

Pojavnost i procjena depresivnosti u trudnica i roditelja u skrbi patronažne sestre

Vajdić, Gordana

Master's thesis / Diplomski rad

2024

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:404932>

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

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



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD 335/SSD/2024

POJAVNOST I PROCJENA
DEPRESIVNOSTI U TRUDNICA I RODILJA
U SKRBI PATRONAŽNE SESTRE

Gordana Vajdić

Varaždin, rujan 2024.

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN
Studij Sestrinstvo- menadžment u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD 335/SSD/2024

POJAVNOST I PROCJENA
DEPRESIVNOSTI U TRUDNICA I RODILJA
U SKRBI PATRONAŽNE SESTRE

Student:
Gordana Vajdić, 1003085855

Mentor:
izv.prof.dr.sc. Rosana Ribić

Varaždin, rujan 2024.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo - menadžment u sestrinstvu		
PRISTUPNIC	Gordana Vajdić	MAŠINSKI BROJ	1003085855
BATON	12.08.2024	KOLEGIJ	Nacrt diplomskog rada
NASLOV RADA	Pojavnost i procjena depresivnosti u trudnica i roditelja u skrbi patronežne sestre		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Prevalence and assessment of depression in pregnant women and parturient women under the care of a visiting nurse		
MENTOR	dr.sc. Ribić Rosana	ZVANJE	Izvanredni profesor
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. izv.prof.dr.sc. Tomislav Mečtrović, predsjednik 2. izv.prof.dr.sc. Rosana Ribić, mentorica 3. doc.dr.sc. Ivana Živoder, članica 4. doc.dr.sc. Sonja Obrantić, zamjenska članica 5.		

Zadržetak diplomskog rada

BROJ	335/SSD/2024
OPIS	

Depresija kod trudnica i roditelja poznata kao perinatalna i postnatalna depresija ozbiljan je poremećaj mentalnog zdravlja. Najčešće psihičke promjene nakon poroda uključuju sindrom tužnog raspoloženja (baby blues), postporođajnu depresiju, postporođajnu psihozu i anksiozni poremećaj. Važno je napomenuti da su socioekonomski status, razina socijalne podrške, negativna iskustva povezana s trudnoćom i porođajem, prijašnje mentalne bolesti te niska razina samopouzdanja različiti čimbenici za nastanak postporođajne depresije. Poremećaj raspoloženja posebno se latiču kao problem suvremenog društva zato je cilj ovog rada procijeliti pojavnost depresivnosti kod trudnica i roditelja. Najveći dio profesorskih aktivnosti patronežne sestre provodi u domu obitelji koju posjeduje, stoga ima izuzetno značenje jer se temelji na zdravstvenoj, emocionalnoj i socijalnoj podršci trudnica i roditelja tijekom dužeg vremenskog razdoblja. Uloga je patronežne sestre u edukaciji trudnica i roditelja ključna, upravo za ranu detekciju i pružanje pravovremene pomoći. U ovom diplomskom radu potrebno je prikazati sustavni pregled različitih čimbenika, prikazati rezultate presječnog istraživanja koje će obuhvatiti populaciju trudnica i roditelja u skrbi patronežne sestre na području Krapinsko-zagorske županije te usporediti zaključke istraživanja sa zaključcima slično provedenih istraživanja.

ZADATAK URUČEN

28. 6. 2024.



RLO

Predgovor

Zahvaljujem se mentorici izv.prof.dr.sc. Rosani Ribić što je prihvatila mentorstvo i pomogla svojim savjetima u izradi mog diplomskog rada. Također veliko hvala kolegicama patronažnim sestrama Doma zdravlja Krapinsko- zagorske županije koje su nesebično pomogle tijekom anketiranja ispitanika. Hvala svim profesorima i predavačima na Sveučilištu Sjever koji su strpljivo prenosili svoje znanje.

Veliko hvala mojoj djeci koji su mi bili podrška u mojim studenskim danima te vjerovali u mene i moj uspjeh.

Sažetak

Postporođajna depresija ozbiljan je poremećaj koji pogađa mnoge žene nakon poroda, negativno utječući na majku, dijete i obitelj. Ključni čimbenici rizika za razvoj postporođajne depresije su mentalni poremećaji, komplikacije tijekom trudnoće i poroda, podrška partnera i obitelji te socioekonomski uvjeti. U diplomskom radu analiziraju se različiti pristupi liječenju, uključujući psihoterapiju i farmakoterapiju, te naglašava važnost ranog prepoznavanja simptoma, s naglaskom na ulogu zdravstvenih djelatnika u probiru i pružanju podrške ženama u perinatalnom razdoblju. U okviru diplomskog rada istražuje se učestalost i manifestacija postporođajne depresije kod majki i trudnica korištenjem Edinburške ljestvice depresije. Uzorak je uključivao 100 ispitanica s područja Krapinsko-zagorske županije unutar dvije skupine ispitanica; 50 trudnica i 50 majki poslije poroda. Analizirani su i uspoređeni simptomi depresije i ključni rizični čimbenici u obje skupine.

Rezultati pokazuju da rodilje imaju nešto izraženije simptome depresije u usporedbi s trudnicama, no razlika nije statistički značajna. Dokazana je statistička značajnost povezanosti loših odnosa s partnerom i većih stopa postporođajne depresije kod rodilja. Razmatran je i utjecaj subjektivnog iskustva težine poroda na depresiju, međutim rezultati ukazuju da nema statistički značajne razlike između ispitanica koje su porod ocijenile lakšim i težim. Nadalje, rezultati pokazuju da rodilje s većom anksioznošću imaju viši prosjek depresivnih simptoma, no ta razlika također nije bila statistički značajna.

Ključne riječ: postporođajna depresija, trudnice, rodilje

Abstract

Postpartum depression is a serious disorder that affects many women after childbirth, negatively affecting the mother, child and family. Key risk factors for the development of postpartum depression are mental disorders, complications during pregnancy and childbirth, partner and family support, and socioeconomic conditions. The thesis analyzes different approaches to treatment, including psychotherapy and pharmacotherapy, and emphasizes the importance of early recognition of symptoms, with an emphasis on the role of health professionals in screening and providing support to women in the perinatal period. The study also explores the prevalence and manifestation of postpartum depression in mothers and pregnant women using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. The sample included 100 respondents from the Krapina-zagorje County area within two groups of respondents; 50 pregnant women and 50 mothers after giving birth. Symptoms of depression and key risk factors were analyzed and compared between the two groups.

The results show that parturient women have slightly more pronounced symptoms of depression compared to pregnant women, but the difference is not statistically significant. The static significance of the connection between bad relations with the partner and higher rates of postpartum depression among parturient women has been proven. The influence of the subjective experience of the difficulty of childbirth on depression was also considered, however, the results indicate that there is no statistically significant difference between respondents who rated childbirth as easier and more difficult. Furthermore, the results show that parturient women with higher anxiety have a higher average of depressive symptoms, but this difference was also not statistically significant.

Key words: postpartum depression, pregnant women, parturient women

Popis korištenih kratica

DSM- Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje

EPDS- Edinburška ljestvica postporođajne depresije

GDM- Gestacijski dijabetes mellitus

HPA- Hipotalamo-hipofizno-adrenalna os

IPT- Interpersonalna terapija

KBT- Kognitivno-bihevioralna terapija

PPD- Postporođajna depresija

PTSP- Posttraumatski stresni poremećaj

WHO- Svjetska zdravstvena organizacija

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Podjela postpartalnih psihičkih poremećaja	5
2.1 Sindrom tužnog raspoloženja (baby blues)	5
2.2 Postporođajna psihoza	5
2.3 Anksiozni poremećaj.....	6
2.4 Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP).....	6
2.5 Postporođajna depresija (PPD).....	7
2.5.1. Rizični čimbenici.....	8
2.5.2 Perinatalni čimbenici povezani s postporođajnom depresijom	12
2.5.3 Utjecaj postporođajne depresije	13
2.5.4 Farmakološki i nefarmakološki pristupi liječenju	15
2.5.5 Preporuke za prevenciju PPD-a	16
3. Metode istraživanja	19
3.1. Cilj istraživanja.....	19
3.2. Hipoteze	20
3.3. Ispitanici.....	20
3.4. Instrument istraživanja	20
3.5. Etički aspekti istraživanja.....	21
3.6. Statistička obrada podataka	22
4. Rezultati	23
4.7.1 Rodilje	23
4.7.2. Trudnice	34
4.7.3. Edinburška ljestvica postporođajne ljestvice – roditelji.....	45
4.7.4. Edinburška ljestvica postporođajne ljestvice – trudnice	47
4.7.5 Testiranje hipoteza	49
5. Rasprava	55
6. Zaključak	65
7. Literatura	66
Popis slika	73
Popis tablica	73
Upitnici	76
Prilozi	84

1.Uvod

Tijekom perioda trudnoće i poroda tijelo trudnice i roditelje prolazi kroz različite fizičke i hormonalne promjene koje utječu na njihovo emocionalno stanje. Depresivni i anksiozni poremećaji tijekom trudnoće su sve više u fokusu znanstvenih istraživanja, populacijska studija provedena u Švedskoj sugerira da su ovi poremećaji barem jednako česti tijekom trudnoće u usporedbi sa ženama koje nisu gravidne. Utvrđeno je da su žene izložene riziku od afektivnih poremećaja nakon poroda, s prevalencijom postporođajne depresije procijenjenom na 10%, stoga istraživanja ukazuju na važnost ranog prepoznavanja i liječenja ovih stanja. Bez odgovarajućeg liječenja, mnoge žene i dalje pate od depresije tijekom prve godine nakon porođaja, a žene koje su imale postporođajnu depresiju izložene su visokom riziku od ponovne pojave depresije u budućoj trudnoći. Povezanost između depresije u trudnoći i postporođajne depresije je evidentna, s prethodnim istraživanjima koja sugeriraju da je samo polovica žena s postporođajnom depresijom novonastala. [1].Tjedni nakon poroda mogu biti izuzetno stresni za nove majke. Dugogodišnja istraživanja ukazuju da sposobnost žena da se nose s promjenama i stresom u postpartalnom razdoblju ovisi o kombinaciji bioloških, društvenih i okolišnih čimbenika. U biološke čimbenike spadaju promjene povezane sa hormonalnim disbalansom tijekom postpartalnog razdoblja. Promjene estrogena i progesterona u većim količinama smanjuju aktivnost središnjeg živčanog sustava te dolazi do naglog pada raspoloženja kod žena sa postporođajnom depresijom. Neki od glavnih društvenih i okolišnih čimbenika rizika za postporođajnu depresiju uključuju nedostatak podrške od strane partnera, obitelji i prijatelja, nizak stupanj obrazovanja, status samohrane majke, trudnoću u mladoj dobi, stres i nizak socioekonomski status. Ostali čimbenici koji doprinose riziku su neplanirane/ neželjene trudnoće, prvorođene porodi, povijest prethodne depresije, bračni sukobi te smrt člana obitelji ili prethodnog djeteta. Kombinacija tih čimbenika

može pridonijeti razvoju različitih psihičkih stanja kod trudnica i roditelja [2]. Najčešće psihičke promjene nakon poroda uključuju sindrom tužnog raspoloženja (baby blues), postporođajnu depresiju, postporođajnu psihozu, anksiozni poremećaj i posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) [3]. Poremećaji raspoloženja ističu se kao problem suvremenog društva. Postporođajna depresija kao poremećaj raspoloženja je sve više u fokusu jer liječenje izostaje u otprilike 80% slučajeva te često ostaje neprepoznata i neliječena [4]. Postporođajna depresija je bolest koja uzrokuje štetne posljedice kod trudnica i roditelja a u posebno vulnerabilnu skupinu spadaju djeca. Kod djece može uzrokovati kašnjenje u fizičkom, socijalnom i kognitivnom razvoju. Stoga je ključno posvetiti posebnu pažnju dijagnozi i ranom liječenju depresije u trudnica i roditelja [5]. Postoji povezanost između razine zadovoljstva porodom i rizika od razvoja postporođajne depresije. Niža razina zadovoljstva porodom značajno povećava rizik za nastanak postporođajne depresije [6]. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) priznaje važnost promicanja pozitivnog iskustva poroda kao ključnog čimbenika u skrbi za majku te uvodi globalni popis preporuka za skrb tijekom poroda radi postizanja pozitivnog iskustva. Neke od preporuka izravno su povezane s nižom incidencijom postporođajne depresije [7]. Snažan prediktor postporođajne depresije je niska razina socijalne podrške. Osim medicinske i zdravstvene skrbi roditelja, socijalna podrška od strane partnera i obitelji pokazala se izuzetno učinkovitom u lakšem nošenju žena sa psihološkim stresorima i bržim oporavkom nakon poroda [8]. Mnogo se raspravlja o tome doseže li incidencija depresije vrhunac u postnatalnom razdoblju. Loše raspoloženje je uobičajeno i pogađa oko 50% žena u prvim tjednima nakon poroda (tzv. baby blues), ali je obično blago i prolazno. Nasuprot tome postporođajna depresija ne prolazi sama od sebe bez adekvatnog liječenja. Istraživači longitudinalnih studija koji su koristili medicinsku dokumentaciju primijetili su porast incidencije depresije tijekom prvih 5 i 9 mjeseci nakon poroda u usporedbi sa stopama prije trudnoće, tijekom trudnoće ili na kraju prve godine nakon poroda. Loša identifikacija i mjerenje depresije tijekom trudnoće moglo bi dovesti do pogrešne klasifikacije mnogih žena s depresijom

nakon poroda. Rezultati američke studije sugeriraju da 33% postnatalne depresije počinje u trudnoći, a 27% u razdoblju prije trudnoće [9]. Predviđa se da će depresija, ako se ne razviju preventivne intervencije do 2030. godine postati jedan od tri vodeća uzroka tereta bolesti u svijetu [10]. Istraživanja navode da je depresija trenutno najčešća komplikacija perinatalnog razdoblja stoga postoji veliki interes za poboljšanje identifikacije poremećaja kako bi se povećale stope liječenja [11]. Većina istraživanja i rasprava usredotočena je na identifikaciju postporođajne depresije, uključujući pitanje treba li rutinski koristiti instrumente probira u trećem tromjesječju trudnoće i postporođajnom razdoblju. Najčešće korištena metoda probira u istraživanjima je Edinburška skala postnatalne depresije (EPDS) [6]. EPDS je opsežno istraživani i validirani u različitim populacijama. Većina istraživanja potvrđuje da je EPDS pouzdan alat za prepoznavanje simptoma postporođajne depresije (PPD-a), s visokom osjetljivošću i specifičnošću. Bodovna granica koja se uzima u obzir varira ovisno o populaciji i kliničkom kontekstu. Općenito, bodovna granica od 10 ili više bodova smatra se indikativnom za moguću prisutnost PPD-a. Međutim, u nekim studijama, prag od 13 bodova ili više koristi se za povećanje specifičnosti, posebno kada je cilj smanjiti lažno pozitivne rezultate. Prag od 12/13 bodova često se preporučuje kada je potrebno osigurati da su žene s većim rizikom od PPD-a identificirane i upućene na daljnju evaluaciju i liječenje [12]. Studija provedena u Hrvatskoj potvrđuje valjanost Edinburške skale kao instrumenta probira postporođajne depresije. Donja granica ocjena od 8/9 preporučuje se za probir velike i manje depresije te ima zadovoljavajuću osjetljivost (77,3%) i specifičnosti (82,4%) u uzorku zajednice [13]. Postporođajna depresija predstavlja globalni zdravstveni izazov, a pristupi njenom liječenju variraju ovisno o stupnju razvijenosti pojedine zemlje. U svakom dijelu svijeta, pristup podršci ženama koje pate od ove bolesti oblikuje se prema financijskoj situaciji zemlje. U skandinavskim zemljama, primarna zdravstvena zaštita je izuzetno razvijena, što je rezultiralo visokim stupnjem svijesti o važnosti zajedničkog zdravlja i dobrobiti. U Norveškoj i Irskoj postporođajna depresija se tretira kao javnozdravstveni problem. Poseban naglasak stavljen je na ulogu patronažnih sestara u prepoznavanju i podršci

majkama koje pate od postporođajne depresije. U Norveškoj patronažne sestre redovito posjećuju majke i novorođenčad u prvih šest tjedana nakon poroda, a njihov sustav omogućuje kontinuiranu podršku kroz čitavu prvu godinu života djeteta. Ovaj pristup omogućuje rano prepoznavanje simptoma PPD-a i pružanje potrebne pomoći, što može značajno smanjiti dugoročne negativne posljedice za majku i dijete. Skandinavski sustav naglašava važnost ulaganja u zdravstvenu infrastrukturu i osiguranje adekvatne obuke za zdravstvene radnike kako bi se na vrijeme prepoznali i tretirali simptomi postporođajne depresije [14]. U istraživanju pregleda opsega ističe se značajan pozitivan učinak kućnih posjeta zdravstvenih radnika na mentalno zdravlje majki u postporođajnom razdoblju. Redoviti posjeti omogućuju rano prepoznavanje simptoma postporođajne depresije te pružaju priliku za pravovremenu intervenciju i podršku. Ovakvi programi osobito su korisni jer omogućuju prilagođeni pristup svakoj majci i kontinuiranu brigu, čime se poboljšava njihova sposobnost suočavanja s izazovima majčinstva. Rezultati istraživanja sugeriraju da bi proširenje i unaprijeđenje programa kućnih posjeta moglo biti ključno u prevenciji i liječenju PPD-a, osobito u zajednicama koje imaju ograničen pristup zdravstvenim uslugama [15].

Cilj ovog istraživačkog rada je procijeniti pojavnost depresivnosti u trudnica i roditelja. Problem ovog istraživanja je ispitati čimbenike koji preventivno ili negativno utječu na vjerojatnost nastanka postporođajne depresije. Rizični čimbenici koji su obuhvaćeni u ovom radu su: socioekonomski status, razina socijalne podrške, podrška partnera i obitelji, negativna iskustva povezana s trudnoćom i porođajem, prisutnost anksioznosti i prijašnje mentalne bolesti.

S obzirom da patronažna sestra najveći dio profesijskih aktivnosti provodi u domu obitelji koju posjećuje i ima izuzetno značenje jer se temelji na zdravstvenoj, socijalnoj i emocionalnoj podršci trudnica i roditelja tijekom dužeg vremenskog perioda. Stoga je uloga patronažne sestre važna u edukaciji trudnica i roditelja te ranoj detekciji i pružanju pravovremene pomoći. Rezultati ovog istraživanja poslužit će kao osviještavanje problematike i osnova za unaprijeđenje patronažne skrbi kod ciljane populacije.

2. Podjela postpartalnih psihičkih poremećaja

2.1 Sindrom tužnog raspoloženja (baby blues)

Sindrom tužnog raspoloženja najčešći je oblik psihičkih poteškoća koje mogu nastati nakon poroda a uzrokovan je hormonalnim promjenama kojima je žena izložena tijekom i nakon poroda. Dodatni faktori koji doprinose razvoju uključuju umor, stres, manjak sna, brigu za dijete i promjenu dnevne rutine [16]. Pojavnost je u prvih 10 dana nakon poroda s najvećom učestalošću petog dana te pogađa 15- 85% roditelja. Uobičajene reakcije i simptomi uključuju iznenadni plač bez opravdanog razloga, osjećaj snage u jedno trenutku, a potom osjećaj nemoći u sljedećem, gubitak teka, nesanicu, dražljivost, zbunjenost. Takve promjene raspoloženja su većinom blage te nestaju spontano [3,13].

2.2 Postporođajna psihoza

Postporođajna psihoza javlja se kod otprilike jedne na 500 majki obično s naglim početkom u prva dva do četiri tjedna nakon porođaja. Tijek razvoja poremećaja je brz a moguće posljedice su vrlo ozbiljne jer ishod može biti fatalan za majku i dijete. Karakteriziraju je simptomi kao što su zbunjenost u razmišljanju, promjene raspoloženja, zablude, paranoja, dezorganizirano ponašanje, loša procjena i smanjena sposobnost funkcioniranja. Ovaj poremećaj smatra se psihijatrijskim hitnim stanjem koje najčešće zahtijeva hospitalizaciju u psihijatrijskoj ustanovi. Čimbenici rizika uključuju ranije epizode postporođajne psihoze, prethodnu hospitalizaciju zbog manije ili psihoze, nedavno prestajanje s terapijom stabilizatorima raspoloženja, prvi porod, komplikacije tijekom poroda, nedostatak sna, te obiteljsku povijest bipolarnog poremećaja ili postporođajne psihoze. [3]. Simptomi postporođajne psihoze mogu uključivati ne samo deluzije i halucinacije, već i manične i depresivne simptome te kognitivne simptome. Smatra se hitnim psihijatrijskim stanjem zbog povećanog rizika od ozljeđivanja djeteta, infaticida ili suicida [17].

2.3 Anksiozni poremećaj

Anksiozni poremećaji tijekom trudnoće i nakon poroda mogu biti češći od depresije. Njihova prisutnost često prethodi postporođajnoj depresiji [18]. Postpartalna anksioznost je poremećaj raspoloženja koji pogađa žene nakon poroda. Radi se o klinički dijagnosticiranoj razini anksioznosti. Primarni simptomi postpartalne anksioznosti uključuju intenzivne brige, strahove i tjeskobu, koji ozbiljno ometaju svakodnevni život. Prema statističkim podacima oko 17% roditelja doživjelo je anksioznost u prva tri mjeseca [19]. Malo je istraživanja o anksioznim poremećajima u trudnoći, veliko populacijsko istraživanje u SAD-u izvijestilo je o prevalenciji od 13% u trudnica ili žena koje su rodile. U tim istraživanjima došlo se do zaključka da bi prenatalno obrazovanje o roditeljstvu, samoprocjena žena i tjedna podrška telefonom moglo smanjiti simptome anksioznosti [20].

2.4 Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

Nakon poroda 2-4% žena razvije posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) koji je snažno povezan s razinom zadovoljstva porodom [6]. Neki od najistaknutijih čimbenika rizika za pojavu PTSP-a su prethodna povijest depresije, pojava depresije u trećem tromjesječju trudnoće, medicinske komplikacije te iskustvo stresnih životnih događaja tijekom trudnoće. Kvaliteta medicinske skrbi tijekom poroda, negativna subjektivna iskustva poroda i medicinske komplikacije kod majke ili novorođenčeta, kao što su prijevremeni porod, također se ističu kao doprinositelji PTSP-u [21]. U trudnica i roditelja PTSP može dovesti do niskog samopoštovanja, manje porođajne težine djeteta, poteškoća s dojenjem te problema sa seksualnošću žene. U mnogim slučajevima pojava simptoma PTSP-a također predviđa razvoj simptoma postporođajne depresije [6].

2.5 Postporođajna depresija (PPD)

Postporođajna depresija prepoznata je kao zaseban klinički entitet tek u drugoj polovici 20. stoljeća. Premda su simptomi koji nalikuju postporođajnoj depresiji zabilježeni već u ranijim povijesnim zapisima, formalna klasifikacija i razumijevanje ovog poremećaja razvili su se s razvojem moderne psihijatrije. Na početku, simptomi su često bili tumačeni kao dio šireg spektra ženskih emocionalnih poremećaja, no s vremenom je postalo jasno da specifične hormonalne i psihosocijalne promjene povezane s majčinstvom zahtijevaju poseban pristup. Današnja definicija postporođajne depresije uključuje razdoblje do jedne godine nakon poroda, s dijagnostičkim kriterijima koji uključuju ozbiljnost i trajanje simptoma [22]. Depresija, povijesno poznata kao melankolija, klasificirana je kao mentalni poremećaj još od 1800-ih, kada su prvi put prikupljeni statistički podaci o učestalosti mentalnih bolesti. Velika depresija je uključena u Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM) od njegovog prvog izdanja 1952. godine, dok se postporođajna depresija ne priznaje kao zasebna dijagnostička kategorija. Isprva je bila klasificirana kao podtip velike depresije navedena kao "Veliki depresivni poremećaj, s pojavom nakon poroda" u DSM-IV.

U novijem izdanju DSM-V klasificirana je kao "Veliki depresivni poremećaj, s početkom nakon poroda", unatoč nazivu simptomi se mogu pojaviti tijekom trudnoće kod otprilike trećine žena s postporođajnom depresijom.

Dijagnoza velike depresije zahtijeva prisutnost pet ili više simptoma:

- depresivno raspoloženje
- smanjeni interes ili zadovoljstvo u aktivnostima
- promjena tjelesne težine s više od 5% u jednom mjesecu
- nesanica
- psihomotorna uznemirenost ili retardacija,
- umor ili gubitak energije
- osjećaj bezvrijednosti ili pretjerane ili neprikladne krivnje
- smanjena sposobnost koncentracije ili ponavljajuće misli o smrti ili suicidalne ideje.

Prema kriterijima za peripartalni specifikator u DSM-V simptomi se moraju pojaviti tijekom trudnoće ili unutar prva četiri tjedna nakon poroda. Ovo razdoblje od četiri tjedna ostaje kontroverzno jer neka istraživanja navode mogućnost pojave depresije i do godine dana nakon poroda [23].

2.5.1. Rizični čimbenici

Razvoj postporođajne depresije povezana je s nizom čimbenika koji uključuju biološke, psihološke i socijalne aspekte. Hormonalne promjene koje se događaju nakon poroda poput pada razine estrogena i progesterona mogu značajno utjecati na raspoloženje. Uz to, genetska predispozicija i obiteljska povijest depresije povećavaju rizik od razvoja ovog poremećaja [24]. Psihološki čimbenici kao što su stres, povijest mentalnih poremećaja i nisko samopouzdanje spominju se kao važni prediktori. Nedostatak socijalne podrške, uključujući podršku partnera i obitelji, te okolišni stresori, poput financijskih poteškoća ili socijalne izolacije mogu dodatno povećati rizik od postporođajne depresije [25].

	Antenatal depression	Postnatal depression
Social risk factors <ul style="list-style-type: none"> Socioeconomic status Exposure to trauma, negative life events and stress Domestic violence Migration status Relationship and social support Reproductive intention 	<ul style="list-style-type: none"> Domestic violence (HIC, LMIC)³⁵ Life stress and major/negative life events (HIC, LMIC)^{8,20,34} Low socio-economic status (LMIC, small association in HIC)^{8,20,34} Absence of social or relationship support (HIC, LMIC)^{8,20,34} Intention to get pregnant (HIC, small to medium in LMIC)^{8, 20,34} 	<ul style="list-style-type: none"> Domestic violence, previous abuse (HIC, LMIC)^{35,37,40} Negative life events, low social support (HIC, LMIC)^{8,20,36,39,40} Low partner support, marital difficulties (LMIC, small to medium in HIC)^{8,20,36,39,40} Migration status (HIC)⁴³ Low socio-economic status (LMIC, small in HIC)^{8,20,40,41}
Psychological risk factors <ul style="list-style-type: none"> Personality traits: high neuroticism Prior psychopathology: depression, anxiety, PTSD, substance misuse 	<ul style="list-style-type: none"> Prior history of psychopathology (HIC, LMIC)^{8,20,34} Anxiety during pregnancy (HIC, LMIC)^{8,20,34} 	<ul style="list-style-type: none"> Depression or unhappiness in pregnancy (HIC, LMIC)^{8,20,36,39,40} Anxiety in pregnancy* (HIC)³⁶ History of depression (HIC, LMIC)^{8,20,36,39,40} Neuroticism* (HIC)^{36,39} Substance misuse* (HIC)³⁷ Family history of any psychiatric illness* (HIC)^{8,20,36,39}
Biological risk factors <ul style="list-style-type: none"> Age Genetic and hormonal susceptibility Chronic diseases Medical illness Pregnancy complications 	<ul style="list-style-type: none"> Young age (HIC, LMIC)^{8, 20,34} 	<ul style="list-style-type: none"> Increased parity (rural LMIC context)^{8,20,40} Multiple births* (HIC)³⁸ Chronic illness or medical illness (HIC, LMIC)³⁷ Preterm birth, low birth weight (HIC, LMIC)⁴² No association with use of assisted reproductive technologies* (HIC)³⁸
Key Risk characterised as strong Risk characterised as medium to strong Risk characterised as medium Risk characterised as small	if systematic evidence listed the risk factor to be strong, significant, or top ranked if some systematic evidence listed the risk factor to be medium, while others listed strong, or top ranked if systematic evidence listed the risk factor to be medium, moderate, or intermediately ranked if systematic evidence listed the risk factor to be small association, inconsistently significant, low ranked, or low rated	

Slika 1.1. Risk factors for antenatal and postnatal depression: systematic review evidence (Čimbenici rizika za antenatalnu i postnatalnu depresiju: dokazi sustavnog pregleda)

Izvor: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61276-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61276-9/fulltext), preuzeto 27.srpnja, 2024.

2.5.1.1 Biološki čimbenici

Hormonalne promjene:

Nakon poroda žene doživljavaju nagle promjene u razini hormona, posebno estrogena i progesterona. Ovaj hormonalni disbalans može značajno utjecati na neurokemijske procese u mozgu, što dovodi do simptoma depresije. Hormonalne fluktuacije su također povezane s promjenama u funkciji hipotalamo-hipofizno-adrenalne osi (HPA), koja igra važnu ulogu u regulaciji stresa [24].

Genetska predispozicija:

Istraživanja pokazuju da žene s obiteljskom poviješću depresije ili drugih afektivnih poremećaja imaju veći rizik od razvoja postporođajne depresije. Genetske studije sugeriraju da postoji nasljedna komponenta koja povećava osjetljivost na postporođajne depresivne epizode [22].

2.5.1.2 Psihološki čimbenici

Povijest mentalnog poremećaja:

Jedan od najjačih psiholoških prediktora prenatalne depresije je povijest mentalnog poremećaja, poput depresije ili anksioznosti, prije trudnoće. Istraživanja pokazuju da su žene koje su doživjele prethodne epizode depresije ili anksioznosti u znatno većem riziku od razvoja postporođajne depresije. Ovaj čimbenik rizika povezan je s tendencijom recidiva psiholoških simptoma u stresnim situacijama, kao što je perinatalno razdoblje. Istraživanje navodi da su žene s prethodnom povijesti depresije 2-3 puta sklonije razvoju PPD-a. Žene koje su prije trudnoće iskusile depresiju, anksioznost ili druge psihološke poremećaje, imaju veći rizik za razvoj PPD-a. Ta se povijest često pokazuje kao značajan prediktor, s vjerojatnošću ponavljanja simptoma tijekom ili nakon trudnoće [26].

Stres i anksioznost tijekom trudnoće:

Psihološki stresori tijekom trudnoće, uključujući strah od poroda, zabrinutost zbog majčinskih uloga ili briga o zdravlju djeteta, mogu pridonijeti razvoju postporođajne depresije. Ovi stresori djeluju kroz mehanizme poput pojačane aktivacije HPA osi i smanjenja otpornosti na stres što može dovesti do

disbalansa hormona stresa poput kortizola i potaknuti depresivne simptome [27].

2.5.1.3 Socijalni čimbenici

Nedostatak socijalne podrške:

Socijalna podrška od strane partnera, obitelji i prijatelja ključna je za emocionalno blagostanje majki u postnatalnom razdoblju. Nedostatak takve podrške može povećati osjećaj izolacije i bespomoćnosti, što može dovesti do depresije. Osim toga, stresni životni događaji kao što su financijske poteškoće ili problemi u vezi dodatno opterećuju majku i povećavaju rizik od razvoja PPD-a [25].

Obiteljska dinamika i partnerski odnosi:

Kvaliteta odnosa s partnerom može imati značajan utjecaj na rizik od postporođajne depresije. Konflikt u vezi, nedostatak emocionalne podrške i neprilagođene partnerske interakcije često su povezani s povećanom stopom postporođajne depresije. S druge strane, dobro partnerstvo može spriječiti razvoj PPD-a [28].

2.5.1.4 Okolišni čimbenici

Životni stresori i socioekonomski status:

Žene koje se suočavaju s teškim životnim stresorima, kao što su gubitak posla, financijske poteškoće ili preseljenje, imaju veći rizik za nastanak PPD-a. Nizak socioekonomski status dodatno otežava pristup resursima i podršci, što može pogoršati depresivne simptome [29]. Takvi stresni događaji povećavaju emocionalno opterećenje i mogu oslabiti kapacitet za suočavanje s izazovima majčinstva, čime se povećava rizik za PPD. Istraživanja su pokazala da je akumulacija stresnih životnih događaja izravno povezana s većom učestalošću PPD-a [28].

2.5.2 Perinatalni čimbenici povezani s postporođajnom depresijom

Perinatalni čimbenici odnose se na događaje i okolnosti koje se javljaju tijekom trudnoće, porođaja i neposredno nakon poroda, a koji mogu značajno utjecati na majčino mentalno zdravlje. Istraživanja su pokazala da ovi čimbenici mogu povećati rizik od razvoja postporođajne depresije (PPD).

Komplikacije tijekom trudnoće, kao što su preeklampsija, gestacijski dijabetes i prijevremeni trudovi i porod, povezane su s većim rizikom za razvoj postporođajne depresije. Ove medicinske komplikacije mogu povećati stres i anksioznost kod trudnica, što pridonosi osjećaju nesigurnosti i straha za vlastito zdravlje i zdravlje djeteta. Osim toga, ove komplikacije često zahtijevaju intenzivniji medicinski nadzor i mogu ograničiti trudničke aktivnosti, što može dodatno doprinijeti osjećaju izolacije i bespomoćnosti kod trudnice [30]. Gestacijski dijabetes se javlja u 6-9% svih trudnoća u svijetu. Gestacijski dijabetes mellitus (GDM) predstavlja rizik za majku, fetus i novorođenče. Prema opsežnoj multinacionalnoj kohortnoj studiji o hiperglikemiji i nepovoljnim ishodima trudnoće koja je obuhvatila više od 23.000 trudnica, utvrđeno je da se rizik od nepovoljnih ishoda za majku, fetus i novorođenče progresivno povećava s porastom majčine razine glukoze u krvi u razdoblju između 24.-tog i 28.-og tjedna trudnoće. Ovaj rizik raste čak i unutar raspona glikemije koji su se prethodno smatrali normalnim za trudnoću. Prevalencija može varirati ovisno o etničkoj pripadnosti, dobi majke i prisutnosti drugih rizičnih čimbenika poput pretilosti [31]. Preeklampsija, koja uključuje povišeni krvni tlak i prisutnost proteina u urinu nakon 20. tjedna trudnoće, javlja se kod 2-8% trudnica. Ovaj poremećaj je vodeći uzrok bolesti i smrti majki i novorođenčadi širom svijeta [32]. Prijevremeni porod, definiran kao porod prije 37. tjedna trudnoće, javlja se u otprilike 10% trudnoća globalno. Ovaj postotak može biti viši u zemljama s niskim i srednjim prihodima zbog ograničenog pristupa prenatalnoj njezi [33]. Majke koje rode prijevremeno često se suočavaju s visokim razinama stresa i anksioznosti zbog zdravstvenih problema njihovih beba te može dovesti do osjećaja bespomoćnosti i brige kod majki, što povećava rizik od PPD-a [34]. Težak ili traumatičan porod kao što

su hitni carski rez, produženi porod, upotreba vakuma ili forcepsa te ozbiljne komplikacije kod majke ili djeteta može znatno povećati rizik od postporođajne depresije. Takva iskustva često ostavljaju majke s osjećajem gubitka kontrole, fizičkom iscrpljenošću i emocionalnom traumom, što može dovesti do razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) i depresije nakon poroda. Spomenute komplikacije djeluju na majčino samopouzdanje u sposobnost brige za dijete, a intenzivni osjećaji straha i bespomoćnosti povezani s takvim porodom često doprinose dugotrajnim psihološkim teškoćama [29]. Problemi s dojenjem, kao što su poteškoće u uspostavljanju laktacije, bolne ili upaljene dojke, te osjećaj pritiska zbog nemogućnosti dojenja mogu predstavljati značajan perinatalni faktor rizika za razvoj postporođajne depresije (PPD). Dojenje je često percipirano kao ključni aspekt majčinstva, pa suočavanje s problemima u tom području može dovesti do osjećaja neuspjeha i frustracije kod majki. Dodatno, neuspjeh u uspostavljanju dojenja može pojačati anksioznost i stres, čime se povećava vjerojatnost pogoršanja simptoma depresije [35].

2.5.3 Utjecaj postporođajne depresije

2.5.3.1 Utjecaj na majku

Postporođajna depresija (PPD) može imati duboke i dugotrajne posljedice na mentalno i fizičko zdravlje majke. Majke koje su imale perinatalnu depresiju suočavale su se sa značajno većim rizikom od ozbiljnih komplikacija tijekom poroda, postporođajnih problema, carskog reza i/ili poroda uz pomoć instrumenata te produljenog trajanja poroda. Istraživanja su pokazala da žene koje pate od perinatalne depresije češće osjećaju višu razinu tjeskobe i straha od poroda, što može rezultirati smanjenom tolerancijom na bol, većom potrebom za epiduralnom analgezijom te višom stopom carskih rezova. Osim toga, psihološki stres može negativno utjecati na kontrakcije maternice, što može uzrokovati produljenje poroda, zastoje u napredovanju porođaja te fetalni distres, što sve zajedno može povećati

vjerojatnost za carski rez [36]. Depresija utječe na način na koji majčin mozak reagira na plač bebe. Za razliku od majki bez povijesti teške depresije, koje pokazuju široki raspon emocionalnih i regulacijskih odgovora, depresivne majke kao skupina nisu uspjele adekvatno reagirati na svoju dojenčad. Najveća razlika između depresivnih i ne depresivnih majki uočena je u prigušenim odgovorima u subkortikalnim limbičkim regijama mozga, a ozbiljniji simptomi depresije povezani su s dodatnim smanjenjem aktivnosti u prefrontalnim regijama. Stoga depresija utječe na majčinu sposobnost da odgovori na potrebe svog djeteta. Depresija ne uništava u potpunosti prirodni odgovor majke, već narušava ravnotežu u sustavu odgovora i regulacije. Umjesto da izazove snažan negativni odgovor, depresija stvara prazninu gdje bi trebao biti prirodni, nagrađujući odgovor, što može poremetiti interaktivni odnos između majke i djeteta [37].

2.5.3.2 Utjecaj na dijete

Postoji dobro utvrđena povezanost između neliječene depresije majke i poremećaja u razvoju djeteta. Ishodi za dojenčad i djecu povezani s postporođajnom depresijom uključuju veću učestalost pretjeranog plača ili grčeva, probleme sa spavanjem i poteškoće u temperamentu. U istraživanju provedenom na više od 600 dojenčadi, objektivni dokazi o poteškoćama u regulaciji dojenčadi pronađeni su već mjesec dana nakon poroda. Dojenčad majki s postporođajnom depresijom pokazivala su lošu samoregulaciju, više znakova stresa i povećanu agitiranost u usporedbi s dojenčadi majki koje nisu bolovale od postporođajne depresije. Žene s postporođajnom depresijom manje su sklone započeti ili nastaviti dojiti a simptomi depresije obično prethode ranom prestanku dojenja što utječe na emocionalnu povezanost djeteta sa majkom [3]. Istraživanja su pokazala da djeca majki s postnatalnom depresijom imaju veći rizik od emocionalnih problema. Istraživanja su također ukazala na poteškoće u ranoj emocionalnoj regulaciji i socijalnom ponašanju kod ove djece. Dugoročne studije potvrđuju povezanost postnatalne depresije s negativnim emocionalnim ishodom, kao što su poremećaji usvajanja socijalnih normi,

slabija socijalna kompetencija tijekom školskih godina i povećan rizik od depresije u adolescenciji [38].

2.5.3.3 Utjecaj dojenja

Dojenje može značajno utjecati na razvoj postporođajne depresije i pomoći u smanjenju simptoma depresije kod majki. Dojenje ima zaštitni učinak na mentalno zdravlje majke, djelujući kao prirodni regulator stresa i anksioznosti. Hormoni koji se otpuštaju tijekom dojenja poput oksitocina pridonose osjećaju smirenosti i povezanosti s djetetom, što može pomoći u ublažavanju simptoma PPD-a. Istraživanje koje je obuhvatilo velik uzorak majki pokazalo je da su žene koje su uspješno dojile tijekom prvih nekoliko mjeseci nakon poroda imale niže stope PPD-a u usporedbi s majkama koje su imale poteškoće s dojenjem ili su se odlučile za dohranu formulom. Dojenje također može poboljšati povezanost majke s djetetom, što može smanjiti rizik od dugoročnih problema s vezanjem i emocionalnim zdravljem djeteta [39]. Međutim, važno je naglasiti da iskustvo dojenja može biti izazovno za neke majke, što može pridonijeti stresu i potencijalno pogoršati simptome depresije. Problemi s dojenjem, poput poteškoća s uspostavljanjem laktacije ili bolnog dojenja, mogu povećati osjećaj frustracije i neadekvatnosti kod majki koje su već sklone PPD-u [40].

2.5.4 Farmakološki i nefarmakološki pristupi liječenju

Ključni oslonac farmakološkog liječenja nepsihotičnih mentalnih poremećaja tijekom perinatalnog razdoblja su antidepresivi. Podaci pokazuju da približno 3% trudnica u Europi koristi antidepresive u nekom trenutku trudnoće [9]. Farmakološko liječenje depresije tijekom trudnoće izazovno je zbog potrebe balansiranja interesa majke s potencijalnim rizicima za fetus. Jedan od glavnih razloga zašto trudnice prestaju uzimati antidepresive je zabrinutost za svoj fetus ili dijete. Postoji široko rasprostranjena zabrinutost zbog štetnih učinaka lijekova, kao što su urođene malformacije, poteškoće u razvoju ili druge zdravstvene

komplikacije kod djece. Osim toga, mnoge žene vjeruju da bi trebale izbjegavati uzimanje bilo kakvih lijekova tijekom trudnoće, čak i ako je medicinski indicirano [41]. Istraživanja o sigurnosti antidepresiva tijekom trudnoće pokazala su miješane rezultate. Dok se većina smatra relativno sigurnom, studije su ukazale na moguću povezanost s blagim do umjerenim povećanjem rizika za određene komplikacije, poput preuranjenog poroda, niske porođajne težine, neonatalnog apstinencijskog sindroma, te u nekim slučajevima srčanih malformacija [42]. Nefarmakološki pristupi često se preferiraju kao prva linija liječenja za blaže oblike depresije tijekom trudnoće. Psihoterapija posebno kognitivno-bihevioralno terapija (KBT) i interpersonalna terapija (IPT) su dokazano učinkovite u smanjenju simptoma depresije i anksioznosti kod trudnica bez rizika za fetus[43]. U ostale nefarmakološke pristupe koji mogu biti korisni za trudnice spadaju mindfulness i meditacija, tjelesna aktivnost, podrška i savjetovanje. Mindfulness i meditacija donose brojne dobrobiti trudnicama s depresijom, uključujući smanjenje simptoma depresije i anksioznosti, povećanje emocionalne regulacije i poboljšanje općeg blagostanja [44]. Tijekom perinatalne skrbi podrška i savjetovanje trudnica od izuzetne su važnosti jer mogu značajno doprinijeti pozitivnim ishodima kako tijekom trudnoće tako i u postporođajnom razdoblju. Različite vrste podrške uključujući emocionalnu, psihološku i informativnu, pružaju trudnicama potrebne informacije za suočavanje s fizičkim i emocionalnim izazovima koji prate trudnoću. Ovi pristupi ne samo da olakšavaju prilagodbu na trudnoću već smanjuju rizik od razvoja postporođajne depresije. Žene koje su dobile kontinuiranu emocionalnu podršku od strane zdravstvenih stručnjaka pokazale su niže razine stresa i anksioznosti, što je direktno povezano s boljim psihološkim i fizičkim ishodima trudnoće [45].

2.5.5 Preporuke za prevenciju PPD-a

Rano prepoznavanje žena koje su pod povećanim rizikom, uključujući one s poviješću mentalnih bolesti ili zloupotrebe supstanci ključno je za učinkovitu prevenciju PPD-a. Ovaj pristup omogućava uvođenje

personaliziranih preventivnih intervencija, čime se može značajno smanjiti učestalost PPD-a. Dodatno je naglašena potreba za osiguravanjem pristupa zdravstvenim uslugama, posebno za ranjive i marginalizirane skupine, kako bi se smanjile zdravstvene nejednakosti i poboljšali ishodi mentalnog zdravlja kod majki. Holistički pristup, koji uključuje multidisciplinarnе timove i upotrebu digitalnih alata, također se pokazao učinkovitim u pružanju kontinuirane podrške i smanjenju rizika od razvoja PPD-a. Istraživanje sugerira da je integracija mentalno- zdravstvenih usluga u primarnu zdravstvenu zaštitu i edukacija žena o rizicima i simptomima PPD-a ključna za unapređenje skrbi i zaštitu mentalnog zdravlja majki i djece [46]. U novijim istraživanjima naglašava se važnost interdisciplinarnog pristupa u prevenciji postporođajne depresije. Ključ ovog pristupa leži u suradnji stručnjaka iz različitih područja kao što su psihijatrija, psihologija, socijalni rad i fizioterapija. Ovakav timski rad omogućava sveobuhvatnu podršku trudnicama i roditeljama kroz različite faze trudnoće i nakon porođaja [47]. Razvoj digitalnih platformi i tele zdravstvenih usluga omogućuje sve veću dostupnost i učinkovitost u prevenciji i pružanju podrške ženama koje su u riziku od postporođajne depresije. Tehnološka rješenja danas omogućuju stalnu i personaliziranu podršku za žene bez obzira gdje se nalaze ili kakav im je pristup konvencionalnim zdravstvenim uslugama. Nedavno je primijećen porast aplikacija usmjerenih na mentalno zdravlje koje ženama pružaju mogućnost praćenja vlastitih emocija, postavljanja ciljeva za poboljšanje mentalnog stanja, te dobivanja savjeta i tehnika za upravljanje stresom i anksioznošću. U fokusu je kako mobilni zdravstveni pristupi npr. mHealth- u uključujući aplikacije za pametne telefone mogu pomoći u praćenju i poboljšanju perinatalnog mentalnog zdravlja [48]. Ove tehnologije ne samo da omogućuju kontinuirano praćenje simptoma i prikupljanje podataka koje se mogu dijeliti s pružateljima zdravstvenih usluga, već također pomažu u smanjenju stigme i poticanju traženja liječenja među novim majkama. Aplikacije često uključuju anonimne forume i zajednice podrške gdje korisnice mogu dijeliti svoja iskustva i dobiti podršku od drugih žena koje

prolaze kroz slične situacije [49]. Smjernice u Poljskoj naglašavaju ključne smjernice i preporuke za prevenciju, probir i liječenje postporođajne depresije (PPD). Preporučuje se rutinska procjena depresivnih simptoma kod svih žena u perinatalnom razdoblju korištenjem alata za probir poput Edinburške postnatalne ljestvice depresije (EPDS). Preporučuje se provođenje probira najmanje dva puta, tijekom trudnoće i 6-8 tjedana nakon poroda, kao i tijekom hospitalizacije treći dan nakon poroda. Prva linija liječenja za žene s blagom do umjerenom PPD koje doje uključuje psihoterapiju, s posebnim naglaskom na primjenu kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) i interpersonalne terapije (IPT). Druga linija liječenja može uključivati farmakološku terapiju, ali s pažljivim razmatranjem rizika i koristi za majku i dijete. Kod odluke o početku farmakološkog liječenja tijekom dojenja, ključno je uzeti u obzir dobrobit liječenja za majku, kao i potencijalne rizike izloženosti lijeku za dijete [50]. U Hrvatskoj trenutno ne postoje specifične nacionalne smjernice koje su posvećene isključivo prevenciji i liječenju postporođajne depresije (PPD) na način na koji su primjerice dostupne u nekim drugim zemljama poput Poljske, Norveške, ili Ujedinjenog Kraljevstva. Većina preporuka vezanih uz PPD u Hrvatskoj temelji se na međunarodnim smjernicama i praksama, poput smjernica Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) i smjernica Europskog društva za perinatalnu medicinu (European Society of Perinatal Medicine). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO), smjernice za postporođajnu depresiju (PPD) naglašavaju važnost osiguravanja kvalitetne zdravstvene skrbi za žene i novorođenčad u kritičnim prvim tjednima nakon poroda. WHO preporučuje sustavnu procjenu prisutnosti simptoma depresije kod svih žena tijekom perinatalnog perioda. Preporučuje se korištenje alata za skrining, poput Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), uz dodatak kliničkog intervjua kada je potrebno. Skrining bi trebao biti proveden najmanje dvaput tijekom trudnoće i nakon poroda, uključujući posjete ginekologu i obiteljskom liječniku [51].

3. Metode istraživanja

3.1. Cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja je procijeniti pojavnost depresivnosti u trudnica i roditelja. Ispitati rizične čimbenike koji imaju utjecaj na vjerojatnost nastanka postporođajne depresije u peri i postnatalnom razdoblju.

Ciljevi:

1. Istražiti čimbenike rizika za postporođajnu depresiju.
2. Utvrditi postoji li statistički značajna razlika u pojavi simptoma postporođajne depresije između trudnica i roditelja.
3. Utvrditi postoji li statistički značajna razlika kod roditelja koje imaju podršku partnera/ supružnika u odnosu na roditelje koje nemaju u pojavnosti postporođajne depresije.
4. Utvrditi postoji li statistički značajna razlika u pojavnosti postporođajne depresije kod roditelja koje su subjektivno doživjele porod težim u odnosu na roditelje koje nisu.
5. Utvrditi postoji li statistički značajna razlika u pojavnosti postporođajne depresije između roditelja koje su prijavile veću razinu anksioznosti zbog majčinstva u odnosu na roditelje koje to nisu navele.

3.2. Hipoteze

H1: Rodilje imaju izraženije simptome postporođajne depresije od trudnica.

H2: Rodilje koje prijavljuju lošiji odnos s partnerom ili supružnikom pokazuju veću stopu postporođajne depresije.

H3: Rodilje koje su subjektivno doživjele porod težim (skala 3-4) imaju izraženiju postporođajnu depresiju.

H4: Rodilje koje prijavljuju visoku razinu anksioznosti zbog majčinstva imaju viši rizik od razvoja postporođajne depresije.

3.3. Ispitanici

U istraživanju su sudjelovale trudnice i rodilje koje žive na području Krapinsko- zagorske županije. Ukupan broj je iznosio 100 ispitanika od kojih je bilo 50 trudnica i 50 rodilja. U istraživanje se uključene trudnice, babinjače i/ili rodilje do 12. mjeseca života starosti djeteta.

3.4. Instrument istraživanja

Za potrebe istraživačkog dijela rada, korišteni su anketni upitnici. Obzirom na specifičnost teme, korišteni su posebni upitnici za ispitanice trudnice i posebni upitnici za rodilje. Upitnici omogućuju prikupljanje podataka o različitim aspektima zdravstvenog i emocionalnog stanja te su posebno korisni zbog svoje anonimnosti, a što potiče iskrenost u odgovorima i smanjuje pritisak na sudionice, odnosno ispitanice. Uz to, korištena je i Edinburška ljestvica za postporođajnu depresiju, koja pomaže u identifikaciji i procjeni simptoma

postporođajne depresije kod ispitanica. Kombinacija ovih instrumenata omogućuje sveobuhvatan uvid u mentalno zdravlje i dobrobit roditelja i trudnica, dajući informacije za daljnje istraživanje i intervencije.

Prvi dio upitnika kod obje skupine sadržavao je sociodemografske značajke (dob, razinu školovanja, poslovni, bračni i materijalni status).

Upitnik za trudnice sadržavao je pitanja o prethodnoj trudnoći, tijekom sadašnje trudnoće, prijašnjim mentalnim bolestima kod trudnice ili u obitelji, podršci partnera i obitelji te posjeti patronažne sestre).

Upitnik za roditelje sadržavao je pitanja o vrsti i težini poroda, dojenju, emocionalnom statusu, podršci partnera, prijašnjim mentalnim bolestima i posjeti patronažne sestre).

Za drugi upitnik koristila se validirana Edinburška ljestvica samoprocjene za postporođajnu depresiju (EPDS) koja je prevedena na hrvatski jezik. Sadrži 10 pitanja koja se boduju od 0-3. U upitniku je cilj saznati kako su se trudnice i roditelje osjećale u proteklih 7 dana. Maksimalan broj bodova iznosi 30 bodova pri čemu zbroj od 10 ili više ukazuje na vjerojatnost prisutnosti postporođajne depresije.

3.5. Etički aspekti istraživanja

Istraživanje je provedeno na području Krapinsko-zagorske županije tijekom redovne posjete patronažne sestre trudnicama i roditeljama. Istraživanje je odobreno od Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Krapinsko-zagorske županije KLASA: 007-05/24-01/05.

Istraživanje je bilo anonimno i dobrovoljno te su sudionici mogli u bilo kojem trenutku odustati.

Uz upitnik sudionicima je priložen i Informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju na kojem je naznačeno da će se njihovi odgovori koristiti isključivo u svrhu izrade istraživačkog rada i neće biti nigdje drugdje objavljeni.

3.6. Statistička obrada podataka

Za potrebe obrade podataka, korišten je program *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). SPSS je statistički softver koji se koristi za obradu i analizu podataka u raznim znanstvenim disciplinama. Omogućuje jednostavno rukovanje skupovima podataka te pruža alate za provođenje različitih statističkih testova i izradu grafičkih prikaza.

Za analizu podataka iz anketnih upitnika za roditelje i trudnice korištena je frekvencija, udio odnosno postotak u ukupnom broju ispitanica i kumulativni niz. Frekvencija označava broj pojavljivanja određenog odgovora ili kategorije u skupu podataka. Postotak predstavlja udio određenog odgovora u odnosu na ukupan broj ispitanica, izražen u postocima. Kumulativni niz (ili kumulativna frekvencija) predstavlja postupno zbrajanje frekvencija kako se prelazi iz jedne kategorije u drugu. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 50 roditelja i 50 trudnica koje su odgovarale na pitanja u anketnom upitniku te na pitanja iz Edinburške ljestvice za poslijeporođajnu depresiju (EPDS).

4. Rezultati

4.7.1 Rodilje

U tablici 4.7.1.1 prikazani su rezultati koji se odnose na dobnu skupinu ispitanica roditelja.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Dob	<21	2	4,0	4,0
	21-25	7	14,0	18,0
	26-30	19	38,0	56,0
	31-35	18	36,0	92,0
	36-40	3	6,0	98,0
	>40	1	2,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.1.1 Struktura ispitanica roditelja prema dobi

Izvor: Vajdić Gordana

Tablica prikazuje distribuciju uzorka prema dobnim skupinama ispitanica u kategoriji roditelja. Najveći dio uzorka čine ispitanice u dobi od 26 do 30 godina (38%) i od 31 do 35 godina (36%), što zajedno obuhvaća 74% ukupnog uzorka. Manje zastupljene dobne skupine uključuju ispitanice u dobi od 21 do 25 godina (14%), dok su najmanje zastupljene ispitanice mlađe od 21 godine (4%) i starije od 40 godina (2%).

U tablici 4.7.1.2 prikazani su rezultati ispitanica koji se odnose na završen stupanj obrazovanja.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Stupanj obrazovanja	Osnovna škola	1	2,0	2,0
	Srednja škola	23	46,0	48,0
	Viša ili visoka škola	26	52,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.1.2 Struktura ispitanica roditelja prema stupnju obrazovanja

Izvor: Vajdić Gordana

Više od polovice ispitanica u kategoriji roditelja (52%) ima završenu višu ili visoku školu. Ispitanica sa završenom srednjom školom je ukupno 23, odnosno 46%, dok jedna ispitanica ima završenu osnovnu školu.

U tablici 4.7.1.3 prikazani su rezultati koji se odnose na poslovni status.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Poslovni status	Zaposlena	47	94,0	94,0
	Nezaposlena	3	6,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.1.3 Struktura ispitanica roditelja prema poslovnom statusu

Izvor: Vajdić Gordana

U radnom odnosu je ukupno 47 ispitanica roditelja, odnosno 94%, dok njih troje ili 6% nije u radnom odnosu.

U tablici 4.7.1.4 prikazani su rezultati ispitanica roditelja koji se odnose na njihove prihode.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Prihod	Prosječan	45	90,0	90,0
	Ispod prosjeka	1	2,0	92,0
	Iznad prosjeka	4	8,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.1.4 Struktura ispitanica roditelja prema prihodima

Izvor: Vajdić Gordana

Ukupno 45 ispitanica (90%) navodi kako ima prosječne prihode. Da ima prihode ispod prosjeka, navela je jedna ispitanica, dok 4 ispitanice (8%) navode da imaju prihode iznad prosjeka.

U tablici 4.7.1.5 prikazani su rezultati koji se odnose na obiteljski status ispitanica roditelja.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Obiteljski status	Udana	41	82,0	82,0
	Samohrana majka	0	0	82,0
	Izvanbračna zajednica	9	18,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.1.5 Struktura ispitanica roditelja prema obiteljskom statusu

Izvor: Vajdić Gordana

Ni jedna od ispitanica nije samohrana majka, bilo da je neudata, rastavljena ili udovica. Njih 9, odnosno 18%, navelo je kako žive u izvanbračnoj zajednici, dok 41 ispitanica ili 82% je udano.

U tablici 4.7.1.6 prikazana je deskriptivna statistika koja se odnosi na sociodemografske podatke ispitanica roditelja.

	Dob	Stupanj obrazovanja	Poslovni status	Prihod	Obiteljski status
Broj ispitanica	50	50	50	50	50
Srednja vrijednost	3,32	2,50	1,06	1,18	1,36
Medijan	3,00	3,00	1,00	1,00	1,00
Mod	3	3	1	1	1
Standardna devijacija	,999	,544	,240	,560	,776

Tablica 4.7.1.6 Deskriptivna statistika za sociodemografske podatke ispitanica roditelja

Izvor: Vajdić Gordana

Tablica prikazuje osnovne statističke pokazatelje za pet varijabli: dob, stupanj obrazovanja, poslovni status, prihod i obiteljski status, na uzorku od 50 ispitanika. Srednja vrijednost za dob iznosi 3,32, što ukazuje da je većina ispitanica u dobi od 26 do 35 godina, dok je srednja vrijednost stupnja obrazovanja 2,50, što znači da većina ispitanika ima višu ili visoku školu. Poslovni status i prihod imaju niske srednje vrijednosti (1,06 i 1,18), što ukazuje na to da većina ispitanica ima stabilan posao s prosječnim prihodima. Mod (najčešće javljajuća vrijednost) za većinu varijabli je 1, osim za dob i stupanj obrazovanja, gdje je 3, što znači da većina ispitanika ima između 26 i 30 godina te završenu srednju školu. Standardna devijacija je najmanja za poslovni status (0,240), što pokazuje malu varijabilnost u tom području, dok je najveća za dob (0,999), što ukazuje na veću raznolikost u dobi ispitanika.

U tablici 4.7.1.7 prikazani su rezultati ispitanica roditelja koji se odnose na vrstu poroda.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Kakav Vam je bio porod?	Vaginalan na termin	38	76,0	76,0
	Prijevremeni	2	4,0	80,0
	Carski rez	9	18,0	98,0
	Komplikacije pri porodu	1	2,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.1.7 Struktura ispitanica roditelja prema vrsti poroda

Izvor: Vajdić Gordana

Ukupno 76% ispitanica roditelja navelo je kako su imale vaginalan porod na termin. Porod završen carskim rezom imalo je ukupno 9 ispitanica (18%), dok su najmanje zastupljeni prijevremeni porod (4%) i komplikacije pri porodu (2%).

U tablici 4.7.1.8 prikazani su rezultati ispitanica roditelja koji se odnose na samoprocjenu težine poroda.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Koliko je za Vas porod bio težak na skali od 1 do 4? (1 nimalo težak, 4 jako težak)	1	4	8,0	8,0
	2	17	34,0	42,0
	3	23	46,0	88,0
	4	6	12,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.1.8 Struktura ispitanica roditelja prema težini poroda

Izvor: Vajdić Gordana

Ispitanice su na postavljeno pitanje o težini poroda mogle odabrati broj na skali od 1 do 4, gdje 1 predstavlja da porod za njih nije bio nimalo težak, dok 4 predstavlja da je porod za njih bio jako težak. Rezultati pokazuju da je većina ispitanica (46%) ocijenila porod kao „umjereno težak” (ocjena 3). Manji postotak (34%) ispitanica smatralo je porod kao „malo težak“ (ocjena 2), dok je 12% ispitanica ocijenilo porod kao „jako težak” (ocjena 4). Samo 4% ispitanica ocijenilo je porod kao „nimalo težak” (ocjena 1).

U tablici 4.7.1.9 prikazani su rezultati ispitanica roditelja koji se odnose na dojenje.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Dojite?	Dojim	28	56,0	56,0
	Ne dojim	6	12,0	68,0
	Dojenje + formula	16	32,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.1.9 Struktura ispitanica roditelja o prakticanju dojenja

Izvor: Vajdić Gordana

Više od polovice ispitanice (56%) navelo je kako doji, dok njih ukupno 6 (12%) to isto ne čini. Ukupno 16 ispitanica ili 32% navelo je kako uz dojenje koriste i formulu.

U tablici 4.7.1.10 prikazani su rezultati ispitanica roditelja koji se odnose na emocionalnu povezanost s djetetom.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Da li se osjećate emocionalno povezano s Vašim djetetom?	Da	49	98,0	98,0
	Ne	1	2,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.1.10 Struktura ispitanica roditelja prema emocionalnoj povezanosti s djetetom

Izvor: Vajdić Gordana

Na postavljeno pitanje, samo je jedna ispitanica navela da se ne osjeća emocionalno povezano sa svim djetetom.

U tablici 4.7.1.11 prikazani su rezultati ispitanica roditelja koji se odnose na zabrinutost zbog majčinstva.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Jeste li zabrinuta (anksiozna) zbog majčinstva?	Da	13	26,0	26,0
	Ne	37	74,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.1.11 Struktura ispitanica roditelja o zabrinutosti zbog majčinstva

Izvor: Vajdić Gordana

26% ispitanica je navelo kako je zabrinuto, odnosno anksiozno radi majčinstva, dok njih ukupno 37 ili 74% se ne osjeća zabrinuto.

U tablici 4.7.1.12 prikazani su rezultati ispitanica roditelja koji se odnose na odnos s partnerom ili supružnikom otkako su dobili dijete.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Odnos s partnerom/supružnikom otkako ste dobili dijete je:	Jako dobar	41	82,0	82,0
	Mogao bi biti bolji	9	18,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.1.12 Struktura ispitanica roditelja o zabrinutosti zbog majčinstva

Izvor: Vajdić Gordana

Ukupno 82% ispitanica navodi kako je odnos s partnerom odnosno supružnikom jako dobar otkako su dobili dijete, dok ukupno 9 ispitanica ili 18% navodi kako bi odnos mogao biti bolji. Na navedenom pitanju bio je ponuđen i odgovor „loš“, no ni jedna ispitanica nije isti navela.

U tablici 4.7.1.13 prikazani su rezultati ispitanica roditelja koji se odnose na podršku partnera ili supružnika.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Smatrate li da je Vaš partner/ supružnik Vaša podrška?	Da	48	96,0	96,0
	Ne	2	4,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.1.13 Struktura ispitanica roditelja o partnerovoj/supružnikovoj podršci

Izvor: Vajdić Gordana

Od ukupno 50 ispitanica, njih 48 ili 96% je navelo da smatra da im je njihov partner odnosno supružnik podrška, dok njih dvije ili 4% je navelo da to isto ne smatra.

U tablici 4.7.1.14 prikazani su rezultati ispitanica roditelja koji se odnose na mentalne bolesti u obitelji.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Da li u obitelji netko boluje od mentalne bolesti?	Depresija	1	2,0	2,0
	Ostale psihijatrijske bolesti	2	4,0	6,0
	Ne	47	94,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.1.14 Struktura ispitanica roditelja o mentalnim bolestima u obitelji

Izvor: Vajdić Gordana

Prema rezultatima, jedna ispitanica (2%) je navela da netko u obitelji boluje od depresije, dok su dvije ispitanice (4%) navele druge psihijatrijske bolesti. Većina ispitanica, njih 47 (94%), odgovorila je da nitko u obitelji ne boluje od mentalnih bolesti.

U tablici 4.7.1.15 nalaze se rezultati ispitanica roditelja koji se odnose na mentalne bolesti njih samih.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Da li ste do sada bolovali od neke mentalne bolesti?	Ne	48	96,0	96,0
	Ne, ali ste povremeno uzimali sredstva za smirenje	2	4,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.1.15 Struktura ispitanica roditelja o mentalnim bolestima njih samih

Izvor: Vajdić Gordana

Ni jedna ispitanica nije navela da boluje od neke mentalne bolesti koja je dijagnosticirana, no dvije ispitanice (4%) su navele kako su povremeno uzimale sredstva za smirenje.

U tablici 4.7.1.16 nalaze se rezultati ispitanica roditelja koji se odnose na ukupan broj posjeta patronažne sestre nakon poroda.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Koliko ste posjeta patronažne sestre imali nakon poroda?	1 - 3	8	16,0	16,0
	4 i više	42	84,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.1.16 Broj posjeta patronažne sestre kod ispitanica roditelja

Izvor: Vajdić Gordana

Najveći broj ispitanica, njih 42 ili 84%, je navelo kako ih je patronažna sestra posjetila četiri ili više puta nakon poroda, dok njih 8 ili 16% navodi kako je posjet bio obavljen između 1 i 3 puta. Među ponuđenim odgovorima u anketnom upitniku bio je i odgovor da ih patronažna sestra nije ni jednom posjetila, no ni jedna ispitanica nije odabrala isti.

U tablici 4.7.1.17 prikazani su rezultati ispitanica roditelja koji se odnose na zadovoljstvo ispitanica informacijama i podrškom koju su dobile od patronažne sestre.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Jeste li zadovoljni informacijama i podrškom koju ste dobili od patronažne sestre?	Da	49	98,0	98,0
	Djelomično	1	2,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.1.17 Zadovoljstvo ispitanica nakon posjeta patronažne sestre

Izvor: Vajdić Gordana

Ukupno 49 ispitanica, odnosno 98%, je navelo kako je zadovoljno informacijama i podrškom koju su dobile od patronažne sestre, dok je jedna ispitanica (2%) djelomično zadovoljna. Ni jedna ispitanica nije navela kako nije zadovoljna istim.

	Kakav Vam je bio porod?	Koliko je za Vas porod bio težak na skali od 1 do 4? (1 nimalo težak, 4 jako težak)	Dojenje	Da li se osjećate emocionalno povezano s Vašim djetetom?	Jeste li zabrinuta (anksiozna) zbog majčinstva?	Odnos partnerom/supružnikom otkako ste dobili dijete je:	Smatrate li da je Vaš partner/supružnik Vaša podrška?	Da li u obitelji netko boluje od mentalne bolesti?	Da li ste do sada bolovali od neke mentalne bolesti?	Koliko ste posjeta patronažne sestre imali nakon poroda?	Jeste li zadovoljni i informacijama i podrškom koju ste dobili od patronažne sestre?
Broj ispitanica	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Srednja vrijednost	1,46	2,62	1,76	1,02	1,74	1,18	1,04	2,92	1,04	2,84	1,04
Medijan	1,00	3,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00
Mod	1	3	1	1	2	1	1	3	1	3	1
Standardna devijacija	,862	,805	,916	,141	,443	,388	,198	,340	,198	,370	,283

Tablica 4.7.1.18 Deskriptivna statistika za ostale podatke ispitanica roditelja

Izvor: Vajdić Gordana

Tablica 4.7.1.18 prikazuje rezultate ankete koja se odnosi na iskustva žena nakon poroda. Tablica sadrži različite aspekte postporođajnog iskustva ispitanica, uključujući težinu poroda, emocionalno povezivanje s djetetom, zabrinutost zbog majčinstva, podršku partnera, mentalno zdravlje i zadovoljstvo podrškom patronažnih sestara. Rezultati ankete provedene na 50 ispitanica pokazuju da je većina žena ocijenila svoj porod kao umjereno težak, s prosječnom ocjenom težine poroda od 2,62 na skali od 1 do 4. Najčešća ocjena (mod) bila je 3, dok je medijan također 3, uz standardnu devijaciju od 0,805, što ukazuje na umjereno rasipanje odgovora. Kada je riječ o emocionalnoj povezanosti s djetetom, prosječna ocjena bila je vrlo niska (1,02), s minimalnim odstupanjem (standardna devijacija od 0,141), što ukazuje na visok stupanj povezanosti kod gotovo svih ispitanica. Odnos s partnerom nakon poroda ocijenjen je vrlo pozitivno, s prosječnom ocjenom od 1,18, dok je podrška od partnera ocijenjena s prosječnom vrijednošću od 1,04. Standardna devijacija za ove ocjene bila je 0,388 i 0,198, što ukazuje na nisko odstupanje i visok stupanj slaganja među ispitanicama. Što se tiče mentalnog zdravlja, 2,92 ispitanice u prosjeku su prijavile prisutnost mentalnih bolesti u obitelji (mod i medijan su 3, sa standardnom devijacijom 0,340), ali je prosječna ocjena osobnih mentalnih bolesti bila niska, na 1,04. Kada je u pitanju broj posjeta patronažnih sestara, prosjek je bio 2,84, s modom i medijanom na 3, dok je standardna devijacija iznosila 0,370. Kada je riječ o zadovoljstvu informacijama i podrškom koju su ispitanice dobile od patronažnih sestara, prosječna ocjena bila je 1,04, s minimalnim odstupanjem (standardna devijacija od 0,283), što ukazuje na vrlo visok nivo zadovoljstva među ispitanicama. Ovi podaci ukazuju na generalno pozitivan postporođajni period za većinu žena, uz odgovarajuću podršku partnera i zdravstvenih službi, uključujući i vrlo zadovoljavajuću ulogu patronažnih sestara.

4.7.2. Trudnice

U tablici 4.7.2.1. prikazani su rezultati koji se odnose na dobnu skupinu ispitanica trudnica.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Dob	21 – 25	8	16,0	16,0
	26 – 30	22	44,0	60,0
	31 – 35	15	30,0	90,0
	36 – 40	4	8,0	98,0
	>40	1	2,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.2.1 Struktura ispitanica trudnica prema dobi

Izvor: Vajdić Gordana

Najviše ispitanica trudnica se nalazi u dobnoj skupini od 26 do 30 godina (44%). Jedna ispitanica je starija od 40 godina. Iako je bilo ponuđeno kao mogućnost odabira, ni jedna ispitanica trudnica nije mlađa od 21 godine. Druga najzastupljenija skupina ispitanica su trudnice u dobi od 31 do 35 godina (30%).

U tablici 4.7.2.2 prikazani su rezultati ispitanica trudnica koji se odnose na završen stupanj obrazovanja.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Stupanj obrazovanja	Srednja škola	26	52,0	52,0
	Više ili visoka škola	24	48,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.2.2 Struktura ispitanica trudnica prema stupnju obrazovanja

Izvor: Vajdić Gordana

Od ukupno 50 ispitanica trudnica, 26 ih je završilo srednju školu (52%), dok je 24 trudnica završilo višu ili visoku školu, što predstavlja 48%. Ni jedna ispitanica nema završenu samo osnovnu školu.

U tablici 4.7.2.3 prikazani su rezultati ispitanica trudnica koji se odnose na poslovni status.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Poslovni status	Zaposlena	46	92,0	92,0
	Nezaposlena	4	8,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.2.3 Struktura ispitanica trudnica prema poslovnom statusu

Izvor: Vajdić Gordana

Ukupno 46 ispitanica trudnica ili 92% navelo je kako su u radnom odnosu, odnosno zaposlene, dok njih četiri ili 8% je navelo kako su trenutno nezaposlene.

U tablici 4.7.2.4 prikazani su rezultati ispitanica trudnica koji se odnose na njihove prihode.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Prihod	Prosječan	38	76,0	76,0
	Ispod prosjeka	2	4,0	80,0
	Iznad prosjeka	10	20,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.2.4 Struktura ispitanica trudnica prema prihodima

Izvor: Vajdić Gordana

Ukupno 38 ispitanica (76%) navodi kako ima prosječne prihode. Da ima prihode ispod prosjeka, navele su dvije ispitanice, dok 10 ispitanice (20%) navodi da imaju prihode iznad prosjeka.

U tablici 4.7.2.5 prikazani su rezultati ispitanica trudnica koji se odnose na obiteljski status.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Obiteljski status	Udana	44	88,0	88,0
	Izvanbračna zajednica	6	12,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tablica 4.7.2.5 Struktura ispitanica trudnica prema obiteljskom statusu

Izvor: Vajdić Gordana

Ukupno 44 ispitanice trudnice ili 88% je navelo da je udano, a njih 6 (12%) je navelo da žive u izvanbračnoj zajednici. Ni jedna od ispitanica trudnica nije samohrana majka (neudana, rastavljena ili udovica).

U tablici 4.7.2.6 prikazana je deskriptivna statistika koja se odnosi na sociodemografske podatke ispitanica trudnica.

	Dob	Stupanj obrazovanja	Poslovni status	Prihod	Obiteljski status
Broj ispitanica	50	50	50	50	50
Srednja vrijednost	3,36	2,48	1,08	1,44	1,24
Medijan	3,00	2,00	1,00	1,00	1,00
Mod	3	2	1	1	1
Standardna devijacija	,921	,505	,274	,812	,657

Tablica 4.7.2.6 Deskriptivna statistika za sociodemografske podatke

ispitanica trudnica

Izvor: Vajdić Gordana

Tablica prikazuje deskriptivnu statistiku koja se odnosi na sociodemografske podatke ispitanica trudnica. Analizirani su parametri kao što su dob, stupanj obrazovanja, poslovni status, prihod i obiteljski status za 50 ispitanica. Srednja vrijednost dobi trudnica iznosi 3,36 (sa standardnom devijacijom od 0,921), a medijan je 3,00, što ukazuje na to da su trudnice uglavnom mlađe dobi. Srednji vrijednost stupnja obrazovanja iznosi 2,48, dok

je medijan 2, a isto ukazuje na prosječno viši nivo obrazovanja među ispitanicama. Poslovni status i prihod pokazuju niže srednje vrijednosti (1,08 i 1,44), s tim da je većina ispitanica zaposlena ili ima manji prihod. Obiteljski status ima srednju vrijednost od 1,24, što implicira da većina trudnica pripada tradicionalnim obiteljskim strukturama (da su udane), uz standardnu devijaciju od 0,657.

U tablici 4.7.2.7 prikazani su rezultati ispitanica trudnica koji se odnose na broj prethodnih trudnoća.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Broj prethodnih trudnoća	0	28	56,0	56,0
	1	13	26,0	82,0
	2	6	12,0	94,0
	3	2	4,0	98,0
	4	1	2,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.2.7 Struktura ispitanica trudnica prema broju prethodnih trudnoća

Izvor: Vajdić Gordana

Više od polovice ispitanica trudnica (56%), prije ove trudnoće nije imalo prethodnu trudnoću. Ukupno 13 ispitanica (26%) do sad je već imalo jednu trudnoću, 6 ispitanica (12%) je imalo dvije trudnoće, dvije ispitanice (4%) su imale tri trudnoće, a jedna ispitanica (2%) ima ukupno četiri prethodne trudnoće.

U tablici 4.7.2.8 prikazani su rezultati ispitanica trudnica koji se odnose na prethodan broj spontanih pobačaja.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Spontani pobačaj	0	39	78,0	78,0
	1	7	14,0	92,0
	2	4	8,0	100,0
	Total	50	100,0	

Tablica 4.7.2.8 Struktura ispitanica trudnica prema broju spontanih pobačaja

Izvor: Vajdić Gordana

Da nije bilo prethodnih spontanih pobačaja, kao odgovor navele su ukupno 39 ispitanice trudnice (78%). Ukupno 7 ispitanica (14%)avelo je da su imale jedan spontani pobačaj, a četiri ispitanice su navele da su do sad imale dva spontana pobačaja.

Ni jedna ispitanica nijeavela da je imala namjerni pobačaj.

U tablici 4.7.2.9 prikazani su rezultati ispitanica trudnica koji se odnose na vrstu trudnoće.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Ova trudnoća je?	Planirana	38	76,0	76,0
	Neplanirana, ali dobro prihvaćena trudnoća	11	22,0	98,0
	Umjetna oplodnja	1	2,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.2.9 Struktura ispitanica trudnica prema vrsti trudnoće

Izvor: Vajdić Gordana

Ukupno 76% ispitanica trudnica jeavelo da je za njih trudnoća bila planirana. 11 ispitanica ili 22% jeavelo kako je trudnoća bila neplanirana, ali da je dobro prihvaćena, dok je jedna ispitanicaavela kako je do trudnoće došlo umjetnom oplodnjom.

U tablici 4.7.2.10 prikazani su rezultati ispitanica trudnica koji se odnosi na tijek trudnoće.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Tijek trudnoće	Uredan	44	88,0	88,0
	Komplikacije u trudnoći	6	12,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.2.10 Struktura ispitanica trudnica prema tijeku trudnoće

Izvor: Vajdić Gordana

Ukupno 44 ispitanice trudnice (88%) je navelo kako je dosadašnji tijek trudnoće uredan, dok njih 6 ili 12% je navelo kako imaju komplikacije u trudnoći.

U tablici 4.7.2.11 prikazani su rezultati ispitanica trudnica koji se odnose na bolovanje od mentalnih bolesti u obitelji.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Da li u obitelji netko boluje od mentalne bolesti?	Depresija	3	6,0	6,0
	Ne	47	94,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.2.11 Struktura ispitanica trudnica o mentalnim bolestima u obitelji

Izvor: Vajdić Gordana

Prema rezultatima, tri ispitanice trudnice (6%) su navela da netko u obitelji boluje od depresije. Većina ispitanica, njih 47 (94%), odgovorila je da nitko u obitelji ne boluje od mentalnih bolesti.

U tablici 4.7.2.12 nalaze se rezultati ispitanica trudnica koji se odnose na mentalne bolesti njih samih.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Da li ste do sada bolovali od neke mentalne bolesti?	Ne	48	96,0	96,0
	Ne, ali ste povremeno uzimali sredstva za smirenje	2	4,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.2.12 Struktura ispitanica trudnica o mentalnim bolestima njih samih

Izvor: Vajdić Gordana

Ni jedna ispitanica nije navela da boluje od neke mentalne bolesti koja je dijagnosticirana, no dvije ispitanice (4%) su navele kako su povremeno uzimale sredstva za smirenje.

U tablici 4.7.2.13 prikazani su rezultati ispitanica trudnica koji se odnose na podršku partnera ili supružnika.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Smatrate li da Vam je podrška partnera/ supružnika jako važna u životu?	Da	50	100,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.2.13 Struktura ispitanica trudnica o važnosti partnerove/supružnikove podrške

Izvor: Vajdić Gordana

Sve ispitanice trudnice su navele da im je jako važna podrška partnera odnosno supružnika.

U tablici 4.7.2.14 prikazani su rezultati ispitanica trudnica koji se odnose na odnos s partnerom ili supružnikom.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Odnos s partnerom/ supružnikom?	Jako dobar	45	90,0	90,0
	Mogao bi biti bolji	5	10,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.2.14 Struktura ispitanica trudnica o odnosu s partnerom/supružnikom
Izvor: Vajdić Gordana

Ukupno 45 ispitanica trudnica (90%) navodi kako je odnos s partnerom odnosno supružnikom jako dobar, dok ukupno 5 ispitanica ili 10% navodi kako bi odnos mogao biti bolji. Na navedenom pitanju bio je ponuđen i odgovor „loš“, no ni jedna ispitanica nije isti navela.

U tablici 4.7.2.15 prikazani su rezultati ispitanica trudnica koji se odnose na pomoć odnosno podršku obitelji.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Da li imate dovoljnu pomoć/ podršku od Vaše obitelji?	Da	49	98,0	98,0
	Ne	1	2,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.2.15 Struktura ispitanica trudnica o pomoću/podršci od obitelji
Izvor: Vajdić Gordana

Ukupno 49 ispitanica trudnica (98%) je navelo kako imaju dovoljnu pomoć odnosno podršku obitelji, dok je jedna ispitanica navela da to isto nema.

U tablici 4.7.2.16 prikazani su rezultati ispitanica trudnica koji se odnose na posjet patronažne sestre tijekom trudnoće.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Da li vas je patronažna sestra posjetila tijekom trudnoće?	Da	43	86,0	86,0
	Ne	7	14,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.2.16 Posjet patronažne sestre kod ispitanica trudnica

Izvor: Vajdić Gordana

Ukupno 43 ispitanice trudnice (86%) je navelo da su imale posjetu patronažne sestre tijekom trudnoće, dok ukupno sedam ispitanica (14%) je navelo kako ih patronažna sestra nije posjetila ni jednom.

U tablici 4.7.2.17 prikazani su rezultati ispitanica trudnica koji se odnose na dobivanje informacija vezanih za trudnoću od patronažne sestre.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Da li ste dobili sve informacije vezane za vašu trudnoću od patronažne sestre?	Da	47	94,0	94,0
	Ne	2	4,0	98,0
	Djelomično	1	2,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.2.17 Struktura ispitanica prema dobivanju informacija od patronažne sestre

Izvor: Vajdić Gordana

Ukupno 47 ispitanica trudnica (94%) su navele kako su dobile sve informacije vezane za njihovu trudnoću od strane patronažne sestre, njih dvije (4%) je navelo kako nisu dobile informacije, dok jedna ispitanica (2%) je navela kako je te informacije dobila djelomično.

	Broj prethodnih trudnoća	Spontani pobačaj	Vrsta trudnoće	Tijek trudnoće	Da li u obitelji netko boluje od mentalne bolesti?	Da li ste do sada bolovali od neke mentalne bolesti?	Smatrate li da Vam je podrška partnera / supružnika jako važna u životu?	Odnos s partnerom/ supružnikom?	Da li imate dovoljnu pomoć/ podršku od Vaše obitelji?	Da li vas je patronažna sestra posjetila tijekom trudnoće?	Da li ste dobili sve informacije vezane za vašu trudnoću od patronažne sestre?
Broj ispitanica	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Srednja vrijednost	,70	,30	1,28	1,12	2,88	1,04	1,00	1,10	1,02	1,14	1,08
Medijan	,00	,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mod	0	0	1	1	3	1	1	1	1	1	1
Standardna devijacija	,974	,614	,573	,328	,480	,198	,000	,303	,141	,351	,340

Tablica 4.7.2.18 Deskriptivna statistika za ostale podatke ispitanica trudnica

Izvor: Vajdić Gordana

Rezultati ankete provedene među 50 trudnica u tablici 4.7.2.18 pokazuju da većina ispitanica prvi put prolazi kroz trudnoću, s prosječnim brojem prethodnih trudnoća od 0,70. Spontani pobačaji su relativno rijetki, s prosječnom vrijednošću od 0,30. Trudnoće su većinom uredne, s prosječnom ocjenom tijekom trudnoće od 1,12 i malim odstupanjem među odgovorima. Što se tiče mentalnog zdravlja, ispitanice su prijavile prisutnost mentalnih bolesti u obitelji s prosječnom vrijednošću 2,88, ali su rijetko prijavljivale vlastite mentalne poteškoće. Podrška partnera i obitelji ocijenjena je kao vrlo važna i adekvatna, s prosječnim ocjenama od 1,00 do 1,02, što ukazuje na visok stupanj zadovoljstva podrškom tijekom trudnoće. Patronažna sestra je većinu trudnica posjetila tijekom trudnoće, a ispitanice su bile zadovoljne informacijama koje su dobile, s prosječnom ocjenom 1,08. Ovi rezultati ukazuju na generalno pozitivan doživljaj trudnoće među ispitanicama, uz značajnu podršku njihovih partnera, obitelji i patronažne sestre.

4.7.3. Edinburška ljestvica postporođajne ljestvice – roditelje

Edinburška ljestvica postporođajne depresije (EPDS) koristi se za procjenu depresivnih simptoma kod žena (u ovom istraživanju kod roditelja i trudnica). Analiza ljestvice obično se fokusira na ukupni zbroj bodova kako bi se utvrdila ozbiljnost simptoma depresije. Ljestvica se sastoji od 10 pitanja koja se odnose na osjećaje i ponašanja majke, odnosno trudnice. Svako pitanje ocjenjuje se na ljestvici od 0 do 3, a ukupni rezultat može varirati od 0 do 30. Za ovo istraživanje, granica je postavljena na ukupan zbroj bodova 10.

U tablici 4.7.3.1. prikazani su statistički pokazatelji za ispitanice roditelje nakon analiziranja Edinburške ljestvice.

Broj ispitanica roditelja	50
Srednja vrijednost	6,06
Medijan	5,00
Mod	5
Standardna devijacija	5,366
Minimum	0
Maksimum	25

Tablica 4.7.3.1 Statistički pokazatelji Edinburške ljestvice za ispitanice roditelje

Izvor: Vajdić Gordana

Srednja vrijednost rezultata iznosi 6,06, što znači da se prosječni rezultat roditelja nalazi ispod granične vrijednosti od 10 bodova, koja označava rizik za postporođajnu depresiju. Medijan, koji iznosi 5, ukazuje na to da je polovica ispitanica roditelja ostvarila rezultat jednak ili manji od 5 bodova, što dodatno potvrđuje da većina ispitanica nije u rizičnoj skupini. Mod, koji također iznosi 5, pokazuje da je taj rezultat bio najčešći među ispitanicama roditeljama. Standardna devijacija iznosi 5,366, što pokazuje umjerenu varijabilnost rezultata ispitanica. Najniži rezultat na ljestvici je 0 bodova, dok je najviši

rezultat 25 bodova, što ukazuje na značajan raspon rezultata među ispitanicama roditeljima.

U tablici 4.7.3.2 prikazan je zbroj ispitanica roditelja nakon provedene ankete.

		Frekvencija	Postotak	Kumulativni niz
Zbroj	0	5	10,0	10,0
	1	3	6,0	16,0
	2	6	12,0	28,0
	3	4	8,0	36,0
	4	4	8,0	44,0
	5	8	16,0	60,0
	6	3	6,0	66,0
	7	2	4,0	70,0
	8	3	6,0	76,0
	9	2	4,0	80,0
	10	2	4,0	84,0
	12	3	6,0	90,0
	13	1	2,0	92,0
	15	2	4,0	96,0
	22	1	2,0	98,0
	25	1	2,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.3.2 Edinburška ljestvica za ispitanice roditelje

Izvor: Vajdić Gordana

Tablica prikazuje distribuciju rezultata ispitanica roditelja prema Edinburškoj ljestvici za postporođajnu depresiju, gdje je granica za rizične rezultate postavljena na 10 bodova. Najveći broj ispitanica (8 ispitanica ili 16%) ostvarilo je rezultat 5, što je ispod granice rizika od 10 bodova. Rezultati se kreću od 0 do 25 bodova. Najviši rezultat, 25 bodova, postigla je jedna ispitanica (2%), dok je također jedna ispitanica postigla rezultat od 22 boda (2%). Kumulativni niz pokazuje da 40 ispitanica (80%) imaju rezultat manji ili jednak 9, što znači da nisu u rizičnoj skupini za postporođajnu depresiju. Ukupno 10 ispitanica (20%) postiglo je rezultat 10 ili više bodova, što ih stavlja u rizičnu skupinu za postporođajnu depresiju. Od tih 10 ispitanica, dvije ispitanice imaju rezultat

točno 10 bodova (4%), dok su preostale ostvarile rezultate veće od 10 bodova. Unutar rizične skupine, ispitanice su postigle različite rezultate, pri čemu najveći rezultat iznosi 25 bodova (2%), što upućuje na ozbiljne simptome depresije kod jedne ispitanice. S obzirom na to da su dvije ispitanice (4%) imale rezultat točno na granici od 10 bodova, te ispitanice zahtijevaju dodatnu pažnju, kao i preostalih pet ispitanica koje su imale rezultate veće od 10. Većina ispitanica (80%) ima rezultate koji ukazuju na nisku razinu depresivnih simptoma ili njihovo odsustvo. Međutim, 20% ispitanica je u rizičnoj skupini i potrebno bi ih bilo dodatno pratiti i pružati podršku. Iako je ta skupina manja, važno je osigurati pravovremenu brigu za te ispitanice kako bi se spriječile ozbiljnije posljedice postporođajne depresije.

4.7.4. Edinburška ljestvica postporođajne ljestvice – trudnice

U tablici 4.7.4.1 prikazani su statistički pokazatelji za ispitanice trudnice nakon analiziranja Edinburške ljestvice.

Broj ispitanica trudnica	50
Srednja vrijednost	5,08
Medijan	4,00
Mod	3
Standardna devijacija	3,658
Minimum	0
Maksimum	16

Tablica 4.7.4.1 Statistički pokazatelji Edinburške ljestvice za ispitanice trudnice

Izvor: Vajdić Gordana

Tablica prikazuje statističke rezultate trudnica na Edinburškoj ljestvici, s uzorkom od 50 ispitanica. Prosječan rezultat iznosi 5,08, što pokazuje da većina trudnica ne ulazi u rizičnu skupinu za postporođajnu depresiju (prag je 10 bodova). Medijan, koji iznosi 4,00, pokazuje da gotovo polovica ispitanica trudnica ima rezultat manji ili jednak 4. Najčešći rezultat ili mod, je 3, što

dodatno potvrđuje da većina trudnica ima nizak rizik. Standardna devijacija od 3,658 ukazuje na umjerenu varijaciju među rezultatima. Najniži rezultat je 0, dok je najviši 16, što ukazuje na širok raspon rezultata u uzorku. Ovi pokazatelji upućuju na to da je većina ispitanica trudnica izvan rizične skupine, ali da manji broj trudnica s višim rezultatima zahtijeva dodatnu pažnju.

U tablici 4.7.4.2 prikazan je zbroj ispitanica trudnica nakon provedene ankete.

		Frekvencija	Postotak (%)	Kumulativni niz
Zbroj	0	4	8,0	8,0
	1	3	6,0	14,0
	2	5	10,0	24,0
	3	9	18,0	42,0
	4	7	14,0	56,0
	5	4	8,0	64,0
	6	1	2,0	66,0
	7	4	8,0	74,0
	8	2	4,0	78,0
	9	5	10,0	88,0
	10	2	4,0	92,0
	11	1	2,0	94,0
	12	2	4,0	98,0
	16	1	2,0	100,0
	Ukupno	50	100,0	

Tablica 4.7.4.2 Edinburška ljestvica za ispitanice trudnice

Izvor: Vajdić Gordana

Tablica prikazuje distribuciju rezultata ispitanica trudnica prema Edinburškoj ljestvici. Prag od 10 bodova označava granicu iznad koje trudnice ulaze u rizičnu skupinu. Najveći broj ispitanica, njih 9 (18%), ostvarilo je 3 boda, što je ispod granice rizika od 10 bodova. Raspon rezultata kreće se od 0 do 16 bodova. Najviši rezultat, 16 bodova, postigla je jedna ispitanica (2%),

što može ukazivati na prisutnost značajnih depresivnih simptoma za vrijeme trudnoće.

Kumulativni niz u tablici pokazuje da je 88% ispitanica ostvarilo rezultat manji ili jednak 9 bodova, što znači da većina ispitanica trudnica (44 od 50 ispitanica) nije u rizičnoj skupini za postporođajnu depresiju. Međutim, ukupno 6 ispitanica (12%) postigle su rezultat 10 bodova ili više, što ih svrstava u rizičnu skupinu. Unutar te rizične skupine, dvije ispitanice (4%) imaju rezultat točno 10 bodova, dok četiri ispitanice (8%) imaju rezultate veće od 10 bodova. Većina trudnica u uzorku (88%) nema značajne depresivne simptome prema Edinburškoj ljestvici. Ukupno 12% ispitanica trudnica su u potencijalnom riziku i potrebna im je dodatna pažnja i podrška. Posebno je važno pratiti one trudnice koje su na samoj granici od 10 bodova, ali i one s višim rezultatima, kako bi se osigurala pravovremena podrška i spriječile eventualne ozbiljnije posljedice.

4.7.5 Testiranje hipoteza

H1: Rodilje imaju izraženije simptome postporođajne depresije od trudnica.

U tablici 4.7.5.1 prikazani su rezultati deskriptivne statistike za hipoteze H1.

Ispitanice	Broj ispitanica	Srednja vrijednost	Standardna devijacija
Rodilje	50	6,06	5,366
Trudnice	50	5,08	3,658

Tablica 4.7.5.1 Deskriptivna statistika za hipotezu H1

Izvor: Vajdić Gordana

Tablica prikazuje deskriptivnu statistiku koja se odnosi na hipotezu H1, u kojoj se uspoređuju simptomi postporođajne depresije između roditelja i trudnica na temelju bodova dobivenih na Edinburškoj ljestvici. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 50 roditelja i 50 trudnica. Prosječni rezultati pokazuju da ispitanice roditelje imaju nešto izraženije simptome depresije, sa srednjom

vrijednošću od 6,06 bodova, dok ispitanice trudnice imaju prosječnih 5,08 bodova. Razlike u rezultatima ukazuju na to da su simptomi depresije kod roditelja malo intenzivniji. Veća standardna devijacija kod roditelja (5,366) u usporedbi s trudnicama (3,658) pokazuje da su bodovi među roditeljima više varirali, što znači da su neke roditelje imale znatno izraženije simptome od drugih. Konačna potvrda hipoteze o statistički značajnoj razlici između ove dvije skupine bit će moguća nakon analize rezultata t-testa.

Za potvrđivanje ili odbacivanje hipoteze H1, korišten je t-test za nezavisne uzorke koji je prikladan za usporedbu prosječnih vrijednosti dviju nezavisnih skupina (u ovom istraživanju trudnica i roditelja).

U tablici 4.7.5.2 prikazani su rezultati za hipotezu H1.

Leveneov test homogenosti varijanci		t-test		
F	p	t	df	p
2,790	0,098	1,067	98	0,289

Tablica 4.7.5.2 Rezultati za hipotezu H1

Izvor: Vajdić Gordana

Vrijednost t-testa iznosi 1,067, s 98 stupnjeva slobode (df), a p-vrijednost je 0,289, što je iznad standardnog praga statističke značajnosti od 0,05. Leveneov test homogenosti varijanci ($F = 2,790$, $p = 0,098$) je blizu granice značajnosti, odnosno da varijance između dvije skupine nisu potpuno jednake, ali je razlika još uvijek prihvatljiva za provođenje t-testa. Rezultati t-testa za nezavisne uzorke korištenog za testiranje hipoteze H1, prema kojoj ispitanice roditelje imaju izraženije simptome postporođajne depresije od ispitanica trudnica, pokazuju da nema statistički značajne razlike između ove dvije skupine. Razlika u prosječnim rezultatima na Edinburškoj ljestvici između ispitanica roditelja i trudnica nije značajna. Hipoteza H1 se odbacuje.

H2: Rodilje koje prijavljuju lošiji odnos s partnerom ili supružnikom pokazuju veću stopu postporođajne depresije.

Za potvrđivanje ili odbacivanje hipoteze H2, korišten je Kruskal-Wallis test koji se koristi za usporedbu medijana više grupa kada podaci nisu normalno distribuirani. U tablici 4.7.5.3 i 4.7.5.4 prikazani su rezultati za hipotezu H2.

	Odnos s partnerom/supružnikom otkako ste dobili dijete je:	Broj ispitanica	Prosječni rang vrijednosti
Edinburška ljestvica (rodilje)	Jako dobar	41	23,40
	Mogao bi biti bolji	9	35,06
	Ukupno	50	

Tablica 4.7.5.3 Deskriptivna statistika za hipotezu H2

Prosječni rang vrijednosti koristi se jer Kruskal-Wallis test, kao neparametrijska metoda, ne pretpostavlja normalnu distribuciju podataka te se rangiraju podaci umjesto da se koriste njihove stvarne vrijednosti. Prosječni rang vrijednosti na Edinburškoj ljestvici postporođajne depresije za ispitanice rodilje koje prijavljuju „jako dobar“ odnos s partnerom iznosi 23,40, dok je za one koje smatraju da bi njihov odnos mogao biti bolji prosječni rang 35,06.

	Edinburška ljestvica (rodilje)
Kruskal-Wallis H	4,757
df	1
p	0,029

Tablica 4.7.5.4 Rezultati za hipotezu H2

Vrijednost Kruskal-Wallis H testa je 4,757, s jednim stupnjem slobode (df = 1), a p vrijednost iznosi 0,029, što je ispod standardne razine od 0,05. Rezultati upućuju na to da postoji statistički značajna razlika između ispitanica rodilja s različitom percepcijom odnosa s partnerom u smislu njihove stope

postporođajne depresije. Ispitanice rodilje koje prijavljuju lošiji odnos s partnerom pokazuju viši prosječni rang na Edinburškoj ljestvici, što ukazuje na veću stopu postporođajne depresije. Hipoteza H2 se potvrđuje.

H3: Rodilje koje su subjektivno doživjele porod težim (skala 3-4) imaju izraženiju postporođajnu depresiju.

Odgovori ispitanica rodilja su svrstani u dvije kategorije. Ispitanice koje su za težinu poroda na skali od 1 do 4 odabrale težinu 1 i 2, svrstane su u kategoriju „lakši porod“, odnosno one koje su odabrale težinu poroda 3 i 4 svrstane su u kategoriju „teži porod“. U tablici 4.7.5.5 prikazani su rezultati deskriptivne statistike za hipotezu H3.

Težina poroda	Broj ispitanica	Srednja vrijednost	Standardna devijacija
Lakši porod (1-2)	21	6,14	4,520
Teži porod (3-4)	29	6,00	5,982

Tablica 4.7.5.5 Deskriptivna statistika za hipotezu H3

Izvor: Vajdić Gordana

Ispitanice rodilje su podijeljene u dvije kategorije: 21 ispitanica ocijenila je porod kao „lakši“ (težina 1-2), dok je 29 ispitanica porod doživjelo kao „teži“ (težina 3-4). Srednja vrijednost postporođajne depresije za skupinu koja je porod doživjela lakšim iznosi 6,14, dok je za skupinu s težim porodom ta vrijednost 6,00, što pokazuje vrlo male razlike. Standardna devijacija, koja mjeri raspršenost podataka unutar svake grupe, iznosi 4,520 za „lakši porod“ i 5,982 za „teži porod“ te ukazuje na veću varijabilnost rezultata u grupi koja je doživjela teži porod. Ovi podaci pokazuju da su razlike između skupina minimalne, no za konačno potvrđivanje ili odbacivanje hipoteze H3 korišten je t-test za nezavisne uzorke, kojim će se utvrditi postoji li statistički značajna razlika u izraženosti postporođajne depresije između ovih dviju grupa.

U tablici 4.7.5.6 prikazani su rezultati za hipotezu H3.

Leveneov test homogenosti varijanci		t-test		
F	p	t	df	p
0,325	0,571	0,092	48	0,927

Tablica 4.7.5.6 Rezultati za hipotezu H3

Izvor: Vajdić Gordana

Leveneov test ima vrijednost $F = 0,325$ i $p = 0,571$, što govori da nema statistički značajnih razlika u varijancama između dvije grupe ($p > 0,05$) te je time zadovoljena pretpostavka homogenosti varijanci. Rezultati t-testa pokazuju vrijednost $t = 0,092$ s $df = 48$ (stupanj slobode), dok je $p = 0,927$, što je iznad praga od 0,05. Rezultati govore da nema statistički značajne razlike u izraženosti postporođajne depresije između roditelja koje su porod doživjele lakšim i onih koje su porod doživjele težim. Hipoteza H3 se odbacuje.

H4: Rodilje koje prijavljuju visoku razinu anksioznosti zbog majčinstva imaju viši rizik od razvoja postporođajne depresije.

U tablici 4.7.5.7 prikazani su rezultati deskriptivne statistike za hipoteze H4.

Anksioznost zbog majčinstva	Broj ispitanica	Srednja vrijednost	Standardna devijacija
Da	13	8,15	6,309
Ne	37	5,32	4,877

Tablica 4.7.5.7 Deskriptivna statistika za hipotezu H3

Izvor: Vajdić Gordana

U grupi ispitanica roditelja koje su prijavile anksioznost je 13 ispitanica s prosječnim rezultatom postporođajne depresije od 8,15 i standardnom devijacijom od 6,309, što ukazuje na veću varijabilnost rezultata unutar ove grupe. U grupi ispitanica roditelja koje nisu prijavile anksioznost je 37 ispitanica,

s prosječnim rezultatom od 5,32 i standardnom devijacijom od 4,877, što ukazuje na manju razinu postporođajne depresije u ovoj skupini, ali i nešto manju varijabilnost rezultata. Na temelju ovih podataka, može se zaključiti da ispitanice rodilje koje prijavljuju anksioznost imaju tendenciju prema višoj razini postporođajne depresije.

Za potvrđivanje ili odbacivanje hipoteze H4, korišten je t-test za nezavisne uzorke. U tablici 4.7.5.8 prikazani su rezultati za hipotezu H4.

Leveneov test homogenosti varijanci		t-test		
F	p	t	df	p
0,678	0,414	1,665	48	0,102

Tablica 4.7.5.8 Rezultati za hipotezu H4

Izvor: Vajdić Gordana

Leveneov test ima vrijednosti $F=0,678$ i $p=0,414$, što znači da varijance između dvije grupe nisu statistički značajno različite ($p>0,05$), pa je pretpostavka o homogenosti varijanci zadovoljena. T-test pokazuje vrijednost $t=1,665$ s 48 stupnjeva slobode ($df = 48$), a p-vrijednost = 0,102, što je iznad uobičajenog praga statističke značajnosti (0,05). Iako postoji razlika u prosječnim rezultatima između dvije grupe, ona nije dovoljno velika da bi bila statistički značajna. Hipoteza H4 se odbacuje.

5. Rasprava

U istraživanju provedenom na uzorku od 50 roditelja, prikupljeni podaci pružaju detaljan uvid u sociodemografske karakteristike, iskustva vezana uz porod i postporođajno razdoblje, te emocionalno i psihološko stanje roditelja. Rezultati ukazuju na nekoliko ključnih aspekata koji su važni za razumijevanje postporođajnog iskustva i prilagodbe majki na nove životne okolnosti.

U dobnoj skupini najveći dio uzorka činile su ispitanice u dobi između 26 i 35 godina, što je očekivano s obzirom na prosječnu dob roditelja u suvremenom društvu. Naime, (38%) ispitanika bilo je u dobnoj skupini od 26 do 30 godina, dok je (36%) bilo u dobnoj skupini od 31 do 35 godina. Ovi podaci govore o tome da je većina roditelja u tzv. optimalnom reproduktivnom razdoblju, što može imati značajan utjecaj na fizičko i psihičko zdravlje majke tijekom i nakon poroda. Što se tiče obrazovne strukture, više od polovice ispitanica 52% ima završenu višu ili visoku školu dok njih 46% ima završeno srednjoškolsko obrazovanje što može ukazivati na viši socioekonomski status ove skupine. Viši stupanj obrazovanja često je povezan s boljom informiranošću o trudnoći, porodu i postporođajnim promjenama, što može pozitivno utjecati na iskustvo majčinstva [52,53].

U poslovnom statusu značajan udio ispitanica, njih 94%, bio je zaposlen u trenutku istraživanja. Ovaj podatak ukazuje na stabilnu ekonomsku situaciju većine roditelja, što je dodatno potvrđeno činjenicom da je 90% ispitanica izjavilo kako imaju prosječne prihode. Žene s višim prihodima imaju četiri puta manji rizik od razvoja PPD-a u usporedbi sa ženama s nižim prihodima, što ukazuje na zaštitni učinak ekonomske stabilnosti [54]. Na pitanje o obiteljskom statusu njih 18% navelo je da žive u izvanbračnoj zajednici dok 82% je udano.

Kada je riječ o vrsti poroda, većina ispitanica 76% rodilo je vaginalno na termin, dok je carski rez obavljen kod 18% ispitanica. Zanimljivo je da je vrlo mali broj ispitanika 2% imao komplikacije tijekom poroda, što ukazuje na općenito pozitivna iskustva u vezi s porodom. Ipak, subjektivna procjena težine poroda varira; 46% ispitanica ocijenilo je da je porod kao umjereno težak, dok je 12% njih izjavilo da je porod bio jako težak. Ovi podaci ističu važnost individualnog

iskustva poroda, te kako različiti čimbenici, poput vrste poroda ili medicinskih intervencija, mogu utjecati na percepciju težine tog iskustva.

U podacima za dojenje i emocionalna povezanost s djetetom više od polovice ispitanica 56% izjavilo je da doji, dok 32% koristi kombinaciju dojenja i formule. Ovi rezultati mogu odražavati visok stupanj svijesti o prednostima dojenja, ali i razumijevanje potrebe za komplementarnim načinima hranjenja kada je to potrebno. Emocionalna povezanost s djetetom također je vrlo izražena među roditeljama, čak 98% ispitanica izjavilo je da je osjećaj emocionalno povezan sa svojim djetetom. Ovaj podatak ukazuje na visok stupanj majčinskog instinkta i privrženosti, što je važno za emocionalni razvoj djeteta ali i za dobrobit same majke.

Jedan od važnih aspekata postporođajnog razdoblja je psihološka dobrobit majki. Istraživanju je 26% ispitanica izjavilo kako osjećaj zabrinutosti ili anksioznosti zbog majčinstva. Ovo je relativno visok postotak, što ukazuje na potrebu za pružanjem dodatne psihološke podrške roditeljama, osobito u prvih nekoliko mjeseci nakon poroda. Iako većina ispitanica 74% ne osjeća anksioznost, važno je prepoznati one koje se suočavaju s emocionalnim izazovima kako bi im se pravovremeno pružila potrebna pomoć. Kada je riječ o podršci partnera, 96% ispitanica navelo je da osjećaj podrške, što može značajno utjecati na postporođajnu prilagodbu i smanjenje stresa. Dobar odnos s partnerom nakon dolaska djeteta dodatno je potvrđen jer je 82% ispitanica izjavilo da je njihov odnos s partnerom jako dobar, što naglašava važnost zajedničke skrbi i emocionalne podrške unutar obitelji.

Podaci o prisutnosti mentalnih bolesti unutar obitelji pokazuju da velika većina ispitanika 94% nema povijest mentalnih bolesti unutar obitelji, što je ohrabrujuće s obzirom na mogućnost nasljednih psihijatrijskih problema. S druge strane, niti jedna ispitanica nije prijavila vlastitu dijagnozu mentalne bolesti, iako je 4% njih izjavilo kako su povremeno koristile sredstva za smirenje. Ovi podaci ističu važnost praćenja mentalnog zdravlja majke, jer iako nije dijagnosticirana specifična bolest, povremena potreba za smirenjem može ukazivati na skriveni stres ili anksioznost. Rezultati ispitanica roditelja koji se odnose na broj posjeta patronažne sestre, (84%) je navelo 4 ili više puta

posjetu patronažne sestre dok njih (16%) navode kako je posjet obavljen 1-3 puta, što nam ukazuje na vrlo zadovoljavajuću primarnu zdravstvenu skrb u zajednici.

Rezultati ovog istraživanja daju vrijedan uvid u različite aspekte života roditelja, od sociodemografskih karakteristika do psihološke dobrobiti i iskustava vezanih uz porod. Generalno, roditelje su pokazale visok stupanj prilagodbe na majčinstvo, uz veliku podršku obitelji i partnera. Međutim, određeni postotak ispitanica pokazuje znakove anksioznosti, što naglašava potrebu za daljnjim istraživanjima i razvijanjem strategije za pružanje bolje emocionalne i psihološke podrške majkama tijekom i nakon trudnoće. Rezultati sugeriraju da je ključno prepoznati individualne potrebe majke te im osigurati adekvatnu skrb i podršku kako bi se smanjio rizik od postporođajnih psiholoških problema.

U analizi podataka u uzorku 50 trudnica najveći broj trudnica nalazi se u dobnoj skupini između 26 i 30 godina (44%), dok je najmanje trudnica starijih od 40 godina (2%). Druga najzastupljenija skupina su trudnice u dobi od 31 do 35 godina (30%).

Što se tiče stupnja obrazovanja od ukupno 50 trudnica, 52% ih je završilo srednju školu, dok 48% ima višu ili višu školu. Niti jedna ispitanica nije navela da ima završenu samo osnovnu školu, što nam govori da je obrazovanje trudnica na visokom nivou. Podaci dobiveni za poslovni status većina ispitanica 92% je zaposlena, dok je 8% nezaposleno.

Najveći dio trudnica 76% navodi da imaju prosječne prihode. Samo 4% trudnica ima prihode ispod prosjeka, dok 20% ima prihode iznad prosjeka.

Kad je riječ o obiteljskom statusu, najveći broj trudnica je udano 88%, dok 12% živi u izvanbračnoj zajednici. Niti jedna ispitanica nije samohrana majka. Više od polovine trudnica 56% nije imalo prethodnu trudnoću, dok je 26% već imalo jednu trudnoću. Na pitanje o spontanom pobačaju, 78% trudnica je odgovorilo da nije imalo spontanih pobačaja, dok je 14% imalo jedan, a 8% ispitanica dva spontana pobačaja. Planiranje trudnoće također je česti faktor za 76% trudnica trudnoća je planirana, dok je 22% neplanirana, ali prihvaćena. Samo jedna trudnica (2%) je zatrudnjela putem umjetne oplodnje. Za tijek trudnoće većina

trudnica 88% navodi da teškoća teče uredno, dok je 12% navelo komplikacije. Mentalno zdravlje nije bilo značajno prisutno u ovoj populaciji, niti kod ispitanica niti kod njihovih obitelji. Većina trudnica 94% navodi da u njihovoj obitelji nema mentalnih bolesti, dok je 6% prijavilo depresiju u obitelji. Samo 4% trudnica je povremeno uzimalo sredstva za smirenje, no nijedna nema dijagnosticiranu mentalnu bolest. Gotovo sve trudnice smatraju da je podrška partnera važna, a 90% ocjenjuje svoj odnos s partnerom kao vrlo dobar a njih 98% imaju dovoljnu pomoć od obitelji. Što se tiče posjete i pružanje informacija patronažne sestre, 86% trudnica je imalo posjet patronažne sestre, a 94% je zadovoljno informacijama koje ste dobili od patronažne sestre.

Većina trudnica u istraživanju su zaposlene, obrazovane, udane su prosječnim prihodima. Njihova trudnoća najčešće je planirana, s urednim tijekom i visokom razinom podrške od strane partnera i obitelji.

Rezultati istraživanja pokazuju da je dominantna populacija trudnica u mlađoj odrasloj dobi, s visokim obrazovnim stupnjem i stabilnim radnim statusom. Ovakvi podaci korespondiraju s općim demografskim trendovima koji sugeriraju da žene sve češće planiraju trudnoću u kasnijoj fazi života, nakon što ostvare određeni obrazovni i poslovni status [55].

Visoka stopa planiranih trudnoća 76% ukazuje na promjenu u pristupu roditeljstvu, gdje se trudnoća sve više prepoznaje kao svjesna odluka u okviru stabilnog partnerskog odnosa. Ovakav nalaz potvrđuje važnost edukacije o reproduktivnom zdravlju i planiranju obitelji, što se može dodatno povezati s visokim stupnjem obrazovanja trudnica.

Unatoč modernom načinu života, podrška obitelji i partnera ostaje ključni faktor. Gotovo sve trudnice navode da imaju značajnu podršku u svom okruženju, što je iznimno važno za opće emocionalno zdravlje i dobru trudnoću. Kada je riječ o zdravstvenom stanju, većina teškoća je prošla bez komplikacija, što može biti rezultat boljeg pristupa zdravstvenim uslugama i suvremenoj prenatalnoj skrbi. Iako je manji postotak trudnica imao spontane pobačaje ili komplikacije, općenito gledano, trudnoća je prošle uredno. Općenito, rezultati pokazuju da je većina trudnica socijalno i ekonomski stabilna, s kvalitetnim

pristupom zdravstvenim uslugama i podrškom, što pozitivno utječe na njihovo fizičko i emocionalno zdravlje.

Sumirani rezultati za trudnice i roditelje

Demografski podaci pokazuju sličnosti između trudnica i roditelja. Obje skupine dominantno su u mlađoj odrasloj dobi, s najvećim brojem ispitanica u rasponu od 26 do 30 godina. Kod trudnica, (44%) se nalazi u toj dobnoj skupini, dok kod roditelja najviše ispitanica (35%) ima između 26 i 30 godina. Manji postotak ispitanica u obje skupine pripada starijim dobnim kategorijama, dok je vrlo malo ispitanica starijih od 40 godina.

Obrazovni profil ispitanica u obje skupine pokazuje relativno visok stupanj obrazovanja. Kod trudnica, (52%) je završilo srednju školu, dok je (48%) završilo višu ili visoku školu. Slično tome, kod roditelja, (44%) ih je završilo srednju školu, dok je (56%) imalo viši stupanj obrazovanja. Samo 2% ispitanica imala samo osnovnu školu, što govori o relativno visokoj razini obrazovanja među ovim ženama.

Poslovni status je također sličan između trudnica i roditelja. U obje skupine, većina ispitanica je zaposlena (92% trudnica i 90% roditelja), dok je manji postotak nezaposlenih. Prihodi većine ispitanica u obje skupine prosječni su, s malim brojem onih koje navode prihode iznad ili ispod prosjeka.

U pogledu obiteljskog statusa, većina ispitanica je udana (88% trudnica i 80% roditelja), dok manji dio živi u izvanbračnim zajednicama. Prethodne trudnoće i kod trudnica i kod roditelja pokazuju da veći broj ispitanica nije imao prethodne trudnoće. Također, kod roditelja, (36%) ispitanica je imalo jedno dijete, dok je kod trudnica (26%) već imalo jednu trudnoću.

Loše mentalno zdravlje nije značajno prisutno ni kod jedne od skupina, iako je manji broj ispitanika naveo da je povremeno koristio sredstva za smirenje. Većina ispitanica navodi da nije imala problema s mentalnim zdravljem, a slični rezultati vrijede i za njihove obitelji.

Ispitanice iz obje skupine imaju jaku podršku partnera i obitelji. Sve trudnice i roditelje smatraju da je partnerova podrška iznimno važna, dok većina njih također ističe da imaju dovoljnu pomoć obitelji. Uloga patronažnih sestara

također je bila značajna – većina trudnica i roditelja dobila je potrebne informacije od patronažnih sestara.

Zajednička analiza rezultata za trudnice i roditelje pokazuje konzistentne obrasce u demografskim i socijalnim karakteristikama ovih dviju skupina. Dob i obrazovanje su važni čimbenici, gdje je vidljivo da se većina ispitanica nalazi u mlađoj odrasloj dobi i ima relativno visok stupanj obrazovanja. Ove karakteristike sugeriraju da žene sve češće odgađaju trudnoću dok ne ostvare stabilnost u obrazovanju i poslovnoj karijeri.

Zaposlenost i prihodi većine ispitanica govore o ekonomskoj stabilnosti. Većina trudnica i roditelja je zaposlena i navodi prosječne prihode, što omogućuje veći stupanj sigurnosti u procesu roditeljstva. Ova se sigurnost dodatno oslanja na snažnu obiteljsku podršku, gdje su partneri i šira obitelj ključni izvori emocionalne i praktične pomoći.

Planiranje trudnoće je u većini slučajeva prisutno, što ukazuje na to da trudnice i roditelje aktivno planiraju svoju obitelj, uzimajući u obzir osobne i profesionalne aspekte života. Uloga zdravstvene skrbi također je pozitivno ocijenjena, s obzirom na to da je većina ispitanica imala uredan tijek trudnoće i adekvatnu prenatalnu njegu. Iako manji broj ispitanica navodi spontane pokušaje ili komplikacije u trudnoći, većina je prošla kroz trudnoću bez značajnih poteškoća.

Mentalno zdravlje nije veliki problem ni kod jedne skupine, što može biti dobar rezultat podrške okoline i stabilnih socijalnih uvjeta. Patronažne sestre također igraju ključnu ulogu u pružanju informacija, što dodatno doprinosi sigurnosti i informiranosti trudnica i roditelja.

Općenito, rezultati pokazuju da su trudnice i roditelje u ovom studiju uglavnom u stabilnim životnim okolnostima, s visokim stupnjem podrške i pristupom kvalitetnim zdravstvenim uslugama, što pozitivno utječe na njihovo fizičko i psihičko zdravlje.

Rasprava na temelju rezultata Edinburške ljestvice kod trudnica i roditelja: Analizom rezultata Edinburške ljestvice za procjenu simptoma depresije među trudnicama i roditeljama, uočeno je da većina ispitanica ne pokazuje značajne depresivne simptome. Međutim, manji postotak trudnica i roditelja ulazi u rizičnu skupinu, što ukazuje na potrebu za dodatnom pažnjom i podrškom ženama tijekom i nakon trudnoće.

Edinburška ljestvica za trudnice:

Rezultati Edinburške ljestvice za trudnice pokazuju prosječnu vrijednost od 5,08 , što je znatno ispod praga od 10 bodova koji označava rizičnu skupinu za postporođajnu depresiju. Medijan od 4 i mod od 3 dodatno potvrđuju da većina trudnica ima niske rezultate, što sugerira da su simptomi depresije relativno rijetki unutar ovog uzorka. S obzirom na to da je standardna devijacija 3,658 , varijacija među ispitanicama nije prevelika, iako postoji nekoliko trudnica koje su ostvarile više rezultata (maksimalni rezultat je 16 bodova).

Važno je napomenuti da, iako većina trudnica nije u rizičnoj skupini, 12% ispitanica (6 trudnica) ima rezultat od 10 bodova ili više, što ih stavlja u kategoriju potencijalno ugroženih žena. Takve ispitanice trebaju dodatnu pozornost kako bi se na vrijeme prepoznale i ublažile simptome depresije. Kumulativni niz rezultata pokazuje da 88% trudnica ima rezultat manji ili jednak 9 bodova, što znači da su van rizične skupine, no preostalih 12% trudnica koje su u rizičnoj zoni moraju biti posebno praćenje.

Najviši rezultat postigao je jedna trudnica sa 16 bodova, što ukazuje na značajnu prisutnost depresivnih simptoma, te je za nju potrebna nužna intervencija i podrška.

Sumirani rezultati za roditelje:

Slično kao i kod trudnica, Edinburška ljestvica kod roditelja također pokazuje slične obrasce. Prosječna vrijednost kod roditelja je blizu one kod trudnica te iznosi 6,06 što ukazuje na sličan psihološki profil između ove dvije skupine. Standardna devijacija iznosi 5,366, što pokazuje umjerenu varijabilnost. Većina roditelja nije u rizičnoj skupini njih 80% (40 ispitanica) imaju rezultat manji ili jednak 9. Ukupno 10 ispitanica (20%) postiglo je rezultat 10 ili više bodova te spadaju u rizičnu skupinu za postporođajnu depresiju. Iako su podaci za

rodilje prikazani zasebno u analizi, zajednički trend pokazuje da je većina žena, kako tijekom trudnoće, tako i nakon poroda, uglavnom izvan rizika od razvoja postporođajne depresije. Međutim, određeni postotak rodilja, kao i trudnica, također ulazi u rizičnu skupinu prema Edinburškoj ljestvici.

Zajednička rasprava za trudnice i rodilje:

Na temelju prikupljenih podataka i rezultata, možemo zaključiti da su trudnice i rodilje u ovom istraživačkom radu uglavnom izvan rizične skupine za postporođajnu depresiju. Većina njih postiže niske rezultate na Edinburškoj ljestvici, što je pozitivan pokazatelj njihovog psihičkog zdravlja u kritičnom razdoblju trudnoće i neposredno nakon poroda. Međutim, manji postotak ispitanica ulazi u kategoriju potencijalnog rizika, što je iznimno važno za daljnje praćenje i intervenciju.

Za obje skupine, prisutnost depresivnih simptoma, iako u manjem broju slučajeva, ukazuje na potrebu za kontinuiranom podrškom kroz sustav zdravstvene skrbi. Iako simptomi depresije nisu učestali među simptomima ispitanicama, 12% trudnica i 20% rodilja nalaze se u potencijalno rizičnoj skupini. Takve žene treba pratiti kroz cijeli proces trudnoće i postporođajnog razdoblja, kako bi se pravovremeno interveniralo u slučaju razvoja težih simptoma.

Posebno je važno uočiti da su trudnice i rodilje koje su na granici rizika, s rezultatima blizu 10 bodova, skupina za koju je potrebna posebna pažnja. Pravovremena psihološka podrška i informiranost ovih žena mogu značajno smanjiti šanse za razvoj postporođajne depresije, što je ključ za dugoročno fizičko i psihičko zdravlje majke i djeteta.

Podaci s Edinburške ljestvice jasno pokazuju važnost kontinuiranog praćenja mentalnog zdravlja trudnica i rodilja, s naglaskom na preventivne mjere i ranu intervenciju kod žena koje pokazuju rizične simptome. Iako je većina ispitanica izvan rizika, značajan postotak njih ipak zahtijeva dodatnu podršku, što upućuje na potrebu za prilagođenim programima mentalnog zdravlja unutar zdravstvenog sustava.

U ovom istraživanju analizirano je nekoliko hipoteza koje su se bavile postporođajnom depresijom kod roditelja u usporedbi s trudnicama, kao i različitim čimbenicima koji mogu doprinijeti njenom razvoju. Iako su neka predviđanja potvrđena, rezultati ukazuju na složenost faktora koji utječu na postporođajnu depresiju, te na potrebu za daljnjim istraživanjem i razmatranjem dodatnih varijabli.

Rezultati za hipotezu da roditelje imaju izraženije simptome postporođajne depresije od trudnica nisu pokazali statistički značajnu razliku između roditelja i trudnica. Iako su roditelje u prosjeku imale nešto više rezultate na Edinburškoj ljestvici postporođajne depresije (6,06 bodova u usporedbi s 5,08 kod trudnica), t-test nije pokazao statistički značajnu razliku ($p = 0,289$). Ovi rezultati sugeriraju da, iako roditelje mogu iskusiti nešto izraženije simptome depresije, ta razlika nije dovoljno velika da bi se mogla generalizirati na širu populaciju.

Ovi rezultati su u skladu s nekim prethodnim istraživanjima koja pokazuju da su simptomi depresije tijekom trudnoće i nakon poroda slični, te da su drugi faktori poput socijalne podrške i percipiranog stresa često ključni u razvoju depresivnih simptoma. Primjerice, jedno istraživanje također nije pronašlo značajne razlike u simptomima depresije između trudnica i roditelja, naglašavajući važnost drugih psiholoških i socijalnih čimbenika [54,56].

Hipoteza da roditelje koje prijavljuju lošiji odnos s partnerom ili supružnikom pokazuju veću stopu postporođajne depresije je potvrđena. Kruskal-Wallis test pokazao je statistički značajnu razliku između roditelja koje su prijavile "jako dobar" odnos s partnerom i onih koje su prijavile da bi odnos "mogao biti bolji" ($p = 0,029$). Rodilje koje su navele lošiji odnos s partnerom imale su značajno više rezultate na Edinburškoj ljestvici postporođajne depresije, što ukazuje na veću učestalost depresivnih simptoma kod te skupine.

Ovi rezultati su u skladu s brojnim studijama koje pokazuju da je podrška partnera jedan od ključnih zaštitnih čimbenika protiv postporođajne depresije. Partnerova emocionalna podrška, kvaliteta odnosa i zajedničko roditeljstvo značajno smanjuju rizik od razvoja depresije kod roditelja [24]. S obzirom na to, moguće je da bi intervencije usmjerene na poboljšanje odnosa među

partnerima mogle imati pozitivan učinak na smanjenje postporođajne depresije.

Kod hipoteze da rodilje koje su subjektivno doživjele porod težim (skala 3-4) imaju izraženiju postporođajnu depresiju rezultati nisu pokazali statistički značajnu razliku između rodilja koje su doživjele porod kao lakši ili teži. Iako su ispitanice koje su doživjele lakši porod imale nešto viši prosjek postporođajne depresije (6,14 u usporedbi s 6,00 kod težeg poroda), t-test je pokazao da ta razlika nije statistički značajna ($p = 0,927$).

Ovaj rezultat je zanimljiv jer se često pretpostavlja da fizički teži porod može rezultirati većim psihološkim stresom, a time i većom stopom postporođajne depresije. U nađenom istraživanju rezultati pokazuju da porod zaista može imati značajan utjecaj na postporođajnu depresiju. Porod definitivno utječe na rizik za postporođajnu depresiju, pri čemu hitni i sekundarni carski rezovi povećavaju rizik u odnosu na normalni vaginalni porod. Negativne emocije i komplikacije tijekom poroda dodatno doprinose povećanju rizika, dok pozitivno iskustvo poroda smanjuje rizik za postporođajnu depresiju [29].

Iako je postojala tendencija prema višim rezultatima postporođajne depresije kod rodilja koje su prijavile anksioznost zbog majčinstva (8,15 bodova u usporedbi s 5,32 kod onih bez anksioznosti), t-test nije pokazao statistički značajnu razliku ($p = 0,102$). Iako razlika nije statistički značajna, rezultati sugeriraju da rodilje s višom anksioznošću mogu biti u većem riziku od razvoja depresivnih simptoma, no potrebna su daljnja istraživanja kako bi se ovaj odnos detaljnije ispitaio.

Anksioznost je često prepoznata kao rizični faktor za razvoj postporođajne depresije, a istraživanja pokazuju da su anksiozni simptomi više učestaliji tijekom trudnoće nego u postporođajnom razdoblju [57].

6. Zaključak

Postporođajna depresija je ozbiljan zdravstveni problem koji može ozbiljno utjecati na majku, dijete i cijelu obitelj. Nekoliko čimbenika, uključujući biološke i psihološke predispozicije, komplikacije tijekom trudnoće i emocionalni stres, mogu povećati rizik od postporođajne depresije. Te su komplikacije često praćene pojačanim osjećajem tjeskobe, bespomoćnosti i izoliranosti, što dodatno pogoršava psihičko stanje žene.

Zdravstveni sustav igra ključnu ulogu u ranom prepoznavanju i prevenciji postporođajne depresije. Redoviti probir trudnica i roditelja pomoću alata poput Edinburške skale za postnatalnu depresiju (EPDS) pokazao se učinkovitim u ranoj dijagnozi i praćenju simptoma. Važno je da se zdravstveni djelatnici, uključujući ginekologe, primalje, pedijatre i liječnike opće prakse, uključe u pružanje ne samo medicinske, već i psihološke podrške ženama tijekom perinatalnog razdoblja. Kombinacija pravovremenog probira, podrške zdravstvenih djelatnika te prilagođenih intervencija poput psihoterapije ili farmakološkog liječenja može značajno poboljšati ishode za majku i dijete. Visokokvalitetan sustav perinatalne skrbi usmjeren na prepoznavanje rizika i pružanje emocionalne podrške ključan je za smanjenje učestalosti postporođajne depresije i poboljšanje kvalitete života obitelji. Ukratko, postporođajna depresija zahtijeva sveobuhvatan pristup koji uključuje prevenciju, ranu dijagnozu i personalizirano liječenje. Razvijanje učinkovitih programa unutar zdravstvenih sustava i zajednica može uvelike doprinijeti smanjenju učestalosti postporođajne depresije, poboljšavajući tako dugoročno zdravlje i dobrobit majki, djece i obitelji.

7. Literatura

- [1] Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Aström M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(8):937–44.
- [2] Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2010 Jan;202(1):5–14.
- [3] Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol.* 2009 Apr;200(4):357–64.
- [4] Radonić E, Hanževački M, Jelavić S, Jurković I, Maleković H. UNAPRJEĐENJE IZVANINSTITUCIONALNE SKRBI I LIJEČENJE OSOBA OBOLJELIH OD POSLIJEPOROĐAJNE DEPRESIJE. *Acta Med Croatica.* 2018;
- [5] Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2001;80(3):251–5.
- [6] Ercegovac IR. ZADOVOLJSTVO ŽIVOTOM, DEPRESIVNOST I STRES KOD ŽENA TIJEKOM TRUDNOĆE I PRVE GODINE POSTPARTALNO – ULOGA OSOBINA LIČNOSTI, ZADOVOLJSTVA BRAKOM I SOCIJALNE PODRŠKE. 2011;
- [7] WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2024 Jun 28]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513809/>
- [8] Negron R, Martin A, Almog M, Balbierz A, Howell EA. Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Matern Child Health J.* 2013 May;17(4):616–23.
- [9] Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet.* 2014 Nov 15;384(9956):1775–88.
- [10] Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 2006 Nov;3(11):e442.

- [11] Oliveira TA, Luzetti GGCM, Rosalém MMA, Mariani Neto C. Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2022 Mar 4;44(5):452–7.
- [12] Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2009;119(5):350–64.
- [13] Nakić Radoš S, Tadinac M, Herman R. Validacijsko istraživanje hrvatske verzije Edinburškog upitnika poslijeporođajne depresivnosti (EPDS). *Suvremena psihologija.* 2013 Dec 16;16(2):203–16.
- [14] Glavin K, Leahy-Warren P. Postnatal Depression Is a Public Health Nursing Issue: Perspectives from Norway and Ireland. *Nurs Res Pract.* 2013;2013:813409.
- [15] Tabb KM, Bentley B, Pineros Leano M, Simonovich SD, Nidey N, Ross K, et al. Home Visiting as an Equitable Intervention for Perinatal Depression: A Scoping Review. *Front Psychiatry.* 2022 Mar 18;13:826673.
- [16] Ivančić M. Postpartalni psihički poremećaji. *Primaljski vjesnik.* 2021 May 3;(30.):1–8.
- [17] Fitelson E, Kim S, Baker AS, Leight K. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *Int J Womens Health.* 2010 Dec 30;3:1–14.
- [18] Domínguez-Solís E, Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez JS. Non-pharmacological interventions to reduce anxiety in pregnancy, labour and postpartum: A systematic review. *Midwifery.* 2021 Nov;102:103126.
- [19] PostpartumDepression.org [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 28]. Postpartum Depression Statistics | Research and Data On PPD (2024). Available from: <https://www.postpartumdepression.org/resources/statistics/>
- [20] Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Introduction. In: *Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes* [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005 [cited 2024 Jul 24]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK37745/>

- [21] Vega-Sanz M, Berastegui A, Sanchez-Lopez A. Perinatal posttraumatic stress disorder as a predictor of mother-child bonding quality 8 months after childbirth: a longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024 May 25;24:389.
- [22] O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014 Jan;28(1):3–12.
- [23] Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol*. 2019 Jan;52:165–80.
- [24] Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Schetter CD. Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration. *Annu Rev Clin Psychol*. 2015;11:99–137.
- [25] Dennis CL, Ross L. Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *J Adv Nurs*. 2006 Dec;56(6):588–99.
- [26] Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001;50(5):275–85.
- [27] Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*. 2012 Mar;25(2):141–8.
- [28] Norhayati MN, Hazlina NHN, Asrenee AR, Emilin WMAW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord*. 2015 Apr 1;175:34–52.
- [29] Vossbeck-Elsebusch AN, Freisfeld C, Ehring T. Predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *BMC Psychiatry*. 2014 Jul 16;14(1):200.
- [30] Wambua S, Singh M, Okoth K, Snell KIE, Riley RD, Yau C, et al. Association between pregnancy-related complications and development of type 2 diabetes and hypertension in women: an umbrella review. *BMC Medicine*. 2024 Feb 14;22(1):66.

- [31] American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2020. *Diabetes Care*. 2019 Dec 16;43(Supplement_1):S14–31.
- [32] Mol BWJ, Roberts CT, Thangaratnam S, Magee LA, de Groot CJM, Hofmeyr GJ. Pre-eclampsia. *The Lancet*. 2016 Mar 5;387(10022):999–1011.
- [33] Object object. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. [cited 2024 Aug 3]; Available from: https://core.ac.uk/reader/13114607?utm_source=linkout
- [34] Beck CT. Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nurs Res*. 2004;53(4):216–24.
- [35] Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D, Stuebe A. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstet Gynecol*. 2011 Aug;118(2 Pt 1):214–21.
- [36] Jahan N, Went TR, Sultan W, Sapkota A, Khurshid H, Qureshi IA, et al. Untreated Depression During Pregnancy and Its Effect on Pregnancy Outcomes: A Systematic Review. *Cureus*. 13(8):e17251.
- [37] Laurent HK, Ablow JC. A cry in the dark: depressed mothers show reduced neural activation to their own infant's cry. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2012 Feb;7(2):125–34.
- [38] Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*. 2014 Nov 15;384(9956):1800–19.
- [39] Borra C, Iacovou M, Sevilla A. New Evidence on Breastfeeding and Postpartum Depression: The Importance of Understanding Women's Intentions. *Matern Child Health J*. 2015;19(4):897–907.
- [40] Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*. 2009 Apr;123(4):e736-751.

- [41] Yonkers KA, Vigod S, Ross LE. Diagnosis, Pathophysiology, and Management of Mood Disorders in Pregnant and Postpartum Women. *FOC*. 2012 Jan;10(1):51–66.
- [42] Molenaar NM, Kamperman AM, Boyce P, Bergink V. Guidelines on treatment of perinatal depression with antidepressants: An international review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2018 Apr;52(4):320–7.
- [43] Dimidjian S, Goodman S. Nonpharmacological Intervention and Prevention Strategies for Depression during Pregnancy and the Postpartum. *Clin Obstet Gynecol*. 2009 Sep;52(3):498–515.
- [44] Duncan LG, Bardacke N. Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness During the Perinatal Period. *J Child Fam Stud*. 2010;19(2):190–202.
- [45] Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression - Dennis, CL - 2013 | Cochrane Library. [cited 2024 Aug 9]; Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001134.pub3/full>
- [46] Gopalan P, Spada ML, Shenai N, Brockman I, Keil M, Livingston S, et al. Postpartum Depression—Identifying Risk and Access to Intervention. *Curr Psychiatry Rep*. 2022;24(12):889–96.
- [47] Chow R, Huang E, Li A, Li S, Fu SY, Son JS, et al. Appraisal of systematic reviews on interventions for postpartum depression: systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021 Jan 6;21(1):18.
- [48] Novick AM, Kwitowski M, Dempsey J, Cooke DL, Dempsey AG. Technology-Based Approaches for Supporting Perinatal Mental Health. *Curr Psychiatry Rep*. 2022 Sep 1;24(9):419–29.
- [49] Miura Y, Ogawa Y, Shibata A, Kamijo K, Joko K, Aoki T. App-based interventions for the prevention of postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2023 Jun 14;23(1):441.

- [50] Dominiak M, Antosik-Wojcinska AZ, Baron M, Mierzejewski P, Swiecicki L. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression. *Ginekologia Polska*. 2021;92(2):153–64.
- [51] WHO urges quality care for women and newborns in critical first weeks after childbirth [Internet]. [cited 2024 Aug 28]. Available from: <https://www.who.int/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>
- [52] Goyal D, Gay C, Lee KA. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Womens Health Issues*. 2010 Mar-Apr;20(2):96-104. doi: 10.1016/j.whi.2009.11.003. Epub 2010 Feb 4. PMID: 20133153; PMCID: PMC2835803.
- [53] Matsumura, K., Hamazaki, K., Tsuchida, A. *et al.* Education level and risk of postpartum depression: results from the Japan Environment and Children's Study (JECS). *BMC Psychiatry* **19**, 419 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2401-3>
- [54] Fiala, A., Švancara, J., Klánová, J. *et al.* Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry* **17**, 104 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1261-y>
- [55] L. Schmidt, T. Sobotka, J.G. Bentzen, A. Nyboe Andersen, on behalf of the ESHRE Reproduction and Society Task Force, Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood, *Human Reproduction Update*, Volume 18, Issue 1, January/February 2012, Pages 29–43, <https://doi.org/10.1093/humupd/dmr040>
- [56] Morikawa M, Okada T, Ando M, Aleksic B, Kunimoto S, Nakamura Y, Kubota C, Uno Y, Tamaji A, Hayakawa N, Furumura K, Shiino T, Morita T, Ishikawa N, Ohoka H, Usui H, Banno N, Murase S, Goto S, Kanai A, Masuda T, Ozaki N. Relationship between social support during pregnancy and postpartum depressive state: a prospective cohort study. *Sci Rep*. 2015 May 29;5:10520. doi: 10.1038/srep10520. PMID: 26022720; PMCID: PMC4448522.

[57] Javadekar A, Karmarkar A, Chaudhury S, Saldanha D, Patil J. Biopsychosocial correlates of emotional problems in women during pregnancy and postpartum period.

Ind Psychiatry J. 2023 Nov;32(Suppl 1):S141-S146. doi: 10.4103/ipj.ipj_225_23. Epub 2023 Nov 30. PMID: 38370921; PMCID: PMC10871396.

Popis slika

Slika 1.1. Čimbenici rizika za antenatalnu i postnatalnu depresiju: Dokazi sustavnog pregleda.....	9
---	---

Popis tablica

Tablica 4.7.1.1 Struktura ispitanica roditelja prema dobi.....	23
Tablica 4.7.1.2 Struktura ispitanica roditelja prema stupnju obrazovanja.....	23
Tablica 4.7.1.3 Struktura ispitanica roditelja prema poslovnom statusu.....	24
Tablica 4.7.1.4 Struktura ispitanica roditelja prema prihodima.....	24
Tablica 4.7.1.5 Struktura ispitanica roditelja prema obiteljskom statusu.....	25
Tablica 4.7.1.6 Deskriptivna statistika za sociodemografske podatke ispitanica roditelja.....	25
Tablica 4.7.1.7 Struktura ispitanica roditelja prema vrsti poroda.....	26
Tablica 4.7.1.8 Struktura ispitanica roditelja prema težini poroda.....	27
Tablica 4.7.1.9 Struktura ispitanica roditelja o prakticiranju dojenja.....	27
Tablica 4.7.1.10 Struktura ispitanica roditelja prema emocionalnoj povezansoti s djetetom.....	28
Tablica 4.7.1.11 Struktura ispitanica roditelja o zabrinutosti zbog majčinstva.....	28
Tablica 4.7.1.12 Struktura ispitanica roditelja o zabrinutosti zbog majčinstva.....	29
Tablica 4.7.1.13 Struktura ispitanica roditelja o partnerovoj/supružnikovoj podršci.....	29
Tablica 4.7.1.14 Struktura ispitanica roditelja o mentalnim bolestima u obitelji.....	30
Tablica 4.7.1.15 Struktura ispitanica roditelja o mentalnim bolestima njih samih.....	30
Tablica 4.7.1.16 Broj posjeta patronažne sestre kod ispitanica roditelja.....	31

Tablica 4.7.1.17 Zadovoljstvo ispitanica nakon posjeta patronažne sestre.....	31
Tablica 4.7.1.18 Deskriptivna statistika za ostale podatke ispitanica roditelja.....	32
Tablica 4.7.2.1 Struktura ispitanica trudnica prema dobi.....	34
Tablica 4.7.2.2 Struktura ispitanica trudnica prema stupnju obrazovanja.....	34
Tablica 4.7.2.3 Struktura ispitanica trudnica prema poslovnom statusu.....	35
Tablica 4.7.2.4 Struktura ispitanica trudnica prema prihodima.....	35
Tablica 4.7.2.5 Struktura ispitanica trudnica prema obiteljskom statusu.....	36
Tablica 4.7.2.6 Deskriptivna statistika za sociodemografske podatke ispitanica trudnica.....	36
Tablica 4.7.2.7 Struktura ispitanica trudnica prema broju prethodnih trudnoća.....	37
Tablica 4.7.2.8 Struktura ispitanica trudnica prema broju spontanih pobačaja.....	38
Tablica 4.7.2.9 Struktura ispitanica trudnica prema vrsti trudnoće.....	38
Tablica 4.7.2.10 Struktura ispitanica trudnica prema tijeku trudnoće.....	39
Tablica 4.7.2.11 Struktura ispitanica trudnica o mentalnim bolestima u obitelji.....	39
Tablica 4.7.2.12 Struktura ispitanica trudnica o mentalnim bolestima njih samih.....	40
Tablica 4.7.2.13 Struktura ispitanica trudnica o važnosti partnerove/supružnikove podrške.....	40
Tablica 4.7.2.14 Struktura ispitanica trudnica o odnosu s partnerom/supružnikom.....	41
Tablica 4.7.2.15 Struktura ispitanica trudnica o pomoću/podršci od obitelji.....	41
Tablica 4.7.2.16 Posjet patronažne sestre kod ispitanica trudnica.....	42
Tablica 4.7.2.17 Struktura ispitanica prema dobivanju informacija od patronažne sestre.....	42

Tablica 4.7.2.18 Deskriptivna statistika za ostale podatke ispitanica trudnica.....	43
Tablica 4.7.3.1 Statistički pokazatelji Edinburške ljestvice za ispitanice rodilje.....	45
Tablica 4.7.3.2 Edinburška ljestvica za ispitanice rodilje.....	46
Tablica 4.7.4.1 Statistički pokazatelji Edinburške ljestvice za ispitanice trudnice.....	47
Tablica 4.7.4.2 Edinburška ljestvica za ispitanice trudnice.....	48
Tablica 4.7.5.1 Deskriptivna statistika za hipotezu H1.....	49
Tablica 4.7.5.2 Rezultati za hipotezu H1.....	50
Tablica 4.7.5.3 Deskriptivna statistika za hipotezu H3.....	51
Tablica 4.7.5.4 Rezultati za hipotezu H3.....	51
Tablica 4.7.5.5 Deskriptivna statistika za hipotezu H3.....	52
Tablica 4.7.5.6 Rezultati za hipotezu H3.....	53
Tablica 4.7.5.7 Deskriptivna statistika za hipotezu H3.....	53
Tablica 4.7.5.8 Rezultati za hipotezu H4.....	54

Upitnici

Upitnik 1

UPITNIK ZA RODILJE

Molim Vas da zaokružite jedan odgovor na postavljeno pitanje

1. Dob

- a) <21
- b) 21-25
- c) 26-30
- d) 31-35
- e) 36-40
- f) >40

2. Edukacija

- a) osnovna škola
- b) srednja
- c) VŠS;VSS

3. Poslovni status

- a) zaposlena
- b) nezaposlena

4. Koliki vam je prihod?

- a) prosječan
- b) ispod prosjeka
- c) iznad prosjeka

5. Obiteljski status

- a) udata
- b) samohrana majka (neudata, rastavljena, udovica)
- c) izvanbračna zajednica

6. Kakav vam je bio porod:

- a) vaginalan na termin
- b) prijevremeni
- c) carski rez
- d) komplikacije pri porodu

7. Procijeniti koliko je za Vas porod bio težak na skali od 1-4 (1 nimalo, 4 jako težak)

1 2 3 4

8. Dojenje?

- a) dojim
- b) ne dojim
- c) dojenje + formula

9. Da li se osjećate emocionalno povezano sa vašim djetecom?

- a) da
- b) ne

10. Jeste li zabrinuta (anksiozna) zbog majčinstva?

- a) da
- b) ne

11. Odnos s partnerom/ supružnikom otkako ste dobili dijete je:

- a) jako dobar
- b) mogao bi biti bolji
- c) loš

12. Smatrate li da je Vaš partner/ supružnik Vaša podrška?

- a) da
- b) ne

13. Da li u obitelji netko boluje od mentalne bolesti?

- a) depresija
- b) ostale psihijatrijske bolesti
- c) ne

14. Da li ste do sada bolovali od neke mentalne bolesti?

- a) ne
- b) ne, ali ste povremeno uzimali sredstva za smirenje
- c) depresija
- c) druge mentalne bolesti

15. Koliko ste posjeta patronažne sestre imali nakon poroda?

- a) niti jedan
- b) 1-3
- c) 4 i više

16. Jeste li zadovoljni informacijama i podrškom koju ste dobili od patronažne sestre?

- a) da
- b) ne
- c) djelomično

Upitnik 2

UPITNIK ZA TRUDNICE

Molim Vas da zaokružite jedan odgovor na postavljeno pitanje.

1. Dob

- a) <21
- b) 21-25
- c) 26-30
- d) 31-35
- e) 36-40
- f) >40

2. Edukacija

- a) osnovna škola
- b) srednja
- c) VŠS;VSS

3. Poslovni status

- a) zaposlena
- b) nezaposlena

4. Koliki vam je prihod?

- a) prosječan
- b) ispod prosjeka
- c) iznad prosjeka

5. Obiteljski status

- a) udata
- b) samohrana majka (neudata, rastavljena, udovica)
- c) izvanbračna zajednica

6. Broj prethodnih trudnoća:

a) broj spontanih pobačaja:

b) broj namjernih pobačaja:

7. Da li je ova trudnoća?

- a) planirana trudnoća
- b) neplanirana, ali dobro prihvaćena trudnoća
- c) neplanirana, neželjena trudnoća
- d) umjetna oplodnja

8. Tijek trudnoće?

- a) uredan
- b) komplikacije u trudnoći

9. Da li u obitelji netko boluje od mentalne bolesti?

- a) depresija
- b) ostale psihijatrijske bolesti
- c) ne

10. Da li ste do sada bolovali od neke mentalne bolesti?

- a) ne
- b) ne, ali ste povremeno uzimali sredstva za smirenje
- c) depresija
- c) druge mentalne bolesti

11. Smatrate li da Vam je podrška partnera/ supružnika jako važna u životu?

- a) da smatram
- b) ne smatram
- c) nije mi potrebna podrška partnera/ supružnika

12. Odnos sa partnerom/ supružnikom?

- a) jako dobar
- b) mogao bi biti i bolji
- c) loš

13. Da li imate dovoljnu pomoć/ podršku od Vaše obitelji?

- a) da imam
- b) nemam dovoljno
- c) nemam uopće

14. Da li vas je patronažna sestra posjetila tijekom trudnoće?

- a) da
- b) ne

15. Da li ste dobili sve informacije vezane za vašu trudnoću od patronažne sestre?

- a) da
- b) ne
- c) djelomično

Upitnik 3

Edinburška ljestvica za poslijeporodajnu depresiju (EPDS)

Molimo Vas, označite odgovore koji najbolje opisuju kako se osjećate **protetkih 7 dana**, a ne samo danas. Ovdje je primjer koji je već ispunjen.

Osjećala sam se sretno.

Da, cijelo vrijeme

Da, uglavnom (Ovo bi značilo: "Uglavnom sam se osjećala sretno" tijekom posljednjih tjedan dana.)

Ne, ne baš često

Ne uopće

Molimo Vas, popunite upitnik na isti način.

U posljednjih 7 dana:

1. Mogla sam se smijati i vidjeti smiješnu stranu stvari:

- a) Kao i inače (0)
- b) Ne toliko često (1)
- c) Sigurno manje nego inače (2)
- d) Ne uopće (3)

2. Radovala sam se stvarima unaprijed:

- a) Kao i inače (0)
- b) Ne toliko često (1)
- c) Sigurno manje nego inače (2)
- d) Jedva uopće (3)

3. Nepotrebno sam se okrivljavala kad bi stvari krenule krivo:

- a) Da, većinu vremena (3)
- b) Da, dio vremena (2)
- c) Ne baš često (1)
- d) Ne, nikad (0)

4. Bila sam uznemirena ili zabrinuta bez pravog razloga:

- a) Ne, uopće (0)
- b) Jedva ikad (1)
- c) Da, ponekad (2)
- d) Da, vrlo često (3)

5. Osjećala sam se uplašeno ili uspaničeno bez pravog razloga:

- a) Da, prilično često (3)
- b) Da, ponekad (2)
- c) Ne, baš često (1)
- d) Ne, uopće (0)

6. Stvari su me opterećivale:

- a) Da, većinu vremena nisam bila sposobna nositi se sa stvarima (3)
- b) Da, ponekad se nisam mogla nositi sa stvarima kao što inače znam (2)
- c) Ne, većinu vremena sam se nosila sa stvarima prilično dobro (1)
- d) Ne, nosila sam se sa stvarima jednako kao i uvijek (0)

7. Bila sam tako nesretna da sam imala poteškoća sa spavanjem:

- a) Da, većinu vremena (3)
- b) Da, ponekad (2)
- c) Ne, baš često (1)
- d) Ne, uopće (0)

8. Osjećala sam se tužno ili jadno:

- a) Da, većinu vremena (3)
- b) Da, prilično često (2)
- c) Ne, baš često (1)
- d) Ne, uopće (0)

9. Toliko sam bila nesretna da sam plakala:

- a) Da, većinu vremena (3)
- b) Da, prilično često (2)
- c) Samo povremeno (1)
- d) Ne, nikad (0)

10. Pala mi je na pamet misao da se ozlijedim:

- a) Da, prilično često (3)
- b) Ponekad (2)
- c) Gotovo nikada (1)
- d) Nikad (0)

Prilozi

INFORMIRANI PRISTANAK ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

NAZIV ISTRAŽIVANJA: Pojavnost i procjena depresivnosti u trudnica i roditelja u skrbi patронаžne sestre

MJESTO ISTRAŽIVANJA: Krapinsko- zagorska županija

IME I PREZIME VODITELJA ISTRAŽIVANJA: Gordana Vajdić

Poštovani,

pozivamo Vas da u svojstvu ispitanika sudjelujete u znanstvenom istraživanju u kojem će se ispitati pojavnost depresivnosti u trudnica i roditelja, provodit će se presječno istraživanje bez naknade za sudjelovanje u istraživanju.

Želimo da sudjelujete u istraživanju zato što spadate u skupinu koja je obuhvaćena u svrhu ovog istraživanja.

Voditelj istraživanja je Gordana Vajdić, student diplomskog studija sestrinstva, pod vodstvom izv.prof.dr.sc. Rosana Ribić. Istraživanje nema financijsku potporu. Istraživanje se provodi u svrhu izrade diplomskog rada.

U slučaju da ne razumijete bilo koji dio Informiranog pristanka molimo Vas da se za objašnjenje obratite ispitivaču u istraživanju. Vaše sudjelovanje u ovom ispitivanju je dobrovoljno i možete se u bilo kojem trenutku povući. Ukoliko odlučite sudjelovati u ovom istraživanju od Vas će se tražiti da potpišete Informirani pristanak uz naznaku datuma. Informirani pristanak potpisuje i istraživač, a potpisan presliku Informiranog pristanka dobit ćete osobno prije početka navedenog istraživanja. Original Informiranog pristanka nalazi se kod istraživača ovog ispitivanja.

Patronažna sestra - istraživač koji provodi ovo istraživanje neće primiti nikakvu financijsku naknadu.

Podaci o istraživanju:

Cilj istraživanja je procjena depresivnosti u trudnica i roditelja, trajanje 10-tak minuta tijekom posjete patронаžne sestre. Očekuje se da anonimni upitnik ispunite iskreno.

Mogući rizici sudjelovanja u istraživanju: Istraživanje ne donosi nikakve rizike i neželjene posljedice.

Moguća korist od istraživanja: Depresija je bolest koja ima štetne posljedice ne samo za majku već i za dijete te može uzrokovati kašnjenje u fizičkom, socijalnom i kognitivnom razvoju. Stoga je ključno posvetiti posebnu pažnju dijagnozi i ranom liječenju perinatalne depresije. Ovim istraživanjem dobiti ćemo vrijedne podatke koji će biti korisni u daljnjoj skrbi patronažne sestre kod trudnica i roditelja.

Zaštita identiteta sudionika: Identitet sudionika će biti poznat samo voditelju istraživanja i njegovim suradnicima.

Anonimnost i povjerljivost podataka: Prikupljeni podaci o identitetu sudionika i njihovom zdravstvenom stanju bit će poznati samo voditelju istraživanja i njegovim suradnicima te se neće objavljivati izvan istraživačkog konteksta. Anonimni upitnici bit će pohranjeni kod voditelja projekta te se neće objavljivati izvan istraživačkog konteksta.

Korist za istraživača: Rezultati istraživanja bit će korišteni u svrhu izrade diplomskog rada.

Tko je odobrio istraživanje: Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Krapinsko- zagorske županije.

Pitanja o ispitivanju i kontakt podaci: Za dodatna pitanja o samom istraživanju možete se obratiti studentici Gordani Vajdić.

Mob. 098 637 977

Dobrovoljno sudjelovanje:

Sudjelovanje u ovome istraživanju je u potpunosti dobrovoljno. Vaša odluka o tome da li želite ili ne želite sudjelovati u ovom istraživanju ni na koji način neće utjecati na način, postupke i tijek Vašeg liječenja. Ukoliko se odlučite sudjelovati u istraživanju, možete u bilo kojem trenutku prekinuti svoje sudjelovanje u njemu. O Vašoj odluci obavijestit ćete istraživača u pisanom obliku (adresa je navedena). Odluka o prekidanju sudjelovanja u istraživanju ni na koji način neće utjecati na način, postupke i tijek Vašeg liječenja.

Svojom potpisom potvrđujem da sam informiran/a o ciljevima, prednostima i rizicima ovog istraživanja i pristajem u njemu sudjelovati.

U _____, _____

Potpis sudionika

Potpis voditelja istraživanja

**DOM ZDRAVLJA
KRAPINSKO-ZAGORSKE ŽUPANIJE
Krapina, Mirka Crkvenca 1**

KLASA: 007-05/24-01/11
URBROJ: 2140-44-10-24-2
Krapina, 11. lipnja 2024.

Temeljem članka 95. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18 i dalje) i čl. 2. Odluke o imenovanju Etičkog povjerenstva Doma zdravlja KZZ KLASA: 007-05/24-01/05, URBROJ: 2140-44-05-24-12 od 26.02.2024.g., Etičko povjerenstvo Doma zdravlja KZZ na svojoj 1. sjednici održanoj 11. lipnja 2024.g. donijelo je sljedeću

ODLUKU

1. Odobrava se Gordani Vajdić iz Gornje Stubice, Gusakovec 78a, provođenje istraživanja za potrebe izrade diplomskog rada na Sveučilištu Sjever pod nazivom „Pojavnost i procjena depresivnosti u trudnica i roditelja u skrbi patronažne sestre“.
2. Ova Odluka stupa na snagu danom donošenja.

**PREDSJEDNICA ETIČKOG
POVJERENSTVA**

Ružica Galović
Dr. sc. Ružica Galović, mag. med. biochem. spec.





IZJAVA O AUTORSTVU

Završni/diplomski/specijalistički 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, **Gordana Vajdić** pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica diplomskog rada pod naslovom *“Pojavnost i procjena depresivnosti u trudnica i roditelja u skrbi patronažne sestre”* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

Gordana Vajdić


(vlastoručni potpis)

Sukladno članku 58., 59. i 61. Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti završne/diplomske/specijalističke radove sveučilišta su dužna objaviti u roku od 30 dana od dana obrane na nacionalnom repozitoriju odnosno repozitoriju visokog učilišta.

Sukladno članku 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem studiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.