

Rizični čimbenici za razvoj postporođajne depresije

Čogelja, Matea

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:193410>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-01**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni prijediplomski studij
Sestrinstvo

Matea Čogelja

Rizični čimbenici za razvoj postporodajne depresije

Završni rad

Zadar, 2024.

Sveučilište u Zadru
Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni prijediplomski studij
Sestrinstvo

Rizični čimbenici za razvoj postporođajne depresije

Završni rad

Student/ica:
Matea Čogelja

Mentor/ica:
Doc. dr. sc. Marija Ljubičić

Zadar, 2024.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Matea Čogelja**, ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Rizični čimbenici za razvoj postporodajne depresije** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 18. rujna 2024.

Zahvala

Posebne zahvale upućujem svojoj mentorici doc.dr.sc. Mariji Ljubičić. Zahvaljujem joj na strpljivosti, pristupačnosti, pomoći i na svakom savjetu tijekom pisanja ovog završnog rada, ali i tijekom sve tri godine studiranja.

Zahvaljujem mojoj obitelji koja me ohrabivala, podržavala i vjerovala u mene tijekom cijelog mog studiranja.

Zahvaljujem i mojim prijateljicama i kolegama koji su mi pružali neizmjernu podršku i uljepšali ove studijske dane.

Neizmjerno hvala svima.

Kratice

KBC – Klinički Bolnički Centar

DSM – „The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje

ITM – indeks tjelesne mase

PP-PTSP – postporođajni post-traumatski stresni poremećaj

PTSP – post-traumatski stresni poremećaj

SMBS – smanjena mogućnost brige o sebi

Sažetak

Rizični čimbenici za razvoj postporođajne depresije

Trudnoća, porod i razdoblje nakon poroda velike su životne promjene prepune novih izazova koji majkama mogu predstavljati stres, naročito onima koje se sa majčinstvom susreću po prvi put. Psihička prilagodba u postporođajnom razdoblju različita je u svake žene. Većina žena u postporođajnom razdoblju iskusi nekakav oblik psihičkih promjena blagog intenziteta koje su sasvim normalna pojava za to razdoblje. Međutim, u nekih žena, takve psihičke promjene mogu prerasti u ozbiljne psihičke poremećaje. Neki od najčešćih psihičkih poremećaja koji se javljaju u postporođajnom razdoblju su postporođajna tuga, postporođajna depresija, postporođajna psihoza i postporođajni post-traumatski stresni poremećaj. Osim u majki, ove promjene mogu se javiti i u očeva.

Postporođajna depresija nastaje uobičajeno dva tjedna do tri mjeseca nakon poroda, no isto tako može nastati bilo kada tijekom prve godine nakon poroda. Na njen nastanak utječu brojni rizični čimbenici, a neke od skupina su fiziološki i biološki, psihološki, opstetrijski i pedijatrijski, socio-demografski i kulturalni rizični čimbenici. Pojavu postporođajne depresije karakterizira pogoršanje simptoma postporođajne tuge, prelazak tuge u depresivnost, osjećaj majke da nije dobra majka, da ne voli novorođenče, nemogućnost brige za sebe ili za novorođenče te u nekim slučajevima pojava suicidalnih misli. Dijagnoza se postavlja pomoću screening testova, a potvrđuje ju psihijatar. Liječenje se provodi ovisno o razini psihičkog poremećaja, a najčešći oblici liječenja su primjena medikamentozne terapije i psihoterapija. Uz navedeno, podrška i razumijevanje bližnjih, pomoć i podrška u svakodnevnom životu, zdrava prehrana, tjelesna aktivnost, dovoljno sna te edukacija budućih majki, njihove okoline, ali i šire javnosti, neki su od čimbenika kojima se može prevenirati nastanak postporođajne depresije, ali i ublažiti njen razvoj ukoliko nastane.

Uloga medicinske sestre je upoznati pacijenticu sa prevalencijom postporođajne depresije, čimbenicima koji mogu utjecati na njen nastanak i simptomima koji ju karakteriziraju. Također, potrebno je pripremiti majku na sve nove izazove koji ju očekuju u razdoblju nakon poroda, savjetovati ju kako da se sa njima nosi, educirati je o svim postupcima koji su bitni u brizi oko novorođenčeta, ali i u brizi za sebe te joj biti podrška u procesu prilagodbe i učenja. Bitno je u sve to uputiti obitelj i okolinu majke te ih savjetovati da joj budu

pomoć i podrška, kako u razdoblju do poroda, tako i nakon. Također, važno je educirati i zdravstvene radnike i širu javnost o postporođajnoj depresiji.

Ključne riječi: postporođajna depresija, rizični čimbenici, baby blues, postporođajna psihoza

Summary

Risk factors for the development of postpartum depression

Pregnancy, childbirth and the postpartum period are major life changes full of new challenges that can be stressful for mothers, especially those who are facing motherhood for the first time. Psychological adjustment in the postpartum period is different for every woman. In the postpartum period most women experience some kind of psychological changes that are mild intensity and are a completely normal occurrence for that period. However, in some women, such psychological changes can become serious mental disorders. Some of the most common mental disorders that occur in the postpartum period are postpartum sadness, postpartum depression, postpartum psychosis and postpartum post-traumatic stress disorder. In addition to mothers, changes in the postpartum period can also occur in fathers.

Postpartum depression usually occurs two weeks to three months after childbirth, but can also occur at any time during the first year after childbirth. Its occurrence is influenced by numerous risk factors and some of the groups are physiological and biological, psychological, obstetric and pediatric, socio-demographic and cultural risk factors. Postpartum depression is characterized by worsening symptoms of postpartum sadness, the transition of sadness into depression, the feeling of the mother that she is not being a good mother, that she does not love the newborn, the inability to take care of herself or the newborn and, in some cases, the appearance of suicidal thoughts. The diagnosis is made by screening tests and it is confirmed by a psychiatrist. Treatment is carried out depending on the level of mental disorder and the most common forms of treatment are medical therapy and psychotherapy. In addition, support and understanding from family and friends, help and support in everyday life, healthy diet, physical activity, normal sleep schedule and education of mothers to be, their environment and public, are some of the factors that can prevent the onset of postpartum depression, but also mitigate its development if it occurs.

The role of the nurse is to inform the patient about the prevalence of postpartum depression, the factors that can affect its occurrence and the symptoms that characterize it. Also, it is necessary to prepare the mother for all the new challenges that await her in the postpartum period, advise her on how to deal with them, educate her about all the procedures that are important in caring for a newborn, but also in caring for herself and support her in the process

of adaptation and learning. It is important to include the mother's family and environment in all off this and advise them to provide help and support, both in the period before and after childbirth. Also, it is important to educate both healthcare professionals and the general public about postpartum depression.

Keywords: postpartum depression, risk factors, baby blues, postpartum psychosis

SADRŽAJ

1. Uvod.....	11
1.1. Trudnoća.....	12
1.2. Porodaj	13
1.3. Postporođajno razdoblje.....	14
2. Psihičke promjene u postporođajnom razdoblju	16
2.1. Postporođajna tuga	16
2.2. Postporođajna depresija.....	18
2.2.1. Rizični čimbenici za nastanak postporođajne depresije	20
2.2.2. Simptomi postporođajne depresije	22
2.2.3. Utjecaj postporođajne depresije na novorođenče	23
2.2.4. Utjecaj postporođajne depresije na dojenje.....	24
2.2.5. Dijagnostika postporođajne depresije	25
2.2.6. Prevencija postporođajne depresije	27
2.2.7. Liječenje postporođajne depresije	27
2.3. Postporođajni post-traumatski stresni poremećaj.....	29
2.4. Postporođajna psihoza.....	30
3. Očinska „postporođajna depresija“	32
4. Sestrinska skrb tijekom postporođajne depresije	33
5. Zaključak.....	36
6. Literatura	37

1. Uvod

Za svaku ženu trudnoća predstavlja jednu od najvećih prekretnica u njenom životu. To je razdoblje koje bi trebalo biti ispunjeno radošću, uzbuđenjem i pripremom za dolazak novog člana obitelji. Međutim, trudnoća, porod i postporođajno razdoblje osim što su ispunjeni brojnim pozitivnim promjenama i iskustvima, prepuni su novih izazova koji majkama mogu izazivati stres. Izmjena emocija od radosti do zabrinutosti, ostvarivanje kontakta sa novorođenčecom, zadovoljavanje potreba novorođenčeta uz istovremeno zadovoljavanje vlastitih potreba, prilagodba na novu rutinu, prilagodba ostalih članova obitelji na novog člana, samo su neki u nizu stresora koji su prisutni u postporođajnom razdoblju. Osim za majku, ovo razdoblje stresno je i za očeve, pogotovo one koji postaju roditelji po prvi put.

Pojava psihičkih promjena u postporođajnom razdoblju prirodna je i normalna. Međutim, katkada te psihičke promjene mogu trajati duži vremenski period, što označava prerastanje psihičkih promjena u psihički poremećaj. U postporođajnom razdoblju čak 85% žena doživi nekakav oblik psihičkih promjena, a od toga se 10-15% odnosi na postporođajnu depresiju (1). Najčešći psihički poremećaji koji se javljaju u postporođajnom razdoblju su postporođajna tuga, postporođajna depresija, postporođajna psihoza i postporođajni post-traumatski stresni poremećaj.

Na nastanak psihičkih poremećaja, a posebice postporođajne depresije mogu utjecati brojni rizični čimbenici. Fiziološki i biološki rizični čimbenici odnose se na narušeno opće zdravstveno stanje i indeks tjelesne mase (2). Od psiholoških rizičnih čimbenika najčešći su anksioznost i depresija tijekom trudnoće, ranije prisutni psihički poremećaji, povijest psihičkih poremećaja u obitelji, proživljeno fizičko, emocionalno ili seksualno zlostavljanje, narušen odnos sa partnerom, nedostatak potpore, stres, negativan odnos prema trudnoći te neke osobine ličnosti (2). Opstetrijski i pedijatrijski rizični čimbenici odnose se na trudnoću, porod, dojenje i novorođenče (2). Od socio-demografskih rizičnih čimbenika najčešći su dob majke, nizak socio-ekonomski status, niski prihodi, nezaposlenost te loši uvjeti življenja (2). Kulturalni rizični čimbenici obuhvaćaju tradicijske običaje poput ugovorenih brakova i stava da je skrb za djecu isključiva briga žene, jezične barijere, stigmatiziranje i zanemarivanje psiholoških teškoća (2).

Cilj ovog rada je opisati psihičke poremećaje koji se javljaju u postporođajnom razdoblju, s naglaskom na postporođajnu depresiju i rizične čimbenike koji utječu na njezinu

pojavnost. Nadalje, cilj rada je sažeto opisati metode dijagnostike, liječenja i prevencije te ulogu medicinske sestre.

1.1. Trudnoća

„Trudnoća (gestacija, gravidnost) jest razdoblje ženina života u kojem se oplođeno jajašce nidira, raste i razvija se (3).“ Trudnoća započinje oplodnjom. Prije oplodnje događaju se spermatogeneza i oogeneza, tj. procesi stvaranja i razvoja muških i ženskih spolnih stanica koje su zrele i sposobne za oplodnju (spermij i oocita). Oplodnja se događa spajanjem zrele oocite i spermija u jajovodu, čime nastaje oplođena jajna stanica (zigota) koja se petog ili šestog dana nakon oplodnje ugnijezdi u endometriju maternice (3).

Na početak trudnoće upućuju izostanak mjesečnice i brojni simptomi, od kojih su najčešći jutarnje i dnevne mučnine, povraćanje, napete dojke, učestalo mokrenje, opstipacija i umor. Pozitivna trudnoća najčešće se dokazuje pozitivnim testom na trudnoću i ultrazvučnim pregledom na kojem se vidi gestacijska vrećica ili fetus, a gestacijska dob najčešće se određuje prema gravidariumu (trudnički kalendar) (3).

Normalna trudnoća traje 280 dana, odnosno 40 tjedana ili 10 lunarnih tj. 9 kalendarskih mjeseci, a završava terminskim porođajem (rođenjem djeteta i sekundina od 37. do 42. tjedna trudnoće) (3). Prema duljini trajanja, trudnoća je podijeljena u tri tromjesečja. Prvo tromjesečje traje od 1. do 13. tjedna trudnoće, drugo od 14. do 26. tjedna trudnoće i treće od 27. do 40. tjedna trudnoće (3). S obzirom na razvoj ploda, trudnoća se također dijeli na tri razdoblja: preembrijsko razdoblje koje traje do 3. tjedna trudnoće, embrijsko razdoblje koje traje od 3. do 8. tjedna trudnoće i fetalno razdoblje koje traje od 9. tjedna trudnoće do poroda (3).

Uz plod, u trudnoći se također razvijaju i sekundine, odnosno plodove ovojnice, posteljica, pupkovina i plodova voda (3). Plodove ovojnice su amniji, u kojem se nalaze fetus i plodova voda, te korij, vanjska ovojnica. Amniji i korij zajedno su spojene u vodenjak. Posteljica je jedini vitalni organ među sekundinama, a normalno je smještena pri vrhu maternice (lat. *fundus uteri*). Tijekom trudnoće posteljica ima respiracijsku, nutritivnu, metaboličku, hormonalnu, imunološku i ekskrecijsku funkciju. Fetus je sa posteljicom povezan preko pupkovine. Pupkovina sadrži tri krvne žile - jednu venu koja prenosi oksigeniranu krv od posteljice do ploda i dvije arterije koje prenose deoksigeniranu krv od ploda do posteljice. Krvne žile oblaže Whartonova sluz koja ih štiti od pritiska i ozljeda čime omogućuje stalan

dotok kisika i hranjivih tvari, a uz to omogućuje elastičnost pupkovine i njezinu otpornost na istezanje. Plodova voda omogućuje pokretljivost ploda i štiti ga od mehaničkih utjecaja i oštećenja, a čine ju većim dijelom voda i manjim dijelom otopljene soli (3).

1.2. Porodaj

Trudnoća završava rođenjem novorođenčeta i sekundina, što se naziva porođajem. Ukoliko se porođaj dogodi od 37. do 42. tjedna trudnoće to je porođaj u terminu ili terminski porođaj (3). Međutim, trudnoća može završiti prije ili poslije termina pa se takvi porođaji dijele na rani i kasni spontani pobačaj, rani i kasni prijevremeni porođaj i poslijeterminski porođaj. Porođaj prije 22. tjedna naziva se pobačajem, a dijeli se na rani spontani pobačaj, odnosno porođaj prije 16. tjedna i kasni spontani pobačaj, odnosno porođaj između 16. i 22. tjedna. Porođaj od 22. do 32. tjedna smatra se ranim prijevremenim porođajem, a porođaj od 32. do 37. tjedna kasnim prijevremenim porođajem. Porođaj nakon 42. tjedna smatra se poslijeterminskim porođajem (3).

Očekivani termin porođaja moguće je izračunati pomoću nekoliko metoda. Najčešći način je izračun Naegellovim pravilom (kada menstruacijski ciklus traje 28 dana) prema kojem se od prvog dana posljednje menstruacije oduzmu tri mjeseca i nadoda sedam dana (3). Nadalje, termin je moguće izračunati prema oplodnom odnosu, prema čemu se oduzmu tri mjeseca i sedam dana te se nadoda jedna godina sigurnom datumu oplodnog odnosa (3). Također, termin porođaja moguće je izračunati ultrazvučnom procjenom fetalne biometrije u ranoj trudnoći te prema gravidariumu (3).

Za normalan tijek porođaja potreban je porođajni kanal, porođajne snage (trudovi) i porođajni subjekt (fetus i sekundine) (3). Porođaj započinje trudovima pravilnih razmaka i/ili prsnućem vodenjaka. Trudovi mogu započeti spontano, prije, tijekom ili nakon prsnuća vodenjaka, a dijele se na prethodne, pripravne, porođajne, prave, prave potresne, trudove trećeg porođajnog doba i trudove u babinju (3).

Prethodni trudovi su nekoordinirane kontrakcije koje se javljaju u posljednja tri do četiri tjedna trudnoće i pospješuju otvaranje ušća maternice. Pripravni trudovi su povremene kontrakcije koje se javljaju u posljednjim danima trudnoće. Mogu biti bolni, neredoviti su i najčešće se javljaju nekoliko puta u satu. Porođajni trudovi su regularne bolne kontrakcije koje se na početku javljaju svako deset minuta, nakon čega postaju sve učestalije pa se javljaju svako

dvije do tri minute. Trajanje porođajnih trudova ovisi o paritetu, pa će tako u prvorotkinja trajati i do 20 sati, dok će u višerotkinja trajati od 2 do 8 sati. Pravi trudovi su regularne, jake kontrakcije koje se javljaju svako dvije do tri minute, a nastaju nakon otvaranja ušća maternice. Trajanje pravih trudova također ovisi o paritetu, pa tako u prvorotkinja traju uobičajeno 50 minuta, dok u višerotkinja uobičajeno traju 20 minuta. Pravi potresni trudovi regularne su i jake kontrakcije koje se javljaju svako dvije do tri minute, a uz njih javlja se i nagon za tiskanje. Trudovi trećeg porođajnog doba javljaju se kod porođaja sekundina. Trudovi u babinju pomažu involuciji maternice (3).

Porođaj je podijeljen u četiri porođajna doba. Prvo porođajno doba obilježava dilatacija porođajnog kanala, prsnuće vodenjaka i namještaj glavice fetusa u porođajnom kanalu. Drugo porođajno doba obilježava rođenje novorođenčeta, a treće porođaj sekundina. Zadnje, odnosno četvrto porođajno doba traje dva sata nakon porođaja i označava prijelazno razdoblje prema razdoblju babinja (3).

1.3. Postporođajno razdoblje

Postporođajno razdoblje koje se još naziva i babinje ili puerperij, razdoblje je od šest do osam tjedana nakon poroda, a označava okviran vremenski period koji je potreban da se promjene koje su nastale trudnoćom i za vrijeme poroda vrate na „normalno“ (3). S obzirom da postporođajno razdoblje započinje nakon poroda, naziva se još i četvrtim tromjesečjem.

Postporođajno razdoblje ispunjeno je brojnim promjenama od kojih su uz somatske i hormonalne promjene prisutne i involucija genitalija, lohije, laktacija i amenoreja (3).

Involucija genitalija označava smanjenje volumena maternice, njezine veličine i položaja u trbušnoj šupljini, a posljedica je kontrakcija maternice i kontrakcija izazvanih dojenjem (3). Lohija je iscjedak iz rodnice kojeg žena ima u razdoblju babinja, a čine ga oljušteno tkivo endometrija, krvne stanice, bakterije i eksudat. Odmah poslije porođaja lohija je krvava, a fundus je u visini pupka. Tijekom prvog tjedna lohija je još uvijek krvava, a fundus se nalazi tri prsta ispod pupka, dok na kraju prvog tjedna lohija prelazi iz krvave u crvenu, a fundus je još uvijek ispod pupka. Krajem drugog tjedna lohija je smečkasta, a fundus je tri prsta iznad simfize. Na kraju trećeg tjedna lohija je žuta, a fundus je dva prsta iznad simfize. Završetkom četvrtog tjedna lohija je bijela, a fundus se vratio u visinu simfize. Na kraju

postporođajnog razdoblja, od šestog do osmog tjedna, lohija je bistra, a maternica se vratila u malu zdjelicu (3).

Laktacija označava stvaranje i izlučivanje mlijeka. Odvija se kroz nekoliko stupnjeva: mamogenezu (rast i razvoj žljezdanog tkiva i izvodnih kanalića dojke), laktogenezu (stvaranje mlijeka), galaktopoezu (izlučivanje mlijeka) i galaktokinezu (trajno stvaranje i izlučivanje mlijeka). Prava laktacija uspostavlja se od drugog do šestog dana nakon porođaja (3).

Amenoreja označava izostanak mjesečnice nakon porođaja, a nastaje kao posljedica pojačanog lučenja prolaktina (3).

2. Psihičke promjene u postporođajnom razdoblju

Postporođajno razdoblje za ženu predstavlja razdoblje „prilagodbe“ koje je prepuno novih izazova i brojnih fizičkih, ali i psihičkih promjena. Majka koja se oporavlja od poroda istovremeno se prilagođava na nove emocije, promjenu rutine, „zadace“ i uloge koje majčinstvo nosi, ali i na novorođenče i zajednički „suživot“. S druge strane, novorođenče se privikava na život izvan majke pa i samo prolazi razdoblje „prilagodbe“, a pri tome zahtjeva potpunu predanost i brigu majke. Uz brigu o novorođenčetu, sebi i drugim članovima obitelji, umor, stres i brojna pitanja koje majka ima, samo su neki od stresora koji mogu utjecati na pojavu psihičkih promjena u postporođajnom razdoblju. Psihičke promjene u ovom razdoblju iznimno su česte, javljaju se u čak 85% žena (1). U ovom za ženu osjetljivom razdoblju moguć je razvoj složenijih poremećaja kao što je postporođajna tuga i postporođajna depresija.

2.1. Postporođajna tuga

Postporođajna tuga (eng. *baby blues*) najblaži je, a ujedno i najčešći oblik psihičkih promjena koje nastaju u postporođajnom razdoblju. Postporođajna tuga javlja se u 45-80% žena (4). Uobičajeno nastaje tri do pet dana nakon poroda pa je neki autori nazivaju i „sindromom trećeg dana“ (5). Može trajati najduže do nekoliko tjedana nakon poroda.

Na pojavu postporođajne tuge utječu brojni čimbenici. Jedan od tih čimbenika predstavljaju hormonalne promjene. Neki od hormona koji su važni tijekom trudnoće, za vrijeme poroda i postporođajnog razdoblja su estrogen, progesteron, oksitocin, prolaktin, adrenokortikotropni hormon i kortizol. U žena koje doživljavaju postporođajnu tugu zabilježen je pad progesterona, niska razina estrogena i kortizola te pojačana sekrecija adrenokortikotropnog hormona i prolaktina. Zabilježena je i niska razina adrenalina, noradrenalina i serotonina te značajan pad β -endorfina nakon poroda, koji je tijekom trudnoće i za vrijeme poroda bio visoke razine (5).

Ostali čimbenici dijele se u nekoliko skupina. Opći rizični čimbenici odnose se na dob majke, postojeće poremećaje raspoloženja, pozitivnu anamnezu psihičkih poremećaja u obitelji te pušenje (5). Od psihosocijalnih rizičnih čimbenika najčešći su nedostatak majčinske brige

tijekom djetinjstva, niži stupanj obrazovanja, radni status, nizak ekonomski status, bračni status i broj godina provedenih u braku (5). Opstetrijski rizični čimbenici odnose se na vrstu poroda, postporođajnu tugu ili druge poremećaje raspoloženja tijekom prethodnih trudnoća, neplaniranu trudnoću, prethodne carske rezove, žensko novorođenče, dojenje i manjak sna (5). Pojavu postporođajne tuge karakteriziraju nestabilne emocije (tuga, plakanje, očaj), anksioznost, česte promjene raspoloženja, manjak energije i koncentracije, umor i nesanica te gubitak apetita (5).

Za prepoznavanje postporođajne tuge koriste se brojni upitnici i skale. Neke od prvih takvih skala koje su se koristile su bile Hamiltonova ocjenska skala za depresiju (eng. *Hamilton Depression Rating Scale*), Skala za ocjenjivanje tuge (eng. *Blues Rating Scale*), Yalomova skala (eng. *Yalom scale*) i Davidsonova skala (eng. *Davidson scale*) (5).

Hamiltonova ocjenska skala za depresiju (eng. *Hamilton Depression Rating Scale*) sadrži osam kriterija za određivanje (umor, plakanje, tjeskoba, zbunjenost, glavobolja, nesanica, hipohondrija, agresivnost prema partneru) koji se ocjenjuju bodovima od 0 do 3 ili do 5. Ukupan rezultat koji je veći od 15 označava prisutnost postporođajne tuge (5).

Skala za ocjenjivanje tuge (eng. *Blues Rating Scale*) sadrži istih osam kriterija kao i Hamiltonova ocjenska skala za depresiju i na njih dodaje još jedan kriterij, depresivnost, a ocjenjuju se bodovima od 0 do 48 (5).

Yalomova skala (eng. *Yalom scale*) sadrži devet kriterija za određivanje (nervoza, fizička nelagoda, plakanje, tuga, promjene raspoloženja, umor, razdražljivost, poremećaj spavanja, zbunjenost) koji se ocjenjuju bodovima od 1 do 5. Ukupan rezultat od 120 bodova smatra se „srednjom ocjenom depresije“ (5).

Davidsonova skala (eng. *Davidson scale*) definira blagi i teški oblik postporođajne tuge. Kriteriji su broj epizoda plakanja i broj „tužnih“ dana, pa dvije ili više epizode plakanja u danu i/ili dva ili više „tužna“ dana dokazuju postojanje postporođajne tuge (5).

Osim navedenih skala, koriste i Steinova skala trudničke tuge (eng. *Stein's Maternity blues scale*), Multidimenzionalna skala percipirane socijalne potpore (eng. *Multidimensional scale of perceived social support*) i Connor-Davidsonova skala otpornosti (eng. *Connor-Davidson resilience scale*) te upitnik, Kennerlijev upitnik tuge (eng. *Kennerley's blues questionnaire*).

Steinova skala trudničke tuge (eng. *Stein's Maternity blues scale*) sadrži 13 kriterija za određivanje tuge u trudnica (depresija, plakanje, tjeskoba, smirenost, nemir, iscrpljenost, sanjanje, apetit, glavobolja, razdražljivost, manjak koncentracije, zaboravljanje, zbunjenost)

koji se ocjenjuju bodovima od 0 do 26. Broj bodova od 3 do 8 označava blagi oblik postporođajne tuge, a broj bodova od 9 ili više, teški oblik postporođajne tuge (6).

Multidimenzionalna skala percipirane socijalne potpore (eng. *Multidimensional scale of perceived social support*) pomoću 12 pitanja istražuje potporu koju majka dobiva od tri izvora (partner, obitelj, prijatelji). Ocjenjuje se sa bodovima od 1 do 7 za svaki izvor, pri čemu veći broj bodova označava veći stupanj potpore (6).

Connor-Davidsonova skala otpornosti (eng. *Connor-Davidson resilience scale*) mjeri otpornost, a sastoji se od 25 pitanja koja se ocjenjuju bodovima od 0 do 4. Maksimalan broj bodova je 100, pri čemu veći broj bodova označava veću otpornost (6).

Kennerlijev upitnik tuge (eng. *Kennerley's blues questionnaire*) ispituje kako se majka osjećala određenog dana, koristeći pritom 28 kriterija, koji se ukoliko su prisutni označavaju sa jednim bodom, a ukoliko izostaju sa nula bodova (5).

Najnovija skala koja se koristi kod ispitivanja postojanja postporođajne tuge je Suryanina skala razvoja majčinske tuge (eng. *Development of maternal blues Suryani scale*). Sadrži 32 kriterija, od čega se 24 smatraju unutarnjim (odnose se na zadatke i uloge majke), a 8 vanjskim čimbenicima (odnose se na socijalnu, kulturalnu i ekonomsku potporu) (5).

Prevenција postporođajne tuge, a ujedno i uloga medicinske sestre prvenstveno obuhvaća edukaciju majke i njene okoline. Majku je bitno upoznati sa psihičkim promjenama koje se mogu javiti u postporođajnom razdoblju, sa simptomima na koje mora obratiti pažnju te sa izazovima koje je očekuju. Okolinu majke treba savjetovati da majci budu pomoć i podrška, u razdoblju do poroda i nakon njega.

2.2. Postporođajna depresija

Promjena rutine, nova očekivanja, uloge i izazovi, preopterećenost, umor te manjak energije i koncentracije mogu utjecati na pojavu psihičkih promjena u postporođajnom razdoblju. Ukoliko takve psihičke promjene budu snažnije izražene i prolongiraju se na više od nekoliko tjedana nakon poroda onda se najčešće ne radi o postporođajnoj tuzi, nego je moguć razvoj postporođajne depresije.

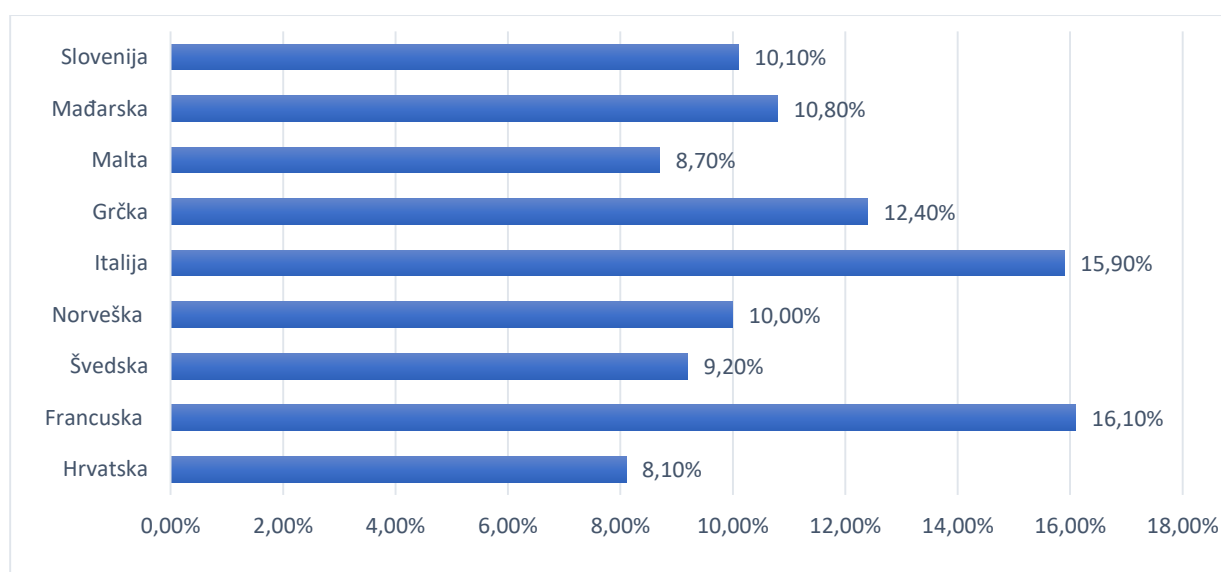
Prelazak iz razdoblja postporođajne tuge u razdoblje postporođajne depresije karakteriziran je pogoršanjem simptoma postporođajne tuge te prelaskom tuge u depresivnost, gubitkom interesa, osjećajem bezvrijednosti i krivnje, osjećajem majke da nije dobra majka, da

ne voli novorođenče, nemogućnošću brige za sebe ili za novorođenče te u nekim slučajevima, pojavom suicidalnih misli.

Postporođajna depresija javlja se u 10-15% žena, uobičajeno od drugog tjedna do trećeg mjeseca nakon poroda (1). Stope prevalencije variraju ovisno o vrsti procjene (intervju naspram mjera samoprocjene), vremenu procjene (od puerperalnog razdoblja do prve godine nakon poroda) te dijagnostičkim kriterijima (velika naspram velike i manje depresivne epizode) (7).

U Republici Hrvatskoj 2013. godine u KBC-u Sestre Milosrdnice u Zagrebu na uzorku od 272 žene provedeno je istraživanje o prevalenciji postporođajne depresije. Postporođajna depresija ispitivala se tijekom tri razdoblja: u trećem tromjesečju trudnoće, dva dana nakon vaginalnog poroda/tri dana nakon poroda carskim rezom i šest do osam tjedana nakon poroda. Žene su tijekom sva tri razdoblja ispunjavale Edinburšku skalu za postporođajnu depresiju (eng. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*). Za procjenu depresije tijekom trudnoće korišten je Beckov inventar depresije (eng. *Beck Depression Inventory*). U šestom tjednu nakon poroda telefonskim putem proveden je Strukturirani klinički intervju za DSM-5 (eng. *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders*). U obzir su bile uzeti dob, bračni status, stupanj obrazovanja, zaposlenost, paritet, vrsta poroda, pozitivni anamnestički podaci o depresivnosti i psihičkim poremećajima. Od 272 ispitane žene, njih 22 imale su postporođajnu depresiju, od čega je njih 12 imalo blaže, a njih 10 teže depresivne epizode. Istraživanje je pokazalo da prevalencija postporođajne depresije u Republici Hrvatskoj iznosi 8.1% (7).

U drugim europskim zemljama prevalencija postporođajne depresije kretala se između 8.7% i 16.15% (7) Podaci su prikazani na Slici 1.



Slika 1. Prevalencija postporođajne depresije u Europi (7)

2.2.1. Rizični čimbenici za nastanak postporođajne depresije

Prepoznavanje rizičnih čimbenika koji utječu na nastanak postporođajne depresije predstavlja jednu od najbitnijih metoda prevencije. Kontinuirano praćenje žene tijekom trudnoće i u postporođajnom razdoblju omogućuje prepoznavanje rizičnih čimbenika, a time i rano otkrivanje postporođajne depresije. To doprinosi pravovremenom početku liječenja koje će u konačnici rezultirati i boljim zdravstvenim ishodima.

Čimbenici koji utječu na nastanak postporođajne depresije mogu se podijeliti u nekoliko skupina. Dijele se na fiziološke i biološke, psihološke, opstetrijske i pedijatrijske, socio-demografske te kulturalne rizične čimbenike.

Fiziološki i biološki rizični čimbenici odnose se na narušeno opće zdravstveno stanje i tjelesnu težinu odnosno indeks tjelesne mase (2). Zdravstveno stanje može biti narušeno raznim bolestima i stanjima od kojih su u ovom slučaju najčešći anemija, manjak vitamina D, gestacijski dijabetes, preeklampsija i eklampsija, hipotireoidizam i učestale urinarne infekcije (8). Tjelesna težina odnosno ITM predstavlja rizični čimbenik ukoliko je ispod ili iznad razine normalnih vrijednosti. Uz poremećaj tjelesne težine u većini slučajeva javlja se i poremećaj slike vlastitog tijela (8). Također, kod ove skupine naglašava se uloga hormona, genetske predispozicije i imunološkog sustava. Niske razine hormona estrogena, progesterona, oksitocina i prolaktina predstavljaju rizični čimbenik za nastanak postporođajne depresije. S druge strane, njihove više razine mogu imati „zaštitni“ učinak (9).

Od psiholoških rizičnih čimbenika najčešći su anksioznost i depresija tijekom trudnoće, ranije prisutni psihički poremećaji, povijest psihičkih poremećaja u obitelji, proživljeno fizičko, emocionalno ili seksualno zlostavljanje, narušen odnos sa partnerom, nedostatak potpore, stres, negativan stav i odnos prema trudnoći te neke osobine ličnosti žene (2). Postporođajno razdoblje iznimno je zahtjevno i prepuno je stresora koji mogu utjecati na nastanak postporođajne depresije, bili oni vezani za majku, za novorođenče ili za svakodnevne aktivnosti i obveze koje je majka imala do poroda. Dodatni stresor može biti ukoliko žena istovremeno prolazi kroz neko teže ili izazovnije životno razdoblje kao što su bolest, selidba, gubitak posla, smrt člana obitelji ili rastava (8). Ukoliko žena ima u anamnezi prethodnu prisutnost psihičkih poremećaja znatno joj je povećan rizik za nastanak postporođajne depresije (10). Neki od psihičkih poremećaja koji se najviše smatraju rizičnim čimbenicima za nastanak postporođajne depresije su anksiozni poremećaj, panični poremećaj, bipolarni poremećaj, opsesivno kompulzivni poremećaj, PTSP te poremećaji hranjenja (10). Istraživanja su pokazala da majke

koje imaju psihičke poremećaje u obitelji imaju dvostruko veći rizik za razvoj postporođajne depresije od majki koje to nisu imale (11). Također, dokazano je i da majke koje su patile od anksioznosti ili depresije tijekom trudnoće imaju 50% veće šanse za nastanak postporođajne depresije od majki koje nisu (12). Nadalje, određene osobine ličnosti kao što su introvertiranost, osobnost tipa D, neuroticizam, samokritičnost, opsesivnost sa čistoćom, organiziranost, perfekcionizam i osjetljivost, također mogu utjecati na nastanak postporođajne depresije (13).

Opstetrijski i pedijatrijski rizični čimbenici odnose se na nekoliko aspekata. Na trudnoću, gdje rizične čimbenike predstavljaju prethodni prekidi trudnoće, neželjena ili neplanirana trudnoća te teška i rizična trudnoća (2). Žene u kojih je trudnoća bila neželjena ili neplanirana sklonije su razvijanju negativnog stava i odnosa prema trudnoći i majčinstvu zbog čega se kasnije i teže prilagođavaju na majčinstvo. Takvim majkama često nedostaje i potpora okoline pa se s obzirom na sve može zaključiti da one imaju veći rizik za razvoj postporođajne depresije (14). Rizična trudnoća često rezultira hospitalizacijama tijekom trudnoće i hitnim carskim rezom pa se smatra rizičnim čimbenikom za nastanak postporođajne depresije (15). Nadalje, rizični čimbenici iz ove skupine odnose se i na porod, gdje rizične čimbenike predstavlja paritet, porod carskim rezom (pogotovo hitnim i neplaniranim), cjelokupno iskustvo poroda te komplikacije nastale za vrijeme poroda ili u postporođajnom razdoblju (2). Istraživanja su pokazala da žene koje su multipare (žena koja je imala šest ili više poroda) ili nulipare (žene koje do sada nisu rodile) imaju veći rizik za razvoj postporođajne depresije (15). Iskustvo poroda iznimno je važan faktor koji utječe na nastanak postporođajne depresije. Ono ovisi o upućenosti i spremnosti majke, njenim planovima i očekivanjima, ali i o kvaliteti pružene skrbi te o potpori koju je majka imala za vrijeme poroda. Pohađanje trudničkih tečajeva budućoj majci stvara osjećaj spremnosti i umanjuje anksioznost i strah koji osjeća vezano uz porod (14). Također, prisustvo osobe koju je žena odabrala da joj bude potpora na porođaju značajno doprinosi ublažavanju straha i anksioznosti (14). Na iskustvo poroda utjecaj imaju i odnos i pristup zdravstvenih djelatnika prema pacijentici te potpora i kvaliteta skrbi koju će pružiti (14). Komplikacije mogu nastati za vrijeme poroda ili u postporođajnom razdoblju, a predstavljaju rizične čimbenike koji pospješuju nastanak postporođajne depresije. Komplikacije koje mogu nastati tijekom poroda su krvarenje, ispuštanje mekonija ili prolaps pupčane vrpce/omotanost pupčane vrpce oko tijela novorođenčeta (15). Komplikacije koje mogu nastati u postporođajnom razdoblju su mastitis, krvarenje ili anemija (15). Jedan od važnih rizičnih čimbenika je i dojenje pa tako planiranje kratkotrajnog dojenja ili odbijanje dojenja pospješuje nastanak postporođajne depresije (15). Osim svih nabrojanih rizičnih

čimbenika koji se odnose na majku, rizični čimbenik predstavlja i novorođenče. Neki od rizičnih čimbenika vezanih za novorođenče su spol, niska porođajna težina, prijevremeno rođeno novorođenče, mrtvorodeno novorođenče i novorođenče kojem je postavljena dijagnoza nekog poremećaja, stanja ili bolesti (2).

Socio-demografski rizični čimbenici odnose se na dob majke, nizak socio-ekonomski status, niske prihode, nezaposlenost, broj osoba u kućanstvu te loše uvjete življenja (2). Istraživanja su pokazala da majke mlađe od 25 godina imaju čak pet puta veći rizik za razvoj postporođajne depresije od majki starijih od 25 godina (2). Neki od rizičnih čimbenika koji rjeđe mogu utjecati na nastanak postporođajne depresije su stupanj obrazovanja, zaposlenost i visina prihoda partnera, imigracija te poligamija u braku (2).

Od kulturalnih rizičnih čimbenika najčešći su ugovoreni brakovi i tradicije u pojedinim zemljama. Neke od tradicija koje se smatraju rizičnim čimbenicima su "idoliziranje" muškog djeteta jer se smatra budućim nasljednikom koji će skrbiti o obitelji (8). Također, tradicija da se ženu „zatvori“ u kuću mjesec dana nakon poroda gdje ona provodi određene rituale (jede specifičnu hranu, ne smije se izlagati propuhu, vježbati ni prati kosu) i njezine jedine zadaće su povezati se sa novorođenčetom i oporaviti se od poroda, a za sve drugo ima pomoć (2).

Uz sve nabrojane skupine rizičnih čimbenika, za razvoj postporođajne depresije značajan je i način života žene prije trudnoće i poroda. Neke od navika koje su bitne za smanjivanje rizika za nastanak postporođajne depresije su zdrava i uravnotežena prehrana gdje se posebno ističe konzumacija voća, povrća, ribe i plodova mora, mlijeka i mliječnih proizvoda te maslinovog ulja, a uz to i veći unos selenija i cinka koji se najviše nalazi u mesu (ponajviše u crvenom), ribi te grahoricama i žitaricama. Uz to bitne su i redovita fizička aktivnost i tjelovježba koja će u trudnoći biti umjerena i prilagođena te dovoljno sna (15).

2.2.2. Simptomi postporođajne depresije

Pojavu postporođajne depresije karakterizira depresivnost, snažno izražena anksioznost, uzrujanost, osjećaj preopterećenosti, konstantne i intenzivne promjene raspoloženja, gubitak interesa, poremećaji spavanja i stalno prisutan umor, gubitak apetita, manjak koncentracije i gubitak energije. Također, karakterizira ju i osjećaj bezvrijednosti i krivnje, osjećaj majke da ne voli novorođenče, da nije dovoljno dobra majka, strah da će nauditi sebi ili novorođenčetu, nezainteresiranost za novorođenče te nemogućnost brige za sebe ili za novorođenče. Neki od

simptoma postporođajne depresije kao što su umor, gubitak apetita, manjak energije i koncentracije, mogu se protumačiti i kao normalne pojave koje nastaju nakon poroda, zbog čega u nekim slučajevima zna biti teže postaviti dijagnozu postporođajne depresije (18).

U nekih majki također su prisutne preokupiranost i opsesivne misli koje su u većini slučajeva usmjerene na novorođenče, a jedni od najtežih simptoma koji se javljaju su misli koje su usmjerene na to da nanesu štetu novorođenčetu te prisutnost suicidalnih misli. Opsesivnost u ovom slučaju označava pojavu misli da naude novorođenčetu ili sebi, ali se na pojavu tih misli uznemire i nemaju želju ni namjeru provesti ih u djelo. S druge strane, suicidalne misli i misli da naude novorođenčetu predstavljaju misli, ali i namjeru ili pokušaje provođenja tih misli u djelo. Suicidalne misli se javljaju u 20% žena koje pate od postporođajne depresije (19). Također, za 20% smrti u postporođajnom razdoblju uzrok je suicidalnost (20). Istraživanja su pokazala da su pokušaji samoubojstva u postporođajnom razdoblju nasilniji i češće smrtnog ishoda (20).

Svi ovi simptomi osim što utječu na zdravlje i funkcioniranje majke, utječu i na povezanost majke i novorođenčeta te na razinu i kvalitetu skrbi koju će majka pružiti novorođenčetu, što u konačnici utječe i na zdravlje i normalan rast i razvoj djeteta. Također, osim na majku i novorođenče, ovi simptomi imaju utjecaj i na oca i ostale članove obitelji te na njihov odnos s majkom i ostvarivanje kontakta s novorođenčecom. S obzirom na to, postporođajna depresija stanje je koje ne zahvaća samo majku, već i cijelu okolinu pogotovo njezinu obitelj.

2.2.3. Utjecaj postporođajne depresije na novorođenče

Postporođajna depresija majku čini depresivnom, bezvoljnom, nezainteresiranom, ispunjenom osjećajem krivnje i bezvrijednosti te osjećajem kako ne daje sve od sebe i kako nije dobra majka. Postporođajna depresija od majke uzima sreću iz razdoblja koje bi trebalo biti isključivo takvo, radosno i ispunjeno ljubavlju. Na taj način utječe i na povezanost majke i novorođenčeta te razinu i kvalitetu skrbi koju majka pruža novorođenčetu.

Majke koje pate od postporođajne depresije prema novorođenčetu mogu biti grube, pristrane ili nedostupne. Isto tako, mogu odbijati ostvariti kontakt s novorođenčecom, pružiti mu potrebnu skrb ili ne obraćati pozornost na njega (21). Primjerice, novorođenčetu neće

omogućiti adekvatnu sigurnost, u vidu (ne)korištenja autosjedalica te osiguravanja sigurne okoline za svakodnevne aktivnosti (spavanje, hranjenje, puzanje/hodanje) (21).

Nadalje, neke od promjena koje novorođenče može imati su konstantan plač, kolike, poremećaji spavanja, znakovi stresa, nemogućnost smirivanja i samoregulacije (18). Kasnije u životu dijete može razviti probleme u povezivanju bilo sa osobama ili sa predmetima, u reguliranju emocija ili sa temperamentom, a također je moguće da će se javiti zaostajanje u nekim od aktivnosti, kao što su hodanje, pričanje ili čitanje (18). Novorođenče čija je majka imala dijagnosticiranu postporođajnu depresiju ima povećan rizik za razvoj nekakvog oblika psihičkih promjena ili psihičkog poremećaja tijekom života, što se najčešće očituje tijekom puberteta (18).

2.2.4. Utjecaj postporođajne depresije na dojenje

Dojenje prvenstveno predstavlja hranjenje djeteta majčinim mlijekom, no zapravo je puno više od toga. Dojenje je složen proces koji u brojnim aspektima ima pozitivan utjecaj, kako na majku, tako i na dijete (22). Ono nastaje kao posljedica brojnih hormonalnih promjena u trudnoći, za vrijeme poroda i u postporođajnom razdoblju (3).

Tijekom trudnoće dojka se adaptira na novu funkciju stvaranja i izlučivanja mlijeka. Progesteron utječe na žljezdano tkivo koje sudjeluje u laktogenezi, dok estrogen utječe na izvodne kanaliće. Visoku razinu estrogena u trudnoći održava posteljica čime se sprječava da se mlijeko izlučuje prije poroda. Tek nakon poroda sekundina, primarno posteljice, kada razina estrogena naglo padne, uz stimulaciju dojki, kreće se izlučivati mlijeko. Na laktogenezu utječe prolaktin, dok oksitocin uz stimulaciju bradavice utječe na galaktopoezu (3).

Uz hranjenje, odnosno zadovoljavanje kalorijskih i energetske potrebe djeteta, dojenje je također bitno za hidraciju, za pravilan razvoj probavnog sustava, za razvoj imuniteta te za kognitivni, motorni i socijalni razvoj. Dokazano je da dojenje također smanjuje sklonost djece infekcijama i alergijama te da smanjuje rizik od pretilosti i razvoja određenih bolesti (hipertenzija, dijabetes, atopijski dermatitis, astma) (22).

Dojenje također ima brojne pozitivne utjecaje i na majku. U dojilja je zabilježena manja razina anksioznosti, stresa i općenito negativnih emocija, bolje emocionalne reakcije i socijalna interakcija te duže i kvalitetnije spavanje (23). Međutim, dojenje za majku također može biti jako izazovno i stresno, pogotovo za majku koja se sa time susreće prvi put. Stres, bol, strah od

novog iskustva, nemogućnost dojenja, zabrinutost za bebu i brojna pitanja samo su jedni od čimbenika koji dojenje mogu pretvoriti u neugodno iskustvo. Istraživanja su pokazala da su dojilje imale manji broj bodova na Edinburškoj skali za postporođajnu depresiju u drugom i u četvrtom tjednu nakon poroda, što upućuje na manji rizik za razvoj postporođajne depresije u žena koje doje (23). Često je da majke koje pate od postporođajne depresije ne doje ili prestanu dojiti nakon određenog vremena, bez obzira na sve njegove dobrobiti. Istraživanja su pokazala kako je prestanak dojenja koji se najviše događa zbog poteškoća i boli prilikom dojenja, isto čimbenik koji utječe na razvoj postporođajne depresije (22).

Još jedan bitan aspekt dojenja je i povezanost koju majka i novorođenče stvaraju prilikom svakog podoja. Odmah nakon poroda oni ostvaruju svoj prvi kontakt. Taj prvi kontakt ima velik utjecaj na kognitivni, emocionalni i socijalni razvoj djeteta, a temelj je i za razvoj i tijek nekih odnosa u djetetovom životu. Također, predstavlja i bitnu komponentu u prilagodbi majke na majčinstvo i u stvaranju povezanosti majke i novorođenčeta. Povezanost je proces stvaranja emocionalnog odnosa između majke i novorođenčeta. Postporođajna depresija narušava ili onemogućava ostvarivanja takvog odnosa. Tada kažemo da postoji poremećaj odnosa između majke i novorođenčeta koji se javlja u 10-25% slučajeva (24). Postporođajna depresija, njen intenzitet i trajanje imaju izniman utjecaj na povezanost majke i novorođenčeta, naglašavajući emocionalne i kognitivne prepreke koje zbog nje nastaju u njihovoj interakciji.

Važno je informiranje trudnica o dobrobitima dojenja, omogućavanje zlatnog sata za dojenje, osiguravanje da su majka i novorođenče zajedno ukoliko je to moguće, edukacija o položajima za dojenje, pomagalima, načinima kako da dojenje bude uspješno te pružanje podrške i upućivanje u grupe za podršku. Na ove načine majci se dojenje može olakšati, učiniti uspješnijim te se pretvoriti u pozitivno iskustvo.

2.2.5. Dijagnostika postporođajne depresije

Pravovremeno prepoznavanje simptoma i rano postavljanje dijagnoze iznimno je važno kako bi liječenje moglo započeti što je prije moguće. Optimalno vrijeme za prepoznavanje postporođajne depresije, odnosno za postavljanje dijagnoze je od drugog tjedna do šestog mjeseca nakon poroda (18). Za prepoznavanje postporođajne depresije koriste se razne skale i upitnici koji služe kao "screening" metode. Neke od njih su Edinburška skala za postporođajnu depresiju (eng. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*), Beckov inventar depresije (eng. *Beck*

Depression Inventory), Inventar depresivne simptomatologije (eng. *Inventory of Depressive Symptomatology*), Skala za prepoznavanje postporođajne depresije (eng. *The Postpartum Depression Screening Scale*), Bromley skala postporođajne depresije (eng. *Bromley Postnatal Depression Scale*), Skala za ocjenu težine depresije Centra za epidemiološke studije (eng. *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*), Upitnik o općem zdravstvenom stanju (eng. *General Health Questionnaire*) i Upitnik o zdravlju pacijenata (eng. *Patient Health Questionnaire*) (25).

Danas se najčešće koriste Edinburška skala za postporođajnu depresiju, Beckov inventar depresije, Skala za prepoznavanje postporođajne depresije i Upitnik o zdravlju pacijenata.

Edinburška skala za postporođajnu depresiju (eng. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*) sadrži deset pitanja (o demografskim karakteristikama, o osobnoj ili obiteljskoj povijesti depresije i o mogućim okidačima depresije tijekom trudnoće/ranog postporođajnog razdoblja) koja se ocjenjuju bodovima od 0 do 30. Rezultat veći od 12 dokazuje postojanje postporođajne depresije (5).

Beckov inventar depresije (eng. *Beck Depression Inventory*) sadrži 21 kriterij, a koristi se za procjenu kognitivnih i somatskih simptoma depresije (7).

Skala za prepoznavanje postporođajne depresije (eng. *The Postpartum Depression Screening Scale*) sadrži 35 kriterija, a ocjenjuje sedam simptoma (krivnja/sram, promjene raspoloženja, manjak koncentracije, anksioznost, poremećaji spavanja ili gubitak apetita, gubitak „sebe“ (osobnosti, samopoštovanja, samosvijesti) te suicidalne misli) bodovima od 1 do 5 (26).

Upitnik o zdravlju pacijenata (eng. *Patient Health Questionnaire*) koristi se kao „screening“ metoda i za određivanje intenziteta nastale postporođajne depresije. Sadrži devet kriterija koji se ispituju preko dva pitanja koja se odnose na raspoloženje i zadovoljstvo (25).

Primjetiti da žena pati od postporođajne depresije može svatko u njezinom okruženju, od njenog partnera i obitelji, do zdravstvenog osoblja na odjelu i patronažnih sestara koje obilaze majku i novorođenče nakon poroda. Iz tog razloga iznimno je važno educirati ženu, njezinu okolinu i zdravstvene djelatnike o mogućnosti pojave ovog poremećaja tijekom postporođajnog razdoblja. Prepoznavanje simptoma kojima se ona manifestira ključno je kako bi se majci mogla pružiti pravovremena i adekvatna pomoć i podrška. Nakon primjene skala ili upitnika za prepoznavanje postporođajne depresije, psihijatar postavlja dijagnozu.

2.2.6. Prevencija postporodajne depresije

Jedna od ključnih metoda prevencije je edukacija. Majku je potrebno pripremiti na sve nove izazove koji ju očekuju u razdoblju nakon poroda, pružiti savjete kako da se sa njima nosi, educirati je o svim postupcima koji su bitni u brizi oko novorođenčeta, ali i u brizi za sebe te joj biti podrška u procesu prilagodbe i učenja. Neophodno je u sve uputiti obitelj i okolinu majke te ih savjetovati da budu podrška, kako u razdoblju do poroda, tako i nakon njega. Uz sve to, nužno je educirati i senzibilizirati zdravstvene radnike i širu javnost o postporodajnoj depresiji. Važno je također upoznati majku i članove obitelji sa prevalencijom postporodajne depresije, mogućnošću njenog nastanka u razdoblju nakon poroda, čimbenicima koji mogu utjecati na njen nastanak i simptomima koji ju karakteriziraju.

Nadalje, neke od metoda koje se koriste u prevenciji postporodajne depresije su interpersonalna terapija, kognitivno-bihevioralna terapija te pohađanje trudničkih tečajeva i tečajeva u postporodajnom razdoblju (27).

Terapija uzimanjem hormona, primjena antidepresiva (u žena koje do poroda nisu imale depresiju ni druge psihičke poremećaje), pojačan unos omega-3 masnih kiselina te povećan unos tiroksina, selenija i kalcija još su neki od važnih načina prevencije ovog poremećaja (27).

Rano prepoznavanje rizičnih čimbenika te kontinuirano praćenje žena koje imaju veći rizik za razvoj postporodajne depresije ključni su u prevenciji. Time se omogućuje pravovremeno otkrivanje i početak liječenja u slučaju da postporodajna depresija nastane, što rezultira pozitivnijim ishodima, kako za majku, tako i za novorođenče i cijelu njihovu okolinu.

2.2.7. Liječenje postporodajne depresije

Liječenje postporodajne depresije ovisi o jačini izraženosti ovog poremećaja. Neke od metoda liječenja su farmakološko liječenje, psihoterapija, kombinacija psihoterapije i farmakološkog liječenja (20).

Psihoterapija najčešće predstavlja prvi izbor liječenja (28). Neki od oblika psihoterapije koji se najčešće koriste su interpersonalna i kognitivno-bihevioralna terapija (20).

Interpersonalna terapija koristi se u žena koje uz postporodajnu depresiju imaju i naglašene probleme u interpersonalnim odnosima kao što su problemi sa privikavanjem na

novu ulogu, problemi u odnosu sa partnerom, nedostatak potpore i brojni stresori koji su prisutni paralelno u ženinom životu (20).

Kognitivno-bihevioralna terapija dijeli se na kognitivnu i bihevioralnu terapiju. Kognitivna terapija temelji se na postojanju disfunkcionalnih kognicija koje osobu u specifičnim razdobljima života čine osjetljivijom na određene događaje što dovodi do pojave simptoma depresije. One u ovom slučaju nastaju kao posljedica određenih stavova o majčinstvu kao što su vjerovanje tuđim prosudbama, vjerovanja o majčinskoj odgovornosti i o idealiziranju majčinstva, ali i kao posljedica određenih spoznaja kao što su neispunjena očekivanja od majčinstva, sukob očekivanja i realnosti, preopterećenost odgovornošću i uvjerenje da je majčinstvo jedina uloga koja ju opisuje (29). Bihevioralna terapija temelji se na nedostatku nagrađujućih ponašanja, nedostatku asertivnosti i vještina za rješavanje problema te na naglašavanju samokažnjavajućeg ponašanja. Ta ponašanja nastaju kao posljedica nemogućnosti žene da provodi ili da se uključi u aktivnosti koje joj predstavljaju ugodu, gubitka interesa i osjećaja ugone te kao posljedica manjka sna, gubitka apetita, manjka energije i koncentracije, osjećaja bezvrijednosti i suicidalnih misli. S obzirom na navedeno, kognitivno-bihevioralna terapija usmjerena je na edukaciju, identifikaciju i modificiranje disfunkcionalnih kognicija te planiranje aktivnosti nagrađivanja, trening rješavanja problema, asertivnosti i uspostavljanja socijalnih vještina (29).

Još neki od oblika psihoterapije su psihodinamska terapija, grupna psihoterapija, suportivna psihoterapija i psihoterapija za parove (18).

Farmakološki oblici liječenja obuhvaćaju primjenu antidepresiva i ostalih psihotropnih lijekova. Prvi izbor za farmakološko liječenje predstavljaju selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (21). Antidepresivi moraju biti pravilno propisani, kada je to potrebno i u pravilnoj dozi jer mogu imati brojne nuspojave. Nuspojave koje mogu nastati tijekom trudnoće su plućna hipertenzija fetusa koja uzrokuje hipoksiju i tako povećava rizik od smrti, povećan rizik od spontanog pobačaja, prijevremenog poroda odnosno rizik da će novorođenče biti nedonošče (21). Nuspojave koje mogu nastati tijekom postporođajnog razdoblja odnose se na izloženost novorođenčeta utjecaju antidepresiva preko majčinog mlijeka (21).

Još neki od lijekova koji se mogu primjenjivati u žena koje pate od postporođajne depresije su benzodiazepini koji se koriste za ublažavanje anksioznosti i nesanicu te litij i drugi antipsihotici koji se inače koriste kod (postporođajne) psihoze i bipolarnog poremećaja (18). Međutim, ovi lijekovi također imaju svoje nuspojave. Primjerice, benzodiazepini uzrokuju

sedaciju i lošije hranjenje novorođenčeta, dok litij uzrokuje hipotermiju, hipotoniju, cijanozu i letargiju novorođenčeta (18).

Oblik liječenja ovisi o jačini izraženosti. Kod blagog ili umjerenog oblika postporođajne depresije prvi izbor liječenja čine kognitivno-bihevioralna i interpersonalna terapija. Ukoliko one nisu uspješne prelazi se na farmakološko liječenje. Kod teškog oblika postporođajne depresije primjenjuje se farmakološko liječenje, kognitivno-bihevioralna/ interpersonalna psihoterapija ili kombinacija farmakološkog liječenja i psihoterapije (28).

Također je važna i redovita tjelesna aktivnost, zdrava i uravnotežena prehrana, vrijeme za sebe i socijalizacija. Uz sve navedeno važno je i da majka osvijesti da može zatražiti pomoć ukoliko joj je potrebna i da dopustiti da joj drugi pomognu bilo oko kućanskih poslova, novorođenčeta ili druge djece, a da pritom ne osjeća da je to čini „lošijom majkom“.

2.3. Postporođajni post-traumatski stresni poremećaj

Porodaj, koliko god bolan i težak bio, većina žena doživljava kao pozitivno iskustvo. Međutim, neke žene porodaj mogu doživjeti kao traumatično iskustvo koje na njih ostavlja brojne posljedice.

Postporođajni post-traumatski stresni poremećaj (u daljnjem tekstu PP-PTSP) je kao i post-traumatski stresni poremećaj (u daljnjem tekstu PTSP), odgođen ili produljen odgovor na nekakav stresni događaj koji je za pojedinca iznimno traumatičan (30). Kod PP-PTSP-a to je teški ili traumatični porod (31). PP-PTSP je anksiozni poremećaj koji se javlja u 5-8% žena tijekom prva tri mjeseca nakon poroda (31).

Rizični čimbenici koji utječu na pojavu pp-ptsp-a su proživljeno zlostavljanje, stupanj obrazovanja, psihički poremećaji u anamnezi, nedostatak potpore (pogotovo u trenutku poroda), paritet, porod carskim rezom, prijevremeni porod, niska porođajna težina novorođenčeta, novorođenče koje zahtjeva neonatološku skrb (31).

Simptomi su kao i kod PTSP-a, ponovno proživljavanje stresnog događaja, izbjegavanje podsjetnika na stresni događaj te otupjelost (31).

PP-PTSP i postporođajna depresija povezani su na način što međusobno predstavljaju rizični čimbenik za nastanak, a u nekim slučajevima pojavljuju se i paralelno. Istraživanja su pokazala da se u 90,4% žena u kojih se javio PP-PTSP također javila i postporođajna depresija,

a s druge strane, u 31,5% žena u kojih se javila postporođajna depresija javio se i PP-PTSP (31).

Istraživanje o pojavnosti PP-PTSP-a u Republici Hrvatskoj na uzorku od 160 žena pokazalo je da je 6,3% žena imalo blaži oblik PP-PTSP-a, 7,5% PP-PTSP srednjeg intenziteta i 1,9% žena imalo je teži oblik PP-PTSP-a (32).

2.4. Postporođajna psihoza

Postporođajna psihoza najrjeđi je, ali i najteži oblik psihičkog poremećaja koji se javlja u postporođajnom razdoblju. Javlja se nakon poroda u jedne do dvije na 1000 žena (33). Nastaje naglo, a javlja se najčešće u prva dva do četiri tjedna nakon poroda (18). Dokazano je da je vjerojatnost da se psihoza prvi put pojavi 23 puta češća u postporođajnom razdoblju nego u bilo kojem drugom razdoblju tijekom ženina života, uključujući i trudnoću (34).

Neki od čimbenika koji utječu na pojavu postporođajne psihoze su genetska predispozicija, reakcije/disfunkcija imunološkog sustava, proživljeni stresni događaji u životu/tijekom trudnoće, ranije prisutni psihički poremećaji (najviše se ističe bipolarni poremećaj) te psihičke promjene ili psihički poremećaji u prethodnim trudnoćama (34).

Postporođajnu psihozu karakteriziraju opsesivne misli koje su u većini slučajeva vezane uz novorođenče, prisustvo halucinacija, deluzija, manije, depresivnosti, razdražljivosti, promjena raspoloženja, zbunjenosti, dezorijentiranosti te poremećaja spavanja (34). Suicidalnost je najteži simptom postporođajne psihoze i predstavlja jedan od vodećih uzorka smrti žena u postporođajnom razdoblju (33). Neki od čimbenika koji mogu biti okidači za pojavu suicidalnih misli tijekom postporođajnog razdoblja su depresivnost, psihički poremećaji u anamnezi, mrtvorođeno novorođenče ili smrt novorođenčeta tijekom prve godine nakon poroda, zlouporaba droga, zlostavljanje od strane partnera, povijest suicidalnosti i/ili prethodni pokušaji samoubojstva i slobodan pristup oružju.

Postporođajna psihoza nije klasificirana kao dijagnoza po DSM-u tako da ne postoje sigurne metode dijagnostike (33). Međutim, važan alat kojim se može prepoznati postporođajna psihoza je Uпитnik poremećaja raspoloženja (eng. *Mood Disorders Questionnaire*) (34).

Iznimno je važno na vrijeme prepoznati postporođajnu psihozu kako bi se pružila adekvatna pomoć majci, ali i novorođenčetu i ostalim članovima obitelji. Postporođajna psihoza predstavlja hitno stanje i zahtjeva pravodobnu hospitalizaciju i što raniji početak liječenja. Neke

od metoda liječenja postporođajne psihoze uključuju primjenu litija, antipsihotika i elektrokonvulzivne terapije (34). Primjena litija pokazala se kao iznimno efektivna metoda liječenja, što potvrđuje podatak da je 98% žena u roku od 40 dana od početka primjene terapije ušlo u remisiju te da od svih metoda liječenja ova metoda ima najmanji rizik za relaps (34). Uz litij primjenjivali su se i kratkotrajni benzodiazepini i antipsihotici, a utjecaj su imali na poboljšanje sna i raspoloženja (34). Elektrokonvulzivna terapija najčešće se primjenjuje u žena koje pate od katatonije, koje imaju snažnije izraženu agitaciju i koje odbijaju hranu i vodu (34).

Osim liječenja, bitnu ulogu ima i prevencija. Prepoznavanje rizika za razvoj postporođajne psihoze i kontinuirano praćenje pacijentice koja ima visok rizik, edukacija o metodama nošenja sa stresom te edukacija članova obitelji o važnosti njihove uključenosti i potpore samo su jedni od načina kojima se može prevenirati nastanak postporođajne psihoze.

3. Očinska „postporođajna depresija“

Postporođajno razdoblje iznimno je osjetljivo razdoblje ispunjeno brojnim izazovima i preprekama koje zahtijevaju potpunu predanost i prilagodbu. Neke od takvih prepreka koje se javljaju u postporođajnom razdoblju su promjena rutine, novi izazovi, jače izražene emocije i brige koje do tada nisu bile prisutne. To razdoblje osjetljivo je i za majke i za očeve, pogotovo one koji postaju roditelji po prvi put. U današnje vrijeme očevi su sve više aktivno uključeni u brigu oko svoje djece stoga će i oni tijekom postporođajnog razdoblja svoje partnerice također biti izloženi brojnim promjenama i novim izazovima. Takve promjene mogu utjecati na nastanak oblika psihičkog poremećaja koji se naziva i očinskom „postporođajnom depresijom“.

Postporođajna depresija javlja se u 4-25% očeva, a kao i u majki može se javiti bilo kada tijekom prve godine nakon rođenja djeteta (35). Rizični čimbenici koji utječu na nastanak postporođajne depresije u očeva su dob (mlađi očevi), nizak socio-ekonomski status, nezaposlenost, niži stupanj obrazovanja, ranije prisutni psihički poremećaji, povijest psihičkih poremećaja u obitelji, nedostatak potpore, nezadovoljstvo u vezi/braku i partnerica koja pati od postporođajne depresije. Jedni od bitnih čimbenika koji utječu na nastanak postporođajne depresije u očeva su sudjelovanje i uključenost oca tijekom cijele trudnoće, za vrijeme poroda i u razdoblju nakon poroda te zadovoljstvo potporom, edukacijom i savjetima koje dobiva. Istraživanja su pokazala da očevi koji su više uključeni tijekom trudnoće i za vrijeme poroda imaju veći rizik za razvoj postporođajne depresije jer su više emocionalno povezani i uključeni, dok zadovoljstvo potporom i edukacijom koju dobiva smanjuje taj rizik (36).

Pojavu postporođajne depresije u očeva karakterizira tjeskoba, iscrpljenost, razdražljivost, problemi sa spavanjem i umor, gubitak apetita te osjećaj preopterećenosti (37). Istraživanja su pokazala kako se utjecaj postporođajne depresije također može primjetiti i na ponašanju očeva pa tako oni mogu biti skloniji buntovnim i rizičnim aktivnostima kao što su brza vožnja ili kockanje, konzumacija alkohola i psihoaktivnih tvari te sklonost nasilnijem i agresivnijem ponašanju (37).

4. Sestrinska skrb tijekom postporođajne depresije

Uloge medicinske sestre u skrbi za majku kojoj je dijagnosticirana postporođajna depresija su mnogobrojne. Medicinska sestra treba imati znanja i vještine kako bi majci mogla pružiti adekvatnu skrb te potrebnu potporu, savjetovanje i edukaciju. Važno je također i da je upoznata sa promjenama i poremećajima koji se mogu javiti u postporođajnom razdoblju kako bi znala prepoznati simptome i znakove koji karakteriziraju postporođajnu depresiju i pacijentice koje imaju visok rizik za nastanak postporođajne depresije.

Jedna od ključnih uloga medicinske sestre je edukacija. Medicinska sestra treba educirati majku, njenu obitelj i okolinu kako bi bili što spremniji za porod i postporođajno razdoblje. Edukaciju treba provoditi na način da ih upozna sa psihičkim promjenama koje mogu nastati, simptomima koji ih karakteriziraju, posljedicama koje mogu imati, ali i sa izazovima koje postporođajno razdoblje može predstavljati i sa načinima na koje se sa njima može nositi/na koje se može pružiti pomoć. Nadalje, potrebno je znati na koji način joj pristupiti, koliki opseg podrške pružiti te kako provesti pravovremenu i adekvatnu skrb te provoditi plan zdravstvene njege i liječenja. Da bi to bilo moguće medicinska sestra treba ostvariti profesionalan, ali i empatijski odnos sa pacijenticom i članovima obitelji. Suradnja svih članova tima od neprocjenjivog je značenja.

Plan zdravstvene njege sastavljen je od brojnih aktivnosti koje medicinska sestra provodi kako bi se poboljšalo zdravstveno stanje pacijentice i kako bi ona postigla što veći stupanj sigurnosti, samostalnosti i zadovoljstva. Kako bi medicinska sestra izradila adekvatan plan zdravstvene njege potrebno je odrediti prisutne sestrinske dijagnoze. Neke od sestrinskih dijagnoza koje se javljaju u majki koje pate od postporođajne depresije su anksioznost, neupućenost, umor te smanjena mogućnost brige za sebe.

Anksioznost je osjećaj neugode ili straha koji je praćen napetošću, tjeskobom i osjećajem panike, a u pacijentice koja pati od postporođajne depresije može nastati zbog osjećaja preopterećenosti, nedovoljno znanja i upućenosti, umora, prevelike brige i odgovornosti ili zbog velikih očekivanja bilo koje je sama sebi nametnula ili koje joj okolina nameće. Neki od simptoma koji ju karakteriziraju su razdražljivost, umor, otežana koncentracija, osjećaj bespomoćnosti, verbalizacija straha, poremećaji spavanja te hipertenzija, tahikardija ili tahipneja, glavobolja, vrtoglavica, mučnina, proljev, učestalo mokrenje i pojačano znojenje. Neke od intervencija koje će medicinska sestra provesti su opažanje

neverbalnih znakova anksioznosti i o njima izvijestiti liječnika, poticanje majke da verbalizira svoje strahove i osjećaje te da prepozna čimbenike koji potiču anksioznost, poticanje majke da zatraži pomoć kada osjeti anksioznost, edukacija majke o postupcima kojima može smanjiti anksioznosti, poticanje majke da redovito uzima terapiju te kontroliranje i nadzor nad uzimanjem terapije. Ciljevi koje će medicinska sestra postaviti u svim sestrinskim dijagnozama ovisit će o stupnju bolesti i o trenutnim mogućnostima pacijentice. U ovom slučaju glavni ciljevi će biti da će pacijentica moći prepoznati znakove anksioznosti te da će se pozitivno suočiti s anksioznošću (38).

Neupućenost označava nedostatak određenih znanja i vještina, a u pacijentice koja pati od postporođajne depresije može biti vezana za dojenje, osiguravanje sigurnih uvjeta za novorođenče, provođenje aktivnosti koje su vezane uz skrb za novorođenče ili skrb za sebe te za brojne informacije i nova saznanja. Karakterizira ju nedostatak specifičnih znanja i nepravilno izvođenje specifičnih vještina. Ovakvu pacijenticu medicinska sestra će poticati na usvajanje novih znanja i vještina, educirati o specifičnim znanjima i pokazati specifične vještine, prilagoditi edukaciju njenim kognitivnim mogućnostima i sposobnostima, osigurati vrijeme za verbaliziranje ili demonstraciju naučenog te pohvaliti za usvojena znanja i vještine. Glavni ciljevi će biti da će pacijentica verbalizirati naučena znanja i demonstrirati usvojene vještine (39).

Umor označava osjećaj iscrpljenosti koji uzrokuje manjak energije i sposobnosti za obavljanje aktivnosti svakodnevnog života. U postporođajnom razdoblju označava normalnu pojavu koja nastaje kao posljedica novonastale situacije i prilagodbe na novi ritam, no u žena koje pate od postporođajne depresije trajnijeg je i jačeg intenziteta pa predstavlja problem za sestrinsku dijagnozu. Karakterizira ga pospanost, prisutnost fizičkih znakova neispavanosti kao što su zijevanje i podočnjaci, povećana potreba za spavanjem ili za odmorom, otežano obavljanje aktivnosti svakodnevnog života te smanjen interes za obavljanje istih, manjak koncentracije i emocionalna osjetljivost. U ovim okolnostima medicinska sestra će izraditi plan dnevnih aktivnosti s pacijenticom te prema njemu odrediti plan odmora, odrediti prioritete aktivnosti i izbjegavati suvišne aktivnosti, smanjiti razinu napetosti i stresa te osigurati potreban san ili odmor. Glavni ciljevi će biti da će pacijentica znati postaviti prioritete dnevnih aktivnosti te da neće osjećati umor (39).

Smanjena mogućnost brige o sebi tijekom postporođajne depresije najčešće se odnosi na probleme u zadovoljavanju potreba osobne higijene, a označava nedostatak sposobnosti ili nemogućnost samostalnog obavljanja aktivnosti osobne higijene. U pacijentice koja pati od

postporođajne depresije smbs osobne higijene nastaje zato što ne osjeća potrebu da obavi uobičajene aktivnosti osobne higijene ili zato što nema motivacije ni energije da ih obavi. Najčešće ju karakterizira nemogućnost shvaćanja potreba za održavanjem osobne higijene. Medicinska sestra će procijeniti stupanj samostalnosti, odrediti situacije kada pacijentica treba pomoć, u dogovoru sa pacijenticom napraviti raspored obavljanja aktivnosti osobne higijene, osigurati sav potreban pribor i poticati na korištenje njime, poticati na što veći stupanj samostalnosti, osigurati privatnost i educirati o važnostima redovitog provođenja osobne higijene. Glavni ciljevi će biti da će pacijentica postići što veći stupanj samostalnosti te da će osvijestiti važnost održavanja osobne higijene (38).

Valja istaknuti da se u ovom razdoblju i u očeva mogu javiti psihičke promjene pa medicinska sestra tijekom procjene i planiranja sestrinske skrbi treba obuhvatiti i očeve. Jedna od uloga medicinske sestre je da upozna oca sa izazovima s kojima se može susresti u ovom razdoblju, načinima kako se s njima može nositi ili kako zatražiti pomoć. Također, važno je savjetovati i educirati oca o postupcima vezanim za skrb o novorođenčetu te mu tijekom procesa učenja pružati podršku. Medicinska sestra treba savjetovati oca o važnosti njegove uključenosti te ga uputiti u mogućnost pohađanja trudničkih tečajeva zajedno sa partnericom kako bi na taj način dobio što više informacija te kako bi se osjećao što spremnijim u razdoblju nakon rođenja djeteta.

5. Zaključak

Trudnoća i postporođajno razdoblje koliko god su ispunjeni pozitivnim promjenama i iskustvima, praćeni su i brojnim izazovima koji mogu dodatno otežati postojeći stresan način života. Postporođajno razdoblje predstavlja razdoblje prilagodbe i učenja za majku, oca, novorođenče i druge članove obitelji. Nedostatak iskustva, prisutnost umora, boli, zbunjenosti, nesnalaženja u novoj situaciji, usamljenost, preplavljenost emocijama, naglašena očekivanja okoline samo su neki od čimbenika koji se mogu negativno odraziti na mentalno zdravlje majke. U tom procesu prilagodbe majka i novorođenče, a također i otac, zahtijevaju pomoć i podršku.

Medicinske sestre ovdje imaju važnu ulogu. U majki koje imaju visok rizik za razvoj postporođajne depresije medicinska sestra će pristupati holistički, s nježnošću i empatijom. Pružanje emocionalne i stručne podrške, edukacija o vještinama u skrbi za novorođenče te različitim izazovima nakon poroda i načinima suočavanja s istima, samo su neki od važnih zadataka medicinskih sestara. Edukacija članova obitelji o važnosti njihove prisutnosti i podrške te načinima na koje to mogu učiniti dodatni je važan čimbenik u prevenciji. Podržavajući odnos članova obitelji i partnera doprinosi emocionalnom blagostanju i smanjuje rizik od razvoja anksioznosti i depresije. Odnos povjerenja i poštovanja između medicinske sestre i majke te ostalih članova obitelji omogućava verbalizaciju osjećaja te smanjuje rizik od osjećaja isključenosti, socijalne izolacije, napetosti, anksioznosti i depresije. Navedeno ima pozitivan utjecaj na kvalitetu života i mentalno zdravlje majke i cijele obitelji.

6. Literatura

1. Imširagić AS, Begić D, Martić-Biočina S. Acute stress and depression 3 days after vaginal delivery - observational, comparative study. *International Journal Collegium Antropologicum*. 2009; 33(2):521-527. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/63578>
2. Norhayati MN, Hazlina NN, Asrenee AR, Emilin WW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of affective Disorders*, 2015; 175: 34-52. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25590764/>
3. Habek D. *Ginekologija i porodništvo*. 2. izdanje. Zagreb: Medicinska naklada, 2017, 5-13;150-328.
4. Zivoder I, Martić-Biočina S, Veronek J, Ursulin-Trstenjak N, Sajko M, Pauković M. Mental disorders/difficulties in the postpartum period. *Psychiatria Danubina*. 2019; 31(3): 338-344. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/382862>
5. Tosto V, Ceccobelli M, Lucarini E, et al. Maternity blues: A Narrative Review. *Journal of Personalized Medicine*. 2023; 13(1):154. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36675815/>
6. Mikuš M, Škegro B, Sokol VK, et al. Maternity blues among Croatian mothers – a single-center study. *Psychiatria Danubina*. 2021; 33(3):342-346. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34795176/>
7. Radoš SN, Tadinac M, Herman R. Prevalence of depression during pregnancy and postpartum in a sample of Croatian women. *Klinička psihologija* 6. 2013; 1-2, 79-93. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/246926>
8. Agrawal I, Mehendale AM, Malhotra R. Risk factors of postpartum depression. *Cureus*. 2022;14(10):e30898. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9711915/>
9. Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2015;11:99-137. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5659274/>
10. Johansen SL, Stenhaug BA, Robakis TK, Williams KE, Cullen MR. Past psychiatric conditions as risk factors for postpartum depression: a nationwide cohort study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2020;81(1):19m12929. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31967747/>

11. Zacher Kjeldsen MM, Bricca A, Liu X, Frokjaer VG, Madsen KB, Munk-Olsen T. Family history of psychiatric disorders as a risk factor for maternal postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(10):1004-1013. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35976654/>
12. Yu J, Zhang Z, Deng Y, et al. Risk factors for the development of postpartum depression in individuals who screened positive for antenatal depression. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):557. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37528383/>
13. Puyané M, Subirà S, Torres A, Roca A, Garcia-Esteve L, Gelabert E. Personality traits as a risk factor for postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2022;298(Pt A):577-589. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34763034/>
14. Bašková M, Urbanová E, Ďuríčková B, Škodová Z, Bánovčinová L. Selected factors of experiencing pregnancy and birth in association with postpartum depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(3):2624. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36767994/>
15. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: a narrative review. *Journal of Education and Health Promotion*. 2017;6:60. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5561681/>
16. Abdollahi F, Rohani S, Sazlina GS, et al. Bio-psycho-socio-demographic and obstetric predictors of postpartum depression in pregnancy: A prospective Cohort Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2014;8(2):11-21. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25053953/>
17. Schiller CE, Meltzer-Brody S, Rubinow DR. The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectrums*. 2015;20(1):48-59. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25263255/>
18. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2009; 200(4):357-364. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19318144/>
19. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum depression: pathophysiology, treatment and emerging therapeutics. *Annual Review of Medicine*. 2019; 70:183-196. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30691372/>

20. Lee YL, Tien Y, Bai YS, et al. Association of postpartum depression with maternal suicide: a nationwide population-based study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(9):5118. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35564525/>
21. Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2011;13(1):89-100. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21485749/>
22. Figueiredo B, Dias CC, Brandão S, Canário C, Nunes-Costa R. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *The Journal of Pediatrics (Rio Journal)*. 2013;89(4):332-338. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23791236/>
23. Krol KM, Grossmann T. Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2018;61(8):977-985. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29934681/>
24. Daglar G, Nur N. Level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period. *Psychiatria Danubina*. 2018;30(4):433-440. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30439803/>
25. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2007;20 (3):280-288. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34672930/>
26. Scrandis DA, Sheikh TM, Niazi R, Tonelli LH, Postolache TT. Depression after delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations. *ScientificWorldJournal*. 2007;7:1670-1682. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17982562/>
27. Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Archives of Women's Mental Health*. 2015;18(1):41-60. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25422150/>
28. Dominiak M, Antosik-Wojcinska AZ, Baron M, Mierzejewski P, Swiecicki L. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression. *Ginekologia Polska*. 2021;92(2):153-164. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33448014/>

29. Gašparović M. Kombinirani kognitivno-bihevioralni i farmakološki tretman poslijeporođajne depresije – prikaz slučaja. *Journal of Applied Health Sciences*. 2018;4 (1), 73-79. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/199769>
30. Mandić, N. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). *Medicinski vjesnik*. 1993;25(1-2):43-51. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/286519>
31. Liu Y, Zhang L, Guo N, Jiang H. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):487. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34610797/>
32. Radoš SN, Sawyer A, Ayers S, Burn E. (2018). Coping styles associated with post-traumatic stress and depression symptoms following childbirth in Croatian women. *Psihologijske teme*. 2018; 27(3):543-559 Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/310919>
33. Friedman SH, Reed E, Ross NE. Postpartum Psychosis. *Current Psychiatry Reports*. 2023;25(2):65-72. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36637712/>
34. Bergink V, Rasgon N, Wisner KL. Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. *American Journal of Psychiatry*. 2016;173(12):1179-1188. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27609245/>
35. Mahon C, Agius M. The wider effects of paternal postnatal depression: an overview. *Psychiatria Danubina*. 2019;31(3):613-614. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/383730>
36. Baldy C, Piffault E, Chopin MC, Wendland J. Postpartum Blues in Fathers: Prevalence, associated factors, and impact on father-to-infant bond. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(10):5899. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37239624/>
37. Chen J, Zhao J, Chen X, Zou Z, Ni Z. Paternal perinatal depression: a concept analysis. *Nursing Open*. 2023;10(8):4995-5007. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37147794/>
38. Šepec S, Kurtović B, Munko T, i sur. *Sestrinske dijagnoze*. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara. 2011. 1-129. Dostupno na: https://hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf
39. Kadović M, Aldan DA, Babić D, Kurtović B, Piškorjanac S, Vico M. *Sestrinske dijagnoze 2*. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara. 2013. 1-66. Dostupno na: https://hkms.hr/data/1391587732_105_mala_Sestrinske_dijagnoze_2.pdf