

ARTYKUŁ ORYGINALNY
ORIGINAL PAPER

Objawy depresji poporodowej a poczucie skuteczności w karmieniu piersią

Symptoms of postpartum depression and breastfeeding self-efficacy

Karolina Kossakowska

Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej, Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, Polska

STRESZCZENIE

Wstęp: Wyniki dotychczasowych badań wskazują, że istnieje związek pomiędzy różnorodnymi aspektami karmienia piersią i objawami depresyjnymi wśród kobiet tuż po urodzeniu dziecka. Podczas gdy karmienie piersią wydaje się mieć korzystny wpływ na niemowlę i budować bliski związek matki z dzieckiem, w niektórych przypadkach stanowi wyzwanie. W wielu badaniach wykazano, że poczucie skuteczności w karmieniu piersią odgrywa ważną rolę w powstawaniu depresji poporodowej.

Cel pracy: Określenie, czy istnieją różnice w nasileniu oraz w charakterystyce objawów depresji poporodowej w zależności od poziomu własnej skuteczności u kobiet karmiących piersią.

Materiał i metody: W badaniach udział wzięły 144 matki w wieku 19–39 lat, które karmiły piersią. Kobiety rekrutowano do badań w przychodniach ginekologicznych, szkołach rodzenia, a także na portalach i forach internetowych poświęconych ciąży i macierzyństwu. Uczestniczki dobrowolnie wypełniły zestaw kwestionariuszy, wśród których znajdował się kwestionariusz do rozpoznawania depresji poporodowej (PDSS), skróconą wersję skali do oceny własnej skuteczności w karmieniu piersią (BSEF-SF) oraz ankietę socjodemograficzną.

Wyniki: U blisko 1/5 badanych obecne były objawy depresyjne o wysokim nasileniu. Wśród najczęściej występujących trudności znalazły się wahania nastroju (21,5% badanych) oraz chaos psychiczny (15,3%). Poczucie skuteczności w karmieniu piersią koreluje ujemnie z nasileniem objawów depresyjnych. Najbardziej nasilone objawy depresji poporodowej obecne były w grupie kobiet z niskim poczuciem skuteczności w karmieniu. Do najsilniejszych predyktorów poczucia skuteczności w karmieniu spośród objawów depresyjnych należą chaos psychiczny i poczucie winy.

Wnioski: Objawy depresji poporodowej mogą negatywnie wpływać na poczucie skuteczności w karmieniu piersią, a przez to skutkować rezygnacją z karmienia naturalnego lub skróceniem czasu jego trwania. Istotne wydaje się monitorowanie czynników zwiększających ryzyko wczesnego zakończenia karmienia piersią, z uwzględnieniem poczucia skuteczności w karmieniu.

SŁOWA KLUCZOWE:

depresja poporodowa, karmienie piersią, poczucie skuteczności.

ABSTRACT

Introduction: Results of previous research have shown that there is a relationship between the various aspects of breastfeeding and depressive symptoms among new mothers. While breastfeeding appears to have

ADRES DO KORESPONDENCJI:

Karolina Kossakowska, Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej, Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego, ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź, e-mail: k.kossakowska@gmail.com

a beneficial effect on the infant and a close mother-child relationship, in some cases breastfeeding is a difficult challenge of motherhood. Many studies have pointed out that breastfeeding self-efficacy plays an important role in the prevalence of postpartum depression.

Aim of the study: To determine whether there are differences in the severity of symptoms of postpartum depression and in the symptomatic characteristics, depending on the level of self-efficacy in breast-feeding women.

Material and methods: The sample consisted of 144 breastfeeding mothers aged 19 to 39 years. Participants were recruited at gynaecology clinics and pregnancy classes, as well as via web pages for birth and pregnancy. Women voluntarily completed a set of self-report questionnaires consisting of the Postpartum Depression Screening Scale (PDSS), Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF), and a demographic survey.

Results: Nearly 1/5 of participants experienced high severity of depressive symptoms. Among the most common difficulties were emotional lability and mental confusion (21.5% and 15.3% of respondents, respectively). The breastfeeding self-efficacy correlated negatively with the severity of depressive symptoms. The most severe symptoms of postpartum depression occurred in women with a low breastfeeding self-efficacy. The strongest predictors of breastfeeding self-efficacy among depressive symptoms include mental confusion and sense of guilt and shame.

Conclusions: Symptoms of postpartum depression may adversely affect breastfeeding self-efficacy and therefore lead to short duration of breastfeeding. It is important to monitor factors that increase the risk of early weaning, with the special consideration of breastfeeding self-efficacy.

KEY WORDS:

postpartum depression, breastfeeding, self-efficacy.

WSTĘP

Depresja poporodowa to zaburzenie, które dotyka matki na całym świecie. Wyniki badań wskazują, że w zależności od populacji i zastosowanych narzędzi pomiaru dotyczy od 10 do blisko 30% kobiet [1–6]. Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi wg ICD-10 i DSM-5 [7, 8] początek depresji poporodowej przypada na pierwsze dwa tygodnie po urodzeniu dziecka, jednak Nylén i wsp. [9] przyjmują za depresję poporodową także każdy pierwszy epizod depresji w okresie pierwszego roku macierzyństwa. Choć kryteria diagnostyczne depresji poporodowej nie różnią się od kryteriów dużej depresji, warunkiem postawienia rozpoznania jest początek choroby związany ściśle z narodzinami dziecka. Fakt ten wyróżnia ją spośród innych typów jednobiegunowych zaburzeń nastroju, co zostało zauważone już w XX wieku [10]. Objawy depresji poporodowej są natomiast ściśle związane z okresem porodu. Zalicza się do nich obniżenie nastroju i przygnębienie utrzymujące się przez większość czasu, wycofanie się z dotychczasowych aktywności i utrata zainteresowań, wzrost lub utrata apetytu, bezsenność lub nadmierna senność, zamartwianie się stanem zdrowia dziecka, poczucie braku własnej wartości, w szczególności w odniesieniu do roli matki, i związane z tym poczucie winy, utrata energii, nieustające zmęczenie, trudności poznawcze – pogorszenie koncentracji, trudności w podejmowaniu decyzji, a także myśli i tendencje samobójcze [11].

Chociaż zdaniem Dunkel-Schetter i wsp. [12] kobiety będące w ciąży i doświadczające w związku ze swoim stanem stresu i negatywnych emocji rozwijają w sobie pewne mechanizmy adaptacyjne mające na celu ochronę zdrowia

matki i rozwijającego się dziecka, depresja poporodowa ma liczne konsekwencje dla matki i dziecka. Wynikająca z depresji niechęć i niemożność nawiązywania interakcji z dzieckiem utrudnia budowanie istotnej dla prawidłowego rozwoju emocjonalnego, społecznego, poznawczego i fizycznego więzi pomiędzy matką a noworodkiem [13]. Kobieta ze względu na objawy choroby nie jest zdolna w pełni realizować się w macierzyństwie ani też wystarczająco dobrze funkcjonować w dotychczasowych relacjach społecznych, przede wszystkim z partnerem i rodziną [14]. Trudne lub niemożliwe staje się dla niej wypełnianie obowiązków wynikających z nowej roli, takich jak pielęgnacja czy usypianie dziecka. Wymienia się także problemy w karmieniu piersią. Kobiety w depresji często unikają kontaktów ze swoimi dziećmi, np. w obawie przed tym, że mogą im zrobić krzywdę, lub z poczucia winy. Karmienie piersią może wówczas stanowić kolejny wymóg macierzyństwa, któremu nie potrafią sprostać.

Jednocześnie zarówno badacze, jak i praktycy zwracają uwagę na szczególną rolę karmienia piersią, które jest nie tylko uznanym i rekomendowanym standardem w żywieniu niemowląt, ale też najzdrowszym sposobem żywienia, o licznych korzyściach zarówno dla zdrowia dziecka, jak i samej karmiącej [15]. Wyniki badań wskazują na protekcyjną funkcję karmienia piersią m.in. w przypadku zakażeń przewodu pokarmowego, dróg oddechowych czy zapalenia ucha środkowego u dzieci [16, 17] oraz na zmniejszenie ryzyka raka piersi i jajnika u kobiet, które karmiły piersią [15]. Wśród korzyści psychologicznych wymienić należy przede wszystkim wzmacnianie więzi pomiędzy matką a dzieckiem, która jest warunkiem jego prawidłowego rozwoju [18].

Światowa Organizacja Zdrowia rekomenduje karmienie tylko mlekiem matki, tzw. wyłączone karmienie piersią (*exclusively breastfeeding* – EBF), przez pierwszych 6 miesięcy życia dziecka, a następnie kontynuowanie karmienia piersią do 2. roku życia i dłużej [19]. Wyłączone karmienie piersią definiowane jest jako karmienie jedynie mlekiem matki, bezpośrednio lub ściągniętym od matki, bez podawania innych płynów i pokarmów, za wyjątkiem produktów farmaceutycznych, jeśli zachodzi taka potrzeba [20].

Dane z raportu na temat stanu karmienia piersią z 2012 r. [21] wskazały Polskę wśród pierwszych 10 krajów europejskich pod względem liczby kobiet, które rozpoczynają karmienie po urodzeniu dziecka. Niestety mimo tak optymistycznego początku większość matek kończy karmienie piersią ok. 8.–12. tygodnia życia dziecka. W badaniu przeprowadzonym w północno-zachodniej części Polski odsetek kobiet karmiących piersią w pierwszym okresie po porodzie był rzeczywiście bardzo wysoki – wyniósł 98% w pierwszych 4 tygodniach życia dziecka. Jednak w 6. i 12. miesiącu wynosił odpowiednio już tylko 50% i 20% [22]. Kolejny raport na temat stanu karmienia piersią w Polsce z 2015 r. [23] nie przyniósł bardziej optymistycznych informacji. Według udostępnionych w nim danych GUS za rok 2014 dotyczących jakichkolwiek wskaźników karmienia piersią odsetek kobiet karmiących po urodzeniu maleje sukcesywnie. Utrzymuje się wprawdzie procent kobiet, które rozpoczynają karmienie tuż po urodzeniu (98%), ale już w 6 tygodni po porodzie maleje on do 46%, a następnie do 42% w okresie od 2. do 6. miesiąca życia dziecka i wynosi odpowiednio 17% i 11,9% w 9. i 12. miesiącu. Są to wyniki spójne z tymi, które uzyskały w swoich badaniach Królak-Olejek i Hordowicz [24]. Autorki, szacując odsetek kobiet karmiących piersią po porodzie w szpitalu oraz po 2., 4., 6. i 12. miesiącu, uwzględniły dodatkowo w swoich analizach podział na karmienie piersią ogólnie oraz wyłączone karmienie piersią. Liczby wskazują na znacznie mniejszy procent kobiet karmiących w ten sposób, np. tuż po urodzeniu było to 97% karmiących piersią, ale tylko 75% karmiących wyłącznie piersią, zaś w 6. miesiącu odpowiednio: 48% i 4%.

Wśród przyczyn zakończenia karmienia w cytowanych badaniach kobiety najczęściej podawały zanik laktacji, uznany przez matkę za odpowiedni czas na odstawienie dziecka od piersi [22], czy nienajadanie się przez dziecko pokarmem matki [24]. Wśród czynników wpływających na decyzję zarówno o rozpoczęciu karmienia, jak i czasie jego trwania wymienia się m.in. edukację przedporodową, a następnie wsparcie laktacyjne [25, 26]. Mimo wytycznych dotyczących karmienia piersią zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2012 r. [27] wiele kobiet nie otrzymuje rzetelnych informacji na temat korzyści płynących z karmienia piersią – np. według danych zamieszczonych w Raporcie Centrum Nauki o Laktacji aż 64% spośród ponad 2 tys. ankietowanych

nie otrzymało takich informacji od lekarza pediatry [28]. W publikacjach podejmujących problematykę karmienia piersią w kontekście poziomu wiedzy i postaw personelu medycznego wobec karmienia piersią oraz edukacji wspierającej ciężarną i położnicę w radzeniu sobie z potencjalnymi niepowodzeniami w karmieniu brakuje często informacji na temat karmienia piersią i depresji poporodowej. Zalecenia koncentrują się najczęściej jedynie na korzyściach dla zdrowia somatycznego dziecka wynikających z karmienia mlekiem matki. Niejednokrotnie pominięta zostaje też rola czynników o charakterze psychologicznym w przebiegu tego sposobu żywienia dziecka.

Prowadzone w ostatnich latach badania mają również na celu zweryfikowanie związku karmienia piersią z występowaniem i nasileniem objawów depresji poporodowej. Liczne doniesienia światowe nie przynoszą jednak w pełni jednoznacznych rezultatów. Większość badaczy podkreśla protekcyjną rolę karmienia dla wystąpienia depresji poporodowej. Przykładowo, w badaniach Kendall-Thackett [29] matki karmiące wyłącznie piersią rzadziej zgłaszały objawy obniżonego nastroju w porównaniu z matkami karmiącymi w sposób mieszany lub tylko mlekiem modyfikowanym. Inne badania wskazują na negatywną korelację czasu trwania karmienia i objawów depresji poporodowej – im dłużej trwało karmienie, tym niższe było prawdopodobieństwo wystąpienia depresji poporodowej [13, 30]. Według rezultatów przeglądu systematycznego na temat karmienia piersią i depresji z 2015 r. [31] czas trwania karmienia piersią jest związany z występowaniem objawów depresji poporodowej prawie we wszystkich z analizowanych 48 artykułów – w kilku przypadkach depresja poporodowa ma przewidywać i być przewidywana przez czas zakończenia karmienia piersią, zaś obecność objawów depresji współwystępuje z krótszym łącznym czasem karmienia. Część badaczy donosi jednak, że kobiety karmiące piersią znajdują się w grupie ryzyka wystąpienia depresji poporodowej [32, 33] lub że depresja poporodowa jest powszechniejsza wśród matek karmiących piersią [34]. Istnieją również prace niepotwierdzające żadnej zależności między depresją poporodową a rodzajem karmienia [35, 36].

Ponieważ tak różnorodny obraz relacji karmienia piersią z depresją po porodzie utrudnia zrozumienie tej zależności, zwrócono uwagę na psychologiczne aspekty karmienia i ich rolę w rozwoju choroby. Stosunkowo najczęściej wymienia się m.in. wpływ wcześniejszej postawy bądź intencji wobec karmienia piersią, negatywnych lub pozytywnych doświadczeń oraz poczucia skuteczności matki w karmieniu piersią na wystąpienie depresji poporodowej [31]. Przykładowo, w badaniach Galler i wsp. [37] pozytywne nastawienie wobec karmienia w 7. tygodniu od urodzenia dziecka korelowało z niskim nasileniem depresji zarówno 7 tygodni po porodzie, jak i 6 miesięcy później. Insaf i wsp. [38] wykazali dodatkowo, że objawy depresji w 27,7. tygodniu po porodzie korelowały ujemnie z wcześniejszym pragnieniem, by karmić

dziecko piersią. Zarówno nowsze [39], jak i starsze [40] badania potwierdzały, że negatywna postawa wobec karmienia piersią związana była z występowaniem objawów depresji poporodowej, podobnie jak niskie poczucie pewności w związku z karmieniem [41].

Oprócz nastawienia matki wobec karmienia piersią podkreśla się coraz częściej rolę, jaką w występowaniu depresji poporodowej odgrywa poczucie własnej skuteczności w karmieniu piersią. W badaniach Hagi i wsp. [42] było ono predyktorem niskiego poziomu objawów depresyjnych, zarówno w okresie połogu (5.–6. tydzień), jak i w kolejnych miesiącach po porodzie (3. i 6. miesiąc), z kolei według Zubaran i Foresti [43] jego niski poziom korelował z wysokim nasileniem objawów depresji poporodowej. Podjęto również próbę sprawdzenia, czy przebieg ciąży jest czynnikiem, który może różnicować związek poczucia skuteczności w karmieniu z depresją poporodową. Rezultaty wskazały, że było ono równie silnym predyktorem wystąpienia objawów depresji poporodowej u kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, jak i przebiegającej prawidłowo [44]. W badaniu Abuchaim i wsp. [45] umiarkowany i wysoki poziom skuteczności w karmieniu obniżał nasilenie objawów depresji odpowiednio o ponad 27% i prawie 9%, podczas gdy wysokie wyniki uzyskane dla depresji poporodowej obniżały poczucie skuteczności w karmieniu piersią o blisko 12 punktów.

CEL PRACY

Wyniki dotychczasowych badań wskazują, że rola, jaką karmienie piersią może odgrywać w występowaniu depresji poporodowej, odnosi się nie tyle do samego faktu karmienia, ile do różnych aspektów związanych z jego przebiegiem. Jednym z nich jest poczucie skuteczności w karmieniu piersią. Celem prezentowanych badań było określenie nasilenia objawów depresji poporodowej w odniesieniu do poziomu poczucia skuteczności w karmieniu piersią oraz wyłonienie predyktorów poczucia skuteczności w karmieniu piersią spośród objawów depresji poporodowej. Badania miały charakter eksploracyjny, nie postawiono hipotez kierunkowych. Założono, że istnieją różnice w nasileniu oraz w charakterystyce objawów depresji poporodowej w zależności od poziomu własnej skuteczności u karmiących piersią kobiet.

MATERIAŁ I METODY

Prezentowane badania stanowią część większego projektu dotyczącego rozpoznawania czynników ryzyka depresji poporodowej realizowanego w latach 2008–2011. Badaniem objęto 144 kobiety, które karmiły piersią swoje dziecko. Kryterium doboru do próby były: ukończony 18. rok życia w momencie przystąpienia do badania, urodzenie dziecka w ciągu ostatnich 12 tygodni, prawidłowy przebieg ciąży i porodu oraz karmienie wyłącznie piersią, a także wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu.

Uczestniczki były rekrutowane w przychodniach ginekologicznych, szkołach rodzenia, a ponadto na portalach i forach internetowych poświęconych ciąży i macierzyństwu. Po wyrażeniu zgody na udział w badaniach respondentki wypełniały zestaw kwestionariuszy metodą papier-ołówek. Ponieważ jedną ze zmiennych analizowanych w badaniach były objawy depresji poporodowej, osoby biorące w nich udział zostały poinformowane, że na życzenie otrzymają listę placówek, do których będą mogły się zgłosić w celu uzyskania pomocy psychologicznej. Udział w badaniu był dobrowolny. Kobiety nie otrzymywały żadnego wynagrodzenia i zostały poinformowane o przeznaczeniu wyników wyłącznie do celów naukowych.

Wykorzystane zostały następujące narzędzia:

1. Ankieta personalna – opracowana na potrzeby badania ankieta służąca zebraniu danych socjodemograficznych, a także informacji dotyczących przebiegu ciąży i porodu oraz samopoczucia fizycznego w okresie okołoporodowym.
2. Skala do pomiaru depresji poporodowej (*Postpartum Depression Screening Scale*, PDSS) [46] w adaptacji K. Kossakowskiej [47]. Skala PDSS służy do oceny obecności, nasilenia oraz charakteru symptomów depresji pojawiającej się w związku z narodzinami dziecka [46]. Jest wykorzystywana w badaniach skriningowych w celu identyfikacji kobiet, które znajdują się w grupie ryzyka depresji poporodowej, zgodnie z kryteriami DSM-IV-TR. Narzędzie składa się z 35 stwierdzeń ocenianych na pięciostopniowej skali Likerta (od 1 – *zdecydowanie nie zgadzam się* do 5 – *zdecydowanie zgadzam się*). Wypełniając kwestionariusz PDSS, matki zakreślają odpowiedź, która najlepiej oddaje ich samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni. PDSS pozwala ocenić trudności w siedmiu wymiarach (w nawiasach podano sugerowane punkty odcięcia, powyżej których przyjmuje się obecność mierzonej trudności): kłopoty ze snem/jedzeniem (≥ 14); niepokój/niepewność (≥ 15); wahania nastroju (≥ 15); chaos psychiczny (≥ 14); poczucie utraty własnego JA (≥ 13); poczucie winy/wstydu (≥ 13); myśli samobójcze (≥ 5). Każdy wymiar składa się z pięciu twierdzeń, które opisują, jak matka może się czuć po narodzinach swojego dziecka. Końcowy wynik PDSS mieści się w przedziale 35–175 punktów, natomiast wynik możliwy do uzyskania dla każdego z wymiarów w przedziale 5–35 punktów. Wynik ogólny ≥ 80 punktów wskazuje na wysokie nasilenie objawów depresji, wynik w granicach 60–79 punktów na umiarkowane nasilenie objawów depresji, zaś wynik ≤ 59 punktów na normalne przystosowanie. Rzetelność oryginalnego kwestionariusza jest wysoka, a współczynnik α Cronbacha dla wyniku ogólnego wynosi 0,97 i od 0,83 do 0,94 dla poszczególnych wymiarów. W polskich badaniach adaptacyjnych uzyskano odpowiednio wyniki 0,97 oraz od 0,73 do 0,92 [43].
3. Kwestionariusz do oceny własnej skuteczności w karmieniu piersią – wersja skrócona (*Breastfeeding Self-*

-*Efficacy Scale Short Form*, BSES-SF) [48], w adaptacji K. Wutke, C-L. Dennis [49]. Kwestionariusz BSES służy do oceny przez karmiące piersią matki własnej skuteczności w karmieniu dziecka. Wersja skrócona zawiera 14 twierdzeń opisujących, jak pewnie czuje się kobieta, jeśli chodzi o karmienie piersią nowo narodzonego dziecka. Respondentki udzielają właściwej dla siebie odpowiedzi na pięciopunktowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza *zdecydowanie nie*, zaś 5 – *zdecydowanie tak*. Wyniki ogólne skali wahają się w przedziale od 14 do 70 punktów, a ich interpretacja zakłada, że więcej punktów oznacza większą pewność siebie, a więc większą skuteczność w karmieniu. Rzetelność skali oszacowano, obliczając współczynnik α Cronbacha, który dla polskiej wersji językowej wyniósł 0,89. Wyniki polskich badań adaptacyjnych wskazują ponadto na wysoką moc predykcyjną narzędzia co do pomiaru czasu trwania bądź zaprzestania karmienia w 8. i 16. tygodniu po porodzie [45].

ANALIZA STATYSTYCZNA

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego PS IMAGO 24. Wyniki testu Shapiro-Wilka wykazały brak normalności rozkładu dla analizowanych zmiennych, dlatego w dalszej analizie zastosowano test *U* Manna-Whitneya, test rang Kruskala-Wallisa w celu określenia różnic między grupami, a także jednoczynnikową analizę regresji w celu określenia wpływu zmiennych. Przyjęty został poziom istotności $\alpha = 0,05$.

WYNIKI

CHARAKTERYSTYKA SOCJODEMOGRAFICZNA I GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZA BADANEJ GRUPY

Średni wiek w badanej populacji wyniósł 28,19 ($SD = 4,17$, min. = 19, maks. = 39). Średni czas, jaki upłynął od urodzenia dziecka, wyniósł 5,16 tygodnia ($SD = 1,44$, min. = 1; maks. = 12). Większość ankietowanych stanowiły kobiety z wyższym wykształceniem (68,8%), pozostające w związku małżeńskim (88,2%), które urodziły swoje pierwsze (77,1%), planowane dziecko (85,4%) w drodze porodu naturalnego (70,8%). Dokładną charakterystykę socjodemograficzną wraz z danymi o charakterze ginekologiczno-położniczym przedstawia tabela 1.

OBJAWY DEPRESJI POPORODOWEJ

W pierwszej kolejności sprawdzono nasilenie objawów depresji poporodowej w badanej grupie. Analiza rezultatów wskazuje, że badane matki ($N = 144$) uzyskały na skali ogólnej PDSS wynik średni wynoszący 62,21 ($SD = 20,73$), na podstawie którego można stwierdzić, że cechuje je umiarkowane nasilenie objawów depresji. Analiza rozkładu liczebności wskazuje, że ponad 50% badanej populacji nie doświadcza w ogóle objawów depresji poporodowej, podczas gdy u blisko 1/5 badanych kobiet objawy depresji poporodowej mają wysokie nasilenie (tab. 2).

TABELA 1. Charakterystyka badanej populacji ($N = 144$)

Cecha		<i>n</i>	%
wykształcenie	wyższe	99	68,8
	średnie	43	29,9
	średnie zawodowe	2	1,4
sytuacja materialna	bardzo dobra	1	0,7
	dobra	31	21,5
	przeciętna	107	74,3
	zła	5	3,5
stan cywilny	w związku małżeńskim	127	88,2
	w związku nieformalnym	17	11,8
doświadczenia prokreacyjne	pierwsza ciąża	111	77,1
	druga i kolejna ciąża	33	23,0
czy ciąża była planowana	tak	123	85,4
	nie	21	14,6
czy ciąża była chciana	tak	144	100
sposób porodu	naturalny	102	70,8
	cesarskie cięcie	42	29,2

TABELA 2. Rozkład wyników w skali PDSS z uwzględnieniem nasilenia objawów

	<i>M</i>	<i>SD</i>	min.	maks.	Nasilenie depresji poporodowej		
					Brak (≤ 59 pkt w PDSS)	Umiarkowane (60–79 pkt w PDSS)	Wysokie (≥ 80 pkt w PDSS)
Wyniki w skali PDSS <i>N</i> = 144	62,21	20,73	35	133	<i>n</i> = 74 (71,4%)	<i>n</i> = 42 (29,2%)	<i>n</i> = 28 (19,4%)

TABELA 3. Charakterystyka objawów depresji poporodowej w badanej grupie kobiet – rozkład wyników dla siedmiu wymiarów w skali PDSS z uwzględnieniem wyników poniżej i powyżej punktu odcięcia

Lp.	Wymiary w PDSS	<i>M</i>	<i>SD</i>	min.	maks.	Nasilenie trudności	
						Trudności nieobecne (poniżej punktu odcięcia)	Trudności obecne (powyżej punktu odcięcia)
1.	Kłopoty ze snem/jedzeniem	8,74	4,01	5	21	<i>n</i> = 126 (87,5%)	<i>n</i> = 18 (12,5%)
2.	Niepokój/niepewność	11,11	3,66	5	21	<i>n</i> = 129 (89,6%)	<i>n</i> = 15 (10,4%)
3.	Wahania nastroju	11,39	4,81	5	23	<i>n</i> = 113 (78,5%)	<i>n</i> = 31 (21,5%)
4.	Chaos psychiczny	9,42	4,05	5	21	<i>n</i> = 122 (84,7%)	<i>n</i> = 22 (15,3%)
5.	Poczucie utraty własnego JA	7,62	3,39	5	21	<i>n</i> = 135 (93,8%)	<i>n</i> = 9 (6,3%)
6.	Poczucie winy/wstydu	8,13	3,68	5	21	<i>n</i> = 128 (88,9%)	<i>n</i> = 16 (11,1%)
7.	Myśli samobójcze	5,78	2,10	5	18	<i>n</i> = 126 (87,5%)	<i>n</i> = 18 (12,5%)

TABELA 4. Porównanie poczucia skuteczności w zależności od liczby posiadanych dzieci

Zmienna	Pierwsze dziecko (<i>n</i> = 111)		Drugie i kolejne dziecko (<i>n</i> = 33)		Test <i>U</i> Manna-Whitneya	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Poczucie skuteczności w karmieniu piersią – wynik ogólny w skali BSES	53,64	10,95	58,59	11,19	-2,452	0,014

Kolejnym krokiem było dokonanie charakterystyki badanej grupy pod względem poszczególnych objawów depresji poporodowej. Badane kobiety uzyskały kolejno najwyższe średnie w zakresie skal mierzących wahania nastroju, niepokój/niepewność oraz chaos psychiczny. Dodatkowo wyniki ujawniły, że od 6,3% do 21,5% matek sygnalizowało takie nasilenie objawów, które oznaczało obecność mierzonej trudności (tj. powyżej określonych punktów odcięcia) w zakresie poszczególnych wymiarów skali PDSS. Wyniki przedstawia tabela 3.

POCZUCIE SKUTECZNOŚCI W KARMIENIU PIERSIĄ

W następnym kroku podjęto próbę określenia poziomu poczucia skuteczności w karmieniu piersią badanych kobiet. Średni wynik ogólny w skali BSES w prezentowanych badaniach wyniósł 54,74 punkty (*SD* = 11,28; min. = 27, maks. = 70). W badanej populacji wyniki niskie

(wyniki poniżej wartości średniej pomniejszonej o wartość odchylenia standardowego) mieściły się w granicach 0–43 punkty (*n* = 29; 20,1% badanej populacji), umiarkowane (wynik średni ± odchylenie standardowe) w granicach 44–66 punktów (*n* = 40; 27,8%), a wysokie (wyniki powyżej wartości średniej powiększonej o wartość odchylenia standardowego) powyżej 67 punktów (*n* = 75; 52,1%).

Przyjmując, że wcześniejsze doświadczenia prokreacyjne mogą wpływać na poczucie skuteczności w karmieniu piersią, sprawdzono, czy istnieją różnice w poczuciu skuteczności w zależności od liczby posiadanych dzieci. W tym celu porównano kobiety, które po raz pierwszy zostały matkami (*n* = 111), z kobietami, dla których ciąża była drugą lub kolejną (*n* = 33). Wyniki testu *U* Manna-Whitneya pokazały istotną statystycznie różnicę pomiędzy grupami. Poczucie skuteczności w karmieniu okazało się istotnie statystycznie wyższe w grupie kobiet, które już wcześniej doświadczyły macierzyństwa

($Z(2,142) = -2,452, p < 0,05$) (tab. 4). Jednak współczynnik d Cohena zastosowany w celu oszacowania wielkości efektu wyniósł $d = -0,475$, co wskazuje małą siłę uzyskanych różnic. W związku z tym w dalszym kroku zrezygnowano z porównywania średnich wyników dla każdego z wymiarów wśród wieloródek i pierworódek.

NASILENIE OBJAWÓW DEPRESJI A POCZUCIE SKUTECZNOŚCI KARMIAĄCYCH KOBIET

W dalszej części prowadzonych badań sprawdzono, czy istnieją różnice w nasileniu objawów depresyjnych u karmiących matek w zależności od poziomu poczucia własnej skuteczności w karmieniu piersią. Wyniki testu rang Kruskala-Wallisa wskazują na istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami: $\chi^2(2, N = 144) = 47,564; p < 0,001$. Kobiety z niskim poziomem własnej skuteczności w karmieniu piersią miały najbardziej nasilone objawy depresji poporodowej ($M = 84,38; SD = 21,62$) i odwrotnie – kobiety, których poczucie skuteczności w karmieniu było wysokie, miały najslabiej nasilone objawy depresji poporodowej ($M = 52,27; SD = 14,00$). Podobne rezultaty uzyskano, porównując średnie wyniki dla każdego z wymiarów mierzonych za pomocą skali PDSS. Kobiety z grupy z wysokim poczuciem własnej skuteczności w karmieniu piersią miały najniższe wyniki w obszarze kłopotów ze snem i jedzeniem, najniższy poziom niepokoju i wahań nastroju, a także kolejno – najniższe poczucie chaosu psychicznego, utraty własnego JA, winy i wstydu oraz najniższe nasilenie myśli samobójczych. Wyniki przedstawia tabela 5.

Sprawdzono także korelację pomiędzy poczuciem skuteczności w karmieniu piersią a objawami depresji poporodowej. Współczynnik korelacji ρ -Spearmana wyższy niż 0,5 odnotowano dla związku poczucia skuteczności w karmieniu z ogólnym poziomem depresji poporodowej ($R = -0,585, p < 0,01$) oraz z chaosem psychicznym ($R = -0,542, p < 0,01$). Istotne, choć niższe wartości współ-

czynnika korelacji odnotowano dla relacji poczucia skuteczności w karmieniu i poczucia winy/wstydu ($R = -0,494, p < 0,01$), wahania nastroju ($R = -0,485, p < 0,01$), poczucia utraty własnego JA ($R = -0,482, p < 0,01$), niepokoju/niepewności ($R = -0,435, p < 0,01$) oraz myśli samobójczych ($R = -0,418, p < 0,01$). Najslabsza korelacja wystąpiła pomiędzy poczuciem skuteczności w karmieniu a trudnościami ze snem/jedzeniem ($R = -0,340, p < 0,01$). Wszystkie korelacje miały charakter ujemny, co oznacza, że wysokie nasilenie poszczególnych grup objawów wiązało się z niskim poziomem poczucia skuteczności w karmieniu.

OBJAWY DEPRESJI WPŁYWAJĄCE NA POCZUCIE SKUTECZNOŚCI W KARMIENIU PIERSIĄ

W ostatnim kroku, w celu określenia, która grupa objawów depresji poporodowej w największym stopniu determinuje poczucie skuteczności w karmieniu, zastosowano wielokrotną regresję liniową. Wśród zmiennych objaśniających poczucie skuteczności w karmieniu znalazły się kolejno kłopoty ze snem/jedzeniem, niepokój/niepewność, wahania nastroju, chaos psychiczny, poczucie utraty własnego JA, poczucie winy/wstydu oraz myśli samobójcze.

Analiza regresji wykazała, że łącznie wprowadzone zmienne wyjaśniają blisko 40% wariacji zmiennej objaśnianej (tab. 6). Na podstawie rezultatów można uznać, że 35% wpływu na poczucie skuteczności w karmieniu piersią w grupie badanych kobiet ma poczucie chaosu psychicznego, natomiast poczucie winy i/lub wstydu stanowi ok. 5%. Pozostałe 60% uzależnione jest od wpływu innych czynników.

DYSKUSJA

W artykule przedstawione zostały rezultaty badania dotyczącego różnic w nasileniu i w charakterystyce objawów depresji poporodowej w zależności od poziomu

TABELA 5. Nasilenie objawów depresji poporodowej – porównanie średnich wyników w odniesieniu do poziomu skuteczności w karmieniu

	Poczucie skuteczności w karmieniu piersią			test Kruskala-Wallisa	
	Niskie $n = 29$	Umiarkowane $n = 40$	Wysokie $n = 75$	$\chi^2(df)$	p
	$M(SD)$	$M(SD)$	$M(SD)$		
Nasilenie objawów depresji – wynik ogólny w PDSS	84,38 (21,62)	64,77 (17,52)	52,00 (14,00)	47,564 (2)	< 0,001
Wymiary w skali PDSS					
Kłopoty ze snem/jedzeniem	11,14 (5,09)	9,57 (4,12)	7,37 (2,78)	17,225 (2)	< 0,001
Niepokój/niepewność	13,86 (3,59)	11,57 (3,04)	9,80 (3,36)	26,140 (2)	< 0,001
Wahania nastroju	15,72 (4,80)	11,77 (4,23)	9,51 (3,95)	31,752 (2)	< 0,001
Chaos psychiczny	13,72 (4,18)	9,85 (3,47)	7,53 (2,78)	42,332 (2)	< 0,001
Poczucie utraty własnego JA	11,14 (4,10)	7,70 (3,13)	6,23 (1,95)	39,532 (2)	< 0,001
Poczucie winy/wstydu	11,48 (4,59)	8,40 (3,25)	6,69 (2,49)	28,808 (2)	< 0,001
Myśli samobójcze	7,31 (3,29)	5,87 (2,29)	5,13 (0,53)	26,646 (2)	< 0,001

TABELA 6. Współczynniki analizy regresji dla predyktorów skuteczności w karmieniu piersią

Zmienne w równaniu	R	R ²	b	t	p
krok 1 chaos psychiczny	0,593	0,352	-0,593	-8,780	< 0,001
krok 2 chaos psychiczny poczucie winy/wstydu	0,626	0,391	-0,407 -0,272	-4,516 -3,023	< 0,001 < 0,005

własnej skuteczności u kobiet karmiących wyłącznie piersią oraz predyktorów poczucia skuteczności w karmieniu piersią. Analiza wyników pokazuje, że ok. 48% badanej populacji ma objawy depresji poporodowej (29,2% – objawy umiarkowane, 19,4% – objawy nasilone). Jest to odsetek znacznie większy niż uzyskiwany w badaniach światowych [50]. Podobnie wysoki odsetek kobiet z objawami depresji poporodowej uzyskano jedynie w badaniach pakistańskich z udziałem 129 kobiet [51]. W badanej populacji taki rezultat może wynikać z braku polskich norm dla narzędzia wykorzystanego do rozpoznania depresji poporodowej (skali PDSS) i wymaga ostrożnej interpretacji. Nie bez znaczenia dla nasilenia objawów depresji poporodowej w badanej grupie kobiet może być również czas, jaki upłynął od porodu. Średnio jest to 5. tydzień połogu, a więc okres, kiedy wiele kobiet doświadcza objawów tzw. *baby blues*, czyli smutku poporodowego. Smutek poporodowy występuje znacznie powszechniej (39–85% kobiet), a jego objawy są zbliżone do objawów depresji poporodowej (obniżony nastrój, płaczliwość, drażliwość, labilność emocjonalna, zaburzenia snu i łaknienia) i ustępują zwykle po około dwóch tygodniach [35]. Być może uzyskane wyniki u części kobiet dotyczą właśnie objawów smutku poporodowego. Nie zmienia to jednak faktu, że badane kobiety zgłaszają obecność objawów depresyjnych.

Analiza charakteru tych dolegliwości pokazuje, że najczęściej występują wahania nastroju (21,5% badanych), co wskazuje na brak stabilności emocjonalnej i najczęściej manifestuje się nadmierną płaczliwością, poirytowaniem lub tendencją do wybuchania złością, co może potwierdzać wcześniejszą sugestię, że deklarowane dolegliwości związane są z objawami *baby blues*. Ponad 15% badanych ma objawy chaosu psychicznego oraz poczucie winy i wstydu (11,1% badanych). Objawy somatyczne charakterystyczne dla depresji – kłopoty ze snem i zaburzenia łaknienia – to problem 12,5% badanych, zaś niepokoje związane z nową rolą – 10,5%. Najrzadziej (6,3%) występują sytuacje, w których kobieta czuje, że traci poczucie realnego JA, w związku z czym może odczuwać obawę, że nigdy nie będzie się czuła „normalnie”. Jest to spójne z założeniem, iż uzyskane wyniki ze względu na brak polskiej normalizacji zastosowanego narzędzia wskazują raczej na obecność objawów smutku poporodowego, wśród których nie jest obecne poczucie takiego odrealnienia¹.

¹W tym miejscu należy jednak zaznaczyć, że podskala „poczucie utraty własnego JA”, do której odnoszą się wspomniane wyniki, nie służy do rozpoznania symptomów psychotycznych.

Jednocześnie, pomimo wysokiego odsetka kobiet z umiarkowanymi lub nasilonymi objawami depresji poporodowej, ponad połowa badanych (52,1%) deklaruje wysokie poczucie skuteczności w karmieniu piersią. Z analizy porównawczej wyników odnoszących się do nasilenia depresji poporodowej, zarówno w zakresie wyniku ogólnego, jak i poszczególnych wymiarów wchodzących w skład skali PDSS, wynika, że kobiety, u których objawy depresji były najbardziej nasilone, charakteryzował najniższy poziom własnej skuteczności w karmieniu piersią. Analogicznie – kobiety z wysokim poczuciem skuteczności w karmieniu to te, u których nasilenie objawów depresyjnych okazało się najniższe. Występowanie ujemnych korelacji pomiędzy poczuciem skuteczności w karmieniu piersią a wynikiem ogólnym i wynikami uzyskanymi dla poszczególnych wymiarów skali PDSS jest spójne z wcześniejszymi doniesieniami [42–44].

Ponieważ koncepcja poczucia skuteczności w karmieniu piersią oparta jest na teorii Bandury [50], pozwala to oczekiwać wyższego poziomu skuteczności u kobiet, które karmiły już piersią (bądź karmią obecnie) starsze dziecko. Rzeczywiście, podobnie jak w badaniach adaptacyjnych nad polską wersją językową BSES-SF, poczucie skuteczności własnej w karmieniu piersią było nieznacznie wyższe u wieloródek [53]. Chociaż siła tego efektu nie była duża, wynik ma charakter optymistyczny. Jeśli bowiem poczucie skuteczności w karmieniu ma obniżyć ryzyko wystąpienia depresji poporodowej, to świadomość, że jego poziom może ulec zmianie (z niższego na wyższy), również może stanowić czynnik protekcyjny dla rozwinięcia się choroby. Wskazuje ono ponadto na rolę, jaką w profilaktyce depresji poporodowej może odegrać właściwe i skuteczne wsparcie laktacyjne.

Próba nakreślenia predyktorów poczucia skuteczności w karmieniu piersią pokazała, że spośród objawów depresji najsilniej wpływają na nie chaos psychiczny oraz poczucie winy i wstydu. Na chwilę obecną znane są tylko jedno badania, w których wykorzystano jednocześnie kwestionariusz do oceny własnej skuteczności w karmieniu piersią (BSES-SF) oraz skalę PDSS, pozwalającą nie tylko na obliczenie ogólnego poziomu nasilenia objawów depresji, ale również określenie obszarów największych trudności [43]. W analizie wyników pominięto wyniki w podskalach, autorzy zwracają jednak uwagę, że poczucie winy w parze z krytycyzmem jest w wyjaśnianiu depresji poporodowej kluczowe [53]. Rzeczywiście, jeśli karmienie piersią przebiega z komplikacjami, a matka przeżywa chaos psychiczny, w tym trudności w koncen-

tracji na zadaniach lub w podejmowaniu decyzji, można spodziewać się, że będą one wpływały na poczucie niepowodzenia w karmieniu. Jeśli dodatkowo towarzyszy temu presja ze strony otoczenia i nacisk na karmienie piersią, łatwo o poczucie winy oraz wstydu wynikające z przekonania o własnej niekompetencji w roli matki, a więc także o poczucie braku lub niskiej skuteczności w karmieniu dziecka. Zdaniem Kingston, Dennis i Sword [54] brak poczucia pewności i skuteczności w karmieniu zwiększa ok. trzykrotnie prawdopodobieństwo zakończenia karmienia w czasie krótszym niż początkowo zakładany.

WNIOSKI

1. Wśród predyktorów poczucia skuteczności w karmieniu piersią największą rolę odgrywają chaos psychiczny u matki i przeżywanie wstydu oraz poczucia winy.
2. Matki, które doświadczały najbardziej nasilonych objawów depresji poporodowej, cechował najniższy poziom własnej skuteczności w karmieniu piersią.
3. Ponieważ niskie poczucie skuteczności w karmieniu piersią może sprzyjać skróceniu czasu trwania karmienia mlekiem matki, identyfikacja kobiet z grupy ryzyka wczesnego zakończenia karmienia powinna uwzględniać – obok socjodemograficznych i medycznych – także psychologiczne aspekty wpływające po podjęciu i przebiegu karmienia piersią.
4. Istnieje potrzeba uzupełnienia programów edukacyjnych i profilaktycznych w zakresie laktacji o działania wspierające matki małych dzieci w radzeniu sobie z objawami zaburzeń nastroju, a także rozwijające poczucie skuteczności w karmieniu naturalnym na różnych jego etapach.

PODZIĘKOWANIE

Badania były częścią większego projektu finansowanego z grantu 545/44 przyznanego na Wydziale Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego.

OŚWIADCZENIE

Autorka deklaruje brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *Int Rev Psychiatr* 1996; 8: 37-54.
2. Thome M. Predictors of postpartum depressive symptoms in Icelandic women. *Arch Womens Ment Health* 2000; 3: 7-14.
3. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001; 50: 275-85.
4. Inandi T, Cinar O, Ozturk EA i wsp. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 1201-1207.
5. Reroń A, Gierat B, Huras H. Ocena częstotliwości występowania depresji poporodowej. *Ginekol Prakt* 2004; 3: 32-35.
6. Green K, Broome H, Mirabella J. Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. *Psychol Health Med* 2006; 11: 425-431.
7. Pużyński S, Wciórka J (red.). ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalus”, Instytut Psychiatrii i Neurologii 2000.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, 2013.
9. Nylen K, Moran T, Franklin C i wsp. Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Inf Ment Health J* 2006; 27: 327-343.
10. Pitt B. Atypical Depression Following Childbirth. *Br J Psychiatry* 1968; 114: 1325-1335. doi: 10.1192/bjp.114.516.1325.
11. Born L, Zinga D, Steinem M. Challenges in identifying and diagnosing postpartum disorders. *Prim Psychiatry* 2004; 11: 29-36.
12. Dunkel-Schetter C, Gurung R, Lobel M i wsp. Stress processes in pregnancy and birth: psychological, biological, and sociocultural influences. W: A. Baum, TA Revenson, JE Singer (red.). *Handbook of Health Psychology*. Hillsdale New Jersey: Lawrence Erlbaum 2002: 495-518
13. Murray L, Halligan SL, Cooper PJ. Effects of postnatal depression on mother-infant interactions, and child development. W T Wachs, G Bremner (red.). Vol. 192-220. Wiley-Blackwell (*Handbook of Infant Development*) 2010.
14. Letourneau NL, Dennis CL, Benzies K i wsp. Postpartum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues Ment Health Nurs* 2012; 33: 445-457.
15. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA i wsp. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005; 115: 496-506.
16. Bagci Bosi AT, Eriksen KG, Sobko T i wsp. Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States. *Public Health Nutr* 2016; 19: 753-764. doi: 10.1017/S1368980015001767.
17. Szajewska H, Horvath A, Rybak A i wsp. Karmienie piersią. *Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci*. *Stand Med Pediatr* 2016; 13: 9-24.
18. Hahn-Holbrook J, Schetter CD, Haselton M. Breastfeeding and maternal mental and physical health. W: MV Spiers, PA Geller, JD Kloss (red.). *Women's Health Psychology*. Hoboken New Jersey: John Wiley & Sons 2013: 414-439.
19. World Health Organization & UNICEF (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: World Health Organization. Źródło: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf?ua=1&ua=1> [dostęp: 12.09.2017].
20. Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Part 1 Definitions Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2008. Źródło: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43895/1/9789241596664_eng.pdf [dostęp: 12.09.2017].
21. Szyber B, Nehring-Gugulska M. Bariery dla karmienia piersią – raport o stanie karmienia piersią w Polsce. *Centrum Nauki o Laktacji* 2012.
22. Kaczorowska M, Bulsa K, Bulsa M i wsp. Karmienie piersią w teorii i praktyce w regionie Pomorza Zachodniego. *Pediatr Pol* 2016; 91: 199-207. doi: 10.1016/j.pepo.2016.03.009.
23. Szyber B, Nehring-Gugulska M. Karmienie piersią w Polsce – raport 2015. Szyber Źródło: http://femaltiker.pl/wp-content/uploads/2015/05/Raport_Karmienie_Piersia_w_Polsce_20151.pdf [dostęp: 31.10.2017].
24. Królak-Olejnik B, Hordowicz M. Ocena sposobu żywienia noworodków i niemowląt do 12. miesiąca życia – wielośrodkowe badanie ankietowe. *Stand Med Pediatr* 2016; 13: 1057-1063.
25. McInnes RJ, Love JG, Stone DH. Evaluation of a community-based intervention to increase breastfeeding prevalence. *J Pub Health Med* 2000; 22: 138-145.

26. Gawęda A, Woś H. Karmienie naturalne oraz czynniki warunkujące jego długość u dzieci z terenu Górnego Śląska, *Nowa Pediatrya* 2007; 1: 5-10.
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1132).
28. Karmienie piersią w Polsce. Raport 2015. Patronat merytoryczny Centrum Nauki o Laktacji, na zlecenie organizatora kampanii Mleko Mamy Rządu.
29. Kendall-Tackett K, Cong Z, Hale TW. The effect of feeding method on sleep duration, maternal well-being and postpartum depression. *Clinical Lactation* 2011; 2: 22-26.
30. Josefsson A, Sydsjo G. A follow-up study of postpartum depressed women: Recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10: 141-145.
31. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord* 2015; 171: 142-154.
32. Alder EM, Cox JL. Breastfeeding and post-natal depression. *J Psychosom Res* 1983; 27: 139-144.
33. Alder E, Bancroft J. The relationship between breast feeding persistence, sexuality and mood in postpartum women. *Psychol Med* 1988; 18: 389-396.
34. Brockington I. *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press 1996.
35. Wasilewska-Pordes M. *Depresja porodowa*. Kraków: Wydawnictwo Radamsa 2000.
36. Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatrica* 2007; 96: 590-594.
37. Galler JR, Harrison RH, Ramsey F i wsp. Postpartum feeding attitudes, maternal depression and breastfeeding in Barbados. *Infant Behav Dev* 2006; 29: 189-203.
38. Insaf TZ, Fortner RT, Pekow P i wsp. Prenatal stress, anxiety, and depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed among Hispanic women. *J Women's Health*, 2011; 20: 1183-1192.
39. Tamminen T. The impact of mother's depression on her nursing experiences and attitudes during breastfeeding. *Acta Paediatr Scand* 1988; Suppl. 344: 87-94.
40. Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D i wsp. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstetr Gynecol* 2011; 11: 214-221.
41. Flores-Quijano ME, Córdova A, Contreras-Ramírez V i wsp. Risk for postpartum depression, breastfeeding practices, and mammary gland permeability. *J Hum Lact* 2008; 24: 50-57.
42. Haga SM, Ullerber P, Slinning K i wsp. A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Arch Women's Ment Health* 2012; 5: 175-184.
43. Zubaran C, Foresti K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sex Reprod Health* 2013; 4: 9-15.
44. Kossakowska K. Incidence and determinants of postpartum depression among healthy pregnant women and high-risk pregnant women. *Post Psychiatr Neurol* 2016; 25: 1-21.
45. Abuchaim ESV, Torquato CN, Moraes LM i wsp. Postpartum depression and maternal self-efficacy for breastfeeding: prevalence and association. *Acta Paulista de Enfermagem* 2016; 29: 664-670.
46. Beck ChT, Gable RK. *Postpartum depression screening scale*. Manual. Los Angeles. CA: Western Psychological Services 2002.
47. Kossakowska K. *Kwestionariusz rozpoznawania objawów depresji poporodowej – polska adaptacja i psychometryczna ocena kwestionariusza Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) [A Polish adaptation and psychometric evaluation of the Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) for diagnosing symptoms and signs of postnatal depression]*. *Post Psychiatr Neurol* 2012; 21: 123-129.
48. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health* 1999; 22: 399-409.
49. Wutke K, Dennis CL. The reliability and validity of the polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: translation and psychometric assessment. *Int J Nurs Stud* 2007; 44: 1439-1446.
50. O'Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression – a meta analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8: 37-54.
51. 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: 115-121.
52. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84: 191-215.
53. Marrs CR, Durette RT, Ferraro DP i wsp. Dimensions of postpartum psychiatric distress: preliminary evidence for broadening clinical scope. *J Affect Disord* 2009; 115: 100-111.
54. Kingston D, Dennis CL, Sword W. Exploring breast-feeding self-efficacy. *J Perinat Neonat Nurs* 2007; 21: 207-215.