

# Badania przesiewowe w kierunku depresji okresu okołoporodowego: przegląd narzędzi i barier w skriningu

## Screening for perinatal depression: a review of tools and barriers

Sara Suchowiak<sup>1</sup>, Katarzyna Wszotek<sup>2</sup>, Julia Suwalska<sup>3</sup>, Dorota Łojko<sup>3</sup>, Aleksandra Suwalska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zakład Zdrowia Psychicznego, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup>Klinika Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>3</sup>Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2020; 15, 1–2: 60–69

### Adres do korespondencji:

dr hab. Aleksandra Suwalska, prof. UM

Zakład Zdrowia Psychicznego

Katedra Psychiatrii

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

e-mail: [asuwalska@ump.edu.pl](mailto:asuwalska@ump.edu.pl)

### Streszczenie

W okresie okołoporodowym istotnie wzrasta ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych. Depresja poporodowa jest jednym z najczęstszych powikłań tego okresu, a jej rozpowszechnienie ocenia się na 19%. Stanowi ona znaczne obciążenie dla kobiet i ich rodzin, jednak często pozostaje nierozpoznana i nieleczona. Depresja poporodowa negatywnie wpływa na więź z dzieckiem i jego dalszy rozwój. Zgodnie z polskimi standardami organizacji opieki okołoporodowej do zadań położnej lub lekarza sprawującego opiekę nad ciężarną należy ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji u pacjentki pomiędzy 11. a 14. tygodniem ciąży oraz 33. a 37. tygodniem ciąży. Po raz trzeci badanie powinno się odbyć w ciągu miesiąca od porodu. W pracy przedstawiono skale i kwestionariusze oceniające nasilenie objawów depresji, które znajdują zastosowanie w skriningu prowadzonym u kobiet w okresie okołoporodowym. Do najpopularniejszych narzędzi należy *Edynburska Skala Depresji Poporodowej* (EPDS), której użycie do skriningu zarówno wśród kobiet w ciąży, jak i po porodzie zalecają brytyjskie wytyczne NICE (*National Institute of Health and Care Excellence*) oraz Polskie Towarzystwo Położnych. W artykule przedstawiono także wybrane przeszkody w przeprowadzeniu badań przesiewowych. Wśród barier ze strony kobiet można wymienić m.in. chęć radzenia sobie samej, obawę przed nadaniem etykiety osoby chorej psychicznie, stygmatyzacją i odebraniem dziecka. Konieczne jest zapewnienie pacjentce komfortu i empatii, uświadomienie, że opieka w zakresie zdrowia psychicznego jest częścią rutynowej opieki nad kobietą ciężarną oraz poinformowanie o możliwości pomocy. Do utrudnień ze strony osób prowadzących skrining należą brak czasu, przekonanie, że pacjentki nie chcą leczenia przeciwdepresyjnego, lęk przed konsekwencjami prawnymi oraz niewystarczający trening dotyczący skriningu. Poprawę w tym zakresie może przynieść systematyczne uczestniczenie w programach treningowych. Wskazuje się również na obecność stygmatyzujących postaw wśród pracowników opieki zdro-

### Abstract

During the perinatal period, the risk of mental health disorders significantly increases. Perinatal depression is one of the most frequent complications of this period. It is a great burden for both women and their families, yet it frequently remains undiagnosed and untreated. Perinatal depression may have a negative impact on mother-child interactions and further development of the child. According to the Polish Standards of Perinatal Care, midwives and doctors are obliged to assess the risk and severity of depressive symptoms in the 11<sup>th</sup>-14<sup>th</sup> and 33<sup>rd</sup>-37<sup>th</sup> weeks of pregnancy. The third evaluation should take place during the first month after birth. The purpose was to present tools which can be used to screen for perinatal depression. Barriers to perinatal screening for depression are also discussed. Women's most common barriers include a desire to handle mental health problems on their own, being stigmatised and the child being taken away. It is necessary to provide comfort and empathy to the patient, reassure her that mental healthcare is a part of routine perinatal care and inform her where to get help. Health providers' barriers include the lack of time, a belief that patients do not want to be treated for depression, the fear of legal consequences and the lack of training in screening. Regular training programmes might improve the situation. Mental health stigma has also been reported to be widespread among healthcare professionals. A higher priority given to mental health in the undergraduate curriculum and during professional training can contribute to reducing stigma in health care.

**Key words:** screening, questionnaires, symptoms of depression, perinatal period.

wotnej. Korzystny może się okazać większy nacisk na zagadnienia zdrowia psychicznego w trakcie studiów i programu specjalizacji.

**Słowa kluczowe:** badania przesiewowe, kwestionariusze, objawy depresji, okres okołoporodowy.

## Okres okołoporodowy a zaburzenia nastroju

Depresję poporodową definiuje się jako epizod depresji o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim, który wg DSM-5 (APA 2013; Łojko i wsp. 2014) rozpoczyna się w ciągu 4, a wg ICD-10 (ICD-10 2000) 6 tygodni po porodzie. Klasyfikacja DSM-5 włącza do kryteriów rozpoznania również początek w okresie ciąży, mówiąc o początku w okresie okołoporodowym zamiast poporodowym (APA 2013; Łojko i wsp. 2014). Wskazuje się, że kryterium czasowe 4 lub 6 tygodni po porodzie może być zbyt wąskie (Jaeschke i wsp. 2012). W badaniach longitudinalnych zwiększoną zapadalność na depresję obserwowano w okresie pierwszych 5 miesięcy (Munk-Olsen i wsp. 2006), a nawet 9 miesięcy po porodzie (Ban i wsp. 2012). Objawy depresji poporodowej są takie same jak w depresji w innym okresie życia: obniżenie nastroju, anhedonia, utrata zainteresowań, zaburzenia snu i apetytu, zaburzenia koncentracji uwagi, zaburzenia napędu psychoruchowego, męczliwość, poczucie winy lub bezwartościowości, myśli samobójcze. Wymienia się też objawy charakterystyczne dla depresji poporodowej: labilność nastroju, niepokój, drażliwość, poczucie przeciążenia i niemożności sprostanania obowiązkom oraz natrętne myśli lub lęki związane ze zdrowiem dziecka, jego stanem odżywienia i bezpieczeństwem lub natrętne myśli dotyczące skrzywdzenia siebie lub dziecka, triadę objawów (niska samoocena, napięcie, hipochondria), płaczliwość, poczucie braku nadziei, znaczny poziom lęku (napady paniki), nieadekwatny sposób wyrażania skarg depresyjnych, unikanie kontaktów społecznych i trudności w okazywaniu pozytywnych emocji osobom bliskim (Jaeschke i wsp. 2012; Stewart i Vigod 2019). Rozpowszechnienie punktowe depresji w ciąży wynosi do 11%, a w ciągu 3 miesięcy po porodzie do 13%, natomiast rozpowszechnienie okresowe w ciąży ocenia się na 18,4%, a po porodzie na 19,2% (w tym u 7,1% kobiet jest to duża depresja) (Gavin i wsp. 2005). Należy pamiętać, że nawet u 20% kobiet z depresją poporodową występują myśli samobójcze (Wisner i wsp. 2013).

## Skrining w kierunku depresji okresu okołoporodowego

Polskie standardy organizacji opieki okołoporodowej rekomendują, aby położna bądź lekarz sprawujący opiekę nad ciężarną w ramach świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia ocenili ryzyko i nasilenie objawów depresji u kobiety dwa razy: pomiędzy 11. a 14. tygodniem ciąży oraz 33. a 37. tygodniem ciąży. Po raz trzeci badanie powinno się odbyć w ciągu miesiąca od porodu, w trakcie wizyty patronażowej prowadzonej przez położną środowiskową. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia (2018) nie nałożono obowiązku stosowania konkretnego narzędzia.

Zgodnie z brytyjskimi wytycznymi NICE (*National Institute of Health and Care Excellence*) (NICE 2014) przy pierwszym kontakcie z kobietą we wczesnym okresie ciąży w placówce podstawowej opieki zdrowotnej zalecane jest zadanie pytań skringingowych dotyczących poczucia przygnębienia i anhedonii w ciągu ostatniego miesiąca. Pytania te mają stanowić część ogólnej rozmowy na temat zdrowia psychicznego i samopoczucia pacjentki. Jeśli badana odpowie twierdząco na któreś z pytań lub istnieją wątpliwości co do jej stanu, niezbędna jest dalsza ocena z użyciem Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej lub Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta-9 oraz skierowanie do lekarza rodzinnego lub specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego w zależności od nasilenia problemu. Taka ocena powinna być przeprowadzana w trakcie wszystkich regularnych kontaktów pacjentki z opiekującym się nią profesjonalistą opieki zdrowotnej. Zbliżone zalecenia są ujęte w rekomendacjach Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Położnych (ZG PTPol) (2019), w których zawarto schematy monitorowania i oceny ryzyka depresji oraz zaburzeń nastroju w ciąży i połogu. Do oceny zalecane jest zastosowanie analogicznych pytań skringingowych oraz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej.

## Narzędzia stosowane w skriningu

Narzędzia stosowane w skriningu depresji w okresie okołoporodowym można podzielić na dwie grupy:

1. Skale specyficzne – narzędzia opracowane do stosowania u kobiet w okresie okołoporodowym:
  - Edynburska Skala Depresji Poporodowej (*Edinburgh Postnatal Depression Scale* – EPDS),
  - Kwestionariusz Oceny Ryzyka Depresji Poporodowej (*Postpartum Depression Screening Scale* – PDSS),
  - *Bromley Postnatal Depression Scale* (BPDS);
2. Skale generyczne – pierwotnie wykorzystywane do wykrywania objawów depresji w innych populacjach (np. w ogólnej), znajdują również zastosowanie w skriningu w kierunku depresji okresu okołoporodowego:
  - Kwestionariusz Depresji Becka (*Beck Depression Inventory* – BDI i BDI-II),
  - *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) i *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – Revised* (CESD-R),
  - Skala Depresji Zunga (*Zung Self Rating Depression Scale* – SDS),
  - Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9 (*Patient Health Questionnaire-9* – PHQ-9).

## Skale specyficzne

### Edynburska Skala Depresji Poporodowej

Edynburska Skala Depresji Poporodowej (*The Edinburgh Postpartum Depression Scale* – EPDS) (Cox i wsp. 1987) jest jednym z pierwszych i najczęściej wykorzystywanych narzędzi do wykrywania objawów depresji poporodowej. Objawy depresji wymienione w skali to anhedonia, obwinianie się, niepokój, lęk, poczucie przytłoczenia, problemy ze snem spowodowane smutkiem, smutek, płaczliwość i myśli o samouszkodzeniu (Beck i Gable 2001a). Każde twierdzenie oceniane jest w skali 0–3 (od „tak, cały czas” do „nie, w ogóle”), pytania 1, 2 i 4 są punktowane rosnąco, pozostałe malejąco. Maksymalna liczba punktów możliwa do uzyskania w EPDS wynosi 30. Im wyższy wynik końcowy, tym więcej objawów depresji i większe ich nasilenie u osoby badanej. Wartość, która powinna wzbudzić czujność osoby sprawującej opiekę nad kobietą, to 12 lub 13 punktów, choć pozytywny wynik (1, 2 lub 3 punkty) w przypadku pytania 10 dotyczącego chęci zrobienia sobie krzywdy wymaga natychmiastowej konsultacji lekarskiej (BC Reproductive Mental Health Program 2014). Polskie Towarzystwo Położnych (2019) rekomenduje, aby już przy wyniku równym lub wyższym niż 10 punktów zalecić konsultację specjalistyczną. Niewątpliwym atutem skali jest krótki czas wypełniania ankiety (mniej niż pięć minut) i przejrzyste sformułowane pytania. Jej

czułość wynosi 59–100%, a swoistość 49–100% (ACOG 2018).

Skala EPDS została stworzona specjalnie do skriningu depresji poporodowej, jednak w większości nie odnosi się do sytuacji bezpośrednio związanych z opiekowaniem się noworodkiem i nową rolą kobiety – matki (Kossakowska-Petrycka 2007), żaden z punktów nie ma bezpośredniego odniesienia do macierzyństwa (Beck i Gable 2001a). Wskazuje się, że wiele matek, wypełniając skalę, nie różnicuje zaburzeniami snu wynikającymi z poczucia smutku a przebudzeniami w związku z opieką nad dzieckiem (Beck i Gable 2001a), Lawrie i wsp. (1998) sugerowali zatem dodanie do pytania 7. dotyczącego snu – „Czułam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy” – frazy „nie z powodu dziecka”. Wadą Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej jest niemożność rozróżnienia zaburzeń nastroju u kobiet w okresie okołoporodowym i innych zaburzeń, np. zaburzeń adaptacyjnych (Chrzan-Dętko i wsp. 2012). Stosunkowo wysokie wyniki w skali uzyskują również osoby z zaburzeniami lękowymi. Skala EPDS może być stosowana także u ojców, ale zalecane jest przyjęcie niższego punktu odcięcia dla objawów depresji (Matthey i wsp. 2000; Matthey i Agostini 2017). Dostępna jest polska, zwalidowana wersja kwestionariusza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, wartości czułości i swoistości wynoszą odpowiednio 96% i 93% (Kossakowska 2013), współczynnik  $\alpha$  Cronbacha wynosi od 0,87 (Kaźmierczak i wsp. 2017) do 0,91 (Kossakowska 2013). Skala EPDS jest najczęściej wykorzystywaną skalą w polskich badaniach nad objawami i częstością występowania depresji okołoporodowej (Dudek i wsp. 2014; Jaeschke i wsp. 2017; Wszolek i wsp. 2018; Wszolek i wsp. 2020). Autorzy skali EPDS oraz *British Journal of Psychiatry* wyrazili zgodę na używanie i reprodukcję narzędzia pod warunkiem podania źródła oryginalnej publikacji oraz walidacji wersji polskiej (za: Kaźmierczak i wsp. 2020).

### Kwestionariusz Oceny Ryzyka Depresji Poporodowej

Nowszym narzędziem służącym do oceny obecności i nasilenia symptomów depresji poporodowej jest Kwestionariusz Oceny Ryzyka Depresji Poporodowej (*Postpartum Depression Screening Scale* – PDSS) (Beck i Gable 2000). Pytania wchodzące w skład ankiety zostały stworzone na podstawie wypowiedzi kobiet biorących udział we wcześniejszych badaniach Beck, jednej z autorek kwestionariusza (Beck i Gable 2001b). PDSS składa się z 35 twierdzeń,

które osoba badana ocenia w 5-stopniowej skali Likerta (od 1 – *zdecydowanie się nie zgadzam* do 5 – *zdecydowanie się zgadzam*), na podstawie doświadczeń z ostatnich dwóch tygodni (Beck i Gable 2001b). Twierdzenia dotyczą problemów ze snem, braku apetytu, niepokoju, wahań nastroju, poczucia utraty własnego Ja, wstydu, poczucia winy, myśli samobójczych. Minimalna liczba punktów możliwa do uzyskania wynosi 35, natomiast maksymalna 175. Dużej depresji odpowiada wynik  $\geq 80$  punktów, znaczące objawy depresji rozpoznaje się, gdy suma punktów mieści się w przedziale 60–79, natomiast normalne przystosowanie wyznacza granica  $\leq 59$  zdobytych punktów (Beck i Gable 2001a). Czas potrzebny do wypełnienia kwestionariusza to 5–10 minut. Narzędzie charakteryzuje się czułością w granicach 91–94% i swoistością 72–98% (ACOG 2018). Wartością PDSS jest to, że twierdzenia z kwestionariusza odnoszą się wyraźnie do okresu połogu. Zmodyfikowany PDSS był wykorzystany także do oceny ryzyka depresji w ciąży (Pereira i wsp. 2011). Używanie kwestionariusza wymaga uiszczenia opłaty, co ogranicza jego stosowanie w codziennej praktyce.

Opracowano także skróconą wersję Kwestionariusza Oceny Ryzyka Depresji Poporodowej, która składa się z 7 twierdzeń wybranych z pełnej wersji (Beck i Gable 2002). Minimalna liczba punktów możliwa do uzyskania wynosi 7, natomiast maksymalna 35. Wersja skrócona wykazała zbliżony poziom rzetelności i trafności do pełnej wersji skali. Uzyskanie  $\geq 14$  punktów oznacza, że osoba badana przejawia znaczące objawy depresji (Beck i Gable 2002). Wypełnienie wersji skróconej trwa do 2 minut. Walidacji polskiej pełnej i skróconej wersji Kwestionariusza Oceny Ryzyka Depresji Poporodowej dokonała Kossakowska-Petrycka. Współczynnik  $\alpha$  Cronbacha wynosi 0,97 dla pełnej wersji narzędzia oraz 0,81 dla wersji skróconej (Kossakowska-Petrycka 2007).

#### Bromley Postnatal Depression Scale

Warto wspomnieć także o *Bromley Postnatal Depression Scale* (BPDS) (Stein i Van den Akker 1992), która służy do wykrywania depresji poporodowej występującej zarówno w trakcie badania, jak i w przeszłości. Cechą wyróżniającą to narzędzie jest wykorzystanie opisu przypadku pacjentki z depresją poporodową. Osoby badane są proszone o zapoznanie się z opisem, a następnie odpowiedź na 7 pytań dotyczących m.in. wystąpienia depresji poporodowej w przeszłości, stosowania leków przeciwdepresyjnych, hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym w ciągu

roku po porodzie poprzedniego dziecka (Hewitt i wsp. 2009). Skala została wykorzystana tylko w kilku badaniach na świecie i nie ma polskiej wersji językowej.

## Skale generyczne

### Kwestionariusz Depresji Becka

Najczęściej wykorzystywanym narzędziem do oceny objawów depresyjnych w populacji ogólnej jest Kwestionariusz Depresji Becka (*Beck Depression Inventory* – BDI) (Beck i wsp. 1961). Umożliwia on ocenę występowania i nasilenia objawów depresji oraz monitorowanie przebiegu i zmian w trakcie leczenia. W 1996 r. opublikowano zaktualizowaną wersję kwestionariusza (BDI-II), zmieniono także okres oceny występowania objawów z 7 dni na 2 tygodnie (Beck i wsp. 1996). Kwestionariusz składa się z 21 twierdzeń z 4 opcjami do wyboru w zakresie od braku objawu (0 punktów) do objawu o dużym nasileniu (3 punkty). Pytania w BDI-II dotyczą: smutku, pesymizmu, wcześniejszych niepowodzeń, utraty przyjemności, poczucia winy, poczucia kary, niechęci do siebie, samokrytyki, myśli samobójczych, płaczu, pobudliwości, utraty zainteresowań, niezdecydowania, utraty poczucia własnej wartości, utraty energii, zmian w rytmie snu, skłonności do irytacji, zmiany apetytu, trudności z koncentracją, zmęczenia lub przemęczenia i utraty zainteresowania seksem (Zawadzki i wsp. 2009). W kwestionariuszu BDI-II próg punktowy depresji ciężkiej wynosi  $> 29$ , depresji umiarkowanej 20–28, a depresji lekkiej 14–19 punktów. Czas potrzebny do wypełnienia kwestionariusza to ok. 5–10 minut. Czułość testu wynosi 56–57%, a swoistość 97–100% (ACOG 2018).

Obie wersje kwestionariusza, mimo istnienia skal specyficznych, nadal są często wykorzystywane jako skrining depresji wśród kobiet w okresie ciąży i połogu. Do wad wykorzystywania BDI-II w wykrywaniu depresji poporodowej można zaliczyć to, że niektóre zawarte w nim pytania odnoszą się do typowych stanów pojawiających się w czasie ciąży i połogu: zmęczenia, kłopotów ze snem, utraty libido (Affonso i wsp. 2000; Kossakowska-Petrycka 2007). W pierwszej wersji kwestionariusza było również pytanie o utratę masy ciała (która po porodzie jest naturalnym procesem), co mogłoby się wiązać ze zwiększeniem ryzyka wyniku fałszywie dodatniego (Kaźmierczak i wsp. 2020). Z kolei kwestionariusz BDI-II nie zawiera pytań dotyczących utraty masy ciała i oceny własnego wyglądu (Beck i Gable 2001a). Czynnikiem,

który może ograniczać wykorzystanie BDI-II w środowisku, jest konieczność jego zakupu.

Przeprowadzono walidację polskiej wersji językowej skali – wskaźniki specyficzności i wrażliwości wynoszą odpowiednio 80,4% i 71,7%, a współczynnik  $\alpha$  Cronbacha 0,93 dla grupy kontrolnej i 0,95 dla grupy klinicznej (Zawadzki i wsp. 2009).

#### Skala CES-D i CESD-R

Do narzędzi umożliwiających ocenę objawów depresji w populacji należy także skala CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) stworzona w latach 70. przed Radloffa (Radloff 1977) i jej uaktualniona przez Eatona i wsp. (2004) wersja CESD-R (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – Revised*). Kwestionariusz składa się z 20 twierdzeń, które osoba badana ocenia w skali od 0 do 4 w zależności od częstości występowania objawów (rzadko lub wcale, przez niedługi czas, czasem lub przez umiarkowany okres, przeważnie lub cały czas) (Jankowski 2016). W zależności od sposobu liczenia maksymalna liczba punktów wynosi 60 lub 80. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie objawów depresyjnych. Wynik równy i powyżej 16 może świadczyć o depresji (Eaton i wsp. 2004; Koziara 2016). Szacowany czas wypełnienia ankiety to niecałe 5 minut. Choć nie ma wielu badań wykorzystujących tę skalę do oceny objawów depresji u kobiet w ciąży i po porodzie, do jej zalet należy to, że jest dostępna za darmo, także w polskiej wersji (Jankowski 2016). Tłumaczenia i walidacji polskiej wersji skali dokonali Koziara (2016) i Jankowski (2016). Rzetelność polskiej wersji Koziara wynosi 0,95, a współczynnik Cronbacha 0,95 (Koziara 2016).

#### Skala Samooceny Depresji Zunga

Narzędziem stosowanym od ponad półwiecza jest Skala Samooceny Depresji Zunga (*Zung Self-Rating Depression Scale – SDS*) (Zung 1965). Obejmuje ona 20 objawów uporządkowanych w 4 grupy: zaburzenia nastroju, czynności fizjologiczne, aktywność psychoruchowa, objawy psychiczne. W skali zastosowano zdania twierdzące – 10 z nich opisuje zjawiska typu chorobowego, a 10 dotyczy obecności cech prawidłowych. Zadanie pacjenta polega na określeniu, jak często w ciągu ostatnich kilku dni obserwował u siebie określone zjawisko. Każde twierdzenie negatywne oceniane jest w skali od 1 do 4 punktów, natomiast każde twierdzenie pozytywne od 4 do 1 punktu. Maksymalna liczba punktów, jaką można uzyskać, to w zależności od sposobu li-

czenia 80 lub 100 (Zung 1965; Budziński i wsp. 2009; Hewitt i wsp. 2010). Suma punktów poniżej 50 oznacza brak depresji, 50–70 cechy depresji łagodnej do umiarkowanej, a powyżej 70 może sugerować depresję ciężką (Budziński i wsp. 2009). Narzędzie charakteryzuje się czułością w granicach 45–89% i swoistością 77–88% (ACOG 2018). Badanie SDS jest łatwe i trwa krótko – średni czas wypełnienia ankiety wynosi 5–8 minut (Pękala i wsp. 2015). Nie przeprowadzono walidacji polskiej wersji skali.

#### Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9

Kolejnym wartym omówienia narzędziem, często wykorzystywanym w skriningu depresji, jest Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9 (*Patient Health Questionnaire-9 – PHQ-9*) (Kroenke i wsp. 2001). Zawarto w nim pytania wyodrębnione z 3-stronicowego kwestionariusza PHQ (Spitzer i wsp. 1999; Kroenke i wsp. 2001). PHQ-9 składa się z 9 twierdzeń, które odnoszą się bezpośrednio do charakterystyki ciężkiego epizodu depresji wg DSM-IV. Osoba badana określa dokuczliwość wymienionych problemów od „wcale nie dokuczały” do „dokuczały niemal codziennie” w ciągu ostatnich 2 tygodni. Za każde pytanie można otrzymać od 0 do 3 punktów, maksymalnie 27 punktów. O ciężkiej depresji może świadczyć wynik większy lub równy 20 punktów, o depresji średnio ciężkiej 15–19 punktów, o depresji o średnim nasileniu 10–14 punktów, a o depresji łagodnej 5–9 punktów (Kroenke i wsp. 2001). Czas badania wynosi ok. 5 minut. Według ACOG PHQ-9 odznacza się czułością 75% i swoistością 90% (ACOG 2018). Zwaliowany Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9 jest dostępny w języku polskim, ma dobre właściwości psychometryczne (Kokoszka i wsp. 2016). W przypadku progu odcięcia na poziomie 6 punktów czułość narzędzia wynosi 70,4%, a swoistość 78,2% (Tomaszewski i wsp. 2011). Z kolei przy progu odcięcia 12 punktów czułość kwestionariusza dochodzi do 82%, a swoistość do 89% (Kokoszka i wsp. 2016). Polska wersja skali jest bezpłatnie dostępna w Internecie.

#### Pytania Whooley

Najkrótszym narzędziem, którego można użyć do skriningu depresji, także u kobiet w ciąży lub w połogu, są Pytania Whooley (Whooley i wsp. 1997) pochodzące z kwestionariusza Prime-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*) (Spitzer i wsp. 1994). Osobie badanej zadaje się dwa pytania dotyczące odczuwania smutku

i przygnębienia oraz anhedonii w ciągu ostatniego miesiąca. W Polsce najbardziej rozpowszechnione jest tłumaczenie zawarte w rekomendacjach dotyczących profilaktyki i leczenia depresji poporodowej (Dominiak i wsp. 2019), natomiast nieco inne zamieszczono w rekomendacjach ZG Polskiego Towarzystwa Położnych (2019).

Według autorów narzędzia (Whooley i wsp. 1997) powinno być ono stosowane przez lekarzy pierwszego kontaktu, aby zwiększyć wykrywanie depresji u pacjentów w grupie ryzyka lub prezentujących objawy depresji. Negatywna odpowiedź na oba pytania sugeruje, że depresja jest mało prawdopodobna. Pacjenci, którzy odpowiedzą twierdząco na co najmniej jedno pytanie, powinni mieć poszerzoną diagnostykę (Whooley i wsp. 1997). Wytyczne NICE zalecają stosowanie Pytań Wooley u kobiet w ciąży i po porodzie, a w przypadku pozytywnej odpowiedzi na jedno lub oba pytania poszerzenie badania o kwestionariusz EPDS lub PHQ-9 i skierowanie do lekarza rodzinnego (NICE 2014). Do zalet tego narzędzia należy krótki czas wykonania i możliwość powtarzania badania przy każdym kontakcie z pacjentką. Oryginalna wersja dwóch pytań Whooley wykazuje wysoką czułość (95%) i umiarkowaną specyficzność (56%) (Bosanquet i wsp. 2015). Nie przeprowadzono walidacji polskiej wersji narzędzia.

W Polsce do badania przesiewowego najczęściej zalecane jest użycie kwestionariusza EPDS lub zestawu dwóch pytań wstępnych (Pytania

Whooley) i EPDS, jako elementu całościowego badania w kierunku depresji poporodowej. Dodatkowo zaleca się przeprowadzenie wywiadu klinicznego (Dominiak i wsp. 2019).

W tabelach 1 i 2 przedstawiono podsumowanie danych dotyczących skal specyficznych i generycznych stosowanych w skriningu depresji okresu okołoporodowego.

## Uwagi końcowe

Depresja jest jednym z najczęstszych powikłań w okresie okołoporodowym, stanowi znaczne obciążenie dla kobiet i ich rodzin, jednak często pozostaje nierozpoznana i nieleczona. Depresja poporodowa wiąże się z negatywnym wpływem na więź z dzieckiem i jego dalszy rozwój (Murray i wsp. 2010) oraz ryzykiem samobójstwa kobiety lub samobójstwa rozszerzonego (Jefferies i wsp. 2017). Prowadzenie badań skriningowych w kierunku depresji u kobiet w ciąży i w połogu wiąże się ze zmniejszeniem nasilenia objawów depresyjnych i częstości występowania depresji w danej populacji (O'Connor i wsp. 2016). Zarówno w okresie ciąży, jak i po porodzie stosuje się Edynburską Skalę Depresji Poporodowej uważaną za dobre narzędzie skriningowe (Howard i wsp. 2014), mniej jest danych na temat przydatności PHQ-9 (O'Connor i wsp. 2016).

Stosowane narzędzia skriningowe nie służą postawieniu diagnozy klinicznej, lecz mają na celu identyfikację kobiet, u których konieczna

Tabela 1. Specyficzne skale samooceny stosowane w skriningu w kierunku depresji w okresie okołoporodowym

Narzędzie	Liczba pytań	Oceniany okres	Czas wykonania	Czułość i swoistość wg ACOG	Walidacja polskiej wersji
Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS)	10	ostatnie 7 dni	poniżej 5 minut	59–100% i 49–100%	tak
Kwestionariusz Oceny Ryzyka Depresji Poporodowej (PDSS)	35	ostatnie 14 dni	5–10 minut, wersja skrócona poniżej 2 minut	91–94% i 72–98%	tak

Tabela 2. Generyczne skale samooceny stosowane w skriningu w kierunku depresji w okresie okołoporodowym

Narzędzie	Liczba pytań	Oceniany okres	Czas wykonania	Czułość i swoistość wg ACOG	Walidacja polskiej wersji
Kwestionariusz Depresji Becka (BDI i BDI-II)	21	ostatnie 7 dni (BDI), ostatnie 14 dni (BDI-II)	5–10 minut	BDI: 47,6–82% i 85,9–99% BDI-II 56–57% i 97–100%	tak
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D i CESD-R)	20	ostatnie 7 dni (CES-D) ostatnie 14 dni (CESD-R)	5 minut	60% i 92%	tak
Skala Depresji Zunga (SDS)	20	ostatnie kilka dni	5–10 minut	45–89% i 77–88%	nie
Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9 (PHQ-9)	9	ostatnie 14 dni	poniżej 5 minut	75% i 90%	tak

jest dokładna ocena psychospołeczna i kliniczna (Howard i wsp. 2014). U kobiet w ciąży skryning w zakresie zdrowia psychicznego stanowi pierwszy krok we wczesnej identyfikacji i leczeniu. Powinien obejmować skryning w kierunku obecnych objawów depresyjnych czy lękowych oraz ocenę czynników psychospołecznych, które mogą się przyczynić do rozwoju zaburzeń psychicznych w przyszłości (Austin i Highet 2011). Rekomendacje polskie wskazują, że badanie nastroju pacjentki w każdym przypadku powinno zostać uzupełnione o wywiad obejmujący aspekty psychologiczne i społeczne (Dominiak i wsp. 2019).

Większość kobiet w ciąży i położu akceptuje skryning w kierunku depresji okresu okołoporodowego. Badanie należy przeprowadzić w sposób zapewniający komfort kobiecie, co stanowi warunek konieczny, aby udzielone przez nią odpowiedzi były szczere (Brealey i wsp. 2010). Wskazuje się jednak, że skryning może być uciążliwy dla pacjentek (Brealey i wsp. 2010; Rollans i wsp. 2013). Dla kobiet, które doświadczyły traumy, skryning może stanowić źródło stresu, powodując przeżywanie na nowo trudnych wydarzeń z przeszłości (Rollans i wsp. 2013). Niektóre kobiety nie zgadzają się na przeprowadzenie skryningu. W badaniu holenderskim co piąta ciężarna kobieta odmówiła udziału w skryningu w zakresie zdrowia psychicznego zapewnianego w rutynowej opiece położniczej (Quispel i wsp. 2012).

Barierę w prowadzeniu skryningu wśród kobiet w ciąży stanowić może chęć radzenia sobie samej z problemami psychicznymi, brak wiedzy, jakie emocje są „normalne” w ciąży, oraz obawy przed stygmatyzacją (Kingston i wsp. 2015). Czynnikiem ułatwiającym proces skryningu jest dobra relacja z profesjonalistą opiekującym się badaną kobietą, cechy osoby przeprowadzającej badanie (zainteresowana, wykazująca wrażliwość), zapewnienie, że opieka w zakresie zdrowia psychicznego jest częścią rutynowej opieki nad kobietą ciężarną, informacja, że inne kobiety również mają problemy psychiczne w ciąży oraz że jest możliwość pomocy (Kingston i wsp. 2015).

Wyniki badań akceptacji skryningu w kierunku depresji poporodowej nie są jednoznaczne. Istotną barierę w tym okresie stanowi dla kobiet obawa przed nadaniem etykiety osoby chorej psychicznie, obawa przed stygmatyzacją (czyli negatywnym odbiorem społecznym) prowadzącą do dyskryminacji, wyłączenia z funkcjonowania społecznego i odrzucenia jednostki (McLoughlin 2013; Podogrodzka-Niell i Tyszkowska 2014;

Suwalska i wsp. 2017). Kobiety obawiają się, że inni postrzegają rozpoznanie depresji poporodowej jako wskazujące na niemożność radzenia sobie w roli matki (Bilszta i wsp. 2010). Depresja poporodowa wiąże się z pojęciem „złej matki”, ponieważ uważa się, że „dobre matki” nie mają depresji (McLoughlin 2013). Ze stygmatyzacją łączy się ściśle pojęcie autostygmatyzacji (*self-stigma*), w której osoba będąca częścią stygmatyzującego społeczeństwa podziela opinię ogółu, internalizuje, akceptuje i odnosi do siebie negatywne postawy społeczne (Podogrodzka-Niell i Tyszkowska 2014; Suwalska i wsp. 2017). Niektóre kobiety z depresją poporodową postrzegają się zatem jako „złe matki”, do czego przyczyniają się idealistyczne, nierealistyczne oczekiwania związane z macierzyństwem (McLoughlin 2013). Znaczenie stygmatyzacji podkreślają również rekomendacje NICE (2014), wskazując, że kobiety, które mają problemy w zakresie zdrowia psychicznego (lub które obawiają się, że mają te problemy), mogą nie chcieć ich ujawniać i o nich rozmawiać z powodu obawy przed stygmatyzacją, negatywnym postrzeganiem jako matki oraz lękiem, że mogą zostać pozbawione opieki nad dzieckiem.

W opinii osób przeprowadzających skryning czynnikami powodującymi utrudnienia są m.in. brak czasu, przekonanie, że pacjentki nie chcą leczenia przeciwdepresyjnego, lęk przed konsekwencjami prawnymi oraz niewystarczający trening w zakresie skryningu (Brealey i wsp. 2010; Byatt i wsp. 2012; Buist i wsp. 2015).

Niektóre przeszkody wskazywane przez osoby prowadzące skryning są zbieżne z przeszkodami opisywanymi przez pacjentki (Buist i wsp. 2015). Prowadzący skryning zgłaszali brak czasu i nadmiar obowiązków, a pacjentki podawały poczucie, że badający jedynie zaznacza pola w arkuszu odpowiedzi. W badaniach jakościowych stwierdzono, że pacjentki są w stanie łatwo wykryć problemy prowadzącego skryning związane z pytaniami dotyczącymi depresji. Komfort profesjonalistów opieki zdrowotnej w zakresie prowadzenia skryningu może poprawić systematyczny udział w programach treningowych. Konieczna jest jednak kontynuacja programu i superwizji w celu ciągłego dostosowywania metod skryningu (Rollans i wsp. 2013; Buist i wsp. 2015).

Zdaniem osób z zaburzeniami psychicznymi pracownicy ochrony zdrowia (psychiatrycznej i niepsychiatrycznej) stanowią istotne źródło stygmatyzacji i dyskryminacji (Thornicroft i wsp. 2016). Badania wskazują, że stygmatyzujące postawy wobec chorych psychicznie wykazu-

ją zarówno lekarze, jak i studenci medycyny (Suwalska i wsp. 2016). Położne postrzegają pacjentki z zaburzeniami psychicznymi w okresie okołoporodowym jako trudne we współpracy i potencjalnie agresywne. Zauważono, że położne unikają pracy z kobietami z zaburzeniami psychicznymi (McCauley i wsp. 2011). Stygmatyzacja zaburzeń psychicznych wśród profesjonalistów opieki zdrowotnej jest częsta, a jedną z przyczyn jest zbyt mały nacisk na problematykę zdrowia psychicznego w trakcie kształcenia. Zmiana w tym zakresie może się przyczynić do redukcji stygmatyzacji (Alderdice i Kelly 2019).

## Oświadczenie

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

## Piśmiennictwo

- Affonso DD, De AK, Horowitz JA i wsp. An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *J Psychosom Res* 2000; 49: 207-216.
- Alderdice F, Kelly L. Stigma and maternity care. *J Reprod Infant Psychol* 2019; 37: 105-107.
- American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol* 2018; 132: 208-212.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC 2013.
- Austin M, Highet N. The Guidelines Expert Advisory Committee: Clinical practice guidelines for depression and related disorders-anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis—in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Beyond Blue-The National Depression Initiative, Melbourne 2011.
- Ban L, Gibson JE, West J i wsp. Impact of socioeconomic deprivation on maternal perinatal mental illnesses presenting to UK general practice. *Br J Gen Pract* 2012; 62: 671-678.
- BC Reproductive Mental Health Program, Perinatal Services BC. Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period 2014.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck depression inventory-II. Psychological Corporation, San Antonio, TX 1996.
- Beck AT, Ward C, Mendelson M. Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-571.
- Beck CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nurs Res* 2000; 49: 272-282.
- Beck CT, Gable RK. Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments. *Nurs Res* 2001a; 50: 242-250.
- Beck CT, Gable RK. Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale. *Nurs Res* 2001b; 50: 155-164.
- Beck CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale (PDSS). Western Psychological Services 2002.
- Bilszta J, Ericksen J, Buist A i wsp. Women's experience of postnatal depression-beliefs and attitudes as barriers to care. *Aust J Adv Nurs* 2010; 27: 44-54.
- Bosanquet K, Bailey D, Gilbody S. Diagnostic accuracy of the Whooley questions for the identification of depression: a diagnostic meta-analysis. *BMJ Open* 2015; 5: e008913.
- Brealey SD, Hewitt C, Green JM i wsp. Screening for postnatal depression – is it acceptable to women and health-care professionals? A systematic review and meta synthesis. *J Reprod Infant Psychol* 2010; 28: 328-344.
- Budziński W, Mziray M, Walkiewicz M i wsp. Depresja u osób chorych na cukrzycę insulinozależną w aspekcie poziomu satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. *Ann Acad Med Gedan* 2009; 39: 23-31.
- Buist A, O'Mahen H, Rooney R. Acceptability, attitudes, and overcoming stigma. Identifying perinatal depression and anxiety: evidence-based practice in screening, psychosocial assessment, and management. 1<sup>st</sup> ed. Wiley: Chichester 2015; 51-62.
- Byatt N, Simas TA, Lundquist RS i wsp. Strategies for improving perinatal depression treatment in North American outpatient obstetric settings. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2012; 33: 143-161.
- Chrzan-Dętko M, Humięcka A, Dyduch-Maroszek A i wsp. Uwarunkowania i konsekwencje depresji poporodowej. *Psychoterapia* 2012; 161: 55-63.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-786.
- Dominiak MA, Antosik-Wójcińska Z, Baron M i wsp. Rekomendacje odnośnie profilaktyki i leczenia depresji poporodowej 2019.
- Dudek D, Jaeschke R, Siwek M i wsp. Postpartum depression: identifying associations with bipolarity and personality traits. Preliminary results from a cross-sectional study in Poland. *Psychiatry Res* 2014; 215: 69-74.
- Eaton W, Smith WC, Ybarra M i wsp. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and Revision (CESD and CESD-R). The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults, Volume 3, 3<sup>rd</sup> ed. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, NJ, US 2004; 363-377.
- Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN i wsp. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 1071-1083.
- Hewitt CE, Gilbody SM, Brealey S i wsp. Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technol Assess* 2009; 13: 1-145, 147-230.
- Hewitt CE, Gilbody SM, Mann R i wsp. Instruments to identify post-natal depression: Which methods have been the most extensively validated, in what setting and in which language? *Int J Psychiatry Clin Pract* 2010; 14: 72-76.
- Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL i wsp. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet* 2014; 384: 1775-1788.
- ICD-10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – Klasyfikacja Zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opis kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 2000.
- Jaeschke R, Siwek M, Dudek D. Poporodowe zaburzenia nastroju – update 2012. *Neuropsychiatr Neuropsychol* 2012; 7: 113-121.
- Jaeschke R, Dudek D, Topór-Mądry R i wsp. Postpartum depression: bipolar or unipolar? Analysis of 434 Polish postpartum women. *Braz J Psychiatry* 2017; 39: 154-159.



32. Jankowski K. Morningness-eveningness and depressive symptoms: Test on the components level with CES-D in Polish students. *J Affect Disord* 2016; 196: 47-53.
33. Jefferies D, Horsfall D, Schmied V. Blurring reality with fiction: Exploring the stories of women, madness, and infanticide. *Women Birth* 2017; 30: 24-31.
34. Kaźmierczak M, Gebuza G, Banaś P i wsp. An evaluation of an exacerbation of postpartum depression in women up to one year after childbirth. *Arch Perin Med* 2017; 23: 198-206.
35. Kaźmierczak M, Gebuza G, Gierszewska M i wsp. Screening for detection of the risk of perinatal mental disorders among women in Poland. *Issues Ment Health Nurs* 2020; 41: 438-444.
36. Kingston D, Austin MP, Heaman M i wsp. Barriers and facilitators of mental health screening in pregnancy. *J Affect Disord* 2015; 186: 350-357.
37. Kokoszka A, Jastrzębski A, Obrębski M. Ocena psychometrycznych właściwości polskiej wersji Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta-9 dla osób dorosłych. *Psychiatria* 2016; 13: 187-193.
38. Kossakowska-Petrycka K. Adaptacja polskiej wersji kwestionariusza oceny ryzyka depresji poporodowej (PDSS, Postpartum Depression Screening Scale). *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2007; 16: 303-308.
39. Kossakowska K. Edynburska skala depresji poporodowej: właściwości psychometryczne i charakterystyka. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica* 2013; 17: 39-50.
40. Kozłara K. Assessment of depressiveness in population. Psychometric evaluation of the Polish version of the CES-D-R. *Psychiatr Pol* 2016; 50: 1109-1117.
41. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606-613.
42. Lawrie TA, Hofmeyr GJ, de Jager M i wsp. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a cohort of South African women. *S Afr Med J* 1998; 88: 1340-1344.
43. Łojko D, Suwalska A, Rybakowski J. Bipolar and related disorders and depressive disorders in DSM-5. *Psychiatr Pol* 2014; 48: 245-260.
44. Matthey S, Agostini F. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale for women and men-some cautionary thoughts. *Arch Womens Ment Health* 2017; 20: 345-354.
45. Matthey S, Barnett B, Ungerer J i wsp. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord* 2000; 60: 75-85.
46. McCauley K, Elsom S, Muir-Cochrane E i wsp. Midwives and assessment of perinatal mental health. *J Psychiatr Ment Hlt* 2011; 18: 786-795.
47. McLoughlin J. Stigma associated with postnatal depression: A literature review. *Br J Midwifery* 2013; 21: 784-791.
48. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB i wsp. New parents and mental disorders a population-based register study. *JAMA* 2006; 296: 2582-2589.
49. Murray L, Arteche A, Fearon P i wsp. The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16 years: a developmental approach. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51: 1150-1159.
50. NICE National Institute for Health and Care Excellence Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. *Clinical guideline* 2014.
51. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M i wsp. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2016; 315: 388-406.
52. Pereira AT, Bos SC, Marques M i wsp. The postpartum depression screening scale: is it valid to screen for antenatal depression? *Arch Womens Ment Health* 2011; 14: 227-238.
53. Pękala K, Ponichtera-Kasprzykowska M, Sobów T. Rozpoznawanie depresji u pacjentów z chorobą Parkinsona za pomocą różnorodnych narzędzi diagnostycznych. *Aktualn Neurol* 2015; 15: 210-216.
54. Podogrodzka-Nieł M, Tyszkowska M. Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym. *Psychiatr Pol* 2014; 48: 1201-1211.
55. Quispel C, Schneider TA, Bonsel GJ i wsp. An innovative screen-and-advice model for psychopathology and psychosocial problems among urban pregnant women: an exploratory study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2012; 33: 7-14.
56. Radloff LS. The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977; 1: 385-401.
57. Rollans M, Schmied V, Kemp L i wsp. Digging over that old ground: an Australian perspective of women's experience of psychosocial assessment and depression screening in pregnancy and following birth. *BMC Womens Health* 2013; 13: 18.
58. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. *Dz.U.* 2018 poz. 1756.
59. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA* 1999; 282: 1737-1744.
60. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K i wsp. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994; 272: 1749-1756.
61. Stein G, Van den Akker O. The retrospective diagnosis of postnatal depression by questionnaire. *J Psychosom Res* 1992; 36: 67-75.
62. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annu Rev Med* 2019; 70: 183-196.
63. Suwalska J, Suwalska A, Neumann-Podczaska A i wsp. Studenci medycyny a stygmatyzacja z powodu depresji. Część I. Stygmatyzacja pacjentów. *Psychiatr Pol* 2016; 51: 495-502.
64. Suwalska J, Suwalska A, Szczygiel M i wsp. Studenci medycyny a stygmatyzacja z powodu depresji. Część II. Autostygmatyzacja. *Psychiatr Pol* 2017; 51: 503-513.
65. Thornicroft G, Mehta N, Clement S i wsp. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet* 2016; 387: 1123-1132.
66. Tomaszewski K, Zarychta M, Bieńkowska A i wsp. Validation of the Patient Health Questionnaire-9 Polish version in the hospitalised elderly population. *Psychiatr Pol* 2011; 45: 223-233.
67. Whooley MA, Avins AL, Miranda J i wsp. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 439-445.
68. Wisner KL, Sit D, KY, McShea MC i wsp. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA psychiatry* 2013; 70: 490-498.
69. Wszółek K, Żak E, Żurawska J i wsp. Influence of socio-economic factors on emotional changes during the postnatal period. *Ann Agr Env Med* 2018; 25: 41-45.

70. Wszótek K, Żurawska J, Łuczak-Wawrzyniak J i wsp. Postpartum depression – a medical or a social problem? *Matern-Fetal Neonatal Med* 2020; 33: 2556-2560.
71. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Położnych. Rekomendacje do standardów organizacyjnych opieki okołoporodowej 2019. <http://www.ptpol.pl/o-nas/rekomendacje-polskiego-towarzystwa-poloznych/44-rekomendacje-do-standardow-organizacyjnych-opieki-okoloporodowej> (dostęp: 20.05.2020).
72. Zawadzki B, Popiel A, Pragłowska E. Charakterystyka psychometryczna polskiej adaptacji Kwestionariusza Depresji BDI-II Aarona Becka. *Psychologia-Etologia-Genetyka* 2009; 19: 71-95.
73. Zung WWK. A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 63-70.