

ŚWIADOMOŚĆ POLEK Z WOJEWÓDZTWA PODKARPACKIEGO NA TEMAT DEPRESJI POPORODOWEJ

Awareness of Polish women from the Podkarpackie voivodeship about postpartum depression

Kinga Ostalecka*, Kornela Augustyn*, Julita Folcik*, Wiktoria Kukulińska*

Renata Dziubaszewska**, Dawid Makowicz**

* Student kierunku Pielęgniarstwo Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Krośnie, Rynek 1, 38-400 Krosno

** Zakład Pielęgniarstwa, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie, Rynek 1, 38-400 Krosno

STRESZCZENIE

Ciąża i poród to wyjątkowy moment w życiu każdej kobiety. Wywołuje szereg przemian wymagających adaptacji do nowej sytuacji. Chwiejność emocjonalna w okresie poporodowym jest naturalnym procesem. Brak wsparcia emocjonalnego ze strony bliskich, czy lęk przed wejściem w nową rolę może prowadzić do depresji poporodowej. Celem pracy była ocena wiedzy na temat depresji poporodowej kobiet z terenu województwa podkarpackiego. Badanie zostało przeprowadzone za pomocą metody sondażu diagnostycznego. W tym celu stworzono autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 13 pytań zamkniętych oraz metryczki. Materiał został zebrany na przełomie grudnia 2022 roku oraz stycznia 2023 roku. Grupę badawczą stanowiło 102 kobiety, posiadające dzieci. Spośród badanych kobiet 76,5% po porodzie zauważyło u siebie objawy mogące świadczyć o depresji poporodowej. Wśród respondentek 50% uważało, że największy wpływ na wystąpienie objawów depresji poporodowej mają wcześniej stwierdzone zaburzenia depresyjne, konieczność odstawienia przyjmowanych leków psychotropowych w ciąży i podczas laktacji. Depresja poporodowa jest powszechnym zjawiskiem wśród matek

zamieszkujących województwo podkarpackie. Głównym źródłem wsparcia zarówno informacyjnego, jak i emocjonalnego są dla matek media społecznościowe. Grupą najbardziej narażoną na występowanie objawów depresji poporodowej są pierworódki oraz kobiety, które wcześniej zmagaly się z zaburzeniami depresyjnymi.

Słowa kluczowe: zaburzenia depresyjne, poród, kobieta, pomoc.

ABSTRACT

Pregnancy and childbirth are a special moment in every woman's life. It causes a number of changes that require adaptation to the new situation. Emotional instability in the postpartum period is a natural process. Lack of emotional support from loved ones or fear of entering a new role can lead to postpartum depression. The aim of the study was to assess the knowledge about postpartum depression in women from the Podkarpackie Voivodeship. The study was conducted using the diagnostic survey method. For this purpose, a proprietary questionnaire was created, consisting of 13 closed questions and a metric. The material was collected at the turn of December 2022 and January 2023. The research group consisted of 102 women with children. Among the surveyed women, 76.5% noticed symptoms that could indicate postpartum depression after childbirth. Among the respondents, 50% believed that the greatest impact on the occurrence of postpartum depression symptoms have previously diagnosed depressive disorders, the need to discontinue psychotropic drugs during pregnancy and lactation. Postpartum depression is a common phenomenon among mothers living in the Podkarpackie Voivodeship. Social media is the main source of both informational and emotional support for mothers. The group most at risk of postpartum depression symptoms are primiparous women and women who previously struggled with depressive disorders.

Key words: depressive disorders, childbirth, woman, help.

WSTĘP

Depresja poporodowa jest jednym z zaburzeń psychicznych, które może dotknąć każdą kobietę w okresie poporodowym. Szacuje się, że w Polsce cierpi na nią od 10 do 20% kobiet [1]. Często rozpoczyna się ona obniżeniem nastroju po porodzie tzw. *Materinty Blues*, *Baby Blues* [2]. Kobieta może odczuwać wtedy brak radości z urodzenia dziecka, rozdrażnienie, ciągłe zmęczenie. Występuje u niej także płaczliwość, lęk, problemy ze snem i wahania nastroju [3]. W przypadku przygnębienia poporodowego objawy powinny zmniejszyć swoje nasilenie w ciągu 7 dni i ustąpić do 14 dni po porodzie [4]. Jeśli jednak trwają one dłużej, stają się coraz bardziej uporczywe oraz dodatkowo pojawia się stopniowa utrata radości życia, ograniczenie aktywności życiowej, stopniowa utrata dotychczasowych zainteresowań, trudności w podejmowaniu różnych czynności, utrata poczucia własnej wartości, zaniżona samoocena, poczucie bycia bezwartościowym, niepotrzebnym, narastające poczucie utraty sensu życia, poczucie beznadziejności, poczucie osamotnienia, opuszczenia, bycia niezrozumianym, a także trudności w okazywaniu uczuć – zwłaszcza miłości, przekonanie, że dziecko sprawia wyjątkowe, większe niż inne dzieci, trudności w opiece, a matka nie potrafi sobie sama z nimi poradzić, może być to znak, że rozwija się u niej depresja poporodowa [5].

Przyczyny depresji poporodowej nie są jednoznaczne. Można stwierdzić, że jest to wynik nałożenia się wielu czynników ryzyka odnoszących się do sytuacji danej kobiety. Czynnikiem ryzyka jest przede wszystkim stres [6, 8]. Ponadto można opisać czynniki stricte psychologiczne, takie jak wcześniejsze zaburzenia nastroju, niski poziom własnej wartości, lęk przed porodem i wychowaniem, nieprawidłowe relacje z ojcem dziecka. Do depresji poporodowej mogą przyczynić się również czynniki określane jako położnicze, bądź pediatryczne, na przykład nieplanowana ciąża, choroby noworodka, brak laktacji, rozczarowanie płcią dziecka, trudny poród oraz komplikacje w ciąży. Depresja poporodowa jest częściej diagnozowana u kobiet, które już wcześniej cierpiały na depresję. Wpływ na powstawanie depresji poporodowej mają również ciąża wysokiego ryzyka, poprzednie poronienia, stres w trakcie ciąży, bezrobocie, a także niski status społeczny [7].

Oprócz czynników ryzyka istnieją czynniki ochraniające, które zmniejszą ryzyko pojawienia się depresji poporodowej. Czynnikiem chroniącym są głównie odporność psychiczna matki, poczucie własnej wartości i wsparcie społeczne. Kobiety, które otrzymują wsparcie bliskich i położnej częściej podejmują aktywne sposoby radzenia sobie ze spadkiem nastroju po porodzie, szybciej radzą sobie ze stresem i efektywniej mobilizują się do opieki

nad dzieckiem. Obserwuje się również, że im większe wsparcie w trakcie ciąży ze strony otoczenia, tym mniejsze ryzyko depresji poporodowej. Mniejsze nasilenie objawów występuje u kobiet bardziej zadowolonych ze swojego życia rodzinnego [9].

Skutkami depresji poporodowej jest szeroko rozumiany spadek jakości życia kobiety. Wpływa to na jej relacje z partnerem, rodziną i dzieckiem. Co w konsekwencji prowadzi do zaburzeń w całościowym rozwoju jej dziecka. Objawy mają wpływ na rozwój dziecka, zdrowie kobiety i funkcjonowanie rodziny. Depresja poporodowa wpływa na podejście wobec własnego dziecka, czyli powstanie zaburzeń w relacji pomiędzy matką, a dzieckiem. Matki nie odczuwają potrzeby budowania więzi z dzieckiem poprzez brak przytulania, zaniebdywanie, niechętnie zmieniają pieluszek, nie stawiają się na wizyty lekarskie oraz nie reagują na płacz maluszka. Wiele matek nie łąpi kontaktu wzrokowego z dzieckiem. Unikanie bliskości z dzieckiem wiąże się z obawą przed zrobieniem krzywdy dziecku, lęku przed brakiem umiejętności zatroszczenia się o noworodka oraz poczucia winy. Matki cierpiące na depresję krócej karmią piersią, co wpływa na jego rozwój fizyczny [7, 8].

Leczenie depresji poporodowej jest trudne i zależy od nasilenia objawów. W przypadku łagodnych stanów depresyjnych wystarczy wsparcie emocjonalne bliskich osób, pomoc w codziennym życiu. Jednak silniejsze stany depresyjne wymagają wsparcia psychoterapeutycznego, a nawet wspomaganie farmakoterapią. Psychoterapią otacza się całą rodzinę, nie tylko matkę – czyli równocześnie prowadzona jest psychoterapia indywidualna kobiety, jak i terapia grupowa rodziny. W skrajnych przypadkach, gdy istnieje zagrożenie życia matki, zalecany jest pobyt w szpitalu [8, 9].

CEL

Celem pracy jest ocena stanu świadomości kobiet z województwa podkarpackiego na temat depresji poporodowej, a także omówienie jej przyczyny, istoty oraz towarzyszących jej objawów.

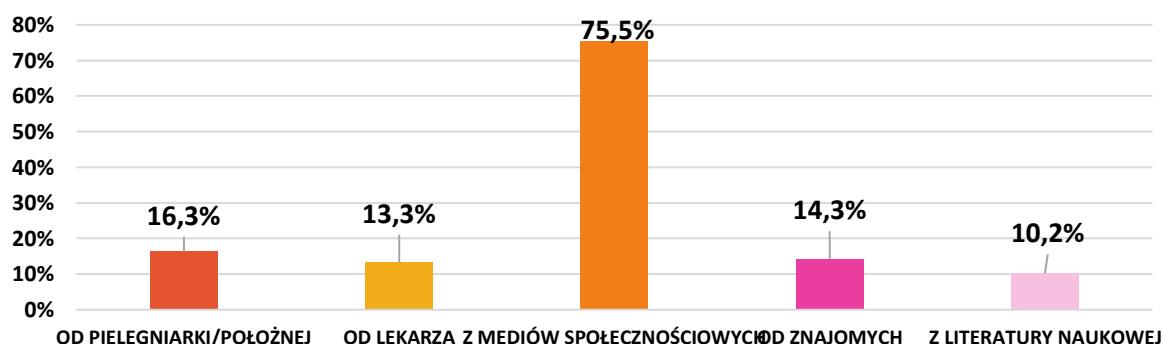
MATERIAŁ I METODA

W badaniu wzięło udział 102 kobiety, które posiadają jedno (25 osób), dwoje (62 osoby) lub troje (15 osób) dzieci i zamieszkują teren województwa podkarpackiego. Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem

autorskiego kwestionariusza ankiety, który składał się z 13 pytań zamkniętych jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru, pytań półotwartych i metryczki. Przedział wiekowy osób badanych przedstawia się następująco: 19-30 lat (24 osoby), 31-40 lat (54 osoby), 41-50 lat (20 osób), powyżej 50 roku życia (4 osoby). Pośród grupy badanej 87 ankietowanych kobiet to mieszkanki miast, natomiast pozostałe 15 respondentek mieszka na wsi. Szkołę średnią ukończyło 56 osób, wykształcenie wyższe posiada 44 kobiety, natomiast wykształcenie na poziomie zawodowym posiada 2 osoby spośród ankietowanych. Wśród badanych znalazły się kobiety w związku małżeńskim, które wspólnie z mężem wychowują dziecko/dzieci (45 osób), w związku partnerskim, które wychowują wraz z partnerem dziecko/dzieci (33 osoby), panny samotnie wychowujące dziecko/dzieci (13 osób), kobiety rozwiedzione, które naprzemiennie z ojcem dziecka zajmują się dzieckiem/dziećmi (6 osób), wdowy samotnie wychowujące dziecko/dzieci (2 osoby), oraz respondentki w separacji, gdzie ojciec nie utrzymuje kontaktu z rodziną (3 osoby). Udział w badaniu był dobrowolny, a wszystkie respondentki powiadomiono o jego celu oraz zapewniono im anonimowość. Badania są przeprowadzone zgodnie z wymaganiami Deklaracji Helsińskiej.

WYNIKI

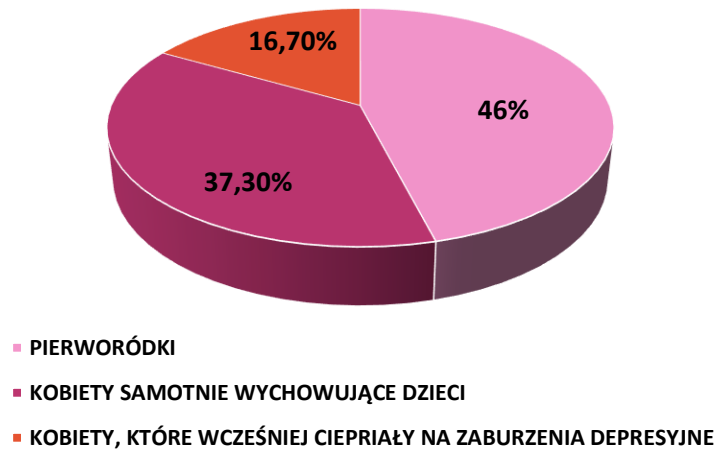
Zdecydowana większość respondentek (75,5%) czerpało wiedzę na temat depresji poporodowej z mediów społecznościowych, 16,3% informacje na temat zaburzenia uzyskało od położnej lub pielęgniarki, dla 10,2% ankietowanych źródłem wiedzy była literatura naukowa, 14,3% kobiet pozyskało wiedzę od znajomych, a 13,3% od lekarza (wykres 1).



Wykres 1. Źródła czerpania wiedzy na temat depresji poporodowej

Chart 1. Sources of learning about postpartum depression

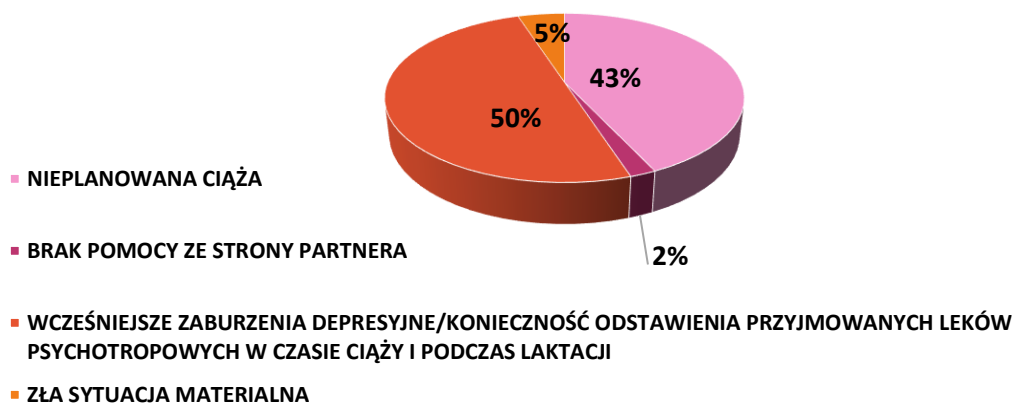
Według 46% respondentek pierworódki są najbardziej narażone na występowanie depresji poporodowej, 37,3% ankietowanych uważało, że ten problem dotyka przede wszystkim kobiet samotnie wychowujących dzieci, natomiast 16,7% badanych było zdania, że kobiety, które wcześniej cierpiały na zaburzenia depresyjne są najbardziej narażone na wystąpienie tej choroby (wykres 2).



Wykres 2. Grupa najbardziej narażona na wystąpienie depresji poporodowej w opinii badanych

Chart 2. The group most exposed to postpartum depression in the opinion of the respondents

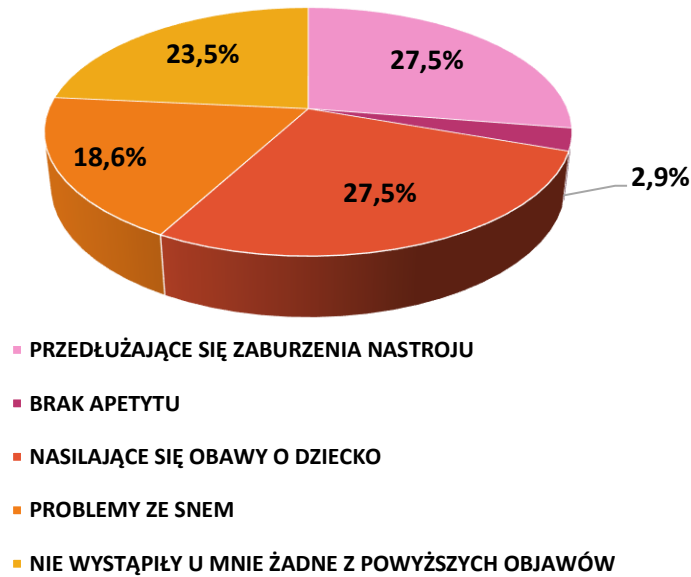
Połowa ankietowanych (50%), uważała, że wcześniejsze zaburzenia depresyjne/ przyjmowanie leków psychotropowych oraz konieczność odstawienia ich na czas ciąży, a także podczas karmienia piersią, są główną przyczyną wystąpienia depresji poporodowej, 43% osób było zdania, że wynika to najczęściej z zajścia w nieplanowaną ciążę, 5% badanych kobiet sądziło, że przyczynia się do tego przede wszystkim zła sytuacja materialna, natomiast 2% jako kluczowy element podawało brak pomocy i zaangażowania ze strony partnera (wykres 3).



Wykres 3. Przyczyny rozwinięcia się depresji poporodowej

Chart 3. Reasons for developing postpartum depression

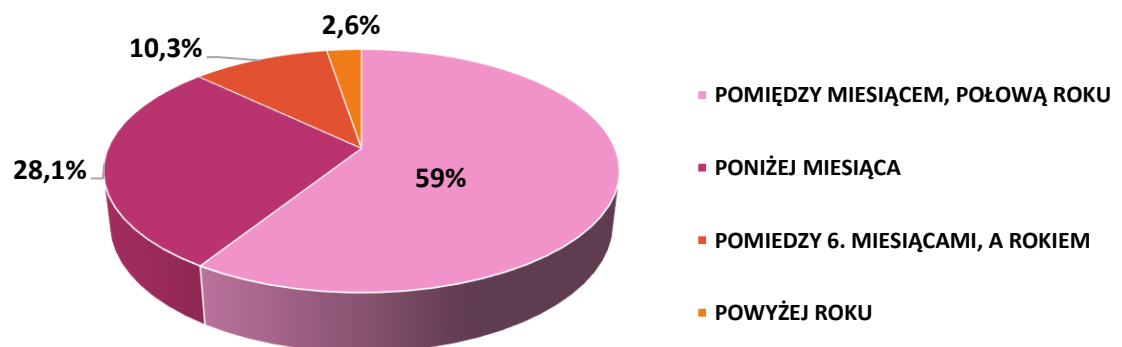
Wśród badanych kobiet 27,5% zgłaszało, że występowały u nich przedłużające się zaburzenia nastroju, 27,5% odczuwało nasilające się obawy o dziecko, 18,6% respondentek miało problemy ze snem, a 2,9% problemy z apetytem. U 23,5% kobiet nie wystąpiły żadne z wymienionych objawów (wykres 4).



Wykres 4. Objawy występujące u respondentek po porodzie

Chart 4. Symptoms occurring in respondents after childbirth

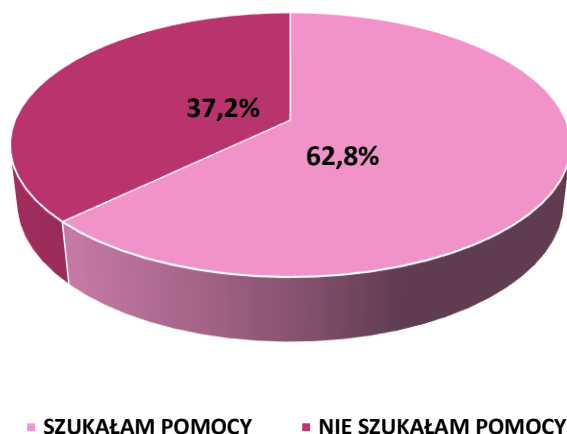
W grupie badanych 59% zaznaczało, że powyższe objawy utrzymywały się pomiędzy miesiącem, a połową roku, u 28,1% ww. objawy zniknęły do pierwszego miesiąca od momentu ich wystąpienia, 10,3% ankietowanych deklarowało, że symptomy występowały u nich od 6 do 12 miesięcy, tylko u 2,6% kobiet objawy trwały powyżej roku (wykres 5).



Wykres 5. Okres utrzymywania się objawów u respondentek

Chart 5. Persistence of symptoms in respondents

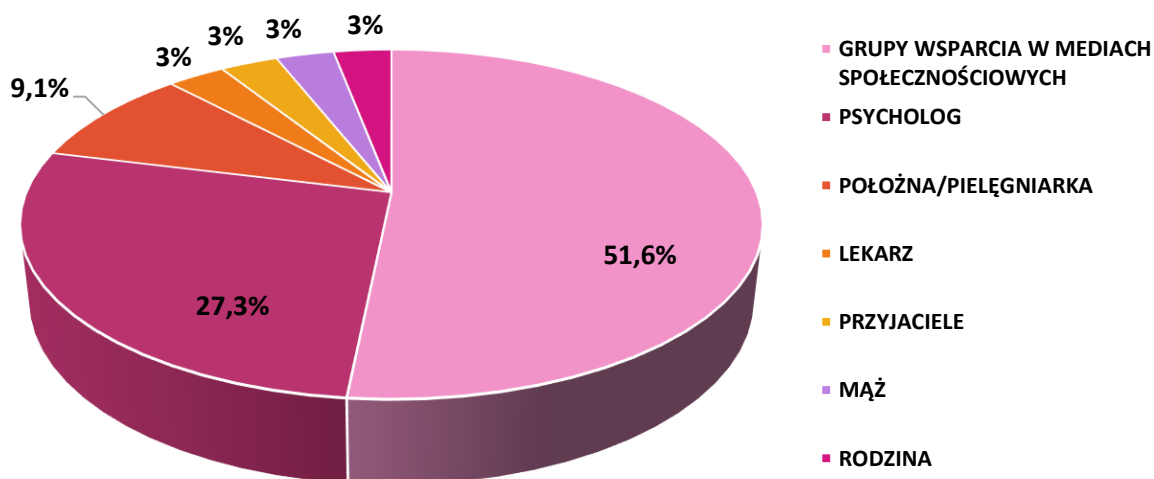
Większość respondentek (62,8%) szukała wsparcia w chwili wystąpienia objawów, natomiast 37,2% nie zgłosiła się do nikogo o pomoc (wykres 6).



Wykres 6. Zwrócenie się o pomoc do innych po wystąpieniu objawów

Chart 6. Turning to other people for help after the onset of symptoms

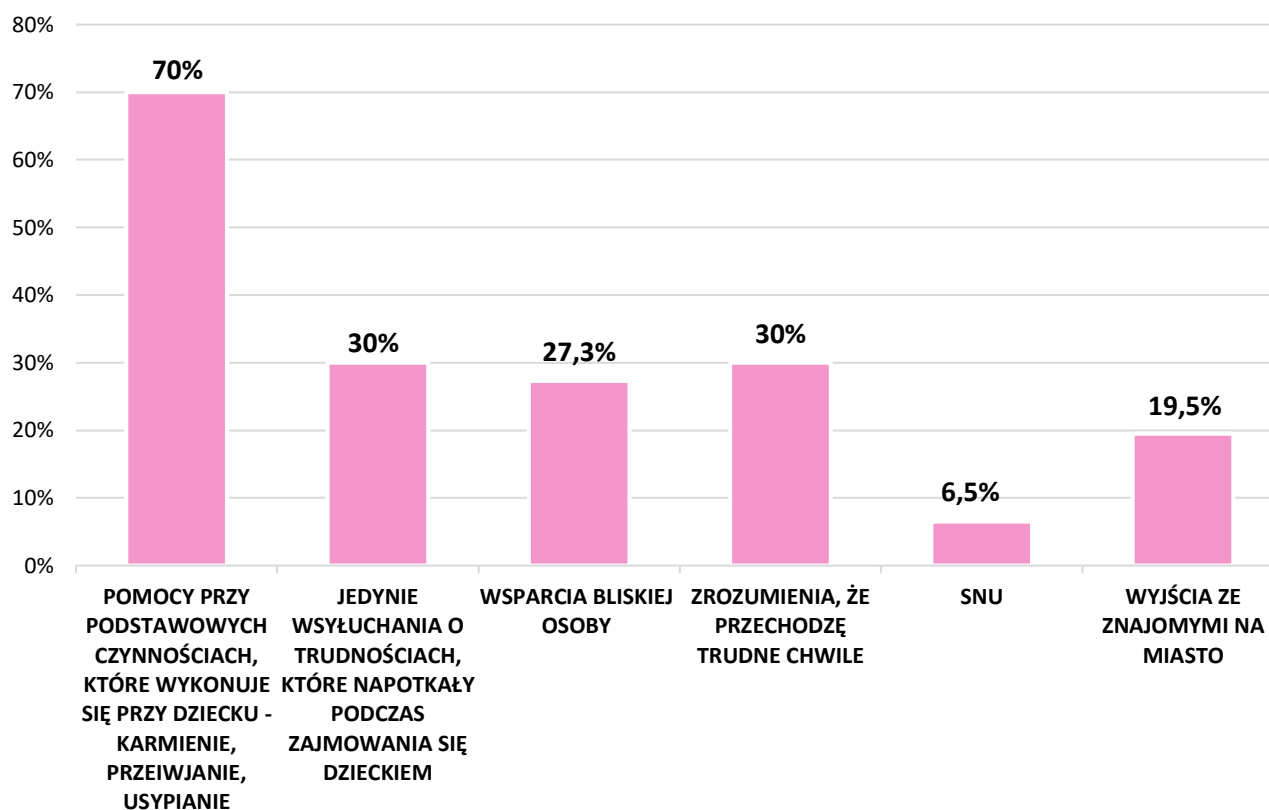
Ponad połowa badanych kobiet szukała pomocy w grupach wsparcia w mediach społecznościowych (51,6%), do psychologa udało się 27,3% z nich natomiast 9,1% ankietowanych prosiło o pomoc położną lub pielęgniarkę (wykres 7).



Wykres 7. Osoby i miejsca, gdzie respondentki szukały pomocy

Chart 7. People and places where respondents sought help

W czasie występowania objawów depresji poporodowej kobiety najbardziej potrzebowały pomocy przy podstawowych czynnościach, które wykonuje się przy dziecku tj.: przewijanie, karmienie, kąpanie i usypianie (70%), część z nich (30%) chciałaby, aby ktoś wysłuchał o trudnościach, które je spotkały podczas zajmowania się dzieckiem, 27,3%



Wykres 8. Potrzeby respondentek podczas wystąpienia objawów depresji poporodowej

Chart 8. Respondents' needs during the onset of symptoms of postpartum depression

DYSKUSJA

W autorskim badaniu najpowszechniejszym źródłem wiedzy kobiet na temat depresji poporodowej były media społecznościowe (75,5%). Jak pokazuje badanie Malon-Cychowskiej i wsp. 52% pierwsoródek oraz 45% wieloródek swoją wiedzę na temat przebiegu porodu czerpią głównie z internetu [10]. Natomiast w badaniu Nawrockiego i wsp. dla 36,6% badanych studentów internet i programy telewizyjne był głównym źródłem wiedzy na temat zjawisk związanych z okresem ciąży i porodu [11].

Badani respondenci byli zdania, że grupą najbardziej narażoną na wystąpienie depresji poporodowej były pierwsoródki (46%). Malon-Cychowskiej i wsp. ukazał, że młodsze

kobiety oraz pierworódki częściej, niż kobiety starsze i wieloródki odczuwały wyczerpanie psychiczne po ciąży i porodzie. Ponadto pierworódki (20%) częściej, niż wieloródki (5%) obawiają się, że nie poradzą sobie w roli matki [11]. Potwierdzają to również analizy Gebuzy i wsp. [12]. Tokumitsu i wsp. oraz Nakamura i wsp. sugerują ponadto, że pracownicy ochrony zdrowia powinni zwracać większą uwagę na pierworódki, niż na wieloródki w odniesieniu do depresji poporodowej [13, 14].

W badaniu własnym kobiety za główną przyczynę rozwinięcia się depresji poporodowej podawały wcześniejsze występowanie objawów depresji/przyjmowanie leków psychotropowych i konieczność odstawienia ich w ciąży i na czas laktacji (50%). Czynnikiem istotnie predysponującym do wystąpienia depresji poporodowej w badaniu Niegowskiej i wsp. było również występowanie zaburzeń psychicznych u kobiet w przeszłości [15]. W największym jak dotąd badaniu populacyjnym przeprowadzonym przez Silvermana ryzyko to określono jako 20-krotnie większe w przypadku kobiet z historią depresji [16]. Potwierdzają to również wyniki badań Golec i wsp., według których kobiety chore na depresję lub mające negatywne myśli znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka zapadalności na depresję poporodową [17]. Wyniki badań Irackiej i Lewickiej zrealizowane w grupie położnic między 4., a 14. tygodniem połogu również potwierdzają ten związek [18]. Wykazano również powiązania między występowaniem manii, depresji prenatalnej oraz depresji w ciągu życia kobiety, a wystąpieniem depresji poporodowej [19]. Fiala i wsp. w swoich badaniach za najistotniejszy czynnik depresji poporodowej uznali poprzednie epizody depresyjne u matki oraz podkreślili znaczenie stresorów psychospołecznych, które również mogą mieć wpływ na wystąpienie depresji poporodowej [20]. Według Norhayati i wsp. wyższy wynik pacjentek uzyskany w skali Becka, które były w przeszłości chore na depresję, lub miały myśli rezygnacyjne, potwierdza, że są one w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania na depresję poporodową [21].

U większości kobiet z województwa podkarpackiego (76,5%) występowały objawy, które mogłyby sugerować powstanie depresji poporodowej, tylko 23,5% nie miało żadnych objawów. Analiza wyników Kossakowskiej pokazuje, że ok. 48% badanej populacji miało objawy PDSS (29,2% – objawy umiarkowane, 19,4% – objawy nasilone), natomiast 50% badanych kobiet ich w ogóle nie doświadczyło [22]. Jest to zdecydowanie większy odsetek, niż w badaniu autorskim oraz badaniach O'Hary [23]. Podobnie wysoki odsetek kobiet z objawami depresji poporodowej, jak u Kossakowskiej uzyskano w badaniach pakistańskich z udziałem 129 kobiet [24] oraz badaniach przeprowadzonych przez Golec i wsp., gdzie znacznie mniejsza część ankietowanych (19,51%) uzyskała wynik mogący

wskazywać na występowanie łagodnej depresji i depresji umiarkowanej (2,44%) według zastosowanej przez autorkę skali Becka [17]. Wyniki badań uwzględniające duże grupy pacjentów, prowadzone w krajach europejskich, są porównywalne z prezentowanymi w niniejszej pracy i potwierdzają one nasilenie się tego zjawiska na przestrzeni lat [21].

Wśród respondentek, u 59% objawy depresji poporodowej występowały pomiędzy miesiącem, a połową roku, 28,1% matek przejawiało ww. objawy do miesiąca czasu, natomiast u 2,6% kobiet trwały one powyżej roku. Analizy dowodzą, że czas występowania objawów depresji poporodowej jest dyskusyjny i w znacznym odsetku (40%) kobiet zmagających się z tym schorzeniem może przedłużyć się nawet do roku [1]. Jak pokazują Gędek i wsp. objawy depresji poporodowej najczęściej utrzymują się od 3 do 9 miesięcy, lecz jeśli nie są leczone, to mogą występować nawet rok po porodzie [25]. Należy również dodać, że Koss i wsp. podkreślają, iż występuje zależność pomiędzy wsparciem partnerów, a obniżaniem poziomu stresu psychologicznego u kobiet [26].

W autorskim badaniu 62,8% kobiet szukało pomocy ze względu na występowanie objawów depresji poporodowej, najczęstszą wybieraną opcją pomocy były grupy wsparcia w mediach społecznościowych (51,6%). Matki najczęściej potrzebowały pomocy przy podstawowych czynnościach, które wykonuje się przy dziecku (przewijanie, karmienie, kąpanie i usypianie) - 70%. W publikacji Fejfer-Szpytko i wsp. 41,3% kobiet zmagających się z objawami depresji poporodowej szukało wsparcia [27]. Analizy Garncarek pokazały, że blogi dotyczące macierzyństwa cieszą niezwykłą popularnością wśród matek i poszukują one na nich przede wszystkim poświęcenia im czasu oraz porad w związku z doznawanymi trudami rodzicielstwa [28]. Stana A. i wsp. podkreślają, że anonimowość oraz brak konieczności ponoszenia kosztów są dla matek zmagających się z problemami największą zaletą, z powodu której korzystają z internetowych form wsparcia [29]. Badania Evans M. i wsp. przeprowadzone wśród członkiń grupy wsparcia dla kobiet z PPD pokazały, że matki cierpiące na to schodzenie oczekiwały przede wszystkim wsparcia emocjonalnego (42%) oraz wsparcia informacyjnego (37,5%) [30].

WNIOSKI

1. Depresja poporodowa jest powszechnym zjawiskiem wśród matek zamieszkujących województwo podkarpackie.

2. Głównym źródłem wsparcia zarówno informacyjnego jak i emocjonalnego są dla matek media społecznościowe.
3. Grupą najbardziej narażoną na występowanie objawów depresji poporodowej są pierworódki oraz kobiety, które wcześniej zmagaly się z zaburzeniami depresyjnymi.
4. Czas utrzymywania się objawów depresji poporodowej jest sprawą indywidualną i zależy od wielu czynników.

PIŚMIENNICTWO

1. Kossakowska K., Depresja poporodowa matki i jej konsekwencje dla dziecka i rodziny, *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio*, 2019, 39(3), s. 134-151.
2. Kaplan H. I., Sadock B. J., *Synopsis of psychiatry*, Williams & Wilkins, 2010.
3. Maliszewska K, Preis K., Terapia depresji poporodowej – aktualny stan wiedzy, *Ann. Acad. Med. Gedan.*, 2014, 44, s. 105-111.
4. Kaźmierczak M., Gebuza G., Gierszewska M., Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2010, 18(4), s. 503-511.
5. Cantwell R., Cox J., Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Curr Obstet Gynecol.*, 2013, 13(1), s. 7-13.
6. Jaeschke R., Siwek M., Dudek D., Poporodowe zaburzenia nastroju, *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 2012, 7(3), s. 113-121.
7. Łaska-Formejster A., Adamczyk P., Muzioł Vidal A., Humanizacja opieki okołoporodowej warunkiem zdrowego społeczeństwa, *Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego*, Łódź 2020.
8. Wojdyła Z., Żurawicka D., Łuczak I., Zimnowoda M., Zaburzenia zdrowia psychicznego u kobiet w okresie ciąży, porodu i porożu [W:] Żurawska D., Łuczak I., Wojtal M., Siekierka J., (red.), *Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny*, Wyd. Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu, Opole 2019.
9. Kossakowska K., Źródła wsparcia społecznego i wybrane sposoby radzenia sobie u kobiet z objawami depresji poporodowej, *Problemy Pielęgniarstwa* 2012, 20(3), 310-316.
10. Malon-Cychowska A., Kulesza-Brończyk B., Piekut K., Czynniki determinujące przebieg porożu [W:] Kulesza-Brończyk B., Piekut K., (red.), *Od poczęcia do starości. Problemy zdrowotne kobiet. T. 2.*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, s. 56-77.

11. Nawrocki M., Zwierzyńska A., Wojciechowski P., Nowakowska I., Wasiak W., Gruszka J., Adamczyk-Gruszka O., The problem of baby blues among Polish obstetricians - the scope of knowledge among medical students, *Journal of Education, Health and Sport*, 2021, 11(12), s. 80-88.
12. Gebuza G., Kaźmierczak M., Gierszewska M., Michalska E., Problemy kobiet w położeniu i ich przyczyny, *Perinat Neonatol Gyn*, 2010, 3(4), s. 290-295.
13. Tokumitsu K., Sugawara N., Maruo K., Suzuki T., Shimoda K., Yasui-Furukori N., Prevalence of perinatal depression among Japanese women: a meta-analysis, Tokumitsu et al. *Ann Gen Psychiatry*, 2020, 19(41), s. 1-18.
14. Nakamura Y., Okada T., Morikawa M., Yamauchi A., Sato M., Ando M., Ozaki N., Perinatal depression and anxiety of primipara is Higher than that of multipara in Japanese women, *Scientific Reports*, 2020, 10, 17060.
15. Niegowska K. W., Kobos E., Ocena częstotliwości występowania depresji poporodowej u kobiet w pierwszym tygodniu położenia, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2019, 25,(4), s. 251-257.
16. Silverman M. E., Reichenberg A., Savitz D. A., Cnattingius S., Lichtenstein P., Hultman C. M., Larsson H., Sandin S., The Risk Factors for Postpartum Depression: A Population Based Study, *Depress Anxiety*, 2017, 34(2), s. 178-187.
17. Golec M., Rajewska-Rager A., Latos K., Kosmala A., Hirschfeld A., Molińska-Glura M., Ocena zaburzeń nastroju u pacjentek po porodzie oraz czynników predysponujących do występowania tych zaburzeń, *Psychiatria*, 2016, 13(1), s. 1-7.
18. Iracka E., Lewicka M., Występowanie depresji poporodowej wśród położnic, *European Journal of Medical Technologies*, 2014, 3(4), s. 60-66.
19. Roomruangwong C., Withayavanitchal S., Maes M., Antenatal and postnatal risk factors of postpartum depression symptoms in Thai women: A case-control study, *Sexual & Reproductive Healthcare* 2016, 10, s. 25-31.
20. Fiala A., Švancara J., Klánová J., Kašpárek T., Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study, *BMC Psychiatry* 2017, 17, 104.
21. Norhayati M. N., Hazlina N. H., Asrenee A. R., Emilin W. M., Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature Review, *J. Affect. Disord.*, 2015, 175, s. 34-52.
22. Kossakowska K., Objawy depresji poporodowej a poczucie skuteczności w karmieniu piersią, *Pediatr Pol*, 2018, 93(2), s. 107-116.

23. O'Hara M., Swain A., Rates and risk of postpartum depression – a meta analysis, *Int Rev Psychiatry* 1996, 8, s. 37-54.
24. Rahman A., Creed F., Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: prospective study from Rawalpindi, Pakistan, *J Affect Disord* 2007, 100, s. 115-121.
25. Gędek A., Materna M., Gędek M., Majewski P., Breksanolon – nowy lek na depresję poporodową, *Medycyna wczoraj i dziś – klasyczne rozwiązania i nowoczesne Technologie*, Lublin 2021, s. 134-141.
26. Koss J., Rudnik A., Bidzan M., Doświadczanie stresu a uzyskiwane wsparcie społeczne przez kobiety w ciąży wysokiego ryzyka. Doniesienie wstępne, *Family Forum* 2014, 4, s. 183-201.
27. Fejfer-Szpytko J., Włodarczyk J., Trąbińska-Haduch M., Rozpoznanie sytuacji matek małych dzieci w temacie depresji poporodowej i zaburzeń nastroju, *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 2016, 15(3), s. 91-116.
28. Garncarek E., „Doświadczenia macierzyństwa i praktyki żalu” – o żałowaniu macierzyństwa w polskim dyskursie internetowym, *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Sociologica* 2019, 71, s. 139-156.
29. Stanaa A., Millerb A. R., “Being a mom = having all the feels”: social support in a postpartum depression online support group, *Atlantic Journal of Communication* 2019, 27(5), s. 297-310.
30. Evans M., Donelle L., Hume-Loveland L., Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis. *Patient Education and Counseling* 2012, 87, s. 405-410.