

Występowanie depresji poporodowej w grupie kobiet w połogu a sytuacja socjodemograficzna i relacje rodzinne

The occurrence of postpartum depression in women at puerperium and the sociodemographic situation and family relationships

Magdalena Lewicka¹, Magdalena Sulima¹, Emilia Iracka²,
Marta Makara-Studzińska³

¹Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo – Ginekologicznego
Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie,

²SPZOZ w Kraśniku

³Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Wstęp. Ciąża i połóg są okresami, w których dochodzi do wahania nastroju i zmian hormonalnych w organizmie kobiety. Pojawienie się zaburzeń depresyjnych podczas połogu jest około dziesięciokrotnie częstsze niż w innym czasie.

Cel. Celem pracy była analiza występowania depresji poporodowej w grupie kobiet w połogu zależnie od sytuacji socjodemograficznej i relacji rodzinnych.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono wśród 130 położnic, pomiędzy czwartym a dwunastym tygodniem połogu. Zastosowane narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety oraz Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP, ang. Edinburgh Postnatal Depression Scale).

Wyniki. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono objawy depresji poporodowej u 40,00% ankietowanych, zaś 60,00% badanych kobiet nie miało objawów depresji poporodowej. Ponadto stwierdzono istotny związek pomiędzy występowaniem depresji poporodowej a wiekiem, ($p=0,03$) i stanem cywilnym ($p=0,0006$). Wykazano również istotny statystycznie związek pomiędzy występowaniem objawów depresji a oceną relacji z partnerem, ($p=0,00001$), z własnymi rodzicami ($p=0,0006$) oraz teściami ($p=0,008$).

Wnioski. Wiek, stan cywilny oraz relacje rodzinne mają istotny wpływ na występowanie objawów depresji w okresie połogu. Szczególnej uwagi wymagają położnice poniżej 25 roku życia, stanu wolnego oraz te, które mają złe relacje z mężem/partnerem, własnymi rodzicami oraz teściami. Kobiety, u których stwierdzono poziom depresji ≥ 12 punktów powinny być objęte opieką psychologa lub psychiatry celem potwierdzenia, bądź wykluczenia depresji poporodowej. Położne i pielęgniarki rodzinne powinny stosować narzędzia skriningowe w praktyce zawodowej celem identyfikacji pacjentek z zaburzeniami depresyjnymi w okresie połogu.

Słowa kluczowe: depresja poporodowa, połóg, relacje rodzinne, Edynburska Skala Depresji Poporodowej

Abstract

Introduction. Pregnancy and childbirth are the periods where there are mood swings and hormonal changes in the female body. The development of depression during the postpartum period is about ten times higher than in other times.

Aim. The aim of this study was to analyze the occurrence of postpartum depression in women in the postpartum period, depending on sociodemographic situation and family relationships.

Materials and methods. The study was conducted among 130 women in childbirth, between the fourth and twelfth week of childbirth. Research tool used was the author questionnaire and The Edinburgh Postnatal Depression Scale (ESDP, called Edinburgh postnatal Depression Scale).

Results. Based on studies of postpartum, depression was found in 40.00% of respondents, while 60.00% of the women had no symptoms of postpartum depression. In addition, a significant association was found between the occurrence of postpartum depression and age ($p=0.03$) and marital status ($p=0.0006$). A significant correlation was also shown between the presence of depressive symptoms and the assessment of the relationship with a partner ($p=0.00001$), with their parents ($p=0.0006$) and in-laws ($p=0.008$).

Conclusions. Age, marital status and family relations have a significant impact on the prevalence of depressive symptoms in the postpartum period. Particular attention should be drawn to mothers under 25 years of age, unmarried, and those that have a bad relationship with their husbands / partners, their parents and in-laws. Women diagnosed with depression levels ≥ 12 points, should be

taken into the care of a psychologist or psychiatrist to confirm or exclude postpartum depression. Family midwives and nurses should use screening tool in professional practice to identify patients with depressive disorders at puerperium.

Keywords: postpartum depression, puerperium, family relations, The Edinburgh Postnatal Depression Scale

Wstęp

Ciąża i połóg są okresami, w których dochodzi do wahaní nastroju i zmian hormonalnych w organizmie kobiety. Pojawienie się zaburzeń depresyjnych podczas połogu jest około dziesięciokrotnie częstsze niż w innym czasie i występuje u 10-20% kobiet po porodzie [1,2,3,4]

Depresja występująca w okresie połogu może być pojedynczym epizodem depresyjnym lub początkiem nawracającego zaburzenia depresyjnego. Wyróżnia się dwa rodzaje depresji u kobiet w okresie połogu: a) depresję poporodową „czystą” inaczej nazywaną „pure postpartum depression”, która ujawnia się w ciągu 4 tygodni od urodzenia dziecka (obserwuje się nasilenie objawów w ciągu 30 dni od porodu, zazwyczaj w wywiadzie rodzinnym stwierdza się zaburzenia afektywne), oraz b) depresję w przebiegu nawracających zaburzeń depresyjnych, której objawy pojawiają się kilka tygodni po porodzie. Do tej grupy zaliczają się kobiety, u których wcześniej pojawił się epizod małej, lub dużej depresji, bądź dystymii [5].

Wbrew temu co sugeruje nazwa „depresja poporodowa”, poród nie jest przyczyną tego stanu, a jedynie czynnikiem pośrednim. Depresje matczyne czasami występują u matek, które adoptowały dziecko, lub u kobiet które wychowują dziecko starsze tzn. dwu-, a nawet trzyletnie. Uwarunkowania przyczynowe są indywidualne. Depresja poporodowa czasami rozwija się w postaci utajonej. Jej początek może być nierozpoznany, ponieważ pierwsze objawy są łagodne, a skargi kobiety bagatelizowane [5,6].

Cel pracy

Celem pracy była analiza występowania depresji poporodowej w grupie kobiet w połogu zależnie od sytuacji socjodemograficznej i relacji rodzinnych.

Materiał i metody

Badania oceny poziomu depresji poporodowej przeprowadzono wśród 130, losowo wybranych położnic zamieszkujących środowiska miejskie i wiejskie, rodzących w Kraśniku i Lublinie. Do badań zakwalifikowano kobiety pomiędzy czwartym a dwunastym tygodniem połogu, które deklarowały brak zaburzeń psychicznych. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie.

Zastosowane narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety oraz Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP, ang. Edinburgh Postnatal Depression Scale) Coxa J.L., Holden J.M., Sagavsky'ego R. EPDS jest kwestionariuszem samooceny obejmującym 10 pytań. Odpowiedzi ocenia się w skali od 0 do 3 punktów. Za punkt odcięcia przyjmuje się wynik 12/13 punktów. EPDS charakteryzuje wysoka czułość i specyficzność w odniesieniu do objawów depresji. Dodatni wynik wymaga potwierdzenia w badaniu klinicznym [7,8]. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy.

Wśród badanych położnic było 9,22%, (n=12) w wieku od 16 do 20 lat, 23,85%, (n=31) w wieku od 21 do 25 lat, 29,23%, (n=38) w wieku od 26 do 30 lat, zaś 23,85%, (n=31) stanowiły badane w wieku od 31 do 35 lat, oraz 13,85%, (n=18) w wieku powyżej 36 lat. W badanej grupie 60,00%, (n=78) kobiet mieszkało w mieście, natomiast 40,00%, (n=52) na wsi. Spośród ankietowanych położnic 51,54%, (n=67) posiadało wykształcenie średnie, natomiast 9,23%, (n=12) kobiet miało wykształcenie podstawowe lub zawodowe i 39,23%, (n=51) badanych miało wykształcenie wyższe. Kobiety zamężne stanowiły 72,31%, (n=94) badanych, natomiast 27,69%, (n=36) ankietowanych było stanu wolnego.

Ankietowane najczęściej miały dobre relacje z mężem lub partnerem (n=90; 69,23%), natomiast 11,54%, (n=15) badanych oceniło, że relacje z partnerem były złe, z kolei 19,23%, (n=25) ankietowanych nie miało partnera. Badane położnice w większości stwierdziły, że miały dobre relacje z rodzicami, (n=108; 83,08%), jedynie 16,92%, (n=22) badanych miało złe relacje z własnymi rodzicami. Przeprowadzone badania wykazały, że 53,08%, (n=69) badanych kobiet oceniło, że miały dobre relacje z teściami, natomiast 26,92%, (n=35) badanych miało złe relacje, natomiast 20,00%, (n=26) kobiet w połogu nie miało teściów lub nie utrzymywało z nimi żadnych kontaktów.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności χ^2 . Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności χ^2 . Do badania rzetelności skali EPDS obliczono współczynnik α Cronbacha. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na

istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 10.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki

Przeprowadzona analiza rzetelności wykazała, że użyta w badaniach własnych skala EPDS uzyskała wysoką rzetelność. Współczynnik α Cronbacha wyniósł 0,90. Średnie nasilenie depresji poporodowej w badanej grupie położnic wynosiło $10,67 \pm 6,65$ pkt. ($Me=10$). Stwierdzono, że 60,00% ($n=78$) badanych kobiet nie miało objawów depresji poporodowej, zaś 40,00% ($n=52$) ankietowanych miało objawy depresji poporodowej o różnym nasileniu, (12 i więcej pkt.).

W tabeli 1. przedstawiono wyniki analizy współzależności pomiędzy występowaniem depresji w badanej grupie położnic a zmiennymi socjodemograficznymi. W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwier-

dzono istotny związek pomiędzy występowaniem depresji poporodowej a wiekiem, ($p=0,03$). Wykazano, że objawy depresji występowały częściej wśród kobiet w wieku do 25 lat (53,49%) w porównaniu z badanymi w wieku 26-30 lat (42,11%) i starszymi (26,53%). Ponadto stwierdzono, że badane ze wsi nieznacznie częściej miały objawy depresji poporodowej (42,31%) w porównaniu z kobietami z miasta (38,46%). Jednak stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,66$). Analiza statystyczna wykazała, że badane położnice z wykształceniem podstawowym lub zawodowym częściej miały objawy depresji po porodzie (58,33%) w porównaniu z badanymi z wykształceniem średnim, (43,28%) i wyższym, (31,37%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,17$). Stwierdzono natomiast istotny związek pomiędzy występowaniem depresji poporodowej a stanem cywilnym ($p=0,0006$) badanych położnic. Ankietowane niezamężne istotnie częściej miały objawy depresji (63,89%) aniżeli mężatki (39,85%).

Tabela 1. Współzależność pomiędzy występowaniem depresji w badanej grupie położnic a zmiennymi socjodemograficznymi

Wiek	Występowanie depresji poporodowej		Ogółem	Analiza statystyczna
	nie	tak		
	n %	n %	n %	
do 25 lat	20 46,51%	23 53,49%	43 100,0%	Chi ² =7,03; p=0,03
26-30 lat	22 57,89%	16 42,11%	38 100,0%	
31-35 lat i powyżej	36 73,47%	13 26,53%	49 100,0%	
Razem	78 60,00%	52 40,00%	130 100,0%	
Miejsce zamieszkania	n %	n %	n %	Chi ² =0,19; p=0,66
miasto	48 61,54%	30 38,46%	78 100,00%	
wieś	30 57,69%	22 42,31%	52 100,00%	
Razem	78 60,00%	52 40,00%	130 100,00%	
Wykształcenie	n %	n %	n %	Chi ² =3,56; p=0,17
podstawowe/ zawodowe	5 41,67%	7 58,33%	12 100,00%	
średnie	38 56,72%	29 43,28%	67 100,00%	
wyższe	35 68,63%	16 31,37%	51 100,00%	
Razem	78 60,00%	52 40,00%	130 100,00%	
Stan cywilny	n %	n %	n %	Chi ² =11,84; p=0,0006
mężatka	65 69,15%	29 30,85%	94 100,00%	
niezamężna	13 36,11%	23 63,89%	36 100,00%	
Razem	78 60,00%	52 40,00%	130 100,00%	

Tabela 2. Współzależność pomiędzy występowaniem depresji w badanej grupie położnic a relacjami rodzinnymi

Relacje z partnerem	Występowanie depresji poporodowej		Ogółem	Analiza statystyczna
	nie	tak		
	n %	n %	n %	
dobre	67	23	90	Chi ² =32,99; p<0,00001
	74,44%	25,56%	100,00%	
złe	0	15	15	
	0,00%	100,00%	100,00%	
nie dotyczy	11	14	25	
	44,00%	56,00%	100,00%	
Razem	78	52	130	
	60,00%	40,00%	100,00%	
Relacje z rodzicami	n %	n %	n %	Chi ² =11,82; p=0,0006
dobre	72	36	108	
	66,67%	33,33%	100,00%	
złe	6	16	22	
	27,27%	72,73%	100,00%	
Razem	78	52	130	
	60,00%	40,00%	100,00%	
Relacje z teściami	n %	n %	n %	Chi ² =9,76; p=0,008
dobre	50	19	69	
	72,46%	27,54%	100,00%	
złe	17	18	35	
	48,57%	51,43%	100,00%	
nie dotyczy	11	15	26	
	42,31%	57,69%	100,00%	
Razem	78	52	130	
	60,00%	40,00%	100,00%	

Wyniki analizy współzależności pomiędzy występowaniem depresji w badanej grupie położnic a relacją rodzinną przedstawiono w tabeli 2. Przeprowadzone badania własne wykazały istotny statystycznie związek pomiędzy występowaniem objawów depresji a oceną relacji z partnerem, ($p<0,00001$). Kobiety, które miały złe relacje z partnerem istotnie częściej miały objawy depresji po porodzie, (100,00%) w porównaniu z badanymi, które miały dobre relacje (25,56%) lub nie miały partnera (56,00%). Z badań wynika również, że ankietowane, które miały złe relacje z własnymi rodzicami istotnie częściej miały objawy depresji poporodowej (72,73%) w porównaniu do kobiet, które miały dobre relacje (33,33%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,0006$). Analiza statystyczna wykazała także istotny związek pomiędzy występowaniem depresji poporodowej a oceną relacji z teściami ($p=0,008$). Kobiety, które

miały dobre relacje z teściami częściej nie miały objawów depresji (72,46%) w porównaniu z kobietami, które miały złe relacje (48,57%) lub nie miało teściów, albo nie utrzymywało z nimi żadnych kontaktów (42,31%).

Omówienie wyników

Depresja poporodowa jest istotnym problemem współczesnego położnictwa. Do czynników ryzyka jej wystąpienia należą: uwarunkowania socjodemograficzne, konflikty małżeńskie/partnerskie oraz rodzinne. Rozpoznanie u kobiet w okresie połogu czynników predysponujących do depresji jest istotne ze względu na wczesne podjęcie ukierunkowanej i efektywnej psychoterapii [4,9,10,11]. Jaeschke i wsp. [11], cytując doniesienia z piśmiennictwa, podają, że częstość występowania depresji poporodowej jest różna między poszczególnymi

państwami i mieści się w przedziale 0-60%. Sharma i Khan [12] stwierdzili występowanie depresji poporodowej u 30% badanych pomiędzy drugim a dwunastym tygodniem połogu. Badania własne wykazały, że 60,00% badanych nie miało objawów depresji poporodowej, zaś u 40,00% ankietowanych wystąpiły objawy depresji.

Reroń i wsp. [13] podają, że zaburzenia depresyjne pojawiają się u położnic po 30 roku życia, ze średnim wykształceniem, zamieszkujących duże miasta. Z badań własnych wynika, że objawy depresji występowały częściej wśród kobiet w wieku do 25 lat, z wykształceniem podstawowym lub zawodowym, mieszkających na wsi ($p < 0,03$).

Rich-Edwards i wsp. [14] stwierdzili, że stan cywilny jest predykatorem depresji poporodowej. Badania własne wykazały, że stan cywilny miał znaczący wpływ na występowanie depresji poporodowej. Kobiety niezamężne częściej przejawiały objawy depresji poporodowej, aniżeli mężatki ($p < 0,0006$). Podolska i wsp. [9] na podstawie przeprowadzonych badań wykazali, iż charakter związku miał istotny wpływ na ryzyko rozwoju depresji poporodowej. Średnia liczba punktów skali EPDS w grupie położnic kohabitujących wynosiła 13,0, natomiast średnia liczba punktów wśród zamężnych położnic – 6,0, zaś u położnic pozostających w stanie wolnym – 7,1. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p < 0,0001$). Również Silva i wsp. [15] wykazali istotnie statystyczną współzależność ($p < 0,026$) pomiędzy depresją poporodową a pozostawaniem w nieformalnym związku partnerskim. Natomiast z badań Wiktora i wsp. [16] wynika, że stan cywilny nie warunkował wystąpienia depresji poporodowej zarówno w grupie położnic, które w badaniu skalą EPDS uzyskały poniżej 10 punktów, jak i tych, które uzyskały więcej niż 12 punktów ($p > 0,05$).

Chandran i wsp. [17], Lewicka i wsp. [18] oraz Bilszta i wsp. [19] stwierdzili, że istotnymi czynnikami ryzyka depresji poporodowej są zaburzone relacje partnerskie i rodzinne. Chrzan-Dętko i wsp. [20] w przeprowadzonych badaniach własnych zwracają uwagę na fakt, że subiektywnie postrzegana relacja z własną matką okazała się istotnie związana z objawami depresyjnymi. Zdaniem autorów, troska doświadczana w dzieciństwie od własnej matki nieznacznie obniża niebezpieczeństwo wystąpienia depresji poporodowej. Badania własne wykazały, że położnice, które miały dobre relacje z własnymi rodzicami, w tym z matką, istotnie rzadziej ($p < 0,0006$) miały objawy depresji poporodowej aniżeli badane, które stwierdziły, że ich relacje z rodzicami są złe. Również dobre relacje z teściami warunkowały brak depresji poporodowej ($p < 0,008$).

Podsumowując można stwierdzić, że analizowane przez nas czynniki mają istotny wpływ na powstawanie depresji poporodowej. Profilaktyka i skrining tego zabu-

rzenia powinny być przedmiotem szczególnej uwagi położnych i pielęgniarek rodzinnych podczas wizyt patronażowych.

Wnioski

1. Wiek, stan cywilny oraz relacje rodzinne mają istotny wpływ na występowanie objawów depresji w okresie połogu. Szczególnej uwagi wymagają położnice poniżej 25 roku życia, stanu wolnego oraz te, które mają złe relacje z mężem/partnerem, własnymi rodzicami oraz teściami.
2. Kobiety, u których stwierdzono poziom depresji ≥ 12 punktów powinny być objęte opieką psychologa lub psychiatry celem potwierdzenia, bądź wykluczenia depresji poporodowej.
3. Położne i pielęgniarki rodzinne powinny stosować narzędzia skriningowe w praktyce zawodowej celem identyfikacji pacjentek z zaburzeniami depresyjnymi w okresie połogu.

References

1. Robertson E., Celasun N., Steward D.E. Risk factors for postpartum depression. W: Steward D.E., Robertson E., Dennis C., Grace S., Wallington T. red., Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions. Toronto; Public Health: 2003: 9-71.
2. Nylen K., Moran T., Franklin C., O'Hara M. Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Inf. Ment. Health J.* 2006; 27: 327-343.
3. Kaźmierczak M., Gebuza G., Gierszewska M. Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego. *Probl Pielęg* 2010; 18, 4: 503-5011.
4. Sharma V., Sharma P. Postpartum depression: diagnostic and treatment issues. *J Obstet Gynaecol Can* 2012; 43, 5: 436-442.
5. Rymaszewska J., Dolna M., Grzyboś M., Kiejna A. Zaburzenia psychiczne okołoporodowe- epidemiologia, etiologia, klasyfikacja, leczenie. *Ginek Pol* 2005, 4, 76; 322- 330.
6. Heitzman J., Wojnar N. Zaburzenia i choroby afektywne. W: Heitzman J. red., Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa; Wyd. Lek PZWL: 2007, 118-119, 128-130.
7. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987; 150: 782-786.
8. Makara-Studzińska M., Iwanowicz-Palus G. Edynburska Skala Depresji Poporodowej. W: Makara- Studzińska M., Iwanowicz-Palus G. red., Psychologia w położnictwie i ginekologii. Warszawa; Wyd. Lek PZWL: 2009; 222-224.

9. Podolska M.Z., Majkowicz M., Sipak-Szmigiel O., Ronin-Walkowska E. Kohabilitacja jako silny czynnik predykcyjny depresji okołoporodowej. *Ginekol Pol* 2009; 4: 280-284.
10. Makara-Studzińska M. Zaburzenia psychiczne u kobiet w okresie okołoporodowym. W: Makara-Studzińska M., Iwanowicz-Palus G. red., *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Warszawa; Wyd. Lek PZWL: 2009; 206-211.
11. Jaeschke R., Siwek M., Dudek D. Poporodowe zaburzenia nastroju – update 2012. *Neuropsychiatr i Neuropsychol* 2012; 7, 3: 113-121.
12. Sharma V., Khan M. Identification of bipolar disorder in women with postpartum depression. *Bipolar Disord* 2010; 12: 335-340.
13. Reroń A., Gierat B., Huras H. Ocena częstotliwości występowania depresji poporodowej. *Ginekol Prakt* 2004, 3; 32-35.
14. Rich-Edwards J., Kleinman K., Abrams A. i wsp. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 221-227.
15. Silva R., Jansen K., Souza L. i wsp. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev Bras Psiquiatr* 2012; 34: 143-148.
16. Wiktor H., Humeniuk E., Lewicka M., Kanadys K., Wnuczek I. Defining the Risk of Postpartum Depression Occurrence After Childbirth. W: Kaczor A, Borzęcki A, Iskra M. red., *Środowiskowe źródła zagrożeń zdrowotnych*. Lublin; 2007, Tom 1, 380-384.
17. Chandran M., Tharyan P., Muliyl J., Abraham S. Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu India: incidence and risk factors. *BJP* 2002; 181: 499-504.
18. Lewicka M., Humeniuk E., Wiktor H., Wdowiak A., Wiktor K. Family Conditions and the Degree of Postpartum Depression in Women After Childbirth. Kaczor A, Borzęcki A, Iskra M. red., *Środowiskowe źródła zagrożeń zdrowotnych*. Lublin; 2007, Tom 1, 342-345.
19. Bilszta J., Tang M., Meyer D., Milgrom J., Ericksen J., Buist A. Single motherhood versus poor partner relationship: outcomes for antenatal mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2008; 42, 1: 56-65.
20. Chrzan-Dętkoś M., Dyduch-Maroszek A., Humięcka A., Karasiewicz K. Uwarunkowania i konsekwencje depresji poporodowej. *Psychoterapia* 2012; 2, 161: 55-63.

Correspondence address

dr n. med. Magdalena Lewicka,
Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa
Położniczo – Ginekologicznego UM,
ul. Chodźki 6, 20-093 Lublin,
e-mail: m.lewicka@umlub.pl