

Kohabitacja jako silny czynnik predykcyjny depresji okołoporodowej

Cohabitation as a strong predicting factor of perinatal depression

Podolska Magdalena Zofia^{1,3}, Majkowicz Mikołaj², Sipak-Szmigiel Olimpia³,
Ronin-Walknowska Elżbieta³

¹ Zakład Psychologii Klinicznej i Psychoprofilaktyki, Instytut Psychologii, Uniwersytet Szczeciński

² Zakład Badań nad Jakością Życia, Akademia Medyczna w Gdańsku

³ Klinika Medycyny Matczyno-Plodowej, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie

Streszczenie

Cel pracy: Celem pracy było zbadanie, czy stan cywilny kobiet będących w ciąży lub w porożu, ze szczególnym uwzględnieniem zjawiska kohabitacji, wpływa na częstość występowania objawów depresji okołoporodowej.

Materiał i metody: Badaniem objęto 117 kobiet ciężarnych (w wieku ciążowym 32-40 tygodni) i 105 położnic (2-5 dzień porożu). Jako test skrinigowy w kierunku obecności objawów depresji przed- i poporodowej zastosowano kwestionariusz EPDS (Edynburska Skala Depresji Okołoporodowej). Oceniono ryzyko wystąpienia objawów depresji w grupach kobiet ciężarnych i położnic - zamężnych, stanu wolnego i w kohabitacji.

Wyniki: Przy pomocy testu EPDS objawy depresji okołoporodowej stwierdzono u 17% ciężarnych oraz 10% położnic. W porównaniu z grupą kobiet zamężnych, ryzyko wystąpienia objawów depresji u ciężarnych stanu wolnego było podwyższone blisko dziesięciokrotnie (OR=9,34; 95% CI 1,42, 201,77), natomiast aż kilkusetkrotnie u ciężarnych kohabitujących (OR=975,86; 95% CI 116,73, 19502,00); ryzyko wystąpienia objawów depresji u położnic stanu wolnego było podwyższone ponad dwukrotnie (OR=2,4; 95% CI 0,59, 9,72), natomiast ponad dwudziestokrotnie u położnic kohabitujących (OR=23,2; 95% CI 5,89, 91,51).

Wnioski:

- 1) stan cywilny kobiet ciężarnych i położnic ma istotny wpływ na ryzyko wystąpienia objawów depresji okołoporodowej; ryzyko to zwiększa się wielokrotnie w grupie kobiet kohabitujących w stosunku do kobiet pozostających w związkach formalnych i kobiet wolnych nie żyjących z partnerem,
- 2) badanie kliniczne kobiet w okresie perinatalnym powinno uwzględniać ocenę ich stanu psychospołecznego, który może być czynnikiem predykcyjnym depresji okołoporodowej,
- 3) kobiety ciężarne żyjące w związkach nieformalnych powinny być objęte szczególnym nadzorem psychologicznym.

Słowa kluczowe: **ciąża / depresja / depresja poporodowa / stan cywilny / psychologia / opieka okołoporodowa /**

Adres do korespondencji:

Magdalena Podolska
Klinika Medycyny Matczyno-Plodowej
Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie
ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin
tel. 091-8122-744; fax: 091-8122-745
e-mail: magdalena.podolska@meditest.pl

Otrzymano: 28.12.2008

Zaakceptowano do druku: 25.03.2009

Abstract

Objectives: The aim of this study was to assess if the marital status, especially cohabitation, of pregnant and postpartum women, has any influence on the incidence of perinatal depression symptoms.

Material and methods: 117 pregnant women (at 32-40 weeks of gestation) and 105 postpartum patients (2-5 days after the delivery) were included in the study. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was used as a screening test for symptoms of pre- and postnatal depression. The risk of appearance of depressive symptoms was assessed in three groups of pregnant and postpartum patients – married, unpartnered and cohabitating.

Results: By means of the EPDS test, symptoms of perinatal depression were found in 17% of pregnant and 10% of postpartum women. In comparison to married women, the risk of appearance of depressive symptoms in unpartnered pregnant patients was almost 10-times higher (OR=9,34; 95% CI 1,42, 201,77), and several hundred times higher in cohabitating pregnant women (OR=975,86; 95% CI 116,73, 19502,00); the risk of depressive symptoms in postpartum unpartnered women was more than 2 times higher (OR=2,4; 95% CI 0,59, 9,72) and more than 20 times higher in cohabitating postpartum mothers (OR=23,2; 95% CI 5,89, 91,51).

Conclusions:

1/ the marital status of pregnant and postpartum women has a substantial influence on the risk of the development of perinatal depressive symptoms; this risk is highly increased in a group of cohabitating women compared to patients remaining in a formal partnership as well as women who live unpartnered,

2/ clinical evaluation of women in the perinatal period should include the assessment of their psychosocial status, which can constitute a predicting factor of perinatal depression,

3/ pregnant women living in informal partnership should be put under strict psychological surveillance.

Key words: **depression / marital status / perinatal care / postpartum depression / pregnancy / psychology /**

Wstęp

Spośród wielu czynników depresji przed- i poporodowej, występującej u 10-20% kobiet [1, 2, 3, 4], najmniej poznane i niejednorodne są uwarunkowania socjodemograficzne. Wynika to zapewne z różnic geograficznych, kulturowych, czy też etnicznych [1,5,6].

Ważną rolę spośród socjodemograficznych czynników ryzyka depresji okresu perinatalnego odgrywa brak wsparcia społecznego dla kobiet ciężarnych i położnic – zwłaszcza ze strony partnera – oraz szeroko rozumiane konflikty partnerskie, w tym małżeńskie [1, 5, 6]. Wsparcie partnerskie nierozdzielnie związane jest ze stanem cywilnym i/lub typem związku między dwojgiem ludzi. W większości opracowań wskazuje się, że częstość występowania objawów depresji przed- i/lub poporodowej jest najniższa u kobiet pozostających w związkach małżeńskich, natomiast wyższa u wdów, rozwiedzionych, będących w separacji lub w nieformalnych związkach partnerskich (kohabitacji) [1, 5, 6].

Niestety, stosowane przez różnych autorów odmienne definicje związków partnerskich i grup badanych sprawiają, że wykazywane korelacje są niejednoznaczne, a czasami sprzeczne. Dotyczy to zwłaszcza kohabitacji, czyli z definicji związku odnoszącego się do życia razem, lecz bez formalnego powiązania (związek „nieformalny” lub „konsensualny”), który to w ostatnich latach staje się dość powszechnym modelem partnerskim [7, 8, 9].

Istniejące od wieków i we wszystkich kulturach zjawisko kohabitacji notowane jest na świecie z coraz większym natężeniem od lat 60-tych XX wieku, co wiązać należy z wielorakimi zmianami zachodzącymi w społeczeństwach ponowoczesnych [10, 11, 12, 13]. Jak dotąd, w Polsce nie prowadzono zarówno całościowych, jak i szczegółowych badań poświęconych temu zjawisku, jednakże kohabitacja przedmałżeńska

(dotycząca panien) i pomałżeńska (dotycząca wdów i rozwódek), a zwłaszcza kohabitacja będąca alternatywą dla małżeństwa, przyjmuje zgodnie z trendami światowymi coraz szerszą skalę [8, 9, 14, 15].

W nielicznych pracach, w których badano przyczyny depresji z uwzględnieniem tej grupy związków partnerskich, wykazano korelację pomiędzy kohabitacją a podwyższonym ryzykiem depresji, zarówno w populacji ogólnej [6], jak i u kobiet w okresie ciąży i po porodzie [5]. Problem ten nie był dotychczas poruszany w piśmiennictwie polskim.

Cel pracy

Celem pracy było zbadanie, czy stan cywilny kobiet będących w ciąży lub położu, ze szczególnym uwzględnieniem zjawiska kohabitacji, wpływa na częstość występowania objawów depresji okołoporodowej.

Materiał i metody

W badaniach wzięły udział 222 pacjentki hospitalizowane w Klinice Medycyny Matczyno-Płodowej Pomorskiej Akademii Medycznej (PAM) w Szczecinie w latach 2006-2007. Autorzy uzyskali zgodę Komisji Bioetycznej PAM na przeprowadzenie badań oraz świadomą zgodę wszystkich pacjentek na udział w badaniach. Badaniem objęto 117 ciężarnych (w wieku ciążowym 32-40 tygodni) oraz 105 kobiet w 2-5 dniu położu.

Poza szczegółową oceną kliniczną pacjentek, przeprowadzaną przez lekarzy w ramach rutynowego wywiadu położniczo-ginekologicznego, zastosowano kwestionariusz EPDS (Edynburska Skala Depresji Poporodowej) jako test skrinigowy w kierunku obecności objawów depresji okołoporodowej. Za stan zwiększonego ryzyka wystąpienia objawów depresji okołoporodowej przyjęto uzyskanie przez pacjentkę >12 punktów w 30 punktowej skali [16].

Kohabitacja jako silny czynnik predykcyjny depresji okołoporodowej.

Oprócz kwestionariusza EPDS pacjentkom przedłożono do wypełnienia ankietę demograficzną zawierającą dane dotyczące między innymi stanu cywilnego. Ze względu na jego charakter, badane kobiety ciężarne i położnice podzielono na 3 grupy: zamężne, stanu wolnego (panny, rozwiedzione i wdowy – nie żyjące z partnerem) oraz kohabituujące (stanu wolnego – żyjące z partnerem).

W poszczególnych grupach na podstawie uzyskanych wyników indywidualnych obliczono wartości średnie odchylenia standardowego (\pm SD) dla stanu cywilnego i porównano je między grupami. W grupie pacjentek z depresją okołoporodową obliczono ryzyko wystąpienia depresji okołoporodowej (OR, 95% CI) w zależności od stanu cywilnego. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej, korzystając z programu STATISTICA 6.0 PL. Do obliczeń został wykorzystany także test analizy wariancji oraz test Manna-Whitneya.

Wyniki

Zebrane w toku badań dane demograficzne nie wykazały statystycznie istotnych różnic pomiędzy analizowanymi grupami pacjentek w zakresie wieku (średnia 28,2 lat), wykształcenia oraz miejsca zamieszkania.

Na podstawie testu skринingowego EPDS stan zwiększonego ryzyka wystąpienia objawów depresji okołoporodowej stwierdzono u 17% (38/117) ciężarnych oraz 10% (22/105) położnic spośród wszystkich zbadanych kobiet.

Jak wynika z tabeli I średnia liczba punktów w skali EPDS uzyskanych przez ciężarne zamężne wyniosła 7,1 (\pm 3,2 SD), a u ciężarnych pozostających w stanie wolnym wyniosła 7,6 (\pm 3,9 SD). Natomiast w grupie ciężarnych żyjących w kohabitacji średnia liczba punktów w skali EPDS wyniosła 16,4 (\pm 4,4 SD). W porównaniu do grupy ciężarnych zamężnych i stanu wolnego występowanie objawów depresji okołoporodowej w grupie ciężarnych kohabituujących było istotne statystycznie ($p < 0,0001$).

Podobne zależności stwierdzono u kobiet we wczesnym połogu. Średnia liczba punktów w skali EPDS uzyskanych przez zamężne położnice wyniosła 6,3 (\pm 4,5 SD), a u położnic pozostających w stanie wolnym wyniosła 7,1 (\pm 5,9 SD). Natomiast w grupie położnic kohabituujących średnia liczba punktów w skali EPDS wyniosła 13,0 (\pm 5,2 SD). W porównaniu do grupy położnic zamężnych i stanu wolnego występowanie objawów depresji okołoporodowej w grupie położnic kohabituujących było istotne statystycznie ($p < 0,0001$).

Z tabeli II wynika, że ryzyko wystąpienia objawów depresji okołoporodowej wzrasta u kobiet ciężarnych żyjących w kohabitacji. W przebadanej grupie u żadnej ciężarnej pozostającej w związku małżeńskim ($n=50$) nie stwierdzono na podstawie kwestionariusza EPDS wystąpienia objawów depresji okołoporodowej. Objawy depresji odnotowano natomiast u 10,3% (3/29) ciężarnych stanu wolnego oraz 92,1% (35/38) pacjentek żyjących z partnerem w związku nieformalnym.

Tabela I. Wartości średnie (\pm SD) uzyskanej liczby punktów w skali EPDS a stan cywilny kobiet ciężarnych i położnic.

Stan cywilny	Punkty w skali EPDS					
	ciężarne			położnice		
	n	M \pm SD		n	M \pm SD	
zamężne (0)	50	7,1 \pm 3,2		54	6,3 \pm 4,5	
stanu wolnego (1)	29	7,6 \pm 3,9		31	7,1 \pm 5,9	
kohabituujące (2)	38	16,4 \pm 4,4		20	13,0 \pm 5,2	
p<	0 vs 1 ns	0 vs 2 0,0001	1 vs 2 0,0001	0 vs 1 ns	0 vs 2 0,0001	1 vs 2 0,0001

Tabela II. Ryzyko wystąpienia objawów depresji okołoporodowej u kobiet ciężarnych i położnic w zależności od stanu cywilnego.

	Stan cywilny	N	Ryzyko wystąpienia depresji okołoporodowej							
			n	%	OR	[95	CI]	p<	czułość	swoistość
ciężarne	zamężne	50	0	0,0	1,00					
	stanu wolnego	29	3	10,3	9,34	1,42	201,77	0,05		
	kohabituujące	38	35	92,1	975,86	116,73	19502,00	0,0001	92,1%	96,2%
położnice	zamężne	54	4	7,4	1,00					
	stanu wolnego	31	5	16,1	2,40	0,59	9,72	ns		
	kohabituujące	20	13	65,0	23,2	5,89	91,51	0,0001	59,1%	91,6%

Podolska M, et al.

W porównaniu z grupą kobiet zamężnych ryzyko wystąpienia objawów depresji u kobiet stanu wolnego było podwyższone kilkukrotnie (OR=9,34; 95% CI 1,42, 201,77), natomiast aż kilkusetkrotnie u ciężarnych kohabituujących (OR=975,86; 95% CI 116,73, 19502,00). Stwierdzenie kohabitacyjnego charakteru stanu cywilnego kobiety ciężarnej pozwala na oszacowanie zwiększonego ryzyka wystąpienia u niej objawów depresji okołoporodowej z czułością 92,1% przy swoistości 96,2%.

W grupie kobiet we wczesnym połogu występowanie objawów depresji okołoporodowej zanotowano u 7,4% (4/54) pacjentek zamężnych, 16,1% (5/31) stanu wolnego i 65% (13/20) położnic kohabituujących. W porównaniu z grupą kobiet zamężnych ryzyko wystąpienia objawów depresji u położnic stanu wolnego było podwyższone ponad dwukrotnie (OR=2,4; 95% CI 0,59, 9,72), natomiast ponad dwudziestokrotnie u położnic kohabituujących (OR=23,2; 95% CI 5,89, 91,51). Kohabitacja u położnicy pozwala na oszacowanie zwiększonego ryzyka wystąpienia u niej objawów depresji okołoporodowej z czułością 59,1% przy swoistości 91,6%.

Dyskusja

Pełnoobjawowa depresja w okresie ciąży i połogu niesie poważne konsekwencje zdrowotne dla kobiet, jak również dla przebiegu ciąży i porodu, rozwoju psychofizycznego nowonarodzonych dzieci, relacji matka-dziecko oraz funkcjonowania rodziny. Zidentyfikowanie czynników predysponujących do depresji okołoporodowej lub czynników predykcyjnych wystąpienia jej objawów u kobiet jest niezwykle istotne zarówno pod kątem profilaktyki i wczesnego wykrywania tego stosunkowo częstego zaburzenia, ale także wdrożenia ukierunkowanej i efektywnej terapii.

W niniejszej pracy po raz pierwszy wykazano, że charakter związku partnerskiego, w którym pozostaje kobieta ciężarna lub położnica ma silny wpływ na ryzyko rozwoju depresji matczynej. U kohabituujących ciężarnych i położnic znacznie wzrasta ryzyko wykrycia objawów depresji w testach skринingowych takich jak kwestionariusz EPDS. Stwierdzenie kohabitacyjnego charakteru stanu cywilnego kobiety pozwala na oszacowanie zwiększonego ryzyka wystąpienia u niej objawów depresji okołoporodowej z wysoką czułością i swoistością, zwłaszcza w przypadku pacjentek ciężarnych.

Aktualny stan badań nad zjawiskiem kohabitacji w Polsce nie pozwala na zwartą i jednolitą ocenę psychologicznych i społecznych jego konsekwencji. Janicka na podstawie analizy porównawczej par małżeńskich i kohabituujących sformułowała następujące wnioski.

Po pierwsze, pozostawanie kobiety w związku nieformalnym obciążone jest niekorzystnymi czynnikami dla jej funkcjonowania emocjonalnego, co może skutkować między innymi mniejszą stabilnością par kohabituujących niż małżeńskich.

Po drugie, związek nieformalny wybierają osoby kierujące się przy doborze partnera głównie motywacjami emocjonalnymi, natomiast u przyszłych małżonków – zakładających trwałość funkcjonowania związku – obok emocjonalnych, pojawiają się motywy racjonalne (w tym kontekście społeczne) oraz podobieństwo partnerów.

Po trzecie, kobiety ze związków niezgodnych i rozwiedzionych częściej wybierają kohabitację niż kobiety pozytywnie

oceniające swą rodzinę nuklearną. Istnieje więc duże podobieństwo powielania niekorzystnych skryptów kulturowych [13].

Janicka twierdzi, że partnerzy kohabituujący ujawniają mniejszą niż małżonkowie zależność od siebie oraz są mniej efektywni w pozyskiwaniu i dostarczaniu wsparcia.

Najważniejszy wydaje się jednak wniosek o niższym u par nieformalnych niż u małżeństw poczuciu bezpieczeństwa, a nawet zmniejszaniu się go w miarę stażu małżeńskiego.

Autorka przypisuje również kohabituującym kobietom niepewność, niepokój, a nawet izolację w stopniu, który stanowi zagrożenie ich zdrowia psychicznego. Autorka ta postuluje nawet objęcie specjalnymi programami wsparcia oraz terapią, partnerów znajdujących się w związkach kohabitacyjnych, ze wskazaniem na ich sformalizowanie [13].

Wyniki badań Pankiewicza wskazują ponadto na większą transmisję zaburzeń lękowych od jednego partnera na drugiego w związkach niesformalizowanych w stosunku do par małżeńskich [17], co pośrednio wskazuje na obecność pewnego klimatu w związkach nieformalnych, sprzyjającego rozprzestrzenianiu się zaburzeń lękowych.

Jak wynika z powyżej przedstawionych wyników badań, sytuacja kobiety kohabitującej może być szczególnie trudna, zwłaszcza gdy jest ona w ciąży, ponieważ istniejące relacje w nieformalnym związku, jak i stygmatyzacja społeczna, która nadal istnieje w Polsce mimo zachodzących liberalnych zmian, może budzić lęk, a tym samym utrudniać odnalezienie się w roli matki. Dodatkowym czynnikiem obciążającym jest brak uregulowań prawnych, które nie ułatwiają legalizacji pozamałżeńskiego dziecka.

Podobnego zdania jest Kwak, która zwraca uwagę na fakt, że w Polsce kohabitacja pozbawia partnerów poczucia bezpieczeństwa i akceptacji. Co więcej – akceptacja społeczna okazała się ważniejsza dla mężczyzn, a poczucie bezpieczeństwa dla kobiet [15].

W depresji okołoporodowej jednym z ważniejszych jej czynników predykcyjnych jest brak poczucia bezpieczeństwa, jakiego doświadczają kobiety żyjące w związkach niezalegalizowanych. Jak wynika z naszych badań, 91,2% kohabituujących kobiet ciężarnych doświadcza objawów depresji okołoporodowej. Z rozmów prowadzonych przez autorkę wynika również, że kobiety te czują brak stabilności związku i ujawniają niepewność co do własnej efektywności funkcjonowania w roli matki. Obawiają się także braku wsparcia ze strony ojca dziecka, co wynikać może z konsensualności związku i braku formalno-prawnych powiązań oraz – prawdopodobnie – braku perspektywy na jego legalizację, czyli unormowanie niepewnej sytuacji.

Ten ostatni wniosek uzasadnić można wcześniej przytoczonymi badaniami, z których wynika, że kohabitacja w Polsce częściej ma charakter niejako przypadkowego stanu przedlub pomałżeńskiego, niż jest skutkiem wyboru stylu życia. Stąd też można przypuszczać, że kobiety, które znajdują się w innej sytuacji (np. podjęły świadomą decyzję o samotnym macierzyństwie) są mniej narażone na doświadczenie symptomów depresji okołoporodowej, ponieważ – jak wynika z wywiadów prowadzonych z nimi – są one przygotowane emocjonalnie na samodzielność i jej konsekwencje oraz nie oczekują wsparcia od ojca dziecka.

Kohabitacja jako silny czynnik predykcyjny depresji okołoporodowej.

Podobnego zdania są Bilszta i wsp. [18] oraz Milgrom i wsp. [19], którzy stwierdzili na dużej populacji matek australijskich, że kobiety decydujące się na samotne macierzyństwo są mniej narażone na wystąpienie depresji poporodowej niż te pozostające w związkach z partnerem, od którego nie doświadczają wystarczającego wsparcia i poczucia bezpieczeństwa.

Wyniki przedstawione w tej pracy, jak i te uzyskane przez zespół australijski [18, 19] sugerują, że decydującym czynnikiem depresjogennym w okresie okołoporodowym jest doświadczanie poczucia braku wsparcia ze strony partnera. Miller [20], która przeprowadziła badania na różnych grupach etnicznych w USA wręcz stwierdza, że na występowanie depresji poporodowej mają wpływ cechy kulturowe. I tak w grupach o silnym wsparciu społecznym kobiety ciężarne i położnice są mniej narażone na wystąpienie depresji poporodowej, niż kobiety żyjące w społecznościach pozbawionych takiego wsparcia. Podobne wnioski prezentują Rich-Edwards i wsp. [5], którzy stwierdzają, że czynniki socjodemograficzne – między innymi stan cywilny – są predyktorami depresji przed- i poporodowej.

Biorąc pod uwagę dotychczasowy stan badań nad wpływem stanu cywilnego kobiet spodziewających się dziecka na rozwój depresji przed- i poporodowej, należy stwierdzić, że czynnik ten jest niezmiernie istotny w patogenezie powstawania tego zaburzenia. U kobiet kohabitujących, obok „normalnych lęków”, np. obawy, czy sprostą się nowej roli matki, na plan pierwszy wysuwa się pytanie o to, czy wsparcie ze strony partnera okaże się wystarczające i czy ich związek (z założenia konsensualny) przetrzyma istotną próbę, jaką są narodziny dziecka, pojawienie się nowych obowiązków i naturalna w tej sytuacji zmiana relacji między partnerami.

W podsumowaniu można stwierdzić, że kobiety żyjące w związkach kohabitacyjnych wymagają dużego emocjonalnego wsparcia nie tylko ze strony samych partnerów, ale i pozostałych członków rodziny, przyjaciół lub wręcz organizacji społecznych. W społeczeństwie ponowoczesnym, w którym zanikła dotychczasowa tradycja i stałe pokłady odniesień (np. religia), i w którym „trwałe związki międzyludzkie zanikają i rozpadają się na serie spotkań i interakcji” brak jest bowiem struktur, które mogą stanowić niezbędne wsparcie dla jednostki [7]. Wydaje się przy tym, że zachodzących zmian nie da się powstrzymać i coraz częściej w polskich szpitalach położniczych pojawiać się będą ciężarne pozostające z wyboru lub z przypadku w związkach kohabitacyjnych. Ta grupa pacjentek powinna być szczególnym celem skryningu i profilaktyki depresji matczynej.

Wnioski

1. Stan cywilny kobiet ciężarnych i położnic ma istotny wpływ na ryzyko wystąpienia objawów depresji okołoporodowej; ryzyko to zwiększa się wielokrotnie w grupie kobiet kohabitujących w stosunku do kobiet pozostających w związkach formalnych i kobiet wolnych nie żyjących z partnerem.
2. Badanie kliniczne kobiet w okresie perinatalnym powinno uwzględniać ocenę ich stanu psychospołecznego, który może być czynnikiem predykcyjnym depresji okołoporodowej.

3. Kobiety ciężarne żyjące w związkach nieformalnych powinny być objęte szczególnym nadzorem psychologicznym.

Piśmiennictwo

1. Kim Y, Hur J, Kim K, [et al.]. Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: A prospective study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008, 62, 331-340.
2. Buist A, Condon J, Brooks J, [et al.]. Acceptability of routine screening for perinatal depression. *J Affect Disord*. 2006, 93, 233-237.
3. Kossakowska-Petrycka K, Walecka-Matya K. Psychologiczne uwarunkowania występowania depresji poporodowej u kobiet w ciąży o przebiegu prawidłowym i ciąży wysokiego ryzyka. *Ginekol Pol*. 2007, 78, 544-548.
4. Kosińska-Kaczyńska K, Horosz E, Wielgoś M, [i wsp.]. Zaburzenia afektywne u położnic w pierwszym tygodniu po porodzie – analiza rozpowszechnienia i czynników ryzyka. *Ginekol Pol*. 2008, 79, 182-185.
5. Rich-Edwards J, Kleinman K, Abrams A, [et al.]. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health*. 2006, 60, 221-227.
6. Akhtar-Danesh N, Landeen J. Relation between depression and sociodemographic factors. *Int J Ment Health Syst*. 2007, 1, 4.
7. Słany K. Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie. Kraków: Nomos, 2002.
8. Okólski M. Płodność i rodzina w okresie transformacji. W: Współczesne społeczeństwo polskie. Dynamika zmian. Red. Wasilewski J. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2006.
9. Cwiek W. Konkubinaty. Warszawa: C.H. Beck, 2002.
10. Kurkiewicz J. Modele przemian płodności w wybranych krajach europejskich w świetle drugiego przejścia demograficznego. Kraków: Wydawnictwo AE, 1998.
11. Kotowska I. Przemiany demograficzne w Polsce w latach 90. w świetle koncepcji drugiego przejścia demograficznego. Warszawa: SGH, 1999.
12. Giddens A. Socjologia. Warszawa: PWN, 2005, 211-212.
13. Janicka I. Kohabitacja a małżeństwo w perspektywie psychologicznej. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2006.
14. Jąbłoński D, Ostasz L. Zarys wiedzy o rodzinie, małżeństwie, kohabitacji i konkubinacie: perspektywa antropologii kulturowej i ogólnej. Olsztyn: *Adiaphora*, 2001.
15. Kwak A. Rodzina w dobie przemian: małżeństwo i kohabitacja. Warszawa: Żak, 2005.
16. Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987, 150, 782-786.
17. Pankiewicz P. Lęk i zaburzenia lękowe a związki małżeńskie i partnerskie. Rozprawa habilitacyjna. *Annales Academiae Medicae Gedanensis*, 2008, Tom XXVIII.
18. Bilszta J, Tang M, Meyer D, [et al.]. Single motherhood versus poor partner relationship: outcomes for antenatal mental health. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008, 42, 56-65.
19. Milgrom J, Gemmill A, Bilszta J, [et al.]. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord*. 2008, 108, 147-57.
20. Miller L. Postpartum Depression. *JAMA*. 2002, 13, 762-765.