

Postporođajna depresija

Španić, Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:477576>

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

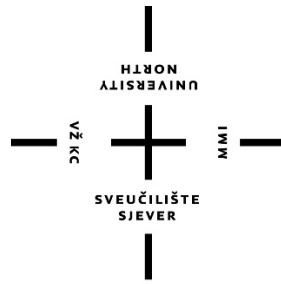
Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-18**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





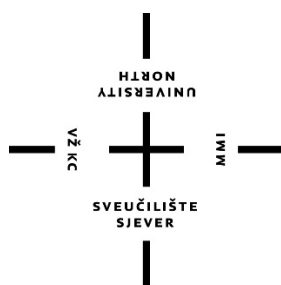
Sveučilište Sjever

Završni rad br. XX/MM/2021

Postporodajna depresija

Ivana Španić, 1864/336

Varaždin, lipanj 2021. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. XX/MM/2021

Postporodajna depresija

Student

Ivana Španić, 1864/336

Mentor

Melita Sajko, mag.soc.geront

Varaždin, lipanj 2021. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Ivana Španić

JMBAG 0336016651

DATUM 01.07.2021.

KOLEGIJ Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

NASLOV RADA Postporođajna depresija

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Postpartum depression

MENTOR dr.sc. Melita Sajko

ZVANJE viši predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. Marija Božičević, v.pred., predsjednik
2. dr.sc. Melita Sajko, v.pred., mentor
3. doc.dr.sc. Ivana Živoder, član
4. Valentina Novak, pred., zamjenski član
5. _____

V Ž K C

M M I

Zadatak završnog rada

BROJ 1418/SS/2021

OPIS

Trudnoća i porod dva su glavna događaja u životu žene. Rođenje djeteta izaziva nagle i intenzivne promjene u ulogama i odgovornostima žene. Postporođajno razdoblje predstavlja vrijeme rizika za pojavu majčine postporođajne depresije. Postporođajna depresija ozbiljan je problem za mentalno zdravlje majke. Postporođajno razdoblje je utvrđeno kao razdoblje u kojem prevladava rizika za razvoj ozbiljnog poremećaja raspoloženja. Postoje tri uobičajena oblika afektivnog poremećaja nakon porođaja: postpartalna tuga („baby blues“), postpartalna depresija i postpartalna psihoza.

U radu je potrebno:

- prikazati epidemiologiju, kliničku prezentaciju i liječenje postpartalne depresije
- opisati metode pravovremenog prepoznavanja, prevencije i rizične čimbenike za nastanak postpartalne depresije
- navesti najčešće sestrinske dijagnoze i intervencije vezane uz postpartalnu depresiju
- naglasiti zadaće medicinske sestre u prevenciji, prepoznavanju i liječenju postpartalne depresije te predložiti najbolje pristupe majci nakon poroda.

ZADATAK URUČEN

5.7.2021.



Predgovor

Rad je izrađen pod vodstvom i mentorstvom Melite Sajko mag.soc.geront. na Sveučilištu Sjever odjel Sestrinstvo.

Zahvaljujem se svojoj dragoj mentorici na danim savjetima i smjericama tijekom izrade završnog rada, također hvala svim profesorima, mentorima vježbovniha nastava na prenesenim vještinama i znanju. Posebno se zahvaljujem svojoj obitelji, prijateljima i kolegama tijekom studiranja na podršci i potpori.

Sažetak

Postporođajna depresija vrsta je poremećaja raspoloženja povezana s porođajem, koja može utjecati na oba spola. Simptomi mogu uključivati krajnju tugu, nedostatak energije, tjeskobu, epizode plača, razdražljivost i promjene u načinu spavanja ili prehrane. Početak je obično između jednog tjedna i jednog mjeseca nakon poroda. Postporođajna depresija također može negativno utjecati na novorođeno dijete. Iako je točan uzrok postporođajne depresije nejasan, vjeruje se da je uzrok kombinacija fizičkih, emocionalnih, genetskih i socijalnih čimbenika. To može uključivati čimbenike kao što su hormonalne promjene i nedostatak sna. Čimbenici rizika uključuju prethodne epizode postporođajne depresije, bipolarni poremećaj, obiteljsku anamnezu depresije, psihološki stres, komplikacije poroda, nedostatak podrške ili konzumaciju opioidnih sredstava. Dijagnoza se temelji na simptomima osobe. Iako većina žena nakon porođaja doživi kratko razdoblje zabrinutosti ili poremećaja raspoloženja, na postporođajnu depresiju treba sumnjati kada su simptomi ozbiljni i traju dulje od dva tjedna. Očekuje se da će medicinske sestre provoditi samo one procjene i intervencije za koje imaju odgovarajuće kompetencije. Nadalje, imperativ je da medicinske sestre traže odgovarajuće savjetovanje u slučajevima kada potrebe žene oboljele od postporođajne depresije zahtijevaju multidisciplinarni pristup. Također je važno je napomenuti da dijagnozu postporođajne depresije može uspostaviti samo klinički dijagnostički razgovor koji je obavio obučeni stručnjak za mentalno zdravlje.

Ključne riječi: postporođajna depresija, čimbenici rizika, žena, medicinska sestra

Abstract

Postpartum depression is a type of mood disorder associated with childbirth, which can affect both sexes. Symptoms may include extreme sadness, lack of energy, anxiety, crying episodes, irritability, and changes in sleep or diet. The onset is usually between one week and one month after delivery. Postpartum depression can also negatively affect a newborn baby. Although the exact cause of postpartum depression is unclear, it is believed that the cause is a combination of physical, emotional, genetic, and social factors. This can include factors such as hormonal changes and lack of sleep. Risk factors include previous episodes of postpartum depression, bipolar disorder, a family history of depression, psychological stress, complications of childbirth, lack of support, or opioid use. The diagnosis is based on the person's symptoms. Although most women experience a brief period of anxiety or mood disorders after childbirth, postpartum depression should be suspected when the symptoms are severe and last longer than two weeks. Nurses are expected to conduct only those assessments and interventions for which they have appropriate competencies. Furthermore, it is imperative that nurses seek appropriate counseling in cases where the needs of a woman with postpartum depression require a multidisciplinary approach. It is also important to note that the diagnosis of postpartum depression can only be established by a clinical diagnostic interview conducted by a trained mental health professional.

Key words: postpartum depression, risk factors, woman, nurse

Popis korištenih kratica

PPD – postporođajna depresija

DSM – prema engl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EPDS – Edinburška skala postnatalne depresije

MDD – veliki depresivni poremećaj

PMS – postmenstrualni sindrom

HPA – hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda

ICD – Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema

fMRI – funkcionalna magnetska rezonancija

SSRI – selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina

SNRI – inhibitori ponovnog preuzimanja serotonin-norepinefrina

TMS – transkranijalna magnetska stimulacija

KBT – kognitivno bihevioralna terapija

ECT – elektrokonvulzivna terapija

IPT – interpersonalna psihoterapija

TCA – triciklički antidepresiv

ADHD – prema engl. eng. Attention Deficit and Hyperactivity Disorder

EANS – Europska akademija za medicinske sestre

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Postporodajna depresija.....	3
2.1. Postpartalni blues.....	3
2.2. Postpartalna psihoza.....	3
2.3. Neonaticid i čedomorstvo.....	4
2.4. Etiologija i epidemiologija.....	4
2.5. Patofiziologija.....	5
2.6. Klinička slika.....	6
2.7. Dijagnoza i epidemiološki čimbenici.....	7
3. Liječenje.....	10
3.1. Psihoterapija.....	11
3.2. Antidepresivi i dojenje.....	11
3.3. Prognoza i komplikacije postporodajne depresije.....	12
4. Skrb za ženu s postporodajnom depresijom.....	14
4.1. Specifičnosti skrbi na psihijatrijskom odjelu.....	14
4.2. Uspostava terapijskog odnosa.....	15
4.3. Odnos nakon uspostavljanja terapijskog odnosa.....	16
4.4. Sestrinski postupci u radu s oboljelicom od postporodajne depresije s suicidalnim idejama.....	17
4.5. Odgovornosti medicinske sestre.....	18
4.6. Važnost edukacije u svrhu prevencije.....	19
4.7. Moguće sestrinske dijagnoze.....	19
4.7.1. Visok rizik za samoozljeđivanje.....	20
4.7.2. Anksioznost u/s neizvjesnim ishodom bolesti.....	22
4.7.3. Smanjena mogućnost brige o sebi – osobna higijena.....	23
4.7.4. Neupućenost.....	24
4.7.5. Socijalna izolacija u/s depresivnim stanjem.....	25
5. Zaključak.....	26
6. Literatura.....	27

1. Uvod

Postporođajna depresija (PPD) poremećaj je raspoloženja koji pogađa približno 10-15% majki godišnje s simptomima depresije koji traju više od 6 mjeseci među 25-50% pogođenih [1]. Postporođajna depresija često se javlja u roku od nekoliko mjeseci do godinu dana nakon rođenja. Međutim, neka su istraživanja izvijestila o pojavi postporođajne depresije 4 godine nakon rođenja. Uzroci PPD mogu biti fiziološki, situacijski ili višefaktorski.

Glavni predisponirajući čimbenici za razvoj PPD-a su socijalne prirode, obično stresni životni događaji, stres u brizi o djeci i prenatalna anksioznost imaju prediktivnu vrijednost za PPD. Uz to, povijest prethodne epizode PPD-a, bračni sukobi i samohrano roditeljstvo također pogoduju razvoju PPD-a. [2]. Dugo se vjerovalo da samo žene iz zapadnih društava pate od PPD-a i da su postnatalni poremećaji raspoloženja definirani kulturom. Međutim, stanja sa sličnim simptomima utvrđena su i u drugim zemljama.

Neke su studije utvrdile istu prevalenciju PPD-a u različitim društvima [3]; međutim, čini se da europske i australske žene imaju niže razine PPD-a od žena u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD). Žene iz Azije i Južne Afrike identificirane su kao najugroženije [4]. Simptomi su slični simptomima depresije u drugim životnim dobima, ali osim lošeg raspoloženja, poremećaja spavanja, promjene apetita, dnevnih promjena raspoloženja, loše koncentracije i razdražljivosti, žene s PPD-om također osjećaju krivnju zbog svoje nesposobnosti izgleda nakon rođenja djeteta. Za većinu žena simptomi su prolazni i relativno blagi, poznati kao postpartum blues; međutim, 10–15% žena ima ozbiljniji i trajniji oblik poremećaja raspoloženja [4].

Noviji dokazi sugeriraju da se postporođajna psihijatrijska bolest gotovo ne razlikuje od psihijatrijskih poremećaja koji se javljaju u neko drugo vrijeme tijekom života [5]. Intervencije za PPD uključuju farmakološke intervencije, podržavajuću interpersonalnu i kognitivnu terapiju, psihosocijalnu podršku kroz grupe za podršku i komplementarne terapije. Terapija elektrokonvulzivima pokazala se učinkovitom za majke s teškim PPD-om [6]. U težim slučajevima postporođajne depresije, posebno kod majki kojima prijeti počinjenje samoubojstva, može biti potrebna bolnička hospitalizacija.

Psihosocijalne intervencije poput grupa za podršku zabilježene su kao učinkovite. Beck [7] navodi da pohađanje grupa za podršku majkama može dati osjećaj nade kroz spoznaju da nisu same. Grupe podrške za parove mogu podučavati strategije suočavanja i pružiti poticaj. Oni također daju parovima priliku da izraze potrebe i strahove u neosuđujućem okruženju.

Interpersonalna psihoterapija konceptualizira depresiju kao tri komponente formiranja simptoma, socijalnog funkcioniranja i osobnog doprinosa. Naglasak je na međuljudskim odnosima

koji se odnose na promjene uloga koje prate roditeljstvo, a ne na samoj depresiji. Interpersonalna psihoterapija također se može započeti tijekom trudnoće za žene za koje se smatra da imaju visok rizik.

Prevalenciju PPD teško je utvrditi zbog razlike u kriterijima za vrijeme početka koji koristi DSM-IV i onim koji se koristi u većini epidemioloških studija. Prevalenciju je također teško utvrditi zbog nedovoljnog prijavljivanja samih majki. Procjenjuje se da samo 20% žena koje imaju simptome PPD-a prijavljuju te simptome svojim liječnicima. Majke simptome PPD-a često minimaliziraju kao normalne, prirodne posljedice porođaja [2]. Izneseni su dokazi da majke možda i ne žele otkriti osjećaje depresije zbog straha od stigmatizacije i straha da bi njihovi simptomi depresije mogli biti utvrđeni kao dokaz da su „loša majka“. Cooper i sur. [8] izvijestio je da „gotovo polovica onih koji su neovisno identificirani kao depresivni nisu otkriveni od strane njihovih zdravstvenih posjetitelja.

Unatoč sve većem prepoznavanju kao globalnom problemu vezanom uz rađanje, važnost njegovog otkrivanja i liječenja donedavno se u praksi zanemarivala i čini se da znanje o ovom problemu nije jako visoko. PPD je ozbiljno socijalno pitanje zbog svojih posljedica, uključujući povećani rizik od samoubojstva i čedomorstva. PPD se često nedovoljno dijagnosticira i ne liječi; stoga su potrebni napori za poboljšanje perinatalne zaštite mentalnog zdravlja, a tome značajno mogu doprinijeti medicinske sestre.

2. Postporodajna depresija

Trudnoća i porod dva su glavna događaja u životu žene. Rođenje djeteta izaziva nagle i intenzivne promjene u ulogama i odgovornostima žene. Dakle, postporodajno razdoblje predstavlja vrijeme rizika za pojavu majčine postporodajne depresije. PPD ozbiljan je problem mentalnog zdravlja. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5. izd.; DSM-V) definira PPD kao razvrstač za velikog depresivnog poremećaja (MDD). PPD se također simptomatski definira kao prekoračenje određenog praga mjere probira, kao što je Edinburška skala postnatalne depresije (EPDS) [9]. Općenito, PPD se javlja unutar 4 do 6 tjedana nakon poroda, a simptomi slični MDD-u koji mogu biti prisutni uključuju depresivno raspoloženje, gubitak interesa ili užitka u aktivnostima, poremećaj spavanja, poremećaj apetita, gubitak energije, osjećaj bezvrijednosti ili krivnje, smanjena koncentracija, razdražljivost, tjeskoba i misli o samoubojstvu [6].

Otprilike jedna od sedam žena može razviti postporodajnu depresiju. Iako žene s postpartalnim bluesom imaju tendenciju brzog oporavka, PPD je obično duži i ozbiljno utječe na sposobnost žena da se vrate u normalne funkcije. PPD utječe na majku i njezin odnos s djetetom. Reakcija i ponašanje majčinog mozga ugroženi su kod PPD-a. Prema Becku iz 2006. godine [7], čak polovica PPD-a u novopečenih majki ne dijagnosticira se zbog sukoba u privatnosti i ne žele otkriti članovima uže obitelji. Također postoji stigma oko novopečenih majki da otkrivanje tegoba može dovesti do napuštanja i straha od nedostatka podrške.

2.1. Postpartalni blues

Dokazano je da se postpartalni blues javlja u 15–85% žena u prvih 10 dana nakon poroda, s najvećom incidencijom u petom danu [5]. Uobičajeni simptomi uključuju promjene raspoloženja, blago ushićenje, razdražljivost, plačljivost, umor i zbunjenost. Antenatalna depresija, prethodna depresija koja nije povezana s trudnoćom i prethodna predmenstrualna disforija identificirani su kao faktori rizika. Nije utvrđena jasna biološka mjera koja je uzročna ili prediktivna za postporodajni blues. Iako je postpartalni blues česta i prolazna postporodajna pojava i općenito ne zahtijeva intervenciju, njegovo prepoznavanje je važno jer je postpartum blues faktor rizika za naknadni PPD.

2.2. Postporodajna psihoza

Postporodajna psihoza javlja se u 1 od 500 majki, s brzim početkom u prva 2–4 tjedna nakon poroda [6]. Postporodajna psihoza uključuje zbunjeno razmišljanje, promjene raspoloženja,

zablude, paranoju, neorganizirano ponašanje, loše prosuđivanje i oslabljeno funkcioniranje. Postporođajna psihoza smatra se psihijatrijskom hitnošću i obično rezultira stacionarnom psihijatrijskom hospitalizacijom. Čimbenici rizika uključuju prethodnu epizodu postporođajne psihoze, prethodnu hospitalizaciju zbog manične ili psihotične epizode, nedavni prekid stabilizatora raspoloženja, primarnost, porodničke komplikacije, nedostatak sna i obiteljsku anamnezu bipolarnog poremećaja ili postporođajne psihoze. Longitudinalne studije sugeriraju da je većina slučajeva postporođajne psihoze povezana s bipolarnim poremećajem, a ne sa shizofrenijom.

2.3. Neonaticid i čedomorstvo

Čedomorstvo je jedan od najozbiljnijih rizika postporođajne psihoze. Stopa ubojstava dojenčadi do 1 godine starosti iznosi 8 na 100 000 u svijetu, ali nepoznato je koliko žena s postporođajnom psihozom počini čedomorstvo [7]. Pogoršanje simptoma, naredbene halucinacije i stres nove skrbi za dojenčad mogu povećati rizik od čedomorstva nakon poroda kod majke s psihozom. Čedomorstvo se također može dogoditi u kontekstu ozbiljnog PPD-a, uzrokovanog zanemarivanjem i zlostavljanjem, zbog neželjenog djeteta ili kao osveta djetetovog oca. Između 16% i 29% majki koje ubijaju djecu ubijaju se i same [6,7]. Neonaticid definira se kao ubojstvo novorođenčeta u roku od 24 sata od rođenja, a povezano je s poricanjem trudnoće, nedostatkom prenatalne skrbi, disocijacijom, depersonalizacijom i isprekidanom amnezijom poroda. Nametljive misli o potencijalnoj slučajnoj šteti koja se može dogoditi novorođenčetu su sveprisutne, a česte su i nametljive misli o namjernom oštećenju dojenčeta. Važno je uvjeriti žene da se na nasilne misli o naštetiti dojenčeta ili na čedomorstva rijetko postupa.

2.4. Etiologija i epidemiologija

Postporođajna depresija se može javiti u žena koje imaju depresiju i anksioznost u bilo kojem tromjesečju trudnoće.

Navode se faktori rizika koji se dijele na [8]:

Psihološki: Povijest depresije i anksioznosti, predmenstrualni sindrom (PMS), negativan stav prema bebi, nesklonost dječjem spolu, povijest seksualnog zlostavljanja trajni su čimbenici za razvoj postporođajne depresije.

Opstetrički faktori rizika: Rizična trudnoća koja uključuje hitni carski rez i hospitalizacije tijekom trudnoće. Prolaz mekonija, prolaps pupkovine, nedonoščad ili dijete s malim rođenjem i nizak hemoglobin povezani su s PPD-om.

Socijalni čimbenici: Nedostatak socijalne potpore može uzrokovati postporođajnu depresiju. Nasilje u obitelji u obliku seksualnog, tjelesnog i verbalnog zlostavljanja supružnika također može biti uzročni čimbenik u razvoju bolesti. Pušenje tijekom trudnoće faktor je rizika za razvoj PPD-a.

Način života: Prehrambene navike, ciklus spavanja, tjelesne aktivnosti i vježbanje mogu utjecati na postporođajnu depresiju. Poznato je da je vitamin B6 uključen u postporođajnu depresiju pretvaranjem u triptofan, a kasnije i serotonin, što, pak, utječe na raspoloženje. Ciklus spavanja jedan je od čimbenika koji utječu na rizik od depresije. Očito je da je smanjeno spavanje povezano s postporođajnom depresijom. Tjelesna aktivnost i vježbanje smanjuju simptome depresije. Vježbanje smanjuje nisko samopoštovanje uzrokovano depresijom. Tjelovježba povećava endogene endorfine i opioide što donosi pozitivne učinke na mentalno zdravlje. Ovo također poboljšava samopouzdanje i povećava sposobnost rješavanja problema te pomaže u fokusiranju na okolno okruženje.

Postporođajna depresija najčešće se javlja unutar 6 tjedana nakon poroda. PPD se javlja u oko 6,5% do 20% žena [9]. Češće se javlja kod adolescentica, majki koje rađaju prijevremeno rođenu djecu i žena koje žive u urbanim područjima. Afroameričke i latinoameričke majke prijavile su pojavu simptoma unutar 2 tjedna od porođaja, za razliku od bijelih majki, koje su kasnije prijavile pojavu simptoma kako izvještavaju istraživanja.

2.5. Patofiziologija

Trenutno nije poznata patogeneza postporođajne depresije. Sugerira se da genetički, hormonalni i psihološki i socijalni stresni faktori igraju ulogu u razvoju PPD-a [3,4,5].

Uloga reproduktivnih hormona u depresivnom ponašanju sugerira neuroendokrinu patofiziologiju za PPD. Postoji dovoljno podataka koji zagovaraju da promjene u reproduktivnim hormonima potiču poremećaj regulacije tih hormona kod osjetljivih žena. Patofiziologija PPD može biti uzrokovana promjenama višestrukih bioloških i endokrinih sustava, na primjer imunološkog sustava, osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda (HPA) i laktogenih hormona. Poznato je da je hipotalamičko-hipofizno-nadbubrežna os (HPA) uključena u proces bolesti postpartalne depresije. HPA os uzrokuje oslobađanje kortizola u traumi i stresu, a ako funkcija HPA osi nije normalna, tada odgovor smanjuje oslobađanje kateholamina što dovodi do slabe reakcije na stres. Hormoni koji oslobađaju HPA povećavaju se tijekom trudnoće i ostaju povišeni do 12 tjedana nakon poroda.

Brze promjene u reproduktivnim hormonima poput estradiola i progesterona nakon porođaja mogu biti potencijalni stresor kod osjetljivih žena, a te promjene mogu dovesti do pojave simptoma

depresije. Oksitocin i prolaktin također igraju važnu ulogu u patogenezi PPD-a. Ovi hormoni reguliraju refleks ispuštanja mlijeka, kao i sintezu majčinog mlijeka. Često se uočava da se istodobno javljaju zatajivanje laktata i pojava PPD-a. Niska razina oksitocina posebno se primjećuje kod PPD-a i neželjenog ranog odvikavanja. Tijekom trećeg tromjesečja, niže razine oksitocina povezane su s povećanim simptomima depresije tijekom trudnoće i nakon poroda [6].

2.6. Klinička slika

Postporođajna depresija dijagnosticira se kada je prisutno najmanje pet simptoma depresije tijekom najmanje 2 tjedna. U Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (DSM-V), postporođajna depresija se razmatra kada bolesnica ima veliku depresivnu epizodu zajedno s pojavom na peripartumu i ne spominje se kao zasebna bolest. Po definiciji se definira kao glavna depresivna epizoda s početkom trudnoće ili unutar 4 tjedna od poroda. Devet simptoma prisutno je gotovo svakodnevno i predstavljaju promjenu u odnosu na prethodnu rutinu. Dijagnoza bi trebala uključivati ili depresiju ili anhedoniju (gubitak interesa), uz pet simptoma koje treba dijagnosticirati.

Simptomi su sljedeći [10]:

- Depresivno raspoloženje (subjektivno ili primijećeno) prisutno je većinu dana
- Gubitak interesa ili zadovoljstva, veći dio dana
- Nesanica ili hipersomnija
- Psihomotorna zaostalost ili agitacija
- Bezvrijednost ili krivnja
- Gubitak energije ili umor
- Suicidalne ideje ili pokušaji i ponavljajuće misli o smrti
- Oštećena koncentracija ili neodlučnost
- Promjena težine ili apetita (promjena težine 5% tijekom 1 mjeseca) .

Ovi simptomi mogu dovesti do značajnih nevolja i/ili oštećenja. Nadalje, ovi se simptomi ne mogu pripisati tvari ili zdravstvenom stanju. Psihoteični poremećaj ne uzrokuje epizodu, niti je bio prethodna manična ili hipomanijska epizoda.

U desetoj reviziji Međunarodne statističke klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (ICD-10), definirano je da postporođajni početak bude unutar 6 tjedana nakon poroda. ICD-10 opisuje depresivnu epizodu na sljedeći način [11]:

- U tipičnim blagim, umjerenim ili ozbiljnim depresivnim epizodama, pacijent ima depresivno raspoloženje sa smanjenjem aktivnosti i energije

- Smanjen je kapacitet za uživanje, zanimanje i koncentraciju. Bolesnica se osjeća vrlo umorno nakon minimalnog napora, uz poremećaj spavanja i smanjeni apetit. Krivnja ili bezvrijednost su često prisutni, zajedno sa smanjenim samopoštovanjem i samopouzdanjem
- Somatski simptomi, poput anhedonije, neobičnog hodanja u ranim jutarnjim satima, uz uznemirenost, gubitak težine, gubitak libida, smanjeni apetit i izrazita psihomotorna zaostalost. Ovi se simptomi malo razlikuju od dana do dana i ne reagiraju na okolnosti
- Depresivna epizoda može se klasificirati kao blaga, umjerena ili teška i to ovisi o težini i broju simptoma.

Znakovi i simptomi PPD-a identični su nepuerperalnoj depresiji s dodatnom anamnezom porođaja. Simptomi uključuju depresivno raspoloženje, gubitak interesa, promjene u načinu spavanja, promjenu apetita, osjećaj bezvrijednosti, nesposobnost koncentracije i samoubilačke ideje. Žene također mogu iskusiti anksioznost. Bolesnice koje boluju od PPD mogu imati i psihotične simptome koji uključuju zablude i halucinacije (glasovi koji govore da štete dojenčetu).

PPD može dovesti do loše veze majke i djeteta, neuspjeha dojenja, negativne roditeljske prakse, bračne nesuglasice, kao i lošijih rezultata u vezi s tjelesnim i psihološkim razvojem djeteta. Remisija simptoma smanjit će rizik od ponašanja i psihijatrijskih problema u potomstva [12].

Prethodna epizoda PPD povećava budući rizik od velike depresije, bipolarnog poremećaja i PPD-a. Treba napomenuti i prošlu osobnu i obiteljsku povijest postporođajne depresije i postporođajne psihoze.

2.7. Dijagnoza i epidemiološki čimbenici

Postporođajna depresija je u psihijatrijskoj nomenklaturi strogo definiran kao glavni depresivni poremećaj (MDD), sa specifičnosti pojave nakon poroda u roku od 1 mjeseca nakon poroda. Međutim, depresija u žena tijekom postporođajnog razdoblja može započeti tijekom trudnoće ili se možda dogoditi nakon prvog postporođajnog mjeseca. Da bi se zadovoljili kriteriji za MDD, depresivno raspoloženje ili gubitak interesa ili užitka u aktivnostima moraju biti prisutni najmanje 2 tjedna [13]. Uz to mogu biti prisutni simptomi poremećaja spavanja, poremećaja apetita, gubitka energije, osjećaja bezvrijednosti ili krivnje, smanjene koncentracije i misli o samoubojstvu. Dijagnoza PPD izazovna je zbog promjena u načinu spavanja, promjena apetita i pretjeranog umora koji su rutina za žene nakon poroda.

Optimalno vrijeme za provjeru PPD je između 2 tjedna i 6 mjeseci nakon poroda [14]. Nekoliko mjera samoprijave koje su dostupne za pregled PPD-a uključuju Edinburšku skalu

postnatalne depresije, koja je potvrđeni i široko korišten upitnik od 10 stavki. Ocjena Edinburške postnatalne ljestvice depresije ≥ 12 ukazuje na vjerojatni PPD. Postporođajna depresija Screening Scale je još jedan self-izvješće screening mjera koja je popularna među kliničarima zbog njegove valjanosti konstrukta i naglaskom na kliničkim domena; međutim, zbog visokih lažno pozitivnih stopa za PPD, zabilježeno je da je manje precizna od Edinburške skale postnatalne depresije [9].

MOLIM VAS PODCRTAJTE KAKO STE SE NAJBLIŽE OSJEĆALI POSLJEDNIH 7 DANA			
1.	Mogla sam se smijati i vidjeti smiješnu stranu stvari i događaja	6.	Imala sam osjećaj da stvari izmiču kontroli
	• Jednako kao što sam i uvijek mogla		• Da, većinu se vremena nisam uopće mogla nositi s time
	• Ne više toliko kao nekad		• Da, katkad se nisam s time nosila dobro kao obično
	• Definitivno ne toliko kao nekad		• Ne, većinu sam se vremena nosila s time sasvim dobro
	• Nikako to nisam mogla		• Ne, nosila sam se s time kao i uvijek
2.	S užitkom sam očekivala i planirala stvari i događaje	7.	Bila sam toliko nesretna da sam imala teškoća sa spavanjem
	• Jednako kao i uvijek		• Da, većinu vremena
	• Relativno manje nego prije		• Da, katkad
	• Definitivno manje nego prije		• Ne prečesto
	• Gotovo da i nisam		• Ne, uopće
3.	Nepotrebno sam krivila samu sebe ako je nešto pošlo krivo	8.	Osjećala sam se tužno i jadno
	• Da, većinu vremena		• Da, većinu vremena
	• Da, nekoliko puta		• Da, prilično često
	• Ne baš često		• Ne prečesto
	• Ne, nikad		• Ne, uopće
4.	Bila sam uznemirena ili zabrinuta bez opravdanih razloga	9.	Bila sam toliko nesretna da sam plakala
	• Ne, uopće		• Da, većinu vremena
	• Gotovo da nisam		• Da, prilično često
	• Da, katkad		• Samo povremeno
	• Da, vrlo često		• Ne, nikad
5.	Bila sam preplašena ili uspaničena bez opravdana razloga	10.	Imala sam misli o samoozljeđivanju
	• Da, poprilično mnogo		• Da, prilično često
	• Da, katkad		• Katkad
	• Ne, ne mnogo		• Gotovo da nisam
	• Ne, ne uopće		• Nikad

Slika 2.7.1. Prikaz Edinburške ljestvice

Izvor: Cox JL., Holden JM., Sagovsky R. *Detection of postnatal depression: Development of the 10- item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry* 1987;150:782-86.

Sustavni pregled studija koje su dijagnosticirale depresiju klinički strukturiranim intervjuom izvijestio je da se prevalencija MDD-a i manje depresije kreće od 6,5–12,9% kroz prvih 6 postporođajnih mjeseci, a vrhunac je dosegla 2 i 6 mjeseci nakon poroda [14]. Veliko kohortno istraživanje provedeno u Danskoj izvijestilo je da je prvih 90 dana nakon poroda predstavljalo vrijeme povećanog rizika od novonastalog psihičkog poremećaja (uglavnom PPD) kod novih prvorodenih majki, ali ne i kod novih očeva [10]. Druge nedavne studije dokumentiraju povećani

rizik od MDD-a tijekom razdoblja nakon porođaja [11,12]. Prevalencija PPD varira u nezapadnim zemljama od 0,5–60%; kulturni čimbenici mogu utjecati na razvoj i izvještavanje o PPD-u [13].

PPD može biti povezan s diferencijalnom osjetljivošću na hormonalne fluktuacije. Eutimične žene s prethodnim PPD-om doživjele su disforiju nakon dodavanja i ukidanja suprafizioloških doza estradiola i progesterona, u usporedbi sa zdravim kontrolnim ispitanicima. Osim osjetljivosti na fluktuacije estrogena i progesterona, biološke su teorije uključivale i fluktuacije ostalih razina spolnih hormona i neuroaktivnih steroida nakon poroda, promijenjene citokine i hormone HPA osi te promijenjene razine masnih kiselina, oksitocina i arginin vazopresina. Uključivanje serotoninskog sustava predloženo je u izvješćima o izmijenjenom vezanju serotoninskog transportera trombocita te smanjeno vezanje postsinaptičkog serotonina-1A receptora u prednjem cingulatu i meziotemporalnom korteksu. Nedavno istraživanje koje je koristilo paradigmu neuropsihološke aktivacije funkcionalne magnetske rezonancije (fMRI) sugeriralo je promijenjenu neuronsku obradu u žena s PPD-om [22].

3. Liječenje

Prva linija liječenja postporođajne depresije je psihoterapija i antidepresivi. Psihosocijalna i psihološka psihoterapija prva je opcija liječenja žena s blagom do umjerenom postpartalnom depresijom, posebno ako se majke dvoume oko početka liječenja i ako će dojiti novorođenče. Kombinacija terapije i antidepresiva preporučuje se ženama s umjerenom do teškom depresijom. Selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina (SSRI) prvi su izbor. Treba paziti o prelasku na inhibitore ponovnog preuzimanja serotonin-norepinefrina (SNRI) ili mirtazapin ako je SSRI neučinkovit. Nakon postizanja učinkovite doze, nastavite liječenje 6 do 12 mjeseci kako biste spriječili povratak simptoma [6,8].

Farmakološke preporuke za žene koje doje trebaju uključivati raspravu o prednostima dojenja, rizicima primjene antidepresiva tijekom laktacije i rizicima neliječenih bolesti. Ponavljajuća transkranijalna magnetska stimulacija (TMS) tretman je koji može pružiti alternativu ženama koje doje i zabrinute su zbog toga što su njihove bebe izložene lijekovima [13]. Postoji najviše podataka o uporabi sertralina za prevenciju i liječenje postporođajne depresije. Rizik od dojenja tijekom uzimanja inhibitora ponovnog uzimanja serotonina relativno je nizak i žene se mogu poticati na dojenje dok su na antidepresivima. Nakon 12 tjedana utvrđeno je da je monoterapija kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) izvanredna i za monoterapiju sertralinom i za kombiniranu terapiju. Skupina za monoterapiju s KBT-om pronašla je najbrzanije početne dobitke nakon početka liječenja. Važan čimbenik u trajanju postporođajne depresije je odgođeno liječenje.

Transkranijalna magnetska stimulacija (TMS) postupak je koji nije neinvazivan i koristi magnetske valove za stimuliranje i aktiviranje živčanih stanica. Te su stanice nedovoljno aktivne u ljudi s velikom depresijom. Obično se radi pet puta tjedno tijekom 4 do 6 tjedana kako bi bio učinkovit. Radi se kod pacijenata koji ne reagiraju na antidepresive i psihoterapiju [15]. Općenito, TMS je siguran i dobro se podnosi, ali mogu postojati neke nuspojave koje uključuju glavobolju, vrtoglavicu, nelagodu vlasišta i trzanje mišića lica. Rijetke su neke ozbiljne nuspojave, uključujući napadaje, gubitak sluha ako zaštita za uši nije odgovarajuća i maniju kod ljudi s bipolarnim poremećajem.

Žene s teškom postporođajnom depresijom možda neće reagirati na psihoterapiju i farmakoterapiju. Pacijentima koji su otporni na četiri uzastopna ispitivanja lijekova preporučuje se ECT. ECT je posebno koristan u bolesnika s psihotičnom depresijom, s namjerom ili planovima za samoubojstvo ili čedomorstvo i odbijanjem jesti, što dovodi do pothranjenosti i dehidracije [9]. Nekoliko opažajnih studija predložilo je ECT kao sigurniju opciju za majke u laktaciji, jer ima manje štetnih učinaka i na majku i na dojenče.

Žene s teškom postporođajnom depresijom koja opada ili ne reagira na ECT; tim se bolesnicima preporučuje intravenski Brexanolone. Brexanolone je dobio odobrenje FDA u ožujku 2019. godine i to je prvi lijek koji je posebno odobren za postporođajnu depresiju. Brexanolone je vodena formulacija alopregnanolona, metabolita progesterona [6]. Brexanolone se preporučuje samo ako se žene ne stabiliziraju na antidepresivima ili ECT zbog njegove ograničene dostupnosti i ograničenog kliničkog iskustva.

3.1. Psihoterapija

Interpersonalna psihoterapija (IPT), kratkotrajno učinkovito liječenje MDD-a koja se bavi međuljudskim problemima (kao što su promjena uloga, bračni odnosi, socijalna podrška i životni stresori) vrlo je važna za potrebe žena tijekom postpartalnog razdoblja. Randomizirano kontrolirano ispitivanje izvijestilo je da je 12 sesija pojedinačnih IPT po učinkovitosti bilo superiornije od kontrole liste čekanja kod 120 žena s PPD-om u smanjenju depresije i poboljšanju socijalne prilagodbe [12]. Manja istraživanja u žena s PPD-om također su izvijestila da je pojedinačni IPT superiorniji od stanja čekanja.

Sustavni pregledi liječenja PPD sugeriraju da bi pojedinačni IPT, kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) i psihodinamička terapija mogli biti učinkoviti psihološki tretmani za PPD. Sveukupno, psihološki tretmani za PPD pokazuju umjereni učinak veličine; antidepresivi pokazuju veće učinke. Metodološke mane studija psihosocijalnih tretmana uključuju male veličine uzoraka, kratkotrajne tretmane, nedostatak kontrolnih skupina, loše definirane intervencije i mjere ishoda, nedostatak sudjelovanja partnera i nedostatak procjene ishoda dojenčadi. Žene s blagim PPD-om mogu odgovoriti na liječenje od strane zdravstvenih radnika ili na individualno ili grupno savjetovanje kod stručnjaka za mentalno zdravlje, iako će ženama s težim PPD-om možda trebati IPT ili KBT koje će primjenjivati obučeni stručnjaci i/ili antidepresivi. Žene koje doje mogu za liječenje PPD-a preferirati psihoterapiju više nego lijekove [11]. Prepreke sudjelovanju u psihoterapiji uključuju uočenu negativnu stigmju, nedostatak dostupnosti obučenog terapeuta za IPT ili KBT, vremensku posvećenost, potrebe za brigom o djeci i troškove.

3.2. Antidepresivi i dojenje

Žena koja doji s PPD-om mora odvagati potencijalnu djelotvornost antidepresiva za njezinu depresiju, potencijalne rizike izlaganja svog djeteta antidepresivima tijekom dojenja i poznate negativne učinke neliječenja svoje depresije na razvoj djeteta. Dojenje ima višestruku korist za novorođenče u razvoju, a žena s PPD-om može vjerovati da je dojenje važno pozitivno iskustvo koje je u stanju podijeliti sa svojim djetetom u depresivnom stanju. Sve je veća promatračka baza

nuspojava u novorođenčadi koja je izložena antidepresivima kroz majčino mlijeko, a izbor lijekova trebao bi se odabrati nakon pregleda tih podataka. Uprava za hranu i lijekove najavila je da će se lijekovi u budućnosti klasificirati prema sažetku rizika, kliničkim razmatranjima i podacima u pogledu laktacije. Mjerenje razine antidepresiva u dojenčadi i analize majčinog mlijeka nisu rutinski u kliničkoj skrbi, a omjeri mlijeka i plazme možda neće biti relevantni za štetne učinke. Kada se antidepresiv započne kod žene nakon porođaja, preporučuje se započeti s malim dozama i polako titrirati dozu, dok se nadgleda dojenče zbog neželjenih učinaka. Mogući štetni učinci na dojenčad uključuju razdražljivost, sedaciju, slabo debljanje ili promjenu načina hranjenja. Neželjeni događaji najvjerojatnije će se pojaviti u novorođenčadi do 8 tjedana starosti, a novorođenčad koja su rođena prerano ili imaju medicinske probleme mogu biti u povećanom riziku [16].

Izloženost dojenčadi antidepresivima može se svesti na minimum izbjegavanjem dojenja u vrijeme najveće koncentracije antidepresiva u majčinom mlijeku. Ako se primijete štetni učinci na dojenče, opcije uključuju smanjenje doze, prelazak na djelomično ili potpuno hranjenje iz boce ili promjenu lijeka. Važna je suradnja pedijatra i kliničara za mentalno zdravlje. Izvedeno je nekoliko pregleda sigurnosti selektivnih inhibitora ponovnog preuzimanja serotonina (SSRI), tricikličkih antidepresiva (TCA) i novijih antidepresiva kod dojenja [13]. Skupnom analizom razina antidepresiva u dijadama majke i dojenčadi zaključeno je da sertralin, paroksetin i nortriptilin obično daju neotkrivenu razinu dojenčadi u serumu i da su povišene razine dojenčadi vjerojatnije kod fluoksetina i citaloprama. Poznato je da sertralin ima minimalan ili nikakav učinak na središnji transport serotonina u dojenčeta. Ako je žena nakon porođaja nesigurna s antidepresivnom terapijom za koju se zna da je potencijalno povezana s blagim štetnim učincima ili visokom razinom seruma za dojenčad, možda će biti korisnije pažljivo nadgledati dojenče, a ne zamijeniti antidepresiv. Čak i ako nema štetnih učinaka i nemjerljivih razina u dojenčadi, dugoročni učinci izlaganja antidepresivima kroz majčino mlijeko na kognitivni, motorički, neurološki i bihevioralni razvoj djeteta nisu jasni.

3.3. Prognoza i komplikacije postporodajne depresije

Postporodajna depresija ima posljedice izvan tjelesne štete za dijete. Podaci otkrivaju da stanje utječe i na vezu majke i djeteta. Često se s djetetom postupa neprimjereno s vrlo negativnim stavom. To može imati značajan utjecaj na rast i razvoj djeteta. Utvrđeno je da djeca rođena od majki s postporodajnom depresijom pokazuju izrazite promjene u ponašanju, promijenjeni kognitivni razvoj i rani početak depresivne bolesti. Što je još važnije, ta su djeca često pretila i

imaju disfunkciju u socijalnim interakcijama. Postporođajna depresija pogađa majku, oca i dojenče.

Majka: to može dovesti do kroničnog depresivnog poremećaja ako se ne liječi na vrijeme. Čak i ako se liječi, PPD može predstavljati rizik za buduće epizode velike depresije.

Otac: to može biti poticajni čimbenik depresije kod oca, jer će ovo biti stresan događaj za cijelu obitelj.

Dojenče: u djece čije majke boluju od postporođajne depresije imaju incidenciju pojave poremećaja ponašanja u kasnijoj dobi. Češće se viđaju kašnjenja u razvoju jezika. Također mogu patiti od problema sa spavanjem, poteškoća s prehranom, pretjeranog plakanja i poremećaja nedostatka pažnje/hiperaktivnosti (ADHD) [17].

4. Skrb za ženu s postporođajnom depresijom

Znanje, vještine, stavovi, kritička analiza i donošenje odluka se s vremenom poboljšava obrazovanjem i iskustvom medicinske sestre. Očekuje se da će medicinske sestre provoditi samo one procjene i intervencije za koje imaju odgovarajuće kompetencije. Nadalje, imperativ je da medicinske sestre traže odgovarajuće savjetovanje u slučajevima kada potrebe žene oboljele od postporođajne depresije zahtijevaju multidisciplinarni pristup. Također je važno je napomenuti da dijagnozu postporođajne depresije može uspostaviti samo klinički dijagnostički razgovor koji je obavio obučeni stručnjak za mentalno zdravlje.

Kako je etiologija postporođajne depresije raznolika, mogu biti potrebne i višefaktorske, intervencije zdravstvenih radnika. Kao takvo, priznaje se da učinkovita zdravstvena zaštita ovisi o koordiniranom interdisciplinarnom pristupu uključivanje stalne komunikacije između zdravstvenih radnika i majki uz uključivanje ženinih sklonosti i potreba.

Nadalje, postporođajna skrb u razlikuje se od zemlje do zemlje, lokacije i zdravstvenih radnika. Trenutno su žene koje su rodile vaginalno obično otpuštene iz bolnice u roku od 48 sati od poroda. Zbog kraćeg trajanja boravka, velik dio odgovornosti skrb u postporođajnom razdoblju pružaju zdravstveni radnici u zajednici u raznim okruženjima. Međunarodno su medicinske sestre u zajednici ključni profesionalci u pružanju zdravstvene zaštite majkama u postpartalnom razdoblju, a potiče se međunarodna istraživačka suradnja. Dvoje istraživača s Europske akademije za medicinske sestre (EANS) identificirali su potrebu za suradnjom i jačanjem istraživačkih kapaciteta i rasprava o postnatalnoj depresiji, pitanju javnog sestrinstva u svim zemljama [18].

4.1. Specifičnosti skrbi na psihijatrijskom odjelu

Rad psihijatrijske medicinske sestre značajno se razlikuje u odnosu na rad na drugim odjelima. Somatska medicina se najprije bavi trenutnim tjelesnim problemima bolesnika. To podrazumijeva odnos prema bolesniku kao prema objektu, dok se njegovo emocionalno i mentalno zdravlje stavlja u drugi plan. Na psihijatrijskom odjelu medicinska sestra/tehničar se ponajprije brine o njegovom mentalnom zdravlju i samom emocionalnom statusu. Kada bi se njezina uloga stavljala u samo davanje lijekova, rad bi se mogao protumačiti kao čuvanje bolesnika [19]. Odnos koji se razvija sa bolesnikom koji boluje od shizofrenije ili bilo kojeg drugog psihičkog poremećaja je kao prema osobi, kao prema subjektu koji može biti partner u svojem terapijskom procesu. Stvaranjem partnerskog/suradničkog odnosa s bolesnikom stvara se dobar temelj kod bitnih čimbenika o kojima ovisi terapijski proces u liječenju. Uključivanjem i članova obitelji kao odgovorne partnere u procesu liječenja trebalo bi biti na dobrobit bolesnika i ostalih članova obitelji.

Ono što je srž rada na psihijatrijskom odjelu je da medicinska sestra/tehničar doživljavaju sebe kao osobe koje se bave bolesnikom, a ne bolešću. Iskustvo nam govori da često kvaliteta njihovog odnosa s bolesnikom ovisi o tome hoće li bolesnik uzimati lijekove, održavati osobnu higijenu, sobu, imati ispade i slično. Ovisit će i mnogi drugi aspekti bolesnikova ponašanja, problemi ponašanja ili psihopatološke promjene u strukturi bolesnikove osobnosti.

4.2. Uspostavljanje terapijskog odnosa

Terapijski odnos je definiran kao interakcija između dvije osobe, u ovom slučaju medicinske sestre i oboljele od postporođajne depresije, u kojoj suradnja oboje pridonosi kurativnoj klimi, promičući rast i/ili sprječavanje bolesti. Postoji nekoliko prepreka za terapijski odnos medicinske sestre i oboljele, jer su oni obično očajnički, s poteškoćama u izražavanju simptoma i strahu od posljedica te suočavanju s potrebom promjene [20]. Često je taj prvi kontakt sa medicinskom sestrom ili drugim članom zdravstvenog tima protiv volje bolesnika, jednostavno zbog srama oboljele.

Skrb o oboljelima od postporođajne depresije od medicinske sestre traži razumijevanje, empatiju i borbu protiv stigmatizacije od psihičkih poremećaja kako bi se što učinkovitije uspostavila terapijska povezanost. Medicinska sestra mora imati sposobnost vidjeti oboljelu i izvan okvira bolesti kada je žena u strašnoj agoniji, beznađu, strahu ili patnji, čak i kada su prisutne suicidalne ideje. Zdravstveni radnik mora razumjeti da oboljele žive u jednom začaranom krugu bolesti te da teško razlikuju stvarnost od iskrivljene slike. Iz svih ovih razloga potrebno je puno napornog rada da medicinske sestre razumiju oboljelu koja boluje od mentalne patologije i da je za učenje življenja sa simptomima i pridržavanje uzimanja terapije radi sprečavanja recidiva.

Kako bi se uspostavio terapijski odnos medicinska sestra i oboljela od postporođajne depresije, koristi se Teorija Hildegard Peplau o međuljudskim odnosima koja je razvijena 1952. godine [21]. Ta teorija objašnjava kako pri prvom kontaktu medicinska sestra mora biti usredotočena na njegu i skrb pri terapijskom odnosu. Peplau navodi da je terapijski interpersonalni odnos proces koji se odvija između dvije ili više osoba i da ta interakcija postaje terapijska tek kad medicinska sestra bude svjesna njezine komunikacije i preuzme odgovornost za nju. U literaturi Rogers podupire tu teoriju te naglašava da se u takvom odnosu preuzima uloga podrške te zahtijeva poznavanje originalnosti, autentičnosti, samospoznaje i sposobnosti za empatiju. Teorija H. Peplau koja se odnosi na međuljudske odnose bazira se na psihobiološkim iskustvima koji bolesnika potiču na razvijanje konkretnih odgovora na potrebe, frustriranost, otpor i uznemirenost te se temelji na četiri faze odnosa između medicinske sestre i oboljelog, što kreće identifikacijom, orijentiranosti i rješavanjem problema [22].

Faza orijentacije je složena kod bolesnika i presudna za početak odnosa. Važno je da oboljela osoba razumije probleme s kojima se susreće i osjeti potrebu za suradnjom. Ono što je u ovoj fazi najvažnije je da oboljela razumje poteškoće s kojima se suočava i potrebu za suradnjom. Faza identifikacije dolazi nakon ženine svijesti o problemu i bolesti, gdje postoje međusobno ovisni ciljevi. U fazi iskorištavanja oboljela istražuje sve mogućnosti koje joj se nude u fazi liječenja. U toj fazi medicinska sestra pruža razne mogućnosti za stabilizaciju i prezentira programe za uspješnu rehabilitaciju. Kod završne faze rješavanja ispunjavaju se zahtjevi oboljele kako bi se završio terapijski proces [20]. Ta faza se kod žene s postporođajnom depresijom realizira tek na kraju samog procesa rehabilitacije jer je tek tada je oboljela osoba u mogućnosti biti kritična i spremna nastaviti živjeti sa svojom bolešću na način da to predstavlja zadovoljstvo i pruža samostalnost u realizaciji vlastitih potreba.

4.3. Odnos nakon uspostavljanja terapijske veze

Rezultat sestrinskih intervencija kod osobe oboljele od postporođajne depresije ne ovisi samo o uspješnosti nego i o uključenosti članova obitelji i samog društva. To se smatra vrlo bitno u terapijskom procesu i procesu oporavka. Multidisciplinarnim pristupom ulaže se veliki napor koji je presudan u liječenju. Ovisi ne samo o uspješnosti bolesnice, već i o sudjelovanju čitave obitelji i društva. Dakle, sposobnost medicinske sestre za timski rad također je jedna od bitnih karakteristika.

Kada se uspostavi terapijski odnos, osim kontrole uzimanja lijekova, provodi se i psihoedukaciju za oboljelu osobu i članove obitelji koja se bazira na učenju o postporođajnoj depresiji, kliničkoj slici i važnosti dosljednosti kod uzimanja lijekova. Psihoedukacija je intervencija koja pruža složena znanja o bolesti. Kako je važno razumjeti bolest jednako je važno i suočiti se s njom. Psihoedukacijski programi stoga bi trebali informirati o bolesti i njenom razvoju, kao i omogućiti učinkovitu strategiju suočavanja s ciljem prilagođavanja bolesti, osvijestiti bolesnicu na upozoravajuće znakove moguće psihotične krize i spriječiti povratak [23].. Kada se oboljela osoba pridržava uputa, uz psihoedukaciju i psihosocijalna rehabilitacija sprečava se pojava recidiva i potrebe za hospitalizacijom. Za postizanje snažnog terapijskog odnosa, pored fokusa na psihoedukaciju, većeg uvida i kontrolu terapije, važno je uključiti i protokol prema oporavku bez stigmatizacije. Oboljela osoba je dio te rehabilitacije gdje medicinska sestra ima aktivnu ulogu u okviru svojih kompetencija tako da nastavlja taj terapijski odnos sa ostalim članovima multidisciplinarnog tima. Takva psihosocijalna rehabilitacija bolesniku, zajednici i obitelji označava etički imperativ.

4.4. Sestrinski postupci u radu s osobom oboljelom od postporođajne depresije s suicidalnim idejama

Sva suicidalna ponašanja su ozbiljna, bez obzira na namjeru. U procjeni suicidalnog ponašanja osoba oboljelih od postporođajne depresije veliki naglasak je na smrtnosti metode kojom se prijeti i na sredstvima kojima se planira ili pokušava suicid. Sama procjena suicidalne osobe uključuje da li je osoba napravila specifičan plan i da li su joj dostupna sredstva da provede svoj plan.

Najsuicidalnija je ona osoba koja planira nasilnu smrt, ima specifičan plan i dostupna sredstva. Suicidalno predviđanje nije moguće na svakoj razini. Medicinska sestra procjenjuje svakog pojedinca prema poznatim faktorima rizika za suicid i određuje značenje svakog elementa za potencijalno suicidalno ponašanje. Dijagnoza suicidalnog ponašanja mora se temeljiti na razmatranju ozbiljnosti i neposrednosti bolesnikove štetne aktivnosti. Sestrinska dijagnoza je povezana sa sestrinskim promatranjem u kombinaciji s prikupljenim podacima od strane drugih zdravstvenih djelatnika i informacijama koje je dobila od bolesnika.

Plan sestrinske skrbi mora se temeljiti na zaštiti oboljele osobe od ozljede i mora se naglasiti faktori koji doprinose bolesnikovu opasnom ponašanju. Proces planiranja uključuje i pružanje edukacije bolesnici o specifičnosti bolesti. Najveći prioritet sestrinskih intervencija su intervencije koje štite bolesnicu od izravne opasnosti. Sestrinske dijagnoze ovisiti će o suicidalnim idejama osobe oboljele od PPD te o vrsti simptoma i njihovom intenzitetu.

Razina kontrole suicidalnih bolesnika u bolničkim uvjetima [24]:

- **Konstantno promatranje** – osoblje nadzire 24 sata bolesnika, kako bi fizički kontakt bio promptni, korištenje kupaonice s otvorenim vratima, bolesnik nema izlaz iz zgrade
- **Provjere, zatvorene opservacije** – osoblje obilazi bolesnika svakih 15 minuta za vrijeme budnosti i spavanja. Upotreba kupaonice je s zatvorenim vratima, ali uz superviziju. Bolesnik može napustiti odjel samo iz medicinskih razloga uz dozvolu liječnika uz pratnju medicinskog osoblja
- **Otvorena opservacija** – osoblje obilazi bolesnika svakih 15 minuta tijekom budnog stanja ili spavanja, provjera boravka u kupaonici, bolesnik javlja osoblju kuda se kreće
- **Zatvorena supervizija** – osoblje obilazi bolesnika svakih 30 minuta tijekom budnosti i svakih 15 minuta tijekom spavanja, nema provjere u kupaonici, bolesnik se javlja kuda se kreće
- **Otvorena supervizija** – osoblje obilazi bolesnika svakih 60 minuta tijekom budnosti i svakih 30 minuta tijekom spavanja, bolesnik se javlja osoblju kuda se kreće.

4.5. Odgovornosti medicinskih sestara

Medicinske sestre imaju presudnu ulogu u identificiranju i intervencijama za postporođajni psihijatrijski poremećaj i trebaju prepoznati utjecaj na žene i njihove obitelji uz podršku i edukaciju nakon poroda za psihijatrijske poremećaje radi poboljšanja svijesti postporođajnih psihijatrijskih poremećaja i ojačati odnos roditelja i novorođenčadi.

Odgovornosti su slijedeće [25]:

- Osigurati učinkovitu komunikaciju i razumijevanje detalja bolesnice posebno uključujući antenatalnu i postnatalnu skrb
- Utvrditi čimbenike rizika povezane s postporođajnim psihijatrijskim poremećajem, uključujući prenatalnu depresiju, brigu za dijete, nedostatak socijalne potpore, prenatalnu anksioznost, bračno nezadovoljstvo, povijest prethodnih depresija, težak temperament dojenčeta, nisko samopoštovanje, niski socioekonomski status, neplanirana/neželjena trudnoća
- Medicinska sestra treba prepoznati simptome bolesti, spektar postporođajnih psihijatrijskih poremećaja u rasponu od „baby blues“ do postporođajnih psihoza opasnih po život i poznavanje niza mogućnosti liječenja dostupnih za razne postporođajne psihijatrijske poremećaje
- Medicinska sestra treba procijeniti misli žena i osigurati sigurnost majke i njenog djeteta i zablude, složene s osjećajem razdražljivosti i poteškoća u kontroli emocija
- Medicinska sestra mora biti na oprezu zbog znakova disfunkcije i mora biti pripremljena da pomogne u promicanju vezanosti između majke i djeteta, preporuka majke i obitelji za usluge podrške i savjetovanje, zagovaranje obitelji koja daje prednost te obavljanje potrebnih obiteljskih funkcija
- Pomagati majci u tehnikama dojenja
- Održavati terapijski odnos i zajednicu
- Održavati detalje i sveobuhvatno razumijevanje prisutnog psihijatrijskog poremećaja
- Otvoreno raspravljati oko zabrinutosti korištenja psihofarmakoterapije i koristi te mogućih rizika liječenja za vrijeme dojenja
- Medicinska sestra treba majke educirati o dostupnosti skrbi i podrške ako se simptomi pojave i o ozbiljnosti posljedica neliječenja bolesti.

Medicinske sestre imaju vitalnu ulogu u maksimiziranju zdravlja i zdravstvenih iskustva trudnica i novopečenih majki te potiču savezne i privatne planove zdravstvenog osiguranja da se pruže odgovarajuće mogućnosti liječenja ženama koje pate od postporođajne depresije.

4.6. Važnost edukacije u svrhu prevencije

Cilj edukacije je pružiti obrazovne informacije za perinatalno sestrinsko osoblje specifično za skrb kod pojave postporođajne depresije, uključujući metode probira bolesnica valjanim alatom u bolničkom okruženju. Pružajući informacije, cilj je pripremiti perinatalno sestrinsko osoblje znanjem potrebnim za učinkovito obavljanje svojih važnih uloga u pružanju skrbi ranjive populacije, čime se poboljšava postotak bolesnika za koje je utvrđeno da su u riziku ili pate od postporođajne depresije. Po završetku edukacije i prije otpuštanja, bolesnica će dobiti vanjske izvore za traženje liječenja unutar zajednice da potencijalno poboljšaju svoje mentalno i bihevioralno zdravstveno stanje smanjenjem štetnih učinaka PPD-a na sebe i svoju djecu.

Rizično ponašanje koje pokazuju majke u depresiji koje dovode dojenče ili dijete u opasnost uključuje nezainteresiranost za dijete i nadzor nad djetetom, nedostatak osnovne sigurnosti mjera u vezi sa sustavima sigurnost djeteta, nedostatkom smjernica i nadzor nad prehranom koja rezultira prekomjernom ili nedostatnom težinom djece i nedostatkom stabilnog kućnog okruženja [20]. Ta se ponašanja mogu odvratiti ranim probiranjem i liječenjem majki od PPD, što utječe na pozitivne društvene promjene. Rana identifikacija bolesnice koja je u riziku od ili imaju depresiju, pruža put za ranu intervenciju i liječenje kako bi se smanjili često viđeni štetni događaji koji uključuju žene s PPD-om. Depresivne majke bore se sa svakodnevnim životom i postaju neangažirane i povučene od onih oko sebe. One mogu postati sve razdražljivije što rezultira češćim mislima o ne zbrinjavanju dojenčeta ili njih samih, što rezultira većim sudjelovanjem službi za skrb o djeci.

Cilj edukacije je stvoriti pozitivne društvene promjene i utjecaj na zajednicu, što dokazuje smanjen broj samoubojstava majki i smanjenje smrtnost dojenčadi od majke koja je boluje od PPD-a.

4.7. Moguće sestrinske dijagnoze

Sestrinska dijagnoza je aktualan ili potencijalni zdravstveni problem koji su medicinske sestre s obzirom na njihovu edukaciju i kompetenciju ovlaštene tretirati. Na temelju kritičke analize bolesnikovog ponašanja, naravi psihičkog poremećaja i brojnih drugih činitelja donosi se sestrinska dijagnoza koja služi sestrinskom timu kao vodič u provođenju sestrinske skrbi [18]. Sestrinska dijagnoza je klinički sud o odgovorima (reakcijama) pojedinca, obitelji ili zajednice na potencijalni zdravstveni problem ili životne procese. Dijagnoza čini osnovu za odabir intervencija iz zdravstvene njege usmjerenih postizanju ciljeva za koje su odgovorne medicinske sestre.

Moguće sestrinske dijagnoze bolesnice koja boluje od postporođajne depresije [26]:

- Visok rizik za samoozljeđivanje
- Anksioznost u/s neizvjesnim ishodom bolesti
- Smanjena mogućnost brige o sebi – osobna higijena
- Neupućenost
- Strah
- Socijalna izolacija u/s depresivnog stanja
- Smanjena tjelesna aktivnost
- Visok rizik za samoubojstvo
- Nesanica.

4.7.1. Visok rizik za samoozljeđivanje

Definicija: Stanje u kojem pojedinac pokazuje naznake da će sam sebe namjerno ozlijediti ili nagrditi. Česta ponašanja samoozljeđivanja: rezanje, bodenje, udaranje glavom, grebanje, udaranje, paljenje kože, udaranje/šamaranje, uzimanje povećanih doza lijekova/droga, anoreksično/bulimično ponašanje, gutanje predmeta, čupanje kose, namjerno nepridržavanje terapijskog režima.

Čimbenici rizika:

- invalidnost
- kronična bolest
- bol
- završni stadij bolesti
- ovisnosti
- psihoorganski poremećaji
- psihijatrijske bolesti
- nezadovoljstvo ishodom liječenja
- medicinsko - tehnički postupci
- gubitak bliske osobe
- rastava braka
- socijalna izolacija.

Cilj:

- Bolesnica se neće samoozljeđivati
- Bolesnica će znati verbalizirati osjećaj bespomoćnosti.

Sestrinske intervencije:

- Pratiti i procjenjivati stupanj ozbiljnosti bolesničine namjere svakodnevno
- Ukloniti potencijalno opasne predmete iz bolesnikove neposredne okoline
- Pratiti da bolesnica nije smješten sama u sobi
- Poticati bolesnicu da prepozna stresne situacije koje mogu prouzročiti samo destruktivne misli
- U suradnji s liječnikom i psihoterapeutom dogovoriti tretmane psihosocijalne podrške
- Uključiti bolesnicu u grupni terapijski proces
- Pratiti bolesničino ponašanje, posebno izolaciju i anksioznost te nagle promjene u ponašanju
- Omogućiti bolesnici uravnotežene periode spavanja, odmora i aktivnosti
- Osigurati socijalnu potporu
- Uključiti obitelj u cjelokupan proces liječenja i rehabilitacije [25,26].

4.7.2. Anksioznost u/s neizvjesnim ishodom bolesti

Definicija: Nejasan osjećaj neugode i / ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti.

Čimbenici rizika:

- Dijagnostičke i medicinske procedure/postupci
- Prijetnja fizičkoj i emocionalnoj cjelovitosti
- Promjena uloga
- Promjena okoline i rutine
- Izoliranost (osjećaj izolacije)
- Smanjena mogućnost kontrole okoline
- Strah od smrti
- Prijetnja socioekonomskom statusu
- Interpersonalni konflikti

- Nepoznati čimbenici – nema razloga za nastajanje vodećih obilježja.

Cilj:

- Bolesnica će za vrijeme hospitalizacije moći prepoznati i nabrojiti znakove i čimbenike rizika anksioznosti
- Bolesnica će znati verbalizirati svoje osjećaje.

Sestrinske intervencije:

- Stvoriti profesionalan empatijski odnos s bolesnicom
- Opažati neverbalne izraze anksioznosti, izvijestiti o njima
- Redovito informirati bolesnicu o tretmanu i planiranim postupcima
- Potaknuti bolesnicu da izrazi svoje osjećaje
- Potaknuti bolesnicu da prepozna činitelje koji potiču anksioznost
- Educirati bolesnicu o tehnikama opuštanja
- Educirati obitelj bolesnice o važnosti pružanja psihološke podrške [25,26].

4.7.3. Smanjena mogućnost brige o sebi – osobna higijena

Definicija: Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog obavljanja osobne higijene.

Čimbenici rizika:

- Senzorni, motorni i kognitivni deficit
- Dob pacijenta
- Bolesti i traume lokomotornog sustava: frakture, kontrakture, pareze, hemipareze, amputacija ekstremiteta
- Neurološke bolesti
- Dijagnostičko terapijski postupci: i.v terapija, trajna infuzija, primjena kisika, gips/udlaga, nazogastrična sonda, mehanička ventilacija, drenažni sustav
- Psihičke bolesti: depresija
- Poremećaj svijesti: kvalitativni, kvantitativni
- Bol
- Smanjeno podnošenje napora
- Okolinski činitelji
- Ordinirano mirovanje.

Cilj:

- Bolesnica će samostalno obavljati osobnu higijenu.

Sestrinske intervencije:

- Poticati bolesnicu na obavljanje osobne higijene
- Stvoriti sigurno okruženje
- Osigurati privatnost prilikom obavljanja osobne higijene
- Pomoći bolesnici pri jutarnjem uređivanju
- Osigurati bolesnici potreban pribor
- Pružiti bolesnici psihološku podršku [25].

4.7.4. Neupućenost

Definicija: Nedostatak znanja i vještina o specifičnom problemu.

Čimbenici rizika:

- Kognitivno perceptivna ograničenja
- Gubitak pamćenja
- Nepoznavanje izvora točnih informacija
- Pogrešna interpretacija informacija
- Nedostatak iskustva
- Nedostatak motivacije za učenje
- Tjeskoba
- Depresija
- Sociokulturološke i jezične barijere.

Cilj:

- Bolesnica će verbalizirati specifična znanja
- Bolesnica će demonstrirati specifične vještine.

Sestrinske intervencije:

- Poticati bolesnicu na usvajanje novih znanja i vještina
- Prilagoditi učenje bolesničnim kognitivnim sposobnostima
- Podučiti bolesnicu specifičnom znanju
- Pokazati bolesnici specifičnu vještinu

- Osigurati pomagala tijekom edukacije
- Poticati bolesnicu i obitelj da postavljaju pitanja
- Poticati bolesnicu da verbalizira svoje osjećaje
- Osigurati vrijeme za verbalizaciju naučenog
- Omogućiti bolesnici demonstriranje specifične vještine
- Pohvaliti bolesnicu za usvojena znanja [26].

4.7.5. Socijalna izolacija u/s depresivnog stanja

Definicija: Stanje u kojemu pojedinac ima subjektivni osjećaj usamljenosti te izražava potrebu i želju za većom povezanosti s drugima, ali nije sposoban ili u mogućnosti uspostaviti kontakt.

Čimbenici rizika:

- Psihički poremećaj
- Zarazna bolest
- Neizlječiva bolest
- Popratne pojave liječenja
- Fizički hendikep
- Nezadovoljstvo fizičkim izgledom
- Ovisnosti
- Dugotrajna izloženost stresu
- Bolničko liječenje
- Odsustvo obitelji, prijatelja ili druge podrške
- Nepovoljna ekonomska situacija.

Cilj:

- Bolesnica će identificirati razloge osjećaja usamljenosti
- Bolesnica će razviti suradljiv odnos
- Bolesnica će tijekom hospitalizacije razvijati pozitivne odnose s drugima.

Sestrinske intervencije:

- Provoditi dodatno dnevno vrijeme s bolesnicom
- Uspostaviti suradnički odnos
- Poticati bolesnicu na izražavanje emocija

- Poticati bolesnicu na uspostavljanje međuljudskih odnosa
- Poticati bolesnicu na razmjenu iskustava s drugim bolesnicima
- Podučiti bolesnicu asertivnom ponašanju
- Ohrabrivati ju i pohvaliti za svaki napredak
- Osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba
- Osigurati pomoć ostalih članova zdravstvenog tima
- Upoznati ju sa suportivnim grupama
- Uključiti bolesnicu u grupnu terapiju
- Uključiti bolesnicu u radno okupacionu terapiju [25].

5. Zaključak

Zbog visokog morbiditeta postporođajne depresije, danas je fokus na prevenciji. Za razliku od psihijatra, medicinska sestra je u primarnoj poziciji da prije poroda identificira žene s visokim rizikom za postporođajne poremećaje raspoloženja. Tijekom prijema medicinska sestra može identificirati ženu koja je prethodno imala depresiju ili postpartalni blues. Nadalje, bilo koju ženu koja razvije depresiju tijekom trudnoće treba identificirati i pomno pratiti medicinska sestra ili pružatelj primarne zdravstvene zaštite. Ovim ženama je potrebna edukacija i podrška o dostupnim tretmanima. Neke od ovih žena mogu imati koristi od savjetovanja s terapeutom, a drugima će trebati podrška psihijatra za liječenje antidepressivom nakon poroda. I farmakološka i nefarmakološka profilaksa korištene su u takvim uvjetima s promjenljivim uspjehom. Također postoji mnoštvo dokaza da postpartalne žene s depresijom koje se liječe imaju mnogo bolje iskustvo vezivanja majke i djeteta od onih žena koje se odriču liječenja. Što je još važnije, dojenčad majki koje su depresivne također mogu razviti razne probleme s raspoloženjem i ponašanjem, kao i pretilost kasnije u životu.

Unatoč svijesti o postporođajnoj depresiji, mnoge žene propuštaju liječenje jer ih se jednostavno ne prati nakon trudnoće. Stoga je uloga medicinske sestre u posjeti nakon porođaja presudna. Edukacija o odgoju i porodu novopečenih majki kada i kako tražiti pomoć i podršku koja bi im mogla trebati za porod. Educirane žene i njihovi supružnici o znakovima i simptomima postporođajne depresije, može povećati šanse da će žena koja pati imati odgovarajuću skrb i liječenje.

6. Literatura

1. M. Ghaedrahmati, A. Kazemi, G. Kheirabadi, A. Ebrahimi, M. Bahrami: Postpartum depression risk factors: A narrative review, *J Educ Health Promot*, br.6, 2017, str. 60
2. T.C. Couto, M.Y. Brancaglioni, A. Alvim-Soares, L. Moreira, F.D. Garcia, R. Nicolato, R.A. Aguiar, H.V. Leite, H. Corrêa H: Postpartum depression: A systematic review of the genetics involved, *World J Psychiatry*, br. 5, ožujak 2015, str. 103-111
3. S. Meltzer-Brody: New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum, *Dialogues Clin Neurosci*, br. 13, siječanj 2011 str. 89-100
4. M.W. O'Hara, J.E. McCabe: Postpartum depression: current status and future directions, *Annu Rev Clin Psychol*, br. 9, 2013, str. 379-407
5. C. Cardillac, C. Rua, E.G. Simon, W. El-Hage: Oxytocin and postpartum depression, *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, br. 45, listopad 2016, str. 786-795
6. N. A. Lakkis, D.M. Mahmassani: Screening instruments for depression in primary care: a concise review for clinicians, *Postgrad Med*, br. 127, siječanj 2015, str. 99-106
7. C.T. Beck, K. Records, M. Rice: Further development of the postpartum depression predictors inventory-revised, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, br. 35, 2006, str. 735-745
8. P.J. Cooper, M. Tomlinson, L. Swartz, M. Woolgar, L. Murray, C. Molteno: Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement, *Br J Psychiatry*, br. 176, 1999, str. 554-558
9. T. Cristescu, S. Behrman, S.V. Jones, et al: Be vigilant for perinatal mental health problems, *Practitioner*, br. 259, 2015, str. 19-232
10. R.A. Elshatarat, M.I. Yacoub, Z.T. Saleh, I.A. Ebeid, A.H. Abu Raddaha, M.S. Al-Za'areer, R.S. Maabreh: Perinatal Nurses' and Midwives' Knowledge About Assessment and Management of Postpartum Depression, *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, br. 56, listopad 2018, str. 36-46.
11. S. Rees, S. Channon, C.S. Waters CS: The impact of maternal prenatal and postnatal anxiety on children's emotional problems: a systematic review, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, br. 28, veljača 2019, str. 257-280
12. B. Gurung, L.J. Jackson, M. Monahan, R. Butterworth, T.E. Roberts: Identifying and assessing the benefits of interventions for postnatal depression: a systematic review of economic evaluations, *BMC Pregnancy Childbirth*, br. 21, ožujak 2018, str. 179

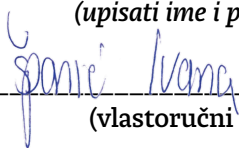
13. B.S. Prevatt, E.M. Lowder, S.L. Desmarais: Peer-support intervention for postpartum depression: Participant satisfaction and program effectiveness, *Midwifery*, br. 64, studeni 2018, str. 38-47
14. J.O. Fahey, E. Shenassa: Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the perinatal maternal health promotion model, *J Midwifery Womens Health*, br. 58, 2013, str. 613–621
15. D.A. Forster, H.L. McLachlan, M.A. Davey, et al: Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial, *BMC Pregnancy Childbirth*, br. 16, 2016, str. 28
16. J.A. Rayner, H.L. McLachlan, L. Peters L, et al: Care providers' views and experiences of postnatal care in private hospitals in Victoria, Australia, *Midwifery*, br. 29, 2013, str. 622–627.
17. S.J. Brown, M.A. Davey, F.J. Bruinsma: Women's views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers, *Midwifery*, br. 21, 2005, str. 109–126
18. M.G. Jenkins, J.B. Ford, A.L. Todd, et al: Women's views about maternity care: how do women conceptualise the process of continuity, *Midwifery*, br. 31, 2015, str. 25–30
19. J. Favrod, A. Maire: *Recuperar da Esquizofrenia*. 1st ed. Portugal: Lusociência, Loures, br. 15, 2014, str. 15–36
20. K.L. Sitzman, L.W. Eichelberger: *Understanding the work of nurse theorists- a creative beginning*, 2nd ed. Sudbury, Massachusetts, USA: Jones and Bartlett Publishers, 2011, str. 147–151
21. H. Peplau: *Relaciones interpersonales en enfermería*, Barcelona, Espanha: Salvat Editores, 2009, str. 11–36
22. C. Bonsack, S. Rexhaj, J. Favrod: Psychoéducation: définition, historique, intérêt et limites, *Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique*, br. 173, 2015, str. 79–84
23. S. Kvirgic, M. Cavelti, E.M. Beck EM et al: Therapeutic alliance in schizophrenia: the role of recovery orientation, self-stigma, and insight, *Psychiatry Res*, br. 209, 2013, str. 15–20
24. Š. Bagarić: *Sestrinske dijagnoze u suicidologiji*, Suicidologija, Zagreb: HUMS, 2012
25. M. Kadovic, D. Abou Aldan, D. Babić, B. Kurtovic, S. Piškorjanac, M. Vico: *Sestrinske dijagnoze 2*. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara, 2013
26. S. Šepec, B. Kurtović, T. Munko, M. Vico, D. Abou Aldan, D. Babić, A. Turina: *Sestrinske dijagnoze*, Zagreb, Hrvatska komora medicinskih sestara, 2011

**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, _____ Ivana Španić _____ (*ime i prezime*) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/~~diplomskog~~ (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom _____ Postporođajna depresija _____ (*upisati naslov*) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

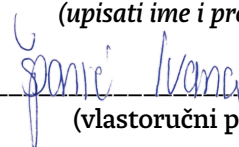
(upisati ime i prezime)

(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, Ivana Španić _____ (*ime i prezime*) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/~~diplomskog~~ (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Postporođajna depresija _____ (*upisati naslov*) čiji sam autor/ica.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

(vlastoručni potpis)