

Statusartikel

Risikofaktorer for post partum-depression hos førstegangsfødende kvinder

Helena Swee-Lin Trige Pedersen & Poul Videbech

Center for Neuropsykiatrisk Depressionsforskning, Psykiatrisk Center Glostrup, Amager og Hvidovre Hospital, Hvidovre

Ugeskr Læger 2026;188:V11250961. doi: 10.61409/V11250961

HOVEDBUDSKABER

- Post partum-depression (PPD) er den hyppigste psykiske lidelse i relation til fødsel.
- Flere forskellige risikofaktorer er associeret med PPD hos førstegangsfødende.
- Et kendskab til risikofaktorer kan forhåbentlig medvirke til tidlig opsporing af PPD, så forebyggende tiltag kan igangsættes.

At blive mor for første gang er en helt ny rolle, som kvinden skal træde ind i, og indebærer en række fysiologiske, psykologiske og relationelle faktorer, der interagerer med hinanden, hvilket kan medvirke til en øget emotionel sårbarhed hos kvinden, og dermed øge risikoen for post partum-depressive symptomer [1, 2].

Prævalensen af post partum-depression (PPD) varierer i litteraturen fra omkring 6,5-15% [3-7]. Ifølge International Classification of Diseases ICD-10 er PPD en depression, der opstår inden for seks uger efter fødslen [8], men i flere studier defineres den ofte som en depression, der opstår op til 12 måneder efter fødslen [6, 9].

PPD er den hyppigste psykiske lidelse i relation til fødsel [3, 7, 10] og kan medføre alvorlige følger for både moren, det nyfødte barn og resten af familien, herunder i særdeleshed, hvis tilstanden ikke erkendes, diagnosticeres og behandles [6, 11]. Det nyfødte barn er afhængig af en intakt tovejskommunikation med forældrene for at kunne udvikle sig emotionelt og motorisk, men på grund af depressionen kan kvinden have nedsat ansigtsmimik, latenstid og mangel på reaktion, når barnet forsøger interaktion [6]. På længere sigt kan dette medføre øget stress hos barnet og et usikkert tilknytningsmønster [6].

Et tidligere norsk studie har fundet en højere prævalens af PPD hos førstegangsfødende i forhold til flergangsfødende på hhv. 11,8% og 8,6% [5], hvorfor det især er relevant at kende til risikofaktorer hos denne gruppe af kvinder. Yderligere er tidligere PPD en risikofaktor for ny depression ved en efterfølgende fødsel [10], og dermed er det relevant at forebygge PPD allerede ved første graviditet. Desuden opsøger ikke alle nybagte mødre med post partum-depressive symptomer professionel hjælp, bl.a. på grund af frygt for stigmatisering [7, 10, 12].

I litteraturen rapporteres der, at risikofaktorer associeret med PPD bl.a. er tidligere depression, angst eller depression under graviditeten, familiær historie med depression, lav social støtte og stressfulde livsbegivenheder [6, 10, 13].

Få studier undersøger risikofaktorer for PPD specifikt hos førstegangsfødende, hvorfor formålet med denne artikel er at give et overblik over risikofaktorer hos denne gruppe, så tidlig opsporing forhåbentlig muliggøres,

og forebyggende interventioner kan igangsættes. I følgende tekst præsenteres risikofaktorer baseret på systematisk litteratursøgning af originale studier fra 2015-2025.

Symptomer

Symptomerne på PPD er de samme, som ved depressioner i andre livsfaser [6, 10], men ved PPD kredser tankerne typisk om moderskabet, f.eks. tvivl hos kvinden om, hvorvidt hun kan leve op til rollen som mor og elske sit barn tilstrækkeligt samt tvangsprægede bekymringer om barnets helbred [6, 7]. Ca. 20% af kvinder med PPD har selvmordstanker [7]. Selvmord udgør en af de hyppigste årsager til maternel død i puerperiet [4, 10, 14], omend det forekommer sjældent i absolutte tal [15]. Post partum-psykose er en sjælden tilstand, men kan resultere i selvmord, hvorfor det er vigtigt at være opmærksom på udvikling af psykotiske symptomer hos kvinder med PPD [4, 10]. Depressive symptomer efter fødslen kan også være debut af bipolar lidelse [7, 10] og er dermed en vigtig differentialdiagnose til PPD.

PPD bør skelnes fra »baby blues«, der er en forbigående, ikkepatologisk reaktion på de hormonelle ændringer, og opstår typisk 2-5 dage efter fødslen og er karakteriseret ved emotionel labilitet og subdepressivt humør med varighed i timer til dage [6].

Diagnostik

Diagnosen stilles på baggrund af en klinisk vurdering – typisk af praktiserende læge ud fra ICD-10-kriterierne [7, 16]. Screening ved hjælp af det selvrapporterende Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)-spørgeskema anvendes hyppigt af sundhedsplejersker i Danmark til at opspore mulig PPD [16, 17]. Høj score bør dog følges op af et diagnostisk interview hos læge [7, 12].

Risikofaktorer for post partum-depression

Den undersøgte population er førstegangsfødende kvinder, og hvor diagnosen PPD er defineret ud fra kvindens journal, hvis hun havde fået stillet en depressionsdiagnose under indlæggelse eller ambulant besøg indenfor 12 måneder post partum i henhold til ICD-9 eller ICD-10. Desuden er kvinder, der har indløst recept på antidepressiva medregnet [18]. Nærmere information om metode kan rekvireres fra forfatterne. **Tabel 1** viser en oversigt over studierne, og **Tabel 2** præsenterer fundene.

TABEL 1 Oversigt over inkluderede artikler.

Reference	Studiedesign	Studiepopulation, n	Alder, gennemsnit (SD), aldersgrænse	Studiets definition af PPD, tidspunkt for diagnose	Antal personer med PPD, n_{cases} / n_{total} (%)
Meltzer-Brody et al., 2017, Danmark [4]	Kohortestudie	392.458	-	ICD-10, indenfor 12 mdr. PP	-
Vikström et al., 2017, Sverige [15]	Casekontrolstudie	Case = 3.532 Kontrol = 8.553	29,2 ^a	ICD-10, indenfor 12 mdr. PP	Case = 15/3.532 (0,4) Kontrol = 66/8.553 (0,8)
Silverman et al., 2018, Sverige [19]	Kohortestudie	611.506	-	ICD-10, indenfor 12 mdr. PP	-
Larsen et al., 2023, Danmark [18]	Kohortestudie	188.648	26,7 (3,9) 27,1 (3,8) 26,3 (3,9) ^a	Indløse recept på AD el. ICD-10, indenfor 6 mdr. PP	2.457/188.648 (1,3)
Jeon et al., 2024, USA [20]	Kohortestudie	54.791	25,9 (4,31), ≥ 20 år	ICD-9 & ICD-10, indenfor 12 mdr. PP	2.084/54.791 (3,8)

AD = antidepressiva, ICD = international classification of diseases and related health problems, IVF = in vitro fertilisation, PP = post partum, PPD = post partum-depression.

a) Ikke alle data tilgængeligt.

TABEL 2 Risikofaktorer for post partum-depression.

	Risikofaktorer	Beskyttende faktorer
<i>Sociodemografiske</i>		
Alder	Højere maternel alder [20]	Alder ≥ 20 år [18]
Uddannelse	Kun gennemført grundskole »elementary school« eller erhvervsuddannelse »vocational education« [4] eller ingen gymnasial uddannelse »high school degree« eller kun gymnasial uddannelse »high school graduate« [20]	At have gymnasial uddannelse, erhvervsuddannelse, bachelorgrad eller derover [18]
Indkomst		Højere indkomst [4]
Civilstand	Single [15] Ugift [20]	Gift [18]
Livsstil	Tobaksrygning under graviditet [20]	
<i>Psykiatriske</i>		
Psykiatrisk anamnese	Angst før fødslen [20] Depression både før og under graviditet [20] Depression kun før graviditet [20] Depression kun under graviditet [20] Tidligere psykiatrisk sygdom – herunder tidligere affektive lidelser eller personlighedsforstyrrelse [15] Andre psykiatriske sygdomme (organiske psykiske lidelser, psykiske og adfærdsmæssige lidelser som følge af stofmisbrug, skizofreni, bipolar lidelse, spiseforstyrrelse, mental funktionsnedsættelse) [18] Familiær disposition til depression [18] Tidligere psykiatrisk sygdom hos probands forældre [4] Tidligere HK-associeret depression er associeret med øget risiko for PPD ift. kvinder med en ikketidligere HK-associeret depression [18]	
<i>Gynækologiske og obstetriske</i>		
Gynækologi	Brug af LARC ét år før graviditet (forfatterne uddyber ikke hvilke former for LARC) [20] Tidligere abort [4].	IVF-behandling er ikke associeret med en øget risiko for PPD [15].
I relation til graviditet	Forsinket opstart af svangreomsorg [20] Gestationel HT [4] HT før eller under graviditet [20] Præ-GDM eller GDM [18] Hyperemesis gravidarum [4] Lav BMI (< 18,5) i første trimester (uanset tidl. depressionshistorik) [19] Højt BMI – herunder prægraviditets BMI på ≥ 25 eller ≥ 30 [20] eller BMI på ≥ 35 i første trimester (hos kvinder uden tidligere historik med depression) [19] Præeklampsi [4]. Eklampsi eller præeklampsi [18]	
I relation til fødslen og efterfølgende	Præterm fødsel [20] Kejsersnit [4, 20] Instrumentassisteret fødsel eller kejsersnit [18] Ikkeetableret amning på udskrivelsestidspunkt [20]	

GDM = gestational diabetes mellitus, HK = hormonelle kontrceptiva; HT = hypertension, IVF = in vitro fertilisation, LARC = long-acting reversible contraceptives; PPD = post partum-depression.

Diskussion

Der blev i alt inkluderet fire kohortestudier og ét case-kontrolstudie. Sociodemografiske risikofaktorer inkluderede bl.a. at være enlig [15], ugift [20] og tobaksrygning [20]. Psykiatriske risikofaktorer som tidligere angst [20], tidligere depression [20], depression under graviditet [20], tidligere [15] eller anden psykiatrisk sygdom [18] og familiær disposition til psykiatrisk sygdom [4, 18] blev fundet associeret med PPD. Af gynækologiske og obstetriske risikofaktorer fandt studierne bl.a. hypertension før eller under graviditet [4, 20], BMI [19, 20], præeklampsi [4, 18] og kejsersnit [4, 20], se tabel 2.

Sociodemografiske risikofaktorer

I vores gennemgang af litteratur var der modstridende resultater angående maternel alder [18, 20] og uddannelsesniveau [4, 18, 20]. I en italiensk kohorte af førstegangsfødende [1] var højere alder associeret med øget sandsynlighed for depressive symptomer fire uger post partum, men i et amerikansk kohortestudie [21], var yngre alder derimod en signifikant prædiktør.

Tobaksrygning under graviditet blev ligeledes fundet som en risikofaktor for PPD [20], men afspejler muligvis snarere kvindens sociale forhold. Formentligt er der en vis sammenhæng mellem lav socioøkonomisk status og PPD [13], men dette kræver yderligere afdækning.

Psykiatriske risikofaktorer

Tidligere angst [20] og tidligere depression – hvad enten det er før eller under graviditeten [20], er risikofaktorer associeret med PPD, og sidstnævnte risikofaktor er også fundet i et nyligt systematisk review af både første- og flergangsfødende [22]. *Tambelli et al.* [22] undersøgte således sammenhængen mellem depression i graviditeten (antenatal depression) og risiko for udvikling af PPD, hvoraf 22 ud af 23 studier fandt en statistisk signifikant

positiv korrelation mellem disse variable. 14 ud af 21 studier fandt en signifikant positiv association mellem tidligere klinisk depression og udvikling af PPD [22]. Antenatal depression er således en særligt betydende risikofaktor for PPD [22].

Ligeledes fremgår det af et stort kohortestudie [23], at både tidligere depression, bipolar lidelse, OCD, PTSD og andre angstlidelser samt spiseforstyrrelse er risikofaktorer associeret med PPD.

Familiær disposition til psykiatrisk sygdom, specielt til depression [18], er en risikofaktor associeret med PPD [4, 18]. Dette stemmer overens med en metaanalyse af første- og flergangsfødende [24], der fandt dobbelt så høje oddsratioer [OR] for at udvikle PPD, hvis kvinden havde en familiehistorik med psykiatrisk sygdom i forhold til kvinder, der ikke havde denne familiehistorik (OR = 2,08; 95% KI: 1,67; 2,59).

Ovenstående fund understreger således, at det især er relevant at identificere kvinder med antenatal depression, tidligere psykiatrisk lidelse, bl.a. depression eller familiær disposition til psykiatiske lidelser, for at forebygge PPD.

Gravide har ofte kontakt til sundhedsprofessionelle gennem svangreomsorgen [13, 25], hvor man har mulighed for at være særligt opmærksom på, om kvinden har psykiatiske risikofaktorer. Ved disse kontroller kan man informere kvinden om risikoen for PPD samt hvilke symptomer, hun skal være opmærksom på efter fødslen, men det er selvfølgelig vigtigt, at man ikke skaber unødigt ængstelse hos den gravide. Ved at sundhedsprofessionelle har kendskab til nyeste viden om PPD, kan der tales åbent og højt om det, og man vil forhåbentlig kunne bidrage til at mindske den tabuisering, der kan være forbundet med PPD hos nogle kvinder [12].

Gynækologiske og obstetriske risikofaktorer

Brug af long-acting reversible contraceptives (LARC) ét år inden graviditet, som f.eks. spiral og kontraceptivt implantat (p-stav) [20] og tidligere depression opstået i relation til brug af hormonel kontrceptiva [18] er risikofaktorer associeret med PPD.

Anvendelse af hormonel prævention er forbundet med øget sandsynlighed for depressive symptomer [18], bl.a. er dosis af syntetisk hormon i hormonspiraler og udvikling af depression positivt associeret [26], hvorfor det er af interesse at eksplorere yderligere i spillet mellem tidligere brug af hormonel prævention og senere udvikling af PPD.

I overensstemmelse med et dansk studie, der kun inkluderede førstegangsfødende [3], er flere obstetriske faktorer associeret med udvikling af PPD, herunder bl.a. ikkeplanlagt kejsersnit og fødsel af præmaturot barn (gestationsalder < 30 uger) [3]. Kliniske risikofaktorer i relation til graviditet og fødslen kan hjælpe med tidlig opsporing af kvinder, der kunne være i risiko for at udvikle PPD [3]. En obstetrisk komplikation kan naturligvis være uventet for kvinden og den praktiserende læge, hvorfor det er vigtigt at følge kvindens mentale helbred tæt i dagene efter fødslen [3].

Styrker og begrænsninger

En styrke er, at der er inkluderet store registerstudier, hvor outcome er defineret ud fra diagnosekoder, hvilket styrker datakvaliteten, idet tildeling af diagnosen antageligt er forudgået af et diagnostisk interview udført af en læge. Der er søgt på originale studier med henblik på at opnå primær evidens og for at mindske muligt bias, der kan opstå ved at inkludere sekundær litteratur.

Vores studie har også nogle begrænsninger. F.eks. er studier, der vurderer PPD ud fra spørgeskemaer, herunder EPDS, ikke inkluderet. Dette indebærer en risiko for at overse de patienter, der ikke opsøger professionel hjælp, og som man måske kun kunne finde ved hjælp af spørgeskemaer, som på den anden side kan medføre bias på

grund af forkert diagnostik. Ligeledes er kvinder, der har opsøgt egen læge, privatpraktiserende psykolog eller psykiater med henblik på behandling, formentligt ikke indgået i de inkluderede studier.

Ved kun at anvende diagnoser fra det sekundære sundhedsvæsen til vurdering af outcome får man sandsynligvis en forekomst af PPD, der er lavere end den reelle forekomst [20]. Der er muligvis også et større antal af kvinder med post partum-depressive symptomer, som aldrig opsøger hjælp, da de frygter stigmatisering [12].

Kliniske implikationer

Ifølge et Cochrane-review [27] kan identifikationen af kvinder i risikogruppen for at udvikle PPD forebygge omkring 34% af PPD-tilfældene (RR = 0,66; 95% KI: 0,50; 0,88), idet interventioner som f.eks. kognitiv adfærdsterapi (KAT), interpersonel psykoterapi (IPT), peer-support, undervisning om tackling af depression og styrkelse af social støtte kan igangsættes tidligt i forløbet, inden sygdommen udvikler sig [27].

US Preventive Services Task Force [28] finder tilsvarende evidens for, at kvinder, der har én eller flere af følgende risikofaktorer som tidligere depression, nuværende depressive symptomer eller visse socioøkonomiske risikofaktorer – herunder bl.a. lav indkomst, ung alder eller enlig forælder – vil have gavn af forebyggende interventioner som KAT eller IPT.

I Danmark anbefales det at screene for PPD otte uger efter fødslen [29], men ca. 1/3 debuterer allerede under graviditeten [7], og i sådanne tilfælde kan det obstetriske team allerede før fødslen udarbejde en plan for, hvordan kvinden udredes og støttes yderligere, hvis hun er i risiko for PPD [25].

Konklusion

Flere sociodemografiske, psykiatriske samt gynækologiske og obstetriske risikofaktorer er associeret med PPD hos førstegangsfødende.

Det bør især adresseres ved graviditetskontroller, hvorvidt kvinden har psykiatriske risikofaktorer, fordi det kan italesættes inden fødslen samt forhåbentligt bidrage til at opspore kvinder, der er i øget risiko for at udvikle PPD.

Et kendskab til risikofaktorer medfører, at tidlige interventioner kan igangsættes, og PPD forhåbentligt kan forebygges [1]. Fremtidige studier bør undersøge, hvilke risikofaktorer, der er de mest modificerbare [30], og hvordan viden om risikofaktorer kan inkorporeres i screening af fødselsdepression [28] og implementeres i den kliniske hverdag.

Korrespondance. *Helena Swee-Lin Trige Pedersen.* E-mail: helenap@outlook.dk

Antaget 28. april 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 21. september 2026

Interessekonflikter ingen. Begge forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V11250961

doi 10.61409/V11250961

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

SUMMARY

Risk factors associated with post-partum depression in first-time mothers

Being a first-time mother is a new transition for a woman, and she must adapt to various physiological, psychological and relational factors that interact with one another. The transition can make the woman more emotionally vulnerable and at an increased risk of developing post-partum depression (PPD). This review is based on a systematic literature search and presents several risk factors associated with PPD in primiparous women. Hopefully, knowledge about risk factors can help identify women who might be at risk to ensure that early interventions can be initiated and thereby prevent PPD.

REFERENCER

1. Smorti M, Ponti L, Pancetti F. A comprehensive analysis of post-partum depression risk factors: the role of socio-demographic, individual, relational, and delivery characteristics. *Front Public Health*. 2019;7:295. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00295>
2. Cigoli V, Gilli G, Saita E. Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006;27(2):91-97. <https://doi.org/10.1080/01674820600714566>
3. Maimburg RD, Vaeth M. Postpartum depression among first-time mothers: results from a parallel randomised trial. *Sex Reprod Healthc*. 2015;6(2):95-100. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.01.003>
4. Meltzer-Brody S, Maegbaek ML, Medland SE, et al. Obstetrical, pregnancy and socio-economic predictors for new-onset severe postpartum psychiatric disorders in primiparous women. *Psychol Med*. 2017;47(8):1427-1441. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003020>
5. Glavin K, Smith L, Sørsum R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scand J Caring Sci*. 2009;23(4):705-710. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00667.x>
6. Schipper-Kochems S, Fehm T, Bizjak G, et al. Postpartum depressive disorder: psychosomatic aspects. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2019;79(4):375-381. <https://doi.org/10.1055/a-0759-1981>
7. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annu Rev Med*. 2019;70:183-196. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>
8. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10). 2019. <https://icd.who.int/browse10/2019/en> (15. aug 2025)
9. Sylven SM, Thomopoulos TP, Kollia N, et al. Correlates of postpartum depression in first time mothers without previous psychiatric contact. *Eur Psychiatry*. 2017;40:4-12. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.07.003>
10. Sharma V, Sharma P. Postpartum depression: diagnostic and treatment issues. *J Obstet Gynaecol Can*. 2012;34(5):436-442. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)35240-9](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)35240-9)
11. Ponti L, Ghinassi S, Tani F. Spontaneous and induced labor: association with maternal well-being three months after childbirth. *Psychol Health Med*. 2022;27(4):896-901. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1956554>
12. Andersen MM, Videbech P, Cvetanovska E, Folker AP. Fødselsdepression og stigmatisering. *Ugeskr Læger*. 2023;185:V02230110. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/fodselsdepression-og-stigmatisering>
13. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379-407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
14. Dennis CL, Singla DR, Brown HK, et al. Postpartum depression: a clinical review of impact and current treatment solutions. *Drugs*. 2024;84(6):645-659. <https://doi.org/10.1007/s40265-024-02038-z>
15. Vikström J, Sydsjö G, Hammar M, et al. Risk of postnatal depression or suicide after in vitro fertilisation treatment: a nationwide case-control study. *BJOG*. 2017;124(3):435-442. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13788>
16. Smith-Nielsen J, Matthey S, Lange T, Væver MS. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):393. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1965-7>
17. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
18. Larsen SV, Mikkelsen AP, Lidegaard Ø, Frøkjær VG. Depression associated with hormonal contraceptive use as a risk indicator for postpartum depression. *JAMA Psychiatry*. 2023;80(7):682-689.

- <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0807>
19. Silverman ME, Smith L, Lichtenstein P, Reichenberg A, Sandin S. The association between body mass index and postpartum depression: a population-based study. *J Affect Disord.* 2018;240:193-198 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.063>
 20. Jeon N, Kent-Marvick J, Sanders JN, et al. Comparing maternal factors associated with postpartum depression between primiparous adolescents and adults: a large retrospective cohort study. *Birth.* 2024;51(1):218-228. <https://doi.org/10.1111/birt.12785>
 21. Katon W, Russo J, Gavin A. Predictors of postpartum depression. *J Womens Health (Larchmt).* 2014;23(9):753-759 <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4824>
 22. Tambelli R, Tosto S, Favieri F. Psychiatric risk factors for postpartum depression: a systematic review. *Behav Sci (Basel).* 2025;15(2):173. <https://doi.org/10.3390/bs15020173>
 23. Johansen SL, Stenhaug BA, Robakis TK, et al. Past psychiatric conditions as risk factors for postpartum depression: a nationwide cohort study. *J Clin Psychiatry.* 2020;81(1):19m12929. <https://doi.org/10.4088/JCP.19m12929>
 24. Zacher Kjeldsen MM, Bricca A, Liu X, et al. Family history of psychiatric disorders as a risk factor for maternal postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2022;79(10):1004-1013. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2400>
 25. O'Hara MW, Engeldinger J. Treatment of postpartum depression: recommendations for the clinician. *Clin Obstet Gynecol.* 2018;61(3):604-614. <https://doi.org/10.1097/GRE.0000000000000353>
 26. Larsen SV, Mikkelsen AP, Ozenne B, et al. Association between intrauterine system hormone dosage and depression risk. *Am J Psychiatry.* 2024;181(9):834-841. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230909>
 27. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(2):CD001134. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
 28. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, et al. Interventions to prevent perinatal depression: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA.* 2019;321(6):580-587. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.0007>
 29. Marti-Castaner M, Hvidtfeldt C, Villadsen SF, et al. Disparities in postpartum depression screening participation between immigrant and Danish-born women. *Eur J Public Health.* 2022;32(1):41-48. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab197>
 30. Munro A, George RB, Mackinnon SP, Rosen NO. The association between labour epidural analgesia and postpartum depressive symptoms: a longitudinal cohort study. *Can J Anaesth.* 2021;68(4):485-495. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01900-4>