

Postporođajna depresija

Gregurek, Korina

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:908202>

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

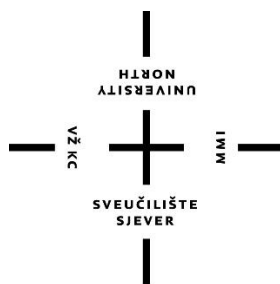
Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-16**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





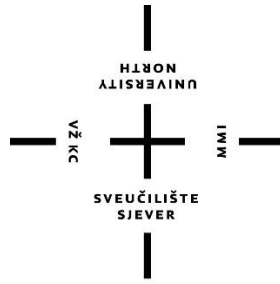
Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1585/SS/2022

Postporodajna depresija

Korina Gregurek, 4252/336

Varaždin, rujan 2022. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1585/SS/2022

Postporođajna depresija

Student

Korina Gregurek, 4252/336

Mentor

Andreja Bogdan, viši predavač

Varaždin, rujan 2022. godine

Predgovor

Prvenstveno, zahvaljujem se mojoj obitelji koja mi je bila najveća podrška, motivacija i koja je vjerovala u mene tijekom studiranja. Hvala svim profesorima, mentorima, kolegama i ostalim fakultetskim djelatnicima na pruženom znanju i vještinama s ciljem stjecanja fakultetske naobrazbe.

Veliko hvala mentorici Andreji Bogdan, viši predavač, koja mi je pomogla tijekom procesa izrade završnog rada i koja mi je uvijek bila na raspolaganju.

Za kraj, zahvaljujem svim sudionicima ankete koji su izdvojili vrijeme i iskreno ispunili anketu.

Sažetak

Postporođajna depresija obično se javlja mjesec ili dva nakon poroda, no može se dogoditi bilo kada u prvoj godini djetetova života. Javlja se ne samo kod prvorotkinja, već i nakon rođenja drugog ili trećeg djeteta. Najčešći simptomi postporođajne depresije su suzenje, poteškoće s koncentracijom, smanjen ili povećan apetit, udaljenost od obitelji i prijatelja, uporni osjećaj krivnje, tjeskoba, poremećaj sna i glavobolje.

Iako je imati dijete najbolja stvar u životu žene, ipak je normalno da se žena nakon poroda osjeća umorno, neraspoloženo i razdražljivo. Razlog su razne fizičke, emocionalne i hormonske promjene koje žene doživljavaju tijekom trudnoće i nakon poroda.

Trećeg do petog dana nakon poroda većina majki doživljava fazu "baby bluesa" koju karakteriziraju umor, neraspoloženje, tuga i pretjerano dojenje bebe. Ova faza je sasvim normalna, ali ako traje dulje od mjesec dana, može ukazivati na postporođajnu depresiju. Na pojavu postporođajne depresije utječu prethodna životna iskustva i ono što se iz tih iskustava uči. Stoga traumatska iskustva tijekom poroda, poput ekstremne boli, neizvjesnosti i straha, mogu potaknuti pojavu simptoma depresije. Podrška obitelji je važna, posebno od strane partnera. Potpuno izraženi osjećaji ljubavi partnera, zajedno sa specifičnom pomoći i podrškom, mogu spriječiti žene da se osjećaju same pred zahtjevima koji dolaze s njima. Kada osoba ili član obitelji ili prijatelj prepozna simptome depresije, potrebno je potražiti stručnu pomoć. Depresija je indikacija za primjenu kognitivno bihevioralne psihoterapije. Ako je potrebno uključiti lijekove, potrebna je konzultacija s psihijatrom.

Cilj ovog istraživanja je bio ispitati žene u kolikoj mjeri su imale emocionalne poteškoće nakon poroda i saznati kako su se žene nosile sa postporođajnom depresijom. Za potrebe istraživanja konstruirana je anketa koja je provedena online putem u periodu od mjeseca kolovoza do mjeseca rujna 2022.godine. Prikupljeni podaci obrađeni su grafički. Rezultati istraživanja pokazali su da je najveći broj žena imao postporođajnu tugu („baby blues“), a najmanji broj žena imao je postporođajnu psihozu. Većina žena dobila je podršku od strane partnera te njihove emocionalne poteškoće nisu utjecale u velikoj mjeri na njih.

Ključne riječi: postporođajna depresija, psihijatar, porod, lijekovi, stres

Summary

Postpartum depression usually occurs a month or two after giving birth, but it can happen anytime in the first year of a child's life. It occurs not only in first-time mothers, but also after the birth of a second or third child. The most common symptoms of postpartum depression are tearfulness, difficulty concentrating, decreased or increased appetite, distance from family and friends, persistent feelings of guilt, anxiety, sleep disturbances, and headaches.

Although having a child is the best thing in a woman's life, it is still normal for a woman to feel tired, moody and irritable after giving birth. The reason is various physical, emotional and hormonal changes that women experience during pregnancy and after childbirth.

On the third to fifth day after giving birth, most mothers experience the "baby blues" phase, which is characterized by fatigue, low mood, sadness and excessive breastfeeding. This phase is completely normal, but if it lasts longer than a month, it may indicate postpartum depression. The occurrence of postpartum depression is influenced by previous life experiences and what they learn from those experiences. Therefore, traumatic experiences during childbirth, such as extreme pain, uncertainty and fear, can trigger symptoms of depression. Family support is important, especially from the partner. Fully expressed feelings of love from a partner, together with specific help and support, can prevent women from feeling alone in the face of the demands that come with them. When a person or a family member or friend recognizes the symptoms of depression, it is necessary to seek professional help. Depression is an indication for the application of cognitive behavioral psychotherapy. If it is necessary to include medication, a consultation with a psychiatrist is required.

The aim of this research was to examine the extent to which women had emotional difficulties after childbirth and to find out how women coped with postpartum depression. For the purposes of the research, a survey was constructed that was conducted online in the period from August to September 2022. The collected data were processed graphically. The results of the research showed that the largest number of women had postpartum sadness ("baby blues"), and the smallest number of women had postpartum psychosis. Most of the women received support from their partners and their emotional difficulties did not affect them to a great extent.

Key words: postpartum depression, psychiatrist, childbirth, drugs, stress

Popis korištenih kratica

PPD – postporođajna depresija

IPT – interpersonalna psihoterapija

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

PMS – postmenstrualni sindrom

HPA - hipotalamusno-hipofizno-nadbubrežna žlijezda

ICD – Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema

EPDS - Edinburška ljestvica postnatalne depresije

SSRI - selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

SNRI – inhibitori ponovnog preuzimanja serotonin-norepinefrina

TMS – transkranijalna magnetska stimulacija

CBT – kognitivno-bihevioralna terapija

ECT– elektrokonvulzivna terapija

FDA- prema eng. Food and drug administration

IV - intravenozna

TSH– tiroidea stimulirajući hormon

T4 - tiroksin

ADHD – prema eng. Attention Deficit and Hyperactivity Disorder

UK - Ujedinjeno Kraljevstvo

SPSS– statistički softver

PHQ-9 – prema eng. Patient Health Questionnaire

MDD – veliki depresivni poremećaj

AOR – prema eng. Adjusted Odds Ratio

sur. - suradnici

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Postporođajna depresija.....	3
2.1. Etiologija.....	3
2.1.1. Faktori rizika	3
2.2. Epidemiologija	4
2.3. Patofiziologija	4
2.4. Povijest i simptomi.....	5
2.5. Evaluacija.....	7
2.6. Liječenje.....	7
2.7. Diferencijalna dijagnoza	9
2.7.1. Baby Blues	9
2.7.2. Hipertireoza ili hipotireoza.....	9
2.7.3. Postporođajna psihoza.....	9
2.8. Prognoza i komplikacije	10
3. Uloga medicinske sestre u skrbi žene sa postporođajnom depresijom	10
3.1. Menadžment sestrinstva.....	11
3.2. Identifikacija ishoda	11
3.3. Koordinacija skrbi	11
3.4. Zdravstvena nastava i promicanje zdravlja.....	12
4. Istraživački dio rada	13
4.1. Cilj istraživanja	13
4.2. Metode rada.....	13
4.3. Rezultati	18
4.4. Rasprava.....	29
5. Zaključak	31
6. Literatura	33

1. Uvod

Postporođajna depresija (PPD) je poremećaj raspoloženja koji pogađa otprilike 10-15% odraslih majki godišnje sa simptomima depresije koji traju više od 6 mjeseci među 25-50% oboljelih [1]. Postporođajna depresija često se javlja unutar nekoliko mjeseci do godinu dana nakon poroda. Međutim, neke su studije izvijestile o pojavi postporođajne depresije 4 godine nakon rođenja [2]. Uzroci PPD-a mogu biti fiziološki, situacijski ili multifaktorski [3].

Glavni predisponirajući čimbenici za razvoj PPD-a su društvene prirode, obično stresni životni događaji, stres oko djeteta, a čini se da prenatalna anksioznost ima prediktivnu vrijednost za PPD. Osim toga, povijest prethodne epizode PPD-a [4], bračni sukob i samohrano roditeljstvo također su prediktivni [5]. Dugo se vremena vjerovalo da samo žene iz zapadnih društava pate od PPD-a i da su postnatalni poremećaji raspoloženja definirani kulturom [6]. Međutim, stanja sa sličnim simptomima također su identificirana u drugim zemljama [7]. Neka su istraživanja otkrila istu prevalenciju PPD-a u različitim društvima [8]; međutim, čini se da europske i australske žene imaju niže razine PPD-a nego žene u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD). Žene iz Azije i Južne Afrike identificirane su kao najugroženije [9]. Simptomi su slični simptomima depresije u drugim razdobljima života, ali osim lošeg raspoloženja, poremećaja sna, promjene u apetitu, dnevnih varijacija raspoloženja, slabe koncentracije i razdražljivosti, žene s PPD-om također osjećaju krivnju zbog svojeg trenutnog „narušenog“ izgleda nakon njihove nove bebe [10]. Kod većine žena simptomi su prolazni i relativno blagi poznati kao postporođajni blues; međutim, 10-15% žena doživi više onesposobljujući i uporniji oblik poremećaja raspoloženja [11].

Noviji dokazi sugeriraju da se postporođajna psihijatrijska bolest praktički ne razlikuje od psihijatrijskih poremećaja koji se javljaju u drugim razdobljima tijekom ženina života [12]. Intervencije za PPD uključuju farmakološke intervencije, suportivnu interpersonalnu i kognitivnu terapiju, psihosocijalnu podršku kroz grupe podrške i komplementarne terapije. Elektrokonvulzivna terapija se pokazala učinkovitom za majke s teškim PPD-om [5]. U teškim slučajevima postporođajne depresije, osobito kod majki koje su u riziku od samoubojstva, može biti potrebna hospitalizacija u bolnici [13].

Psihosocijalne intervencije kao što su grupe za podršku prijavljene su kao učinkovite [1, 13]. Beck [1] navodi da pohađanje grupe podrške može dati majkama osjećaj nade kroz spoznaju da nisu same. Grupe za podršku parovima mogu podučavati strategije suočavanja i ponuditi ohrabrenje. Oni također daju parovima priliku da izraze potrebe i strahove u okruženju bez osuđivanja [3].

Interpersonalna psihoterapija konceptualizira depresiju kao tri komponente: formiranje simptoma, društveno funkcioniranje i osobni doprinos. Naglasak je stavljen na međuljudske odnose vezane uz promjene uloga koje prate roditeljstvo, a ne na samu depresiju. Interpersonalna psihoterapija također se može započeti tijekom trudnoće za žene koje se smatraju visokorizičnim [13]. Nedavna istraživanja su otkrila da su žene koje su primale IPT imale značajno veću vjerojatnost da će imati smanjenje simptoma i oporaviti se od PPD-a nego žene koje nisu primale IPT tretman [14].

Studija iz Ujedinjenog Kraljevstva otkrila je da su tri kratka kućna posjeta uz korištenje tehnika savjetovanja bila učinkovita u ubrzavanju stope oporavka žena koje pate od PPD-a [15].

Prevalenciju PPD-a bilo je teško odrediti zbog razlike u kriterijima za vrijeme početka koje koristi DSM-IV i onih koje koristi većina epidemioloških studija. Prevalenciju je također bilo teško utvrditi zbog nedovoljno prijavljivanja od strane samih majki [2]. Procjenjuje se da samo 20% žena koje osjete simptome PPD-a prijavljuje te simptome svojim liječnicima. I majke i pružatelji skrbi često minimiziraju simptome PPD-a kao normalne, prirodne posljedice poroda [13]. Predstavljeni su dokazi da majke također mogu oklijevati otkriti svoje osjećaje depresije zbog straha od stigmatizacije i straha da bi se njihovi simptomi depresije mogli smatrati dokazom da su "loše majke". Cooper i sur. [15] izvijestili su da "gotovo polovica onih koji su neovisno identificirani kao depresivni nisu bili otkriveni kao takvi od strane njihove patronažne sestre.

Unatoč sve većem prepoznavanju kao globalnog problema vezanog uz porođaj, važnost njegovog otkrivanja i liječenja donedavno je bila u velikoj mjeri zanemarena u praksi i čini se da znanje o ovom problemu nije baš visoko [14]. PPD je ozbiljan društveni problem zbog svojih posljedica, uključujući povećan rizik od samoubojstva i čedomorstva. PPD se često nedovoljno dijagnosticira i ne liječi; stoga su potrebni napori za poboljšanje perinatalne zaštite mentalnog zdravlja [15].

2. Postporodajna depresija

Porod je težak i iscrpljujući proces. Žena prolazi kroz mnoge hormonske, fizičke, emocionalne i psihološke promjene tijekom trudnoće. U majčinom obiteljskom i međuljudskom svijetu događaju se ogromne promjene. Nakon poroda majka može doživjeti različite emocije, od radosti i zadovoljstva do tuge i napadaja plača. Ti osjećaji tuge i plača nazivaju se "baby blues" i obično se smanjuju tijekom prva 2 tjedna nakon poroda.

Otprilike jedna od sedam žena može razviti postporodajnu depresiju (PPD). Dok se žene koje imaju baby blues obično brzo oporave, PPD je obično duži i ozbiljno utječe na sposobnost žena da se vrate normalnim funkcijama. PPD utječe na majku i njen odnos s djetetom. Odgovor i ponašanje majčinog mozga ugroženi su kod PPD-a. Prema Becku iz 2006., čak polovica PPD-a u novopečenih majki ostaje nedijagnosticirana zbog sukoba u privatnosti i pomanjkanja volje da se otkrije bliskim članovima obitelji. Također postoji stigma oko novopečenih majki u smislu da otkrivanje može dovesti do napuštanja i straha od nedostatka podrške [1].

2.1. Etiologija

PPD se može pojaviti kod žena koje pate od depresije i tjeskobe u bilo kojem tromjesečju trudnoće [16].

2.1.1. Faktori rizika

Psihološki faktori rizika su: povijest depresije i anksioznosti, predmenstrualni sindrom (PMS), negativan stav prema bebi, nesklonost spolu bebe te povijest seksualnog zlostavljanja stalni su faktori za razvoj postporodajne depresije [16].

Opstetrički čimbenici rizika: Rizična trudnoća koja uključuje hitan carski rez i hospitalizaciju tijekom trudnoće. Prolaz mekonija, prolaps pupkovine, nedonoščad ili nizak hemoglobin povezani su s PPD-om [16].

Društveni čimbenici: Nedostatak socijalne podrške može uzrokovati postporodajnu depresiju. Obiteljsko nasilje u vidu seksualnog i fizičkog i verbalnog zlostavljanja supružnika također može biti uzročni faktor u razvoju bolesti. Pušenje tijekom trudnoće je faktor rizika za razvoj PPD-a [16].

Način života: Prehrambene navike, ciklus spavanja, tjelesne aktivnosti i tjelovježba mogu utjecati na postporođajnu depresiju. Poznato je da je vitamin B6 uključen u postporođajnu depresiju putem svoje pretvorbe u triptofan, a kasnije u serotonin, što zauzvrat utječe na raspoloženje. Ciklus spavanja jedan je od čimbenika koji utječu na rizik od depresije. Očito je da je smanjeni san povezan s postporođajnom depresijom. Tjelesna aktivnost i vježbanje smanjuju simptome depresije. Vježbanje smanjuje nisko samopouzdanje uzrokovano depresijom. Tjelovježba povećava endogene endorfine i opioide što pozitivno utječe na mentalno zdravlje. To također poboljšava samopouzdanje i povećava sposobnost rješavanja problema te pomaže u fokusiranju na njihovu okolinu [17].

2.2. Epidemiologija

Postporođajna depresija najčešće se javlja unutar 6 tjedana nakon poroda. PPD se javlja u oko 6,5% do 20% žena. Češće se javlja kod adolescentica, majki koje rađaju nedonoščad i žena koje žive u urbanim sredinama. Afroamerikanke i latinoameričke majke prijavile su pojavu simptoma unutar 2 tjedna od porođaja, za razliku od bijelih majki, koje su prijavile pojavu simptoma kasnije, kako navodi jedna studija [16].

2.3. Patofiziologija

Patogeneza postporođajne depresije trenutno nije poznata. Pretpostavlja se da genetski, hormonalni i psihološki te stresovi iz društvenog života igraju ulogu u razvoju PPD-a [18].

Uloga reproduktivnih hormona u depresivnom ponašanju ukazuje na neuroendokrinu patofiziologiju PPD-a. Postoji dovoljno podataka koji govore u prilog tome da promjene u reproduktivnim hormonima potiču disregulaciju tih hormona kod osjetljivih žena. Patofiziologija PPD-a može biti uzrokovana promjenama više bioloških i endokrinih sustava, na primjer, imunološkog sustava, hipotalamusno-hipofizno-nadbubrežne osovine (HPA) i laktogenih hormona. Poznato je da je hipotalamusno-hipofizno-nadbubrežna osovina (HPA) uključena u proces postporođajne depresije. HPA os uzrokuje otpuštanje kortizola u traumi i stresu, a ako funkcija HPA osi nije normalna, tada odgovor smanjuje otpuštanje kateholamina što dovodi do lošeg odgovora na stres.

Brze promjene u reproduktivnim hormonima poput estradiola i progesterona nakon poroda mogu biti potencijalni stresor kod osjetljivih žena, a te promjene mogu dovesti do pojave simptoma depresije. Oksitocin i prolaktin također imaju važnu ulogu u patogenezi PPD-a. Ovi hormoni reguliraju refleks ispuštanja mlijeka kao i sintezu majčinog mlijeka. Često se primjećuje da se nedostatak laktacije i početak PPD-a javljaju u isto vrijeme. Niske razine oksitocina osobito su opažene kod PPD-a i neželjenog ranog odvikavanja. Tijekom trećeg tromjesečja niže razine oksitocina povezane su s pojačanim simptomima depresije tijekom trudnoće i nakon poroda [19].

2.4. Povijest i simptomi

Postporođajna depresija se dijagnosticira kada je prisutno najmanje pet simptoma depresije tijekom najmanje 2 tjedna. U Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (DSM–5), postporođajna depresija se smatra kada pacijentica ima veliku depresivnu epizodu zajedno s peripartalnim početkom, i ne spominje se kao zasebna bolest. Prema definiciji, definira se kao velika depresivna epizoda s početkom trudnoće ili unutar 4 tjedna od poroda. Devet simptoma prisutni su gotovo svaki dan i predstavljaju promjenu u odnosu na prijašnju rutinu. Dijagnoza bi trebala uključivati ili depresiju ili anhedoniju (gubitak interesa), uz pet simptoma koje treba dijagnosticirati [16].

- ✓ Depresivno raspoloženje (subjektivno ili promatrano) prisutno veći dio dana
- ✓ Gubitak interesa ili zadovoljstva, veći dio dana
- ✓ Nesanica ili hipersomnija
- ✓ Psihomotorna retardacija ili agitacija
- ✓ Bezvrijednost ili krivnja
- ✓ Gubitak energije ili umor
- ✓ Suicidalna ideja ili pokušaj i ponavljajuće misli o smrti
- ✓ Poremećaj koncentracije ili neodlučnost
- ✓ Promjena težine ili apetita (promjena težine 5% tijekom 1 mjeseca) [16].

Ovi simptomi mogu dovesti do značajne nevolje i/ili oštećenja. Nadalje, ti se simptomi ne mogu pripisati zdravstvenom stanju ili fiziološkom djelovanju neke tvari. Psihoteični poremećaj ne uzrokuje epizodu, niti je prethodna bila manična ili hipomanična epizoda [16].

U 10. reviziji Međunarodne statističke klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (ICD-10), početak nakon poroda je definiran kao unutar 6 tjedana nakon poroda. ICD-10 opisuje depresivnu epizodu na sljedeći način [16]:

- ✓ U tipičnim blagim, umjerenim ili teškim depresivnim epizodama, pacijent ima depresivno raspoloženje sa smanjenjem aktivnosti i energije.
- ✓ Sposobnost uživanja, interesa i koncentracije je smanjena. Bolesnik se nakon minimalnog napora osjeća jakim umorom uz poremećaj sna i smanjen apetit. Često su prisutni osjećaj krivnje ili bezvrijednosti, uz smanjeno samopoštovanje i samopouzdanje.
- ✓ Somatski simptomi, poput anhedonije, neuobičajenog hodanja u vrlo ranim jutarnjim satima, zajedno s uznemirenošću, gubitkom težine, gubitkom libida, smanjenim apetitom i izrazitom psihomotornom retardacijom. Ovi simptomi malo variraju od dana do dana i ne reagiraju na okolnosti.
- ✓ Depresivna epizoda može se klasificirati kao blaga, umjerena ili teška, a ovisi o težini i broju simptoma.

Znakovi i simptomi PPD-a identični su neporođajnoj depresiji s dodatnom poviješću poroda. Simptomi uključuju depresivno raspoloženje, gubitak interesa, promjene u obrascima spavanja, promjenu apetita, osjećaj bezvrijednosti, nemogućnost koncentracije i suicidalne ideje. Žene također mogu doživjeti tjeskobu. Pacijenti koji imaju PPD također mogu imati psihotične simptome koji uključuju deluzije i halucinacije (glasovi koji govore da treba ozlijediti dijete) [16].

PPD može dovesti do loše veze između majke i djeteta, neuspjeha u dojenju, negativnih roditeljskih praksi, bračne nesuglasice, kao i do lošijih ishoda koji se tiču fizičkog i psihičkog razvoja djeteta. Remisija simptoma smanjit će rizik od bihevioralnih i psihijatrijskih problema kod potomaka [16].

Prethodna epizoda PPD-a povećava budući rizik od velike depresije, bipolarnog poremećaja i PPD-a. Također treba zabilježiti osobnu i obiteljsku povijest postporođajne depresije i postporođajne psihoze [16].

2.5. Evaluacija

Tijekom procjene važno je uključiti povijest droga i alkohola, navike pušenja i sve lijekove na recept i lijekove bez recepta. Probir za PPD može se napraviti 2 do 6 mjeseci nakon poroda. Postoji nekoliko dostupnih alata za probir, a jedan od najčešće korištenih je Edinburška ljestvica postnatalne depresije (EPDS). To je upitnik od 10 stavki koji ispunjavaju pacijenti i za koje je potrebno nekoliko minuta. EPDS granični rezultat jednak ili veći od 13 potreban je kako bi se utvrdilo jesu li pacijenti u riziku od razvoja PPD-a [16].

Ovaj test probira daje temelj za dodatna klinička ispitivanja. Ciljevi kliničke evaluacije su postavljanje dijagnoze, procjena rizika od suicida i ubojstva, u ovom slučaju obično čedomorstva, te isključivanje drugih psihijatrijskih bolesti [16].

2.6. Liječenje

Nakon što se identificira PPD, neophodno je brzo provesti liječenje. Bez brzog liječenja, pacijenti su izloženi riziku od dugotrajne bolesti koja može dovesti do poremećaja funkcioniranja, pogoršanja simptoma, otpornosti na liječenje i samoubojstva. Slično liječenju velikog depresivnog poremećaja izvan rađanja, glavni oslonci liječenja PPD-a utemeljeni na dokazima su usmjerena psihoterapija i/ili antidepresivi. Povećanje raspona mogućnosti liječenja može povećati vjerojatnost da će pacijentica prihvatiti liječenje i ojačati njezinu središnju ulogu u odabiru plana liječenja.

Liječenje prve linije za peripartalnu depresiju je psihoterapija i antidepresivi. Psihosocijalna i psihološka psihoterapija je opcija prve linije liječenja za žene s blagom do umjerenom peripartalnom depresijom, posebno ako majke oklijevaju oko početka uzimanja lijekova i namjeravaju doći do novorođenčeta. Ženama s umjerenom do teškom depresijom preporučuje se kombinacija terapije i antidepresiva. Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI) su prvi izbor. Razmotriti prelazak na inhibitore ponovne pohrane serotonina i norepinefrina (SNRI) ili mirtazapin ako je SSRI neučinkovit. Kada se postigne učinkovita doza, nastaviti s liječenjem 6 do 12 mjeseci kako bi se spriječio povratak simptoma [16].

Farmakološke preporuke za žene koje doje trebaju uključivati raspravu o dobrobitima dojenja, rizicima upotrebe antidepresiva tijekom dojenja i rizicima neliječene bolesti. Ponavljajuća transkranijalna magnetska stimulacija (TMS) je tretman koji može pružiti

alternativnu opciju za žene koje doje i zabrinute su da će njihove bebe biti izložene lijekovima. Najviše podataka ima za primjenu sertralina za prevenciju i liječenje postporođajne depresije. Rizik od dojenja tijekom uzimanja inhibitora ponovne pohrane serotonina je relativno nizak i žene se mogu poticati da doje dok su na antidepresivima. Nakon 12 tjedana CBT monoterapija pokazala se izvanrednom i za monoterapiju sertralinom i za kombiniranu terapiju. Skupina koja je primala CBT monoterapiju otkrila je najbrže početne dobitke nakon početka liječenja. Važan čimbenik u trajanju postporođajne depresije je odgođeno liječenje [16].

Transkranijalna magnetska stimulacija (TMS) je postupak koji nije invazivan i koristi magnetske valove za stimulaciju i aktivaciju živčanih stanica. Ove su stanice nedovoljno aktivne kod ljudi s velikom depresijom. Obično se radi pet puta tjedno tijekom 4 do 6 tjedana kako bi bio učinkovit. Radi se kod pacijenata koji ne reagiraju na antidepresive i psihoterapiju. Općenito, TMS je siguran i dobro se podnosi, ali mogu postojati neke nuspojave koje uključuju glavobolje, ošamućenost, nelagodu na tjemenu i trzanje mišića lica. Neke ozbiljne nuspojave su rijetke, uključujući napadaje, gubitak sluha ako zaštita uha nije odgovarajuća i maniju u osoba s bipolarnim poremećajem [20].

Bolesnice s teškom postporođajnom depresijom možda neće reagirati na psihoterapiju i farmakoterapiju. Za pacijente otporne na četiri uzastopna ispitivanja lijekova, preporučuje se ECT. ECT je osobito koristan kod pacijenata s psihotičnom depresijom, s namjerom ili planovima za samoubojstvo ili čedomorstvo, te odbijanjem jesti, što dovodi do pothranjenosti i dehidracije [21]. Nekoliko opservacijskih studija sugerira ECT kao sigurniju opciju za dojilje jer ima manje štetnih učinaka i na majku i na dojenče [22].

Pacijentice s teškom postporođajnom depresijom koje odbijaju ili ne reagiraju na ECT; za te se pacijente preporučuje intravenska primjena Brexanolona. Brexanolone je dobio odobrenje FDA-e u ožujku 2019. i to je prvi lijek koji je posebno odobren za postporođajnu depresiju. Breksanolon je vodena formulacija alopregnanolona, metabolita progesterona. Brexanolone se preporučuje samo ako se pacijenti ne poboljšaju na antidepresivima ili ECT-u zbog njegove ograničene dostupnosti i ograničenog kliničkog iskustva.

U Sjedinjenim Državama, Brexanolone je dostupan samo u certificiranim zdravstvenim ustanovama, a pacijenti se moraju prijaviti u Program procjene rizika i strategije smanjenja rizika. Kroz ovaj program, pacijente kontinuirano nadzire kliničar tijekom njihove IV infuzije zbog pojačanih sedativnih učinaka, iznenadnog gubitka svijesti, i hipoksije. Brexanolone se

primjenjuje intravenski kao kontinuirana 60-satna infuzija, koja traje otprilike 2,5 dana.

Višestruka klinička ispitivanja pokazuju da se Brexanolone obično dobro podnosi kod žena s umjerenom do teškom postporođajnom depresijom i može pružiti brzi povoljan odgovor. Potrebno je više kliničkih ispitivanja za daljnji pristup dugoročnoj sigurnosti i učinkovitosti Brexanolona u liječenju postporođajne depresije [23].

2.7. Diferencijalna dijagnoza

Diferencijalna dijagnoza uključuje: Baby Blues, hipertireoza i hipotireoza te postporođajna psihoza.

2.7.1. Baby Blues

Najčešće se javlja oko 2 do 5 dana nakon porođaja i nestaje oko 10 do 14 dana. Žene doživljavaju napade plača, tugu, tjeskobu, razdražljivost, poremećaje spavanja, promjene apetita, zbunjenost i umor. Ne utječe na svakodnevno funkcioniranje niti na sposobnost brige o bebi [16].

Hormonalne promjene koje se dogode nakon poroda mogu uzrokovati Baby Blues. Nakon poroda količina hormona estrogena i progesterona naglo se smanjuje, što uzrokuje promjene raspoloženja. Kod nekih ljudi, hormoni koje proizvodi štitnjača mogu naglo pasti, zbog čega se mogu osjećati umorno i depresivno. Nedostatak sna i loša prehrana mogu pojačati ove osjećaje [16].

2.7.2. Hipertireoza ili hipotireoza

Ova stanja također mogu dovesti do poremećaja raspoloženja. Mogu se procijeniti testiranjem razine TSH i slobodnog T4 [16].

2.7.3. Postporođajna psihoza

Postporođajna psihoza hitno je psihijatrijsko stanje s potencijalnim rizikom samoubojstva i infanticida. Žena može doživjeti halucinacije, nedostatak sna nekoliko noći, uznemirenost, neobično ponašanje i iluzije. To je akutni početak manične ili depresivne psihoze unutar prvih nekoliko dana ili tjedana nakon poroda [16].

2.8. Prognoza i komplikacije

Postporođajna depresija ima posljedice izvan fizičke ozljede djeteta. Podaci otkrivaju da stanje također utječe na povezanost majke i djeteta. Često se prema djetetu postupa neprikladno s vrlo negativnim stavom. To može imati značajan utjecaj na rast i razvoj djeteta. Utvrđeno je da djeca rođena od majki s postporođajnom depresijom pokazuju značajne promjene u ponašanju, promijenjen kognitivni razvoj i ranu pojavu depresivne bolesti. Što je još važnije, ta su djeca često pretila i imaju disfunkcionalnost u društvenim interakcijama.

Postporođajna depresija pogađa majku, oca i dijete [16]. Majka: Može dovesti do kroničnog depresivnog poremećaja ako se ne liječi na vrijeme. Čak i ako se liječi, PPD može biti rizik za buduće epizode velike depresije [16]. Otac: To može biti povod za depresiju kod oca jer će to biti stresan događaj za cijelu obitelj [16]. Dojenče: Djeca majki koje su imale neliječenu depresiju mogu razviti probleme u ponašanju i emocionalne probleme. Češće se viđa kašnjenje u razvoju jezika. Također mogu patiti od problema sa spavanjem, poteškoća s prehranom, pretjeranog plača i poremećaja pažnje/hiperaktivnosti (ADHD) [16].

3. Uloga medicinske sestre u skrbi žene sa postporođajnom depresijom

Medicinske sestre specijalizirane za zdravlje majke i djeteta spremne su odigrati ključnu ulogu u ranom prepoznavanju i brzom liječenju perinatalne depresije. U Ujedinjenom Kraljevstvu (UK) postporođajna skrb o mentalnom zdravlju koju pružaju medicinske sestre dobro je uspostavljena. Rezultati nedavnog nacionalnog istraživanja trenutne prakse medicinskih sestara u javnom zdravstvu (nazvanih patronažnim sestrama) pokazuju da 98% obavlja novi posjet porodu i da 73% provjerava i liječi depresiju žena nakon poroda kao dio svoje prakse [24].

Upotreba prakse utemeljene na dokazima u jednoj zemlji, međutim, ne jamči uspješnu upotrebu u drugoj, osobito kada se temeljni sustavi zdravstvene zaštite uvelike razlikuju. Doista, dobro prihvaćeni "Rogersov model širenja inovacija" tvrdi da se svaka inovacija općenito usvaja u pet faza: znanje, uvjeravanje, odluka, implementacija i potvrda [25].

3.1. Menadžment sestriinstva

Menadžment sestriinstva uključuje sljedeće procese:

- ✓ Procijeniti psihičko stanje, ponašanje i raspoloženje
- ✓ Educirati pacijenticu o postporođajnoj depresiji
- ✓ Potaknuti zdravu prehranu
- ✓ Pružite podršku i potaknite brigu o sebi
- ✓ Uključiti socijalnog radnika koji može pružiti grupe podrške
- ✓ Potaknuti pacijenta da govori o pomoći
- ✓ Potaknuti pacijenta da se uključi u društvene aktivnosti
- ✓ Pobrinuti se da pacijenticu pažljivo prati medicinska sestra nakon poroda
- ✓ Uputiti pacijenta terapeutu ili psihijatru
- ✓ Potaknuti pacijenticu da često uzima pauzu od njege djeteta [16].

3.2. Identifikacija ishoda

Nažalost, ne postoje dobra randomizirana klinička ispitivanja koja bi pokazala da je probir za depresiju kod žena nakon poroda od bilo kakve koristi. Iako je tema i dalje diskutabilna, postoji mnogo malih serija slučajeva koji otkrivaju da je liječenje depresije žena nakon poroda od neke koristi. Još nije poznato koja je vrsta terapije idealna za te žene [26].

3.3. Koordinacija skrbi

Zbog visokog morbiditeta postporođajne depresije, danas je fokus na prevenciji. Za razliku od psihijatra, medicinska sestra je u primarnoj poziciji identificirati žene s visokim rizikom od postporođajnih poremećaja raspoloženja prije poroda. Tijekom prijema, medicinska sestra može identificirati ženu s prethodnom poviješću depresije ili postpartalnog bluza. Nadalje, svaka žena koja razvije depresiju tijekom trudnoće može se identificirati. Ove žene trebaju obrazovanje i podršku o dostupnim tretmanima. Nekim od tih žena može koristiti savjetovanje s terapeutom, a drugima će možda trebati uputnica psihijatru za liječenje antidepressivom nakon poroda. I farmakološka i nefarmakološka profilaksa korištene su u takvim okruženjima s promjenjivim uspjehom [16].

Također postoji velik broj dokaza da žene nakon poroda s depresijom koje se liječe imaju mnogo bolje iskustvo povezivanja majke i djeteta od žena koje su se odreknule liječenja. Što je još važnije, dojenčad majki koje su depresivne također mogu razviti različite probleme s raspoloženjem i ponašanjem, kao i pretilost kasnije u životu. Unatoč svijesti o postporođajnoj depresiji, mnoge žene propuštaju liječenje jer se jednostavno ne prate nakon trudnoće. Stoga je uloga postporođajne patronažne sestre kritična [27].

3.4. Zdravstvena nastava i promicanje zdravlja

Prije poroda mogu se identificirati mnoge žene koje su u opasnosti od razvoja PPD-a. Ovim ženama, zajedno s njihovim obiteljima, treba pružiti informacije i edukaciju o PPD-u prenatalno. Informaciju treba pojačati tijekom postporođajne hospitalizacije i nakon otpusta iz bolnice [16].

Edukacijski tečajevi o porođaju uče mlade majke kako potražiti pomoć i podršku koja bi im mogla biti potrebna za porođaj. Podučavajući žene i njihove supružnike o znakovima i simptomima PPD-a, edukatori mogu povećati šanse da žena koja pati dobije odgovarajuće liječenje. Probir simptoma depresije može se obaviti tijekom trudnoće. Ovaj probir može identificirati žene koje su pod povećanim rizikom od razvoja PPD-a. Isključivo dojenje ima pozitivan učinak na smanjenje simptoma depresije od poroda do 3 mjeseca. Postporođajna depresija može se spriječiti kada se roditeljima daju pozitivne lekcije o roditeljstvu i kada se promiče i jača veza između majke i djeteta. To se može postići socijalnom podrškom obitelji i pružatelja zdravstvenih usluga. Uz to, dobar san majke također može pomoći u sprječavanju PPD-a [16].

4. Istraživački dio rada

4.1. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja bio je ispitati žene u kolikoj mjeri su imale emocionalne poteškoće nakon poroda i saznati kako su se žene nosile sa postporođajnom depresijom.

4.2. Metode rada

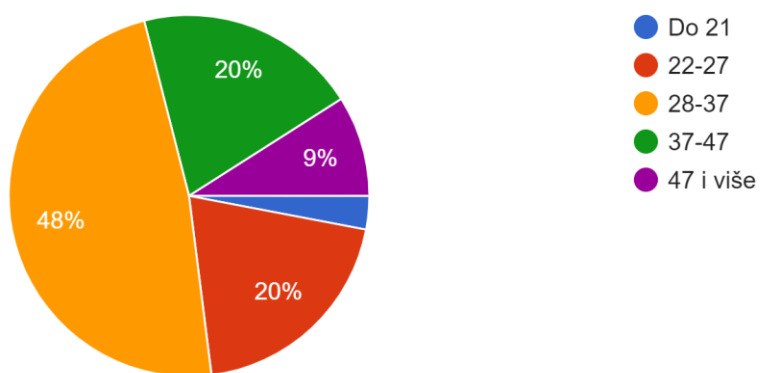
U istraživanju je korišten kvantitativni istraživački pristup. Anketni upitnik je konstruiran za potrebe ovog istraživanja koji je samostalno izrađen. Anketa sadrži 4 pitanja o sociodemografskim podacima (dob, obrazovanje, stanovanje, broj djece), a preostala pitanja odnosila su se na prepoznavanje stanja u emocionalnoj adaptaciji, izraženost simptoma, podršku od okoline, duljinu trajanja teškoća u emocionalnoj adaptaciji, terapiju koju su sudionice uzimale te kako je njihovo stanje utjecalo na njih. Anketa je provedena online, putem društvenih mreža od mjeseca kolovoza do mjeseca rujna 2022.godine. Sudjelovanje u istraživanju bilo je anonimno i dobrovoljno. Dobiveni rezultati su prikazani u obliku grafikona i izraženi u frekvencijama i postotcima. U radu je korištena deskriptivna statistika.

Pitanje br. 1. Dob sudionica?

Udio sudionica prema dobi prikazan je u grafikonu 4.2.1. U dobi do 21. godine je 3 sudionice (3%), udio sudionica u dobi od 22-27 godine je 20 (20%), udio sudionica u dobi od 28-37 godina je 48 (48%), udio sudionica u dobi od 37- 47 je 20 (20%), dok je 9 (9%) sudionica imalo 47 godina ili više.

1. Dob

100 odgovora



Kružni grafikon 4.2.1. Prikaz broja sudionica s obzirom na dob

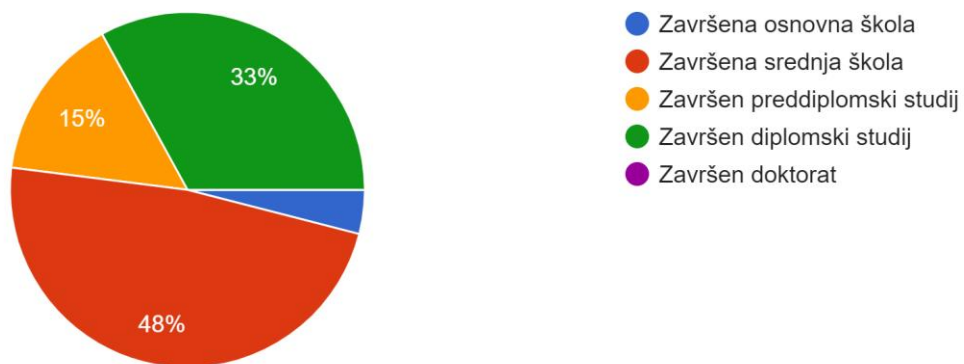
Izvor: Autor

Pitanje br. 2. Razina obrazovanja sudionica?

Sukladno stupnju završenog obrazovanja (grafikon 4.2.2.), 4 sudionice (4%) završilo je osnovnu školu. Srednju školu završilo je 48 (48%) sudionica. Preddiplomski studij završilo je 15 (15%) sudionica, dok je diplomski studij završilo 33% sudionica, te niti jedna sudionica nema završen doktorat 0 (0%).

2. Stupanj obrazovanja

100 odgovora



Kružni grafikon 4.2.2. Prikaz razine obrazovanja sudionica

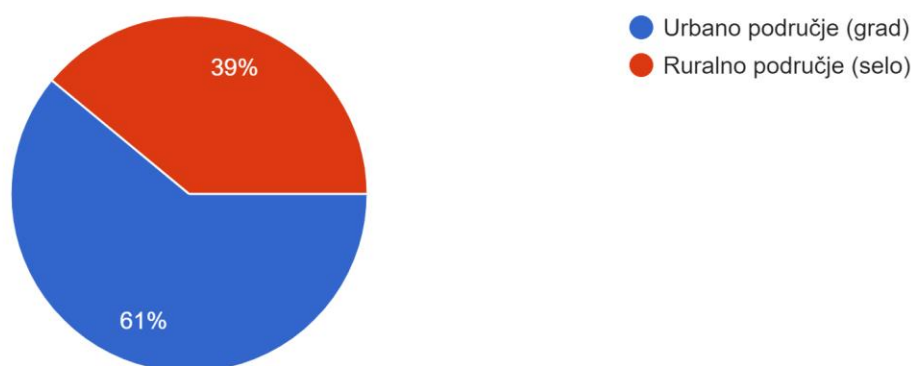
Izvor: Autor

Pitanje br. 3. Mjesto stanovanja sudionica?

Prema mjestu stanovanja 61 (61%) sudionica živi u urbanom području (grad), a ostalih 39 (39%) sudionica živi u ruralnom području (selo). Prikazano u grafikonu 4.2.3.

3. Mjesto stanovanja

100 odgovora



Kružni grafikon 4.2.3. Prikaz broja sudionica s obzirom na mjesto stanovanja

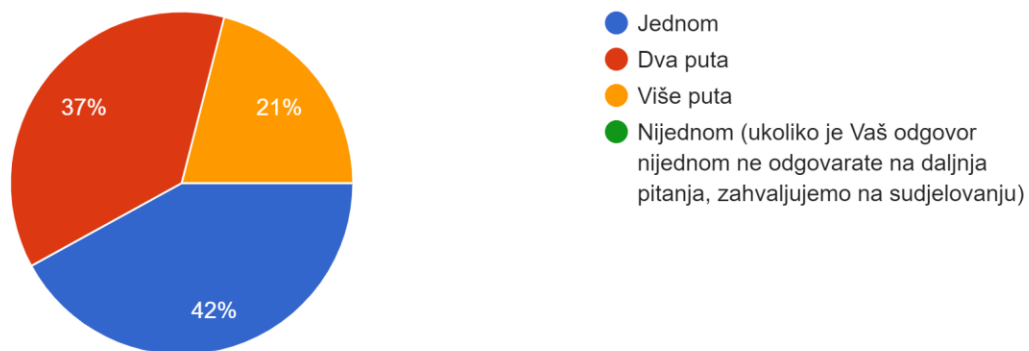
Izvor: Autor

Pitanje br. 4. Jeste li rodili?

Kružni grafikon 4.2.4. prikazuje broj potomaka sudionica. Najveći broj sudionica 42 (42%) rodilo je jedno dijete. 37 (37%) sudionica rodilo je dva puta, dok je najmanji broj sudionica 21 (21%) rodilo više puta.

4. Jeste li rodili?

100 odgovora



Kružni grafikon 4.2.4. Prikaz broja djece sudionica

Izvor: Autor

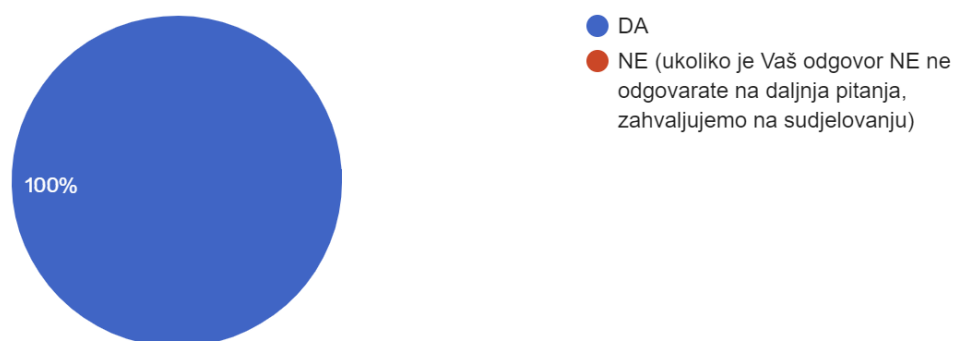
4.3. Rezultati

Pitanje br. 5. Jeste li nakon poroda imali poteškoće u emocionalnoj prilagodbi?

Zbog teme „Postporođajna depresija“, 5. pitanje je ključno za daljnje ispunjavanje ankete, a ograničeno je zbog cilja ispitivanja isključivo osoba sa emocionalnim poteškoćama jer je sudjelovalo samo 100 sudionica. Za nastavak ankete sudionice na 5. pitanje morale su odgovoriti sa DA. Rezultati su prikazani u grafikonu 4.2.5.

5. Jeste li nakon poroda imali poteškoća u emocionalnoj prilagodbi?

100 odgovora



Kružni grafikon 4.2.5. Prikaz postotka sudionica sa emocionalnim poteškoćama nakon poroda

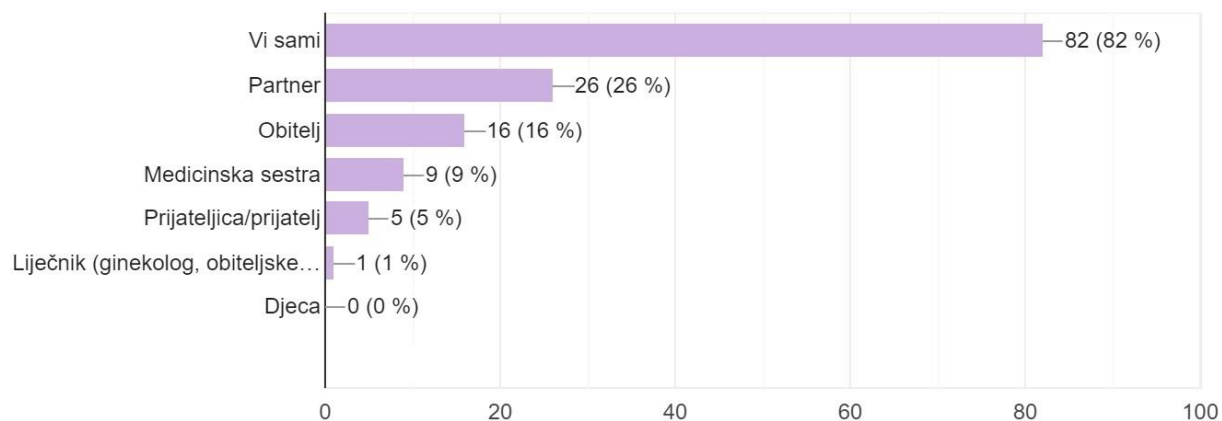
Izvor: Autor

Pitanje br. 6. Tko je prepoznao Vaše stanje, teškoće u emocionalnoj adaptaciji?

Trakasti grafikon 4.2.6. prikazuje koja osoba je u najvećoj mjeri prepoznala stanje, teškoće u emocionalnoj adaptaciji. U najvećem postotku, 82 sudionica (82%) same su prepoznale stanje, odnosno teškoću u emocionalnoj adaptaciji. 26 sudionica (26%) navelo je da je partner prepoznao njihovo stanje, 16 sudionica (16%) navelo je da je obitelj prepoznala njihovo stanje, 9 sudionica (9%) navelo je da je medicinska sestra prepoznala njihovo stanje, 5 sudionica (5%) navelo je da je prijatelj/prijateljica prepoznao/prepoznala njihovo stanje, a najmanji postotak sudionica 1 (1%) navelo je da je liječnik (ginekolog, obiteljske medicine) prepoznao njihovo stanje. Niti jedna sudionica 0 (0%) nije navela da su djeca prepoznala njihovo stanje.

6. Tko je prepoznao Vaše stanje, teškoće u emocionalnoj adaptaciji?

100 odgovora



Trakasti grafikon 4.2.6. Prikaz postotka različitih „profila“ ljudi koji su prepoznali emocionalne simptome sudionica

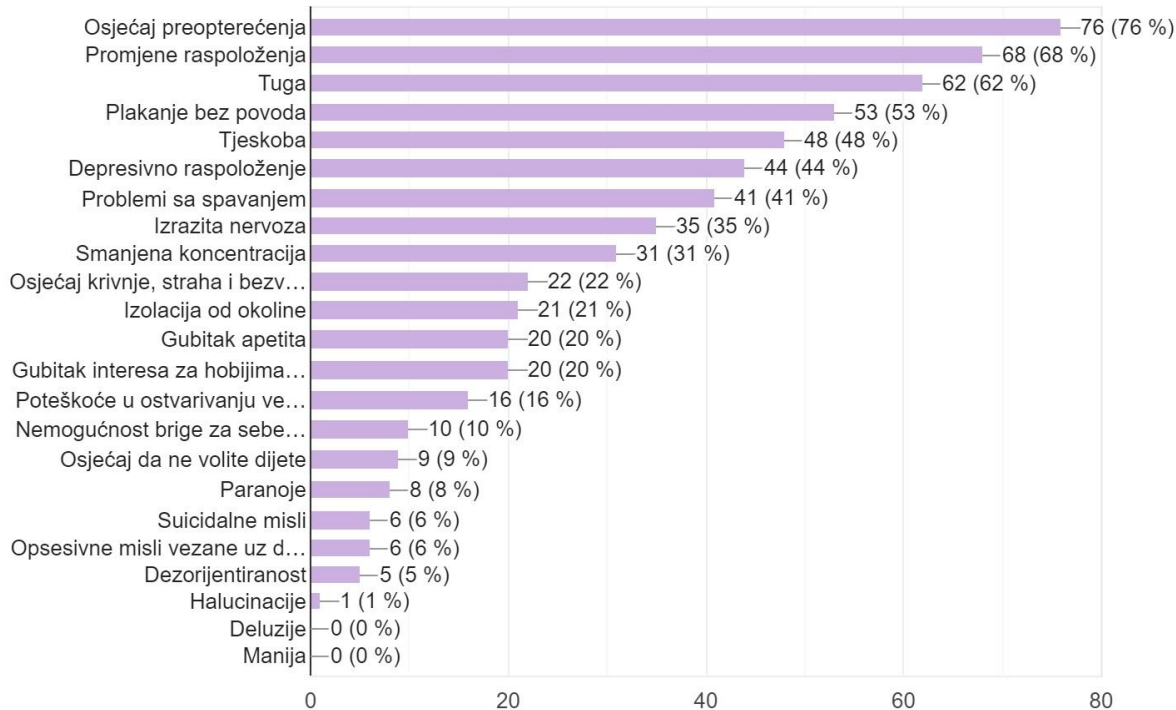
Izvor: Autor

Pitanje br. 7. Koje od ovih simptoma ste imale?

Simptomi koje su imale sudionice poredani su od najvećeg do najmanjeg postotka (grafikon 4.2.7.). Osjećaj preopterećenosti 76 sudionica (76%), promjene raspoloženja 68 sudionica (68%), tuga 62 sudionice (62%), plakanje bez povoda 53 sudionice (53%), tjeskoba 48 sudionica (48%), depresivno raspoloženje 44 sudionice (44%), problemi sa spavanjem 41 sudionica (41%), izrazita nervoza 35 sudionice (35%), smanjena koncentracija 31 sudionica (31%), osjećaj krivnje straha i bezvoljnosti 22 sudionice (22%), izolacija od okoline 21 sudionica (21%), gubitak apetita 20 sudionica (20%), gubitak interesa za hobijima i drugim aktivnostima 20 sudionica (20%), poteškoće u ostvarivanju veze s djetetom 16 sudionica (16%), nemogućnost brige za sebe ili dijete 10 sudionica (10%), osjećaj da ne volite dijete 9 sudionica (9%), paranoje 8 sudionica (8%), suicidalne misli 6 sudionica (6%), opresivne misli vezane uz dijete 6 sudionica (6%), dezorijentiranost 5 sudionica (5%), želja za nanošenjem ozljeda djetetu 1 sudionica (1%) halucinacija 1 sudionica (1%), deluzija i manija 0 sudionica (0%).

7. Koje od ovih simptoma ste imali?

100 odgovora



Trakasti grafikon 4.2.7. Prikaz postotka navedenih simptoma sudionica

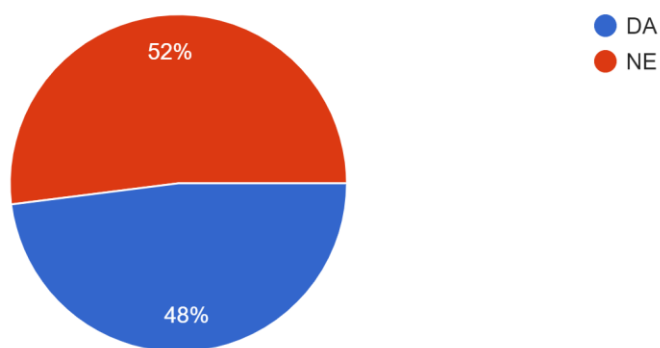
Izvor: Autor

Pitanje br. 8. Jeste li se obratili kome za pomoć?

Kružni grafikon 4.2.8. prikazuje postotak sudionica koje su se obratili za pomoć i postotak sudionica koji se nije obratio za pomoć. Najveći postotak sudionica 52 (52%) obratio se za pomoć, dok se 48 sudionica (48%) nije obratilo za pomoć.

8. Jeste li se obratili kome za pomoć?

100 odgovora



Kružni grafikon 4.2.8. Prikaz postotka sudionica koji se obratio i koji se nije obratio za pomoć

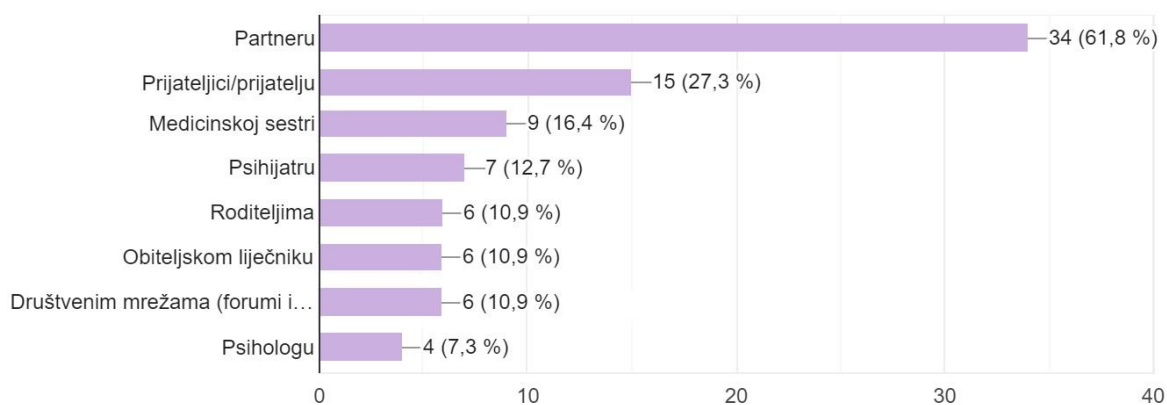
Izvor: Autor

Pitanje br. 9. Ako ste odgovorili na prethodno pitanje DA, kome ste se obratili?

Osobama kojima su se sudionice obratile za pomoć poredani su od najvećeg do najmanjeg postotka (grafikon 4.2.9.). Najviše sudionica 34 (61,8%) obratilo se partneru za pomoć, nadalje prijateljici/prijatelju 15 sudionica (27,3%), medicinskoj sestri 9 sudionica (16,4%), psihijatru 7 sudionica (12,7%), roditeljima 6 sudionica (10,9%), obiteljskom liječniku 6 sudionica (10,9%), društvenim mrežama (forumi i sl.) 6 sudionica (10,9%) te se najmanji broj sudionica 4 (7,3%) obratilo psihologu za pomoć.

9. Ako ste odgovorili na prethodno pitanje DA, kome ste se obratili?

55 odgovora



Trakasti grafikon 4.2.9. Prikaz postotka osoba kojima su se sudionice obratile za pomoć

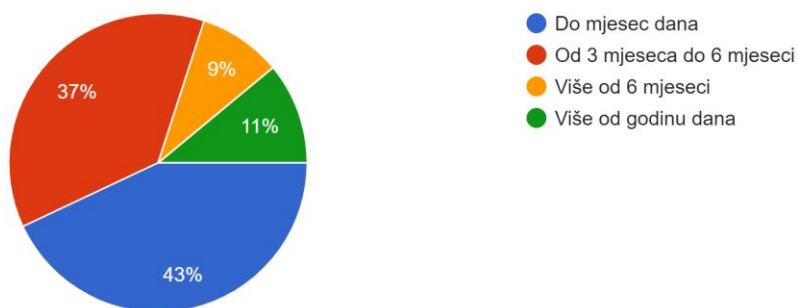
Izvor: Autor

Pitanje br. 10. Koliko dugo su trajale teškoće u emocionalnoj adaptaciji?

Kružni grafikon (4.2.10.) prikazuje duljinu trajanja teškoća u emocionalnoj adaptaciji kod sudionica. Najveći broj sudionica 43 (43%) navelo je da su njihove teškoće u emocionalnoj adaptaciji trajale do mjesec dana, 37 (37%) sudionica navelo je da su njihove teškoće trajale od 3 mjeseca do 6 mjeseci, 9 (9%) sudionica navelo je trajanje teškoća više od 6 mjeseci te je najmanji broj sudionica 11 (11%) odgovorio da su njihove teškoće u emocionalnoj adaptaciji trajale više od godinu dana.

10. Koliko dugo su trajale teškoće u emocionalnoj adaptaciji?

100 odgovora



Kružni grafikon 4.2.10. Prikaz trajanja teškoća sudionica u emocionalnoj adaptaciji

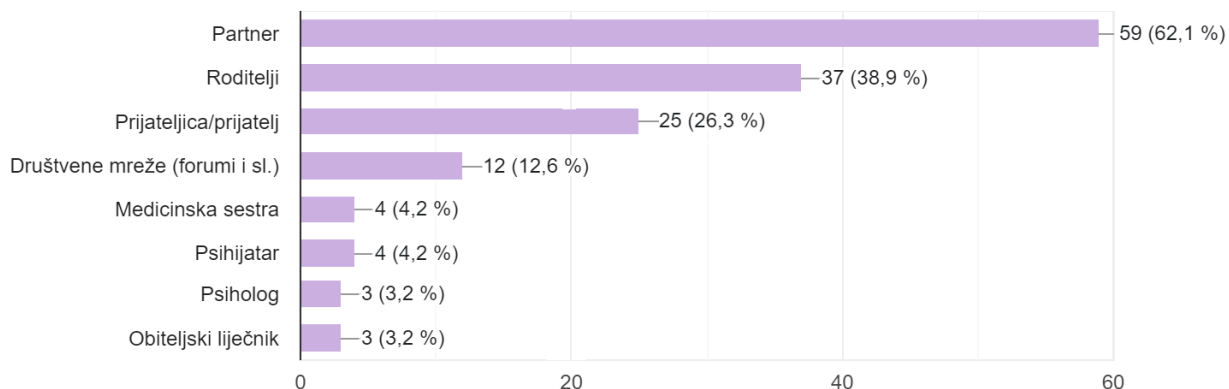
Izvor: Autor

Pitanje br. 11. Od koga ste dobili najveću pomoć?

Trakasti grafikon 4.3.11. prikazuje postotak osoba od kojih su sudionice dobile najveću pomoć. Najveći broj sudionica 59 (62,1%) najveću pomoć dobilo je od partnera, 37 (38,9%) sudionica dobilo je najveću pomoć od roditelja, 25 (26,3%) sudionica dobilo je najveću pomoć od prijateljice/prijatelja, 12 (12,6%) sudionica dobilo je najveću pomoć od društvenih mreža (forumi i sl.), 4 (4,2%) sudionice navelo je da je dobilo najveću pomoć od medicinske sestre, također 4 (4,2%) sudionice navelo je da je dobilo najveću pomoć od psihijatra. Najmanji broj sudionica 3 (3,2%) dobilo je pomoć od psihologa i 3 (3,2%) dobilo je pomoć od obiteljskog liječnika.

11. Od koga ste dobili najveću pomoć?

95 odgovora



Trakasti grafikon 4.2.11. Prikaz postotka osoba od kojih su sudionice dobile najveću pomoć

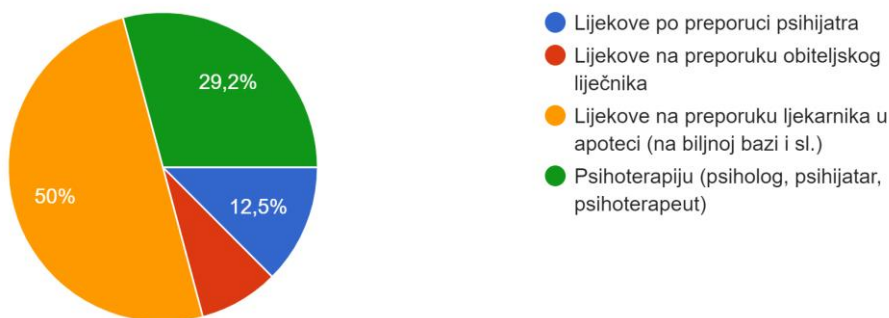
Izvor: Autor

Pitanje broj 12. Jeste li za vrijeme trajanja emocionalne krize koristili?

Kružni grafikon 4.2.12. prikazuje koju terapiju su sudionice za vrijeme trajanja emocionalne krize koristile. Najveći broj sudionica 12 (50%) koristilo je lijekove na preporuku ljekarnika u apoteci (na biljnoj bazi i sl.), 7 (29,2%) sudionica koristilo je psihoterapiju (psiholog, psihijatar, psihoterapeut), 3 (12,5%) sudionica koristilo je lijekove po preporuci psihijatra, dok je najmanji broj sudionica 2 (8,3 %) koristilo lijekove na preporuku obiteljskog liječnika.

12. Jeste li za vrijeme trajanja emocionalne krize koristili:

24 odgovora



Kružni grafikon 4.2.12. Prikaz terapije koju su sudionice koristile za vrijeme trajanja emocionalne krize

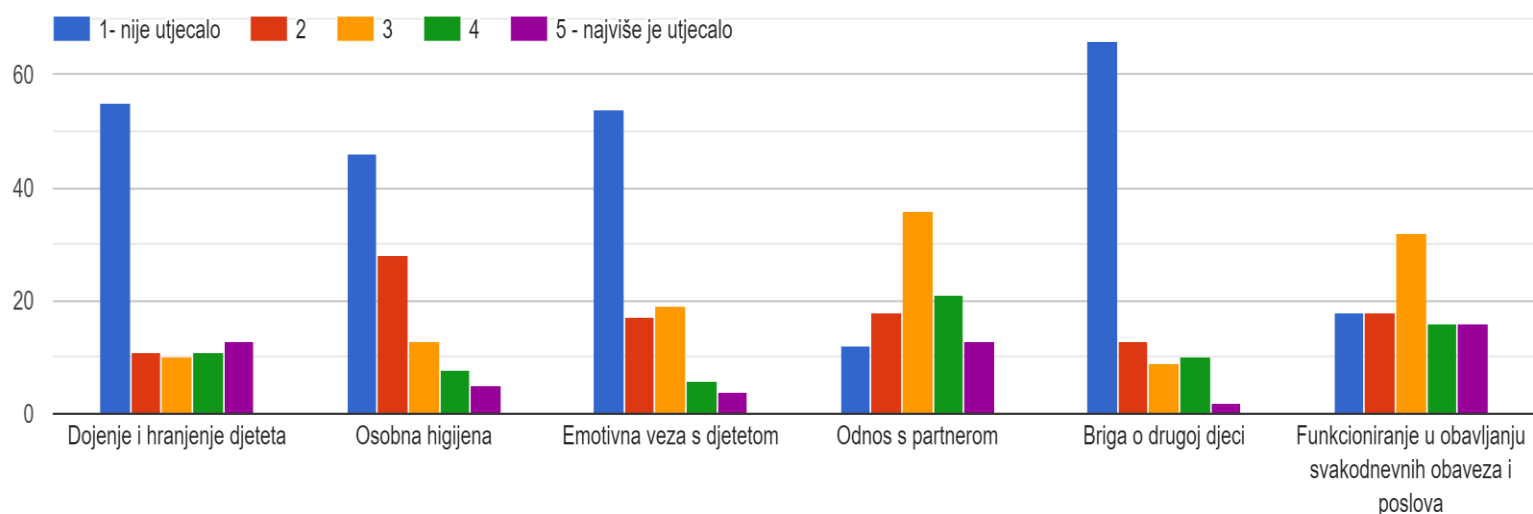
Izvor: Autor

Pitanje br. 13. Molim Vas da procijenite na ljestvici od 1 do 5 u kojoj mjeri su teškoće u emocionalnoj adaptaciji utjecale na Vas.

Stupičasti grafikon 4.3.9. prikazuje u kojoj mjeri su teškoće u emocionalnoj adaptaciji utjecale na sudionice. Dojenje i hranjenje djeteta - najveći broj sudionica 55 odgovorilo je da teškoće u emocionalnoj adaptaciji nisu utjecale na dojenje i hranjenje djeteta (1/5), najviše je utjecalo na 13 sudionica (5/5), 11 sudionica odgovorilo je sa 2/5, 11 sudionica odgovorilo je 4/5, 10 sudionica odgovorilo je sa 3/5. Osobna higijena – najveći broj sudionica 46 odgovorilo je da teškoće u emocionalnoj adaptaciji nisu utjecale na osobnu higijenu (1/5), 28 sudionica odgovorilo je sa 2/5, 13 sudionica odgovorilo je sa 3/5, 8 sudionica odgovorilo je sa 4/5 i najviše je utjecalo na 5 sudionica (5/5). Emotivna veza s djetetom – najveći broj sudionica 54 odgovorilo je da teškoće u emocionalnoj adaptaciji nisu utjecale na njihovu emotivnu vezu sa djetetom (1/5), 19 sudionica odgovorilo je sa 3/5, 17 sudionica odgovorilo je sa 2/5, 6 sudionica odgovorilo je sa 4/5 i najviše je utjecalo na 4 sudionice (5/5). Odnos s partnerom – najveći broj sudionica, njih 36 odgovorilo je da teškoća u emocionalnoj adaptaciji je utjecala na njihov odnos s partnerom u mjeri (3/5), 21 sudionica odgovorila je sa 4/5, 18 sudionica odgovorilo je sa 2/5, najviše je utjecalo na 13 sudionica (5/5) i nije utjecalo na 12 sudionica (1/5). Briga o drugoj djeci – najveći broj sudionica 66 odgovorilo je da teškoće u emocionalnoj adaptaciji nisu utjecale na brigu o drugoj djeci (1/5), 13 sudionica odgovorilo je sa 2/5, 10 sudionica odgovorilo je sa 4/5, 9 sudionica odgovorilo je sa 3/5 i najviše je utjecalo na 2 sudionice (5/5).

Funkcioniranje u obavljanju svakodnevnih obaveza i poslova – najveći broj sudionica 32 odgovorilo je da teškoće u emocionalnoj adaptaciji nisu utjecale na funkcioniranje u obavljanju svakodnevnih obaveza i poslova (3/5), 18 sudionica odgovorilo je sa 1/5, 18 sudionica odgovorilo je sa 2/5, 16 sudionica odgovorilo je sa 4/5 i najviše je utjecalo na 16 sudionica (5/5).

13. Molim Vas da procijeniti na ljestvici od 1 do 5 u kojoj mjeri su teškoće u emocionalnoj adaptaciji utjecale na Vas: 1 - nije utjecalo 5 - najviše je utjecalo



Stupčasti grafikon 4.2.13. Prikaz u kojoj mjeri su teškoće u emocionalnoj adaptaciji utjecale

na sudionice

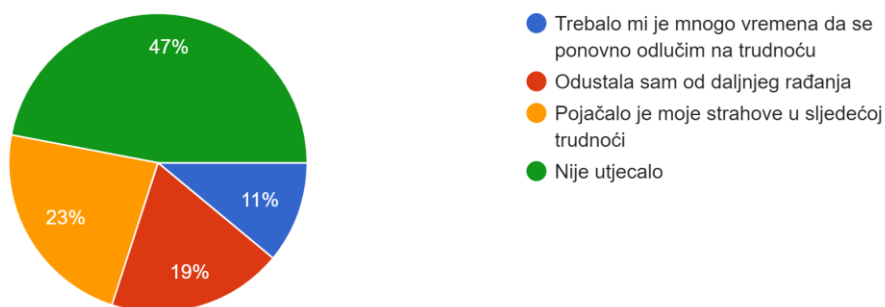
Izvor: Autor

Pitanje br. 14. Je li iskustvo koje ste imali s emocionalnim poteškoćama utjecalo na donošenje odluke o ponovnoj trudnoći?

Kružni grafikon 4.2.14. prikazuje je li iskustvo koje su sudionice imale s emocionalnim poteškoćama utjecalo na donošenje odluke u ponovnoj trudnoći. Najveći broj sudionica 47 (47%) odgovorilo je da njihovo iskustvo s emocionalnim poteškoćama nije utjecalo na donošenje odluke o ponovnoj trudnoći. 23 (23%) sudionica odgovorilo je da je njihovo iskustvo pojačalo strahove u sljedećoj trudnoći. 19 (19%) sudionica odgovorilo je da zbog iskustva odustalo od daljnjeg rađanja, dok je najmanji broj sudionica 11 (11%) odgovorilo da im je trebalo mnogo vremena da se ponovno odluče na trudnoću.

14. Je li iskustvo koje ste imali s emocionalnim poteškoćama utjecalo na donošenje odluke o ponovnoj trudnoći?

100 odgovora



Kružni grafikon 4.2.14. Prikaz u kojem postotku je iskustvo s emocionalnim poteškoćama utjecalo na donošenje odluka o ponovnoj trudnoći

Izvor: Autor

4.4. Rasprava

Cilj istraživanja je utvrđivanje postotka žena oboljelih u sva tri oblika postporođajne depresije i saznati kako su se žene nosile sa postporođajnom depresijom. Dobiveni rezultati uspoređeni su sa rezultatima iz drugih izvora te se željelo vidjeti u kojoj mjeri dobiveni rezultati odstupaju od rezultata iz drugih izvora. U provedenom istraživanju sudjelovalo je ukupno 100 sudionica ženskog spola. Sudionice ankete u najvećem postotku su bile u dobi od 28 do 37 godina što je i najčešća dob u kojoj žene rađaju, a anketirani postotak je gotovo identičan postotcima iz drugih izvora. Prema stupnju obrazovanja, najviše sudionica je bilo srednje stručne spreme, njih 48%. S obzirom na mjesto stanovanja, najviše sudionica u istraživanju, njih 61% živi u urbanom području, odnosno u gradu. Najviše anketiranih sudionica rodilo je samo jedno dijete, njih 42%. Dobiveni rezultat gotovo je identičan kao i kod drugih izvora rezultata.

Najveći broj sudionica, njih 82% same su prepoznale teškoće u emocionalnoj adaptaciji, što je pozitivan podatak te se da zaključiti da je veći broj sudionica informiran o postporođajnoj depresiji. Iznenadjuće mali podatak je prepoznavanje simptoma od strane medicinske sestre, koji iznosi 9%, što je poražavajući podatak jer medicinska sestra ima značajnu ulogu u prepoznavanju simptoma. Na pitanje "Koje od navedenih simptoma ste imale?" najveći broj sudionica potvrdilo je da je imalo osjećaj preopterećenja i promjene raspoloženja, a najmanji broj sudionica imalo je halucinacije i dezorijentiranosti. Iz toga se zaključuje da su usporedni rezultati gotovo identični sa rezultatima iz drugih izvora. Pozitivan je podatak da se većina sudionica obratilo nekome za pomoć, njih 52%. Podatak da se 48% sudionica nije obratilo za pomoć je zabrinjavajuće velik. Najveći broj žena njih 61.95% dobio je najveću podršku nakon poroda od partnera što je gotovo identično kao u jednom od dobivenih rezultata iz drugog izvora gdje je postotak žena, njih 61% također potvrdilo da je dobilo najveću podršku od partnera. To je pozitivan podatak jer bi partner trebao biti najveća podrška ženi nakon poroda. Međutim u jednom istraživanju rezultati znatno osciliraju jer je samo 19.64% žena potvrdilo da je dobilo podršku od partnera, a najveću od obitelji i prijatelja (41.07%). Samo 4 (4,2%) žena dobilo je podršku od strane medicinske sestre, a u drugom istraživanju samo 1%, što je poražavajući podatak jer medicinska sestra ima značajnu ulogu u pružanju podrške. Što se tiče trajanja teškoća u emocionalnoj adaptaciji, većina žena, njih 43%

potvrdila je da su simptomi trajali do mjesec dana kao i u istraživanju iz drugih izvora. U trajanju emocionalnih poteškoća od 3 do 6 mjeseci (37%) te u trajanju više od godinu dana (11%) rezultati se također podudaraju i sa rezultatima istraživanja iz drugih izvora. Iz ankete možemo očitati da su sudionice imale u najvećoj mjeri baby blues 43%, postporođajnu depresiju 46% i psihozu 11%, rezultati iz drugog izvora ankete su 66.1% za baby blues, postporođajna depresija 28.6 % i psihoza 5,4% dok je u trećoj anketi iz trećeg izvora baby blues iznosio 62.8%, postporođajna depresija 29.9% i psihoza 7,3 %. Uspoređujući sve tri ankete dobiveni rezultati su u relativno sličnom omjeru. Polovica sudionica, njih 12 (50%) koristilo je lijekove na preporuku ljekarnika u apoteci (na biljnoj bazi i sl.) kao terapiju za vrijeme trajanja emocionalne krize, a najmanji udio sudionica, njih 2 (8,3%) uzimalo je lijekove po preporuci obiteljskog liječnika. Pošto su simptomi većine sudionica bili blaži, očekivano je da su sudionice koristile blaže lijekove (na biljnoj bazi i sl.). Većina sudionica nije koristilo nikakav oblik liječenja, a simptomi su se kod većine sudionica povukli bez bilo kakvog oblika liječenja. Prilikom procijene na ljestvici od 1 do 5 u kojoj mjeri su emocionalne poteškoće utjecale na sudionice (1-nije utjecalo, 5-najviše je utjecalo) najveći broj sudionica, njih 55% odgovorilo je da teškoće u emocionalnoj adaptaciji nisu utjecale na dojenje i hranjenje djeteta (1/5), najveći broj sudionica, njih 46% odgovorilo je da teškoće u emocionalnoj adaptaciji nisu utjecale na osobnu higijenu (1/5), najveći broj sudionica, njih 54% odgovorilo je da teškoće u emocionalnoj adaptaciji nisu utjecale na njihovu emotivnu vezu sa djetetom (1/5), briga o drugoj djeci – najveći broj sudionica, njih 66% odgovorilo je da teškoće u emocionalnoj adaptaciji nisu utjecale na brigu o drugoj djeci (1/5). Na odnos sa partnerom, najveći broj sudionica, njih 36% odgovorilo je kako su teškoće u emocionalnoj adaptaciji utjecale na odnos u mjeri 3/5. Što se tiče funkcioniranja u obavljanju svakodnevnih obaveza i poslova sudionica, najveći broj sudionica, njih 32% odgovorilo je da teškoće u emocionalnoj adaptaciji su utjecale na funkcioniranje u obavljanju svakodnevnih obaveza i poslova u mjeri 3/5. Podaci o tome kako su emocionalne teškoće utjecale na sudionice su bolje od očekivanog jer u velikoj mjeri nisu utjecali na njih. Zadnje pitanje odnosilo se na to da li su emocionalne poteškoće kod žena utjecale na donošenje odluka o ponovnoj trudnoći. Gotovo polovica žena njih 47% odgovorilo je da iskustvo poroda nije utjecalo na donošenje odluka o ponovnoj trudnoći, dok rezultati ankete iz drugog izvora pokazuju da čak 78,57% žena također nema strah od novog poroda. Anketirani podaci su slični.

5. Zaključak

Zbog visokog morbiditeta postporođajne depresije, danas je fokus na prevenciji. Za razliku od psihijatra, medicinska sestra je u primarnoj poziciji identificirati žene s visokim rizikom od postporođajnih poremećaja raspoloženja prije poroda. Tijekom prijema, medicinska sestra može identificirati ženu s prethodnom poviješću depresije ili postpartalnog bluza. Nadalje, svaku ženu koja razvije depresiju tijekom trudnoće treba identificirati i pažljivo pratiti medicinska sestra ili pružatelj primarne zdravstvene zaštite. Ove žene trebaju obrazovanje i podršku o dostupnim tretmanima. Nekim od tih žena može koristiti savjetovanje s terapeutom, a drugima će možda trebati uputnica psihijatru za liječenje antidepresivom nakon poroda. I farmakološka i nefarmakološka profilaksa korištena je u takvim okruženjima s promjenjivim uspjehom. Također postoji velik broj dokaza da žene nakon poroda s depresijom koje se liječe imaju mnogo bolje iskustvo povezivanja majke i djeteta od žena koje su se odreknule liječenja. Što je još važnije, dojenčad majki koje su depresivne također mogu razviti različite probleme s raspoloženjem i ponašanjem, kao i pretilost kasnije u životu. Unatoč svijesti o postporođajnoj depresiji, mnoge žene propuštaju liječenje jer se jednostavno ne prate nakon trudnoće. Stoga je uloga patronažne sestre jako bitna.

Na temelju provedenog istraživanja može se zaključiti da je učestalost postporođajnih promjena raspoloženja djelomično ista sa dostupnim izvorima u literaturi. Najveći broj žena imalo je postporođajnu tugu, zatim depresiju, a najmanji broj žena imalo je postporođajnu psihozu. Istraživanjem je utvrđeno da je najveću pomoć i podršku žena dobila od partnera. Partner je jedan od najbitnijih faktora koji je zaslužan u procesu emocionalnog ozdravljenja nakon poroda žene. Iznenadujuće mali podatak je prepoznavanje simptoma od strane medicinske sestre, također je mali podatak da većina žena nije dobila najveću pomoć od strane medicinske sestre. Medicinska sestra ima ulogu u prepoznavanju simptoma i znakova postporođajne depresije te u smanjenju anksioznosti i depresivnih simptoma. Unatoč postporođajnim emocionalnim simptomima koje su žene imale nakon poroda pozitivan je podatak da je gotovo polovica žena navelo da emocionalni simptomi nisu utjecali na donošenje odluke o ponovnoj trudnoći. Trebala bi se skrenuti pažnja na polovicu žena koja se nije nikome obratila za pomoć, bilo zbog straha od stigmatizacije ili zbog nedovoljne informiranosti. Smatram da bi medicinska sestra trebala svojim savjetima i razgovorom

pripremiti i educirati trudnicu o simptomima postporođajne depresije kako bi ih buduća roditelja znala prepoznati i kako bi se obratila za pomoć. Također, bitna je i podrška od strane zdravstvenog osoblja, kao i od strane partnera i obitelji. Isto tako bitna je i edukacija partnera i obitelji kako bi prepoznali simptome u što kraćem vremenskom roku. Njihova uloga je važna jer oni pružaju podršku roditelji, pomažu joj tijekom trudnoće i u skrbi za dijete. Postporođajna depresija i psihoza ne utječu samo na zdravlje i kvalitetu života majke nego i na zdravlje i razvoj djeteta te život ostalih članova obitelji. Iz tog razloga važno je liječiti postporođajnu depresiju i psihozu na vrijeme.

6. Literatura

- [1] Beck CT, Records K, Rice M. Further development of the postpartum depression predictors inventory-revised. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(6):735–45.
- [2] Mauthner NS. Re-assessing the importance and role of the marital relationship in postnatal depression: Methodological and theoretical implications. *Journal of Reprod Infant Psychol*. 1998;16(2–3):157–75. Return to ref 2 in article
- [3] Fishel AH. Mental health disorders and substance abuse. *Maternity & women's health care*; 2004:960–82.
- [4] Leopold KA, Zoschnick LB. Women's primary health grand rounds at the University of Michigan: postpartum depression. *Female Patient Total Health Care Women* 1997;22:12–30.
- [5] Andrews-Fike C. A review of postpartum depression. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry*. 1999;1(1):9.
- [6] Bina R. The impact of cultural factors on postpartum depression: a literature review. *Health Care Women Int*. 2008;29(6):568–92.
- [7] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150(6):782–6.
- [8] Huang YC, Mathers N. Postnatal depression—biological or cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. *J Adv Nurs*. 2001;33(3):279–87.
- [9] Affonso DD, De AK, Horowitz JA, Mayberry LJ. An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *J Psychosom Res*. 2000;49(3):207–16.
- [10] Keller MC, Nesse RM. The evolutionary significance of depressive symptoms: different adverse situations lead to different depressive symptom patterns. *J Pers Soc Psychol*. 2006;91(2):316.
- [11] Craske MG. *Origins of phobias and anxiety disorders: why more women than men?*. New York: Elsevier; 2003. p. 13.
- [12] Buist A, Bilszta J, Milgrom J, Barnett B, Hayes B, Austin MP. Health professional's knowledge and awareness of perinatal depression: results of a national survey. *Women Birth*. 2006;19(1):11–6.
- [13] Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatry*. 1998;59:34–40.

- [14] O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(11):1039–45.
- [15] Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry*. 1999;175(6):554–8.
- [16] Saba Mughal; Yusra Azhar; Waquar Siddiqui., *Postpartum Depression*, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.
- [17] Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot*. 2017;6:60. [PMC free article] [PubMed] [Reference list]
- [18] Couto TC, Brancaglioni MY, Alvim-Soares A, Moreira L, Garcia FD, Nicolato R, Aguiar RA, Leite HV, Corrêa H. Postpartum depression: A systematic review of the genetics involved. *World J Psychiatry*. 2015 Mar 22;5(1):103-11.
- [19] Cardaillac C, Rua C, Simon EG, El-Hage W. [Oxytocin and postpartum depression]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2016 Oct;45(8):786-795
- [20] Milgrom J, Gemmill AW, Ericksen J, Burrows G, Buist A, Reece J. Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: a randomised controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015 Mar;49(3):236-45.
- [21] Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annu Rev Med*. 2019 Jan 27;70:183-196.
- [22] Robakis TK, Williams KE. Biologically based treatment approaches to the patient with resistant perinatal depression. *Arch Womens Ment Health*. 2013 Oct;16(5):343-51.
- [23] Kaner S, Colquhoun H, Gunduz-Bruce H, Raines S, Arnold R, Schacterle A, Doherty J, Epperson CN, Deligiannidis KM, Riesenber R, Hoffmann E, Rubinow D, Jonas J, Paul S, Meltzer-Brody S. Brexanolone (SAGE-547 injection) in post-partum depression: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2017 Jul 29;390(10093):480-489.
- [24] Cowley S, Caan W, Dowling S, Weir H. What do health visitors do? A national survey of activities and service organization. *Public Health*. 2007;121:869–879
- [25] Rogers EM. *Diffusion of Innovations*. 5th. New York: The Free Press; 2003.

- [26] Rees S, Channon S, Waters CS. The impact of maternal prenatal and postnatal anxiety on children's emotional problems: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019 Feb;28(2):257-280.
- [27] Johnson JE, Wiltsey-Stirman S, Sikorskii A, Miller T, King A, Blume JL, Pham X, Moore Simas TA, Poleshuck E, Weinberg R, Zlotnick C. Protocol for the ROSE sustainment (ROSES) study, a sequential multiple assignment randomized trial to determine the minimum necessary intervention to maintain a postpartum depression prevention program in prenatal clinics serving low-income women. *Implement Sci*. 2018 Aug 22;13(1):115.
- [28] M. Pauković: Psihičke poteškoće/poremećaji u razdoblju babinja, Završni rad, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2017.
- [29] A. Žbulj: Psihičke poteškoće/poremećaji u razdoblju babinja, Završni rad, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2019.
- [30] I. Varga: Poslijeporođajna depresija i psihoza, Završni rad, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2019.

Prikaz grafikona

Kružni grafikon 4.2.1. Prikaz broja sudionica s obzirom na dob Izvor:Autor	14
.....	
Kružni grafikon 4.2.2. Prikaz razine obrazovanja sudionica Izvor:Autor	15
.....	
Kružni grafikon 4.2.3. Prikaz broja sudionica s obzirom na mjesto stanovanja Izvor: Autor	16
.....	
Kružni grafikon 4.2.4. Prikaz broja djece sudionica Izvor:Autor.....	17
.....	
Kružni grafikon 4.2.5 Prikaz postotka sudionica sa emocionalnim poteškoćama nakon poroda Izvor: Autor	18
Trakasti grafikon 4.2.6. Prikaz postotka različitih „profila“ ljudi koji su prepoznali emocionalne simptome sudionica Izvor: Autor	19
.....	
Trakasti grafikon 4.2.7. Prikaz postotka navedenih simptoma sudionica Izvor: Autor	20
.....	
Kružni grafikon 4.2.8. Prikaz postotka sudionica koji se obratio i koji se nije obratio za pomoć Izvor: Autor	21
Trakasti grafikon 4.2.9. Prikaz postotka osoba kojima su se sudionice obratili za pomoć Izvor: Autor	22
Kružni grafikon 4.2.10. Prikaz trajanja teškoća sudionica u emocionalnoj adaptaciji Izvor: Autor	23
Trakasti grafikon 4.2.11. Prikaz postotka osoba od kojih su sudionice dobili najveću pomoć Izvor: Autor	24
Kružni grafikon 4.2.12. Prikaz terapije koju su sudionice koristile za vrijeme trajanja emocionalne krize Izvor: Autor	25
Stupčasti grafikon 4.2.13. Prikaz u kojoj mjeri su teškoće u emocionalnoj adaptaciji utjecale na sudionice Izvor Autor	27
Kružni grafikon 4.2.14. Prikaz u kojem postotku je iskustvo s emocionalnim poteškoćama utjecalo na donošenje odluka o ponovnoj trudnoći Izvor Autor.....	28

Prilozi

Prilog 1 – Anketni upitnik

Postporođajna depresija

Poštovani,

Ovim putem Vas pozivam na sudjelovanje u istraživanju pod nazivom: "Postporođajna depresija". Cilj istraživanja je utvrđivanje postotka žena oboljelih u sva tri oblika postporođajne depresije i saznati kako su se žene nosile sa postporođajnom depresijom. Ovaj anketni upitnik provodi se u svrhu izrade završnog rada na preddiplomskom stručnom studiju sestrinstva na Sveučilištu Sjever u Varaždinu, pod mentorstvom kliničke psihologinje Andreje Bogdan.

Upitnik je u potpunosti anoniman te je sudjelovanje u istraživanju dobrovoljno. Rezultati ankete neće biti prikazani pojedinačno, već skupno i koristiti će se isključivo samo u svrhu izrade završnog rada.

Ljubazno Vas molim da na sva pitanja odgovorite iskreno u cilju dobivanja što objektivnijih podataka.

Unaprijed zahvaljujem na uloženom trudu i vremenu!

S poštovanjem, Korina Gregurek, studentica 3. godine studija sestrinstva na Sveučilištu Sjever.

1. Dob *

- Do 21
- 22-27
- 28-37
- 37-47
- 47 i više

2. Stupanj obrazovanja *

- Završena osnovna škola
- Završena srednja škola
- Završen preddiplomski studij
- Završen diplomski studij
- Završen doktorat

3. Mjesto stanovanja *

- Urbano područje (grad)
- Ruralno područje (selo)

4. Jeste li rodili? *

- Jednom
 - Dva puta
 - Više puta
 - Nijednom (ukoliko je Vaš odgovor nijednom ne odgovarate na daljnja pitanja, zahvaljujemo na sudjelovanju)
-

5. Jeste li nakon poroda imali poteškoća u emocionalnoj prilagodbi? *

- DA
 - NE (ukoliko je Vaš odgovor NE ne odgovarate na daljnja pitanja, zahvaljujemo na sudjelovanju)
-

6. Tko je prepoznao Vaše stanje, teškoće u emocionalnoj adaptaciji? *

- Vi sami
- Medicinska sestra
- Liječnik (ginekolog, obiteljske medicine)
- Partner
- Obitelj
- Prijateljica/prijatelj
- Djeca

7. Koje od ovih simptoma ste imali? *

- Promjene raspoloženja
- Tuga
- Tjeskoba
- Plakanje bez povoda
- Smanjena koncentracija
- Osjećaj preopterećenja
- Problemi sa spavanjem
- Gubitak apetita
- Depresivno raspoloženje
- Poteškoće u ostvarivanju veze s djetetom
- Osjećaj da ne volite dijete
- Izolacija od okoline
- Osjećaj krivnje, straha i bezvrijednosti
- Nemogućnost brige za sebe ili dijete
- Želja za nanošenjem ozljeda djetetu
- Suicidalne misli
- Gubitak interesa za hobijima i drugim aktivnostima
- Deluzije
- Halucinacije
- Opsesivne misli vezane uz dijete
- Paranoje
- Dezorijentiranost
- Manija
- Izrazita nervoza

8. Jeste li se obratili kome za pomoć? *

- DA
 - NE
-

9. Ako ste odgovorili na prethodno pitanje DA, kome ste se obratili?

- Partneru
 - Prijateljici/prijatelju
 - Roditeljima
 - Obiteljskom liječniku
 - Psihijatru
 - Psihologu
 - Medicinskoj sestri
 - Društvenim mrežama (forumi i sl.)
-

10. Koliko dugo su trajale teškoće u emocionalnoj adaptaciji? *

- Do mjesec dana
- Od 3 mjeseca do 6 mjeseci
- Više od 6 mjeseci
- Više od godinu dana

11. Od koga ste dobili najveću pomoć?

- Partner
 - Prijateljica/prijatelj
 - Roditelji
 - Obiteljski liječnik
 - Psihijatar
 - Psiholog
 - Medicinska sestra
 - Društvene mreže (forumi i sl.)
-

12. Jeste li za vrijeme trajanja emocionalne krize koristili:

- Lijekove po preporuci psihijatra
- Lijekove na preporuku obiteljskog liječnika
- Lijekove na preporuku ljekarnika u apoteci (na biljnoj bazi i sl.)
- Psihoterapiju (psiholog, psihijatar, psihoterapeut)

13. Molim Vas da procijeniti na ljestvici od 1 do 5 u kojoj mjeri su teškoće u emocionalnoj adaptaciji utjecale na Vas: *

1 - nije utjecalo

5 - najviše je utjecalo

	1- nije utjecalo	2	3	4	5 - najviše je utjecalo
Dojenje i hranjenje djeteta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osobna higijena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emotivna veza s djetetom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Odnos s partnerom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Briga o drugoj djeci	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Funkcioniranje u obavljanju svakodnevnih obaveza i poslova	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Je li iskustvo koje ste imali s emocionalnim poteškoćama utjecalo na donošenje odluke o ponovnoj trudnoći?

- Trebalo mi je mnogo vremena da se ponovno odlučim na trudnoću
- Odustala sam od daljnjeg rađanja
- Pojačalo je moje strahove u sljedećoj trudnoći
- Nije utjecalo

Sveučilište
Sjever

UNIVERSITÄT
SIEVER



SVEUČILIŠTE
SIEVER

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, Korina Gregurek pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivo autorica završnog rada pod naslovom Postporođajna depresija te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Studentica:
Korina Gregurek

Korina Gregurek

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, Korina Gregurek neopozivo izjavljujem da sam suglasna s javnom objavom završnog rada pod naslovom Postporođajna depresija čija sam autorica.

Studentica:
Korina Gregurek

Korina Gregurek