

"Skrb bolesnice s postporođajnom despresijom"

Kusanović, Marija Grazia

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:155:587793>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-27**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Dubrovnik](#)



SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

MARIJA GRAZIA KUSANOVIĆ

**SKRB ZA BOLESNICE S POSTPOROĐAJNOM
DEPRESIJOM**

ZAVRŠNI RAD

DUBROVNIK, 2020.

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**SKRB ZA BOLESNICE S POSTPOROĐAJNOM
DEPRESIJOM**
**NURSING CARE OF PATIENT WITH POSTPARTUM
DEPRESSION**

ZAVRŠNI RAD

KANDIDAT: MARIJA GRAZIA KUSANOVIĆ
MENTOR: DR. SC. BISERKA SEDIĆ, PROF. V.Š.

DUBROVNIK, 2020.

ZAHVALE

Zahvaljujem se mentorici Biserki Sedić na pomoći tijekom pisanja rada, na svakom savjetu i uputstvu koje me usmjerilo na pravilan put koji je rezultirao ovim završnim radom. Hvala na pristupačnosti i što sam se uvijek mogla obratiti ako sam imala pitanja i nedoumice.

Zahvaljujem se svojoj obitelji na podršci tijekom studiranja i što su vjerovali u mene od početka, osobito moja majka.

I na kraju se zahvaljujem prijateljima i kolegama koji su mi uljepšali iskustvo studiranja i uvijek me poticali i bili tu da mi olakšaju teret studiranja kada bi postao pretežak.

Neizmjereno hvala svima.

IZJAVA

S punom odgovornošću izjavljujem da sam završni rad izradila samostalno, služeći se navedenim izvorima podataka i uz stručno vodstvo mentorice dr. sc. Biserka Sedić, prof.v.š.

Ime i prezime studentice: Marija Grazia Kusanović

Potpis: _____

SADRŽAJ

SAŽETAK

1. UVOD	1
2. FIZIOLOŠKA TRUDNOĆA I POROĐAJ	2
2.1. Trudnoća	2
2.2. Porođaj	2
2.2.1. Prvo porođajno doba	3
2.2.2. Drugo porođajno doba	4
2.2.3. Treće porođajno doba	5
2.2.4. Četvrto porođajno doba	5
3. POSTPOROĐAJNA DEPRESIJA I PERINATALNI POREMEĆAJI	6
3.1. Postporođajna tuga ili <i>baby blues</i>	6
3.2. Postporođajna depresija	6
3.2.1. Faktori rizika kod postporođajne depresije	7
3.2.2. Simptomi postporođajne depresije	10
3.2.3. <i>Screening</i> postporođajne depresije	11
3.2.4. Liječenje postporođajne depresije	13
3.3. Postporođajna psihoza	14
3.3.1. Simptomi postporođajne psihoze	15
3.3.2. <i>Screening</i> i evaluacija postporođajne psihoze	15
3.3.3. Liječenje postporođajne psihoze	16
4. SESTRINSKA SKRB KOD POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE	18
4.1. Sestrinske dijagnoze	18
4.2. Edukacija obitelji	21
5. STATISTIKA O POSTPOROĐAJNOJ DEPRESIJI	24
5. 1. Statistika u Sjedinjenim Američkim Državama	24
5.2. Statistika u svijetu	25
5.3. Statistika u Republici Hrvatskoj	28
6. ZAKLJUČAK	30
7. LITERATURA	31
8. PRILOZI	34

SAŽETAK

Početak majčinstva i kraj trudnoće mnogim majkama predstavlja izazov i zbog toga je uobičajeno da se se poslije porođaja žena osjeća neraspoloženo i umorno osobito ako se trudnoća završila na neplaniran način npr. carski rez. Većina žena neće priznati negativne emocije koje osjećaju zbog straha okoline i obitelji koja najčešće vrši pritisak da se prilagodi novonastaloj situaciji i preuzme ulogu majke koja im u tom trenutku predstavlja veliki izazov i prepreku. No ono što njihovo društvo i okolina ne znaju jest to da takve emocije osjeti čak 80% žena koje ne pričaju o tome zbog stigmatizacije koja se veže na naziv postporođajna depresija. Postporođajna depresija je naziv za skup poremećaja koji se sastoji od postporođajne tuge ili *baby blues*, postporođajne depresije i postporođajne psihoze. Manjak educiranosti i znanja dovodi do nedijagnosticiranja jednog od navedenih poremećaja što može staviti majku i dijete u opasnost ako se liječenje ne započne na vrijeme. Dijagnosticiranje se provodi uz pomoć *screening* testova i nakon posjeta liječniku psihijatru koji u konačnici postavlja dijagnozu. Liječenje se provodi ovisno o stupnju razvoja bolesti; kod postporođajne tuge simptomi prođu kroz nekoliko dana, postporođajna depresija se liječi antidepresivima i psihoterapijom dok kod postporođajne psihoze se koriste antipsihotici i ostale metode liječenja koje ćemo navesti u daljnjem tekstu. Uz pomoć multidisciplinarnog tima i sa pravilnom terapijom lijekova i psihoterapije bolesnica se može u potpunosti izliječiti i preuzeti ulogu majke svog djeteta i radovati mu se kako je to i planirala prije porođaja i dijagnoze.

Ključne riječi: bolesnica, postporođajna depresija, liječenje, porođaj, sestrinska skrb.

SUMMARY

The beginning of motherhood and the ending of pregnancy represents a challenge and because of it it's normal that after giving birth the mother feels tired and moody, especially if the birth didn't go as planned e.g. caesarean delivery. Most women won't admit having negative emotions because they have fear what society may think and because their family is putting all that pressure on them to accept motherhood which to them represents an obstacle they don't know how to solve. What society doesn't know is that 80 percent of women experience negative emotions related to childbirth but they won't talk about it because of the stigma that is associated with postpartum depression. Postpartum depression is a name for group of disorders which include postpartum sadness or baby blues, postpartum depression and postpartum psychosis. The lack of education and knowledge leads to postpartum depression not being diagnosed enough and that can put the mother and the baby in grave danger if she doesn't begin her treatment on time. Nowadays postpartum depression can be diagnosed with the help of screening tests and after visiting a psychiatrist who will set the diagnosis. Treatment depends on the stage of the disorder; symptoms of postpartum sadness pass by themselves in a few days, postpartum depression is treated with antidepressants and psychotherapy and postpartum psychosis is treated with antipsychotics and other forms of treatments that we will mention later. With the help of multidisciplinary team and with the right treatment of medications and psychotherapy the patient can fully recover and take on the role of a mother of her child and be happy about it as she planned to be before the birth and the diagnosis.

Key words: patient, postpartum depression, treatment, childbirth, nursing care.

1. UVOD

Trudnoća i porod su oduvijek majkama i očevima predstavljali novo razbolje njihovih života koji od trenutka začeća nose sa sobom nove izazove, emocije, navike i prilagodbu na novonastalu situaciju koja ih čeka sa dolaskom djeteta na svijet. Fiziološki je u čovjekovoj naravi očekivati da porod i rođenje djeteta sa sobom nose pozitivno iskustvo i emocije koje se mogu proživjeti samo u tim trenucima kada roditelji željno iščekuju primiti svoje dijete po prvi puta u naručje i prihvatiti novu ulogu koja im je dodijeljena a to je roditeljstvo. No sa novijim prilikama i socioekonomskim uvjetima u kojima se djeca rađaju i sa promjenom dinamike međuljudskih odnosa poslije poroda dolazi do pojave depresije, opisane kao postporođajna depresija koje je kako vrijeme odmiče sve vidljivija i primjetna je njena sve češća pojavnost među majkama kao i očevima. Unatoč njenoj sve većoj pojavnosti javnost i društvo nisu dovoljno upoznati s postporođajnom depresijom i spektrom koji ona obuhvaća kao psihijatrijska dijagnoza te zbog toga dolazi do velikog broja nedijagnosticiranih slučajeva gdje se oboljele pacijentice ne znaju nositi sa svim simptomima koji su prisutni a remete njihov svakodnevni život kao i djetetov i život cijele obitelji. Zbog toga je od iznimne važnosti da smo mi kao zdravstveno osoblje upoznati sa postporođajnom depresijom kao dijagnozom koja je u porastu kao i sa njenim razvojem, komplikacijama koje se mogu razviti i na koji način možemo poboljšati kvalitetu života pacijentice i njezine obitelji kako bi majčinstvo kao novo razdoblje u životu započela na što je moguće lakši i bezbolniji način.

2. FIZIOLOŠKA TRUDNOĆA I POROĐAJ

2.1. Trudnoća

„Trudnoća (gestacija, gravidnost) jest razdoblje ženina života u kojem se oplodeno jajašce nidira, raste i razvija se.“ [1] Trajanje normalne trudnoće jest 280 dana, odnosno 40 tjedana ili 10 lunarnih mjeseci ili 9 kalendarskih mjeseci. Normalna i zdrava trudnoća završava se rođenjem djeteta i sekundina od 37.-42. tjedna i to se naziva terminskim porođajem, a dijete nazivamo donoščetom. Trudnoću koja završava prije ili poslije termina Habek je podijelio na:

1. rani spontani pobačaj (do 16. tjedna trudnoće)
2. kasni spontani pobačaj (od 16. do 22. tjedna trudnoće)
3. rani prijevremeni porođaj (od 22. do 32. tjedna trudnoće)
4. kasni prijevremeni porođaj (od 32. do 37. tjedna trudnoće)
5. poslijeterminski porođaj (od 42. tjedna trudnoće) [1]

Porođaj koji se zadesi od 22. do 37. tjedna nazivamo prijevremenim porođajem a novorođenče nazivamo nedonoščetom. Ako porođaj se dogodi nakon 42. tjedna prave trudnoće nazivamo ga poslijeterminskim porođajem a novorođenče nazivamo postmaturusom. [1].

2.2. Porođaj

Fiziološki porođaj je svršetak trudnoće koji je obilježen spontanim rađanjem plodova začeca, djeteta i sekundina od 37.-42. tjedna trudnoće. [1]

Terminski porođaj kod 8-10% započinje prijevremenim prsnućem vodenjaka, prije početka trudova i otvaranja materičnog vrata. U 95% slučajeva razvit će se normalni i spontani trudovi bez medikacije u 72 sata od prsnuća vodenjaka koji će u 80% slučajeva rezultirati regularnim trudovima (70-86% će razviti trudove u prva 24 sata, a 91% u prvih 48 sati).

Kod 6% roditelja s prijevremenim prsnućem vodenjaka neće se razviti spontani trudovi već će se oni morati stimulirati.

Trudnice a osobito višerotke će pred sam početak porođaja prema predznacima znati što slijedi, navedeni su predznaci kao „spuštanje trbuha“ kad se glavica već postavi u zdjelični ulaz, a time i češće mokrenje zbog pritiska glavice na mokraćni mjehur, manje izraženi djetetovi pokreti, osjećaj olakšanog disanja zbog spuštanja fundusa maternice do tri poprječna prsta ispod ksifoidnog nastavka sternuma i pojačani sluzavi iscjedak. [1]

Za normalan tijek porođaja potrebne su navedene komponente: porođajni kanal (put), porođajne snage (trudovi) i porođajni subjekt (dijete i sekundine). [1] Vođenje porođaja temelji se isključivo na praćenju četiri porođajna doba tijekom kojeg možemo primijetiti odstupanja od normalnih vrijednosti te na to pruža mogućnost da na vrijeme interveniramo prema pravilima struke. Porođaj se može voditi aktivno ili prirodno bez medikamentoznog načina vođenja porođaja. Pod aktivno vođenje porođaja Habek je uključio spazmoanalgeziju, epiduralnu analgeziju, ubrzanje porođaja pucanjem vodenjaka (amniotomija) i ordiniranjem infuzije oksitocina, epiziotomiju kod indikacije za aktivno vođenje trećeg porođajnog doba. Kod većine zemalja gdje porođaje vode samo primalje, posljednjih desetljeća izražen je povećani interes za nemedikamentni, prirodni porođaj pa tako i u Hrvatskoj unazad nekoliko godina iako kod nas porođaje još uvijek vode porodničari i primalje. U daljnjem tekstu ćemo navesti podjelu porođajnih doba i njihove karakteristike koje ih obilježavaju. [1]

2.2.1. Prvo porođajno doba

Prvo porođajno doba nazivamo doba otvaranja, prsnuća vodenjaka i angažiranja glavice i sa njim označavamo početak normalnog porođaja. Porođaj može započeti prsnućem vodenjaka, trudovima ili obojim znakovima početka porođaja. Utvrdit će se redom napredovanje porođaja tako što će se:

- uzeti anamneza i uvid u trudničku knjižicu
- izmjerit će se krvni tlak, puls i testnom vrpcom utvrditi albuminurija
- obaviti će se orijentacijski somatski pregled (prisutnost edema i varikoziteta)
- obaviti pelvimetrija
- obaviti opstetrički pregled [1]

Nakon obavljenog opstetričkog pregleda dobivamo uvid o položaju, namještanju i angažiranosti glavice te o djetetovu i majčinu stanju.

Ako je utvrđeno da je sve u redu i sa majkom i sa djetetom, preporučuje se uraditi klizmu u svrhu pražnjenja stražnjeg crijeva koje bi moglo ometati normalni porođajni mehanizam. Kod nekih slučajeva brije se predio međice radi mogućih zahvata kao što su epiziotomija. [1]

Prvo porođajno doba nadzire se prema pravilima struke, kardiokografijom ili opstetričkom/primajlskom slušalicom te pratiti prema programu. Prvo doba završava se potpunim otvaranjem materničnog ušća, dobrim trudovima i prsnućem vodenjaka. [1]

2.2.2. Drugo porođajno doba

Drugo porođajno doba je okarakterizirano potpunim rođenjem djeteta. Glavica ili zadak se spuste na dno zdjelice, roditelj osjeća pritisak na stražnje crijevo, a s pomoću dvaju hvatova možemo doznati objektivnost roditeljina osjećaja; pritisak na stražnju međicu prema Schwarzenbachu i pritisak na bočne strane međice prema De Leeu. [1]

Nakon rođenja djetetove glavice obrišu se djetetova usta pa se pričekava sljedeći trud ili se preporučuje majci da prisitne kako bi se osigurala vanjska rotacija glavice. Novorođenče se nakon porođaja polaže majci na trbuh, obrišu mu se lice i usta i aspirira sadržaj iz usne šupljine ako je potrebno nakon čega se utopli toplim ručnikom ili kompresom. Pupkovina se nakon prestanka pulsacije podveže kopčicom na dva poprječna prsta i prereže. Novorođenče se izvaže i izmjeri te se stavlja majci i djetetu identifikacijski broj. Nakon porođaja se na zahtjeva roditelja može uzeti umbilikalna krv iz pupkovine za kriopohranu u svrhu očuvanja matičnih stanica iz pupkovine. Netom pri rođenju procjenjuje se djetetova vitalnost po zbroju *Apgar score*. Boduje se pet znakova po 0, 1, 2 boda u prvoj, petoj i/ili desetoj minuti. Ocjena vitalnosti od 0 do 4 označava tešku hipoksiju/asfiksiju, ocjena od 5 do 7 označava asfiksiju, a ocjena od 8 do 10 predstavlja uredan nalaz vitalnosti. Kod djeteta koje ima znakove hipoksije od iznimne je važnosti odmah započeti s reanimacijom koju započinjemo sa aspiracijom usne i nosne šupljine, ugrijavanjem djeteta i mehaničkom stimulacijom kože tarenjem pelena o kožu djeteta. Potrebno je odmah pozvati neonatologa koji će nastaviti s postupcima reanimacije. [1]

2.2.3. Treće porođajno doba

Treće porođajno doba obilježeno je rođenjem sekundima; posteljice, plodovih ovoja i pupkovine. Danas se treće porođajno doba vodi ordiniranjem uterotonika, uterostiptika ili pak njihove kombinacije. [1]

Aktivno vođenje trećeg porođajnog doba znatno smanjuje krvarenje i trajanje tog doba. Primjenom i ordiniranjem uterostiptika ili uterotonika nakon rođenja prednjeg fetalnog ramena, potiče snažnu kontrakciju maternice i porođaj sekundina kroz nekoliko minuta od rođenja djeteta što gubitak krvi svodi na minimum. Klasično vođenje trećeg porođajnog doba do jednog sata dovodi do dugotrajnijeg krvarenja, sporijeg odljuštenja posteljice uz povremene maternične kontrakcije i do većeg volumena izgubljene krvi. Nakon primjene ordinirane uterotonične ili uterostiptične injekcije treba pričekati znakove odljuštenja posteljice a to su:

- Küstnerov znak
- Schröderov znak
- Kleinov znak
- Strassmanov znak [1]

Povlačenjem za pupkovinu uz trud se porode sekundine nakon čega se pažljivo pregleda maternalna i fetalna strana posteljice, kotiledone (svi moraju biti na broju), inserciju i duljinu pupkovine i plodove ovoje. [1]

2.2.4. Četvrto porođajno doba

Četvrto porođajno doba nazivamo doba rekoalescencije i traje dva sata nakon završetka trećeg porođajnog doba do početka babinja. Nakon završenog porođaja pregleda se meki porođajni put i ako su prisutni potrebno je zbrinuti razdore međice, cerviksa ili ušiti epiziotomiju. Praćenje vitalnih znakova kao što su krvarenje, krvni tlak, diureza, puls, temperatura i disanje je od iznimne važnosti kao i praćenje tonusa maternice. Rodilji se postavlja i sterilni predložak pred stidnicu. Tijekom ovog doba rodilju se poučava dojenju i omogućuje se stalni i potrebni kontakt djeteta s majkom, *koža na kožu*. [1]

3. POSTPOROĐAJNA DEPRESIJA I PERINATALNI POREMEĆAJI

Prvo spominjanje termina „postporođajna depresija“ veže se uz 1994. godinu kada je službeno uvrštena u psihijatrijske dijagnoze i kad je definirana kao velika depresija čiji je uzrok porod gdje se epizode depresije javljaju unutar 4 tjedna od porođaja. Postporođajna depresija se javlja kod 10 do 15 % majki u cijelom svijetu i tijekom provedenih istraživanja došlo se do spoznaja i otkriveni su određeni uzroci i faktori koji najčešće dovode do pojave iste a koje ćemo opisat u daljnjem tekstu. [2] Postporođajna depresija ne obuhvaća samo tu dijagnozu kao jednu već su tu uključeni i ostali perinatalni poremećaji kao što su *baby blues* koji se javlja najčešće kao preteća postporođajne depresije iako to ne mora uvijek biti slučaj i postporođajna psihoza koja se razvija nakon neliječene postporođajne depresije ili kod prisutnosti drugih mentalnih oboljenja, koja kao takva zahtijeva hitno tretiranje i liječenje kako bi se osigurala sigurnost i stabilnost majke, obitelji i djeteta.

3.1. Postporođajna tuga ili *baby blues*

Za početak opisivanja spektra koji obuhvaća postporođajna depresija važno je odrediti na kojem se dijelu spektra nalazi postporođajna tuga, koji su simptomi i kako se tretira.

Nakon porođaja čak 50 do 80% žena će iskusiti neki od simptoma postporođajne tuge, i taj broj nam ukazuje da njena pojavnost nije u toliko smanjenom broju kao što javnost misli i ima predodžbu. Pojavljuje se prvih nekoliko dana tijekom poroda a simptomi nestaju unutar jedan ili dva tjedna nakon poroda. Postporođajna tuga ne narušava sposobnost majke da vodi brigu i njegu o svom djetetu i uz emocionalnu podršku njene okoline uspješno može prebroditi simptome i otežavajuće okolnosti koji joj ti simptomi stvaraju. Najčešći simptomi koji se manifestiraju tijekom postporođajne tuge su: pojava anksioznosti, plač, smanjeni apetit, poremećaji ritma spavanja, briga, tuga, nagle promjene raspoloženja i iscrpljenost. [3]

3.2. Postporođajna depresija

Postporođajna depresija je psihijatrijska dijagnoza sa čestom pojavnošću koja narušava kvalitetu života oboljele majke i njezine obitelji. Prema provedenim istraživanjima gotovo polovica prvorotki bude nedijagnosticirano zbog odbijanja suočavanja sa bolešću pred

bliskim članovima obitelji kao i zbog prisutnosti stigme koja okružuje majke i koje se boje napuštanja od strane najbližih i gubitka emocionalne potpore.

Najčešće se javlja 4 tjedna od porođaja ali pojava simptoma može biti u vremenskom periodu od 4 tjedna do godinu dana nakon porođaja. Razlog nastanka je nepoznat iako se kao najčešći navode hormonalni disbalans, psihološki faktori i socioekonomski čimbenici. [4]

3.2.1. Faktori rizika kod postporođajne depresije

Faktori rizika koji mogu uvjetovati nastanku postporođajne depresije su autori podijelili u pet kategorija: psihološki faktori, biološki faktori, socijalni faktori, porođajni faktori i način života također je uzet kao jedan od bitnih faktora koji može dovesti do pojave postporođajne depresije. [5]

1. Psihološki faktor

Prema navedenim člancima postoje dokazi da kod majki koje imaju povijest depresije, anksioznosti ili ostalih mentalnih poremećaja postoji veći rizik za nastanak postporođajne depresije i sklonije su promjenama koje su pod utjecajem hormona. Utvrđena je poveznica depresije i postporođajne depresije kroz nekolicinu istraživanja što nam samo potvrđuje tu tvrdnju da majke sa prethodnim depresivnim epizodama su sklonije da razviju kliničku sliku postporođajne depresije. Simptomi depresije ne moraju biti prisutni izričito prije trudnoće već se mogu javiti i tijekom trudnoće što treba uzeti u obzir i pratiti kod trudnica ima li promjena u njihovom raspoloženju i ponašanju kako bi nakon porođaja se znalo da postoji rizik za nastanak postporođajne depresije. Mentalni poremećaji ne moraju biti jedini psihološki faktor koji utječe na pojavnost bolesti, to još mogu biti neplanirani životni događaji, traumatska iskustva, negativan stav prema trudnoći i djetetu, prisutnost stresa u svezi s roditeljskom ulogom što najčešće se nadovezuje i na nisko samopouzdanje kod majke. Svi navedeni faktori mogu utjecati na psihičko stanje majke i dovesti do toga da se od postporođajne tuge razvije postporođajna depresija. [5]

2. Biološki faktor

Razni biološki procesi i hormoni mogu biti razlog i predstavljati faktor rizika kod pojave depresije i to nam može pomoći do neke mjere u njenom preveniranju jer se na neke biološke funkcije može utjecati uspješno sa egzogenim činiteljima.

Neurotransmitter serotonin se sintetizira iz aminokiseline triptofan i utvrđeno je da njihova razina u krvi utječe na pojavnost depresije. Razina serotonina i triptofana u krvi je usko povezana sa prehranom majke s obzirom da povećani unos bjelančevina može smanjiti razinu triptofana i serotonina u mozgu a konzumiranje ugljikohidrata dovodi do suprotnog efekta i podiže njihovu razinu u mozgu. U istraživanjima je zabilježen porast učestalosti depresije i postporođajne depresije za 15% kod majki koje su bile u nutritivnom deficitu. [5]

Oksitocin je hormon koji igra veliku ulogu u reguliranju emocija i emocionalnog odgovora. Zabilježeno je da povećana prisutnost oksitocina kod majki tijekom trudnoće dovodi do nastanka postporođajne depresije unutar dva tjedna od poroda. Novija istraživanja tvrde da oksitocin stimulira aktivaciju serotonina i smanjuje odgovor na stres. [5]

Hormon čiji je utjecaj kod postporođajne depresije također istraživani je estrogen. Estrogen utječe na obnovu oštećenih neurona i dovodi do produkcije neurotransmitera u mozgu. U hipotalamusu estrogen utječe na spavanje i temperaturu kao i na razinu neurotransmitera. Njegov manjak ili disbalans njegove razine može utjecati na razvoj postporođajne depresije. [5]

3. Socijalni faktor

Pod socijalni ili društveni faktor rizika spada svaka situacija koja je povezana sa emocionalnom podrškom, financijskom stabilnošću i empatijom koju majka prima od svoje okoline. Smanjena društvena podrška spada pod jedan od najčešćih okolišnih faktora koji mogu dovesti do pojave depresije. Svaka vrsta nasilja od strane partnera ili obitelji predstavlja dodatan rizik za nastanak depresije što je poražavajuće s obzirom da je to jedan od faktora na koji se može utjecati kako bi se osigurala dobrobit majke i djeteta. [5]

Jedan od društvenih rizika je također i pušenje do kojeg može doći ovisno o odnosima sa obitelji i zajednicom i pušenje kao takvo povećava incidenciju postporođajne depresije za 1,7 puta. Psihološki razlozi kao što je stres, mogu dovesti do početka pušenja što je povezano i sa socioekonomskim problemima sa kojima se majka možda suočava tijekom ili poslije trudnoće. [5]

4. Porodajni faktori

Što se tiče povezanosti porođaja sa postporođajnom depresijom tu dolazi do konflikta u dostupnoj literaturi jer je u nekim istraživanjima navedeno da je incidencija veća kod žena

koje nikad nisu rađale dok je Mayberry u istraživanju zabilježila veću incidenciju depresije kod multipara (mnogorodilja) nego kod žena koje nisu nikad rađale. [6]

Povezanost mnogorodilja i postporođajne depresije po nekim navodima leži u tome da su žene sa više djece podložnije stresu i psihološkom teretu koje im majčinstvo predstavlja i zbog toga je pojavnost depresije kod njih u porastu. Konflikt koji smo spomenuli na početku paragrafa može se razjasniti s činjenicom da samo majčinstvo i porođaj ne trebaju biti konkretan faktor rizika koja će dovesti do pojave postporođajne depresije već rizik leži u psihološkom stanju u kojem se majke nalaze nakon više porođaja i odgoja više djece. [5]

Rizična trudnoća je također povezana sa povećanim rizikom za nastanak depresije osobito hitni carski rez i neočekivana hospitalizacija zbog patološke trudnoće. Postpartalne komplikacije kao što su prolaps pupkovine i opstetrička krvarenja također dovode do jednakog rizika kao i one tijekom trudnoće. Kod majki čija su djeca bila ispod 1500 grama porođajne težine postoji od 4 do 18 puta veći rizik za nastanak postporođajne depresije nego kod ostalih. [5]

Zabilježeno je da kod majki koje su očekivale vaginalni porođaj koji je neočekivano završio carskim rezom postoji povećani rizik zbog nezadovoljenih očekivanja koje su imale a bila su povezana s načinom porođaja. Zbog smanjenja rizika preporučeno je da majke provedu trudnoću sa smanjenim očekivanjima i željama o načinu na koji bi voljele da porođaj prođe i da ne razmišljaju o komplikacijama koje bi se mogle zadesiti tijekom ili poslije trudnoće. Epiduralna anestezija i dojenje koje se nastavlja i nakon porođaja dovode do smanjenog rizika za nastanak postporođajne depresije. [5]

5. Način života

Faktori koji su uključeni u način života su nutritivni status, navike spavanja i fizička aktivnost. Svaki od njih može utjecati na nastanak postporođajne depresije.

Vitamin B6 sudjeluje u stvaranju serotonina iz triptofana što dovodi do zaključka da smanjeni unos vitamina B6 može biti povezan sa nastankom postporođajne depresije. Smanjeni unos cinka i selenija također utječu na pojavnost; cink utječe na reapsorpciju serotonina, dok smanjena razina selenija može dovesti do disfunkcije štitnjače. Cink se može pronaći u crvenom mesu i ribi osobito. [5]

Spavanje je također jedan od faktora rizika i postoje dokazi da navike spavanja su povezane s incidencijom postporođajne depresije. Kod depresivnih majki poslije porođaja je zabilježen kroničan manjak spavanja. Kronično nespavanje može utjecati na emocionalni odgovor, mentalno zdravlje i na upalne procese te može utjecati i na imunološki odgovor gdje dolazi do porasta upalnih markera koji su češće viđeni kod majki koje boluju od postporođajne depresije.

Fizička aktivnost je oduvijek imala svoje prednosti u kvaliteti života čovjeka što onda ne čudi da se bavljenje umjerenom fizičkom aktivnošću tijekom trudnoće može značajno smanjiti razvoj postporođajne depresije ili smanjiti već postojeće simptome depresije.

3.2.2. Simptomi postporođajne depresije

Postporođajna depresija se dijagnosticira kada postoji prisutnost barem pet depresivnih simptoma koji traju dva tjedna. Devet navedenih simptoma može biti stalno prisutno svaki dan i predstavljaju promjenu od prethodne rutine. Dijagnoza bi trebala uključivati uz pet simptoma još i depresiju i gubitak interesa (anhedoniju). [4]

Simptomi koji se manifestiraju:

- Nesanica ili produženo spavanje
- Gubitak energije ili umor
- Gubitak interesa i zadovoljstva u uobičajenim aktivnostima
- Prisutno depresivno raspoloženje većinu dana
- Psihomotorna agitacija
- Osjećaj krivnje i beskorisnosti
- Suicidalne misli i misli o smrti
- Neodlučnost i smanjena koncentracija
- Promjena u tjelesnoj težini [4]

Kod blage, umjerene i teške depresivne epizode pacijentica ima simptome kao što su smanjena razina energije i depresivno raspoloženje. Interesi, zadovoljstvo i koncentracija su smanjeni uz najčešće prisutni umor koji se javlja pri minimalnom trudu i naporu. San je narušen i apetit smanjen. Samopoštovanje i samopouzdanje su gotovo uvijek sniženi čak i kod blažeg tipa depresivne epizode te su još prisutni osjećaji krivnje i beskorisnosti.

Također mogu biti prisutni i „somatski“ simptomi kao što su gubitak interesa i ugodnih emocija, buđenje nekoliko sati prije uobičajenog vremena buđenja, psihomotorni nemir, agitacija, smanjenje tjelesne težine i smanjeni libido. Ovisno o broju simptoma depresivnu epizodu klasificiramo kao blagu, umjerenu i tešku. [7]

Postporođajna depresija može dovesti do nedovoljne povezanosti i razvijanja veze između majke i djeteta, neuspješnosti kod dojenja, pogrešnog roditeljskog pristupa kao i do najgorih ishoda što se tiče djetetovog psihičkog i fizičkog razvoja. Smanjenje simptoma i njihova remisija znači manji rizik pojavnosti psihijatrijskih problema kao i problema u ponašanju djeteta.

3.2.3. Screening postporođajne depresije

Screening kod postporođajne depresije se može napraviti 2-6 mjeseci poslije porođaja i može nam ukazati na njenu prisutnost kod pacijentica koje su rodile i na taj način mogu dobiti potrebnu pomoć i tretman što prije kako bi uklonili prisutne simptome i spriječili nastanak ostalih. Može ga provesti ginekolog/opstetričar, primalja ili liječnik obiteljske medicine ako majka pokazuje znakove i simptome depresije poslije porođaja.

Kod screeninga koristimo se skalom koja se zove *Edinburgh Postnatal Depression Scale* ili skraćeno EPDS. Ona uključuje deset pitanja koja ispunjava pacijentica i potrebno je svega nekoliko minuta da se popuni. Pitanja se odnose na promjene raspoloženja i emocije koje mogu biti povezane s depresijom i odnose se na prethodnih sedam dana od dana kada bolesnica ispunjava obrazac. Bolesnice čiji bodovi iznose više od 13 najvjerojatnije boluju od postporođajne depresije. U nastavku je priložen primjerak obrasca kojeg bolesnice popunjavaju.

Edinburgh Postnatal Depression Scale¹ (EPDS)

Name: _____ Address: _____

Your Date of Birth: _____

Baby's Date of Birth: _____ Phone: _____

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

- Yes, all the time
 Yes, most of the time This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week.
 No, not very often Please complete the other questions in the same way.
 No, not at all

In the past 7 days:

- | | |
|---|--|
| 1. I have been able to laugh and see the funny side of things
<input type="checkbox"/> As much as I always could
<input type="checkbox"/> Not quite so much now
<input type="checkbox"/> Definitely not so much now
<input type="checkbox"/> Not at all | *6. Things have been getting on top of me
<input type="checkbox"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope at all
<input type="checkbox"/> Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual
<input type="checkbox"/> No, most of the time I have coped quite well
<input type="checkbox"/> No, I have been coping as well as ever |
| 2. I have looked forward with enjoyment to things
<input type="checkbox"/> As much as I ever did
<input type="checkbox"/> Rather less than I used to
<input type="checkbox"/> Definitely less than I used to
<input type="checkbox"/> Hardly at all | *7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping
<input type="checkbox"/> Yes, most of the time
<input type="checkbox"/> Yes, sometimes
<input type="checkbox"/> Not very often
<input type="checkbox"/> No, not at all |
| *3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong
<input type="checkbox"/> Yes, most of the time
<input type="checkbox"/> Yes, some of the time
<input type="checkbox"/> Not very often
<input type="checkbox"/> No, never | *8. I have felt sad or miserable
<input type="checkbox"/> Yes, most of the time
<input type="checkbox"/> Yes, quite often
<input type="checkbox"/> Not very often
<input type="checkbox"/> No, not at all |
| 4. I have been anxious or worried for no good reason
<input type="checkbox"/> No, not at all
<input type="checkbox"/> Hardly ever
<input type="checkbox"/> Yes, sometimes
<input type="checkbox"/> Yes, very often | *9. I have been so unhappy that I have been crying
<input type="checkbox"/> Yes, most of the time
<input type="checkbox"/> Yes, quite often
<input type="checkbox"/> Only occasionally
<input type="checkbox"/> No, never |
| *5. I have felt scared or panicky for no very good reason
<input type="checkbox"/> Yes, quite a lot
<input type="checkbox"/> Yes, sometimes
<input type="checkbox"/> No, not much
<input type="checkbox"/> No, not at all | *10. The thought of harming myself has occurred to me
<input type="checkbox"/> Yes, quite often
<input type="checkbox"/> Sometimes
<input type="checkbox"/> Hardly ever
<input type="checkbox"/> Never |

Administered/Reviewed by _____ Date _____

¹Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786 .

²Source: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Piontek, Postpartum Depression N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199

Users may reproduce the scale without further permission providing they respect copyright by quoting the names of the authors, the title and the source of the paper in all reproduced copies.

Slika 1. Obrazac Edinburgh Postnatal Depression Scale

Izvor: <https://www.fresno.ucsf.edu/pediatrics/downloads/edinburghscale.pdf>

3.2.4. Liječenje postporođajne depresije

Osnovna dva temelja na kojima počiva liječenje postporođajne depresije su: psihoterapija i farmakoterapija specifično terapija antidepresivima. Psihološka terapija može skupa sa psihosocijalnom uspješno djelovati kao prva faza i prvi pristup liječenja kod bolesnica sa blagim ili umjerenim oblikom postporođajne depresije osobito ako su majke izrazile želju za dojenjem ili ako doje svoje dijete i zbog toga ne žele pristati na farmakološku terapiju. Kod bolesnica sa srednje-teškim ili teškim oblikom postporođajne depresije preporučuje se uz navedenu terapiju također i primjena antidepresiva i kao prvi izbor se najčešće prepisuju antidepresivi iz grupe selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina. Kada se postigne efektivna doza preporučeno je nastaviti primjenjivati terapiju barem šest do 12 mjeseci kako bi se spriječio povratak simptoma. [4]

Transkranijalna magnetska stimulacija (TMS) je neinvazivna metoda koja se koristi kako bi se odaslali električni impulsi preko tjemena na glavi kod budnog pacijenta. [8] Poznata je njena primjena kod liječenja psihijatrijskih poremećaja osobito depresije kao i postporođajne depresije. Može biti jedan od načina liječenja kod majki koje ne žele pristati na farmakološku terapiju zbog dojenja i zbog toga im se preporuča TMS kao izbor terapije. Njena svrha je pobuditi i stimulirati moždane stanice koje su inaktivirane kod bolesnica sa teškom depresijom. Preporučeno je provoditi je pet puta tjedno u periodu od 4-6 tjedana kako bi se postigla njena efektivnost. TMS je sigurna metoda i dobro podnošljiva no može uključivati neke nuspojave kao što su: glavobolja, nelagoda u području tjemena kao i trzaje ličnih mišića. [4]



Slika 2. Prikaz uređaja za provođenje transkranijalne magnetske stimulacije (TMS)

Izvor: <https://www.canadianbioenergy.com/tms-therapy-for-depression-how-does-it-work/>

„Elektrokonvulzivna stimulacija (EKS) predstavlja terapijsku proceduru kojom se mozak pacijenta stimulira provođenjem serije kontroliranih, kratkotrajnih električnih impulsa. Provođenje impulsa postiže se korištenjem elektroda smještenih na precizno određenim točkama na glavi bolesnika.“ [9] EKS se koristi kod bolesnika kod kojih farmakološki, psihološki ili ostali oblici terapije ne djeluju. Ona se najčešće koristi kod bolesnica koje pokazuju simptome psihotične depresije kao što su planovi za suicid ili ubojstvo djeteta i odbijanje hrane što dovodi do malnutricije i dehidracije. Nekolicina studija objavila je da je elektronkonvulzivna terapija sigurnija kod majki koje doje jer njene posljedice i nuspojave ne utječu u velikoj mjeri na dijete i majku.

Kod bolesnica sa teškom postporođajnom depresijom kod kojih nije postignut željeni učinak ni nakon primjene elektrokonvulzivne stimulacije preporuča se intravenska primjena lijeka pod nazivom *Brexanolone*. Brexanolone je prvi lijek odobren od strane *U.S. Food and Drug Administration* (FDA) koji se specifično koristi u liječenju postporođajne depresije. Njegova primjena se preporučuje izričito u slučajevima kada nema vidljivog pomaka kod bolesnice koja uzima antidepresive ili ako nije imala željeni učinak kod primjene EKS. Brexanolone se primjenjuje intravenski kao infuzija tijekom šezdeset sati što traje otprilike dva i pol dana. Nekolicina kliničkih istraživanja pokazuje dobar utjecaj Brexanolona kod bolesnica koje ga koriste i dovodi do značajnog poboljšanja kad je u pitanju umjerena do teška depresija. [4]

3.3. Postporođajna psihoza

Postporođajna psihoza je zadnja dijagnoza koju obuhvaća spektar postporođajne depresije i bitno ju je obraditi s obzirom da je ona, od navedene prethodne dvije dijagnoze, najopasnija jer stavlja u rizik život djeteta i majke koja je oboljela.

Incidencija ili učestalost postporođajne psihoze jest 0,089 do 2,6 na 1000 porođaja i zbog toga se smatra kao bolest sa niskom incidencijom. No njena niska pojavnost ne znači da ne treba značiti da dijagnoza iste ne može dovesti do ozbiljnih posljedica ako se na vrijeme ne uoči i liječi. Rizični faktori koji mogu utjecati na njenu pojavnost su često kompleksni i mogu biti izvor više problema i dijagnoza. Neki od faktora rizika koji mogu dovesti do dijagnoze postporođajne psihoze su: povijest bipolarnog poremećaja, povijest shizoafektivnog poremećaja ili shizofrenije kao i dijagnoza postporođajne psihoze u prethodnoj trudnoći.

Uz navedene rizične faktore moramo napomenuti kao iste i nedostatak sna i hormonalni disbalans poslije porođaja osobito vezano uz estrogen čija se razina nakon porođaja brzo snižava. [10]

3.3.1. Simptomi postporođajne psihoze

Simptomi postporođajne psihoze koji započinju rano ili netom nakon porođaja uključuju: nesanicu, promjene raspoloženja sa pojavom manije, depresije ili izmjenično oba stanja. Prisutno je dezorganizirano, neuobičajeno ponašanje i opsesivne misli o novorođenom djetetu, također se javljaju kognitivni simptomi kao što su dezorijentiranost, derealizacija i depersonalizacija. Simptomi koji su još prisutni su:

- Konfuzija
- Poremećaj spavanja
- Paranoja
- Deluzije
- Poremećaji u apetitu [10]

Rijetko su prisutni simptomi kao što su auditorne halucinacije i glasovi koji mogu davati naredbe kao i društveno povlačenje. Izdvojiti ćemo simptom *deluzija altruističkog homicida* da ih oboje spasi od sudbine koja je i gora od smrti i njenu prisutnost treba posebno istaknuti s obzirom da može dovesti do smrti majke ili djeteta. Postporođajna psihoza je povezana sa povećanim rizikom za suicid i smrti djeteta. [11]

3.3.2. Screening i evaluacija postporođajne psihoze

Screening za postporođajnu psihozu kao takav ne postoji i zbog toga kao dijagnoza najčešće ostaje nedijagnosticirana. Veća pozornost poslije porođaja se daje na fizičko zdravlje djeteta i majke no to ne znači da zdravstveni radnici uključeni u proces primarne zdravstvene zaštite ne bi trebali imati spremne obrasce koje majke mogu ispuniti kako bi ustanovili mentalno zdravlje majke. Neki od njih koji se koriste su već spomenuti Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) i Mood disorder questionnaire (MDQ) i pomoću njih možemo brzo utvrditi jesu li prisutni znakovi manije ili depresije. [10]

Kod evaluacije postoje određeni dijagnostički postupci koji se mogu provesti u svrhu eliminiranja postojanja organskih smetnji koje bi mogle biti razlog nastanka psihoze.

Stanja koja nam ti postupci mogu utvrditi su hipo i hipernatrijemija, hepatalna encefalopatija i hipo i hipertireodizam. [10]

Neki od njih su:

- Kompletna krva slika (KKS)
- Hormoni štitnjače
- Glukoza u krvi
- Razina elektrolita
- Jetreni enzimi
- CT/MR mozga [10]

3.3.3. Liječenje postporođajne psihoze

Postporođajna psihoza se smatra psihijatrijskom hitnoćom i zbog toga je jako bitno odmah započeti liječenje i tretirati simptome bolesti. Majku je potrebno hospitalizirati ako je autodestruktivna ili heterodestruktivna prema djetetu s obzirom da predstavlja opasnost za sebe i dijete. Trenutačno ne postoje smjernice po kojima se rukovodimo i pratimo kada je u pitanju postporođajna psihoza i sam plan liječenja ovisi o uzroku psihoze ako je uzrok ustanovljen ili se liječi kao svaka akutna psihoza. Najčešći lijekovi koji se primjenjuju se antipsihotici, litij i stabilizatori raspoloženja kao i benzodiazepini. Kod liječenja postporođajne depresije vrijeme početka liječenja je ključno kako bi se osigurala sigurnost majke i djeteta i treba ga započeti što ranije kada liječnik psihijatar potvrdi dijagnozu.

Kod bolesnica kojima je prije trudnoće dijagnosticiran bipolarni poremećaj preporuka je početi uzimati litij i stabilizatore raspoloženja odmah poslije porođaja i kako bi se spriječio razvoj simptoma bolesti i razvoj akutnih psihoza uzrokovanih postporođajnom psihozom. Ne preporučuje se uzimanje litija tijekom trudnoće jer je dokazano da njegovo uzimanje može dovesti do kongenitalnih anomalija kao što su niska porođajna težina i kongenitalna srčana mana npr. Ebsteinova anomalija. Kod bolesnica koje su morale prestati uzimati litij zbog trudnoće preporuča se započeti terapiju što prije poslije porođaja kako bi se spriječio povrat bolesti. Preporučena doza litija kod žena sa poviješću postporođajne psihoze je visoka doza kako bi se spriječila pojava psihoza. Razine litija u krvi se provjeravaju dva puna tjedno prva dva tjedna poslije porođaja.

Majke koje doje trebaju prestati s dojenjem s obzirom da se litij može izlučivati iz organizma kroz majčino mlijeko što može ugroziti dijete jer njegov metabolizam nije dovoljno razvijen za izlučivati takvu vrstu supstanci. [10]

Uzimanje drugih supstanci i lijekova kao što su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i benzodiazepina je sigurno tijekom dojenja i njihovo uzimanje ne predstavlja problem majkama koje doje. Iako negativne strane dojenja koje majke mogu iskusiti su iscrpljenost i manjak sna što može dodatno pogoršati već prisutne simptome i zbog toga je od iznimne važnosti porazgovarati o pozitivnim i negativnim stranama dojenja sa bolesnicom i njenom obitelji.

Obitelj igra ulogu i u donošenju odluka što se tiče uzimanja medikamentozne terapije tijekom trudnoće i skupa sa bolesnicom treba dati informiranu odluku nakon što se usporede rizici i korist koja bi mogla proizaći iz toga s obzirom da korištenje određenih farmakoloških pripravaka u trudnoći može uzrokovati malformacije i anomalije ploda. Psihoterapija je uspješna kao dodatna terapija uz farmakološku terapiju dok elektrokonvulzivna stimulacija je utvrđena kao sigurna metoda liječenja tijekom akutnih psihoza tijekom trudnoće.

4. SESTRINSKA SKRB KOD POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE

Sestrinska skrb kod psihijatrijskih bolesnika je specifična i zdravstvena njega kod takvih bolesnika iziskuje znanje i vještine medicinske sestre koja mora znati reagirati u određenim nepredvidim situacijama i u isto vrijeme biti potpora i oslonac bolesniku koji se liječi od neke psihijatrijske bolesti ili se nalazi u akutnoj fazi ili epizodi postojeće bolesti.

Kod postporođajne depresije je potrebno poznavati simptome i znakove, na koji način im pristupiti, ostvariti profesionalan i empatijski odnos s bolesnicom, pružiti joj sigurnost i potporu a u isto vrijeme voditi računa da se provodi planirani plan liječenja i zdravstvene njege kako bi se u konačnici bolesnica mogla vratiti svakodnevnom životu i biti uz svoju obitelj. Medicinska sestra treba sastaviti plan zdravstvene njege koji će se sastojati ne samo od medikamentozne terapije propisane od strane liječnika i psihološke terapije već i aktivnosti koje će pomoći bolesnici povratiti samostalnost i osjećaj sigurnosti a koje joj ona kao zdravstveno osoblje može omogućiti. Jedan od načina na koji će moći sastaviti efikasan i kvalitetan plan zdravstvene njege je pomoću određivanja sestrinskih dijagnoza bolesnice tijekom njezine hospitalizacije. U daljnjem tekstu smo izdvojili ključne dijagnoze koje se javljaju kod bolesnica sa postporođajnom depresijom.

4.1. Sestrinske dijagnoze

1. Anksioznost

Anksioznost kao sestrinska dijagnoza se najčešće manifestira kod majki poslije porođaja neovisno boluju li od postporođajne depresije ili ne. Simptomi anksioznosti mogu se javiti u svezi s majčinstvom jer se neke majke poslije porođaja teško snalaze i prihvaćaju svoju novu ulogu ili u svezi s psihijatrijskom dijagnozom, u ovom slučaju postporođajnom depresijom. Uloga medicinske sestre je prepoznati simptome anksioznosti i stvoriti sigurno ozračje kako bi jednostavnije uspostavila komunikaciju sa oboljelom. Ovisno o stupnju bolesti i razvoja postporođajne depresije, ciljeve treba prilagoditi trenutnim mogućnostima i dijagnozi. Kod postporođajne tuge i postporođajne depresije kao primarni cilj bi izdvojili da će se bolesnica pozitivno suočiti s anksioznosti dok kod postporođajne psihoze središnji cilj bi bio postići da bolesnica ne ozlijedi sebe ili druge osobe, u ovom slučaju dijete.

Intervencije koje je potrebno provesti:

- Stvoriti osjećaj sigurnosti
- Opažati neverbalne izraze anksioznosti
- Stvoriti osjećaj povjerenja i izgraditi empatijski odnos
- Bolesnicu upoznati sa njezinom okolinom i aktivnostima, odrediti određenu rutinu
- Osigurati mirnu i tihu okolinu
- Omogućiti bolesnici da sudjeluje u donošenju odluka (ako je mentalno sposobna)
- Potaknuti bolesnicu da potraži pomoć od medicinske sestre kada osjeti simptome anksioznosti
- Potaknuti bolesnicu da izrazi svoje osjećaje i trenutno raspoloženje
- Izbjegavati površnu potporu
- Pomoći i podučiti bolesnicu načinima kako da kontrolira ili smanji simptome anksioznosti
- Provoditi vježbe dubokog disanja
- Poučiti bolesnicu pravilnom uzimanju anksiolitika i terapije.
- Nadzirati uzimanje terapije [12]

2. Smanjena mogućnost brige o sebi- higijena

Jedan od simptoma i znakova postporođajne depresije jest gubitak energije što najčešće dovodi do zanemarivanja osobne higijene i njenog provođenja. Bolesnica ne osjeća potrebu da obavi osnovne higijenske navike i često ne nalazi motivaciju ni želju za obavljanjem istih zbog depresivnog stanja u kojem se nalazi. Uloga medicinske sestre je motivirati bolesnicu i pomoći joj pri obavljanju određenih higijenskih navika kao što su kupanje, pranje zubi, umivanje, češljanje itd. Cilj koji želimo ostvariti jest s vremenom postići veću samostalnost i sigurnost kod bolesnice koja će kasnije moći uz minimalnu pomoć i potporu odraditi osobnu higijenu.

Intervencije koje je potrebno provesti:

- Procijeniti stupanj samostalnosti
- Definirati situacije kada bolesnica treba pomoć
- Sa bolesnicom dogovoriti na koji način ćemo održavati osobnu higijenu
- Napraviti dnevni i tjedni plan održavanja osobne higijene u dogovoru s bolesnicom

- Osigurati potreban pribor za obavljanje osobne higijene i poticati je da ih koristi
- Osobnu higijenu izvoditi uvijek u isto vrijeme te tijekom izvođenja aktivnosti poticati bolesnicu na povećanje samostalnosti
- Osigurati privatnost tijekom obavljanja osobne higijene
- Osigurati optimalnu temperaturu prostora gdje se provodi osobna higijena
- Osigurati zvono na dohvata ruke bolesnici ako joj je potrebna pomoć
- Biti u blizini ili uz bolesnicu tijekom obavljanja osobne higijene (kupanja)
- Objasniti bolesnici da izrazi pomoć kada joj je potrebna [12]

3. Poremećaj spavanja

Poremećaj spavanja je jedan od vodećih simptoma postporođajne depresije ali također je zabilježen i kod bolesnica koje boluju od postporođajne psihoze. Spavanje je jedna od najbitnijih komponenti koje su čovjeku potrebne za normalno funkcioniranje kroz aktivnosti svakodnevnog života i zbog toga je od iznimne važnosti poremećaj spavanja prepoznati kao ozbiljnu sestrinsku dijagnozu i provesti potrebne intervencije kako bi pomogli bolesnici postići redovan i uredan ciklus spavanja. Primarni cilj koji je potrebno postići je prepoznati čimbenike koji otežavaju spavanje i uz pomoć toga omogućiti da bolesnica provede određeni broj sati neprekidno spavajući nakon čega će se osjećati odmorno i naspavano.

Intervencije koje je potrebno provesti:

- Ukloniti čimbenike iz okoline koji otežavaju spavanje
- Osigurati bolesnici aktivnost koja će je opustiti prije spavanja (kupanje, masaža, slušanje glazbe)
- Dogovoriti s bolesnicom vođenje dnevnika spavanja
- Objasniti bolesnici kako se provode vježbe opuštanja
- Savjetovati bolesnici da promijeni prehrambene navike npr. umjesto kave preporučiti konzumiranje čaja kako bi se smanjio dnevni unos kofeina
- Omogućiti bolesnici da izrazi svoje brige i strahove koji priječe usnivanju
- Poticati bolesnicu na dnevnu aktivnost
- Primijeniti lijekove za spavanje prema odredbi liječnika [13]

4. Socijalna izolacija

Socijalna izolacija kod bolesnice može izazvati negativne emocije i reakcije koje će u konačnici otežati oporavak i usporiti sam tijek liječenja. Ona je prisutna i kod ostalih psihijatrijskih dijagnoza, ne samo kod postporođajne depresije, zbog stigme kojom su psihijatrijske bolesti obilježene. Medicinska sestra igra bitnu ulogu u resocijalizaciji i poticanju bolesnice na uspostavljanju kvalitetnih međuljudskih odnosa.

Intervencije koje je potrebno provesti:

- Uspostaviti profesionalni i suradnički odnos sa bolesnicom
- Poticati bolesnicu na izražavanje emocija i potreba
- Poticati bolesnicu na razvijanju međuljudskih odnosa i na razmjenu iskustava i doživljaja s drugim pacijentima
- Podučiti pasivne bolesnice asertivnom ponašanju
- Ohrabrivati i pratiti napredak
- Osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba i obitelji, osigurati obiteljsku terapiju
- Upoznati bolesnicu sa grupama za podršku
- Uključiti bolesnicu u grupnu terapiju
- Uključiti bolesnicu u okupacijsku terapiju [14]

4.2. Edukacija obitelji

Edukacija obitelji je nužna tijekom liječenja oboljelih osobito kada su u pitanju psihijatrijske bolesti kao što je u ovom slučaju postporođajna depresija. Idealno bi bilo da je svaki član obitelji educiran putem medija, javnosti ili od strane svog obiteljskog liječnika o postporođajnoj depresiji kako bi majci pomogao netom poslije porođaja sa prepoznavanjem simptoma kako bi se bolesnici pružila pomoć što prije i započela potrebna terapija sa ciljem smanjenja posljedica bolesti i ozdravljenja. No nažalost o postporođajnoj depresiji se još ne priča dovoljno u društvu i zbog toga je od iznimne važnosti da medicinska sestra provede kvalitetnu edukaciju tijekom liječenja kako bi bolesnica imala svu fizičku i psihičku potporu i sigurnost koja joj je potrebna od strane njezine obitelji. [15]

Kako bi postigli željeni cilj potrebno je provoditi edukaciju tijekom boravka člana obitelji u bolnici, za vrijeme posjeta ili medicinska sestra može predložiti dogovoreni razgovor i edukaciju.

Što i na koji način treba educirati obitelj?

- Potrebno je educirati članove obitelji o samoj bolesti, njezinoj etiologiji i učestalosti te koji su simptomi i kako ih prepoznati na vrijeme.
- Treba objasniti obitelji da se bolest može poboljšati ili pogoršati, ovisno o bolesnici i kako ona odgovara na dobivenu terapiju. Obitelj treba primijetiti znakove pogoršanja i na vrijeme obavijestiti liječnika.
- Potrebno je da članovi obitelji usvoje određene vještine i znanja o bolesti i na koji način mogu pomoći bolesnici kada ona ne može samostalno obavljati aktivnosti svakodnevnog života (higijena, oblačenje) zbog prisutnih simptoma i nuspojava terapije.
- Članovi obitelji moraju voditi računa o terapiji koju bolesnica uzima i koja joj je propisana od strane liječnika. Trebaju se educirati o načinu uzimanja lijeka, koja je njegova svrha i kako provjeriti je li bolesnica lijek uzela na propisan način u određeno vrijeme.
- Kada se postavi dijagnoza postporođajne depresije, obitelj može zaštitnički reagirati prema oboljeloj što može biti korisno da bolesnica osjeti potporu i sigurnost ali isto je poželjno da se održi određena distanca kako bi se bolesnici dala mogućnost da preuzme određenu odgovornost za aktivnosti koje može samostalno obavljati bez nečije pomoći.
- Od iznimne je važnosti educirati obitelj o mogućnosti suicida i na koji način mogu prepoznati simptome i namjeru ako ona postoji kod bolesnice. Treba naglasiti važnost razgovora sa bolesnicom, pružiti joj pomoć i mogućnost profesionalne pomoći ako postoje suicidalne misli, omogućiti da se bolesnica nalazi u sigurnom okruženju gdje ne može ispuniti namjeru suicida, ukloniti sve predmete s kojima bi si mogla nauditi

i ne ostavljati oboljelu samu ni u jednom trenutku. Česti su slučajevi gdje obitelji ne uvide znakove suicidalnih misli na vrijeme što može dovesti do tragičnog događaja.

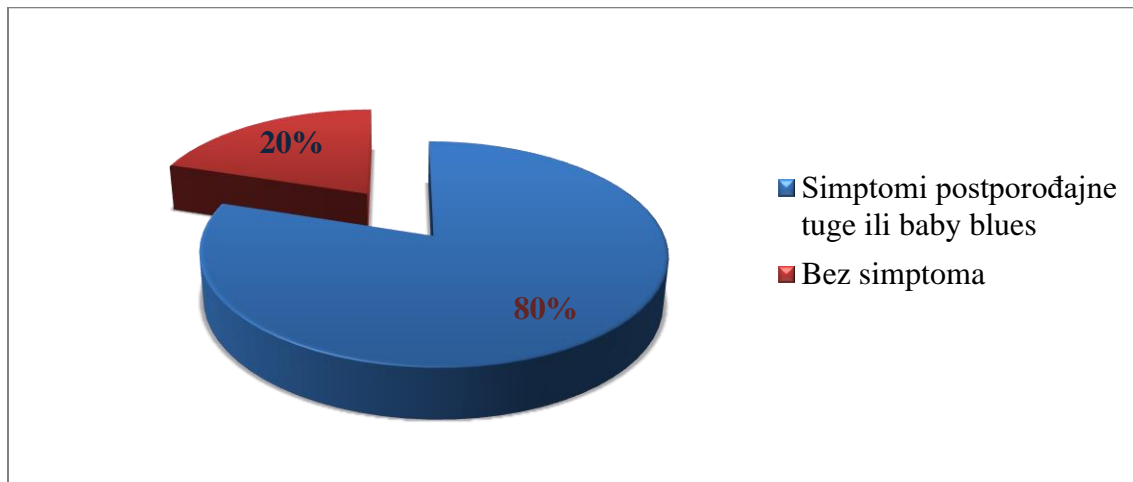
[16]

- Jedna od najbitnijih stavki koje obitelj treba usvojiti jest znati kako pružiti psihološku potporu uz pomoć empatije, razgovora, podrške, razumijevanja i kako pružiti bolesnici osjećaj pripadnosti i ljubavi kako bi proces liječenja prošao uspješnije i lakše za bolesnicu a i za cijelu obitelj.

5. STATISTIKA O POSTPOROĐAJNOJ DEPRESIJI

Mnoga istraživanja su provedena otkad je postporođajna depresija priznata kao psihijatrijska dijagnoza u svrhu praćenja njezine incidencije i kako bi se omogućila i provela pravodobna prevencija koja bi omogućila majkama diljem svijeta zdrav i sretan postpartalni period. Također ovi podatci se koriste kako bi se ukazalo da je pojava postporođajne depresije globalni problem o kojem se mediji moraju više educirati i prenijeti na širu javnost. Ovo poglavlje će obuhvatiti relevantne statističke podatke na svjetskoj razini, u Sjedinjenim Američkim Državama s obzirom da se najveći broj istraživanja provodi upravo u toj zemlji i na razini Republike Hrvatske te ih usporediti. Podatci iz Opće Bolnice Dubrovnik nisu bili dostatni da bi se na temelju njih napravila statistička analiza i usporedba sa ostalim dostupnim podacima iz literature zbog nedovoljnog broja hospitaliziranih bolesnica.

5. 1. Statistika u Sjedinjenim Američkim Državama



Grafikon 1. Učestalost postporođajne tuge ili *baby blues*

Izvor: *Postpartumdepression.org*.

https://www.postpartumdepression.org/resources/statistics/?fbclid=IwAR0bbIEwn6VxTbeiiKQazxNbYGJTjx0YRD_ej5tAEcyCEfkdHLLNASZYf8Q

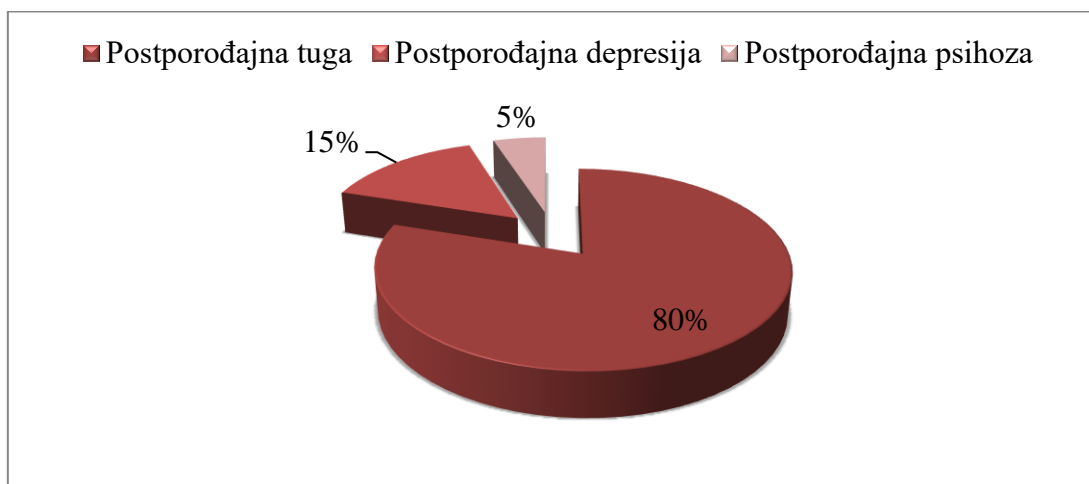
Grafikon prikazuje koliko je visoka učestalost postporođajne tuge u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD), čak 80% majki će imati neke simptome postporođajne tuge dok će 10 do 20% razviti simptome postporođajne depresije. [17]

Istraživanje objavljeno na internetskoj stranici *Postpartumdepression.org* je pokazalo da jedna u sedam žena koje su sudjelovala u istraživanju, iskuse postporođajnu depresiju u prvoj godini poslije porođaja.

To je dovelo do brojke od 600 tisuća oboljelih žena na 4 milijuna majki tijekom svake godine u SAD-u. Treba napomenuti da se ovaj broj odnosi samo na porođaje sa živorođenom djecom. Kada se prethodnom izračunu dodaju majke koje su doživjele postporođajnu depresiju nakon pobačaja ili poroda mrtvorodenog djeteta dolazimo do brojke od 900 tisuća oboljelih žena na 4 milijuna majki. [17]

5.2. Statistika u svijetu

Postporođajna depresija po nekim navodima godišnje utječe na milijune žena diljem svijeta i zbog toga predstavlja globalni problem. Istraživanje navedeno na *Postpartumdepression.org* je pokazalo da u azijskim državama više od 65% majki boluje od postporođajne depresije što su poražavajuće statistike uzevši u obzir da kada se bolest dijagnosticira ako se bolesnica trenutno počne liječiti može u većini slučajeva doći do potpunog izliječenja. Medicinski stručnjaci vjeruju da je učestalost postporođajne depresije do dva puta viša nego što je trenutno dokumentirano i dijagnosticirano. Grafikon koji je ispod priložen predstavlja učestalost perinatalnih poremećaja u svijetu. Možemo vidjeti da od svih perinatalnih poremećaja, postporođajna tuga je najčešća i najzastupljenija. [17]



Grafikon 2. Učestalost perinatalnih poremećaja na svjetskoj razini

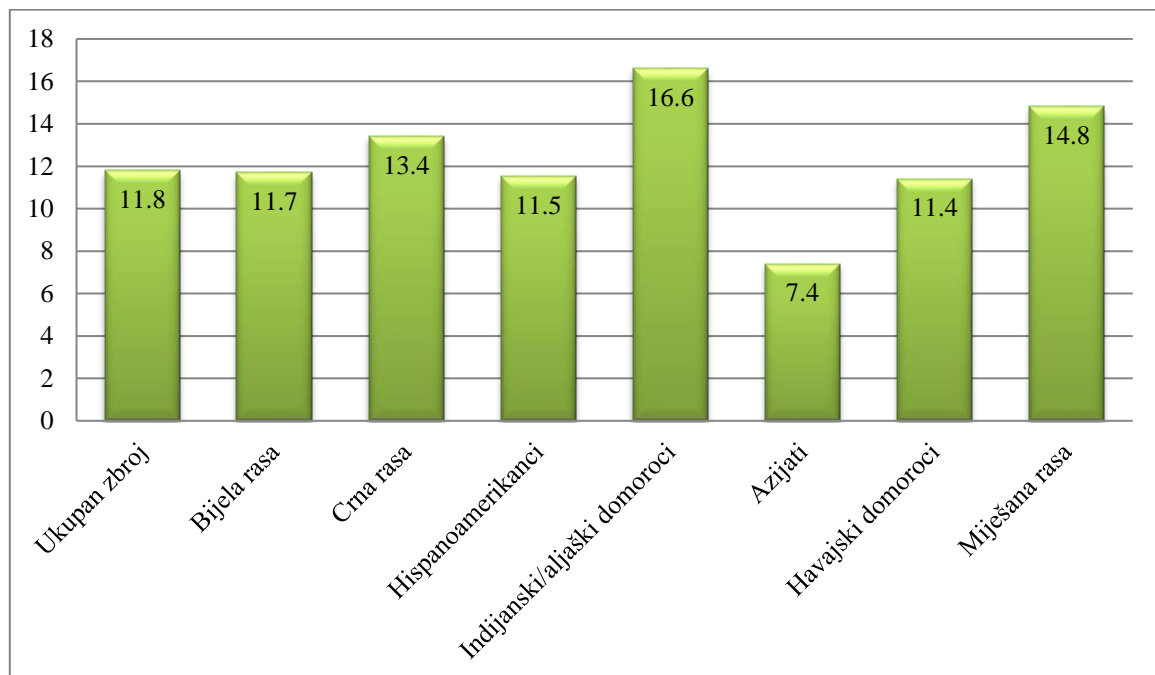
Izvor: *Postpartumdepression.org*

https://www.postpartumdepression.org/resources/statistics/?fbclid=IwAR0bbIEwn6VxTbeiiKQazxNbYGJTix0YRD_ej5tAEcyCEfkDHLNASZYf8Q

Istraživanje provedeno od strane istraživača i znanstvenika na John Hopkins-u pokazalo je da kod žena koje su imale povijest depresivnih epizoda i anksioznih poremećaja postoji 30 do 35% veća šansa da razviju simptome postporođajne depresije dok kod žena koje su imale postporođajnu depresiju nakon prijašnjih porođaja ta brojka iznosi 10 do 50%. [18]

Vjeruje se da kod 50% žena simptomi postporođajne depresije se manifestiraju već tijekom trudnoće što otvara mogućnost ranog otkrivanja i pravovremenog početka prikladne terapije. [17]

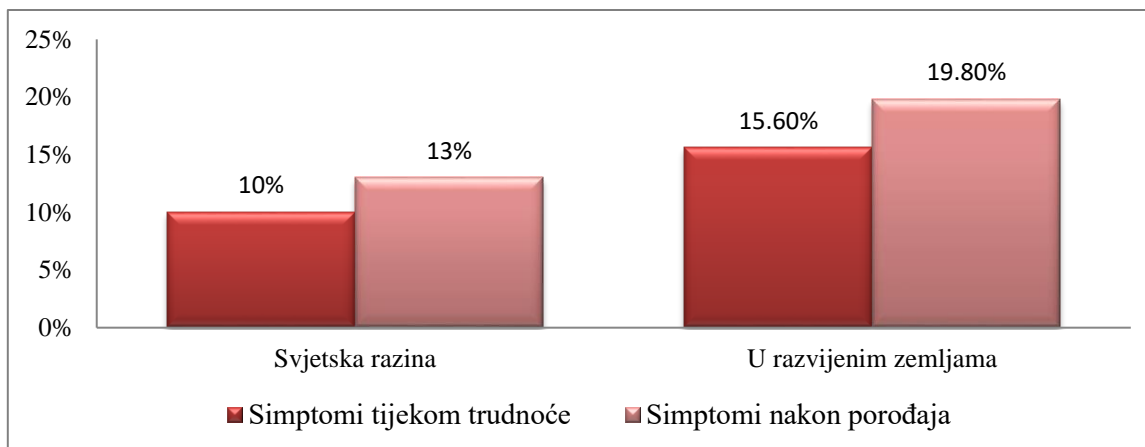
Također treba naglasiti da postporođajna depresija može biti dijagnosticirana svakoj majci neovisno o rasi, nacionalnosti ili njihovom socioekonomskom statusu. Ispod je prikazan grafikon koji predstavlja učestalost postporođajne depresije po rasama u svijetu:



Grafikon 3. Učestalost postporođajne depresije po rasama u svijetu

Izvor: Postpartum depressive symptoms. <https://mchb.hrsa.gov/chusa13/perinatal-health-status-indicators/p/postpartum-depressive-symptoms.html>

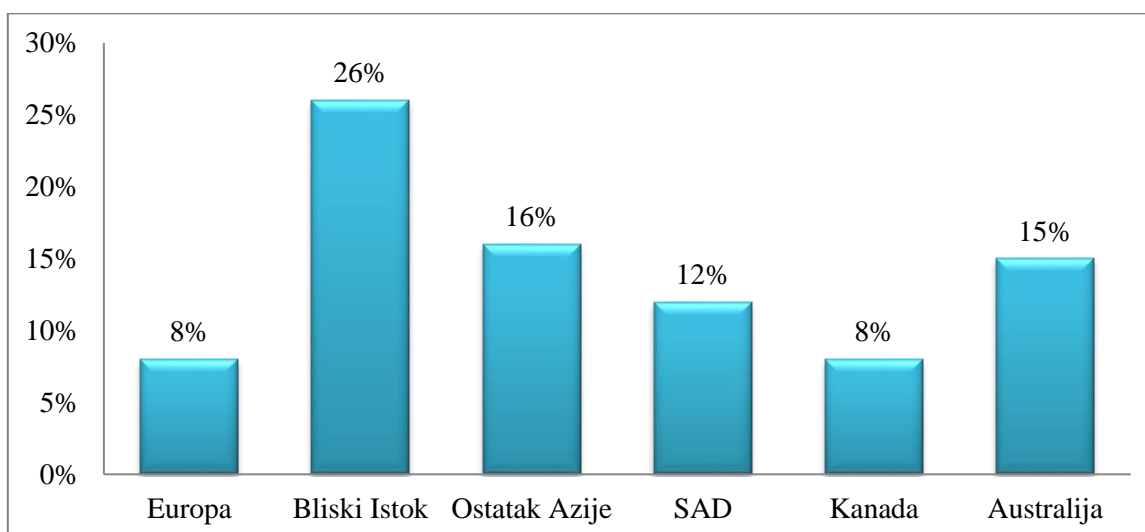
Na svjetskoj razini 10% žena tijekom trudnoće i 13% onih koje su se porodile će iskusiti neku vrstu simptoma perinatalnih poremećaja, dok u razvijenim zemljama taj postotak je još viši; 15,6% tijekom trudnoće i 19,8% poslije porođaja. U nastavku je priložen grafikon koji slikovite predstavlja navedene postotke. [19]



Grafikon 4. Pojavnost simptoma perinatalnih poremećaja tijekom trudnoće i poslije porođaja

Izvor: *Maternal mental health.* https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/

Istraživanje iz Singapura koje je provela skupina znanstvenika i istraživača po zemljama u svijetu i koje obuhvaća 58 objavljenih znanstvenih članaka, prikazuje najmanju stopu pojavnosti postporođajne depresije u Europi sa 8% dok Bliski Istok bilježi najveću stopu pojavnosti postporođajne depresije sa 26%. Ostatak Azije je imao 16% pojavnosti. Bliski Istok bilježi povećanu stopu čak i u usporedbi sa zemljama kao što su SAD sa 12%, Kanada sa 8% i Australija sa 15%. Graf prikazuje pojavnost postporođajne depresije po zemljama svijeta. [20]

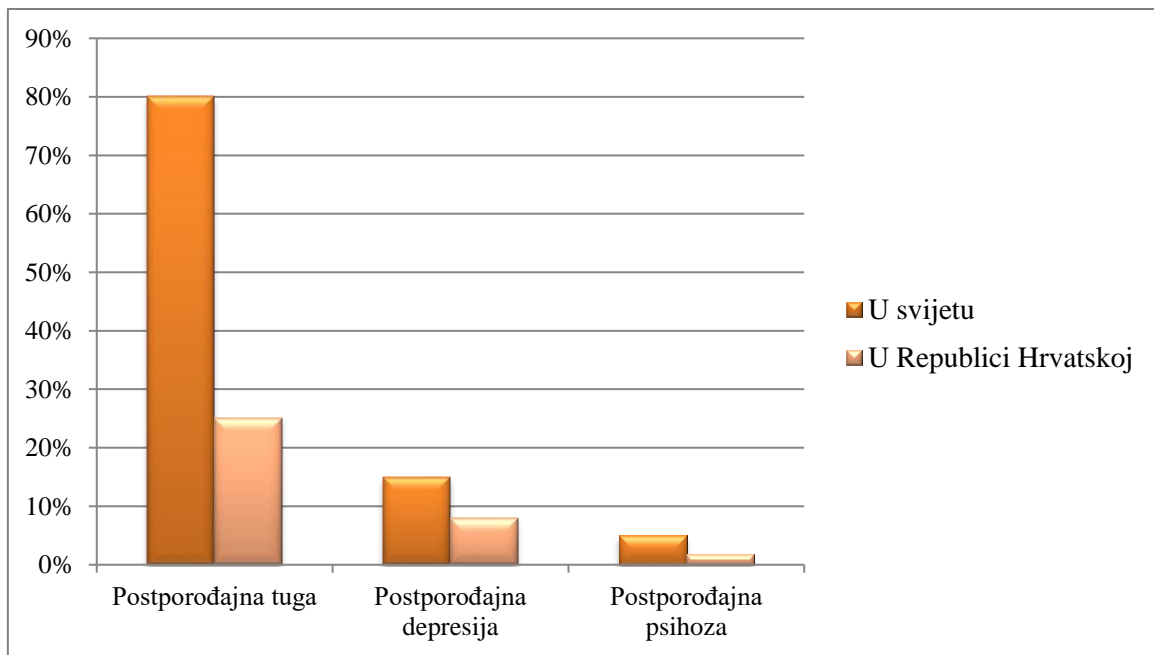


Grafikon 5. Pojavnost postporođajne depresije po zemljama u svijetu

Izvor: *Shorey S, Tam WS W, Debby Ng E, Chong Y. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis.*

5.3. Statistika u Republici Hrvatskoj

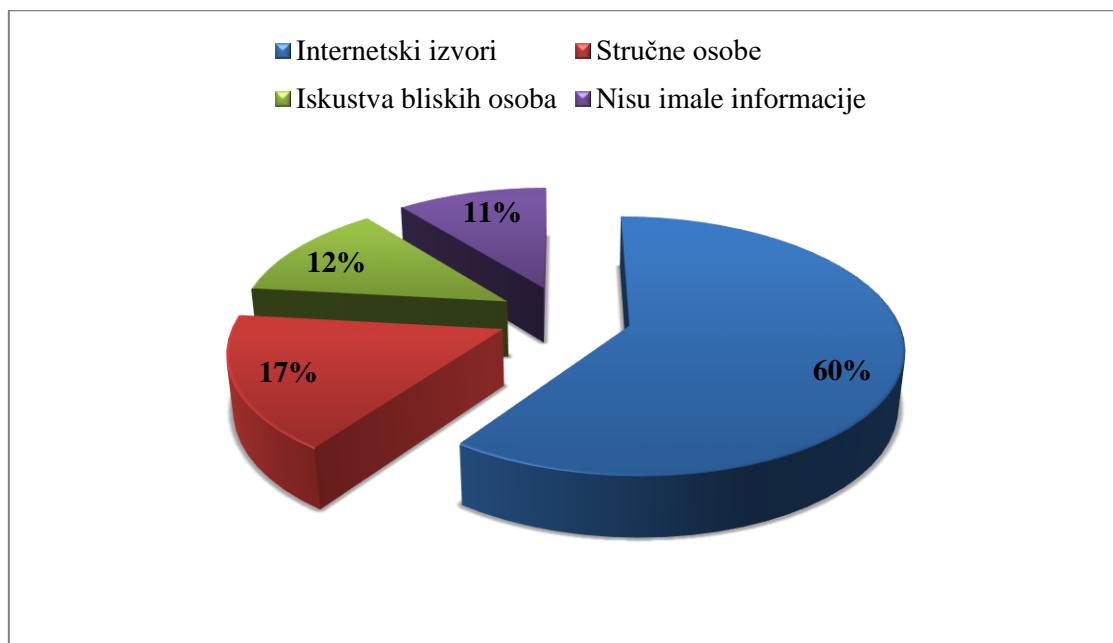
Pojavnost perinatalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj (RH) ukazuje nam na bitne razlike u postotcima kada ih usporedimo sa podacima provedenima na globalnoj razini. Prema istraživanju koje je Pauković provela u 2017. godini na 112 ispitanica putem forum portala, možemo vidjeti da je 44,46% majki imalo simptome jednog od perinatalnih poremećaja dok je prema podacima u svijetu gotovo 80% žena imalo barem simptome postporođajne tuge. Postporođajnu tugu prema provedenoj anketi iskusilo je 25% majki, 8,04% ispitanica je navelo da su imale simptome ili dijagnozu postporođajne depresije dok je tek mali postotak od 1,79% imalo postporođajnu psihozu. Razlog tomu je vjerojatno nepouzdan *screening* sustav u RH i stigma koja postoji oko perinatalnih poremećaja u našoj zemlji. Navedeni postotci su prikazani u grafikonu ispod teksta. [21]



Grafikon 6. Usporedba podataka na svjetskoj razini i na razini RH

Izvor: Pauković M. Psihičke poteškoće/poremećaji u razdoblju babinja. Završni rad. Sveučilište Sjever. 2019.

Jedna od zadaća medicinske sestre u zbrinjavanju majke tijekom trudnoće i nakon porođaja je informiranje majke u vezi mogućih komplikacija, poteškoća tijekom i poslije porođaja ali i educiranje o perinatalnim poremećajima i psihičkim promjenama. Na temelju istraživanja koje je Pauković provela vidimo da je izvor informacija majkama najčešće bio internet čak 59,82%, samo 16,96% majki tražilo je i dobilo informacije od stručnih osoba ili zdravstvenog osoblja dok 12,50% su se oslanjale ne na informacije već na iskustva bliskih osoba. Ono što je problematično jest da 10,71% majki nije bilo upoznato i nije dobilo nikakve informacije o psihičkim promjenama i poremećajima. Navedeni postotci prikazani su u grafikonu. [21]



Grafikon 7. Izvor informacija kod majki o psihičkim promjenama

Izvor: Pauković M. Psihičke poteškoće/poremećaji u razdoblju babinja. Završni rad. Sveučilište Sjever. 2019.

6. ZAKLJUČAK

Na temelju iznesenih činjenica i informacija u ovom radu možemo zaključiti da je postporođajna depresija sveukupni globalni problem na čije rješavanje bi trebali svi sudjelovati ne samo kao zdravstveni radnici već i kao društvo i sredina. Poražavajući su podatci da je procijenjena pojavnost čak do dva puta viša nego što je dokumentirano, bilo zbog nedovoljne i nepotpune dijagnostike ili zbog straha od stigmatizacije kojeg oboljele osjećaju i zbog čega u većini slučajeva i odbijaju pregled.

Primarni cilj bi trebao biti prevencija i poboljšanje postojećeg screening sustava jer prevencija razvoja same postporođajne depresije bi dovela do pozitivnih pomaka u postpartalnoj skrbi majke i njezinog djeteta. Uloga medicinske sestre u prevenciji je sudjelovanje u javnozdravstvenim kampanjama i educiranje javnosti o postporođajnoj depresiji i na koji način se može dijagnosticirati i prepoznati na vrijeme kako bi svaka oboljela majka dobila odgovarajući tretman na vrijeme. Utjecaj na javnost mogu imati ne samo zdravstveni radnici već i javne osobe kao što je slučaj sa glumicom Brooke Shields koja je velika zagovornica za edukaciju o postporođajnoj depresiji i ona je primjer kako u ovo moderno vrijeme kada tehnologija napreduje, možemo svi skupa koristiti naše platforme kako bi destigmatizirali i educirali društvo o perinatalnim poremećajima. Osnova uspješnog liječenja postporođajne depresije je rano otkrivanje što još dodatno utemeljuje potrebu za kvalitetnom prevencijom i nužnom promjenom funkcioniranja primarne zdravstvene zaštite.

Obitelj igra veliku ulogu u otkrivanju bolesti i zbog toga ne smijemo zanemariti njihov utjecaj i potrebno ih je educirati na pravilan način kako pristupiti oboljeloj i stvoriti odnos koji će se temeljiti na empatiji i razumijevanju što će u konačnici dovesti do uspješnog liječenja i ozdravljenja. Uz njihovu pomoć i pomoć multidisciplinarnog tima kao i pomoć grupa koje mogu pružiti oboljeloj osjećaj pripadnosti, medicinska sestra može pružiti najbolju moguću skrb i zdravstvenu njegu bolesnici koja će se s vremenom naučiti nositi sa simptomima, moći će razumijeti i prihvatiti svoju dijagnozu te na kraju se izliječiti i u budućnosti voditi računa da obrati pozornost na faktore koji joj mogu u budućim trudnoćama dovesti do istih ili sličnih simptoma i dijagnoze.

7. LITERATURA

1. Habek D. Ginekologija i porodništvo. 2. izd. 150-268. str. Zagreb: Medicinska naklada, 2017.
2. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 200. No. 4. 357-364. str. 2009.
3. Bass P, Bauer N. Parental postpartum depression: More than “baby blues”. Contemporary Pediatrics. Vol 35. No. 5. 35. str. 2018.
4. Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Postpartum depression. StatPearls Publishing. 2020.
5. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. Journal of Education and Health Promotion. Vol. 6. No. 1. 60. str. 2017.
6. Mayberry L, Andrews Horowitz J, Declercq E. Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing. Vol 36. No. 6. 542-549. str. 2007.
7. ICD- 10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. WHO. 2019.

Internet stranica: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>, pristupljeno 15.8.2020.
8. Klomjai W, Katz R, Lackmy-Vallée A. Basic principles of transcranial magnetic stimulation (TMS) and repetitive TMS (rTMS). Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. Vol. 4. No. 4. 208-213. str. 2015.
9. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. 30. str. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2006.
10. Raza S. K, Raza S. Postpartum Psychosis. StatPearls Publishing. 2020.
11. Bergink V, Rasgon N, Wisner K. Postpartum Psychosis: madness, mania, and melancholia in motherhood. American Journal of Psychiatry. Vol. 173. No. 12. 1179-1188. str. 2016.

12. Šepec S, Kurtović B, Munko T, Vico M, Abou Aldan D, Babić D, Turina A. Sestrinske dijagnoze. Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb, 2011.

Internet stranica:

http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf

6.9.2020.

13. Režić S, Kurtović B, Kadović M, Vico M, Abou Aldan D, Babić D, Rotim C. Sestrinske dijagnoze III. Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb, 2015.

Internet stranica: https://bib.irb.hr/datoteka/783638.Sestrinske_dijagnoze_3.pdf, pristupljeno 10.9.2020.

14. Piškorjanac S, Kurtović B, Kadović M, Vico M, Abou Aldan D, Babić D. Sestrinske dijagnoze II. Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb, 2013.

Internet stranica:

https://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.pdf,

pristupljeno 10.9.2020.

15. Hrastinski N, Salopek M. Edukacija bolesnika i obitelji. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. Vol. 4. No. 14. 2008.

16. Depression: supporting a family member or friend. Mayoclinic.org.

Internet stranica: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/in-depth/depression/art-20045943>, pristupljeno 12.9.2020.

17. Postpartum Depression Statistics. Postpartumdepression.org.

Internet stranica:

https://www.postpartumdepression.org/resources/statistics/?fbclid=IwAR0bbIEwn6VxTbeiiKQazxNbYGJTjx0YRD_ej5tAEcyCEFkDHLLNASZYf8Q, pristupljeno 15.9.2020.

18. Genetic Predictors of Postpartum Depression Uncovered by Johns Hopkins Researchers, 2013.

Internet stranica: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/in-depth/depression/art-20045943>, pristupljeno 15.9.2020.

19. Maternal Mental Health. World Health Organization.

Internet stranica: https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/, pristupljeno 16.9.2020.

20. Shorey S, Tam WS W, Debby Ng E, Chong Y. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. Vol.104. 235-248. str. 2018.

21. Pauković M. Psihičke poteškoće/poremećaji u razdoblju babinja. Završni rad. Sveučilište Sjever. 2019.

8. PRILOZI

1. *Slika 1: Obrazac Edinburgh Postnatal Depression Scale*

Izvor: <https://www.fresno.ucsf.edu/pediatrics/downloads/edinburghscale.pdf>, pristupljeno 18.8.2020.

2. *Slika 2: Prikaz uređaja za provođenje transkranijalne magnetske stimulacije (TMS)*

Izvor: <https://www.canadianbioenergy.com/tms-therapy-for-depression-how-does-it-work/>, pristupljeno 20.8.2020.

3. *Grafikon 1. Učestalost postporođajne depresije*

Izvor: Postpartumdepression.org.

https://www.postpartumdepression.org/resources/statistics/?fbclid=IwAR0bblEwn6VxTbeiiKQazxNbYGJTjx0YRD_ej5tAEcyCEfkdHLLNASZYf8Q, pristupljeno 15.9.2020.

4. *Grafikon 2. Učestalost perinatalnih poremećaja na svjetskoj razini.*

Izvor: Postpartumdepression.org.

https://www.postpartumdepression.org/resources/statistics/?fbclid=IwAR0bblEwn6VxTbeiiKQazxNbYGJTjx0YRD_ej5tAEcyCEfkdHLLNASZYf8Q, pristupljeno 15.9.2020.

5. *Grafikon 3. Učestalost postporođajne depresije po rasama u svijetu*

Izvor: Postpartum depressive symptoms. <https://mchb.hrsa.gov/chusa13/perinatal-health-status-indicators/p/postpartum-depressive-symptoms.html>, pristupljeno 15.9.2020.

6. *Grafikon 4. Pojavnost simptoma perinatalnih poremećaja tijekom trudnoće i poslije porođaja*

Izvor: Maternal mental health. https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/, pristupljeno 16.9.2020.

7. *Grafikon 5. Pojavnost postporođajne depresije po zemljama u svijetu*

Izvor: Shorey S, Tam WS W, Debby Ng E, Chong Y. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis.

8. Grafikon 6. *Usporedba podataka na svjetskoj razini i na razini RH*

Izvor: Pauković M. Psihičke poteškoće/poremećaji u razdoblju babinja. Završni rad. Sveučilište Sjever. 2019.

9. Grafikon 7. *Izvor informacija kod majki o psihičkim promjenama*

Izvor: Pauković M. Psihičke poteškoće/poremećaji u razdoblju babinja. Završni rad. Sveučilište Sjever. 2019.