

Psihičke poteškoće/poremećaji u razdoblju babinja

Žbulj, Andreja

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:948950>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-19**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1202/SS/2019

Psihičke poteškoće/poremećaji u razdoblju babinja

Andreja Žbulj, 1800/336

Varaždin, listopad 2019. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1202/SS/2019

Psihičke poteškoće/poremećaji u razdoblju babinja

Student

Andreja Žbulj, 1800/336

Mentor

dr. sc. Ivana Živoder

Varaždin, listopad 2019. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Andreja Žbulj

MATIČNI BROJ 1880/336

BATUM 23.09.2019.

KOLEGIJ Zdravstvena njega u zajednici

NASLOV RADA Psihičke poteškoće/ poremećaji u razdoblju babinja

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Psychological problems/ disorders in the puerperal period

MENTOR dr. sc. (R. Slov.) Ivana Živoder

ZVANJE viši predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. Mirjana Karakaš, dr.med., predsjednik
2. dr. sc. (R. Slov.) Ivana Živoder, mentor
3. dr.sc. Irena Canjuga, član
4. doc.dr.sc. Rosana Ribić, zamjenski član
5. _____

Zadatak završnog rada

BROJ 1202/SS/2019

OPIS

Tijekom puerperija / babinja, osim fizičkih promjena često se događaju i psihičke promjene koje mogu utjecati na tijek babinja. U radu će biti opisane najčešće psihičke promjene te kako i na koji način ih se može prepoznati kroz najčešća ponašanja i simptome. Najvažnije ih je na vrijeme prepoznati kako bi se sukladno tome i liječile. U tome i ima veoma važnu ulogu medicinska sestra u zajednici. U sklopu završnog rada biti će provedeno istraživanje kojim će se pokušati saznati učestalost psihičkih promjena u babinju, vrste pomoći koje su majke dobile i važnost pravovremene edukacije o mogućim promjenama.

U radu je potrebno:

- objasniti važnost edukacije trudnice o mogućim psihičkim promjenama nakon poroda
- definirati psihičke poteškoće/poremećaje u razdoblju babinja
- objasniti načine prepoznavanja psihičkih poteškoća/ poremećaja
- definirati ulogu medicinske sestre u prepoznavanju psihičkih poteškoća/poremećaja
- prikazati rezultate provedenog istraživanja
- citirati korištenu literaturu

ZADATAK URUČEN

01.10.2019.



[Handwritten signature]

Predgovor

Zahvaljujem mentorici dr.sc. Ivani Živoder koja je svojim znanjem, strpljenjem, vremenom te stručnim savjetima koordinirala izradu ovog završnog rada.

Također, veliko hvala mojim roditeljima i zaručniku na podršci, ljubavi i vjeri da uspješno završim ovaj studij. Neizmjereno hvala mojoj kćeri koja je bila moja najveća motivacija tijekom studiranja.

Veliko hvala svima!

Sažetak

Pojavnost psihičkih promjena u razdoblju babinja sve je češća. Psihičke promjene mogu se manifestirati kao blage poteškoće, ali i kao ozbiljni psihički poremećaji koji zahtijevaju liječenje. Baby blues, postporođajna depresija, postporođajna psihoza i anksiozni poremećaji su promjene koje se mogu pojaviti u periodu puerperija. Najblaža i najčešća poteškoća je Baby blues, odnosno postporođajna tuga, koja kratko traje te prolazi bez posljedica za majku i njeno dijete. U većini slučajeva liječenje nije potrebno, dovoljna je podrška okoline i obitelji. Postporođajna depresija ozbiljan je poremećaj kojeg je potrebno liječiti. Simptomi postporođajne depresije su osjećaj tuge, gubitak interesa, nesanica, nemir i dr. Liječenje uključuje farmakoterapiju te alternativne postupke.

Postporođajna psihoza je rijedak, no najteži oblik poslije porođajnih poremećaja te može imati veoma ozbiljne posljedice za majku i njeno dijete (moguć je čak i smrtni ishod). Liječi se farmakoterapijom i alternativnim metodama, ali je ponekad potrebna i hospitalizacija na odjelu psihijatrije. Anksiozni poremećaji skupina su poremećaja koja se dijeli na panične poremećaje, opsesivno kompulzivne, posttraumatske stresne poremećaje i druge specifične fobije. Uzrok nastanka anksioznih poremećaja uglavnom su genetski faktori, neželjena trudnoća, nespremnost majke za ulogu majčinstva te iznenadne hormonalne promjene. Veliku ulogu u prevenciji psihičkih poteškoća poremećaja ima patronažna sestra čija je zadaća educirati žene i njihove obitelji, prije i nakon samog poroda, te svojim savjetima i vještinama doprinosti prevladavanju stresnog razdoblja nakon poroda i početne prilagodbe. Tijekom izrade završnog provedena je anketa putem društvenih mreža Facebook („Međimurske mame i trudnice“) te je prikupljeno 134 odgovora od travnja do svibnja 2019. godine. Rezultati su pokazali da 67,9% sudionica nije imalo psihičkih promjena nakon porođaja. No, 32,3% sudionica je imalo psihičke promjene, od čega je prva po učestalosti baby blues (17,2%), nakon nje slijedi postporođajna depresija (7,5%) te anksiozni poremećaj (6%). Sama dob ne utječe na nastanak promjena, dok razumijevanje i podrška obitelji imaju velik utjecaj. Kvalitetna edukacija i informiranost majke je veoma bitna, no važno je da su informacije provjerene i točne. Uloga patronažne sestre koja svojom edukacijom i savjetima može prevenirati i pravovremeno prepoznati određene poteškoće, ključna je i od velikog značaja.

Ključne riječi: psihičke poteškoće i poremećaji, prevencija, podrška, patronažna sestra

Summary

The occurrence of psychic changes in the midwifery period is increasingly common. Mental changes can manifest as mild difficulties, but also as serious psychiatric disorders that require treatment. Baby blues, postpartum depression, postpartum psychosis and anxiety disorders, are changes that can occur in the puerperium period. The mildest and the most common difficulty is baby blues or postpartum grief, which last for a short time and passes without consequence for the mother and her child. In the most cases treatment is not required, support from the environment and the family is enough. Postpartum depression is a serious disorder that needs to be treated.

Symptoms of postpartum depression are feelings of sadness, loss of interest, insomnia, restlessness, etc. Treatment includes pharmacotherapy for alternative procedures.

Postpartum psychosis is rare but the most serious form of postpartum disorders and can have very serious consequences for the mother and her child (even fatal outcome is possible). It is treated with pharmacotherapy and alternative methods, but sometimes requires hospitalization in the department of psychiatry. Anxiety disorders are a group of disorders, that is divided into panic disorders, obsessive compulsive, post-traumatic stress disorders and other specific phobias. The cause of anxiety disorders are mainly genetic factors, unwanted pregnancies, unprepared mothers for the role of motherhood and sudden hormonal changes. A large role in the prevention of mental health problems is played by a health visitor whose task is to educate women and their families, before and after birth and contribute with advice and skills to overcome postpartum stress and initial adjustment. During the preparation of the final survey was conducted through social network Facebook („Međimurske mame i trudnice“, etc.) collected was 134 responses from April to May 2019. Results have shown 67,9% of participants did not have any psychological changes after birth. Nevertheless, 32,3% have manifested certain psychological changes, with baby blues being the most common (17,2%) followed by postpartum depression (7,5%) and anxiety disorder (6%). The age itself does not affect the change, while understanding and family support do. Quality education and awareness of the mother is very important, but it is important that the information is verified and accurate. The role of a health visitor, through her education and advice, can prevent and identify certain difficulties in a timely manner is crucial and of great importance.

Keywords: psychic difficulties and disorders, prevention, support, health visitor

Popis korištenih kratica

PTSP Posttraumatski stresni poremećaj

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Psihičke poteškoće i poremećaji u razdoblju babinja	3
2.1.	Baby blues ili postporođajna tuga	3
2.2.	Postpartalna depresija ili postporođajna depresija	4
2.3.	Postporođajna psihoza.....	5
2.4.	Anksiozni poremećaj.....	6
3.	Uloga medicinske sestre u prepoznavanju psihičkih poteškoća/poremećaja.....	7
3.1.	Vježbe koje pomažu u smanjivanju psihičkih simptoma	7
3.1.1.	Vježbe disanja u sjedećem ili ležećem položaju... ..	7
3.1.3.	Terapija glazbom	8
3.1.4.	Terapija dodirom.....	8
4.	Istraživanje.....	9
4.1.	Cilj rada.....	9
4.2.	Metode istraživanja i ispitanici	9
4.3.	Rezultati istraživanja	9
4.3.1.	Usporedba rezultata po određenim varijablama	18
5.	Rasprava.....	32
6.	Zaključak.....	36
7.	Literatura.....	38

1. Uvod

Postpartalni period za babinjaču predstavlja niz različitih promjena na psihičkoj, fizičkoj te emocionalnoj osnovi. Za vrijeme navedenog perioda dolazi do neizvjesnosti, straha te brige oko ispunjenja velikih očekivanja u ostvarivanju majčinstva. Situacije poput neželjene i maloljetničke trudnoće, manjak samopouzdanja i podrške, stigmatizacije te materijalna nezbrinutost mogu uvelike pridonijeti razvoju dodatnih komplikacija. Također, ne pomaže ni spoznaja da su uz sam porođaj vezane i hormonalne promjene te jaki bolovi. Zbog svih navedenih promjena i stresa koji se javlja u periodu puerperija nije iznenađujuće da se uz normalne fizičke promjene javljaju i neki oblici psihičkih poteškoća i promjena nakon poroda [1].

Najzastupljeniji oblici psihičkih promjena su: baby blues, zatim postporođajna depresija, postporođajna psihoza te anksiozni poremećaj čiji su simptomi i znakovi opisani u ovom završnom radu. Prema literaturi, baby blues jedan od najčešćih i najblažih oblika postporođajnih poteškoća. Slične simptome kao i baby blues ima i postporođajna depresija, no izraženiji su i traju duže, a trebaju se i dodatno liječiti. Anksiozni poremećaji su skupina poremećaja koje možemo definirati na više vrsta, a povezuju ih slični fizički simptomi, kao što su gubitak daha, lupanje srca, znojenje te napadaji panike. Najteži oblik postporođajnih psihičkih poremećaja je postporođajna psihoza koja se često mora liječiti i psihijatrijskom hospitalizacijom. Ukoliko se ne liječi, može biti veoma opasna po majku i dijete. Ozbiljnost samih poremećaja ovisi i o njihovom trajanju i načinu manifestiranja kod svake babinjače. Ukoliko poremećaj traje veoma dugo, šanse za sve lošije posljedice su još veće [1].

Nastanak problema promatra se kroz nekoliko najbitnijih čimbenika koji utječu na sam nastanak problema, a to su: dob majke, način poroda (vaginalni porod ili porod carskim rezom), podrška okoline, prethodna informiranost o mogućem nastanku psihičkih poteškoća/promjena te način pronalaska informacija (internet, stručna osoba i sl.).

U radu je prikazana uloga patronažne sestre u edukaciji trudnice, važnost same edukacije te razlozi zbog koje vrijeme babinja zahtjeva punu podršku okoline, obitelji i zdravstvenih djelatnika. Medicinska sestra koja posjeduje znanje i vještine trebala bi kroz primjenu znanja i prevencije djelovati na smanjenje broja poremećaja i na bolje psihičko stanje majke. Također, medicinska sestra ima veoma važnu ulogu u prepoznavanju i radu sa ženama u puerperiju u svrhu prevencije i liječenja psihičkih poteškoća. U ovom radu navedene su kompetencije koje svaka medicinska sestra mora imati, načini na koje treba reagirati na određene situacije te način na koji se može usavršavati. Isto tako, naglašena je i važnost empatijskog pristupa u radu te

povjerljivost između pacijentice i medicinske sestre koje su temelj u stvaranju profesionalnog odnosa prema novopečenoj majci. Majka mora imati osjećaj kako je patronažna sestra usredotočena samo na nju i da je ona u trenutnoj situaciji „centar svijeta“ te da je ono što joj patronažna sestra savjetuje provjereno u praksi i dokazano ima učinka u poboljšanju fizičkog i mentalnog zdravlja, kako nje, tako i njenog djeteta. Važno je napomenuti da patronažna sestra mora imati dovoljno vremena kako bi mogla savjesno obavljati svoj posao, što znači da treba biti dovoljan broj medicinskih sestara kako bi svaka majka imala dovoljan broj posjeta koji traju određeno i zakonski propisano vrijeme. Međutim, svakako je važna i pravilna edukacija roditelja o pravilnom uzimanju eventualno potrebnih lijekova kako bi se lijekovi uzimali na pravi način i u pravoj dozi, te bi samim time i rezultat liječenja bio uspješniji. Zbog značajnog napretka opće i zdravstvene prosvjećenosti društva postporođajni poremećaji danas su rjeđi nego prije dvadesetak godina, a ako se i pojave, češće su bez težih posljedica za majku, njenu obitelj te novorođenče [2].

Istraživački dio rada napravljen je kao anonimna anketa provedena na uzorku od 134 sudionica koje su odgovarale na ukupno 16 pitanja zatvorenog tipa. Nakon toga, napravljena je detaljna analiza dobivenih rezultata prema svakom pojedinom pitanju. Također, detaljno su se analizirali odgovori majki koje su potvrdno odgovorile na pitanje jesu li imale neki oblik psihičkih poteškoća i/ili poremećaja, te su se preostali odgovori na pitanja tih majki povezali s pojedinim poremećajem. U raspravi dobivenih rezultata analizirani odgovori su se stavili u zajednički kontekst sa svim dobiveni rezultatima iz navedene ankete. Osim prikaza dosadašnjih spoznaja o ovim je poremećajima napravljen i konačan pregled i komentar uz objašnjenje dobivenih rezultata [2].

2. Psihičke poteškoće i poremećaji u razdoblju babinja

2.1. Baby blues ili postporođajna tuga

Baby blues je poteškoća koja se smatra normalnom reakcijom na jednu novu i sasvim drugačiju životnu situaciju. Od svih vrsta postporođajnih poteškoća i poremećaja najčešće se javlja, no najmanje je ozbiljan za majku i dijete. U većini slučajeva javlja se od drugog do petog dana po porodu, te traje najduže do mjesec dana nakon poroda, a doživljava ga od 80-90% žena [2,3]. Baby blues je rizični faktor za kasniju depresiju u prvoj postnatalnoj godini. Na pojavu ovog stanja utječu i hormonske promjene koje se javljaju tijekom i nakon porođaja. Neke od posljedica hormonalnih pojava koje se javljaju su: umor, neispavanost, bol uzrokovana epiziotomijom ili carskim rezom, mastitis i sl.

Baby blues se najčešće manifestira kroz sljedeće navedene simptome [3]

- ❖ manjak energije
- ❖ slabost
- ❖ ranjivost
- ❖ anksioznost
- ❖ nagle promjene raspoloženja
- ❖ plačljivost
- ❖ zbunjenost

Baby blues također ima i rizične faktore. Ove rizične faktore većina majki percipira na način da ima prisutan neobjašnjiv osjećaj prema trudnoći, strah od poroda, lošu socijalnu prilagodbu, te pogled na trudnoću kao na neko teško emocionalno stanje. Vrlo važnu ulogu u smanjivanju samih posljedica ovog poremećaja ima prevencija istog. Prevenciju treba usmjeravati na način da se žene educiraju, kao i njezini članovi obitelji prije rođenja djeteta, da imaju savjetovanje i visoku društvenu potporu prije poroda, kako bi se osjećale prihvaćeno i shvaćeno. Isto tako, veoma je bitan i razgovor o planiranju obitelji s fokusom na nove promjene i integraciju novih uloga. Bračne i obiteljske psihoterapije i suportivne grupe majki također su od velikog značaja, no nažalost sve se manje trudnica i njihovih obitelji odaziva istom. Tijekom suportivnih grupa majki trebaju se istražiti osjećaji uz usmjerenje na neke specifične probleme i teškoće, okolnosti trudnoće prije samog poroda i poslije te kreirati ugodnu atmosferu prihvaćanja. Stoga, iako je poteškoća kratkotrajna, potrebna je podrška i pomoć okoline kako bi se majka najlakše i najbolje prilagodila novonastaloj situaciji, odnosno ulozi majčinstva [3].

2.2. Postpartalna depresija ili postporođajna depresija

Postporođajna depresija može se javiti odmah nakon poroda, ali i do nekoliko mjeseci nakon njega. Zahvaća otprilike 10 do 15% majki [4,5]. Smatra se da je nagli pad hormona uzrok koji bi mogao biti okidač za razvoj postporođajne depresije. Tijekom trudnoće količina hormona estrogena i progesterona znatno se povećava, no nakon poroda naglo pada i tako sve u krug dok se ne postavi ista razina kao prije trudnoće. Znanstvenici misle da je baš ta oscilacija u razini hormona ključna u razvoju postporođajne depresije. Slično je i s razdobljem menstrualnog ciklusa, kada razina hormona utječe na promjene raspoloženja. Simptomi koji karakteriziraju postporođajnu depresiju su [2,4]:

- ❖ razdražljivost
- ❖ osamljenost
- ❖ gubitak samopouzdanja
- ❖ iscrpljenost i gubitak energije
- ❖ smanjen interes ili zadovoljstvo za uobičajene aktivnosti
- ❖ pretjerano spavanje ili nesanica (koja nije vezana uz djetetove potrebe)
- ❖ promjene u apetitu
- ❖ osjećaj nepostojanja ljubavi prema djetetu ili obitelji

Smatra se da je postporođajna depresija veći i daleko ozbiljniji problem u odnosu na Baby blues, pa je i time liječenje kompliciranije i kompleksnije. Postporođajna depresija se može povući i bez liječničke pomoći, no samo ako simptomi ne traju dulje od tjedan dana i ako ne ometaju majku u njenom svakodnevnom i normalnom funkcioniranju, u protivnom je potrebno početi liječenje. Liječenje postporođajne depresije svodi se na psihoterapiju i farmakoterapiju, te ponekad na alternativne postupke [4].

Veliku ulogu ima i obitelj roditelja, koja je glavna i prva u prepoznavanju simptoma kod roditelja te pravovremeno uključivanje u rješavanje istih. Razdoblje postporođajne depresije zahtjeva zajedničku podršku, ljubav i razumijevanje obitelji i partnera prema majci kako bi ona čim lakše i bezbolnije prebrodila stresno razdoblje. Obitelj treba imati razumijevanja i strpljenja jer je to samo prolazno razdoblje i da će se pravovremenim pristupom liječenja poremećaj povući. Majke mogu i same sebi pomoći ukoliko prihvate da im je potrebna pomoć, da trebaju vrijeme za sebe, da se ne opterećuju manje bitnim stvarima i mišljenjem okoline te da prihvate podršku svoje obitelji [4].

2.3. Postporodajna psihoza

Postporodajna psihoza rijedak je postporodajni poremećaj, no i s najozbiljnijim posljedicama. Najčešće se javlja kod prvotkinja koje imaju genetsku predispoziciju za nastanak nekih psihičkih poremećaja. Javlja se u postotku od 0,1 do 0,2 % u prvih mjesec dana po porođaju [6]. Simptomi postpartalne psihoze javljaju se u trajanju od nekoliko dana, do dva mjeseca po porodu. Simptomi koji karakteriziraju ovaj poremećaj su [6] :

- ❖ nesanica
- ❖ pretjeran umor
- ❖ sumanute ideje
- ❖ halucinacije
- ❖ iracionalni zaključci
- ❖ inkoherentno mišljenje
- ❖ konfuznost
- ❖ onemogućeno obavljanje osnovnih motoričkih funkcija

Postporodajna psihoza u velikom broju slučajeva dovodi do čedomorstva, javljaju se halucinacije u kojima je dijete potrebno ubiti, da je dijete opsjednuto, također i sumanute ideje da je dijete mrtvo te negacija rođenja djeteta. Halucinacije su obično slušne, imperativnog karaktera kada glas nalaže ženi da ubije svoje dijete ili sl. [1].

Dijagnoza postporodajne psihoze može se postaviti kad se kod žene pojave simptomi psihoze koji uključuju halucinacije, sumanutost te promjene raspoloženja. Za majku koja oboli od postporodajne psihoze od najveće je važnosti sama podrška, razumijevanje i suradnja obitelji, što najčešće, nažalost nije slučaj. Uz pravilno liječenje većina se žena oporavi i vrati svakodnevnom životu i nastavlja normalno funkcionirati. Postporodajna psihoza zahtjeva pravovremeno prepoznavanje i liječenje, jer u protivnom može biti s velikim posljedicama za majku, dijete i obitelj. Liječenje se provodi antipsihoticima, antidepresivima i stabilizatorima raspoloženja. Ovaj poremećaj zahtjeva hitnu psihijatrijsku hospitalizaciju, pogotovo ako je izražena suicidalnost. Ukoliko majka za vrijeme boravka u psihijatrijskoj bolnici poželi vidjeti svoje dijete, potreban je posjet uz nadzor obitelji ili medicinskog osoblja, pri kojem treba obratiti pozornost na eventualni simptom i želju za ozljeđivanjem djeteta ili pak samoozljeđivanjem. Psihoterapija je indicirana nakon perioda akutne psihoze, pri čemu je važno raditi i na jačanju podrške od strane supruga, pacijentice i cijele obitelji [2,3].

2.4. Anksiozni poremećaj

Anksiozni poremećaji mogu se javiti u vrijeme puerperija, ali i za vrijeme trudnoće.

Anksiozne poremećaje možemo svrstati u četiri skupine:

- ❖ panični poremećaji
- ❖ opsesivno-kompulzivni poremećaj
- ❖ posttraumatski stresni poremećaj
- ❖ druge specifične fobije

Panične poremećaje prate ponavljajući i neočekivani napadaji panike uz prisutnost jakog straha i nelagode. Simptomi paničnih napadaja su: znojenje, pritisak u prsima, lupanje srca, gubitak daha, osjećaj gušenja drhtanje te strah od smrti [7].

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) se najčešće javlja nakon traumatičnog događaja koji je praćen očajem i intenzivnim strahom bez obzira što više nisu u opasnosti. Osobe koje boluju od ove vrste anksioznog poremećaja najčešće osjećaju neopisiv strah i napetost. Kod PTSP-a okidači mogu biti trudnoća i porod, posebice ako je trudnoća posljedica silovanja ili je žena žrtva seksualnog nasilja. Prethodna psihopatološka stanja predisponiraju osobu za pojavu PTSP-a, ali se poremećaj može javiti i u psihički zdravih ljudi kada je intenzitet stresa velik. Temeljna je osobina poremećaja nastajanje karakterističnih simptoma koji slijede psihološki stresni događaj i nadmašuju uobičajeno ljudsko iskustvo (npr. ono što se obično javlja u procesu žalovanja, organske bolesti, obiteljskih konflikata, gubitka posla i sl.) [8].

Opsesivno-kompulzivni poremećaj karakteriziran je ponavljajućim, neprimjerenim i proganjajućim mislima koje uzrokuju nemir i nelagodu. Također, javljaju se i prisilne misli i ponašanja koji su rezultat proganjajućeg poriva. Većina anksioznih poremećaja nije lako prepoznatljiva i ne liječe se jer se smatraju kao normalni i uobičajeni u tijeku trudnoće i nakon samog poroda. Pojedine majke koje boluju od neke vrste anksioznog poremećaja, osjećaju sram ili krivnju te pokušavaju prekriti svoje simptome i stanja. Ukoliko se anksiozni poremećaji ne liječe mogu biti pogubni ne samo za majku, nego i za dijete pa tako i čitavu obitelj babinjače. Psihičke smetnje mogu negativno utjecati na socijalni, intelektualni i emocionalni razvoj djeteta. [9].

Važnu ulogu u samom nastanku ovih poremećaja mogu imati i genetski čimbenici, kao i neželjena trudnoća, nespremnost za majčinsku ulogu te nagle hormonalne promjene i sl.

Kod prevencije ovih poremećaja veoma je bitna edukacija majke i članova obitelji, kao i podrška prije i nakon poroda. Također, važno je postupno se privikavati na moguću novonastalu situaciju. Ako su prisutni blaži simptomi nekog od anksioznog poremećaja za vrijeme trajanja trudnoće, pokušava se izbjeći liječenje lijekovima kako ne došlo do ugrožavanja djeteta, a naglasak se daje na suportivne tehnike i psihoterapiju. [9].

3. Značaj medicinske sestre u prepoznavanju psihičkih poteškoća/poremećaja

Uloga medicinske sestre tijekom prepoznavanju psihičkih poteškoća/poremećaja u razdoblju babinja temelji se na ostvarivanju povjerenja i empatijskom pristupu s babinjačom. Veoma je važno naglasiti kako medicinska sestra treba posjedovati znanje i sposobnosti kako bi svojim tehnikama pokazivanja i prenošenja znanja uvjerala majku u ono što joj govori. Isto tako, medicinska sestra treba dobro slušati majku i vidjeti kako joj može pomoći i olakšati. Medicinska sestra treba prepoznati simptome psihičkih poteškoća/poremećaja i pravovremeno reagirati, te o promjenama obavijestiti liječnika. Također, majci treba objasniti da joj je pomoć potrebna oko pojedinih svakodnevnih obaveza i da ju se ne srami prihvatiti. Ako majka konzumira određene lijekove, a doji, treba ju educirati na koji način i kako ih koristiti. Majci treba objasniti koji sve postupci postoje za opuštanje i da si na taj način može pomoći. Neki od tih postupaka su i razne vježbe, primjerice vježbe disanja i opuštanja, masaže, terapija glazbom i likovnim izražavanjem i sl. [10].

3.1. Vježbe koje pomažu u smanjivanju psihičkih simptoma

3.1.1. Vježbe disanja u sjedećem ili ležećem položaju

Vježbe disanja se izvode na način da majka legne na leđa ispruženih udova ili da sjedne tako da kralježnica bude u ispruženom položaju. Ruke je potrebno položiti na trbuh i disati uobičajeno pritom pazeći spušta li se ruka ili podiže. Kod pravilnog disanja se prilikom udisaja trbuh podiže, a prilikom izdisaja spušta. Kako bi se postiglo pravilno disanje, osoba treba polako udahnuti kroz nos i brojiti do pet dok trbuhom nježno gura ruku prema gore, te također osoba zadržava dah brojeći do pet. Polako izdahne kroz usta, opet brojeći do pet, gurajući trbuh rukom prema unutra [11].

3.1.2. Terapija likovnim izražavanjem

Likovno izražavanje kod pojedinih osoba pomaže da lakše razumiju svoje osjećaje i stanja te probleme koji ih muče. Odgovorna osoba, najčešće terapeut, grupi postavlja različite likovne zadatke, primjerice da nacrtaju svoj problem, strah, obitelj ili osobu koja ih je posebno dojmila

bilo u pozitivnom ili negativnom smislu, kako bi svoje osjećaje koje ne mogu iz određenih razloga verbalno prikazati, prikazali pomoću crteža [12]. Također, neki od zadataka mogu biti da osobe nacrtaju svoju najdražu seriju, film, koji je na bilo koji način na njih utjecao i uljepšao im život. Mogu nacrtati svoje vlastite želje i potrebe. Nakon rješavanja zadane teme, grupa razgovara kako bi dala savjete kojima bi se pokušalo pomoći pojedincu u grupi. Kroz razgovor, diskusiju, moguće je saznati koji učinak prošlosti je utjecao na njihovo sadašnje stanje. Terapeut pomaže osobi da shvati i objasni simboliku nacrtanog. Cilj takve vrste terapije je uspostaviti komunikaciju među članovima grupe i angažirati ih u smislu rješavanju vlastitih i tuđih problema. Art terapija je korisna kod osoba koje imaju poteškoće u verbalnom izražavanju, a da toga zapravo nisu niti svjesni. Cilj ove terapije je upoznavanje samog sebe i svojih osjećaja [12].

3.1.3. Terapija glazbom

Već je odavno prepoznato da moć glazbe djeluje terapijski. Terapija uključuje slušanje ili aktivno stvaranje glazbe. U duljem radu, liječenje može uključivati oboje. Glazba može biti učinkovita i u spoju s drugim tehnikama relaksacije, smanjenja tjeskobe i boli koje se primjenjuju u medicini i zubnoj medicini, izazivajući ugodu proizvodnjom endorfina (kemijski spoj u ljudskom tijelu koji potiče osjećaj smirenosti i povećava prag boli). Korištenje glazbe u terapijske svrhe opsežno se istražuje na ciljanim skupinama pacijenata, starijim osobama, osobama s oštećenjem mozga i osobama koje osjećaju veliku i stalnu bol. Glazba se također koristila za izazivanje odgovarajućeg ponašanja kod skupina vrlo osjetljivih, ranjivih ljudi, te u svrhu poboljšanja kvalitete života osoba kojima se ne može pomoći medicinskim, odnosno farmaceutskim sredstvima. [13].

3.1.4. Terapija dodirom

Terapija dodirom uvelike pridonosi smanjenju stresa, opušta, te obnavlja um i tijelo. Danas postoje različiti stilovi masaža s različitim oblicima pritiska na određena mjesta i raznih pokreta. To uključuje pritisak na pojedina mjesta, trljanje, stimulaciju mišića i mekog tkiva rukama i prstima, a ponekad i podlakticama, koljenima te stopalima, kao primjerice Reiki terapija. Reiki je terapija koja ne uključuje lijekove, a koja se koristi kod osoba s anksioznošću, depresijom, ili oba stanja. Reiki je terapija stara 2500 godina, a opisuje se kao vibrirajuća ili suptilna terapija energijom i najčešće se provodi laganim dodirom na tijelo ili iznad tijela. [14,15].

4. Istraživanje

4.1. Cilj istraživanja

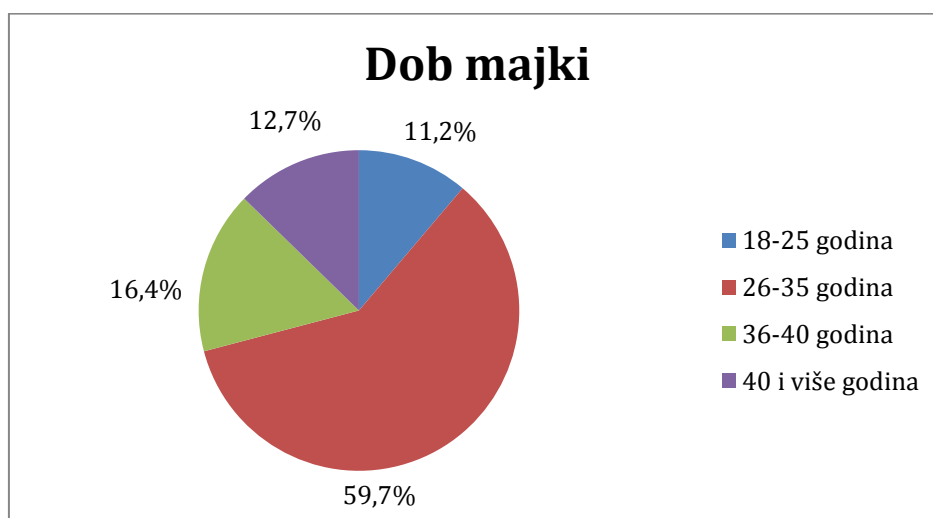
Cilj istraživanja bio je uvidjeti učestalost psihičkih poteškoća u razdoblju babinja, te kako ih se i na koji način prepoznaje, ali i liječi. Željelo se ispitati koji čimbenici pozitivno ili negativno utječu na mogućnost nastanka psihičkih poteškoća/poremećaja, utjecaj socijalne podrške u vjerojatnosti nastanka psihičkih promjena i ulogu patronažne sestre u promatranju i prepoznavanju ovih promjena u puerperiju.

4.2. Metode istraživanja i ispitanici

Tijekom izrade rada provedena je anketa koja se bavila istraživanjem vjerojatnosti pojave pojedinih poteškoća i poremećaja te uzroka povezanih s njihovim nastankom, prevencijom i samim liječenjem. Razdoblje provedbe ankete trajalo je od 05. travnja 2019. do 05. svibnja 2019. godine. Anketa je distribuirana preko raznih Facebook grupa („Novopečene mame“, „Međimurske mame i trudnice“) te preko poznanica koje su nedavno postale majke.

Anketa je sadržavala ukupno 16 pitanja zatvorenog tipa. U istraživanju je sudjelovalo 134 sudionica, a rezultati i komentari istraživanja nalaze se u nastavku rada. U radu je poštivana anonimnost sudionica, pa je svaki odgovor poznat samo po rednom broju i vremenskom zapisu.

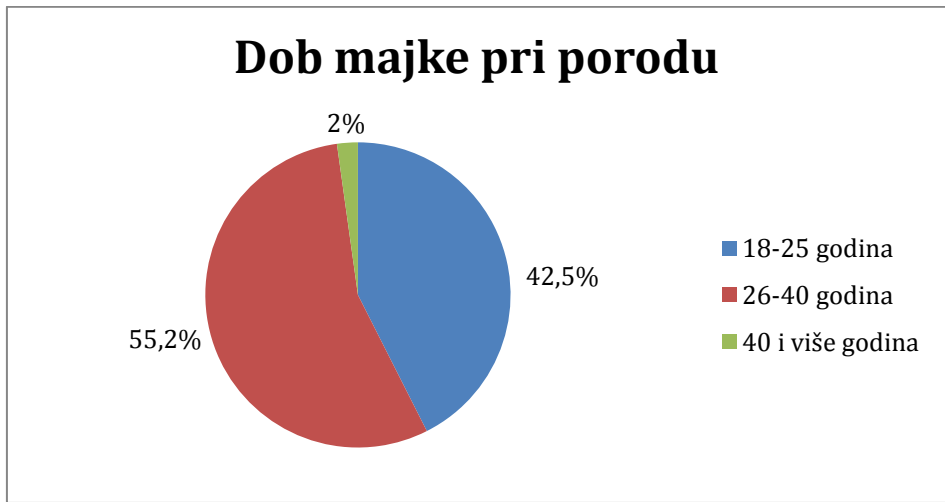
4.3. Rezultati istraživanja



Grafikon 4.3.1 Dob roditelja koje su ispunile anketu

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

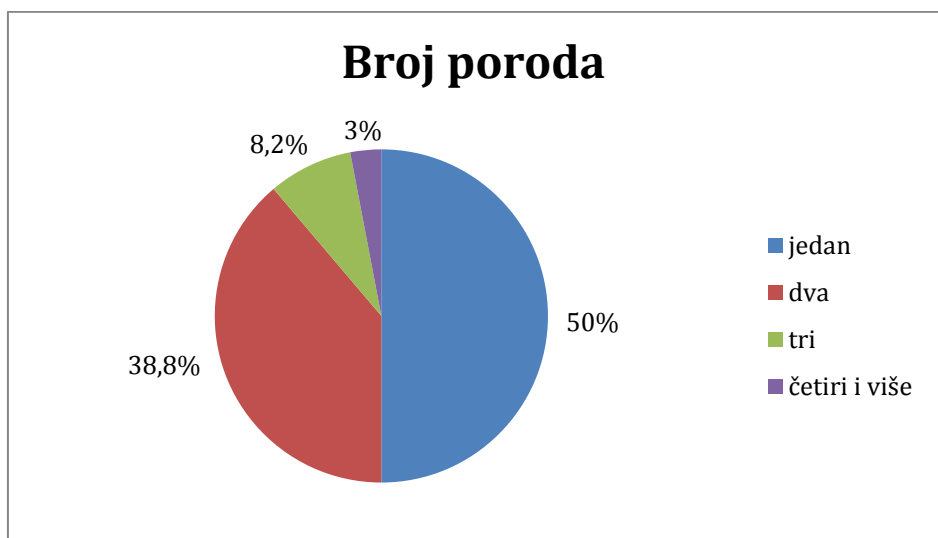
Većina roditelja koje su odgovorile na anketu, 59,7 % sudionica nalazi se u dobi od 26-35 godina. Iza ove dobne skupine slijedi 16,4% sudionica (22) u dobi od 36 -40 godina, pa zatim 12,7% sudionica u dobi 40 i više godina, te najmanji broj odgovora proizlazi iz dobne skupine od 18-25 godina, odnosno 11,2% sudionica, što je prikazano u grafikonu 4.3.1 .



Grafikon 4.3.2 Dob majke pri porodu

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

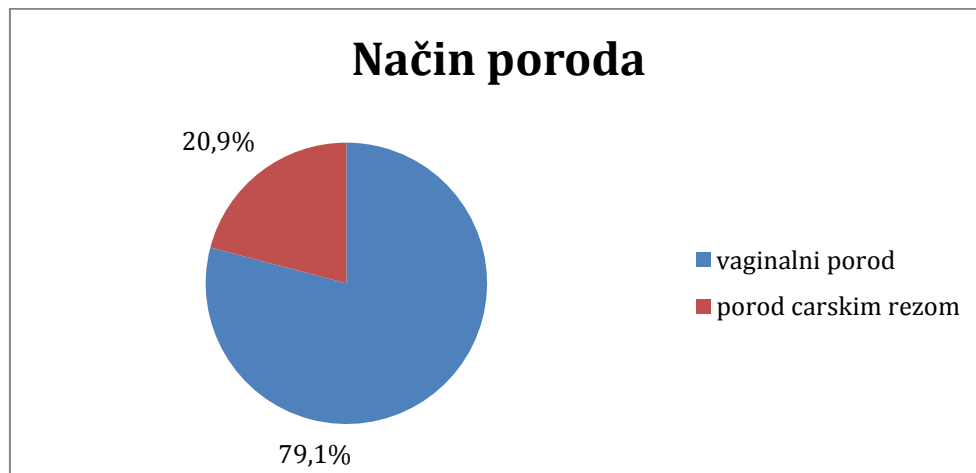
Većina roditelja koje su odgovorile na anketu, rodilo je u dobi od 26 - 40 godina, 55,2% sudionica, a najmanji broj roditelja pripada dobnoj skupini od 40 godina i više godina, 2,2% sudionica, što je navedeno u grafikonu 4.3.2 .



Grafikon 4.3.3 Broj poroda

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

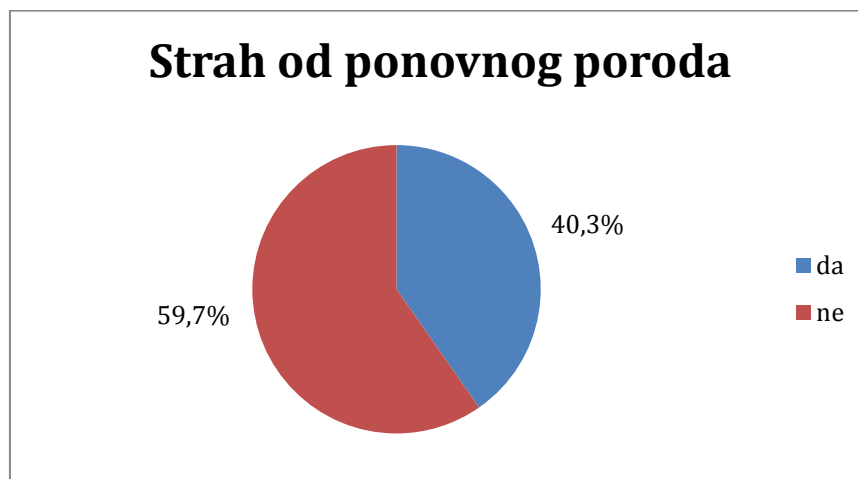
Većina sudionica imalo je samo jedan porod, njih 50% ,dva poroda imalo je 38,8 % sudionica, dok je 8,2% sudionica imalo je tri poroda, a samo 3% sudionica imalo je četiri i više poroda što je prikazano grafikonom 4.3.3 .



Grafikon 4.3.4 Način poroda

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

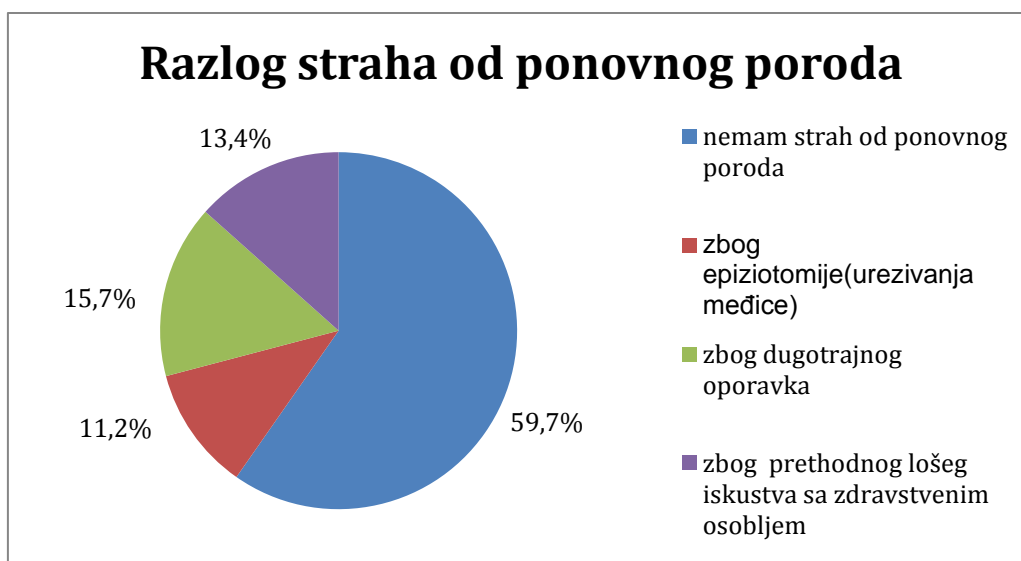
Žene koje su ispunile anketu, većinom su rađale vaginalnim putem. Samo 20,9% sudionica rodilo je carskim rezom, a rezultate možemo vidjeti iz grafikona 4.3.4 .



Grafikon 4.3.5 Strah od ponovnog poroda

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

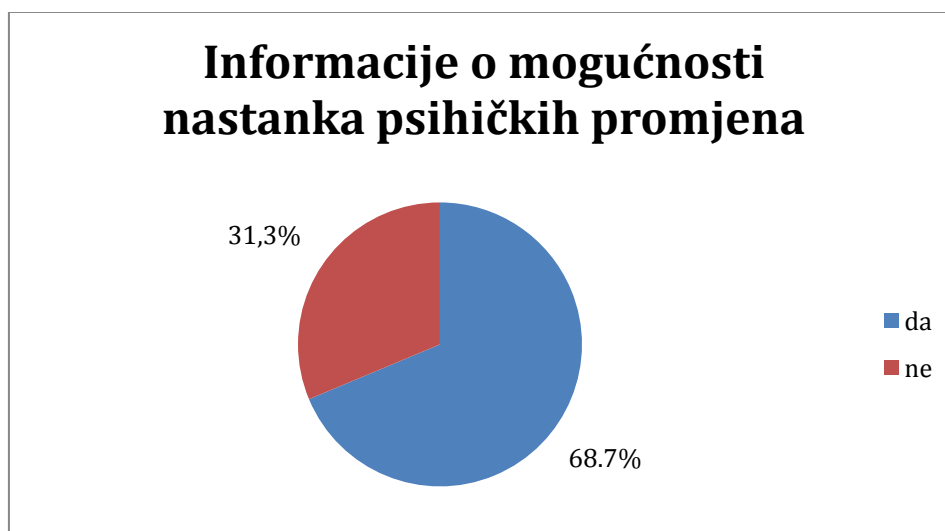
Iz grafikona 4.3.5 jasno je vidljivo kako većina žena nema strah od ponovnog poroda. Više od polovice sudionica nema strah od ponovnog poroda, njih 59,7% .



Grafikon 4.3.6 Razlog straha od ponovnog poroda

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

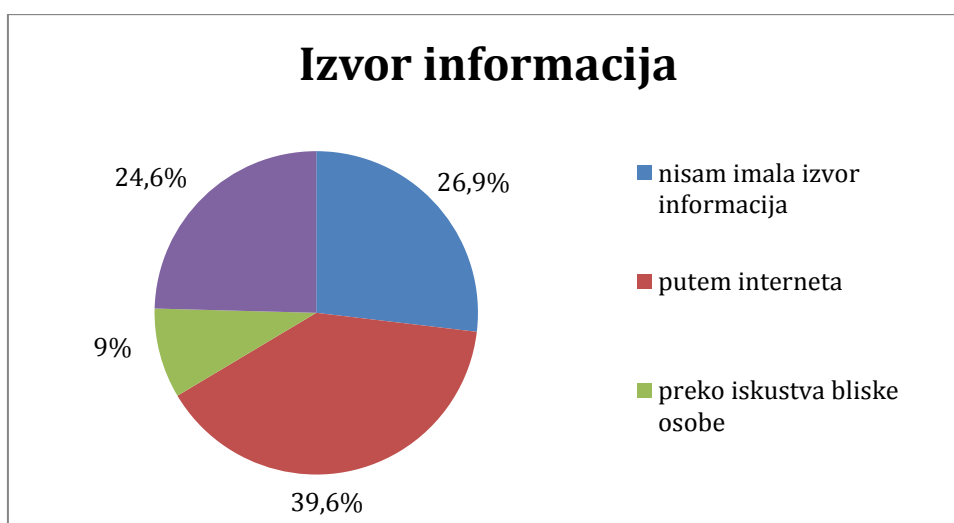
Većina žena koja je rodila nema strah od ponovnog poroda. Najzastupljeniji razlog za strah od ponovnog poroda među odgovorima pripada strahu zbog epiziotomije i to čak 15,7 % što je i prikazano u grafikonu 4.3.6. Nažalost, puno sudionica ima strah od ponovnog poroda jer je pri prethodnom iskusilo loše iskustvo sa zdravstvenim osobljem, čak 13,4 % sudionica, što je priličan broj s obzirom da sveukupni broj žena koje imaju strah od ponovnog poroda iznosi 57.



Grafikon 4.3.7 Informacije o mogućnosti nastanka psihičkih promjena

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

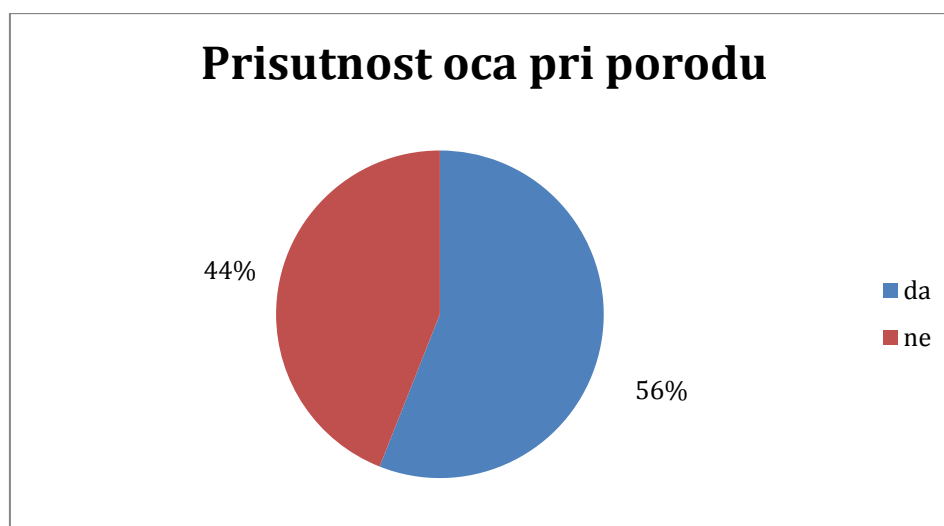
Iz grafikona 4.3.7 vidljivo je da na pitanje postavljeno u anketi „Jeste li prije poroda bili upoznati s mogućnošću nastanka psihičkih poteškoća/poremećaja?“, čak 31,3% sudionica odgovorilo je da nije čulo za mogućnost nastanka psihičkih promjena.



Grafikon 4.3.8 Izvor informacija

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

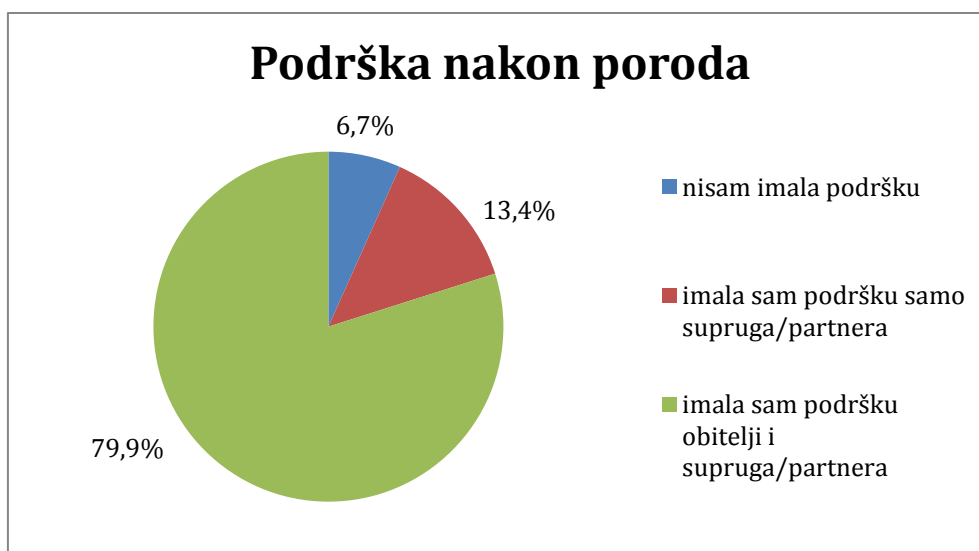
Izvor informacija koji se najčešće koristi jest internet, 39,6% sudionica. Nakon toga slijedi odgovor da sudionice nisu imale izvor informacija od 26,9% . Čak 24,6% sudionica dobilo je informacije putem stručnog osoblja, dok je 9% sudionica informacije pridobilo putem iskustva neke bliske osobe. Sve navedeno prikazano je u grafikonu 4.3.8 .



Grafikon 4.3.9 Prisutnost oca pri porodu

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

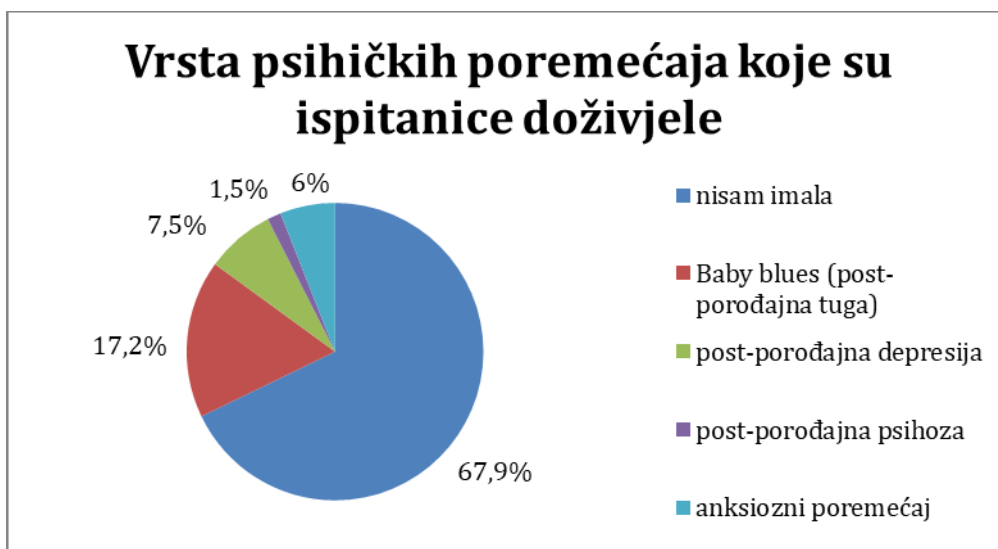
U odgovoru o prisutnosti partnera pri porodu, čak 56% sudionica odgovorilo je da je partner bio prisutan pri porodu. Rezultate su vidljivi u grafikonu 4.3.9 .



Grafikon 4.3.10 Podrška nakon poroda

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Nakon poroda većina žena, njih 93,3% imalo je neki oblik podrške nakon poroda. Najčešća podrška dolazila je od obitelji i supruga/partnera, 79,9% zatim samo podrška supruga partnera, 13,4% te malen broj sudionica, njih 6,7% nije imalo podršku nakon poroda, što je prikazano grafikonom 4.3.10.

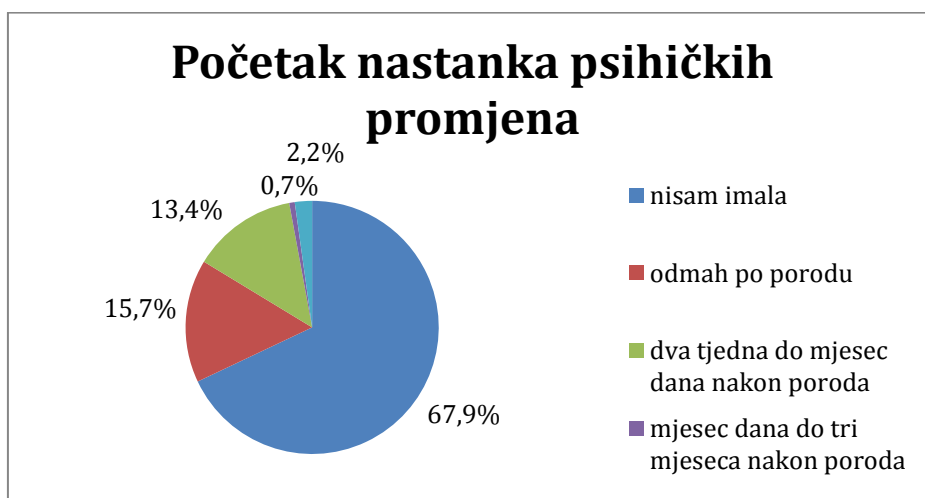


Grafikon 4.3.11 Vrste psihičkih poremećaja koje su sudionice doživjele

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Iz prikupljenih podataka vidljivo je da većina roditelja nije imala nikakvih poteškoća nakon poroda, njih 67,9%, dok je najčešća vrsta poteškoće kod roditelja bila pojava baby blues-a

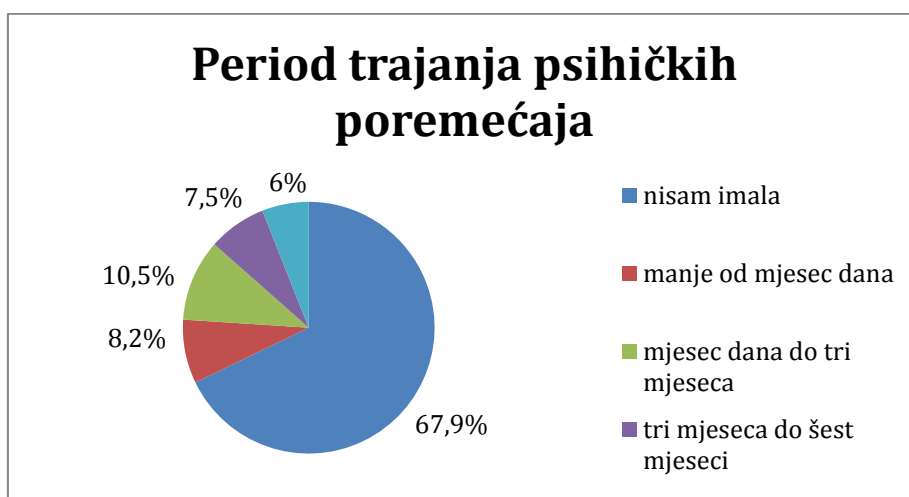
(postporođajne tuge) u čak 17,2% slučajeva. Ostale poteškoće i poremećaji iznosile su veoma mali postotak, ali su ipak bile zastupljene. Navedeno je prikazano grafikonom 4.3.11 .



Grafikon 4.3.12 Početak nastanka psihičkih promjena

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Na pitanje kad je započeo period pojave psihičkih promjena (grafikon 4.3.12.), najveći broj odgovora bio je da sudionice nisu imale promjene, njih 67,9%. Od ukupno 43 sudionice koje su doživjele neki oblik psihičkih poteškoća ili poremećaja, većina je osjetila promjene odmah nakon poroda, odnosno 15,7% sudionica.



Grafikon 4.3.13 Period trajanja psihičkih poremećaja

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Na pitanje koliko je dugo trajala pojava psihičkih poteškoća ili poremećaja (grafikon 4.3.13.), većina odgovora je bila da promjene nisu nastupile, njih 67,9%, dok je 10,5% sudionica

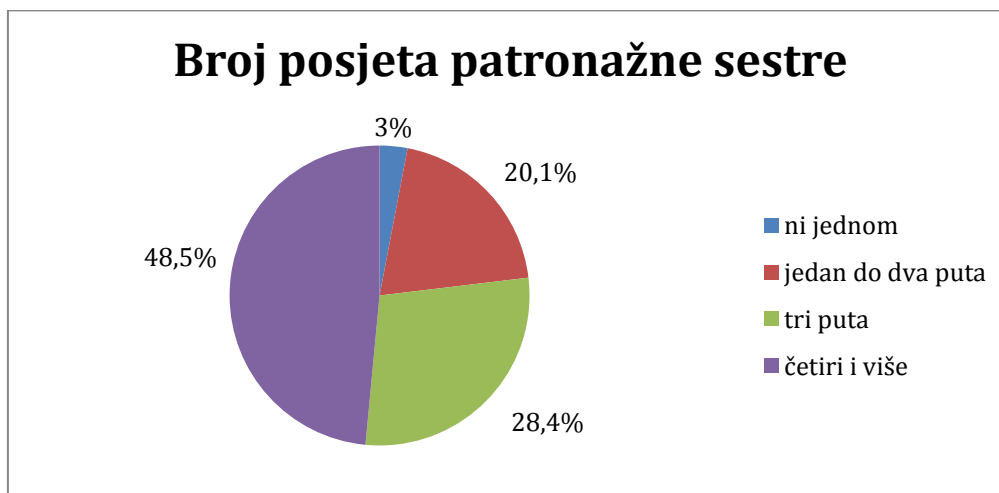
odgovorilo da je period trajanja bio mjesec dana do tri mjeseca. Ostali odgovori su iznosili manje postotke.



Grafikon 4.3.14 Podrška medicinskog osoblja prilikom poroda

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

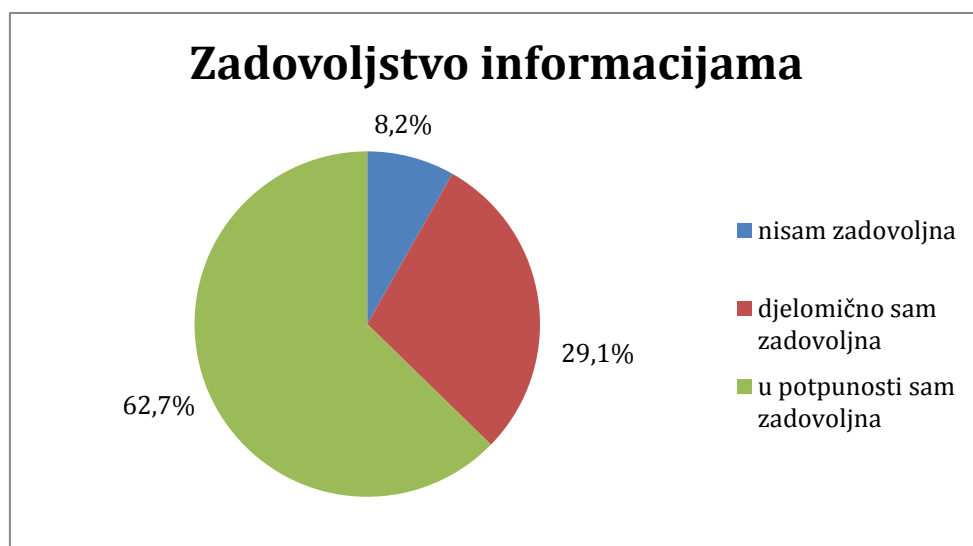
Iz priloženog grafikona 4.3.14. vidimo da je većina majki, njih 82,1% imalo podršku prilikom poroda od strane medicinskog osoblja, a 17,9 % sudionica je odgovorilo da nije imalo podršku.



Grafikon 4.3.15 Broj posjeta patronažne sestre nakon poroda

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Grafikon 4.3.15 prikazuje broj posjeta patronažne sestre. Čak 48,5% sudionica imalo je četiri i više posjeta patronažne sestre. Zatim 28,4% sudionica odgovorilo je da je imalo tri posjeta. Manji broj odgovora pripada ni jednom do dva posjeta patronažne sestre.



Grafikon 4.3.16 Zadovoljstvo informacijama koje je patronažna sestra prenijela majci

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

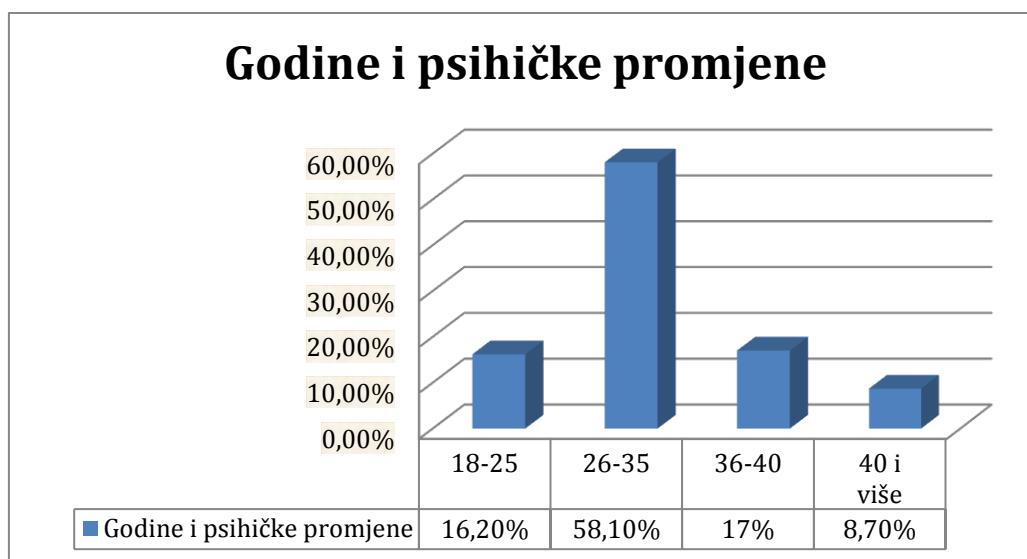
Na pitanje „Jeste li zadovoljni informacijama koje Vam je prenijela patronažna sestra?“ vidimo da je čak 62,7% sudionica u potpunosti zadovoljno informacijama, dok je 29,1% sudionica djelomično zadovoljno informacijama, a da 8,2% sudionica nije zadovoljno informacijama. Sve navedeno prikazano je u grafikonu 4.3.16.

4.3.1. Usporedba rezultata po određenim varijablama

Od ukupno 134 žena koje su odgovorile na anketu, njih 43 imalo je neku vrstu psihičkih poteškoća ili poremećaja. Ovo poglavlje većinom će se odnositi na te roditelje te će se pokušati odgovoriti na koji način uvjeti prije, tijekom i nakon poroda utječu na njihovu pojavnost.

Ovisnost nastanka psihičkih poteškoća/poremećaja ovisno o dobi

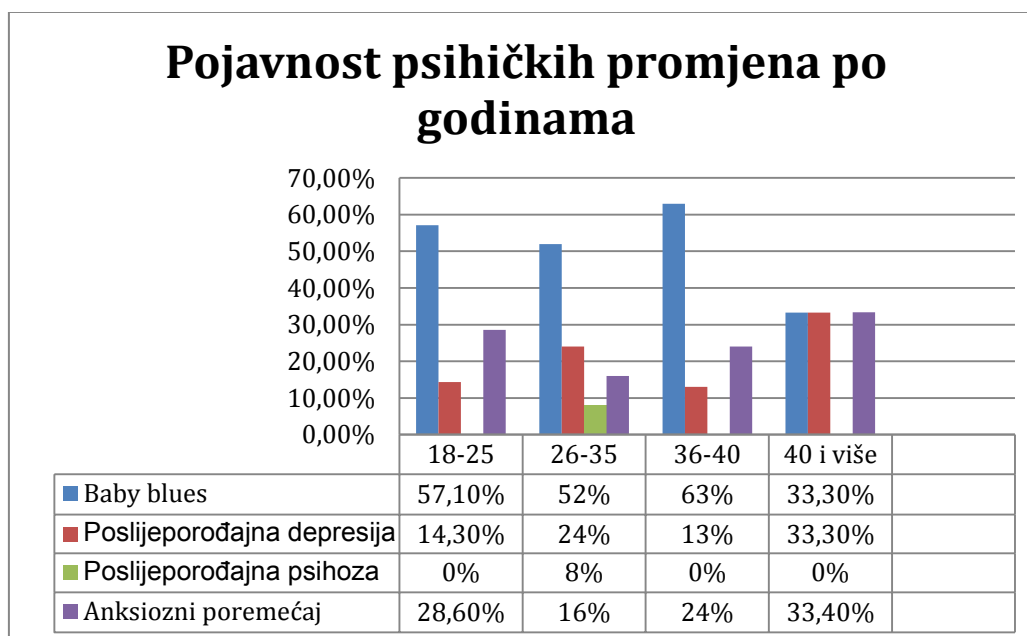
U ovom poglavlju analizirat će se učestalost pojava psihičkih promjena o starosti roditelje. Obzirom da u anketi nije sudjelovao jednak uzorak žena po godinama, učestalost nastanka poremećaja biti će normalizirana u postocima.



Grafikon 4.3.1.1 Vjerojatnost nastanka psihičkih promjena u ovisnosti o godinama

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Od ukupno 134 ispitane žene, njih 43 imalo je neku vrstu psihičkih promjena. Od navedenih 43 sudionica, njih čak 58,1% pripada dobi od 26-35 godina. Ostali postotci pripadaju dobnim skupinama od 18-25 godina (16,2%) , 36-40 godina (17%) te manji broj sudionica u dobi od 40 i više godina, što možemo vidjeti iz grafikona 4.3.1.1 .



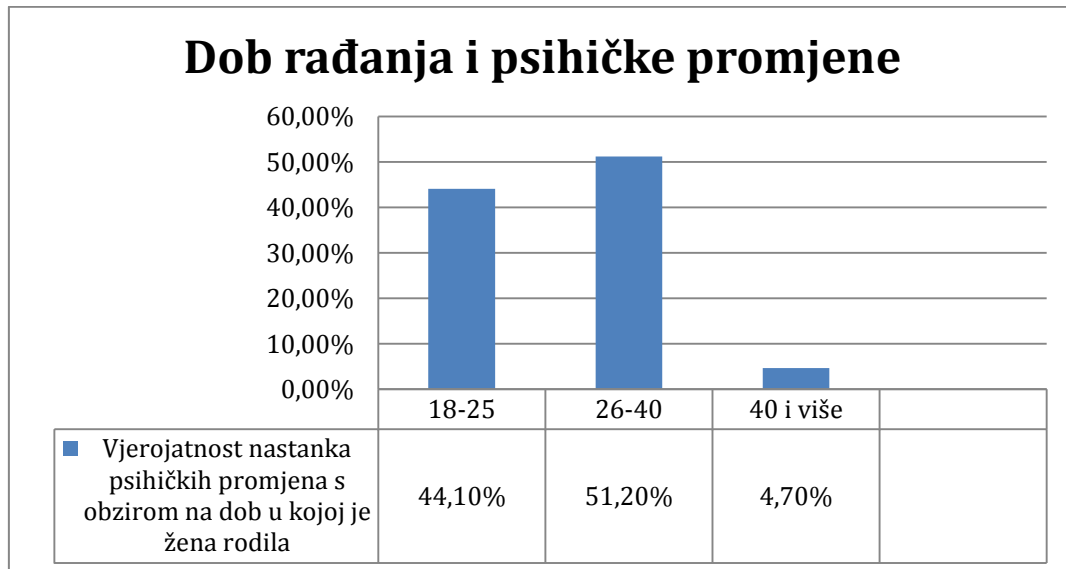
Grafikon 4.3.1.2 Pojava psiholoških promjena u ovisnosti po godinama

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Po prikazanom grafikonu 4.3.1.2 možemo vidjeti da je baby blues prisutan u svim dobnim skupinama. Najčešće se javlja kod žena u dobi od 36- 40 godina. Žene starije od 40 godina imaju

najmanju pojavnost baby blues-a. Postporođajna depresija najviše se javlja kod žena starijih od 40 godina, postotak pojavljivanja je 33,3%, dok je u dobi od 36-40 godina trostruko manja vjerojatnost pojavljivanja, svega 13%.

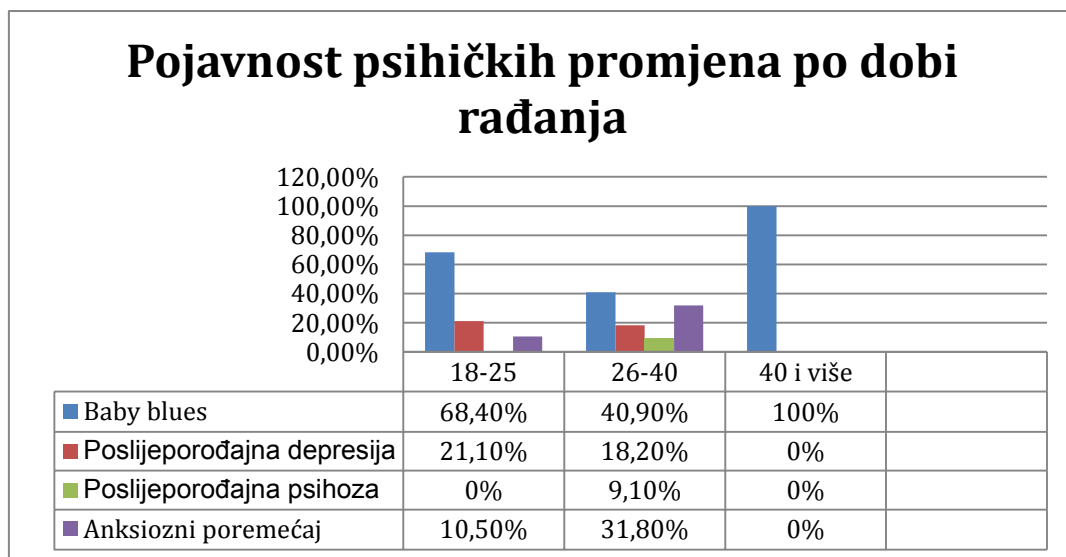
Ovisnost nastanka psihičkih promjena u ovisnosti na dob rađanja



Grafikon 4.3.1.3 Vjerojatnost nastanka psihičkih promjena s obzirom na dob u kojoj je žena rodila

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Iz grafikona 4.3.1.3 jasno je vidljivo da je većina roditelja koja se susrela s nekom vrstom psihičkih poteškoća/ poremećaja, rodila u dobi od 26-40 godina (51,2%). No, također, velik broj roditelja pripada i dobnoj skupini od 18-25 godina (44,1%). Tek svega 4,7% roditelja susrelo se s nekom vrstom psihičkih poteškoća/poremećaja, a koje su rodile u dobi od 40 i više godina.

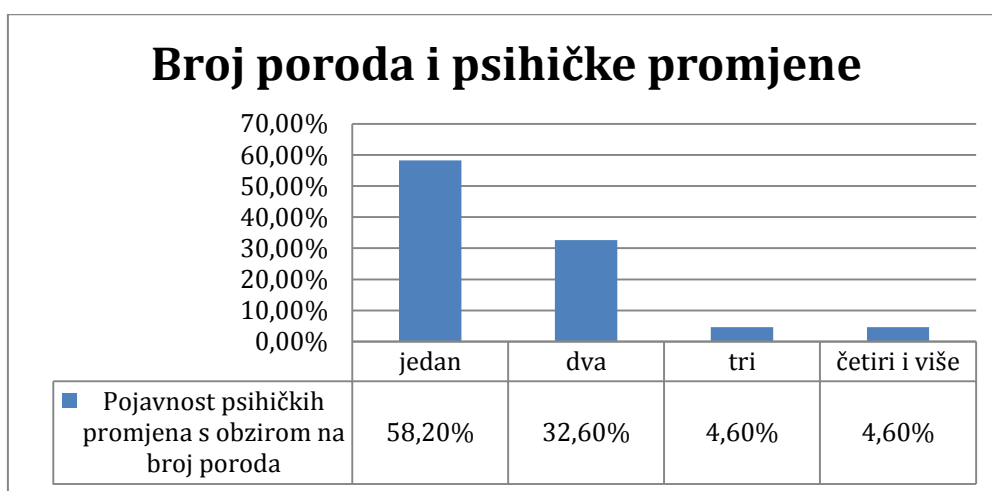


Grafikon 4.1.3.4 Vrsta psihičkih poremećaja u ovisnosti na dob rađanja

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Prema grafikonu 4.3.1.4 možemo vidjeti da je baby blues najviše zastupljen u dobi od 18-25 godina, odnosno s obzirom na broj sudionika većim je djelom zastupljen u dobi od 18-25 godina, iako u dobi od 40 i više godina iznosi 100%. No, anksiozni poremećaj uvelike prevladava u dobi od 26- 40 godina, čak 31,8%.

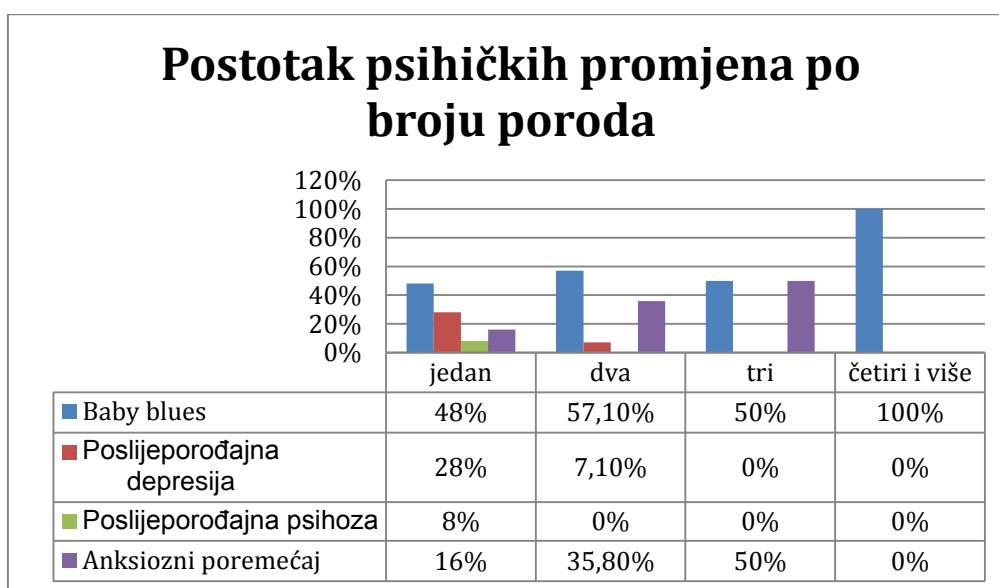
Pojavnost psihičkih promjena u ovisnosti o broju poroda



Grafikon 4.3.1.5 Vjerojatnost nastanka psihičkih promjena s obzirom na broj poroda

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Rezultati ankete govore da 58,2% majki koje su bile prvototkinje iskusilo je neku vrstu psihičkih poteškoća, dok je kod drugog poroda također velika vjerojatnost nastanka, čak 32,6%, no kod trećeg poroda i više to pojavljivanje izrazito pada i iznosi 4,6%. Sve navedeno možemo vidjeti u grafikonu 4.3.1.5 .

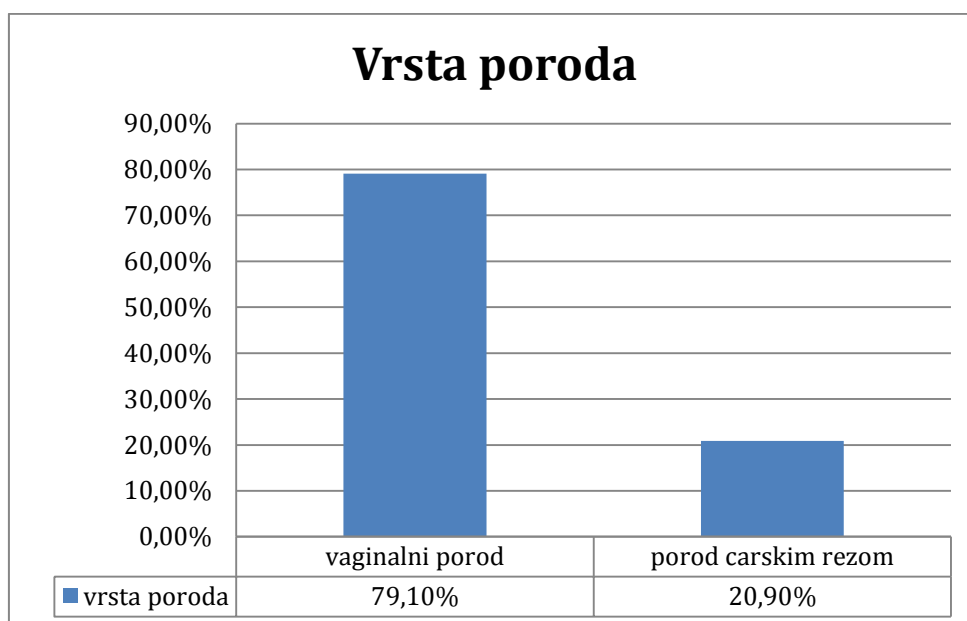


Grafikon 4.3.1.6 Nastanak psihičkih promjena ovisno o broju poroda

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Osvrnemo li se na podatke grafikona 4.3.1.6 vidimo da majke koje su prvorotkinje, njih 48%, doživjelo je baby blues, dok je kod majki koje su imale drugi porod, malo veći, te iznosi 57,1%. Postporođajna depresija se ne pojavljuje kod majki koje su imale tri ili više poroda, dok je kod prvorotka postotak pojavljivanja najviši i iznosi čak 28%. Postporođajna psihoza javljala se samo u prvorotkinja u postotku od 8%, dok kod drugog, trećeg i više poroda nije uočena. Pojavnost anksioznog poremećaja prednjači u trećerotka, i to čak u 50%.

Pojavnost psihičkih promjena u ovisnosti na vrstu poroda

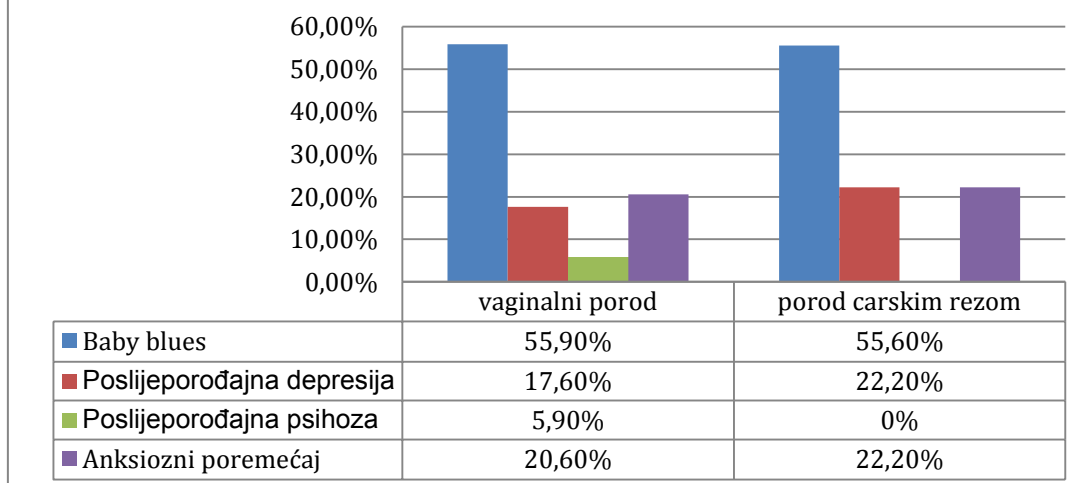


Grafikon 4.3.1.7 Vrsta poroda kod žena koje su imale psihičke promjene

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Od ukupno 43 sudionice koje su po rezultatima ankete imale neku vrstu psihičkih promjena, njih 79,1% rodilo je prirodnim putem, odnosno vaginalno, dok je 20,9% sudionica rodilo carskim rezom. Navedeni rezultati vidljivi su u grafikonu 4.3.1.7 .

Pojavnost psihičkih promjena po vrsti poroda

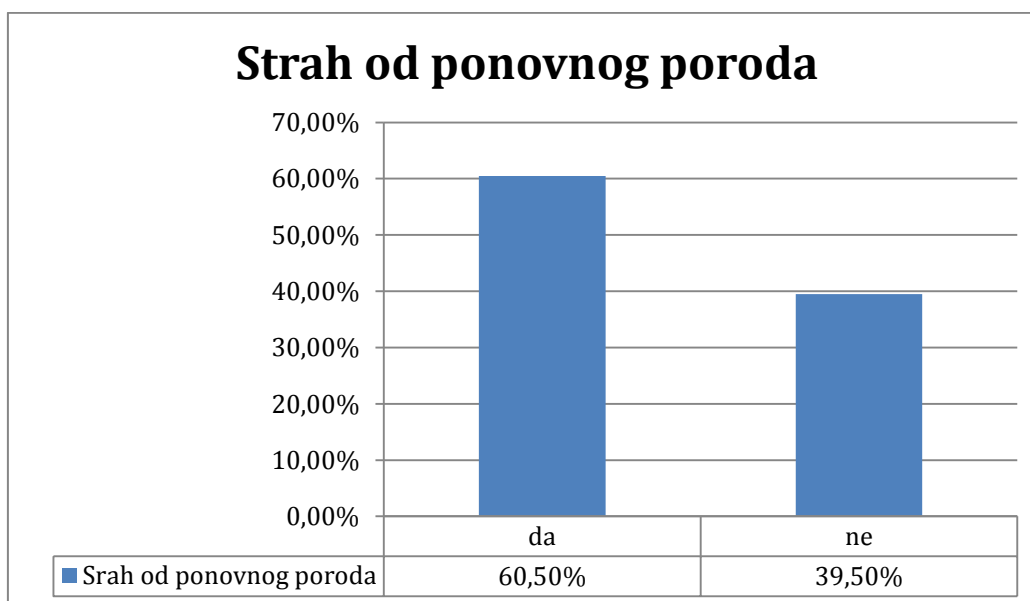


Grafikon 4.3.1.8 Postotak psihičkih promjena u ovisnosti o vrsti poroda

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Promatrajući ovisnost vrste poroda o nastanku psihičkih poteškoća, iz grafikona 4.3.1.8 vidimo da je od 43 roditelje koje su ispunile anketu, njih 34 rodilo vaginalnim putem, a 9 carskim rezom. Uspoređujući ukupan broj roditelja s vrstom poroda dolazimo do spoznaje da je u obje vrste poroda, baby blues najzastupljeniji. Čak kod 55,9% roditelja koje su rodile vaginalnim putem pojavio se baby blues, a u onih roditelja koje su rodile carskim rezom, čak 55,6% njih navelo je pojavu baby blues-a kao vrstu psihičkih promjena nakon porođaja.

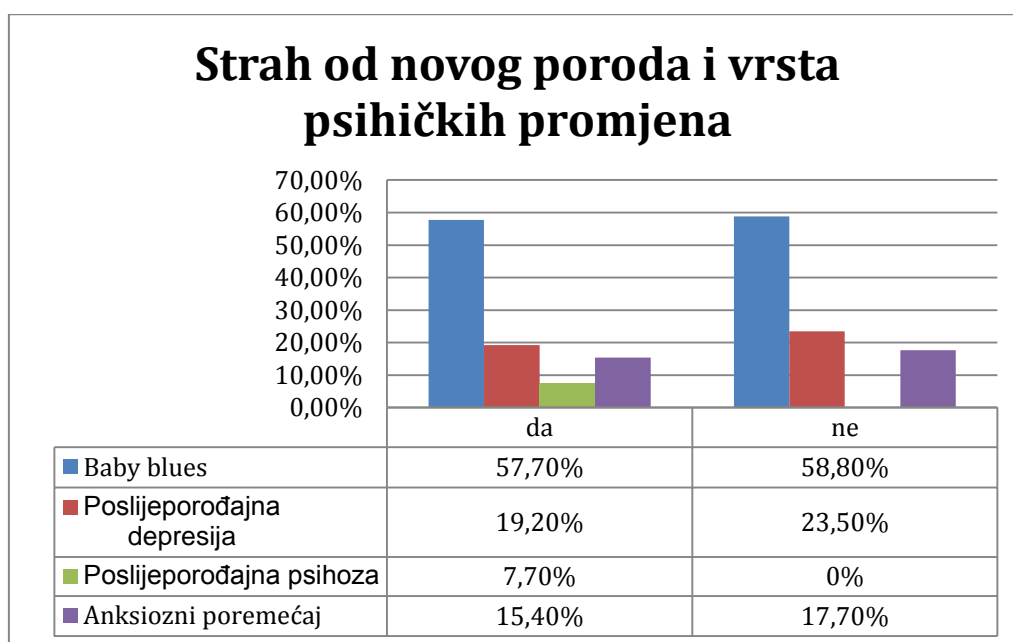
Psihicke promjene i strah od ponovnog poroda



Grafikon 4.3.1.9 Strah od ponovnog poroda kod žena koje su imale psihičke promjene

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

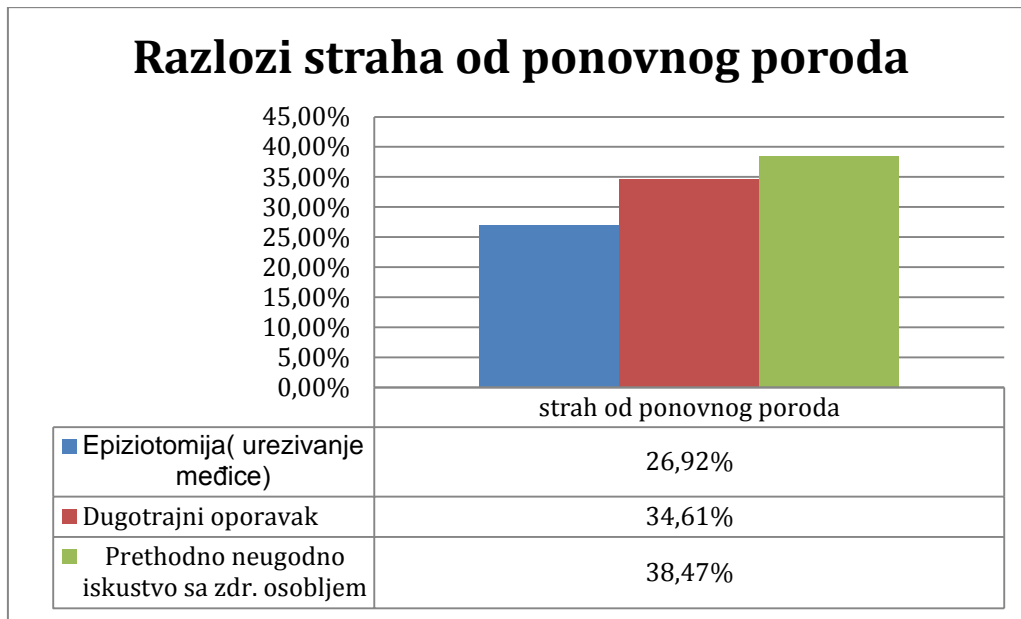
Prema grafikonu 4.3.1.9 vidljivo je da čak 60,5% žena koje su u anketi odgovorile da su imale neke psihičke promjene nakon poroda ima strah od ponovnog poroda, dok 39,5% nema strah od istog.



Grafikon 4.3.1.10 Strah od novog poroda ovisno o psihičkim promjenama

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

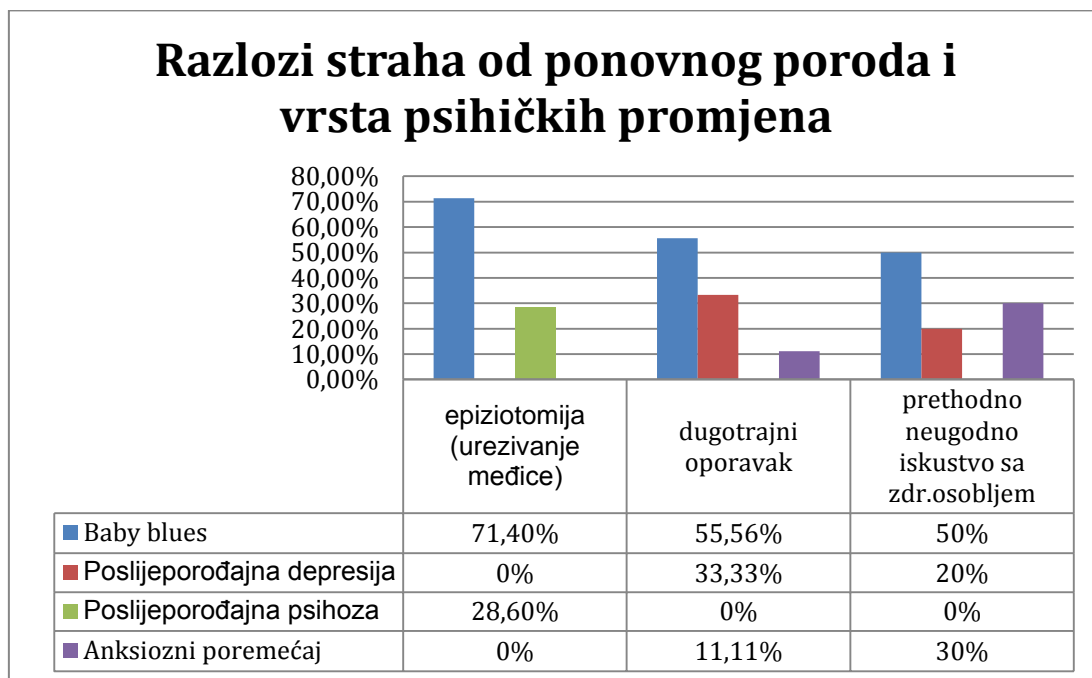
Kod majki koje su odgovorile da imaju prisutan strah, zabilježeno je da najviši strah imaju nakon baby blues-a 57,7%. Nakon njega slijedi strah od postporođajne depresije, 19,2%, zatim anksiozni poremećaj, 15,4%, dok strah od postporođajne psihoze uopće nije prisutan, što je vidljivo u grafikonu 4.3.1.10 .



Grafikon 4.3.1.11 Razlozi straha od ponovnog poroda

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Iz grafikona 4.3.1.11 vidljivo je kako žene koje su imale neku vrstu psihičkih poteškoća, u najvećem postotku posjeduju upravo strah od ponovnog poroda zbog prethodnog neugodnog iskustva sa zdravstvenim osobljem, njih čak 38,47% što je zabrinjavajuće. Skoro jednak postotak žena ima strah od ponovnog poroda zbog dugotrajnog oporavka, 34,61%. Preostali postotak od 26,92% pripada razlogu urezivanja međice, odnosno epiziotomiji.

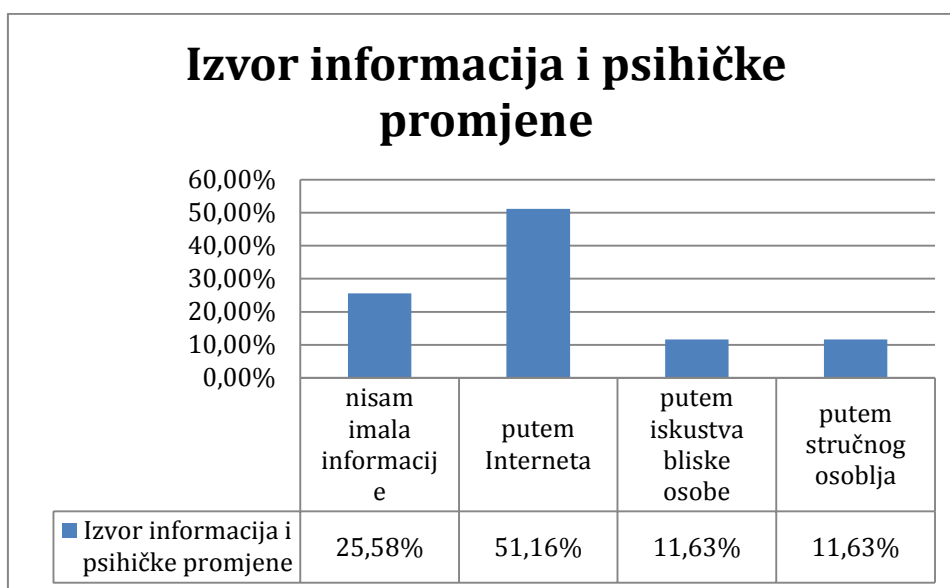


Grafikon 4.3.1.12 Razlozi straha od ponovnog poroda ovisno o psihičkim promjenama

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Iz grafikona 4.3.12 vidljivo je da od 7 žena koje imaju strah od epiziotomije, njih 5, odnosno 71,4% odgovorilo je da su imale baby blues, dok su preostalih 28,6%, imale postporođajnu psihozu. Od 9 žena koje se boje dugotrajnog oporavka, 55,56% patilo je od baby blues-a, dok je 33,33% žena patilo od postporođajne depresije, dok je samo 11,11%, sudionica patilo od anksioznog poremećaja. Najviše je žena s razlogom straha od ponovnog poroda zbog prethodnog neugodnog iskustva sa zdravstvenim osobljem, odnosno 23,26% .

Psihičke promjene i poremećaji i dostupnost informacijama



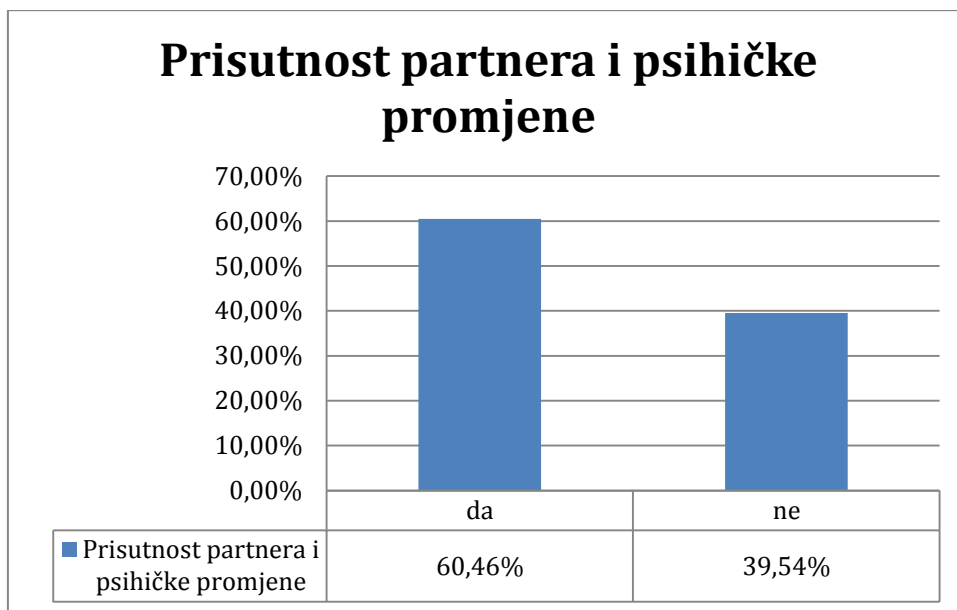
Grafikon 4.3.1.13 Postotak razvoja psihičkih poremećaja u ovisnosti o izvoru informacija

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Odgovarajući na anketu, 74,41% sudionica koje su imale psihičke poteškoće ili poremećaje odgovorilo je da je prije poroda bilo informirano o mogućnosti pojave psihičkih promjena, dok je 25,59% sudionica koje su imale promjene odgovorilo da nije bilo upoznato sa istim. Grafikon 4.3.1.13 prikazuje izvor informacija i usporedno dobivenim informacijama pojavljivanje psihičkih promjena.

Vidimo da je velik broj majki s proživljenim psihičkim promjenama došlo do željenih informacija putem interneta, njih 51,16%. Informacije dobivene putem iskustva bliske osobe imalo je tek 11,63% žena. Podjednako je bilo i odgovora da su žene dobile potrebne informacije putem stručnog osoblja (ginekologa ili trudničkog tečaja). Međutim, relativno je visok postotak od 25,58 % žena koje nisu imale nikakav izvor informacija.

Psihičke promjene i prisutnost partnera



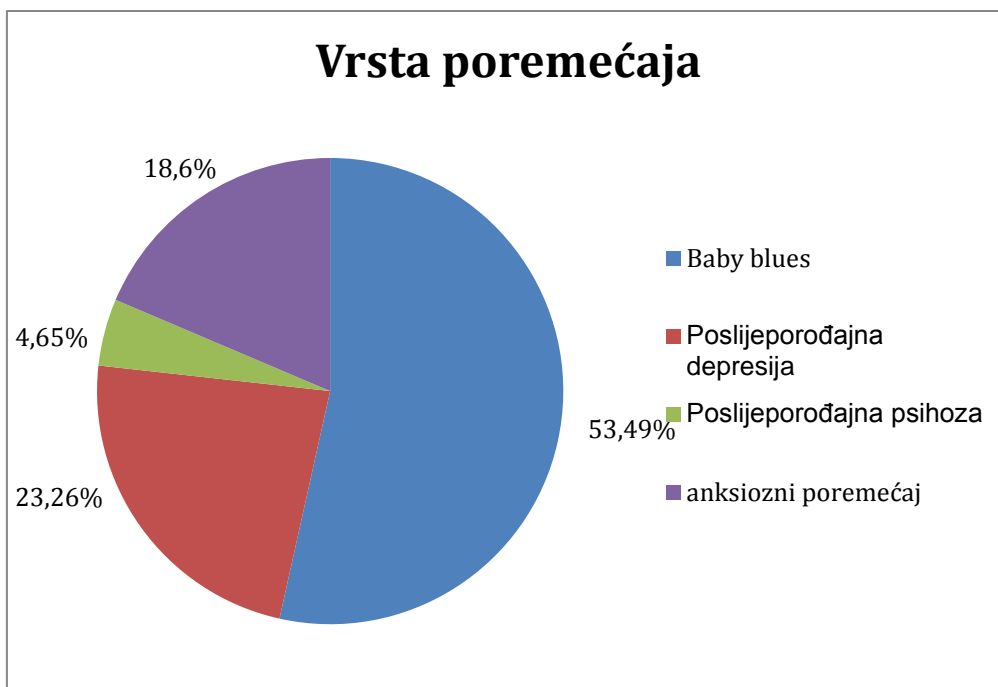
Grafikon 4.1.3.14 Prisutnost partnera i pojavljivanje psihičkih promjena

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Promatrajući rezultate, iz grafikona 4.3.1.14 vidimo da žene koje su imale podršku za vrijeme poroda, njih 60,46%, doživjelo je neku vrstu psihičkih poteškoća. Žene koje nisu imale partnera pri porodu, postotak pojavljivanja psihičkih poteškoća je znatno manji i iznosi 39,54%.

Vrsta psihičkih poteškoća/poremećaja

Grafikon 4.3.1.15 najvažniji je za daljnje usporedbe. U njemu je normaliziran postotak pojedine vrste psihičkih promjena u odnosu na ukupan broj zabilježenih promjena. Važno je napomenuti rezultate tog grafikona u odnosu na ukupan rezultat, odnosno da je 43/134 sudionica ili 32,1% doživjelo neku vrstu promjena. neku vrstu promjena.

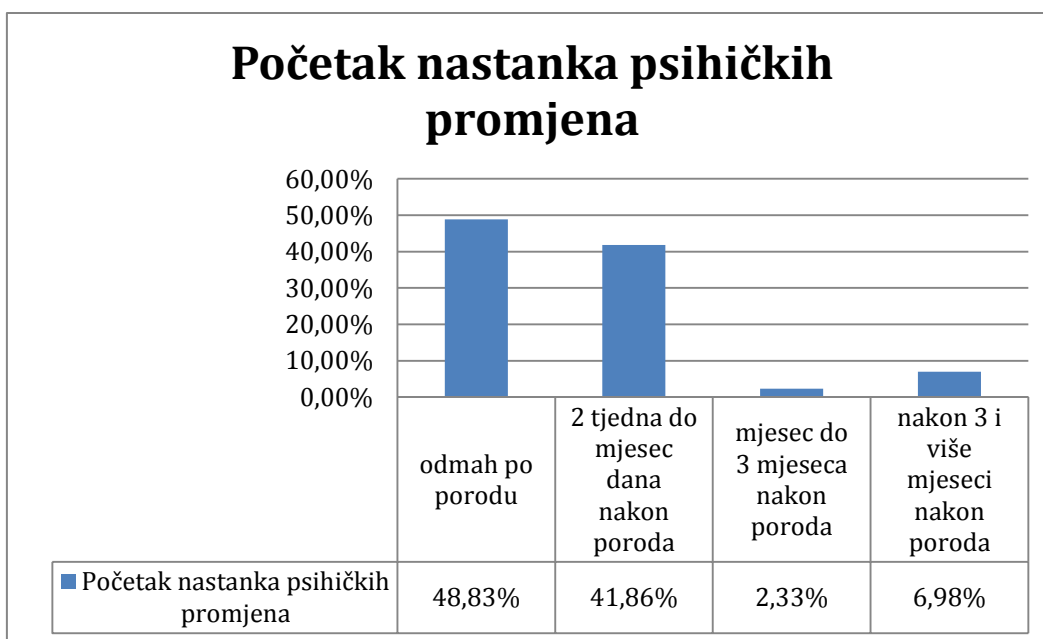


Grafikon 4.3.1.15 Učestalost pojedine vrste psihičkih promjena

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Najčešća poteškoća koja se javlja je baby blues, njegov postotak iznosi 53,49%. Postporođajna depresija drugi je po učestalosti i iznosi 23,26 %, zatim slijedi anksiozni poremećaj 18,6% i 4,65% iznosi postporođajna psihoza.

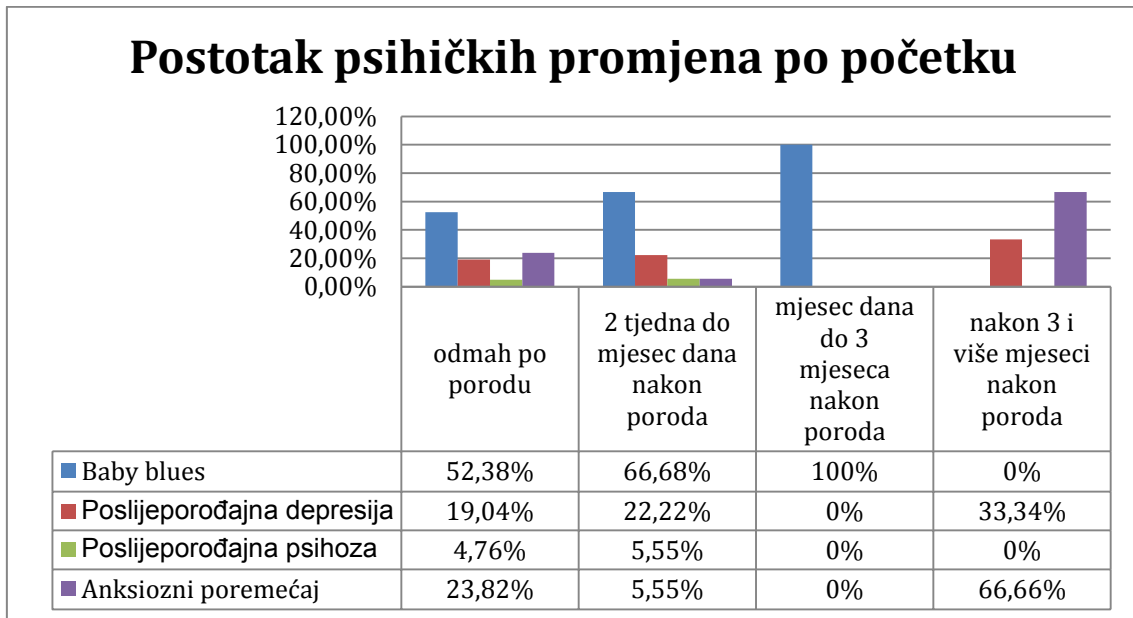
Početak psihičkih promjena



Grafikon 4.3.1.16 Početak nastanka psihičkih promjena

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Grafikon 4.3.1.16 pokazuje kad su vidljivi prvi simptomi (promjene raspoloženja, umor, plačljivost i sl.) odnosno kad se efektivno može reći da je poremećaj ili poteškoća započeo. Početak psihičkih promjena se u većini slučajeva pojavljuje odmah po porodu u postotku od 48,83% te postupno pada što se vidi iz priloženih podataka u grafikonu 4.3.1.17.

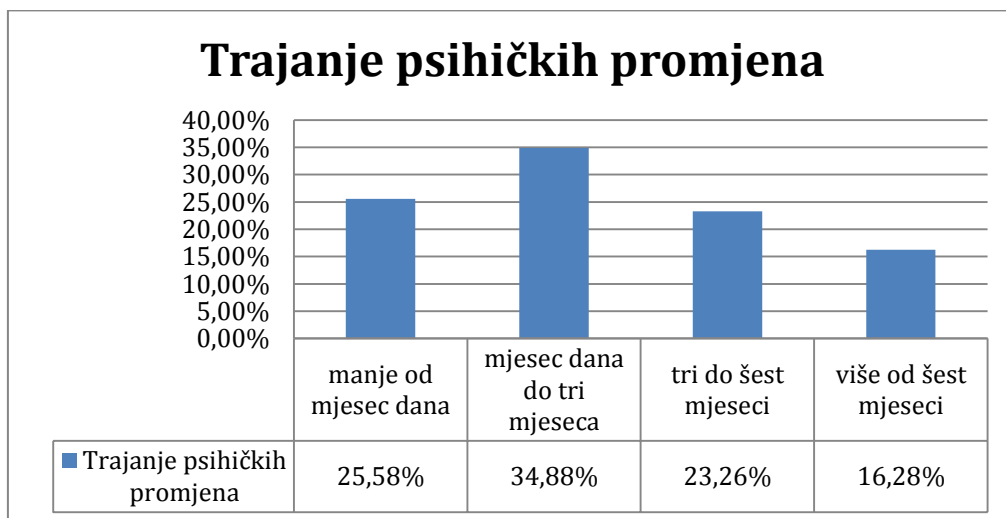


Grafikon 4.3.1.17 Nastanak pojedine vrste psihičkih promjena

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Iz grafikona 4.3.1.17 jasno je vidljivo kako početak promjena ovisi o vrsti razvijene psihičke poteškoće ili poremećaja.

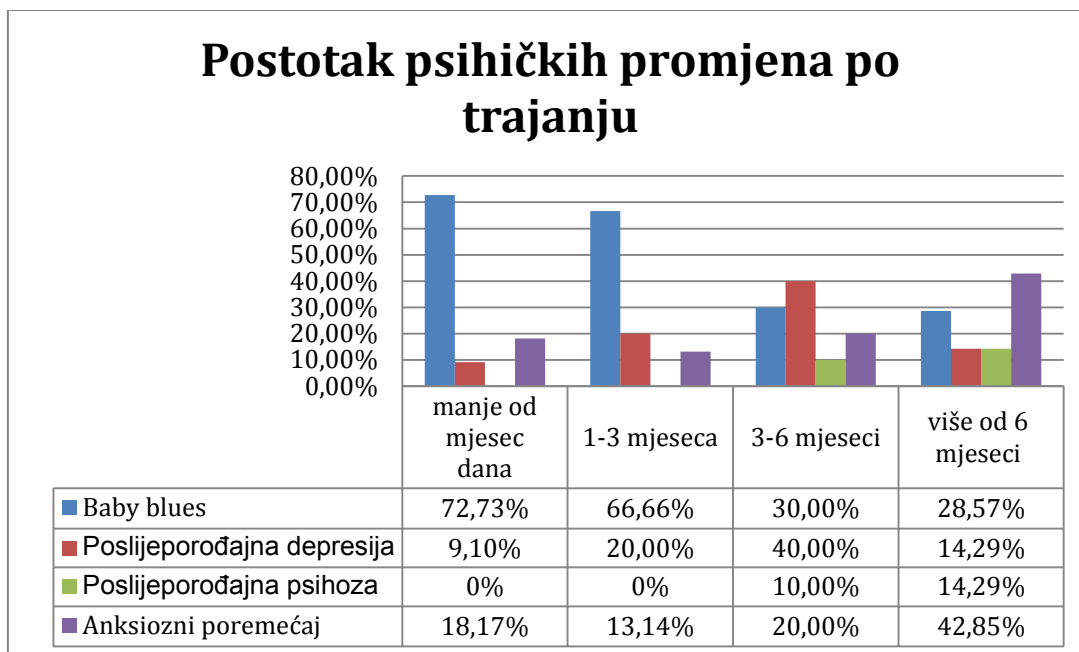
Trajanje psihičkih poteškoća i poremećaja



Grafikon 4.3.1.18 Trajanje psihičkih promjena

Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Simptomi psihičkih promjena najčešće traju mjesec dana do tri mjeseca nakon poroda u 34,88% odgovora, dok u 25,58 % traju manje od mjesec dana, odnosno čak 60,46% promjena traje kraće od 3 mjeseca. Od 3-6 mjeseci nakon poroda iznosi 23,26 %, dok 16,28 % iznosi za više od šest mjeseci. Navedeno je vidljivo u grafikonu 4.3.1.18 .



Grafikon 4.3.1.19 Trajanje pojedine vrste psihičkih poteškoća/poremećaja

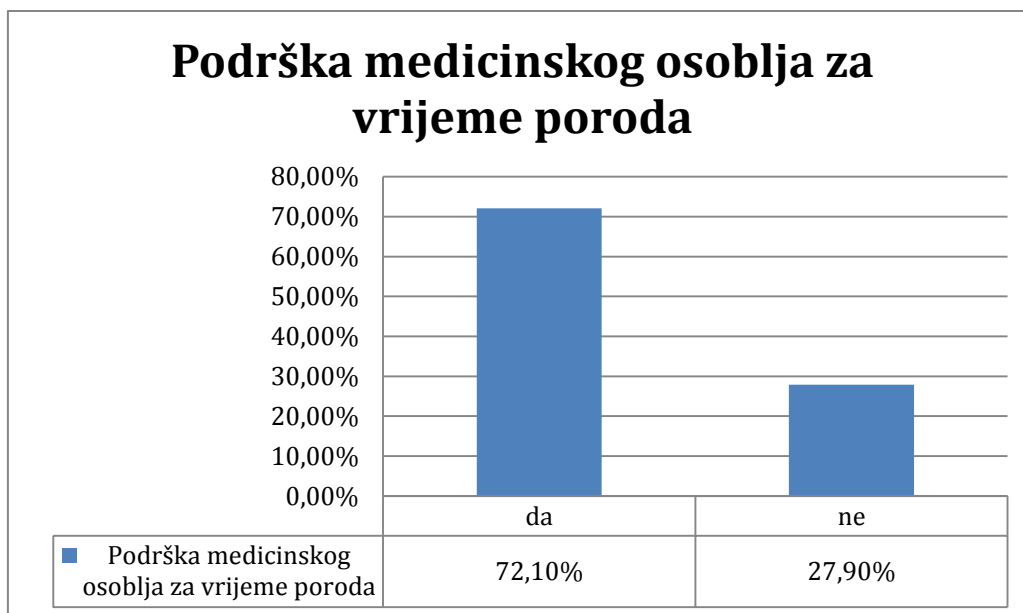
Izvor: autorski rad [A.Ž.]

Grafički prikaz 4.3.1.19 nam pokazuje kako je ozbiljnost pojedine vrste promjene usko povezana s njezinim trajanjem. Baby blues najčešće traje do mjesec dana, 72,73%, te kasnije postupno pada, što se zorno i prikazuje. vjerojatnost da traje više od 6 mjeseci je 28,57%.

Postporođajna depresija najčešće traje duže od 6 mjeseci taj postotak je 54,29%, što zahtijeva i bolničko liječenje. Ukoliko se ne izliječi do 3 mjeseca nakon početka, zahtijeva i bolničko liječenje. Postporođajna psihoza nikad ne traje kratko, najčešće traje 3 i više mjeseci. Anksiozni poremećaj u pravilu traje do 3 mjeseca što vidimo po postotku 31,31%, dok u trećini slučajeva (42,85%) traje i duže od 6 mjeseci.

Podrška medicinskog osoblja i psihičke promjene

Većina majki nalazi se pod velikim stresom prilikom dolaska u bolnicu, stoga je uloga medicinskog osoblja na ukupnu psihičku sliku majke veoma važna. Grafikon 4.3.1.20 bavi se procjenom podrške medicinskog osoblja u bolnici prije i nakon poroda kod sudionica koje su imale neku vrstu psihičkih promjena, njih 43/134.



Grafikon 4.3.1.20 Podrška medicinskog osoblja za vrijeme poroda

Izvor. autorski rad [A.Ž.]

Prema grafikonu 4.3.1.20 vidimo da je od 43 sudionice koje su imale neku vrstu psihičkih promjena, njih 72,1%, imalo podršku za vrijeme poroda od strane medicinskog osoblja, a 27,90% sudionica nije imalo istu.

5. Rasprava

Cilj rasprave je sažeti dobivene rezultate i pokušati ih objasniti. Rezultati će se usporediti s drugim izvorima te će se vidjeti u kojoj mjeri se dobiveni rezultati razlikuju ili poistovjećuju. Kad promotrimo uzorak roditelja koje su ispunile anketu, vidimo da je većina sudionica istraživanja u dobi od 26-35 godina, što i je najčešća dob u kojoj žene rađaju. Također je ovo većini žena bio prvi porod i to vaginalnim putem. Ako usporedimo dob i način samog poroda, vidimo da pojavnost poteškoća i poremećaja nije usko vezana uz ta dva čimbenika, odnosno roditelje su osjećale promjene u svim dobnim skupinama i s oba načina poroda. Gledajući vrstu promjene u ovisnosti o godinama, možemo reći da se u dobi od 18-25 godina pojavljivanje psihičkih promjena svodi samo na baby blues i postporođajnu depresiju, dok je najviša vjerojatnost pojavljivanja svih oblika psihičkih promjena u dobi od 26- 35 godina, ali vrlo slično je i s roditeljama dobne skupine od 36 do 40 godina i više. Ispitivana je pojavnost postpartalnih psihičkih promjena u ovisnosti o broju poroda. Iako razlika između jednog i dva poroda nije značajna, za tri i više poroda pojavnost se znatno smanjuje. Vjerojatni razlog dobivenih rezultata je što majka ima puno više iskustva s obzirom na prvorođake te se lakše suočava s odgovornostima koje dijete donosi. Drugi razlog je što su žene upućene u sam proces poroda i posjeduju iskustvo prethodnog poroda.

Jedno od postavljenih pitanja u anketi glasilo je „Imate li strah od novog poroda?“, gdje se željelo vidjeti ostavljaju li postpartalne promjene kakve posljedice na majku te smanjuju li želju za novim djetetom. Gledajući dobivene odgovore, čak 40,3% žena odgovorilo je da ima strah od novog poroda, ali kad se promotre samo majke koje su doživjele psihičke promjene, taj postotak iznosi 60,5%, dakle uočava se da psihičke promjene mogu negativno utjecati na želju za sljedećim djetetom. Postporođajna psihoza je najozbiljniji poremećaj. Jedna od dviju žena iz ankete koje su iskusile taj poremećaj je odgovorila da nema strah od novog poroda, dok druga ima.

Prema dobivenim rezultatima, najčešća poteškoća bio je baby blues (17,2%), nakon toga slijedi postporođajna depresija (7,5%), anksiozni poremećaji (6%) i postporođajna psihoza (1,5%). Promatrajući grafikon 5.1 i tablicu 5.1 vidimo da se ovi rezultati uglavnom slažu s drugim istraživanjima provedenim na ovu temu (diplomskim radovima i sl.) U ovoj anketi je broj roditelja bez promjena bliži gornjoj granici od 50% - „no mood problems“.



Grafikon 5.1 Postotak postpartalnih poremećaja

Izvor: <https://knowpostpartumdepression.wordpress.com/> [16]

Obzirom na početak poremećaja i njihovo trajanje, dobili smo sljedeće rezultate. Baby blues najčešće započinje odmah poslije poroda i vjerojatnost za nastanak linearno pada, većinom traje manje od mjesec dana. Postporođajna depresija obično se javlja kasnije, oko 2. tjedna do mjesec dana nakon poroda te najčešće traje do 3 mjeseca, ali može potrajati i dulje od 6 mjeseci. Njen period trajanja ovisi o podršci same okoline i eventualnom liječenju. Za postporođajnu psihozu, zbog malenog broja odgovora, teško je donijeti zaključak, ali prema anketi traje 3 i više mjeseci. Vjerojatnost za nastanak anksioznih poremećaja jednakomjerno je raspoređena do mjesec dana nakon poroda. Nakon toga pojavnost za nastanak je upola manja, obično traje do 3 mjeseca, ali mogu potrajati i više od 6 mjeseci nakon poroda. Podudarnost dobivenih rezultata s tablicom br. 5.1 je vidljiva.

POREMEĆAJ	POJAVNOST	LIJEČENJE	MANIFESTACIJA
Baby blues	26-85%	podrška	u 80% slučajeva traje do dva tjedna po porodu u 20% dovodi do postporođajne depresije
Poremećaj prilagodbe	20%	kombinacija podrške i psihoterapije	veliki problemi prilagodbe na majčinstvo
Postporođajna depresija	10-20%	antidepresivi stabilizatori raspoloženja psihoterapija	prestaje u toku od jedne godine po porodu
Postporođajna psihoza/ manija	0,2%	hospitalizacija antipsihotici, ECT antidepresivi/benzodiazepima	rizik od smrti djeteta i majke

Tablica 5.1 Pojavnost i simptomi postpartalnih poremećaja

Izvor: PPD presentation PCA NJ conference [17]

Može se i zaključiti da su šanse za pojavljivanje pojedinih promjena sve manje što je prošao veći period od poroda. To se vidi i iz činjenice da niti jedna žena nije osjetila početak poremećaja kad je prošlo više od 6 mjeseci od poroda. Kako vrijeme poslije poroda odmiče, majka se lakše može posvetiti brizi za svoje dijete. Većina literature navodi kako je za majku najvažnije da ima potporu okoline i obitelji. U ovoj anketi se sažima kolika je značajnost te potpore. Potpora je podijeljena na dvije skupine osoba koje okružuju majku: partner, obitelj i parter. Potpora partnera vrlo je važna jer on najviše vremena provodi s majkom i zajednički s njom odgaja njihovo dijete. Majke koje su imale samo podršku partnera nakon poroda, imali su veću pojavnost postpartalnih poteškoća od majka koje su uz partnerovu podršku imale i podršku obitelji. Majke se o mogućnosti postporođajnih poteškoća informiraju na više načina, primjerice internetom, preko poznanica ili preko stručnih osoba. 73,1% majki je čulo za mogućnost nastanka poteškoća i prije poroda. Ipak, više onih koje su čule je iskusilo neku vrstu poteškoće od onih koje nisu čule za mogućnost nastanka postpartalnih poteškoća. Ovaj podatak je kontradiktoran, ali može se zaključiti da je informiranost neki način sugestije za nastanak postporođajnih poteškoća ili poremećaja, jer određeni izvori navode da su psihičke promjene nakon poroda sasvim normalna pojava. Od mogućih izvora informacija, žene najčešće posežu za internetom koji je najlakši, ali ne i najbolji način u pronalasku odgovora na njihova pitanja. Medicinsko osoblje može utjecati na način na koji majka doživljava porod. Kad se majka osjeća sigurno za vrijeme poroda, manja je vjerojatnost da će doći do neželjenih komplikacija. Treba

posebno istaknuti ulogu patronažne sestre koja treba biti glavni oslonac i čvrsto uporište majci u suočavanju s novim situacijama. Vidimo da je većina majki imalo barem jedan posjet patronažne sestre, a optimalan broj posjeta bio je 3. Bitno je da se prilikom posjeta koristi razumljiv jezik o procedurama i postupcima koji će se provoditi. Također, od velike je važnosti majku uključiti u donošenje odluka o njenom djetetu i brizi oko njega. Želi se staviti naglasak na prevenciju, kako bi dovoljan broj posjeta patronažne sestre smanjilo mogućnost nastanka poremećaja i samim tim se ublažile posljedice. Promatrajući dobivene rezultate s rezultatima istraživanja iz 2017. godine, dolazimo do veoma zanimljivih spoznaja [18]. Vidimo da se rezultati iz 2017. godine i rezultati iz provedene ankete u ovom završnom radu podudaraju [18]. U oba istraživanja najviše sudionica bilo je u dobi od 26-35 godina i rodilo je vaginalnim putem. Međutim, u našem istraživanju sudionice u dobi od 18-25 godina patile su od baby bluesa, poslijeporođajne depresije, ali i od anksioznog poremećaja, što u istraživanju iz 2017.godine nije potvrđeno [18]. U istraživanju iz 2017. godine roditelje u dobi od 36 i više godina nisu imale postporođajnu depresiju [18], dok je u istraživanju ovog završnog rada čak 18,2% sudionica imalo navedeni psihički poremećaj. Gledajući odgovore iz 2017. godine 21,43 % sudionica te ankete imalo je strah od ponovnog poroda, dok iz ove ankete proizlazi da čak više od polovine žena koje su imale neku vrstu postporođajnih psihičkih promjena, odnosno 60,5%, ima strah od ponovnog poroda, što znači da se iz istraživanja iz 2017. godine taj postotak skoro pa utrostručio. Prema odgovoru na to pitanje iz oba istraživanja se može zaključiti da psihičke promjene mogu negativno utjecati na želju za novim djetetom. Također, u oba provedena istraživanja samo su dvije žene imale postporođajnu psihozu. Može se i zaključiti da su šanse za pojavljivanje pojedinih promjena sve manje što je veći period od poroda. Ovo se vidi i iz činjenice da u oba istraživanja niti jedna žena nije osjetila početak poremećaja kad je prošlo više od 6 mjeseci od poroda. Prema vrsti dobivenih informacija jasno je vidljivo kako u oba istraživanja najveći postotak kod vrste dobivenih informacija upravo pripada Internetu. U anketi provedenoj u ovom završnom radu taj postotak iznosi 39,6%, dok u istraživanju iz 2017. godine iznosi 59,82%. Ipak, više onih koje su čule za nastanak postporođajnih psihičkih promjena je iskusilo neku vrstu poteškoće od onih koje nisu čule za mogućnost nastanka postpartalnih poteškoća. Ovaj podatak je kontra intuitivan, ali može se zaključiti da je informiranost neki način sugestija za nastanak, jer govori da su psihičke promjene nakon porođaja normalna pojava. U oba provedena istraživanja vidljivo je kako je većina sudionica imala podršku nakon poroda od strane supruga i okoline. Isto tako, u oba istraživanja optimalni broj posjeta patronažne sestre iznosi 3-4. U istraživanju iz 2017.godine 55,36% sudionica zadovoljno je informacijama koje im je prenijela patronažna sestra, dok u ovoj anketi taj postotak nije znatno veći, i iznosi 62,7%.

6. Zaključak

Psihičke poteškoće/poremećaji u postporođajnom razdoblju jedni su od najčešćih problema s kojima se majke suočavaju. Mogu biti relativno blagog karaktera, kao što je baby blues, pa do onih koji su opasni po život majke i djeteta kao što je to postporođajna psihoza. Svaki od njih utječe na kvalitetu života majke i njenog djeteta, stoga je bitno svakom od njih posvetiti punu pozornost, kako u prevenciji, tako i u samom načinu liječenja.

Kroz istraživanje je utvrđeno kako pojedini čimbenici utječu na nastanak, trajanje i vrstu psihičkih promjena. Redoslijedno su se prvo definirali simptomi i značajke pojedine psihičke poteškoće/poremećaja. Nakon toga je napravljen presjek odgovora na temelju odgovora svih majki, a zatim je dodatan fokus napravljen samo na one majke koje su potvrdno odgovorile da su iskusile neku vrstu psihičkih promjena u postpartalnom periodu. Pitanja su podijeljena u nekoliko smislenih cjelina. Analizirajući rezultate istraživanja, treba imati na umu podatak da je samo 134 majki odgovorilo na anketu, a čak njih 43 je potvrdno odgovorilo da su iskusile psihičke promjene, što iznosi 32,1%.

Prva cjelina bavila se općim informacijama o majci, kao što je dob, dob u kojoj je majka rodila, vrsta poroda i broj poroda. Promatrajući dobivene odgovore, možemo zaključiti da je baby blues najčešća poteškoća i javlja se neovisno o dobi majke. Postporođajna depresija, anksiozni poremećaj i postporođajna psihoza javljaju se u kasnijoj životnoj dobi. Vrsta poroda prema rezultatima ne utječe na psihičke poteškoće ili poremećaje, ali broj poroda utječe na pojavnost psihičkih promjena, pojavnost se smanjuje obzirom na sam broj poroda. Proživljene psihičke smetnje povećavaju strah od novog poroda, ali razlika nije presudna.

Ispitivanjem socijalnih čimbenika i dostupnosti informacija koji utječu na majku, vidljivo je da je podrška majci vrlo važna; što majka ima podršku većeg kruga ljudi, manja je pojavnost psihičkih promjena. Prisutnost partnera kod poroda povećava šansu za nastanak promjena, ali i samo podrška partnera većinom nije dovoljna. Majke se najlakše informiraju preko interneta, ali to je ujedno i najnepouzdaniji izvor informacija, stručne osobe ipak daju najtočnije informacije.

Psihičke promjene u postpartalnom razdoblju su česta pojava, najčešće se javlja baby blues, rjeđe postporođajna depresija i anksiozni poremećaj, a najrjeđe postporođajna psihoza. Što je više prošlo od poroda, manja je i vjerojatnost za nastanak psihičkih promjena. Trajanje ovisi o vrsti poremećaja, a ozbiljniji poremećaji traju najdulje.

Podrška medicinskog osoblja za vrijeme poroda može smanjiti stres majke i mogućnost za nastanak psihičkih promjena. Posjeti patronažne sestre su važni, ali osim što ne smiju izostati, ne

pomaže niti prevelika učestalost posjeta. Ukoliko patronažna sestra bolje prenosi informacije, to je manja pojavnost psihičkih promjena.

Psihičke poteškoće i poremećaji u postpartalnom razdoblju su česti problem, ali koji se ne liječi često. Iako se ponekad smatra da su ti poremećaji ponekad normalna pojava, sam podatak da je čak 32,1% žena iskusilo problem, govori da prostora za prevenciju i liječenje svakako ima. Iz istraživanja također proizlazi da veliku ulogu može odigrati medicinsko osoblje i patronažna sestra. Svakako je ohrabrujuća činjenica da se može uočiti korelacija između savjesnog i kvalitetnog rada patronažne sestre, a samim tim i manji udio roditelja s proživljenim psihološkim poteškoćama i poremećajima.

7. Literatura

- [1] V. Folnegović Šmalc: Poslijeporođajne psihički poremećaji, Psihijatrijska bolnica Vrapče 2009, Vrapče, 2009., str. 1-2
http://www.cybermed.hr/clanci/poslijeporodajni_psihicki_poremecaji dostupno 10.5.2019.
- [2] I. Živoder: Nastavni tekstovi, Zdravstvena njega djeteta, Sveučilište Sjever, Varaždin 2019.
- [3] Iva G. S. :Baby blues, poslijeporođajna depresija i psihoza, Roda, Zagreb, travanj 2014., str. 1-3
<http://www.roda.hr/portal/porod/nakon-poroda/baby-blues-poslijeporodajna-depresija-i-psihoza.html> , dostupno 11.5.2019.
- [4] A. Žele: Poslijeporođajna depresija, Zbornik radova, Zagreb, listopad 2003., str. 1-5
<http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/3037/Poslijeporodajna-depresija.html>, dostupno 20.5.2019.
- [5] T. Pearlstein, M. Howard, A. Salisbury, C. Zlotnick: Postpartum depression Am J Obstet Gynecol. 2009 Apr; 200 (4): str. 357–364
- [6] A. Di Florio, S. Smith, I. Jones: Postpartum Psychosis, Obstet Gynaecol 2013; str. 145-150
<http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problemsdisorders/postpartumpsychosis.aspx>, dostupno 25.7.2019.
- [7] C. Henshaw C: Mood disturbance in the early puerperium: a review. Arch Womens Ment Health. 2003; str. 33-42
<https://www.plivazdravlje.hr/bolest-clanak/bolest/2571/Anksiozni-poremecaji.html#20749>, dostupno 27.7.2019.
- [8] Mladen Hauptert : Zarobljeni u vrtlogu strašnih sjećanja ; Bolesti i stanja / živčani i mentalni sustav, Zagreb 2004., str. 1-3
<https://www.vasezdravlje.com/bolesti-i-stanja/zarobljeni-u-vrtlogu-strasnih-sjecanja> dostupno 24.10.2019.
- [9] T. Jendričko: Psihički poremećaji u trudnoći- 2.dio, Health and Media, Zagreb 2015, str. 1
<https://www.zdravobudi.hr/clanak/225/psihicki-poremecaji-u-trudnoci-2-dio> 26, dostupno 05.08.2019.
- [10] S. Majhen: Njega pacijentica oboljelih od postporođajne depresije, Diplomski rad, Visoka tehnička škola u Bjelovaru, Bjelovar, listopad 2016.
- [11] Martina Zlopaša: Psihijatrija u zajednici, Diplomski rad, Sveučilište u Dubrovniku, Dubrovnik, 2018.
- [12] Skup autora, Psihijatrijska bolnica Rab. Art terapija, Rab, ožujak 2010., str. 1

http://www.bolnicarab.hr/hr/art_terapija/86/34, dostupno 19.08.2019.

[13] Marina Ferić Jančić: Moć glazbe, HDSZAMP, Zagreb, 2015., str. 2

https://www.zamp.hr/uploads/documents/korisnici/ZAMP_brosura_Moc_glazbe.pdf dostupno 24.10.2019.

[14] Joyce J, Herbison GP: Reiki za liječenje anksioznosti i depresije, Cochrane knjižnica, Hrvatska, travanj 2015. <https://www.cochrane.org/hr/CD006833/reiki-za-lijecenje-anksioznosti-i-depresije> dostupno 24.10.2019.

[15] Državni zavod za statistiku - Prirodno kretanje stanovništva u 2009. Zagreb, 2010.

[16] King St. W., Kitchener : Postpartum depression, Canadian Medical Health Association, Canada, September 2014.,

<https://knowpostpartumdepression.wordpress.com/> dostupno 24.10.2019.

[17] Gateway Northwest Maternal & Child Health Network: Postpartum depression Screening & Education, Health & Media, May 2011., str. 14-15

<https://www.slideshare.net/rbrogden/ppd-presentation-pca-nj-conference>, dostupno 10.09.2019.

[18] M. Pauković: Poslijeporođajne psihičke poteškoće/poremećaji, Diplomski rad, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2017.

Popis tablica i grafikona

Grafikon 4.3.1 Dob roditelja koje su ispunile anketu, Izvor: autorski rad.....	10
Grafikon 4.3.2 Dob majke pri porodu, Izvor: autorski rad.....	11
Grafikon 3.3.3 Broj poroda, Izvor: autorski rad.....	11
Grafikon 4.3.4 Način poroda, Izvor: autorski rad.....	12
Grafikon 4.3.5 Strah od ponovnog poroda, Izvor: autorski rad.....	12
Grafikon 4.3.6 Razlog straha od ponovnog poroda, Izvor: autorski rad.....	13
Grafikon 4.3.7 Informacije o mogućnosti nastanka psihičkih promjena, Izvor: autorski rad.	13
Grafikon 4.3.8 Izvor informacija, Izvor: autorski rad.....	14
Grafikon 4.3.9 Prisutnost oca pri porodu, Izvor: autorski rad.....	14
Grafikon 4.3.10 Podrška nakon poroda, Izvor: autorski rad.....	15
Grafikon 4.3.11 Vrsta psihičkih poremećaja koje su ispitanice doživjele, Izvor: autorski rad..	15
Grafikon 4.3.12 Početak nastanka psihičkih promjena, Izvor: autorski rad.....	16
Grafikon 4.3.13 Period nastanka psihičkih poremećaja, Izvor: autorski rad.....	16
Grafikon 4.3.14 Podrška medicinskog osoblja prilikom poroda, Izvor: autorski rad.....	17
Grafikon 4.3.15 Broj posjeta patronažne sestre, Izvor: autorski rad.....	17
Grafikon 4.3.16 Zadovoljstvo informacijama koje je patronažna sestra prenijela majci, Izvor: autorski rad.....	18
Grafikon 4.3.1.1 Vjerojatnost nastanka psihičkih promjena u ovisnosti o godinama, Izvor: autorski rad.....	19
Grafikon 4.3.1.2 Pojavnost psihičkih promjena u ovisnosti po godinama, Izvor: autorski rad..	19
Grafikon 4.3.1.3 Vjerojatnost nastanka psihičkih promjena s obzirom na dob u kojoj je žena rodila, Izvor: autorski rad.....	20
Grafikon 4.3.1.4 Vrsta psihičkih poremećaja u ovisnosti na dob rađanja, Izvor: autorski rad.....	20
Grafikon 4.3.1.5 Vjerojatnost nastanka psihičkih promjena s obzirom na broj poroda, Izvor: autorski rad.....	21

Grafikon 4.3.1.6 Nastanak psihičkih promjena ovisno o broju poroda ,Izvor: autorski rad.....	21
Grafikon 4.3.1.7 Vrsta poroda kod žena koje su imale psihičke promjene, Izvor: autorski rad..	22
Grafikon 4.3.1.8 Postotak psihičkih promjena u ovisnosti o vrsti poroda, Izvor: autorski rad.....	23
Grafikon 4.3.1.9 Strah od ponovnog poroda kod žena koje su imale psihičke promjene, Izvor: autorski rad.....	23
Grafikon 4.3.1.10 Strah od ponovnog poroda ovisno o psihičkim promjenama, Izvor: autorski rad.....	24
Grafikon 4.3.1.11 Razlozi straha od ponovnog poroda kod žena koje su imale psihičke promjene, Izvor: autorski rad.....	25
Grafikon 4.3.1.12 Razlozi straha od ponovnog poroda ovisno o psihičkim promjenama Izvor: autorski rad.....	25
Grafikon 4.3.1.13 Postotak razvoja psihičkih poremećaja u ovisnosti o izvoru informacija, Izvor: autorski rad.....	26
Grafikon 4.3.1.14 Prisutnost partnera i pojavljivanje psihičkih promjena, Izvor: autorski rad.....	27
Grafikon 4.3.1.15 Učestalost pojedine vrste psihičkih promjena, Izvor: autorski rad.....	28
Grafikon 4.3.1.16 Početak nastanka psihičkih promjena, Izvor: autorski rad.....	28
Grafikon 4.3.1.17 Nastanak pojedine vrste psihičkih promjena, Izvor: autorski rad.....	29
Grafikon 4.3.1.18 Trajanje psihičkih promjena, Izvor: autorski rad.....	29
Grafikon 4.3.1.19 Trajanje pojedine vrste psihičkih poteškoća/ poremećaja, Izvor: autorski rad.....	30
Grafikon 4.3.1.20 Podrška medicinskog osoblja za vrijeme poroda, Izvor: autorski rad.....	31
Grafikon 5.1 Postotak postpartalnih poremećaja	
Izvor: https://knowpostpartumdepression.wordpress.com/	33
Tablica 5.1 Pojavnost i simptomi postpartalnih poremećaja Izvor: Izvor: PPD presentation PCA NJ conference.....	34

Prilog

ANKETA U SVRHU IZRADE ZAVRŠNOG RADA TEMA : PSIHIČKE POTEŠKOĆE / POREMEĆAJI U RAZDOBLJU BABINJA

Poštovane,

zamolila bih Vas da ispunite ovu anonimnu anketu u svrhu izrade završnog rada na Sveučilištu Sjever, za preddiplomski stručni studij Sestrinstva. Anketa je za žene koje su imale jedan ili više poroda.

Unaprijed hvala na izdvojenom vremenu!

1. DOB

- 18-25 GODINA
- 26- 35 GODINA
- 26- 40 GODINA
- 40 I VIŠE GODINA

2. U KOJOJ STE DOBI RODILI?

- U DOBI OD 18- 25 GODINA
- U DOBI OD 26- 35 GODINA
- U DOBI OD 36 i VIŠE GODINA

3. KOLIKO STE IMALI PORODA?

- JEDAN
- DVA
- TRI
- ČETIRI I VIŠE

4. KAKAV STE POROD IMALI?

- VAGINALNI POROD
- POROD CARSKIM REZOM

5. IMATE LI STRAH OD PONOVRNOG PORODA?

- DA
- NE

6. ZAŠTO IMATE STRAH OD PONOVRNOG PORODA?

- NEMAM STRAH OD PONOVRNOG PORODA

- o ZBOG EPIZIOTOMIJE (UREZIVANJA MEĐICE)
- o ZBOG DUGOTRAJNOG OPORAVKA
- o ZBOG PRETHODNOG NEUGODNOG ISKUSTVA SA ZDRAVSTVENIM OSOBLJEM

7. JESTE LI PRIJE PORODA BILI UPOZNATI S MOGUĆNOŠĆU NASTANKA PSIH. POTEŠKOĆA / PROMJENA?

- o DA
- o NE

8. KOJI VAM JE BIO IZVOR INFORMACIJA O MOGUĆNOSTI NASTANKA PSIH. POTEŠKOĆA/ PROMJENA?

- o NISAM IMALA IZVOR INFORMACIJA
- o PUTEM INTERNETA
- o PREKO ISKUSTVA BLISKE OSOBE
- o PUTEM STRUČNOG OSOBLJA (GINEKOLOG, TRUDNIČKI TEČAJ)

9. JE LI OTAC DJETETA PRISUSTVOVAO POROĐAJU?

- o DA
- o NE

10. JESTE LI IMALI PODRŠKU NAKON PORODA?

- o NISAM IMALA PODRŠKU
- o IMALA SAM PODRŠKU SAMO SUPRUGA/ PARTNERA
- o IMALA SAM PODRŠKU OBITELJI I SUPRUGA/PARTNERA

11. KOJU VRSTU PSIH. POTEŠKOĆA /POREMEĆAJA NAKON PORODA STE IMALI?

- o NISAM IMALA
- o BABY BLUES (POST- POROĐAJNA TUGA)
- o POST-POROĐAJNA DEPRESIJA
- o POST- POROĐAJNA PSIHOZA
- o ANKSIOZNI POREMEĆAJ

12. KAD JE ZAPOČEO PERIOD POJAVE PSIH. POTEŠKOĆA / POREMEĆAJA?

- o NISAM IMALA
- o ODMAH PO PORODU
- o DVA TJEDNA DO MJESEC DANA NAKON PORODA
- o MJESEC DANA DO TRI MJESECA NAKON PORODA
- o NAKON TRI I VIŠE MJESECI NAKON PORODA

13. KOLIKO DUGO SU TRAJALE PSIH. POTEŠKOĆE/ POREMEĆAJI NAKON PORODA?

- NISAM IMALA
- MANJE OD MJESEC DANA
- MJESEC DANA DO TRI MJESECA
- TRI MJESECA DO ŠEST MJESECI
- VIŠE OD ŠEST MJESECI

14. JESTE LI IMALI PODRŠKU MEDICINSKOG OSOBLJA ZA VRIJEME PORODA?

- DA
- NE

15. KOLIKO ČESTO VAS JE NAKON PORODA POSJETILA PATRONAŽNA SESTRA?

- NI JEDNOM
- JEDAN - DVA PUTA
- TRI PUTA
- ČETIRI I VIŠE PUTA

16. JESTE LI ZADOVOLJNI INFORMACIJAMA KOJE VAM JE PRENIJELA PATRONAŽNA SESTRA?

- NISAM ZADOVOLJNA
- DJELOMIČNO SAM ZADOVOLJNA
- U POTPUNOSTI SAM ZADOVOLJNA

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

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

Ja, ANDREJA ŽBULJ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom PSIHIČKE POTREBE/PORENEČAJI U RAZDOBJU ZABINJA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Andreja Žbulj
(vlastoručni potpis)

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

Ja, ANDREJA ŽBULJ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom PSIHIČKE POTREBE/PORENEČAJI U RAZDOBJU ZABINJA (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Andreja Žbulj