



Is een psychosociaal ondersteuningsprogramma effectief om bij tienermoeders een postpartum depressie te voorkomen in de eerste drie maanden na de bevalling?

Referentie

Sangawang B, Deoisres W, Hengudomsu P, Sangawang N. Effectiveness of psychosocial support provided by midwives and family on preventing postpartum depression among first-time adolescent mothers at 3-month follow-up: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2022;31:689-702. DOI: 10.1111/jocn.15928

Duiding

Mieke Embo, verpleegkundige en vroedvrouw, UGent en Arteveldehogeschool. Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Wat is het effect van een psychosociaal ondersteuningsprogramma met vroedvrouw en familie tijdens de eerste 4 weken postpartum vergeleken met standaardzorg op de incidentie en de ernst van postpartum depressie bij eerstbarende tienermoeders binnen de eerste drie maanden na de bevalling?

Achtergrond

Postpartum depressie is de meest voorkomende psychische complicatie na een bevalling en de prevalentie bij tienermoeders is hoger dan bij volwassen moeders (1,2). Vooral tienermoeders die onvoldoende sociale ondersteuning krijgen tijdens de zwangerschap of geboorte hebben een 10 tot 15% hoger risico (3-6). Dit heeft een negatief effect op de moeder-kind-binding (7,8), de verzorging van het kind, de transitie naar ouderschap en coping met stress (9,10). Kinderen van depressieve moeders kennen bovendien een vertraagde cognitieve, emotionele en sociale ontwikkeling (11-13). Bovendien hebben moeders die niet behandeld worden voor postpartum depressie een verhoogd risico van alcohol- en drugsverslaving (14), depressie en zelfdoding (15,16). Sociale ondersteuning, gedefinieerd als een één-op-één-ondersteuning door zorgverleners en familie, is belangrijk voor alle eerstbarende moeders en zeker voor tienermoeders (17,18). Uit een systematische review bleek echter dat de meeste interventies ter preventie van postpartum depressie bij tienermoeders niet gericht zijn op psychosociale ondersteuning, niet worden verdergezet na de zwangerschap en geen beroep doen op familieleden (6). Ook bestaat er onvoldoende bewijs over de meest effectieve interventie.

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- rekrutering van eerstbarende tienermoeders, samen met hun dichte familieleden, op de postpartum afdeling van een universitair ziekenhuis in Thailand
- inclusiecriteria voor de tienermoeders: tussen 10 en 19 jaar oud; eenlingzwangerschap; vaginale bevalling; met dichte familieleden (moeder/vader, echtgenoot/partner of grootmoeder) die zorg kunnen verlenen in de postpartum periode
- inclusiecriteria voor de dichte familieleden: 18 jaar of ouder; een belangrijke rol kunnen spelen in de zorg voor de tienermoeder

- exclusiecriteria voor de tienermoeders: reeds professionele hulp gehad voor psychische problemen; ernstige complicaties na de bevalling zoals postpartumbloeding, kraamvrouwenkoorts; pasgeborene met congenitale of andere ernstige afwijkingen
- uiteindelijke inclusie van 42 tienermoeders met een gemiddelde leeftijd van 17 (SD 1,5) jaar, meestal ongepland zwanger (65%), werkloos (75%) en samenwonend met een partner (72,5%); het dichte familielid dat de zorg ondersteunde was meestal de moeder (45 tot 50%) of de partner of de vader van de baby (25%) met een gemiddelde leeftijd van 41 jaar.

Onderzoeksopzet

Unicenter enkelblinde gerandomiseerde gecontroleerde studie met 2 parallele onderzoeksgroepen (19):

- interventiegroep (n=21): zowel tienermoeder als familieleden krijgen een psychosociaal ondersteuningsprogramma bestaande uit 2 delen:
 - ondersteuningsactiviteiten door de vroedvrouw: sessies van telkens 60-90 minuten tijdens de eerste drie dagen van de ziekenhuisopname, bestaande uit: informatieverlening (educatie over postpartum depressie, familieleden informeren over het belang van sociale ondersteuning ter preventie van postpartum depressie, tienermoeders aanleren hoe ze hulp kunnen vragen aan familieleden, informatie over zelfzorg en zuigelingenverzorging), emotionele ondersteuning (via vragen en luisteren aandacht schenken aan de problemen van de tienermoeder), instrumentele ondersteuning (praktische assistentie in zorg voor de pasgeborene zoals baden en luiers veranderen), gevolgd door verdere ondersteuning in de thuissituatie tijdens een huisbezoek in de eerste week en via 4 telefonische contacten van telkens 20-25 minuten in de eerste 4 weken
 - ondersteuning in de thuissituatie door een dicht familielid dat was aangeduid door de tienermoeder en de ondersteuningsactiviteiten van de vroedvrouw had mee gevolgd
- controlegroep (n=21): de tienermoeder krijgt routinezorg op de kraamafdeling door verpleegkundigen die niet betrokken zijn bij de studie; de tienermoeders krijgen onder andere mondelinge instructies over onderwerpen zoals borstvoeding en hygiënische verzorging
- follow-up: tijdens hospitalverblijf (T0) meteen na de interventie (4 weken postpartum) (T1), 6 weken postpartum (T2) en 3 maanden postpartum (T3).

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: verschil in verandering van gemiddelde **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)** (20) tussen beide groepen tijdens de vier meetpunten, geanalyseerd met ANOVA, uitgedrukt in **Cohen's d**
- secundaire uitkomstmaten:
 - verschil in incidentie van postpartum depressie (EPDS ≥ 13) tussen beide groepen
 - verschil tussen beide groepen in voorkomen van matige postpartum depressie (EPDS 13-14), uitgesproken postpartum depressie (EPDS 15-16) en ernstige postpartumdepressie (EPDS ≥ 17) (21).

Resultaten

- primaire uitkomstmaat: de gemiddelde EPDS-score was statistisch significant lager in de interventiegroep versus de controlegroep op T1 (5,25 versus 11,1 punten; $p < 0,01$; Cohen's d 1,73), op T2 (4,0 versus 11,9 punten; $p < 0,01$; Cohen's d 2,1) en op T3 (3,65 versus 13,05 punten; $p < 0,01$; Cohen's d 2,3)
- secundaire uitkomstmaten: meer voorkomen van postpartum depressie in de controlegroep op T1, T2, T3, zowel voor wat betreft matige, uitgesproken als ernstige postpartum depressie (*zie tabel*)

Tabel. Verschil tussen de interventiegroep en de controlegroep in incidentie van depressie, matige depressie, uitgesproken depressie en ernstige depressie op de vier tijdstippen tijdens de follow-up.

		Interventiegroep (n=20)	Controlegroep (n=20)
T0	depressie	0%	0%
	matige depressie	0%	0%
	uitgesproken depressie	0%	0%
	ernstige depressie	0%	0%
T1	depressie	0%	25% (n=5)
	matige depressie	0%	10% (n=2)
	uitgesproken depressie	0%	10% (n=2)
	ernstige depressie	0%	5% (n=1)
T2	depressie	5% (n=1)	30% (n=6)
	matige depressie	5% (n=1)	15% (n=3)
	uitgesproken depressie	0%	10% (n=2)
	ernstige depressie	0%	5% (n=1)
T3	depressie	10% (n=2)	40% (n=8)
	matige depressie	5% (n=1)	10% (n=2)
	uitgesproken depressie	5% (n=1)	15% (n=3)
	ernstige depressie	0%	15% (n=3)

T0 (hospitaalverblijf); T1 (4 weken postpartum); T2 (6 weken postpartum); T3 (3 maanden postpartum)

Besluit van de auteurs

Psychosociale ondersteuningsinterventies door vroedvrouwen en familieleden zijn effectief om postpartum depressie bij eerstbarende tienermoeders te voorkomen. Het preventief effect houdt aan tot 3 maanden na de bevalling.

Financiering van de studie

Ondersteunende subsidie van de Graduate School, Burapha University.

Belangenconflicten van de auteurs

De auteurs hebben gemeld dat er geen belangenconflicten zijn.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Deze enkelblinde gerandomiseerde gecontroleerde studie volgt een vooraf gepubliceerd studieprotocol, dat is goedgekeurd door een onafhankelijke ethische commissie. De studie heeft voldoende power want de steekproefgrootte is in overeenstemming met het vereiste aantal geïncludeerde deelnemers. De onderzoekers berekenden dat er 34 tienermoeders geïncludeerd moesten worden om met een power van 80% een matige effectgrootte van Cohen's d 0,21 voor de primaire uitkomstmaat aan te tonen. Voor de bepaling van deze effectgrootte baseerden ze zich op een eerdere studie (22). Zij voegden 20% deelnemers toe rekening houdende met een mogelijke studie-uitval. Uiteindelijk werden 42 tienermoeders gerekruteerd waarvan er slechts twee afhaakten op tijdstip T3 (één in elke groep). De randomisatie werd uitgevoerd met een computerprogramma en de toewijzing aan beide onderzoeksgroepen gebeurde aselekt door een geblindeerde onderzoeksassistent die zelf geen zorg verleende aan de moeders. Ook het invullen van de vragenlijsten werd opgevolgd door een tweede geblindeerde onderzoeksassistent.

Noch de behandelende hulpverleners, noch de deelnemers (tienermoeders en familieleden) konden geblindeerd worden. Dat kan mogelijk tot bias geleid hebben omdat men gebruikmaakte van vragenlijsten met zelfrapportage die sociaal wenselijke antwoorden kunnen uitlokken. De diagnose

van postpartum depressie was bovendien alleen gebaseerd op een afkapwaarde voor de gebruikte EPDS-schaal, zonder diagnosestelling door een arts/psychiater.

Beoordeling van de resultaten

Deze studie had tot doel om de effectiviteit van een psychosociaal ondersteuningsprogramma met focus op ondersteuning door vroedvrouw en familie te onderzoeken bij eerstbarende tienermoeders. Het is de eerste RCT die preventieve zorg van de vroedvrouw en de familie van de tienermoeder combineerde. Men vond een statistisch significant verschil in EPDS-scores tussen de interventie- en de controlegroep, zowel na 4 weken (T1) als na 6 weken (T2) en 3 maanden (T3) postpartum. De gevonden effectgroottes voor de primaire uitkomstmaat ($d=1,73$, $2,1$ en $2,3$) waren bovendien aanzienlijk groter dan het vooropgestelde klinisch relevante verschil ($d=0,21$) van de powerberekening (22). Belangrijk is ook dat het effect blijikbaar nog toenam 2 maanden na het stoppen van het programma. Dat kan wijzen op een duurzaam effect.

Bij de interpretatie van de resultaten moeten we wel rekening houden met mogelijke vertekening als gevolg van zelfrapportage door niet-geblindeerde deelnemers en behandelaars (*zie hoger*). De interventie lijkt haalbaar in de praktijk aangezien de eerste contacten met de vroedvrouw plaatsvonden tijdens de eerste drie dagen postpartum in het ziekenhuis en daarna tijdens een huisbezoek en telefonische contacten. Toch zijn er enkele redenen die de generaliseerbaarheid van de resultaten naar andere tienermoeders beperken. Ten eerste is de studie uitgevoerd in één universitair ziekenhuis in Thailand. Ten tweede kwamen de deelnemers hoofdzakelijk uit stedelijke gebieden en hadden ze dus mogelijk al een goede toegang tot ondersteuning na de bevalling. Er werd trouwens niet in kaart gebracht of de deelnemers in de interventie- en controlegroep nog andere ondersteuning of behandeling kregen. Dat was interessant geweest om de hoeveelheid zorg mee in rekening te kunnen brengen bij het analyseren van de verschillen. Ten derde werden personen die reeds professionele hulp hadden gekregen voor psychische problemen uitgesloten, terwijl dit vermoedelijk een belangrijke risicogroep (psychische kwetsbaarheid) is. Verder multicenter onderzoek in een Belgische of Europese context is dus zeker wenselijk, alvorens dit ondersteuningsprogramma ruim te implementeren. Het betrekken van naasten in de zorg wordt trouwens internationaal en ook in België steeds meer benadrukt. Er wordt hierbij vaak verwezen naar de familiereflex (<https://familiereflex.be/>). In deze context zou de interventie dus zeker een meerwaarde kunnen zijn voor de postnatale zorg in België.

Wat zeggen de richtlijnen voor de praktijk?

Momenteel zijn er geen specifieke richtlijnen voor (de preventie van) postpartum depressie bij tienermoeders. In Dynamed wordt aanbevolen om tijdens de postpartum periode regelmatig te screenen naar de aanwezigheid van een postpartum depressie met de EPDS of een ander gevalideerd instrument (23). Psychosociale en psychologische behandelingen zijn de eerste keuze behandeling voor milde tot matige postpartum depressie. Bij ernstige postpartum depressie kan een behandeling met antidepressiva (bij voorkeur SSRI's) aangewezen zijn.

Besluit van Minerva

Deze unicenter enkelblinde gerandomiseerde gecontroleerde studie, uitgevoerd in een universitair ziekenhuis in Thailand, toont aan dat een psychosociaal ondersteuningsprogramma door vroedvrouwen en familieleden effectief is om postpartum depressie bij eerstbarende tienermoeders te voorkomen tot 3 maanden na de bevalling. Niettegenstaande het klinisch relevante effect, is verder onderzoek zeker aangewezen wegens een aantal methodologische beperkingen, waaronder het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten, alsook wegens moeilijkheden met de extrapolatie van de resultaten naar de Belgische gezondheidszorgcontext.

Referenties

1. Hymas R, Girard LC. Predicting postpartum depression among adolescent mothers: a systematic review of risk. *J Affect Disord* 2019;246:873-85. DOI: 10.1016/j.jad.2018.12.041
2. Swift ER, Pierce M, Hope H, et al. Young women are the most vulnerable to postpartum mental illness: a retrospective cohort study in UK primary care. *J Affect Disord* 2020;277:218-24. DOI: 10.1016/j.jad.2020.08.016
3. Campbell-Grossman C, Hudson DB, Kupzyk KA, et al. Low-income, African American, adolescent mothers' depressive symptoms, perceived stress, and social support. *J Child Fam Stud* 2016;25:2306-14. DOI: 10.1007/s10826-016-0386-9
4. Huang CY, Costeines J, Ayala C, Kaufman JS. Parenting stress, social support, and depression for ethnic minority adolescent mothers: Impact on child development. *J Child Fam Stud* 2014;23:255-62. DOI: 10.1007/s10826-013-9807-1
5. Kim JJ, La Porte LM, Saleh MP, et al. Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on depression screens. *Obstet Gynecol* 2015;125:885-93. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000718
6. Sangsawang B, Wacharasin C, Sangsawang N. Interventions for the prevention of postpartum depression in adolescent mothers: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* 2019;22:215-28. DOI: 10.1007/s00737-018-0901-7
7. Badr LK, Ayzazian N, Lameh S, Charafeddine L. Is the effect of postpartum depression on mother-infant bonding universal? *Infant Behav Dev* 2018;51:15-23. DOI: 10.1016/j.infbeh.2018.02.003
8. Lehnig F, Nagl M, Stepan H, et al. Associations of postpartum mother-infant bonding with maternal childhood maltreatment and postpartum mental health: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19:1-10. DOI: 10.1186/s12884-019-2426-0
9. Lee HY, Edwards RC, Hans SL. Young first-time mothers' parenting of infants: the role of depression and social support. *Matern Child Health J* 2020;24:575-86. DOI: 10.1007/s10995-019-02849-7
10. Slomian J, Honvo G, Emonts P, et al. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health* 2019;15:1745506519844044. DOI: 10.1177/1745506519844044
11. Ierardi E, Ferro V, Trovato A, et al. Maternal and paternal depression and anxiety: their relationship with mother-infant interactions at 3 months. *Arch Womens Ment Health* 2019;22:527-33. DOI: 10.1007/s00737-018-0919-x
12. Liu Y, Kaaya S, Chai J, et al. Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis. *Psychol Med* 2017;47:680-9. DOI: 10.1017/S003329171600283X
13. Slomian J, Honvo G, Emonts P, et al. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health* 2019;15:1745506519844044. DOI: 10.1177/1745506519844044
14. Chapman SL, Wu LT. Postpartum substance use and depressive symptoms: a review. *Women Health* 2013;53:479-503. DOI: 10.1080/03630242.2013.804025
15. Grigoriadis S, Wilton AS, Kurdyak PA, et al. Perinatal suicide in Ontario, Canada: a 15-year population-based study. *CMAJ* 2017;189:E1085-E1092. DOI: 10.1503/cmaj.170088
16. Kim JJ, La Porte LM, Saleh MP, et al. Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on depression screens. *Obstet Gynecol* 2015;125:885-93. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000718
17. Hudson DB, Campbell-Grossman C, Kupzyk KA, et al. Social support and psychosocial well-being among low-income, adolescent, African American, first-time mothers. *Clin Nurse Spec*. 2016;30:150. DOI: 10.1097/NUR.0000000000000202
18. Lee HY, Edwards RC, Hans SL. Young first-time mothers' parenting of infants: the role of depression and social support. *Matern Child Health J* 2020;24:575-86. DOI: 10.1007/s10995-019-02849-7
19. Sangsawang B, Deoisres W, Hengudomsu P, Sangsawang N. Effectiveness of psychosocial support provided by midwives and family on preventing postpartum depression among first-time adolescent mothers at 3-month follow-up: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2022;31:689-702. DOI: 10.1111/jocn.15928
20. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6. DOI: 10.1192/bjp.150.6.782
21. Netsi E, Pearson RM, Murray L, et al. Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA Psychiatry* 2018;75:247-53. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4363
22. Logsdon MC, Birkimer JC, Simpson T, Looney S. Postpartum depression and social support in adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34:46-54. DOI: 10.1177/0884217504272802
23. DynaMed. Postpartum depression. EBSCO Information Services. Accessed 12/05/2023 (using CDLH).