



Rekomendacja nr 181/2025

z dnia 27 listopada 2025 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania depresji poporodowej

Prezes Agencji rekomenduje przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej szkoleń dla personelu medycznego dotyczących depresji poporodowej, działań informacyjno-edukacyjnych skierowanych do kobiet w ciąży i po urodzeniu dziecka, a także ich partnerów i osób najbliższych, badań przesiewowych z wykorzystaniem kwestionariusza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej w populacji kobiet w ciąży i po urodzeniu dziecka oraz konsultacji specjalistycznej skierowanej do kobiet, które przeszły badanie przesiewowe.

Prezes Agencji nie rekomenduje wykorzystywania w ramach programów polityki zdrowotnej innych technologii medycznych i działań, jak również odmiennych warunków realizacji niż uwzględnione w niniejszym dokumencie.

Uzasadnienie

Niniejsza rekomendacja stanowi aktualizację Rekomendacji nr 13/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących problemu zdrowotnego depresji poporodowej, zgodnie z art. 48aa ust. 8 „ustawy o świadczeniach”.

Depresja poporodowa opisywana jest jako epizod depresyjny, który pojawia się w ciągu 12 miesięcy od porodu. Zwiększone ryzyko wystąpienia depresji poporodowej można wykryć jeszcze w trakcie ciąży. W badaniach przesiewowych do oceny ryzyka wystąpienia depresji poporodowej stosuje się kwestionariusz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (ESDP).

Dane epidemiologiczne wskazują, że od 10 do 22% kobiet po porodzie cierpi na depresję poporodową, z czego co druga kobieta nie zwraca się o pomoc do specjalisty.

Prezes Agencji mając na uwadze opinię Rady Przejrzystości, dostępne rekomendacje, obowiązujące przepisy prawa oraz dostępne dane epidemiologiczne dotyczące depresji poporodowej, zaleca przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ):

- szkoleń w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia depresji poporodowej skierowanych do personelu medycznego, w szczególności zaangażowanego w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami;
- działań informacyjno-edukacyjnych skierowanych do kobiet w ciąży i po urodzeniu dziecka, a także ich partnerów oraz osób najbliższych poruszających tematykę objawów depresji poporodowej oraz ryzyka jej wystąpienia w ciąży i po porodzie, zagadnień zdrowia psychicznego w okresie okołoporodowym oraz dostępnych form wsparcia;
- badań przesiewowych z wykorzystaniem kwestionariusza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, skierowanych do kobiet w ciąży lub do 1 roku od porodu;
- konsultacji specjalistycznej skierowanej do kobiet, które przeszły badanie przesiewowe.

Programy polityki zdrowotnej prowadzone przez JST mogą stanowić uzupełnienie dotychczas realizowanych programów w zakresie depresji poporodowej.

Niniejsza rekomendacja obejmuje zarówno etapy realizowane przez podmiot wdrażający projekt programu polityki zdrowotnej, jak i te przeprowadzane przez jego realizatora. Szczegóły przedstawiono w dalszej części poświęconej warunkom realizacji programu.

1. Problem zdrowotny i epidemiologia

Depresja jest terminem zawierającym w sobie wiele zaburzeń, wliczając w to zespół depresyjny. Pacjenci dotknięci depresją doświadczają smutku, braku satysfakcji z podejmowanych działań, obniżenia energii, bezsenności, wahań masy ciała, uczucia straty i bezcelowości oraz nawracających myśli samobójczych.

Depresja poporodowa z kolei opisywana jest jako epizod depresyjny, który pojawia się w ciągu 12 miesięcy od porodu. Zwiększone ryzyko wystąpienia depresji poporodowej można wykryć jeszcze trakcie czasie ciąży.

Zgodnie z polską wersją językową ICD-11 depresja poporodowa ujęta jest w następujących kodach:

- SD82 Depresja (TM1);
- 6E20 Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub położeniem bez objawów psychotycznych;
- 6E21 Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem lub położeniem, z objawami psychotycznymi;
- XE79G Proksymalne czynniki ryzyka zamierzonego samouszkodzenia, depresja poporodowa.

Głównymi czynnikami ryzyka rozwoju depresji okołoporodowej, tj. w okresie ciąży lub porodu są: obecność epizodów depresyjnych w historii rodzinnej bądź osobistej, doświadczone w przeszłości seksualne bądź psychiczne molestowanie, fakt niechcianej bądź nieplanowanej ciąży, prowadzenie stresującego trybu życia, obecność cukrzycy przedporodowej i ciążowej oraz komplikacje w trakcie ciąży (m.in. realne zagrożenie poronieniem oraz przedwczesny poród). Dodatkowo ryzyko zwiększają czynniki społeczne jak niski status socjoekonomiczny czy brak wsparcia socjalnego i ekonomicznego. Istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia depresji okołoporodowej może być także ciąża u nieletnich.

Do podstawowych objawów depresji poporodowej zalicza się: utratę zainteresowania codziennymi aktywnościami, utratę energii, obniżony nastrój, zaburzenia snu, nieprawidłowe nawyki żywieniowe, ograniczenie zdolności do racjonalnego myślenia i koncentracji uwagi, poczucie bezcelowości lub braku wartości oraz nawracające myśli samobójcze.

Objawy takie jak obniżony nastrój czy utrata zainteresowania są konieczne by stwierdzić depresję i muszą być one obecne przez minimum dwa tygodnie. Depresję poporodową należy różnicować z mniej poważnym dla kobiet syndromem, tzw. „baby blues”, czyli przemijającym zaburzeniem nastroju obejmującym nieuzasadniony płacz, drażliwość, zmęczenie i niepokój. Syndrom ten ustępuje zazwyczaj w przeciągu 10 dni od porodu.

W badaniach przesiewowych do oceny ryzyka wystąpienia depresji poporodowej stosuje się formularz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (ESDP). Uzyskanie wyniku powyżej 12 punktów lub stwierdzenie obecności myśli nakierowanych na uszkodzenie własnego ciała jest wskazaniem do wykonania diagnozy przez specjalistę. Rozpoznanie depresji poporodowej, tak jak w przypadku innych typów depresji, dokonuje się na podstawie obserwacji zachowania i rozmowy z kobietą oraz z jej bliskimi.

Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia wskazują, że od 10 do 22% kobiet po porodzie cierpi na depresję poporodową, z czego co druga kobieta nie zwraca się o pomoc do specjalisty.

W publikacji z 2022 r. podsumowującej program „Przystanek MAMA” prowadzony w makroregionie północnym (województwach pomorskim, kujawsko-pomorskim i warmińsko-mazurskim), średni wynik bezpośredniego badania przesiewowego za pomocą kwestionariusza ESDP wyniósł 4,73 pkt. (7 345 kobiet). Wynik wynoszący ≥ 12 pkt wskazujący na wystąpienie depresji poporodowej wystąpił u 7,3% badanych kobiet, a nieznacznie zwiększony (10-11 pkt) u 4,7% badanych.

Wśród kobiet, które wypełniły kwestionariusz samooceny dostępny na platformie internetowej, średni wynik (dla kobiet po porodzie oraz do 4 lat po) wyniósł 16,05 pkt. (10 454 kobiety). Wyniki ≥ 12 pkt. miało 77% kobiet, które wypełniły kwestionariusz online, a 8,3% miało wynik pomiędzy 10 i 11 pkt.

2. Omówienie rekomendacji klinicznych, ekonomicznych i zaleceń organizacyjnych w odniesieniu do ocenianej technologii

W ramach aktualizacji odnaleziono i włączono do analizy rekomendacje/wytyczne o jasno określonej metodologii ich przygotowania wydane przez: Grupę Polskich Ekspertów (GPE 2021), U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF 2023), Centre of Perinatal Excellence (COPE 2023), World Health Organization (WHO 2022), Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN 2022), American Psychiatric Association (APA 2020) oraz zaktualizowano rekomendacje opisane w poprzedniej wersji raportu: The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP 2024), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG 2023a, ACOG 2023b), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2023), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2020). Ponadto ujęto także wytyczne z poprzedniej rekomendacji wydane przez: Ministerstwo Zdrowia (MZ 2019), Registered Nurses Association of Ontario (RNAO 2019), US Preventive Services Task Force (USPSTF 2019).

Podsumowanie najważniejszych informacji z włączonych do analizy wytycznych postępowania:

Populacja docelowa działań profilaktycznych

- Działaniami profilaktycznymi w kierunku depresji poporodowej powinny być objęte wszystkie kobiety będące w ciąży oraz po urodzeniu dziecka (RACGP 2024, ACOG 2023a, ACOG 2023b, SIGN 2023, COPE 2023, USPSTF 2023, AWHONN 2022, WHO 2022, GPE 2021, APA 2020, NICE 2020).
- Wskazuje się także na zasadność uwzględnienia w działaniach edukacyjnych partnerów, rodzin oraz opiekunów prawnych kobiet (COPE 2023, SIGN 2023, NICE 2020, MZ 2019, RNAO 2018).

Badania przesiewowe

- Zaleca się prowadzenie badań przesiewowych w kierunku depresji po porodowej, z wykorzystaniem odpowiednich, wystandaryzowanych kwestionariuszy i skal określających u nich poziom objawów depresyjnych. Docelowym narzędziem przesiewowym pozostaje Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP). Organizacje zalecają, aby badanie przesiewowe było wykonywane dwukrotnie – raz w trakcie trwania ciąży (tak wcześnie jak to możliwe), a kolejne w ciągu po 6-12 tygodniach od urodzenia dziecka (SIGN 2023, RACGP 2023, ACOG 2023a, COPE 2023, WHO 2022, GPE 2021, NICE 2020, MZ 2019).
- Część rekomendacji dopuszcza także możliwość zastosowania alternatywnego badania przesiewowego, wykorzystującego kwestionariusz PHQ-9 (ACOG 2023a, COPE 2023, WHO 2022, NICE 2020).

Działania informacyjno-edukacyjne

- Należy prowadzić działania informacyjno-edukacyjne w populacji kobiet w ciąży i po urodzeniu dziecka. Działania te powinny być ukierunkowane na zwiększenie wiedzy pacjentek o objawach depresji poporodowej oraz podwyższonym ryzyku jej wystąpienia w trakcie ciąży i po urodzeniu. Wskazuje się także na zasadność angażowania w ten proces lekarzy, którzy podczas wizyt kontrolnych powinni rozmawiać z pacjentkami, zapewniać im poradnictwo oraz zadawać pytania nt. ich obecnego stanu emocjonalnego (SIGN 2023, ACOG 2023b, COPE 2023, WHO 2022, GPE 2021, APA 2020, NICE 2020, MZ 2019).
- Możliwe jest także zastosowanie interwencji psychologicznych, jak terapia interpersonalna czy behawioralno-poznawcza (SIGN 2023, COPE 2023, WHO 2022, USPSTF 2019, RNAO 2019).
- Zaleca się prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego. Zakres szkoleń powinien obejmować nie tylko problematykę występowania depresji poporodowej, ale także naukę poprawnego stosowania narzędzi przesiewowych, zwiększenie świadomości personelu o jego roli w monitorowaniu pacjentki oraz umiejętności komunikacji z nimi (SIGN 2023, COPE 2023, AWHONN 2022, WHO 2022, APA 2020, RNAO 2019).

3. Dowody naukowe

W ramach aktualizacji odnaleziono i włączono 34 metaanalizy: Savoia 2025, Lenells 2025, Worku 2025, Molero 2025, Nourollahi 2025, Luo 2024, Lewkowitz 2024, Park 2023, Xu 2023, Yang 2023, Pathak 2023, Qiu 2023, Miura 2023, Li 2023, O'Connor 2023, Ong 2023, Wang 2023, Dlamini 2023, Qiu 2022a, Qiu 2022b, Fang 2022, Yuan 2022, Kjeldsen 2022, Waqas 2022, Zhou 2022, Dachew 2021, Missler 2021, Saad 2021, Liu 2021, Hanach 2021, Zhao 2021, Cao 2020, Park 2020, Yasuma 2020; 1 przegląd systematyczny Verbeke 2022 oraz 3 przeglądy parasolowe: Campos-Marin 2025, Qi 2025, Marconcin 2021. Ponadto ujęto także dowody naukowe odnalezione na potrzeby wydania poprzedniej rekomendacji: O'Connor 2019, Stephens 2016.

Poniżej przedstawiono kluczowe wnioski z analizy dowodów naukowych – dalsze szczegóły znajdują się w Raporcie Analitycznym Agencji.

3.1 Wnioski z analizy dowodów naukowych

Programy badań przesiewowych

- Badanie przesiewowe z wykorzystaniem kwestionariusza ESDP odznacza się czułością i swoistością w wykrywaniu depresji poporodowej, na poziomie odpowiednio 79% [95%CI: (0,67; 0,88)] i 92% [95%CI: (0,76; 0,98)] (Park 2023).
- Badanie przesiewowe z wykorzystaniem innych narzędzi przesiewowych (m.in. PHQ-9, BDI, K-10, PDSS) odznacza się czułością i swoistością w wykrywaniu depresji poporodowej na poziomie odpowiednio 80% [95%CI: (0,60; 0,91)] i 79% [95%CI: (0,33; 0,97)] (Park 2023).
- Uczestnictwo w kompleksowych programach badań przesiewowych, obejmujących ocenę ryzyka depresji poporodowej z wykorzystaniem wystandaryzowanych kwestionariuszy (głównie ESDP) oraz wdrożenie elementów leczenia i skierowań na leczenie, prowadzi do istotnego statystycznie:
 - zmniejszenia szansy uzyskania wyniku wskazującego na umiarkowane bądź wysokie ryzyko depresji poporodowej – OR=0,55 [95%CI: (0,45; 0,66)];
 - zwiększenia szansy poszukiwania pomocy w leczeniu depresji – OR=3,74 [95%CI: (2,14; 6,52)] (Waqas 2022).

Interwencje edukacyjne i psychospołeczne

- Aplikacje zawierające zautomatyzowany komponent mający na celu zapobieganie depresji poporodowej, poprzez dostarczanie interwencji psychospołecznych, prowadzą do istotnego statystycznie obniżenia wyniku w skali ESDP – MD=-0,96 [95%CI: (-1,44; -0,48)] (Miura 2023).
- Realizacja interwencji psychoedukacyjnych u kobiet w ciąży, w porównaniu z brakiem interwencji lub standardową opieką, skutkowała istotną statystycznie poprawą nasilenia objawów depresji:
 - bezpośrednio po interwencji – SMD=-0,26 [95%CI: (-0,47; -0,04)];
 - 3 miesiące po porodzie – SMD=-0,56 [95%CI: (-1,09; -0,02)] (Ong 2023).
- Istotną statystycznie poprawę w zakresie nasilenia objawów depresji stwierdzono w przypadku uczestnictwa partnera w interwencji – SMD=-1,81 [95%CI: (-2,23; -1,39)] (Ong 2023).
- Realizacja interwencji z zakresu telemedycyny u kobiet znajdujących się w grupie ryzyka depresji poporodowej (≥ 9 pkt w ESDP), skutkuje istotnym statystycznie zmniejszeniem stopnia nasilenia objawów depresji poporodowej – MD=-2,99 [95%CI: (-4,52; -1,46)] (Zhao 2021).

Interwencje psychologiczne

- Interwencje z zakresu profilaktyki pierwotnej w depresji poporodowej wykazały swoją potencjalną skuteczność, zarówno w profilaktyce uniwersalnej, jak i ukierunkowanej. W oparciu o aktualne dowody, najbardziej obiecujące strategie obejmują interwencje psychologiczne (O'Connor 2019), edukacyjne, wsparcie oraz interwencje skoncentrowane na relacji matka-dziecko (Qi 2025).
- Cyfrowe interwencje zdrowotne (DHI, ang. *digital health interventions*), obejmujące psychoterapię i psychoedukację, w porównaniu do standardowej opieki u kobiet w ciąży, istotnie statystycznie obniżały nasilenie objawów depresji poporodowej:
 - mierzonych różnymi skalami pomiarowymi – SMD=-0,64 [95%CI: (-0,88; -0,40)];

- o mierzonych z użyciem ESDP – WMD=-0,64 [95%CI: (-0,92; -0,35)] (Lewkowicz 2024).
- Interwencje z zakresu psychoterapii interpersonalnej u kobiet z depresją poporodową istotnie statystycznie zmniejszały nasilenie objawów depresyjnych (w kwestionariuszach ESDP, HDRS, BDI) w porównaniu do standardowej opieki – WMD=-2,80 [95%CI: (-3,86; -1,74)] (Wang 2023); SMD=-0,93 [95%CI: (-1,27; -0,59)] (Stephen 2016).
- Interwencje profilaktyczne w trakcie ciąży oparte jedynie na terapii kognitywno-behawioralnej nie wykazały istotnego statystycznie wpływu na nasilenie objawów depresyjnych po porodzie (Yasuma 2020).

Aktywność fizyczna

- Włączone metaanalizy wykazały korzystne efekty dotyczące interwencji składających się z ćwiczeń fizycznych na objawy depresji poporodowej (Campos-Marin 2025).
- Ćwiczenia aerobowe prowadzą do istotnego statystycznie obniżenia nasilenia objawów depresji poporodowej mierzonych kwestionariuszem ESDP w ramach terapii lub prewencji o średnio 1,9 pkt. – MD=-1,90 [95%CI: (-2,58; -1,21)] (Xu 2023).
- Aktywność fizyczna ma istotnie statystycznie pozytywny wpływ na uzyskiwane z narzędzi przesiewowych wyniki WMD=-3,45 [95%CI: (-4,99; -1,91)] (O'Connor 2019).
- Kobiety z grupy ćwiczeń aerobowych w porównaniu do grupy kontroli (interwencji niezawierających komponentu aktywności fizycznej) miały istotnie statystycznie niższy średni wynik ESDP o 1,96 pkt po interwencjach prewencyjnych wykorzystujących ten typ aktywności – MD=-1,96 [95%CI: (-2,23; -1,70)] (Xu 2023).
- Ćwiczenia aerobowe w ramach interwencji prewencyjnych lub terapeutycznych istotnie statystycznie obniżały średnie wyniki ESDP we wszystkich badanych formach ich realizacji m.in.:
 - o ćwiczenia zespołowe – MD=-1,43 [95%CI: (-1,94; -0,93)];
 - o ćwiczenia indywidualne – MD=-1,28 [95%CI: (-2,23; -0,33)];
 - o ćwiczenia nadzorowane – MD=-1,66 [95%CI: (-2,48; -0,85)];
 - o ćwiczenia bez nadzoru – MD=-1,37 [95%CI: (-1,86; -0,88)] (Xu 2023).
- Aktywność fizyczna (m.in. ćwiczenia aerobowe, joga, ćwiczenia siłowe, ćwiczenia w domu, wysoki poziom aktywności) istotnie statystycznie obniża szansę wystąpienia depresji poporodowej, w porównaniu do standardowej opieki okołoporodowej lub niższego poziomu aktywności fizycznej – OR=0,73 [95%CI: (0,61; 0,87)] (Yuan 2022).

Alternatywne metody profilaktyczne

- W większości przypadków nie stwierdzono istotnego statystycznie związku między poszczególnymi wzorcami dietetycznymi a szansą wystąpienia depresji porodowej. Wyjątek stanowi zwiększone spożycie ryb, gdzie potwierdzono ich istotny statystycznie wpływ na zmniejszenie szansy wystąpienia depresji porodowej – OR=0,84 [95%CI: (0,78; 0,91)] (Molero 2025).
- Prowadzenie interwencji *mindfulness* wspieranych przez technologie cyfrowe, może mieć pozytywny wpływ na poziom nasilenia objawów depresji poporodowej – SMD=-0,53 [95%CI: (-0,91; -0,15)] (Worku 2025).
- Kangurowanie (przez kobiety) prowadzi do istotnego statystycznie obniżenia ryzyka wystąpienia, umiarkowanych do ciężkich objawów depresji poporodowej u matki o 24% – RR=0,76 [95%CI: (0,59; 0,96)] (Pathak 2023).

Czynniki ryzyka

- Do czynników ryzyka, które istotnie statystycznie zwiększają ryzyko/szansę wystąpienia depresji poporodowej należą:
 - o cukrzyca ciążowa (o ok. 41%) – RR=1,421 [95%CI: (1,173; 1,723)] (Nourollahi 2025);
 - o zaburzenia snu w trakcie ciąży – OR=2,36 [95%CI: (1,72; 3,24)] (Li 2023);
 - o depresja w trakcie ciąży – OR=4,58 [95%CI: (3,52; 5,96)] (Dlamini 2023);
 - o picie alkoholu przed i/lub w trakcie ciąży – OR=1,21 [95%CI: (1,04; 1,41)] (Qiu 2022a);

- obecność w historii rodzinnej przypadków zaburzeń psychicznych – OR= 2,08 [95%CI: (1,67; 2,59)] (Kjeldsen 2022);
- stwierdzona przed zajściem w ciążę nadwaga (OR=1,14 [95%CI: (1,00; 1,30)]) lub otyłość (OR=1,39 [95%CI: (1,23; 1,57)]) (Dachew 2021).

Przegląd analiz ekonomicznych

- Telefoniczne interwencje edukacyjne świadczone przez ochotników, dla kobiet zagrożonych depresją poporodową, determinują ICER w wysokości €6 622 na każdy uniknięty przypadek tego problemu zdrowotnego (Verbeke 2022).
- Prowadzenie zorganizowanych programów badań przesiewowych w kierunku depresji poporodowej, determinuje ICER na poziomie ok. €2 171/QALY (Verbeke 2022).
- Pomimo, że wiele rekomendacji zaleca działania profilaktyczne i lecznicze ukierunkowane na depresję poporodową, w dalszym ciągu istnieje niezaspokojona potrzeba wysokiej jakości badania, przedstawiające rzeczywiste koszty proponowanych rozwiązań (Verbeke 2022).

Skrót: ICER – inkrementalny współczynnik efektywności kosztów (incremental cost-effectiveness ratio)

4. Opcjonalne technologie medyczne i stan ich finansowania

Zgodnie z zapisami wytycznych praktyki klinicznej oraz wynikami wtórnych dowodów naukowych, kluczowym działaniem w zakresie profilaktyki depresji poporodowej pozostają badania przesiewowe, dla których standardem postępowania jest wykorzystanie Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (ESDP). Niektóre wytyczne dopuszczają również wykorzystanie kwestionariusza PHQ-9. Badaniami przesiewowymi należy objąć wszystkie kobiety będące w ciąży oraz po urodzeniu dziecka. Część rekomendacji i dowodów naukowych wskazuje na zasadność prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla kobiet w ciąży i okresie poporodowym oraz ich partnerów i członków rodziny. W kontekście omawianego problemu zdrowotnego podkreśla się potrzebę edukowania kobiet w zakresie zdrowego stylu życia. Wskazuje się również na zasadność wdrożenia interwencji psychologicznych, dla których preferowanym podejściem terapeutycznym pozostaje terapia behawioralno-poznawcza oraz terapia interpersonalna. W przypadku szkoleń dla personelu medycznego zalecane jest zaznajomienie uczestników z zagadnieniem depresji poporodowej. Zakres edukacji powinien głównie uwzględniać kwestie konsekwencji zdrowotnych omawianego problemu zdrowotnego, metod profilaktyki oraz obserwacji pacjentki celem odpowiednio wczesnej identyfikacji kobiet, u których pojawiają się pierwsze oznaki depresji. Efektem tych działań powinno być także wykształcenie w personelu medycznym gotowości do wspierania pacjentki w działaniach przeciwdziałających wystąpieniu depresji poporodowej oraz gotowości do działania w przypadku pierwszych symptomów sugerujących rozwój omawianego problemu zdrowotnego.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. kobiety w ciąży i po porodzie objęte są ustandaryzowaną opieką okołoporodową (Dz. U. 2018 poz. 1756). Zgodnie z aktualnym zakresem opieki okołoporodowej ocenę ryzyka i nasilenie objawów depresyjnych wykonuje się 2 razy w trakcie ciąży (11-14 tydzień i 33-37 tydzień) oraz raz w okresie poporodowym, jednak bez wskazania konkretnego okresu po narodzinach dziecka.

W ramach funduszy Europejskich realizowany był projekt pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej nr POWR.05.01.00-IP.05-00-006/18” w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Dofinansowanie otrzymały 4 projekty, które zakończyły się w 2023 roku:

- "Uśmiech Mamy" Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej;
- Wschodnie Centrum Profilaktyki Depresji Poporodowej;
- Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej w makroregionie centralnym;
- Przystanek MAMA.

5. Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania przeprowadzane w ramach programów polityki zdrowotnej skierowane do określonej populacji docelowej oraz warunki realizacji programów polityki zdrowotnej, dotyczące danej choroby lub danego problemu zdrowotnego oraz wskaźniki służące do monitorowania i ewaluacji

Treści przedstawione w tej części rekomendacji zostały oparte o odnalezione dowody naukowe, wytyczne kliniczne, wnioski płynące z weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej z omawianego zakresu oraz opinie ekspertów. Rekomendowane przez Prezesa Agencji technologie medyczne/działania wraz z warunkami ich realizacji oraz sposobem monitorowania i ewaluacji zostały przygotowane z uwzględnieniem obowiązującego wzoru programu polityki zdrowotnej.

Opracowane modelowe rozwiązanie stanowi optymalne i uniwersalne rozwiązanie możliwe do wdrożenia przez jednostkę samorządu terytorialnego na dowolnym szczeblu. Niemniej jednak w celu dostosowania rozwiązań do potrzeb i możliwości jednostek samorządu terytorialnego, w poszczególnych elementach programu przedstawiono kilka wariantów rozwiązań, lub ramy, w jakich poruszać się można przy realizacji programu. Ostateczny kształt programu polityki zdrowotnej ustalany powinien być przez decydentów planujących realizację programu.

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2476).

5.1 Uzasadnienie wprowadzenia PPZ

5.1.1 Dane epidemiologiczne

Należy dokonać analizy potrzeb zdrowotnych w danym regionie, stopnia ich zaspokojenia oraz zidentyfikować obszary, w których zastosowanie określonych interwencji może przynieść największe efekty zdrowotne. Należy wziąć pod uwagę dostępne dane epidemiologiczne, które wskazywać będą na rozpowszechnienie problemu na określonym obszarze oraz przedstawią jego sytuację na tle kraju.

Projekt programu polityki zdrowotnej należy opracować na podstawie map potrzeb zdrowotnych i dostępnych danych epidemiologicznych.

5.1.2 Opis obecnego postępowania

Przy planowaniu i wdrażaniu PPZ należy każdorazowo zweryfikować aktualność opisu obecnego postępowania i wprowadzić ewentualne zmiany.

5.2 Cele PPZ i mierniki efektywności jego realizacji

Cel główny oraz cele szczegółowe należy uzupełnić o liczbowe wartości docelowe wskazane znakami „.....%” (procent) oraz „..... p.p.” (punkty procentowe). Stanowią one wyznacznik deklarowanej efektywności planowanych interwencji. Przyjmowane wartości docelowe będą uzależnione od wielu czynników, np. profilu populacji docelowej, wcześniej realizowanych działań na obszarze objętym PPZ, dotychczasowe doświadczenia przy realizacji podobnych działań. Tym samym niezbędne jest indywidualne dobieranie wartości docelowych do konkretnej sytuacji. W treści projektu należy zamieścić opis czynników, które zostały wzięte pod uwagę przy jej ustalaniu. Sugerowanym postępowaniem jest nawiązanie dialogu z przedstawicielami potencjalnych realizatorów tak, aby przyjęte cele zarówno świadczyły o skuteczności działań, jak i były możliwe do osiągnięcia.

5.2.1 Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie identyfikacji objawów depresji poporodowej oraz podwyższonego ryzyka jej wystąpienia wśród%* uczestniczek działań edukacyjnych programu.

* wyjaśnienie symbolu „.....%” znajduje się w ramce powyżej.

5.2.2 Cele szczegółowe

5.2.2.1 Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród%* personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia depresji poporodowej.

5.2.2.2 Zwiększenie o %* w okresie trwania programu odsetka kobiet** z nieprawidłowym wynikiem ESDP, które zostały skierowane na dalszą diagnostykę i leczenie w ramach środków NFZ.

* wyjaśnienie symbolu „.....%” znajduje się w ramce powyżej

** kobiety przed lub do roku po porodzie

5.2.3 Mierniki efektywności realizacji PPZ

Cel	Miernik
Główny	Odsetek uczestniczek programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy*, w zakresie identyfikacji objawów depresji poporodowej oraz podwyższonego ryzyka jej wystąpienia, względem wszystkich uczestniczek działań edukacyjnych, które wypełniły pre-test. <i>(Iloraz liczby kobiet z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestniczek. Wynik wyrażony w procentach)</i> * wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.
5.2.2.1.	Odsetek uczestników z grupy personelu medycznego, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy* w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia depresji poporodowej, względem wszystkich osób uczestniczących w szkoleniach, które wypełniły pre-test. <i>(Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników biorących udział w szkoleniach dla personelu medycznego. Wynik wyrażony w procentach)</i> * wysoki poziom wiedzy – ponad 90% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.
5.2.2.2	Odsetek kobiet z nieprawidłowym wynikiem ESDP, skierowanych na dalszą diagnostykę i leczenie, względem wszystkich kobiet, które przeszły badanie przesiewowe. <i>(Iloraz kobiet* z nieprawidłowym wynikiem ESDP, skierowanych na dalszą diagnostykę w stosunku do liczby kobiet, które przeszły badanie przesiewowe. Wynik wyrażony w procentach)</i> * kobiety przed lub do roku po porodzie

5.3 Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

Istotne jest określenie liczebności populacji docelowej w danym rejonie oraz wskazanie jaki odsetek tej populacji jest możliwy do włączenia do PPZ przy posiadanych zasobach oraz przy zachowaniu równego dla wszystkich uczestników dostępu do działań oferowanych w ramach PPZ. Im większy odsetek populacji zostanie włączony do PPZ, tym większe są możliwości zaobserwowania efektów zdrowotnych we wskaźnikach epidemiologicznych.

Liczebność populacji docelowej powinna zostać oszacowana dla każdego z etapów PPZ. Niezbędne jest wskazanie na źródła danych (liczba uczestników w danej grupie wiekowej z podziałem na płeć np. w oparciu o dane z Głównego Urzędu Statystycznego) i wykorzystanych odniesień do literatury, opis przyjętych założeń oraz przedstawienie wykonanych obliczeń. Należy skupić się na przedstawieniu danych lokalnych, czyli dotyczących obszaru, na którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej.

5.3.1 Populacja docelowa

- Szkolenia w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia depresji poporodowej skierowane są do personelu medycznego, w szczególności zaangażowanego w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, pielęgniarki, położne i inne zawody medyczne.
- Działania informacyjno-edukacyjne są skierowane do kobiet w ciąży i po urodzeniu dziecka, a także ich partnerów oraz osób najbliższych.
- Badania przesiewowe z wykorzystaniem kwestionariusza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej są skierowane do kobiet w ciąży i po urodzeniu dziecka.
- Konsultacja specjalistyczna skierowana jest do kobiet, które wzięły udział w badaniu przesiewowym.

5.3.2 Kryteria kwalifikacji do PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

UWAGA: Na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wykluczenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebę zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach. Każde dodatkowo wprowadzane kryterium powinno zostać wyczerpująco uzasadnione. Przy wprowadzaniu dodatkowych kryteriów należy pamiętać o zasadzie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym wszelkie wprowadzane kryteria powinny być oparte wyłącznie na przesłankach merytorycznych, np. danych epidemiologicznych przytaczanych z wiarygodnych źródeł. Możliwe jest jedynie zawężenie populacji względem tej, która została określona w treści niniejszej rekomendacji.

Z uwagi na możliwą zmienność poziomu dostępnych zasobów w kolejnych latach realizacji PPZ, sugerowanym jest opisanie w treści projektu PPZ postępowania pozwalającego na dostosowywanie kryteriów do możliwości jednostki (np. harmonogram aktualizowany w oparciu o dane pochodzące z monitorowania realizacji PPZ) zamiast deklarowania stosowania zawężenia kryteriów na określonym, stałym poziomie. Informacje dotyczące przebiegu programu powinny zostać zamieszczone w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w PPZ należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

Etap PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Szkolenia dla personelu medycznego	personel medyczny w szczególności zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np. lekarz, pielęgniarka, położna, specjalista ujęty w ustawie o innych zawodach medycznych.	ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat;
Działania informacyjno-edukacyjne	- kobiety w ciąży lub - kobiety po porodzie (do roku od porodu), lub - partnerzy/osoby najbliższe ww. kobiet	- uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat; - pozostawanie pod opieką specjalistyczną w przedmiotowym zakresie przed dołączeniem do PPZ

Etap PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Badanie przesiewowe z wykorzystaniem ESDP	- kobiety w ciąży lub do roku od porodu; - wyrażenie zgody na udział w badaniu	- odmowa wzięcia udziału w przesiewie; - depresja okołoporodowa zdiagnozowana poza programem, przed dołączeniem do PPZ; - pozostawanie pod opieką specjalistyczną w przedmiotowym zakresie przed dołączeniem do PPZ
Konsultacja specjalistyczna	- kobiety, które uzyskały wynik w badaniu przesiewowym ESDP; - wyrażenie zgody na udział w konsultacji	odmowa wzięcia udziału w konsultacji

5.3.3 Planowane interwencje

W trakcie planowania PPZ określić należy jakie działania w danym problemie zdrowotnym mogą zostać wdrożone przy posiadanych zasobach finansowych, materialnych i ludzkich. Należy przeprowadzić dokładną analizę możliwości danej jednostki – aby wdrożone działania cechowały się jak najwyższą efektywnością. Istotne jest przełożenie posiadanych zasobów na wyznaczone cele i ocenę możliwości ich realizacji.

ETAP: SZKOLENIA DLA PERSONELU MEDYCZNEGO (SIGN 2023, COPE 2023, AWHONN 2022, WHO 2022, NICE 2020, APA 2020, RNAO 2019, eksperci kliniczni)

- Warunkiem przystąpienia do szkolenia jest wypełnienie pre-testu. Każdy uczestnik zobowiązany jest do wypełnienia post-testu po zakończeniu szkolenia.
- W ramach szkoleń należy zapoznać personel medyczny z zalecanymi przez wytyczne metodami profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia depresji poporodowej. Należy także szczegółowo przedstawić i wyczerpująco omówić kwestionariusz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej.
- Treści szkolenia są dostosowane do potrzeb każdej z grup personelu medycznego. W szczególności należy wyczerpująco omówić wszystkie tematy, które będą poruszane w ramach działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców.
- Formy szkolenia są dostosowane do tematyki oraz wynikających z nich potrzeb, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, seminaria, materiały audiowizualne, telekonferencje, trening umiejętności praktycznych w kontakcie bezpośrednim.
- Tematyka poruszana na szkoleniach i/lub w materiałach edukacyjnych powinna w szczególności obejmować:
 - rozpoznawanie depresji poporodowej oraz stosowanie narzędzi skринingowych ze szczególnym uwzględnieniem ESDP, w tym interpretacji wyników i dalszego postępowania (SIGN 2023, COPE 2023, WHO 2022, RNAO 2019);
 - identyfikację zaburzeń nastroju oraz minimalizację stygmatyzacji (AWHONN 2022, eksperci kliniczni);
 - zagadnienia zdrowia psychicznego w okresie okołoporodowym m.in. zaburzenia lękowe, zespół stresu pourazowego związany z porodem, psychoza poporodowa (COPE 2023, AWHONN 2022, APA 2020);
 - cele, korzyści i ograniczeń badań przesiewowych;
 - poszerzenie umiejętności personelu w monitorowaniu pacjentek oraz komunikacji z nimi.

ETAP: DZIAŁANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNE (SIGN 2023, ACOG 2023b, COPE 2023, WHO 2022, GPE 2021, APA 2020, NICE 2020, MZ 2019, eksperci kliniczni)

Działania informacyjno-edukacyjne na temat programu powinny być prowadzone w sposób ciągły (przez cały okres jego trwania) oraz kierowane do określonej, jasno zdefiniowanej w projekcie PPZ grupy docelowej. W PPZ realizowanych może być równolegle więcej niż jeden etap informacyjno-edukacyjny, gdyż każdy z nich może obejmować inną subpopulację. Poniżej przedstawiono kwestie, które należy uwzględnić w ramach działań informacyjno-promocyjnych nt. realizowanego programu oraz działań edukacyjnych.

Działania informacyjno-promocyjne

- Samorządy powinny podejmować współpracę z różnymi podmiotami i instytucjami (np. organizacje pozarządowe), które posiadają doświadczenie i kompetencje w konkretnych obszarach, np. edukacji zdrowotnej. Współpraca z realizatorami istniejących inicjatyw społecznych ma na celu promocję realizowanego programu (oraz sposobu udziału), która w szczególności zwiększy szansę na dotarcie informacji do populacji kwalifikującej się do PPZ.
- Działania informacyjno-promocyjne powinny uwzględniać proces aktywnej rekrutacji do programu, która może polegać na np.: kontakcie telefonicznym (dedykowana infolinia rejestracyjna), prowadzeniu naborów w wybranych lokalizacjach dostosowanych do charakterystyki populacji docelowej (szkołach rodzenia, lokalnych ośrodkach zdrowia, aptekach, zakładach pracy, stowarzyszeniach pacjentów itp.).
- Do prowadzenia działań informacyjno-promocyjnych programu zaleca się wykorzystanie nośników miejskich/gminnych np. wyświetlane prezentacje (slajdy) w autobusach/tramwajach/pociągach oraz mediach miejskich/gminnych (dedykowanych mieszkańcom portalach/aplikacjach). Ponadto warto prowadzić także akcje promocyjne w mediach społecznych (np. telewizja, prasa, radio, media społecznościowe). Zaleca się także udostępnienie materiałów informacyjno-edukacyjnych w formie np. ulotek, plakatów, grafik.

Działania edukacyjne

- Działania edukacyjne mogą być prowadzone w formie wykładów, warsztatów, szkoleń, konferencji.
- Warunkiem przystąpienia do działań edukacyjnych jest wypełnienie pre-testu. Każdy uczestnik (kobiety, partnerzy i osoby bliskie kobiet) zobowiązany jest do wypełnienia post-testu po zakończeniu ww. interwencji.
- Działania edukacyjne nakierowane są na podniesienie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy populacji docelowej na temat depresji poporodowej (należy posługiwać się słownictwem zrozumiałym dla adresatów), w tym co najmniej:
 - objawów depresji poporodowej oraz ryzyka jej wystąpienia w ciąży i po porodzie (SIGN 2023, ACOG 2023b, COPE 2023, WHO 2022, GPE 2021, APA 2020, NICE 2020, MZ 2019);
 - zagadnień zdrowia psychicznego w okresie okołoporodowym m.in. zaburzeń lękowych, zespołu stresu pourazowego związanego z porodem, psychozy poporodowej (GPE 2021, NICE 2020, eksperci kliniczni);
 - informacji o dostępnych formach wsparcia (COPE 2023, GPE 2021, eksperci kliniczni).
- Należy w pierwszej kolejności wykorzystać dostępne gotowe materiały edukacyjne, przygotowane przez instytucje zajmujące się problematyką związaną z depresją poporodową, przy jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich. Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej np. (dostęp z 27.11.2025):
 - Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia
<https://pacjent.gov.pl/jak-zyc-z-choroba/mloda-matka-w-depresji>
 - Narodowy Fundusz Zdrowia-Łódzki Oddział Wojewódzki w Łodzi
<https://www.nfz-lodz.pl/dlapacjentow/nfz-blizej-pacjenta/9342-sroda-z-profilaktyka-profilaktyka-depresji-poporodowej>
 - Fundacja Twarze Depresji

https://www.lundbeck.com/content/dam/lundbeck-com/europe/poland/pdfs/PORADNIK_DLA_MAM_B5_01.pdf

- Portal Gov.pl Warmińsko-Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego
<https://www.gov.pl/web/uw-warminsko-mazurski/depresja-poporodowa>
- Portal Gov.pl Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Nowym Targu
<https://www.gov.pl/web/psse-nowy-targ/23-lutego---ogolnopolski-dzien-walki-z-depresja>
- Portal Gov.pl Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Lubaniu
<https://www.gov.pl/web/psse-luban/ogolnopolski-dzien-walki-z-depresja>

ETAP: BADANIE PRZESIEWOWE Z WYKORZYSTANIEM ESDP (COPE 2023, SIGN 2023, WHO 2022, GPE 2021, MZ 2019, eksperci kliniczni)

- Przed wypełnieniem kwestionariusza ESDP należy wytłumaczyć cel badania oraz uzyskać świadomą zgodę pacjentki (GPE 2021, MZ 2019).
- Prowadzenie badań przesiewowych powinno mieć ściśle określone normy czasowe tj.: 10 minut indywidualnej konsultacji oraz 5 minut na samodzielne uzupełnienie (WHO 2022).
- Personel medyczny, wskazany w warunkach realizacji PPZ, przeprowadza badanie przesiewowe z wykorzystaniem formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, z zachowaniem odpowiednich warunków zapewniających intymność i poufność ankietowanego (COPE 2023, SIGN 2023, eksperci kliniczni).
- Wszystkie pacjentki biorące udział w badaniu przesiewowym kierowane są na kolejny etap, tj. konsultacja specjalistyczna celem omówienia wyników przesiewu.

ETAP: KONSULTACJA SPECJALISTYCZNA (COPE 2023, SIGN 2023, WHO 2022, GPE 2021, MZ 2019)

- Personel medyczny, wskazany w warunkach realizacji PPZ, przeprowadza konsultację specjalistyczną podczas której zostaną przekazane wyniki badania.
- W przypadku uzyskania w ESDP sumy 9 punktów lub mniej, pacjentka nie wymaga udziału w poszerzonej konsultacji specjalistycznej. Podczas wizyty jest poinformowana o wyniku testu, który nie wskazuje na wysokie ryzyko wystąpienia depresji poporodowej, dodatkowo otrzymuje materiały edukacyjne w przedmiotowym zakresie.
- W przypadku uzyskania w ESDP sumy od 10 do 12 punktów, pacjentka bierze udział w konsultacji specjalistycznej w ramach PPZ, podczas której o dalszym postępowaniu decyduje specjalista.
- W przypadku uzyskania pozytywnego wyniku przesiewu (13 pkt. i więcej) lub wyniku innego niż 0 w pytaniu nr 10 zaleca się dalsze działania (COPE 2023, SIGN 2023, WHO 2022, GPE 2021, USPSTF 2019), tj.:
 - ocenę poziomu wsparcia w najbliższym otoczeniu;
 - pogłębiony wywiad medyczny w kierunku myśli o zrobieniu krzywdy dziecku, ciężkich objawów depresyjnych wyraźnie utrudniających codzienne funkcjonowanie, psychozy poporodowej, choroby afektywnej dwubiegunowej.
 - wsparcie psychologiczne indywidualnie dopasowane do potrzeb pacjentki;
 - przekazanie informacji o możliwych opcjach leczenia i formach wsparcia psychologicznego poza programem (np. grupy wsparcia dla kobiet), skierowanie do dalszej diagnostyki i terapii w ramach NFZ.

5.3.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5.3.5 Sposób zakończenia udziału w PPZ

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- w przypadku osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, udział w programie kończy się po ich ukończeniu;
- w przypadku partnerów, osób najbliższych oraz kobiet w ciąży lub do 1 roku od porodu niewyrażających zgody na udział w badaniu przesiewowym, które uczestniczyły w działaniach informacyjno-edukacyjnych, ich udział kończy się po wypełnieniu post-testu;
- w przypadku kobiet w ciąży lub do 1 roku od porodu, które odmówiły udziału w konsultacji specjalistycznej, ich udział kończy się na etapie badań przesiewowych;
- kobiety, które wzięły udział w etapie konsultacji specjalistycznej, w zależności od decyzji specjalisty otrzymują materiały edukacyjne i/lub wsparcie psychologiczne lub zostają skierowane do dalszej diagnostyki i leczenia w ramach NFZ. Ich udział w PPZ kończy się na etapie konsultacji specjalistycznej;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- zakończenie realizacji PPZ.

5.4 Organizacja PPZ

5.4.1 Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

1. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy.
2. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
4. Wybór realizatorów (przeprowadzenie szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
5. Przeprowadzenie opisanych w projekcie PPZ interwencji.
6. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).
7. Zakończenie realizacji PPZ.
8. Rozliczenie finansowania PPZ.
9. Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji.

5.4.2 Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

W celu realizacji programów polityki zdrowotnej należy spełnić wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Zapisy projektu PPZ należy dostosowywać do ewentualnych zmian w tym zakresie.

Wymagania przedstawione w projekcie PPZ powinny być jasno związane z dążeniem do uzyskania wysokiej efektywności programu. Dla każdego warunku należy przedstawić uzasadnienie jego wprowadzenia, w tym odnieść się do roli jaką pełni w osiągnięciu założonych celów. Warto wskazać,

że zamieszczenie wygórowanych warunków może utrudnić wyłonienie realizatora, a tym samym będzie barierą wdrożenia PPZ.

Wymagania dotyczące personelu:

Etap PPZ	Wymagania wobec personelu
Szkolenia dla personelu medycznego	Lekarz psychiatrii lub inny specjalista posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce depresji poporodowej, który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu
Działania informacyjno-edukacyjne	Położna, pielęgniarka, lekarz lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce depresji poporodowej
Badanie przesiewowe z wykorzystaniem ESDP	Lekarz, położna, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla udzielenia wsparcia przy wypełnianiu kwestionariusza EPDS przez świadczeniobiorcę, np. uzyskany w trakcie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ
Konsultacja specjalistyczna	Osoba uprawniona do udzielania konsultacji w zakresie depresji poporodowej, w tym diagnozy depresji poporodowej – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa

5.5 Sposób monitorowania i ewaluacji PPZ

5.5.1 Monitorowanie

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej powinno być prowadzone na bieżąco i zostać zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Powinno uwzględniać ocenę zgłaszalności oraz ocenę jakości świadczeń realizowanych w PPZ.

W przypadku realizacji programu wieloletniego, po każdym roku realizacji działań programowych dodatkowo należy przygotować raport, w którym przeanalizowane zostaną wskaźniki kluczowe dla sukcesu programu (zarówno pod kątem zgłaszalności, uzyskanych efektów jak i jakości świadczeń). Dane uzyskane w wyniku okresowej analizy powinny służyć ewentualnej korekcie działań w przyszłych latach realizacji programu, tak aby z roku na rok maksymalizować efekty programu.

Należy rozważyć zlecenie prowadzenia monitorowania przez niezależnego od realizatora eksperta zewnętrznego.

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. W trakcie realizacji programu należy gromadzić dane dotyczące co najmniej następujących obszarów:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie;
- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej;
- liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej;
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn;
- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;
- liczba osób, które uczestniczyły w działaniach informacyjno-edukacyjnych dla kobiet w ciąży i do roku po porodzie, w tym partnerów oraz osób najbliższych;
- liczba osób, które wypełniły kwestionariusz ESDP;
- liczba osób, które skorzystały z konsultacji specjalistycznej w ramach programu.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ (uczestnika), w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail);
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ;
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. ukończenie wszystkich interwencji, zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Zalecane jest przeprowadzenie oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ. W tym celu każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta. Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

5.5.2 Ewaluacja

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej wszystkich zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy przedstawić w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel można uznać za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania jest równa lub przekroczyła wskazaną w celu wartość docelową.

W raporcie końcowym należy podawać wartości liczbowe dla danych objętych monitorowaniem oraz co najmniej:

- odsetka osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy względem wszystkich uczestników szkoleń, które wypełniły pre-test;
- odsetka kobiet uczestniczących w działaniach informacyjno-edukacyjnych, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy względem wszystkich kobiet, które wypełniły pre-test;
- odsetka partnerów i/lub osób najbliższych, uczestniczących w działaniach informacyjno-edukacyjnych, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy względem wszystkich partnerów i/lub osób najbliższych, które wypełniły pre-test;
- odsetka osób, u których wykryto podwyższone ryzyko wystąpienia depresji poporodowej względem kobiet, które wzięły udział w badaniu przesiewowym;
- odsetka osób, które zostały skierowane na terapię poza PPZ w trakcie konsultacji ze specjalistą.

Należy rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

5.6 Budżet PPZ

W przypadku, gdy w programie występuje kilka interwencji, które są stosowane z podziałem na poszczególne grupy uczestników, sugeruje się określenie kosztu jednostkowego każdej z grup interwencji.

Zaplanowane w programie zasoby finansowe powinny być wydatkowane w sposób optymalny i efektywny, z zapewnieniem środków dla każdego uczestnika kwalifikującego się do udziału.

5.6.1 Koszty jednostkowe

Budżet programu powinien uwzględniać wszystkie koszty poszczególnych składowych (tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, wynajmu pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji itp.). Należy także podzielić koszty na poszczególne usługi i świadczenia zdrowotne oferowane w ramach PPZ i wskazać sumaryczny koszt wszystkich kosztów cząstkowych.

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia działań informacyjno-promocyjnych;

- koszt przygotowania materiałów edukacyjnych;
- koszt prowadzenia działań edukacyjnych dla świadczeniobiorców,
- koszt prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego;
- koszt realizacji interwencji: badanie przesiewowe z wykorzystaniem ESDP;
- koszt realizacji konsultacji specjalistycznej;
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Koszty jednostkowe poszczególnych pozycji nie powinny znacząco odbiegać od cen rynkowych.

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych
[1]	[2]	[3]	[4]	[5=3x4]
Koszty pośrednie (katalog otwarty)				
1	Koszty administracyjne w tym personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia, koszty ewaluacji i monitorowanie ¹ projektu			
2	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ			
3	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)			
Koszty bezpośrednie				
1	Koszt przeprowadzenia etapu „Szkolenia dla personelu medycznego” (wyszczególnienie działań)			
2	Koszt przeprowadzenia etapu „Działania informacyjno-edukacyjne” (wyszczególnienie działań)			
3	Koszt przeprowadzenia etapu: „Badanie przesiewowe z wykorzystaniem ESDP” (wyszczególnienie działań)			
4	Koszt prowadzenia etapu Konsultacja specjalistyczna” (wyszczególnienie działań)			
...				
SUMA				

¹ Ewaluacja i monitorowanie - do 10% całkowitego budżetu PPZ

5.6.2 Koszty całkowite

Należy wskazać całkowity koszt PPZ do poniesienia w związku z jego realizacją. Planowane nakłady należy przedstawić w układzie tabelarycznym. Należy wskazać łączny koszt realizacji PPZ za cały okres jego realizacji oraz w podziale na poszczególne lata, uwzględniając tym samym podział kosztów na poszczególne lata realizacji PPZ, z uwzględnieniem wydatków bieżących i majątkowych (jeżeli dotyczy), w zależności od źródła finansowania.

Koszty całkowite realizacji PPZ:

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity
20xx r.	
20xx r.	
Koszt całkowity	

5.6.3 Źródła finansowania

Istotne jest wskazanie jednostki odpowiedzialnej za finansowanie PPZ. W przypadku partnerstwa w kwestii finansowania należy określić jaki udział będzie mieć finansowanie pochodzące z innego źródła niż budżet JST. W przypadku, gdyby do programu miała zostać włączona np. jednostka badawcza, również należy określić zakres partnerstwa. W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorządy terytorialne obowiązują procedurą uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz.U. 2025 poz. 1461) na podstawie Opinii Rady Przejrzystości nr 198/2025 z dnia 3 listopada 2025 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania depresji poporodowej oraz Raportu nr DPPZ.434.4.2025 pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie depresji poporodowej”, data ukończenia raportu: październik 2025 r.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Piśmiennictwo

Opinia RP	Opinia Rady Przejrzystości nr 198/2025 z dnia 3 listopada 2025 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania depresji poporodowej
Raport	Raport nr: DPPZ.434.4.2025 „Profilaktyka i wczesne wykrywanie depresji poporodowej”, data ukończenia raportu: październik 2025 r.
Źródła rekomendacji	
ACOG 2023a	American College of Obstetricians and Gynecologists (2023). Screening and Diagnosis of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 4. Obstet. Gynecol. 141(6): 1232-1261
ACOG 2023b	American College of Obstetricians and Gynecologists (2023). Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5. Obstet. Gynecol. 141(6): 1262-1288
APA 2020	American Psychiatric Association (2020). Position Statement on Screening and Treatment of Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and Postpartum. Pozyskano z: https://www.health.gov.au/node/44804?query=Screening+for+depression+and+anxiety+disorders+&search_scope=0 , dostęp z 21.11.2025
AWHONN 2022	Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (2022). Perinatal Mood and Anxiety Disorders. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing. J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. 51(4): e1–e4
COPE 2023	The Centre of Perinatal Excellence (2023). Mental Health Care in the Perinatal Period Australian Clinical Practice Guideline. Pozyskano z: https://www.cope.org.au/uploads/images/Health-professionals/COPE_2023_Perinatal_Mental_Health_Practice_Guideline.pdf , dostęp z: 21.11.2025
GPE 2021	Dominiak M., Antosik-Wojcinska A.Z., Baron M. et al. (2021). Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression. Ginekologia Polska. 92(2): 153–164
NICE 2020	National Institute for Health and Care Excellence (2020). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Pozyskano z: https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789 , dostęp z: 21.11.2025
RACGP 2024	Royal Australian College of General Practitioners (2024). Guidelines for preventive activities in general practice. Pozyskano z: https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/preventive-activities-in-general-practice/about-the-red-book , dostęp z 21.11.2025
RNAO 2019	Registered Nurses' Association of Ontario (2019). Assessment and Interventions for Perinatal Depression Second Edition. Pobrano z: https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-interventions-perinatal-depression dostęp, z 21.11.2025
SIGN 2023	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2023). SIGN 169: Perinatal mental health conditions A national clinical guideline. pozyskano z: https://www.sign.ac.uk/media/2161/sign-169-perinatal-final.pdf , dostęp z 21.11.2023
USPSTF 2023	U.S. Preventive Services Task Force (2023). Depression and Suicide Risk in Adults: Screening. Pozyskano z: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/screening-depression-suicide-risk-adults#fullrecommendationstart , dostęp z 21.11.2025
USPSTF 2019	Curry, S. J., Krist, A. H., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., ... & Kubik, M. (2019). Interventions to prevent perinatal depression: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Jama, 321(6), 580-587.
WHO 2022	World Health Organization (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Pozyskano z: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/73dec697-c033-449c-8323-1cd04a8d8f20/content , dostęp z: 21.11.2025

Źródła dowodów naukowych	
Campos-Marin 2025	Campos-Marin Á., García-Muñoz C., Matias-Soto J. et al. (2025). What Interventions Focused on Physical Activity Could Improve Postpartum Depression Symptoms? An Overview of Systematic Reviews with Meta-Analysis. <i>Healthcare (Basel)</i> . 13(12): 1419
Cao 2020	Cao S., Jones M., Tooth L. et al. (2020). History of premenstrual syndrome and development of postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. <i>J. Psychiatr. Res.</i> 121: 82-90
Dachew 2021	Dachew B. A., Ayano G., Betts K. et al. (2021). The impact of pre-pregnancy BMI on maternal depressive and anxiety symptoms during pregnancy and the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. <i>J. Affect. Disord.</i> 281: 321-330
Dlamini 2023	Dlamini L.P., Amelia V.L., Shongwe M.C. et al. (2023). Antenatal depression across trimesters as a risk for postpartum depression and estimation of the fraction of postpartum depression attributable to antenatal depression: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. <i>Gen. Hosp. Psychiatry</i> . 85: 35-42
Fang 2022	Fang Q., Lin L., Chen Q. (2022). Effect of peer support intervention on perinatal depression: A meta-analysis. <i>Gen. Hosp. Psychiatry</i> . 74: 78-87
Hanach 2021	Hanach N., de Vries N., Radwan H. et al. (2021). The effectiveness of telemedicine interventions, delivered exclusively during the postnatal period, on postpartum depression in mothers without history or existing mental disorders: A systematic review and meta-analysis. <i>Midwifery</i> . 94: 102906
Kjeldsen 2022	Kjeldsen M.M.Z., Bricca A., Liu X. et al. (2022). Family History of Psychiatric Disorders as a Risk Factor for Maternal Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>JAMA Psychiatry</i> . 79(10): 1004-1013
Lenells 2025	Lenells M., Uphoff E., Marshall D. et al. (2025). Breastfeeding interventions for preventing postpartum depression. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 2(2): CD014833
Levis 2020	Levis B., Negeri Z., Sun Y. et al. (2020). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. <i>BMJ</i> . 371: m402
Lewkowitz 2024	Lewkowitz A.K., Whelan A.R. et al. (2024). The effect of digital health interventions on postpartum depression or anxiety: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Am. J. Obstet. Gynecol.</i> 230(1): 12-43
Li 2023	Li H., Li H., Zhong J. (2023). Association between sleep disorders during pregnancy and risk of postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. <i>Arch. Womens Ment. Health</i> . 26(2): 259-267
Liu 2021	Liu X., Wang S., Wang G. (2021). Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>J. Clin. Nurs.</i> 31(19-20): 2665-2677
Luo 2024	Luo T., Zhang Z., Li J. et al. (2024). Efficacy of Nurse-led Telepsychological Intervention for Patients with Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>Alpha Psychiatry</i> . 25(3): 304-311
Marconcin 2021	Marconcin P., Peralta M., Gouveia É.R. et al. (2021). Effects of Exercise during Pregnancy on Postpartum Depression: A Systematic Review of Meta-Analyses. <i>Biology (Basel)</i> . 10(12): 1331
Missler 2021	Missler M., Donker T., Beijers R. et al. (2021). Universal prevention of distress aimed at pregnant women: a systematic review and meta-analysis of psychological interventions. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> . 21(1): 276
Miura 2023	Miura Y., Ogawa Y., Shibata A. et al. (2023). App-based interventions for the prevention of postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> . 23(1): 441
Molero 2025	Molero P., De Lorenzi F., Gędek A. et al. (2025). Diet quality and depression risk: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. <i>J Affect. Dis.</i> 382: 154-166
Nourollahi 2025	Nourollahi Z., Azami M. (2025). Association between gestational diabetes mellitus and postpartum depression: an updated systematic review and meta-analysis. <i>Diabetes Res. Clin. Pract.</i> 149: 147-155
O'Connor 2022	O'Connor E.A., Perdue L.A., Coppola E.L. et al. (2022). Depression and Suicide Risk Screening: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. <i>JAMA</i> . 329(23): 2068-2085

O'Connor 2019	O'Connor, E., Senger, C. A., Henninger, M., Gaynes, B. N., Coppola, E., & Weyrich, M. S. (2019). Interventions to Prevent Perinatal Depression: A Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force
Ong 2023	Ong Q. O., Ong J. W., Ang M. Q. et al. (2023). Systematic review and meta-analysis of psychoeducation on the psychological and social impact among first-time mothers. <i>Patient. Educ. Couns.</i> 111: 107678
Park 2020	Park S., Kim J., Oh J. et al. (2020). Effects of psychoeducation on the mental health and relationships of pregnant couples: A systemic review and meta-analysis. <i>Int. J. Nurs. Stud.</i> 104: 103439
Park 2023	Park S.H., Kim J.I. (2023). Predictive validity of the Edinburgh postnatal depression scale and other tools for screening depression in pregnant and postpartum women: a systematic review and meta-analysis. <i>Arch. Gynecol. Obstet.</i> 307(5): 1331-1345
Pathak 2023	Pathak B.G., Sinha B., Sharma N. et al. (2023). Effects of kangaroo mother care on maternal and paternal health: systematic review and meta-analysis. <i>Bull World Health Organ.</i> 101(6):391-402G
Qi 2025	Qi W., Huang S., Zhao J. et al. (2025). The preventive effect of psychological and psychosocial interventions on postpartum depression: An overview of systematic reviews. <i>J. Psychiatr. Res.</i> 182: 21-33
Qiu 2022a	Qiu X., Sun X., Li H.O. et al. (2022). Maternal alcohol consumption and risk of postpartum depression: a meta-analysis of cohort studies. <i>Public Health.</i> 213: 163-170
Qiu 2022b	Qiu X., Zhang S., Yan J. (2022). Gestational weight gain and risk of postpartum depression: A meta-analysis of observational studies. <i>Psychiatry Res.</i> 310: 114448
Qiu 2023	Qiu X., Wu Y., Sun Y. et al. (2023). Individual participant data meta-analysis to compare EPDS accuracy to detect major depression with and without the self-harm item. <i>Sci. Rep.</i> 13(1): 4026
Saad 2021	Saad A., Magwood O., Aubry T. et al. (2021). Mobile interventions targeting common mental disorders among pregnant and postpartum women: An equity-focused systematic review. <i>PLoS One.</i> 16(10): e0259474
Savoia 2025	Savoia A., Scaini S., Rossi F. et al. (2025). Effect of prenatal online interventions on postpartum depressive symptoms and well-being: a systematic review and meta-analysis. <i>Arch. Womens Ment. Health.</i> 28(5): 1107-1123
Stephens 2016	Stephens, S., Ford, E., Paudyal, P., & Smith, H. (2016). Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: a meta-analysis. <i>The Annals of Family Medicine</i> , 14(5), 463-472
Verbeke 2022	Verbeke E., Bogaerts A., Nuyts T. et al. (2022). Cost-effectiveness of mental health interventions during and after pregnancy: A systematic review. <i>Birth.</i> 49(3): 364-402
Wang 2023	Wang X., Qiu Q., Shen Z. et al. (2023). A systematic review of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. <i>J. Affect. Disord.</i> 339: 823-831
Waqas 2022	Waqas A., Koukab A., Meraj H. et al. (2022). Screening programs for common maternal mental health disorders among perinatal women: report of the systematic review of evidence. <i>BMC Psychiatry.</i> 22(1): 54
Worku 2025	Worku B.T., Abdulahi M., Amenu D. et al. (2025). Effect of technology-supported mindfulness-based interventions for maternal depression: a systematic review and meta-analysis with implementation perspectives for resource-limited settings. <i>BMC Pregnancy Childbirth.</i> 25(1): 155
Xu 2023	Xu H., Liu R., Wang X. et al. (2023). Effectiveness of aerobic exercise in the prevention and treatment of postpartum depression: Meta-analysis and network meta-analysis. <i>PLoS One.</i> 18(11): e0287650
Yang 2023	Yang M., Song B., Jiang Y. et al. (2023). Mindfulness-Based Interventions for Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Iran J. Public Health.</i> 52(12): 2496-2505
Yasuma 2020	Yasuma N., Narita Z., Sasaki N. et al. (2020). Antenatal psychological intervention for universal prevention of antenatal and postnatal depression: A systematic review and meta-analysis. <i>J. Affect. Disord.</i> 273: 231-239
Yuan 2022	Yuan M., Chen H., Chen D. et al. (2022). Effect of physical activity on prevention of postpartum depression: A dose-response meta-analysis of 186,412 women. <i>Front. Psychiatry.</i> 13: 984677

Zhao 2021	Zhao L., Chen J., Lan L. et al. (2021). Effectiveness of Telehealth Interventions for Women With Postpartum Depression: Systematic Review and Meta-analysis. JMIR Mhealth Uhealth. 9(10): e32544
Zhou 2022	Zhou C., Hu H., Wang C. et al. (2022). The effectiveness of mHealth interventions on postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. J. Telemed. Telecare. 28(2): 83-95
Problem zdrowotny	
Chrzan-Dętkoś 2022	Chrzan-Dętkoś M., Murawska N., Walczak-Kozłowska T. (2022). 'Next Stop: Mum': Evaluation of a Postpartum Depression Prevention Strategy in Poland. Int. J. Environ. Res. Public Health. 19: 11731
DelRosario 2013	DelRosario, G. A., Chang, A. C., & Lee, E. D. (2013). Postpartum depression: symptoms, diagnosis, and treatment approaches. Journal of the American Academy of PAs, 26(2), 50-54.
Fejfer-Szpytko 2016	Fejfer-Szpytko, J., Włodarczyk, J., & Trąbińska-Haduch, M. (2016). Rozpoznanie sytuacji matek małych dzieci w temacie depresji poporodowej i zaburzeń nastroju. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka, 15(3), 91-116
Gaynes 2005	Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., ... & Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes: Summary. In AHRQ evidence report summaries. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
GUS 2018	Główny Urząd Statystyczny (2018). Urodzenia i dzietność. Pobrano z: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/urodzenia-i-dzietnosc,34,1.html
GUS 2018a	Główny Urząd Statystyczny (2018). Rocznik Demograficzny 2019. Pobrano z: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2019,3,13.html
ICD-11	Rejestr Systemów Kodowania (2025). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-11 – polska wersja językowa. Pozyskano z: https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/details , dostęp z 21.11.2025
Kosińska 2008	Poporodowej, E. S. D. (2008). Zaburzenia afektywne u położnic w pierwszym tygodniu po porodzie – analiza rozpowszechnienia i czynników ryzyka. Ginekol Pol, 79, 182-185
MZ 2025	Ministerstwo Zdrowia (2025). Wsparcie wdrożenia jedenastej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) w polskim systemie ochrony zdrowia (II etap prac). Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/zdrowie/wdrozenia-icd-11 , dostęp z 21.11.2025
Rymaszewska 2005	Rymaszewska, J. O. A. N. N. A., Dolna, M. A. R. Z. E. N. A., Gryboś, M. A. R. I. A. N., & Kiejna, A. N. D. R. Z. E. J. (2005). Zaburzenia psychiczne okołoporodowe – epidemiologia, etiologia, klasyfikacja, leczenie. Ginekol. Pol, 76(4), 322-329.
Szczeklik 2017	Szczeklik, A. (2017). Interna Szczeklika 2017. Medycyna Praktyczna
WHO 2015	WHO (2015). Maternal mental health. https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
Wright 2008	Wright, P., Stern, J., Phelan, M., & Bhandari, S. (2008). Psychiatria: sedno. Elsevier Urban & Partner.
Pozostałe	
Chrzan-Dętkoś 2022	Chrzan-Dętkoś M., Murawska N., Walczak-Kozłowska T. (2022). 'Next Stop: Mum': Evaluation of a Postpartum Depression Prevention Strategy in Poland. Int. J. Environ. Res. Public Health. 19: 11731
Chrzan-Dętkoś 2025	Chrzan-Dętkoś M., Murawska N., Łockiewicz M. (2025). Who decides to follow the referral advice after a positive postpartum depression screening result? Reflections about the role of sociodemographic, health, and psychological factors from psychological consultations – a cross-sectional study. J. Affect. Disord. 369: 1122-1130
MFIPR 2019	Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej (2019). 5.1 Programy profilaktyczne, Wiedza Edukacja Rozwój. Pozyskano z: https://www.power.gov.pl/nabory/1-147/ , dostęp z 21.11.2025
MZ 2023	Ministerstwo Zdrowia (2023). Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu

	organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2023 poz. 1324). Pozyskano z: https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230001324 , dostęp z 21.11.2025
MZ/NFZ 2024	Młoda matka w depresji. Pozyskano z: https://pacjent.gov.pl/jak-zyc-z-choroba/mloda-matka-w-depresji , dostęp z 27.11.2025
RCL 2025a	Rządowe Centrum Legislacji (2025). Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Pozyskano z: https://legislacja.gov.pl/projekt/12392662 , dostęp z 08.10.2025
RCL 2025b	Rządowe Centrum Legislacji (2025). Uwagi Polskiego Towarzystwa Psychologicznego do projektu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Pozyskano z: https://legislacja.gov.pl/docs/516/12392662/13101774/13101777/dokument724673.pdf , dostęp z 21.11.2025
RM 2023	Rada Ministrów (2023). Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030. Pozyskano z: https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230002480 , dostęp z 21.11.2025