

Mgr Anna Studniczek

Institut Psychologii, WFCH

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Mgr Agnieszka Borowska-Turyn

Institut Psychologii

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Assistant Professor Krzysztof Laudański

Department of Anesthesiology & Critical Care

University of Pennsylvania

Znaczenie odporności psychicznej oraz karmienia piersią w depresji poporodowej

The importance of resilience and breastfeeding in postpartum depression

Abstrakt:

Depresja poporodowa to jedno z najczęściej występujących zaburzeń poporodowych. Dotyka ona aż 7-30% kobiet na świecie, a aż do 80% kobiet cierpi na zaburzenia nastroju w okresie poporodowym. Do czynników ryzyka wystąpienia depresji poporodowej przyczynia się w znacznej mierze stres, depresja w ciąży i brak wsparcia społecznego. Natomiast odporność psychiczna, a z nią wysokie poczucie własnej wartości, może być czynnikiem ochronnym przed depresją poporodową. Związek między karmieniem piersią a depresją poporodową jest bardzo silny. Krótsze karmienie piersią może być zapowiedzią depresji poporodowej, natomiast wystąpienie depresji poporodowej może skrócić czas karmienia piersią dziecka.

Słowa kluczowe: depresja poporodowa, depresja w ciąży, odporność psychiczna, lęk, stres, karmienie piersią, ciąża.

Abstract:

Postpartum depression is one of the most common postpartum disorders. It affects up to 7-30% of women in the world, and up to 80% of women suffer from mood disorders in the postnatal period. The risk factors for postpartum depression are largely caused by stress, depression during pregnancy and lack of social support. Whereas resilience and associated high self-esteem can be a protective factor against postpartum depression. The relationship between breastfeeding and postpartum depression is significant. Shorter breastfeeding may be a predictor of postpartum depression, while postpartum depression may shorten breastfeeding time.

Key words: postpartum depression, antenatal depression, resilience, anxiety, stress, breastfeeding, pregnancy.

1. Charakterystyka depresji poporodowej

Depresja poporodowa oraz lęk są najczęstszymi zaburzeniami psychicznymi występującymi w czasie połogu (Alipour i in., 2012) a symptomy wahają się od

łagodnych do ciężkich. Depresja poporodowa pojawia się po około 4 tygodniach po porodzie, z czego 10-20% kobiet ma pierwsze objawy już w pierwszym tygodniu po porodzie, i trwa nawet do roku. Objawy utrzymujące się i narastające do 30 dni nazywa się dużą depresją. Często w wywiadzie jest depresja w historii rodziny. Ma ona często charakter nagły. Leczy się ją farmakologicznie i psychoterapią (Kossakowska-Petrycka i Wałęcka-Matyja, 2007, Rymaszewska, i in., 2005, Kowalska i in., 2014, Beck, 2001)

Depresja poporodowa dotyka 7-30% kobiet na całym świecie (Melville i in., 2010, Parsons i in., 2012;). W okresie okołoporodowym zachorowalność na depresję jest związana z występowaniem czynników takich jak stresujące doświadczenia życiowe, historia zachorowalności na depresję oraz depresja w trakcie ciąży, niskie poczucie własnej wartości, konfliktowe relacje małżeńskie, stres związany z opieką nad dzieckiem a także samotne macierzyństwo, brak wsparcia społecznego oraz niski status ekonomiczny (Beck, 2001). Wystąpienie depresji u kobiety powoduje trudności w rozwoju empatycznej więzi pomiędzy matką i dzieckiem (O'Hara, Swain, 2009).

Poza depresją poporodową, wyróżnia się jeszcze inne stany depresyjne u kobiet w okresie połogu. Najczęstszy to baby blues, smutek poporodowy, inaczej maternity blues. Szacuje się, że ok. 50-80% kobiet ma zaburzenia nastroju po porodzie typu maternity blues. Objawami są chwiejność nastroju, od radości po płacz, lęk, drażliwość, zaburzenia snu. Symptomy pojawiają się w 2-3 dobie po porodzie, a ustępują w dwa do trzech tygodni po nim. Pomaga tu udzielenie psychologicznego wsparcia kobiecie i odciążenia jej w obowiązkach z dzieckiem tak by mogła się zregenerować. W przypadku gdy jednak objawy utrzymują się do 4-5 tygodnia po porodzie mówi się o małej depresji, która mija do około 8 tygodnia od porodzie (Rymaszewska, i in., 2005, Wasilewska-Pordes, 2000).

Psychoza poporodowa to najcięższa postać zaburzenia depresyjnego wśród tych występujących po porodzie, na które choruje 1 na 500-1000 kobiet (Rymaszewska i in., 2005; Kaźmierczak i in., 2010, Wasilewska-Pordes, 2000). Na czynniki ryzyka wystąpienia psychozy poporodowej składają się: pierwszy poród, choroba psychiczna w rodzinie i choroba przeżyta już u kobiety. Objawy pojawiają się już kilka dni po porodzie. Często psychoza poporodowa przypomina zaburzenie afektywne dwubiegunowe lub zespoły zaburzeń świadomości - majaczeniowe (Bokhari, i in. 1998; Steiner, i in., 2000). Psychoza poporodowa uniemożliwia normalne funkcjonowanie kobiety, w tym zajmowanie się dzieckiem. Symptomatyczne są tu: pobudzenie psychoruchowe, zaburzenie orientacji w otoczeniu, czasie, trudności ze skupieniem uwagi, falująca świadomość. Około drugiego tygodnia po porodzie rozwija się obraz choroby, czyli manii lub depresji

poporodowej. Wtedy należy pacjentkę leczyć w oddziale stacjonarnym ze względu na zagrożenie życia kobiety i dziecka. Badania dowodzą, że w 90% przypadków psychoza poporodowa powtarza się przy każdym następnym porodzie (Rymaszewska i in., 2005; Kaźmierczak i in., 2010).

2. Psychospołeczne czynniki ryzyka depresji poporodowej

Do badań depresji poporodowej najczęściej stosuje się trzy testy: Edynburską Skalę Depresji Poporodowe (EPDP) (Cox i in., 1987), Skalę Depresji Becka (BDI) (Boyd, i in., 2005) lub Postpartum Depression Screening Scale PDSS (Beck, 2000; Kossakowska, 2012). Badanie kobiet przeprowadzone w I Klinice Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej w Warszawie, w pierwszym tygodniu po urodzeniu dziecka, wykazało, że co trzecia z nich miała obniżony nastrój. Potwierdzają je wyniki innych badaczy (Łukasik, Błaszczyk, Wojcieszyn i in., 2003; Bergant, Heim, Ulmert i in., 1999; Bloch, Rotenberg, Koren i in., 2006; Dennis, 2004; Gurel, Gurel, 2000; Jardri, Pelta, Maron i in., 2006; Yamashita, Yoshida, Nakano i in., 2000; Glangeaud-Freudenthal, Crost, Kamiński, 1999; Hannah, Adams, Lee i in. 1992).

Bloom i współpracownicy w swoich badaniach podkreślają, że stan przedrzucawkowy, hospitalizacja w czasie ciąży, cięcie cesarskie wykonane w trybie pilnym, podejrzenie zagrożenia życia lub zdrowia płodu, przyspieszenie akcji porodowej lub hospitalizacja noworodka, przyczyniają się dwukrotnie częściej do depresji okołoporodowej (Bloom i in., 2010).

Z kolei Giardinelli i współpracownicy zwrócili uwagę, że istnieje duża korelacja między leczeniem niepłodności metodą wspomaganego rozrodu a ryzykiem wystąpienia depresji poporodowej. Według tych badaczy jest to drugi czynnik występowania zaburzeń depresyjnych, zaraz po depresji w czasie ciąży (Giardinelli i in., 2012).

Formaniak i współpracownicy w swoich badaniach wykazują, że depresja występuje w obu sposobach ukończenia porodu (fizjologicznym lub cięciem cesarskim). W grupie pacjentek po cięciu cesarskim obserwuje się częstsze objawy depresji. U pacjentek po porodzie fizjologicznym z kolei występuje zmęczenie fizyczne, które owocuje w poczuciu zaniedbania potrzeb dziecka (Formaniak i in., 2008).

Ponadto czynnik hormonalny czyni kobiety bardziej podatnymi na zaburzenia nastroju. Wpływ na wystąpienie zaburzeń nastroju mają na przykład napięcie przedmiesiączkowe, urodzenie dziecka, czy okres połogu. Mimo, że wszystkie wymienione sytuacje są dla kobiety naturalne, pożądane i fizjologiczne to

mogą być w różny sposób przeżywane od smutku, żalu, melancholii i złości po ulgę, spełnienie, radości i poczucie szczęścia (Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, 2013, str. 198; Rymaszewska i in., 2005; Kaźmierczak, i in. 2010; Kossakowska-Petrycka, Wałęcka-Matyja, 2007).

Zaburzenia depresyjne i lękowe związane są z okresem prokreacyjnym, między 18-44 roku życia. Wśród kobiet w tym czasie można zaobserwować depresyjne zaburzenia okołomenstruacyjne, zespół napięcia przedmiesiączkowego, depresję w czasie ciąży, związaną porodem, czy utratą dziecka, czyli poronieniem, lub niemożnością zajścia w ciążę. Badania pokazują, że kobiece uwarunkowania depresyjne są charakterystyczne bez względu na pochodzenie, czy kulturę (Abou-Salah, G nubash, 1997, str. 428-32; Steiner, Yonkers, Eriksson, 2000., str. 313-328). Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w kryteriach diagnostycznych zaburzeń psychologicznych zwróciło uwagę, że zaburzenia typu depresyjnego mogą mieć początek w okresie okołoporodowym (Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, 2013). Natomiast już w latach 60-tych zauważono, że depresja poporodowa różni się od dużej depresji tym, że występuje w określonym czasie - po urodzeniu dziecka (Pitt, 1968). Kryteria diagnostyczne obu są takie same.

3. Związek między odpornością psychiczną a depresją poporodową

Ważne wydarzenia życiowe związane z kryzysami rozwojowymi takie jak narodziny dziecka, stanowią stresor. Wywołuje on niespecyficzną i automatyczną reakcję, która opiera się na reakcji „uciekaj lub walcz” z niespecyficznymi dla sytuacji efektami hormonalnymi i neuronalnymi. Stres natomiast jest sposobem adaptacji do krytycznych wydarzeń życiowych. Stresory nie muszą przeradzać się w stres, mogą pełnić rolę mobilizującą, rozwojową, a zależy to od subiektywnej oceny jednostki tego wydarzenia, a także od kompetencji jakimi dysponuje do stworzenia nowych zasobów poradzenia sobie z wymaganiami życia (Heszen, Sęk, 2007). Z punktu widzenia salutogenezy, stresory ważnych wydarzeń życiowych mogą sprzyjać osiągnięciu zdrowia jak i obciążać procesy radzenia sobie z wymaganiami (Antonovsky, 1979). Ten rodzaj doświadczania bardzo trudnej sytuacji lub zagrożenia stwarza warunki do szukania zasobów, którą stanowi odporność psychiczna (z ang. *resilience*) (Ryś, 2016). Jest ona nie tylko zbiorem zasobów jednostki, ale tworzy się w zetknięciu z sytuacją zagrożenia lub poważnych przeciwności. To proces przezwycięzania trudnych sytuacji życiowych i przystosowania się do możliwie dobrego funkcjonowania, nawet po traumatycznych wydarzeniach (Heszen, Sęk, 2007, s. 173).

Odporność psychiczną można kształtować w sytuacji pojawienia się krytycznych zdarzeń życiowych. Taką sytuacją może być okres okołoporodowy: ciąża, narodziny dziecka, czas po porodzie, wraz z którym u kobiety pojawia się potrzeba sprostania nowej sytuacji. Gdy dostępne zasoby i możliwości są niewystarczające, aby poradzić sobie z wymaganiami, napięcie przeradza się w stres i objawy zaburzeń psychopatologicznych i somatycznych (Heszen, Sęk, 2007, s. 174). Ciąża i poród są znaczącymi stresorami. Na Skali Stresu (Holmes, Rahe, 1967), mierzącej poziom stresu ważnych wydarzeń w życiu człowieka, ciąża plasuje się na 12 miejscu, na 43 zbadane, a pojawienie się nowego członka w rodzinie, na 14 miejscu, gdzie miejsce 1 jest najbardziej stresujące. To wielka zmiana w życiu kobiety, niosąca za sobą obawy, niepewność, odtwarzają się dawne traumy. Ponadto, jeśli w tym czasie szczególnie wrażliwym kobieta doświadcza stresogennych zdarzeń, ma trudne relacje z mężem lub jest samotną matką, doświadczyła już depresji, jest szczególnie narażona na wystąpienie depresji poporodowej (O'Hara, Swain, 2009). Badanie nad długotrwałym napięciem w czasie ciąży a silnym stresem, którego kobieta doświadczyła wcześniej, przed ciążą, wykazało, że właśnie silny stresor ma długotrwałe skutki, niezależnie od czasowo występującego napięcia, i ma większy związek z wystąpieniem depresji poporodowej (Keshia, Taylor, 2015). Przegląd badań nad wysokim poziomem kortyzolu a depresją poporodową z lat 1960-2015 wykazał, że istnieje zależność między podwyższonym poziomem kortyzolu u kobiet a obniżonym nastrojem (Seth i in., 2016). Natomiast badania Besser (Besser i in., 2007) wykazały, że ciąża i czas połogu stanowiły znaczący dystress wśród kobiet autonomicznych, ale nie wśród kobiet o cechach kolektywistycznych, dla których ważniejsze jest dobro ogółu niż jednostki. Badania (Koss i in., 2014) wykazały także, że wsparcie społeczne jest buforem dla stresu, i obniża jego poziom u kobiety, szczególnie w sytuacji kiedy udziela go mąż lub partner. Mniejsze są wówczas również objawy depresji poporodowej, takie jak martwienie się, drażliwość czy poczucie przeciążenia obowiązkami.

Podobne wsparcie może otrzymać kobieta wzrastająca w prawidłowym systemie rodzinnym, od najbliższej rodziny. Może to być wsparcie psychiczne, budujące jej pierwsze doświadczenia w nowej roli matki, oraz wsparcie fizyczne, odciążenie w codziennych obowiązkach domowych, żeby mogła zadbać o własne potrzeby (Kretchmar, 2002).

Ważną składową odporności psychicznej jest poczucie własnej wartości. Ryzyko wystąpienia depresji poporodowej jest wyższe u kobiet z niskim poczuciem własnej wartości. Badania Ryś (2016) wykazały, że im niższe poczucie własnej wartości, tym większe trudności w radzeniu sobie w trudnych sytuacjach życiowych i emocjonalnych a tym samym niższa odporność psychiczna. Poczucie własnej

wartości rozwija się właściwie w prawidłowym systemie rodzinnym. Rodzina jako podstawowa komórka społeczna uczy budowania więzi emocjonalnych i społecznych, jej członków łączy współzależność, która jest pierwszym polem do doświadczenia siebie, miłości, akceptacji, bezpieczeństwa (Ryś, 2011, s. 64). Prawidłowy system rodzinny gwarantuje dziecku stabilne otoczenie, ciepłe relacje i wsparcie emocjonalne. Jego granice są jasno określone ale przepuszczalne, elastyczne. Szanowane są potrzeby wszystkich jego członków. Dzieci mogą ufać rodzicom i liczyć na ich wsparcie w trudnych sytuacjach. Są wspierane w dążeniu do samodzielności, włączane w procesy decyzyjne w domu. Rodzice pomagają dzieciom przeżywać konstruktywnie porażki, wyciągać z nich wnioski i cieszyć się osiągnięciami (Field, 2007, s. 30–41). Osoby z niskim poczuciem własnej wartości mają również skłonności lękowo-depresyjne (Ryś, 2011, s. 65).

Badacze (Maliszewska i in., 2017) z Katedry Położnictwa i Katedry Perinatologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego przebadali 548 pacjentek. Badane były osobami po porodach przedwczesnych, ze stratą dziecka, po śmierci urodzonego dziecka, z chorobami nowonarodzonego dziecka, stresującym wydarzeniu wynikłym w trakcie przeprowadzonego badania, albo w końcu po stracie bliskiej osoby, w trakcie lub po rozwodzie, oraz po stracie pracy. Zaproponowano badanie przesiewowe w trakcie hospitalizacji w pierwszym tygodniu po porodzie, w czwartym tygodniu po porodzie i trzecim miesiącu. W pierwszym badaniu zastosowano kwestionariusz socjodemograficzny oraz Edynburską Skalę Depresji Poporodowej, EPDS. Następnie przeprowadzono test osobowości NEO-FFI oraz skalę wsparcia społecznego BSSS.

Populacja badanych to kobiety rodzące średnio w 39 tygodniu ciąży (przedział 32-42), częściej drogą pochwową (68%), oraz częściej były pierworódkami (54%). Większość była zatrudniona, miała wyższe wykształcenie, była pracująca oraz zamężna (powyżej 80%). Ryzyko depresji poporodowej wykazywało 6,3% badanych. Objawy depresyjne wykazano u 35 kobiet, a tylko 5 miało utrzymujące się objawy w trzecim miesiącu po porodzie (tamże, s. 892).

Test osobowości wykazał, że najsilniejszym czynnikiem depresyjności był wysoki poziom neurotyczności. Istotnie statystycznie wyniki to ekstrawersja i sumiennność. Pacjentki zagrożone depresją osiągały wyższe wyniki we wszystkich przeprowadzonych testach. Kobiety wysokiego ryzyka w wywiadzie miały historię chorób psychicznych, częściej były hospitalizowane, nawet w ciąży oraz rzadziej karmiły piersią w pierwszych tygodniach życia dziecka. Badane zagrożone depresją gorzej oceniały wsparcie społeczne jako niesatysfakcjonujące (tamże, s. 893).

W konsekwencji zbudowano wieloczynnikowy model regresji, w którym zawarto najistotniejsze czynniki powstawania depresji poporodowej. Wysoki wynik

testu EPDS w tydzień po porodzie, hospitalizacja w trakcie ciąży, wysoki poziom neurotyczności, oraz wysokie wsparcie buforująco-ochronne zwiększają ryzyko depresji. Czynnikiem chroniącym przed depresją jest: karmienie piersią w początkowym okresie, oraz przeżywana satysfakcja z otrzymywanego wsparcia społecznego. W badaniu wzięto pod uwagę takie zmienne jak: wiek matki, wykształcenie, związek inny niż małżeństwo, zespół napięcia przedmiesiączkowego, poród drogą pochwową, poród przedwczesny, dodatni wywiad chorób psychicznych, liczba porodów, alkohol w ciąży, otyłość przed ciążą i wreszcie przebyte poronienia (tamże, s. 894).

Badaniami, jakie autorzy przedstawiają w dalszej kolejności są badania lęku i depresji autorstwa E. Mojs, M. Czarneckiej-Iwańczuk i M.D. Głowackiej opisane w 2013 r. (Mojs, Czarnecka-Iwańczuk, Głowacka, 2013). Celem badania było określenie poziomu lęku i depresji, oraz czynników psychologicznych, które miałyby wpływać na poziom lęku i depresji. Depresja i lęk współwystępują ze sobą, ale może też być tak że kobiety wykazują tylko stany lękowe bez objawów depresji (Matthey, 2003). Istnieją badania, które dowodzą związku między depresją poporodową u matki a zachowaniem dziecka. Dlatego należałoby rozpatrywać depresję poporodową w diadzie matka-dziecko, bo ma wpływ nie tylko na samopoczucie i zachowanie matki, ale też na rozwój dziecka (Murray, 1992).

Do badania rekrutowano pacjentki po porodzie na oddziałach ginekologicznych. Wykorzystano wystandaryzowane narzędzia pomiaru zmiennych takich jak: lęk, depresja, styl radzenia sobie ze stresem, temperament. Wykorzystano następujące kwestionariusze: STAI badający lęk jako cechę i jako stan, BDI kwestionariusz depresji Becka, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS), Kwestionariusz Temperamentu (PTS). Ankieta socjo-demograficzna obejmowała pytania o: wiek, wykształcenie, status społeczny, wykonywany zawód, miejsce zamieszkania, tydzień rozwiązania ciąży, liczba ciąż i porodów, uczestnictwo w szkole rodzenia, typ porodu, masa urodzeniowa dziecka i wynik w skali Apgar. Wśród badanych były kobiety między 23-37 r.ż. Do większości też należały kobiety, które były aktywne zawodowo, mieszkały z rodziną, nie uczestniczących w szkołach rodzenia. W dalszej kolejności analizowano cechy psychologiczne. Były to: badanie lęku jako stan i jako cecha, depresja, style radzenia sobie, i temperament. W teście na depresję Becka uzyskano następujące wyniki: 54% miało niski wynik, 18% wynik średni, a tylko 4% wynik wysoki. Dokonano porównania między lękiem jako stanem i jako cechą, depresją i zmiennymi: typ porodu, styl radzenia sobie ze stresem i temperament. Wykazano korelację między lękiem jako stanem i jako cechą a typem porodu. Kobiety które osiągały wysokie wyniki w teście na lęk jako stan i jako cechę, częściej rodziły za pomocą cięcia

cesarskiego. Wykazano również związek między stylem radzenia sobie ze stresem i depresją. Kobiety ze stylem skoncentrowanym na emocjach wykazywały wyższe wyniki w skali Becka. Natomiast kobiety ze stylem skoncentrowanym na zadaniu powinny mieć niższe wyniki w skali depresji. Udowodniono istotny statystycznie wynik korelacji między skalą BDI a stylem skoncentrowanym na emocjach. Wykazano również związek między temperamentem a wynikami skali depresji. Co oznacza, że niska siła hamowania koreluje z wysokim wynikiem depresji. Ponadto uzyskano negatywny związek między siłą procesów hamowania a lękiem jako cechą. Im wyższy wynik w zakresie procesów hamowania uzyskały położnice, tym miały niższy wynik w skali lęku jako cechy. Ostatni związek jaki znaleziono to był wysoki stopień lęku jako stanu i jako cechy a wysokimi cechami depresyjności u pacjentek (tamże).

Badacze odporności psychicznej wyraźnie podkreślają, że bycie odpornym psychicznie nie oznacza braku podatności i ryzyka zachorowalności na depresję, ale osoba odporna jest w stanie poradzić sobie w trudnej sytuacji oraz powrócić do równowagi (Masten, 2007; Rutter, 2007; Werner, 2005). Aktualne modele odporności sugerują podejście oparte o zasoby wielowymiarowe. Należą do nich zasoby intelektualne, społeczne, fizyczne i psychologiczne, które służą jako rezerwy, z których można później korzystać, aby poprawić szanse na skuteczne radzenie sobie i przetrwanie w czasie stresu (Fredrickson, 2004). Wielowymiarowy model pojemności odporności integruje czynniki wewnętrzne (psychiczne), zewnętrzne (fizyczne i społeczne) i daje możliwości dokonywania analiz na wielu poziomach (Cicchetti i Curtis, 2007).

Okres poporodowy i okres połogu jest czasem sprawdzenia jakie kobieta ma zasoby psychologiczne, które pozwolą jej go przeżyć z depresją lub bez niej. Jest to moment z jednej strony naturalny, fizjologiczny, rozwojowy, dla matki jak i dziecka, ale też niezwykle trudny, bo jest zmianą na poziomie biologicznym (hormonalnym), psychologicznym (nie była matką, jest matką), relacyjnym (z partnerem/mężem, dzieckiem) oraz społecznym (pełniąc rolę matki). Pociąga to za sobą konsekwencje dla relacji jaką jest matka-dziecko, której jakość w dużej mierze zależna jest od samopoczucia matki (Rutter, 1987). Smith (2014) zbadała 324 ciężarne w klinice Phoenix w Arizonie, w dwóch punktach czasowych, w 38 tygodniu ciąży i 6 tygodni po porodzie. Były zagrożone depresją ze względu na pochodzenie etniczne (meksykańskie) i niską akulturację oraz niski status ekonomiczny. Wyniki wskazały, że kobiety, które przeszły akulturację, czyli przyjęły zasady życia kultury kraju, do którego się przeprowadziły, rzadziej cierpiały na depresję poporodową niż kobiety, które nie zaadaptowały się społecznie do nowej kultury. Ta część kobiet z grupy nie zaadaptowanej społecznie, wykorzystwała swoje zasoby odporności psychicznej, co

jednak było obarczone kosztem długotrwałego dystresu (tamże, s. 51).

Natomiast objawy depresji poporodowej nie oznaczały niższej jakości życia w badaniu (Irwin i in., 2016). To oznacza, że wysoki poziom odporności psychicznej u kobiety, negatywny efekt symptomów depresyjnych uzyskał poziom tak niski, że nie był już istotny statystycznie. Te wyniki są zbieżne z wcześniejszymi wynikami badaczy, które pokazały, że nadużycia w okresie dzieciństwa oraz przeżyta trauma przyczyniają się do wystąpienia symptomów depresji, jednak odporność psychiczna całkowicie znosi ten efekt (Wingo i in., 2010).

4. Związek między karmieniem piersią a depresją poporodową

Depresja w czasie ciąży jest predyktorem intencji krótszego karmienia piersią (Fairlie i in., 2009; Insaft i in., 2011). Nawet jeśli depresja pojawiła się choć raz w czasie trwania ciąży, i tak zapowiada ona krótsze karmienie piersią (Pippins i in., 2006). Wiele badań wykazało, że karmienie piersią dziecka ma związek z wystąpieniem depresji po porodzie (Astbury i in., 1994; Bick i in., 1998; Cooper i in., 1993; Dunn i in., 2006; Imbula i in., 2012; Feldens i in., 2011; Flores-Quijano i in., 2008; Hannah i in., 1992; Hatton i in., 2005; McCoy i in., 2006; McLearn i in., 2006; Misri i in., 1997; Papinczak, Turner, 2000; Taj, Sikander, 2003; Tamminen, 1988; Thome i in., 2006; Yonkers i in., 2001; Zubaran, Foresti, 2013). Część badań potwierdza, iż wysokie nasilenie symptomów depresyjnych w ciąży oraz depresja poporodowa związana jest ze skróceniem czasu naturalnego karmienia dziecka (Astbury i in., 1994; Bick i in., 1998; Cooper i in., 1993; Dunn i in., 2006; Imbula i in., 2012; Feldens i in., 2011; Flores-Quijano i in., 2008; Hannah i in., 1992; Hatton i in., 2005; McCoy i in., 2006; McLearn i in., 2006; Papinczak, Turner, 2000; Taj, Sikander, 2003; Thome i in., 2006; Yonkers i in., 2001; Zubaran Foresti, 2013). Jeszcze inne badania pokazują, że trudności w karmieniu piersią (Tamminen, 1988) oraz niska pewność siebie w karmieniu piersią (Flores-Quijano et al., 2008) jest związana z wystąpieniem objawów depresyjnych i częstszym występowaniem depresji poporodowej (Dias, Figueiredo, 2015). Depresja poporodowa obniża również poczucie skuteczności w karmieniu piersią, co powoduje skrócenie czasu karmienia piersią dziecka mlekiem matki (Kossakowska, 2018).

Najnowsze polskie badania przeprowadzone przez Kossakowską (2018) sprawdziły czy istnieją różnice w nasileniu objawów depresji poporodowej w zależności od poziomu skuteczności u kobiet karmiących piersią. Przebadano 144 kobiety, w wieku 19-39 które karmiły piersią. Rekrutowano badane w szkołach rodzenia, poradniach ginekologicznych, oraz na profilowanych forach internetowych. Uczestniczki badania wypełniały kwestionariusz do rozpoznawania

depresji poporodowej (PDSS), skalę do oceny własnej skuteczności karmienia piersią (BSEF-SF), oraz odpowiedziały na pytania socjodemograficzne. Badanie dowiodło, że u 20% badanych występują nasilone objawy depresji poporodowej. Wśród najczęściej występujących trudności były wahania nastroju (21,5%), oraz chaos psychiczny (15,3%). Poczucie sprawczości w karmieniu piersią koreluje ujemnie z objawami depresyjnymi. Najsilniejsze objawy depresji poporodowej były zauważalne u kobiet z niskim poczuciem sprawczości w karmieniu piersią. Korelował taki stan z poczuciem winy. Wyniki badań Kossakowskiej wskazują, że depresja poporodowa może w negatywny sposób wpływać na poczucie skuteczności w karmieniu piersią i może w dalszej konsekwencji wpłynąć na decyzję o rezygnacji z karmienia naturalnego, albo z krótszego czasu karmienia piersią (tamże, s. 114).

Ważną rolę w powodzeniu karmienia piersią pełni edukacja kobiet. Największe efekty przynosi kiedy jest prowadzona jeszcze w czasie ciąży, przez personel wykwalifikowany, tj. położną, lekarza ginekologa oraz szkołę rodzenia (Ślizień-Kuczapska, Żukowska-Rubik, Sys, 2018). Znaczenie karmienia naturalnego ma wpływ na zdrowie dziecka, ale też na płodność kobiety. Autorki wykazują, że dłuższy okres karmienia piersią to nie tylko lepszy start dziecka w życie, ale też ochrona matki przed wieloma chorobami, takimi jak depresja ale i reumatoidalne zapalenie stawów, cukrzyca typu 2, osteoporoza, otyłość, rak jajnika, czy rak piersi (tamże, s.53).

Na decyzję o karmieniu piersią wpływają indywidualne cechy: wiedza i motywacja samej matki, poczucie własnej skuteczności w karmieniu piersią i nastawienie do karmienia piersią przez osoby otoczenia matki, na co wskazują wyniki raportów pt. Czy Polska jest krajem sprzyjającym karmieniu piersią z 2016 r, 2017 i 2018 r. Badania te przeprowadzono na 15 tysiącach matek. Pytano o opiekę laktacyjną przez ginekologów położników, lekarzy rodzinnych, doradców laktacyjnych. Wyniki te nie są zadowalające. Kobiety najczęściej odpowiadały, że nie były zachęcane do karmienia piersią, nie wyjaśniano im jak często dziecko ma być karmione i jak długo, oraz jakie są tego korzyści. Tylko 13% matek potwierdziło że rozmawiało o karmieniu piersią z ginekologiem jeszcze w trakcie ciąży. Matki, które podzieliły się z lekarzem trudnościami w karmieniu piersią, nie otrzymały od lekarza porady jak sobie poradzić. Przy czym otwartość lekarza na karmienie piersią i mówienie o tym jest odbierane przez kobiety bardzo pozytywnie. Czują się one wspierane i rozumieją, że karmienie piersią dziecka jest ważne. Autorzy mają propozycję, zgodną z szóstym punktem programu zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia, żeby stworzyć system pracy zespołowej interdyscyplinarnej, w której skład wchodziłyby: ginekolog, neonatolog, położna, dietetyk, doradca rodzinny, konsultant laktacyjny, psycholog, fizjoterapeuta tak aby w pełni można było pomóc kobiecie karmiącej i jej

rodzinie. Wczesna, systematyczna edukacja, jeszcze przed narodzinami dziecka, pozwoli ugruntować wiedzę przyszłej matki na temat karmienia naturalnego. Pozwoli również na wczesny wybór tego sposobu karmienia co może przyczynić się w znacznej mierze do stabilnej postawy matki do tego sposobu karmienia tuż po narodzinach dziecka oraz zwiększyć jej samoocenę (za: Kaźmierczak i in., 2010).

Wyniki badań innych polskich badaczy (Augustyniak, 2013) odpowiadają na pytanie czy uczestnictwo w Szkole Matek i Ojców przed porodem wpływa na nastrój po porodzie. Po przeprowadzeniu badań autorzy stwierdzają, że edukacja w Szkole Matek i Ojców przed porodem wpływa na spadek częstotliwości pojawiania się obniżonego nastroju u kobiet po porodzie (tamże).

Podsumowanie i wnioski

Depresja poporodowa to choroba zagrażająca dobrostanowi matki, dziecka i całej rodziny. Jej skutki są odczuwane przez całą rodzinę. Choroba ta utrudnia bliską relację z nowo narodzonym dzieckiem, wytworzenie bliskiej więzi, które skutkuje trudnościami w relacjach w późniejszym życiu. Depresja w czasie ciąży wpływa na intencję krótszego karmienia piersią i często skraca czas karmienia dziecka piersią. Matki w depresji poporodowej karmiące piersią są mniej pewne tego sposobu karmienia dziecka i częściej mają z nim trudności. Mają też poczucie niskiej skuteczności w karmieniu piersią co w konsekwencji przyczynia się do rezygnacji z karmienia naturalnego. To powoduje niższe poczucie własnej wartości, a tym samym niższą odporność psychiczną. Spadek poczucia własnej wartości, przyczynia się nie tylko do obniżenia zasobów odporności psychicznej ale jednocześnie do podwyższonego poziomu stresu. Nawet jeśli zasoby odporności psychicznej są wystarczające do dobrego funkcjonowania, kobiety są obarczone wysokim dystresem i podwyższonym poziomem kortyzolu. Natomiast wychowanie w prawidłowej rodzinie pochodzenia zapewnia wysokie poczucie wartości, co jest ważnym zasobem odporności psychicznej. Takim zasobem jest również prawidłowa relacja z mężem, i jego wsparcie w czasie połogu. Przyczynia się ono znacząco do obniżenia poziomu dystresu i tym samym obniża szanse na wystąpienie depresji poporodowej.

Czynnikiem chroniącym karmienie piersią jest edukacja w ciąży: w szkole rodzenia, przez położną i lekarza ginekologa oraz innych specjalistów, których opinie są dla matki ważne i uświadamiają jej wagę karmienia piersią. Kiedy kobieta ją rozumie, łatwiej będzie jej w połogu poradzić sobie z trudnościami w karmieniu piersią.

Czynniki chroniące takie jak edukacja w ciąży, wysokie poczucie własnej wartości i wysoka odporność psychiczna zwiększają szanse kobiety na życie bez depresji poporodowej.

Bibliografia:

- Abou-Salah M.T., G nubash R. (1997), The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective. *Acta Psychiatr Scand*, 5, 428-32.
- Alipour Z., Lamyian M., Hajizadeh E. (2012), Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women Birth*, 25, e37–e43.
- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Washington, D.C : American Psychiatric Publishing.
- Antonovsky, A. (1979), *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Inc Pub.
- Astbury J., Brown S., Lumley J., Small,R. (1994), Birth events, birth experiences and social differences in postnatal depression. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 18, 176–184.
- Augustyniak K., Rudnicki J. i wsp. (2013), Uczestnictwo w zajęciach Szkoły Matek i Ojców a częstość występowania zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19, 2, 138-141.
- Bick, D.E., MacArthur, C., Lancashire, R.J. (1998), What influences the uptake and early cessation of breast feeding? *Midwifery*, 14, 242–247.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50, 5, 275–285.
- Beck C. T., Gable R. K. (2000), Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nursing Research*; 49, 5, 272 - 82.
- Bergant A., Heim K., Ulmert H., i wsp. (1999), Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 391-394.
- Besser A., Priel B., Flett G.L., Wiznitzer A. (2007), Linear and nonlinear models of vulnerability to depression: Personality and postpartum depression in a high risk population. *Individual Differences Research*, 5, 1, 1–29.
- Bloch M., Rotenberg N., Koren D., i wsp. (2006), Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 28, 3-8.
- Blom E.A., Jansen P.W., Verhulst F.C., i wsp. (2010), Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. *European Journal of Epidemiology*, 117, 1390-1398.
- Bokhari R., Bhatara V.S., Bandettini F., McMillin J.M. (1998), Postpartum psychosis and postpartum thyroiditis. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 643-650.

- Boyd R Le H Somberg R. (2005), Review of screening instruments for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*, 8, 141-153.
- Cicchetti D., Curtis W.J. (2007), Multilevel perspectives on pathways to resilient functioning. *Development and Psychopathology*, 19, 627-629.
- Cooper P.J., Murray L., Stein A. (1993). Psychosocial factors associated with the early termination of breast-feeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37, 171–176.
- Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. (1987), Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782–786.
- Dennis C. (2004). Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *Journal of Affective Disorders*, 78, 163-169.
- Dias C., Figueiredo B. (2015). Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 171, 142–154.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.022>
- Dunn, S., Davies, B., McCleary, L., Edwards, N., Gaboury, I. (2006). The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35, 87–97.
- Fairlie T.G., Gilman M.W., Rich-Edwards J. (2009). High pregnancy-related anxiety and prenatal depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed and breastfeeding initiation. *Journal of Women's Health*, 18, 945–953.
- Feldens C.A., Vitolo M.A., Rauber F., Cruz L.N., Hilgert J.B. (2011). Risk factors for discontinuing breastfeeding in southern Brazil: a survival analysis. *Maternal Child Health Journal*, 16, 1257–1265.
- Field D. (2007). *Osobowości rodzinne*. Warszawa: Logos.
- Flores-Quijano M.E., Córdova A., Contreras-Ramírez V., Farias-Hernández L., Cruz Tolentino M., Casanueva E. (2008). Risk for postpartum depression, breastfeeding practices, and mammary gland permeability. *Journal of Human Lactation*, 24, 50–57.
- Formaniak J., Kotzbach R., Jaroch A. (2008). Analiza wpływu sposobu ukończenia ciąży na stan psychiczny pacjentek. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 1, 2, 134-137.
- Fredrickson B.L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359, 1367-1378.
- Giardinelli L., Innocenti A., Benni L., i wsp. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch Womens*

- Ment Health*, 15, 21-30.
- Glangeaud-Freudenthal N., Crost M., Kamiński M. (1999). Severe post-delivery blues: associated factors. *Arch Womens Ment Health.*, 2, 37-44.
- Gurel S., Gurel H. (2000). The evaluation of determinants of early postpartum low mood: the importance of parity and inter-pregnancy interval. *European Journal Of Obstetrics Gynecology And Reproductive Biology*, 91, 21-24.
- Hannah P., Adams D., Lee A., i in. (1992). Links between early post-partum mood and postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 160, 777-780.
- Hatton D., Harrison-Hohner J., Coste S., Dorato V., Curet L.B., McCarron D.A. (2005). Symptoms of postpartum depression and breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 21, 444-449.
- Heszen I., Sęk H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Holmes T.H., Rahe R.H. (1967), The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 2, 213-218. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Imbula E.B., Okitundu L.E., Mampunza M.M.S. (2012), Postpartum depression in Kinshasa (DR Congo): prevalence and risk factors. *Medecine et Sante Tropicales*, 22, 379-384.
- Irwin J. L., Beeghly M., Rosenblum K.L., Muzik M. (2016), Positive predictors of quality of life for postpartum mothers with a history of childhood maltreatment. *Women's Mental Health*, 19, 6, 1041-1050. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0653-1>
- Insaf T.Z., Fortner R.T., Pekow P., Dole N., Markenson G., Chasan-Taber L. (2011), Prenatal stress, anxiety, and depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed among Hispanic women. *Journal Women's Health*, 20, 1183-1192.
- Jaeshke R., Siwek M., Dudek D. (2012), Poporodowe zaburzenia nastroju - update. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*. 7, 3, 113-121.
- Jardri R., Pelta J., Maron M., i wsp. (2006). Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 93, 169-176.
- Każmierczak M., Gebuza G., Gierszewska M., i in. (2010), Ocena poziomu wiedzy położnic na temat okresu połogu. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 3, 4, 296-301.
- Keshia M., R., & Taylor G.M. (2015), Stress and Maternal Postpartum Depression: The Importance of Stress Type and Timing. *Population Research and Policy Review*, 34, 851-875. <https://doi.org/DOI 10.1007/s11113-015-9368-7>

- Koss J., Rudnik A., Bidzan M. (2014), Experiencing stress and the obtained social support among women with high-risk pregnancies. Preliminary report. *Family Forum*, 4, 183–201.
- Kossakowska-Petrycka K., Wałęcka-Matyja K. (2007), Depresyjne zaburzenia nastroju u kobiet po narodzinach dziecka, *Acta Universitatis Lodziens*, 11, 47-57.
- Kossakowska K. (2018), Objawy depresji poporodowej a poczucie skuteczności w karmieniu piersią. *Pediatrics Polska*, 93, 107-116.
<https://doi.org/10.5114/polp.2018.76246>
- Kossakowska K. (2012), Kwestionariusz rozpoznawania objawów depresji poporodowej – polska adaptacja i psychometryczna ocena kwestionariusza Postpartum Depression Screening Scale (PDSS). *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 21, 123-129.
- Kretchmar M.D., Jacobvitz D.B. (2002), Observing mother-child relationships across generations: Boundary patterns, attachment, and the transmission of caregiving. *Family Process*, 41, 351-374.
- Łukasik A., Błaszczuk K., Wojcieszyn M., i wsp. (2003), Charakterystyka zaburzeń afektywnych u położnic w 1 tygodniu połogu. *Ginekologia Polska*, 74, 1194-1199.
- Maliszewska K., Świątkowska-Freund M., Bidzan M., Preis K. (2017), Ryzyko depresji poporodowej a cechy osobowości i wsparcie społeczne. Polskie przesiewowe badanie obserwacyjne matek 4 tygodnie i 3 miesiące po porodzie. *Psychiatria Polska*, 51, 5, 889-898.
- Mattey S., i in. (2003), Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: Whatever happened to anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 139-147.
- McCoy S.J.B., Beal J.M., Shipman S.B.M., Payton M.E., Watson G.H. (2006), Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 106, 193–198.
- McLearn K.T., Minkowitz C.S., Strobino D.M., Marks E., Hou W. (2006), Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months postpartum and early parenting practices. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 160, 279–284.
- Miller G. A., Galanter E., & Pribram K. H. (1960), *Plans and the structure of behavior*. New York, NY, US: Henry Holt and Co. <https://doi.org/10.1037/10039-000>
- Misri S., Sinclair D.A., Kuan A.J. (1997), Breast-feeding and postpartum depression: is there a relationship? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 1061–1065.
- Melville J.L., Gavin A., Guo Y., Fan M.Y., Katon W.J. (2010), Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstet. Gynecol.* 116, 1064–1070.

- Mojs E., Czarnecka-Iwańczuk M., Głowacka M.D. (2013), Poziom lęku jako stanu i jako cechy, oraz depresji we wczesnym połogu - doniesienie wstępne. *Psychiatria Polska*, XLVII, 1, 31-40.
- Murray L. (1993), The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, p. 543–561.
- O'Hara M.W., Swain A.M. (2009), Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 1, 37–54.
- Papinczak T.A., Turner C.T. (2000), An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. *Breastfeeding Review*, 8, 25–33.
- Pippins J.R., Brawarsky P., Jackson R.A., Fuentes-Afflick E., Haas J.S. (2006), Association of breastfeeding with maternal depressive symptom. *Journal Women's Health*, 15, 754–762.
- Pitt B. (1968), Atypical Depression Following Childbirth. *Br J Psychiatry*, 114, 1325-1335. doi: 10.1192/bjp.114.516.1325.
- Rutter M. (1987), Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rymaszewska J., Dolna M., Grzyboś M., Kiejna A. (2005), Zaburzenia psychiczne okołoporodowe - epidemiologia, etiologia, klasyfikacja i leczenie. *Ginekologia Polska*, 76, 4, 322-330.
- Ryś M. (2016), *Odporność psychiczna i relacje interpersonalne osób wzrastających w różnych systemach rodzinnych*. Warszawa: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.
- Ryś M. (2011), Kształtowanie się poczucia własnej wartości i relacji z innymi w różnych systemach rodzinnych, (w:) *Kościół, Rodzina, Życie*, M. Ozorowski, A. Skreczko (red.), s. 113-132, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Seligman, M. E. P. (2006), *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life* (Reprint edition). New York: Vintage.
- Seligman M. E. P., Walker, E. F., Rosenhan, D. L. (2001), *Abnormal Psychology* (Fourth edition). New York: W. W. Norton & Company.
- Smith Gress J.L. (2014), *Resilience Profiles and Postpartum Depression in Low-Income Mexican American Women*. Niepublikowana praca doktorska. Arizona State University.
- Ślizień-Kuczapska E., Żukowska-Rubik M., Sys D. (2018), For the sake of procreation health development. Medical and non-medical counseling in breastfeeding promotion as well as fertility return after labor. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, nr 2 (34), 50-73.

- Steiner M., Yonkers K.A., Eriksson E. (2000), *Mood Disorders in Women*. London, Martin Dunitz Ltd. 313-328.
- Seth S., Lewis A. J., & Galbally M. (2016), Perinatal maternal depression and cortisol function in pregnancy and the postpartum period: a systematic literature review. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 16, 1–19. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0915-y>
- Taj R., Sikander K.S. (2003), Effects of maternal depression on breast-feeding. *Journal of Pakistan Medical Association*, 53, 8–11.
- Tamminen T. (1988), The impact of mother's depression on her nursing experiences and attitudes during breastfeeding. *Acta Paediatrica Scandinavia. Supplement*, 344, 87–94.
- Terelak J.F. (2008), *Człowiek i stres*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Thome M., Alder E.M., Ramel A. (2006), A population-based study of exclusive breastfeeding in Icelandic women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress? *International Journal of Nursing Studies*, 43, 11–20.
- Trzęsowska-Greszta E., Kowalska-Dąbrowska M., Domanowska G. (2017), Health in women and men, (w:). A. Łukasik, K. Węgrzyn-Białogłowicz, & A. Englert-Bator (Red.), *Men and Women. Differences, similarities*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Wingo A.P., Wrenn G., Pelletier T. i wsp. (2010), Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of Affective Disorder*, 126, 411–414.
doi:10.1016/j.jad.2010.04.009
- Zubaran C., Foresti K. (2013), The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 4, 9–15.
- Yamashita Y., Yoshida K., Nakano H., i wsp. (2000), Postnatal depression in Japanese women. Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood *Journal of Affective Disorder*, 58, 145-154.
- Yonkers K.A., Ramin S., Rush A.J., Navarrete C.A., Carmody T., March D., Heatwell S.F., Leveno K.J. (2001), Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1856–1863.