

Poslijeporođajna depresija i psihoza

Varga, Ines

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:925208>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

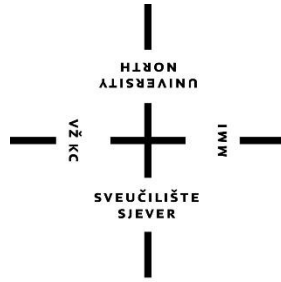
Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-27**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





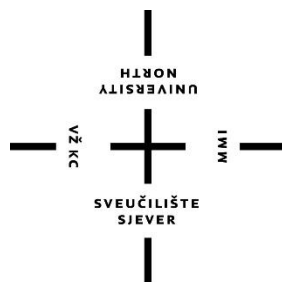
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. --1147/SS/2019

Poslijeporođajna depresija i psihoza

Ines Varga, 1033/336

Varaždin, prosinac, 2019.



**Sveučilište
Sjever**

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. --1147/SS/2019

Poslijeporođajna depresija i psihoza

Student

Ines Varga, 1033/336

Mentor

Andreja Bogdan, viši predavač

Varaždin, prosinac 2019.

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Ines Varga

MATIČNI BROJ 1033/336

DATUM 05.09.2019

KOLEGIJ Zdravstvena psihologija

NASLOV RADA Poslijeporođajna depresija i psihoza

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Postpartum depression and psychosis

MENTOR Andreja Bogdan, prof.

ZVANJE viši predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. Melita Sajko, mag.soc.geront., predsjednik
2. Andreja Bogdan, prof., mentor
3. dr.sc. (R.Slov.) Junica Veronek, član
4. Ivana Herak, mag.med.techn., zamjenski član
5. _____

VZK

MVI

Zadatak završnog rada

BROJ 1147/SS/2019

OPIS

Rođenje djeteta može pokrenuti niz snažnih emocija, od uzbuđenja i radosti do straha i tjeskobe, ali može rezultirati i psihičkim poremećajima. Promijene raspoloženja i tjeskobu nakon poroda (Baby blues) nakon porođaja česte su nakon poroda, a neke rodilje doživljavaju teži oblik depresije poznat kao postporođajna depresija. Iako rijetko, nakon poroda Postporođajna psihoza rjeđi je psihički poremećaj rodilja. Stoga je vrlo važna, prevencija, pravodobna dijagnostika, prepoznavanje simptoma od strane zdravstvenog osoblja, podrška stručnjaka za mentalno zdravlje, te emocionalna i savjetodavna podrška majkama, od strane stručnjaka, obitelji i prijatelja.

Tijekom izrade završnog rada biti će provedeno istraživanje o postporođajnoj depresiji i psihozi. Cilj istraživanja je utvrditi vjerojatnost pojave postporođajne depresije i psihoze vezane uz uzrok, simptome i liječenje. Za potrebe istraživanja bit će izrađena anketa, dobiveni podatci bit će obrađeni, analizirani i interpretirani te uspoređeni s prikupljenim podacima iz literature.

ZADATAK URUČEN

23.09.2019.



POTPIS MENTORA

SVEUČILIŠTE
SJEVER

Predgovor

Zahvaljujem mentorici i profesorici Andreji Bogdan, kliničkoj psihologici, koja me svojim stručnim savjetima i znanjem vodila kroz izradu ovog završnog rada. Zahvaljujem svim profesorima i mentorima vježbovne nastave koji su mi svojim predanim radom u ove tri godine studija prenijeli nova znanja.

Veliko hvala mom mužu, kćerki Evi, mojoj majci te dr.med.,spec.psihijatar Aleksandri Turković na podršci, ljubavi i vjeri tijekom školovanja.

Hvala svim kolegama i kolegicama te prijateljima koji su bili uz mene.

Sažetak

Promjene raspoloženja često su prisutne u periodu nakon poroda i mogu trajati kroz dulje vremensko razdoblje. Na njihovo nastajanje veliki utjecaj imaju hormonalne promjene i fizički proces oporavka od poroda. U periodu trudnoće, samog poroda i nakon poroda značajnim se smatraju međusobni odnosi i iskustva koja trudnica, odnosno majka ima s članovima obitelji, liječnikom i medicinskim sestrama te samim činom poroda. Osim tih i drugih okolinskih uvjeta i rizika koji mogu djelovati na nastanak poslijeporođajnih psihičkih promjena, osobine trudnice/rodilje koje se očituju u načinu suočavanja sa stresnim situacijama i povijest psihičkih bolesti imaju također utjecaja za njihov nastanak. Psihičke promjene nakon poroda, odnosno poremećaji raspoloženja manifestiraju se od uobičajenih i blagih reakcija tuge koji nestaju spontano unutar nekoliko dana do teških i ozbiljnih poremećaja koji zahtijevaju specijalističke intervencije i često hospitalizaciju majki. U ovim najtežim manifestacijama postoji opasnost da majka naudi sebi i vlastitom djetetu radi iskrivljene percepcije djeteta i okoline.

Uloga zdravstvenih djelatnika očituje se u prepoznavanju brojnih rizika za nastanak poslijeporođajnih promjena raspoloženja i njihovo umanjivanje te pomoć majci nakon poroda kako se ozbiljnije teškoće ne bi uopće pojavile. U prevenciji i poslijeporođajnoj skrbi za trudnicu i majku sudjeluju stručnjaci iz primarne i sekundarne zdravstvene zaštite kontinuirano kroz edukaciju i tečajeve, kućne posjete i preglede u ambulantama prije poroda, za vrijeme i nakon poroda. Uz osiguravanje zdravstvene skrbi za fizičko zdravlje majke i djeteta potrebno je voditi brigu o emocionalnom stanju i potrebama.

Ovaj rad usmjeren je analizi nekih čimbenika rizika i prevencije u nastajanju poslijeporođajne depresije i psihoze te njihovu međusobnu povezanost.

Rezultati provedenog istraživanja pokazali su djelomičnu ujednačenost rezultata s drugim istraživanjima. Poslijeporođajnu tugu doživjelo je 37%, a depresiju do 16% sudionica. Međutim, samoiskazom sudionica utvrđeno je i postojanje njih 3% s poslijeporođajnom psihozom. U najvećem omjeru simptoma, sudionice su odabrale osjećaj umora i gubitka energije, a najmanje sudionica je imalo ponavljajuće suicidalne i misli o smrti. Dobiveni rezultati upućuju na postojanje blagih i prolaznih promjena u raspoloženju, ali i ozbiljnijih koji se mogu smatrati poremećajima.

Ključne riječi: poslijeporođajna tuga, depresija i psihoza, čimbenici rizika, prevencija

Summary

Experiencing mood swings after giving birth can last over a longer period of time. Those mood swings are largely the result of hormonal changes and the physical process of recovery after childbirth. The relationship between the mother and her family members, the doctor, and the nurses, as well as their experiences together, are of great importance during pregnancy, giving birth and afterwards. Except for those factors and other risks, which can cause postnatal psychological changes, there are other conditions for postnatal depression to emerge, such as the characteristics of the mothers in terms of dealing with stressful situations, as well as their history of mental illnesses. Psychological changes after giving birth, mood disorders, are manifested in several ways: from the usual mild reactions of sadness, which spontaneously disappear in a few days, to difficult and severe disorders, which require a specialist's intervention and often the hospitalisation of the mother. In those grave cases, the distorted perception of their child and surroundings can result in the mother harming herself or her child.

Preventing serious troubles, helping the mother after childbirth, as well as recognizing the symptoms and reducing the risks of postnatal distress are responsibilities of healthcare professionals. Trained through education and courses, house visits, clinical examinations before, during and after birth, those primary and secondary medical care professionals continuously participate in the postnatal care of women. It is not only important to insure the healthcare for the mother and child's physical wellbeing, but also taking care of their emotional needs.

This paper aims to analyse some of the risk factors and prevention of postnatal depression and psychosis, and their connection.

The results of the study performed have shown partial uniformity with other studies. 37% of the women questioned have experienced postnatal sadness and 16% have experienced postnatal depression. However, it has been found that 3% of the female testimonies have shown a postnatal psychosis. Of all the symptoms, the women questioned have selected "feeling tired" and "lack of energy" to the greatest extent. The smallest number have selected recurring "suicidal thoughts" and "thoughts of death". The results suggest the presence of light and temporary mood swings, but also show a small amount of severe problems, which can be identified as disorders.

Key words: postnatal sadness, depression and psychosis, risk factors, prevention

Popis korištenih kratica

br. - broj

dr. - drugi

str. – stranica

sur. - suradnici

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Poslijeporođajne promjene raspoloženja	3
1.1.1. Poslijeporođajna depresija	3
1.1.2. Poslijeporođajna tuga Baby blues	6
1.1.3. Poslijeporođajna psihoza.....	7
1.1.4. Prediktori i rizični čimbenici nastanka poslijeporođajnih promjena raspoloženja ...	7
1.1.5. Terapija poslijeporođajnih poremećaja raspoloženja.....	11
2. Cilj istraživanja	13
3. Metode.....	13
4. Rezultati	15
5. Rasprava	23
6. Zaključak.....	27
7. Literatura	29
8. Prilog 1. Anketni upitnik.....	33

1.Uvod

Poremećaji raspoloženja koji se javljaju neposredno ili ubrzo nakon poroda očituju se u različitim oblicima i intenzitetu, a oni remete očekivano funkcioniranje majke i zadovoljavanje potreba njezinog djeteta. Poremećaji raspoloženja česti su oblici morbiditeta majki nakon poroda [1]. Sa psihijatrijskog aspekta, poslijeporođajne reakcije kreću se na kontinumu blagih emocionalnih reakcija poznatih kao „baby blues“, preko poslijeporođajne depresije do poslijeporođajne psihoze. Potonje predstavlja rijetko, ali izrazito hitno stanje koje zahtijeva psihijatrijsku intervenciju [1,2].

Osim toga, prvi simptomi promjena raspoloženja mogu započeti u trudnoći i nastaviti se po porodu. Njihov nastanak i trajanje povezani su s različitim osobnim i okolinskim čimbenicima rizika. Međutim, poremećaji raspoloženja ne javljaju se kod svih trudnica i majki s predispozicijom i prisutnim rizičnim uvjetima. Smatra se da 80% žena ima poremećaje raspoloženja u prvih nekoliko dana nakon poroda s podjednakom prevalencijom u razvijenijim zapadnim i zemljama u razvoju s nešto višom u nerazvijenijim zemljama [1,3,4]. Na važnost ranog prepoznavanja rizika za nastanak poslijeporođajnih promjena raspoloženja i simptoma koji ih karakteriziraju ukazuje značajan broj radova i istraživanja dijelom prikazanih u ovom radu. Svi oni ističu važnost društvene sredine i socijalnih odnosa u životu žene prije i za vrijeme trudnoće i poroda, a rezultatima to potkrepljuju. Tako je primjerice nekim studijama utvrđeno da se učestalost poslijeporođajne depresije javlja čak do 25% žena. Navedeno ukazuje da je velik broj žena, djece i obitelji neposredno pogođen djelovanjem poremećaja raspoloženja u ranom poslijeporođajnom razdoblju.

Poslijeporođajna depresija utječe na majčinu sposobnost prepoznavanja i reagiranja na djetetove potrebe te stvaranje odnosa [5]. Zbog načina manifestacije, poslijeporođajna depresija nepovoljno djeluje na novorođenčad i malu djecu jer mogu biti zakinuta za interakciju s majkom, njihova ponašanja negativno su doživljena i povezana s manjkom privrženosti, može dovesti do zaostajanja u kognitivnom razvoju i teškoća u socijalnim interakcijama djece. Rizik za nastanak problema u ponašanju djece u kasnijoj dobi, dva do pet je puta veći zbog negativnog utjecaja depresije majke na kognitivne vještine, razvoj ekspresivnog jezika i pažnju djece [1].

Zbog svoje učestalosti, poslijeporođajna depresija je značajan javnozdravstveni problem s trenutnim i dugotrajnim posljedicama [2]. Predviđanja Svjetske zdravstvene organizacije govore o depresiji kao trećem najvažnijem uzroku obolijevanja s tendencijom rasta, a posebno u populaciji žena između 15 i 44 godina [6].

Simptomi uključuju cijeli spektar emocionalnih, kognitivnih i neurovegetativnih manifestacija depresivnosti od oduševljenja djetetom do primjerice potpune nesposobnosti uživanja u djetetu, od tjeskobnosti do opsesivnih misli usmjerenih na dobrobit djeteta i zabrinutosti za vlastite roditeljske sposobnosti. Događa se, da unatoč izraženim simptomima bivaju neprepoznati i zanemareni [2]. Temeljnim uzrokom izostanka primjerenih tretmana i intervencija smatra se nedostatak usluga na razini primarne zdravstvene zaštite, stigmatizacija duševnih poremećaja i životni uvjeti obitelji s novorođenim djetetom [7].

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti žena, važno je osjetljivo razdoblje nakon poroda kada žena prolazi intenzivne fizičke i psihičke promjene. One u fizičkom smislu podrazumijevaju oporavak maternice i porođajnog kanala te pripremu žene za dojenje kroz hormonalno usklađivanje i proizvodnju mlijeka, a u psihičkom proživljavanje iskustva poroda i preuzimanje uloge majke koja brine za novorođeno dijete. Primarna zdravstvena skrb u nadzoru patronažne sestre nastavak je skrbi koju je žena primala u bolničkim uvjetima. Upravo se u patronažnoj službi prepoznaju mogućnosti jer patronažna sestra pruža pomoć i podršku babinjači i njezinoj obitelji u stvaranju najboljih mogućih uvjeta za optimalno odvijanje fizioloških procesa i sprječavanje rizika za majku i dijete; pomoć majci u samozbrinjavanju, kontroli zdravlja i postizanju fizičke i emocionalne ravnoteže; jačanju samopouzdanja roditelja i njihovih sposobnosti njege [8].

Ovaj završni rad usmjeren je analizi čimbenika rizika za nastanak poslijeporođajnih promjena raspoloženja i njihove učestalosti na uzorku provedenog istraživanja. Čimbenici rizika indikacija su za pojačani nadzor trudnica i roditelja te preventivno djelovanje. Uz to, važnu ulogu u provođenju zdravstvene zaštite općenito i zaštite zdravlja žena i djece ima zdravstveni odgoj žena i njezine okoline. Provodi se s ciljem zaštite i promicanja zdravlja te sprečavanje nastanka bolesti. U tom smislu se period pripreme za trudnoću i trudnoća moraju doživljavati posebno osjetljivim, a ženu koliko je to moguće zaštititi od stresnih događaja i utjecaja.

1.1. Poslijeporođajne promjene raspoloženja

„Nekoliko dana nakon poroda ja nisam bila svjesna činjenice da sam rodila. Sve mi je još uvijek kao u magli. Kao da je to neki drugi život, nečije dijete. Apsolutno sve se okrene naopako i tek kada shvatiš da je to tvoj novi život, tada kreće najljepši dio“ D.J. [9].

Poslijeporođajne promjene ili poremećaji raspoloženja javljaju se učestalo i predstavljaju problem kako za samo majku, tako i za njezinu okolinu posebice ako se manifestiraju u težem obliku. Ono što je zajedničko svim oblicima poslijeporođajnih promjena raspoloženja je da imaju utjecaj različitog intenziteta na opće funkcioniranje majke i na izvršavanje aktivnosti brige za novorođeno dijete. S obzirom da se javljaju u ranom postporođajnom razdoblju potrebno im je pristupiti s iznimnom pažnjom i ozbiljnošću.

1.1.1. Poslijeporođajna depresija

Poslijeporođajna depresija je poremećaj raspoloženja koji je neposredno vezan za trudnoću i period nakon poroda, a očituje se odstupanjima u svakodnevnom funkcioniranju roditelja i/ili njezinog partnera [3]. Osim što se može javiti u trudnoći i nastaviti nakon poroda, poslijeporođajna depresija može se javiti i nekoliko mjeseci nakon poroda [3].

Općenito je za depresivni poremećaj poznato da se osnovne psihopatološke promjene zbivaju u raspoloženju praćene promjenama u brojnim psihičkim i tjelesnim funkcijama [10]. Često se mijenja s uobičajenim osjećajima tuge koje su dio svakodnevnog života i kratkotrajni odgovor na razočaranje, poraz ili neku neugodnost te ih je potrebno razlikovati od depresivnog poremećaja [10]. Kao ozbiljni oblik mentalnog poremećaja, depresija zahvaća cijelo tijelo, utječe na način kako se osoba osjeća i doživljava, na njezine misli i postupke, s trajnim tužnim ili iritabilnim raspoloženjem praćenim gubitkom interesa za gotovo sve aktivnosti, uključujući promjene u apetitu i spavanju, razini aktivnosti i koncentraciji i osjećaju vlastite vrijednosti [10]. Kao posljedica javlja se gubitak na težini bez da je osoba uključena u dijetnu prehranu, a povezano sa smanjenjem apetita te moguće povećanje tjelesne težine povezano s jačanjem apetita. Fiziološke potrebe nisu zadovoljene zbog moguće nesanice ili pak hipersomnije, psihomotorne agitacije, umora i gubitka energije. Osoba ima osjećaj vlastite bezvrijednosti ili bezrazložne krivnje te nedjelotvornosti. Kognitivno funkcioniranje obilježeno je smanjenom sposobnosti mišljenja i koncentracije [10,11].

Poznato je da roditelji s depresijom imaju i procjenjuju značajno manju potporu socijalne okoline i pribjegavaju izbjegavanju problema. [11].

Poslijeporođajna depresija je nepsihotična depresija ili poremećaj raspoloženja koja se javlja u 13-20% svih žena do jedne godine nakon poroda [1,3,4]. Prevalencija se u studijima kreće u podjednakim omjerima, naprimjer od 7 do 20%, ili 10 do 15%. Sveukupno rizik u životnom periodu iznosi 10 do 25%, dva mjeseca po porodu rizik je 5,7% dok je šest mjeseci nakon poroda taj rizik neznatno manji 5,6%[12]. Prema učestalosti, primijećena je najmanja stopa poslijeporođajne depresije u europskim zemljama i u Australiji. Smatra se da je poslijeporođajna depresija česta i ozbiljna bolest koja u prosjeku pogađa 1 od 8 žena, a učestalost može varirati s obzirom na dob i rasu [12,13]. Jednako tako, učestalost simptoma, njihovo trajanje i intenzitet različito se manifestiraju u pojedinaca. Longitudinalne i epidemiološke studije pokazuju različite podatke, a koji ovise o uzorku, vremenu ispitivanja, dijagnostičkim kriterijima, ustroju studije. U odnosu na samoprocjenu i dijagnostički intervju nisu utvrđene razlike u prevalenciji poslijeporođajne depresije [1]. Žene s poslijeporođajnom depresijom dvostruko više su u riziku pojave depresivne epizode u periodu od narednih 5 godina [1].

Ozbiljnost poslijeporođajne depresije prepoznaje se u mnogim aspektima života majke, djeteta i obitelji, a utvrđeno je da osim fizioloških i psiholoških čimbenika veliki rizik predstavljaju socijalni čimbenici. Među njima se ističu doživljaj podrške i konflikti unutar bračne zajednice i obitelji [3]. Studije su pokazale da se depresija u trećine roditelja javlja u vrijeme trudnoće, u trećine mjesec dana nakon poroda te trećine u periodu od 2-6 mjeseca po porodu [3]. U trudnoći su prvo i treće tromjesečje periodi izraženijih psiholoških simptoma poput anksioznosti, razdražljivosti, labilnog raspoloženja i sklonosti depresiji koji se javljaju do dvije trećine trudnica [4].

Manifestacija simptoma poslijeporođajne depresije odvija se većinom tokom prve godine od poroda, a uključuje osjećaj bespomoćnosti, tugu, nisko samopouzdanje, osjećaj krivnje, osjećaj preokupiranosti, poteškoće u spavanju i jelu, nemogućnost opuštanja, osjećaj iscrpljenosti i praznine, socijalnu izoliranost, manjak energije, izostanak ili nisku toleranciju na frustracije, osjećaj da se ne mogu adekvatno brinuti za dijete, smanjene sposobnosti govora i pisanja, ljutnju prema drugima, povećanu anksioznost ili paniku te smanjeni seksualni interes [4; 14]. Poslijeporođajna depresija se osim kroz nabrojane, manifestira i kroz iritabilnost, zbunjenost, zaboravljivost, osjećaj krivnje i nerealna očekivanja od majčinstva [1]. Opsesivne i suicidalne misli u posebnom su fokusu zdravstvenih djelatnika jer do 60%

žena s poslijeporođajnom depresijom ima opsesivne i agresivne misli spram djeteta [12]. Ta agresija indirektno je manifestirana izbjegavanjem djeteta koje ima za cilj smanjenje takvih misli i ideja.

Neprepoznavanje i izostanak terapije nepovoljno djeluje na majku i dijete te uspostavljanje njihovog međusobnog odnosa, štetno djeluje na socijalne i obiteljske odnose, remeti roditeljsko ponašanje i smanjuje sposobnost brige za vlastito dijete s povećanim rizikom ugroze djeteta i same majke. Tako primjerice postoji podatak o 20% smrti majki nakon poroda uzrokovanih samoubojstvima [4]. Poslijeporođajna depresija majke povećava rizik za socijalne, emocionalne i intelektualne probleme djece [3]. U populaciji djece mlađe od 18 godina, a čije su majke razvile poslijeporođajnu depresiju imali su izražene probleme u ponašanju [5]. Istovremeno, poslijeporođajna depresija majke nepovoljno utječe na mentalno zdravlje partnera te se stoga značajni naponi usmjeravaju na tretman cijele obitelji, a ne samo izolirano na majku [5].

Za dijagnosticiranje poslijeporođajne depresije potrebno je zadovoljiti kriterij pojavljivanja velike epizode unutar 4 tjedna po porodu, a većina autora ipak uzima kriterij pojavljivanja unutar prva 4 mjeseca [5]. Ključni simptom je trajanje depresivne epizode kontinuirano kroz dva tjedna ili dulje u kojem je karakteristično sniženo raspoloženje ili gubitak interesa i zadovoljstva u aktivnostima koje su prije izazivale ugodu [5]. Uz to, potrebno je javljanje i drugih simptoma na svakodnevnoj razini poput nesanice, gubitka apetita, psihomotorni nemir i kognitivne teškoće.

Poslijeporođajna depresija u odnosu na depresivne epizode u drugim životnim razdobljima nije zasebna dijagnostička kategorija iako se razlikuje po jedinstvenim karakteristikama. U kliničkoj slici poslijeporođajne depresije izraženija je anksioznost, psihomotorički simptomi i kontekst u kojem se javlja uz velike fiziološke promjene [13].

Simptomi depresije mogu uključivati :

- trajno tužno, anksiozno raspoloženje, gubitak energije
- osjećaj beznada i pesimizma
- osjećaj krivnje, bezvrijednosti ili nemoći
- razdražljivost i osjećaj nemira
- gubitak interesa za hobije i aktivnosti
- probleme koncentracije, prisjećanja detalja i donošenja odluka

- teškoće usnivanja ili pretjerano spavanje
- prejedanje ili gubitak apetita
- pokušaji ubojstva ili suicidalne misli
- bolovi koji postoje i uz primjenu terapije [13].

Simptomi poslijeporođajne depresije uključuju sve kao i za depresiju, a mogu se dodatno manifestirati i kao:

- plakanje učestalije nego inače
- osjećaj ljutnje
- povlačenje
- osjećaj nepovezanosti s djetetom
- osjećaj krivnje i sumnja u sposobnost brige za dijete [13].

1.1.2. Poslijeporođajna tuga Baby blues

“Baby blues” je pojam kojim se opisuju briga, tuga i umor koje doživljavaju mnoge žene nakon poroda [13]. Promjene raspoloženja blažeg oblika javljaju se u 50 do 80% žena u prvih nekoliko dana poslije poroda, a najčešće oko četvrtog [12]. Ove promjene manifestiraju se kroz plačljivost, osjećaj tuge, razdražljivost, hipohondriju, probleme sa spavanjem, smanjenu koncentraciju, osjećaj izolacije i češće glavobolje [4]. Istovremeno se u ovom stanju javljaju bezvoljnost i strah pomiješan s euforijom u kojem mnoge žene osjećaju da je briga za dijete prevelika odgovornost [8]. Smatra se uobičajenim emocionalnim iskustvom žene praćen osjećajem nestvarnosti u prvih 10 dana. Opisane teškoće uobičajeno uz podršku najbliže okoline spontano nestaju bez potrebe za terapijskim intervencijama unutar nekoliko dana [2,13]. Općenito se vjeruje da je povezan s hormonalnim i fiziološkim promjenama koje nastupaju nakon poroda, a manifestiraju se drastičnim fluktuacijama razina hormona. Utjecajni čimbenici mogu biti umor i neispavanost, bol nakon poroda uz epiziotomiju ili carski rez, mastitis i slično [8]. U istraživanju na uzorku od 1832 ispitanice iz 2017. godine utvrđena je prevalencija postporođajne tuge u 14,5% majki [8]. Kao stanje ne predstavlja psihopatologiju, no međutim 25% žena u riziku je za razvoj poslijeporođajne depresije [15].

1.1.3. Poslijeporođajna psihoza

Poslijeporođajna (postpartalna) psihoza smatra se oblikom bipolarnog poremećaja sa značajnim kognitivnim odstupanjima i bizarnim ponašanjem. Simptomi podrazumijevaju disforiju, ekscitirano raspoloženje, emocionalnu nestabilnost, nekontrolirano i neorganizirano ponašanje, deluzije, halucinacije, osjećaj depersonalizacije, zbunjenost, dezorijentaciju i agitiranost [15]. Psihотиčna epizoda ozbiljna je bolest koju karakterizira izmijenjen osjećaj za realnost koji se najčešće odnosi na novorođenče koje žena doživljava kao božansko ili demonsko, pripisuje mu natprirodne moći ili smatra da mu je namjenjena strašna sudbina. Halucinacije naređuju pacijentici što joj je činiti, pa često dolazi do samoozljeđivanja ili ozljeđivanja djeteta. Zbog toga u tih pacijentica uvijek postoji velika opasnost od čedomorstva ili samoubojstva. U ovakvom stanju žena predstavlja prijetnju za sebe samu i njezino novorođenče te je u gotovo svim slučajevima potrebno provesti hospitalizaciju i tretman [15,16]. Incidencija je do 0,2% s učestalosti od 78% u skupini prvorođanke, a u riziku su osobe s poviješću psihoze i bipolarnog poremećaja [15]. Povećan rizik za poslijeporođajnu psihozu postoji u prvorođanki s 35 i više godina [12]. Poremećaj nastupa unutar prva dva tjedna nakon poroda i karakteriziran je ekstremnom neorganizacijom ideja i misli, bizarnim ponašanjima, neobičnim vizualnim, olfaktornim i taktilnim halucinacijama te deluzijama sa sumnjom na organsko porijeklo [16]. Pacijentica koja boluje od puerperalne psihoze doživljava potpuno iskrivljenu sliku stvarnosti i sva njena uvjerenja i deluzije djeluju kao da imaju smisla. Također se mogu javiti nemir, agitiranost, poremećaji spavanja, impulzivnost [12]. Većina žena koja se razboli od puerperalne psihoze neće naškoditi ni sebi ni drugima, no statistički rizik za samoubojstvo iznosi 5%, dok je rizik od čedomorstva 4%.

1.1.4. Prediktori i rizični čimbenici nastanka poslijeporođajnih promjena raspoloženja

U procjeni rizika za nastanak poslijeporođajne depresije važno je sagledati i provoditi preventivne mjere jer se na taj način mogu spriječiti ili ublažiti moguće posljedice koje poslijeporođajna depresija ima na majku, dijete i njezinu užu okolinu [1]. U tom je procesu, iako teško, moguće i potrebno rano prepoznati znakove poremećaja raspoloženja jer postojeća socijalna stigma povezana s depresijom sprečava majke da same potraže prijeko potrebnu pomoć. Preventivne i terapijske intervencije moguće je provoditi i u vrijeme trudnoće kada se

primijete i utvrde čimbenici rizika, a mogu ih provoditi različite zdravstvene i pomažuće stručne osobe. To su medicinske sestre, liječnici, patronažne sestre, okupacijski terapeuti i svi stručnjaci za mentalno zdravlje [1].

Rizični čimbenici za nastanak i razinu depresivnosti su razvojne teškoće djeteta, socio-ekonomski položaj obitelji, bračni status, anksiozni poremećaj, nepovoljni životni događaji, izostanak društvene podrške [3,17,18,19]. Nadalje se navodi stres povezan s brigom o djetetu. Sumarno bi se čimbenici rizika mogli svesti na kategorije fizioloških, situacijskih i multifaktorskih [20].

Značajniji prediktor poslijeporođajne depresije je anksioznost u periodu trudnoće, a dokazano povećava rizik za izraženiju postporođajnu depresivnost [21]. Tome u prilog govori podatak da dvije trećine žena koje su u trudnoći imale izraženije znakove anksioznosti bile anksioznije i nakon poroda s tendencijom razvoja kliničke slike postporođajne depresije. Isto tako, anksioznost u posljednjem tromjesečju trudnoće do pet puta povećava vjerojatnost zadržavanja anksioznosti i nekoliko mjeseci nakon poroda kao i vjerojatnost nastanka depresije [21]. U izučavanju anksioznosti trudnica, utvrđeno je da su značajni prediktori anksioznosti stres i stresni životni događaji u trudnoći, stavovi koje žena/trudnica ima prema trudnoći, načini suočavanja sa stresom te osobna percepcija žene prema novonastaloj situaciji i ugroženosti [21]. U skladu s tim, važno je napomenuti da zdravstveni djelatnici mogu svojim ponašanjem izazivati anksioznost trudnica. Utjecaj na emocionalno stanje trudnice ima osjećaj da netko dominira njome ili da nema kontrolu nad situacijom u kojoj se nalazi, a što može proizlaziti iz odnosa s partnerom ili kao posljedica neplanirane ili neželjene trudnoće te informacije koje primaju od liječnika koji ih prate tijekom trudnoće i koji su u većini slučajeva usmjereni na otkrivanje mogućih nepovoljnih ishoda i odstupanja [22].

Poslijeporođajna depresija može nastati kao rezultat kumulativnog djelovanja suočavanja sa stresnim događajima u životu žene, a duljina njezinog trajanja povezana je s pravodobnim i adekvatnim tretmanom [14]. Iako se ne zna točan uzrok i mehanizam nastanka postporođajne depresije, postoji usuglašenost da se uočavanjem postojećih rizičnih čimbenika može predvidjeti njezin nastanak:

- odnos s partnerom okarakteriziran kao loš
- izostanak ili niska socijalna podrška u svezi trudnoće
- subjektivan doživljaj jako bolnog poroda
- porod koji traje dulje od 12 sati

- prijevremeni porod prije 36. tjedna kombiniran s bolesti djeteta
- blizanački porod ili porod više djece odjednom
- uočljive/vidljive razvojne teškoće djeteta
- postojanje povijesti osobne ili obiteljske depresije
- konzumiranje duhanskih proizvoda
- općenito nisko samopouzdanje
- stresni životni događaji tijekom trudnoće i neposredno prije poroda
- teškoće i komplikacije u trudnoći
- česti posjeti liječniku
- proživljeni spontani pobačaj iz prethodnog životnog razdoblja
- maloljetnička trudnoća
- anksioznost i depresija za vrijeme trudnoće
- život u stresnim uvjetima
- neusklađenost majčinog i djetetovog dnevnog ritma i temperamenta
- samohrano roditeljstvo
- socioekonomski položaj
- neplanirana i neželjena trudnoća
- izostanak dojenja ili prekratko vrijeme dojenja [4,5,12,23].

Sve se veći značaj u povećanju rizika za poslijeporođajnu depresiju pridaje niskom samopoštovanju, jednoroditeljstvu, niskom socio-ekonomskom statusu i neplaniranoj ili neželjenoj trudnoći [14]. S takvim usmjerenjem, demografske varijable su lako provjerljive i omogućuju preventivno djelovanje. Neplanirane trudnoće potrebno je razlikovati od neželjenih trudnoća. Naime, neplanirana trudnoća nije nužno i neželjena trudnoća već se dogodila u „pogrešno“ vrijeme i iznenada. Takva trudnoća sigurno dovodi ženu u stresnu situaciju i nagle prilagodbe. Nisko samopoštovanje smatra se jednim od najsnažnijih čimbenika poslijeporođajne depresije, ali u periodu nakon poroda bez obzira na samopoštovanje i vrijednosti koje žena ima prema sebi svaka od njih je izrazito ranjiva [14].

Sociodemografska obilježja poput dobi, bračnog statusa, razine obrazovanja, zanimanja, prihoda, etničke i rasne pripadnosti utječu na život ljudi. U odnosu na žene, povećani rizik za depresiju javlja se kod neudatih i žena koje nisu u stabilnoj vezi, s niskim socioekonomskim položajem, lošijim obrazovanjem i prihodima. S obzirom na dob utvrđena je učestalija poslijeporođajna depresivnost adolescentica [3].

Zdravstvene teškoće u trudnoći i komplikacije za vrijeme poroda također se nalaze u skupini čimbenika povezanih s rizikom za nastanak poslijeporođajne depresije. Studije međutim nisu dale dovoljno dokaza koji bi podupirali ovakvo uvjerenje. Naprotiv, ni porod carskim rezom nije značajno povezan s pojavom poslijeporođajne depresije [3].

Fiziološki ili biološki čimbenici koji se najčešće spominju u kontekstu rizika traju u periodu puerperija. Pretpostavlja se da je razina progesterona, estradiola, prolaktina i kortizola u puerperiju preniska ili previsoka, odnosno dolazi do prebrze promjene koji onda češće izazivaju oscilacije raspoloženja i simptome depresivnosti nego depresiju. Međutim, ovo se pokazalo značajnim za pojavu depresivnosti samo u podskupini roditelja okarakteriziranih kao posebno osjetljivih na promjene razine progesterona i estradiola povezanih s porodom. U skupini hormonalnih utjecaja izdvajaju se i pozitivna tiroidna antitijela [3,12]. Povezanost bolesti štitnjače s promjenama raspoloženja upućuje dijagnostičare na detaljno razmatranje jer se pojavljuje u 4 do 7% pacijenata i u periodu od 4 do 6 mjeseci nakon poroda [12]. Smatra se da svaka petnaesta žena u periodu nakon poroda doživi umor, tugu i otežano gubljenje težine koji mogu biti posljedica poremećaja rada štitne žlijezde poznat kao poslijeporođajni thyroiditis [24].

Usporeni rad štitnjače u trudnoći normalizira se nakon poroda unutar tri mjeseca te je stoga kod sumnje na poslijeporođajnu depresiju i primjene medikamentozne terapije potrebno provjeriti razinu hormona štitne žlijezde i pristupiti hormonalnom liječenju [24].

Nepovoljni životni uvjeti pouzdani su prediktori poslijeporođajne depresije jer je utvrđena njihova značajna povezanost. Tipično nepovoljni uvjeti za ženu u trudnoći su gubitak posla, neželjene promjene u domaćinstvu, nesreće ili bolesti koje se događaju trudnicama ili članovima obitelji, smrt rođaka ili prijatelja [3]. Vrijeme pripreme za porod i sam porod predstavljaju stresni događaj za ženu kako na fizičkom tako i na emocionalnom planu. Između ostalog, očekuje se nesmetana prilagodba žena na promjene koje im se događaju u trudnoći i nakon poroda s obzirom na njihov životni stil i nove odgovornosti, odnose, zahtjeve za njegom djeteta i potpuno novu ulogu u kojoj se nalazi [25].

Odnos s partnerom i kvaliteta tog odnosa važna je za većinu žena jer je izvor socijalne podrške. Ta se podrška očituje kroz pomoć u kući i oko djeteta, osiguravanje vremena za odmor, pomoć u hranjenju djeteta, ustajanje noću. Konflikti s partnerom povećavaju rizik za poslijeporođajnu depresiju koja je povezana s bračnim zadovoljstvom [3]. Jednako tako, važnu ulogu ima odnos trudnice s njezinom majkom za vrijeme trudnoće i odmah nakon

poroda jer majke predstavljaju izvor emocionalne i konkretne potpore. Siromašan odnos, distanciranost i međusobna sukobljenost sprečava pružanje očekivane podrške [3]. Socijalnu podršku trudnice i roditelje mogu dobiti od prijatelja i susjeda, rođaka, grupa podrške, zdravstvenih djelatnika i drugih formalnih programa u lokalnoj zajednici [3].

Tatano Beck postojeća istraživanja poslijeporođajne depresije usmjerava na dva temeljna pitanja:

1. Postoje li i jesu li identificirani „novi“ prediktori poslijeporođajne depresije?
2. Mijenja li se snaga postojećih čimbenika rizika? [14].

Navedena pitanja realno je promatrati kroz prizmu napretka suvremenog života i spoznaja o poslijeporođajnoj depresiji, a od kojih je većina postojala i mnogo godina ranije. Međutim, postojeća istraživanja i saznanja nisu rezultirala organiziranim preventivnim aktivnostima i programima usmjerenim na strategije suočavanja sa stresnim događajima u životu žene i pripreme trudnica na život neposredno nakon poroda. Postojeća literatura i praksa ističe individualna i grupna savjetovanja i trudničke tečajeve, a koji očigledno ne polučuju očekivane promjene i rezultate u prevalenciji poslijeporođajne depresije i drugih poremećaja raspoloženja. [14].

1.1.5. Terapija poslijeporođajnih poremećaja raspoloženja

Etiologija poslijeporođajne depresije je unatoč provedenim istraživanjima i dalje nejasna s malo dokaza o biološkoj osnovi nastanka. Međutim, konzistentni su podaci o važnosti psihosocijalnih varijabli, stresnih događaja, bračnih uvjeta i konflikata, socijalne podrške [1]. Psihosocijalne i psihološke intervencije u tretmanu poslijeporođajne depresije nastale su na temelju dvostrukog rizika za njezin nastanak u žena s izostankom ili manjkom socijalne podrške [1,26]. Terapijske intervencije usmjerene poslijeporođajnoj depresiji uključuju farmakološku, grupnu i kognitivno bihevioralnu podršku te komplementarne terapije. Elektrokonvulzivna terapija dokazano je djelotvorna kod žena s teškom poslijeporođajnom depresijom. I hospitalizacija je jedna od opcija u slučajevima teške depresije i psihoze te kod žena s rizikom samoubojstva [20]. Terapije poslijeporođajne psihoze podrazumijeva jednaki pristup kao i akutnoj psihozi uz upotrebu stabilizatora raspoloženja i antipsihotika.

Pozitivne rezultate dali su telefonski pozivi podrške, individualno savjetovanje u kući, grupe potpore koje vode medicinske sestre [27]. Grupe potpore pružaju majkama nadu i

osvještavaju ih da nisu same i jedine. U rad grupa mogu se uključiti i parovi koji dobivaju priliku izražavanja vlastitih potreba u okruženju koje ih štiti od osude. Najčešće su kognitivno-bihevioralna savjetovanja u kombinaciji s antidepresivima, zatim kognitivno-bihevioralna terapija, grupna podrška i interpersonalna psihoterapija koje mogu i spriječiti nastanak poslijeporođajne depresije zbog čimbenika rizika koji se mogu prepoznati u trudnoći [1,26].

Interpersonalna terapija usmjerena je promjeni doživljaja vezanih uz novu ulogu žene, bračni odnos, socijalnu podršku i suočavanje sa stresnim događajima. Pokazuje djelotvornost u kratkom vremenskom razdoblju, ali se preporuča minimalno 12 individualnih seansi. Osim toga, individualna kognitivno bihevioralna i psihodinamska terapija umjerenog su djelovanja u usporedbi s antidepresivnom medikamentoznom terapijom. Nedostatak u ocjeni najboljeg pristupa je relativno mali uzorak pacijenata, kratkotrajnost tretmana, nedostatak kontrolnih grupa, specifičnih terapijskih intervencija, izostanak uvida u uključenost partnera [27].

U terapijske intervencije moguće je uključiti aktivnosti brige za dijete poput masaže, vježbi, uspavlivanja djeteta, terapije bojama i svjetlima te hormonalnu terapiju [27]. One međutim nemaju dovoljno znanstveno utemeljenih dokaza.

2.Cilj istraživanja

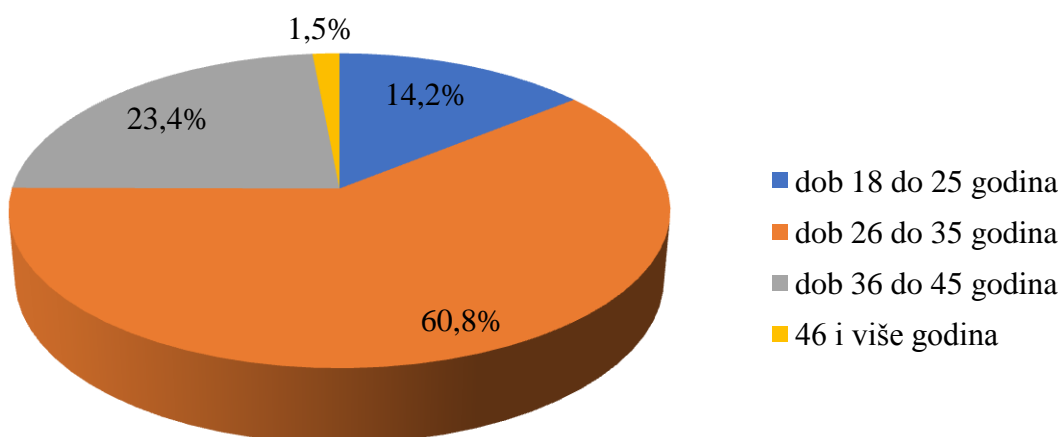
Cilj istraživanja bio je ispitati učestalost poremećaja raspoloženja u skupini sudionica i doživljaj pojedinačnih čimbenika na poslijeporođajnu depresiju.

3.Metode

Za potrebe istraživanja ovog rada kreiran je anketni upitnik putem Google obrasca u periodu od 04.09.2019. do 19.10.2019. Istraživanje je bilo u potpunosti anonimno i dobrovoljno. Anketni upitnik se sastojao od 3 dijela. Prvi dio je ispitivao oće informacije o sociodemografskim karakteristikama sudionica (spol, dob, stupanj obrazovanja). U drugom dijelu prikupljeni su podaci o suradnji s patronažnom medicinskom sestrom, informiranosti o poslijeporođajnoj depresiji, vrsti poroda, dojenju i duljini dojenja, pomoći nakon poroda. U tećem dijelu upitnika sudionice su na tvrdnjama o utjecaju pojedinaćnih ćimbenika na nastanak poslijeporođajne depresije, sa skalom Likertovog tipa izražavale svoje slaganje odabirom kategorije odgovora od 1 (uopće nije taćno) do 5 (u potpunosti je taćno). Sveukupno u upitniku ima 22 pitanja/tvrdnja. Upitnik je postavljen u grupe na društvenim mrežama, a grupe su Varaždinske mame, Međimurske mame, Trudnice i mame Sjeverne Hrvatske i Klub trudnica i mladih mama.

Prikupljeni podaci obrađeni su u SPSS programu, a u radu su prikazane apsolutne i relativne frekvencije sa srednjim vrijednostima i mjerama raspršenosti u tekstualnom i grafićkom obliku.

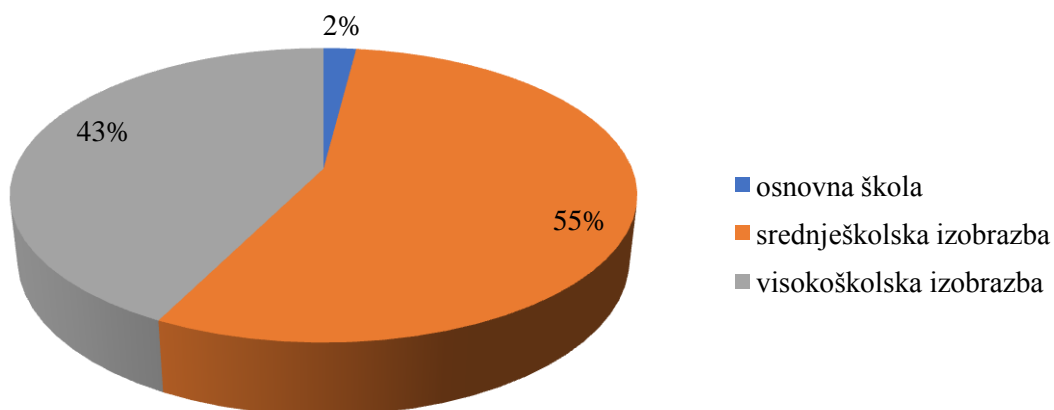
U istraživanju je sudjelovala 401 sudionica, a raspodjela prema njihovoj kronološkoj dobi prikazana je u grafikonu 4.1.



Grafikon 4.1. Raspodjela sudionica prema dobnim skupinama (Izvor: autor)

Iz grafikona 4.1 je vidljivo da najveći udio uzorka od skoro 61% (N=244) čine sudionice u dobnoj skupini od 26 do 35 godina, zatim sudionice u dobi od 36 do 45 godina čine 23,4% (N=94). Najmanje su zastupljene sudionice u dobi 46 i više godina koje čine tek 1,5% (N=6) uzorka.

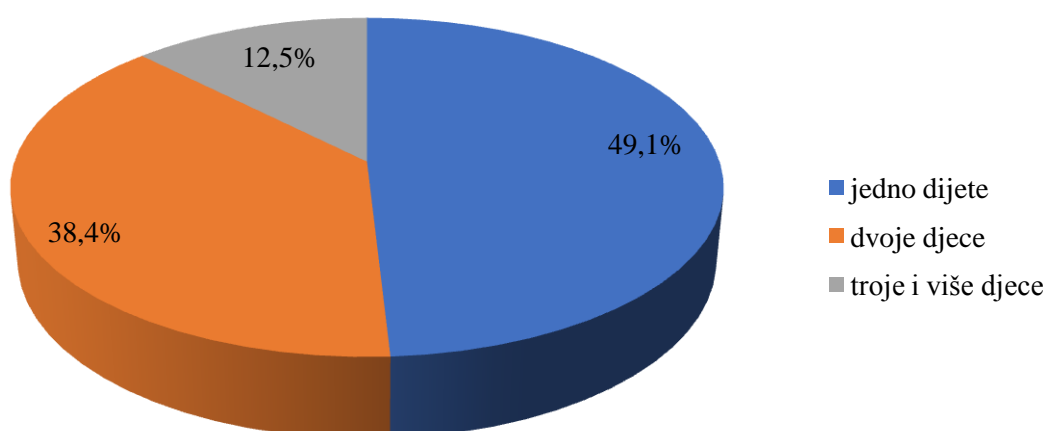
Uzorak sudionica analiziran je i prema kriteriju stupnja obrazovanja. U odnosu na stupanj obrazovanja, raspodjela sudionica prikazana je u grafikonu 4.2. Vidljiva je najmanja zastupljenost od 2% (N=8) sudionica samo sa osnovnoškolskim obrazovanjem, a najveća zastupljenost od 55% (N=222) sudionica sa srednjoškolskim obrazovanjem.



Grafikon 4.2. Raspodjela sudionica prema stupnju obrazovanja (Izvor: autor)

4.Rezultati

Nadalje su dobiveni rezultati o broju djece, a raspodjela sudionica u odnosu na taj kriterij prikazana je u grafikonu 4.3. Iz grafikona je uočljivo najviše sudionica koje imaju jedno dijete, odnosno njih 49,1 (N=197) te 38,4% (N=154) sudionica koje imaju dvoje djece. Usporedbom je utvrđeno da u odnosu na broj djece postoje značajne razlike među dobnim skupinama ($\chi^2=37,024$; $p=,000$) što je prikazano u tablici 4.1.



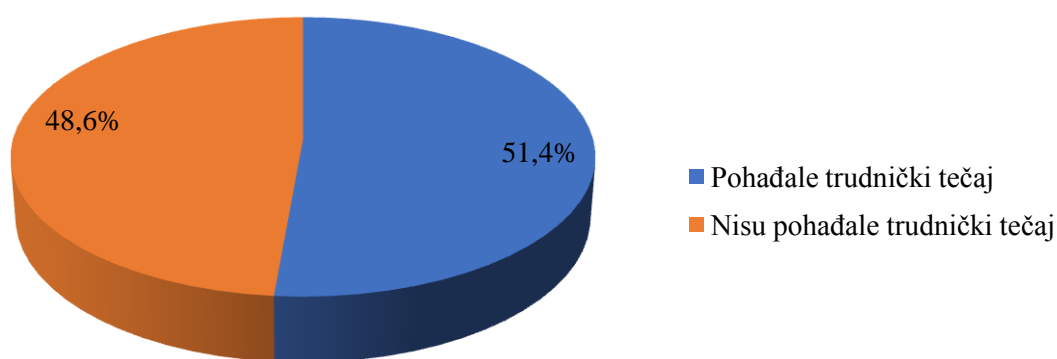
Grafikon 4.3. Raspodjela sudionica s obzirom na broj djece (Izvor: autor)

		Dobna skupina				Ukupno	p*
		od 18 do 25 godina	od 26 do 35 godina	od 36 do 45 godina	od 46 i više godina		
Broj djece	Jedno	43	123	30	1	197	,000
	Dvoje	13	93	46	2	154	
	Troje i više	1	28	18	3	50	
Ukupno		57	244	94	6	401	

*Hi-kvadrat test

Tablica 4.1. Usporedba sudionica u odnosu na dob i broj djece (Izvor: autor)

Rezultati o pohađanju trudničkog tečaja u grafikonu 4.4. pokazuju podjednaku zastupljenost od 51,4% (N=206) sudionica koje jesu pohađale i 48,6% (N=195) sudionica koje nisu pohađale trudnički tečaj.



Grafikon 4.4. Raspodjela sudionica u odnosu na pohađanje trudničkog tečaja
(Izvor: autor)

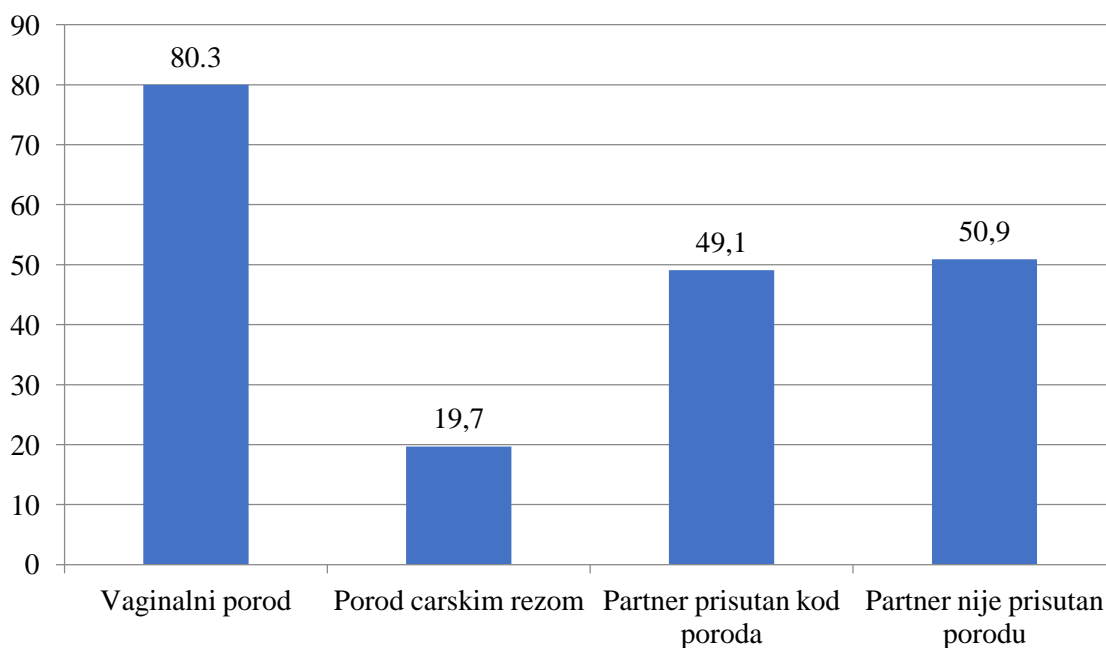
Njihovom usporedbom prema kriteriju kronološke dobi utvrđene su statistički značajne razlike prikazane u tablici 4.2. Značajno najviše sudionica koje jesu pohađale tečaj i koje nisu pohađale trudnički tečaj ima u dobnoj skupini od 26 do 35 godina.

		Dobna skupina				Ukupno	p*
		od 18 do 25 godina	od 26 do 35 godina	od 36 do 45 godina	od 46 i više godina		
Pohađanje trudničkog tečaja	Ne	33	109	58	6	206	,002
	Da	24	135	36	0	195	
Ukupno		57	244	94	6	401	

*Hi-kvadrat test

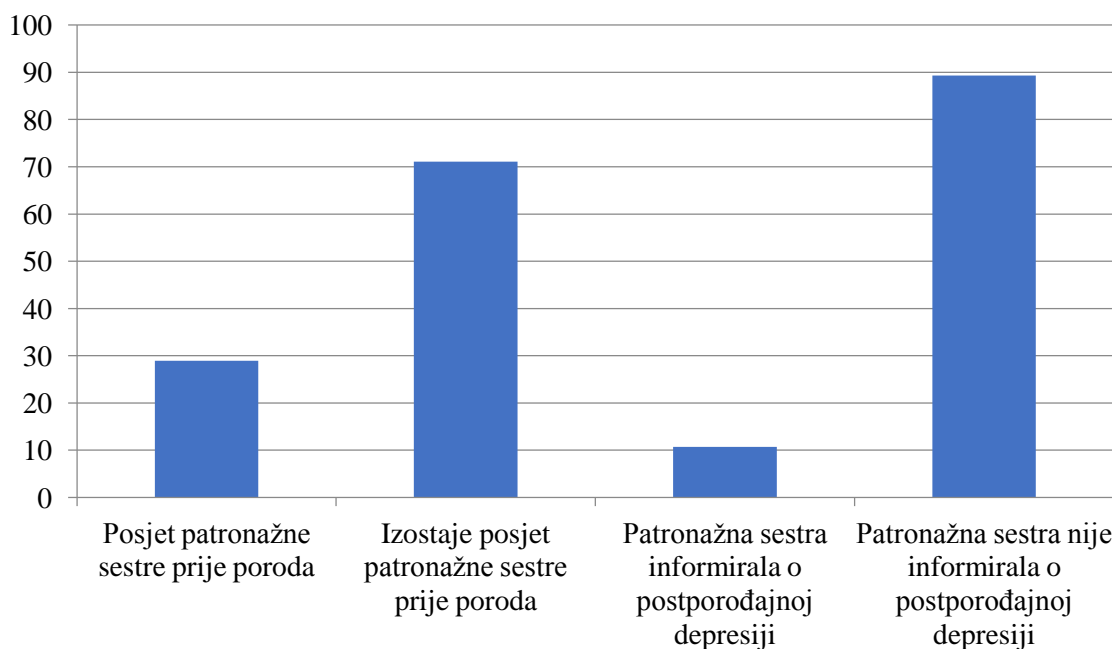
Tablica 4.2. Usporedba sudionica u odnosu na dob i pohađanje trudničkog tečaja
(Izvor: autor)

Porod vaginalnim putem imalo je 80,3% (N=322) sudionica, a porod carskim rezom imalo je 19,7% (N=79) sudionica. Porodu je prisustvovalo 49,1% (N=197) partnera. Raspodjela je prikazana grafikonom 4.5. Usporedbom je utvrđena značajna razlika u odnosu na oblik poroda, odnosno značajno više sudionica rodilo je vaginalnim putem ($\chi^2=7,893$; $p=,048$). Fischerovim egzaktnim testom utvrđene su značajne razlike u odnosu na oblik poroda i prisutnost partnera. Naime, značajno je više partnera prisustvovalo vaginalnom porodu ($p=,000$)



Grafikon 4.5. Raspodjela rezultata u odnosu na porod i prisutnost partnera (Izvor: autor)

Prije poroda patronažna sestra posjetila je 28,9% (N=116) sudionica, a nije posjetila njih 71,1% (N=285). Informacije o poslijeporođajnoj depresiji od patronažne sestre dobilo je samo 10,7% (N=43) sudionica. Raspodjela je prikazana u grafikonu 4.6.



Grafikon 4.6. *Raspodjela rezultata u odnosu na posjet patronažne sestre i informacije o poslijeporodajnoj depresiji (Izvor: autor)*

U tablici 4.3. prikazani su rezultati o korištenju drugih izvora informacija o poslijeporodajnoj depresiji, a iz nje je vidljivo da najviše sudionica 51,9% (N=208) informacije traži preko interneta. Najmanje njih, odnosno 3,2% (N=13) informacije o poslijeporodajnoj depresiji dobilo je na trudničkom tečaju koji su polazile.

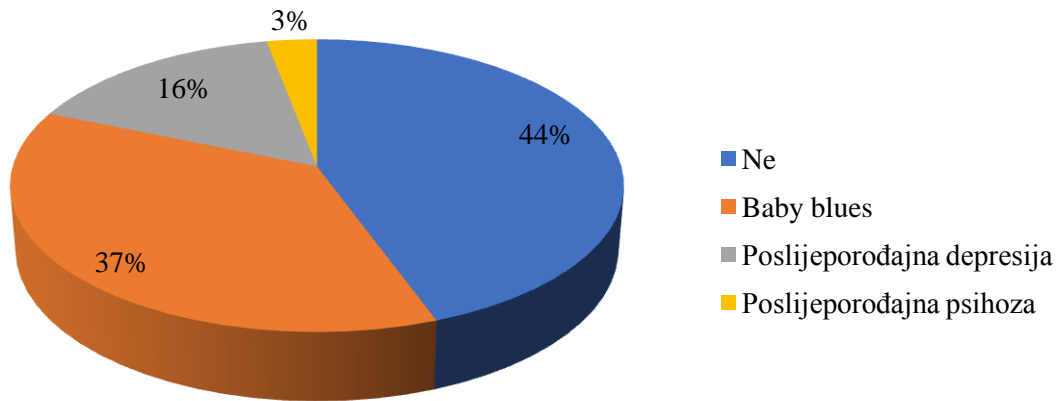
	N	%
Ne	139	34,7
Da, putem interneta	208	51,9
Da, iskustvo bliske osobe	22	5,5
Da, druga stručna osoba	19	4,7
Tečaj o porodu	13	3,2
Ukupno	401	100,0

N=broj; % = postotak

Tablica 4.3. *Korištenje izvora informacija o poslijeporodajnoj depresiji (Izvor: autor)*

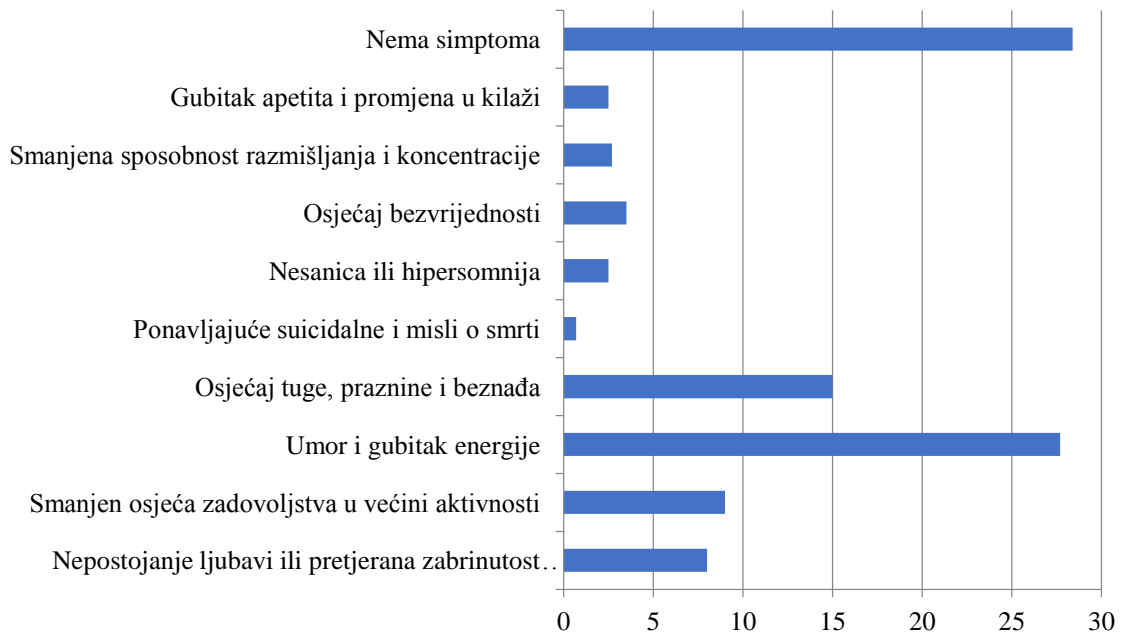
Upitnikom su prikupljeni podaci i o postojanju depresije prije poroda. Na pitanje „Jeste li i prije poroda imali depresiju i osjećaj tjeskobe?“ potvrdno je odgovorilo 22,4% (N=90)

sudionica. O prisutnim simptomima nakon poroda potvrdno se izjasnilo više od polovice uzorka, odnosno oko 55% sudionica. Raspodjela je prikazana u grafikonu 4.7.



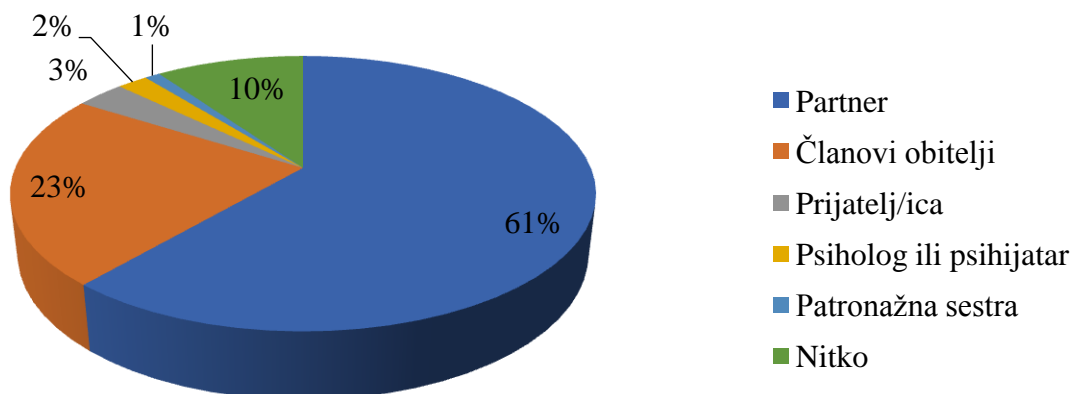
Grafikon 4.7. Promjena raspoloženja nakon poroda (Izvor: autor)

Najdulje trajanje promjena raspoloženja u periodu dužem od 6 mjeseci imalo je prema samoprocjeni 9,7% (N=39) sudionica. Promjene raspoloženja u trajanju do 6 mjeseci imalo je 11,7% (N=47) sudionica, a kraće od mjesec dana njih 29,4% (N=118). Raspodjela simptoma nakon poroda prikazana je u grafikonu 4.8.



Grafikon 4.8. Raspodjela simptoma nakon poroda (Izvor: autor)

Iz grafikona 4.8. vidljivo je da su u najvećem omjeru simptoma sudionica odabrale osjećaj umora i gubitka energije, odnosno njih 27,7% (N=111). Po učestalosti slijedi osjećaj tuge, praznine i beznada koje je doživjelo 15% (N=60) sudionica. Nepostojanje ljubavi prema djetetu ili pretjeranu zabrinutost za dijete osjećalo je 8% (N=32). Znatno smanjen osjećaj zadovoljstva u većini aktivnosti doživjelo je 9% (N=36) sudionica, a osjećaj bezvrijednosti 3,5% (N=14). Nesanicu ili hipersomniju osjećalo je 2,5% (N=10) sudionica, a isto toliko njih je doživjelo gubitak apetita i značajnu promjenu u kilaži.



Grafikon 4.9. Raspodjela rezultata u odnosu na podršku nakon poroda (Izvor: autor)

Najviše podrške sudionice su primile od njihovih partnera i članova obitelji, sveukupno oko 84% (N=334). Najmanje sudionica dobilo je podršku od stručnih osoba, psihijatra, psihologa i patronažne sestre, a sveukupno 3% (N=12).

Od ukupno 5,9% sudionica koje su bile uključene u terapijski tretman, njih 3,2% (N=13) bilo je u terapiji medikamentima, a ostalih 2,7% (N=11) bilo je uključeno u psihoterapiju. Sveukupno 94,5% (N=377) nije trebalo ili koristilo terapijsku podršku.

Manji postotak sudionica, odnosno 14,2% (N=57) nije upoznata s činjenicom da poslijeporođajna depresija otežava kontakt majke s djetetom i smanjuje empatički kapacitet u majki, a najviše njih 80% (N=321) je čitalo o tome. Većina sudionica u udjelu od 92,5% (N=371) smatra da medicinsko osoblje ne obraća dovoljno pažnje na postporođajnu depresiju.

Sudionice su na ljestvici od 1 (Uopće ne utječe) do 5 (U potpunosti utječe) izražavale svoje mišljenje, odnosno slaganje s tvrdnjama o pojedinačnim utjecajima nekih čimbenika na poslijeporođajnu depresiju. Rezultati su u obliku apsolutnih i relativnih frekvencija prikazani u tablici 4.4. Sudionice smatraju da na pojavnost poslijeporođajne depresije najviše utječu loš odnos s partnerom (M=4,19; SD=,958) što smatra njih oko 83%, zatim postojanje prijašnje depresije (M=3,95) u udjelu 78% i nerazumijevanje okoline (M=3,90) sa 74% sudionica te nedostatak socijalne podrške (M=3,88) sa 73%, zatim po utjecajnosti njih 65% važnim smatraju samohrano roditeljstvo (M=3,69) i njih 59% težinu poroda (M=3,47). Neplaniranu trudnoću važnim utjecajnim čimbenikom za poslijeporođajnu depresiju smatra 55% sudionica (M=3,41), a trudnoću u adolescenciji sveukupno njih 51% (M=3,39). Ekonomski status važnim utjecajem procjenjuje 55% sudionica (M=3,52), a najmanje po važnosti smatraju pušenje u udjelu s 21% (M=2,59).

N (%)

Utjecaj pojedinačnih čimbenika na postporođajnu depresiju	Uopće ne utječe	Ne utječe	Niti utječe, niti ne utječe	Utječe	U potpunosti utječe	M	SD
Težina poroda	44 (11,0)	44 (11,0)	74 (18,5)	155 (38,7)	84 (20,9)	3,47	1,245
Neplanirana trudnoća	44 (11,0)	37 (9,2)	95 (23,7)	159 (39,7)	66 (16,5)	3,41	1,190

Nerazumijevanje okoline	20 (5,0)	25 (6,2)	58 (14,5)	170 (42,4)	128 (31,9)	3,90	1,074
Prijašnja depresija	27 (6,7)	17 (4,2)	43 (10,7)	174 (43,4)	140 (34,9)	3,95	1,110
Loš odnos s partnerom	11 (2,7)	14 (3,5)	44 (11,0)	148 (36,9)	184 (45,9)	4,19	,958
Nedostatak socijalne podrške	16 (4,0)	25 (6,2)	67 (16,7)	173 (43,1)	120 (29,9)	3,88	1,031
Niski ekonomski status	27 (6,7)	41 (10,2)	106 (26,4)	148 (36,9)	79 (19,7)	3,52	1,120
Samohrano roditeljstvo	30 (7,5)	34 (8,5)	74 (18,5)	153 (38,2)	110 (27,4)	3,69	1,175
Pušenje	96 (23,9)	83 (20,7)	138 (34,4)	57 (14,2)	27 (6,7)	2,59	1,188
Trudnoća u adolescenciji	35 (8,7)	46 (11,5)	116 (28,9)	132 (32,9)	72 (18,0)	3,39	1,164

M=Mean; SD=Standardna devijacija

Tablica 4.4. Prikaz rezultata za tvrdnje pojedinačnih utjecaja na poslijeporođajnu depresiju
(Izvor: autor)

5. Rasprava

U ovom istraživanju sudjelovala je 401 sudionica. One su popunjavale online upitnik na temelju čega je utvrđeno da su promjene raspoloženja dulje od 6 mjeseci bile prisutne u 9,7% sudionica, promjene raspoloženja do 6 mjeseci imalo je 11,7% sudionica, a kraće od mjesec dana njih 29,4%. Navedeni podaci upućuju na postojanje blagih i prolaznih promjena u raspoloženju, ali i ozbiljnijih koji se mogu smatrati poremećajima. Naime, u dijagnosticiranju poslijeporođajne depresije uzima se kriterij pojavljivanja velike epizode unutar prva 4 mjeseca [5]. Ključni simptom je trajanje depresivne epizode kontinuirano dva tjedna ili dulje kojeg karakteriziraju sniženo raspoloženje ili gubitak interesa i zadovoljstva u aktivnostima koje su prije izazivale ugodu uz javljanje i drugih simptoma na svakodnevnoj razini poput nesanice, gubitka apetita, psihomotorni nemir i kognitivne teškoće [5].

U najvećem omjeru simptoma, sudionice su odabrale osjećaj umora i gubitka energije, a najmanje sudionica je imalo ponavljajuće suicidalne i misli o smrti (0,7%). Nepostojanje ljubavi prema djetetu ili pretjeranu zabrinutost za dijete osjetilo je 8%, a osjećaj tuge, praznine i beznada njih 15%; nesanicu ili hipersomniju doživjelo je 2,5% sudionica što su sve moguće karakteristike poslijeporođajne tuge i depresije [1,4,12,14]. Poslijeporođajnu tugu doživjelo je 37%, a psihozu do 3% sudionica. Međutim, samoiskazom sudionica utvrđeno je i postojanje njih 16% poslijeporođajno depresivnih što je vidljivo više u odnosu na istraživanje autorice Mesarić iz 2017. u kojem je 5,6% takvih sudionica i 14,5% sudionica s poslijeporođajnom tugom [8]. S druge pak strane 0,7% sudionica koje su imale ponavljajuće suicidalne i misli o smrti je u usporedbi s drugim autorima znatno niži. Na primjer, Patel navodi do 60% žena s poslijeporođajnom depresijom koje imaju opsesivne i agresivne misli spram djeteta [12].

S obzirom na dobivene rezultate i usporedbu s drugim autorima, ne možemo sa sigurnošću ni odbaciti ni potvrditi da je prevalencija postporođajne depresije u uzorku istraživanja jednaka postojećim podacima u drugim istraživanjima.

U vezi djelovanja primarne zdravstvene zaštite analizirano je nekoliko pitanja i tvrdnji koje se odnose na pohađanje trudničkog tečaja, posjet patronažne sestre prije poroda i informiranje o poslijeporođajnoj depresiji te pažnju koju zdravstveni djelatnici obraćaju na poslijeporođajnu depresiju. Dobiveni su podaci o podjednako zastupljenosti njih 51,4% koje jesu pohađale i 48,6% sudionica koje nisu pohađale trudnički tečaj. Podaci su slični onima

dobivenim u istraživanju autorice Mesarić [8]. Nije ispitivan razlog uključenosti u tečaj, je li to stvar osobnog izbora ili nije bilo prijedloga i upute od stručnih osoba koje su trudnicu pratile prije poroda. Sljedeća ispitana tvrdnja bila je o posjeti patronažne sestre trudnici prije poroda. Prije poroda patronažna sestra posjetila je 28,9% sudionica, a informacije o poslijeporođajnoj depresiji od patronažne sestre dobilo je samo njih 10,7%. Od neke druge stručne osobe informacije o poslijeporođajnoj depresiji dobilo je 4,7% sudionica, a na tečaju je informirano njih 3,2%. Većina sudionica ovog istraživanja s udjelom od 92,5% smatra da medicinsko osoblje ne obraća dovoljno pažnje na poslijeporođajnu depresiju. Osiguravanje cjelovite zdravstvene zaštite žena, a posebno u vezi s planiranjem obitelji, trudnoćom, porođajem i majčinstvom propisana je mjera u postojećem aktualnom Zakonu o zdravstvenoj zaštiti [28]. Autori Pearlstein i sur. sumiraju zaključke i navode nisku razinu procjene, dijagnosticiranja i tretmana poslijeporođajne depresije u zdravstvenim ustanovama čak i od strane ginekologa i pedijataru. Objašnjenje toga proizlazi iz nedovoljne upoznatosti sa psihičkim poremećajima majki i njihovom povezanosti s razvojem djeteta, manjka vremena i osjećaja neugode [27]. Iako su poznati čimbenici rizika za nastanak poslijeporođajne depresije, na našem području još uvijek, barem koliko je autoru rada poznato, ne postoji unificirani postupak probira trudnica i protokol uključivanja u tečajeve i grupe potpore ako postoje indikatori za to.

Obzirom da se primarnoj zdravstvenoj zaštiti pridaje značajna važnost u procjeni rizika za nastanak poslijeporođajnih poremećaja raspoloženja i depresije ovaj podatak ne govori o usuglašenosti postojećih znanja i trenutne prakse prevencije istih.

Kao jedan od čimbenika u suočavanju s izazovima životnih uvjeta i pristupa informacijama smatra se razina obrazovanja. Pri tome se veći stupanj obrazovanja smatra povoljnim čimbenikom u odnosu na navedeno i preventivni s obzirom na promjene u raspoloženju žena poslije poroda. Obrazovanje do razine srednje škole smatra se rizičnim čimbenikom za poslijeporođajnu depresiju [29].

Prema procjeni utjecaja pojedinačnih čimbenika rizika, sudionice s visokom naobrazbom za nekoliko njih češće većim smatraju njihov utjecaj na poslijeporođajnu depresiju od sudionica sa srednjoškolskim obrazovanjem [7].

Prema procjeni utjecaja pojedinačnih čimbenika rizika, sudionice smatraju da na pojavnost poslijeporođajne depresije najviše utječu loš odnos s partnerom ($M=4,19$; $SD=,958$) što smatra njih oko 83%. Iznimno je važno da žena u trudnoći i nakon poroda ima apsolutnu

podršku partnera i razumijevanje okoline. Žena se ne smije osjećati krivom zato što dobiva pomoć te da je partner samoinicijativno ponudi, a ne da je žena mora tražiti sama. Svatko mora imati vremena za sebe, stoga je važno da partneri rasporede brigu o djetetu jer to nije samo ženina obaveza. Pomoć o skrbi oko djeteta znači zaista preuzeti dio odgovornosti [30]. Malus i suradnice su na uzorku 100 žena ustanovile značajnu povezanost razine poslijeporođajne depresije s kvalitetom odnosa. Žene koje su bile manje zadovoljne s njihovim partnerskim odnosom, odnosno aspektima tog odnosa poput intimnosti, usklađenosti s partnerom i emotivne ispunjenosti, imale su izraženije simptome poslijeporođajne depresije koji su se manifestirali u poremećajima jedenja i spavanja, nesigurnosti, emocionalne labilnosti, zbunjenosti, osjećajem srama i krivnje te suicidalnim mislima. S druge pak strane utvrdile su da žene zadovoljnije odnosom imaju bolje mentalno zdravlje [31].

Neplaniranu trudnoću važnim utjecajnim čimbenikom za poslijeporođajnu depresiju smatra 55% sudionica (M=3,41). Istraživači Sveučilišta Sjeverne Karoline su razgovarali s gotovo 700 trudnica i podijelili ih u 3 skupine. U prvoj skupini su one trudnice koje su planirale trudnoću, u drugoj skupini su one koje nisu planirale trudnoću i u trećoj skupini su one trudnice koje su željele zanijeti u neko izgledno vrijeme, no koje smatraju da je vrijeme njihove trudnoće krivo pogodeno. Zaključili su kako je poslijeporođajna tuga, popularno nazvana baby blues, 11% češća kod žena koje su imale neplaniranu trudnoću za razliku od žena koje su planirale bebu i to 3 mjeseca nakon poroda. Neplanirana trudnoća koja je iznijeta do kraja može imati dugoročan utjecaj na ženu, stoga bi medicinsko osoblje moralo postaviti pitanje o trudnoći neposredno nakon poroda kako bi se dijagnosticirala moguća poslijeporođajna depresija. Jednostavne i jeftine intervencije kako bi se identificirale rizične žene mogle bi omogućiti ciljane intervencije i spriječiti komplikacije zbog budućih neželjenih trudnoća [32].

Da težina i način poroda utječe na poslijeporođajnu depresiju smatra njih 59% sudionica (M=3,47). Žene koje su rodile carskim rezom izložene su većem riziku oboljevanja od poslijeporođajne tuge i depresije. Znanstvenici Jang-Ming Sveučilišta na Tajvanu smatraju da je to posljedica vremena potrebnog da se roditelj oporavi od kirurškog postupka, ali dodaju i kako baby blues može biti uzrokovan i osjećajem neuspjeha te gubitka kontrole koje majka osjeti kad liječnik porodi dijete. Rezultati pokazuju kako su majke koje nisu rodile carskim rezom za trećinu manje izložene poslijeporođajnoj tugi i depresiji [32].

Dokazana je uloga socijalne podrške u smanjenju poslijeporođajne depresije. Socijalna podrška se odnosi na emocionalnu potporu, financijsku potporu i odnose s empatijom.

Smanjenje socijalne podrške jedan je od najvažnijih čimbenika za nastanak poslijeporođajne depresije [11].

Sudionice ovog istraživanja s udjelom od 78% smatraju da postojanje pozitivne anamneze na depresiju iz ranijeg perioda života utječe na pojavu poslijeporođajne depresije. Najveći rizik od poslijeporođajne depresije postoji kod majki koje su u prošlosti već imale problema s depresijom ili osjećajima tjeskobe, kao i kod onih kod kojih je zabilježena poslijeporođajna depresija u nekoj od prethodnih trudnoća [15].

Patronažne sestre kao dio usluga i prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na primarnoj razini zdravstvene zaštite posjećuju sve roditelje nakon poroda. Njihova prisutnost uz majke omogućava im uvid u duševno stanje roditelja i prepoznavanje prvih znakova promjena raspoloženja. Na temelju svojih stručnih kompetencija mogu prepoznati i preporučiti daljnje postupanje roditelja i članova njihovih obitelji te kontaktiranje s liječnikom [7]. Jednako tako, postoji niz postupaka koje patronažne sestre provode u postpartalnoj skrbi za žene [8]. Suvremene preporuke upućuju na razvoj usluga mentalne skrbi u zajednici na način da se liječnike obiteljske medicine podrži u ranom otkrivanju i intervenciji, liječenju, stjecanju dodatnih specifičnih kompetencija, da se jača stručnost svih zdravstvenih profila, te se omogući dostupnost usluga roditeljama [7]. Pokazalo se da individualna savjetovanja i posjeti u kuću te grupe potpore koje vode medicinske sestre imaju pozitivni terapijski učinak na trudnice i majke, a prihvatljivije su od psihoterapije i drugih postupaka u zdravstvenim ustanovama radi stigme i predrasuda koji prate psihijatrijske pacijente [27].

6. Zaključak

Cilj istraživanja bio je ispitati učestalost poremećaja raspoloženja u skupini sudionica i doživljaj pojedinačnih čimbenika na poslijeporođajnu depresiju. Temeljem provedenog istraživanja može se zaključiti da je učestalost poslijeporođajnih promjena raspoloženja djelomično ujednačena s postojećim i dostupnim podacima. Pokazalo se da je u uzorku relativno visoka učestalost poslijeporođajne tuge, zatim depresije, a niska učestalost poslijeporođajne psihoze. Iznenadujući su podaci o maloj zastupljenosti patronažnih posjeta trudnicama i kasnije podrška babinjama te informiranost trudnica o poslijeporođajnoj depresiji od strane stručnjaka. Važnost patronažne sestre prepoznaje se u njezinoj ulozi informiranja, smanjenju anksioznosti i depresivnih simptoma u vrijeme trudnoće te pojave simptoma nakon poroda te općenito u odgojnom djelovanju. Patronažne sestre imaju zadaću prevencije poslijeporođajnih psihičkih promjena žena, a za koje je dokazano da imaju nepovoljan utjecaj na odnos s partnerima i njihovu neposrednu okolinu te dugoročno nepovoljno djeluju na razvojne ishode djece. Svojim savjetima i individualnim razgovorom morale bi pripremiti i educirati trudnicu o mogućim simptomima poslijeporođajne depresije te da ih buduća roditelja zna prepoznati. Stječe se dojam da bi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti žena, a obvezno trudnica i mladih majki trebalo osmisliti protokol postupanja u utvrđivanju čimbenika rizika i pružanja individualne potpore kroz modele i aktivnosti koji su se pokazali učinkovitim preventivnim i terapijskim mjerama. Žene koje imaju prepoznatljiv i povišen rizik za razvoj poslijeporođajne depresije i psihoze trebaju biti pod posebnom skrbi obiteljskog liječnika, porodničara, primalje, pedijatra, patronaže i psihologa. Izuzetno je važno tražiti pomoć stručnjaka ako roditelja ima halucinacije i priviđenja koji uključuju dijete te ako razmišlja o nanošenju ozljeda sebi ili svom djetetu. U slučaju da postoji sumnja u poslijeporođajnu depresiju veliku ulogu ima obitelj. Oni su ti koji će prvi prepoznati simptome, pružat će podršku te će osnaživat roditelju i uključit liječničku pomoć ako je potrebna. Potrebna je pomoć i partnera i obitelji tijekom trudnoće i poroda te pomoć u skrbi za dijete. Najveći dobitak i za majku i za njezinu obitelj biti će ako se depresija na vrijeme prepozna i liječi. Poslijeporođajnu depresiju i psihozu važno je liječiti jer ona ne utječe samo na zdravlje i kvalitetu majčina života nego i na djetetov razvoj i zdravlje te život ostalih članova obitelji.

Sveučilište
Sjever

MORALNO
ODGOVORNOST



SVEUČILIŠTE
SJEVER

**IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU**

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, INES VARGA (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom PSIHOPROJEKCIJA I DEPRESIJA I PSIHOZA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Ines Varga

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, INES VARGA (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom PSIHOPROJEKCIJA I DEPRESIJA I PSIHOZA (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Ines Varga

(vlastoručni potpis)

7. Literatura

- [1] C.L. Dennis; D.K. Creedy: Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database of systematic reviews, 2008.
- [2] L.H. Chaudron: Postpartum depression, what pediatricians need to know?, Pediatrics in Review, br. 5, svibanj 2003, str. 154-161.
- [3] M.W. Ohara, L.L. Gorman: Can postpartum depression be predicted?, Primary Psychiatry, br. 3, ožujak 2004, str. 42-47.
- [4] S. Slamek: Postporođajna depresija. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet. Zagreb, 2017.
- [5] J.A. Horowitz, J.H. Goodman: Identifying and treating postpartum depression. Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing, br. 2, ožujak 2005, str. 264-273.
- [6] G. Tavormina, M. Nardini, L. Mendolicchio i dr: Vodič za poremećaje raspoloženja. Talijanska udruga za depresiju, Sardini, 2018.
- [7] E. Radonić, M. Hanževački, S. Jelavić i dr: Unaprjeđenje izvaninstitucionalne skrbi i liječenje osoba oboljelih od poslijeporođajne depresije. Acta medica Croatica, br. 2, travanj 2018, str. 241-246.
- [8] K. Mesarić. Zdravstvena skrb u postpartalnom razdoblju. Završni rad. Sveučilište Sjever, Varaždin, 2017.
- [9] www.trudnoća.hr/obitelj/moja-priča (Dostupno 1.10.2019.)
- [10] E. Ercegović: (2004): Poremećaji raspoloženja; Nikolić, S., Marangunić, M. (Ur.): Dječja i adolescentna psihijatrija, str. 246-283, Školska knjiga, Zagreb, 2004.
- [11] M. Feldman, L. McDonald, D. Serbin, D. Stack i dr: Predictors of depressive symptoms in primary caregivers of young children with or at risk for developmental delay. Journal of Intellectual Disability Research, br. 8, kolovoz 2007, str. 606-619.
- [12] M. Patel, R.K. Bailey, S. Jabeen, i dr: Postpartum depression, review. Journal of health care for poor and underserved, br. 2, svibanj 2012, str. 534-542.
- [13] Centers for disease control and prevention. Reproductive Health; Depression among women. Dostupno na www.cdc.gov (pristupljeno 29.9.2019.)
- [14] C. Tatano Beck: Predictors of postpartum depression. Nursing research, br. 5, rujan 2001, str. 275-285.
- [15] R.E. Noble: Depression in women. Metabolism clinical and experimental br. 5, svibanj 2005, str. 49-52.

- [16] K.L. Wisner, B.L. Parry, C.M. Piontek: Postpartum depression. The new England Journal of medicine, br. 3, lipanj 2002, str. 194-199.
- [17] M.B. Olsson, C.P. Hwang: Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research, br. 6, prosinac 2001, str. 535-543.
- [18] J.L. Sanders, S.B. Morgan: Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: implications for intervention. Child and Behavior Family Therapy, br. 4, 1997, str. 15-32.
- [19] G. Evins, J.P. Theofrastous, S.L. Galvin: Postpartum depression: A comparison of screening and routine clinical evaluation. American Journal of Obstetrics and Gynecology, br. 5, svibanj 2000, str. 1080-1082.
- [20] R. Anokye, E. Acheampong, A. Budu-Ainooson, E.I. Obeng, A.G. Akwasi: Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. Anals of general psychiatry, br. 1, prosinac 2018, str. 1-18.
- [21] S. Nakić, M. Tadinac, R. Herman: Uloga percipiranog stresa i stilova suočavanja u nastanku pretporođajne anksioznosti. Klinička psihologija, br. 1-2, prosinac 2009, str. 7-21.
- [22] M. Odent: Emotivno stanje majke i prenatalna skrb. Dostupno na www.roda.hr (Pristupljeno 1.10.2019.)
- [23] S. Watkins, S. Meltzer-Brody, D. Zolnoun, A. Stuebe: Early Breastfeeding Experiences and Postpartum Depression. Obstetrics i gynecology, br. 2, kolovoz 2011, str. 214-221.
- [24] Baby blues, poslijeporođajna depresija i psihoza. Dostupno na www.roda.hr/portal/porod (Pristupljeno 1.10.2019.)
- [25] I. Bozoky, E.J. Corwin: Fatigue as a predictor of postpartum depression. Journal of obstetric, gynecologic an neonatal nursing, br. 4, srpanj/kolovoz 2002, str. 436-443.
- [26] M. Gašparović: Kombinirani kognitivno-bihevioralni i farmakološki tretman poslijeporođajne depresije, prikaz slučaja. Journal of aplied health sciences, br. 1, travanj 2018, str. 73-79.
- [27] T. Pearlstein, M. Howard, A. Salisbury, C. Zlotnick: Postpartum depression. American journal of obstetric and gynecology, br. 4, travanj 2009, str. 357-364.
- [28] Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne Novine 100/2018
- [29] L.S. Segre, M.W. Ohara, S. Arndt, S. Stuart: The prevalence of postpartum depression. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, br. 4, travanj 2007, str. 316-321.

- [30] <https://miss7mama.24sata.hr/beba/mama-poslije-poroda/svaka-deseta-majka-u-hrvatskoj-pati-od-postporo-ajne-depresije-8270> (Dostupno 14.10.2019.)
- [31] A. Malus, J. Szyluk, B. Galinska-Skok, B. Konarzewska: Incidence of postpartum depression and couple relationship quality. *Psychiatria Polska*, br. 6, lipanj 2016, str. 1135-1146
- [32] Hrvatska komora primalja: Sindrom tužnog raspoloženja ili baby blues, svibanj 2015., str.38-40

Popis tablica i grafikona

Tablica 4.1. Usporedba ispitanica u odnosu na dob i broj djece

Tablica 4.2. Usporedba ispitanica u odnosu na dob i pohađanje trudničkog tečaja

Tablica 4.3. Korištenje izvora informacija o postporođajnoj depresiji

Tablica 4.4. Prikaz rezultata za tvrdnje pojedinačnih utjecaja na postporođajnu depresiju

Grafikon 4.1. Raspodjela ispitanica prema dobnim skupinama

Grafikon 4.2. Raspodjela ispitanica prema stupnju obrazovanja

Grafikon 4.3. Raspodjela ispitanica s obzirom na broj djece

Grafikon 4.4. Raspodjela ispitanica u odnosu na pohađanje trudničkog tečaja

Grafikon 4.5. Raspodjela rezultata u odnosu na porod i prisutnost partnera

Grafikon 4.6. Raspodjela rezultata u odnosu na posjet patronažne sestre i informacije o
postporođajnoj depresiji

Grafikon 4.7. Promjena raspoloženja nakon poroda

Grafikon 4.8. Raspodjela simptoma nakon poroda

Grafikon 4.9. Raspodjela rezultata u odnosu na podršku nakon poroda

8. Prilog 1. Anketni upitnik

Poslijeporođajna depresija i psihoza

1. Spol

a) M

b) Ž

2. Koliko godina imate?

a) 18-25

b) 26-35

c) 36-45

d) 46 i dalje

3. Razina obrazovanja

a) osnovna škola

b) SSS

c) VSS

4. Koliko djece imate?

a) jedno

b) dvoje

c) tri i više

5. Jeste li pohađali trudnički tečaj?

a) jesam

b) nisam

6. Način na koji ste rodili?

a) vaginalni porod

b) carski rez

7. Jeste li imali posjet patronažne sestre prije poroda?

a) da

b) ne

8. Dali vas je patronažna sestra informirala o poslijeporođajnoj depresiji?

a) da

b) ne

9. Jeste li koristili druge izvore informacija o poslijeporođajnoj depresiji?

a) nisam

b) putem interneta

c) iskustvo bliske osobe

d) stručna osoba

e) tečaj o porodu

10. Da li je vaš partner prisustvovao na porodu?

a) da

b) ne

11. Jeste li prije trudnoće imali problema s depresijom ili osjećajem tjeskobe?

a) jesam

b) nisam

12. Jeste li doživjeli različite promjene raspoloženja poslije poroda?

a) nisam

b) poslijeporođajna tuga (Baby blues)

c) poslijeporođajna depresija

d) poslijeporođajna psihoza

13. Koliko dugo su trajale promjene raspoloženja?

a) nisam imala promjene raspoloženja

b) već od trudnoće

c) u prvom tjednu nakon poroda

d) do mjesec dana

e) do 6 mjeseci

f) više od 6 mjeseci

14. Tko vam je pružao pomoć i podršku u danima nakon poroda?

a) partner

b) obitelj (majka, sestra, svekrva...)

c) prijateljica / prijatelj

d) ginekolog

e) patronažna sestra

f) stručnjaci (psiholog, psihijatar)

g) duhovnik / vjera

h) nitko od navedenih

15. Jeste li dojili svoje dijete ?

a) jesam

b) nisam

16. Koliko dugo ste dojili svoje dijete (ako imate više djece i ukoliko nije bilo veće vremenske razlike napišite prosječnu duljinu dojenja u mjesecima)

17. Označite simptome koje ste imali nakon poroda.

- a) nisam imala poteškoća
- b) osjećaj tuge, praznine, beznada
- c) znatno smanjen osjećaj zadovoljstva u većini aktivnosti
- d) nesanica ili hipersomnija
- e) psihomotorička agitacija
- f) umor ili gubitak energije
- g) osjećaj bezvrijednosti
- h) smanjena sposobnost razmišljanja i koncentracije
- i) ponavljajuće misli o smrti i suicidalne misli
- j) značajna promjena u kilaži, gubitak apetita
- k) osjećaj nepostojanja ljubavi prema djetetu ili pretjerana zabrinutost za dijete?

18. Molim vas da ocijenite koliko (u kojoj mjeri) pojedini uzrok utječe na poslijeporođajnu depresiju. (ocijena 1- uopće ne utječe, 2- ne utječe, 3- niti utječe, niti ne utječe, 4- utječe, 5- u potpunosti utječe)

- ___ težak porođaj
- ___ neplanirana trudnoća
- ___ nerazumijevanje okoline
- ___ prijašnje depresije
- ___ loš odnos s partnerom
- ___ nedostatak socijalne podrške
- ___ niski ekonomski status

___ samohrani roditelj

___ pušenje cigareta

___ trudnoća u adolescenciji

19. Jeste li koristili terapiju poslijeporođajne depresije?

a) nisam koristila

b) psihoterapiju

c) medikamentozno liječenje

20. Mislite li da većina žena s psihičkim teškoćama nakon poroda traži pomoć stručnjaka za mentalno zdravlje (psihologa, psihijatra)?

a) da

b) ne

21. Jeste li upoznati s činjenicom da poslijeporođajna depresija otežava uspostavljanje dobrog kontakta između majke i djeteta i smanjuje empatički kapacitet majke?

a) da, to mi je poznato, čitala sam o tome

b) nije mi poznata ta činjenica, prvi puta čujem nešto takvo

c) na to su me upozorili na pripremnom tečaju za porod

d) o tome sam saznala od svoje liječnice/liječnika

e) o tome me informirala patronažna sestra

22. Mislite da ginekolozi i medicinsko osoblje obraćaju pažnju na poslijeporođajnu depresiju?

a) dovoljno

b) nedovoljno