

Poslijeporođajni psihički poremećaji

Zadravec, Nikolina

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:925775>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-16**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1330/SS/2020

Poslijeporođajni psihički poremećaji

Nikolina Zadravec, 2484/336

Varaždin, rujan 2020. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1330/SS/2020

Poslijeporođajni psihički poremećaji

Student

Nikolina Zadavec, 2484/336

Mentor

Marija Božičević, mag. med. techn.

Varaždin, rujan 2020. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	preddiplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Nikolina Zdravec	MATIČNI BROJ	2484/336
DATUM	31.08.2020.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Poslijeporođajni psihički poremećaji		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Postpartum mental disorders		
MENTOR	Marija Božičević, mag. med. techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. dr.sc. Ivana Živoder, predsjednik		
	2. Marija Božičević, mag. med. techn.		
	3. Mirjana Kolarek Karakaš, pred., član		
	4. dr.sc. Jurica Veronek, zamjenski član		
	5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	1330/SS/2020
OPIS	

Rođenje djeteta jedno je od najvažnijih događaja u životu žene. Izaziva snažne emocije, od straha i tjeskobe do neizmjerne radosti i uzbuđenja. S obzirom da porod ima velik utjecaj na emocionalno stanje žene, može doći do poslijeporođajnih psihičkih poremećaja. Najčešći i najblaži oblik koji se može javiti je poslijeporođajna tuga ili baby blues. Nadalje, ukoliko se simptomi ne nadziru ili žena nema dovoljno podrške partnera i okoline, može doći do poslijeporođajne depresije ili anksioznog poremećaja. Najteži i najrjeđi oblik koji se može javiti je poslijeporođajna psihoza. U prevenciji i liječenju psihijatrijskih bolesnica važnu ulogu ima medicinska sestra. Njena je uloga educirati, promatrati i pomagati ženama u uspostavljanju odnosa s novorođenčecom. Ukoliko partner i obitelj pružaju podršku i ljubav, liječenje je brže i uspješnije.

U radu je potrebno:

- definirati poslijeporođajne psihičke poremećaje
- prikazati etiologiju i epidemiologiju
- opisati kliničku sliku i liječenje
- opisati sestričnu skrb
- opisati rezultate dobivene u provedenoj anketi

ZADATAK URUČEN

09.09.2020.



POTPIS MENTORA

Marija Božičević

Predgovor

Hvala mentorici Mariji Božičević, mag. med. techn. na svim savjetima i pomoći pri izradi završnog rada. Svim profesorima Sveučilišta Sjever veliko hvala na prenesenom znanju.

Najviše se zahvaljujem svojoj obitelji na podršci i strpljenju kroz ove tri godine studiranja.

Sažetak

Rođenje djeteta jedno je od najvažnijih događaja u životu žene. Izaziva snažne emocije, od straha i tjeskobe do neizmjerne radosti i uzbuđenja. S obzirom da porod ima velik utjecaj na emocionalno stanje žene, može doći do poslijeporođajnih psihičkih poremećaja. Najčešći i najblaži oblik koji se može javiti je poslijeporođajna tuga ili baby blues. Kod anksioznog poremećaja roditelje osjećaju jaki strah, imaju napadaje panike te opsesivne misli. Nadalje, ukoliko se simptomi ne nadziru ili žena nema dovoljno podrške partnera i okoline, može doći do poslijeporođajne depresije. Najteži i najrjeđi oblik koji se može javiti je poslijeporođajna psihoza koja predstavlja rizik za dijete i majku, stoga se smatra hitnim stanjem i potrebno je bolničko liječenje.

U prevenciji i liječenju psihijatrijskih bolesnica važnu ulogu ima medicinska sestra. Njena je uloga educirati, promatrati i pomagati ženama u uspostavljanju odnosa s novorođenčeta. Ako primjeti znakove i simptome psihičkih poremećaja, mora intervenirati i pružiti potrebnu pomoć. Svojim znanjem, empatijom i komunikacijom ostvaruje partnerski odnos. Ukoliko partner i obitelj pružaju podršku i ljubav, liječenje je brže i uspješnije.

U ovom radu će se definirati: poslijeporođajna tuga („baby blues), poslijeporođajna depresija, poslijeporođajna psihoza i poslijeporođajni anksiozni poremećaj. Prikazat će se etiologija i epidemiologija poremećaja, liječenje i uloga medicinske sestre te je za kraj provedena anketa. U istraživanju je sudjelovalo 356 sudionica koje su imale jedan ili više poroda.

Ključne riječi: poslijeporođajni psihički poremećaji, podrška

Popis korištenih kratica

PPD Poslijeporođajna depresija

PP Poslijeporođajna psihoza

EPDS Edinburghska skala poslijeporođajne depresije

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Poslijeporođajno razdoblje i poremećaji	3
3. Poslijeporođajna tuga ili baby blues.....	4
3.1. Epidemiologija.....	4
3.2. Etiologija i faktori rizika.....	4
3.3. Klinička slika i liječenje.....	4
4. Poslijeporođajna depresija.....	5
4.1. Epidemiologija.....	5
4.2. Etiologija i faktori rizika.....	5
4.3. Klinička slika i liječenje.....	5
5. Poslijeporođajna psihoza.....	7
5.1. Epidemiologija.....	7
5.2. Etiologija i faktori rizika.....	7
5.3. Klinička slika i liječenje.....	7
6. Poslijeporođajni anksiozni poremećaj.....	8
6.1. Epidemiologija.....	8
6.2. Etiologija i faktori rizika.....	8
6.3. Klinička slika i liječenje.....	8
7. Uloga medicinske sestre i patronažne sestre u prepoznavanju psihičkih poremećaja	9
7.1. Uloga obitelji i partnera	10
8. Istraživanje	11
8.1. Cilj istraživanja	11
8.2. Metode i sudionici.....	11
8.2.1. Sudionici.....	11
8.2.2. Instrumentrij	11
8.2.3. Postupak.....	11
8.3. Rezultati istraživanja.....	12
8.4. Ispitivanje razlika po pojedinim varijablama.....	23
9. Rasprava	30

10. Zaključak.....	31
11. Literatura.....	33
Prilog 1	36

1. Uvod

Rođenje djeteta vrlo je bitan događaj u cijeloj obitelji, međutim, majke proživljavaju najveće promjene. Najčešće su to pozitivne promjene ali ponekad se javljaju one loše, koje dovode do poslijeporođajnih psihičkih poremećaja. Najčešći ali ujedno i najblaži oblik je Baby blues ili poslijeporođajna tuga. To nije patološko stanje već normalna reakcija na sasvim novu i nepoznatu situaciju. Rodilja postaje nesigurna, u strahu kako će se nositi s novom situacijom i obavezama. Potrebna joj je toplina, ljubav i podrška kako bi ovaj poremećaj što prije prošao. Također relativno česti su depresivni i/ili anksiozni poremećaji. Majke su emocionalno labilne, plačljive te su u vrlo velikom strahu za dijete. Kod ovog stanja potrebno je na vrijeme uočiti simptome i započeti adekvatno liječenje. Potrebno je educirati majku, pružiti joj podršku i omogućiti terapijski razgovor s psihijatrom ili psihologom [1]. Vjerojatnost pojavljivanja psihičkih poremećaja veća je u rodilja koje su i u razdoblju prije trudnoće i poroda bile sklone pojavi depresije, kao i kod žena koje su ostale same, bez potpore partnera, obitelji i šire društvene zajednice. U ovu ranjivu skupinu žena, također, ubrajamo i one koje su imale spontani pobačaj, kao i planirani prekid trudnoće te poteškoće tijekom poroda, rađanja bolesnog ili mrtvog djeteta te slučaj iznenadne smrti djeteta [2]. Najteži oblik poslijeporođajnih psihičkih poremećaja jest psihoza. Psihoza je relativno rijetko, ozbiljno stanje koje može dovesti do smrtnih posljedica. Simptomi se obično javljaju vrlo brzo nakon poroda, a žena postane pretjerano zabrinuta, zbunjena i somnolentna. Može doći do sumanutih misli i halucinacija, stoga je najbitnije pravovremeno prepoznati simptome i započeti liječenje, odnosno, hospitalizirati ženu [3].

Neizmjerne važnu ulogu u ovom osjetljivom razdoblju ima medicinska sestra koja ponajprije mora uzeti pravilnu i opsežnu anamnezu kako bi znali ako rodilja ima u obitelji neki od psihičkih poremećaja. Mora imati široko znanje i sposobnosti kako bi prepoznala znakove i simptome bolesti. Ona educira majku i obitelj, promatra, liječi i savjetuje. Bitno je da majke oboljele od poslijeporođajnih psihičkih poremećaja shvate da nisu one krive za bolest već da prihvate potrebnu stručnu pomoć. S obzirom da se neki od poremećaja, npr. Baby blues javlja češće kod prvorođkinja, bitna uloga ima patronažna sestra. Ona promatra i educira majku ali i cijelu obitelj. Ukoliko vidi promjene ponašanja ili uoči simptome koji ukazuju na prisutnost nekog od psihičkih poremećaja, patronažna sestra mora intervenirati. Ukoliko su to promjene koje ukazuju na poslijeporođajnu tugu, patronažna sestra mora pružiti podršku majci te savjetovati obitelji, posebice partneru da što više bude uz majku i dijete, da pomaže u zbrinjavanju novorođenčeta i pruža toplinu i ljubav. Tada majka osjeti da ima nekog uz sebe pa

poremećaj brže prolazi i psihičko stanje žene prije se vrati u normalu. Ukoliko se javi teži oblik poremećaja, potrebno je obavijestiti liječnika obiteljske medicine, započeti liječenje a ako su prisutne sumanute misli, hospitalizirati ženu. Zbog značajnog napretka medicine i edukacije društva, poslijeporođajni psihički poremećaji danas su rjeđi nego nekad, češće su bez posljedica za majku, njeno dijete i cijelu obitelj [2,3].

Osnovna struktura rada sastoji se od cjeline Poslijeporođajnih psihičkih poremećaja u kojoj se obrađuje svaki oblik poremećaja zasebno. Prikazuje se epidemiologija, etiologija i faktori rizika te klinička slika i liječenje. Nadalje, rad medicinske sestre vrlo je bitan stoga u radu vidimo koje su njene zadaće u spomenutim poremećajima. Opisana je uloga partnera i obitelji.

Provedeni je anketni upitnik za žene koje su rodile jedanput ili više puta. U istraživanju je sudjelovalo 356 sudionica raznih dobnih skupina. Anketa je bila anonimna i dobrovoljna a sastojala se od 16 pitanja. Dobivenim rezultatima, napravljena je detaljna analiza prema svakom pojedinom pitanju. U raspravi dobivenih rezultata analizirani odgovori su se stavili u zajednički kontekst sa svim dobivenim rezultatima iz navedene ankete. Cilj istraživanja bio je ispitati učestalost pojave poslijeporođajnih psihičkih poremećaja, koji su simptomi prevladavali te tko je majkama bio najveća podrška.

2. Poslijeporođajno razdoblje i poremećaji

Trudnoća i rođenje djeteta jedno je od najvažnijih događaja u životu žene. Početak je nove životne faze zajedno s dubokim promjenama te predstavlja ranjivu fazu s povećanom potrebom za podrškom. Majčinstvo znači prilagođavanje odnosa s partnerom i zahtijeva razvijanje vlastitih i djetetovih potreba [2]. Poslijeporođajno razdoblje, odnosno puerperij (babinje) je razdoblje koje započinje nakon izlaska posteljice a traje šest do osam tjedana nakon poroda. Puerperij obilježavaju involucijski procesi, procesi zacjeljivanja rane, početak laktacije, odnosno dojenja i njezino održavanje te uspostavljanje ovarijske funkcije [2].

Dolazak djeteta uvelike mijenja život budućih roditelja ali i cijele obitelji. Predstavlja značajan emocionalni događaj u kojem su izraženi osjećaji sreće i veselja. Međutim, to je događaj koji je također obilježen strahom, brigom i neizvješnošću. Zbog osjećaja nesigurnosti, bolova i naleta hormona mogu se javiti psihičke promjene. Te promjene, odnosno poremećaji, s obzirom na njihovu težinu, mogu se svrstati u [3]:

- Poslijeporođajna tuga („Baby Blues“)
- Poslijeporođajna depresija
- Poslijeporođajna psihoza
- Poslijeporođajni anksiozni poremećaj

Poslijeporođajni psihički poremećaji mogu se očitati kao potištenost, umor, smetenost, nesanica, opća klonulost, razdražljivost, napadaji plaća nekoliko puta na dan bez vanjskog povoda. Etiologija ovih poremećaja je više uzročna, uz gensku predispoziciju i nagle hormonalne promjene (snižena razina progesterona, estrogena, hormona štitnjače i kortizola), značajnu ulogu imaju i psihosocijalni čimbenici rizika poput endokrinih i duševnih smetnji u obiteljskoj anamnezi [2,3]. Povišene čimbenike rizika za nastanak poslijeporođajnih psihičkih poremećaja imaju: prvorotke, žene koje su rodile carskim rezom, samohrane majke, neželjena ili neplanirana trudnoća, loši odnosi u obitelji, stresan životni događaj tijekom trudnoće i/ili porođaja, mlađa životna dob majke te nespremnost na dijete, žene sa pozitivnom anamnezom psihičkih bolesti uključujući prethodni poslijeporođajni poremećaj / obiteljska psihijatrijska povijest, nedostatak podrške, bračne razmirice, nezaposlenost [2,3]. Poslijeporođajno razdoblje je ranjivo vrijeme za pojavu psihičkih poremećaja te je jedan od bitnih faktora koji utječu na nastanak istih. Obiteljski rizik od poslijeporođajnih psihičkih poremećaja povišeni je ako su rođaci prvog stupnja imali psihičke poremećaje, a blago povećani rizik postoji ako su postojali psihički poremećaji među daljnim rođacima. Stoga je dobivanje obiteljske anamneze vrlo vrijedna informacija za identifikaciju žena koja imaju rizik za nastanak poslijeporođajnih psihičkih poremećaja [4].

3. Poslijeporođajna tuga ili baby blues

Rođenje djeteta trebalo bi u majci pobuditi radost i neodoljivu ljubav, ali ponekad se to ne dogodi [5]. Baby blues ili sindrom tužnog raspoloženja najčešća je i najmanje ozbiljna poslijeporođajna poteškoća [6].

3.1. Epidemiologija

Baby blues se smatra normalnom reakcijom na jednu novu i sasvim drugačiju životnu situaciju [6]. Pogađa između 50-85% novorođenčeta te se javlja ubrzo nakon poroda, odnosno, treći do šesti dan nakon poroda. Može trajati od nekoliko sati do nekoliko dana, obično najduže dva tjedana te nije nužna psihijatrijska pomoć. Naziva se još i majčinskom melankolijom [3,6].

3.2. Etiologija i faktori rizika

Etiologija poslijeporođajne tuge je nepoznata ali se smatra da su uzroci povezani s tijekom porođaja, trudova, neposrednog neonatalnog perioda i naglog pada progesterona [3]. Neki od čimbenika koji dovode do baby bluesa su: poteškoće oko dojenja i izdavanja, bolovi zbog epiziotomije te strah zbog neznanja kako se brinuti o novorođenčetu [2]. Zbog naglog pada razine hormona nakon poroda, tijelo se mijenja. Višestrukim promjenama obaveza i odnosa, te u strahu kako će se nositi sa novonastalom situacijom, babinjača se suočava na različite načine. Baby blues se češće javlja kod prvorođenčeta zbog nepoznate situacije i odgovornosti s kojom se do sada nije susrela. Iako ima blaži učinak, čimbenici kao što su psihijatrijska povijest, stresno okruženje, dojenje mogu uzrokovati prelazak baby bluesa u poslijeporođajnu depresiju [7].

3.3. Klinička slika i liječenje

Očituje se kao kratka psihološka emocionalna labilnost u prvim danima nakon poroda te se ne bi trebala ocjenjivati kao patološka, već kao reakcija na opće i hormonsko prilagođavanje u poslijeporođajnom razdoblju [6]. Pored toga što osjećaju tugu, mnoge žene iscrpljenost doživljavaju zbog nedostatka sna ili nesanice. Također mogu biti razdražljive, nervozne ili zabrinute zbog djeteta [4]. Ostali simptomi koji se mogu javiti su: labilno, subdepresivno raspoloženje, plačljivost, tjeskoba, iritabilnost, umor, nemir, zaboravljivost i razdražljivost [3,5].

Važnu ulogu u smanjivanju samih posljedica ovog poremećaja ima prevencija istog. Prevenciju treba usmjeriti na edukaciju žene, partnera ali i same obitelji tokom trudnoće. Vrlo je bitno naglasiti da žena mora imati podršku u svom okruženju. Komunikacija s partnerom učinkovita je u smanjenju poremećaja raspoloženja za nove majke [7]. Vrlo bitna je podrška partnera i cijele obitelji, toplina i ljubav te mirno i zdravo okruženje kako bi poslijeporođajna tuga što prije prošla [7]. Simptomi spontano prolaze za nekoliko dana kada se uspostavi

hormonalna ravnoteža. Ukoliko traju dulje, poslijeporođajna tuga može prijeći u poslijeporođajnu depresiju, stoga je roditeljama potrebno omogućiti psihološku potporu. Kako bi se spriječio nastanak ozbiljnijih depresivnih stanja, s majkama je potrebno razgovarati, objasniti im simptome te ih pravilno usmjeriti [6,7].

4. Poslijeporođajna depresija

Poslijeporođajni period predstavlja vrijeme rizika od nastanka majčinske poslijeporođajne depresije (PPD). PPD je intenzivniji oblik negativnih reakcija na porod [3].

4.1. Epidemiologija

Poslijeporođajna depresija se javlja u 6,8 do 16,5% žena u puerperiju. Javlja se unutar prvog mjeseca nakon poroda a može trajati sve do godine dana iza poroda. Češće se javlja u roditelja nakon drugog poroda nego kod prvotki [3].

4.2. Etiologija i faktori rizika

Poslijeporođajna depresija može biti uzrokovana padom hormona nakon poroda. Prethodna povijest depresivnog poremećaja povezana je s 24%-tnim rizikom od razvoja PPD, a povijest depresivne epizode tijekom same trudnoće nosi rizik od 35%-tnog razvoja simptoma nakon porođaja. Prethodna pojava PPD je povezana s 50%-tnim rizikom ponovnog pojavljivanja PPDa [8]. Mogući čimbenici rizika su: prethodna nepovoljna životna iskustva, prenatalna depresija i anksiozni poremećaji, nedostatak socijalne podrške, oslabljena interakcija djeteta i majke, financijski i bračni odnosi, kronični stres tijekom trudnoće te prethodne depresivne epizode [8]. Daljni čimbenici uključuju traumatična iskustva ili zanemarivanje majčinog djetinjstva, neželjena trudnoća, nasilje u obitelji, traumatično iskustvo porođaja, sukobi u vezi te socioekonomski čimbenici [6].

4.3. Klinička slika i liječenje

Simptomi se obično javljaju od drugog do šestog tjedna poslijeporođajnog perioda. PPD je komplikacija koja ima štetne učinke na majku ali i na razvoj djeteta u ponašanju, emocijama i kognitivnom razvoju. Očituje se kliničkim simptomima velike depresivne epizode koje uključuju [8]:

- Poremećaji spavanja
- Umor i anksioznost
- Iritabilnost
- Anhedonija

- Učestale promjene raspoloženja
- Pretjerana briga i zabrinutost za dijete
- Gubitak samopouzdanja
- Negativne i suicidalne misli

Ostali simptomi i znakovi poslijeporođajne depresije su: nezainteresiranost za dijete i okolinu, poteškoće u pamćenju i koncentraciji, osjećaj krivnje i nemoći, emocionalna labilnost, tjeskoba i napadaji panike te osjećaj tuge i usamljenosti [3,8]. PPD se često ne otkrije i ne liječi, ostavljajući žene s produljenim simptomima i značajnijim oštećenjima. Teški PPD može uključivati samoubilačke misli i rizik od zlostavljanja djece. Misli o samoozljeđivanju javljaju se u otprilike 5-14% žena s PPD-om [9]. Žene s neliječenom depresijom tijekom trudnoće imaju sedam puta veći rizik od oboljenja poslijeporođajne depresije. Stoga su dijagnoza i liječenje antenatalne depresije vrlo važni u prevenciji iste [6]. Neliječeni PPD ima negativne posljedice za novorođenčad i majke. Kod djece rezultat je lošeg kognitivnog funkcioniranja i ponašanja, emocionalne nepravilnosti, nasilničkog ponašanja te psihičkih poremećaja u adolescenciji. Javlja se negativna povezanost između simptoma depresije majke i kvalitete života [10]. Rane intervencije su važne jer je stupanj rizika za dijete u odnosu s trajanjem majčine depresije. Posebno je važno pravodobno postaviti dijagnozu da bi se smanjile moguće negativne posljedice i po majku i po dijete [3]. Kako bi što prije postavili dijagnozu depresije, koristi se i Edinburska skala postnatalne depresije (EPDS) [11].

Edinburska skala postnatalne depresije (EPDS) jest skala poslijeporođajne depresije. EPDS je samoprocjena koja se sastoji od deset čestica i kojom se najčešće obavlja screening za depresivne poremećaje. Koristi se u kliničke i istraživačke svrhe, a mjeri stupanj izraženosti simptoma depresije. Prednosti EPDS jest brza identifikacija žena koje imaju samoubilačke misli [11].

Liječenje poslijeporođajne depresije ovisi koliko su teški navedeni simptomi, a najčešće se radi kombinacija psihoterapije i farmakoterapije. Od farmakoterapije se koriste sedativi, antidepresivi i stabilizatori raspoloženja. Ovisno o ozbiljnosti depresivnih simptoma, liječenje se može odvijati ambulantno ili hospitalizacijom. Potrebno je pažljivo praćenje majke te se preporučuje savjetovanje s liječnikom specijaliziranim za psihosomatsku medicinu kako bi se utvrdilo je li ambulantno liječenje dovoljno. Psihosocijalna podrška je od posebnog značenja stoga je vrlo bitna uključenost i informiranje obitelji i prijatelja [6].

5. Poslijeporođajna psihoza

Poslijeporođajna psihoza (PP) je iznenadno, neočekivano i teško psihičko zdravstveno stanje žene nakon poroda [6].

5.1. Epidemiologija

Poslijeporođajna psihoza je najteži i najrjeđi psihički poremećaj za vrijeme babinja. Javlja se rijetko, u svega 0,1 do 0,2% svih majki, odnosno, kod 1 do 2 žene na 1.000 poroda [6]. Psihoza započinje brzo nakon poroda, obično unutar prva dva tjedna nakon poroda [12,13]. Najčešće zahvaća prvorotkinje, približno od 50%-60% te 50% u žena koje imaju pozitivan psihijatrijski hereditet. Više od 70% poslijeporođajnih psihoza su ili bipolarni poremećaji s psihotičnim oznakama ili depresivne epizode s psihotičnim oznakama. Moguće su kratkotrajne psihotične epizode i shizofrenija, ali mnogo rjeđe [3].

5.2. Etiologija i faktori rizika

Češće su pogođene žene s duševnim bolestima poput prethodne PP ili bipolarnog poremećaja. Više od 25% žena s već postojećim bipolarnim poremećajem razvija psihozu nakon poroda [6]. Neki od faktora rizika uključuju postojanje problema s mentalnim zdravljem, bračni sukobi, nedostatak socijalne podrške i stresni događaji. Obiteljska povijest poslijeporođajne psihoze i prvi porođaj također povećavaju rizik [12,13].

5.3. Klinička slika i liječenje

Poslijeporođajna psihoza je izvanredna situacija te postoji opasnost za majku i dijete [6]. Očituje se dezorijentiranošću, konfuzijom, deluzijama, halucinacijama, čestim naglim promjenama raspoloženja te abnormalnim ili opsesivnim mislima [12,13]. Ako se utvrde simptomi poput zablude, paranoje, halucinacija, misli o suicidu, potrebno je odmah započeti s liječenjem [6]. PP predstavlja izravan rizik za novorođenčad te suicid majke, stoga spada u psihijatrijska hitna stanja pa je nužno bolničko liječenje [3].

Zbog povećanog rizika od zanemarivanja i zlostavljanja djeteta, infanticida i suicida, psihijatrijska hospitalizacija je gotovo neizbježna. Poslijeporođajna psihoza ima velik utjecaj i na partnere. Stoga je vrlo bitna podrška od strane zdravstvenih djelatnika kako bolesnici tako i njihovim partnerima [12]. Trudnoća i porod vrijeme je značajnih promjena, što predstavlja sve veće zahtjeve za par. Povezanost koju imaju jedan s drugim i odnos koji grade s djetetom tijekom poslijeporođajnog perioda, pomažu mu da stvori temelj za razvoj novorođenčadi i sigurnu povezanost. Kako se ne bi osjećali isključeno i bespomoćno, partnere je potrebno suočiti

s problemom. S obzirom da je liječenje i tijek oporavka od PP dug i težak proces, partnerima je potrebna veća podrška i informiranost [12].

6. Poslijeporođajni anksiozni poremećaj

6.1. Epidemiologija

Postoje podaci sa studija Kesslera i suradnika koji ukazuju na to da postoji visoki komorbiditet anksioznog poremećaja i depresije. Pogoršanje anksioznih simptoma javlja se u prvih 12 tjedana nakon poroda [3].

6.2. Etiologija i faktori rizika

Na nastanak poremećaja utječu genetski faktori, hormonalne promjene, problemi u obitelji, neželjena trudnoća, nespремnost majke na ulogu majčinstva i slično [3].

6.3. Klinička slika i liječenje

Anksiozni poremećaj se dijeli na nekoliko kliničkih oblika:

- Opsesivno-kompulzivni poremećaj
- Panični poremećaj
- Posttraumatski stresni poremećaj

Prevalencija anksioznog poremećaja u razdoblju nakon poroda procjenjuje se između 3,7 i 20%. Napadaji anksioznosti i panike pojavljuju se češće kao pridruženi poremećaji s poslijeporođajnom depresijom, no također mogu pokazati simptome neovisnog anksioznog poremećaja. Kod poslijeporođajnih anksioznih poremećaja mogu se javiti simptomi poput mišićne napetosti i unutarnjeg nemira, nervoze, drhtanje i brige koji utječu na majčinu sposobnost i djetetovu dobrobit [6]. Pogoršanje anksioznih simptoma obično se pojavljuju u prvih 12 tjedana nakon poroda. Najčešće opsesivne misli tijekom poslijeporođajnog perioda je da će nanijeti štetu djetetu. To dovodi do značajnog distresa pa se žena može i sramiti priznati takve misli. Za razliku od poslijeporođajne psihoze u kojoj se također mogu javiti opsesivne misli, te opsesije u opsesivno-kompulzivnom poremećaju uzrokuju značajan distres majci, ali nisu rizik za dijete [2].

Liječenje se provodi u sklopu terapije za PPD i psihoterapijom, odnosno, lijekovima u slučaju anksioznog poremećaja [6]. Pristup u liječenju mora biti multifaktorijalan te uključivati interpersonalnu i kognitivno-bihevioralnu terapiju, a u težim slučajevima farmakoterapiju. Liječenje treba nastaviti barem 9-12 mjeseci nakon povlačenja simptoma [3].

7. Uloga medicinske sestre i patronažne sestre u prepoznavanju psihičkih poremećaja

Uloga medicinske sestre tijekom prepoznavanja psihičkih poremećaja u razdoblju babinja temelji se na ostvarenju povjerenja i empatijskog pristupa s babinjačom. Mora znati prepoznati znakove i simptome psihičkih poremećaja/poteškoća, pravovremeno reagirati, te o promjenama obavijestiti liječnika. Cilj medicinske sestre je educirati majku ali i cijelu obitelj o navedenim promjenama kako majka ne bi ozljeđila sebe, novorođenče ili druge.

Ovisno o vrsti poslijeporođajnih psihičkih poremećaja, ova stanja ozbiljna su zdravstvena briga. Za početak, medicinske sestre moraju kvalitetno uzeti anamnezu od trudnice kako bi se ustanovilo da li je žena prethodno uzimala lijekove, imala neki od psihičkih poremećaja te da li u obitelji postoji povijest istih. Ženama s blagim do umjerenim simptomima u poslijeporođajnom razdoblju treba ponuditi psihoterapiju kao mogućnost liječenja. Ženama s umjerenim do teškim simptomima preporučuju se lijekovi, dok je kod psihoze potrebna hospitalizacija [14].

S obzirom da u prvim danima nakon poroda medicinska sestra/primateljica najviše boravi uz majku, njezina uloga izrazito je značajna. Jedna od glavnih zadaća medicinske sestre je pružati pomoć u svakodnevnim aktivnostima, biti uz ženu te joj pružati podršku. Mora biti strpljiva, osigurati dovoljno vremena i imati pozitivan stav prema svim bolesnicama bez obzira na moguće psihijatrijske poremećaje. Svaka osoba je drugačija, stoga medicinska sestra mora saslušati svaku ženu i objasniti joj sve o dojenju i promjenama nakon poroda. Zadaća medicinske sestre jest uspostavljanje dobre komunikacije, provođenje ablaktacije te pružanje podrške zbog osjetljivog razdoblja u kojem se nalazi majka i novorođenče [15].

Komplikacije koje se javljaju kod majke, uključujući psihičke i mentalne zdravstvene probleme i neonatalni morbiditet, uobičajne su u poslijeporođajnom razdoblju [16]. Rad patronažne sestre obuhvaća i zdravstveni odgoj koji sadrži objašnjenje pojma duševnih bolesti, suzbijanje predrasuda prema psihijatriji i oboljelima. Ona uočava i prati emocionalne krize i promjene unutar obitelji te nastoji pružiti adekvatnu pomoć [17]. Posjeti patronažne sestre u tjednima nakon porođaja mogu spriječiti da neki od zdravstvenih problema postanu kronični s dugoročnim posljedicama za žene, njihovo dijete i njihove obitelji [16]. U odnosima medicinske sestre s majkom koja ima poslijeporođajne psihičke poremećaje, medicinska sestra mora preuzeti različite uloge: [18]

- Uloga stranca: na početku međusobnog odnosa, vrlo je bitan prvi kontakt. Medicinska sestra mora biti pozitivno usmjerena i prihvatiti obitelj onakvu kakva je.

- Uloga informatora: medicinska sestra mora imati veliku količinu znanja, iskustva i komunikacijskih sposobnosti.
- Uloga edukatora: tu ulogu preuzima kada obitelj postane svjesna svoje situacije i potreba. U međusobnom odnosu mora vladati povjerenje.
- Savjetodavna uloga: savjetovanje usmjereno na određeni problem.
- Uloga vođe, provoditelja zdravstvene njege i zdravstvenog odgoja: medicinska sestra mora poštovati želje i sposobnosti obitelji. Važna je demokratska uloga medicinske sestre.
- Uloga osobe koja nadomješta ili predstavlja drugu osobu u životu obitelji: dobri međusobni odnosi između medicinske sestre i obitelji je poželjan jer je temelj za uspješnu zdravstvenu njegu stoga je bitno i pružanje podrške.

7.1. Uloga obitelji i partnera

Tijekom poslijeporođajnog razdoblja, žene doživljavaju mnoštvo tjelesnih i emocionalnih promjena te imaju rizik za razvoj poslijeporođajnih psihičkih poremećaja, od najblaže poslijeporođajne tuge do najtežeg stanja, odnosno, poslijeporođajne psihoze. Zbog pada razine hormona, pojačanog stresa i novonastale situacije majke mogu osjećati neke od simptoma psihičkih poremećaja. Kako bi se ublažili simptomi, majka mora imati podršku partnera i cijele obitelji [19]. Majke se bore s osjećajem napuštenosti od strane svojih partnera i drugih bliskih osoba koje im dovoljno ne pomažu. Prijelaz u roditeljstvo često je popraćen poremećajima ponašanja, stoga značajnu ulogu ima otac djeteta, odnosno partner. Kada je prisutan, tada majka osjeća olakšanje jer zna da nije sama te da ima pomoć kod brige za novorođenče. Sudjelovanje oca u obitelji i u životu djeteta velika je i prirodna potreba u današnjoj organizaciji ljudske zajednice. U poslijeporođajnom razdoblju, kada je majka najviše osjetljiva, potrebno je obratiti pozornost i na psihičke promjene. Ukoliko su prisutni simptomi, obitelj mora intervenirati, bilo samo razgovorom s majkom ili traženjem stručne pomoći [20].

8. Istraživanje

8.1. Cilj istraživanja

U provedenom istraživanju, cilj je bio ispitati koji su najčešći psihički poremećaji koji se javljaju u poslijeporođajnom razdoblju, koji čimbenici utječu na nastanku istih te koji su se simptomi bili najizraženiji.

8.2. Metode i sudionici

8.2.1. Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 356 sudionica, odnosno, osoba ženskog spola koje su rodile minimalno jedanput. Raspon dobi je od 18 godina na dalje pri čemu je prosječna dob 35 godina.

8.2.2. Instrumentrij

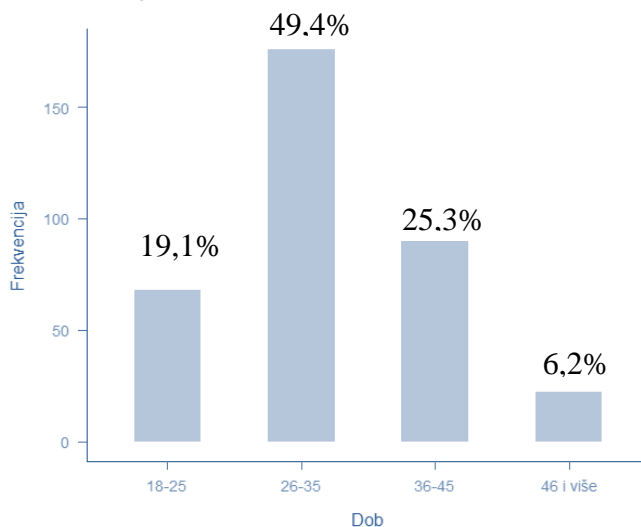
Na početku istraživanja prikupljeni su podatci o dobi, razini obrazovanja te mjestu stanovanja. Nakon toga, još jedanaest pitanja o porodu i poslijeporođajnim psihičkim poremećajima te dva pitanja vezana uz socijalnu podršku za vrijeme poroda i nakon njega.

8.2.3. Postupak

Istraživanje je provedeno putem Interneta pomoću web aplikacije Google Docs. Izrađena je anonimna anketa od 16 pitanja. Anketa je postavljena na različite grupe na društvenoj mreži Facebook. Sudionice su osobe iz moje okoline; prijatelji, poznanice te kolegice iz studentske grupe Sveučilišta Sjever.

Na početku istraživanja, u uputama je objašnjena svrha i cilj istraživanja te je naglašeno kako je istraživanje u potpunosti anonimno, da će rezultati biti korišteni isključivo u svrhu izrade završnog rada te da je sudjelovanje dobrovoljno. Također je naglašeno da se prikupljaju podatci osoba ženskog spola koje su imale jedan ili više poroda. Anketa je sadržavala 16 pitanja, prikupljala se na anonimnan način sa izravnim pitanjima, a trebalo je odgovoriti sa „da“ ili „ne“ ili pak višestrukim odabirom gdje je bio ponuđen jedan ili više mogućih odgovora. U prvom dijelu su sudionice ispunile demografske podatke a zatim pitanja o porodu i poslijeporođajnim psihičkim poremećajima. Odgovori su se prikupljali u razdoblju od 09.07.2020. do 01.08.2020. godine.

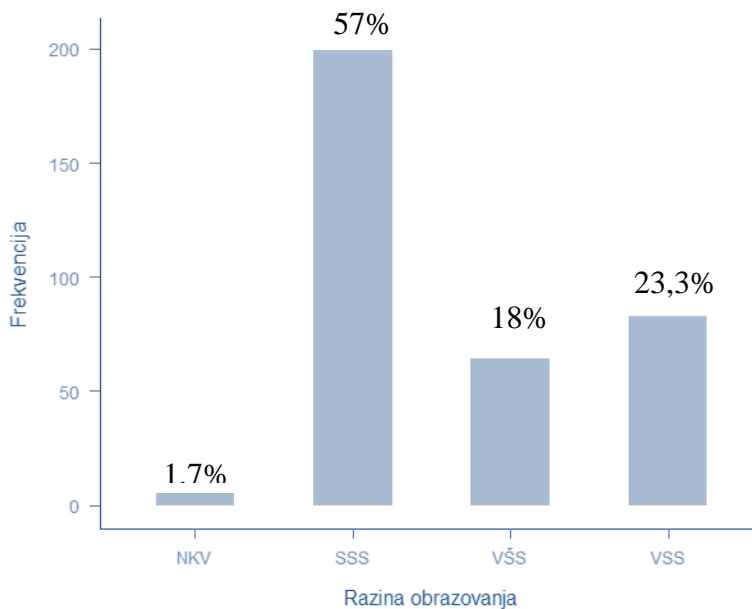
8.3. Rezultati istraživanja



Graf 8.3.1. Dob

Izvor: autorski rad [N.Z.]

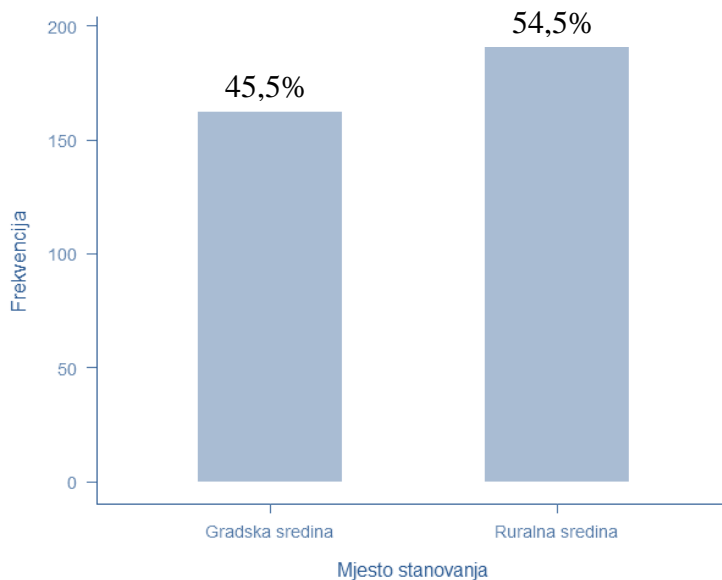
U istraživanju je sudjelovalo 68 sudionica (19,1%) u dobi od 18 do 25 godina, 176 sudionica (49,4%) u dobi od 26 do 35 godina, 90 sudionica (25,3%) u dobi od 36 do 45 godina te 22 sudionice (6,2%) starije od 46 godina.



Graf 8.3.2. Razina obrazovanja

Izvor: autorski rad [N.Z.]

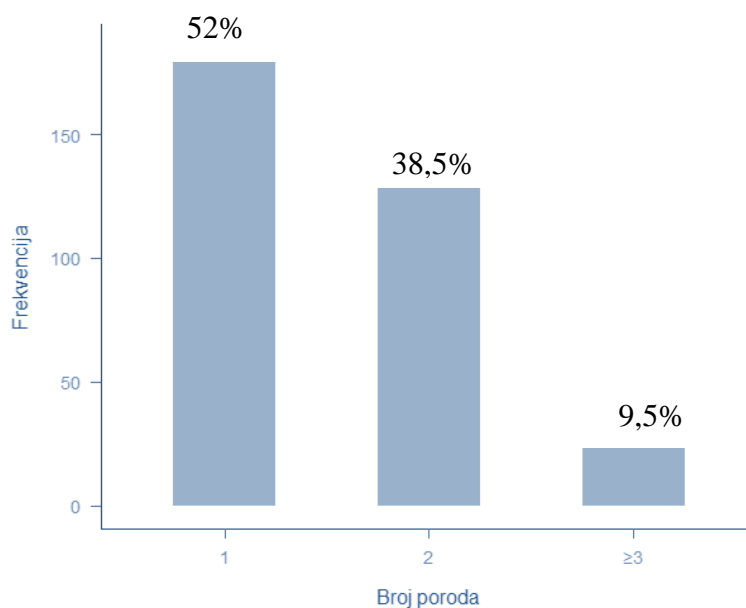
Prema razini obrazovanja, 6 sudionica (1,7%) ima osnovnoškolsko obrazovanje, 203 sudionice (57%) su srednje stručne spreme, 64 sudionice (18%) su više stručne spreme, a 83 sudionice (23,3%) su visoke stručne spreme.



Graf 8.3.3. Mjesto stanovanja

Izvor: autorski rad [N.Z.]

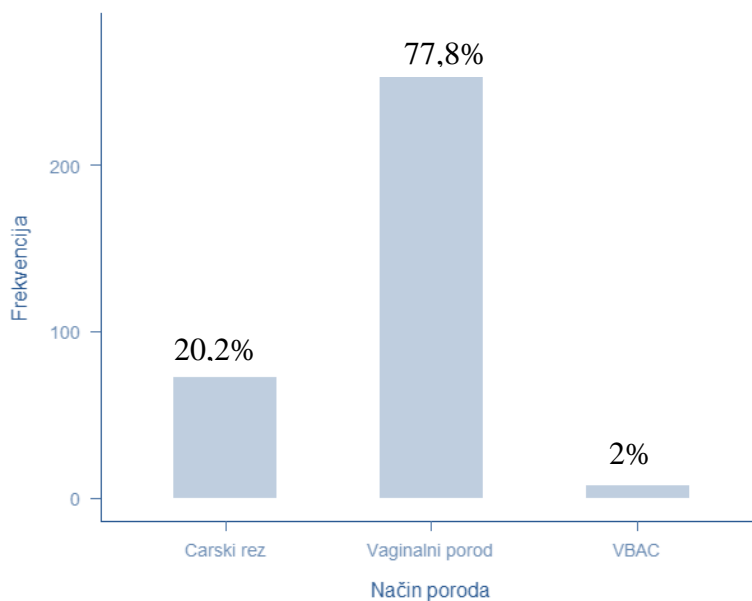
Prema mjestu stanovanja, 162 sudionice (45,5%) dolaze iz gradskih sredina, a 194 sudionice (54,5%) iz ruralnih sredina.



Graf 8.3.4. Broj poroda

Izvor: autorski rad [N.Z.]

Prema broju poroda, 185 sudionica (52%) imalo je jedan porod, 137 sudionica (38,5%) imalo je dva poroda, a 34 sudionice (9,5%) imale su tri ili više poroda.

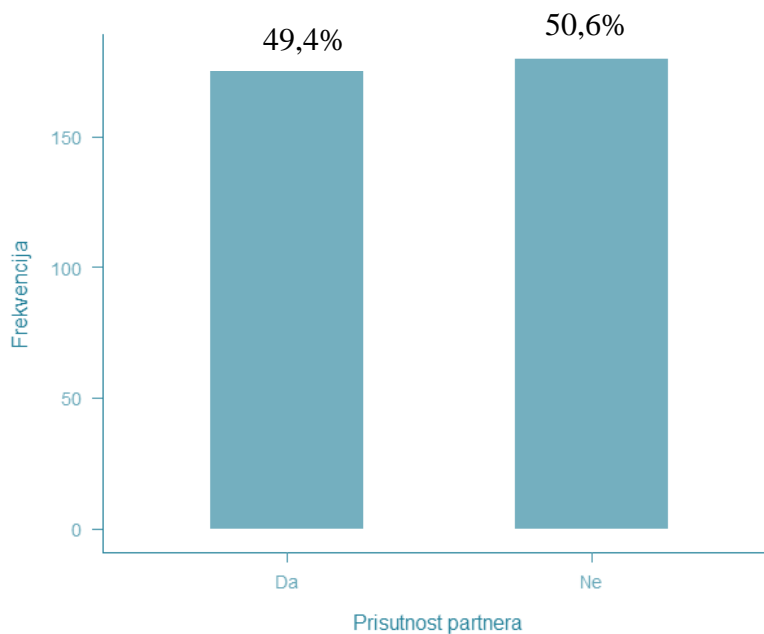


Graf 8.3.5. Način poroda

Izvor: autorski rad [N.Z.]

Prema načinu poroda, 277 sudionica (77,8%) imalo je vaginalni porod, 72 sudionice (20,2%) imale su carski rez, a 7 sudionica (2%) imalo je vaginalni porod nakon što su prethodno porodile carskim rezom.

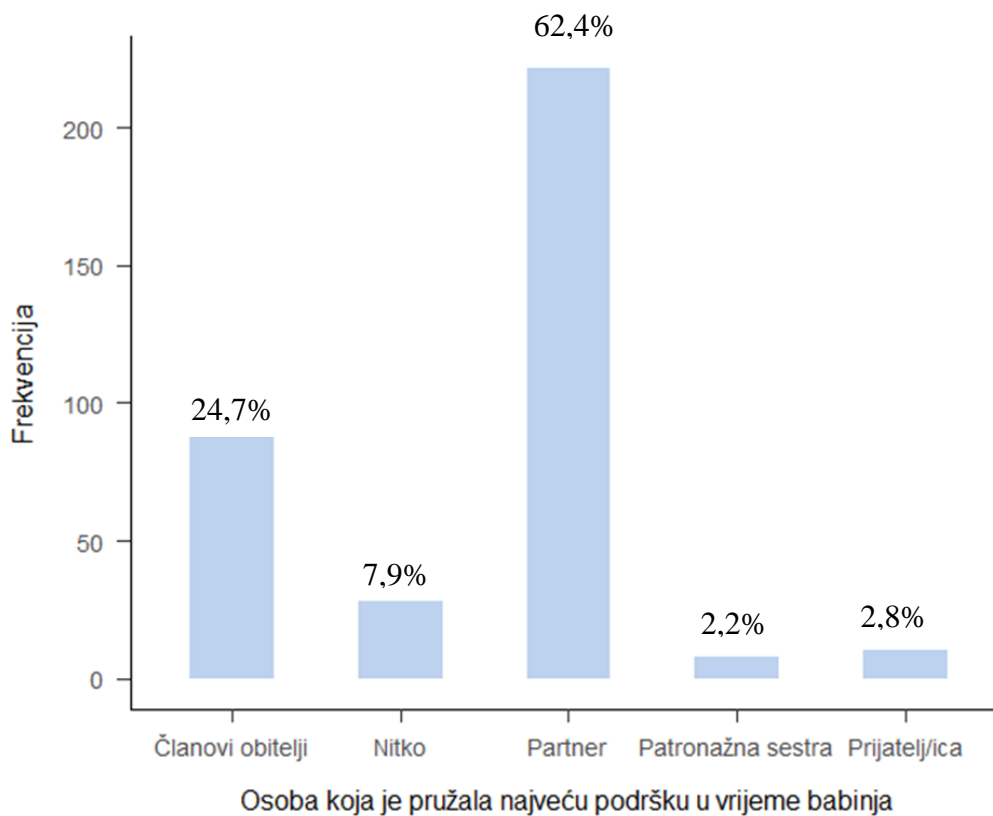
Slijedeća dva pitanja pokazuju vrstu, odnosno kolko socijalne podrške su majke dobivale u vrijeme poroda i nakon njega, odnosno, u poslijeporođajnom razdoblju.



Graf 8.3.6. Prisutnost partnera na porodu

Izvor: autorski rad [N.Z.]

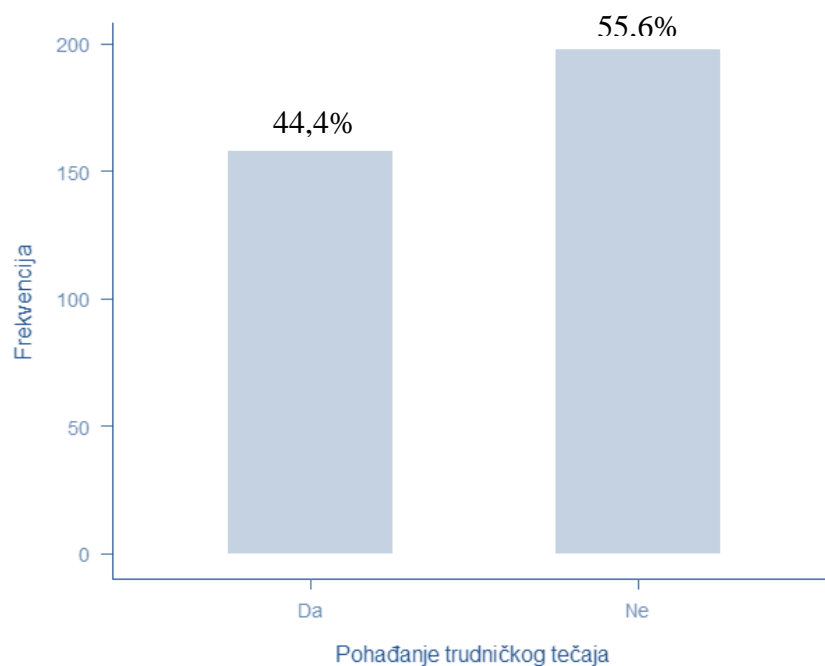
Partner je bio prisutan prilikom poroda kod 176 sudionica (49,4%), a nije bio prisutan tijekom poroda 180 sudionica (50,6%).



Graf 8.3.7. Podrška

Izvor: autorski rad [N.Z.]

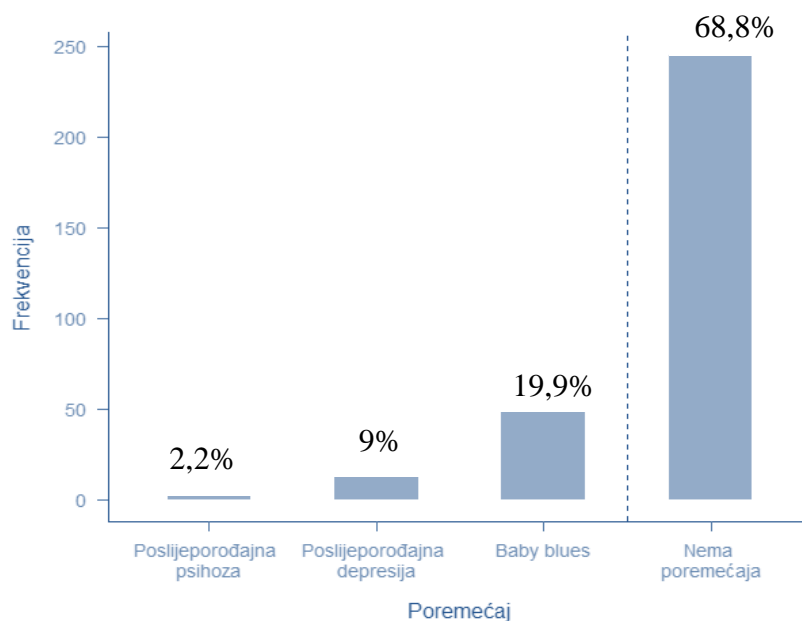
Partnera su kao osobu koja im je pružala najveću podršku u vrijeme babinja navele 222 sudionice (62,4%), 88 sudionice (24,7%) navele su članove obitelji, 10 sudionica (2,8%) prijatelje, 8 sudionica (2,2%) patronažnu sestru, a 28 sudionica (7,9%) nisu navele nikoga kao osobu koja im je pružala najveću podršku u vrijeme babinja.



Graf 8.3.8. Pohađanje trudničkog tečaja

Izvor: autorski rad [N.Z.]

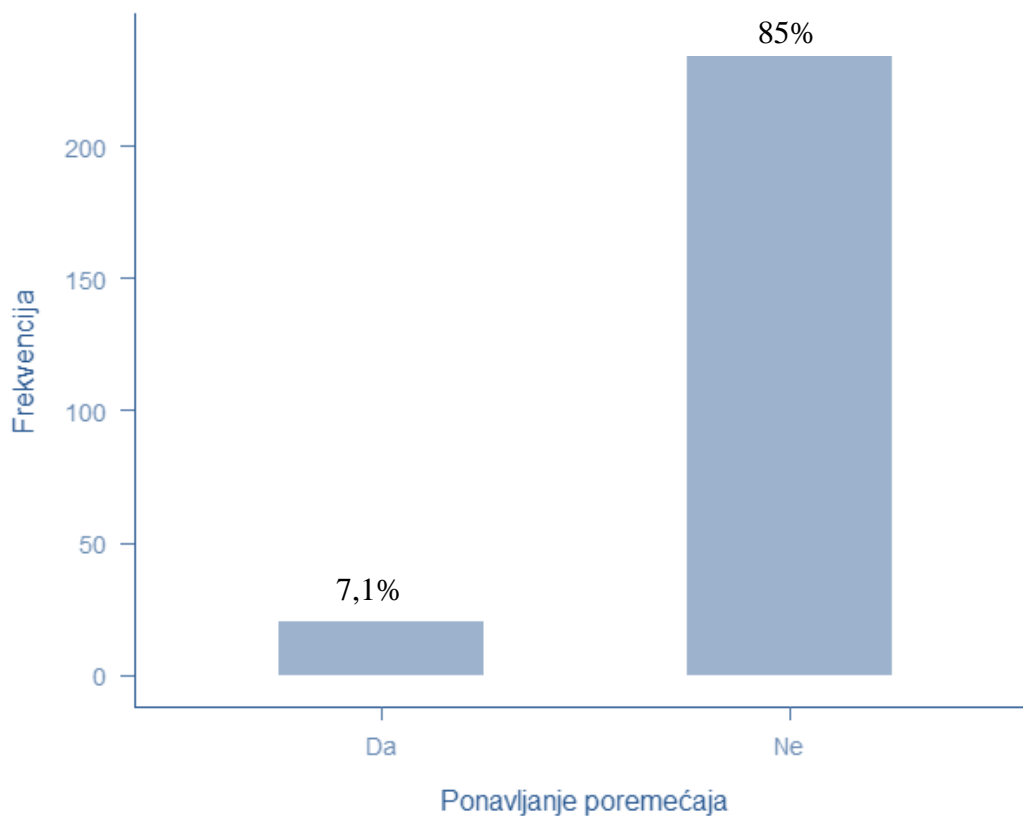
Trudnički tečaj pohađalo je 158 sudionica (44,4%), dok ih njih 198 (55,6%) nije pohađalo trudnički tečaj što je loš rezultat jer na trudničkom tečaju buduće majke mogu dobiti informacije koje bi im uvelike pomogle u poslijeporođajnom razdoblju i nošenjem s novonastalom situacijom.



Graf 8.3.9. Poslijeporođajni psihički poremećaji

Izvor: autorski rad [N.Z.]

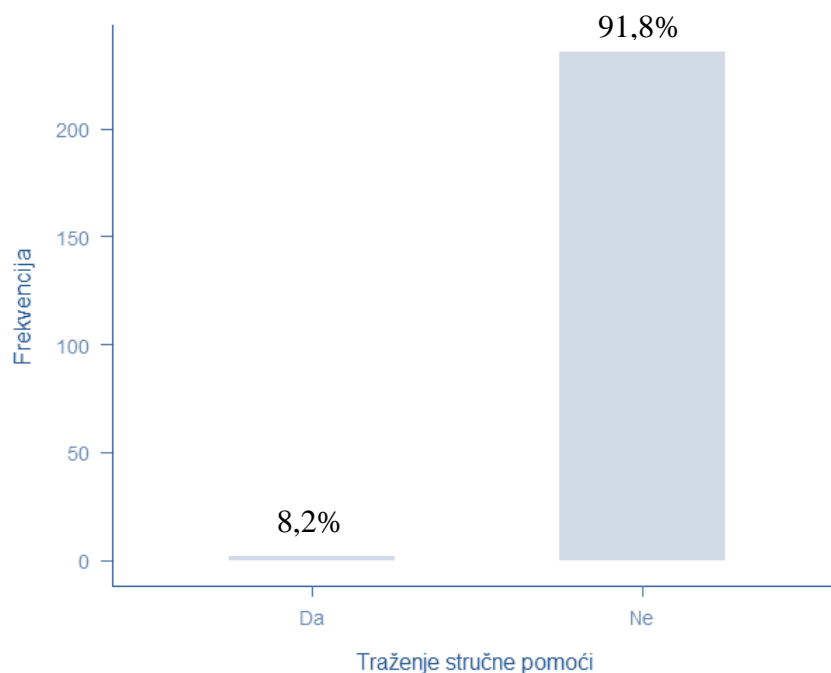
Nakon poroda, odnosno, za vrijeme babinja, najveći broj sudionica, njih 245 (68,8%) nije imao nikakve poremećaje. Najčešći poremećaj koji se javljao bio je baby blues koji se javio kod 71 sudionice (19,9%). Poslijeporođajna depresija javila se kod 32 sudionice (9%), a poslijeporođajna psihoza kod 8 sudionica (2,2%).



Graf 8.3.10. Ponavljanje poremećaja

Izvor: autorski rad [N.Z.]

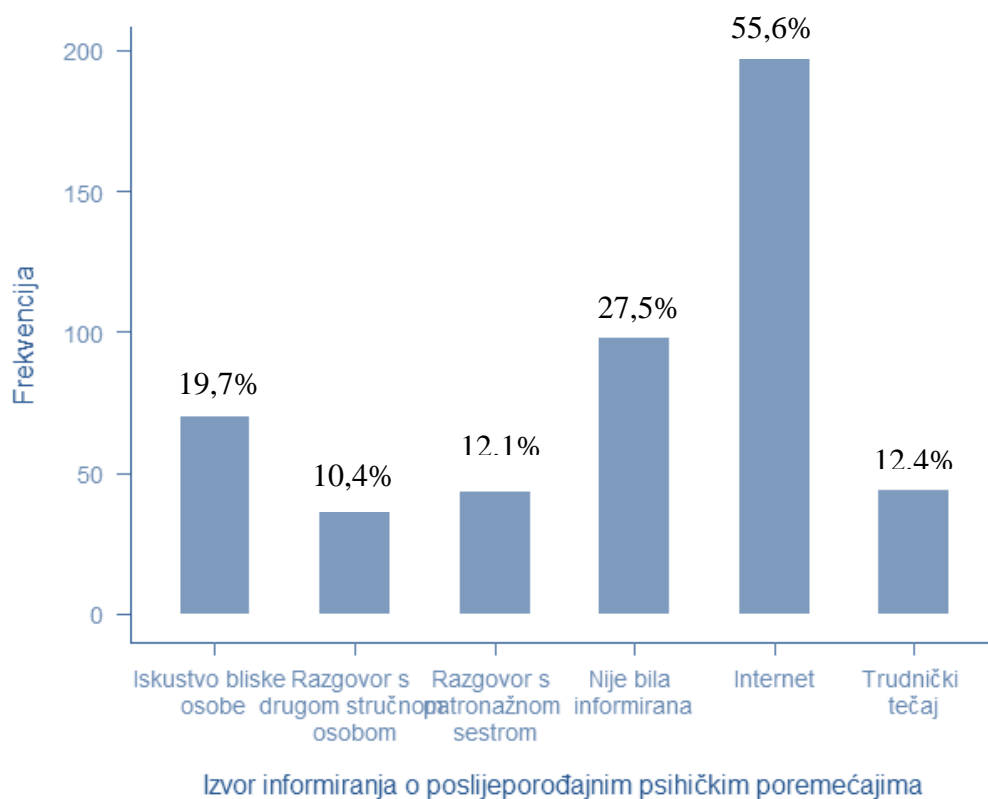
Poremećaj se nakon sljedećeg poroda nije ponovio kod 238 sudionica (85%), a ponovio se kod 20 sudionica (7,1%). U ostalim odgovorima na ovo pitanje sudionice navode kako nisu imale drugi porod. Jedna sudionica navodi kako je samo nakon drugog poroda imala poslijeporođajnu depresiju, dok jedna sudionica opisuje kako je nakon prvog poroda imala poslijeporođajnu depresiju, poslije trećeg baby blues, a poslije drugog i četvrtog nije imala nikakvih problema.



Graf 8.3.11. Traženje stručne pomoći

Izvor: autorski rad [N.Z.]

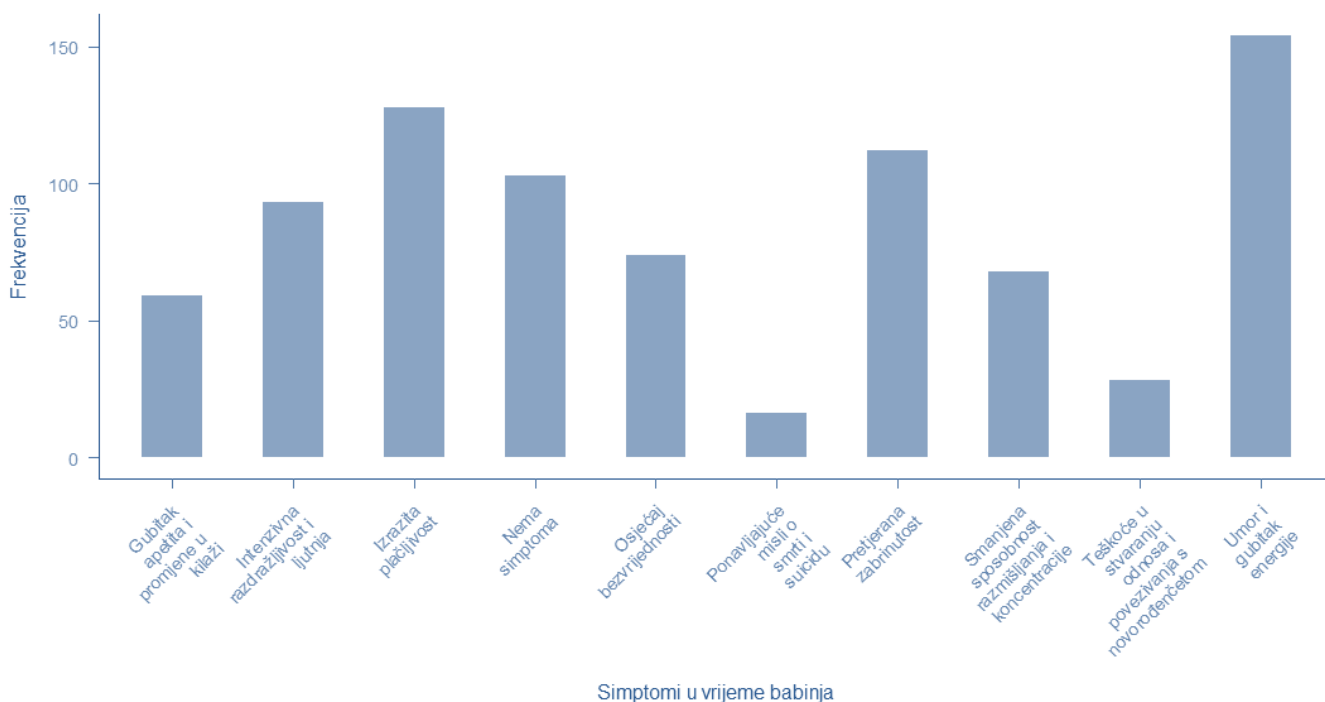
Od onih sudionica koje su navele da su imale neke poslijeporođajne poremećaje, njih 9 (8,2%) je potražilo stručnu pomoć, dok 101 sudionica (91,8%) nije potražila stručnu pomoć.



Graf 8.3.12. Informiranost o poremećajima

Izvor: autorski rad [N.Z.]

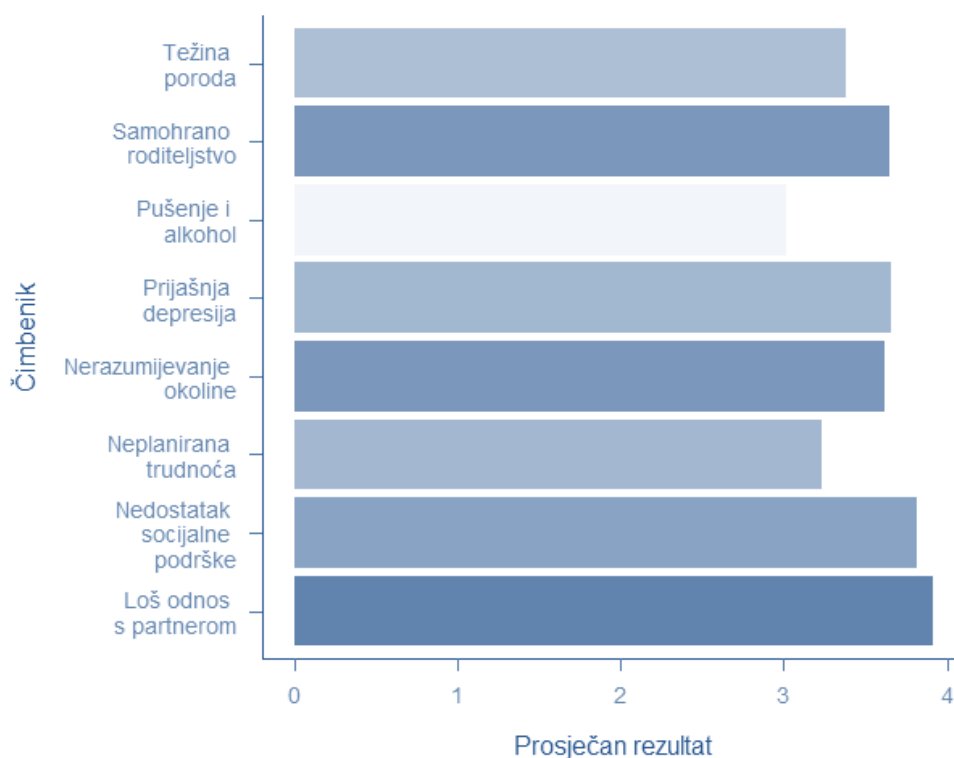
Na sljedeće pitanje „O poslijeporođajnim psihičkim poremećajima informirali ste se?“, sudionice su mogle odabrati više mogućih odgovora. O poslijeporođajnim psihičkim poremećajima iskustvom bliske osobe informiralo se 70 sudionica (19,7%), trudničkim tečajem informirale su se 44 sudionice (12,4%), kroz razgovor s patronažnom sestrom informirale su se 43 sudionice (12,1%), kroz razgovor s drugim stručnim osobama informiralo se 37 sudionica (10,4%), a čak 198 sudionica (55,6%) informiralo se putem interneta. Da nije bilo informirano o poslijeporođajnim poteškoćama navelo je 98 sudionica (27,5%).



Graf 8.3.13. Simptomi u poslijeporođajnom razdoblju

Izvor: autorski rad [N.Z.]

Nadalje na sljedećem pitanju bili su ponuđeni simptomi koje su sudionice u istraživanju osjećale u vrijeme babinja te je također bilo moguće odabrati više odgovora. Gubitak apetita i promjene u kilaži kao simptome u vrijeme babinja navelo je 59 sudionica (16,6%), intenzivnu razdražljivost i ljutnju 93 sudionice (26,1%), izrazitu plačljivost 128 sudionica (36%), osjećaj bezvrijednosti 74 sudionice (20,8%), ponavljajuće misli o smrti i suicidu 16 sudionica (4,5%), pretjeranu zabrinutost 112 sudionica (31,5%), smanjenu sposobnost razmišljanja i koncentracije 68 sudionica (19,1%), teškoće u stvaranju odnosa i povezivanja s novorođenččetom 28 sudionica (7,9%) te umor i gubitak energije 154 sudionice (43,3%). Da nisu imale niti jedan od navedenih simptoma izjavile su 103 sudionice (28,9%).



Graf 8.3.14. Čimbenici koji utječu na nastanak

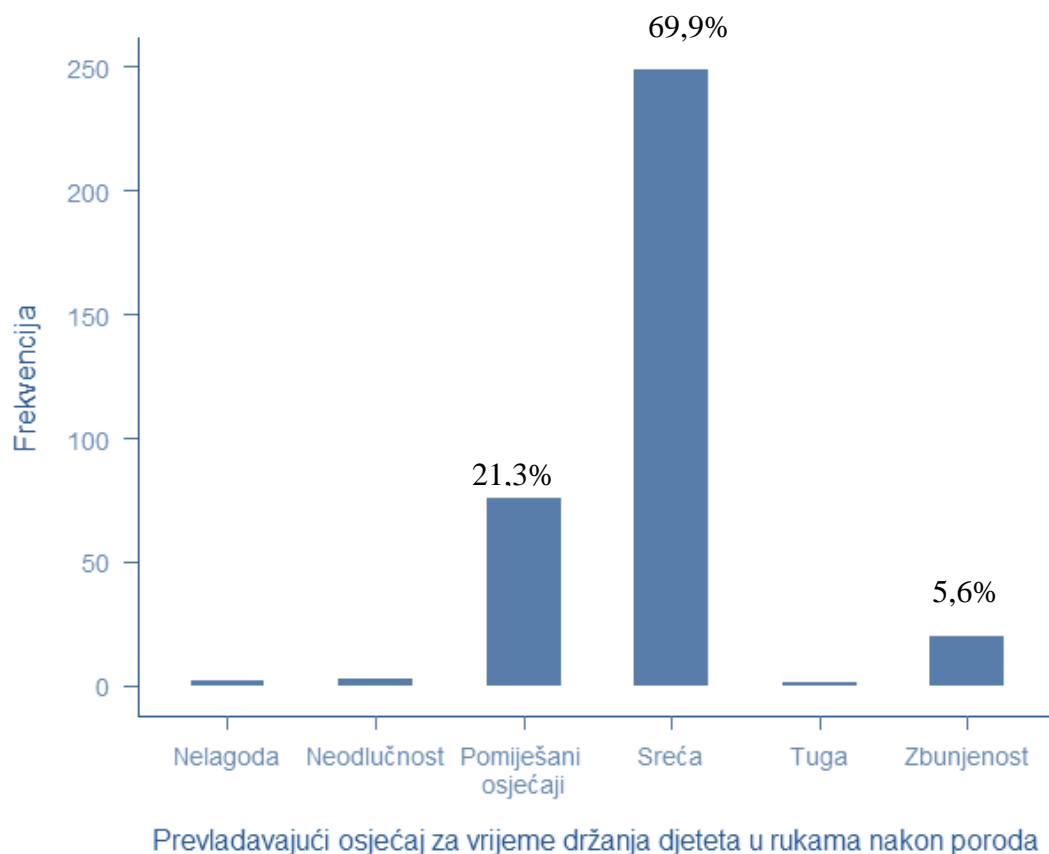
Izvor: autorski rad [N.Z.]

Mišljenja o tome koji čimbenici utječu na nastanak poslijeporođajnih psihičkih poremećaja sudionice su davale na skali od 1 do 5 („uopće ne utječe, ne utječe, niti utječe niti ne utječe, utječe i u potpunosti utječe“). Deskriptivno-statistički pokazatelji tih rezultata nalaze se u Tablici 1.

Tablica 1. Deskriptivno-statistički pokazatelji mišljenja sudionica o utjecaju nekih čimbenika na nastanak poslijeporođajnih psihičkih poremećaja.

Čimbenik	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.	γ_1	κ
Težina poroda	3,38	1,229	1	5	-0,56	-0,67
Neplanirana trudnoća	3,23	1,231	1	5	-0,46	-0,82
Prijašnja depresija	3,66	1,173	1	5	-0,82	-0,16
Loš odnos s partnerom	3,91	1,206	1	5	-1,18	0,50
Nedostatak socijalne podrške	3,82	1,221	1	5	-1,03	0,10
Samohrano roditeljstvo	3,65	1,259	1	5	-0,80	-0,37
Pušenje i alkohol	3,01	1,202	1	5	-0,13	-0,87
Nerazumijevanje okoline	3,62	1,193	1	5	-0,80	-0,18

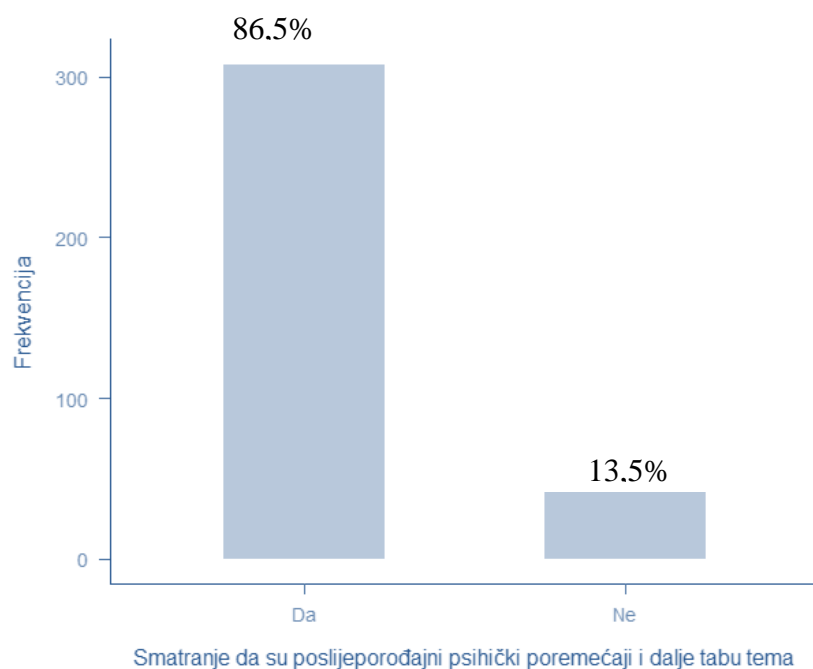
Legenda: *M* – aritmetička sredina, *SD* – standardna devijacija, Min. – minimum, Max. – maksimum, γ_1 – koeficijent asimetričnosti, κ – koeficijent spljoštenosti.



Graf 8.3.15. Osjećaji

Izvor: autorski rad [N.Z.]

Vezano uz osjećaj koji je prevladavao kada su držale dijete u rukama neposredno nakon poroda, 249 sudionica (69,9%) navodi da je prevladavala sreća, 1 sudionica (0,3%) navodi da je prevladavala tuga, 3 sudionice (0,8%) navode da je prevladavala neodlučnost, 20 sudionica (5,6%) navodi da je prevladavala zbunjenost, 2 sudionice (0,6%) navode da je prevladavala nelagoda, a 76 sudionica (21,3%) navodi kako su imale pomiješane osjećaje. U ostalim odgovorima 2 sudionice (0,6%) navele su kako su osjećale olakšanje, 1 sudionica (0,3%) navela je kako je bila ravnodušna, a 1 (0,3%) kako nije imala priliku držati dijete u rukama nakon poroda. Jedna sudionica navela je kako je kod prvog djeteta osjećala zbunjenost, kod drugog euforičnu sreću, kod trećeg manje intenzivnu sreću te kod četvrtog također manje intenzivnu sreću.



Graf 8.3.16. Taboo tema

Izvor: autorski rad [N.Z.]

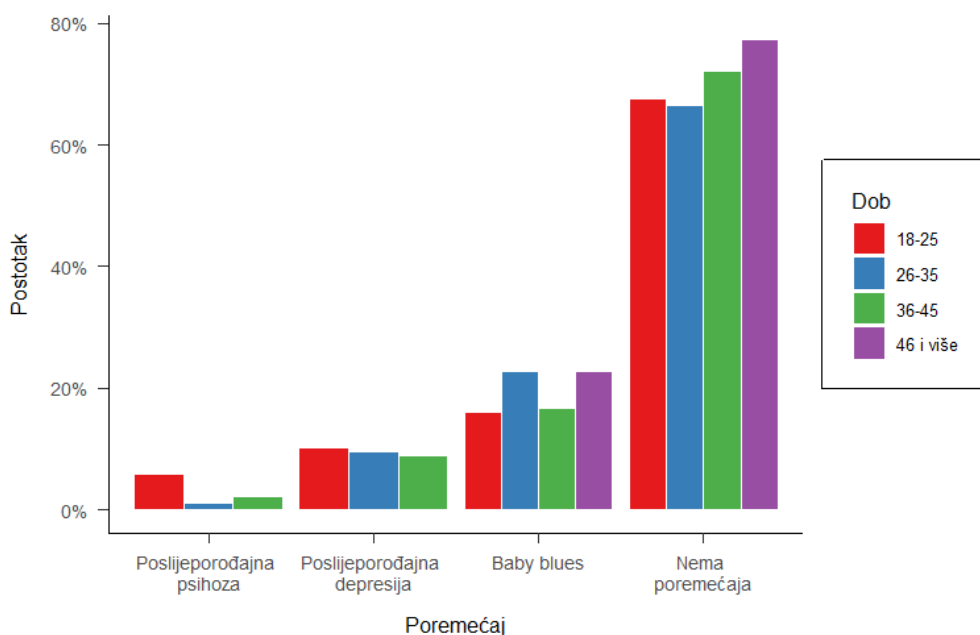
Da su poslijeporođajni psihički poremećaji i dalje tabu tema smatra 308 sudionica (86,5%), dok njih 48 (13,5%) smatra suprotno.

8.4. Ispitivanje razlika po pojedinim varijablama

Od ukupno 356 žena koje su sudjelovale u anketi, njih 111 imalo je neku vrstu poremećaja u poslijeporođajnom razdoblju. Ovo poglavlje će se većinom odnositi na te rodilje te će se pokušati odgovoriti na koji način uvjeti prije, za vrijeme i nakon poroda utječu na njihovu pojavnost. U analizi podataka korišten je Fisherov egzaktni test.

Nastanak poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o dobi

Kako bi se ispitalo utječe li dob na vrstu poslijeporođajnih psihičkih poremećaja, planirana je provedba hi-kvadrat testa. No, kako su očekivane frekvencije bile manje od 5, umjesto hi-kvadrat testa proveden je Fisherov egzaktni test. Tim je testom utvrđeno kako se vrste poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ne razlikuju statistički značajno ovisno o dobi ($p = ,44$). Grafički prikaz ovih razlika nalazi se na Slici 1.

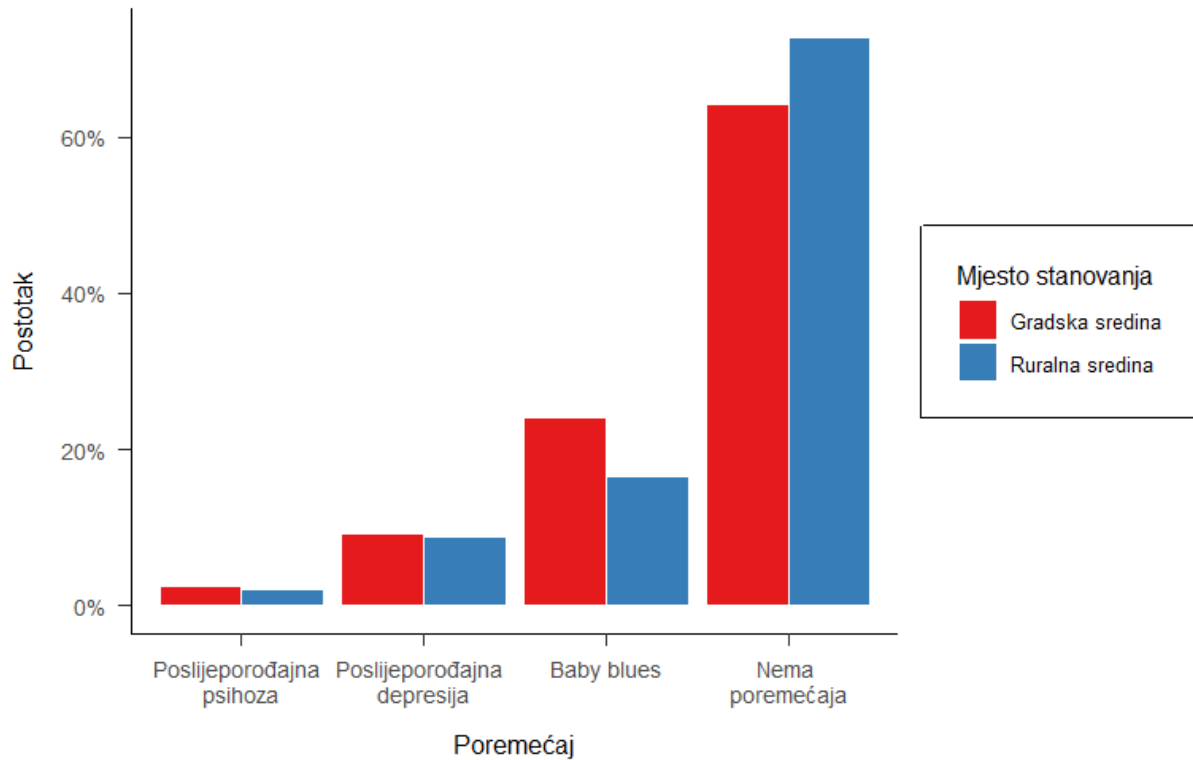


8.4.1. Učestalost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o dobi

Slika 1. Učestalost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o dobi.

Dob	Poremećaj	%
18-25	baby blues (poslijeporođajna tuga)	16,18
	ne	67,65
	poslijeporođajna depresija	10,29
	poslijeporođajna psihoza	5,88
26-35	baby blues (poslijeporođajna tuga)	22,73
	ne	66,48
	poslijeporođajna depresija	9,66
	poslijeporođajna psihoza	1,14
36-45	baby blues (poslijeporođajna tuga)	16,67
	ne	72,22
	poslijeporođajna depresija	8,89
	poslijeporođajna psihoza	2,22
46 i više	baby blues (poslijeporođajna tuga)	22,73
	ne	77,27

Nastanak poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o mjestu stanovanja



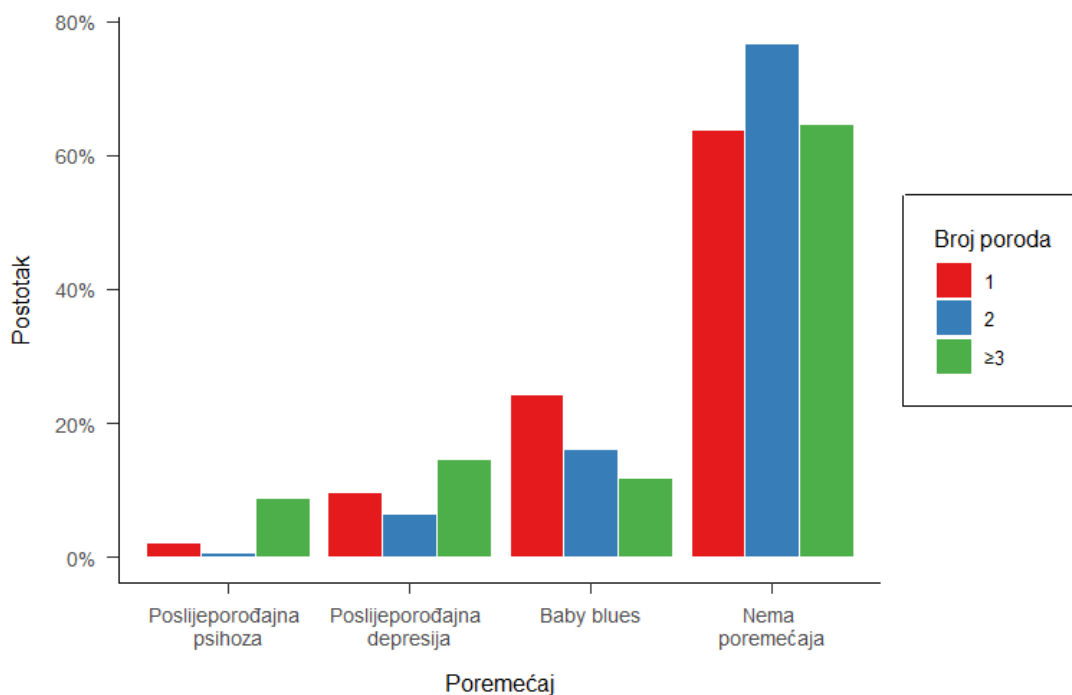
8.4.2. Učestalost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o mjestu stanovanja

Slika 2. Učestalost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o mjestu stanovanja.

Mjesto stanovanja	Poremećaj	%
gradska sredina	baby blues (poslijeporođajna tuga)	24,07
	ne	64,20
	poslijeporođajna depresija	9,26
	poslijeporođajna psihoza	2,47
ruralna sredina	baby blues (poslijeporođajna tuga)	16,49
	ne	72,68
	poslijeporođajna depresija	8,76
	poslijeporođajna psihoza	2,06

Prema slici 2. vidimo da rezultati govore kako se poslijeporođajni psihički poremećaji javljaju nešto više kod žena koje žive u gradskim sredinama, ali ne značajno.

Pojavnost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o broju poroda



8.4.3. Učestalost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o broju poroda

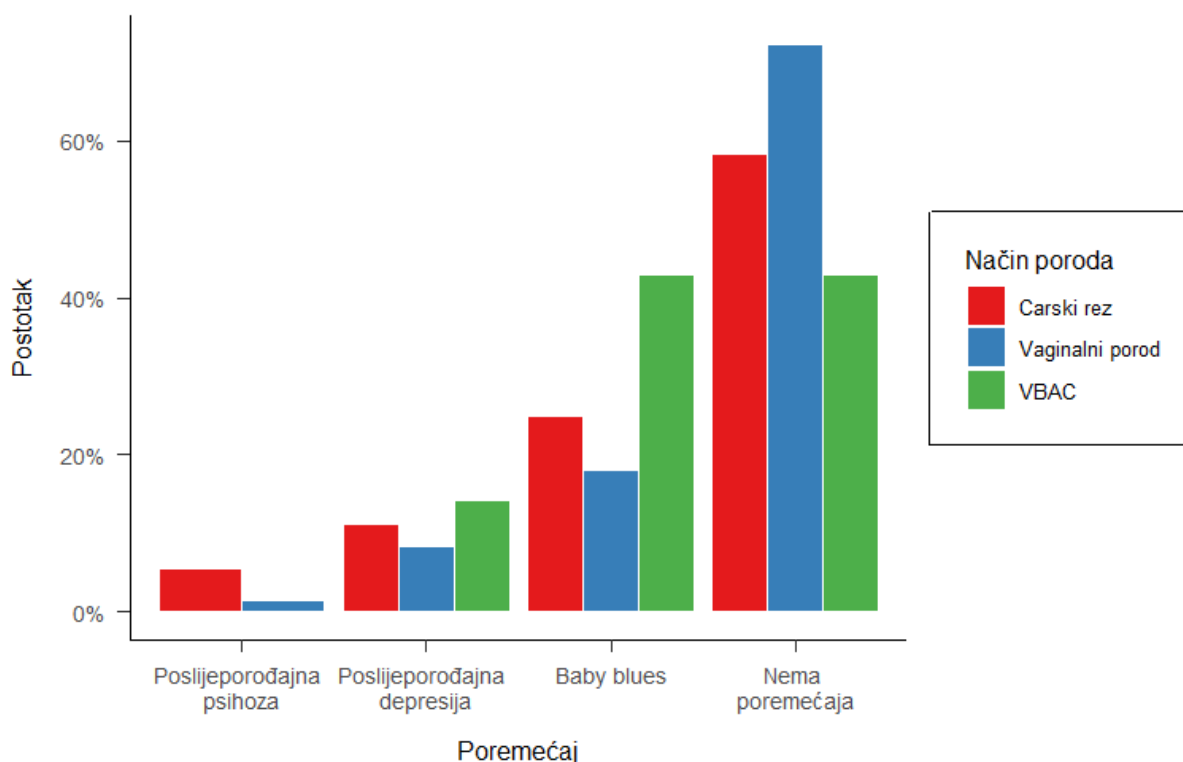
Rezultati ankete pokazuju da je 36,21% majki koje su bile prvorođanke iskusilo neku vrstu poslijeporođajnih psihičkih poremećaja. Kod drugog poroda učestalost nastanka nekog od poremećaja jest 23,36%, dok je nakon trećeg poroda ili više taj postotak veći, odnosno 35,29%.

Slika 3. Učestalost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o broju poroda.

Broj poroda	Poremećaj	%
jedan	baby blues (poslijeporođajna tuga)	24,32
	ne	63,78
	poslijeporođajna depresija	9,73
	poslijeporođajna psihoza	2,16
dva	baby blues (poslijeporođajna tuga)	16,06
	ne	76,64
	poslijeporođajna depresija	6,57
	poslijeporođajna psihoza	0,73
tri i više	baby blues (poslijeporođajna tuga)	11,76
	ne	64,71
	poslijeporođajna depresija	14,71
	poslijeporođajna psihoza	8,82

Osvrnemo li se na podatke iz Slike 3. vidimo da majke koje su prvoročnice, njih 24,32%, je doživjelo baby blues, dok je kod žena nakon drugog poroda, taj postotak manji, odnosno, 16,06%. Nakon trećeg poroda baby blues se javio u svega 11,76%. Poslijeporođajna depresija najučestalije se javila kod žena koje su rodile tri ili više puta, u postotku 14,71%. U provedenoj anketi vidimo da se poslijeporođajna psihoza javila u malom postotku, najčešće nakon trećeg poroda, odnosno, u 8,82% žena koje su odgovorile da su doživjele spomenuti poremećaj.

Pojavnost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o vrsti poroda



8.4.4. Učestalost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o načinu poroda

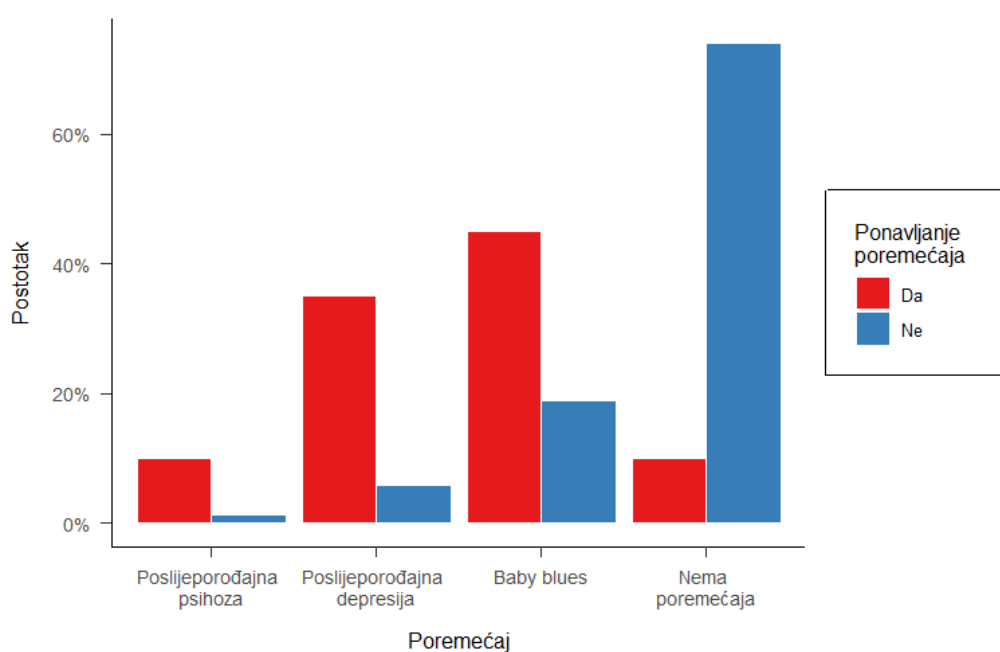
Kako bi se ispitalo utječe li vrsta poroda na vrstu poslijeporođajnih psihičkih poremećaja, utvrđeno je kako se vrste poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ne razlikuju statistički značajno ovisno o vrsti poroda.

Slika 4. Učestalost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o načinu poroda.

Način poroda	Poremećaj	%
carski rez	baby blues (poslijeporođajna tuga)	25,00
	ne	58,33
	poslijeporođajna depresija	11,11
	poslijeporođajna psihoza	5,56
vaginalni porod	baby blues (poslijeporođajna tuga)	18,05
	ne	72,20
	poslijeporođajna depresija	8,30
	poslijeporođajna psihoza	1,44
VBAC	baby blues (poslijeporođajna tuga)	42,86
	ne	42,86
	poslijeporođajna depresija	14,29

Dobivenim rezultatima vidimo da se kod svih vrsta poroda najčešće javlja baby blues, nešto više kod žena koje su rodile carskim rezom.

Ponavljanje poremećaja s obzirom na vrstu poslijeporođajnih psihičkih poremećaja



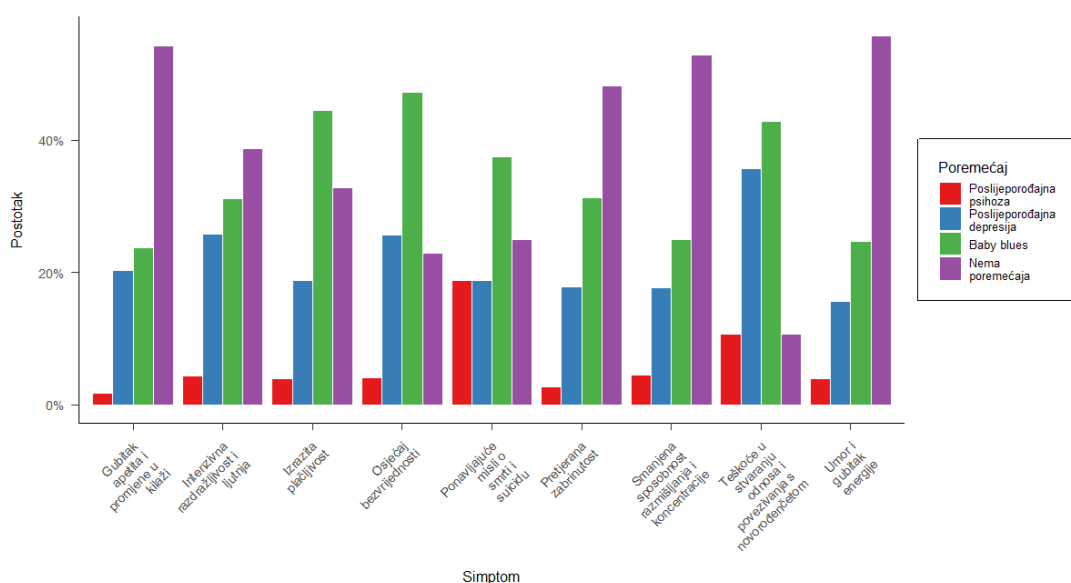
8.4.5. Učestalost ponavljanja poslijeporođajnih psihičkih poremećaja

Slika 5. Učestalost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o ponavljanju poremećaja.

Ponavljanje poremećaja	Poremećaj	%
da	baby blues (poslijeporođajna tuga)	45,00
	ne	10,00
	poslijeporođajna depresija	35,00
	poslijeporođajna psihoza	10,00
ne	baby blues (poslijeporođajna tuga)	18,91
	ne	73,95
	poslijeporođajna depresija	5,88
	poslijeporođajna psihoza	1,26

Prema Slici 6. vidimo da je baby blues vrsta poremećaja koja se najčešće ponavlja nakon sljedećeg porođaja, odnosno u 45% žena koje su odgovorile sa „da“.

Učestalost simptoma u vrijeme babinja ovisno o vrsti poslijeporođajnog psihičkog poremećaja.



8.4.6. Učestalost simptoma u vrijeme babinja

Rezultati sugeriraju kako je kod većine simptoma ipak najveći broj sudionika koji nemaju nikakav poremećaj. Iznimke su izrazita plačljivost, osjećaj bezvrijednosti, ponavljajuće misli o smrti i suicidu te teškoće u stvaranju odnosa i povezivanja s novorođenčetom – najveći broj sudionika koje imaju ove simptome imaju i *baby blues*. Učestalost svih simptoma raste s padom težine poslijeporođajnog psihičkog poremećaja – najniže su učestalosti kod poslijeporođajne psihoze, srednje kod poslijeporođajne depresije, a najviše kod *baby blues*-a.

9. Rasprava

Anketu je ispunilo 356 sudionica, od toga je većina žena u dobi od 26 do 35 godina, što i je najčešća dob u kojoj žene rađaju. Kod sudionica prevladava srednjoškolsko obrazovanje. Nešto više, odnosno 54,5 % žena živi u ruralnoj sredini. Većina žena, odnosno, njih 185 (52%) imale su jedan porod te je većina njih rodila vaginalno. Utvrđeno je kako se vrste poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ne razlikuju statistički značajno ovisno od dobi i vrsti poroda, odnosno, rodilje su osjećaje promjene u svim dobnim skupinama i s oba načina poroda. Ispitivana je pojavnost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o broju poroda. Rezultati sugeriraju kako je najmanja vjerojatnost pojave psihičkih poremećaja kod drugog poroda, dok se vjerojatnost pojave baby blues-a smanjuje s brojem poroda. Poslijeporođajna tuga najčešće se javlja nakon prvog poroda. Vjerojatno zbog straha od nove, nepoznate situacije u kojoj majka nema iskustva. U rezultatima vidimo da se depresija češće javila kod trećeg poroda, dok se psihoza javlja najrjeđe ali isto tako nakon trećeg poroda. Dobiveni odgovori nam pokazuju kako se vrste poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ne razlikuju statistički značajno ovisno o prisutnosti partnera. 68,8% žena odgovorilo je da nisu imale ni jedan od poremećaja za vrijeme babinja. Najučestaliji poremećaj koji se javio kada vidimo rezultate ove ankete jest baby blues, što je bilo i očekivano. Od ukupno 111 žena koje su imale neki od poremećaja, svega 20 sudionica odgovorilo je da se poremećaj javio nakon drugog poroda. Rezultati sugeriraju kako je najčešći ponovljeni poremećaj baby blues, nakon kojeg slijede poslijeporođajna depresija i poslijeporođajna psihoza. Zabrinjavajuće rezultate vidimo kod pitanja „Ako ste imali neki od gore navedenih poremećaja u vrijeme babinja, jeste li potražili stručnu pomoć?“. Najme, samo 9 od 111 žena je potražilo savjet ili pomoć stručne osobe. Najviše informacija o psihičkim poremećajima dobivene su putem interneta, što je najlakši ali ne i najbolji način pronalasku odgovora na pitanja. Kako bi porod ali i razdoblje nakon poroda prošli što bolje, potrebno je imati oslonac u životu. To može biti partner, prijateljica ili obitelj. Samo da majka ima osjećaj sigurnosti, ljubavi i potpore, te da shvati da nije sama s djetetom. S obzirom da većina žena i dalje smatra da je ovo „taboo“ tema, potrebno je više educirati ljude i pričati u javnosti o ovom problemu.

10. Zaključak

Rođenje djeteta zasigurno je jedan od najljepših i najsretnijih trenutaka u životu žene i njenog partnera, ali ujedno i cijele obitelji. Dijete u potpunosti mjenja način života i razmišljanja te iziskuje mnogo promjena. Zbog stresa, straha, neželjene trudnoće, loših partnerskih odnosa, hormonalnih promjena, nepovoljne financijske situacije ili drugih faktora, može doći do promjene raspoložena i ponašanja. Te promjene mogu dovesti do poslijeporođajnih psihičkih poremećaja koji su česti u svim dobnim skupinama. Naglašena je multifaktorijalna etiologija koja uključuje individualnu osjetljivost ili predispoziciju za bolest. Poslijeporođajni psihički poremećaji mogu se klasificirati kao poslijeporođajna tuga koja je ujedno i najblaži oblik, nadalje poslijeporođajni anksiozni poremećaj, poslijeporođajna depresija i poslijeporođajna psihoza, odnosno, najteži oblik poremećaja. Razvojem i napretkom medicine te informiranjem društva, poslijeporođajni psihički poremećaji lakše se liječe nego prije dvadeset godina, ali žene još uvijek smatraju da je to taboo tema i da se mora govoriti o tome. U tome ima ulogu medicinska sestra koja educira, pomaže, promatra, liječi i savjetuje majku. Ukoliko primjeti teže simptome bolesti, upozorava liječnika kako bi se pravodobno reagiralo. Medicinska sestra mora imati kompetencije, široko znanje i stručne sposobnosti kako bi prepoznala znakove bolesti. Babinje je period u kojem okolina a ponajviše partner mora imati posebno razumijevanje za majku.

U anketi vidimo da je od 356 žena njih 111 razvilo neki od psihičkih poremećaja, najčešće poslijeporođajnu tugu, njih 19,9%. Prva cjelina bavila se općim informacijama o majci, kao što su dob, razina obrazovanja i mjesto stanovanja. Promatrajući dobivene rezultate, možemo zaključiti da je baby blues najčešći poremećaj te da se najčešće javio kod prvorotkinja. Poslijeporođajna depresija češće se javila nakon trećeg poroda. Prema rezultatima, vrsta poroda ne utječe na nastanak poslijeporođajnih psihičkih poremećaja, iako je postotak nešto veći u žena koje su rodile carskim rezom. Ispitivanjem dostupnosti informacija i socijalnih čimbenika koji utječu na ženu, vidljivo je da je podrška majci vrlo bitna, dakle, što veću podršku majka ima, manja je pojavnost psihičkih poremećaja. Prisutnost partnera na porodu ne utječe značajno na nastanak poteškoća.

Poslijeporođajni psihički poremećaj česti je problem ali majke nedovoljno traže pomoć. Kako bi se to promijenilo, potreban je profesionalni odnos i empatijski pristup medicinske sestre koja mora pridobiti povjerenje majke te je educirati, pružiti joj potporu i govoriti više o ovoj temi.

U Varaždinu, _____



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, NIKOLINA ZADRAVEC (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom POSLEDIČNE POROĐAJNI PSIHIČKI POREMEĆAJI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Nikolina Zadravec
(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, NIKOLINA ZADRAVEC (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom POSLEDIČNE POROĐAJNI PSIHIČKI POREMEĆAJI (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Nikolina Zadravec
(vlastoručni potpis)

11. Literatura

- [1] J. Holmes: Depresija, ideje o psihoanalizi, Naklada jesenski i Turk, Zagreb, 2006.
- [2] K. Pesigoš-Kljuković: Zdravstvena njega i liječenje trudnice, roditelje i babinjače, Školska knjiga, Zagreb, 2006.
- [3] D. Degmečić: Mentalno zdravlje žena, Medicinska naklada, Zagreb, 2014.
- [4] A. E. Bauer, M.L. Maegbaek, X. Liu, N.R. Wray, P.F. Sullivan, W.C. Miller, S. Meltzer-Brody, T. Munk-Olsen: Familiality of psychiatric disorders and risk of postpartum psychiatric episodes: A population based cohort study, *Am J Psychiatry*, br. 175, svibanj 2018, str. 783-791
- [5] A. Dhanyabad: Baby blues, Post partum Depression and its effect on babies, *International Journal of Nursing Education and research*, br. 7, veljača 2019, str. 418-420
- [6] S. Schipper-Kochems, T. Fehm, G. Bizjak, A.K. Fleitmann, P. Balan, C. Hagenbeck, R. Schafer, M. Franz: Postpartum depressive disorder – Psychosomatic aspect, *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, br. 79, travanj 2019, str. 375-381
- [7] Herman, E. L. Wati: Baby blues: Husbands support in form of communication, *International Journal of Global Community*, br. 2, srpanj 2019, str. 195-208
- [8] J. L. Payne, J. Maguire: Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression, *Front Neuroendocrinol*, br. 52, prosinac 2018, str. 165-180
- [9] A. Frieder, M. Fersh, R. Hainline, K.M. Deligiannidis: Pharmacotherapy of postpartum depression: Current approaches and novel drug development, *CNS drugs*, br. 33, ožujak 2020, str. 1-115
- [10] J. Slomian, G. Honvo, P. Emonts, J.Y. reginster, O. Bruyere: Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes, *Womens Health*, br. 15, travanj 2019, str. 1-55
- [11] S. Abrabzdadeh-Bouchez, J.P. Lepine: Measurements of Depression and Anxiety Disorders, *Handbook of Depression and Anxiety*, 2003, str. 127-151
- [12] N. Holford, S. Channon, J. Heron, I. Jones: The impact of postpartum psychosis on partners, *BMC Pregnancy and Childbirth*, br. 18, listopad 2018, str. 1-67

- [13] C. Reck, K. Struben, M. Backenstrass: Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, br. 118, 2008, str. 459-468
- [14] C. Guille, R. Newman, L. D. Fryml, C. K. Lifton, N. Epperson: Management of postpartum Depression, *Journal of midwifery and women's health*, br. 58, 2013, str. 57-77
- [15] M. Kolak i K. Mešin: Zdravstvena njega kod depresivnog bolesnika, *Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika*, Zbornik radova, br. 17, 2011, str. 97-107
- [16] N. Yonemoto, T. Dowswell, S. Nagaj, R. Mori: Schedules for home visits in the early postpartum period, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, br. 8, 2017, str. 1-132
- [17] V. Hudolin: Psihijatrija i neurologija, *Školska knjiga*, Zagreb, 1987, str. 71-7532
- [18] E.J. Russell, J.M. Fawcett, D. Mazmanian, Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis, *J Clin Psychiatry*, 74, 2013, str. 377- 385
- [19] M. Gingnell, S. Toffoletto, J. Wikstrom, J. Engman, E. Bannbers, E. Comasco, I. Sunderstrom-Poromaa: Emotional anticipation after delivery – a longitudinal neuroimaging study of the postpartum period, *Scientific Reports*, br. 7, 2017, str. 1-43
- [20] L. Brizendine: *Ženski mozak*, Profil International, Zagreb, 2008.

Popis grafikona

Graf 8.3.1. Dob	12
graf 8.3.2. Razina obrazovanja	12
graf 8.3.3. Mjesto stanovanja.....	13
graf 8.3.4. Broj poroda.....	13
graf 8.3.5. Način poroda	14
graf 8.3.6. Prisutnost partnera na porodu.....	15
graf 8.3.7. Podrška	16
graf 8.3.8. Pohađanje trudničkog tečaja	17
graf 8.3.9. Poslijeporođajni psihički poremećaji	17
graf 8.3.10. Ponavljanje poremećaja	18
graf 8.3.11. Traženje stručne pomoći	19
graf 8.3.12. Informiranost o poslijeporođajnim psihičkim poremećajima	19
graf 8.3.13. Simptomi u poslijeporođajnom razdoblju	20
graf 8.3.14. čimbenici koji utječu na nastanak poremećaja.....	21
graf 8.3.15. Osjećaji koji su prevladavali u vrijeme babinja	22
graf 8.3.16. Taboo tema.....	23
graf 8.4.1. Učestalost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o dobi	24
graf 8.4.2. Učestalost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o mjestu stanovanja.....	25
graf 8.4.3. Učestalost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o broju poroda.....	26
graf 8.4.4. Učestalost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o načinu poroda.....	27
graf 8.4.5. Učestalost ponavljanja poslijeporođajnih psihičkih poremećaja	28
graf 8.4.6. Učestalost simptoma u vrijeme babinja	29

Popis slika

slika 1. Učestalost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o dobi.	24
slika 2. Učestalost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o mjestu stanovanja.	25
slika 3. Učestalost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o broju poroda.....	26
slika 4. Učestalost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o načinu poroda.	28
slika 5. Učestalost poslijeporođajnih psihičkih poremećaja ovisno o ponavljanju poremećaja.	29

Prilog 1

ANKETNI UPITNIK

TEMA: POSLIJEPOROĐAJNI PSIHIČKI POREMEĆAJI

Poštovane,

Pred Vama se nalazi anketni upitnik: „Poslijeporođajni psihički poremećaji“. Ovo istraživanje provodi se isključivo u svrhu izrade završnog rada na studiju Sestrinstva Sveučilišta Sjever, Varaždin, pod mentorstvom Marije Božičević, mag. med. techn., pred.

Upitnik je u potpunosti anonim (ni na koji način se odgovori ne mogu povezati s osobom) i sastoji se od 16 pitanja. Rezultati će se koristiti isključivo u svrhu izrade završnog rada. Sudjelovanje je dobrovoljno. Unaprijed hvala na izdvojenom vremenu.

1. **Dob:** 18-25
26-35
36-45
36 i više
2. **Razina obrazovanja:** osnovnoškolsko obrazovanje
srednja stručna sprema
viša stručna sprema (VŠS)
visoka stručna sprema (VSS)
3. **Mjesto stanovanja:** gradska sredina
ruralno područje
4. **Broj poroda:** jedan
dva
tri i više
5. **Način poroda:** vaginalni porod
carski rez
VBAC (vaginalni porod u žene koja je prethodno rodila carskim rezom)
6. **Da li je bio prisutan partner na porodu:** da/ne
7. **Jeste li pohađali trudnički tečaj:** da/ne
8. **Jeste li imali neki od poremećaja nakon poroda, odnosno, za vrijeme babinja? Ako da, koji?**
- ne
- baby blues (postpartalna tuga)

- poslijeporođajna depresija
 - poslijeporođajna psihoza
9. **Da li se poremećaj ponovio nakon sljedećeg/ih poroda?** da/ne/ostalo
10. **Ako ste imali neki od gore navedenih poremećaja u vrijeme babinja, jeste li potražili stručnu pomoć?**
- da/ne
11. **O poslijeporođajnim psihičkim poremećajima informirali ste se (više mogućih odgovora):**
- putem interneta
 - iskustvo bliske osobe
 - kroz razgovor s patronažnom sestrom
 - trudničkim tečajem
 - druga stručna osoba
 - nisam bila informirana o PPD
12. **Jeste li osjećali neki od navedenih simptoma u vrijeme babinja?** (više mogućih odgovora)
- ne
 - gubitak apetita i promjene u kilaži
 - smanjena sposobnost razmišljanja i koncentracije
 - izrazita plačljivost
 - intenzivna razdražljivost i ljutnja
 - osjećaj bezvrijednosti
 - pretjerana zabrinutost
 - teškoće u stvaranju odnosa i povezivanja s novorođenčecom
 - umor i gubitak energije
 - ponavljajuće misli o smrti i suicidu
13. **Koji čimbenici utječu na nastanak poslije porođajnih psihičkih poremećaja?**
(više mogućih odgovora; ljestvica od 1 do 5: uopće ne utječe/ne utječe/niti utječe niti ne utječe/utječe/u potpunosti utječe)
- težina poroda
 - neplanirana trudnoća
 - prijašnja depresija
 - loš odnos s partnerom
 - nedostatak socijalne podrške
 - samohrano roditeljstvo

- pušenje i alkohol
- nerazumijevanje okoline

14. Koji osjećaj je prevladavao kada ste držali dijete u rukama (neposredno nakon poroda?)

- sreća
- tuga
- neodlučnost
- zbunjenost
- nelagoda
- pomiješani osjećaji
- ostalo

15. Najveću podršku za vrijeme babinja pružao/la Vam je?

- partner
- članovi obitelji
- prijatelj/ica
- psiholog/psihijatar
- patronažna sestra
- nitko

16. Smatrate li da je ovo još uvijek „taboo“ tema?

- da, trebalo bi više govoriti o poslijeporođajnim psihičkim poremećajima
- ne