

«Psihiskās veselības problēmu identifikācija grūtniecības laikā un postnatalajā periodā»

Klīniskais algoritms

Saturs.....	1
Saīsinājumi.....	2
Ievads.....	3
Algoritma mērķi ir:.....	4
Mērķgrupas:.....	4
Pamatprioritātes ieviešot algoritmu.....	4
REKOMENDĀCIJAS (3, 5, 6, 8-20).....	4
1. Sievietes reproduktīvā vecumā, kuras atrodas ginekologa, ĢĀ vai cita speciālista uzraudzībā.....	4
1.1. Sievietes ar zināmām psihiskām saslimšanām anamnēzē vai pašreiz.....	5
1.2. Sievietes ar psihiskām problēmām, kuras plāno grūtniecību:.....	5
1.2.1. Pirms bērna ieņemšanas padoms.....	5
1.2.2. Psihotropie medikamenti.....	5
1.2.2.1. Benzodiazepīni.....	5
1.2.2.2. Antikonvulsanti:.....	6
1.2.2.3. Antipsihotiskie līdzekļi (APL):.....	6
1.2.2.4. Litijs:.....	6
1.3. Sievietes, kuras ir stāvoklī un stājas grūtniecības uzskaitē.....	6
2. Identifikācija un novērtējums antenatālajā periodā.....	6
3. Depresija un trauksme.....	7
3.1. Depresijas skrīnings.....	7
3.2. Trauksmes skrīnings.....	8
4. Alkohola vai narkotiku pārmērīga lietošana.....	9
5. Nopietnas psihiskas saslimšanas.....	11
6. Dzemdības.....	11
7. Agrīnais pēcdzemdību periods un 12 mēneši pēc dzemdībām.....	11
8. Suicidālā riska izvērtējums.....	12
9. Atbalsts pēc spontāna aborta, traumatiskām dzemdībām vai nedzīvi dzimušā.....	13
10. Skatīt specifisku palīdzību algoritmos:.....	13
Atsauces.....	14

Saīsinājumi

APL	antipsihotiskie līdzekļi
GAD-2	Generalized Anxiety Disorder-2
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder-7
ĢĀ	ģimenes ārsts
LPA	Latvijas psihiatru asociācija
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PHQ-2	Patient Health Questionnaire-2
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
PI	Psiholoģiskās intervences

Ievads

Depresija un trauksme ir visbiežākās psihiskās saslimšanas grūtniecības laikā, vidēji 12 % sieviešu kādā no grūtniecības periodiem piedzīvo depresiju un 13 % trauksmi. Pirmā gada laikā pēc dzemdībām depresija un trauksme skar apmēram 15-20 % sieviešu (1).

Grūtniecības un pēcdzemdību periodā dažādi trauksmes traucējumi, kā panika, ģeneralizēta trauksme, obsesīvi-kompulsīvie traucējumi, post-traumatiskā stresa sindroms var manifestēties paši par sevi vai kombinācijā ar depresiju. Psihotiskie traucējumi var saasināties vai rasties no jauna perinatālā perioda laikā. Pēcdzemdību psihoze attīstās 1 līdz 2 sievietēm no 1000 dzemdētājām (2).

Psihiskas saslimšanas ir atzīmētas kā viens no lielākajiem riska faktoriem pēcdzemdību depresijas attīstībai. Īpaša uzmanība jāpievērš sievietēm ar iepriekšējām depresīvām saslimšanām, jo pētījumi norāda, ka sievietēm ar depresiju anamnēzē ir par 20 reizes lielāks risks saslimt ar pēcdzemdību depresiju (3). Depresija grūtniecības laikā vai īsi pēc dzemdībām ir riska faktors mātes pašnāvībai, kas izraisa līdz 20% nāves gadījumu pēc dzemdībām sievietēm ar depresiju, lai gan kopējais pašnāvību un to mēģinājumu skaits grūtniecības laikā un pēcdzemdību periodā ir mazāks kā vidēji populācijā (4).

Lai gan pastāv riski psihotropo medikamentu lietošanai grūtniecības un krūts barošanas laikā, medikamentu lietošanas pārtraukšana var izraisīt psihisko traucējumu saasināšanos vai jaunas epizodes rašanos. Apvienotajā Karalistē jauno māšu mirstība tieši psihisko traucējumu dēļ pieaugusi no 0.55 gadījumiem uz 100 000 dzemdētājām 2009-2011.g. uz 0.67 gadījumiem 2010-2012.gados (5).

Latvijā dati par perinatālā perioda psihisko traucējumu izplatību netiek apkopoti, nepastāv iespējas tos apzināt arī Psihisko traucējumu reģistrā, kopējie saslimstības dati ar depresiju un trauksmēm ir ļoti zemi un neatspoguļo patieso ainu (6). Atsevišķos rezidentu un studentu pētnieciskajos darbos, kuri veikti Rīgas dzemdību namā, konstatēts, ka 17.4 % dzemdētāju slimojušas/slimo ar depresiju un 22.6 % ar dažāda veida trauksmēm.

Klīniski nozīmīga depresijas simptomātika pēcdzemdību periodā novērota 8.9-18.3 % (atkarībā no pielietotā skrīninga instrumenta) un 8.9 % klīniski nozīmīga trauksme. Turklāt sievietēm ar psihiskām saslimšanām anamnēzē depresija tika novērota 4, bet trauksme 2 reizes biežāk, nekā sievietēm bez šādas anamnēzes (7). Depresijas skrīningam gan vispārējā populācijā, gan primārajā un sekundārajā līmenī visā pasaule plaši tiek pielietots Patient Health Questionnaire-9. Tam ir atrasti optimālie robežvērtējumi dažādās pacientu populācijās (8). Valsts pētījumu programmas BIOMEDICINE 2014-2017 ietvaros pētnieku grupa Latvijā arī ir validējusi šo pasaulē vienu no atzītākajiem un plašāk pielietotajiem skrīninga instrumentiem Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) un tā saīsinātā versija Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) (9).

Latvijā praktiski neeksistē ne vadlīnijas, ne tehnoloģijas, kuras veltītas psihisko traucējumu diagnostikai, ārstēšanai un aprūpei grūtniecības laikā un pēcdzemdību periodā. Izstrādātais algoritms, zinātniskā un uz pierādījumiem bāzētā veidā, sniedz rekomendācijas psihisko traucējumu atpazīšanā, novērtēšanā, aprūpē un ārstēšanā sievietēm grūtniecības periodā un 1 gada laikā pēc dzemdībām, kā arī sievietēm, kuras plāno grūtniecību. Algoritms aptver diagnozes depresija, trauksmes, alkohola un narkotiku radītās problēmas un smagus psihiskus traucējumus (psihozes, bipolārus afektīvus traucējumus, šizofrēniju un smagu depresiju). Tas

aptver subklīniskus simptomus, kā arī vieglas, vidējas un smagas psihiskās veselības problēmas. Algoritms fokusējas uz dažādu traucējumu izpausmēm, riskiem un menedžmenta īpatnībām grūtniecības un pēcdzemdību periodā.

Algoritma mērķi ir:

1. Uzlabot psihiskās veselības problēmu identifikāciju grūtniecības laikā un postnatālajā periodā
2. Sekmēt precīzāku psihiskās veselības problēmu identifikāciju, diagnostiku, diferenciālo diagnostiku, mērķtiecīgāku, koordinētāku pacienta virzību veselības aprūpes sistēmā, kā arī efektīvu sadarbību starp dažādu specialitāšu ārstiem un profesionāļiem,
3. Racionāli izmantot ārstniecības, aprūpes iespējas, mērķtiecīgi izmantojot uz pierādījumiem balstītas metodes
4. Mazināt nelietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, optimizēt pacienta vadīšanas, ārstēšanas un aprūpes plānu.

Mērķgrupas:

1. Ginekologi
2. Ģimenes ārsti
3. Psihiatri
4. Pediatri
5. Vecmātes
6. Citi ārsti speciālisti
7. Klīniskie un veselības psihologi, psihoterapeiti
8. Pacienti un viņu tuvinieki, atbalsta personas

Pamatprioritātes ieviešot algoritmu

Algoritma pamatprioritāte ir organizēt sievietes ar psihiskās veselības problēmām grūtniecības vai postnatālā periodā mērķtiecīgu virzību veselības aprūpes sistēmā, nodrošinot efektīvu sadarbību ar ginekologu, ģimenes ārstu, psihiatru, citiem ārstiem un profesionāļiem, lai veicinātu agrīnu psihiskās veselības problēmu identifikāciju grūtniecības laikā un postnatālajā periodā un pareizu ārstēšanas uzsākšanu.

REKOMENDĀCIJAS (3, 5, 6, 8-20)

Primārais kontakts var būt ģimenes ārsta, ginekologa vai cita ārsta līmenī. Novērtēšana sākas ambulatori.

1. Sievietes reproduktīvā vecumā, kuras atrodas ginekologa, ĢĀ vai cita speciālista uzraudzībā

Antenatālo un postnatālo psihisko traucējumu radītie riski:

- Nopietnas sekas mātei, jaundzimušajam un citiem ģimenes locekļiem.
- Psihiskas saslimšanas ir vadošais nāves cēlonis mātēm Apvienotajā Karalistē.

- Depresija tiek saistīta ar lielāku pašnāvību skaitu, lai gan pašnāvības risks dzīves laikā ir zemāks kā citām retāk sastopamām saslimšanām, piemēram, bipolāri afektīviem traucējumiem.
- Lielākā daļa pašnāvību grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā (apmēram 60%) notiek laikā no 6 nedēļām pirms dzemdībām līdz 12 nedēļām pēc dzemdībām.
- Lai gan pašnāvība ir biežākais nāves cēlonis perinatālajā periodā un sievietēm ar psihiskām saslimšanām ir augsts pašnāvību risks pēc dzemdībām, kopumā pašnāvību rādītāji sievietēm antenatālajā un postnatālajā periodā ir zemāki kā sieviešu populācijā kopumā.
- Augstu riska faktoru neatpazīšana un rīcības trūkums gadījumos, kad tie atpazīti, ir veicinoši faktori pašnāvību izraisītām nāvēm

Jau pirms grūtniecības iestāšanās ģimenes ārstam, ginekologam vai citam sievietes aprūpē iesaistītajam speciālistam ir jāizvērtē riska faktori.

Visām sievietēm reproduktīvā vecumā ir jāievāc anamnēze, arī jautājot par:

- Psihiskām saslimšanām pagātnē, īpaši bipolāri afektīviem traucējumiem, citiem garastāvokļa traucējumiem vai šizofrēniju;
- Par garastāvokļa traucējumiem un citiem psihiskiem traucējumiem iepriekšējo grūtniecību laikā;
- Iepriekšējo (ja tādas ir bijušas) grūtniecību norisi, dzemdību norisi un pēcdzemdību periodu kopumā. Pievēršot uzmanību arī sievietes subjektīvajām sajūtām.
- Par psihiskiem traucējumiem ģimenes anamnēzē kopumā, it sevišķi pirmās pakāpes radnieku vidū;
- Par psihiskiem traucējumiem sievietes mātei/māsai/vecmāmiņai grūtniecības un pēcdzemdību laikā.
- Lietotajiem psihotropajiem medikamentiem un ārstējošo ārstu kontaktinformāciju

1.1. Sievietes ar zināmām psihiskām saslimšanām anamnēzē vai pašreiz

Lai sieviete varētu izlemt par grūtniecību, jau pirms grūtniecības iestāšanās ģimenes ārstam, ginekologam vai citam sievietes aprūpē iesaistītajam speciālistam jāizdiskutē:

- Kontracepcijas lietošanu un grūtniecības plānošanu,
- Kā grūtniecība un dzemdības var ietekmēt psihiskos traucējumus un veicināt paasinājumus,
- Kā psihiskie traucējumi un to ārstēšana var ietekmēt sievieti, augli un bērnu,
- Kā psihiskie traucējumi un to ārstēšana var ietekmēt vecāku lomas izpildi,
- Jaunāko informāciju par psihotropo medikamentu potenciālo ietekmi uz augli un bērnu (piem., izvairīties no valproātu lietošanas)

1.2. Sievietes ar psihiskām problēmām, kuras plāno grūtniecību:

1.2.1. Pirms bērna ieņemšanas padoms

ĢĀ vai ginekologs nosūta uz konsultāciju pie psihiatra 4 nedēļu laikā

1.2.2. Psihotropie medikamenti

ĢĀ / ginekologs, parakstot vai turpinot psihiatra nozīmētos psihotropos medikamentus, ņemt vērā jaunākos datus par to ietekmi uz augli un bērnu:

1.2.2.1. Benzodiazepīni

Pakāpeniski samazināt, ja tiek plānota grūtniecība vai grūtniecība jau iestājusies

1.2.2.2. Antikonvulsanti:

- nenozīmēt valproātus, vai pakāpeniski samazināt tos un atcelt sakarā ar malformāciju riskiem
- nenozīmēt karbamazepīnu, vai pakāpeniski samazināt tos un atcelt sakarā ar zāļu mijiedarbību un malformāciju riskiem

1.2.2.3. Antipsihotiskie līdzekļi (APL):

- nav pietiekamu datu par to lietošanas drošību grūtniecības laikā
- sekot prolaktīna līmenim, jo antipsihotisko līdzekļu izraisītais prolaktīna palielinājums var apgrūtināt grūtniecības iestāšanos
- nenozīmēt pargarinātās iedarbības antipsihotiskos līdzekļus, vienīgi, ja iepriekš bija ļoti labs efekts un paciente bija nelīdzestīga

1.2.2.4. Litījs:

Nenozīmēt, ja tiek plānota grūtniecība vai pacientēm stāvoklī, izņemot, ja APL nav bijuši efektīvi.

Tādos gadījumos nodrošināt, ka:

- sieviete zina par malformāciju risku, ja tas lietots pirmajā grūtniecības trimestrī,
- grūtniecības laikā regulāri jāmonitorē litija līmenis,
- sieviete zina, ka litija līmenis mātes pienā var būt augsts un toksisks bērnam

1.3. Sievietes, kuras ir stāvoklī un stājas grūtniecības uzskaitē

Pirmajai antenatālajai vizītei jānotiek pirms 12. grūtniecības nedēļas, tas varētu palīdzēt savlaicīgi identificēt grūtnieces, kurām ir vai ir augsts risks saslimt ar psihiskām saslimšanām. Ginekologs izveido aprūpes plānu.

2. Identifikācija un novērtējums antenatālajā periodā

Ginekologs jautā sievietēm par:

- Fizisko un emocionālo labsajūtu,
- Attieksmi pret grūtniecību, iepriekšējo pieredzi ar grūtniecībām
- Sociālā atbalsta tīklu un attiecību kvalitāti,
- Dzīves apstākļiem un sociālu izolētību,
- Iepriekšēju vai pašreizēju psihisku saslimšanu, it īpaši šizofrēniju, bipolāri afektīviem traucējumiem, citiem garastāvokļa traucējumiem, pēcdzemdību psihozēm vai pēcdzemdību depresiju pagātnē.
- Ģimenes vēsturē par bipolāri afektīviem traucējumiem vai psihiskām saslimšanām pēcdzemdību periodā (pēcdzemdību psihozi).
- Iepriekšēju ārstēšanos pie psihiskās veselības speciālistiem, iekaitot stacionēšanas reizēm.
- Šobrīd lietotajiem psihotropajiem medikamentiem.
- Jebkad iepriekš pārciestu vardarbību no partnera puses, seksuālu vardarbību, nelegālu narkotiku lietošanu, paškaitēšanu, sociāla atbalsta trūkumu, jo šīm sieviešu grupām ir lielāks risks uz depresiju un pašnāvību grūtniecības laikā.
- Sievietes, kas identificētas esam ar augstu risku saslimt ar perinatālām psihiskām saslimšanām, nepieciešams **1 nedēļas laikā** nosūtīt pie psihiatra.

Depresija un trauksme bieži tiek novērota grūtniecēm. Depresijas prevalence 16-65 gadu vecumā Lielbritānijā ir 21/1000, bet plašākai kategorijai 'jaukta depresija un trauksme' šie rādītāji ir 98/1000.

Punkta prevalence depresijai – 4% Pirmā trimestra beigās, 5% otrā trimestra beigās un 3% trešā trimestra beigās; 1-6% pirmajos 12 mēnešos postnatāli (1).

Perioda prevalence – 13% grūtniecības laikā, 6% pirmajos 2 mēnešos pēc dzemdībām, 7% 6 mēnešos pēc dzemdībām, 22% - 12 mēnešos.(15)

Tā kā depresijas un trauksmes simptomi ir visbiežāk novērotie psihisko traucējumu simptomi, tad grūtniecēm katrā vizītē ir jāveic skrīnings uz depresiju un trauksmi

3. Depresija un trauksme

3.1. Depresijas skrīnings

Ginekologs /ĢĀ katrā vizītē, visām grūtniecēm depresijas skrīningam uzdod jautājumus no Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2):

Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs ir apgrūtinājušas kādas no šādām problēmām?	Nemaz	Dažas dienas	Vairāk par nedēļu	Gandrīz katru dienu
1. Interese un dzīvesprieka trūkums	0	1	2	3
2. Slikts/nomākts garastāvoklis, nospīestība vai bezcerības sajūta	0	1	2	3

Ja PHQ-2 summa 2 un vairāk, tas norāda uz augstu depresijas varbūtību. Tad aizpilda atlikušos 7 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) jautājumus un nosaka depresijas smagumu.

Depresijas pašaptaujas tests

PHQ-9

Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs ir apgrūtinājušas kādas no šādām problēmām? (Apvelciet atbilstošo atbildi katrā rindīņā)	Nemaz	Dažas dienas	Vairāk par nedēļu	Gandrīz katru dienu
1. Interese un dzīvesprieka trūkums	0	1	2	3
2. Slikts/nomākts garastāvoklis, nospīestība vai bezcerības sajūta	0	1	2	3
3. Grūtības iemigt, caurs/trausls miegs vai pārāk ilga gulēšana	0	1	2	3
4. Nogurums vai enerģijas trūkums	0	1	2	3
5. Pazemināta ēstgriba vai pārēšanās	0	1	2	3
6. Neapmierinātība ar sevi – sajūta, ka esat neveiksminieks/-ce vai arī esat pievilis/-usi savas vai ģimenes cerības	0	1	2	3
7. Grūtības koncentrēties, piemēram, lasīt avīzi vai skatīties TV	0	1	2	3
8. Kustības un runa bija tik lēna, ka citi cilvēki to varēja pamanīt. Vai pretēji – bijāt tik satraukts/satraukta un rosīgs/rosīga, ka kustību aktivitāte kļuva lielāka nekā parasti	0	1	2	3
9. Domas, ka labāk būtu nomirt vai kaut kā nodarīt sev pāri	0	1	2	3
VĒRTĒJUMU SKAITS				
SUMMA				

Depresijas smaguma novērtējums:

- 0-4 Nav
- 5-9 Viegla depresija
- 10-14 Vidēja depresija

- 15-19 Vidēji smaga depresija
- 20-27 Smaga depresija

Ja PHQ-9 <5 depresijas nav, ja 5-9, novērtējumu atkārto pēc 2 nedēļām, ja 10+, tad tā ir klīniski nozīmīga depresija un jāuzsāk palīdzība, skatīt algoritmu “Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana grūtniecības laikā”. Ginekologs grūtnieci nosūta konsultācijai pie psihiatra. Konsultācijai ir jānotiek vēlākais **1 nedēļas laikā** pēc šīs antenatālās vizītes.

3.2. Trauksmes skrīnings

Ginekologs /ĢĀ katrā vizītē, visām grūtniecēm trauksmes skrīningam uzdod jautājumus no Generalised Anxiety Disorder-2 (GAD-2) skalas:

Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs ir apgrūtinājušas kādas no šādām problēmām?	Nemaz	Dažas dienas	Vairāk par nedēļu	Gandrīz katru dienu
1. Jūtāt nervozitāti, raizes vai sasprindzinājumu	0	1	2	3
2. Nespējāt nomierināties vai kontrolēt satraukumu	0	1	2	3

Ja GAD-2 summa 2 un vairāk, tas norāda uz augstu trauksmes varbūtību. Tad aizpilda atlikušos 5 Generalised Anxiety Disorder-7 (GAD-7) jautājumus un nosaka trauksmes smagumu.

Trauksmes pašaptaujas tests

GAD-7

Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs saskārties ar kādu no zemāk minētajām problēmām? (Apvelciet atbilstošo atbildi katrā rindīnā)	Nemaz	Dažas dienas	Vairāk par nedēļu	Gandrīz katru dienu
1. Jūtāt nervozitāti, raizes vai sasprindzinājumu	0	1	2	3
2. Nespējāt nomierināties vai kontrolēt satraukumu	0	1	2	3
3. Pārmērīgi satraucāties par dažādām lietām	0	1	2	3
4. Grūtības atslābināties	0	1	2	3
5. Bijāt tik nemierīgs, ka nespējāt nosēdēt uz vietas	0	1	2	3
6. Viegli kļūvat aizkaitināms/-a	0	1	2	3
7. Jūtāt bailes, ka varētu notikt kaut kas šausmīgs	0	1	2	3

VERTĒJUMU SKAITS

SUMMA

Viegla trauksme

Vidēja trauksme

Smaga trauksme

Ja GAD-7 <5, trauksmes nav, ja 5-9, novērtējumu atkārto pēc 2 nedēļām, ja 10+, tad tā ir klīniski nozīmīga trauksme un jāuzsāk palīdzība, skatīt algoritmu “Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana grūtniecības laikā”. Ginekologs grūtnieci nosūta konsultācijai pie psihiatra. Konsultācijai ir jānotiek vēlākais **1 nedēļas laikā** pēc šīs antenatālās vizītes.

Neirotiski, ar stresu saistīti traucējumi.

Ar trauksmi saistītas salimšanas bieži kombinējas ar depresiju.

Panika

Nav noskaidrots, ka panika būtu biežāk sastopama grūtniecībā. Simptomi uzlabojas 40% grūtniecību un 38% var būt postnatāls sākums(15).

Ģeneralizēta trauksme

Incidence – 15% 18. grūtniecības nedēļā un 8% 8. nedēļas postnatāli ar 2,4% sākumu de novo. Lai gan pastāv uzskats, ka trauksme pieskaitāma pie vieglām psihiskām saslimšanām, tā rada manāmu nespēju, kā arī negatīvi ietekmē augļa normālu fizioloģisku attīstību, kas vēlāk izpaužas bērnam jau zīdaiņa vecumā(15).

Obsesīvi kompulsīvi traucējumi (OKT)

Ir nedaudz pierādījumu, kas saista OKT parādīšanos ar grūtniecību un dzemdībām.

OKT simptomi ir biežāk sastopami sievietēm, kas ir depresīvas pēc dzemdībām, nekā tām, kas neuzrāda depresijas simptomus (41% pret 6%)(15).

Postramatiskā stresa sindroms (PTSS)

Prevalence – 3-6% apmēram 6 nedēļas pēc dzemdībām līdz 1,5% 6 mēnešus pēc dzemdībām.

PTSS, ko izjūt dažas sievietes šajā laikā, var nebūt saistītas ar traumatiskām dzemdībām, bet gan ar iepriekšēju PTSS, ko izraisījuši traumatiski notikumi citā kontekstā.

Nedzīvi dzimis bērns var būt stresa faktors PTSS simptomiem turpmākās grūtniecībās(15).

Ginekologam /ĢĀ depresijas un trauksmes skrīnings ir jāatkārto katrā atkārtotajā vizītē.

4. Alkohola vai narkotiku pārmērīga lietošana

Ja pastāv aizdomas par alkohola pārmērīgu lietošanu, jāveic 10 jautājumu Alkohola lietošanas traucējumu identifikācijas tests (AUDIT).

<p>1. Cik bieži jūs dzerat alkoholu saturošus dzērienus? (0) nekad (pārejiet pie 9.-10.jautājuma) (1) reizi mēnesī vai retāk (2) 2 līdz 4 reizes mēnesī (3) 2 līdz 3 reizes nedēļā (4) vai vairāk reizes nedēļā</p>	<p>6. Cik bieži <u>pēdējā gada laikā</u> no rīta, pēc lielas iedzeršanas iepriekšējā dienā, Jums bija nepieciešams lietot alkoholu, lai uzlabotu pašajūtu? (0) nekad (1) retāk kā reizi mēnesī (2) reizi mēnesī (3) reizi nedēļā (4) katru dienu vai gandrīz katru dienu</p>
<p>2. Cik alkoholu saturošu dzērienu devas Jūs izdzerat ierastā alkohola lietošanas reizē? (0) 1 vai 2 (1) 3 vai 4 (2) 5 vai 6 (3) 7, 8 vai 9 (4) 10 vai vairāk</p>	<p>7. Cik bieži <u>pēdējā gada laikā</u> pēc iedzeršanas Jums ir bijusi vainas sajūta vai kauns? (0) nekad (1) retāk kā reizi mēnesī (2) reizi mēnesī (3) reizi nedēļā (4) katru dienu vai gandrīz katru dienu</p>
<p>3. Cik bieži Jūs dzerat 5 vai vairāk alkohola devas vienā reizē? (0) nekad (1) retāk kā reizi mēnesī (2) reizi mēnesī (3) reizi nedēļā (4) katru dienu vai gandrīz katru dienu.</p>	<p>8. Cik bieži <u>pēdējā gada laikā</u> pēc iedzeršanas Jūs nevarējāt atcerēties iepriekšējās dienas notikumus? (0) nekad (1) retāk kā reizi mēnesī (2) reizi mēnesī (3) reizi nedēļā (4) katru dienu vai gandrīz katru dienu</p>
<p>4. Cik bieži <u>pēdējā gada laikā</u>, Jūs konstatējāt, ka, sākot lietot alkoholu, Jūs neesat spējis laikā apstāties? (0) nekad (1) retāk kā reizi mēnesī (2) reizi mēnesī (3) reizi nedēļā (4) katru dienu vai gandrīz katru dienu</p>	<p>9. Vai Jūs vai kāds cits ir cietis vai guvis traumu vai ievainojumus Jūsu iedzeršanas dēļ? (0) nē (2) jā, bet ne pēdējā gada laikā (4) jā, pēdējā gada laikā</p>
<p>5. Cik bieži <u>pēdējā gada laikā</u> iedzeršanas dēļ Jūs nespējāt izpildīt savus ikdienas pienākumus? (0) nekad</p>	<p>10. Vai kāds no tuviniekiem, draugiem vai medikāliem ir izrādījis bažas par Jūsu dzeršanu un ieteicis Jums to samazināt vai atmest? (0) nē</p>

<p>(1) retāk kā reizi mēnesī (2) reizi mēnesī (3) reizi nedēļā (4) katru dienu vai gandrīz katru dienu</p>	<p>(2) jā, bet ne pēdējā gada laikā (4) jā, pēdējā gada laikā</p>
* Alkohola devas	
<p>1 glāzīte (40 ml g) degvīns (38%) = 1 deva 1 glāzīte (40 ml g) degvīns (40%) = 1,1 deva 1 glāzīte (40 ml g) konjaks (40%) = 1,1 deva 1 glāzīte (40 ml g) Rīgas melnais balzams (45%) = 1,2 devas</p> <p>1 glāzīte (50 ml) liķieris (30%) = 1 deva 1 glāzīte (50 ml) liķieris (17%) = 0,6 devas 1 glāzīte (50 ml) liķieris (35%) = 1,2 devas</p> <p>1 glāze (150 ml) vīns (12,5%) = 1,2 devas 1 glāze (150 ml) sarkanvīns (14%) = 1,4 devas 1 glāze (150 ml) stiprināts vīns (14%) = 1,4 devas 1 glāze (150 ml) dzirkstošais vīns – <i>Rīgas šampanietis</i> (11%) = 1,1 devas 1 glāze (150 ml) dzirkstošais vīns – <i>Asti, Bosca</i> (7%) = 0,7 devas</p> <p>1 kauss (330 ml) alus (4,5%) = 1,0 deva 1 kauss (330 ml) alus (5%) = 1,1 deva 1 kauss (330 ml) alus (6%) = 1,3 deva 1 kauss (330 ml) alus (7%) = 1,5 deva</p> <p>Alus 500 ml (4,5%) = 1,5 devas Alus 500 ml (5%) = 1,6 devas Alus 500 ml (6%) = 2,0 devas Alus 500 ml (7%) = 2,3 devas</p> <p>Sidrs 500 ml (5%) = 1,6 devas Gatavie kokteiļi 275 ml (14,5%) = 2,6 devas</p> <p>1 pudele (500 ml) degvīna (38%) = 12,5 devas 1 pudele (500 ml) degvīna (40%) = 13,2 devas</p> <p>*1 deva = 12 g absolūtā (100%) alkohola * devas norādītas noapaļotos skaitļos</p>	
Kopā: Atzīmējiet punktu kopsummu.	

Ja kopējais punktu skaits ir 8 un vairāk, to ieteicams uzskatīt par zīmi, ka alkohols tiek lietots riskantā un kaitīgā veidā vai arī ir jau iestājusies alkohola atkarība.

Rekomendējams ginekologam/ģimenes ārstam **1 nedēļas laikā nosūtīt** grūtnieci uz konsultāciju pie narkologa.

5. Nopietnas psihiskas saslimšanas

Ja grūtniece konsultēta pirmo reizi, jājautā par iepriekšēju vai pašreizēju psihisku saslimšanu, it īpaši šizofrēniju, bipolāri afektīviem traucējumiem, citiem garastāvokļa traucējumiem, pēcdzemdību psihozēm vai pēcdzemdību depresiju pagātnē.

Pozitīvas informācijas gadījumā grūtniece noteikti jānosūta uz konsultāciju pie **psihiatra 1 nedēļas laikā**. Turpmākā grūtniecības vadība notiek kopā ar psihiatru vai grūtniece tiek nodota ginekologa vadītas specializētas aprūpes komandas (ginekologs, psihiatrs, aprūpes māsa, psihologs, sociālais darbinieks) ziņā. Skatīt algoritmu "Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana grūtniecības laikā".

6. Dzemdības

Dzemdību speciālista uzraudzībā. Dzemdības ir būtisks psiholoģisks un fizioloģisks stress sievietei. Dzemdību laikā un pirmajās dienās pēc tām var novērot esošo psihisko traucējumu saasināšanos vai jaunu parādīšanos (pēcdzemdību psihoze).

Psichoze

Pēcdzemdību psihoze – psihoze agrīnajā pēcdzemdību periodā (pirmajos 3 mēnešos pēc dzemdībām). Pirmajās 90 dienās pēc dzemdībām tiek novērots psihožu sastopamības pieaugums. Pētījumā atklāts, šajā periodā risks ir 21 reizi augstāks, salīdzinot ar citiem dzīves posmiem, nosakot sastopamību, tā ir apmēram 1/1000. Dzemdības ir riska faktors (lai gan mazs) psihozes sākumam.(11, 15).

Daudzām sievietēm, kas tiek stacionētas ar psihozi pēcdzemdību periodā, ir iepriekš esoša psihiska saslimšana, ieskaitot bipolāri afektīvos traucējumus un šizofrēniju(15).

Dzemdību speciālistam jādokumentē, vai dzemdētāja lieto kādus psihotropos medikamentus un vai tos varēs lietot dzemdību laikā. Ārstam jāveic novērtējums un vajadzības gadījumā jāpieaicina uz konsultāciju psihiatrs.

7. Agrīnais pēcdzemdību periods un 12 mēneši pēc dzemdībām

Riska faktori, kuri ietekmē psihisko traucējumu attīstību posnatālajā periodā:

- Iepriekšējas psihiskas saslimšanas, ieskaitot pēcdzemdību psihozes epizodes, šobrīd eksistējošas saslimšanas un to simptomi un ģimenes anamnēzē esošas pēcdzemdību psihozes epizodes.
- Sociālie faktori, piemēram, vientuļās mātes statuss, nabadzība vai neadekvāti dzīves apstākļi var spēlēt nozīmīgu lomu psihiskās veselības saglabāšanā pieaugušajiem.
- Bipolāri afektīvie traucējumi, citi garastāvokļa traucējumi un pēcdzemdību psihoze pagātnē paredz 50% risku psihiskai saslimšanai agrīnajā pēcdzemdību periodā.

Sievietēm pirmo divu nedēļu laikā pēc dzemdībām ir paaugstināts risks saslimt ar pēcdzemdību psihozi, ja ir esošas vai pagātnē bijušas psihiskas saslimšanas, vai ar pirmās pakāpes radnieki, kuriem bijušas nopietnas psihiskas saslimšanas.

Depresijai ir augsta prevalence – 6% pirmajos 2 mēnešos pēc dzemdībām, 7% 6 mēnešos pēc dzemdībām, 22% - 12 mēnešos (15).

Pirmajā nedēļnieces vizītē.

Ja sieviete grūtniecības laikā ir novērojusies pie cita speciālista, un pie Jums ierodas pirmo reizi - jāpārbauda Mātes pasē, vai un kādi pasākumi ir veikti antenatālajā aprūpes etapā.

Ja riska izvērtējuma un profilakses pasākumi antenatālajā posmā nav veikti, Jums jāsāk ar anamnēzes ievākšanu un riska faktoru izvērtējumu kā sadaļā "Identifikācija un novērtējums antenatālajā periodā".

Katrā nedēļnieces un bērna apskates vizītē:

- jāveic depresijas un trauksmes skrīnings ar PHQ-2 un GAD-2.
- Jautājiet, vai sieviete vēlētos saņemt kādu konsultāciju un palīdzību savu garastāvokļa traucējumu dēļ.
- Ja aizpildītā PHQ-9 punktu skaits ir ≥ 10 , un/vai GAD-7 punktu skaits ir ≥ 10 , jaunā māmiņa ir jānosūta konsultācijai pie psihiatra. Konsultācijai ir jānotiek vēlākais 1 nedēļas laikā pēc šīs vizītes.
- Papildus aizpildītajām anketām, lai labāk izvērtētu jaunās māmiņas emocionālo stāvokli, jautājiet arī:
 - 1) Par krūts barošanu (vai baro ar krūti, vai pietiek piena, kā mazulis zīž), jo laktācijas un krūts barošanas kvalitāte ir jutīgs rādītājs mātes emocionālajam stāvoklim.
 - 2) Kā sokas ar bērna aprūpi un kā sieviete vērtē bērna attīstību un veselību, šai gadījumā jūs varētu identificēt tos pēcdzemdību depresijas simptomus, kuri saistīti ar pārliecīgu un neadekvātu trauksmi par bērna veselību.
- Ja sieviete jau saņem ambulatoro novērošanos pie psihiatra, ir jālūdz atļauja sazināties ar viņas ārstu, lai vienotos par tālāko pēcdzemdību etapa vadīšanu.

8. Suicidālā riska izvērtējums

- Psihiskas saslimšanas ir vadošais nāves cēlonis mātēm Apvienotajā karalistē.
- Depresija tiek saistīta ar lielāku pašnāvību skaitu, lai gan pašnāvības risks dzīves laikā ir zemāks kā citām retāk sastopamām saslimšanām, piemēram, bipolāri afektīviem traucējumiem.
- Lielākā daļa pašnāvību grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā (apmēram 60%) notiek laikā no 6 nedēļām pirms dzemdībām līdz 12 nedēļām pēc dzemdībām.
- Lai gan pašnāvība ir biežākais nāves cēlonis perinatālajā periodā un sievietēm ar psihiskām saslimšanām ir augsts pašnāvību risks pēc dzemdībām kopumā pašnāvību rādītāji sievietēm antenatālajā un postnatālajā periodā ir zemāki kā sieviešu populācijā kopumā.
- Augstu riska faktoru neatpazīšana un rīcības trūkums gadījumos, kad tie atpazīti, ir veicinoši faktori pašnāvību izraisītām nāvēm(15).

Ginekologam /GĀ **suicidālais risks ir jāizvērtē katrā grūtnieces vai jaunās māmiņas apmeklējuma laikā.** Saruna par paškaitējumu nerada un neveicina paškaitējumu. Tā bieži samazinās trauksmi, kas saistīta ar domām vai paškaitējuma aktiem un palīdz personai justies saprastai. Tomēr mēģiniet izveidot attiecības ar personu, pirms uzdotat jautājumu par paškaitējumu. Palūdziet personai izskaidrot, kāpēc viņa veikusi paškaitējumu

Pašnāvības risku ginekologam /GĀ jāizvērtē, ja grūtniecei ir:

- 1.6.1. Izteikta bezcerība un izmisums, pašreizējās pašnāvības domas / plāni / mēģinājumi vai tie bijuši pagātnē
- 1.6.2. pašnāvības mēģinājums ar saindēšanās pazīmēm / intoksikāciju, asiņošana no pašradītas brūces,
- 1.6.3. apziņas zudums un / vai ļoti izteikta letargija,
- 1.6.4. jebkura nozīmīga psihiska saslimšana, hroniskas sāpes vai ļoti izteikti emocionāli pārdzīvojumi

Konstatējot augstu suicidālu risku (domas, plāni, mēģinājumi, paškaitējumi), ginekologs /GĀ nekavējoši organizē psihiatra konsultāciju, nogādāšanu specializētā centrā vai psihiatriskā stacionārā ar vai bez NMPD palīdzības.

9. Atbalsts pēc spontāna aborta, traumatiskām dzemdībām vai nedzīvi dzimušā

Ginekologam /ĢĀ piedāvāt padomu un atbalstu sievietēm, kas piedzīvojušas traumatiskas dzemdības vai abortu un vēlas runāt par viņu pieredzi. Ņemiet vērā dzemdību vai aborta ietekmi uz partneri un mudiniet abus partnerus pieņemt ģimenes un draugu atbalstu.

Apspriediet ar sievieti, kuras bērns ir nedzīvi dzimis vai miris drīz pēc piedzimšanas, sievietes partneri un ģimeni, vienu vai vairākas no šīm iespējām:

- redzēt bērna fotogrāfijas,
- redzēt bērna piemiņas lietas,
- redzēt bērnu,
- turēt bērnu.

To vajadzētu palīdzēt izdarīt pieredzējušam speciālistam, sievietei, viņas partnerim un ģimenei jāpiedāvā turpmākais apmeklējums pie psihiatra 2 nedēļu laikā. Ja ir zināms, ka bērns ir miris dzemdē, šai diskusijai jānotiek pirms dzemdībām un, ja nepieciešams, jāturpina pēc dzemdībām.

Psihiatrs var rekomendēt Augstas intensitātes psiholoģiskas intervences (PI) skatīt algoritmu «Depresija primārajā aprūpē atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe». Valsts tās pašreiz neapmaksā. Ieteikums iekļaut apmaksai pusi no plānotajām konsultācijām. Palīdzību plāno ieviest pie reģiona psihiatru praksēm, psihiatrisko dienas stacionāru un stacionāru multiprofesionālo komandu sastāvos.

Augstas intensitātes psiholoģisko intervenču realizācijai ir jāpiesaista papildus speciāli apmācīts personāls – klīniskie / veselības psihologi, mākslas terapeiti, māsas, sociālie darbinieki.

Psihiatrs pēc 8-10 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

10. Skatīt specifisku palīdzību algoritmos:

- Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana, t.sk. farmakoterapija, grūtniecības laikā
- Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana, t.sk. farmakoterapija, postnatālajā periodā

Ambulatorās psihiatru prakses – <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-pakalpojumi/ambulatoras-iestades-un-arsti-specialisti>

Psihiatriskie stacionāri:

Rīga – Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs, <http://www.rpnc.lv/>

Jelgava – Slimnīca “Ģintermuiža”, <http://www.gintermuiza.lv>

Strenči - Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca, <https://strencupns.lv/lv/>

Daugavpils – Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca, <https://strencupns.lv/lv/>

Liepāja - Piejūras slimnīcas , Psihiatriskā klīnika, <http://piejurasslimnica.lv/lv/kontakti/lapa/visi-kontakti>

Pēc ārstēšanas kursa pacients atgriežas aprūpei ginekologa / ĢĀ uzraudzībā

Atsauces

1. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and gynecology*. 2005;106(5 Pt 1):1071-83. web 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db.
2. Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of general psychiatry*. 2008;65(7):805-15. web 10.1001/archpsyc.65.7.805.
3. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, et al. The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depression and anxiety*. 2017;34(2):178-87. web 10.1002/da.22597.
4. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of women's mental health*. 2005;8(2):77-87. web 10.1007/s00737-005-0080-1.
5. Knight M KS, Brocklehurst P, Neilson J, Shakespeare J, Kurinczuk JJ (Eds.) on behalf of MBRRACE-UK. Saving Lives, Improving Mothers' Care - Lessons learned to inform future maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009–12. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit: University of Oxford; 2014.
6. Pulmanis T, Japenina,S., Taube, M. Psihiskā veselība Latvijā 2015. gadā. Tematiskais ziņojums. https://spkc.gov.lv/upload/Psihiska_veseliba_faili/psihiska_veseliba_latvija_2015_gada.pdf Accessed 19.04.2017. 2016.
7. Rubene L. Depresijas un trauksmes biežums pēc dzemdībām sievietēm reproduktīvajā vecumā ar psihiskām saslimšanām. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte; 2018.
8. Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne*. 2012;184(3):E191-E6. web 10.1503/cmaj.110829.
9. Rancans E, Trapencieris M, Ivanovs R, Vrublevska J. Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 to screen for depression in nationwide primary care population in Latvia. *Ann Gen Psychiatry*. 2018;17:33. web 10.1186/s12991-018-0203-5.
10. Lavender TJ, Ebert L, Jones D. An evaluation of perinatal mental health interventions: An integrative literature review. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2016;29(5):399-406. web 10.1016/j.wombi.2016.04.004.
11. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (CG192). December 2014 web <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>. Skatīts 01.02.2019
12. NICE. Antenatal and postnatal mental health: quality standard [QS115], National Institute for Health and Care Excellence. February 2016. web <https://www.nice.org.uk/guidance/qs115>. Skatīts 01.02.2019
13. Orsolini L, Valchera A, Vecchiotti R, Tomasetti C, Iasevoli F, Fornaro M, et al. Suicide during Perinatal Period: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Correlates. *Frontiers in psychiatry*. 2016;7:138. web 10.3389/fpsy.2016.00138.

14. Pathways N. National Institute for Health and Care Excellence Pathways. Antenatal and postnatal mental health. 24 April 2018. web <http://pathways.nice.org.uk/pathways/antenatal-and-postnatal-mental-health>. Skatīts 01.02.2019
15. RCOG. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Women with Mental Health Issues during Pregnancy and the Postnatal Period. Good Practice No.14. June 2011. web <https://www.rcog.org.uk/.../managementwomenmentalhealthgoodpractice14.pdf>
Skatīts 01.02.2019
16. Rominov H, Pilkington PD, Giallo R, Whelan TA. A SYSTEMATIC REVIEW OF INTERVENTIONS TARGETING PATERNAL MENTAL HEALTH IN THE PERINATAL PERIOD. *Infant mental health journal*. 2016;37(3):289-301. web 10.1002/imhj.21560.
17. Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2015;28(3):179-93. web 10.1016/j.wombi.2015.02.003.
18. Stuart S, Koleva H. Psychological treatments for perinatal depression. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. 2014;28(1):61-70. web 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.004.
19. Thibaut F, Chagraoui A, Buckley L, Gressier F, Labad J, Lamy S, et al. WFSBP (*) and IAWMH (**) Guidelines for the treatment of alcohol use disorders in pregnant women. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*. 2019;20(1):17-50. web 10.1080/15622975.2018.1510185.
20. WHO. World Health Organization . mhGAP Intervention Guide - Version 2.0
For mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. 2018. web <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250239/1/9789241549790-eng.pdf?ua=1>. Skatīts 01.02.2019