

Sestrinska skrb za žene s postporođajnom depresijom

Dereš, Helena

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:454333>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-17**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
STRUČNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO

**SESTRINSKA SKRB ZA ŽENE S
POSTPOROĐAJNOM DEPRESIJOM**

Završni rad br. 94/SES/2023

Helena Dereš

Bjelovar, srpanj 2024.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Student: **Helena Dereš**

JMBAG: **0111092216**

Naslov rada (tema): **Sestrinska skrb za žene s postporođajnom depresijom**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Goranka Rafaj, mag. med. techn.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **dr. sc. Rudolf Kiralj, predsjednik**
2. **Goranka Rafaj, mag. med. techn., mentor**
3. **naslovni izv. prof. dr. sc. Zrinka Puharić, član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 94/SES/2023

U sklopu završnog rada potrebno je:

1. Temeljem pretražene dostupne znanstvene/stručne literature objasniti postporođajnu depresiju
2. Prikazati epidemiološke podatke vezane uz postporođajnu depresiju
2. Raspraviti etiologiju, kliničku sliku i načine liječenja postporođajne depresije
3. Objasniti ulogu multidisciplinarnog tima u zbrinjavanju pacijentica oboljelih od postporođajne depresije
4. Opisati ulogu medicinske sestre u skrbi za žene oboljele od postporođajne depresije

Datum: 02.11.2023. godine

Mentor: **Goranka Rafaj, mag. med. techn.**



ZAHVALA

Zahvaljujem se svojoj mentorici, mag.med.techn. Goranki Rafaj, na stručnoj pomoći i savjetima tijekom izrade završnoga rada. Također, zahvaljujem suprugu Tomislavu, kćeri Evi i sinu Luki, dragoj mami Anici, svekru Josipu i svekrvi Veri te ostaloj obitelji i prijateljima koji su mi bili nemjerljiva moralna podrška tijekom mojega školovanja.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. CILJ RADA.....	2
3. METODE.....	3
4. POSTPARTALNA DEPRESIJA	4
4.1. Etiologija.....	4
4.2. Epidemiologija.....	7
4.3. Patofiziologija	8
4.4. Simptomi i dijagnoza	8
4.5. Liječenje.....	10
4.6. Utjecaj postpartalne depresije na majku i dijete	12
5. ULOGA MULTIDISCIPLINARNOG TIMA.....	13
5.1. Probir.....	13
5.2. Rana intervencija	16
6. SESTRINSKA SKRB.....	18
6.1. Neučinkovita socijalna interakcija s djetetom	21
6.2. Zdravstveni odgoj	23
7. ZAKLJUČAK.....	24
8. LITERATURA	25
9. SAŽETAK	28
10. SUMMARY.....	29

1. UVOD

Trudnoća je vrlo specifično i složeno razdoblje u životu žene. Popratne promjene uočavaju se na biološko-fiziološkom te psihičkom aspektu. Promijenjeno psihičko stanje može nastupiti na početku trudnoće i trajati sve do kraja trudnoće, uključujući i postporođajno razdoblje. Tijekom trudnoće dolazi do vidljivih promjena u izgledu tijela, kao i u ženstvenosti, osjećajima i seksualnosti, dok položaj i uloga žene dobivaju nove kvalitete (1). U većoj ili manjoj mjeri svaka buduća majka doživljava psihičku ambivalentnost, česte promjene raspoloženja, od iscrpljenosti do poletnosti, emocionalne poremećaje i/ili miješani anksiozno-depresivni poremećaj. Osim toga, trudnoća izaziva niz specifičnih bojazni glede tijeka i ishoda, što ženu čini posebno ranjivom i zahtijeva adekvatan tretman, ovisno o adaptacijskim sposobnostima njezine osobnosti. Nadalje, s psihosocijalnoga aspekta trudnoća se može smatrati specifičnim, visoko emocionalnim stanjem, koje može biti snažan stresor. Perinatalni majčin stres može dovesti do različitih komplikacija koje mogu imati dalekosežne posljedice, kako na somatsko tako i na psihičko funkcioniranje novorođenčeta (2).

Postpartalna ili postporođajna depresija je široko rasprostranjen problem mentalnoga zdravlja i jedan od glavnih uzroka patnje i lošega zdravlja majki. Na globalnoj razini, prevalencija poremećaja je oko 10 do 15 % (3). Simptomi se općenito pojavljuju unutar prvih četiri do šest tjedana, što je razdoblje visokoga rizika (3). Međutim, može se razviti do godinu dana nakon poroda. Postpartalna depresija se očituje simptomima klasične depresije, uključujući fluktuacije raspoloženja, napadaje plača, nedostatak interesa za dijete, pa čak i misli o samoubojstvu. Ima značajan, negativan utjecaj na djetetov emocionalni, mentalni kao i intelektualni razvoj ako se ne liječi, što kasnije može imati dugotrajne komplikacije (3).

Osiguravanje adekvatne zdravstvene njege majke i fetusa važno je za siguran porod. Medicinska sestra procjenjuje fiziološke i psihološke promjene kroz detaljno uzimanje anamneze majke i redovite prenatalne kontrole. Medicinska sestra je izvor podrške za majku, novorođenče i druge uključene osobe za podršku. Od prvoga prenatalnog posjeta, za vrijeme i nakon poroda u postpartalnom razdoblju, medicinska sestra prati fiziološke i psihološke komplikacije, osigurava resurse, nudi suosjećanje i zalaže se za zdravlje i sigurnost trudnice i njezinoga djeteta.

2. CILJ RADA

Cilj ovoga završnog rada je prikazati ulogu i intervenciju medicinske sestre u skrbi za majku s postpartalnom, odnosno postporođajnom depresijom te prikazati najvažnije osobitosti postpartalne depresije, uključujući simptome, dijagnozu i terapiju. Nadalje, ovim radom žele se pružiti najnovije informacije i saznanja o specifičnim potrebama majki s postpartalnom depresijom te istaknuti važnost i ulogu medicinskih sestara u pružanju kvalitetne zdravstvene njege tim pacijenticama. Također, važno je naglasiti različite aspekte skrbi koje medicinske sestre pružaju, uključujući praćenje trudnoće, podršku pacijenticama i njihovim obiteljima te edukaciju o postpartalnoj depresiji i psihološkim i fizičkim promjenama u trudnoći. Bit će prikazane najvažnije sestrinske dijagnoze i intervencije koje medicinske sestre postavljaju tijekom skrbi o majkama s postpartalnom depresijom.

3. METODE

Prilikom izrade ovog rada korištene su znanstvene metode deskripcije, sinteze, analize i elaboracije kako bi se dublje istražila tema i pružio cjelovit pregled relevantnih informacija. Deskripcija je korištena kako bi se opisali ključni pojmovi, teorije i suvremene metode liječenja, dijagnosticiranja i sestrinske skrbi te kako bi se lakše prikazao, na metodološki način, proces skrbi o pacijenticama. Kroz proces sinteze, integrirani su dobiveni rezultati i zaključci iz različitih izvora kako bi se stvorila sveobuhvatna slika teme istraživanja. Analitički pristup omogućio je detaljnu analizu znanstvene literature te sažimanje najvažnijih suvremenih spoznaja na manje dijelove radi detaljnije analize i razumijevanja njihovih komponenti. Elaboracija je omogućila produbljivanje zaključaka, iznošenje relevantnih primjera i pružanje dodatnih argumenata koji podržavaju razmišljanja. Kombinacija ovih znanstvenih metoda doprinijela je sveobuhvatnosti i kvaliteti ovoga rada.

4. POSTPARTALNA DEPRESIJA

Psihijatrijske bolesti jedna su od najčešćih bolesti trudnoće i perinatalnog razdoblja. Ovi poremećaji uključuju depresivne poremećaje (postporođajna tuga, postporođajna depresija), anksioznost, posttraumatski stresni poremećaj i poremećaje osobnosti (4). Rođenje djeteta najčešće izaziva majčinske osjećaje sreće i radosti, ali sve češće nakon poroda nastupa i postporođajna depresija, kojoj se puno manje pažnje pridaje, a također je prisutna kod mnogih novopečenih majki. Sukob između pozitivnih emocija, za koje majke često misle da bi ih trebale osjećati, i stvarnosti depresivnoga raspoloženja i tjeskobe koje mnoge od njih zapravo doživljavaju, može biti zbunjujući. Žene mogu očekivati da će se ovi simptomi povući bez liječenja, a to je općenito slučaj s postporođajnom tugom, blažim poremećajem raspoloženja unutar prvih 10 dana nakon poroda (4). Postporođajna tuga razlikuje se od depresije, a karakteriziraju ju samoograničavajući i prolazni, blagi depresivni simptomi i loše raspoloženje. Simptomi uključuju tugu, plač, iscrpljenost, razdražljivost, tjeskobu, smanjen san, smanjenu koncentraciju i nestabilno raspoloženje. Ovi se simptomi obično razviju unutar 48 - 72 sata poslije poroda, dosegnu vrhunac u roku nekoliko dana i nestaju sami od sebe unutar 15 dana (5). Međutim, postporođajna depresija je kliničko stanje koje traje najmanje dva tjedna, stvara značajno oštećenje funkcioniranja i obično zahtijeva profesionalni tretman. Postporođajna depresija negativno utječe na zdravlje i dobrobit mnogih majki, njihove dojenčadi i njihovih obitelji.

4.1. Etiologija

Identifikacija uzročnika koji povećavaju rizik od razvoja postporođajne depresije kod majki potaknula je mnoga istraživanja. Čimbenici rizika koji su povezani s postporođajnom depresijom mogu se klasificirati u pet domena: psihijatrijske, opstetričke, biološke i hormonske čimbenike, društvene čimbenike te čimbenike rizika vezane uz stil života (4).

Prethodna povijest depresije i anksioznosti jedan je od čimbenika koji su povezani s većim rizikom od postporođajne depresije. Odnos između postporođajne depresije i ranije pojave depresije zabilježen je u mnogim istraživanjima te se smatra snažnim čimbenikom postporođajne depresije (4). Pojava poremećaja mentalnoga zdravlja kao što je depresija tijekom trudnoće snažan je faktor u predviđanju postporođajne depresije. Žene s pozitivnom poviješću depresije, podložnije su hormonalnim promjenama (4).

Povijest umjerenoga do teškoga predmenstrualnog sindroma čimbenik je koji utječe na pojavu postporođajne depresije. Uz prethodnu povijest depresije, negativan stav prema nedavnoj trudnoći, niz životnih događaja i povijest seksualnog zlostavljanja u prošlosti predisponirajući su čimbenici rizika za postporođajnu depresiju (4). Nadalje, nezadovoljstvo spolom djeteta i nisko samopoštovanje s utjecajem na roditeljski stres čimbenici su koji pridonose razvoju postporođajne depresije (4).

Postporođajna depresija češća je u višerotkinja nego u prvototkinja. Rađanje dvoje ili više djece zbog većeg psihičkog opterećenja može biti povezano s pojavom depresije. Također, rizična trudnoća povezana je i s povećanim rizikom od postporođajne depresije. Ovi rizici uključuju stanja koja dovode do izvođenja hitnog carskog reza ili hospitalizacije tijekom trudnoće (4). Postporođajne komplikacije također utječu na pojavnost postporođajne depresije jednako kao i tijekom porodnih komplikacija, kao što su prolaz mekonija, prolaps pupkovine i opstetričko krvarenje. Neusklađenost očekivanja majke i događaja u trudnoći čimbenici su koji utječu na pojavu depresije. Zabilježeno je da su žene s velikom željom za prirodnim porodom tijekom perinatalnog razdoblja, čiji je porod obavljen carskim rezom, sklonije riziku od postporođajne depresije od ostalih (4). Proživljavanje trudnoće u opuštenom okruženju, daleko od stresa uzrokovanog komplikacijama u trudnoći i pripremama za porod, čine se učinkovitim u prevenciji postporođajne depresije. Korištenje epiduralne anestezije tijekom poroda, pohađanje tečajeva pripreme za porod tijekom trudnoće i nastavak dojenja nakon poroda povezani su sa smanjenim rizikom od postporođajne depresije. Obrnuta povezanost između dojenja i postporođajne depresije pokazuje da je dojenje povezano sa smanjenjem stope postporođajne depresije. Zabilježeno je da žene koje isključivo doje svoju djecu, u prva 3 mjeseca nakon poroda, pokazuju niže vrijednosti postpartalne depresije (4).

Mlađa dob trudnice je rizični čimbenik za pojavu depresije, gdje su najviše razine vidljive kod trudnica u dobi od 16 do 19 godina, dok trudnice u dobi od 31 do 35 godina prikazuju niže stope razvoja depresije (6). Majka koja je u zrelijim godinama i njezina samouvjerenost, povezani su sa smanjenim rizikom od postporođajne depresije. Poremećaji metabolizma glukoze tijekom trudnoće, također su predisponirajući čimbenici za postporođajnu depresiju. Razine serotonina i triptofana u krvi djeluju na depresiju. Konzumacija hrane bogate proteinima smanjuje količinu triptofana i serotonina u mozgu, dok međuobrok s ugljikohidratima ima obrnute učinke (6). U nutritivnim nedostacima, smanjeni moždani triptofan do 15% dovodi do povećanja stope depresije (6).

Oksitocin ima ključnu ulogu u regulaciji emocija, društvenih interakcija i emocionalnih reakcija. Povišene razine oksitocina u sredini trudnoće su prediktori postporođajne depresije unutar prvih dvaju tjedana nakon poroda (6). Estrogen uzrokuje obnavljanje generacije oštećenih neurona u mozgu i dovodi do proizvodnje moždanih neurotransmitera. U hipotalamusu, estrogen utječe na neurotransmitere i regulira san i temperaturu. Uočeno je da su fluktuacije ovog hormona ili njegov nedostatak povezani s depresijom (6).

Socijalna podrška odnosi se na emocionalnu podršku, financijsku podršku, inteligenciju i empatiju. Smanjenje socijalne podrške je najvažniji čimbenik okoline u nastanku depresije i anksioznih poremećaja. Seksualno nasilje od strane supružnika i drugi oblici obiteljskoga nasilja tijekom trudnoće, smatraju se čimbenicima koji pridonose učestalosti postporođajne depresije (7). Uz odnos žene s članovima obitelji i zajednicom, ponašanje poput pušenja tijekom prenatalnoga razdoblja je jedan od društvenih čimbenika povezanih s povećanom učestalošću postporođajne depresije. Drugi društveni čimbenik je radni status, posebice profesionalna karijera, povezani su sa smanjenim rizikom od postporođajne depresije. Međutim, obrazovanje i niska primanja povezani su s većim rizikom od postporođajne depresije (7).

Među čimbenicima koji se odnose na način života, čimbenici obrasca unosa hrane, statusa spavanja, tjelovježbe i tjelesnih aktivnosti mogu utjecati na postporođajnu depresiju. Uočeno je da dovoljna konzumacija povrća, voća, mahunarki, plodova mora, mlijeka i mliječnih proizvoda, maslinovoga ulja i raznih hranjivih tvari može smanjiti postporođajnu depresiju za 50 % (8). Vitamin B6 služi za proces stvaranja serotonina iz triptofana, stoga manjak ovog vitamina može povećati rizik pojave postporođajne depresije (8). Na povećanje rizika od postporođajne depresije utječu i mikronutrijenti, gdje manjak selena i cinka znatno povećava rizik. Manjak selena utječe na rad i disfunkciju štitnjače, dok cink ima svojstva antidepresiva, stoga njegov manjak u tijelu znatno utječe na ponovnu pohranu serotonina (8).

Nadalje, status spavanja, odnosno ozbiljan nedostatak sna može utjecati na pojavu depresije kod žena u postporođajnom razdoblju. Kronična deprivacija sna utječe na društvenu komunikaciju, mentalno zdravlje žene, upalne procese, metabolizam glukoze i kvalitetu života (8). Osim toga, akutne epizode nedostatka sna imaju značajan utjecaj na imunološki sustav žene i mogu povećati upalne markere kao što su interleukin-6 i čimbenik nekroze tumora (8).

Bavljenje tjelesnom aktivnošću i umjerenim vježbanjem može pozitivno utjecati na smanjenje depresivnih simptoma u postporođajnom razdoblju kod žene. Umjerenja tjelesna vježba u 3. tromjesečju trudnoće, može sniziti rizik od pojave depresije 6 tjedana nakon poroda (8). Tjelesna vježba uzrokuje povećanje endorfina i endogenih opioda, što pozitivno utječe na mentalno zdravlje žene. Također, tjelesnom vježbom se podiže samopouzdanje kod žena i omogućava im da se usredotoče na okolinu i suoče sa svojim problemima (8).

4.2. Epidemiologija

Rođenje djeteta može biti povezano s pomiješanim osjećajima i psihološkim prilagodbama. Nekim ženama je to trenutak koji mijenja život, trenutak povezan s ljubavlju, nadom i uzbuđenjem, te predstavlja razdoblje ranjivosti na fizičke i mentalne stresore. Postporođajna depresija, pojava depresivnih epizoda nakon poroda, razvija se u kritičnom trenutku u životu žene i može trajati dugo. Vjerojatnost depresivnih epizoda može biti dvostruko veća nego u drugim razdobljima ženinoga života, a one često prođu neotkrivene i neliječene, uzrokujući poteškoće među partnerima, kao i poteškoće u emocionalnom i kognitivnom razvoju dojenčadi (4). Postporođajna depresija može započeti bilo kada u prvoj godini nakon poroda i trajati nekoliko godina.

Globalno promatrano, prevalencija postporođajne depresije prisutna je u svim zemljama svijeta te je značajno visoka, a velika varijabilnost u prijavljenim rezultatima može biti posljedica: upotrebe nevalidiranih instrumenata probira, nedostatka razmatranja slabe informiranosti s polaganjem testova ili niske pismenosti, stilova izvještavanja, međukulturalnih varijabli, razlike u socio-ekonomskim okruženjima (npr. siromaštvo, razine socijalne podrške ili njezine percepcije, prehrana, stres), razlike u percepciji mentalnoga zdravlja i njegove stigme te čimbenika biološke ranjivosti (9). Uočljive su značajnije razlike u prevalenciji na osnovu geografskoga područja, gdje je vidljivo da je prevalencija postporođajne depresije najniža u Europi (8 %), a najviša na Bliskom istoku (26 %) (9). U zapadnim zemljama prevalencija postpartalne depresije varira od 10 do 15 % tijekom prve godine nakon rođenja (9). Češće se javlja kod adolescentica, majki koje rađaju nedonošad i žena koje žive u urbanim sredinama. Uz odgovarajuće liječenje, većina žena s postporođajnom depresijom se potpuno oporavi unutar par mjeseci, dok oko 24 % žena bude depresivna i do godinu dana nakon poroda (9).

4.3. Patofiziologija

Peripartalno razdoblje je vrijeme naglih i dramatičnih promjena u razinama hormona. Ovo razdoblje također je osjetljivo za razvoj poremećaja raspoloženja, a smatra se da su ova dva procesa povezana, jer fluktuacije reproduktivnih hormona mogu igrati ulogu u temeljnoj neurobiologiji postporođajnih poremećaja raspoloženja. Nadalje, neuroendokrine abnormalnosti, kao što su povišene razine hormona stresa tijekom peripartalnog razdoblja, također su uključene u temeljnu neurobiologiju postporođajnih poremećaja raspoloženja (10). Patofiziologija depresije može biti uzrokovana promjenama više bioloških i endokrinih sustava, uključujući imunološki sustav, hipotalamo-hipofizno-nadbubrežnu osovinu i laktogene hormone. Razine estrogena dramatično rastu prije poroda, dosežući vrijednosti preko 1000 puta veće od početnih, a zatim naglo padaju nakon poroda (10). Disfunkcija reproduktivnih hormona može utjecati na razine hormona stresa, što je još jedan potencijalni biokemijski posrednik postporođajne depresije. Oksitocin je, također, uključen u postporođajnu depresiju zbog svoje poznate uloge u regulaciji emocija, društvenih interakcija, stresa i odnosa između majke i djeteta, uključujući porod, dojenje i privrženost. Oksitocin je dobio posebnu pažnju u kontekstu postporođajne depresije, ponajviše zbog svoje uloge u laktaciji i poteškoćama u dojenju povezanim s postporođajnom depresijom, koje mogu imati zajedničku neuroendokrinu osnovu. Slično oksitocinu, prolaktin ima dobro utvrđenu ulogu u dojenju i ponašanju majke. Neuspješna laktacija i postporođajna depresija mogu imati zajednički temeljni patofiziološki mehanizam (10).

4.4. Simptomi i dijagnoza

Postporođajna depresija obuhvaća klasične znakove depresivne epizode kao i nerazumne brige za djetetovo zdravlje, suicidalne misli i povremene misli o čedomorstvu. Tipično počevši između drugoga i šestoga tjedna nakon poroda, simptomi depresije mogu se pojaviti u bilo kojem trenutku razdoblju od prvoga do dvanaestoga mjeseca nakon poroda. Ozbilnost i prognoza ovih simptoma snažno su povezani s vremenom postavljanja dijagnoze i terapije. Napadaji plača, tjeskobe, fluktuacije raspoloženja, poremećaji spavanja, gubitak apetita, misli o ozljeđivanju sebe ili svoga djeteta, kao i nedostatak interesa za dojenče, neki su od upozoravajućih simptoma postporođajne depresije kod žena (11).

Postporođajna depresija i neperinatalna velika depresija dijele iste dijagnostičke kriterije: kombinaciju depresivnoga raspoloženja, gubitka interesa, anhedonije, poremećaj spavanja i apetita, smanjene koncentracije, psihomotornih poremećaja, umora, osjećaja krivnje ili bezvrijednosti i suicidalnih misli, koji su prisutni u istom dvotjednom razdoblju i predstavljaju promjenu u odnosu na prethodno funkcioniranje (11).

Simptomi postporođajne depresije, također, uključuju labilnost raspoloženja, tjeskobu, razdražljivost, osjećaj preopterećenosti i opsesivne brige ili preokupacije, često o djetetovom zdravlju, hranjenju i sigurnosti kupanja. Suicidalne misli iznimno su česte i pogađaju oko 20 % žena sa simptomima depresije, dok neke žene razmišljaju o ozljeđivanju svog djeteta (12). Misli o namjeri ili želji da se ozlijedi dijete treba razlikovati od opsesivnih simptoma, gdje žena ima misao ili sliku o ozljeđivanju sebe ili svoga djeteta, ali je jako uznemirena tom mišlju ili slikom i nema namjeru djelovati u skladu s tim. Zabrinutost zbog ozljeđivanja sebe ili djeteta ključna je za procjenu i trebala bi rezultirati trenutnim upućivanjem na psihijatrijsku procjenu i skrb. Nesigurnost o tome može li se žena sigurno brinuti o sebi ili svom djetetu trebala bi potaknuti hitno upućivanje na skrb za mentalno zdravlje i eventualno socijalnoj službi za zaštitu djece (12).

Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje Američke psihijatrijske udruge definira postporođajnu depresiju kao veliku depresivnu epizodu s peripartalnim početkom, gdje se simptomi raspoloženja pojave tijekom trudnoće ili u razdoblju od 4 tjedana nakon poroda (13). Međutim, u kliničkoj praksi i kliničkim istraživanjima, postporođajna depresija se različito definira, kao pojava od 4 tjedna do 12 mjeseci nakon poroda. Depresivni simptomi tijekom godine nakon poroda, koji ne ispunjavaju sve kriterije za veliku depresivnu epizodu, mogu i dalje imati značajan negativan učinak na majke, djecu i obitelji te mogu zahtijevati intervenciju. Dijagnoza se potvrđuje prisutnošću pet od navedenih simptoma koji predstavljaju promjenu u odnosu na prijašnju rutinu, uz prisutnu depresiju ili gubitak interesa (13).

Probir ima potencijal identificirati simptome povezane s nedijagnosticiranom postporođajnom depresijom koja bi inače ostala neliječena ili bi se liječila u kasnijoj, ozbiljnijoj fazi. Rana identifikacija putem rutinskog probira ima sposobnost poboljšanja pravovremene skrbi i optimiziranja dobrobiti obitelji dok potencijalno smanjuje troškove na razini zdravstvenoga sustava.

Probir za depresiju uključuje korištenje upitnika o simptomima depresije za samoprocjenu kako bi se identificirale žene iznad prethodno utvrđene granične vrijednosti za daljnju procjenu da bi se utvrdilo je li depresija prisutna. Edinburška ljestvica postnatalne depresije s 10 stavki najčešće je korišten alat za probir depresije u perinatalnoj skrbi (13).

4.5. Liječenje

Učinkovito liječenje postpartalne depresije zahtijeva sveobuhvatan i često multidisciplinarni pristup. Nakon postavljanja dijagnoze i rješavanja komorbiditetnih medicinskih i psihijatrijskih problema, psihosocijalne strategije za povećanje brige o sebi, poboljšanje praktične i emocionalne socijalne podrške i smanjenje pojave i/ili utjecaja negativnih životnih događaja ili stresora, opravdane su za sve žene. Promjene u djetetovu ponašanju, koje rezultiraju povećanjem količine sna, mogu pridonijeti poboljšanju majčina raspoloženja. Za žene s blagim simptomima te psihosocijalne strategije kao što su podrška drugih žena koje su rodile ili nedirektivno savjetovanje stručnjaka, mogu biti od pomoći (14).

Žene koje imaju umjerene simptome često zahtijevaju dodatne strategije liječenja kako bi postigle remisiju. U takvim slučajevima treba objasniti mogućnosti liječenja i tražiti koji su stavovi majke u liječenju, uključujući želju za nefarmakološkim u odnosu na farmakološke strategije i grupne u odnosu na pojedinačne intervencije. Ovo je ključno razdoblje u planiranju zbrinjavanja, gdje treba uzeti u obzir moguće prepreke u pristupu ili prihvaćanju liječenja. (14). To može uključivati sram ili stigmatu oko dijagnoze i liječenja, kao i praktične izazove u prihvaćanju skrbi kao što su nedostatak prijevoza, ograničena mobilnost nakon carskoga reza ili ograničen pristup specijaliziranim uslugama u određenim regijama. Inovativni obrasci skrbi, među kojima se ističe integracija mentalnoga zdravlja unutar opstetričkih službi, pružaju nadu u poboljšanje sudjelovanja žena u skrbi. Noviji dokazi upućuju na to da su elektroničke zdravstvene intervencije (e-zdravlje), koje su usmjerene na prevladavanje nekih od prepreka, nudeći privatnu i sigurnu psihološku i psihijatrijsku virtualnu skrb, iznimno dobro prihvaćene među ženama (14).

Važno je napomenuti da liječenje majčine depresije samo po sebi ne mora poboljšati interakciju majka-dijete i ishode kod djeteta. Psihološke intervencije (kognitivno bihevioralna terapija i interpersonalna terapija) i antidepresivi imaju pozitivan učinak na roditeljsku prilagodbu, pozornost na dojenče i ponašanje djeteta (15). U postporođajnoj depresiji s ozbiljnijim simptomima koji ne reagiraju dobro na psihološko liječenje, može biti potrebno uzimanje antidepresiva, samostalno ili uz psihoterapiju. Antidepresivi prve linije za liječenje su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (15). Drugi antidepresivi mogu se koristiti kada je majka postigla remisiju na njih antenatalno ili kada su antidepresivi prve linije neučinkoviti ili se slabo podnose (15).

Prilikom preporučivanja farmakološkoga liječenja, važno je uzeti u obzir moguću izloženost dojenčadi psihofarmacima tijekom dojenja. Rizike dojenja kod majki koje uzimaju psihofarmake, posebno kod nedonoščadi ili medicinski bolesne djece, treba individualno procijeniti u dogovoru s pedijatrom. Kada su poteškoće s dojenjem čimbenici koji potiču i/ili održavaju depresiju, hranjenje adaptiranim mlijekom može se smatrati zdravom i poželjnom alternativom. Ovo potonje može biti razumnija opcija u razvijenim zemljama, gdje kontaminacija formule zbog nedostatka pristupa čistoj vodi ne predstavlja problem (15). Dodatni psihotropni lijekovi za liječenje nesanice i komorbiditetne anksioznosti (npr. hipnotici, benzodiazepini) ili za pojačavanje odgovora na antidepresive (npr. antipsihotici ili druga sredstva za pojačavanje) također se mogu koristiti za liječenje postpartalne depresije. Potrebno je razmotriti mogućnost prolaska ovih lijekova u majčino mlijeko i njihove posljedne sigurnosne učinke (15).

Većina žena više preferira psihološko nego farmakološko liječenje, a smatra se da je želja za izbjegavanjem lijekova, osobito tijekom dojenja, prepreka odgovarajućem liječenju žena s umjerenim do teškim simptomima postporođajne depresije (15). Elektrokonvulzivna terapija je somatska terapija koja je jedan od najučinkovitijih tretmana u psihijatriji. Može se koristiti za liječenje teškoga oblika depresije, osobito u okruženju neukrotive suicidalnosti ili psihotičnih simptoma. Budući da zahtijeva opću anesteziju i može imati nuspojave, kao što je oštećenje pamćenja, to nije idealna opcija za većinu žena (14). Sve je više dokaza o učinkovitosti i sigurnosti terapija fokalne stimulacije mozga, kao što su ponavljana transkranijalna magnetska stimulacija i transkranijalna stimulacija istosmjernom strujom. Ove terapije mogu imati ulogu u liječenju postporođajne depresije kod žena kojima psihoterapija ili farmakoterapija ne dovode do remisije ili kod žena koje nerado koriste antidepresive tijekom dojenja (14).

4.6. Utjecaj postpartalne depresije na majku i dijete

Nakon provođenja raznih istraživanja, uočena je veza između neliječene depresije majke i neuravnoteženoga razvoja djeteta. Dojenčad i djeca, koja su povezana s majčinom postporođajnom depresijom, imaju veću učestalost pretjeranoga plača, grčeva te problema sa spavanjem. Dječji problemi s plakanjem i spavanjem mogu povećati rizik od nove pojave postporođajne depresije kod majke (16). Dojenčad majki s depresijom imaju lošiju samoregulaciju, više znakova stresa i povećano uzbuđenje u usporedbi s djecom majki bez depresije. Također, depresija uzrokuje negativnu interakciju majke s djetetom, kao što su majčino povlačenje, odvajanje, neprijateljstvo i nametljivost (16).

Postporođajna depresija majke može biti uzročnik lošijega kognitivnog funkcioniranja, inhibicije ponašanja i emocionalne neprilagođenosti kod djece. Ukoliko se majčina depresija ne dijagnosticira na vrijeme i odgovarajuće ne liječi, može dovesti do nasilnoga ponašanja, eksternalizirajućih, psihijatrijskih i medicinskih poremećaja u adolescentnom razdoblju djeteta (16). Depresija tijekom i nakon trudnoće može predstavljati potencijalni izvor nezadovoljstva i majke i novorođenčeta. Ozbiljni negativni učinci postporođajne depresije na majku, dojenče i ostale članove obitelji mogu dovesti do podizanja svijesti o važnosti prepoznavanja, prevencije i liječenja depresije (16). Uspješno liječenje postporođajne depresije ponekad nije dovoljno za poboljšanje privrženosti, temperamenta i kognitivnog razvoja u dojenčadi i male djece, što ukazuje da su napori usmjereni na prevenciju i liječenje depresije tijekom trudnoće i nakon poroda ključni.

Čedomorstvo se, također, može dogoditi u kontekstu teške postporođajne depresije, uzrokovano zanemarivanjem i zlostavljanjem, jer dijete nije željeno ili kao osveta djetetovom ocu. Neonaticid se definira kao ubijanje novorođenčeta unutar 24 sata od rođenja i povezuje se s poricanjem trudnoće, nedostatkom prenatalne skrbi, disocijacijom, depersonalizacijom i povremenom amnezijom poroda (17).

5. ULOGA MULTIDISCIPLINARNOG TIMA

Prisutnost postpartalne depresije, bez odgovarajućeg liječenja, može utjecati na odnos majke i djeteta, koje je u razvoju, povećavajući rizik za socioemocionalni, kognitivni i psihomotorni razvoj. Isto ugrožava normalan tijek fizioloških mehanizama samoregulacije i dovodi do pojave problema u ponašanju. Zbog visokoga morbiditeta postporođajne depresije, danas je fokus na prevenciji. Međutim, žene zbog stigme ne žele priznati da nisu dobro te da im je potrebna pomoć, što bi nam trebalo dati poticaj da se o tome više priča u medijima i javnosti. Neki uzroci uključuju nedostatak iskustva i nelagodu pružatelja zdravstvenih usluga u rješavanju psihijatrijskih stanja, kratko vrijeme konzultacija i nedostatak svijesti o povezanosti depresije i mogućih učinaka na razvoj djeteta u postnatalnom životu. Osim toga, tabui koji uzrokuju poremećaje mentalnoga zdravlja, kako u društvu tako i među članovima zdravstvenoga tima, igraju negativnu ulogu. Opstetričke konzultacije za prenatalnu skrb i praćenje nakon poroda te neonatalno/pedijatrijsko praćenje trebale bi biti prioritet za procjenu kliničke situacije majke. Iz toga je razloga intervencija prije i nakon poroda ključna kako bi se omogućila pravovremena i preventivna dijagnoza te pružila potrebna podrška za empatičan i osjetljiv pristup. Nužni su sustavni protokoli probira, osobito u trudnica s poznatim čimbenicima rizika, kako bi im se moglo pristupiti radi dijagnoze i liječenja (16). Stoga je uloga multidisciplinarnoga tima u praćenju trudnice, prije, za vrijeme i nakon poroda, od izuzetne važnosti.

5.1. Probir

Prepoznavanje depresije kod trudnica i žena nakon poroda od presudne je važnosti zbog razarajućih posljedica neliječene perinatalne depresije i drugih poremećaja raspoloženja za žene, dojenčad i obitelji. Liječnici primarne zdravstvene zaštite i ostali pružatelji usluga potiču se na probir pacijentica na postporođajnu depresiju barem jednom tijekom peripartalnoga razdoblja. Ova preporuka također obuhvaća opstetričare-ginekologe, medicinske sestre primalje i pedijatre. Zabilježeni su negativni čimbenici i posljedice perinatalne depresije, obuhvaćajući povećani rizik od prijevremenog poroda, manje pozitivna i više negativna roditeljska ponašanja, emocionalne i ponašajne poteškoće među djecom te veće troškove zdravstvene skrbi (18).

Skrb za žene s rizikom od perinatalne depresije može spriječiti dugotrajne negativne posljedice na zdravlje i dobrobit majke i djeteta. Iako zdravstvene organizacije pozivaju na probir perinatalne depresije, provođenje takvog probira ostvaruje se samo u otprilike 40 % slučajeva u usporedbi sa stopom od 96 % za probir gestacijskoga dijabetesa (18). Prepreke probiru uključuju vremenska ograničenja, nedostatak obuke, nepoznavanje dijagnostičkih kriterija te nedostatak inicijativa za promicanje skrbi putem probira (18).

Edinburška ljestvica postnatalne depresije je najčešće korišteni instrument za provjeru velike depresije kod žena nakon poroda (18). Ovaj validirani alat je upitnik s 10 stavki za samoprovjeru koji se može ispuniti za manje od 5 minuta. Utvrđeno je da upitnik ima zadovoljavajuću osjetljivost i specifičnost te pokazuje poboljšanje u otkrivanju komorbidne anksioznosti. Za uspješno provođenje probira, alat mora posjedovati visoku dijagnostičku točnost u testiranoj populaciji te biti jednostavan za primjenu. Čimbenici koji utječu na izvedivost uključuju broj pitanja, način bodovanja, razumljivost tumačenja i potrebnu razinu pismenosti (18).

Probir sam po sebi nije dovoljan za poboljšanje kliničkih ishoda i mora biti povezan s odgovarajućim praćenjem i liječenjem kada je indicirano. Pacijentice bi trebale proći probir za postporođajnu depresiju i naknadnu njegu u poznatim, pouzdanim okruženjima kod svojih obiteljskih liječnika ili u sklopu porodničke ordinacije. Podaci ukazuju na različite stope povezanosti, čak i uz probir, s brojevima koji se kreću od 5 do 79 % osoba koje su uključene u psihijatrijsku skrb nakon probira (19). Randomizirana kontrolirana ispitivanja inicijativa probira u kombinaciji s modelima suradničke skrbi pokazuju smanjenje ozbiljnosti depresije, veće stope pridržavanja skrbi, veće stope remisije depresije i ekonomske uštede (19).

Trajanje postporođajne depresije povezano je s kašnjenjem u liječenju, koje je komplicirano poteškoćama u ranom prepoznavanju, jednom od najizazovnijih aspekata depresije. Identifikacija je često odgođena, kao rezultat majčinog osjećaja srama i krivnje, popraćen osjećajem nesposobnosti skrbi za svoje dijete, što dovodi do nevoljkosti u izražavanju potrebe za pomoći. Često majke nastoje prikriti svoje osjećaje zbog stigme vezane uz mentalnu bolest nakon poroda te zbog percepcije nesposobnosti, smatraju da ne mogu ispuniti očekivanja u s vezi obavljanja majčinskih uloga (20).

U okruženju intenzivnoga liječenja, rano prepoznavanje depresije može biti komplicirano fokusom skrbi na dojenče, kao i nedostatkom stručnosti pružatelja usluga u dijagnozi i liječenju odraslih. Roditelj koji pati od depresije obično nije pod izravnom skrbi pružatelja usluga intenzivne njege. Osim nelagode pružatelja usluga u liječenju pojedinca koji nije pod njihovom izravnom skrbi, postoji i nelagoda roditelja u traženju pomoći od pružatelja usluga na koje se oslanjaju za skrb o svom djetetu. (20). Prema zadanim postavkama, fokus skrbi u jedinicama intenzivnoga liječenja, prvenstveno je na djetetu, a ne na majci, što također može uzrokovati manju vjerojatnost da će majka tražiti socijalnu i emocionalnu podršku. Mnogi se pedijatri osjećaju odgovornima za prepoznavanje depresije majke, ali nemaju samopouzdanja i znanja o tome kako to učiniti (20).

Veća prevalencija postporođajne depresije i rizik od značajnih posljedica za majku i dojenče opravdava poziv na pojačani probir depresije u jedinicama intenzivnoga liječenja. Preporučeno je da se probir majki s dojenčadi na takvim odjelima provodi rutinski. Dodatno, univerzalni probir na postporođajnu depresiju smatra se važnim dijelom svake obiteljske procjene, s obzirom na povećane rizike svojstvene okruženju na jedinici intenzivnoga liječenja. Probir majki na depresiju prije otpuštanja njihove dojenčadi s intenzivnoga odjela, također može biti koristan u prepoznavanju onih s najvećim rizikom od razvoja kronične depresije (21). Predložen je redoviti probir radi usklađivanja procesa, podizanja svijesti te povećanja kompetencije i razine sigurnosti pružatelja zdravstvenih usluga. Pružatelji neonatalne skrbi imaju optimalnu priliku za razvoj odnosa s majkama dojenčadi na intenzivnoj njezi, kao i za prepoznavanje simptoma postporođajne depresije kako bi pružili odgovarajuće preporuke i podršku. Uz to, dojenčad će vjerojatno dulje boraviti na intenzivnoj njezi, stoga je razumno osigurati dovoljno vremena i prilika za pristup majkama radi univerzalnog probira (21).

Identificirane su tri primarne vrste prepreka pri postavljanju izvanbolničkoga probira postporođajne depresije, uključujući prepreke usmjerene na pacijenta, liječnika i sustave. Varijable usmjerene na pacijenta sastoje se od troškova i nedostatka osiguranja, vremenskih ograničenja, društvene stigme, pridržavanja liječenja i nedostatka pristupa skrbi (22). Prepreke usmjerene na liječnika sastoje se od vremenskih ograničenja, nedovoljnoga znanja, konkurentskih zahtjeva i straha od odgovornosti. Prepreke u sustavu obuhvaćaju rijetko praćenje, nedostatak mogućnosti praćenja te neintegritet primarne zdravstvene zaštite i usluga mentalnoga zdravlja (22).

Prepoznate su prepreke univerzalnom probiru postporođajne depresije specifične za populaciju majki i dojenčadi na jedinicama intenzivnoga liječenja, a koje su bile slične vrstama prepreka identificiranih u izvanbolničkom okruženju (22). Slično izvanbolničkim preprekama, identificirane prepreke uključivale su prepreke usmjerene na pacijenta, usmjerene na liječnika i osoblje te prepreke temeljene na sustavu. Ipak, neke prepreke su se razlikovale ovisno o tome što je uključeno u svaku vrstu, kako bi odražavale specifične izazove unutar okruženja intenzivne njege (22). Prepreke usmjerene na pacijenta sastoje se od majčine nemogućnosti da otkrije svoje osjećaje i nedostatka znanja ili prihvaćanja mitova o depresiji, kao i društvene stigme, pristupa uslugama i troškova. Prepreke usmjerene na liječnika i osoblje uključuju nedostatak vremena, nepoznavanje instrumenata probira, zabrinutost oko odgovornosti i nedostatak resursa zajednice dostupnih za upućivanje na dodatne usluge (22). Predloženo je da prepreke u sustavu obuhvate nedostatak dostupnih i pristupačnih resursa za mentalno zdravlje.

5.2. Rana intervencija

U Sjedinjenim Američkim Državama program rane intervencije započinje, uz podršku medicinske sestre za javno zdravstvo, kada žene predaju svoje obrasce za obavijest o trudnoći uredu lokalne uprave (23). Cilj je uključiti što više žena u program. Nakon podnošenja obrasca za obavijest o trudnoći, medicinska sestra javnoga zdravstva, posebno odabrana za ovaj program, obavlja rutinske razgovore sa ženama koje su informirane da će se dobiveni podaci podijeliti sa srodnim stručnjacima uključenim u zdravstvenu skrb majke i djeteta, kako bi se pomoglo u razvoju prilagođenih planova skrbi te prikuplja pismene pristanke sudionika (23). Nakon toga, žene odgovaraju na upitnik za psihosocijalni probir. Medicinske sestre za javno zdravstvo anketiraju žene o tome imaju li drugih psihosocijalnih problema pomoću upitnika za psihosocijalni probir, s ciljem razvijanja odnosa između pružatelja zdravstvenih usluga i trudnica te olakšanja korištenja javnozdravstvenih usluga. Psihosocijalna procjena obuhvaća Edinburšku skalu postnatalne depresije, kao i čimbenike rizika od postnatalne depresije identificirane epidemiološkom službom (23).

Rana intervencija u prevenciji, dijagnostici i liječenju stanja pacijentice neće dovesti samo do izlječenja i poboljšanja stanja pacijentice, nego će imati dugoročan utjecaj na njezinoga partera, djecu i sveopće funkcioniranje. U Hrvatskoj, najučinkovitijim metodama liječenja, pokazale su se psihoterapija, farmakoterapija te psihosocijalne intervencije. Za blaže oblike postpartalne depresije preferiraju se psihoterapija i psihosocijalne intervencije (ako žena doji), dok se za umjereno ozbiljne i ozbiljne oblike s navedenim metodama kombinira farmakoterapija (prvi izbor su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina) (24). Od psihoterapijskih intervencija, učinkovitima su se pokazale kognitivno-bihevioralna, psihodinamska te interpersonalna terapija (24). Kao dodatne intervencije spominju se usvajanje različitih vještina (npr. aktivnoga slušanja, komunikacijskih vještina, autogenoga treninga, vještina rješavanja problema, relaksacije) i mnoge nefarmakološke intervencije (npr. akupunktura, izmjena u načinu prehrane, vježbanje, masaža), ali je potrebno još dokaza koji bi pokazali učinkovitost navedenih intervencija (24).

Program intervencije ima za cilj pružanje kontinuirane podrške majci i djetetu od početka trudnoće i nakon poroda. U skladu sa smjernicama, sastoji se od multidisciplinarnе kliničke mreže koja je imala sljedeće četiri značajke (24):

- pružanje multidisciplinarnе perinatalne usluge, uključujući konzultacije i savjete iz rodilišta, mentalnoga zdravlja i usluga u zajednici
- trudnicama i dojiljama omogućeno je dobivanje zdravstvenih savjeta od psihijatarā i opstetričara o rizicima i koristima uzimanja psihotropnih lijekova tijekom perinatalnoga razdoblja
- sastoji se od jasnih protokola upućivanja i upravljanja za usluge na svim razinama postojećega okvira stupnjevite skrbi za žene i djecu s psihosocijalnim problemima, a pozornost je posvećena procjeni hitnosti, pitanjima obiteljskoga okruženja i potrebi za zaštitu djece te ako se smatra potrebnim, interventni tim je kontaktirao druge relevantne stručnjake i pružio multidisciplinarnu podršku
- program rane intervencije omogućava skrb za korisnice usluga definiranjem uloga i kompetencija za sve uključene profesionalne skupine, čime je omogućeno pružanje kontinuirane skrbi za majku i dijete.

6. SESTRINSKA SKRB

Dolazak novoga člana obitelji velika je promjena za obitelj. Razdoblje nakon porođaja obično je obilježeno ogromnom radošću i uzbuđenjem. Međutim, za neke žene ovo razdoblje može biti popraćeno osjećajima tuge, tjeskobe i preplavljujućih emocija poznatih kao postporođajna depresija. Medicinskim sestrama, kao stručnjacima za zdravstvenu njegu, razumijevanje i rješavanje složenosti postporođajne depresije, od ključne je važnosti za pružanje sveobuhvatne skrbi i podrške novim majkama tijekom ove ranjive faze njihova života (25).

Postporođajno razdoblje počinje nakon poroda i obično završava 6 do 8 tjedana kasnije, iako se u određenim slučajevima može produžiti. Majčino tijelo nastavlja prolaziti kroz promjene dok se vraća na osnovnu razinu prije trudnoće. Oporavak ovisi o procesu poroda i svim pretrpljenim komplikacijama. Očekuju se psihološke i emocionalne promjene kada se roditelji povežu sa svojim djetetom i započnu proces roditeljstva s brojnim izazovima. Postporođajna depresija ozbiljno je stanje za mentalno zdravlje novopečenih majki. Može zahvatiti svaku majku koja je nedavno rodila, uključujući one koje su prije poroda bile zdrave i one za koje nisu poznati čimbenici rizika. Posljedice neliječene postporođajne depresije mogu biti značajne ukoliko se pravovremeno ne prepoznaju i ne liječe (25). Posjedovanje učinkovitoga plana skrbi ključno je za pomoć novim majkama da se nose s osjećajima postporođajne depresije.

Važno je da zdravstveni djelatnici budu svjesni rizika povezanih s postporođajnom depresijom kako bi mogli pružiti učinkovite intervencije. Planovi zdravstvene njege trebaju uključivati procjenu, dijagnozu, ishode, intervencije, obrazloženja i evaluaciju. Pažljivo praćenje i procjena intervencija ključni su kako bi se osiguralo da se stanje pacijenta poboljšava. Uz ispravan plan skrbi, postporođajna depresija se može kontrolirati, pa čak i spriječiti u mnogim slučajevima (25).

Procjena postporođajne depresije počinje tijekom trudnoće ili nakon porođaja. Prilikom procjene, medicinska sestra bi trebala moći prepoznati subjektivne i objektivne znakove depresije kao što su: stalni osjećaji tuge, praznine ili beznada, anhedonija, napadaji plača, tjeskobe, fluktuacije raspoloženja, umor, misli o ozljeđivanju sebe ili svoga djeteta, nedostatak interesa za dojenče, značajne promjene u apetitu ili težini, nesanica ili pretjerana pospanost (hipersomnija), osjećaj bezvrijednosti ili pretjerane krivnje, poteškoće s koncentracijom ili donošenjem odluka, nemir, društveno povlačenje ili izolacija (26). Pacijenticama treba postaviti pitanja koja se odnose na emocionalne prilagodbe i raniju prisutnost depresije. Žene s mogućom postporođajnom depresijom trebale bi biti pregledane pomoću pouzdanih mjernih upitnika kao što je Edinburška ljestvica postnatalne depresije. Drugi načini koji su korisni tijekom procjene uključuju (26):

- anamneza pacijenta i obitelji
- sadašnji ili prošli psihološki problemi
- sveukupno fizičko zdravlje.

Poslije provođenja temeljite sestrinske procjene i uočavanja problema, formulira se sestrinska dijagnoza kako bi se specifično pozabavila izazovima povezanim s postporođajnom depresijom na temelju kliničke prosudbe medicinske sestre i razumijevanja jedinstvenog zdravstvenog stanja pacijentice (27). Prosudba i klinička stručnost medicinske sestre bitne su kompetencije prilikom formiranja plana zdravstvene njege kako bi se zadovoljile sve potrebe pacijentice, dajući prednost njihovim prioritetima i zdravstvenim problemima. Moguće sestrinske dijagnoze postporođajne depresije uključuju (27):

- rizik od poremećenih misaonih procesa povezanih s anksioznošću
- neučinkovito suočavanje povezano sa stresom roditeljstva
- neučinkovita socijalna interakcija s djetetom povezana s promijenjenom fiziologijom
- nedostatan znanje
- neravnoteža u raspoloženju i ponašanju.

Medicinska sestra mora odlučiti koje rezultate ili ciljeve želi postići kroz proces plana zdravstvene njege. Neki od potencijalnih ciljeva od kojih majke s postporođajnom depresijom mogu imati koristi uključuju (27):

- naučiti kako prepoznati znakove i simptome postporođajne depresije
- ponovno stjecanje kontrole nad emocijama i poboljšanje kvalitete života
- poboljšani odnosi između majke i djeteta
- poboljšana kvaliteta sna
- poboljšano samopoštovanje.

Intervencije koje se mogu uključiti u plan skrbi za postporođajnu depresiju mogu se podijeliti u tri područja: samozbrinjavanje, socijalna podrška i medicinski tretman. Važno je uključiti obrazloženja za odabrane intervencije u plan skrbi za pacijenta (28). Kognitivno bihevioralna terapija je korisna za pacijentice jer im može pomoći da prepoznaju obrasce razmišljanja koji bi mogli pridonijeti njihovoj depresiji. Redovita tjelovježba također može biti korisna jer oslobađa endorfine koji mogu poboljšati raspoloženje. Obrazovanje o postporođajnoj depresiji pomaže majkama da bolje razumiju stanje i smanjuje osjećaj izoliranosti (28). Konačno, antidepresivi se mogu propisati kako bi se pacijenticama pomoglo da učinkovitije upravljaju svojim simptomima. Neke od intervencija medicinske sestre (28):

- procijeniti ponašanje, raspoloženje i psihičko stanje pacijentice
- promicati zdrav način života i zdravu prehranu
- pružiti podršku pacijentici i potaknuti brigu o sebi
- pružiti sve bitne informacije pacijentici o postporođajnoj depresiji
- potaknuti pacijenticu da potraži pomoć ukoliko je ista potrebna
- potaknuti pacijenticu da se uključi u društvene aktivnosti
- uključiti socijalnoga radnika koji može pružiti grupe podrške
- uputiti pacijenticu terapeutu ili psihijatru
- potaknuti pacijenticu da često uzima pauzu od njege djeteta.

Jedan od najvažnijih aspekata svakog plana skrbi je faza evaluacije koja pomaže u procjeni učinkovitosti intervencija i osiguravanju poboljšanja stanja pacijentica. Evaluacija postporođajne depresije uključuje procjenu simptoma depresije, procjenu znakova i simptoma anksioznosti, praćenje promjena u obrascima spavanja i praćenje bilo kakvih promjena u cjelokupnom funkcioniranju (28).

6.1. Neučinkovita socijalna interakcija s djetetom

Nažalost, pojedini roditelji nisu dorasli zadaći pružanja svojoj djeci sigurnoga i zdravoga okruženja. Medicinska sestra stoji kao jedan od prvi zdravstvenih stručnjaka koja je sposobna uočiti određene izazove u uspostavljanju veze između majke i djeteta. Čimbenici rizika su: povijest zlostavljanja u djetinjstvu, neželjena trudnoća, socioekonomski izazovi, nedostatak zrelosti, deficit znanja, tjelesna bolest majke ili djeteta, psihološka stanja roditelja (29).

Znakovi neučinkovite socijalne interakcije s djetetom (29):

- razočaranje, odbacivanje ili agresivno ponašanje prema djetetu
- nedostatak vještina skrbi i brige o djetetu
- izražavanje nesposobnosti skrbi za dijete
- neprikladni aranžmani za brigu o djeci ili nesigurno kućno okruženje.

Željeni ciljevi (29):

- roditelji će dobiti pristup resursima za razvoj pravih vještina i izgradnju mreže podrške
- roditelji će naučiti o stilovima roditeljstva i zdravom povezivanju
- roditelji će naučiti o opcijama, poput skrbništva ili posvajanja
- roditelji će pokrenuti mjere za stvaranje sigurnoga i poticajnoga okruženja.

Procjena medicinske sestre (29):

- procijeniti obiteljsku podršku i dinamiku - procijeniti je li djetetov otac uključen u roditeljstvo te procijeniti drugu podršku obitelji kao što su majčini roditelji ili drugi članovi obitelji
- promatrati privrženost između roditelja i djeteta - promatrati odnos roditelja prema djetetu te pratiti interakcije pri hranjenju i presvlačenju dojenčeta ili nevoljkost ili ravnodušnost u roditeljstvu
- procijeniti izazove u roditeljstvu - mladim roditeljima s neplaniranom ili neželjenom trudnoćom možda nedostaju vještine i znanja za roditeljstvo stoga treba uzeti u obzir intelektualnu i emocionalnu razinu kao i sve fizičke slabosti roditelja.

Intervencije medicinske sestre jesu sljedeće (29).

- Poticati pozitivnost i pružiti dovoljno vremena za povezivanje - u interakciji s dojenčetom i roditeljima, medicinska sestra treba pokazati pozitivan stav prema modeliranju interakcija. Omogućiti dovoljno vremena za zbližavanje, držeći dijete u kolijevci uz krevet i podučavajući roditelje o tome kako hraniti, držati, previjati i kupati dijete.
- Poticati roditelje da odvoje vrijeme za sebe - roditeljski stres povezan je s postnatalnom depresijom. Podsjetiti roditelje da pronađu vrijeme za vlastite aktivnosti i hobije te da odvoje vrijeme od roditeljstva kako bi smanjili tjeskobu.
- Obaviti probir depresije - postporođajna depresija može pogoditi do 18 % novopečenih majki. Prikazani simptomi često pokazuju gubitak osjetljivosti i odgovora na potrebe djeteta. Ovo ozbiljno stanje zahtijeva intervenciju i za majku i za dijete.
- Pružiti potporu i olakšati pristup resursima zajednice - mladi, samohrani ili nespремni roditelji mogu trebati podršku resursa zajednice. Pružiti informacije o tečajevima roditeljstva i državnim programima pomoći za sigurnost i zdravlje djeteta.

6.2. Zdravstveni odgoj

Potrebna je edukacija žena s rizikom ili prisutnom postporođajnom depresijom kako bi se pomoglo u razumijevanju ovoga stanja, prevenciji i dostupnih opcija liječenja. Zdravstveni odgoj obuhvaća pružanje informacija o simptomima, okidačima, vještinama suočavanja, pridržavanju terapije i važnosti traženja stručne pomoći. Zdravstveni odgoj osnažuje i potiče žene da aktivno sudjeluju u liječenju, donose informirane odluke te razvijaju osjećaj nade i sposobnosti djelovanja na putu prema ozdravljenju (30).

Uloga medicinske sestre je procijeniti znanje trudnice o postporođajnoj depresije i njezinim uzrocima te identificirati prepreke koje se mogu pojaviti prilikom liječenja depresije. Osim toga, potrebno je procijeniti razinu zdravstvene pismenosti pacijentice i članova obitelji. Zdravstvena pismenost je izraz koji se koristi u javnom zdravstvu kako bi se objasnila sposobnost pojedinca da razumije informacije vezane uz zdravlje. U zdravstvenim ustanovama korisno je razumjeti razinu zdravstvene pismenosti pacijenta kako bi se pružila učinkovitija zdravstvena edukacija koja bi mogla spriječiti negativne zdravstvene ishode (30). Zdravstvena pismenost osobe o mentalnom zdravlju sastoji se od znanja o mentalnom poremećaju, znanja o stigmi povezanoj s mentalnom bolešću i spremnosti pacijenta da potraži liječenje. Niže razine edukacije i znanja povezane su s manjim korištenjem izvanbolničke skrbi i većim psihološkim stresom za muškarce i žene, dok su više razine obrazovanja povezane s boljim zdravljem, zdravstvenom pismošću i većim znanjem o mentalnim bolestima (30).

7. ZAKLJUČAK

Trudnoća i proces postajanja roditeljem općenito označava prekrasan događaj koji uključuje otkriće, učenje i pozitivno vrijedno iskustvo. Neke žene, međutim, smatraju da je prijelaz u majčinstvo definiran umorom, frustracijom i emocionalnim nemirom. Osjećaj gubitka kontrole i emocionalna uznemirenost ne utječu samo na majku, već imaju poznate štetne učinke i na dojenče. Takvi štetni učinci uzrokuju negativne ishode poroda, lošu povezanost majke i djeteta i dugoročne posljedice za dijete. Rano postporođajno razdoblje ključno je vrijeme za poboljšanje zdravlja i preživljavanja, i novorođenčeta i majke, no zdravstveni djelatnici postporođajnom razdoblju posvećuju manje pozornosti nego prenatalnom razdoblju i razdoblju poroda. Postporođajna depresija često ostaje nedijagnosticirana i neliječena, zbog nedostatka znanja među ženama i njihovim pružateljima zdravstvene skrbi. Čak i kada majke pristupe porodničkom pregledu, pažnja se obično usmjerava na fizičke aspekte brige, poput opcija dojenja i kontrole rađanja, dok se emocionalne potrebe ili potrebe za suočavanjem s određenim problemom, rijetko uzimaju u obzir. Osiguravanje adekvatne zdravstvene njege majke i fetusa važno je za siguran porod. Medicinska sestra je izvor podrške za majku, novorođenče i druge uključene osobe za podršku. Od prvoga prenatalnog posjeta, za vrijeme i nakon poroda u postpartalnom razdoblju, medicinska sestra prati fiziološke i psihološke komplikacije, osigurava resurse, nudi suosjećanje i zalaže se za zdravlje i sigurnost trudnice i njezinog djeteta. Potrebna je edukacija pacijentica s rizikom ili prisutnom postporođajnom depresijom kako bi se pomoglo u razumijevanju prirode stanja, dostupnih opcija liječenja i strategija samokontrole. Zdravstveni odgoj uključuje pružanje informacija o simptomima, okidačima, vještinama suočavanja, farmakološkoj terapiji i važnosti traženja stručne pomoći.

8. LITERATURA

1. Gangakhedkar GR, Kulkarni AP. Physiological Changes in Pregnancy. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 2021;25(Suppl 3):189-192.
2. Bjelica A, Cetkovic N, Trninic-Pjevic A, Mladenovic-Segedi L. The phenomenon of pregnancy - a psychological view. *Ginekologia Polska*. 2018;89(2):102-106.
3. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2009;200(4):357-64.
4. Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*. 2012;25(2):141-8.
5. Mullins CH 4th. Postpartum Blues. *Patient Education and Counseling*. 2021;104(11):2648-2649.
6. Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020;53:102353.
7. Corrigan CP, Kwasky AN, Groh CJ. Social Support, Postpartum Depression, and Professional Assistance: A Survey of Mothers in the Midwestern United States. *The Journal of Perinatal Education*. 2015;24(1):48-60.
8. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 2022;31(19-20):2665-2677.
9. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y i sur. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry*. 2021;11(1):543.
10. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2019;52:165-180.
11. Ceriani Cernadas JM. Postpartum depression: Risks and early detection. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2020;118(3):154-155.
12. Gopalan P, Spada ML, Shenai N, Brockman I, Keil M, Livingston S i sur. Postpartum Depression-Identifying Risk and Access to Intervention. *Current Psychiatry Reports*. 2022;24(12):889-896.

13. DelRosario GA, Chang AC, Lee ED. Postpartum depression: symptoms, diagnosis, and treatment approaches. *Journal of the American Academy of PAs*. 2013;26(2):50-4.
14. Guille C, Newman R, Fryml LD, Lifton CK, Epperson CN. Management of postpartum depression. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2013;58(6):643-53.
15. Šebela A, Hanka J, Mohr P. Diagnostics and modern trends in therapy of postpartum depression. *Ceska Gynekologie*. 2019;84(1):68-72.
16. Abdollahi F, Rezai Abhari F, Zarghami M. Post-Partum Depression Effect on Child Health and Development. *Acta Medica Iranica*. 2017;55(2):109-114.
17. Craig M. Perinatal risk factors for neonaticide and infant homicide: can we identify those at risk? *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2004;97(2):57-61.
18. Chen H, Wang J, Ch'ng YC, Mingoo R, Lee T, Ong J. Identifying mothers with postpartum depression early: integrating perinatal mental health care into the obstetric setting. *ISRN Obstetrics and Gynecology*. 2011;2011:309189.
19. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2013;33(8):1205-17.
20. Cherry AS, Blucker RT, Thornberry TS, Hetherington C, McCaffree MA, Gillaspay SR. Postpartum depression screening in the Neonatal Intensive Care Unit: program development, implementation, and lessons learned. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2016;9:59-67.
21. Wells T. Postpartum Depression: Screening and Collaborative Management. *Primary Care*. 2023;50(1):127-142.
22. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2007;20(3):280-8.
23. Alvarez SL, Meltzer-Brody S, Mandel M, Beeber L. Maternal Depression and Early Intervention: A Call for an Integration of Services. *Infants and Young Children*. 2015;28(1):72-87.
24. Gregurek K. Postporođajna depresija [Završni rad]. Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2022 [pristupljeno 26.05.2024.]

25. Alba BM. CE: Postpartum Depression: A Nurse's Guide. *American Journal of Nursing*. 2021;121(7):32-43.
26. Elshatarat RA, Yacoub MI, Saleh ZT, Ebeid IA, Abu Raddaha AH, Al-Za'areer MS. Perinatal Nurses' and Midwives' Knowledge About Assessment and Management of Postpartum Depression. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2018;56(12):36-46.
27. Prokofieva M, Koukia E, Dikeos D. Mental Health Nursing in Greece: Nursing Diagnoses and Interventions in Major Depression. *Issues in Mental Health Nursing*. 2016;37(8):556-562.
28. Meng J, Du J, Diao X, Zou Y. Effects of an evidence-based nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period. *Stress Health*. 2022;38(3):435-442.
29. Huang L, Huang X, Wang J, Zhang F, Fei Y, Tang J, Wang Y. Factors influencing parent-child relationships in chinese nurses: a cross-sectional study. *BMC Nursing*. 2023;22(1):261.
30. McCarter-Spaulding D, Shea S. Effectiveness of Discharge Education on Postpartum Depression. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2016;41(3):168-72.

9. SAŽETAK

Psihijatrijske bolesti jedna su od najčešćih bolesti trudnoće i perinatalnog razdoblja. Postporođajna depresija je klinički oblik psihičke bolesti koja remeti normalan i skladan život roditelja i djeteta. Javlja se najčešće nakon četvrtog tjedna od poroda, a simptomi se mogu manifestirati i do godine dana. Može zahvatiti svaku majku koja je nedavno rodila, uključujući one koje su prije poroda bile zdrave i one za koje nisu poznati čimbenici rizika. Zbog visokog morbiditeta postporođajne depresije, danas je fokus na prevenciji. Posljedice neliječene postporođajne depresije mogu biti široke i teške ako se ne prepoznaju i ne liječe na vrijeme. Posjedovanje učinkovitog plana skrbi ključno je za pomoć novim majkama da se nose s problemom postporođajne depresije. Učinkovito liječenje postpartalne depresije zahtijeva sveobuhvatan i često multidisciplinarni pristup.

Ključne riječi: medicinska sestra; postpartalna depresija; sestrinstvo; trudnoća.


10. SUMMARY

Psychiatric diseases are one of the most common diseases of pregnancy and the perinatal period. Postpartum depression is a clinical form of mental illness that disrupts the normal and harmonious life of the mother and child. It occurs most often after the fourth week after giving birth, and symptoms can manifest up to a year. It can affect any mother who has recently given birth, including those who were healthy before giving birth and those with no known risk factors. Due to the high morbidity of postpartum depression, today the focus is on prevention. The consequences of untreated postpartum depression can be wide-ranging and severe if not recognized and treated in time. Having an effective care plan is key to helping new mothers cope with postpartum depression. Effective treatment of postpartum depression requires a comprehensive and often multidisciplinary approach.

Keywords: nurse; postpartum depression; nursing; pregnancy.

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>18.6.2024.</u>	HELENA DERES ^{ić}	

U skladu s čl. 58, st. 5 Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti, Veleučilište u Bjelovaru dužno je u roku od 30 dana od dana obrane završnog rada objaviti elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru u nacionalnom repozitoriju.

Suglasnost za pravo pristupa elektroničkoj inačici završnog rada u nacionalnom repozitoriju

HELENA DERES

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da tekst mojeg završnog rada u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu bude pohranjen s pravom pristupa (zaokružiti jedno od ponuđenog):

- a) Rad javno dostupan
- b) Rad javno dostupan nakon _____ (upisati datum)
- c) Rad dostupan svim korisnicima iz sustava znanosti i visokog obrazovanja RH
- d) Rad dostupan samo korisnicima matične ustanove (Veleučilište u Bjelovaru)
- e) Rad nije dostupan

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 18.6.2024.



potpis studenta/ice