



# Dlaczego i jak monitorować ryzyko depresji okołoporodowej – algorytmy postępowania

Why and how to monitor the risk of perinatal depression – management algorithms.

Michalina Pięta<sup>1,A,D,F</sup>✉, Beata Pięta<sup>2,A-C,F</sup>, Iwona Bojar<sup>3,E-F</sup>

<sup>1</sup> Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu, Polska

<sup>2</sup> Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Polska

<sup>3</sup> Zakład Zdrowia Kobiet, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych,

D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pięta M, Pięta B, Bojar I. Dlaczego i jak monitorować ryzyko depresji okołoporodowej – algorytmy postępowania. Med Og Nauk Zdr. doi: 10.26444/monz/190570

## ■ Streszczenie

**Wprowadzenie i cel pracy.** Depresja poporodowa jest chorobą, która dotyczy ok. 7–19% położnic. Występowanie depresji niesie negatywne skutki zarówno dla matki, jak i dziecka oraz wpływa negatywnie na funkcjonowanie rodziny. Ocena stanu pacjentki powinna być zawsze przeprowadzona na podstawie wywiadu nastawionego na aspekty psychologiczne i społeczne oraz z zastosowaniem odpowiednich narzędzi skryningowych. Celem pracy jest poszerzenie świadomości społecznej problemu, którym jest depresja poporodowa, jej konsekwencji oraz sposobów wsparcia kobiet. Publikacja ma wymiar praktyczny – dostarcza konkretnych wskazówek dla pracowników ochrony zdrowia, które umożliwiają wczesne wykrycie oraz monitorowanie ryzyka wystąpienia depresji u pacjentki.

**Metody przeglądu.** Artykuł przygotowany na bazie materiałów pozyskanych z bazy elektronicznej PubMed, przeglądu rekomendacji oraz aktualnych standardów postępowania. Materiały dobrano, stosując słowa kluczowe: „postpartum”, „depression”, „mood”, „disorders”, „pregnancy”, „postnatal”, „depresja”, „poporodowa”, „połóg”, „algorytm” oraz uwzględniając ocenę użyteczności wykorzystania wyników badania/wniośków dla praktyków. Artykuł powstał głównie na podstawie aktualnego piśmiennictwa.

**Opis stanu wiedzy.** Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy depresja poporodowa jest powszechną chorobą, jednakże często pozostaje niezdiagnozowana. Podkreśla się kluczowe znaczenie pracowników ochrony zdrowia, lekarzy ginekologów-położników i położnych w rozpoznawaniu tej choroby oraz opiece nad chorymi oraz bardzo istotny wpływ wsparcia społecznego udzielanego kobiecie na przebieg depresji oraz proces leczenia. Wczesna interwencja u matki pozwala skutecznie ograniczyć konsekwencje choroby dla jej dziecka.

**Podsumowanie.** Podsumowując, bardzo istotne jest monitorowanie czynników ryzyka i właściwe postępowanie w przypadku podwyższonego ryzyka wystąpienia depresji u położnic.

## Słowa kluczowe

depresja, ciąża, zaburzenia nastroju, algorytmy postępowania

## ■ Abstract

**Introduction and Objective.** Postpartum depression is a medical condition which affects approximately 7–19% of pregnant women. The occurrence of postpartum depression has negative consequences for both the mother and the child, and negatively affects the functioning of the family. Each assessment of the patient's condition should consist of an interview focused on psychological and social aspects and the use of appropriate screening tools. The article aims to spread general awareness about postpartum depression, its consequences, and ways to support women. The practical aspect of the publication provides precise guidance for healthcare professionals which allows early diagnosis and monitoring of depression risk factors.

**Review methods.** The article was prepared based on materials obtained from the PubMed electronic database, a review of recommendations and current standards of practice. The materials were selected using the key words: 'postpartum', 'depression', 'mood', 'disorders', 'pregnancy', 'postnatal', 'algorithm', and taking into account the assessment of the usefulness of research results/conclusions for practitioners. The article was based mainly on current literature.

**Brief description of the state of knowledge.** According to the current state of knowledge, postpartum depression is a common condition; however, it often remains underdiagnosed. The role of health care professionals, gynaecologists-obstetricians and midwives, is crucial in diagnosing and caring for patients, as well as the impact of social support on the course of depression and the process of recovery. Early intervention for the mother reduces the consequences for her child.

**Summary.** Summing up, it is very important to monitor risk factors and act appropriately in the event of an increased risk of depression

## Key words

depression, pregnancy, mood disorders, management algorithms

✉ Adres do korespondencji: Michalina Pięta, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu, Polska  
E-mail: michalinapieta@gmail.com

Nadesłano: 28.04.2024; zaakceptowano do publikacji: 27.06.2024; publikacja on line: 11.07.2024

## WPROWADZENIE I CEL PRACY

Ciąża i poród jest wyjątkowym czasem w życiu kobiety oraz całej rodziny. Narodziny dziecka niosą szereg zmian i wyzwań. W obliczu nowej roli życiowej, i nierzadko presji społecznej, aby być „dobrą matką”, oraz własnych obaw, wiele kobiet może czuć się przytłoczonych. W okresie poporodowym częściej niż na innych etapach życia kobiety dochodzi do rozwoju zaburzeń emocjonalnych. Zaburzenia te najczęściej przyjmują formę smutku poporodowego tzw. baby bluesa, który dotyczy ok. 50–80% kobiet [1]. Jest to fizjologiczny stan przejściowy, który pojawia się u kobiety w ciągu kilku dni po porodzie i samoistnie mija najczęściej ok. 10. dnia po porodzie. Charakteryzuje się m.in. niewielkim lub umiarkowanym smutkiem, chwiejnością emocjonalną, płaczliwością, napięciem emocjonalnym, drażliwością, uczuciem wyczerpania, nadmierną wrażliwością na bodźce. W tym okresie najważniejsze jest okazywane położnicy wsparcie i wyrozumiałość ze strony bliskich [1, 2]. Celem pracy jest poszerzenie świadomości dotyczącej problemu, jakim jest depresja poporodowa, oraz jej konsekwencji, a także sposobów wsparcia kobiet, które jej doświadczają.

## METODY PRZEGLĄDU

Artykuł przygotowano na podstawie materiałów pozyskanych z bazy elektronicznej PubMed, przeglądu rekomendacji oraz aktualnych standardów postępowania. Materiały dobrano, stosując słowa kluczowe: „postpartum”, „depression”, „mood”, „disorders”, „pregnancy”, „postnatal”, „depresja”, „poporodowa”, „połóg”, „algorytm” oraz uwzględniając ocenę użyteczności wykorzystania wyników badania/wniosków dla praktyków. Artykuł powstał głównie na podstawie aktualnego piśmiennictwa.

## OPIS STANU WIEDZY

Depresja poporodowa jest chorobą, która dotyczy ok. 7–19% położnic. Objawy zaczynają się pojawiać ok. 4–8 tygodnie po porodzie i trwają ok. 6 miesięcy. Choroba ta charakteryzuje się dużo większym nasileniem objawów w porównaniu do baby bluesa. Obok typowych objawów depresji, takich jak poczucie beznadziejności lub przygnębienia, utrata zainteresowań oraz anhedonia, występują również niska samoocena, obsesyjne myśli i obawy w związku z przekonaniem o własnej niewydolności w opiece nad dzieckiem, chwiejność emocjonalna, przekonanie, że dziecko sprawia wyjątkowe, większe niż inne dzieci, trudności w opiece, stany nasilonego lęku, poczucie osamotnienia, trudności w okazywaniu uczuć, myśli samobójcze [1, 3].

Występowanie depresji niesie negatywne skutki zarówno dla matki, jak i dziecka oraz wpływa negatywnie na funkcjonowanie rodziny. Efektem przewlekłego stresu u matki może być opóźniony rozwój płodu, poród przedwczesny, stan przedrzucawkowy u matki, wady łożyska, samoistne poronienie oraz niska masa urodzeniowa dziecka. Dodatkowo przewlekły stres obniża jakość życia i snu matki oraz zmniejsza efektywność karmienia piersią, co dodatkowo pogłębia przekonanie matki o swojej niewydolności w zakresie karmienia dziecka własnym mlekiem. Stan psychiczny matki podczas ciąży wpływa również bezpośrednio na rozwój

mózgu płodu. W wyniku traumatycznych przeżyć ciężarnej dochodzi do hamowania neurogenezy, atrofii neuronów, hipokampa, kory przedczołowej, przerostu jąder migdałowatych, zmian w synapsach, zaburzeń plastyczności mózgu. Zmiany w mózgu płodu oraz zaburzona relacja matka–dziecko wpływają na rozwój emocjonalny, społeczny, poznawczy i fizyczny dziecka. Mogą one mieć na wpływ na dziecko również w jego późniejszym życiu, prowadząc do rozwoju depresji, chorób psychicznych, somatycznych i zaburzeń osobowości. Depresja u matki może także przyczynić się do zaburzenia relacji pomiędzy rodzicami oraz do zaburzeń psychicznych u ojca dziecka. Udowodniono także, że kobiety z zaburzeniami depresyjnymi rzadziej stawiają się na kontrole ginekologiczne po porodzie, na wizyty pediatryczne oraz szczepienia, co ma wiele konsekwencji zdrowotnych dla matki i dla dziecka [3–5, 7].

Etiologia depresji nie jest jednoznacznie poznana. Choroba ma podłoże heterogenne, a więc uwarunkowana jest zróżnicowanymi czynnikami socjodemograficznymi, medycznymi, fizjologicznymi i psychospołecznymi. Szczególnie narażone na nią są kobiety, u których występowały zaburzenia psychiczne, w tym zaburzenia depresyjne, afektywne, lękowe, lub takie, u których obecność takich zaburzeń ujawniona została w wywiadzie rodzinnym. Kolejne czynniki ryzyka to ciąża niechciana bądź ciąża w nieletnich, ciąża mnoga, komplikacje podczas ciąży lub traumatyczny poród, problemy zdrowotne u dziecka, brak wsparcia społecznego bądź trudna sytuacja materialna, doświadczenie przemocy fizycznej i/lub seksualnej, nadużywanie substancji psychoaktywnych [7]. Badania przekrojowe z udziałem 315 kobiet przeprowadzone przez Oliveira i wsp. [8] wykazały, że silny związek z rozwojem depresji mają czynniki psychospołeczne, w tym stres spowodowany zarówno sytuacją materialną, jak i brakiem wsparcia ze strony partnera, a szczególnie silnymi predyktorami okazały się wcześniejsze zaburzenia psychiczne oraz doświadczana przemoc psychiczna [8].

Depresja poporodowa, mimo powszechności występowania, wciąż w wielu przypadkach pozostaje niezdiagnozowana i nieleczona. W Stanach Zjednoczonych u 50–70% kobiet z depresją w ciąży lub depresją poporodową choroba ta pozostaje nierozpoznana, a prawie 85% kobiet nie jest leczonych [5]. Ocena stanu pacjentki powinna być zawsze przeprowadzona na podstawie wywiadu nastawionego na aspekty psychologiczne i społeczne oraz z zastosowaniem odpowiednich narzędzi skriningowych. Należą do nich m.in. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI), Kwestionariusz przedporodowy (Antepartum Questionnaire – APQ), Postpartum Checklist czy Bromley Postnatal Depression Scale (BPDS) [9].

Najczęściej stosowaną skalą jest Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS). Wykorzystuje się ją do diagnozy depresji oraz do oceny nasilenia objawów w ciągu ostatniego tygodnia poprzedzającego badanie. Kwestionariusz składa się z 10 pytań odnoszących się do najczęstszych objawów depresji, takich jak anhedonia, poczucie winy, niepokój, napady paniki, zmęczenie, zaburzenia snu, smutek/przygnębienie, płaczliwość, myśli samobójcze. Za każde pytanie pacjentka otrzymuje od 0–3 pkt. Maksymalna liczba punktów to 30, natomiast punkt odcięcia sygnalizujący istotne ryzyko depresji poporodowej wynosi 12. Im wyższa liczba punktów, tym wyższy wskaźnik depresji u badanej. Czułość testu wynosi 86%, a swoistość 78% [10]. Zgodnie z rekomendacją nr 13/2020 z dnia 30 listopada 2020 roku Prezesa Agencji

Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących problemu zdrowotnego depresji poporodowej działania w ramach polityki zdrowotnej powinny obejmować skrining za pomocą skali EPDS w populacji kobiet ciężarnych wykonywany nawet do roku od porodu oraz szkolenia dla personelu medycznego, podczas których przekazywane będą zalecane metody profilaktyki, diagnostyki i leczenia depresji poporodowej [11]. Zgodnie z aktualnymi zaleceniami zawartymi w polskim Standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji powinna odbyć się dwa razy w czasie ciąży (w 11.–14. tygodniu ciąży i w 33.–37. tygodniu ciąży) oraz jeden raz podczas wizyty patronażowej w miejscu zamieszkania albo pobytu matki i jej dziecka [12].

Polskie Towarzystwo Położnych (PTPoł) opracowało rekomendacje, których celem jest zdefiniowanie zadań dla personelu medycznego/w ochronie zdrowia i zaleceń co do sposobu sprawowania opieki nad kobietą w ciąży i w okresie okołoporodowym w tym zakresie. Wytyczne mają służyć zwiększaniu świadomości i społecznej odpowiedzialności za wykrywanie zaburzeń depresyjnych u kobiet.

Zgodnie z zaleceniami PTPoł w I trymestrze ciąży (11–14. tydzień ciąży) należy przeprowadzić wywiad ukierunkowany na czynniki ryzyka depresji. W przypadku obecności jednego lub więcej czynników ocenia się nasilenie objawów za pomocą EPDS. W przypadku uzyskania  $\geq 10$  pkt w skali EPDS należy poinformować o konieczności zgłoszenia się do lekarza psychiatry lub psychologa klinicznego oraz przekazać informacje dotyczące placówek realizujących świadczenia w zakresie opieki psychiatrycznej lub/i psychologicznej oraz wykaz Poradni Zdrowia Psychicznego lub Poradni Psychologicznych w okolicach miejsca zamieszkania pacjentki. Wynik  $\geq 12$  punktów wymaga skierowania pacjentki do lekarza psychiatry lub psychologa klinicznego i przekazania informacji odnośnie do placówek realizujących świadczenia w zakresie opieki psychiatrycznej lub/i psychologicznej oraz dostarczenia wykazu placówek w pobliżu miejsca zamieszkania.

W przypadku wyniku  $< 12$  punktów oraz obecności myśli samobójczych pacjentka bezwzględnie wymaga konsultacji psychiatrycznej.

Jeżeli nie stwierdza się czynników ryzyka w wywiadzie, diagnostykę rozpoczyna się od zadania czterech pytań:

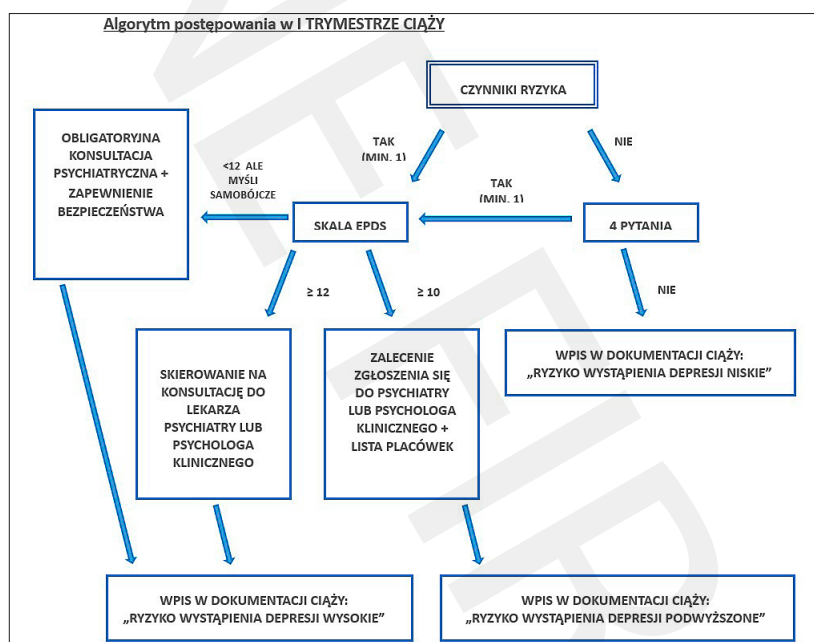
- 1) Czy w ciągu ostatniego miesiąca często była Pani przygnębiona, smutna?
- 2) Czy w ciągu ostatniego miesiąca często czuła Pani, że na nic nie ma ochoty i nic jej nie cieszy?
- 3) Czy w ciągu ostatnich dwóch tygodni czuła Pani zdenerwowanie, niepokój?
- 4) Czy w ciągu ostatnich dwóch tygodni zdarzyło się, że martwiła się Pani i nie mogła tego ani kontrolować, ani przerwać?

Odpowiedzi przeczące świadczą o niskim ryzyku depresji, natomiast w przypadku pozytywnej odpowiedzi na przynajmniej jedno pytanie należy zastosować EDPS, zgodnie z algorytmem opisanym powyżej (ryc. 1).

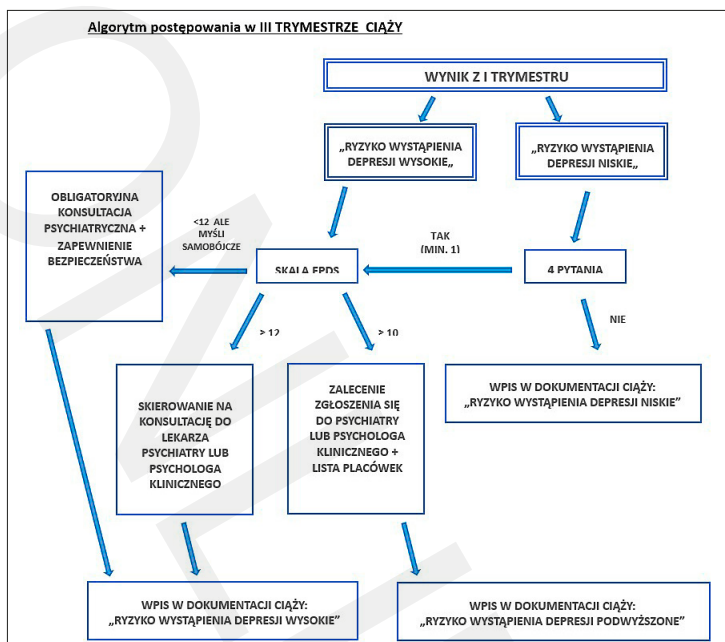
Jeżeli w I trymestrze ryzyko depresji było ocenione jako niskie, w III trymestrze ciąży (33.–37. tydzień ciąży) diagnostykę rozpoczyna się od zadania czterech pytań, następnie w razie konieczności należy zastosować skalę EPDS (opisane powyżej) (ryc. 2).

Trzecią ocenę stanu psychicznego przeprowadza się w połogu. Jeżeli poprzednio ryzyko depresji było niskie, należy zadać cztery pytania i postępować zgodnie z algorytmem (ryc. 3).

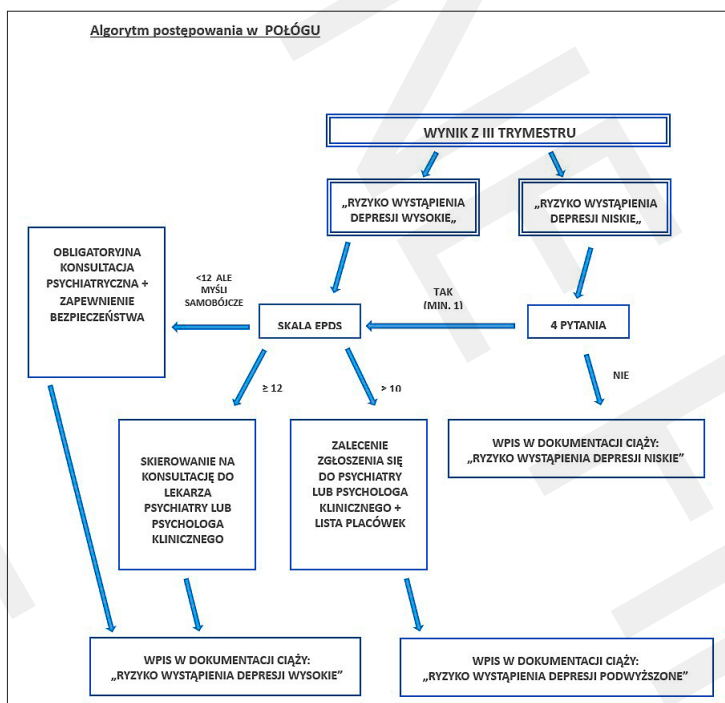
Ekspertsi podkreślają szczególną rolę wsparcia udzielonego kobiecie przez osoby wykonujące zawód medyczny. Konieczne są zatem regularne szkolenia takich osób z zakresu przekazywania trudnych informacji i wspierania rodziców w sytuacji śmierci lub choroby dziecka. Ważne jest kompleksowa opieka zespołu interdyscyplinarnego, w tym położnika-ginekologa, położnej, psychiatry, psychologa i pozostałych pracowników ochrony zdrowia sprawujących opiekę nad ciężarną, kobietą po porodzie lub matką dziecka do 1 r.ż. [9]. Warunkiem współpracy z pacjentką jest nawiązanie z nią kontaktu oraz zbudowanie zaufania.



Rycina 1. Algorytm postępowania w I trymestrze ciąży [8]



Rycina 2. Algorytm postępowania w III trymestrze ciąży [8]



Rycina 3. Algorytm postępowania w połogu [8]

Prawidłowa komunikacja z pacjentką cierpiącą z powodu depresji jest kluczowa dla rozpoznawania, a także leczenia tej choroby. Umożliwia także stworzenie dla niej bezpiecznej przestrzeni, w której może ona wyrazić swoje wątpliwości, odczucia, obawy i zmartwienia. Podstawą efektywnej komunikacji jest aktywne słuchanie, o którym świadczy utrzymywanie kontaktu wzrokowego, zwracanie uwagi na rozmówcę, zadawanie pytań, parafrazowanie wypowiedzi. Ważnymi aspektami są również wiarygodność, akceptacja, współdziałanie. W kontakcie z taką kobietą należy wykazać się dużą wrażliwością, wyczuciem i empatią. Warto zadbać o odpowiednie warunki rozmowy, takie jest miejsce oraz odpowiedni czas na rozmowę, dzięki czemu unikniemy

pośpiechu. Należy unikać stwierdzeń typu „wszystko będzie dobrze”, „wiem, co czujesz”, ponieważ potęgują one poczucie braku zrozumienia oraz frustrację. Odpowiednio przeprowadzona rozmowa może przynieść pacjentowi nadzieję oraz zwiększyć szansę na podjęcie terapii [13].

Depresja poporodowa powinna być leczona. Niestety, mimo że taka terapia może być przeprowadzona skutecznie, ciężarne bądź młode matki spotykają się z wieloma przeciwnościami, które mogą obniżyć efektywność interwencji. Kobiety obawiają się efektów ubocznych antydepresantów oraz ich wpływu na organizm dziecka zarówno w czasie ciąży, jak i podczas karmienia piersią. Badania wskazują, że kobiety, które miały wcześniej styczność z lekami

przeciwdepresyjnymi, są bardziej skłonne zdecydować się na taką terapię w ciąży i/lub w okresie karmienia piersią niż takie, które nie korzystały z terapii antydepresyjnej. Położnice znacznie chętniej niż po antydepresanty sięgają po preparaty ziołowe. Należy uświadamiać społeczeństwo o potencjalnym wpływie preparatów ziołowych na matkę i dziecko oraz zagrożeniach wynikających z ich niekontrolowanego użytkowania. Niechęć do farmakoterapii sprawia, że najczęściej akceptowalną formą pomocy, po którą sięgają położnice, stają się metody nefarmakologiczne. Według badań przeprowadzonych przez J. H. Goodman metodą najchętniej wybieraną jest psychoterapia indywidualna. Następne w kolejności są terapia rodzinna oraz terapia dla par. Co ciekawe, mimo udowodnionego znaczenia wsparcia społecznego, psychoterapia grupowa nie cieszyła się wśród uczestniczek badań popularnością. Ograniczeniem psychoterapii jest braku czasu wynikający z zaangażowania w opiekę nad dzieckiem. Kolejną przeszkodą w skutecznym diagnozowaniu i leczeniu depresji poporodowej jest wciąż panująca stygmatyzacja osób chorujących na depresję. Problem ten u ciężarnych bądź u młodych matek jest jeszcze bardziej nasilony ze względu na obawy przed byciem „złą matką”. Ich efektem jest obniżone prawdopodobieństwo szukania pomocy przez chorą, a jeśli matka zdecydowała się po nią sięgnąć – mniejsza współpraca i mniej ściśle przestrzeganie zaleceń, niż wymagana dla skuteczności terapii [14, 15].

Wsparcie społeczne udzielane kobiecie w całym okresie ciąży i porodu skutecznie zmniejsza ryzyko zachorowania na depresję poporodową, a w przypadku jej wystąpienia przyczynia się do szybszego wyzdrowienia pacjentki. Jego wyrazem jest zaangażowanie zarówno rodziny pacjentki, jak i pracowników ochrony zdrowia. Szczególną rolę w okresie ciąży i porodu odgrywają położne. Zgodnie z zaleceniami American College of Nurse-Midwives (ACNM) wszystkie osoby będące pod opieką położnej powinny być oceniane pod kątem depresji, a przede wszystkim te, które znajdują się w wyjątkowo podatnych na rozwój zaburzeń depresyjnych okresach życia, np. dojrzewanie, okres okołoporodowy, okołomenopauzalny. Położne, podobnie jak inni specjaliści ochrony zdrowia, powinny edukować pacjentki w zakresie rozpoznawania wczesnych objawów depresji i innych zaburzeń psychicznych, możliwości diagnostyki i leczenia. Zgodnie z amerykańskimi zaleceniami należy dokonać co najmniej dwukrotnej oceny pod kątem depresji w czasie ciąży oraz w regularnych interwałach po porodzie. Dokonując jej, należy uwzględnić także czynniki ryzyka takie jak traumatyczne doświadczenia, stosowanie używek, doświadczanie przemocy i inne. Ważna jest szybka reakcja na pozytywny wynik przesiewu i skierowanie pacjentki do psychiatry lub psychoterapeuty. ACNM podkreśla także konieczność ciągłego doszkalania pracowników ochrony zdrowia w zakresie postępowania z okołoporodowymi zaburzeniami psychicznymi oraz zespołem stresu pourazowego (ang. *post-traumatic stress disorder*, PTSD) [16].

## PODSUMOWANIE

Depresja poporodowa jest powszechnym zjawiskiem na całym świecie. Temat ten coraz częściej stanowi przedmiot dyskusji eksperckiej. Uwrażliwienie personelu medycznego na czynniki ryzyka, skrupulatna ewaluacja oraz wsparcie

pacjentek z zaburzeniami depresyjnymi odgrywają kluczową rolę w przebiegu leczenia tej choroby. Nie bez znaczenia pozostaje także edukacja społeczeństwa oraz przełamywanie tabu, jakim obecnie wciąż jest depresja. Pacjentki chorujące na depresję poporodową są szczególnie wyczulone na to, w jaki sposób rozmówca się z nimi komunikuje, okazuje emocje i uczucia, co wskazuje na konieczność szczególnego, indywidualnego podejścia. Odpowiednio przeprowadzona rozmowa umożliwia szybkie wykrycie czynników ryzyka depresji poporodowej i postawienie diagnozy oraz zwiększa szanse na podjęcie terapii i jej skuteczność.

## PIŚMIENNICTWO

1. Brudkiewicz P. Depresja i psychoza poporodowa. *Medycyna Praktyczna*. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/91686,depresja-i-psychoza-poporodowa> (access: 24.06.2024).
2. Maliszewska K, Preis K. Terapia depresji poporodowej – aktualny stan wiedzy. *Ann Acad Med Gedan*. 2014;44:105–111.
3. Dominiak M, Antosik-Wojcinska AZ, Baron M, et al. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression. *Ginekolog Pol*. 2021;92(2):153–164. <https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0141>
4. Amani B, Krzeczowski JE, Schmidt LA, et al. Public health nurse-delivered cognitive behavioral therapy for postpartum depression: Assessing the effects of maternal treatment on infant emotion regulation. *Dev Psychopathol*. 2024:1–9. <https://doi.org/10.1017/S0954579423001566>
5. Dagher RK, Bruckheim HE, Colpe LJ. Perinatal Depression: Challenges and Opportunities. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021;30(2):154–159. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8862>
6. Joško-Ochojska J. Traumatyczne przeżycia matki ciężarnej a zdrowie jej dziecka. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*. 2016;15(3).
7. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med*. 2020;87(5):273–277. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19054>
8. Oliveira TA, Luzetti GGCM, Rosalém MMA, et al. Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022;44(5):452–457. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1743095>
9. Rekomendacje do standardów organizacyjnych opieki okołoporodowej. Polskie Towarzystwo Położnych. <http://www.ptpol.pl/o-nas/rekomendacje-polskiego-towarzystwa-polozonych/44-rekomendacje-do-standardow-organizacyjnych-opieki-okoloporodowej> (access: 24.06.2024).
10. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782–78.
11. Rekomendacja nr 13/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących problemu zdrowotnego depresji poporodowej. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. [https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2020/REK/13\\_2020.pdf](https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2020/REK/13_2020.pdf) (access: 24.06.2024).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. *Dziennik Ustaw*. 2018 poz. 1756. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf> (access: 24.06.2024).
13. Kułak-Bejda A, Bejda G, Waszkiewicz N. Zasady komunikacji z pacjentem doświadczającym zaburzeń psychicznych i jego rodziną. In: Krajewska-Kułak E, Guzowski AN, Bejda G, Lankau A, editor. *Konkret „Inności” w komunikacji interpersonalnej: praca zbiorowa*; 2019. p. 338–354.
14. Goodman JH. Women’s attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression. *Birth*. 2009;36(1):60–69. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00296.x>
15. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(2):CD001134. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
16. Mental Health During Childbirth And Across The Lifespan. Perinatal Mental Health Task Force, Clinical Standards, Documents Committee Approved by the Board of Directors. 2020. <https://www.midwife.org/acnm/files/acnmlibrarydata/uploadfilename/000000000324/PS-Mental%20Health%20During%20Childbirth%20and%20Across%20Lifespan.pdf>