

Psihičke poteškoće/poremećaji u razdoblju babinja

Pauković, Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:114429>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-06**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





Sveučilište Sjever

Završni rad br. 864/SS/2017

Psihičke poteškoće/poremećaji u razdoblju babinja

Marija Pauković, 4897/601

Varaždin, rujan 2017. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 864/SS/2017

Psihičke poteškoće/poremećaji u razdoblju babinja

Student

Marija Pauković, 4897/601

Mentor

Ivana Živoder, dipl.med.techn.

Varaždin, rujan 2017. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Marija Pauković	MATIČNI BROJ	4897/601
DATUM	17/3/2017	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	Ivana Živoder, dipl.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. dr.sc. Aleksandra Špoljarić, predsjednik		
	2. Ivana Živoder, dipl.med.techn., mentor		
	3. Marijana Neuberg, mag.med.techn., član		
	4. Melita Sajko, dipl.med.techn., zamjenski član		
	5. _____		

VŽKC

MMI

Zadatak završnog rada

BROJ	864/SS/2017
OPIS	<p>Tijekom puerperija/babinja osim fizičkih promjena, često se događaju i psihičke promjene koje mogu utjecati na uredan tijek babinja. U radu će biti opisane najčešće psihičke promjene, te način na koji ih se može prepoznati kroz najčešće simptome i ponašanja. Vrlo je važno na vrijeme prepoznati određene promjene kako bi se na vrijeme poduzele potrebne intervencije. U prepoznavanju psihičkih poteškoća i pružanju pomoći, važnu ulogu ima i medicinska sestra u zajednici. U sklopu završnog rada biti će provedeno istraživanje kojim će se pokušati saznati učestalost psihičkih promjena u babinju, vrsta pomoći koju su majke dobile i važnost pravovremene edukacije o mogućim promjenama.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none">*Objasniti važnost edukacije trudnice o mogućim psihičkim promjenama nakon poroda*Definirati psihičke promjene /poremećaje u razdoblju babinja/puerperija*Objasniti načine prepoznavanja psihičkih promjena / poremećaja*Definirati ulogu medicinske sestre u prepoznavanju psihičkih promjena*Prikazati rezultate provedene ankete*Citirati korištenu literaturu

ZADATAK URUČEN

23.03.2017.



[Handwritten signature]

Predgovor

Zahvaljujem mentorici dipl.med.techn Ivani Živoder koja je svojim strpljenjem, vremenom, te stručnim savjetima i znanjem usmjeravala izradu ovog diplomskog rada.

Veliko hvala mojim roditeljima i dečku na neizmjenoj podršci, vjeri i ljubavi da uspješno završim ovaj studij.

Za kraj, hvala svim mojim prijateljima i kolegama koji su bili uz mene.

Veliko Hvala svima!

Sažetak

Psihičke promjene česta su pojava u poslijeporođajnom razdoblju. Mogu se manifestirati kao blaže poteškoće, ali i kao ozbiljni poremećaji koji se moraju liječiti. Promjene koje se mogu dogoditi su: Baby blues, poslijeporođajna depresija, poslijeporođajna psihoza i anksiozni poremećaji. Baby blues je najblaža poteškoća koja se može dogoditi. Karakterizira je relativno kratko trajanje, a prolazi bez posljedica po majku i dijete. Liječenje uglavnom nije potrebno, dovoljna je podrška okoline.

Poslijeporođajna depresija jest ozbiljan poremećaj koji se većinom mora liječiti. Simptomi su osjećaj tuge, gubitak interesa, nesanica, nemir, gubitak energije, manjak koncentracije. Liječi se antidepresivima, antipsihoticima, stabilizatorima raspoloženja te alternativnim postupcima.

Poslijeporođajna psihoza je najozbiljniji poremećaj koji je rijedak, ali može imati ozbiljne posljedice po majku i dijete. Postoji mogućnost i smrtnog ishoda. Liječi se slično kao i depresija, antidepresivima, antipsihoticima i stabilizatorima raspoloženja, ali ponekad je potrebna i psihijatrijska hospitalizacija.

Anksiozni poremećaji su skupina poremećaja koja se dijeli na panične poremećaje, opsesivno-kompulzivne, posttraumatske stresne poremećaje te druge specifične fobije. Važnu ulogu u nastanku ovih poremećaja imaju genetski čimbenici, neželjena trudnoća, osjećaj nespремnosti za ulogu majčinstva te nagle hormonalne promjene.

Kod ovih poteškoća i poremećaja, važno je naglasiti ulogu patronažne sestre koja educira žene i članove obitelji, prije i nakon rođenja, te svojim savjetima i znanjem doprinosi prevladavanju stresnog razdoblja.

Tijekom izrade završnog rada provedena je anketa na uzorku od 112 žena. Rezultati ankete su pokazali da su psihičke poteškoće i poremećaji u razdoblju babinja raširen i čest problem s kojim se susreće skoro 50% žena (44,46%). Najčešća poteškoća je Baby blues, nakon njega slijedi postporođajna depresija i anksiozni poremećaji, poslijeporođajna psihoza je veoma rijetka. Postoji više čimbenika koji povećavaju ili smanjuju vjerojatnost za nastanak psihičkih promjena. Dob i način poroda ne utječu na nastanak promjena, dok socijalni faktori kao primjerice podrška obitelji imaju velik utjecaj. Dobro informiranje majke može pomoći, no ukoliko se majka sama informira ili su informacije neprovjerene, učinak može biti suprotan. Uloga zdravstvenih djelatnika, pa tako i patronažne sestre je vrlo važna jer oni svojim radom mogu pomoći majci u periodu babinja kako u prevenciji određenih poteškoća tako i u prepoznavanju i upućivanju majki na pravodobno traženje pomoći.

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

Summary

Psychic changes are common occurrence in postpartum period. They can manifest as a slight difficulties, but also as a serious disorders that needs to be treated. Changes that can happen are following: maternity (baby) blues, postpartum depression, postpartum psychosis and anxiety disorders. Baby blues is the mildest difficulty that can occur. It has a relatively short duration and passes without consequences for the mother and the child. Treatment is usually not necessary because support from the family and friends is enough.

Postpartum depression is a serious disorder that needs to be treated in most cases. Symptoms are sadness, loss of interest, insomnia, restlessness, tiredness, lack of concentration. It is treated with antidepressants, antipsychotics, mood stabilizers and alternative procedures.

Postpartum psychosis is most serious disorder that can happen. It is rare, but it can have severe consequences for a mother and a child. Treatment is similar like with depression, antidepressants, antipsychotics and mood stabilizer, but sometimes it needs psychiatric hospitalisation as well.

Anxiety disorders are a group of disorders that are divided into panic disorders, obsessive-compulsive, post-traumatic stress disorder, and other specific phobias. Genetic factors, unwanted pregnancy, sudden hormonal changes and feeling of discomfort for the role of motherhood can have important role in the emergence of this disorders.

In these difficulties and disorders, it is important to emphasize the role of a home visit nurse that educates women and family members before and after birth, and with own advice and knowledge contributes to easier overcoming of the stress period.

During the writing of this work, survey was conducted on a sample of 112 women. Results of the survey indicated that psychological difficulties and disorders in postpartum period are widespread and common problem. Almost 50% of women (44,46%) experienced some kind of the mental changes. Most common change is baby blues, followed by postpartum depression and anxiety disorders. Postpartum psychosis is very rare. There are several factors that can increase or decrease probability for psychic changes. Age and the way of birth do not affect the probability, while social factor like family support can have a great influence on this probability. Educating of the mother before the birth can help, but if mother informs herself or information is unverified, effect may be opposite. Role of healthcare workers and home visiting nurse is essential because they can assist mother in postpartum period with preventing of certain difficulties, as well as in identifying problems and referring mothers to seek help on time.

Keywords: Psychological Difficulties and Disorders, Patrons Nurse, Education, Prevention

Popis korištenih kratica

PTSP Posttraumatski stresni poremećaj

Sadržaj

1.	Uvod.....	2
2.	Psihičke poteškoće i poremećaji u razdoblju babinja	4
2.1.	Baby blues ili postporođajna tuga	4
2.2.	Postpartalna depresija ili poslijeporođajna depresija	5
2.3.	Postporođajna psihoza.....	6
2.4.	Anksiozni poremećaj.....	7
2.5.	Usporedba promatranih poslijeporođajnih poteškoća/poremećaja.....	8
3.	Uloga medicinske sestre u prepoznavanju psihičkih poteškoća/ poremećaja.....	9
3.1.	Empatijsko povezivanje s pacijenticom	9
3.2.	Vježbe koje pomažu u smanjivanju psihičkih simptoma	10
3.2.1.	Vježba disanja u sjedećem ili ležećem položaju.....	10
3.2.2.	Terapija likovnim izražavanjem	10
3.2.3.	Terapija glazbom	11
3.2.4.	Terapija dodirom.....	11
4.	Istraživanje.....	12
4.1.	Cilj rada.....	12
4.2.	Metoda istraživanja i ispitanici	12
4.3.	Rezultati istraživanja	13
4.3.1.	Usporedba rezultata po pojedinim varijablama	20
5.	Rasprava.....	32
6.	Zaključak.....	35
7.	Literatura.....	37

1. Uvod

Razdoblje nakon trudnoće za majku predstavlja niz različitih promjena na emocionalnoj i fizičkoj osnovi. U tom periodu dolazi do izraženog straha, brige, neizvjesnosti te strepnje oko ispunjenja velikih očekivanja. Dodatne komplikacije može izazvati situacija gdje se radi o neželjenim i maloljetničkim trudnoćama, kada je majka nesigurna, nema podršku, materijalno je nezbrinuta, napuštena te stigmatizirana od strane okoline. Ne pomaže ni činjenica da su uz porod vezani hormonalna neravnoteža te vrlo jaki bolovi. Zbog stresa koji majka proživljava ne iznenađuje činjenica da uz normalnu pojavu fizičkih promjena, dolazi i do javljanja nekog oblika psihičkih poteškoća i promjena nakon poroda [1].

Najčešće vrste psihičkih promjena su: baby blues, poslijeporođajna depresija, poslijeporođajna psihoza, anksiozni poremećaj te su u radu opisani najčešći simptomi i načini kako ih prepoznati. Smatra se da je Baby Blues najčešći i najblaži oblik postporođajnih poteškoća. Poslijeporođajna depresija ima slične simptome kao Baby blues, ali su izraženiji i duže traju, a trebaju se i dodatno liječiti. Anksiozni poremećaji su skupina poremećaja koja se mogu podijeliti na više vrsta, a povezuju ih slični fizički simptomi, kao što su gubitak daha, lupanje srca, znojenje, napadaji panike. Postporođajna psihoza je najteži oblik poslijeporođajnih poremećaja koja se često mora liječiti i hospitalizacijom, a vrlo je opasna, ako se ne liječi. Ozbiljnost poremećaja ovisi o njihovom trajanju i učinku koji imaju na majku. Što je trajanje poremećaja duže, to je veća šansa da će i posljedice za majku biti veće.

Ispitani su najčešći uzroci koji uzrokuju nastanak tih problema te njihova međusobna zavisnost. Nastanak problema promatra se kroz prizmu nekoliko najvažnijih čimbenika koji utječu na njihov nastanak, kao što su dob majke, način poroda, podrška okoline te prethodna informiranost o mogućnosti nastanka tih poremećaja. Točan opis problema preuzet je iz pouzdanih medicinskih izvora, a sve informacije su provjerene iz nekoliko izvora. Na taj način preveniralo se miješanje pojedinih simptoma i točno odredio problem, što je prvi korak s njegovim suočavanjem.

Prikazani su najčešći načini suočavanja s tim problemima te pogled kakav današnja medicina ima u odnosu na ove probleme. U radu je prikazana uloga patronažne sestre u edukaciji trudnice, zašto je edukacija važna te zbog čega to razdoblje zahtjeva veliku podršku. Prikazano je može li medicinska sestra svojim znanjem i edukacijom biti element koji će dugoročno utjecati na smanjenje broja poremećaja i bolje psihičko zdravlje majke. Navedeno je koje vještine medicinska sestra mora posjedovati, kako treba reagirati na pojedine situacije te gdje su mogućnosti budućeg učenja i usavršavanja. Naglašena je važnost empatijskog povezivanja te povjerljivosti između pacijentice i patronažne sestre koje su temelj na kojem se mora graditi profesionalni odnos prema novoj majci. Majka mora osjetiti da je patronažna sestra usredotočena samo na nju te da su savjeti

koje joj daje provjereni u praksi te dokazano pomažu u poboljšanju fizičkog i mentalnog zdravlja majke i djeteta. Patronažna sestra treba imati dovoljno vremena da može predano obaviti svoj posao, što znači da broj medicinskih sestara treba biti dovoljan kako bi svaka majka imala zadovoljavajući broj posjeta koji traju propisano vrijeme. Sposobnost prilagodbe i individualnog pristupa mogu značiti razliku između sretno i zabrinute majke. Pravilna edukacija o lijekovima je također važna, jer može skratiti vrijeme liječenja i oporavka od postpartalnih poremećaja i poteškoća.

Zahvaljujući razvoju i napretku opće i zdravstvene prosvjećenosti društva postporođajni poremećaji danas su mnogo rjeđi nego prije dvadesetak godina, a kada se i pojave češće su bez težih posljedica za majku, obitelj i novorođenče.

Istraživački dio rada napravljen je kao anonimna anketa provedena na uzorku od 112 ispitanica koje su odgovarale na skupinu od 14. pitanja zatvorenog tipa. Nakon toga, napravljena je analiza dobivenih rezultata prema svakom pojedinom pitanju. Detaljno su se analizirali odgovori majki koje su odgovorile da su imale poteškoće ili poremećaje, te su se ostali odgovori na pitanja tih majki povezali s pojedinim poremećajem. U raspravi dobivenih rezultata analizirani odgovori su se stavili u zajednički kontekst sa svim dobivenim rezultatima iz provedene ankete. Osim prikaza dosadašnjeg saznanja o ovim poremećajima napravljen je i konačan pregled i komentar uz objašnjenje dobivenih rezultata.

2. Psihičke poteškoće i poremećaji u razdoblju babinja

2.1. Baby blues ili postporodajna tuga

Baby blues je poteškoća koja je zapravo normalna reakcija na jednu novu i drugačiju životnu situaciju. Najčešće se javlja, no najmanje je ozbiljan za majku, dijete, i obitelj. Obično se javlja od drugog do petog dana nakon poroda, te traje mjesec dana, i doživljava ga 80-90% žena [2,3]. Ovaj „normalni“ postporodajni sindrom je rizični faktor za kasniju depresiju u prvoj postnatalnoj godini. Na pojavu ovog stanja utječu i hormonalne pojave koje se javljaju za vrijeme i nakon poroda. Neke od posljedica hormonalnih pojava koje se javljaju su: umor, neispavanost, bol uzrokovana epiziotomijom ili carskim rezom, mastitis ili bilo koji drugi problemi vezani za majku i dijete. Baby blues se najčešće manifestira kroz slijedeće simptome [3]:

- manjak energije
- slabost
- ranjivost
- anksioznosti
- nagle promjene raspoloženja
- plačljivost
- zbunjenost

Ova poteškoća nosi sa sobom i svoje rizične faktore. Te rizične faktore većina majki percipira na način da imaju prisutan ambivalentni osjećaj prema trudnoći, strah od poroda, lošu socijalnu prilagodbu, te pogled na trudnoću kao na emocionalno teško stanje. Vrlo važnu ulogu u smanjivanju posljedica ovog poremećaja ima prevencija. Prevenciju treba usmjeravati na način da se educiraju žene i članovi obitelji prije rođenja, da imaju savjetovanje i visoku društvenu podršku prije poroda. Također je jako bitno i razgovaranje o planiranju obitelji s fokusom na promjene i integraciju novih uloga. Korisne su i individualne bračne i obiteljske psihoterapije i suportivne grupe majki. Kroz suportivne grupe majki trebaju se istražiti osjećaji i ambivalencije o njima uz usmjerenje na specifične probleme, okolnosti trudnoće prije samog poroda i poslije te kreirati atmosferu prihvatanja. Dakle kada zaključimo, ova poteškoća je kratkotrajna, no u tom razdoblju potrebna je podrška i pomoć okoline kako bi se majka najbolje prilagodila novonastaloj situaciji.

2.2. Postpartalna depresija ili poslijeporođajna depresija

Postpartalna depresija se može javiti odmah nakon trudnoće, ali i do nekoliko mjeseci nakon poroda, zahvaća otprilike 10-15% majki [4,5]. Patogeneza nastanka postpartalne depresije još uvijek nije potpuno istražena, no smatra se da je nagli pad hormona uzrok koji može biti okidač za razvoj tog poremećaja. Tijekom trudnoće količina hormona estrogena i progesterona se znatno povećava, te potom naglo pada i tako sve do uspostavljanja razine prije trudnoće. Znanstvenici misle da je baš ta oscilacija hormona ključna za nastanak tog poremećaja. Slično je i s razdobljem menstrualnog ciklusa, kada razine ženskih hormona utječu na promjene raspoloženja. Simptomi koji su karakteristični za postpartalnu depresiju su slijedeći [2,4]:

- Razdražljivost
- Smanjen interes ili zadovoljstvo za uobičajene aktivnosti
- Pretjerano spavanje ili nesanica (nevezana uz djetetove potrebe)
- Nemogućnost spavanja ili prekomjerne pospanosti
- Promjene u apetitu
- Gubitak energije i iscrpljenost
- Gubitak samopouzdanja
- Osjećaj nepostojanja ljubavi prema djetetu ili obitelji
- Osamljenost

Smatra se da je postpartalna depresija daleko ozbiljniji problem u odnosu na Baby blues, pa time i zahtijeva određeno liječenje. Postpartalna depresija se može povući i bez liječničke pomoći, no ukoliko simptomi potraju dulje od tjedan dana i ometaju majku u normalnom funkcioniranju, to zahtijeva liječničku pomoć. Liječenje postpartalne depresije provodi se psihoterapijom, farmakoterapijom, te ponekad i alternativnim postupcima [4]. Veliku ulogu ima i obitelj koja može biti od velike pomoći majci i djetetu na način da pravovremeno prepoznaju pojavu postporođajne depresije i pravovremeno se uključe u rješavanje problema. Ovo razdoblje zahtijeva zajedničku pomoć obitelji i partnera da se majci pruži podrška, ljubav i pomoć oko novonastale situacije, te da joj se pruži pomoć da prebrodi to stresno razdoblje. Obitelj treba znati da je to prolazno stanje i da će se pravovremenim pristupom liječenja poremećaj povući. Postoje i postupci kako si majke same mogu pomoći u takvoj situaciji. Jedan od takvih je da imaju razvijenu svijest da ne moraju sve same učiniti, da odvoje vrijeme za sebe, da se ne opterećuju manje bitnim stvarima, te da uvijek pronađu nešto što ih ispunjava, te prihvate podršku obitelj [4].

Dakle, ova poteškoća ima svoju težinu, no pravovremenim otkrivanjem i liječenjem uspješno se liječi.

2.3. Postporodajna psihoza

Postporodajna psihoza je poremećaj koji je rijedak, no vrlo ozbiljan. Najčešće se javlja kod prvorotkinja kod kojih u obitelji postoji predispozicija za nastanak psihičkih poremećaja. Javlja se u postotku od 0,1 do 0,2 % u prva četiri tjedna nakon poroda [6,7]. Smatra se kako tijekom porođaja stvara stres za ženu, te razvoj epizode poremećaja raspoloženja koji se povezuju s hormonalnim promjenama. Postoje rijetki slučajevi gdje je postpartalna psihoza posljedica infekcije, intoksikacije lijekovima (primjerice skopolamin ili meperidin), toksikemija i gubitak krvi.

Simptomi se obično javljaju u trajanju od nekoliko dana, do dva mjeseca nakon poroda. Simptomi koji karakteriziraju ovaj poremećaj su [7]:

- Nesanica
- Pretjeran umor
- Konfuznost
- Inkoherentno mišljenje
- Iracionalni zaključci
- Sumanute ideje
- Halucinacije
- Onemogućeno obavljanje osnovnih motoričkih funkcija (problem sa stajanjem i hodanjem)

Ovaj poremećaj često dovodi do čedomorstva, javljaju se halucinacije da se dijete ubije, da je dijete opsjednuto, također i sumanute ideje da je dijete mrtvo ili defektno te negacija rođenja djeteta. Halucinacije su obično slušne imperativnog karaktera kada glas traži od žene da ubije svoje dijete, ali mogu imati i druge bizarne neugodne sadržaje [1].

Dijagnoza ovog poremećaja se postavlja kada se kod žene pojave simptomi psihoze koji uključuju sumanutosti, kognitivne deficite, halucinacije te poremećaje raspoloženja.

Za majku koja oboli od ovog poremećaja izuzetno je bitna podrška i suradnja obitelji. Uz adekvatnu terapiju veliki broj žena se potpuno oporavi i vrati u normalan život. Ovaj poremećaj zahtijeva pravovremeno prepoznavanje i liječenje, jer u suprotnom može biti koban za majku, dijete i obitelj.

Liječenje se provodi antipsihoticima, antidepresivima i stabilizatorima raspoloženja. U pravilu ovaj poremećaj zahtijeva psihijatrijsku hospitalizaciju, osobito ako je izražena suicidalnost ili infanticidnost.

Ako tijekom hospitalizacije majka poželi vidjeti svoje dijete, savjetuje se posjet uz nadzor, pri tome treba obratiti pozornost na eventualni simptom i želju za ozljeđivanjem djeteta ili

samoozljeđivanjem. Psihoterapija je indicirana nakon perioda akutne psihoze, pri tome je važno raditi i na jačanju podrške od strane supruga, pacijentice i cijele obitelji [2,3].

2.4. Anksiozni poremećaj

Anksiozni poremećaji se mogu javiti za vrijeme trudnoće i nastaviti u razdoblju babinja. U skupinu anksioznih poremećaja pripadaju slijedeći poremećaji:

- Panični poremećaji
- Opsesivno-kompulzivni poremećaj
- Posttraumatski stresni poremećaj
- Druge specifične fobije

Panični poremećaji opisuju ponavljajući, neočekivani napadi panike koje prate jaki strah i nelagoda. Simptomi kojima se opisuje su: znojenje, lupanje srca, gubitak daha, pritisak u prsima, osjećaj gušenja, drhtanje, te strah od smrti [8].

Kada govorimo o posttraumatskom stresnom poremećaju (PTSP) treba skrenuti pozornost da se on najčešće javlja nakon traumatičnog događaja koji je praćen intenzivnim strahom i očajem. Osobe koje pate od ovog poremećaja osjećaju neopisivu napetost i strah iako više nisu u opasnosti. Kod ovog poremećaja trudnoća i porođaj mogu biti okidači, posebice ako je trudnoća posljedica silovanja ili je žena žrtva seksualnog zlostavljanja [9].

Opsesivno-kompulzivni poremećaj karakteriziran je proganjajućim, ponavljajućim, neprimjerenim mislima koji uzrokuju tjeskobu i nemir. Javljaju se i prisilne misli ili ponašanja koji se pokreću kao rezultat proganjajućeg poriva, a prisilno ponašanje služi za sprječavanje ili smanjenje neugode. Kada govorimo o prepoznavanju ovih poremećaja veći broj slučajeva se ne prepozna i ne liječe iz razloga jer se smatraju da su normalni i uobičajeni u tijeku trudnoće i nakon poroda. Pojedine žene koje su zahvaćene ovim poremećajem osjećaju krivnju, sram te pokušavanju prikriti smetnje i ostaviti dojam da su sretne radi ostvarenog majčinstva. Ukoliko se navedeni poremećaji ne liječe, posljedice do kojih oni dovedu nisu ozbiljni samo za majku, već i za dijete i čitavu obitelj, koji također mogu razviti neke psihičke smetnje. Psihičke smetnje negativno mogu utjecati na socijalni, intelektualni i emocionalni razvoj djeteta. Ako su prisutni pojedini simptomi kao gubitak volje i afektivna praznina majke, onda se niti majka ne može dovoljno brinuti i angažirati za dijete i zadovoljiti njegove potrebe. To također i uključuje i odlaske na preglede liječniku, neadekvatnu i nedovoljnu prehranu, spavanje i higijenu što može dovesti do raznih posljedica [10].

Važnu ulogu u nastanku ovih poremećaja imaju i genetski čimbenici, neželjena trudnoća ili osjećaj nespremnosti za ulogu majčinstva, nagle hormonalne promjene, disfunkcionalna obitelj i sl.

Kod prevencije ovih poremećaja veliku ulogu imaju edukacija buduće majke, članova obitelji, savjetovanje i što bolja podrška prije samoga poroda. U tom smislu važno je planirati obitelj uz postupnu prilagodbu na nove uloge i prihvaćanje obaveza i sve što ide uz roditeljstvo.

Ako su prisutni simptomi blažeg karaktera tijekom trudnoće i dojenja onda se pokušavaju izbjegavati lijekovi, a prednost se daje psihoterapiji i suportivnim tehnikama. Primjenjuju se i obiteljske, bračne i individualne psihoterapije. Ponekad su lijekovi neophodni za liječenje poremećaja, no vrsta lijeka ovisi o specifičnostima poremećaja kod oboljele osobe. Ukoliko se radi o teškom depresivnom ili psihotičnom poremećaju kod majki koje doje, a liječenje nije moguće bez primjene medikamenata, dojenje se treba prekinuti. Jedno od mogućnosti liječenja je i elektrokonvulzivna terapija ukoliko medikamentozna terapija nema učinka [10].

2.5. Usporedba promatranih poslijeporodajnih poteškoća/poremećaja

U tablici br. 2.5.1 su navedeni uzroci, simptomi i način liječenja pojedinih poremećaja.

Poremećaj	Baby Blues	Poslijeporodajna depresija	Poslijeporodajna psihoza	Anksiozni poremećaji
Uzroci	hormonalne pojave	nagli pad razine hormona varijacija količina estrogena i pregesterona	genetske predispozicije seksualno zlostavljanje	stresni događaji nedostatak podrške
Simptomi	labilno raspoloženje plačljivost iritabilnosti anksioznosti glavobolja poteškoće sa spavanjem osjećaj zbunjenosti (slaba koncentracija i odsutnost)	osjećaj tuge ili mrzovolje, smanjen interes ili zadovoljstvo za uobičajene aktivnosti nesanica ili prekomjerna pospanost nemir ili osjećaj usporenosti gubitak energije i iscrpljenost manjak koncentracije osjećaj nekompetencije za skrb o djetetu ponavljajuće misli o smrti i umiranju	nesanica pretjeran umor konfuznost inkohherentno mišljenje iracionalni zaključci sumanute ideje halucinacije onemogućeno obavljanje osnovnih motoričkih funkcija	nesanica znojenje lupanje srca gubitak daha pritisak u prsima osjećaj gušenja strah od smrti proganjajuće misli
Liječenje	najčešće nije potrebno, podrška obitelji dovoljna	lijekovi (antidepresivi, antipsihotici, stabilizatori raspoloženja)	lijekovi (antidepresivi, antipsihotici) psihijatrijska pomoć hospitalizacija	lijekovi podrška obitelji

Tablica 2.5.1 Usporedba poremećaja

Izvor: autorski rad

3. Uloga 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 pacijenticom. Treba naglasiti kako medicinska sestra treba posjedovati znanje, sposobnosti kako bi svojim tehnikama pokazivanja i prenošenja znanja uvjerila majku u ono što joj govori. Također medicinska sestra treba dobro slušati majku i vidjeti kako joj pomoći, te joj otvoreno pokazati da je tu za nju. Medicinska sestra mora prepoznati simptome psihičkih poteškoća/poremećaja i pravovremeno reagirati, te po potrebi obavijestiti liječnika. Također majci treba objasniti da joj je pomoć potrebna oko nekih obaveza, te da ju se ne srami prihvatiti. Ako majka pije određene lijekove, a doji treba ju educirati na koji način i kako ih koristiti. Majci treba objasniti koje sve postupci postoje za opuštanje te 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 slično [11].

3.1. Empatijsko povezivanje s pacijenticom

Empatija je sposobnost poistovjećivanja s drugom osobom, njezinim stanjima i osjećajima; u pedagogiji, neverbalni komunikacijski postupak uživanja u emotivna stanja učenika radi pružanja razvojne pomoći [12].

Jedan je od ključnih preduvjeta za izgradnju odnosa i izrazito je važna za zdrav emocionalni i moralni razvoj. Postoje dvije razine, a to su emocionalna i racionalna. Dakle, mi osjećamo ono što osjećaju drugi, ali sve to možemo racionalno razumjeti. Primjerice, ako tijekom razgovora dolazimo do saznanja da je kod pacijentice prisutan strah, da je ljuta ili sretna zbog nečega, to ne znači da i mi moramo proživljavati te emocije da bismo bili empatični. Prvi korak je razumjeti pacijentove stavove i osjećaje u vezi s rizičnim zdravstvenim ponašanjem bez prosuđivanja, kritiziranja ili okrivljavanja. Drugi korak je procijeniti u kojoj se fazi spremnosti za promjenu pacijent nalazi, da li je to: 1. pred razmišljanje, 2. razmišljanje o promjeni, 3. priprema za akciju, 4. akcija, 5. održavanje promjene. Empatičnom komunikacijom se povećava samopoštovanje i samo efikasnost pacijentu, pomaže mu da razumije promjenu ponašanja kao složen proces, a ne kao jednokratnu intervenciju, održava motivaciju pacijenta, povećava osjećaj povezanosti, pomaže pacijentu da neuspješne pokušaje prihvati kao dio procesa promjena [13].

Empatija povećava vjerojatnost da će bolesnik slijediti savjete i upute. To je izrazito bitno jer o tome često ovisi i uspjeh liječenja. To je vještina koja se uči, jako je važna u društvu, ona se potiče i razvija ovisno o okruženju u kojem se nalazimo.

Empatiju možemo iskazivati na dva načina, a to su verbalni i neverbalni način. Kada kroz razgovor primijetimo da nam pacijent želi izraziti svoje emocije, naš zadatak je da ga aktivno slušamo. Trebamo si postaviti pitanje: kako se pacijent osjeća, što ga muči, što želi reći, te odgovore na ta pitanja dobiti na osnovi verbalne komunikacije, paraverbalne i neverbalnog govora tijela. Verbalnu komunikaciju označavaju same riječi koje izgovaramo, paraverbalnu komunikaciju izražava naglašavanje pojedinih riječi, dok neverbalnu komunikaciju saznajemo preko stava tijela, vanjskog izgleda, jačine glasa, tona, boje, gestama, mimika, vizualnom komunikacijom (kontakt očima i pogled). Navedene vrste komunikacije nam pomažu u otkrivanju emocionalnog stanja pacijenta. Postoje okolnosti i koje mogu spriječiti medicinsku sestru da iskoristi vještine empatije u potpunosti. Okolnosti koje ju mogu spriječiti su: nedostatak vremena, neodgovarajući prostorni uvjeti u zdravstvenim ustanovama, nemogućnost osiguravanja privatnosti bolesnika ili nedostatak potpore za takvu komunikaciju od strane pacijenta [14].

Ponekad se može dogoditi da se u interakciji s pacijentom javi površnost, razgovara se o nekoj temi, a ona bitna se zaobilazi. Dakle, nužno je obrazovanje zdravstvenih djelatnika- u ovom slučaju medicinske sestre o dobrobiti empatije i vježbanju iskazivanja. Postoje i rijetke situacije kada pacijenti pokušavaju iskoristiti našu sposobnost razumijevanja.

3.2. Vježbe koje pomažu u smanjivanju psihičkih simptoma

3.2.1. Vježba disanja u sjedećem ili ležećem položaju

Ova vježba se izvodi na način da osoba legne na leđa ispruženih udova ili da sjedne tako da kralježnica bude ispravna. Ruke se polože na trbuh i diše uobičajeno pritom pazeći da li se ruka podiže ili spušta. Kod pravilnog disanja se prilikom udisaja trbuh podiže, a prilikom izdisaja spušta. Kako bismo postigli pravilno disanje, polako udahnemo kroz nos i brojimo do pet dok trbuhom nježno guramo ruku prema gore, te također zadržimo dah brojeći do pet. Polako izdahnemo kroz usta, opet brojeći do pet, gurajući trbuh rukom prema unutra [15].

3.2.2. Terapija likovnim izražavanjem

Likovno izražavanje kod pojedinih ljudi pomaže da lakše razumiju svoja unutarnja stanja, emocije, probleme koji ih muče. Terapeut grupi postavi različite likovne zadatke, primjerice da nacrtaju svoj strah, problem, obitelj, osobu koja ih je posebno dojmila bilo u pozitivnom ili negativnom smislu [16].

Također i neki od zadataka mogu biti da nacrtaju svoju najdražu seriju, film, koji ih je inspirirao i uljepšao im život. Mogu nacrtati svoje vlastite želje i potrebe. Nakon što likovno izraze svoju zadanu temu, grupa razgovara i zajedno pokušavaju pronaći rješenje problema. Kroz razgovor, diskusiju moguće je saznati koji učinak prošlosti je utjecao na njihovu sadašnje stanje. Terapeut pomaže osobi da shvati i objasni simboliku nacrtanog crteža. Cilj takve terapije je uspostaviti komunikaciju među članovima grupe i angažirati ih u rješavanju svojih vlastitih i tuđih problema. Art terapija je vrlo korisna i efikasna kod mnogih koji imaju poteškoće u verbalnom izražavanju, a da toga nisu niti svjesni. U art terapiji se ponekad slikarstvo kombinira s glazbom koja utječe na likovni izraz pacijenta. Cilj ove terapije među ostalim je i upoznavanje samoga sebe i razvijanje apstraktnog razmišljanja [16].

3.2.3. Terapija glazbom

Ova vrsta terapije se već jako dugo koristi, no još uvijek nije potpuno istražena. Terapeutski učinak zvukova na ljudsko tijelo bazira se na različitim frekvencijama vibracije zvuka. Postoji velik broj različitih zvukova, stoga je glazba podijeljena u nekoliko kategorija. Slušanje klasične glazbe smiruje srce, smanjuje intenzitet depresije, melankolije, te poboljšava rad cijelog organizma. Neke studije navode kako glazba Ludwig van Beethovena pomaže pri smirivanju stresa, melankolije, apatije i sličnih stanja [17]. Osim navedenoga poboljšava imunitet, regulira otkucaje srca, utječe na dobrobit pluća i bronha. Mozartova prva simfonija smatra se i remek dijelom kada je zdravlje u pitanju. Opušta stres, povećava intelektualne sposobnosti, te stimulira aktivnosti mozga. Glazba talijanskog kompozitora Vivaldia kao i Handla, najčešće se primjenjuju u liječenju agresije. Iako klasična glazba vodi prvo mjesto u liječenju, prema nekim najnovijim istraživanjima u obzir dolazi bilo koja druga vrsta glazbe koja opušta [17].

3.2.4. Terapija dodirom

Terapija dodirom je kombinacija znanosti i umjetnosti. Ona uvelike pridonosi smanjenju stresa, opušta, te obnavlja um i tijelo. Danas u svijetu postoji različiti stilovi masaža s različitim oblicima pritiska i pokreta. To uključuje i pritisak, trljanje, stimulaciju mišića i mekog tkiva rukama i prstima. Ponekad se koriste i podlaktice, koljena te stopala. Masaža je učinkovita tek ako se prakticira uz znanje o cirkulaciji krvi i ljudskoj anatomiji. Tek onda masaža ima svoj učinak i ima mnoge zdravstvene prednosti. Sve više ljudi prepoznaje dobrobit ove vrste terapije, te je prakticira [18].

4. Istraživanje

4.1. Cilj rada

Cilj rada bio je saznati koje su najčešće psihičke poteškoće i poremećaji u razdoblju babinja, kako i na koji način ih se prepoznaje, te liječi. Željelo se ispitati koji su sve čimbenici koji pozitivno ili negativno utječu na vjerojatnost nastanka psihičkih poteškoća i poremećaja nakon poroda. Također, htjelo se ispitati na koji način i koliko vrsta socijalne podrške utječe na nastanak psihičkih promjena, te utjecaj patronažne sestre koja svojim radom i edukacijom utječe na broj i duljinu trajanja pojedinih promjena.

4.2. Metoda istraživanja i ispitanici

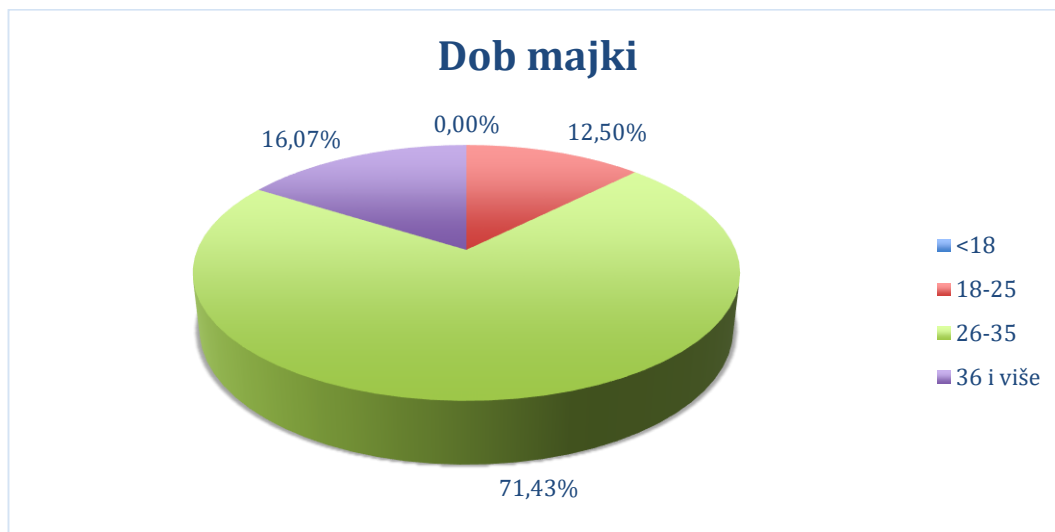
Prilikom pisanja završnog rada, provedena je anketa koja se bavila istraživanjem vjerojatnosti pojave pojedinih poteškoća i poremećaja te uzroka povezanih s njihovim nastankom, prevencijom i liječenjem. Razdoblje provedbe ankete trajalo je od 31.3.2017 do 30.4.2017. Anketa je distribuirana preko sljedećih izvora:

- Objavom na forumu portala www.roda.hr
- Objavom na forumu portala www.forum.hr
- Preko poznanica koje su nedavno rodile

Anketa je sadržavala ukupno 14 pitanja zatvorenog tipa. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 112 ispitanica, a rezultati i komentari istraživanja nalaze se u slijedećem poglavlju. U radu je poštivana anonimnost ispitanica, pa je svaki odgovor poznat samo po rednom broju i vremenskom zapisu.

4.3. Rezultati istraživanja

Kako bi mogli dobro evaluirati rezultate ankete, potrebno je analizirati koliko je uzorak reprezentativan te može li se na temelju njega izvući konkretne zaključke.

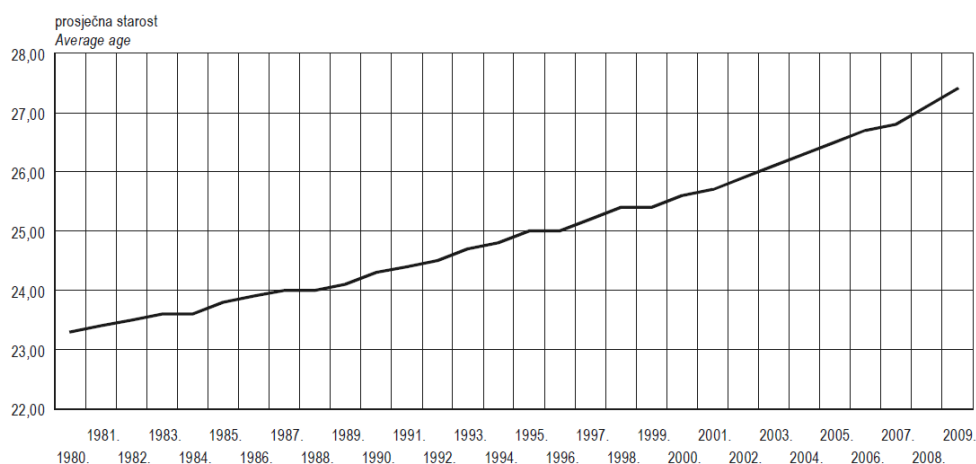


Grafikon 4.3.1 Dob roditelja koje su ispunile anketu

Izvor: autorski rad

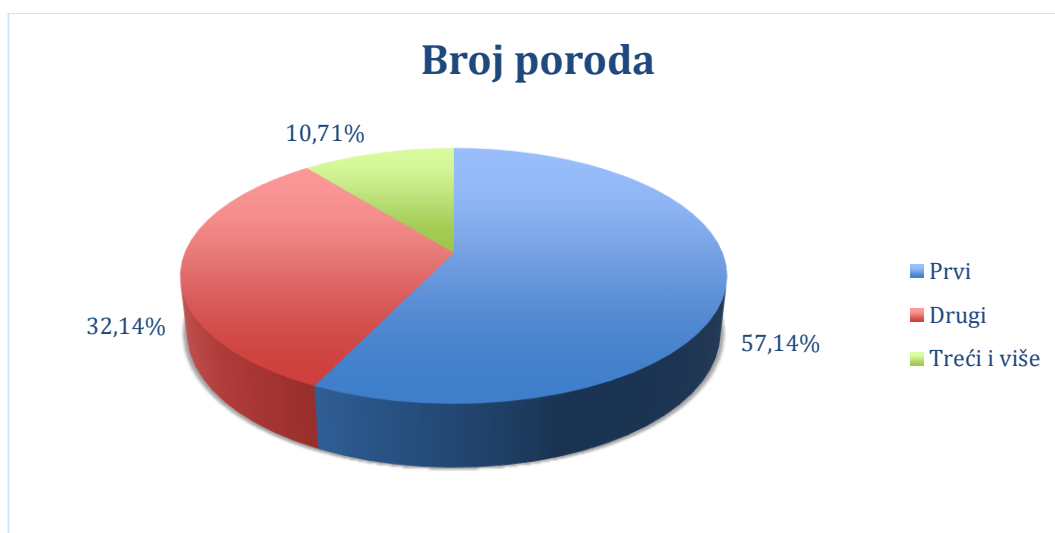
Većina roditelja koje su odgovorile na anketu, njih 71,43% nalazi se u dobi od 26-35 godina. Na anketu nije odgovorila niti jedna majka mlađa od 18 godina. Iako takvi porodi ne sačinjavaju velik broj u ukupnom broju poroda, bilo bi zanimljivo vidjeti i iskustva ovih roditelja. Uspoređujući taj podatak s rezultatima istraživanja o prosječnoj starosti majke (grafikon 4.3.2), možemo ustvrditi da je naš uzorak dovoljno raznolik, kako bi na temelju njega radili dodatne analize.

G-4. PROSJEČNA STAROST MAJKE PRI PRVOM PORODU U RAZDOBLJU 1980. – 2009.
AVERAGE MOTHER'S AGE AT FIRST BIRTH, 1980 – 2009



Grafikon 4.3.2 Prosječna starost majke pri porodu za period od 1960. – 2005.

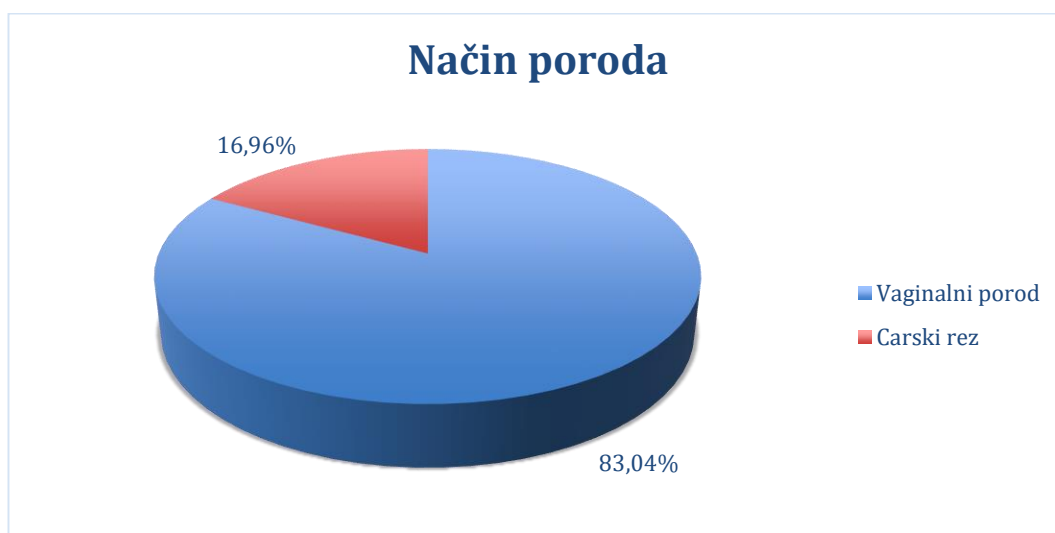
Izvor: Državni zavod za statistiku [19]



Grafikon 4.3.3 Broj poroda

Izvor: autorski rad

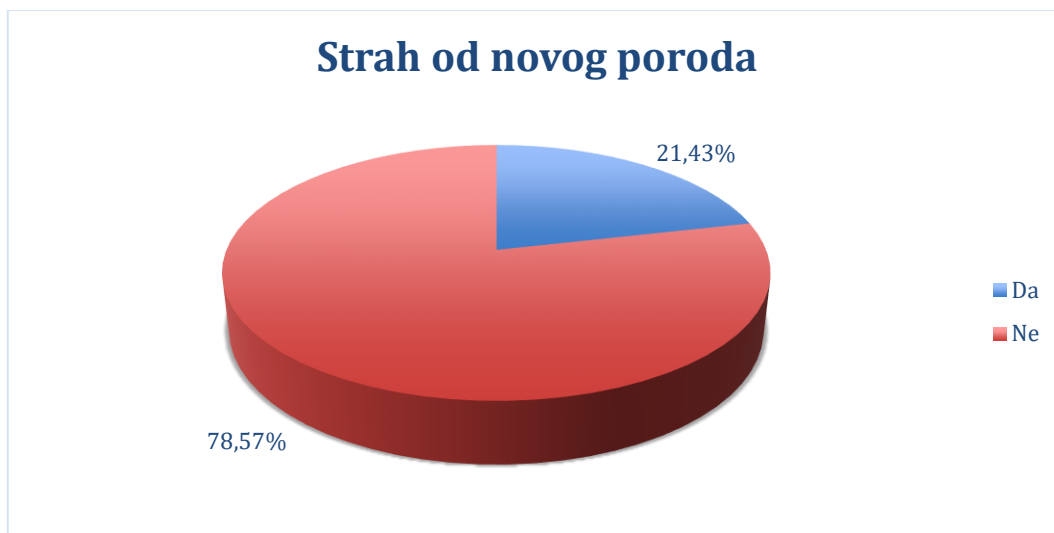
Većini ispitanica ovo je bio prvi porod (njih 57,14%). 32,14% majki ovo je bio drugi porod, a 10,71% njih treći ili više.



Grafikon 4.3.4 Način poroda

Izvor: autorski rad

Žene koje su ispunile anketu, većinom su rađale tradicionalnim, odnosno vaginalnim putem. Tek njih 16,96% rodilo je carskim rezom..

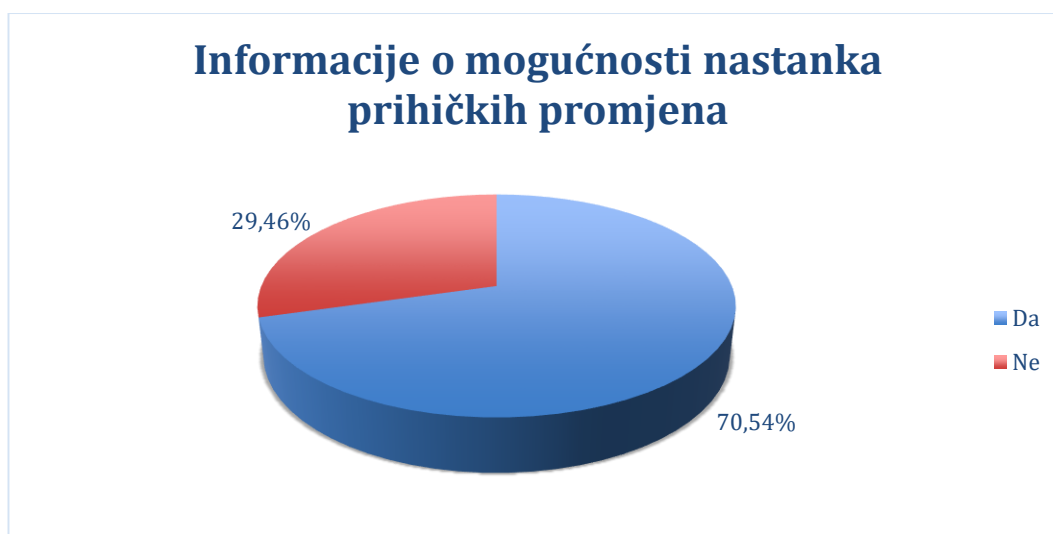


Grafikon 4.3.5 Strah od novog poroda

Izvor: autorski rad

Većina žena koja je rodila nema strah od novog poroda. Tek njih 21,43% odgovorilo je da ima strah od novog poroda.

Pitanja broj. 6. i 7. iz ankete bave se izvorom i dostupnosti informacija koje su roditelje imale prije ili nakon poroda.



Grafikon 4.3.6 Informacije o mogućnosti nastanka psihičkih promjena

Izvor: autorski rad

Na pitanje „Jeste li prije poroda bile upoznate s mogućnošću pojave psiholoških poteškoća i promjena“, čak je 29,46% majki odgovorilo da nije čulo za mogućnost nastanka psihičkih promjena.

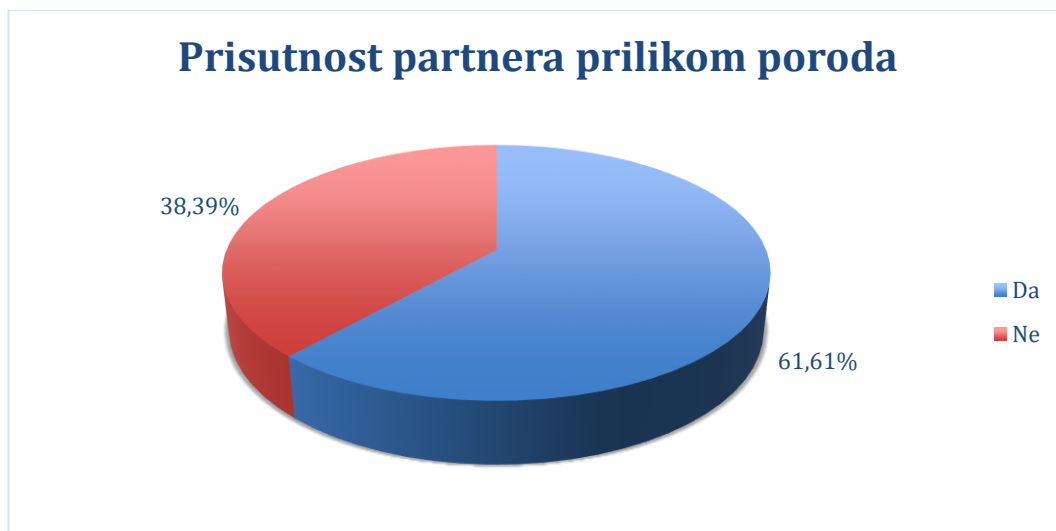


Grafikon 4.3.7 Informiranost majke prije poroda i izvor informacija o psihološkim poteškoćama i poremećajima

Izvor: autorski rad

Izvor informacija koji se najčešće koristi jest Internet (59,82%), nakon toga slijede informacije preko stručne osobe (16,96%) i iskustvo bliske osobe (12,50%). 10,71% majki nije dobilo informacije o psihološkim poteškoćama i poremećajima.

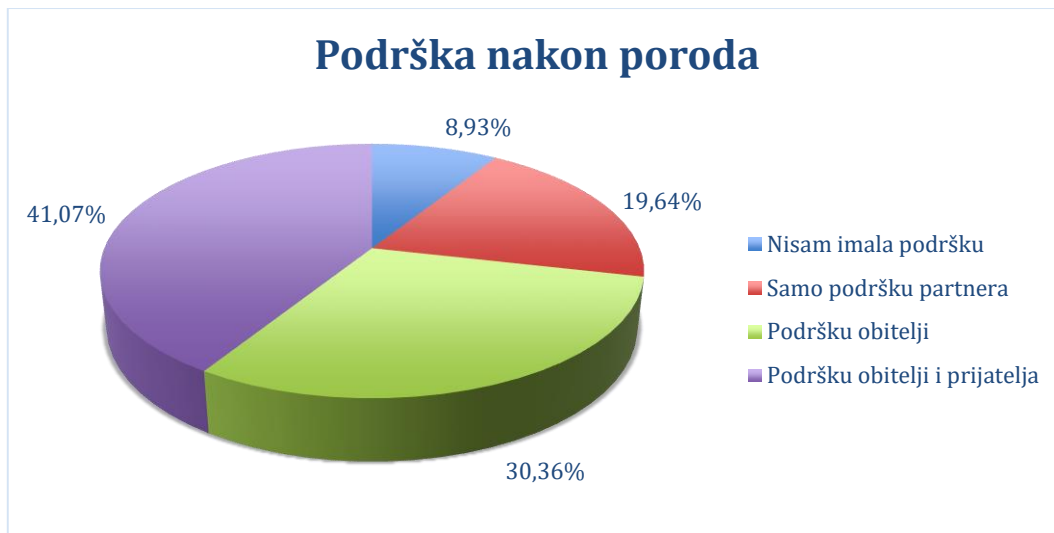
Slijedeća dva pitanja bave se vrstom socijalne podrške koju majke dobivaju za vrijeme poroda i nakon njega.



Grafikon 4.3.8 Prisutnost partnera prilikom poroda

Izvor: autorski rad

U odgovoru o prisutnosti partnera prilikom poroda, 61,61% žena odgovorilo je da je partner je bio prisutan kod poroda.

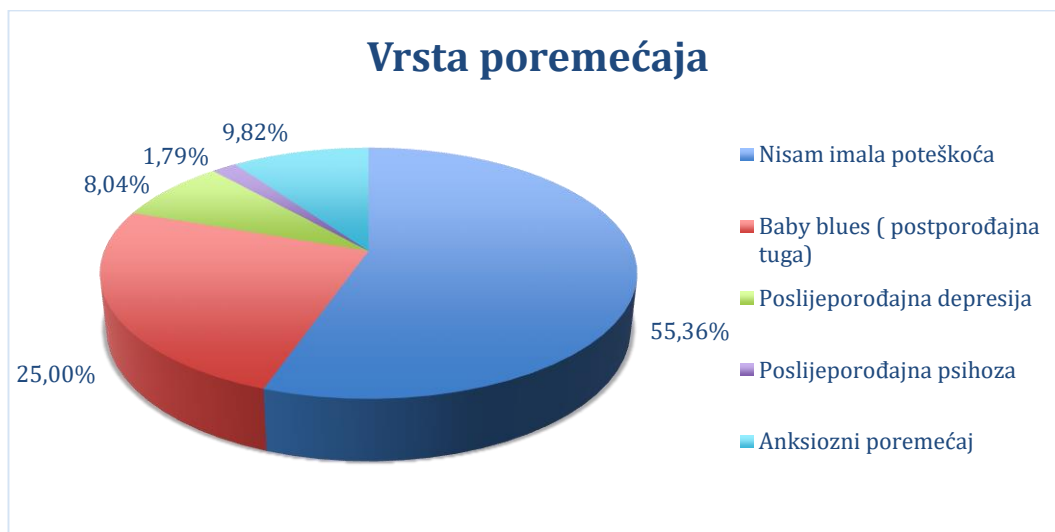


Grafikon 4.3.9 Vrsta socijalne podrške nakon poroda

Izvor: autorski rad

Nakon poroda većina žena (91,07%) je imala neki oblik podrške. Najčešća podrška je dolazila od strane obitelji i prijatelja (41,07%), zatim samo podrška obitelji (30,36%) te samo podrška partnera (19,64%).

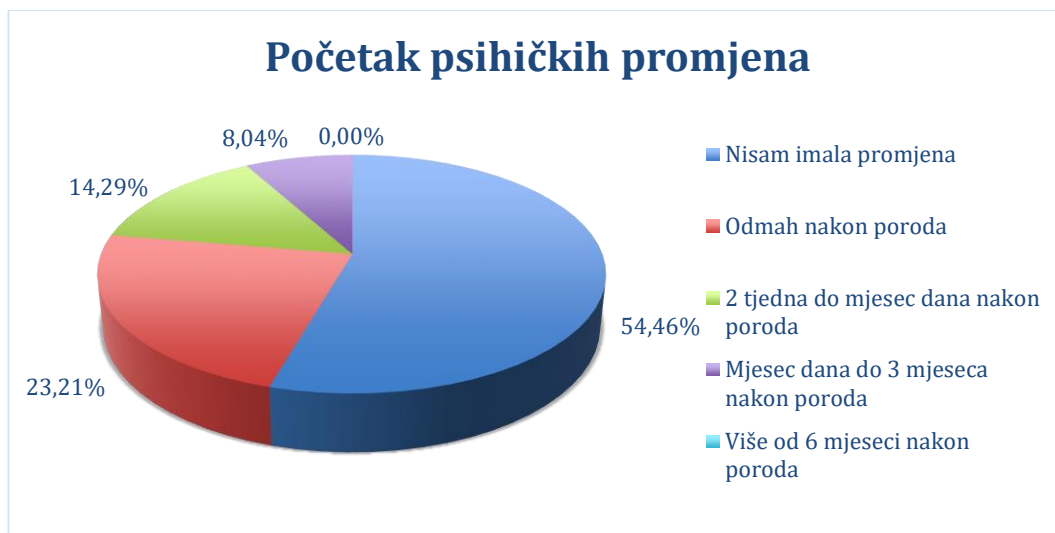
Pitanja 8, 9 i 10. iz ankete bave se vrstom promjena, vremenskim periodom njihovog pojavljivanja, te dužinom njihovog trajanja.



Grafikon 4.3.10 Vrste psihičkih promjena koje su majke doživjele

Izvor: autorski rad

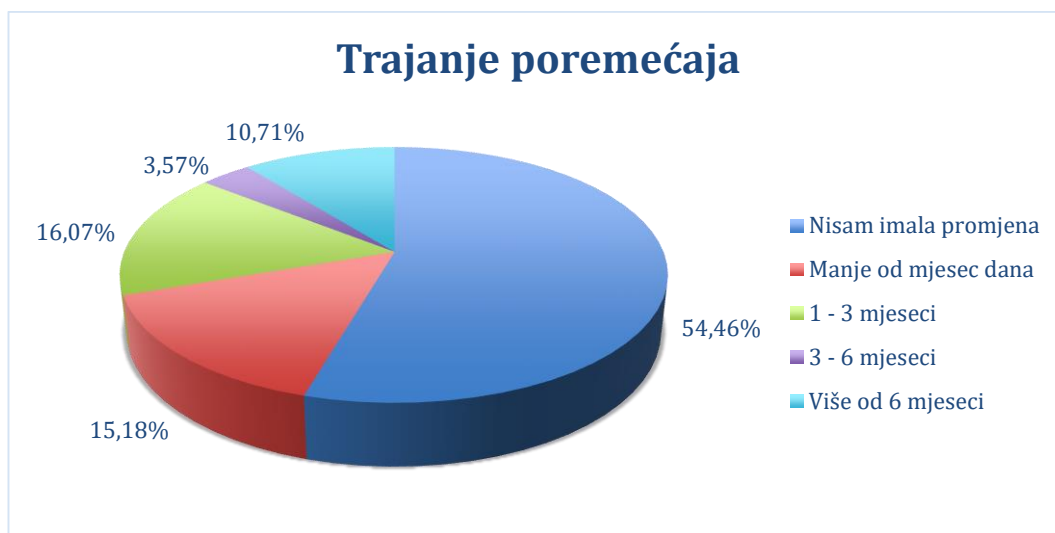
Iz prikupljenih podataka vidljivo je da većina roditelja nije mala nikakvih poteškoća, njih (55,36%), dok je najčešća vrsta poteškoće kod roditelja bila pojava Baby blues-a (postporođajna tuga), njih (25,00%). Ostale poteškoće i promjene iznosile su vrlo mali postotak, ali su ipak bile zastupljene.



Grafikon 4.3.11 Početak nastanka psihičkih promjena

Izvor: autorski rad

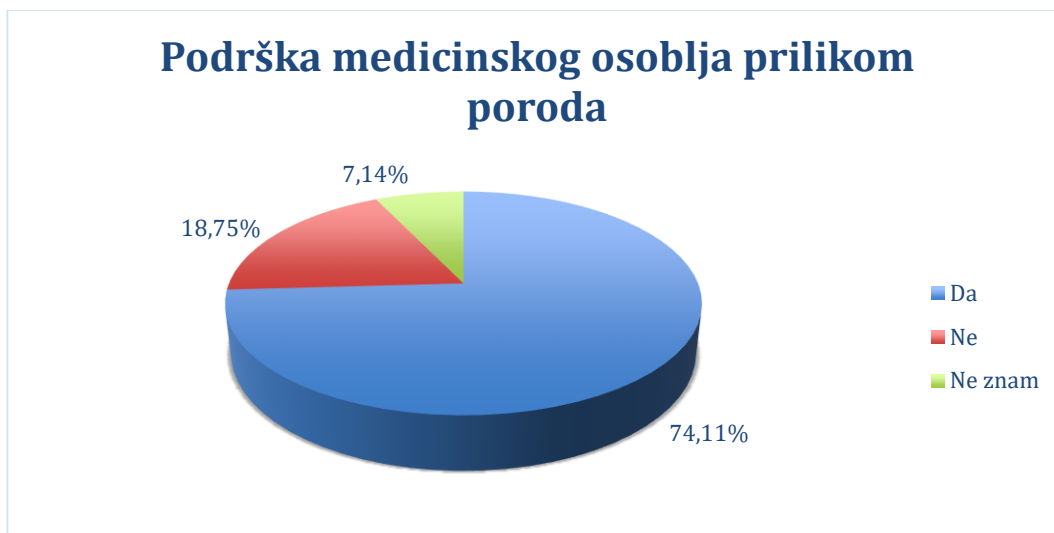
Na pitanje kada je započeo period pojave psiholoških promjena (grafikon 4.3.11), najveći broj odgovora bio je da nisu imale promjene, njih (54,46%). Taj broj trebao bi biti identičan broju odgovora na pitanje br. 8, ali jedna ispitanica koja nije imala psihičkih poteškoća, odgovorila je na pitanje o duljini trajanja. Taj zapis iz tablice je zanemaren prilikom analize odgovora. Od njih 50 koje su doživjele neki oblik psihičkih poteškoća ili poremećaja, većina je osjetila promjene odmah nakon poroda.



Grafikon 4.3.12 Period trajanja psihičkih promjena

Izvor: autorski rad

Na pitanje koliko dugo je trajala pojava psihičkih poteškoća ili poremećaja (grafikon 4.3.12), većina odgovora je bilo da promjene nisu nastupile, njih (54,46%), dok je (16,07%) odgovorilo da je period trajanja bio od 1-3 mjeseca, te (15,8%) da je period trajanja bio manji od mjesec dana. Ostali odgovori su iznosili manje postotke.



Grafikon 4.3.13 Podrška majci od strane medicinskog osoblja neposredno prije i za vrijeme poroda

Izvor: autorski rad

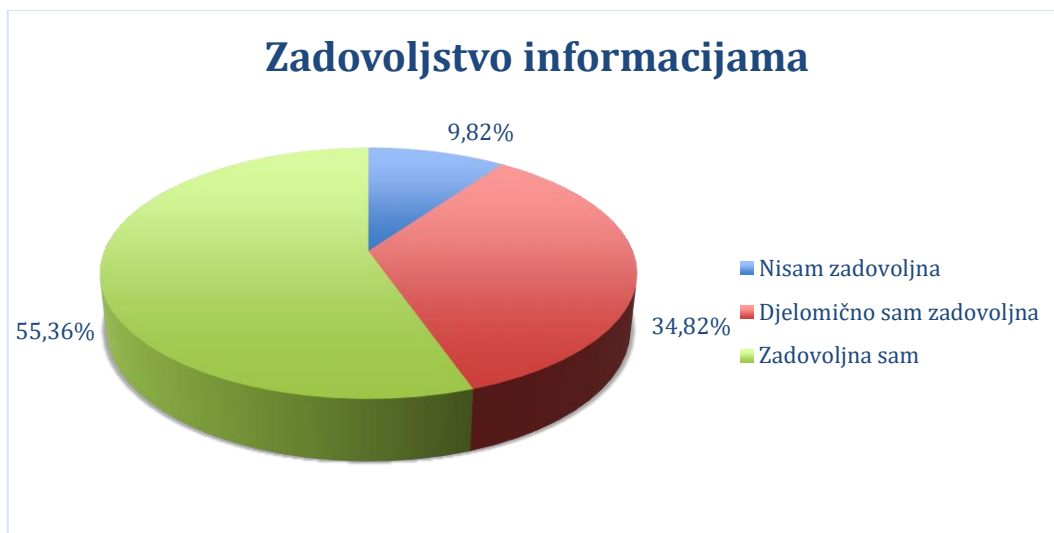
Na pitanje kakvu ste podršku imali za vrijeme poroda, iz priloženog grafikona 4.3.13 vidimo da je većina majki imala podršku tijekom trudnoće, njih 74,11%, a 18,75% odgovorilo je da nisu imali podršku. 7,14% odgovorilo je da ne znaju da li su imali podršku.



Grafikon 4.3.14 Broj posjeta patronažne sestre nakon poroda

Izvor: autorski rad

Grafikon 4.3.14 prikazuje broj posjeta patronažnih sestara. Vidimo da je broj posjeta patronažnih sestara bio zadovoljavajući. 1-3 posjeta nakon poroda imalo je njih (61,61%), 4 i više posjeta njih (36,61%), dok je vrlo mali postotak majki koje su odgovorile da nisu imale niti jedan, a njih je (1,79%).



Grafikon 4.3.15 Posjete patронаžne sestre i zadovoljstvo dobivenim informacijama

Izvor: autorski rad

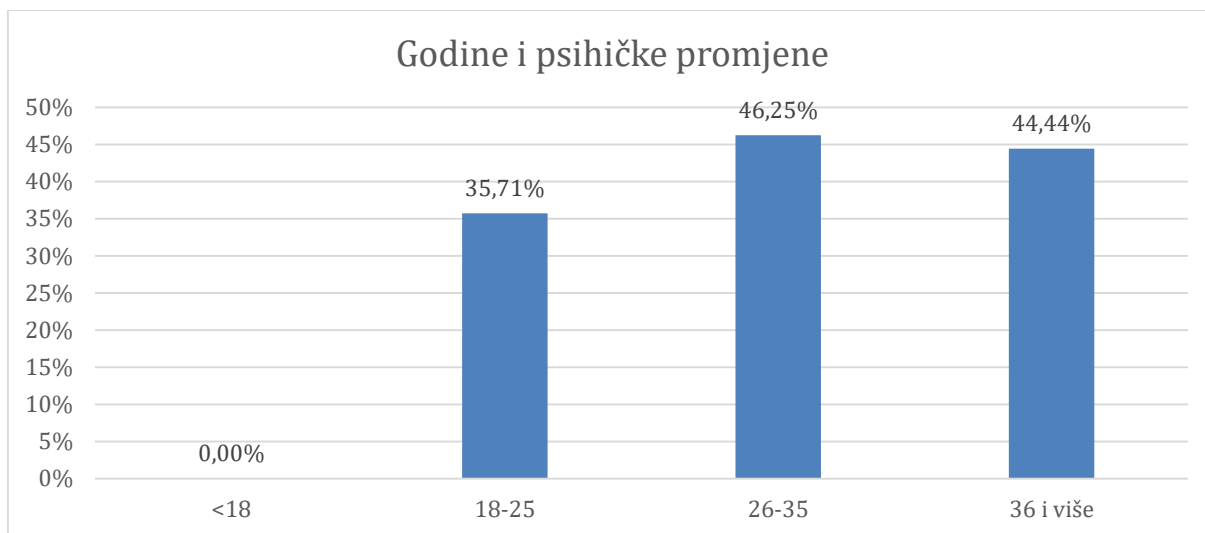
Na pitanje jeste li zadovoljni informacijama i pomoći koju ste dobili od patронаžne sestre, vidimo da je više od 50% zadovoljno, točnije (55,36%), dok je (34,82%) djelomično zadovoljno, te (9,82%) uopće nije zadovoljno dobivenim informacijama. Čak 44,64 % roditelja nije dobilo dovoljno informacija prilikom posjeta od medicinskog osoblja koje je zaduženo da obavlja baš taj posao.

4.3.1. Usporedba rezultata po pojedinim varijablama

Od ukupno 112 žena koje su odgovorile na anketu, njih 50 imalo je neku vrstu psihičke poteškoće ili poremećaja. Ovo poglavlje većinom će se odnositi na te roditelje te će se pokušati odgovoriti na koji način uvjeti prije, za vrijeme i nakon poroda utječu na njihovu pojavnost.

Ovisnost nastanka psihičkih poteškoća/poremećaja o dobi

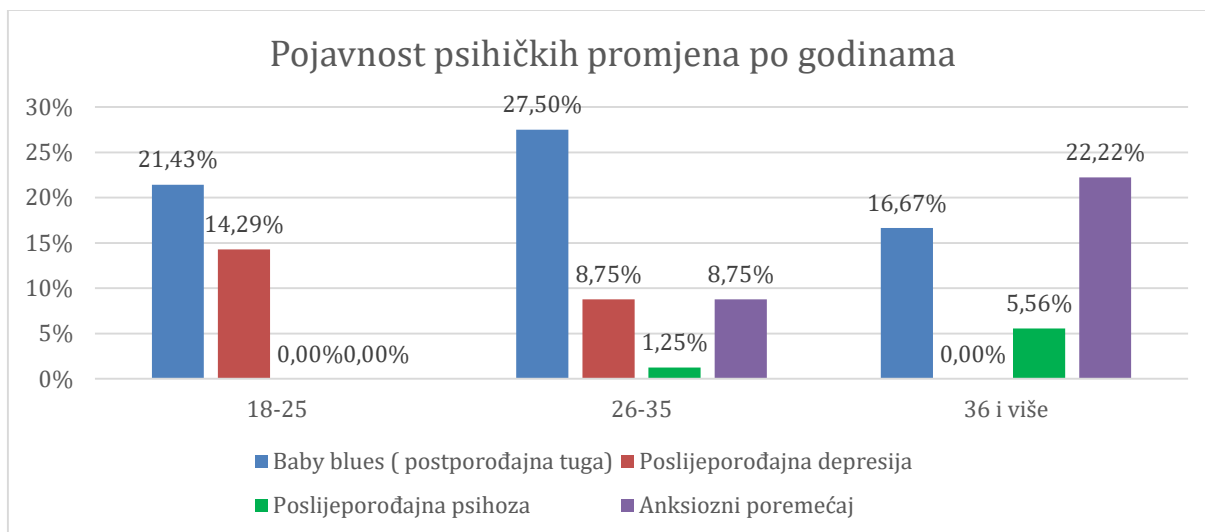
U ovom poglavlju analizirat će se učestalost pojava psihičkih promjena o starosti roditelje. Obzirom da u anketi nije sudjelovao jednak uzorak žena po godinama, učestalost nastanka poremećaja biti će normalizirana u postocima.



Grafikon 4.3.1.1 Vjerojatnost nastanka psihičkih promjena u ovisnosti o godinama

Izvor: autorski rad

Od ukupno 112 ispitanih žena, njih 35,71% u dobi 18-25 godina doživjelo je neku vrstu psihičkih promjena. Taj postotak iznosi 46,25% za žene starosti od 26-35 godina i 44,44%. Anketu nije ispunila niti jedna roditelja mlađa od 18 godina.



Grafikon 4.3.1.2 Vrsta psihičkih promjena i godine roditelje

Izvor: autorski rad

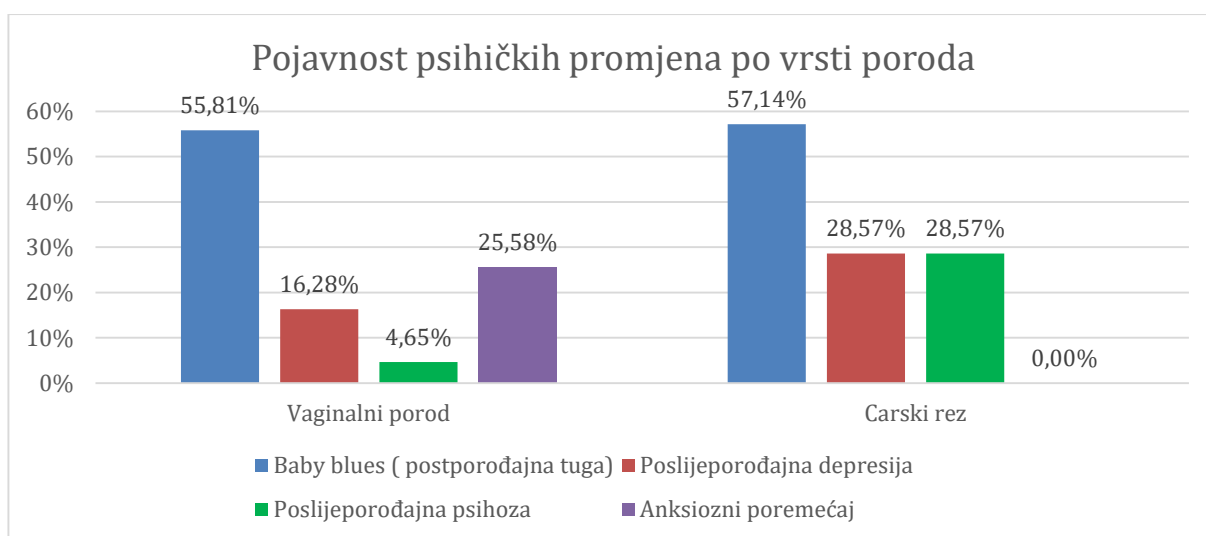
Po prikazanom grafikonu 4.3.1.2 možemo vidjeti da je Baby blues prisutan u svim dobnim skupinama. Najčešće se javlja kod žena u dobi od 26-35 godina, a najveći udio u vrstama psihičkih poteškoća po godinama Baby blues zauzima kod majki u dobi od 18-25 godina. Žene starije od 36 godina imaju najmanju pojavnost Baby blues-a.

Poslijeporođajna depresija se također najčešće javlja u roditelja mlađe životne dobi, postotak pojavljivanja je 14,29%, dok je u dobi od 26-35 godina u pola manja vjerojatnost pojavljivanja, svega 8,75%.

U ovoj anketi poslijeporođajna psihoza se javlja u dobi roditelja od 36 godina više (5,56%), u dobi od 26-35 godina postotak pojavljivanja izrazito malen, svega 1,25%, dok se u dobi od 18- 25 godina uopće ne pojavljuje. Rezultate za poslijeporođajnu psihozu treba promatrati s dozom opreza, budući da su samo dvije roditelje odgovorile potvrdno za taj poremećaj, pa uzorak nije dovoljno velik.

Anksiozni poremećaj se također pojavljuje u najvišem postotku kod roditelja u dobi od 36 godina i više, postotak je 22,22% i to je najčešći poremećaj koji se javlja u toj dobi, dok u dobi od 26-35 godina njegova vjerojatnost pojavljivanja pada i iznosi 8,75%, a u dobi roditelja od 18- 25 godina se uopće ne pojavljuje.

Pojavnost nastanka psihičkih promjena u ovisnosti o vrsti poroda

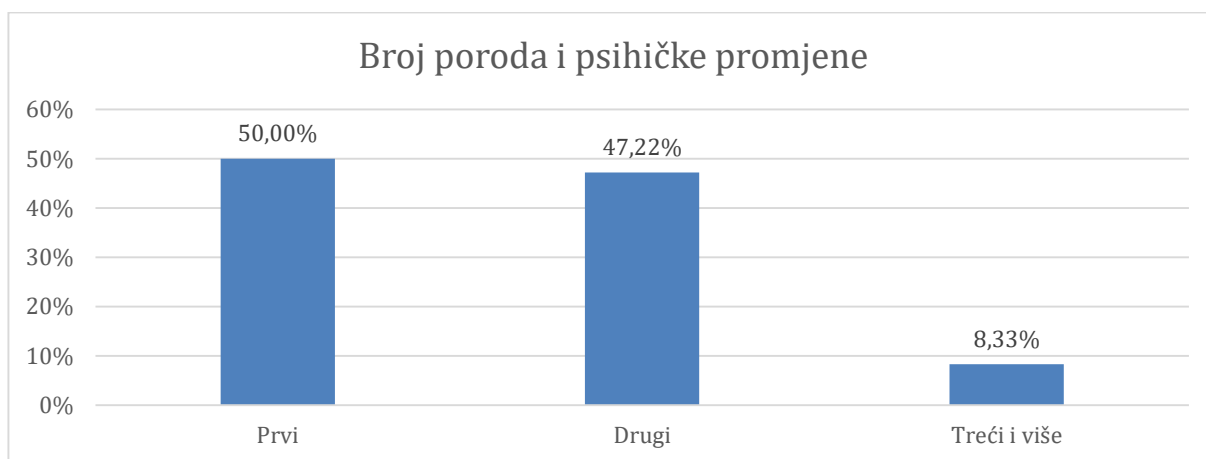


Grafikon 4.3.1.3 Postotak psihičkih promjena u ovisnosti o vrsti poroda

Izvor: autorski rad

Promatrajući ovisnost vrste poroda o nastanku psihičkih poteškoća, vidimo da je od 50 roditelja, koje su ispunile anketu, njih 43 rodilo vaginalnim putem, a 7 carskim rezom. Uspoređujući ukupan broj roditelja s vrstom poroda, dolazimo do rezultata da je njih 46,24% koje su rodile vaginalno imalo neku vrstu poremećaja, te njih 36,84% koje su rodile carskim rezom.

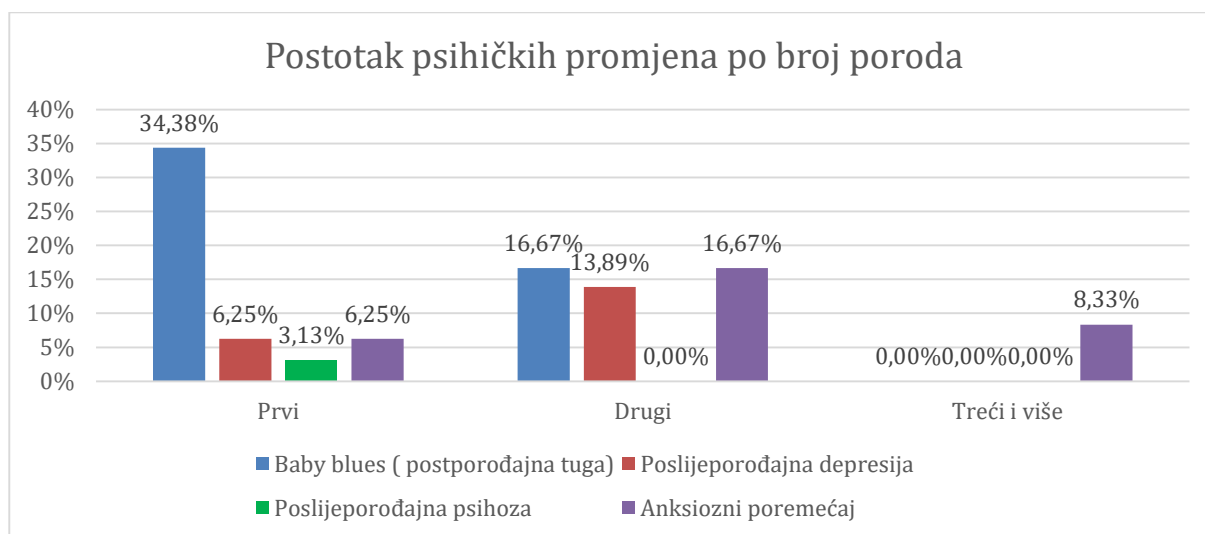
Pojavnost psihičkih promjena u ovisnosti o broju poroda



Grafikon 4.3.1.4 Nastanak psihičkih promjena ovisno o broju poroda

Izvor: autorski rad

Rezultati ankete govore da 50% majki koje su bile prvorotkinje iskusilo je neku vrstu psihičkih poteškoća dok je kod drugog poroda također velika vjerojatnost nastanka 47,22%, no kod trećeg i više to pojavljivanje izrazito pada i iznosi 8,33%.



Grafikon 4.3.1.5 Vrsta psihičkih poteškoća ili poremećaja po broju promjena

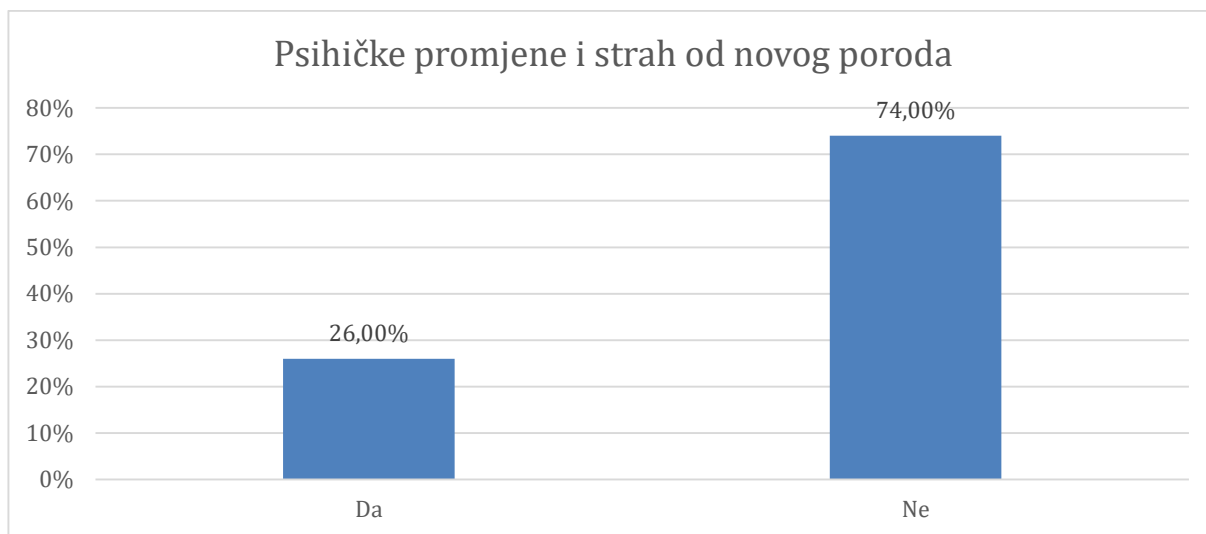
Izvor: autorski rad

Osvrnemo li se na grafikon 4.3.1.5 vidimo da majke koje su prvorotkinje, njih 34,38% doživjelo je Baby blues, dok je kod majki koje su imale drugi porod taj postotak skoro pa u pola manji, te iznosi 16,67%. Majke koje su imale treći porod i više Baby blues uopće nije bio prisutan.

Poslijeporođajna depresija se također ne pojavljuje kod majki koje su imale tri ili više poroda, dok je kod majki s drugim porodom postotak pojavljivanja najviši i iznosi 13,89%, a u prvorotkinja je taj postotak 6,25%. Poslijeporođajna psihoza se javljala samo kod prvorotkinja u postotku 3,13%, dok kod drugog, trećeg i više poroda taj slučaj pojavljivanja nije uočen.

Anksiozni poremećaj se javlja neovisno o broju poroda i jedini je koji se javlja kod trećeg ili više poroda.

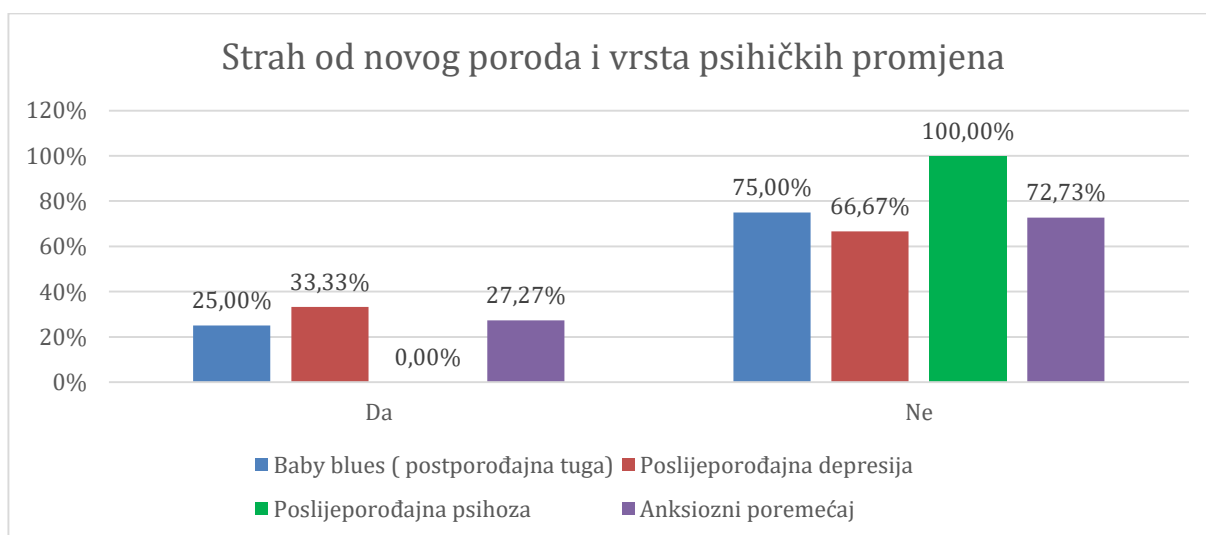
Psihicke promjene i strah od novog poroda



Grafikon 4.3.1.6 Psihicke promjene i nastanak straha od novog poroda

Izvor: autorski rad

Strah od novoga poroda kod majki koje su doživjele psihicke poteškoće ima 26% majki, dok 74% nema izražen taj strah. Alternativno, možemo također reći da 54,16% žena koje su doživjele neki oblik psihickih promjena ima strah od novog poroda.

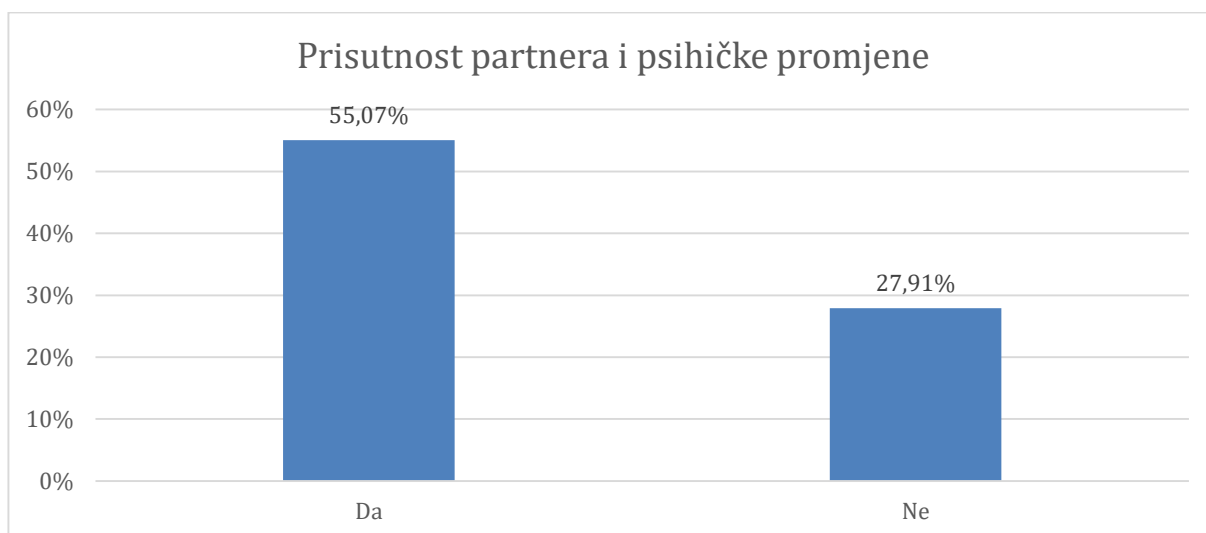


Grafikon 4.3.1.7 Strah od novog poroda ovisno o psihickim promjenama

Izvor: autorski rad

Kod majki koje su odgovorile da imaju prisutan strah, zabilježeno je da najviši strah imaju nakon poslijeporođajne depresije 33,33%, nakon njega slijedi strah od anksioznog poremećaja, 27,27%, zatim Baby blues 25,00%, dok strah nakon poslijeporođajne psihoze uopće nije prisutan.

Psihičke promjene i prisutnost partnera

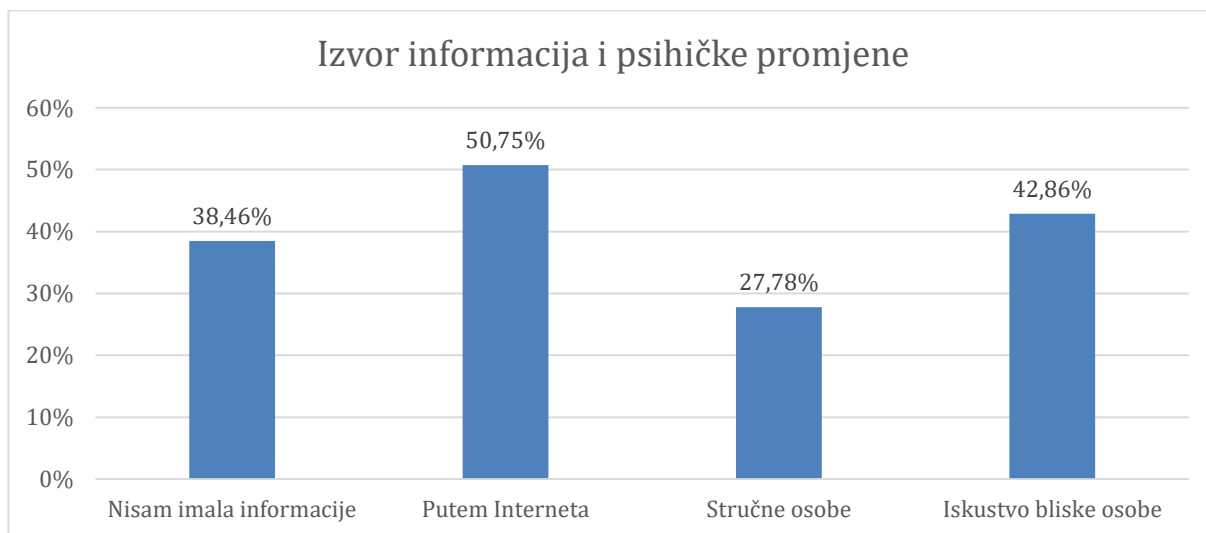


Grafikon 4.3.1.8 Prisutnost partnera i pojavljivanje psihičkih promjena

Izvor: autorski rad

Promatrajući rezultate vidimo da žene koje su imale podršku partnera za vrijeme poroda, njih 55,07% doživjelo je neku vrstu psihičkih poteškoća. Žene koje nisu imale partnera pri porodu, postotak pojavljivanja psihičkih poteškoća je manji i iznosi 27,91%.

Psihičke poteškoće i poremećaji i dostupnost informacija



Grafikon 4.3.1.9 Postotak razvoja psihičkih poteškoća u ovisnosti o izvoru informacija

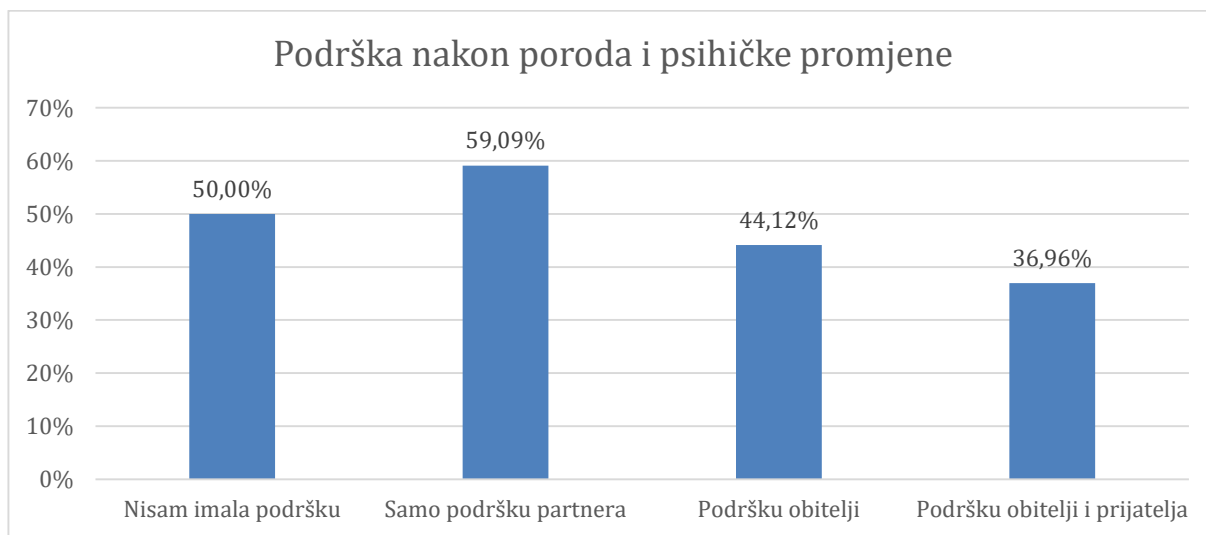
Izvor: autorski rad

Odgovarajući na anketu, 48,1% žena koje su imale poteškoće ili poremećaje odgovorilo je da je prije poroda bilo informirano o mogućnosti pojave psihičkih promjena, dok je 27,91% koje su imale promjene odgovorilo da nije bilo upoznato s mogućnošću nastanka. Grafikon 4.3.1.9 prikazuje izvor informacija i usporedno dobivenim informacijama pojavljivanje psihičkih promjena.

Vidimo da je veliki broj majki s proživljenim psihičkim promjenama došlo do željenih informacija putem Interneta, 50,75%. Informacije dobivene iskustvom bliske osobe imalo je 42,86% majki, dok postotak majki koje nisu imale informacije iznosi 38,46%.

Najniža pojavnost psihičkih promjena bila je kod majki koje su dobile informacije putem stručne osobe, u postotku iznosi 27,78% što je svakako pozitivno.

Psihičke poteškoće i poremećaji te podrška nakon poroda



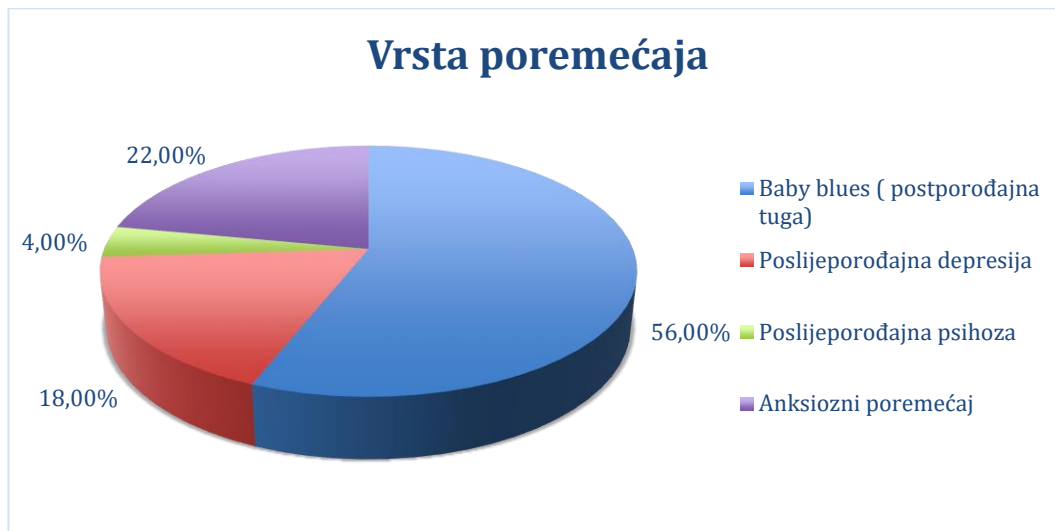
Grafikon 4.3.1.10 Podrška nakon poroda i nastanak psihičkih promjena

Izvor: autorski rad

Analizom odgovora na pitanje o podršci nakon poroda i nastanku psihičkih promjena, dolazimo do podataka koji nam govore da majke koje su imale samo podršku partnera imaju najveću šansu pojave psihičkih poteškoća ili poremećaja s 59,09%. Najniža stopa učestalosti pojavljivanja je kod majki koje imaju potpunu podršku obitelji i partnera, u postotku iznosi 36,96%.

Vrsta psihičkih poteškoća/poremećaja

Grafikon 4.3.1.11 najvažniji je za daljnje usporedbe. U njemu je normaliziran postotak pojedine vrste psihičkih promjena u odnosu na ukupan broj zabilježenih psihičkih promjena. Važno je napomenuti rezultate tog grafa u odnosu na ukupan rezultat, tj. da je 50/112 ispitanica ili 44,64% doživjelo neku vrstu psihičkih poteškoća ili poremećaja.

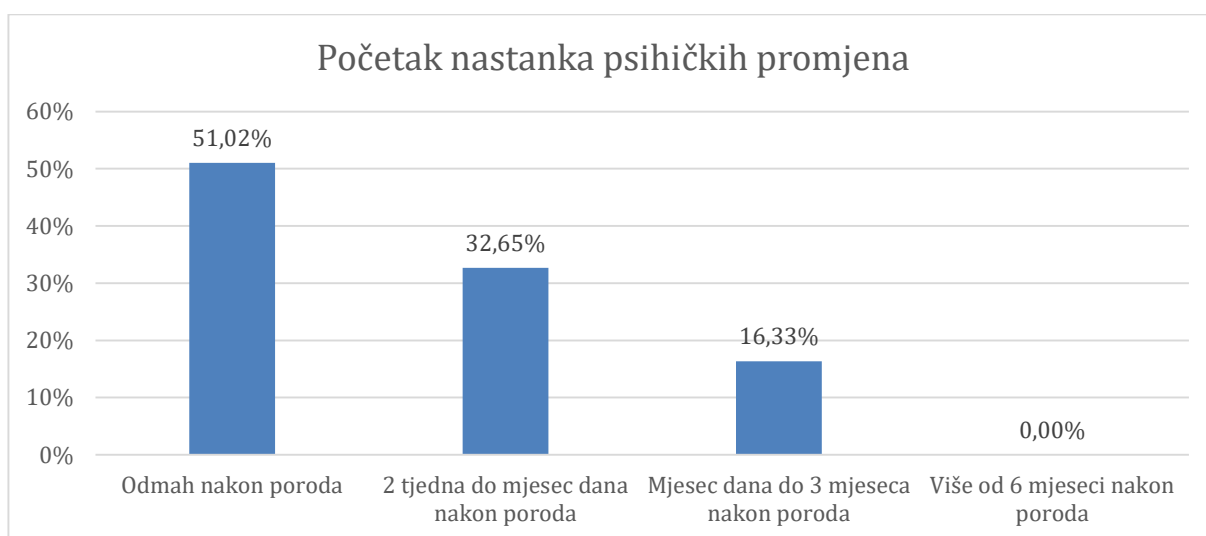


Grafikon 4.3.1.11 Učestalost pojedine vrste psihičkih promjena

Izvor: autorski rad

Najčešća poteškoća koja se javlja je Baby blues, njegov postotak iznosi 56,00%. Anksiozni poremećaj je drugi po redu učestalosti i iznosi 22,00%, zatim slijedi poslijeporođajna depresija 18,00%, i 4,00% iznosi poslijeporođajna psihoza.

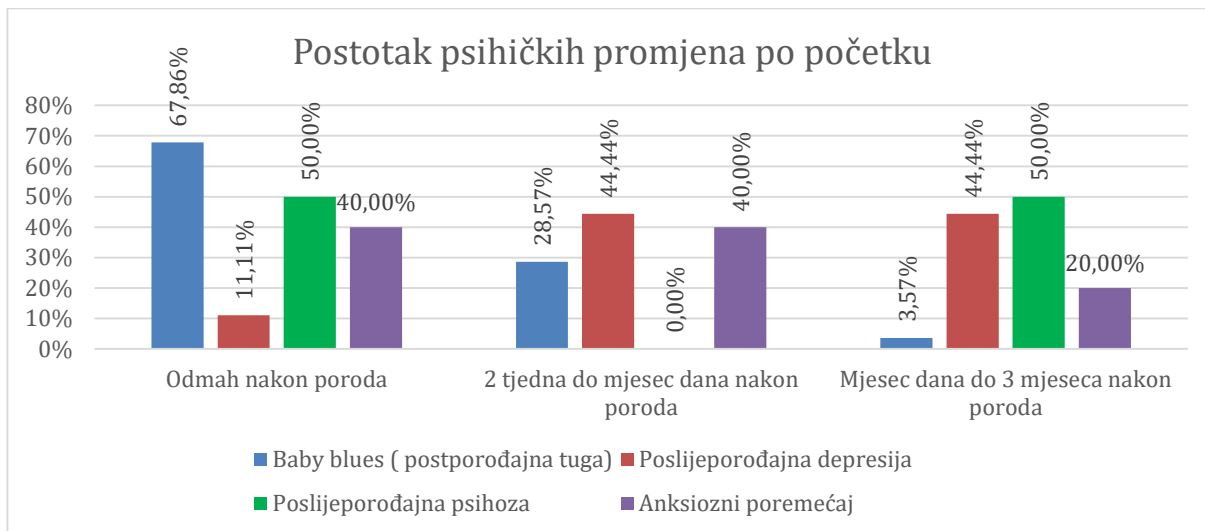
Početak psihičkih promjena



Grafikon 4.3.1.12 Početak nastanka psihičkih promjena

Izvor: autorski rad

Grafikon 4.3.1.12 prikazuje kad su vidljivi prvi simptomi (promjene raspoloženja, umor, plačljivost, nesanica...) odnosno. kad se efektivno može reći da je poremećaj ili poteškoća započeo. Početak psihičkih promjena se u većini slučajeva javlja odmah po porodu u postotku 51,02%, te postupno pada što se vidi iz priloženog. Žene koje ga nisu doživjele u prvih 3 mjeseca, najvjerojatnije ga neće niti doživjeti.



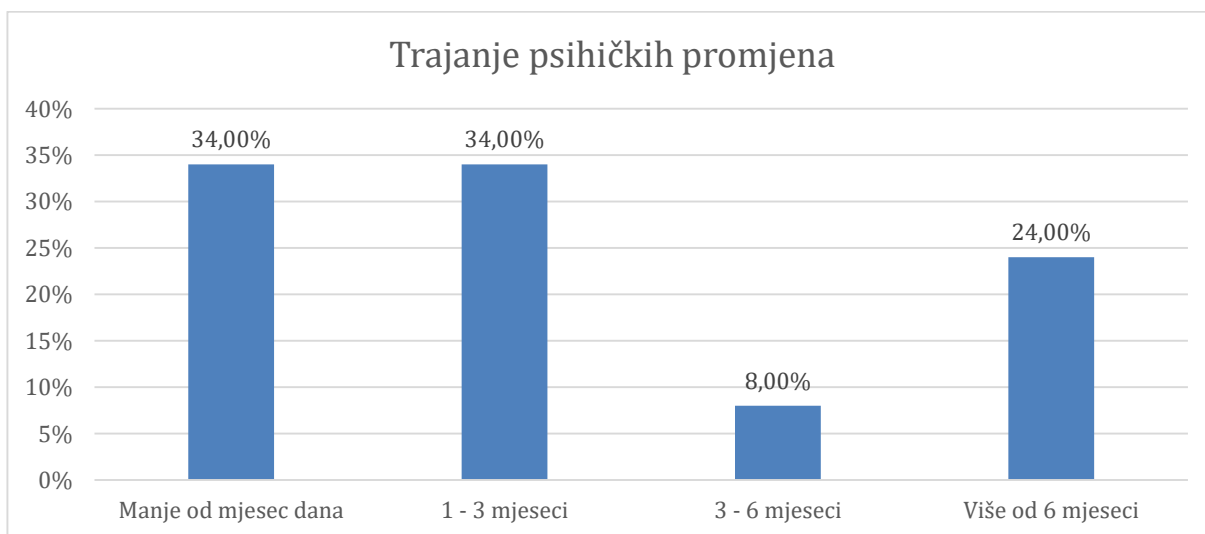
Grafikon 4.3.1.13 Nastanak pojedine vrste psihičkih promjena

Izvor: autorski rad

S grafikona 4.3.1.13 lijepo je vidljivo kako početak promjena ovisi o vrsti razvijene psihičke poteškoće ili poremećaja.

Trajanje psihičkih poteškoća i poremećaja

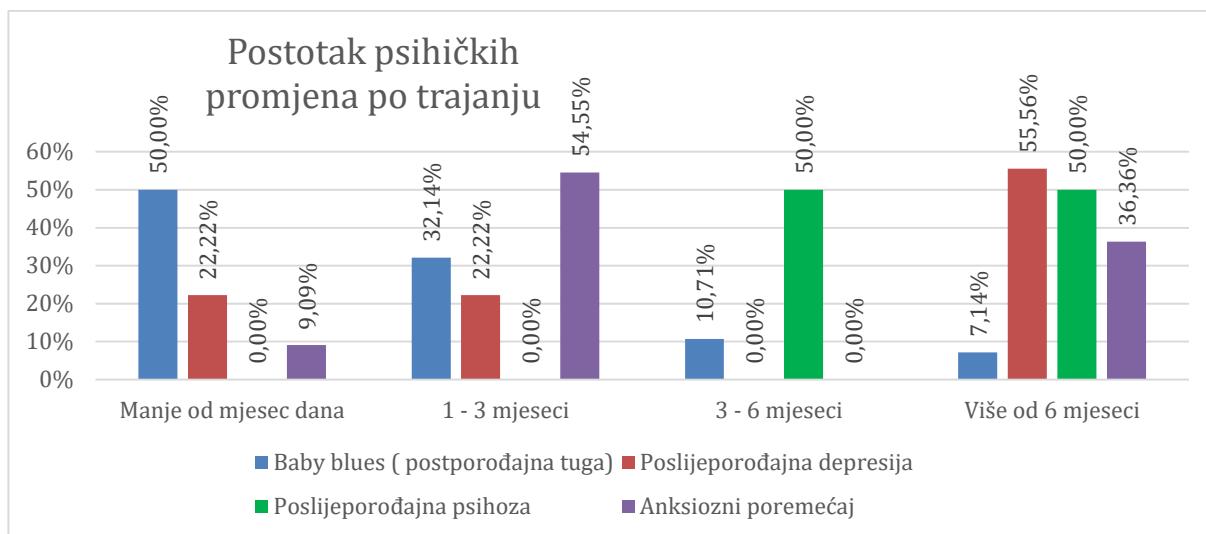
Osim odgovora na uzroke i posljedice psihičkih promjena, roditelje su davale i odgovor na trajanje simptoma, koji nam može prikazati koliko je pojedini poremećaj ozbiljan i štetan za zdravlje.



Grafikon 4.3.1.14 Trajanje psihičkih promjena

Izvor: autorski rad

Simptomi psihičkih promjena najčešće traju manje od mjesec dana, odnosno od 1 do 3 mjeseci, što znači da 68% psihičkih promjena traje kraće do 3 mjeseca. Od 3-6 mjeseci iznosi 8%, dok 24% iznosi sa 6 mjeseci i više.



Grafikon 4.3.1.15 Trajanje pojedine vrste psihičkih poteškoća ili poremećaja

Izvor: autorski rad

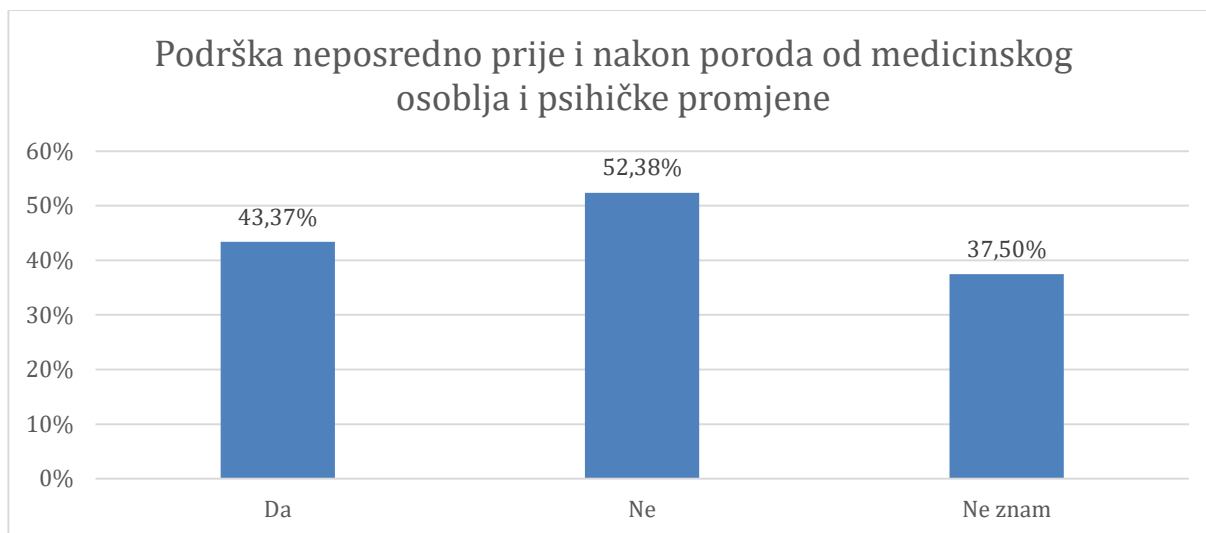
Ovaj grafički prikaz nam pokazuje kako je ozbiljnost pojedine vrste promjene usko povezana s njezinim trajanjem. Baby blues najčešće traje do mjesec dana, 50%, te kasnije postupno pada, što se zorno i prikazuje. vjerojatnost da traje više od 6 mjeseci je 7,14%.

Poslijeporođajna depresija najčešće traje duže od 6 mjeseci taj postotak je 55,56%, što zahtijeva i bolničko liječenje. Ukoliko se ne izliječi do 3 mjeseca nakon početka, zahtijeva i bolničko liječenje. Poslijeporođajna psihoza nikad ne traje kratko, najčešće traje 3 i više mjeseci.

Anksiozni poremećaj u pravilu traje do 3 mjeseca što vidimo po postotku 54,55%, dok u trećini slučajeva (36,36%) 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 vrlo važna. Grafikon 4.3.1.16 bavi se procjenom podrške medicinskog osoblja u bolnici prije i nakon poroda.

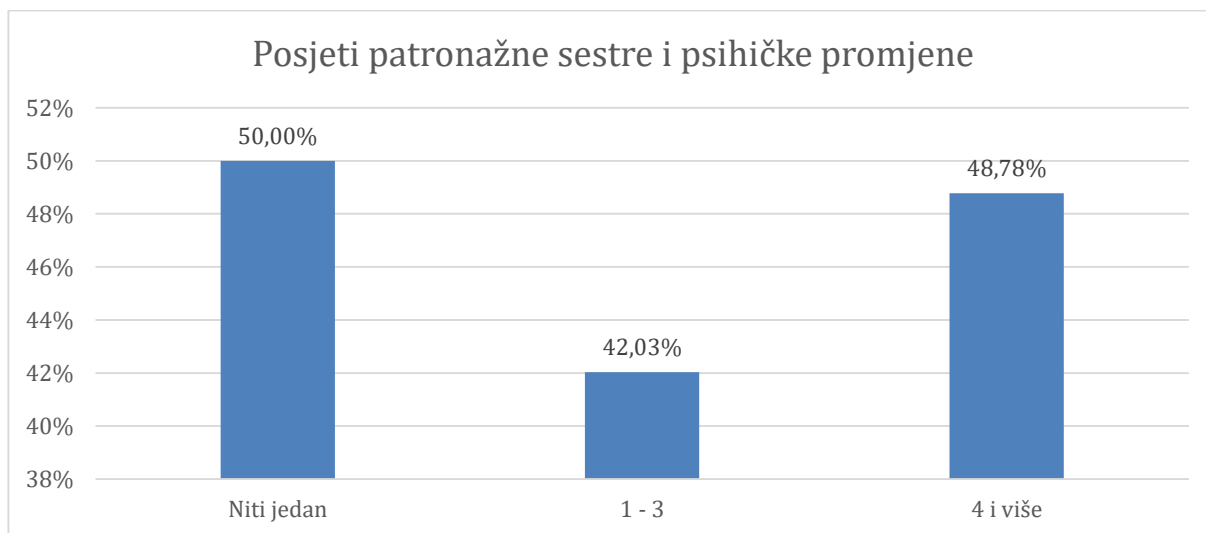


Grafikon 4.3.1.16 Podrška medicinskog osoblja u bolnici za vrijeme poroda

Izvor: autorski rad

Grafikon 4.3.1.16 prikazuje rezultate podrške prije poroda i usporedno tome i nastanak psihičkih promjena. Vidimo da majke koje nisu imale podršku prije poroda imale su neku vrstu psihičkih problema (52,38%). Majke s podrškom imale su nešto manje susreta sa psihičkim problemima, njih 43,37%, dok s neutvrđenom podrškom taj postotak je najmanji i iznosi 37,50%.

Posjeti patronažne sestre



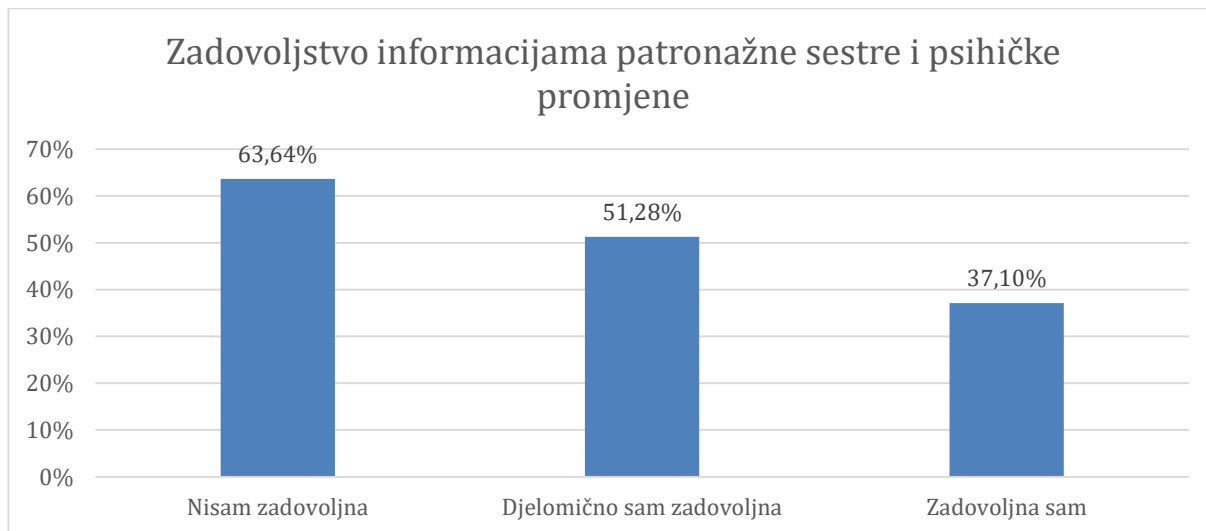
Grafikon 4.3.1.17 Učestalosti pojave psihičkih promjena o broju posjeta patronažne sestre

Izvor: autorski rad

Ovaj grafikon nam prikazuje koliko je broj posjeta patronažnih sestara nakon poroda utjecao na nastanak psihičkih promjena. Iz dobivenih rezultata čini se da je 1-3 posjeta optimalno, jer je tada udio nastanka psihičkih promjena najmanji (42,03%), dok s 4 i više posjeta, probleme je imalo 48,78% majki. Najveći postotak psihičkih promjena bio je za majke koje nisu imale niti jednu posjetu, ali treba uzeti u obzir da su samo 2 odgovora iz ankete bila takva.

Zadovoljstvo dobivenim informacijama od patronažne sestre

Osim učestalosti posjeta, važno je da su i sami posjeti kvalitetni i korisni za majku. Grafikon 4.3.1.18 prikazuje kako zadovoljstvo dobivenim informacijama od patronažne sestre utječe na učestalost pojave psihičkih problema.



Grafikon 4.3.1.18 Učestalost pojave psihičkih promjena u ovisnosti o zadovoljstvu informacijama od patronažne sestre Izvor: autorski rad

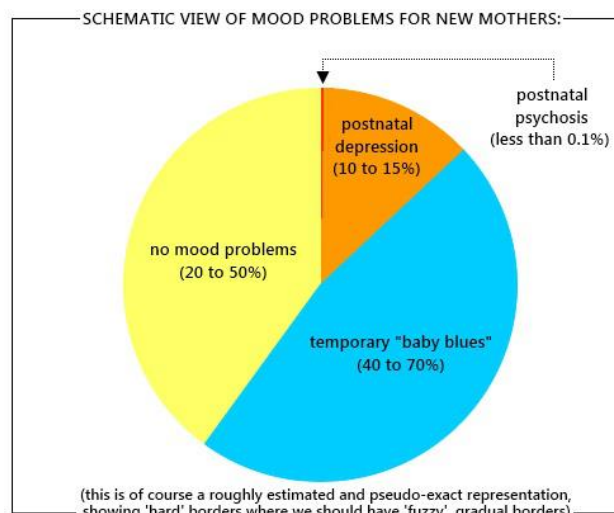
Kod roditelja koje nisu bile zadovoljne, čak 63,64% razvilo je neku vrstu psihičkih promjena, taj postotak pada na 51,28% kod roditelja koje su bile bar djelomično zadovoljne dobivenim informacijama. Od onih koje su bile te potpuno zadovoljne informacijama, samo njih 37,10% je razvilo neki oblik psihičkih problema.

5. Rasprava

Cilj rasprave je sumirati dobivene rezultate i pokušati objasniti dobivene rezultate. Rezultati će se usporediti s drugim izvorima te će se vidjeti u kojoj mjeri se dobiveni rezultati slični ili različiti. Kad promotrimo uzorak roditelja koje su ispunile anketu, vidimo da je većina njih 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 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 obje vrste 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 poslijeporođajnu depresiju, dok je najviša vjerojatnost pojavljivanja svih oblika promjena u dobi od 26- 35 godina, ali vrlo slično je i s roditeljama dobne skupine od 36 godina i više. Zanimljiv je podatak da se u ovoj anketi poslijeporođajna depresija ne javlja u kasnijoj životnoj dobi, roditelje od 36 godina na više.

Ispitivana je pojavnost postpartalnih psihičkih promjena u ovisnosti o broju poroda. Iako razlike između jednog i dva poroda nije velika, za tri i više poroda pojavnost se znatno smanjuje. Razlog je što majka ima puno više iskustva te se lakše suočava s odgovornostima koje dijete donosi. Drugi razlog je što su žene upućene u sam proces poroda, te znaju kroz što sve moraju proći.

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 sve odgovore, samo 21,43% žena odgovorilo je da ima strah od novog poroda, ali kad se promotre samo majke koje su doživjele psihičke promjene, taj postotak iznosi 26%, dakle znači da psihičke promjene mogu negativno utjecati na želju za novim djetetom, ali taj utjecaj nije značajan (povećanje za 23%). Poslijeporođajna psihoza je najozbiljniji poremećaj, ali obje žene iz ankete koje su iskusile taj poremećaj su odgovorile da nemaju strah od novog poroda. Prema dobivenim rezultatima, najčešća poteškoća bio je Baby blues (25%), nakon toga slijede anksiozni poremećaji (9,82%), poslijeporođajna depresija (8,04%) i poslijeporođajna psihoza (1,79%). Promatrajući grafikon 5.1 i tablicu 5.1 vidimo da se ovi rezultati uglavnom slažu s izvorima s Interneta. U našoj 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/> [20]

Obzirom na početak poremećaja i njihovo trajanje, dobili smo sljedeće rezultate. Baby blues - najčešće započinje odmah nakon poroda i vjerojatnost za nastanak linearno pada, većinom traje manje od mjesec dana. Poslijeporođajna depresija - obično se javlja kasnije, 2 tjedna do mjesec dana nakon poroda, najčešće traje do 3 mjeseca, ali može potrajati i dulje od 6 mjeseci. Poslijeporođajna psihoza - zbog malenog broja odgovora teško donijeti zaključak, ali prema anketi traje 3 i više mjeseci. Anksiozni poremećaj – vjerojatnost za nastanak jednakomjerno raspoređena do mjesec dana nakon poroda, nakon toga pojavnost za nastanak upola manja, obično traje do 3 mjeseca, ali mogu potrajati i više od 6 mjeseci. Podudarnost dobivenih rezultata s tablicom br. 5.1 je vidljiva.

Postpartum Mood Disorders			
Disorder	Incidence	Treatment	Presentation
Maternity blues	26 to 85%	Support and reassurance	80% resolve by week 2; 20% evolve to PPD
Adjustment Disorder	About 20%	Support/reassurance psychotherapy	Excessive difficulties adjusting to motherhood
Postpartum Depression	10 to 20%	Antidepressants, mood stabilizers & psychotherapy	Onset within 1 year Agitated Major depression often with obsessions.
Postpartum Psychosis/Mania	0.2%	Hospitalization; antipsychotics; mood stabilizers; benzodiazepines; antidepressants; ECT	Onset after PP day 3. Mixed/rapid cycling. Risk of infanticide.

Tablica 5.1 Pojavnost i simptomi postpartalnih poremećaja

Izvor: PPD presentation PCA NJ conference [21]

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 niti jedna žena nije osjetila početak poremećaja kad je prošlo više od 6 mjeseci od poroda. Objašnjenje ove povezanosti je trivijalno, budući da se najveći stres javlja odmah nakon poroda i majka je tad u najvećoj krizi. Kako vrijeme odmiče, majka se lakše može posvetiti brizi za svoje dijete.

Većina literature govori kako je za majku najvažnije da ima potporu okoline. U ovoj anketi se evaluira i kvantificira kolika je značajnost te potpore. Potpora je podijeljena na tri skupine osoba koje okružuju majku: partner, obitelj te prijatelji. Potpora partnera vrlo je važna jer on najviše vremena provodi s majkom i zajednički s njom odgaja dijete. Međutim, u anketi se uočava negativan trend da majke kod kojih je partnera bio kod poroda imaju veću pojavnost poteškoća od majki koje su rađale same. Majke koje su imale samo podršku partnera nakon poroda, imali su veću pojavnost post partalnih poteškoća čak i od majki koje nisu imale nikakvu podršku. Ipak, uočava se da majke koje imaju podršku i partnera i prijatelja imaju najmanju pojavnost poteškoća – 36,96%.

Majke se o mogućnosti poslijeporođajnih poteškoća informiraju na više načina, primjerice. Internetom, preko poznanica ili preko stručnih osoba. 70,54% 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 kontra intuitivan, ali može se zaključiti da je informiranost neki način sugestije za nastanak, jer govori da su psihičke promjene nakon poroda normalna pojava. Od mogućih izvora informacija, žene najčešće posežu za Internetom koji je najlakši, ali ne i najbolji način u pronalasku odgovora.

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. Tu treba posebno istaknuti patronažnu sestru 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. Ne smije se davati površna potvrda, tješjenje i žaljenje, nego se treba majci dati mogućnost da sama sudjeluje u donošenju odluka.

Učestalost pojedine vrste psihičkih promjena u zavisnosti o dobivenim informacijama nije ispitivana, jer se želi naglasak staviti na prevenciju, da posjeti patronažne sestre smanje mogućnost nastanka poremećaja i ublaže posljedice. Informacije su zadovoljavajuće, vidi se da majke koje dobivaju dobre informacije od patronažne sestre imaju 36% manju šansu za razviti neki oblik psihičkih poteškoća.

6. Zaključak

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

Kroz istraživanje je utvrđeno kako pojedini čimbenici utječu na nastanak, trajanje i vrstu psihičkih promjena. Redosljedno 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 na one majke koje su potvrdno odgovorile da su iskusile neku vrstu psihičkih promjena u postpartalnom razdoblju. Pitanja su podijeljena u nekoliko smislenih cjelina. Posebna pažnja posvećena je ulozi patronažne sestre i njezinom utjecaju na majku.

Analizirajući rezultate istraživanja, treba imati na umu podatak da je 112 majki odgovorilo na anketu, a 50 ih je potvrdno odgovorilo da su iskusile psihičke promjene, što iznosi 44,64%.

Prva cjelina bavila se općim informacijama o majci, kao što je dob, vrsta poroda i broj poroda. Promatrajući dobivene odgovore, možemo zaključiti da je Baby blues najčešća poteškoća i javlja se neovisno o dobi majke. Poslijeporođajna depresija, anksiozni poremećaj i poslijeporođajna 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 broj poroda. Proživljene psihičke smetnje povećavaju strah od novog poroda, ali razlika nije značajna

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 poslijeporođajna depresija i anksiozni poremećaj, a najrjeđe poslijeporođajna psihoza. Što je više prošlo od poroda, manja je vjerojatnost za nastanak psihičkih promjena. Trajanje ovisi o vrsti poremećaja, ozbiljniji poremećaji traju najdulje

Podrška medicinskog osoblja za vrijeme poroda može smanjiti stres i šansu za nastanak psihičkih promjena. Posjeti patronažne sestre su važni, ali osim što ne smiju izostati, ne pomaže niti prevelika učestalost. Ukoliko patronažna sestra bolje prenosi informacije, to je manja pojavnost psihičkih promjena.

Psihičke poteškoće i poremećaji u postpartalnom razdoblju su česti problem, koji se ne liječi često. Iako se ponekad smatra da su ti poremećaji ponekad normalna pojava, sam podatak da je čak 44,64% 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 isčitati direktna korelacija između savjesnog i kvalitetnog rada patronažne sestre te manjeg udjela roditelja s proživljenim psihološkim poteškoćama i poremećajima.

U Varaždinu _____2017.

Marija Pauković

7. Literatura

- [1] http://www.cybermed.hr/clanci/poslijeporodajni_psihicki_poremecaji dostupno 26.12.2015
- [2] I. Živoder: Nastavni tekstovi, Zdravstvena njega djeteta, Sveučilište sjever.
- [3] <http://www.roda.hr/portal/porod/nakon-poroda/baby-blues-poslijeporodajna-depresija-i-psihoza.html>, dostupno 10.12.2014.
- [4] <http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/3037/Poslijeporodajna-depresija.html>, dostupno 10.10.2003.
- [5] T. Pearlstein, M. Howard, A. Salisbury, C. Zlotnick: Postpartum depression Am J Obstet Gynecol. 2009 Apr; 200 (4): 357–364.
- [6] <http://www.index.hr/Mame/clanak/koja-je-razlika-baby-blues-postporodajna-depresija-i-psihoza/764632.aspx> dostupno 9.8.2014.
- [7] <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problemsdisorders/postpartumpsychosis.aspx> dostupno 4.2014.
- [8] <https://www.plivazdravlje.hr/bolest-clanak/bolest/2571/Anksiozni-poremecaji.html#20749>
- [9] <http://www.zdrav-zivot.com.hr/izdanja/kako-se-odmoriti-a-ne-umoriti-preko-ljeta/psihijatrijske-bolesti-i-trudnoca/>
- [10] <https://www.zdravobudi.hr/clanak/225/psihicki-poremecaji-u-trudnoci-2-dio> 26 dostupno 23.12.2015.
- [11] S. Majhen: Njega pacijentica oboljelih od postporodajne depresije, Diplomski rad, Visoka tehnička škola u Bjelovaru, Bjelovar, listopad 2016.
- [12] <https://www.hrleksikon.info/definicija/empatija.html> Hrvatski leksikon 2017.
- [13] Z. Pukljak Iričanin, O. Petrak: Uloga empatije u procesu promjene zdravstvenog ponašanja, Katedra za zdravstvenu psihologiju, Visoka zdravstvena škola, Zagreb svibanj, 2004.
- [14] L. Bajkovec: Empatija medicinskih sestara, Diplomski rad, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2016.
- [15] <http://old.obbj.hr/Portals/OBBJ/Vijesti/Psihijatrija/znanjem-cuvamo-zdravlje/3.4-kontrola-emocija-disanje-i-meditacija.pdf>
- [16] http://www.bolnicarab.hr/hr/art_terapija/86/34, dostupno 30.03.2017.
- [17] <http://ordinacija.vecernji.hr/budi-sretan/upoznaj-sebe/terapija-glazbom-sve-popularnija> 22
- [18] <http://www.centarzdravlja.hr/zdrav-zivot/zdravlje-opcenito/masaza-kao-lijek/>, dostupno 04.03.2012.
- [19] Državni zavod za statistiku - Prirodno kretanje stanovništva u 2009. Zagreb, 2010
- [20] <https://knowpostpartumdepression.wordpress.com/> dostupno 20.9.2014.
- [21] <https://www.slideshare.net/rbrogden/ppd-presentation-pca-nj-conference>

Popis tablica i grafikona

Tablica 2.5.1 Usporedba poremećaja, Izvor: autorski rad	8
Grafikon 4.3.1 Dob roditelja koje su ispunile anketu, Izvor: autorski rad	13
Grafikon 4.3.2 Prosječna starost majke pri porodu za period od 1960. – 2005. Izvor: Državni zavod za statistiku [19]	13
Grafikon 4.3.3 Broj poroda Izvor: autorski rad	14
Grafikon 4.3.4 Način poroda Izvor: autorski rad.....	14
Grafikon 4.3.5 Strah od novog poroda Izvor: autorski rad.....	15
Grafikon 4.3.6 Informacije o mogućnosti nastanka psihičkih promjena Izvor: autorski rad	15
Grafikon 4.3.7 Informiranost majke prije poroda i izvor informacija o psihološkim poteškoćama i poremećajima Izvor: autorski rad	16
Grafikon 4.3.8 Prisutnost partnera prilikom poroda Izvor: autorski rad	16
Grafikon 4.3.9 Vrsta socijalne podrške nakon poroda Izvor: autorski rad.....	17
Grafikon 4.3.10 Vrste psihičkih promjena koje su majke doživjele Izvor: autorski rad	17
Grafikon 4.3.11 Početak nastanka psihičkih promjena Izvor: autorski rad.....	18
Grafikon 4.3.12 Period trajanja psihičkih promjena Izvor: autorski rad	18
Grafikon 4.3.13 Podrška majci od strane medicinskog osoblja neposredno prije i za vrijeme poroda Izvor: autorski rad.....	19
Grafikon 4.3.14 Broj posjeta patronažne sestre nakon poroda Izvor: autorski rad	19
Grafikon 4.3.15 Posjete patronažne sestre i zadovoljstvo dobivenim informacijama Izvor: autorski rad	20
Grafikon 4.3.1.1 Vjerojatnost nastanka psihičkih promjena u ovisnosti o godinama Izvor: autorski rad	21
Grafikon 4.3.1.2 Vrsta psihičkih promjena i godine roditelja Izvor: autorski rad	21
Grafikon 4.3.1.3 Postotak psihičkih promjena u ovisnosti o vrsti poroda Izvor: autorski rad	22
Grafikon 4.3.1.4 Nastanak psihičkih promjena ovisno o broju poroda Izvor: autorski rad	23
Grafikon 4.3.1.5 Vrsta psihičkih poteškoća ili poremećaja po broju promjena Izvor: autorski rad	23
Grafikon 4.3.1.6 Psihičke promjene i nastanak straha od novog poroda Izvor: autorski rad.....	24
Grafikon 4.3.1.7 Strah od novog poroda ovisno o psihičkim promjenama Izvor: autorski rad	24
Grafikon 4.3.1.8 Prisutnost partnera i pojavljivanje psihičkih promjena Izvor: autorski rad	25
Grafikon 4.3.1.9 Postotak razvoja psihičkih poteškoća u ovisnosti o izvoru informacija Izvor: autorski rad	25
Grafikon 4.3.1.10 Podrška nakon poroda i nastanak psihičkih promjena Izvor: autorski rad.....	26

Grafikon 4.3.1.11 Učestalost pojedine vrste psihičkih promjena Izvor: autorski rad	27
Grafikon 4.3.1.12 Početak nastanka psihičkih promjena Izvor: autorski rad.....	27
Grafikon 4.3.1.13 Nastanak pojedine vrste psihičkih promjena Izvor: autorski rad	28
Grafikon 4.3.1.14 Trajanje psihičkih promjena Izvor: autorski rad	28
Grafikon 4.3.1.15 Trajanje pojedine vrste psihičkih poteškoća ili poremećaja Izvor: autorski rad	29
Grafikon 4.3.1.16 Podrška medicinskog osoblja u bolnici za vrijeme poroda Izvor: autorski rad	30
Grafikon 4.3.1.17 Učestalosti pojave psihičkih promjena o broju posjeta patronažne sestre Izvor: autorski rad	30
Grafikon 4.3.1.18 Učestalost pojave psihičkih promjena u ovisnosti o zadovoljstvu informacijama od patronažne sestre Izvor: autorski rad.....	31
Grafikon 5.1 Postotak postpartalnih poremećaja Izvor: https://knowpostpartumdepression.wordpress.com/ [20]	33
Tablica 5.1 Pojavnost i simptomi postpartalnih poremećaja Izvor: PPd presentation PCA NJ conference [21]	33

Prilog 1

ANKETNI UPITNIK

Poštovani, molim Vas da odvojite dio svog vremena i ispunite anketu. Anketa je anonimna i dobrovoljna, a provodi se isključivo u svrhu izrade završnog rada na studiju Sestrinstva. Molim Vas da budete što iskreniji u odgovorima. Hvala na odvojenom vremenu.

1. Vaša dob je:

- <18
- 18-25
- 26-35
- 36 i više

2. Način Vašeg poroda bio je:

- Vaginalni porod
- Carski rez

3. Ovaj porod Vam je bio:

- Prvi
- Drugi
- Treći i više

4. Je li partner bio prisutan kod poroda?

- Da
- Ne

5. Jeste li dobili dovoljnu podršku od medicinskog osoblja neposredno prije i za vrijeme poroda?

- Da
- Ne
- Ne znam

6. Jeste li prije poroda bile upoznate o mogućnosti pojave postporođajnih psiholoških poteškoća?

- Da
- Ne

7. Na koji način ste došli do informacija o mogućnosti pojave psiholoških poteškoća nakon poroda?

- Nisam imala informacije
- Putem Interneta
- Stručne osobe
- Iskustvo bliske osobe

8. Jeste li nakon poroda imale koji od sljedećih psiholoških poteškoća/poremećaja?

- Nisam imala poteškoća
- Baby blues (postporođajna tuga)

- Poslijeporođajna depresija
- Poslijeporođajna psihoza
- Anksiozni poremećaj

9. Kad je započeo period psiholoških promjena?

- Nisam imala promjena
- Odmah nakon poroda
- 2 tjedna do mjesec dana nakon poroda
- Mjesec dana do 3 mjeseca nakon poroda
- Više od 6 mjeseci nakon poroda

10. Koliko dugo je trajao period prisutnosti psiholoških promjena?

- Nisam imala promjena
- Manje od mjesec dana
- 1 - 3 mjeseci
- 3 - 6 mjeseci
- Više od 6 mjeseci

11. Kakvu podršku ste imali nakon poroda?

- Nisam imala podršku
- Samo podršku partnera
- Podršku obitelji
- Podršku obitelji i prijatelja

12. Koliko ste posjeta patronažne sestre imali nakon poroda?

- Niti jedan
- 1 - 3
- 4 i više

13. Jeste li zadovoljni informacijama i pomoći koju ste dobili od patronažne sestre?

- Nisam zadovoljna
- Djelomično sam zadovoljna
- Zadovoljna sam

14. Imate li nakon ovog poroda strah od sljedeće trudnoće?

- Da
- Ne

Sveučilište
SjeverIZJAVA 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, MARIJA PAUKOVIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom PSIHIČKE POTREŠKOĆE/PORUKE U RAZDOBJU BARDINJA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Marija Pauković
(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, MARIJA PAUKOVIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom PSIHIČKE POTREŠKOĆE/PORUKE U RAZDOBJU BARDINJA (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Marija Pauković
(vlastoručni potpis)