "hand-to-mouth activity" which correlated to self-quieting activity, heightened regulation of awake states, decreased need for adult support, better defensive movements, greater attentiveness, and diminished irritability. The acquired faculties demonstrated by newborns whose mothers experience OB reflect a distinct skillset of neuropsychomotor maturity.	
Lori E. Ross, et al., 2005	Sleep and perinatal mood disorders: a critical review	Review paper	In this article we review what is known about changes in sleep physiology and behaviour during the perinatal period, with a focus on the relations between sleep and postpartum "blues,"	To identify relevant articles for this review, searches of the online databases MEDLINE and EMBASE were conducted using combinations of the search terms "sleep," "pregnancy," "puerperium,"	online databases MEDLINE and EMBASE	Additional articles were identified by scanning the reference lists of the retrieved articles. All English- and French-language articles that reported original data related to maternal sleep and postpartum blues, depression or psychosis, as well as articles reporting original data for sleep-based interventions	The literature reviewed here indicates that the interaction between sleep and perinatal mood disorders is significant and worthy of further study. Reduction of sleep deprivation during the perinatal period may offer a cost-effective method for the prevention, and potentially	

			depression and psychosis and on sleep-based interventions for the treatment and prevention of perinatal mood disorders.	“affect,” “mood,” “depression,” “psychosis” and “psychotic disorders.”		targeting one of these 3 conditions, were included in this review	treatment, of postpartum depression and psychosis.	
Sari Goldstein Ferber (2004)	The nature of touch in mothers experiencing maternity blues: the contribution of parity	observational survey based study Stein’s Maternity Blues Scale	Maternal touch is an essential part of the initial contact between the mother and her newborn and has developmental effects on the child. MT is known to be reduced in postpartum depression. The nature of MT in mothers experiencing maternity blues and the effect of parity are still unknown.	Seventy-five mothers were recruited from the ongoing series of deliveries	Mothers were categorized as exhibiting maternal blues according to Stein’s depression scale. The participants were recruited from a large medical center in northern Israel and were randomly assigned to the study from the successive rate of deliveries during the period of study. Mother’s age ranged from 18 to 42 years. Infant birth weight ranged from 2500 to 4000 g and gestation ranged from 38 to 42 weeks.	The participating mothers were observed during interaction with their newborns on the second-day postpartum. Touching behavior was scored on-line according to the Touch Scoring Instrument, which includes nine types of MT.	Primiparous mothers with blues avoided all types of touch whereas multiparous mothers with blues provided firm touch and holding. All mothers with blues avoided proprioceptive touch. Multiparous mothers without maternal blues provided various types of touch including affectionate holding and matter-of-fact touch whereas primiparous mothers without blues mostly provided holding	Mothers with maternity blues on day 2 exhibited a pattern of MT similar to that known to characterize postpartum depression. Mothers without blues are able to provide developmental touch in a manner known to facilitate CNS stability and newborn adjustment to the extra-uterine world.
Ramsha Rukh, et al., 2012	PREVALENCE OF POSTPARTUM DEPRESSION IN PRIMIGRAVIDA AND MULTIGRAVIDA WITH NORMAL PHYSIOLOGICAL STATUS	observational survey based study	This study is performed to determine the prevalence of Postpartum Depression (PPD) and compare it’s percent prevalence in gravida one with multigravida and also to highlight the symptoms that often ignored leading to postpartum psychosis.	general female population by a close ended questionnaire and the collected data is being divided into two groups, primigravida and multigravida with total response rate 80.4%.	age between 16–39 years with 1 week up to 12 weeks of postpartum and normal physiological status. Exclusion criteria are gravida five, women with history of psychiatric disorder and unusual emotional scenarios.	Inclusion criterion is age between 16–39 years with 1 week up to 12 weeks of postpartum and normal physiological status. Exclusion criteria are gravida five, women with history of psychiatric disorder and unusual emotional scenarios.	The incidence of maternity blues is more as compared to PPD i.e. 82.78% baby blues and 17.21% PPD which is found to be more common among primigravidamothers(68%) as shown in Figure 1. The age group most highly affected range from 16-25 years with percentage of 57.69% while 23.07% belong to 26-35 years and 19.23 % to 36-39 years. Approximately 65.38% of the respondents with PPD were undergraduate while 19.23% and	The health of the nation is often judged by the health of mothers and infants. In all societies, family is the central nucleus of people and mothers play an indispensable role in the health of any nation. Depression is one of the most

							15.38% were graduates and postgraduates respectively	commonly experienced feature of post-partum and women particularly in our society often remains undiagnosed and untreated which contribute to highest rate of postpartum depression
Debra A. Scrandis, et al., 2007	Depression after Delivery: Risk Factors, Diagnostic and Therapeutic Considerations	Review assessment process	The primary goal of the assessment process is to identify women at risk for PPD as well as women already in the depths of depression, and to evaluate women at immediate risk for self and others (e.g., suicidality, postpartum psychosis). Screening for PPD identifies more cases than relying on provider identification alone in a variety of patient populations and countries	This integrative review examined recent prevalence, etiologies, and risk factors of postpartum psychiatric disorders, as well as diagnostic and treatment options specifically for PPD.			Research studies continue to examine the etiologies and spectrum of postpartum psychiatric disorders. Distinguishing postpartum mood disorders, improving identification of PPD, and treating with effective therapies can decrease the poor outcomes associated with chronic and severe depression in postpartum women. This literature review identified mixed findings among various treatment options available.	
Gunilla Lilja, et al., 2011	Depressive mood in women at childbirth predicts their mood and relationship with infant and partner during the first year postpartum	A longitudinal study with first-time mothers, normal pregnancies, giving birth to healthy babies participated in the study	The aim was to describe first-time mothers' feelings for their infant and partner during the first postpartum year in relation to maternal depressive symptoms.	Additional questionnaires assessing the woman's mood and relationship with her infant and partner were filled out at days 3 and 10, and at 6 and 12 months postpartum.	This study is part of a larger research programme designed to evaluate different aspects of intrapartum care and incidents (31), and all parts have not yet been published. The study is longitudinal, with data collected by questionnaires at days 3 and 10, and at 6 and 12 months	The midwife in charge of the study informed the mothers at the delivery ward about the ongoing study. If the mothers agreed to participate, they responded to the first questionnaire (day 3) before leaving the hospital	Twenty-two per cent of the women scored high on EPDS on day 10 postpartum. In addition, low mood seemed to remain prevalent over the baby's first year, as confirmed by the mood scale at 6 and 12 months postpartum. Women with depressive symptoms showed less closeness, warmth and confidence as measured by the infant and partner relationship scales over the first year.	To screen women for depressive symptoms, 10 days postpartum seems to be predictive of maternal assessment of maternal-infant relationship throughout the first year and enables early intervention

					postpartum.			
Ilona S. Yim, et al., 2016	Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression Systematic Review and Call for Integration	Review	The main body of the review has three sections: (a) biological processes/factors, including endocrine, immune/inflammatory, and genetic/epigenetic risk factors; (b) psychosocial processes/factors, including stress and interpersonal risk factors; and (c) integrative studies. We conclude with an evaluation of the current state of the literature and suggest promising directions for future research.	systematic literature search was performed according to guidelines in the PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) statement (Moher et al. 2009). Searches were conducted in PubMed and PsycINFO. Keywords included combinations of the words postpartum or postnatal and depression.	The search strategy yielded 2,601 hits in PubMed and 2,533 hits in PsycINFO, resulting in 3,597 records after removal of 1,537 duplicates	Studies on other psychiatric conditions including postpartum psychosis, anxiety disorders, and posttraumatic stress disorders were excluded, as were mixed samples when results were not available for PPD as a separate outcome. Studies on nonhuman animals were also considered to be beyond the scope of this review.	Interpersonal risk and protective factors are popular topics of research on PPD. The strongest evidence reviewed here suggests that the quality of a woman's relationships in the perinatal period is associated with her risk of PPD, with high-quality relationships and social support offering protection against PPD, and conflict-ridden, abusive, or unsupportive relationships conferring risk. A woman's partner and her own mother emerge as most critical with respect to PPD, whereas evidence is mixed for the roles of friends and other family.	
Goutaudier, et al., 2012	Negative emotions, childbirth pain, perinatal dissociation and self-efficacy as predictors of postpartum posttraumatic stress symptoms	A prospective longitudinal study	The aim of the study was to assess the contribution of negative emotions, childbirth pain, perinatal dissociation, and feelings of self-efficacy to the development of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth.	A prospective longitudinal study was carried out on 98 women from the south of France area. Four questionnaires were completed at 2–3 days postpartum: the Peritraumatic Emotions List (PEL), the French version of the McGill Pain Questionnaire, the Peritraumatic	Women were recruited through two private hospitals (n = 32) and a public one (n = 66), from the south of France area, between February and May 2009 (there are no significant differences between these two populations with regard to sociodemographic and obstetric characteristics). Only women over 18 years		Pain and negative emotions were significant predictors of the intensity of posttraumatic stress symptoms at 6 weeks postpartum. Although higher levels of pain contribute to increased PTSD symptoms, and higher negative emotion also contributes to PTSD symptoms, the effect of pain on PTSD is stronger when there are high levels of negative emotion.	Our findings highlight that pain, negative emotions and their interaction were significant predictors of posttraumatic stress symptoms and confirm the importance of developing more specific treatments focusing on support and prevention.

				Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ) and the Childbirth Self-efficacy Inventory (CBSEI). The Impact of Event Scale-Revised (IES-R) assessing posttraumatic stress symptoms was also completed 6 weeks after delivery.	who gave birth to a living and healthy infant ¹ were included. One hundred and twenty-five women were approached during their stay at the maternity hospital and three declined to participate.			
Nynke de Groot, et al., 2016	Vulnerable pregnant women in antenatal practice: Caregiver's perception of workload, associated burden and agreement with objective caseload, and the influence of a structured organisation of antenatal riskmanagement.	Observational study	We investigated, as part of a national programme, whether the subjective caregiver's perception of workload and the objective registry-based caseload of vulnerable clients are in agreement, and whether a structured organisation of antenatal risk management reduces the burden associated with the perceived workload, in particular if the objective caseload is high.	we combined three data sources: (1)at the unit level (i.e.midwifery practice,obstetric unit) interview data from caregivers,from which we deriveda) the (subjective) caregiver's perception of workload, b)the associated burden and c)organizational structure of antenatal risk management, (2)at the unit level perinatal registry data, from which we derived) unit characteristics and b) (objective) unit specific caseload, and (3)at the individual client level survey data collected during the first antenatal visit, from which the prevalence of vulnerable clients was derived			sixteen units had complete data on all measures. Generally, subjective workload and objective caseload were only weakly related, the relation being modified by the organization of antenatal risk management. If the organizational structure of antenatal risk management was low,the experienced burden was high,even if the objective case load was low. Highly structured antenatal risk management was associated with a medium to low burden.	our observational study suggests that even a high case load can be deal twith by structured antenatal riskmanagement. A change from the current individual case-finding policies towards a more universal screen-like approach benefit.

<p>Kathleen Kendall-Tackett, (2010)</p>	<p>Four Research Findings That Will Change What We Think About Perinatal Depression</p>	<p>In this guest editorial, I examine depression and breastfeeding in a broader framework.</p>	<p>the author examines depression in pregnant and breastfeeding women in light of this recent research and describes four major findings that are influencing how we think about depression in new mothers: inflammation has an etiologic role in depression, a relationship exists between sleep disturbances and depression, breastfeeding protects maternal mental health, and all effective treatments for depression are anti-inflammatory interventions.</p>				<p>the new health-psychology research indicates that decreasing stress and lowering inflammation are two useful strategies for both prevention and treatment of depression. There are many ways to treat depression, including a number of nonpharmacological methods. And all of them lower inflammation.</p>	<p>Since we recognize that depression can lead to serious consequences for both mother and baby, having an array of possible treatments is good news indeed. Current research also indicates that if mothers want to continue breastfeeding, sound medical rationale supports their decision.</p>
---	---	--	--	--	--	--	--	---