Provjera postavki biopsihosocijalnoga modela u pojavi postpartalnih psihičkih smetnji

Srkalović Imširagić, Azijada

Doctoral thesis / Disertacija

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:323609

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Azijada Srkalović Imširagić

Provjera postavki biopsihosocijalnoga modela u pojavi postpartalnih psihičkih smetnji

DISERTACIJA

Zagreb, 2016

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Azijada Srkalović Imširagić

Provjera postavki biopsihosocijalnoga modela u pojavi postpartalnih psihičkih smetnji

DISERTACIJA

Zagreb, 2016.

Disertacija je izrađena u Klinici za ženske bolesti i porode Kliničkog bolničkog centra Zagreb i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Voditelj rada: Prof. dr. sc. Dražen Begić

Zahvaljujem se mom mentoru prof. dr. sc. Draženu Begiću na svim savjetima, pomoći i nesebičnoj potpori tijekom izrade ove disertacije.

Ovaj rad posvećujem mojoj kćerki Leoni.

POPIS KRATICA

95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda

ACTH – adrenokortikotropni hormon

BFI – engl. *Big Five Inventory* (Upitnik pet-faktorskog modela ličnosti)

CRF – kortikotropin opuštajući hormon

EPDS – engl. *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Edinburška skala postnatalne depresije)

HPA – hipotalamo-pituitarno-adrenalna osovina

IES-R – engl. *Impact of Events Scale revised* (Revidirana skala utjecaja događaja)

KBT – kognitivno-bihevioralna terapija

M – aritmetička sredina

n – number (broj)

NEO-PI — eng. *NEO Personality Inventory* (NEO inventar ličnosti)

OR – omjer izgleda

OXT – oksitocin

p – razina statističke značajnosti

PRL – prolaktin

PTSP – posttraumatski stresni poremećaj

r – koeficijent korelacije

r2-koeficijent determinacije

SD – standardna devijacija

ss – stupnjevi slobode

SADRŽAJ

1. UVOD 1

1.1. PSIHIČKI POREMEĆAJI NAKON PORODAJA 1
1.2. ETIOLOGIJA NAJČEŠĆIH PSIHIČKIH POREMEĆAJA NAKON PORODAJA 6
1.3. BIOPSIHOSOCIJALNI MODEL 12

2. HIPOTEZA 16

3. CILJ ISTRAŽIVANJA 17

4. ISPITANICI I METODE 18

4.1. ISPITANICI 18
4.2. METODE 19
4.3. STATISTIČKE METODE 24

5. REZULTATI 25

5.1. TIJEK STUDIJE 25
5.2. OPIS UZORKA 28
5.3. UČESTALOST JAVLJANJA KLINIČKI ZNAČAJNIH SIMPTOMA STRESNE REAKCIJE (ASP, PTSP) I SIMPTOMA DEPRESIVNOG STANJA U TRI TOČKE MJERENJA 45
5.4. PREDIKCIJA KLINIČKI ZNAČAJNIH REZULTATA U TRI TOČKE ISPITIVANJA 46
5.4.1. Predikcija klinički značajnih rezultata 3-5 dana nakon porođaja – IES-R ≥ 24 47
5.4.2. Predikcija klinički značajnih rezultata 3-5 dana nakon porođaja – EPDS ≥ 9 56
5.4.3. Predikcija klinički značajnih rezultata 6-8 tjedana nakon porođaja – IES-R ≥24 64
5.4.4. Predikcija klinički značajnih rezultata 6-8 tjedana nakon porođaja – EPDS ≥ 9 74
5.4.5. Predikcija klinički značajnih rezultata 14-18 tjedana nakon porođaja – IES-R ≥ 24 84
5.4.6. Predikcija klinički značajnih rezultata 14-18 tjedana nakon porođaja – EPDS ≥ 9 93
5.5. POVEZANOST KLINIČKI ZNAČAJNE SIMPTOMATIKE PTSP-A (IES-R ≥24) I KLINIČKI ZNAČAJNE SIMPTOMATIKE DEPRESIJE (EPDS ≥ 9) U SVE TRI TOČKE ISPITIVANJA 103
5.6. POVEZANOST PSIHIČKIH SMETNJI NAKON PORODAJA S ODGODOM NASTUPA I TEŠKOĆAMA PRI FIZIOLOŠKOJ LAKTACIJI U SVE TRI TOČKE ISPITIVANJA 106

6. RASPRAVA 115

7. ZAKLJUČAK 128

8. SAŽETAK 130

9. ABSTRACT 131

10. LITERATURA 133

11. PRILOZI (Upitnik 1 – Upitnik 10) 144

12. ŽIVOTOPIS 154

1. UVOD

1.1. PSIHIČKI POREMEĆAJI NAKON PORODAJA

Neka vrsta poremećaja raspoloženja se javlja u 85% žena tijekom prvog mjeseca poslije porođaja. Većinom su ti simptomi prolazni i relativno blagi, ali dio žena iskusi teže simptome (1).

Najčešći poremećaji koji se javljaju su postpartalna tuga i nepsihotična postpartalna depresija. Osim njih se rjeđe javlja i postpartalna psihoza.

Iako se ova tri poremećaja razlikuju po težini i kliničkoj slici nije sasvim jasno radi li se o tri različita poremećaja ili različitim manifestacijama istog poremećaja.

Osim ovih „etabliranih" poremećaja u novijoj literaturi je sve više dokaza za postojanje posttraumatskoga stresnog poremećaja nakon porođaja.

1.1.1. Postpartalna tuga

Postpartalna tuga je uobičajeno blagi poremećaj. Simptomi su: disforija, labilno raspoloženje, razdražljivost, plačljivost, tjeskoba te nesanica koji se spontano povuče unutar dva tjedna. Javlja se unutar prva dva tjedna nakon porođaja s prevalencijom od 30% do 85%.

Ovi simptomi obično su najjači četiri do pet dana nakon porođaja i nestaju spontano do desetog dana nakon porođaja. Postpartalna tuga je obično benigna i ograničenog trajanja. Ipak, neke žene će nakon postpartalne tuge razviti postpartalnu depresiju. Žene s poremećajem raspoloženja u anamnezi zahtijevaju pomno praćenje. Ako simptomi traju i nakon drugog tjedna poslije porođaja, potrebna je reevaluacija kako bi se ustvrdilo da ipak možda nije riječ o težem psihičkom poremećaju.

Iako simptomi mogu biti iscrpljujući, oni obično ne utječu na majčinu sposobnost da se brine za svoje dijete. Nije potrebno nikakvo liječenje osim podrške majci (1).

1.1.2. Nepsihotična postpartalna depresija

Nepsihotična postpartalna depresija je relativno česta nakon poroñaja. Prevalencija je od 10% do 15%. Iako neke žene imaju akutni nastup simptoma odmah nakon poroñaja, depresija se obično razvije unutar prvih 6 mjeseci nakon poroñaja. Znakovi depresije su praktično isti kao i kod velikoga depresivnog poremećaja koji je nastupio nevezano s periodom nakon poroñaja. Disforija, razdražljivost, anhedonija nesanica i umor su često prisutni. Specifično za ovu vrstu poremećaja je ambivalentan osjećaj prema djetetu i sumnja majke u njenu sposobnost da se brine o djetetu. U veoma teškim formama javlja se teška disfunkcionalnost oboljele majke. Suicidalne ideje su često prisutne, no srećom postotak suicida u oboljelih majki je nizak. Liječenje postpartalne depresije treba biti provoñeno na isti način kao i liječenje depresivnih poremećaja izvan puerperalnog perioda (1).

Nažalost, u praksi postoji tendencija da se žene s postpartalnim poremećajima liječe kasnije nego žene s depresijom u drugim periodima života, što dovodi i majku i dijete u opasnost. Kod bolesnica koje odbijaju farmakološko liječenje ili imaju blaže oblike bolesti može se koristiti psihoterapija. Neke vrste psihoterapije su se posebno pokazale uspješnim u liječenju ovog poremećaja: interpersonalna te kognitivno-bihevioralna terapija. Kod težih oblika bolesti preferira se farmakoterapija s prvenstveno selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina. Kod žena s težim poremećajima spavanja u kliničkoj slici mogu se koristiti triciklički antidepresivi (1).

1.1.3. Puerperalna psihoza

Puerperalna psihoza je najrjeđi, ali i najteži oblik postpartalne psihijatrijske bolesti. Za razliku od postpartalne tuge i depresije puerperalna psihoza se pojavljuje u otprilike 1 do 2 od 1000 žena nakon poroda. Prezentacija bolesti je veoma dramatična, s pojavom psihoze ponekad i 48 do 72 sata nakon poroda. Većina žena s puerperalnom psihozom razvije simptome unutar prva 2 do 4 tjedna nakon poroda. U žena s ovim poremećajem, psihotični simptomi i dezorganizirano ponašanje su izraženi i uzrokuju snažnu disfunkciju. Puerperalna psihoza nalikuje brzo razvijajućoj afektivnoj psihozi s maničnim, depresivnim ili miješanim obilježjima. Najraniji znaci su nemir, razdražljivost i nesanica. Žene s ovim poremećajem tipično brzo pokazuju dezorijentaciju, depersonalizaciju i dezorganizirano ponašanje. Raspoloženje je mijenjajuće depresivno ili povišeno. Deluzije su obično usmjerene na dijete: da ono može biti defektno ili umiruće ili da ima specijalne moći; ili pak da je dijete Sotone ili Boga. Ponekad se javljaju slušne halucinacije koje govore majci da ubije sebe ili dijete. Iako većina vjeruje da je ova bolest neodjeljiva od afektivne (ili manične) psihoze, pojedini autori smatraju da je puerperalna psihoza češće asocirana s konfuzijom i delirijem nego ostali psihotični poremećaji raspoloženja.

Ne postoje standardizirane smjernice za liječenje ovog poremećaja. Uobičajena je kratkotrajna terapija antipsihotikom kao i sa stabilizatorom raspoloženja (1).

Uspješna i dobro podnošljiva je i elektrokonvulzivna terapija.

Kod neliječene puerperalne psihoze velika je stopa infanticida (oko 4%), a samoubojstvo je još i češće, te je za ovaj poremećaj potrebno promptno liječenje (1).

1.1.4. Posttraumatski stresni poremećaj nakon poroda

Postoji sve više dokaza u literaturi o postojanju posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP)

nakon porođaja (sa prevalencijom 0-7% unutar 6 mjeseci nakon porođaja pa sve do 26% u određenim rizičnim grupama) (2-7).

Za neke žene porođaj može biti traumatsko veoma bolno iskustvo, često asocirano s osjećajem gubljenja kontrole. Ove osobine porođaja mogu biti potencijalno traumatizirajuće. Stoga ne treba iznenaditi da rođenje djeteta može biti traumatsko za neke žene. Iako se većina žena se brzo oporavi nakon porođaja, jedan dio ipak ima teškoća s oporavkom. Reynolds J. je opazio da se PTSP može pojaviti nakon rođenja (8). On je nazvao ovu varijantu PTSP-a „traumatskim iskustvom porođaja".

Reynolds dalje navodi zašto porođaj može biti traumatizirajući. Navodi da 60% žena koje su prvorotke i 45% žena koje su višerotke doživljavaju porođaj izrazito bolnim, a mnoge od njih navode porođaj najbolnijim iskustvom koje su imali tijekom života. Pojedine žene doživljavaju i depersonalizaciju koja se često pojavi tijekom traume (8). Ayers i suradnici (4) upozoravaju da iako PTSP poslije porođaja i drugih događaja imaju sličnu etiologiju, ipak bi bilo prerano reći da su sasvim usporedivi. Rođenje djeteta se razlikuje od drugih traumatskih događaja na razne načine. U porođaj se najčešće ulazi voljno, obično je ishod porođaja moguće predvidjeti i to je iskustvo velike većine žena u općoj populaciji. Također, porođaj je sociološki pozitivno iskustvo. No u tijeku porođaja se javlja i specifični gubitak tjelesnog integriteta (4).

Nađeno je da osim karaktera samog porođaja, prethodne traume u životu žene i ili od prije postojeći PTSP su vezane za nastanak PTSP-a nakon porođaja (3, 7).

Dokaz tome da PTSP poslije porođaja iako je donekle specifičan može biti uspoređen sa PTSP-em poslije drugih događaja je to da je nađeno kako žene poslije porođaja s dijagnozom PTSP-a imaju simptome iz oba klastera simptoma vezanih za PTSP otupjelosti i pobuđenosti s jedne strane te ponovnog doživljavanja i izbjegavanja s druge strane, što je usporedivo s

drugim studijama PTSP simptomatike poslije drugih događaja.

Simptomi otupjelosti i pobuđenosti su često prisutni kod anksioznosti i depresije, pa kada su izolirani mogu biti više mjera općeg distresa nego specifičnog traumatskog odgovora. Jedan dio žena iskusi pojedine simptome PTSP-a u manjem opsegu nedovoljnom za postavljanje dijagnoze, što govori o tome da pojedini simptomi mogu biti uzrokovani normalnim faktorima koji se javljaju poslije porođaja (4).

PTSP nakon porođaja često prođe kao nedijagnosticiran ili shvaćen kao depresija ili poremećaj prilagodbe, te s vremenom dođe do oporavka. No, u žene koja je doživjela PTSP nakon porođaja, on može biti vezan za izbjegavanje ponovne trudnoće te zahtjevom za carskim rezom u sljedećim trudnoćama kako bi se izbjegla retraumatizacija (7, 8).

Prevencija PTSP-a poslije porođaja je nešto na što treba staviti fokus. Ipak, sama prevencija nije dovoljna, jer će jedan dio žena i pored napora da se poremećaj prevenira još tijekom porođaja, ipak razviti simptome PTSP-a. Nema puno publiciranih studija o liječenju PTSP-a nakon porođaja. No ipak, Ayers i suradnici (3) su u svojim preporukama za dijagnozu, prevencije i liječenje PTSP-a nakon porođaja osim debrifinga odmah nakon porođaja, dali preporuku za provođenje kognitivno-bihevioralne terapije kao uspješnog modaliteta liječenja ovoga poremećaja u nekim razvijenim zemljama uključujući i UK (3).

Zbog svega ovoga se postavlja pitanje je li jedan dio dijagnosticiranih postpartalnih depresija bio ustvari neki oblik posttraumatskoga stresnog poremećaja i da li su ova dva poremećaja povezana?

1.2. ETIOLOGIJA NAJČEŠĆIH PSIHIČKIH POREMEĆAJA NAKON PORODAJA

1.2.1. Biološki faktori

Hormonalni faktori

Vrlo malo se zna o točnim hormonalnim promjenama koje bi mogle biti odgovorne za etiologiju postpartalnih poremećaja.

Period nakon porođaja je obilježen brzom izmjenom hormonalnog statusa. Unutar 48 sati nakon porođaja dolazi do značajnog pada estrogena i progesterona i nešto manje kortizola. Dva hormona s djelovanjem na središnji živčani sustav (SŽS) su u porastu: prolaktin i oksitocin. Svi su ovi hormoni vjerojatno uključeni u patogenezu postpartalnog poremećaja. Također je poznato da je koncentracija tiroksina visoka tijekom trudnoće i pada nakon porođaja. Veoma su česti poremećaji tireoidnih hormona tijekom postpartalnog razdoblja. Klinički hipotireoza je prisutna i u do 10% žena nakon porođaja. Iako tireoidna disfunkcija, posebice hipotireoza, može izazvati psihijatrijske simptome, nema studija koje direktno povezuju postpartalnu depresiju ili tugu s tireoidnom disfunkcijom (bilo hipotireozom ili hipertireozom) (1).

Oksitocin smanjuje sekreciju ACTH-a i kortizola s čime popravlja ishod odgovora na stres. Oksitocinski receptor može predstavljati potencijalnu „terapeutsku metu“ u postpartalnim poremećajima kao što je depresija. Oksitocin, u trenutku početka dojenja igra važnu ulogu u psihičkom stanju majke (9).

Administracija oksitocina ženskim kućnim miševima sprječava pojavu infanticida (10). U ljudi, oksitocin pojačava empatiju (11-14) i smanjuje simptome autizma (15). Nizak nivo oksitocina tijekom trudnoće povezan je s razvitkom postpartalne depresije (16).

Prolaktin je hormon s mnogostrukom funkcijom. Nakon rođenja djeteta prolaktin je odgovoran za pojavu laktacije (17, 18).

Utjecaj prolaktina i oksitocina na etiologiju pospartalnih poremećaja nije jasan, ali žene koje su izložene stresu poslije rođenja uobičajeno ne doje, ili doje kraće (19, 20). U nedavnoj studiji na 42 225 rodilja iz Norveške pronađeno je da je prekid dojenja bio rizični faktor za povećan stupanj anksioznosti i depresije (21).

Sve ovo bi moglo biti objašnjeno hipotezom mehanizma smanjenog odgovora mozga majke na stres (22).

Smatra se da je peripartalni period vrijeme prilagodbe majčinog mozga na novonastalu situaciju, te razvijanje majčinskih osjećaja, brige i zaštite potomaka (22). Ova adaptacija ima za posljedicu da je hormonalni odgovor hipotalamo-pituitarne-adrenalne (HPA) osovine i odgovor simpatičkog živčanog sustava na emocionalne i tjelesne stresore značajno smanjen. Sve reakcije na stres su smanjene s posljedicom povećane staloženosti majke. Ovo je posljedica povećane aktivnosti oksitocina i prolaktina kao zasebnog sustava u mozgu koji ima inhibitornu aktivnost na HPA i smanjene aktivnosti ekscitatornih puteva koji povećavaju aktivnost HPA kao što su noradrenalin (norepinefrin), kortikotropin opuštajući hormon (CRF) i opioidi.

Ako su ove važne adaptacijske funkcije prevenirane kroničnim, a moguće i akutnim stresom u tijeku trudnoće ili porođaja, hormonalni ili drugi fiziološki događaji tijekom porođaja mogu promijeniti aktivnost CRF, oksitocina (OXT) i prolaktina (PRL) te povećati rizik za poremećaje raspoloženja i postpartalnu depresiju (22).

Čini se da ova teorija objašnjava mehanizam kojim stres može dovesti do postpartalnih poremećaja.

Još jedan od faktora koji mogu uzrokovati hormonalni disbalans bi bio nedovoljno spavanja majke. Pronađeno je da nedostatno spavanje, kao i loša kvaliteta istog, može povećati rizik od postpartalne depresije (23).

Komplikacije tijekom i nakon poroda

Komplikacije tijekom poroda kao što su izrazita bolnost poroda (24-27), strah za svoj ili djetetov život (24), produljeni porođaj (7, 24) disocijacija kao posljedica bola pri porođaju (24, 25, 28), medicinska intervencija tijekom poroda (porođaj forcepsom, hitni carski rez) (7, 29-31) bolest majke kao posljedica poroda (24, 27, 32), prijevremeni porođaj djeteta ili bolest novorođenog djeteta (24, 32-36), su sve povezene s akutnom stresnom reakcijom i /ili PTSP-em. Komplikacije tijekom poroda mogu precipitirati „traumatsko iskustvo poroda" (8) koje može posljedično voditi do razvitak postpartalnih psihičkih poremećaja uključujući depresiju i PTSP.

Komplikacije u trudnoći

Nađeno je da su različite komplikacije u trudnoći zbog kojih je dio žena bio i hospitaliziran tijekom trudnoće (7) te preklampsija i prijevremeno pucanje membrana (32) vezane za razvitak PTSP-a poslije poroda.

1.2.2. Psihološki faktori

Povijest prethodne psihijatrijske bolesti

Za razliku od drugih nejasnih etioloških faktora, jasna je povezanost između svih tipova psihijatrijske bolesti poslije poroda i osobne povijesti poremećaja raspoloženja. Najveći rizik imaju žene s poviješću puerperalne psihoze. Čak do 70% žena koje su imale jednu epizodu puerperalne psihoze će iskusiti drugu epizodu u sljedećoj trudnoći. Slično, žene s poviješću postpartalne depresije imaju visoki rizik povratka iste. Ovaj rizik iznosi i do 50% (1). Mogući razlog ovome bi bio da je ireverzibilno narušen „mehanizam smanjenog odgovora mozga majke na stres" (22). Žene s bipolarnim poremećajem također su vulnerabilne tijekom postpartalnog perioda, s postotkom postpartalnog relapsa od 20% do

50% (1).

Nejasan je rizik od postpartalne bolesti u žena koje su imale veliki depresivni poremećaj u anamnezi. Jasno je međutim da su žene sa poviješću postpartalnog depresivnog poremećaja u većem riziku od onih koje su imale depresivni poremećaj u nereproduktivnom razdoblju svoga života. Također žene s lakšom ili umjerenom afektivnom bolešću koje su ostale eutimične tijekom trudnoće su u manjem riziku za postpartalni relaps od žena koje su prethodno imale tešku povratnu depresiju (1).

Nađeno je također da PTSP u anamnezi rodilje prije porođaja povećava mogućnost razvitaka PTSP-a poslije porođaja koji je doživljen kao traumatski (5).

Osobine ličnosti

Neke osobine ličnosti (kao što su neuroticizam i nisko samopoštovanje) su češće povezane s depresijom u trudnoći i poslije porođaja (37, 38). Nizak stupanj ekstraverzije i visok stupanj neuroticizma je povezan s razvitkom postpartalne depresije (39).

Također je pronađeno da neuroticizam kao osobina ličnosti je povezan sa PTSP-em u žena koje su imale pobačaj ili rođenje mrtvoga djeteta (40, 41).

1.2.3. Socijalni faktori

Demografske varijable i psihosocijalni faktori

Nezaposlenost, nizak obiteljski ukupni prihod (42), bračni status, socioekonomski status (43) su prediktori postnatalne depresije.

Po rezultatima meta analize provedene 1991. na 87 studija sljedeći prediktori nisu značajno povezani s razvitkom postpartalne depresije: dob majke, stupanj edukacije majke, broj djece, duljina veze sa sadašnjim partnerom, spol djeteta (u zapadnom društvu) (43).

Prediktivni sociodemografski faktori za PTSP poslije porođaja su bili: prvi porođaj (2), niži

stupanj edukacije (7) te povijest seksualne traume (6, 27).

Loša socijalna podrška

Poznato je da su socijalni rizični faktori za razvitak postpartalne depresije ponajprije vezani za loše bračne odnose, osjećaj žene da nije voljena od strane svoga partnera, neželjenu ili neplaniranu trudnoću, samohranost majke ili majku koja je razvedena od oca (44).

Osim partnera, obitelj i socijalna sredina imaju također važnu ulogu u predispozicijama za postpartalni poremećaj (45-47).

Smatra se da žena koja je imala u svojoj povijesti bilo koju formu obiteljskog zlostavljanja i bila izložena konstantnom stresu kroz život ima veći rizik za razvitak postpartalnog psihijatrijskog poremećaja (45, 46).

Primijećeno je da tradicionalni kulturološki obrasci ponašanja npr. „Peiyue“ – kineski postpartalni običaj (sličan „babinjama“ u našoj kulturi) s obvezom familijarne podrške je povezan s nešto manjim rizikom razvitka postpartalne depresije (47).

Slično je pronađeno i na Tajvanu, gdje su žene koje su imale tradicionalnu potporu svoje obitelji i posebice svoje majke u trajanju od mjesec dana imale manje simptoma postpartalne depresije (48).

No, ovo ne znači da žene koje žive u više tradicionalnim sredinama imaju manju mogućnost razvitka postpartalne depresije. Procesom globalizacije su tradicionalne sredine vjerojatno izgubile svoje zaštitne mehanizme za očuvanje zdravlja žene poslije porođaja, ali ne i svoju hijerarhijsku strukturu. Tako je u Turskoj na uzorku rodilja u tradicionalnom ruralnom setingu nađeno da je podrška supruga u periodu prije i nakon porođaja manja te da je veća učestalost antenatalne depresije u žena koje potječu iz ovakve sredine (49).

Također je nađeno da manji stupanj podrške od strane partnera poslije porođaja povećava mogućnost razvitka PTSP-a u žena koje su porođaj doživjele traumatskim (27, 50).

Nepovoljne obiteljske ili druge okolnosti u djetinjstvu rodilje (eng. Childhood adversity) su vezane s razvitkom postpartalne depresije (51).

Više simptoma depresije u trudnoći (prenatalne depresije) je nađeno u žena koje su bile tjelesno ili seksualno zlostavljane, te u onih koje su bile smještene u institucije ili udomiteljske obitelji pa su se osjećale odbačene od strane barem jednog od roditelja (51). Seksualno zlostavljanje u djetinjstvu rodilje je vezano i s težim simptomima i lošijom prognozom postpartalne depresije (52).

1.3. BIOPSIHOSOCIJALNI MODEL

George Engel

George Engelova bazična uvjerenja su najbolje znana kao „biopsihosocijalni model“, generalna teorija o zdravlju i bolesti. Kada je ta teorija bila u nastanku ranih pedesetih godina prošloga stoljeća, Engel je već bio poznato ime u neurologiji i općoj medicini kroz svoje studije o nesvjestici, deliriju i ulceroznom kolitisu i počinjao studije koje su korelirale neki gubitak u životu bolesnika sa početkom različitih bolesti.

Engelova životna priča je također utjecala na razvitak njegove teorije. Bio je pod utjecajem strica Emanuel Libmana, koji je bio značajan liječnik. Na nastanak njegove teorije je utjecala i smrt njegovog identičnog brata blizanca 1963., jer je osobno osjetio utjecaj gubitaka na zdravlje osobe, ali i bliska suradnja sa psihijatrima te osobno iskustvo psihoterapije. On je bio vrstan predavač i karizmatik cijenjen kod svojih suradnika, kolega i studenata (53).

Biopsihosocijalni model je pokrenuo revoluciju u dotadašnjem pravocrtnom medicinskom mišljenju i na neki način bolje povezao medicinu sa znanošću. Do nastanka biopsihosocijalnog modela vodeći biomedicinski model je bio fokusiran prvenstveno na bolest. Počevši od Engelovog modela, medicinsko mišljenje je polako napredovalo i integriralo u sebe psihosocijalnu komponentu. Biopsihosocijalni model prvenstveno proizlazi iz opće teorije sustava koju većina smatra modernim izražajem znanosti. Engelov model propisuje fundamentalno drugačiji put od još uvijek vodećeg biomedicinskog modela: da bi bio znanstven, model za medicinu mora uključiti psihosocijalnu dimenziju (osobnu, emocionalnu, obiteljsku i društvenu) pored biološkog aspekta (bolesti) za sve pacijente. Integrirajući ove višestruke, međusobno integrirajuće komponente, predmet naše znanosti (pacijent) i mi također postajemo više humani. Na ovaj način se povezuju znanost i humanizam. No, biopsihosocijalni model još nije istisnuo biomedicinski model. Problem s

kojim se susrećemo je zamršena primjena biopsihosocijalnog modela u svojoj multikomponentnosti (54).

Engel u svojem radu iz 1977. (55) je izložio da biomedicinski model ima status dogme u modernoj zapadnoj medicini. No, biomedicinski model je bio vrlo važan u znanstvenom razvitku medicine. Engel ističe da je posebice povijesno prisutan u zapadnom društvu koje zbog svoga vjerskog nasljeđa dijeli tjelesno od duhovnog, jer po učenjima srednjovjekovne crkve tijelo je samo krhka ljuštura koja prenosi dušu na drugi svijet. Tijelo treba mehanicistički popraviti kako bi „prevezlo“ dušu do krajnjeg odredišta, vječitog života.

Po Engelu, nedostatci ovakvog modela su višestruki. Prvo, biomedicinski model daje apsolutnu prevagu tjelesnim aspektima bolesti pred psihosocijalnima. Nedostatak ovakvog shvaćanja bolesti je u tome što biokemijske promjene same po sebi ne znače nužno bolest. Kako će određena osoba određene simptome doživjeti je u velikoj mjeri određeno njegovom interpretacijom simptoma i kulturnim kontekstom u kojem živi, dakle psihološkim i socijalnim čimbenicima. Ono što će jedna osoba doživjeti kao bolest, druga će doživjeti kao normalnu promjenu u svom funkcioniranju. Isto tako, biološke promjene u tijelu mogu biti uzrokovane psihičkim procesima, kao što je doživljaj stresa ili straha. Biomedicinski model koji ignorira ovu dvostranu interakciju, usmjerava znanstvenike i kliničare prema iskrivljenom i pojednostavljenom razumijevanju bolesti i zdravlja (55).

Ono što biomedicinski model ne uzima u obzir je kako prihvaćanje liječenja od strane pacijenta utječe u velikoj mjeri na ishod samog liječenja. Pacijentova reakcija na bolest, njegovo pridržavanje tretmana, djelovanje placeba na pacijenta, uvelike ovise o pacijentovoj ličnosti, kulturnom miljeu iz koga dolazi i mogu značajno utjecati na ishod liječenja (55).
Engel ističe i važnost odnosa pacijent-liječnik u procesu liječenja bilo tjelesne, bilo psihičke

bolesti. Biomedicinski koncept zdravlja i bolesti podrazumijeva objektivan i distanciran odnos liječnika, koji Engel smatra štetnim za liječenje većine bolesti.

Navodi primjer dvije oprečne bolesti shizofrenije i dijabetesa koje obje imaju multifaktorijalnu patogenezu, te širok spektar kliničke slike od blage do veoma teške. Jedna bolest je tjelesna, a druga psihička, no obje imaju zajedničko da uvjeti života predstavljaju značajne varijable koje utječu na pojavu bolesti i varijaciju u njezinom razvitku. U obje bolesti psihofiziološki odgovor na životnu promjenu može imati interakciju sa postojećim somatskim predispozicijama i tako utjecati na pojavu, ozbiljnost i tijek bolesti (55).

Umjesto biomedicinskog modela, Engel je predložio biopsihosocijalni model bolesti i zdravlja (55, 56). Temelj ovog modela je shvaćanje da bolest i zdravlje treba promatrati u kontekstu sustava koji uključuje međuzavisne biološke, psihološke i socijalne odrednice. Iz Engelovog modela se kasnije razvilo više u praksi primjenjivih modela.

Jedan od njih je tzv. „model usmjeren prema pacijentu“ (57).

Ovaj model podrazumijeva podjednaku važnost razumijevanja bolesti i razumijevanja pacijenta. Za obiteljskog liječnika od posebne je važnosti da prepozna znakove koji ukazuju na mogući razvitak bolesti, a ove će saznati prvenstveno od samog pacijenta. Autori članka o ovom modelu navode rani primjer stresa u obitelji koji se javlja na različite načine: dijete sa slabijim školskim uspjehom, tinejdžerka koja ne koristi kontracepciju, majka koja se ne snalazi sa svojim djetetom, otac koji se doima agresivnim i sl. Ranom intervencijom u ovim slučajevima može se spriječiti suicid, zlostavljanje djeteta ili alkoholizam, koji su se već razvili, ali i njihove posljedice. Tako liječnik obiteljske medicine, čija je osnovna uloga prevencija bolesti, a ne samo liječenje nije uspio ako je dopustio da se iz ranog stresa u obitelji kao psihološko-sociološke kategorije razviju ova patološka stanja. Pri postavljanju dijagnoze treba paralelno s liječničkom „agendom“ razumjeti „agendu“ pacijenta, koja se pri

dolasku kod liječnika sastoji od njegovih strahova, osjećaja, nada i očekivanja. Ovu agendu kao jednako vrijednu treba integrirati s liječnikovom „agendom“ uzimanja anamneze, pregleda, laboratorijskim pretragama. Liječnik koji koristi „model usmjeren prema pacijentu“ dopušta da pacijent vodi intervju, a on ga samo usmjerava i modelira (57).

Psihosomatska medicina je primjenjiva rastuća grana medicine koja je proistekla iz biopsihosocijalnog modela. Psihosomatska medicina koja u centar stavlja interakciju tijela i uma zajedno sa svim socijalnim, kulturnim i drugim okolnostima u pacijentovoj sadašnjosti i prošlosti. Važna grana psihosomatske medicine je psihoneuroendokrinologija. Poznata je povezanost stresnog iskustva života s disregulacijom HPA osovine, te metaboličkim sindromom, smanjenim hipokamapalnim volumenom i depresijom. Čak i zarazne bolesti poput HIV-a u pacijenata s istim laboratorijskim parametrima drugačije se manifestiraju kod različitih biopsihosocijalnih prilika, te je i prognoza bolesti drugačija (58).

U ovome radu ćemo ispitati najvažnije biološke, psihološke i socijalne faktore koji dovode do simptoma najčešćih psihičkih bolesti nakon porođaja, depresije i PTSP-a. Rođenje djeteta predstavlja važni životni događaj koji obilježava često i promjenu dotadašnjega životnog funkcioniranja, i sam po sebi mijenja dotadašnje životne navike, pa i socijalno okruženje, a posebice ako je udružen i s nekim komplikacijama biološke i psihološke prirode. Rođenje djeteta je pravi primjer isprepletenosti bioloških, psiholoških i demografsko-socioloških utjecaja na zdravlje i bolest.

2. HIPOTEZA

Pretpostavka je da je biopsihosocijalni model primjenjiv u etiologiji postpartalnih simptoma depresije i stresa. Zbog toga postoji prediktivna uloga bioloških, psiholoških i socijalnih varijabli u pojavi psihičkih smetnji nakon porođaja.

3. CILJ ISTRAŽIVANJA

3.1. GLAVNI CILJ RADA

Polazeći od osnovne postavke biopsihosocijalnog modela (55) cilj ovoga istraživanja je istražiti prediktivni značaj peripartalnih komplikacija (biološka sastavnica), osobina ličnosti (psihološka sastavnica) i općih uvjeta života te socijalne podrške (socijalna sastavnica) u pojavi psihičkih smetnji nakon poroda (simptoma stresa, depresije).

3.2. SPOREDNI CILJEVI

Dva su sporedna cilja. Prvi je utvrditi učestalost javljanja simptoma stresne reakcije (ASP, PTSP) i depresivnog stanja 3-5 dana nakon poroda te njihovo javljanje 6-9 tjedana i 3 mjeseca (14 do 18 tjedana) nakon poroda i njihovu međusobnu korelaciju. Drugi je istražiti povezanost psihičkih smetnji nakon poroda s odgodom nastupa i teškoćama pri fiziološkoj laktaciji.

4. ISPITANICI I METODE

4.1. ISPITANICI

Ispitivanje je provedeno u Klinici za ženske bolesti i porode, Kliničkog bolničkog centra Zagreb. Upitnik je ponuđen 395-ma ispitanicama od kojih su 23 ispitanice isključene iz istraživanja. Razlozi za isključivanje za 23 ispitanice su bili: 11 ispitanica nije imala stalnu adresu boravka, 2 ispitanice nisu govorile hrvatski, 8 ispitanica je odbilo ispitivanje, a 2 ispitanice su bile na metadonskoj terapiji zbog opijatske ovisnosti, pa su isključene iz studije. Konačno, 372 ispitanica treći dan nakon vaginalnog porođaja, te peti dan nakon carskog reza pristupilo je ispitivanju. Ovo je bila **prva točka** ispitivanja. Autorica istraživanja osobno je dala upitnik rodiljama uza sva potrebna objašnjenja o ispunjavanju istog. Rodilje su samostalno ispunile upitnik. Sve ispitanice su dale informirani pristanak i ispitivanje je bilo odobreno od strane Etičkog povjerenstva Klinike za ženske bolesti i porode, kao i Etičkog povjerenstva Medicinskog fakulteta u Zagrebu. **Druga točka** ispitivanja bila je nakon 6 do 9 tjedana od rođenja djeteta (od 372 ispitanice njih 262 su ispunile drugi upitnik). **Treća točka** ispitivanja bila je nakon 14 do 18 tjedana (od prvobitne 372 uključene ispitanice njih 201 je i treći put ispunilo upitnik).

Kriteriji za uključivanje u ispitivanje su: pismenost ispitanica, potpisani informirani pristanak. Kriteriji za isključivanje su uključivali aktivnu dijagnozu psihičke bolesti (psihoza, depresije, ovisnosti) za koju trenutno uzima lijekove ili supstitucijsku opioidnu terapiju te nepismenost.

4.2. METODE

4.2.1. Prva točka ispitivanja

U prvoj točki su rodilje ispunjavale 9 upitnika. Četiri upitnika su bila napravljena za potrebe istraživanja, tri su bila standardna validirana upitnika, a dva su upitnika preuzeta uz dozvolu autora iz drugih istraživanja.

Nazivi upitnika:

- Upitnik 1 – O uvjetima života
- Upitnik 2 – Zdravlje i bolest prije porođaja
- Upitnik 3 – O komplikacijama tijekom porođaja
- Upitnik 4 – Upitnik socijalne podrške
- Upitnik 5 – Upitnik pet-faktorskog modela ličnosti – (Big Five Inventory, BFI)
- Upitnik 6 – Revidirana skala utjecaja traumatskog događaja – (Impact of Events Scale revised, IES-R)
- Upitnik 7 – Edinburška skala postnatalne depresije – (The Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)
- Upitnik 8 **–** Upitnik o ranom uspostavljanju laktacije i stava prema dojenju
- Upitnik 9 – O eventualnim nepovoljnim obiteljskim i drugim prilikama u djetinjstvu rodilje

Vlastiti upitnici

Upitnici kreirani za potrebe istraživanja su upitnici 1, 2, 3 i 8.

Socio-demografski podatci, podaci o zdravlju i bolestima prije porođaja, način porođaja (1. vaginalni porođaj, 2. carski rez, 3. hitni carski rez – obstetrična hitnost u kojoj komplikacije trudnoće nastupe naglo tijekom procesa porođaja), bračno stanje, broj djece i drugih članova

obitelji, zaposlenost, uvjeti života i spol novorođenog djeteta su prikupljeni u upitniku 1 i 2. Kako bi se ispitala retraumatizacija i simptomi anksioznosti tijekom trudnoće, pitanje o traumatskim događajima tijekom rodiljinog života te pitanje o svakodnevnom strahovanju za ishod porođaja su bila također uključena u upitnik 2.

Upitnik 3 je bio naš prethodno korišteni upitnik (24) o komplikacijama tijekom i nakon porođaja. Upitnik je ispitivao sljedeće komplikacije: 1) dugotrajni porođaj (≥12 h od prijema u rodilište do porođaja, 2) veoma bolan porođaj, 3) disocijacija kao posljedica porođaja, 4) komplikacije i bolesti majke za vrijeme porođaja i nakon njega, a kao posljedica porođaja, 5) medicinska intervencija tijekom porođaja (hitni carski rez, rođenje forcepsom), 6) prijevremeni porođaj i 7) bolest djeteta (kao posljedica porođaja ili urođena). Smatrali smo da jedna ili više od ovih komplikacija bi mogla biti prediktivna za razvitak simptomatike PTSP-a ili depresije.

Za potrebe ispitivanja povezanosti psihičkih smetnji nakon porođaja s odgodom nastupa i teškoćama pri fiziološkoj laktacije smo također kreirali upitnik o dojenju (Upitnik 8).

Ranije korišteni upitnici

Ranije korišteni upitnici u drugim studijama su upitnici 4 i 9.

Kako bi ispitali socijalnu podršku koristili smo ranije korišteni upitnik (Upitnik 4) uz dozvolu autora (59). Upitnik se sastojao od 7 pitanja s mogućim binarnim da/ne odgovorima. Pitanja su bila o bračnom stanju, bračnim problemima, neželjenoj ili neplaniranoj trudnoći, i psihološkim teškoćama poslije prethodne trudnoće (ovo pitanje su odgovarale samo višerotke) (59). Autori su pozitivan odgovor na 3 ili više ovih pitanja smatrali prediktivnim za razvitak postpartalne depresije. Mi smo sukladno našem ranijem nalazu (60) smatrali pozitivan odgovor na 2 ili više od ovih pitanja prediktivnim za razvitak simptoma depresije ili PTSP-a.

Kako bi ispitali nepoželjne obiteljske ili druge okolnosti u djetinjstvu rodilje koristili smo

upitnik „nedaća u djetinjstvu“ (Upitnik 9) s dozvolom autora (51). Upitnik je ispitivao tjelesno zlostavljanje, seksualno zlostavljanje, smještaj u domovima ili udomiteljskim obiteljima, osjećaj odbačenosti od strane barem jednog od roditelja i obiteljske tajne.

Standardni upitnici

Ovi upitnici (6, 7 i 8) su validirani upitnici preuzeti iz svjetske literature.

Upitnik pet-faktorskog modela ličnosti – (Big Five Inventory, BFI)

Osobine ličnosti smo ispitivali uporabom BFI upitnika (Upitnik 5). On se sastoji od 44 čestice u obliku kratkih tvrdnji koje opisuju niz različitih osobina. Zadatak sudionika je da procjeni u kojoj mjeri sebe doživljavaju kao osobu s navedenom osobinom. Čestice koje mjere neuroticizam izgledaju poput „Sebe vidim kao osobu koja je depresivna, tužna.“ Primjer tvrdnje koja mjeri otvorenost izgleda poput „Sebe vidim kao osobu koja je maštovita.“, a savjesnost „Sebe vidim kao osobu koja temeljito obavlja posao.“ Tvrdnje kojima se ispituje ekstraverzija glase poput „Sebe vidim kao osobu koja je pričljiva“, dok izjava kojom se mjeri ugodnost izgleda „Sebe vidim kao osobu koja započinje svađe s drugima.“ Odgovori se boduju na ljestvici Likertova tipa od pet stupnjeva (od 1 – uopće se ne slažem do 5 – u potpunosti se slažem). Odgovori pojedine skale zbrajaju se i kao takvi čine ukupan rezultat skale (61).

Ovaj upitnik dobro pokriva svih pet dimenzija ličnosti i ima dobre psihometrijske karakteristike. Na američkim i kanadskim uzorcima ispitanika koeficijenti unutarnje konzistencije kreće se od 0,75 do 0,90, s prosjekom većim od 0,80. Test-retest pouzdanosti u razmaku od tri mjeseca iznose od 0,80 do 0,90, s prosjekom od 0,85. Povezanosti između pojedinih dimenzija relativno su niske, najčešće između 0,20 i 0,30. Osim toga, BFI skale visoko koreliraju s ostalim mjerama pet-faktorskog modela, na primjer, NEO-PI (61). Upitnik je preveden na hrvatski jezik i primijenjen u istraživanju Kardum, Gračanin i Hudek-

Knežević. U tom je istraživanju konfirmatornom faktorskom analizom potvrđena izvorna struktura upitnika. Koeficijenti unutarnje konzistencije iznosili su 0,69 za ekstraverziju, 0,69 za ugodnost, 0,78 za savjesnost, 0,80 za neuroticizam i 0,78 za otvorenost (62).

Revidirana skala utjecaja događaja – (Impact of Events Scale revised, IES-R)

Za procjenu simptoma traumatskog iskustva porođaja (PTSP poslije porođaja) koristili smo Revidiranu skalu utjecaja događaja IES-R – hrvatsku validiranu verziju (Upitnik 6).

IES-R je skala s 22 čestice koja procjenjuje subjektivni distres izazvan traumatskim događajem i povezan je direktno sa 14 od 17 DSM-IV simptoma PTSP-a (63, 64). To je revidirana verzija starije verzije koja se sastojala od 15 čestica (IES) (65). IES-R sadrži 7 dodatnih čestica vezanih za simptome pobuđenosti vezane za PTSP, koje nisu bile ugrađene u originalni IES. Ispitanici su zamoljeni da identificiraju specifični stresni događaj i da zatim ukažu koliko su bili uznemireni ili ometani tijekom zadnjih tjedan dana sa svakom pojedinačnom navedenom „teškoćom". Čestice su rangirane na skali sa 5 bodova rangiranoj od 0 („nimalo") do 4 („izuzetno"). IES-R daje ukupni broj bodova u rasponu od 0 do 88 (63). IES-R je prevedena i validirana (konvergentna validacija) na hrvatski jezik sa pouzdanošću od (Cronbach α) 0.91 (66). Korištena je od istih autora na hrvatskoj populaciji (67). „Cut-off" točka IES-R na uzorku od 104 ispitanika je bila između 24 i 33, te je pokazala je osjetljivost i specifičnost od 70% (68). U ovom istraživanu smo koristili „Cutt-of" zbroj od 24 kako bi otkrili prisustvo traumatskog iskustva porođaja.

Edinburška skala postnatalne depresije – (The Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)

Kako bi otkrili simptome postpartalne depresije koristili smo hrvatsku validiranu verziju Edinburške skale postnatalne depresije EPDS (engleski: The Edinburgh Postnatal Depression Scale) (Upitnik 7).

EPDS je skala sa 10 čestica koju ispunjavaju majke, a ocjenjuju ih kliničari (69). U različitim populacijama rodilja postoje različiti pragovi od 7 do 16 (70). EPDS je prevedena i validirna na hrvatskom jeziku (71). Uz kritični rezultat od 8.5 osjetljivost ljestvice za određivanje prisutnosti PD je 77,3 %, specifičnosti 82,4 %, a pozitivna prediktivna vrijednost 27,9 % (71).

4.2.2. Druga točka ispitivanja

Nakon 6 tjedana autorica istraživanja je kontaktirala telefonski sve ispitanice i uputila ih u ispunjavanje upitnika koji im je poslan putem pošte. Ovaj upitnik se sastojao od prethodno korištenih IES-R (Upitnik 6), EPDS (Upitnik 7) i upitnika o dojenju. To je:

- Upitnik 10 – Upitnik o uspostavljanju i održavanju laktacije.

Ispitanice su ispunjavale upitnike u razdoblju između 6 do 9 tjedana nakon poroda, te ih nakon toga vratile poštom.

4.2.3. Treća točka ispitivanja

Nakon 14 tjedana autorica istraživanja je opet telefonski kontaktirala ispitanice i uputila ih još jednom u ispunjavanje upitnika koji im je opet poslan putem pošte. Upitnici su bili identični upitnicima iz druge točke studije (6, 7 i 10). Ispitanice su vratile upitnike poštom u razdoblju između 14 do 18 tjedana nakon poroda.

4.3. STATISTIČKE METODE

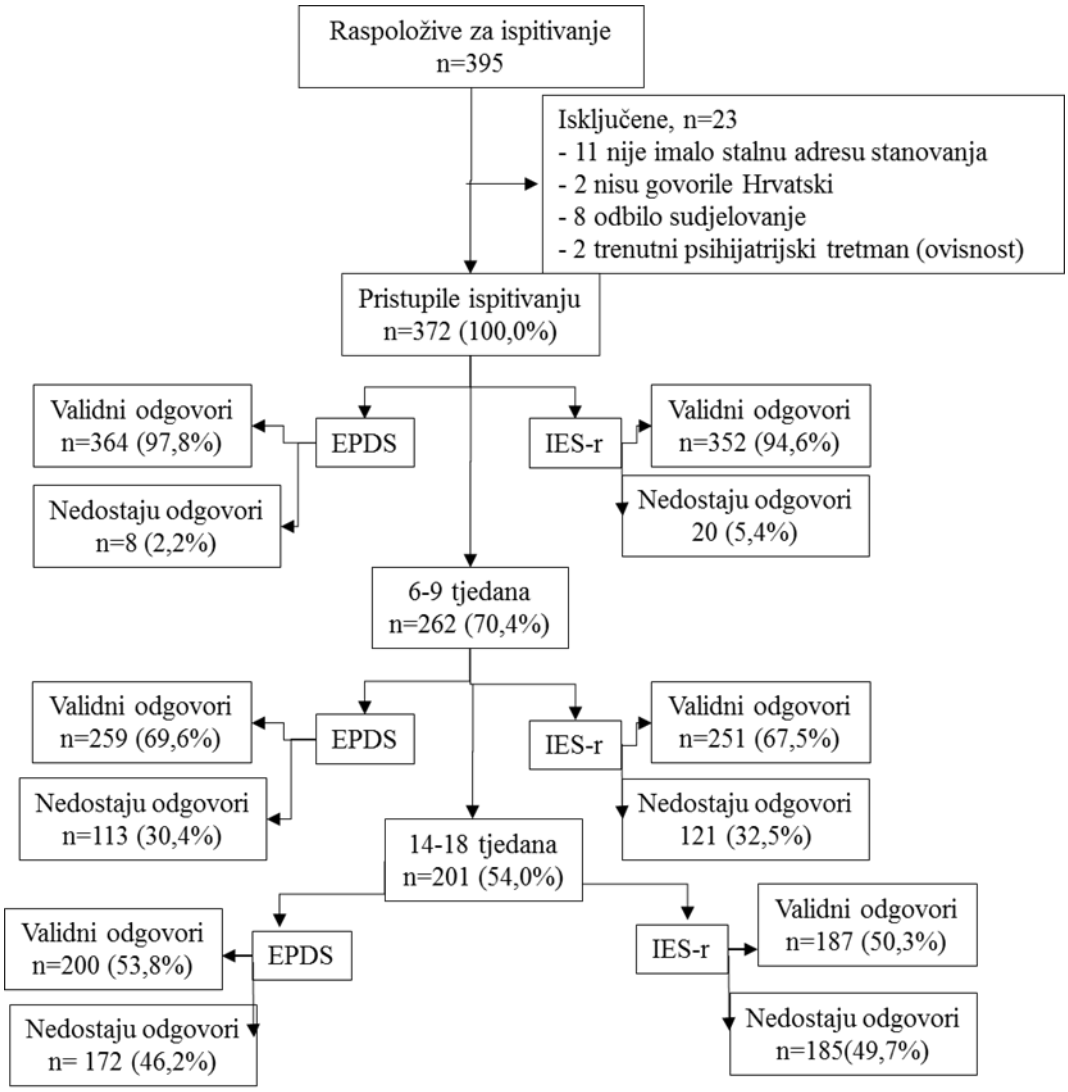
Razina statističke značajnosti određena je na 5% ($p<0.05$) te su svi intervali pouzdanosti dani na razini od 95%.

Normalnost raspodjela kontinuiranih varijabli provjeravana je Kolmogorov-Smirnov testom kod uzoraka većih od 30, a kod manjih Shapiro-Wilk testom, dok je homogenost varijanci dviju ili više skupina provjeravana Levenovim testom. Aritmetičke sredine kontinuiranih varijabli u slučaju dviju skupina uspoređene su t-testom za nezavisne uzorke ako su varijance bile homogene, a u slučaju heterogenih varijanci korišten je t-test za nejednake varijance s korigiranim stupnjevima slobode. U slučaju više od dvije skupine korištena je jednosmjerna analiza varijance. Statistički značajne razlike, utvrđene analizom varijance, dalje su ispitane putem Tukeyevog HSD post hoc testa ako su varijance skupine bile homogene, dok je u slučaju heterogenih varijanci korišten Games-Howellov post hoc test. Povezanost između dviju kontinuiranih varijabli izražena je putem Pearsonovog koeficijenta korelacije. Univarijatna i multivarijatna predikcija klinički značajnih rezultata na primijenjenim skalama ispitana je putem logističke regresije, a omjeri izgleda dani su uz 95%-tni interval pouzdanosti. Pri predikciji klinički značajnih rezultata najprije su ispitane univarijatne povezanosti varijable za koje se očekivalo da su povezane s rezultatima. Nakon toga su za uključivanje u multivarijatnu analizu odabrane one varijable kod kojih je univarijatna razina statističke značajnosti bila manja od $p=0,05$. Za analizu je korišten programski paket SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

5. REZULTATI

5.1. TIJEK STUDIJE

Na slici 1. prikazan je tijek studije kroz tri točke mjerenja.



Slika 1. Tijek studije

U prvoj točki od 395 raspoložive ispitanice 23 potencijalne ispitanice nisu pristupila ispitivanju od kojih 11 nije imalo stalnu adresu boravka, 2 ispitanice nisu govorile hrvatski

jezik, 8 ispitanica je odbilo sudjelovanje, a 2 ispitanice su imale isključni kriterij (aktivnu dijagnozu psihičke bolesti – uzimale su metadonsku supstitucijsku terapiju) pa je na kraju u ispitivanje uključeno 372 ispitanice.

Analiza neodaziva (uskraćenog odgovora) za drugu točku

Između sudionica koje su sudjelovale i onih koje nisu sudjelovale u drugoj točki 6-9 tjedan nakon poroñaja nisu utvrñene razlike u dobi, broju ukućana, urbaniziranosti mjesta u kojem žive te broju druge djece koje bi mogle imati utjecaja na valjanost rezultata. Sudionice u drugoj točki su bile više stručne spreme i češće zaposlene od onih izgubljenih za praćenje. Sudionice koje su odgovorile u drugoj točki su bile višeg stupnja obrazovanja 138/259 (53,3%) nego sudionice koje su uskratile odgovor 44/113 (38,9%). Sudionice koje su odgovorile su također bile češće zaposlene 209/258 (81,0%)* nego sudionice koje su uskratile odgovor 72/112 (64,3%). Obrazovanje i zaposlenost u prvoj i drugoj točki nisu bili statistički značajni prediktori klinički značajne simptomatike depresije ili PTSP-a, pa ove razlike nisu mogle utjecati na valjanost rezultata.

Analiza neodaziva (uskraćenog odgovora) za treću točku

Analizom sociodemografskih karakteristika između sudionica koje su sudjelovale i onih koje nisu sudjelovale u trećem valu prikupljanja podataka 14-18 tjedana nakon poroñaja, nisu utvrñene razlike u dobi, broju ukućana, urbaniziranosti mjesta u kojem žive te broju druge djece koje bi mogle imati utjecaja na valjanost rezultata. Međutim, sudionice istraživanja nakon 14-18 tjedana od poroñaja bile su više stručne spreme 109/200 (54,5%) i češće zaposlene 165 (82,5%) od sudionica izgubljenih za praćenje od kojih je 73/172 (43,4%) bilo visoke i više stručne spreme, a zaposlenih je bilo 116/170* (68,2%). Obrazovanje i zaposlenost nisu bili značajni za klinički značajnu simptomatiku PTSP-a, ali je nezaposlenost

u trećoj točki povećavala rizik za razvitak depresije, pa je ovo moglo utjecati na rezultate multivarijatne analize prediktora depresije 14-18 tjedana nakon porođaja.

* Za dvije sudionice nisu valjano prikupljeni podatci o zaposlenju.

Umetanje podataka koji nedostaju

Kako ne bi izostavili sudionice koje su odgovorile na većinu pitanja na IES-R te EPDS iz analize napravili smo imputaciju (umetanje) nedostajućih odgovora po preporučenoj statističkoj metodi u takvim slučajevima (72). Za one sudionice koje nisu odgovorile na 20% ili manje pitanja na skali, odnosno nedostajalo im je 4 ili manje odgovora za IES-R, te je nedostajalo 2 ili manje odgovora za EPDS, odgovori koji su nedostajali zamijenjeni su medijanom odgovora svih sudionica na dano pitanje. Za skalu traumatskog događaja takvih sudionica u prvoj točki je bilo 14, u drugoj točki 11, a u trećoj točki 11. Za skalu postnatalne depresije takvih sudionica u prvoj točki je bilo 4, u drugoj točki je bila 1, a u trećoj točki nije bilo takvih sudionica.

5.2. OPIS UZORKA

Opisan je uzorak 372 ispitanice koje su pristupile istraživanju.

Tablica 1. Uvjeti života

	n	(%)
Jeste li udati ili živite sa partnerom?		
da	366	(98,4)
ne	6	(1,6)
ukupno	372	(100,0)
Imate li svoj stan/kuću ili ste podstanar/živite kod roditelja?		
vlastiti stan/kuca	253	(68,4)
podstanar	59	(15,9)
živim kod roditelja	58	(15,7)
ukupno*	370	(100,0)
Živite li s još članova obitelji osim supruga/partnera i djece?		
da	82	(22,0)
ne	290	(78,0)
ukupno	372	(100,0)
Sredina u kojoj živite je:		
grad	236	(63,4)
manji grad ili predgrađe	76	(20,4)
selo	60	(16,1)
ukupno	372	(100,0)

KRATICE: n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica
* 2 ispitanice nisu dale podatak o stanovanju

Većina ispitanica je bila iz grada što je i logično s obzirom da se ispitivanje odvijalo u KBC Zagreb u Zagrebu, ali smo ipak imali uzorak i ispitanica iz manjih sredina. Samo 6 ispitanica nije živjelo s ocem djeteta. Čak 82 (22%) ispitanice su živjele s nekom drugom odraslom osobom osim sa suprugom i djecom. Trideset četiri ispitanice su živjele sa svojim ocem i/ili majkom ili drugim rođacima. Četrdeset šest ispitanica je živjelo sa svekrom i/ili svekrvom i drugim suprugovim rođacima. Dvije ispitanice su osim sa suprugom i djecom živjele s drugim osobama s kojima nisu u srodstvu.

Tablica 2. Dob, stručna sprema i posao

	n	(%)
Koje ste stručne spreme?		
bez škole	1	(0,3)
osnovna škola	21	(5,6)
srednja škola	168	(45,2)
viša škola	39	(10,5)
visoka škola	116	(31,2)
magistar ili doktor znanosti	27	(7,3)
ukupno	372	(100,0)
Koje ste stručne spreme?		
osnovna škola ili bez škole	22	(5,9)
srednja škola	168	(45,2)
visa škola	39	(10,5)
visoka škola	116	(31,2)
magistar ili doktor znanosti	27	(7,3)
ukupno	372	(100,0)
Jeste li ste zaposleni?		
da	281	(75,9)
ne	89	(24,1)
ukupno*	370	(100,0)
Jeste li ste zadovoljni s primanjima koja ostvarujete?		
da	184	(60,1)
ne	122	(39,9)
ukupno*	306	(100,0)
	M	IR
Dob	30	(26-34)

KRATICE: M – aritmetička sredina; IR – Interkvartilni raspon; n = broj ispitanica;
*2 ispitanice nisu odgovorile na pitanje o zaposlenju, te dio ispitanica na pitanje o primanjima

Najmlađa ispitanica je imala 15 godina, a najstarija je imala 45 godina. Medijan (aritmetička sredina) dobi svih ispitanica je bio 30 s inerkvartilnim rasponom 26-34. Ispitanice su bile višeg stupnja obrazovanja nego prosječna populacija u Republici Hrvatskoj (73). Također, značajan dio njih je bio zaposlen.

Tablica 3. Novorođeno dijete i ostala djeca

	n	(%)
Spol vašeg novorođenog djeteta je		
muški	195	(52,4)
ženski	170	(45,7)
blizanci muško i žensko	6	(1,6)
ženski blizanci	1	(0,3)
ukupno	372	(100,0)
Imate li još djece osim sada rođenog djeteta		
da	184	(49,5)
ne	188	(50,5)
ukupno	372	(100,0)

KRATICE: n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

U uzorku je bilo nešto malo više novorođene muške djece, što je i uobičajeno u svjetskoj populaciji po rezultatima dosadašnjih istraživanja (74). 50,5% žena u ovome uzorku su bile prvorotke.

Prethodni traumatski događaj

Kako bismo procijenili utjecaj eventualnih prethodnih traumatskih događaja na razvitak psihičkih smetnji nakon porođaja, ispitanice su pitane o prethodnom traumatskom događaju koje su doživjele prije ovog porođaja i trudnoće. Naime, smatra se da simptomi PTSP-a poslije porođaja mogu postojati i od prije porođaja (3), pa bi prethodna trauma mogla biti jedan od prediktora PTSP-a poslije porođaja ili u najmanju ruku učiniti ženu više osjetljivom na buduću percepciju traume.

Tablica 4. Traumatski događaji prije porođaja i trudnoće*

	n	(%)
Jeste li prije ovog porođaja ikada preživjeli nešto sto biste mogli nazvati izrazito traumatskim događajem?		
da	83	(22,4)
ne	287	(77,6)
ukupno ▪	370	(100,0)
Što		
pobačaj	14	(17,1)
smrt oca	8	(9,8)
mrtvorođeno dijete ili smrt djeteta	7	(8,5)
smrt drugih bliskih članova obitelji	6	(7,3)
rat	6	(7,3)
prethodni porođaj	5	(6,1)
prometna nezgoda	5	(6,1)
smrt oba roditelja	4	(4,9)
vise smrtnih slučajeva u obitelji ili bliskih osoba	4	(4,9)
bolest bliske osobe ili člana obitelji	4	(4,9)

KRATICE: n = broj ispitanica, % = postotak ispitanica
* Ispitanice su pitane da opišu prethodno iskustvo koje im je bilo traumatsko, a da nije vezano za sadašnji boravak u bolnici.
▪ dvije ispitanice nisu odgovorile na ovo pitanje

U istraživanoj populaciji je 22,4% ispitivane populacije doživjela neki traumatski događaj prije porođaja i trudnoće. Od toga je 21 ispitanica (31,2%) navela razne prethodne opstetrične komplikacije kao traumatske (pobačaj, prethodni porođaj, mrtvorođeno dijete). U literaturi je navedeno da su žene sa prethodnim opstetričnim komplikacijama sklone razvitku psihičkih smetnji nakon porođaja te izbjegavajućem ponašanju u smislu zahtjeva za carskim rezom iz psihičkih razloga i sl. (8).

Komplikacije tijekom i neposredno nakon porođaja

Ispitanice su uz pomoć glavnog ispitivača ispunile dio upitnika o komplikacijama tijekom i neposredno nakon porođaja. Pitanja o medicinskim intervencijama i trajanju porođaja su

provjerena i u raspoloživoj medicinskoj dokumentaciji.

Tablica 5. Komplikacije tijekom porođaja (dio ispitanica nije odgovorio na pojedina pitanja)

	n	(%)
Kako biste opisali bol tijekom porođaja?		
podnošljiva	112	(32,5)
teška	177	(51,3)
nepodnošljiva, mislila sam da ću umrijeti	56	(16,2)
ukupno	345	(100,0)
Jeste li u jednom trenutku porođaja imali osjećaj da se porođaj ne događa Vama nego nekom drugom (da svjedočite vlastitom porođaju)?		
da	30	(8,5)
ne	325	(91,5)
ukupno	355	(100,0)
Da li ste imali neku neuobičajenu medicinsku intervenciju tijekom porođaja ili nakon ?		
da	35	(9,7)
ne	325	(91,3)
ukupno	360	(100,0)
Dugi porođaj *		
ne	270	(81,6)
da	61	(18,4)
ukupno	331	(100,0)
Imate li neku tegobu kao direktnu posljedicu porođaja?		
da	21	(5,8)
ne	344	(94,2)
ukupno	365	(100,0)
Da li je Vaše dijete ranije rođeno (prije 37. tjedna)?		
da	24	(6,5)
ne	347	(93,5)
ukupno	371	(100,0)
Da li je Vaše dijete imalo neke komplikacije nakon porođaja zbog čega je bilo odvojeno od Vas tijekom boravka u rodilištu?		
da	29	(7,9)
ne	340	(92,1)
ukupno	369	(100,0)

KRATICE: n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica
*Dugi porođaj je definiran kao porođaj trajanja 14 i više sati za prvorotkinje te 12 i više sati za višerotkinje.

Najčešća komplikacija je bio dugotrajan porođaj, od ukupno ispitivane populacije je isti imala 61 ispitanica, odnosno 18,4%, za tom komplikacijom slijedi 56 ispitanica koje su bol definirale kao nepodnošljivu (16,2%). Neuobičajene medicinske intervencije su bile

zabilježene kod 35 ispitanica (9,7%). Dvadeset i jedna ispitanica je dobilo infuziju (zbog hipotenzije) i upućeno na hitni carski rez, zatim tri su ispitanice uz prelazak na hitni carski rez dobile i transfuziju, a jedna ispitanica je imala gubitak svijesti, oživljavanje, transfuziju i zatim prelazak na carski rez. Tri su ispitanice imale gubitak svijesti nakon vaginalnog porođaja, 3 su dobile transfuziju nakon vaginalnog porođaja, a 4 ispitanice su imale zaostalu posteljicu i naknadnu kiretažu. Svega 21 ispitanica (5,8%) navodi da ima neku neuobičajenu tegobu kao direktnu posljedicu porođaja, od toga 10 ima privremenu inkontinenciju urina i/ili druge tegobe s mokrenjem, 4 navodi teške bolove u leđima i/ili prsnom košu, 4 navodi zatvor i/ili hemoroide, 2 ispitanice navode slabokrvnost te 1 ispitanica navodi upalu mokraćnog mjehura.

Tablica 6. Način porođaja

	n	(%)
Način porođaja		
vaginalni	291	(78,2)
elektivni carski rez	38	(10,2)
hitni carski rez	43	(11,6)
ukupno	372	(100,0)

KRATICE: n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Najveći broj ispitivanih žena je rodio vaginalnim porođajem. Ženama koje su rodile elektivnim carskim rezom u našem uzorku je indikacija za isti postavljena u ranijem tijeku trudnoće i na isti su došle u unaprijed zakazanom terminu.

Tablica 7. Komplikacije tijekom trudnoće

	n	(%)
Da li ste imali povišen tlak u trudnoći?		
da	32	(8,6)
ne	340	(91,4)
ukupno	372	(100,0)
Da li ste imali dijabetes (šećernu bolest) u trudnoći?		
da	38	(10,2)
ne	334	(89,8)
ukupno	372	(100,0)
Da li ste imali druge komplikacije u trudnoći (krvarenje, nasjela posteljica, mučnina) zbog kojih ste morali mirovati tijekom trudnoće?		
da	94	(25,3)
ne	278	(74,7)
ukupno	372	(100,0)
Da li je postojala sumnja o mogućoj urođenoj bolesti Vašeg djeteta tijekom trudnoće?		
da	21	(5,7)
ne	348	(94,3)
ukupno*	369	(100,0)

KRATICE: n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica
*3 ispitanice nisu odgovorile na ovo pitanje

Komplikacije tijekom trudnoće majke i ploda u ispitivanoj populaciji – jedna ili više komplikacija se smatrala mogućim prediktorom postpartalne depresivne ili PTSP simptomatike. Odgovori na pitanja su provjereni i u raspoloživoj medicinskoj dokumentaciji. Osim ovoga, rodilje su odgovarale i na pitanje o svakodnevnim strahovanjima tijekom trudnoće i to je pitanje bilo mjera anksioznosti tijekom trudnoće.

Tablica 8. Anksioznost rodilje tijekom trudnoće

	n	(%)
Da li ste svakodnevno tijekom trudnoće strahovali za ishod porođaja?		
da	102	(27,5)
ne	269	(72,5)
ukupno*	371	(100,0)

KRATICE**:** n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica
*jedna ispitanica nije odgovorila na ovo pitanje

Tablica 9. Socijalna podrška

	n	(%)
Da li ste sama ili razvedena?		
da	6	(1,6)
ne	366	(98,4)
ukupno	372	(100,0)
Imate li problema u braku?		
da	7	(1,9)
ne	359	(98,1)
ukupno*	366	(100,0)
Osjećate li često kako Vas partner ne voli?		
da	10	(2,7)
ne	356	(97,3)
ukupno*	366	(100,0)
Je li Vaša trudnoća bila neplanirana?		
da	98	(26,4)
ne	273	(73,6)
ukupno*	371	(100,0)
Jeste li ponekad vise ili manje zažalili sto ste bili trudni?		
da	23	(6,2)
ne	349	(93,8)
ukupno	372	(100,0)
Da li u nekom periodu tijekom trudnoće zbog problema u okolini više niste željeli imati dijete?		
da	12	(3,2)
ne	360	(96,8)
ukupno	372	(100,0)

Tablica 9. (nastavak) Socijalna podrška

	n	(%)
Jeste li bili ekstremno deprimirani ili nervozni u periodu rođenja Vašeg prethodnog djeteta (ako ga imate)?		
da	18	(10,1)
ne	160	(89,9)
ukupno▪	178	(100,0)

KRATICE: n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica
*dio ispitanica nije odgovorio na pitanje
▪na ovo pitanje su odgovarale samo višerotke

Samo 6 žena u ukupnom uzorku su bile samohrane majke. Najčešće pozitivno odgovoreno pitanje u ovome upitniku je ono o neplaniranoj trudnoći, n=98. Smatrali smo da sukladno prethodnim radovima (44, 60) pozitivni odgovori na 2 ili više pitanja u ovom upitniku je bilo prediktivno za lošu socijalnu podršku.

Tablica 10. Obiteljske i druge prilike u djetinjstvu (dio ispitanica nije odgovorio na pojedina pitanja)

	n	(%)
Barem jedan od roditelja Vas je često kažnjavao?		
da	19	(5,3)
ne	338	(94,7)
ukupno	357	(100,0)
Jeste li imali tijekom djetinjstva ili adolescencije doživjeli seksualno dodirivanje?		
da	13	(3,7)
ne	343	(96,3)
ukupno	356	(100,0)
Jeste li tijekom svog djetinjstva i adolescencije bila prisiljena na seksualni odnos?		
da	0	(0,0)
ne	356	(100,0)
ukupno	356	(100,0)
Jeste li ikad bili smješteni u domove, u ustanove, ili u udomiteljsku obitelj (barem tijekom jedne školske godine)?		
da	7	(2,0)
ne	350	(98,0)
ukupno	357	(100,0)
Da li ponekad imali osjećaj da ste odbačeni od strane barem jednog od vaših roditelja?		
da	42	(11,8)
ne	315	(88,2)
ukupno	357	(100,0)
Ponekad vam se činilo da niste bili željeni od strane barem jednog od vaših roditelja?		
da	29	(8,1)
ne	328	(91,9)
ukupno	357	(100,0)
Osjećate li da ste bili manje voljeni od strane barem jednog od vaših roditelja nego sto su bili voljeni vaša braca i sestre?		
da	29	(8,1)
ne	327	(91,9)
ukupno	356	(100,0)

Tablica 10. (nastavak) Obiteljske i druge prilike u djetinjstvu (dio ispitanica nije odgovorio na pojedina pitanja)

	n	(%)
Je li bilo u vašoj obitelji tajni koje su se skrivale od Vas kao djeteta koje ste shvatili kasnije tijekom života ili je postojala sumnja u njih?		
da	19	(5,4)
ne	336	(94,6)
ukupno	355	(100,0)

KRATICE: n = broj ispitanica, % = postotak ispitanica

Niti jedna sudionica koje su ispunile upitnik tijekom djetinjstva ili adolescencije nije bila prisiljena na seksualni odnos. Osjećaj odbačenosti od roditelja je bio među najčešće odgovorenim pitanjima. Ukupno 42 ispitanice su se osjećale odbačeno od strane jednog od roditelja. Jedno ili više pozitivno odgovorenih pitanja je bilo prediktivno za nepovoljne okolnosti odrastanja rodilje.

Upitnik pet-faktorskog modela ličnosti – (Big Five Inventory, BFI)

Kako bi ispitali prediktorni značaj osobina ličnosti na razvitak psihičkih smetnji nakon poroda koristili smo BFI (detaljnije opisan u metodologiji). Sve ispitanice su ispunile ovaj upitnik u prvoj točki ispitivanja 3-5 dana nakon poroda uz dodatna objašnjenja glavnog ispitivača o značenju pojedinih čestica. Srednje vrijednosti, medijan, minimalni i maksimalni rezultat za pojedine supkategorije upitnika su opisane u Tablici 11. Cronbachov alfa koeficijent pouzdanosti unutarnje konzistencije za pojedine čestice je bio sukladan dosadašnjim istraživanjima (61, 62).

Tablica 11. Temeljne osobine ličnosti po upitniku BFI

	P (N)	min	max	M	(sd)	Medijan	(IQR)	A
Ekstraverzija	0,001	15	40	30,3	(4,58)	30	(27-34)	0,75
Ugodnost	<0,001	19	45	34,7	(4,96)	35	(31-38)	0,74
Savjesnost	<0,001	23	45	36,2	(4,94)	36	(33-40)	0,80
Neuroticizam	<0,001	8	37	19,6	(5,19)	19	(16-23)	0,78
Otvorenost	0,012	22	50	35,6	(5,59)	36	(32-40)	0,79

KRATICE: P (N) – statistička značajnost odstupanja raspodjele rezultata od normalne; Kolmogorov-Smirnov test; min – minimalni rezultat; max – maksimalni rezultat; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; IQR – interkvartilni raspon; α – Cronbachov alfa koeficijent pouzdanosti unutarnje konzistencije

Upitnici o dojenju

Kako bi se istražila povezanost psihičkih smetnji nakon porođaja s odgodom nastupa i teškoćama pri fiziološkoj laktaciji jedan upitnik je bio ispunjavan u prvoj točki (Upitnik 8), a drugi upitnik za 2. i 3. Točku (Upitnik 10), gdje su ispitivane i teškoće pri dojenju, pa se uzorak opisuje ponaosob u sve tri točke s obzirom na razlike u upitniku.

Tablica 12. Rano uspostavljanje laktacije i stav prema dojenju – prvo mjerenje (dio ispitanica nije odgovorio na pojedina pitanja)

	n	(%)
Da li Vam je nadošlo mlijeko?		
da	320	(87,0)
ne	48	(13,0)
ukupno	368	(100,0)
Imate li zastoj mlijeka?		
da	40	(10,9)
ne	326	(89,1)
ukupno	366	(100,0)
Uspijevate li dojiti dijete?		
da	312	(85,2)
ne	54	(14,8)
ukupno	366	(100,0)
Uspijevate li se izdojiti?		
da	227	(63,2)
ne	132	(36,8)
ukupno	359	(100,0)
Mislite li da ćete uspješno moći dojiti dijete bez dohrane?		
da	308	(84,8)
ne	55	(15,2)
ukupno	363	(100,0)

KRATICE: n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Tablica 13. Uspostavljanje i održavanje laktacije – drugo mjerenje (dio ispitanica nije odgovorio na pojedina pitanja)

	n	(%)
Da li Vam je nadošlo mlijeko?		
da	242	(93,1)
ne	18	(6,9)
ukupno	260	(100,0)
Da li još dojite?		
da	205	(78,8)
ne	55	(21,2)
ukupno	260	(100,0)
Imate li zastoj mlijeka		
da	36	(14,1)
ne	220	(85,9)
ukupno	256	(100,0)
Uspijevate li dojiti dijete		
da	202	(79,5)
ne	52	(20,5)
ukupno	254	(100,0)
Uspijevate li se izdojiti		
da	166	(65,6)
ne	87	(34,4)
ukupno	253	(100,0)
Da li isključivo dojite bez dohrane		
da	151	(59,4)
ne	103	(40,6)
ukupno	254	(100,0)
Imate li kakvih problema pri dojenju*		
da	81	(36,0)
ne	144	(64,0)
ukupno	225	(100,0)

KRATICE: n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

*Od teškoća pri dojenju su najčešće opisivane: teškoće s bradavicama (bolne ili ravne bradavice) n=27 (33,3 %), te majčina sumnja u dostatnu količinu mlijeka n=25 (30,9%), dijete ne prihvaća dobro dojku (dohrana, razdvojenost) n=21 (25,9%), ostalo n=7 (8,6%), nepoznato n=1 (1,3%).

Tablica 14. Uspostavljanje i održavanje laktacije – treće mjerenje (dio ispitanica nije odgovorio na pojedina pitanja)

	n	(%)
Da li Vam je nadošlo mlijeko?		
da	179	(90,4)
ne	19	(9,6)
ukupno	198	(100,0)
Da li još dojite		
da	144	(72,7)
ne	54	(27,3)
ukupno	198	(100,0)
Imate li zastoj mlijeka		
da	26	(13,3)
ne	169	(86,7)
ukupno	195	(100,0)
Uspijevate li dojiti dijete		
da	148	(75,1)
ne	49	(24,9)
ukupno	197	(100,0)
Uspijevate li se izdojiti		
da	111	(57,2)
ne	83	(42,8)
ukupno	194	(100,0)
Da li isključivo dojite bez dohrane		
da	114	(59,7)
ne	77	(40,3)
ukupno	191	(100,0)
Da li imate kakvih problema pri dojenju*		
da	26	(17,8)
ne	120	(82,2)
ukupno	146	(100,0)

KRATICE: n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

* Od teškoća pri dojenju su najčešće opisivane: teškoće sa dojkama ili mastitis n=10 (38,4%), te majčina sumnja u dostatnu količinu mlijeka n=8 (30,7%), dijete jede prebrzo ili zaspi dok doji n=4 (15,4%), ostalo n=4 (15,4 %).

Iz odgovora za sve tri točke je vidljivo da veliki postotak žena od onih koje su odgovorile na pitanja o dojenju uspijeva dojiti dijete u rodilištu 3-5 dana nakon poroñaja (85,2%). U drugoj točki, 6 do 9 tjedana nakon poroñaja doji 78,8% žena, a 59,4% doji isključivo bez dohrane, a u trećoj točki 14 do 18 tjedana nakon poroñaja još uvijek doji 72,7% žena, a 59,7% žena doji isključivo bez dohrane.

5.3. UČESTALOST JAVLJANJA KLINIČKI ZNAČAJNIH SIMPTOMA STRESNE REAKCIJE (ASP, PTSP) I SIMPTOMA DEPRESIVNOG STANJA U TRI TOČKE MJERENJA

Klinički značajni simptomi depresije mjereni kao zbroj EPDS (≥9) su se javljali skoro u istoj učestalosti prve dvije točke ispitivanja (22,6% i 23,0%) ispitivane populacije, a nakon 14-16 tjedana nakon poroda se smanjuje učestalost istih 18,5%. Učestalost klinički značajnih simptoma stresne reakcije mjerenih kao zbroj IES-r (≥ 24) (simptomi akutne stresne reakcije 3-5 dana nakon poroda te simptomi posttraumatskoga stresnog poremećaja u kasnijim mjerenjima) su najčešći 3-5 dana nakon poroda kada 25,9% ispitanica ima ovu simptomatiku, ali se učestalost smanjuje 6-9 tjedana nakon poroda kada ove simptome ima 13,8% ispitanica. Nakon 14-18 tjedana učestalost ovih simptoma pada, pa 10,6% ispitivane populacije dalje ima ove simptome.

Tablica 15. Broj žena s klinički značajnim zbrojem IES-r (≥ 24) i EPDS (≥9) u tri točke mjerenja

	nije klinički značajno		klinički značajno		Ukupno	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
EPDS - 1. Mjerenje	285	(77,4)	83	(22,6)	368	(100,0)
EPDS - 2. Mjerenje	200	(77,0)	60	(23,0)	260	(100,0)
EPDS - 3. Mjerenje	163	(81,5)	37	(18,5)	200	(100,0)
IES-R - 1. Mjerenje	272	(74,1)	95	(25,9)	367	(100,0)
IES-R - 2. Mjerenje	225	(86,2)	36	(13,8)	261	(100,0)
IES-R - 3. Mjerenje	177	(89,4)	21	(10,6)	198	(100,0)

KRATICE: IES-R – Impact of Events Scale revised (Revidirana skala utjecaja događaja); EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale (Edinburška skala postnatalne depresije); n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica; EPDS

5.4. PREDIKCIJA KLINIČKI ZNAČAJNIH REZULTATA U TRI TOČKE ISPITIVANJA

Klinički značajni rezultati su bili definirani kao rezultat ≥ 9 na EPDS koji bi govorio o mogućoj depresivnoj epizodi, te rezultat ≥ 24 na IES-R koji bi govorio o mogućoj akutnoj stresnoj reakciji odnosno PTSP.

Pri predikciji klinički značajnih rezultata najprije su ispitane univarijatne povezanosti varijable za koje se očekivalo da su povezane s rezultatima. Nakon toga su za uključivanje u multivarijatnu analizu odabrane one varijable kod kojih je univarijatna razina statističke značajnosti bila manja od 0,05. Za varijable komplikacije u trudnoći te nepovoljne obiteljske prilike u djetinjstvu rodilje u multivarijatnu analizu uvrštene su sve ispitanice koje su imale jednu ili više navedenih komplikacije ili jednu ili više nepovoljnih obiteljskih prilika, a za upitnik socijalne podršku se u multivarijatnu analizu uzelo u obzir 2 ili više nepovoljnih odgovora. Dodatno se za točku dva i tri kao prediktor uključio i klinički značajan rezultat na ESPD i IES-R u prvoj točki.

5.4.1. Predikcija klinički značajnih rezultata 3-5 dana nakon poroñaja – IES-R ≥ 24

Socijalni i demografski faktori

Tablica 16. Univarijatna povezanost demografskih i socijalnih faktori s rezultatom na skali utjecaja traumatskog događaja u prvoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Živite li s još članova obitelji osim supruga / partnera i djece?									
da	20	(25,0)	60	(75,0)	80	(100,0)		1	
ne	75	(26,1)	212	(73,9)	287	(100,0)	0,838	1,06	(0,60-1,88)
Sredina u kojoj živite									
selo	13	(21,7)	47	(78,3)	60	(100,0)		1	
manji grad / predgrađe	22	(30,1)	51	(69,9)	73	(100,0)	0,271	1,56	(0,71-3,44)
grad	60	(25,6)	174	(74,4)	234	(100,0)	0,526	1,25	(0,63-2,46)
Stručna sprema									
srednja ili niže	47	(25,4)	138	(74,6)	185	(100,0)		1	
visa škola ili vise	48	(26,4)	134	(73,6)	182	(100,0)	0,832	1,05	(0,66-1,68)
Da li ste zaposleni?									
da	73	(26,0)	208	(74,0)	281	(100,0)		1	
ne	22	(26,2)	62	(73,8)	84	(100,0)	0,969	1,01	(0,58-1,76)
Zadovoljni primanjima									
da	47	(25,5)	137	(74,5)	184	(100,0)		1	
ne	32	(26,4)	89	(73,6)	121	(100,0)	0,860	1,05	(0,62-1,77)
Spol novorođenog djeteta									
muški	48	(25,0)	144	(75,0)	192	(100,0)		1	
ženski	45	(26,8)	123	(73,2)	168	(100,0)	0,699	1,10	(0,68-1,76)
blizanci	2	(28,6)	5	(71,4)	7	(100,0)	0,831	1,20	(0,23-6,39)
Imate li još djece									
da	39	(21,7)	141	(78,3)	180	(100,0)		1	
ne	56	(29,9)	131	(70,1)	187	(100,0)	0,071	1,55	(0,96-2,48)
	M	**(sd)**		**M(sd)**			**P**	**OR**	**(95% CI)**
Dob	30,3	(5,54)	30,0	(4,97)			0,592	1,01	(0,97-1,06)

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

U prvoj točki mjerenja nije bilo statistički značajne povezanosti socijalnih i demografskih faktora s klinički značajnim rezultatom na skali utjecaja događaja. Od svih ispitivanih faktora jedino je kod prvorotki rezultat na skali bio nešto viši nego kod višerotki, no ovo nije doseglo razinu statističke značajnosti.

Tablica 17. Univarijatna povezanost nepovoljnih obiteljskih prilika u djetinjstvu rodilje i nedostatka socijalne podrške s rezultatom na skali utjecaja traumatskog događaja u prvoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Nepovoljne obiteljske i druge prilike u djetinjstvu									
niti jedna	69	(25,2)	205	(74,8)	274	(100,0)		1	
barem jedna	22	(28,6)	55	(71,4)	77	(100,0)	0,549	1,19	(0,68-2,09)
Nedostatak socijalne podrške – potvrdni odgovori									
nula ili jedan	83	(25,2)	246	(74,8)	329	(100,0)		1	
dva ili više	11	(29,7)	26	(70,3)	37	(100,0)	0,553	1,25	(0,59-2,65)

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

U prvoj točki ispitivanja jedna ili više nepovoljnih obiteljskih prilika u djetinjstvu rodilje kao niti 2 ili više potvrdnih odgovora na upitniku nedostatka socijalne podrške nisu bile prediktivne za klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja.

Biološki faktori

Tablica 18. Univarijatna povezanost karakteristika trudnoće te uspostave dojenja s utjecajem traumatskog događaja u prvoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Komplikacije tijekom trudnoće									
ne	54	(26,0)	154	(74,0)	208	(100,0)		1	
da	41	(25,9)	117	(74,1)	158	(100,0)	0,998	1,00	(0,62-1,60)
Način porođaja									
vaginalni	65	(22,6)	222	(77,4)	287	(100,0)		1	
carski rez naručena	10	(27,0)	27	(73,0)	37	(100,0)	0,553	1,27	(0,58-2,75)
hitni carski rez	20	(46,5)	23	(53,5)	43	(100,0)	**0,001**	**2,97**	**(1,54-5,75)**
Uspješna rana uspostava dojenja									
da	51	(20,9)	193	(79,1)	244	(100,0)		1	
ne	40	(36,7)	69	(63,3)	109	(100,0)	**0,002**	**2,19**	**(1,34-3,61)**

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Univarijatnom logističkom regresijom utvrđeno je da su sudionice koje su rodile putem hitnog carskog reza imale oko 3 puta veće izglede za klinički značajan rezultat na primijenjenoj skali u odnosu na one koje su rodile putem vaginalnog porođaja (OR=2,97; 95% CI: 1,54-5,75). Sudionice čija rana uspostava dojenja nije bila uspješna imale su preko dva puta veće izglede za klinički značajan rezultat na ovoj skali u odnosu na one s uspješnom ranom uspostavom dojenja (OR=2,19; 95% CI: 1,34- 3,61). Nije nađen utjecaj komplikacija tijekom trudnoće na klinički značajni rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja.

Tablica 19. Univarijatna povezanost komplikacija pri porođaju s utjecajem traumatskog događaja u prvoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Kako biste opisali bol tijekom porođaja?									
podnošljiva	18	(16,5)	91	(83,5)	109	(100,0)		1	
teška	46	(26,3)	129	(73,7)	175	(100,0)	0,057	1,8	(0,98 -3,31)
nepodnošljiva. mislila sam da ću umrijeti	21	(37,5)	35	(62,5)	56	(100,0)	**0,003**	**3,03**	**(1,45-6,36)**
Jeste li u jednom trenutku porođaja imali osjećaj da se porođaj ne događa Vama nego nekom drugom (da svjedočite vlastitom porođaju)?									
da	13	(43,3)	17	(56,7)	30	(100,0)	**0,022**	**2,46**	**(1,14-5,29)**
ne	76	(23,8)	244	(76,3)	320	(100,0)		1	
Da li ste imali neku neuobičajenu medicinsku intervenciju tijekom ili nakon porođaja?									
da	10	(28,6)	25	(71,4)	35	(100,0)	0,730	1,15	(0,53-2,49)
ne	82	(25,9)	235	(74,1)	317	(100,0)		1	
Dugi porođaj									
ne	60	(24,2)	188	(75,8)	248	(100,0)		1	
da	21	(26,9)	57	(73,1)	78	(100,0)	0,627	1,15	(0,65-2,06)
Imate li neku tegobu kao direktnu posljedicu porođaja									
da	6	(28,6)	15	(71,4)	21	(100,0)	0,815	1,12	(0,42-2,99)
ne	89	(26,3)	250	(73,7)	339	(100,0)		1	
Da li je vaše dijete ranije rođeno (prije 37. tjedna)?									
da	8	(33,3)	16	(66,7)	24	(100,0)	0,396	1,47	(0,61-3,54)
ne	87	(25,4)	255	(74,6)	342	(100,0)		1	

Tablica 19. (nastavak) Univarijatna povezanost komplikacija pri porođaju s utjecajem traumatskog događaja u prvoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Da li je vaše dijete imalo neke komplikacije nakon porođaja zbog čega je bilo odvojeno od vas tijekom boravka u rodilištu									
da	14	(48,3)	15	(51,7)	29	(100,0)	**0,006**	**2,93**	**(1,36-6,32)**
ne	81	(24,2)	254	(75,8)	335	(100,0)		1	

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda, n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Od pojedinačnih komplikacija tijekom ili nakon porođaja univarijatnom logističkom regresijom utvrđeno je da su sudionice koje su bol pri porođaju doživjele nepodnošljivom (n=56) imale tri puta veće izglede da ostvare klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja u odnosu na one koje su bol pri porođaju doživjele podnošljivom (OR 3,03; 95% CI: 1,45-6,36). Sudionice koje su doživjele disocijativno iskustvo pri porođaju (n=30) su imale skoro 2,5 puta veću šansu da ostvare klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja u odnosu na one koje ovo iskustvo nisu imale (OR 2,46; 95% CI: 1,14-5,29). Također sudionice koje su tijekom boravka u rodilištu bile odvojene od djeteta (n=29) zbog djetetovih zdravstvenih tegoba su imale skoro 3 puta veću šansu da ostvare klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja u odnosu na one koje nisu bile odvojene od djeteta u rodilištu (OR 2,93; 95% CI: 1,36-6,32).

Psihološki faktori

Tablica 20. Univarijatna povezanost prethodnog traumatskog iskustva i anksioznosti tijekom trudnoće s rezultatom na skali utjecaja traumatskog događaja u prvoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		Ukupno		P	OR	(95% CI)
Prije ovog poroda preživjeli izrazito traumatski događaj									
ne	66	(23,3)	217	(76,7)	283	(100,0)		1	
da	29	(35,4)	53	(64,6)	82	(100,0)	**0,030**	**1,80**	**(1,06-3,06)**
Svakodnevno tijekom trudnoće strahovali za ishod poroda									
ne	55	(20,8)	210	(79,2)	265	(100,0)		1	
da	40	(39,6)	61	(60,4)	101	(100,0)	**<0,001**	**2,50**	**(1,52-4,12)**

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda, n = broj ispitanica, % = postotak ispitanica

Univarijatnom logističkom regresijom utvrđeno je da su sudionice koje su prethodno preživjele traumatski događaj imale gotovo dva puta veće izglede da ostvare klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja u odnosu na one koje nisu imale prethodno traumatsko iskustvo (OR=1,80; 95% CI: 1,06-3,06). Sudionice koje su tijekom trudnoće svakodnevno strahovale za ishod poroda imale su 2,5 puta veće izglede za klinički značajan rezultat na primijenjenoj skali u odnosu na one bez tih strahova (OR=2,50; 95% CI: 1,52-4,12).

Tablica 21. Univarijatna povezanost temeljnih osobina ličnosti s utjecajem traumatskog događaja

	klinički značajno		nije klinički značajno		P	OR	(95% CI)
	M	(sd)	M	(sd)			
Ekstraverzija	29,8	(4,45)	30,5	(4,62)	0,215	0,97	(0,92-1,02)
Ugodnost	33,7	(5,06)	35,1	(4,89)	**0,018**	**0,94**	**(0,90-0,99)**
Savjesnost	35,3	(4,91)	36,6	(4,91)	**0,030**	**0,95**	**(0,90-0,995)**
Neuroticizam	21,8	(5,08)	18,7	(4,95)	**<0,001**	**1,13**	**(1,07-1,18)**
Otvorenost	35,0	(5,61)	35,88	(5,58)	0,195	0,97	(0,93-1,02)

KRATICE: M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda

Univarijatnom logističkom regresijom utvrđeno je da jedinični pomak na skali ugodnosti smanjuje izglede za klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja za 6% (OR=0,94; 95% CI: 0,90-0,99), dok ih jedinični pomak na skali savjesnosti smanjuje za 5% (OR=0,95; 95% CI: 0,90-0,995). S druge strane, sa svakim jediničnim pomakom na skali neuroticizma izgledi za klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja povećavaju 1.13 puta (OR=1,13; 95% CI=1,07-1,18). Drugim riječima svaki bod više na skali neuroticizma povećava izglede za klinički značajan utjecaj traumatskog događaja za 13% .

Multivarijatna analiza

Tablica 22. Multivarijatno predviđanje utjecaja traumatskog događaja u prvoj točki mjerenja

	Univarijatno			Multivarijatno		
	P	OR	(95% CI)	P	OR	(95% CI)
Način porođaja						
vaginalni		1			1	
carski rez naručena	0,553	1,27	(0,58-2,75)	0,520	1,5	(0,44-5,14)
hitni carski rez	**0,001**	**2,97**	**(1,54-5,75)**	**0,030**	**2,62**	**(1,10-6,27)**
Uspješna rana uspostava dojenja						
da		1				
ne	**0,002**	**2,19**	**(1,34-3,61)**	0,082	1,74	(0,93-3,23)
Kako biste opisali bol tijekom porođaja?						
podnošljiva		1				1
teška	0,057	1,8	(0,98 -3,31)	0,036	2,24	(1,05-4,76)
nepodnošljiva. mislila sam da ću umrijeti	**0,003**	**3,03**	**(1,45-6,36)**	**0,020**	**3,05**	**(1,19-7,79)**
Jeste li u jednom trenutku porođaja imali osjećaj da se porođaj ne događa Vama nego nekom drugom (da svjedočite vlastitom porođaju)?						
ne		1			1	
da	**0,022**	**2,46**	**(1,14-5,29)**	0,160	2,02	(0,76-5,40)
Da li je vaše dijete imalo neke komplikacije nakon porođaja zbog čega je bilo odvojeno od vas tijekom boravka u rodilištu?						
ne		**1**			1	
da	**0,006**	**2,93**	**(1,36-6,32)**	**0,029**	**2,98**	**(1,12-7,93)**
Svakodnevno tijekom trudnoće strahovali za ishod porođaja						
ne		**1**			1	
da	**<0,001**	**2,50**	**(1,52-4,12)**	0,312	1,39	(0,73-2,65)

Tablica 22. (nastavak) Multivarijatno predviđanje utjecaja traumatskog događaja u prvoj točki mjerenja

	Univarijatno			Multivarijatno		
	P	OR	(95% CI)	P	OR	(95% CI)
Prije ovog poroda preživjeli izrazito traumatski događaj						
ne		1			1	
da	**0,030**	**1,80**	**(1,06-3,06)**	0,078	1,8	(0,94-3,36)
Ugodnost	**0,018**	**0,94**	**(0,90-0,99)**	0,192	1,04	(0,98-1,12)
Savjesnost	**0,030**	**0,95**	**(0,90-0,995)**	0,899	1,00	(0,93-1,06)
Neuroticizam	**<0,001**	**1,13**	**(1,07-1,18)**	0,005	1,11	(1,03-1,19)

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda

Multivarijatnom logističkom regresijom utvrđeno je da su, kad se svi faktori rizika uzmu u obzir, statistički značajni prediktor klinički značajnog rezultata na skali utjecaja traumatskog događaja način poroda, bolnost pri porodu te odvojenost majke i djeteta nakon poroda zbog bolesti djeteta. Pri tome su, kad se ostali faktori rizika uzmu u obzir, sudionice koje su rodile putem hitnog carskog reza imale 2,6 puta veće izglede za klinički značajan rezultat na primijenjenoj skali u odnosu na one koje su rodile vaginalni putem (OR=2,62; 95% CI: 1,10-6,27). Također, sudionice koje su doživjele bol pri porodu teškom su imale više o dva puta veće izglede za klinički značajan rezultat od onih koje su bol doživjele podnošljivom (OR 2,24; 95% CI 1,05-4,76) te one koje su bol pri porodu doživjele nepodnošljivom imale su 3 puta veće izglede za klinički značajan rezultat od onih koje su bol doživjele podnošljivom. (OR 3,05; 95% CI 1,19-7,79). Također, majke čija su djeca bila odvojena od njih u periodu 3 do 5 dana nakon poroda zbog komplikacija ili bolesti djeteta su imale skoro 3 puta veće šanse za klinički značajan rezultat na IES-R od onih čija djeca su bila s njima u rodilištu (OR 2,98; 95% CI 1,12-7,93).

5.4.2. Predikcija klinički značajnih rezultata 3-5 dana nakon poroñaja – EPDS ≥ 9

Socijalni i demografski faktori

Tablica 23. Univarijatna povezanost demografskih i socijalnih faktora s postnatalnom depresijom u prvoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		Ukupno		P	OR	(95% CI)
Živite li s još članova obitelji osim supruga / partnera i djece?									
da	21	(26,3)	59	(73,8)	80	(100,0)		1	
ne	62	(21,5)	226	(78,5)	288	(100,0)	0,372	0,77	(0,44-1,37)
Sredina u kojoj živite									
selo	13	(21,7)	47	(78,3)	60	(100,0)		1	
manji grad ili predgrañe	21	(28,8)	52	(71,2)	73	(100,0)	0,352	1,46	(0,66-3,24)
grad	49	(20,9)	186	(79,1)	235	(100,0)	0,890	0,95	(0,48-1,90)
Stručna sprema									
srednja ili niže	41	(22,0)	145	(78,0)	186	(100,0)		1	
visa ili vise	42	(23,1)	140	(76,9)	182	(100,0)	0,812	1,06	(0,65-1,73)
Da li ste zaposleni?									
da	59	(21,1)	221	(78,9)	280	(100,0)		1	
ne	23	(26,7)	63	(73,3)	86	(100,0)	0,271	1,37	(0,78-2,39)
Zadovoljni primanjima									
da	39	(21,3)	144	(78,7)	183	(100,0)		1	
ne	28	(23,1)	93	(76,9)	121	(100,0)	0,707	1,11	(0,64-1,93)
Spol novorođenog djeteta									
muški	42	(21,9)	150	(78,1)	192	(100,0)		1	
ženski	39	(23,1)	130	(76,9)	169	(100,0)	0,785	1,07	(0,65-1,76)
blizanci	2	(28,6)	5	(71,4)	7	(100,0)	0,676	1,43	(0,27-7,63)
Imate li još djece									
da	36	(19,9)	145	(80,1)	181	(100,0)		1	
ne	47	(25,1)	140	(74,9)	187	(100,0)	0,230	1,35	(0,83-2,21)
	M	**(sd)**		**M(sd)**			**P**	**OR**	**(95% CI)**
Dob	30,3	(5,55)	30,0	(5,00)			0,626	1,01	(0,96-1,06)

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda, M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

U prvoj točki mjerenja nije bilo statistički značajne povezanosti socijalnih i demografskih faktora s klinički značajnim rezultatom na skali utjecaja događaja.

Tablica 24. Univarijatna povezanost nepovoljnih obiteljskih prilika u djetinjstvu rodilje i nedostatka socijalne podrške s rezultatom na skali postnatalne depresije u prvoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		Ukupno		P	OR	(95% CI)
Nedostatak socijalne podrške – potvrdni odgovori									
nula ili jedan	69	(20,8)	262	(79,2)	331	(100,0)		1	
dva ili više	13	(36,1)	23	(63,9)	36	(100,0)	**0,040**	**2,15**	**(1,03-4,45)**
Nepovoljne obiteljske i druge okolnosti u djetinjstvu									
niti jedna	53	(19,3)	222	(80,7)	275	(100,0)		1	
barem jedna	23	(29,9)	54	(70,1)	77	(100,0)	**0,048**	**1,78**	**(1,01-3,16)**

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda, n = broj ispitanica, % = postotak ispitanica

One sudionice koje su imale dva ili više potvrdnih odgovora na pitanja vezana uz nedostatak socijalne podrške imale su preko 2 puta veće izglede za klinički značajne rezultate u odnosu na one koje nisu imale niti jedan ili jedan potvrdan odgovor na pitanja vezana uz nedostatak socijalne podrške (OR=2,15; 95% CI: 1,03-4,45). Sudionice koje su imale barem jednu nepovoljnu obiteljsku priliku ili druge okolnosti u djetinjstvu su imale skoro 2 puta veće izglede za klinički značajan rezultat u odnosu na one sudionice koje nisu imale nepovoljne okolnosti u svome djetinjstvu (OR=1,78; 95% CI:1,01-3,16).

Biološki faktori

Tablica 25. Teškoće tijekom trudnoće, način porođaja i rana uspostava dojenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		Ukupno		P	OR	(95% CI)
Komplikacije tijekom trudnoće									
ne	41	(19,7)	167	(80,3)	208	(100,0)		1	
da	42	(26,4)	117	(73,6)	159	(100,0)	0,129	1,46	(0,90-2,39)
Način porođaja									
vaginalni	57	(19,8)	231	(80,2)	288	(100,0)		1	
carski rez naručena	14	(36,8)	24	(63,2)	38	(100,0)	**0,019**	**2,36**	**(1,15-4,86)**
hitni carski rez	12	(28,6)	30	(71,4)	42	(100,0)	0,194	1,62	(0,78-3,36)
Rana uspostava dojenja									
da	41	(16,7)	205	(83,3)	246	(100,0)		1	
ne	40	(37,0)	68	(63,0)	108	(100,0)	**<0,001**	**2,94**	**(1,76-4,92)**

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Sudionice koje su rodile putem carskog reza, ali su bile naručene, imale su gotovo 2,5 puta veće izglede za klinički značajne rezultate na primijenjenoj skali u odnosu na one koje su rodile putem vaginalnog porođaja (OR=2,36; 95% CI: 1,15-4,86). Također, one sudionice čija rana uspostava dojenja nije bila uspješna imale su oko tri puta veće izglede za klinički značajan rezultat u odnosu na one s uspješnom ranom uspostavom dojenja (OR=2,94; 95% CI: 1,76-4,92). Nije nađen utjecaj komplikacija tijekom trudnoće na klinički značajni rezultat na primijenjenoj skali.

Tablica 26. Univarijatna povezanost komplikacija pri porođaju s postnatalnom depresijom u prvoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		Ukupno		P	OR	(95% CI)
Kako biste opisali bol tijekom porođaja?									
podnošljiva	18	(16,4)	92	(83,6)	110	(100,0)		1	
teška	37	(21,1)	138	(78,9)	175	(100,0)	0,321	1,37	(0,74-2,55)
nepodnošljiva. mislila sam da ću umrijeti	18	(32,1)	38	(67,9)	56	(100,0)	**0,022**	**2,42**	**(1,14-5,15)**
Jeste li u jednom trenutku porođaja imali osjećaj da se porođaj ne događa Vama nego nekom drugom (da svjedočite vlastitom porođaju)?									
da	9	(30,0)	21	(70,0)	30	(100,0)	0,328	1,51	(0,66-3,44)
ne	71	(22,1)	250	(77,9)	321	(100,0)		1	
Da li ste imali neku neuobičajenu medicinsku intervenciju tijekom porođaja ili nakon ?									
da	10	(28,6)	25	(71,4)	35	(100,0)	0,357	1,44	(0,66-3,15)
ne	69	(21,7)	249	(78,3)	318	(100,0)		1	
Dugi porođaj									
ne	53	(21,4)	195	(78,6)	248	(100,0)		1	
da	14	(17,9)	64	(82,1)	78	(100,0)	0,515	0,81	(0,42-1,55)
Imate li neku tegobu kao direktnu posljedicu porođaja									
da	4	(19,0)	17	(81,0)	21	(100,0)	0,702	0,8	(0,26-2,46)
ne	77	(22,6)	263	(77,4)	340	(100,0)		1	
Da li je vaše dijete ranije rođeno (prije 37. tjedna)?									
da	9	(39,1)	14	(60,9)	23	(100,0)	0,052	2,39	(0,99-5,73)
ne	73	(21,2)	271	(78,8)	344	(100,0)		1	

Tablica 26. (nastavak) Univarijatna povezanost komplikacija pri porođaju s postnatalnom depresijom u prvoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Da li je vaše dijete imalo neke komplikacije nakon porođaja zbog čega je bilo odvojeno od vas tijekom boravka u rodilištu									
da	13	(46,4)	15	(53,6)	28	(100,0)	**0,003**	**3,37**	**(1,53-7,41)**
ne	69	(20,5)	268	(79,5)	337	(100,0)		1	

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Od pojedinačnih komplikacija tijekom ili nakon porođaja univarijatnom logističkom regresijom utvrđeno je da su sudionice koje su bol pri porođaju doživjele nepodnošljivom su imale skoro dva i pol puta veće izglede da ostvare klinički značajan rezultat na Edinburškoj skali postnatalne depresije u odnosu na one koje su bol pri porođaju doživjele podnošljivom (OR 2,42; 95% CI: 1,14-5,15). Također sudionice koje su tijekom boravka u rodilištu bile odvojene od djeteta zbog djetetovih zdravstvenih tegoba su imale preko 3 puta veću šansu da ostvare klinički značajan rezultat na Edinburškoj skali postnatalne depresije u odnosu na one koje nisu bile odvojene od djeteta u rodilištu (OR 3,37; 95% CI: 1,53-7,41).

Psihološki faktori

Tablica 27. Psihološki faktori

	n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		Ukupno		P	OR	(95% CI)
Prije ovog porođaja preživjeli izrazito traumatski događaj										
ne		60	(21,2)	223	(78,8)	283	(100,0)		1	
da		23	(27,7)	60	(72,3)	83	(100,0)	0,214	1,43	(0,82-2,49)
Svakodnevno tijekom trudnoće strahovali za ishod porođaja										
ne		49	(18,4)	218	(81,6)	267	(100,0)		1	
da		34	(34,0)	66	(66,0)	100	(100,0)	**0,002**	**2,29**	**(1,37-3,84)**

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Univarijatnom logističkom regresijom utvrđeno je da su trudnice koje su svakodnevno strahovale za ishod porođaja tijekom trudnoće imale gotovo 2,5 puta veće izglede za klinički značajan rezultat na skali postnatalne depresije u odnosu na one bez tih strahova (OR=2,29; 95% CI: 1,37-3,84).

Tablica 28. Univarijatna povezanost dobi i temeljnih osobina ličnosti s postnatalnom depresijom u prvoj točki mjerenja

	klinički značajno		nije klinički značajno		P	OR	(95% CI)
	M	(sd)	M	(sd)			
Ekstraverzija	28,3	(4,70)	30,9	(4,39)	**<0,001**	**0,88**	**(0,84-0,94)**
Ugodnost	33,4	(4,96)	35,1	(4,90)	**0,006**	**0,93**	**(0,89-0,98)**
Savjesnost	34,3	(4,73)	36,8	(4,86)	**<0,001**	**0,90**	**(0,86-0,95)**
Neuroticizam	22,9	(4,99)	18,6	(4,86)	**<0,001**	**1,18**	**(1,12-1,25)**
Otvorenost	34,3	(5,27)	36,0	(5,64)	**0,012**	**0,94**	**(0,90-0,99)**

KRATICE: M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda

Univarijatnom logističkom regresijom utvrđeno je da jedinični pomak na skali ekstraverzije smanjuje izglede za klinički značajan rezultat na skali postnatalne depresije za 12% (1-0,88) (OR=0,88; 95% CI: 0,84-0,94). Također, jedinični pomak na skali ugodnosti smanjuje izglede za klinički značajan rezultat za 7% (OR=0,93; 95% CI: 0,89-0,98) dok ih jedinični pomak na skali savjesnosti smanjuje za 10% (OR=0,90; 95% CI: 0,86-0,95). S druge strane, jedinični pomak na skali neuroticizma povećava izglede za klinički značajan rezultat za 18% (OR=1,18; 95% CI=1,12-1,25). Jedinični pomak na skali otvorenosti smanjuje izglede za klinički značajan rezultat za 6% (OR=0,94; 95% CI: 0,90-0,99).

Multivarijatna analiza

Tablica 29. Multivarijatno predviđanje postnatalne depresije u prvoj točki mjerenja

	Univarijatno			Multivarijatno		
	P	OR	(95% CI)	P	OR	(95% CI)
Nepovoljne obiteljske i druge prilike u djetinjstvu						
niti jedna		1			1	
barem jedna	**0,048**	**1,78**	**(1,01-3,16)**	0,606	1,23	(0,55-2,75)
Nedostatak socijalne podrške – potvrdni odgovori						
nula ili jedan		1			1	
dva ili više	**0,044**	**2,12**	**(1,02-4,39)**	0,081	2,37	(0,90-6,26)
Način porođaja:						
Vaginalni		1				
Carski rez naručena	**0,019**	**2,36**	**(1,15-4,86)**	0,572	1,52	(0,35-6,54)
Hitni carski rez	0,194	1,62	(0,78-3,36)	0,208	1,96	(0,69-5,62)
Rana uspostava dojenja						
da		1			1	
ne	**<0,001**	**2,94**	**(1,76-4,92)**	**0,010**	**2,59**	**(1,26-5,33)**
Kako biste opisali bol tijekom porođaja?						
podnošljiva		1			1	
teška	0,321	1,37	(0,74-2,55)	0,227	1,69	(0,72-2,34)
nepodnošljiva mislila sam da ću umrijeti	**0,022**	**2,42**	**(1,14-5,15)**	0,155	2,19	(0,74-6,45)

Tablica 29. (nastavak) Multivarijatno predviđanje postnatalne depresije u prvoj točki mjerenja

	Univarijatno			Multivarijatno		
	P	OR	(95% CI)	P	OR	(95% CI)
Da li je vaše dijete imalo neke komplikacije nakon poroda zbog čega je bilo odvojeno od vas tijekom boravka u rodilištu						
ne		1			1	
da	**0,003**	**3,37**	**(1,53-7,41)**	**0,004**	**4,94**	**(1,66-14,76)**
Svakodnevno tijekom trudnoće strahovali za ishod poroda						
ne						
da	**0,002**	**2,29**	**(1,37-3,84)**	0,552	1,26	(0,58-2,73)
Ekstraverzija	**<0,001**	**0,88**	**(0,84-0,94)**	0,081	0,93	(0,86-1,01)
Ugodnost	**0,006**	**0,93**	**(0,89-0,98)**	0,172	1,06	(0,98-1,14)
Savjesnost	**<0,001**	**0,90**	**(0,86-0,95)**	0,432	0,97	(0,89-1,05)
Neuroticizam	**<0,001**	**1,18**	**(1,12-1,25)**	**<0,001**	**1,17**	**(1,07-1,27)**
Otvorenost	**0,012**	**0,94**	**(0,90-0,99)**	0,664	0,99	(0,93-1,05)

KRATICE: sd – standardna devijacija; P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda

Multivarijatnom analizom utvrđeno je da su statistički značajni prediktori klinički značajnog rezultata na skali postnatalne depresije rana uspostava dojenja, komplikacije djeteta u rodilištu zbog kojih je dijete bilo odvojeno od majke te neuroticizam. Pri tome su, kad se sve varijable uzmu u obzir, sudionice čija rana uspostava dojenja nije bila uspješna, uz kontrolu drugih varijabli, imale više od dva i pol puta veće izglede za klinički značajan rezultat (OR=2,59; 95% CI: 1,26-5,33), dok je jedinični pomak na skali neuroticizma povećavao izglede za klinički značajan rezultat za 17% (OR=1,17; 95% CI: 1,07-1,27). Sudionice čija su djeca bila odvojena od njih u rodilištu zbog komplikacija su imale skoro pet puta veće izglede za klinički značajan rezultat od onih čija djeca su bila bez komplikacija (OR=4,94; 95% CI: 1,66-14,76).

5.4.3. Predikcija klinički značajnih rezultata 6-8 tjedana nakon poroñaja – IES-R ≥24

Socijalni i demografski faktori

Tablica 30. Povezanost uvjeta života te nepovoljnih prilika u djetinjstvu s utjecajem traumatskog događaja u drugoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Živite li s još članova obitelji osim supruga / partnera i djece?									
da	15	(28,3)	38	(71,7)	53	(100,0)		1	
ne	21	(10,1)	187	(89,9)	208	(100,0)	**0,001**	**0,28**	**(0,14-0,60)**
Sredina u kojoj živite									
selo	13	(27,1)	35	(72,9)	48	(100,0)		1	
manji grad / predgrađe	8	(16,3)	41	(83,7)	49	(100,0)	0,202	0,53	(0,20-1,41)
grad	15	(9,1)	149	(90,9)	164	(100,0)	**0,002**	**0,27**	**(0,12-0,62)**
Stručna sprema									
srednja ili niže	15	(12,2)	108	(87,8)	123	(100,0)		1	
visa škola ili vise	21	(15,2)	117	(84,8)	138	(100,0)	0,480	1,29	(0,63-2,64)
Da li ste zaposleni?									
da	29	(13,8)	181	(86,2)	210	(100,0)		1	
ne	7	(14,0)	43	(86,0)	50	(100,0)	0,972	1,02	(0,42-2,47)
Zadovoljni primanjima									
da	22	(15,8)	117	(84,2)	139	(100,0)		1	
ne	12	(14,0)	74	(86,0)	86	(100,0)	0,703	0,86	(0,40-1,85)
Spol novorođenog djeteta									
muški	17	(12,1)	123	(87,9)	140	(100,0)		1	
ženski	18	(15,7)	97	(84,3)	115	(100,0)	0,419	1,34	(0,66-2,74)
blizanci	1	(16,7)	5	(83,3)	6	(100,0)	0,743	1,45	(0,16-13,14)
Imate li još djece									
da	15	(11,7)	113	(88,3)	128	(100,0)		1	
ne	21	(15,8)	112	(84,2)	133	(100,0)	0,342	1,41	(0,69-2,88)
	M	**(sd)**	**M**	**(sd)**			**P**	**OR**	**(95% CI)**
Dob	30,7	(5,94)	30,5	(4,72)			0,787	1,01	(0,94-1,09)

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Univarijatnom analizom utvrđeno je da su izgledi za klinički značajan rezultat sudionica koje ne žive s još članova obitelji osim partnera i djece iznosili 0,28 izgleda onih koje žive s još članova obitelji (OR=0,28; 95% CI: 0,14-0,60). Drugim riječima, sudionice koje ne žive s još članova obitelji imale su 72% manje izglede za klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja. Također, sudionice koje žive u gradu imale su 73% manje izglede za klinički značajan rezultat u odnosu na sudionice koje žive na selu (OR=0,27; 95% CI=0,12-0,62).

Tablica 31. Povezanost loše socijalne podrške nepovoljnih prilika u djetinjstvu s utjecajem traumatskog događaja u drugoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Nedostatak socijalne podrške – potvrdni odgovori									
nula ili jedan	28	(12,0)	205	(88,0)	233	(100,0)		1	
dva ili više	8	(29,6)	19	(70,4)	27	(100,0)	**0,016**	**3,08**	**(1,23-7,70)**
Nepovoljne obiteljske i druge prilike u djetinjstvu									
niti jedna	24	(11,8)	180	(88,2)	204	(100,0)		1	
barem jedna	10	(22,7)	34	(77,3)	44	(100,0)	0,060	2,21	(0,97-5,03)

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda, n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Sudionice kod kojih je bio prisutan nedostatak socijalne podrške imale su oko tri puta veće izglede za klinički značajan rezultat u odnosu na sudionice kod kojih to nije bio slučaj (OR=3,08; 95% CI: 1,23-7,70).

Biološki faktori

Tablica 32. Teškoće tijekom trudnoće, način porođaja i rana uspostava dojenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Komplikacije tijekom trudnoće									
ne	20	(13,6)	127	(86,4)	147	(100,0)		1	
da	16	(14,2)	97	(85,8)	113	(100,0)	0,898	1,05	(0.52-2,13)
Način porođaja									
vaginalni	24	(12,1)	175	(87,9)	199	(100,0)		1	
carski rez naručena	6	(20,7)	23	(79,3)	29	(100,0)	0,205	1,90	(0,70-5,14)
hitni carski rez	6	(18,2)	27	(81,8)	33	(100,0)	0,335	1,62	(0,61-4,33)
Dojenje									
isključivo bez dohrane	15	(9,9)	136	(90,1)	151	(100,0)		1	
uz dohranu	11	(20,8)	42	(79,2)	53	(100,0)	**0,047**	**2,38**	**(1,01-5,56)**
ne doji	10	(18,2)	45	(81,8)	55	(100,0)	0,114	2,02	(0,85-4,80)

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Sudionice koje su dojile uz dohranu imale su gotovo dva i pol puta veće izglede za klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja u odnosu na sudionice koje su dojile isključivo bez dohrane (OR=2,38; 95% CI: 1,01-5,56). Nije nađen utjecaj komplikacija tijekom trudnoće na klinički značajni rezultat na primijenjenoj skali.

Tablica 33. Univarijatna povezanost komplikacija pri porođaju s utjecajem traumatskog događaja u drugoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Kako biste opisali bol tijekom porođaja?									
podnošljiva	6	(7,7)	72	(92,3)	78	(100,0)		1	
teška	16	(13,3)	104	(86,7)	120	(100,0)	0,223	5,28	(0,69-4,95)
nepodnošljiva. mislila sam da ću umrijeti	11	(3,6)	25	(69,4)	36	(100,0)	**0,003**	**1,85**	**(1,77-15,77)**
Jeste li u jednom trenutku porođaja imali osjećaj da se porođajne događa Vama nego nekom drugom (da svjedočite vlastitom porođaju)?									
da	8	(33,3)	16	(66,7)	24	(100,0)	**0,010**	**3,46**	**(1,35-8,86)**
ne	27	(12,6)	187	(87,4)	214	(100,0)		1	
Da li ste imali neku neuobičajenu medicinsku intervenciju tijekom porođaja ili nakon ?									
da	3	(12,0)	22	(88,0)	25	(100,0)	0,700	0,78	(0,22-2,76)
ne	32	(14,9)	183	(85,1)	215	(100,0)		1,28	
Dugi porođaj									
ne	26	(15,7)	140	(84,3)	166	(100,0)		1	
da	3	(5,3)	54	(94,7)	57	(100,0)	0,056	0,3	(0,09-1,03)
Imate li neku tegobu kao direktnu posljedicu porođaja									
da	2	(14,3)	12	(85,7)	14	(100,0)	0,975	0,98	(0,21-4,55)
ne	34	(14,6)	199	(85,4)	233	(100,0)		1	
Da li je vaše dijete ranije rođeno (prije 37. tjedna)?									
da	5	(29,4)	12	(70,6)	17	(100,0)	0,078	2,72	(0,90-8,24)
ne	31	(13,3)	202	(86,7)	233	(100,0)		1	

Tablica 33. (nastavak) Univarijatna povezanost komplikacija pri porođaju s utjecajem traumatskog događaja u drugoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Da li je vaše dijete imalo neke komplikacije nakon porođaja zbog čega je bilo odvojeno od vas tijekom boravka u rodilištu									
da	7	(35,0)	13	(65,0)	20	(100,0)	**0,010**	**3,69**	**(1,36-10,02)**
ne	29	(12,7)	199	(87,3)	228	(100,0)		1	

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica, % = postotak ispitanica

Od pojedinačnih komplikacija tijekom ili nakon porođaja univarijatnom logističkom regresijom utvrđeno je da su sudionice koje su bol pri porođaju doživjele nepodnošljivom su imale skoro dva puta veće izglede da ostvare klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja u odnosu na one koje su bol pri porođaju doživjele podnošljivom (OR 1,85; 95% CI: 1,77-15,77). Također, sudionice koje su pri porođaju imale disocijativnu epizodu su imale preko 3 puta veće izglede da ostvare klinički značajan rezultat na ovoj skali (OR 3,46; 95% CI: 1,35-8,86). Također, sudionice koje su tijekom boravka u rodilištu bile odvojene od djeteta zbog djetetovih zdravstvenih tegoba su imale preko 3,5 puta veću šansu da ostvare klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja u odnosu na one koje nisu bile odvojene od djeteta u rodilištu (OR 3,69; 95% CI: 1,36-10,02).

Psihološki faktori

Tablica 34. Univarijatna povezanost traumatskog iskustva, te svakodnevnog straha za ishod porođaja s utjecajem traumatskog događaja u drugoj točki mjerenja

	n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Prije ovog porođaja preživjeli izrazito traumatski događaj										
ne		23	(11,3)	180	(88,7)	203	(100,0)		1	
da		13	(23,2)	43	(76,8)	56	(100,0)	**0,026**	**2,37**	**(1,11-5,05)**
Svakodnevno tijekom trudnoće strahovali za ishod porođaja										
ne		17	(9,0)	172	(91,0)	189	(100,0)		1	
da		19	(26,4)	53	(73,6)	72	(100,0)	**<0,001**	**3,63**	**(1,76-7,48)**

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda, n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Univarijatnom analizom utvrđeno je da su sudionice koje su prethodno doživjele izrazito traumatski događaj imale gotov dva i pol puta veće izglede za klinički značajan rezultat u odnosu na one koje nisu doživjele takvo iskustvo (OR=2,37; 95% CI: 1,11-5,05). Sudionice koje su tijekom trudnoće svakodnevno strahovale za ishod porođaja imale su preko tri i pol puta veće izglede za klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja u odnosu na one bez takvih strahova (OR=3,63; 95% CI: 1,76-7,48).

Tablica 35. Univarijatna povezanost rezultata na skalama u prethodnom mjerenju s utjecajem traumatskog događaja u drugoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		Ukupno		P	OR	(95% CI)
Utjecaj traumatskog događaja – 1. mjerenje									
nije klinički značajno	10	(5,2)	183	(94,8)	193	(100,0)		1	
klinički značajno	26	(38,2)	42	(61,8)	68	(100,0)	**<0,001**	**11,33**	**(5,08-25,28)**
Skala postnatalne depresije – 1. mjerenje									
nije klinički značajno	15	(7,5)	185	(92,5)	200	(100,0)		1	
klinički značajno	20	(33,3)	40	(66,7)	60	(100,0)	**<0,001**	**6,17**	**(2,91-13,08)**

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

One sudionice koje su u prvoj točki mjerenja imale klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja imale su preko 11 puta veće izglede da na istoj skali imaju značajan rezultat i u ovoj točki mjerenja u odnosu na sudionice koje u prethodnoj točki nisu imale klinički značajan rezultat (OR=11,33; 95% CI: 5,08-25,28). Također, one sudionice koje su u prethodnoj točki mjerenja imale klinički značajan rezultat na skali postnatalne depresije imale su preko šest i puta veće izglede za klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja u ovoj točki mjerenja u odnosu na one koje u prethodnoj točki nisu imale klinički značajnu postnatalnu depresiju (OR=6,17; 95% CI: 2,91-13,08).

Tablica 36. Univarijatna povezanost temeljnih osobina ličnosti s utjecajem traumatskog događaja u drugoj točki mjerenja

	klinički značajno		nije klinički značajno		P	OR	(95% CI)
	M	(sd)	M	(sd)			
Ekstraverzija	29,2	(5,17)	30,3	(4,44)	0,142	0,94	(0,88-1,02)
Ugodnost	35,1	(4,84)	35,0	(4,93)	0,879	1,01	(0,94-1,08)
Savjesnost	36,3	(4,82)	36,5	(4,99)	0,829	0,99	(0,92-1,07)
Neuroticizam	22,0	(6,04)	19,1	(4,92)	**0,003**	**1,11**	**(1,04-1,19)**
Otvorenost	36,0	(6,74)	35,9	(5,37)	0,896	1,00	(0,94-1,07)

KRATICE: M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda

Univarijatnom analizom utvrđeno je da se sa svakim jediničnim pomakom na skali neuroticizma izgledi za klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja povećavaju za 11% (OR=1,11; 95% CI: 1,04-1,19).

Multivarijatna analiza

Tablica 37. Multivarijatno predviđanje utjecaja traumatskog događaja u drugoj točki mjerenja

	Univarijatno			Multivarijatno		
	P	OR	(95% CI)	P	OR	(95% CI)
Nedostatak socijalne podrške – potvrdni odgovori						
nula ili jedan		1			1	
dva ili više	**0,011**	**3,33**	**(1,31-8,42)**	0,283	1,88	(0,59-5,93)
Živite li s još članova obitelji osim supruga / partnera i djece?						
da		1			1	
ne	**0,001**	**0,28**	**(0,14-0,60)**	**0,015**	**0,22**	**(0,07-0,74)**
Sredina u kojoj živite						
selo		1			1	
manji grad / predgrađe	0,202	0,53	(0,20-1,41)	0,313	0,46	(0,10-2,08)
grad	**0,002**	**0,27**	**(0,12-0,62)**	0,262	0,47	(0,12-1,77)
Kako biste opisali bol tijekom porođaja?						
podnošljiva		1			1	
teška	0,223	5,28	(0,69-4,95)	0,708	1,32	(0,31-5,56)
nepodnošljiva. mislila sam da ću umrijeti	**0,003**	**1,85**	**(1,77-15,77)**	0,117	4,00	(0,71-22,58)
Jeste li u jednom trenutku porođaja imali osjećaj da se porođaj ne događa Vama nego nekom drugom (da svjedočite vlastitom porođaju)?						
ne		1			1	
da	**0,010**	**3,46**	**(1,35-8,86)**	0,052	4,43	(0,99-19,84)
Da li je vaše dijete imalo neke komplikacije nakon porođaja zbog čega je bilo odvojeno od vas tijekom boravka u rodilištu						
ne		1			1	
da	**0,010**	**3,695**	**(1,36-10,02)**	0,365	2,09	(0,42-10,31)
Dojenje						
isključivo bez dohrane		1			1	
uz dohranu	**0,047**	**2,38**	**(1,01-5,56)**	0,828	1,15	(0,33-4,04)
ne doji	0,114	2,02	(0,85-4,80)	0,532	0,64	(0,16-2,61)

Tablica 37. (nastavak) Multivarijatno predviđanje utjecaja traumatskog događaja u drugoj točki mjerenja

	Univarijatno			Multivarijatno		
	P	OR	(95% CI)	P	OR	(95% CI)
Svakodnevno tijekom trudnoće strahovali za ishod poroda						
ne		1				
da	**<0,001**	**3,63**	**(1,76-7,48)**	0,387	1,62	(0,54-4,85)
Prije ovog poroda preživjeli izrazito traumatski događaj						
ne		1			1	
da	**0,026**	**2,37**	**(1,11-5,05)**	0,132	2,35	(0,77-7,17)
Utjecaj traumatskog događaja – 1. Mjerenje						
nije klinički značajno		1			1	
klinički značajno	**<0,001**	**11,33**	**(5,08-25,28)**	**>0,001**	**13,60**	**(3,85-47,98)**
Skala postnatalne depresije – 1. mjerenje						
nije klinički značajno		1			1	
klinički značajno	**<0,001**	**6,17**	**(2,91-13,08)**	0,911	0,93	(0,27-3,24)
Neuroticizam	**0,003**	**1,11**	**(1,04-1,19)**	0,986	1,00	(0,90-1,11)

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda

Multivarijatnom logističkom regresijom utvrđeno je da su, kad se svi faktori rizika uzmu u obzir, statistički značajni prediktor klinički značajnog rezultata na skali utjecaja traumatskog događaja bili život u nuklearnoj obitelji te utjecaj traumatskog događaja klinički značajan u prvoj točki mjerenja.

Pri tome su, kad se ostali faktori rizika uzmu u obzir, sudionice koje su živjele u nuklearnoj obitelji (tj. nisu živjele s drugim članovima obitelji osim s mužem i djecom) imale 22% manje izglede za klinički značajan rezultat na primijenjenoj skali u odnosu na one koje žive s drugim

odraslim članovima obitelji (OR=0,22; 95% CI: 0,07-0,74) (najčešće roditelji supruga ili njezini roditelji).

S druge strane, sudionice koje su u samom rodilištu 3-5 dana nakon poroñaja imale klinički značajan zbroj na IES-R skali imale su skoro 14 puta veće šanse za klinički značajan rezultat na IES-R od sudionica čiji IES-R zbroj nije bio značajna u prvoj točki mjerenja (OR 13,60; 95% CI: 3,85-47,98).

5.4.4. Predikcija klinički značajnih rezultata 6-8 tjedana nakon poroñaja – EPDS ≥ 9

Socijalni i demografski faktori

Tablica 38. Povezanost uvjeta života te nepovoljnih prilika u djetinjstvu s postnatalnom depresijom u drugoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Živite li s još članova obitelji osim supruga / partnera i djece?									
da	19	(35,8)	34	(64,2)	53	(100,0)		1	
ne	41	(19,8)	166	(80,2)	207	(100,0)	**0,015**	**0,44**	**(0,23-0,85)**
Sredina u kojoj živite									
selo	15	(31,9)	32	(68,1)	47	(100,0)		1	
manji grad / predgrañe	11	(22,4)	38	(77,6)	49	(100,0)	0,299	0,62	(0,25-1,53)
grad	34	(20,7)	130	(79,3)	164	(100,0)	0,112	0,56	(0,27-1,15)
Stručna sprema									
srednja ili niže	27	(22,1)	95	(77,9)	122	(100,0)		1	
visa škola ili vise	33	(23,9)	105	(76,1)	138	(100,0)	0,734	1,11	(0,62-1,97)
Da li ste zaposleni?									
da	44	(21,1)	165	(78,9)	209	(100,0)		1	
ne	16	(32,0)	34	(68,0)	50	(100,0)	0,102	1,77	(0,89-3,49)
Zadovoljstvo primanjima									
da	32	(23,2)	106	(76,8)	138	(100,0)		1	
ne	18	(20,9)	68	(79,1)	86	(100,0)	0,693	0,88	(0,46-1,68)

Tablica 38. (nastavak) Povezanost uvjeta života te nepovoljnih prilika u djetinjstvu s postnatalnom depresijom u drugoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Spol novorođenog djeteta									
muški	35	(25,0)	105	(75,0)	140	(100,0)		1	
ženski	22	(19,3)	92	(80,7)	114	(100,0)	0,280	0,72	(0,39-1,31)
blizanci	3	(50,0)	3	(50,0)	6	(100,0)	0,191	3,0	(0,58-15,55)
Imate li još djece									
da	26	(20,3)	102	(79,7)	128	(100,0)		1	
ne	34	(25,8)	98	(74,2)	132	(100,0)	0,298	1,36	(0,76-2,43)
	M	**(sd)**	**M**	**(sd)**			**P**	**OR**	**(95% CI)**
Dob	30,6	(5,23)	30,5	(4,81)			0,893	1,00	(0,95-1,07)

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Univarijatnom analizom utvrđeno je da su sudionice koje ne žive s još članova obitelji osim supruga i djece (nuklearna obitelj) imale 56% manje izglede za klinički značajan rezultat na skali postnatalne depresije u odnosu na one koje žive s još odraslih članova obitelji u tradicionalnoj – proširenoj obitelji (OR=0,44; 95% CI: 0,23-0,85).

Tablica 39. Povezanost socijalne podrške te nepovoljnih prilika u djetinjstvu s postnatalnom depresijom u drugoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		Ukupno		P	OR	(95% CI)
Nedostatak socijalne podrške – potvrdni odgovori									
niti jedan ili jedan	48	(20,7)	184	(79,3)	232	(100,0)		1	
dva ili više	12	(44,4)	15	(55,6)	27	(100,0)	**0,008**	**3,07**	**(1,35-6,98)**
Nepovoljne obiteljske i druge prilike u djetinjstvu									
niti jedna	40	(19,7)	163	(80,3)	203	(100,0)		1	
barem jedna	15	(34,1)	29	(65,9)	44	(100,0)	**0,040**	**2,11**	**(1,03-4,30)**

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Sudionice koje su na pitanja vezana uz nedostatak socijalne podrške dale dva ili više potvrdnih odgovora imale su preko tri puta veće izglede za klinički značajan rezultat na primijenjenoj skali u odnosu na sudionice koje nisu dale niti jedan ili su dale jedan potvrdan odgovor (OR=3,07; 95% CI: 1,35-6,98). One sudionice kod kojih su u djetinjstvu bile prisutne nepovoljne obiteljske ili druge prilike imale su preko dva puta veće izglede za klinički značajan rezultat na primijenjenoj skali u odnosu na sudionice kod kojih nepovoljne prilike nisu bile prisutne (OR=2,11; 95% CI: 1,03-4,30).

Biološki faktori

Tablica 40. Univarijatna povezanost uspostave dojenja te karakteristike trudnoće i porođaja s postnatalnom depresijom u drugoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		Ukupno		P	OR	(95% CI)
Dojenje									
isključivo bez dohrane	26	(17,2)	125	(82,8)	151	(100,0)		1	
uz dohranu	16	(30,8)	36	(69,2)	52	(100,0)	**0,040**	**2,14**	**(1,04-4,41)**
ne doji	17	(30,9)	38	(69,1)	55	(100,0)	**0,035**	**2,15**	**(1,06-4,38)**
Komplikacije tijekom trudnoće									
ne	30	(20,4)	117	(79,6)	147	(100,0)		1	
da	30	(26,8)	82	(73,2)	112	(100,0)	0,229	1,43	(0,80-2,55)
Način porođaja									
vaginalni	39	(19,7)	159	(80,3)	198	(100,0)		1	
carski rez naručena	8	(27,6)	21	(72,4)	29	(100,0)	0,330	1,55	(0,64-3,77)
hitni carski rez	13	(39,4)	20	(60,6)	33	(100,0)	**0,014**	**2,65**	**(1,21-5,79)**

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Univarijatnom analizom utvrđeno je da sudionice koje su dojile uz dohranu imale su preko dva puta veće izglede za klinički značajan rezultat na skali postnatalne depresije u odnosu na sudionice koje su dojile isključivo bez dohrane (OR=2,14; 95% CI: 1,04-4,41). Sudionice

koje ne doje također su imale preko dva puta veće izglede za klinički značajan rezultat u odnosu na one koju su dojile isključivo bez dohrane (OR=2,15; 95% CI: 1,06-4,38). Sudionice koje su rodile putem hitnog carskog reza imale su preko dva i pol puta veće izglede za klinički rezultat na primijenjenoj skali u odnosu na one kojima je način porođaja bio vaginalni (OR=2,65; 95% CI: 1,21-5,79). Nije nađen utjecaj komplikacija tijekom trudnoće na klinički značajni rezultat na primijenjenoj skali.

Tablica 41. Univarijatna povezanost komplikacija pri porođaju s postnatalnom depresijom u drugoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Kako biste opisali bol tijekom porođaja?									
podnošljiva	10	(12,7)	69	(87,3)	79	(100,0)		1	
teška	29	(23,0)	97	(77,0)	126	(100,0)	0,070	2,06	(0,94-4,51)
nepodnošljiva. mislila sam da ću umrijeti	13	(36,1)	23	(63,9)	36	(100,0)	**0,005**	**3,90**	**(1,51-10,08)**
Jeste li u jednom trenutku porođaja imali osjećaj da se porođaj ne događa Vama nego nekom drugom (da svjedočite vlastitom porođaju)?									
da	9	(39,1)	14	(60,9)	23	(100,0)	**0,042**	**2,54**	**(1,04-6,25)**
ne	45	(20,2)	178	(79,8)	223	(100,0)		1	
Da li ste imali neku neuobičajenu medicinsku intervenciju tijekom porođaja ili nakon ?									
da	9	(34,6)	17	(65,4)	26	(100,0)	0,138	1,93	(8,1-4,6)
ne	48	(21,5)	175	(78,5)	223	(100,0)		1	
Dugi porođaj									
ne	35	(20,3)	137	(79,7)	172	(100,0)		1	
da	13	(22,0)	46	(78,0)	59	(100,0)	0,783	1,11	(0,54-2,27)

Tablica 41. (nastavak) Univarijatna povezanost komplikacija pri porođaju s postnatalnom depresijom u drugoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Imate li neku tegobu kao direktnu posljedicu porođaja									
da	3	(18,8)	13	(81,3)	16	(100,0)	0,694	0,77	(0,21-2,81)
ne	55	(23,0)	184	(77,0)	239	(100,0)		1	
Da li je vaše dijete ranije rođeno (prije 37. tjedna)?									
da	8	(44,4)	10	(55,6)	18	(100,0)	**0,030**	**2,97**	**(1,13-7,9)**
ne	51	(21,3)	189	(78,8)	240	(100,0)		1	
Da li je vaše dijete imalo neke komplikacije nakon porođaja zbog čega je bilo odvojeno od vas tijekom boravka u rodilištu									
da	10	(45,5)	12	(54,5)	22	(100,0)	**0,010**	**3,23**	**(1,32-7,92)**
ne	48	(20,5)	186	(79,5)	234	(100,0)		1	

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Od pojedinačnih komplikacija tijekom ili nakon porođaja univarijatnom logističkom regresijom utvrđeno je da su sudionice koje su bol pri porođaju doživjele nepodnošljivom su imale skoro četiri puta veće izglede da ostvare klinički značajan rezultat na Edinburškoj skali postnatalne depresije u odnosu na one koje su bol pri porođaju doživjele podnošljivom (OR 3,9; 95%CI: 1,51-10,08). Sudionice koje su pri porođaju doživjele disocijaciju su imale dva i pol puta veće izglede izglede da ostvare klinički značajan rezultat na Edinburškoj skali postnatalne depresije u odnosu na one sudionice koje nisu doživjele disocijativno iskustvo (OR 2,54; 95%CI: 1,04-6,25). Sudionice koje su rodile dijete prije 37. tjedna trudnoće su imale skoro tri puta veće izglede da ostvare klinički značajan rezultat na Edinburškoj skali

postnatalne depresije u odnosu na one sudionice koje su rodile dijete poslije 37. tjedna trudnoće (OR 2,97; 95%CI: 1,13-7,9). Također sudionice koje su tijekom boravka u rodilištu bile odvojene od djeteta zbog djetetovih zdravstvenih tegoba su imale preko 3 puta veću šansu da ostvare klinički značajan rezultat na Edinburškoj skali postnatalne depresije u odnosu na one koje nisu bile odvojene od djeteta u rodilištu (OR 3,23; 95% CI: 1,32-7,92).

Psihološki faktori

Tablica 42. Univarijatna povezanost rezultata na skalama u prethodnom mjerenju s postnatalnom depresijom u drugoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Utjecaj traumatskog događaja – 1. mjerenje									
nije klinički značajno	29	(15,1)	163	(84,9)	192	(100,0)		1	
klinički značajno	31	(45,6)	37	(54,4)	68	(100,0)	**<0,001**	**4,71**	**(2,54-8,75)**
Skala postnatalne depresije – 1. mjerenje									
nije klinički značajno	28	(14,1)	171	(85,9)	199	(100,0)		1	
klinički značajno	31	(51,7)	29	(48,3)	60	(100,0)	**<0,001**	**6,53**	**(3,43-12,44)**

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

One sudionice koje su u prvoj točki mjerenja zabilježile klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja imale su gotovo pet puta veće izglede da na skali postnatalne depresije imaju značajan rezultat u ovoj točki mjerenja u odnosu na sudionice koje u prethodnoj točki nisu imale klinički značajan rezultat (OR=4,71; 95% CI: 2,54-8,75). Također, one sudionice koje su u prethodnoj točki mjerenja imale klinički značajan rezultat na skali postnatalne depresije imale su oko šest i pol puta veće izglede za klinički značajan

rezultat na istoj skali u ovoj točki mjerenja u odnosu na one koje u prethodnoj točki nisu imale klinički značajnu postnatalnu depresiju (OR=6,53; 95% CI: 3,43-12,44).

Tablica 43. Univarijatna povezanost traumatskog iskustva, te straha za ishod trudnoće s postnatalnom depresijom u drugoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Prije ovog porođaja preživjeli izrazito traumatski događaj									
ne	41	(20,3)	161	(79,7)	202	(100,0)		1	
da	17	(30,4)	39	(69,6)	56	(100,0)	0,113	1,71	(0,88-3,33)
Svakodnevno tijekom trudnoće strahovali za ishod porođaja									
ne	32	(17,0)	156	(83,0)	188	(100,0)		1	
da	28	(38,9)	44	(61,1)	72	(100,0)	**<0,001**	**3,10**	**(1,69-5,70)**

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Univarijatnom analizom utvrđeno je da su sudionice koje su svakodnevno strahovale za ishod porođaja tijekom trudnoće imale preko tri puta veće izglede za klinički značajan rezultat na skali postnatalne depresije u odnosu na one kod kojih ti strahovi nisu bili prisutni (OR=3,10; 95% CI: 1,69-5,70).

Tablica 44. Univarijatna povezanost dobi i temeljnih osobina ličnosti s postnatalnom depresijom u drugoj točki mjerenja

	klinički značajno		nije klinički značajno		P	OR	(95% CI)
	M	(sd)	M	(sd)			
Ekstraverzija	28,8	(4,90)	30,7	(4,39)	**0,008**	**0,92**	**(0,86-0,98)**
Ugodnost	33,4	(5,18)	35,5	(4,70)	**0,003**	**0,91**	**(0,86-0,97)**
Savjesnost	35,1	(4,61)	36,9	(4,98)	**0,013**	**0,93**	**(0,87-0,98)**
Neuroticizam	22,4	(5,34)	18,6	(4,78)	**<0,001**	**1,16**	**(1,09-1,24)**
Otvorenost	33,9	(6,28)	36,5	(5,18)	**0,002**	**0,92**	**(0,87-0,97)**

KRATICE: M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda

Univarijatnom logističkom regresijom utvrđeno je da jedinični pomak na skali ekstraverzije smanjuje izglede za klinički značajan rezultat na skali postnatalne depresije za 8% (OR=0,92; 95% CI: 0,86-0,98). Također, jedinični pomak na skali ugodnosti smanjuje izglede za klinički značajan rezultat za 9% (OR=0,91; 95% CI: 0,86-0,97) dok ih jedinični pomak na skali savjesnosti smanjuje za 7% (OR=0,93; 95% CI: 0,87-0,98). S druge strane, jedinični pomak na skali neuroticizma povećava izglede za klinički značajan rezultat za 16 % (OR=1,16; 95% CI=1,09-1,24). Jedinični pomak na skali otvorenosti smanjuje izglede za klinički značajan rezultat za 8% (OR=0,92; 95% CI: 0,87-0,97).

Multivarijatna analiza

Tablica 45. Multivarijatno predviđanje postnatalne depresije u drugoj točki mjerenja

	Univarijatno			Multivarijatno		
	P	OR	(95% CI)	P	OR	(95% CI)
Živite li s još članova obitelji osim supruga / partnera i djece?						
da		1			1	
ne	**0,015**	**0,44**	**(0,23-0,85)**	0,171	1,90	(0,76-4,74)
Nedostatak socijalne podrške – potvrdni odgovori						
nula ili jedan		1			1	
dva ili više	**0,015**	**2,83**	**(1,22-6,55)**	0,558	1,48	(0,40-5,50)
Nepovoljne obiteljske i druge prilike u djetinjstvu						
niti jedna		1			1	
barem jedna	**0,040**	**2,11**	**(1,03-4,30)**	0,684	1,24	(0,44-3,54)
Dojenje						
isključivo bez dohrane		1			1	
uz dohranu	**0,040**	**2,14**	**(1,04-4,41)**	0,624	1,30	(0,45-3,78)
ne doji	**0,035**	**2,15**	**(1,06-4,38)**	0,457	1,52	(0,51-4,55)
Način porođaja						
vaginalni		1			1	
carski rez naručena	0,330	1,55	(0,64-3,77)	0,511	0,50	(0,06-3,93)
hitni carski rez	**0,014**	**2,65**	**(1,21-5,79)**	0,253	2,01	(0,61-6,66)
Kako biste opisali bol tijekom porođaja?						
podnošljiva		1				1
teška	0,070	2,06	(0,94-4,51)	0,135	2,32	(0,77-7,01)
nepodnošljiva mislila sam da ću umrijeti	**0,005**	**3,9**	**(1,51-10,08)**	0,225	2,41	(0,58-9,97)
Jeste li u jednom trenutku porođaja imali osjećaj da se porođaj ne događa Vama nego nekom drugom (da svjedočite vlastitom porođaju)?						
ne		1			1	
da	**0,042**	**2,54**	**(1,04-6,25)**	0,214	2,36	(0,61-9,16)
Da li je vaše dijete ranije rođeno (prije 37. tjedna)?						
ne		1			1	
da	**0,030**	**2,97**	**(1,13-7,9)**	0,369	0,43	(0,07-2,70)

Tablica 45. (nastavak) Multivarijatno predviđanje postnatalne depresije u drugoj točki mjerenja

	Univarijatno			Multivarijatno		
	P	OR	(95% CI)	P	OR	(95% CI)
Da li je vaše dijete imalo neke komplikacije nakon poroda zbog čega je bilo odvojeno od vas tijekom boravka u rodilištu						
ne		1			1	
da	**0,010**	**3,23**	**(1,32-7,92)**	0,126	3,50	(0,70-17,39)
Svakodnevno tijekom trudnoće strahovali za ishod poroda						
ne					1	
da	**<0,001**	**3,10**	**(1,69-5,70)**	**0,048**	**2,64**	**(1,01-6,93)**
Utjecaj traumatskog događaja - 1. mjerenje						
nije klinički značajno					1	
klinički značajno	**<0,001**	**4,71**	**(2,54-8,75)**	0,266	1,77	(0,65-4,84)
Skala postnatalne depresije - 1. mjerenje						
nije klinički značajno					1	
klinički značajno	**<0,001**	**6,53**	**(3,43-12,44)**	**0,046**	**2,93**	**(1,02-8,45)**
Ekstraverzija	**0,008**	**0,92**	**(0,86-0,98)**	0,540	1,03	(0,93-1,15)
Ugodnost	**0,003**	**0,91**	**(0,86-0,97)**	0,150	0,93	(0,84-1,03)
Savjesnost	**0,013**	**0,93**	**(0,87-0,98)**	0,559	0,97	(0,88-1,07)
Neuroticizam	**<0,001**	**1,16**	**(1,09-1,24)**	0,315	1,06	(0,94-1,20)
Otvorenost	**0,002**	**0,92**	**(0,87-0,97)**	**0,046**	**0,91**	**(0,84-0,99)**

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda

Multivarijatnom analizom utvrđeno je da su statistički značajni prediktori klinički značajnog rezultata na skali postnatalne depresije svakodnevno strahovanje tijekom trudnoće za ishod poroda, rezultati na istoj skali iz prethodne točke mjerenja te osobina otvorenosti. Pri tome su, kad se sve varijable uzmu u obzir, sudionice koje su svakodnevno strahovale za ishod poroda tijekom trudnoće imale preko 2,5 puta veće izglede za klinički značajan rezultat u

odnosu na one bez takvih strahova (OR=2,64; 95% CI: 1,01-6,93). One sudionice koje su u prethodnoj točki mjerenja imale klinički značajan rezultat na skali postnatalne depresije imale su oko 3 puta veće izglede za klinički značajan rezultat na istoj skali i u ovoj točki mjerenja (OR=2,93; 95% CI: 1,02-8,45). Jedinični pomak na skali otvorenosti smanjivao je izglede za klinički značajan rezultat za 9% (OR=0,91; 95% CI: 0,84-0,99).

5.4.5. Predikcija klinički značajnih rezultata 14-18 tjedana nakon poroñaja – IES-R ≥ 24

Socijalni i demografski faktori

Tablica 46. Povezanost uvjeta života s utjecajem traumatskog događaja u trećoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		Ukupno		P	OR	(95% CI)
Živite li s još članova obitelji osim supruga / partnera i djece?									
da	7	(17,5)	33	(82,5)	40	(100,0)		1	
ne	14	(8,9)	144	(91,1)	158	(100,0)	0,120	0,46	(0,17-1,23)
Sredina u kojoj živite									
selo	7	(21,9)	25	(78,1)	32	(100,0)		1	
manji grad / predgrađe	8	(22,2)	28	(77,8)	36	(100,0)	0,973	1,02	(0,32-3,22)
grad	6	(4,6)	124	(95,4)	130	(100,0)	**0,003**	**0,17**	**(0,05-0,56)**
Stručna sprema									
srednja ili niže	8	(8,8)	83	(91,2)	91	(100,0)		1	
visa škola ili vise	13	(12,1)	94	(87,9)	107	(100,0)	0,446	1,44	(0,57-3,63)
Da li ste zaposleni?									
da	17	(10,4)	146	(89,6)	163	(100,0)		1	
ne	4	(11,4)	31	(88,6)	35	(100,0)	0,862	1,11	(0,35-3,52)
Zadovoljstvo primanjima									
da	12	(11,1)	96	(88,9)	108	(100,0)		1	
ne	7	(11,1)	56	(88,9)	63	(100,0)	>0,999	1,00	(0,37-2,69)

Tablica 46. (nastavak) Povezanost uvjeta života s utjecajem traumatskog događaja u trećoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		Ukupno		P	OR	(95% CI)
Spol novorođenog djeteta									
muški	11	(10,5)	94	(89,5)	105	(100,0)		1	
ženski	9	(10,2)	79	(89,8)	88	(100,0)	0,955	0,97	(0,38-2,47)
blizanci	1	(20,0)	4	(80,0)	5	(100,0)	0,514	2,14	(0,22-20,86)
Imate li još djece									
da	10	(10,6)	84	(89,4)	94	(100,0)		1	
ne	11	(10,6)	93	(89,4)	104	(100,0)	0,989	0,99	(0,40-2,46)
	M	**(sd)**	**M**	**(sd)**			**P**	**OR**	**(95% CI)**
Dob	31,9	(5,96)	30,7	(4,68)			0,262	1,05	(0,96-1,16)

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj; % = postotak; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija

Univarijatnom analizom utvrđeno je da su sudionice koje žive u gradu imale 83% manje izglede za klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja u odnosu na sudionice koje žive na selu (OR=0,17; 95% CI: 0,05-0,56).

Tablica 47. Povezanost nedostatka socijalne podrške i nepovoljnih obiteljskih prilika u djetinjstvu rodilje s utjecajem traumatskog događaja u trećoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Nedostatak socijalne podrške – potvrdni odgovori									
nula ili jedan	14	(7,9)	163	(92,1)	177	(100,0)		1	
dva ili više	7	(33,3)	14	(66,7)	21	(100,0)	**0,001**	**5,82**	**(2,02-16,78)**
Nepovoljne obiteljske i druge prilike u djetinjstvu									
niti jedna	12	(7,9)	139	(92,1)	151	(100,0)		1	
barem jedna	7	(18,9)	30	(81,1)	37	(100,0)	0,054	2,70	(0,98-7,44)

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Sudionice koje su na pitanja o nedostatku socijalne podrške dale dva ili više potvrdnih odgovora imale su gotovo šest puta veće izglede za klinički značajan rezultat u odnosu na one koje su dale jedan ili niti jedan potvrdan odgovor (OR=5,82; 95% CI: 2,02-16,78).

Biološki faktori

Tablica 48. Univarijatna povezanost karakteristika trudnoće i porođaja te uspostave dojenja s utjecajem traumatskog događaja u trećoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		Ukupno		P	OR	(95% CI)
Dojenje									
isključivo bez dohrane	9	(8,1)	102	(91,9)	111	(100,0)		1	
uz dohranu	4	(12,5)	28	(87,5)	32	(100,0)	0,450	1,62	(0,46-5,65)
ne doji	8	(15,1)	45	(84,9)	53	(100,0)	0,176	2,02	(0,73-5,56)
Komplikacije tijekom trudnoće									
ne	12	(10,5)	102	(89,5)	114	(100,0)		1	
da	9	(10,8)	74	(89,2)	83	(100,0)	0,943	1,03	(0,41-2,58)
Način porođaja									
vaginalni	15	(9,8)	138	(90,2)	153	(100,0)		1	
carski rez naručena	3	(14,3)	18	(85,7)	21	(100,0)	0,530	1,53	(0,40-5,82)
hitni carski rez	3	(12,5)	21	(87,5)	24	(100,0)	0,685	1,31	(0,35-4,93)

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Nije bilo statistički značajne povezanosti između načina dojenja, komplikacija tijekom trudnoće te načina porođaja i rezultata na skali utjecaja traumatskog događaja u trećoj točki mjerenja.

Tablica 49. Univarijatna povezanost komplikacija pri porođaju s utjecajem traumatskog događaja u trećoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		Ukupno		P	OR	(95% CI)
Kako biste opisali bol tijekom porođaja?									
podnošljiva	6	(10,3)	52	(89,7)	58	(100,0)		1	
teška	8	(8,2)	89	(91,8)	97	(100,0)	0,660	0,78	(0,26-2,37)
nepodnošljiva. mislila sam da ću umrijeti	5	(21,7)	18	(78,3)	23	(100,0)	0,186	2,41	(0,66-8,85)
Jeste li u jednom trenutku porođaja imali osjećaj da se porođaj ne događa Vama nego nekom drugom (da svjedočite vlastitom porođaju)?									
da	3	(21,4)	11	(78,6)	14	(100,0)	0,181	2,556	(0,65-10,13)
ne	16	(9,6)	150	(90,4)	166	(100,0)		1	
Da li ste imali neku neuobičajenu medicinsku intervenciju tijekom ili nakon porođaja?									
da	2	(10,0)	18	(90,0)	20	(100,0)	0,939	0,94	(0,2-4,41)
ne	17	(10,6)	144	(89,4)	161	(100,0)		1	
Dugi porođaj									
ne	15	(11,9)	111	(88,1)	126	(100,0)		1	
da	2	(4,7)	41	(95,3)	43	(100,0)	0,188	0,36	(0,08-1,65)
Imate li neku tegobu kao direktnu posljedicu porođaja									
da			11	(100)	11	(100,0)			
ne	19	(11,0)	154	(89,0)	173	(100,0)			
Da li je vaše dijete ranije rođeno (prije 37. tjedna)?									
da	4	(30,8)	9	(69,2)	13	(100,0)	**0,019**	**4,68**	**(1,29-17,03)**
ne	15	(8,7)	158	(91,3)	173	(100,0)		1	

Tablica 49. (nastavak) Univarijatna povezanost komplikacija pri porođaju s utjecajem traumatskog događaja u trećoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		Ukupno		P	OR	(95% CI)
Da li je vaše dijete imalo neke komplikacije nakon porođaja zbog čega je bilo odvojeno od vas tijekom boravka u rodilištu									
da	4	(28,6)	10	(71,4)	14	(100,0)	**0,029**	**4,13**	**(1,15-14,79)**
ne	15	(8,8)	155	(91,2)	170	(100,0)		1	

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Od pojedinačnih komplikacija tijekom ili nakon porođaja univarijatnom logističkom regresijom utvrđeno je da su sudionice s prijevremenim porođajem imale preko 4,5 puta viši rizik da ostvare klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja u odnosu na one koje su rodile donošeno dijete (OR 4,68; 95% CI: 1,29-17,03). Također sudionice koje su tijekom boravka u rodilištu bile odvojene od djeteta zbog djetetovih zdravstvenih tegoba su imale preko 4 puta viši rizik da ostvare klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja u odnosu na one koje nisu bile odvojene od djeteta u rodilištu (OR 4,13; 95% CI: 1,15-14,79).

Psihološki faktori

Tablica 50. Univarijatna povezanost rezultata na skalama u prethodnom mjerenju s utjecajem traumatskog događaja u trećoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Utjecaj traumatskog događaja – **prvo mjerenje**									
nije klinički značajno	4	(2,8)	140	(97,2)	144	(100,0)		1	
klinički značajno	17	(31,5)	37	(68,5)	54	(100,0)	**<0,001**	**16,08**	**(5,10-50,68)**
Skala postnatalne depresije – **prvo mjerenje**									
nije klinički značajno	8	(5,4)	139	(94,6)	147	(100,0)		1	
klinički značajno	12	(24,0)	38	(76,0)	50	(100,0)	**0,001**	**5,49**	**(2,09-14,39)**

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

One sudionice koje su u prvoj točki mjerenja imale klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja imale su oko 16 puta veće izglede za klinički značajan rezultat na istoj skali i u ovoj točki mjerenja (OR=16,08; 95% CI: 5,10-50,68). Također, one sudionice koje su u prvoj točki mjerenja imale klinički značajan rezultat na skali postnatalne depresije imale su oko pet i pol puta veće izglede za klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja u ovoj točki mjerenja (OR=5,49; 95% CI: 2,09-14,39)

Tablica 51. Univarijatna povezanost traumatskog iskustva te svakodnevnog strah za ishod trudnoće s utjecajem traumatskog događaja u trećoj točki mjerenja

	n(%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Prije ovog porođaja preživjeli izrazito traumatski događaj										
ne		16	(10,4)	138	(89,6)	154	(100,0)		1	
da		5	(11,6)	38	(88,4)	43	(100,0)	0,816	1,14	(0,39-3,30)
Svakodnevno tijekom trudnoće strahovali za ishod porođaja										
ne		9	(6,3)	134	(93,7)	143	(100,0)		1	
da		12	(21,8)	43	(78,2)	55	(100,0)	**0,003**	**4,16**	**(1,64-10,53)**

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Sudionice koje su tijekom trudnoće svakodnevno strahovale za ishod porođaja imale su preko četiri puta veće izglede za klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja u odnosu na one bez tih strahova (OR=4,16; 95% CI: 1,64-10,53).

Tablica 52. Univarijatna povezanost temeljnih osobina ličnosti s utjecajem traumatskog događaja u trećoj točki mjerenja

	klinički značajno		nije klinički značajno		P	OR	(95% CI)
	M	(sd)	M	(sd)			
Ekstraverzija	28,4	(4,87)	30,3	(4,57)	0,070	0,92	(0,83-1,01)
Ugodnost	34,6	(5,18)	35,3	(4,84)	0,562	0,97	(0,89-1,07)
Savjesnost	36,5	(4,69)	36,7	(4,96)	0,857	0,99	(0,91-1,09)
Neuroticizam	22,0	(5,09)	19,0	(5,00)	**0,015**	**1,12**	**(1,02-1,22)**
Otvorenost	35,0	(5,84)	36,1	(5,61)	0,435	0,97	(0,89-1,05)

KRATICE: M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda

Jedinični pomak na skali neuroticizma povećavao je izglede za klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja za 12% (OR=1,12; 95% CI: 1,02-1,22).

Multivarijatna analiza

Tablica 53. Multivarijatno predviđanje utjecaja traumatskog događaja u trećoj točki mjerenja

	Univarijatno			Multivarijatno		
	P	OR	(95% CI)	P	OR	(95% CI)
Sredina u kojoj živite						
selo		1			1	
manji grad / predgrađe	0,973	1,02	(0,32-3,22)	0,244	0,34	(0,06-2,09)
grad	**0,003**	**0,17**	**(0,05-0,56)**	**0,006**	**0,08**	**(0,01-0,50)**
Nedostatak socijalne podrške – potvrdni odgovori						
niti jedan ili jedan		1			1	
dva ili više	**0,001**	**5,82**	**(2,02-16,78)**	0,739	1,26	(0,32-4,96)
Da li je vaše dijete ranije rođeno (prije 37. tjedna)?						
ne		1			1	
da	**0,019**	**4,68**	**(1,29-17,03)**	0,588	1,92	(0,18-20,31)
Da li je vaše dijete imalo neke komplikacije nakon porođaja zbog čega je bilo odvojeno od vas tijekom boravka u rodilištu						
ne		1			1	
da	**0,029**	**4,13**	**(1,15-14,79)**	0,722	0,67	(0,08-5,92)
Svakodnevno tijekom trudnoće strahovali za ishod porođaja						
ne		1			1	
da	**0,003**	**4,16**	**(1,64-10,53)**	0,754	1,24	(0,32-4,82)
Utjecaj traumatskog događaja – **prvo mjerenje**						
nije klinički značajno		1			1	
klinički značajno	**<0,001**	**16,08**	**(5,10-50,68)**	**0,001**	**17,13**	**(3,12-94,44)**
Skala postnatalne depresije – **prvo mjerenje**						
nije klinički značajno		1			1	
klinički značajno	**0,001**	**5,49**	**(2,09-14,39)**	0,489	1,66	(0,39-7,02)
Neuroticizam	0,015	1,12	(1,02-1,22)	0,733	1,02	(0,90-1,17)

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda

Multivarijatnom logističkom regresijom utvrđeno je da su, kad se svi faktori rizika uzmu u obzir, statistički značajni prediktor klinički značajnog rezultata na skali utjecaja traumatskog događaja bili život u gradu te utjecaj traumatskog događaja klinički značajan u prvoj točki mjerenja.

Pri tome su, kad se ostali faktori rizika uzmu u obzir, sudionice koje su živjele u gradu imale 8% manje izglede za klinički značajan rezultat na primijenjenoj skali u odnosu na one koje žive u manjoj sredini (OR=0,08; 95% CI: 0,01-0,50).

S druge strane, sudionice koje su u samom rodilištu 3-5 dana nakon porođaja imale klinički značajan zbroj na IES-R skali su imale 17 puta veće šanse za klinički značajan rezultat na IES-R od sudionica čiji IES-R zbroj nije bio značajna u prvoj točki mjerenja (OR 17,13; 95% CI: 3,12-94,44).

5.4.6. Predikcija klinički značajnih rezultata 14-18 tjedana nakon poroñaja – EPDS ≥ 9

Socijalni i demografski faktori

Tablica 54. Povezanost uvjeta života s postnatalnom depresijom u trećoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		Ukupno		P	OR	(95% CI)
Živite li s još članova obitelji osim supruga / partnera i djece?									
da	10	(25,0)	30	(75,0)	40	(100,0)		1	
ne	27	(16,9)	133	(83,1)	160	(100,0)	0,240	0,61	(0,27-1,39)
Sredina u kojoj živite									
selo	8	(25,0)	24	(75,0)	32	(100,0)		1	
manji grad / predgrañe	8	(21,6)	29	(78,4)	37	(100,0)	0,740	0,83	(0,27-2,54)
grad	21	(16,0)	110	(84,0)	131	(100,0)	0,238	0,57	(0,23-1,45)
Stručna sprema									
srednja ili niže	12	(13,2)	79	(86,8)	91	(100,0)		1	
visa škola ili vise	25	(22,9)	84	(77,1)	109	(100,0)	0,080	1,96	(0,92-4,16)
Da li ste zaposleni?									
da	26	(15,8)	139	(84,2)	165	(100,0)		1	
ne	11	(31,4)	24	(68,6)	35	(100,0)	**0,034**	**2,45**	**(1,07-5,61)**
Zadovoljstvo primanjima									
da	18	(16,4)	92	(83,6)	110	(100,0)		1	
ne	12	(19,0)	51	(81,0)	63	(100,0)	0,654	1,20	(0,54-2,69)
Spol novorođenog djeteta									
muški	21	(19,6)	86	(80,4)	107	(100,0)		1	
ženski	15	(17,0)	73	(83,0)	88	(100,0)	0,644	0,84	(0,41-1,75)
blizanci	1	(20,0)	4	(80,0)	5	(100,0)	0,984	1,02	(0,11-9,64)
Imate li još djece									
da	16	(16,8)	79	(83,2)	95	(100,0)		1	
ne	21	(20,0)	84	(80,0)	105	(100,0)	0,566	1,23	(0,60-2,53)
	M	**(sd)**	**M**	**(sd)**			**P**	**OR**	**(95% CI)**
Dob	31,6	(5,33)	30,6	(4,68)			0,246	1,05	(0,97-1,13)

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Univarijatnom analizom utvrđeno je da su nezaposlene sudionice imale gotov dva i pol puta veće izglede za klinički značajan rezultat na skali postnatalne depresije u odnosu na one koje su zaposlene (OR=2,45; 95% CI: 1,07-5,61).

Tablica 55. Povezanost nedostatka socijalne podrške i nepovoljnih obiteljskih prilika u djetinjstvu rodilje s postnatalnom depresijom u trećoj točki mjerenja

n(%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Nedostatak socijalne podrške – potvrdni odgovori									
niti jedan ili jedan	27	(15,2)	151	(84,8)	178	(100,0)		1	
dva ili više	10	(45,5)	12	(54,5)	22	(100,0)	**0,001**	**4,66**	**(1,83-11,86)**
Nepovoljne obiteljske i druge prilike u djetinjstvu									
niti jedna	22	(14,4)	131	(85,6)	153	(100,0)		1	
barem jedna	10	(27,0)	27	(73,0)	37	(100,0)	0,070	2,21	(0,94-5,18)

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Univarijatnom analizom utvrđeno je da sudionice koje su na pitanja vezana uz nedostatak socijalne podrške dale dva ili više potvrdnih odgovora su imale preko četiri i pol puta veće izglede za klinički značajan rezultat na primijenjenoj skali u odnosu na one koje su dale jedan ili niti jedan potvrdan odgovor (OR=4,66; 95% CI: 1,83-11,86).

Biološki faktori

Tablica 56. Univarijatna povezanost karakteristika trudnoće i porođaja te uspostave dojenja s postnatalnom depresijom u trećoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Dojenje									
isključivo bez dohrane	16	(14,2)	97	(85,8)	113	(100,0)		1	
uz dohranu	4	(12,5)	28	(87,5)	32	(100,0)	0,810	0,87	(0,27-2,80)
ne doji	17	(32,1)	36	(67,9)	53	(100,0)	**0,008**	**2,86**	**(1,31-6,26)**
Komplikacije tijekom trudnoće									
ne	25	(21,7)	90	(78,3)	115	(100,0)		1	
da	12	(14,3)	72	(85,7)	84	(100,0)	0,185	0,60	(0,28-1,28)
Način porođaja									
vaginalni	26	(16,8)	129	(83,2)	155	(100,0)		1	
carski rez naručena	5	(23,8)	16	(76,2)	21	(100,0)	0,430	1,55	(0,52-4,61)
hitni carski rez	6	(25,0)	18	(75,0)	24	(100,0)	0,332	1,65	(0,60-4,57)

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Sudionice koje ne doje imale su gotovo tri puta veće izglede za klinički značajan rezultat na skali postnatalne depresije u odnosu na one koje doje isključivo bez dohrane (OR=2,86; 95% CI: 1,31-6,26). Nije nađen utjecaj komplikacija tijekom trudnoće na klinički značajni rezultat na primijenjenoj skali.

Tablica 57. Univarijatna povezanost komplikacija pri porođaju s postnatalnom depresijom u trećoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		Ukupno		P	OR	(95% CI)
Kako biste opisali bol tijekom porođaja?									
podnošljiva	6	(9,7)	56	(90,3)	62	(100,0)		1	
teška	18	(17,8)	83	(82,2)	101	(100,0)	0,160	2,02	(0,76-5,42)
nepodnošljiva. mislila sam da ću umrijeti	10	(37,0)	17	(63,0)	27	(100,0)	**0,004**	**5,49**	**(1,74-17,31)**
Jeste li u jednom trenutku porođaja imali osjećaj da se porođaj ne događa Vama nego nekom drugom (da svjedočite vlastitom porođaju)?									
da	7	(46,7)	8	(53,3)	15	(100,0)	**0,007**	**4,47**	**(1,5-13,28)**
ne	29	(16,4)	148	(83,6)	177	(100,0)		1	
Da li ste imali neku neuobičajenu medicinsku intervenciju tijekom ili nakon porođaja?									
da	4	(20,0)	16	(80,0)	20	(100,0)	0,870	1,1	(0,35-3,52)
ne	32	(18,5)	141	(81,5)	173	(100,0)		1	
Dugi porođaj									
ne	24	(17,8)	111	(82,2)	135	(100,0)		1	
da	8	(17,4)	38	(82,6)	46	(100,0)	0,953	0,97	(0,40-2,35)
Imate li neku tegobu kao direktnu posljedicu porođaja									
da			12	(100)	12	(100,0)			
ne	37	(20,0)	148	(80,0)	185	(100,0)			
Da li je vaše dijete ranije rođeno (prije 37. tjedna)?									
da	4	(30,8)	9	(69,2)	13	(100,0)	0,252	2,06	(0,6-7,1)
ne	33	(17,7)	153	(82,3)	186	(100,0)		1	

Tablica 57. (nastavak) Univarijatna povezanost komplikacija pri porođaju s postnatalnom depresijom u trećoj točki mjerenja

	n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		ukupno		P	OR	(95% CI)
Da li je vaše dijete imalo neke komplikacije nakon porođaja zbog čega je bilo odvojeno od vas tijekom boravka u rodilištu										
da		4	(26,7)	11	(73,3)	15	(100,0)	0,420	1,64	(0,49-5,48)
ne		33	(18,1)	149	(81,9)	182	(100,0)		1	

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgled; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Od pojedinačnih komplikacija tijekom ili nakon porođaja univarijatnom logističkom regresijom utvrđeno je da su sudionice koje su bol pri porođaju doživjele nepodnošljivom su imale skoro pet i pol puta veće izglede da ostvare klinički značajan rezultat na Edinburškoj skali postnatalne depresije u odnosu na one koje su bol pri porođaju doživjele podnošljivom (OR 5,49; 95% CI: 1,74-17,31). Također sudionice koje su doživjele disocijativnu epizodu tijekom porođaja su imale skoro četiri i pol puta veće izglede da ostvare klinički značajan rezultat na Edinburškoj skali postnatalne depresije u odnosu na one koje nisu doživjele disocijativnu epizodu (OR 4,47, 95% CI: 1,5-13,28).

Psihološki faktori

Tablica 58. Univarijatna povezanost traumatskog iskustva i svakodnevnog strahovanja za ishod porođaja s postnatalnom depresijom u trećoj točki mjerenja

	n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		Ukupno		P	OR	(95% CI)
Prije ovog porođaja preživjeli izrazito traumatski događaj										
ne		27	(17,4)	128	(82,6)	155	(100,0)		1	
da		10	(22,7)	34	(77,3)	44	(100,0)	0,426	1,39	(0,62-3,16)
Svakodnevno tijekom trudnoće strahovali za ishod porođaja										
ne		20	(13,8)	125	(86,2)	145	(100,0)		1	
da		17	(30,9)	38	(69,1)	55	(100,0)	**0,007**	**2,80**	**(1,33-5,87)**

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Univarijatnom analizom utvrđeno je da su sudionice koje su tijekom trudnoće svakodnevno strahovale za ishod porođaja imale gotovo tri puta veće izglede za klinički značajan rezultat na skali postnatalne depresije u odnosu na one bez tih strahova (OR=2,80; 95% CI: 1,33-5,87).

Tablica 59. Univarijatna povezanost rezultata na skalama u prethodnom mjerenju s postnatalnom depresijom događaja u trećoj točki mjerenja

n (%)	klinički značajno		nije klinički značajno		Ukupno		P	OR	(95% CI)
Utjecaj traumatskog događaja – **prvo mjerenje**									
nije klinički značajno	17	(11,6)	129	(88,4)	146	(100,0)		1	
klinički značajno	20	(37,0)	34	(63,0)	54	(100,0)	**<0,001**	**4,64**	**(2,11-9,44)**
Skala postnatalne depresije – **prvo mjerenje**									
nije klinički značajno	15	(10,1)	134	(89,9)	149	(100,0)		1	
klinički značajno	21	(42,0)	29	(58,0)	50	(100,0)	**<0,001**	**6,47**	**(2,98-14,04)**

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda; n = broj ispitanica; % = postotak ispitanica

Sudionice koje su u prvoj točki mjerenja imale klinički značajan rezultat na skali utjecaja traumatskog događaja imale su preko četiri i pol puta veće izglede za klinički značajan rezultat na skali postnatalne depresije u ovoj točki mjerenja u odnosu na one koje u prvoj točki nisu imale klinički značajan utjecaj traumatskog događaja (OR=4,64; 95% CI: 2,11-9,44). Također, sudionice koje su u prvoj točki mjerenja imale klinički značajan rezultat na skali postnatalne depresije imale su oko šest i pol puta veće izglede za klinički značajan rezultat na istoj skali i u ovoj točki mjerenja (OR=6,47; 95% CI: 2,98-14,04).

Tablica 60. Univarijatna povezanost temeljnih osobina ličnosti s postnatalnom depresijom u trećoj točki mjerenja

	klinički značajno		nije klinički značajno		P	OR	(95% CI)
	M	(sd)	M	(sd)			
Ekstraverzija	28,8	(5,15)	30,5	(4,44)	**0,047**	**0,93**	**(0,86-0,999)**
Ugodnost	33,2	(4,88)	35,6	(4,77)	**0,008**	**0,91**	**(0,84-0,98)**
Savjesnost	34,5	(4,06)	37,2	(4,96)	**0,004**	**0,90**	**(0,83-0,97)**
Neuroticizam	22,6	(5,59)	18,6	(4,66)	**<0,001**	**1,17**	**(1,08-1,27)**
Otvorenost	34,0	(5,95)	36,4	(5,50)	**0,024**	**0,93**	**(0,87-0,99)**

KRATICE: M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda

Univarijatnom logističkom regresijom utvrđeno je da jedinični pomak na skali ekstraverzije smanjuje izglede za klinički značajan rezultat na skali postnatalne depresije za 7% (OR=0,93; 95% CI: 0,86-0,999). Također, jedinični pomak na skali ugodnosti smanjuje izglede za klinički značajan rezultat za 9% (OR=0,91; 95% CI: 0,84-0,98) dok ih jedinični pomak na skali savjesnosti smanjuje za 10% (OR=0,90; 95% CI: 0,83-0,97). S druge strane, jedinični pomak na skali neuroticizma povećava izglede za klinički značajan rezultat za 17 % (OR=1,17; 95% CI=1,08-1,27). Jedinični pomak na skali otvorenosti smanjuje izglede za klinički značajan rezultat za 7% (OR=0,93; 95% CI: 0,87-0,99).

Multivarijatna analiza

Tablica 61. Multivarijatno predviđanje postnatalne depresije u trećoj točki mjerenja

	Univarijatno			Multivarijatno		
	P	OR	(95% CI)	P	OR	(95% CI)
Da li ste zaposleni?						
da		1			1	
ne	**0,034**	**2,45**	**(1,07-5,61)**	0,104	0,40	(0,14-1,21)
Nedostatak socijalne podrške – potvrdni odgovori						
niti jedan ili jedan		1			1	
dva ili više	**0,001**	**4,66**	**(1,83-11,86)**	0,311	1,99	(0,52-7,48)
Dojenje						
isključivo bez dohrane		1			1	
uz dohranu	0,810	0,87	(0,27-2,80)	0,391	0,50	(0,11-2,42)
ne doji	**0,008**	**2,86**	**(1,31-6,26)**	0,064	2,91	(0,94-8,99)
Kako biste opisali bol tijekom porođaja?						
podnošljiva		1			1	
teška	0,160	2,02	(0,76-5,42)	**0,030**	**4,93**	**(1,17-20,77)**
Nepodnošljiva. Mislila sam da ću umrijeti	**0,004**	**5,49**	**(1,74-17,31)**	**0,036**	**5,63**	**(1,12-28,28)**
Jeste li u jednom trenutku porođaja imali osjećaj da se porođaj ne događa Vama nego nekom drugom (da svjedočite vlastitom porođaju)?						
Da	**0,007**	**4,47**	**(1,5-13,28)**	**0,005**	**8,87**	**(1,93-40,77)**
Ne		1			1	
Svakodnevno tijekom trudnoće strahovali za ishod porođaja						
ne		1			1	
da	**0,007**	**2,80**	**(1,33-5,87)**	0,182	2,129	(0,70-6,46)
Utjecaj traumatskog događaja - **prvo mjerenje**						
nije klinički značajno		1			1	
klinički značajno	**<0,001**	**4,64**	**(2,11-9,44)**	0,217	2,09	(0,65-6,74)
Skala postnatalne depresije - **prvo mjerenje**						
nije klinički značajno		1			1	
klinički značajno	**<0,001**	**6,47**	**(2,98-14,04)**	0,365	1,78	(0,51-6,23)

Tablica 61. (nastavak) Multivarijatno predviđanje postnatalne depresije u trećoj točki mjerenja

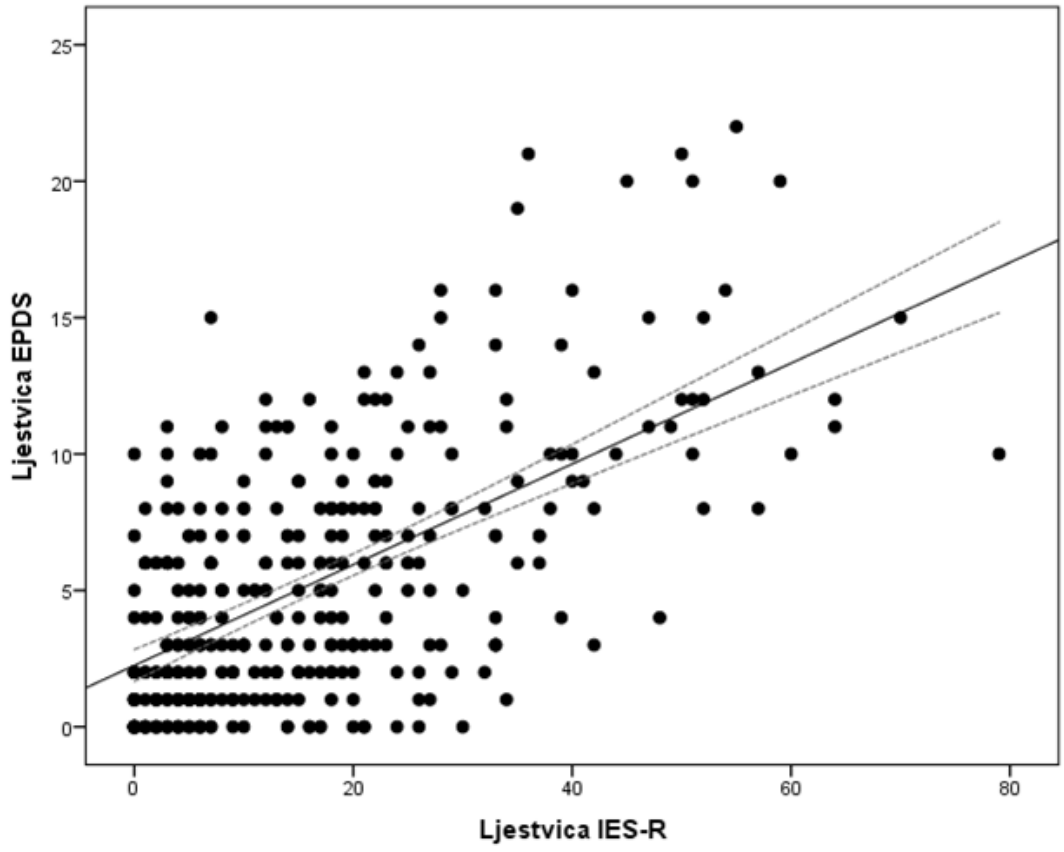
	Univarijatno			Multivarijatno		
	P	OR	(95% CI)	P	OR	(95% CI)
Ekstraverzija	**0,047**	**0,93**	**(0,86-0,999)**	0,629	1,03	(0,90-1,18)
Ugodnost	**0,008**	**0,91**	**(0,84-0,98)**	0,496	0,96	(0,86-1,08)
Savjesnost	**0,004**	**0,90**	**(0,83-0,97)**	0,057	0,90	(0,80-1,01)
Neuroticizam	**<0,001**	**1,17**	**(1,08-1,27)**	0,738	1,02	(0,89-1,17)
Otvorenost	**0,024**	**0,93**	**(0,87-0,99)**	0,088	0,92	(0,84-1,01)

KRATICE: P – razina statističke značajnosti; OR – omjer izgleda; 95% CI – 95%-tni interval pouzdanosti za omjer izgleda;

Multivarijatnom analizom utvrđeno je da su statistički značajni prediktori klinički značajnog rezultata na skali postnatalne depresije teška i nepodnošljiva bol, te disocijacija tijekom poroađaja. Pri tome su, kad se sve varijable uzmu u obzir, sudionice koje su osjećale tešku bol tijekom poroađaja imale skoro 5 puta veće izglede za klinički značajan rezultat u odnosu na one koje su osjećale umjerenu bol (OR= 4,93; 95% CI: 1,17-20,77). One koje su pak tijekom poroađaja osjećale nepodnošljivu bol imale su oko 6 puta veće izglede za klinički značajan rezultat na istoj skali i u ovoj točki mjerenja (OR=5,63; 95% CI: 1,12-28,28). Sudionice koje su imale osjećaj da se poroađaj događa nekom drugome (disocijaciju) imale su 9 puta već veće izglede za klinički značajan rezultat na istoj skali i u ovoj točki mjerenja (OR=8,87; 95% CI: 1,93-40,77).

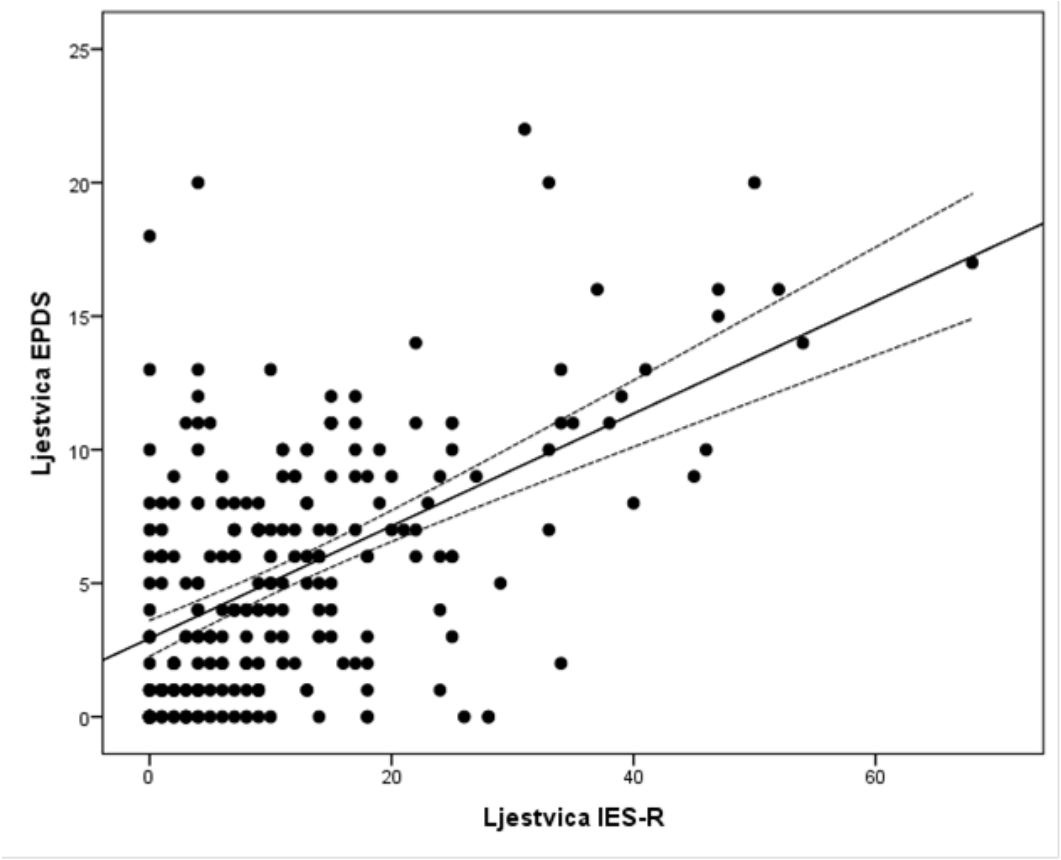
5.5. POVEZANOST KLINIČKI ZNAČAJNE SIMPTOMATIKE PTSP-A (IES-R ≥24) I KLINIČKI ZNAČAJNE SIMPTOMATIKE DEPRESIJE (EPDS ≥ 9) U SVE TRI TOČKE ISPITIVANJA

Kako smo uvidjeli preklapanje u prediktorima značajnim za prediktore depresije i PTSP-a, napravili smo i dodatnu analizu korelacije dvije korištene ljestvice (IES-R i EPDS) u sve tri točke ispitivanja. U prvoj točki ispitivanja, 3-5 dana nakon poroda, su uspoređeni rezultati na IES-R te EPDS). Nađena je značajna korelacija (slika 2).



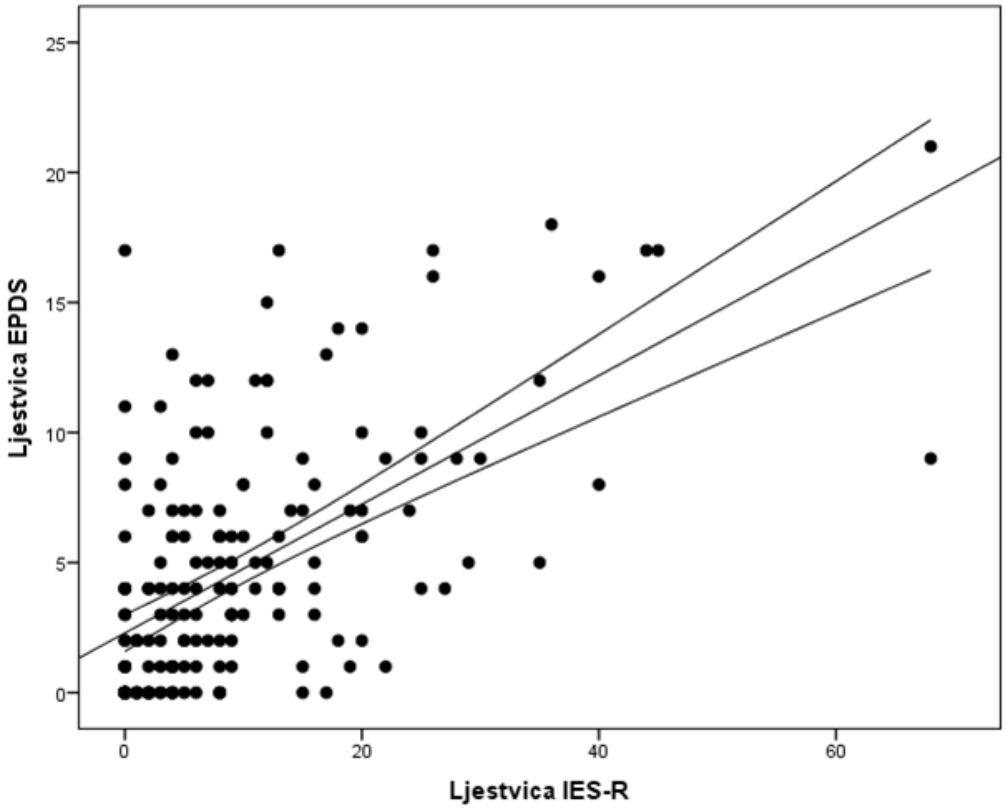
Slika 2. Statistički značajna korelacija između ukupnih IES-R i EPDS rezultata 3-5 dana nakon poroda (r=0,60; p<0,001; r2=0,36); IES-R – Impact of Events Scale Revised, EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale; crte pogreške predstavljaju 95%-tni interval pouzdanosti.

U drugoj točki ispitivanja, 6-9 tjedana nakon poroñaja, su uspoređeni rezultati na IES-R te EPDS). Nađena je značajna korelacija (slika 3).



Slika 3. Statistički značajna korelacija između ukupnih IES-R i EPDS rezultata šest do devet tjedana nakon poroñaja (r=0,54; p<0,001; r2=0,29); IES-R – Impact of Events Scale Revised, EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale; crte pogreške predstavljaju 95%-tni interval pouzdanosti.

U trećoj točki ispitivanja, 14-18 tjedana nakon poroñaja, su uspoređeni rezultati na IES-R te EPDS). Nađena je značajna korelacija (slika 4).



Slika 4. Statistički značajna korelacija između ukupnih IES-R i EPDS rezultata 14 do 18 tjedana nakon porođaja (r=0,60; p<0;001; r2=0,36); IES-R – Impact of Events Scale Revised, EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale; crte pogreške predstavljaju 95%-tni interval pouzdanosti.

Osim korelacije po svim rezultatima na skali, nađeno je u prvoj točki ispitivanja da od 95 ispitanica koje imaju klinički značajan skor na IES-R (≥24), 52 (54%) ima i klinički značajan zbroj na EPDS (≥9). U drugoj točki od 36 ispitanica koje imaju klinički značajan skor na IES-R (≥24), 23 ispitanice (63,8%) ima i klinički značajan zbroj na EPDS (≥9), a u trećoj točki ispitivanja od 21 ispitanice koja imaju klinički značajan skor na IES-R (≥24), čak njih 14 (66,6%) ima i klinički značajan zbroj na EPDS (≥9). Znači da u sve tri točke ispitivanja više od pola ispitanica koje imaju klinički značajnu simptomatiku posttraumatskoga stresnog poremećaja ima ujedno i klinički značajnu simptomatiku postnatalne depresije.

5.6. POVEZANOST PSIHIČKIH SMETNJI NAKON POROĐAJA S ODGODOM NASTUPA I TEŠKOĆAMA PRI FIZIOLOŠKOJ LAKTACIJI U SVE TRI TOČKE ISPITIVANJA

5.6.1. Prva točka ispitivanja, 3-5 dana nakon porođaja

Uspoređivani su odgovori sa upitnicima dojenja sa zbrojem na Revidiranoj skali utjecaja traumatskog događaja IES-R i zbrojem na Edinburškoj skali postnatalne depresije-EPDS.

Tablica 62. Zbroj na skali utjecaja traumatskog događaja (IES-R) s obzirom na rano uspostavljanje laktacije i stav prema dojenju

	P (N)	n	M	(sd)	Levene F	Levene P	F / t	P
Da li Vam je nadošlo mlijeko?								
da	<0,001	306	16,2	(14,45)	2,82	0,094	2,59	0,108
ne	0,060	45	20,0	(17,63)				
Imate li zastoj mlijeka?								
da	<0,001	37	19,3	(17,44)	1,06	0,303	1,34	0,248
ne	<0,001	312	16,3	(14,61)				
Uspijevate li dojiti dijete?								
da	<0,001	302	15,8	(14,20)	6,01	**0,015**	-2,13	**0,037**
ne	0,018	48	21,7	(18,22)				
Uspijevate li se izdojiti?								
da	<0,001	219	16,3	(14,47)	0,97	0,324	0,43	0,510
ne	<0,001	124	17,4	(15,88)				
Mislite li da ćete uspješno moći dojiti dijete bez dohrane?								
da	<0,001	297	15,9	(14,35)	4,43	**0,036**	-1,75	0,085
ne	0,027	50	20,44	(17,20)				

KRATICE: P (N) – statistička značajnost odstupanja raspodjele rezultata od normalne; kod uzoraka većih od 30 Kolmogorov-Smirnov test, kod manjih Shapiro-Wilk; n = broj sudionica; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; Levene F – rezultat Levenovog testa homogenosti varijanci; Levene p – statistička značajnost Levenovog testa homogenosti varijanci; F/t – rezultat analize varijance; F omjer u slučaju homogenih varijanci; u slučaju heterogenih varijanci t-test s korigiranim stupnjevima slobode; P – razina statističke značajnosti

Sudionice koje nisu uspijevale dojiti dijete u rodilištu postizale su statistički značajno više rezultate na skali utjecaja traumatskog događaja u odnosu na one koje su uspijevale dojiti dijete (t=-2,13; ss=56,42; p=0,037).

Tablica 63. Zbroj na Edinburškoj skali postnatalne depresije-EPDS s obzirom na rano uspostavljanje laktacije i stav prema dojenju

	P (N)	n	M	(sd)	Levene F	Levene P	F / t	P
Da li Vam je nadošlo mlijeko?								
da	<0,001	316	5,4	(4,54)	4,76	**0,030**	-1,37	0,176
ne	0,013	47	6,5	(5,42)				
Imate li zastoj mlijeka?								
da	0,200	39	7,1	(5,29)	0,62	0,433	5,02	**0,026**
ne	<0,001	322	5,3	(4,57)				
Uspijevate li dojiti dijete?								
da	<0,001	308	5,0	(4,29)	13,94	**<0,001**	-4,01	**<0,001**
ne	0,200	53	8,4	(5,77)				
Uspijevate li se izdojiti?								
da	<0,001	225	5,4	(4,65)	0,75	0,389	0,34	0,558
ne	<0,001	129	5,7	(4,82)				
Mislite li da ćete uspješno moći dojiti dijete bez dohrane?								
da	<0,001	305	5,1	(4,35)	5,23	**0,023**	-3,69	**<0,001**
ne	0,200	53	8,0	(5,54)				

KRATICE: P (N) – statistička značajnost odstupanja raspodjele rezultata od normalne; kod uzoraka većih od 30 Kolmogorov-Smirnov test, kod manjih Shapiro-Wilk; n = broj sudionica; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; Levene F – rezultat Levenovog testa homogenosti varijanci; Levene p – statistička značajnost Levenovog testa homogenosti varijanci; F/t – rezultat analize varijance; F omjer u slučaju homogenih varijanci; u slučaju heterogenih varijanci t-test s korigiranim stupnjevima slobode; P – razina statističke značajnosti

Sudionice koje su imale zastoj mlijeka imale su statistički značajno više rezultate na skali postnatalne depresije u odnosu na one bez zastoja mlijeka ($F=5,02$; $ss1=1$; $ss2=359$; $p=0,026$). Također, one sudionice koje nisu uspijevale dojiti dijete imale su statistički značajno više rezultate na primijenjenoj skali od onih koje su uspijevale dojiti dijete ($t=-4,01$; $ss=62,27$; $p<0,001$). Sudionice koje nisu smatrale da će uspješno dojiti dijete bez dohrane imale su statistički značajno više rezultate na skali postnatalne depresije u odnosu na one koje su smatrale da će uspješno dojiti dijete ($t=-3,69$; $ss=63,61$; $p<0,001$).

5.6.2. Druga točka ispitivanja, 6-9 tjedana nakon poroda

Niz pitanja kojim bi se ustvrdilo dojenje i problemi s istim je postavljeno rodiljama 6-9 tjedana nakon poroda i usporedilo ih se sa srednjom vrijednošću skale utjecaja traumatskog događaja (IES-R) te sa srednjom vrijednošću Edinburške skale postnatalne depresije-EPDS.

Sudionice koje uz dojenje koriste i dohranu imale su statistički značajno više rezultate na skali utjecaja traumatskog događaja u odnosu na sudionice koje isključivo doje bez dohrane ($t=-2,062$; $ss=180,64$; $p=0,041$). Također, sudionice koje imaju problema pri dojenju imale su statistički značajno više rezultate na skali utjecaja traumatskog događaja u odnosu na sudionice koje nemaju problema pri dojenju ($t=2,354$; $ss=110,97$; $p=0,020$).

Tablica 64. Razlika srednje vrijednosti zbroja na skali utjecaja traumatskog događaja (IES-R) s obzirom na uspostavljanje i održavanje laktacije 6-9 tjedana nakon poroñaja

	P (N)	n	M	(sd)	Levene F	Levene P	F / t	P
Da li Vam je -nadošlo-mlijeko?								
da	<0,001	232	11,34	(11,27)	8,94	**0,003**	-1,362	0,19
ne	0,017	18	16,72	(16,46)				
Da li još dojite?								
da	<0,001	195	11,31	(11,25)	1,532	0,217	1,133	0,288
ne	<0,001	55	13,21	(13,42)				
Imate li zastoj mlijeka?								
da	0,001	35	14,69	(14,95)	4,474	**0,034**	1,278	0,208
ne	<0,001	211	11,31	(11,20)				
Uspijevate li dojiti dijete?								
da	<0,001	192	11,31	(11,32)	1,515	0,220	1,886	0,171
ne	<0,001	52	13,85	(13,56)				
Uspijevate li se izdojiti?								
da	<0,001	157	10,88	(10,78)	4,474	**0,035**	-1,648	0,102
ne	<0,001	86	13,67	(13,52)				
Da li isključivo dojite bez dohrane?								
da	<0,001	145	10,51	(10,67)	5,399	**0,021**	-2,062	**0,041**
ne	<0,001	99	13,80	(13,18)				
Imate li kakvih problema pri dojenju?								
da	<0,001	76	14,66	(14,88)	13,613	**<0,001**	2,354	**0,020**
ne	<0,001	140	10,19	(9,78)				

KRATICE: P (N) – statistička značajnost odstupanja raspodjele rezultata od normalne; kod uzoraka većih od 30 Kolmogorov-Smirnov test, kod manjih Shapiro-Wilk; n = broj sudionica; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; Levene F – rezultat Levenovog testa homogenosti varijanci; Levene p – statistička značajnost Levenovog testa homogenosti varijanci; F/t – rezultat analize varijance; F omjer u slučaju homogenih varijanci; u slučaju heterogenih varijanci t-test s korigiranim stupnjevima slobode; P – razina statističke značajnosti

Tablica 65. Razlika srednje vrijednosti zbroja na Edinburškoj skali postnatalne depresije-EPDS s obzirom na uspostavljanje i održavanje laktacije

	P (N)	n	M	(sd)	Levene F	Levene P	F / t	P
Da li Vam je nadošlo mlijeko?								
da	<0,001	240	5,19	(4,49)	0,289	0,591	2,660	0,104
ne	0,118	18	7,00	(5,31)				
Da li još dojite?								
da	<0,001	204	5,13	(4,44)	0,255	0,614	1,633	0,202
ne	0,021	54	6,02	(4,99)				
Imate li zastoj mlijeka?								
da	0,012	35	7,34	(6,39)	17,458	**<0,001**	2,112	**0,041**
ne	<0,001	219	4,99	(4,17)				
Uspijevate li dojiti dijete?								
da	<0,001	202	5,12	(4,46)	0,188	0,665	1,719	0,191
ne	0,026	51	6,06	(5,00)				
Uspijevate li se izdojiti?								
da	<0,001	166	5,17	(4,25)	2,534	0,113	0,392	0,532
ne	<0,001	85	5,55	(5,23)				
Da li isključivo dojite bez dohrane?								
da	<0,001	151	4,62	(4,24)	1,056	0,305	10,061	**0,002**
ne	<0,001	101	6,45	(4,88)				
Imate li kakvih problema pri dojenju?								
da	0,001	79	7,59	(5,16)	3,863	0,051	30,447	**<0,001**
ne	<0,001	144	4,21	(3,89)				

KRATICE: P (N) – statistička značajnost odstupanja raspodjele rezultata od normalne; kod uzoraka većih od 30 Kolmogorov-Smirnov test, kod manjih Shapiro-Wilk; n = broj sudionica; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; Levene F – rezultat Levenovog testa homogenosti varijanci; Levene p – statistička značajnost Levenovog testa homogenosti varijanci; F/t – rezultat analize varijance; F - omjer u slučaju homogenih varijanci; u slučaju heterogenih varijanci t-test s korigiranim stupnjevima slobode; P – razina statističke značajnosti

Sudionice sa zastojem mlijeka imale su statistički značajno više rezultate na skali postnatalne depresije od sudionica bez zastoja mlijeka (t=2,112; ss=38,752; p=0,041).

Sudionice koje uz dojenje koriste i dohranu imale su statistički značajno više rezultate na skali postnatalne depresije u odnosu na sudionice koje isključivo doje bez dohrane (F=10,061; ss1=1;ss2=250; p=0,002).

Također, sudionice koje imaju problema pri dojenju imale su statistički značajno više rezultate na skali postnatalne depresije u odnosu na sudionice koje nemaju problema pri dojenju (F=30,447; ss1=1;ss2=221; p<0,001).

5.6.3. Treća točka ispitivanja, 14-18 tjedana nakon poroda

Niz pitanja kojim bi se ustvrdilo dojenje i problemi s istim je postavljeno rodiljama 14-18 tjedana nakon poroda i usporedilo ih se sa srednjom vrijednošću skale utjecaja traumatskog događaja (IES-R), te sa srednjom vrijednošću Edinburške skale postnatalne depresije-EPDS.

Tablica 66. Razlika srednje vrijednosti zbroja na skali utjecaja traumatskog događaja (IES-R) s obzirom na uspostavljanje i održavanje laktacije

	P (N)	n	M	(sd)	Levene F	Leven P	F / t	P
Da li Vam je nadošlo mlijeko?								
da	<0,001	166	8,63	(10,18)	8,530	**0,004**	-1,49	0,152
ne	<0,001	19	15,00	(18,27)				
Da li još dojite?								
da	<0,001	134	8,37	(10,25)	3,760	0,054	3,026	0,084
ne	<0,001	51	11,61	(13,80)				
Imate li zastoj mlijeka?								
da	<0,001	25	12,36	(13,49)	1,747	0,188	2,050	0,154
ne	<0,001	158	8,85	(11,04)				
Uspijevate li dojiti dijete?								
da	<0,001	137	8,29	(10,16)	4,871	**0,029**	-1,784	0,079
ne	<0,001	47	12,28	(14,14)				
Uspijevate li izdojiti?								
da	<0,001	100	6,81	(7,84)	12,660	**<0,001**	-2,959	**0,004**
ne	<0,001	81	11,95	(13,95)				

Tablica 66. (nastavak) Razlika srednje vrijednosti zbroja na skali utjecaja traumatskog događaja (IES-R) s obzirom na uspostavljanje i održavanje laktacije

	P (N)	n	M	(sd)	Levene F	Leven P	F / t	P
Da li isključivo dojite bez dohrane?								
da	<0,001	104	7,77	(9,88)	2,750	0,099	2,938	0,088
ne	<0,001	74	10,51	(11,38)				
Imate li kakvih problema pri dojenju								
da	0,005	25	9,12	(9,20)	1,113	0,293	1,567	0,213
ne	<0,001	110	6,90	(7,72)				

KRATICE: P (N) – statistička značajnost odstupanja raspodjele rezultata od normalne; kod uzoraka većih od 30 Kolmogorov-Smirnov test, kod manjih Shapiro-Wilk; n = broj sudionica; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; Levene F – rezultat Levenovog testa homogenosti varijanci; Levene p – statistička značajnost Levenovog testa homogenosti varijanci; F/t – rezultat analize varijance; F omjer u slučaju homogenih varijanci; u slučaju heterogenih varijanci t-test s korigiranim stupnjevima slobode; P – razina statističke značajnosti

Sudionice koje se ne uspijevaju izdojiti postizale su statistički značajno više rezultate na skali utjecaja traumatskog događaja u odnosu na one koje to uspijevaju (t=-2,96; ss=119,79; p=0,004).

Tablica 67. Razlika srednje vrijednosti zbroja na Edinburškoj skali postnatalne depresije-EPDS s obzirom na uspostavu i održavanje laktacije

	P (N)	n	M	(sd)	Levene F	Leven P	F / t	P
Da li Vam je nadošlo mlijeko?								
da	<0,001	179	4,36	(4,53)	2,237	0,136	6,456	**0,012**
ne	<0,001	19	7,21	(5,73)				
Da li još dojite?								
da	<0,001	144	4,18	(4,44)	3,756	0,054	5,285	**0,023**
ne	0,026	54	5,89	(5,20)				
Imate li zastoj mlijeka?								
da	0,002	26	5,89	(5,76)	2,991	0,085	2,018	0,157
ne	<0,001	169	4,47	(4,56)				
Uspijevate li dojiti dijete?								
da	<0,001	148	4,19	(4,49)	2,920	0,890	5,394	**0,021**
ne	0,054	49	5,98	(5,20)				
Uspijevate li izdojiti?								
da	<0,001	111	3,75	(3,85)	12,502	**0,001**	-2,762	**0,007**
ne	<0,001	83	5,71	(5,55)				
Da li isključivo dojite bez dohrane?								
da	<0,001	114	3,98	(4,48)	1,606	0,207	5,507	**0,020**
ne	<0,001	77	5,61	(5,02)				
Imate li kakvih problema pri dojenju								
da	0,464	26	7,19	(4,66)	1,085	0,299	13,442	**<0,001**
ne	<0,001	120	3,78	(4,22)				

KRATICE: P (N) – statistička značajnost odstupanja raspodjele rezultata od normalne; kod uzoraka većih od 30 Kolmogorov-Smirnov test, kod manjih Shapiro-Wilk; n = broj sudionica; M – aritmetička sredina; sd = standardna devijacija; Levene F – rezultat Levenovog testa homogenosti varijanci; Levene p – statistička značajnost Levenovog testa homogenosti varijanci; F/t – rezultat analize varijance; F omjer u slučaju homogenih varijanci; u slučaju heterogenih varijanci t-test s korigiranim stupnjevima slobode; P – razina statističke značajnosti

Sudionice kojima mlijeko nije nadošlo imale su statistički značajno više rezultate na skali postnatalne depresije od sudionica kojima je mlijeko nadošlo (F=6,456; ss1=1; ss2=196; p=0,012), a i sudionice koje više ne doje postizale su veći rezultat od sudionica koje više ne doje (F=5,285; ss1=1; ss2=196; p=0,023).

Sudionice koje nisu uspijevale dojiti dijete imale su statistički značajno više rezultate na skali postnatalne depresije u odnosu na one koje su uspijevale dojiti ($F=5,39$; $ss1=1$; $ss2=195$; $p=0,021$). Također, sudionice koje ne uspijevaju izdojiti mlijeko postizale su više rezultate od onih koju koje nisu uspjele izdojiti mlijeko ($t=2,762$; $ss= 138,331$; $p=0,007$).

Sudionice koje ne doje bez dohrane postizale su statistički značajno više rezultate u odnosu na one koje isključivo doje bez dohrane ($F=5,51$; $ss1=1$; $ss2=189$; $p=0,020$). Sudionice koje imaju problema pri dojenju postizale su statistički značajno više rezultate od onih koje nemaju problema pri dojenju ($F=13,44$; $ss1=1$; $ss2=144$; $p<0,001$).

6. RASPRAVA

Prvi sporedni cilj ovog rada je bilo utvrditi učestalost klinički značajnih simptoma posttraumatske stresne reakcije mjerenih kao zbroj Skale utjecaja događaja (IES-r) ≥ 24 te učestalost klinički značajnih simptoma depresije koji su definirani kao ukupni zbroj na Edinburškoj skali postnatalne depresije (EPDS) ≥ 9 u sve tri točke ispitivanja.

Učestalost klinički značajnih simptoma stresne reakcije mjerenih kao zbroj IES-r (≥ 24) (simptomi akutne stresne reakcije 3-5 dana nakon poroda te simptomi posttraumatskoga stresnog poremećaja u kasnijim mjerenjima) su najčešći 3-5 dana nakon poroda kada 25,9% ispitanica ima simptomatiku akutnoga stresnog poremećaja, ali se učestalost smanjuje 6-9 tjedana nakon poroda kada simptome ima 13,8% ispitanica (to je PTSP simptomatika).

Nadalje, 14-18 tjedana nakon poroda u našoj studiji 10,6% ispitivane populacije ima klinički značajnu simptomatiku PTSP-a.

Malo je studija gdje se ispituje simptomatika akutnoga stresnog poremećaja. Za razliku od 25,9% ispitanica koje su imale simptomatiku akutnoga stresnog poremećaja (što je rezultat ovoga istraživanja), u našoj prethodnoj studiji od 103 ispitanice koje su rodile vaginalnim porođajem 14,6% žena je imalo klinički značajne simptome akutne stresne reakcije 3 dana nakon poroda (no u tu studiju su uključene samo žene koje su rodile vaginalnim porođajem) (24). U studiji provedenoj u Bostonu USA na 119 ispitanica u prvom tjednu nakon poroda je nađeno da 23% rodilja čija su djeca bila na intenzivnoj njezi je imalo simptome akutne stresne reakcije, naspram svega 3% žena čija djeca nisu imala nikakvih komplikacija (33).

Slično je nađeno u kanadskoj studiji (6) gdje ukupno 24, 2% ispitanica ima djelomičnu ili potpunu PTSP simptomatiku mjesec dana nakon poroda. U našoj studiji nakon 14 -18

tjedana učestalost ovih simptoma pada, pa 10,6% ispitivanih žena dalje ima ove simptome, a u kanadskom uzorku djelomičnu ili potpunu PTSP simptomatiku ima 11,4% ispitivane populacije (6).

Sukcesivni pad simptomatike je nađen i u studiji sa 219 ispitanica koje su praćene u 3 tjedna nakon porođaja (75).

Klinički značajni simptomi depresije mjereni kao zbroj EPDS (≥9) su se javljali skoro u istoj učestalosti 3-5 dana nakon porođaja (22,6%) kao i 6-9 tjedana nakon porođaja (23,0%), a nakon 14-16 tjedana nakon porođaja se smanjuje učestalost ove simptomatike na 18,5%. Naš nalaz 3-5 dana nakon porođaja korelira sa s nalazima iz literature (30-85% žena iskusi neki stupanj poremećaja raspoloženja u prva dva tjedna nakon porođaja) (1). Ne-psihotična postpartalna depresija je relativno česta u prvih par mjeseci nakon porođaja. Globalna prevalencija je od 10% do 15% (1). Mi smo našli nešto veću učestalost klinički značajne depresivne simptomatike 6 do 8 tjedana nakon porođaja (23,0%).

No, prevalencija postpartalne depresije je u stalnom porastu u zemljama tranzicije. U Mađarskoj na uzorku od 2333 ispitanice je nađeno da je prevalencija postpartalne depresije bila 15.0% u 1996 godini i da je porasla na 17.4% u 2006 godini. Autori ovo objašnjavaju, između ostalog, socioekonomskim faktorima u zemljama tranzicije (76). Učestalost depresivne simptomatike 14-16 tjedana nakon porođaja u našem uzorku se smanjuje na 18,5% što se približava globalnoj prevalenciji od 15% (1), kao i prevalenciji u mađarskoj populaciji (17,4%) (76). No u nekim populacijama (u Brazilu) je nađeno da je učestalost vjerojatne depresije 6 mjeseci nakon porođaja je 26,3% (77).

Polazeći od osnovne postavke biopsihosocijalnog modela (55) glavni cilj ovoga istraživanja je istražiti prediktivni značaj peripartalnih komplikacija (biološka sastavnica), osobina ličnosti (psihološka sastavnica) i općih uvjeta života te socijalne podrške (socijalna sastavnica) u

pojavi psihičkih smetnji nakon poroñaja (simptoma stresa, depresije).

U našem modelu su istražene sve raspoložive varijable kao prediktori u odnosu na klinički značajnu simptomatiku stresnog poremećaja i depresije definirane kao zbroj na Edinburškoj skali postnatalne depresije ≥ 9, te Skali utjecaja događaja ≥ 24. Statistički značajne varijable na univarijatnom nivou su uvrštene u prediktivni model uključujući i zbroj obje skale u prvoj točki u odnosu na sljedeće točke ispitivanja.

Predikcija klinički značajne simptomatike akutnog/posttraumatskog stresnog poremećaja je napravljena u sve tri točke studije. Što se tiče univarijatnog nivoa analize, u sve tri točke studije, komplikacije djeteta nakon poroñaja zbog kojih je dijete bilo odvojeno od majke u rodilištu, svakodnevno strahovanje za ishod poroñaja u trudnoći i neuroticizam su bili prediktivni za klinički značajnu simptomatiku posttraumatskog stresnog poremećaja (IES-R ≥ 24).

U našem ranijem istraživanju su komplikacija djeteta i odvojenosti majke i djeteta u rodilištu klinički značajno povezani s više simptoma depresije i stresa u samom rodilištu (24). Slično je nañeno i u studiji na 119 ispitanica u prvom tjednu dana nakon poroñaja (33). Svakodnevno strahovanje za ishod poroñaja u našoj studiji je ukazivalo na anksioznost u trudnoći. Slično je nañeno u kanadskoj studiji, gdje je pojačana osjetljivost na anksioznost u trudnoći bila prediktivna za razvitak PTSP-a poslije poroñaja (6).

Također, neuroticizam koji je univarijatno bio značajan u sve tri faze studije te multivarijatno značajna u prvoj točki studije, i u drugim studijama na ispitanicama u trudnoći i reproduktivnom problematikom (spontani pobačaj, gubitak djeteta) je bio povezan s razvitkom PTSP-a (40, 41).

Dodatno, prediktivni na univarijatnom nivou za klinički značajnu simptomatiku u prve dvije točke ispitivanja, ali ne i u trećoj točki je bili su sljedeći prediktori: postojeće traumatsko

iskustvo prije poroñaja, problemi pri uspostavi i održavanju dojenja, nepodnošljiva bol pri poroñaju te osjećaj da se poroñaj događa nekome drugome (disocijativno iskustvo).

Ayers i sur. su u svojim preporukama za utvrñivanja PTSP-a nakon poroñaja ustvrdili kako od prije postojeći PTSP te retraumatizacija su povezani s razvitkom PTSP-a poslije poroñaja (3). Također odsustvo dojenja ili rana dohrana su povezane sa postpartalnom depresijom, anksioznošću i stresom (20, 21). Bolnost poroñaja je i u drugim studijama bila povezivana sa nastankom PTSP-a (24-26), kao i disocijativno iskustvo kao odgovor na bol tijekom poroñaja (28).

Također, varijable koje su bile univarijatno značajne u 2. i 3. točki mjerenja, ali ne i 1. točki mjerenja je sredina u kojoj su rodilje živjele, pa se u obje točke (1. i 2. mjerenja) našlo da su univarijatno povezane s klinički značajnom simptomatikom stresnog poremećaja sredine u kojoj rodilje žive. Pokazalo se da život u gradu smanjuje mogućnost razvitka posttraumatskoga stresnog poremećaja 6-9 tjedana nakon poroñaja kao i 14-18 tjedana nakon poroñaja. Ova varijabla je ujedno i multivarijatno značajna u točki 3. U točki 2 dodatno je univarijatno i multivarijatno bila značajna varijabla život s drugim članovima obitelji. Naime, pokazalo se da život u nuklearnoj obitelji na univarijatnom i multivarijantom nivou smanjuje mogućnost nastanka PTSP-a poslije poroñaja, odnosno, život u proširenoj tradicionalnoj obitelji povećava mogućnost razvitka klinički značajne PTSP simptomatike.

Rezultat sličan ovome je nañen u istraživanju u Turskoj; veza izmeñu depresije i smanjene emocionalne podrške od strane supruga puno je jača u tradicionalnim/proširenim obiteljima u usporedbi s nuklearnom obitelji (49). U toj studiji tradicionalna/proširena obitelj je bila definirana kao obitelj u kojoj druga odrasla osoba živi s bračnim parom (49). U Hrvatskoj u velikoj kohortnoj studiji na uzorku od 3229 ispitanika je nañeno da je najniži nivo stresa u muškaraca koje žive u gradu, dok je u žena koje žive na selu nañen najveći nivo stresa (78).

Ovo može biti jedno od objašnjenja zašto u našem istraživanju život u gradu smanjuje rizik od razvitka PTSP simptomatike poslije porođaja. Također, smanjen rizik od PTSP simptomatike u gradu može biti povezan s boljim pristupom zdravstvenoj zaštiti. U drugoj velikoj hrvatskoj studiji (79) dugotrajno čekanje na zdravstvenu uslugu i velika udaljenost od zdravstvenih ustanova su najčešće prijavljeni problemi u provođenju zdravstvene zaštite. Prigradska i gradska područja su bile više opterećena s velikom udaljenošću od zdravstvenih ustanova (79).

Također, klinički značajna simptomatika depresije i akutnog stresa 3-5 dana nakon porođaja, na univarijatnom nivou, povećavaju mogućnost za razvitak posttraumatskoga stresnog poremećaja u obje naredne točke ispitivanja (6-9 tjedana i 14-18 tjedana nakon porođaja), a isto je i s nedostatnom socijalnom podrškom.

Samo u 1. točki mjerenja je na univarijatnom i multivarijatnom nivou bila značajna i jedna biološka varijabla – način porođaja; hitni carski rez je povećavao mogućnost za razvitka klinički značajne simptomatike (akutnog) stresnog poremećaja 3-5 dana nakon porođaja. U naredne dvije točke ova varijabla više nije statistički značajna.

U dvije prethodne studije (7, 30) je nađeno kako je hitni carski rez bio rizični faktor za razvitak PTSP-a (obje studije su evaluirale rodilje za PTSP simptomatiku 6-8 tjedana nakon porođaja). Na univarijatnom, ali ne i multivarijantom nivou u 1. točki ispitivanja su bile značajne i osobine ličnosti (ugodnost i savjesnost) i to u smislu da su smanjivale mogućnost razvitka klinički značajne simptomatike akutnoga stresnog poremećaja. U kasnijim točkama ispitivanja osobine ličnosti više nisu značajni prediktori. Varijable koje su multivarijatno bile značajne u ovom istraživanju u 1. točki su bile: hitni carski rez, odvojenost majke i djeteta nakon porođaja, bolnost porođaja i neuroticizam. Vidljivo je da su u 1. točki multivarijatno značajne 3 biološke varijable, te samo jedna psihološka (neuroticizam), što govori da u

samom rodilištu najveću ulogu za razvitak ove simptomatike imaju biološki faktori, kao i jedan psihološki faktor – neuroticizam.

U 2. točki mjerenja (6-9 tjedana nakon porođaja) i 3. točki (14-18 tjedana nakon porođaja) su biološki faktori izgubili na značenju u multivarijatnoj analizi, a postali su značajni uvjeti života, tj. socijalni čimbenici (život u nuklearnoj obitelji koji smanjuje izglede za razvitak PTSP-a, odnosno život u proširenoj /tradicionalnoj obitelji koji povećava rizik za istu 6-9 tjedana nakon porođaja; a u 3. točki život u gradu smanjuje mogućnost razvitka PTSP simptomatike nakon porođaja). Ovo dokazuje da je biopsihosocijalna paradigma (55, 56) primjenjiva na razvitak postpartalne simptomatike PTSP-a, s tim da biološki faktori imaju veću ulogu odmah nakon porođaja, a sociodemografski faktori postaju sve značajniji kako vrijeme od porođaja prolazi. Na multivarijatnom nivou, psihološki faktori su važni u sve tri točke studije. Naime, osim neuroticizam koji se pokazao kao prediktivan za razvitak PTSP-a 3-5 dana nakon porođaja, na multivarijatnom nivou, zbroj IES-r $\geq$ 24 u 1. točki ispitivanja povećava mogućnost razvitka simptomatike PTSP-a u 2. i 3. točki mjerenja. Ovaj nalaz ukazuje na to da simptomi akutne stresne simptomatike u rodilištu (u prvih nekoliko dana nakon porođaja), mogu povećati mogućnost razvitka PTSP-a u tjednima i mjesecima nakon porođaja. Rizik od takvog posljedičnog razvitka PTSP-a bi mogao biti smanjen bržim i pravodobnim korištenjem različitih tehnika debrifinga te drugih intervencije od strane stručnog osoblja u bolnici (psiholozi, psihijatri, educirane više medicinske sestre) (80, 81).

Usporedo sa predikcijom klinički značajne simptomatike PTSP-a u ovome istraživanju napravljena je predikcija klinički značajne simptomatike depresije. Prediktori značajne simptomatike depresije za koje je nađeno da su bili statistički značajni na univarijantnoj razini u sve tri točke istraživanja su bili: nedostatak socijalne podrške, strah od ishod porođaja tijekom skoro svakog dana trudnoće, neuspješan početak i uspostava dojenja, neuroticizam

(povećavali su vjerojatnost razvitka depresivne simptomatike). A ekstraverzija, ugodnost savjesnost i otvorenost su smanjivali mogućnost razvitka depresivne simptomatike i bolnost porođaja. Pregledom literature je pronađeno da je u većini studija nedostatak socijalne podrške jedan od predisponirajučih čimbenika za razvitak postpartalne depresije (43). Strah od ishoda porođaja koji se javljao u rodilja skoro svaki dan tijekom trudnoće je također bio značajan čimbenik za razvitak depresije u ovome istraživanju. Taj strah je bio prediktivan na univarijatnom nivo za razvitak klinički značajne simptomatike depresije u sve tri točke, ali i multivarijatno značajna u 2. točki. Osim što je anksioznost u trudnoći prediktivna za razvitak PTSP-a (6), nađeno je da strah od ishoda porođaja prediktivan za razvitak postpartalne depresije, posebice u trudnica kojima je to prvi porođaj (82). Jedno od objašnjenja za ovakav nalaz može biti uloga neurotrofičnog faktora mozga (engl. Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF) theory of depression). Konstantan stres uzrokuje aktivaciju hipotalmično-pituitarne-adrenalne (HPA) osovine sa odgovarajućim povećanjem sekrecije kortizola. Ova velika koncentracija kortizola može suprimirati BDNF produkciju (83), što može imati još veći utjecaj u puerperalnom razdoblju i razdoblju početka dojenja kad je mozak pod utjecajem različitih hormonalnih promjena. Doista, teškoće pri početku dojenja bile su značajne ne samo na univarijatnom nivou u svim fazama studije, nego i na multivarijatnom nivou u prvoj fazi studije. Henderson i sur. (20) su pronašli da žene koje su izložene stresu ili deprimirane u postpartalnom periodu često ne doje ili doje kraće. S druge strane, nađeno je da je prestanak dojenja rizični čimbenik za razvitak anksioznosti i depresije (21). U sve tri točke našeg ispitivanja neuroticizam i druge osobine ličnosti bile povezane s razvitkom klinički značajne simptomatike depresivnosti, slično kao u studiji Martín-Santosa i sur. koja je provedena na 1974 ispitanice gdje je neuroticizam bio povezan s depresivnom simptomatikom (39). No, u našoj studiji neuroticizam je bio multivarijatno značajan u 1. točki mjerenja kao faktor koji

povećava rizik od depresije, a otvorenost je bila multivarijatno značajna u smislu smanjene vjerojatnosti razvitka depresivne simptomatike u 2. točki mjerenja.

Subjektivni osjećaj nepodnošljive boli tijekom poroda koji je u sve tri točke bio univarijatni prediktor depresivne simptomatike u našem istraživanju, u dosadašnjim studijama uglavnom je bio povezivan sa PTSP-om poslije poroda (24-26), ali i sa depresivnom simptomatikom odmah nakon poroda (24). U novijoj studiji na uzorku od 1193 prvorotki iz Danske je pronađeno da je nedostatak adekvatnog ublažavanja boli tijekom poroda jedan od predisponirajućih faktora za razvitak postpartalne depresije (84).

Također u prve dvije točke još su univarijatno značajni bili: nepovoljne obiteljske i druge prilike u djetinjstvu rodilje, način poroda i odvojenost majke i djeteta u rodilištu zbog zdravstvenog stanja djeteta. Nepovoljne obiteljske prilike u djetinjstvu rodilje su bile prediktivne za razvitak depresivne simptomatike i u studiji Dayana i sur. (čiji smo upitnik s dozvolom autora koristili u ovome istraživanju) (51).

U prve dvije točke studije univarijatno značajan bio je način poroda kao prediktor simptomatike postpartalne depresije, ali u 1. točki je značajan bio elektivni carski rez, a u 2. točki hitni carski rez. Moguće objašnjenje pojave depresivne simptomatike 5 dana nakon elektivnog carskog reza je činjenica da u vaginalnom porođaju (kao i u hitnom carskom rezu gdje je porođaj u većini slučajeva već započeo), endorfini su prisutni u majčinoj krvi, kao i u placenti u većoj koncentraciji nago u žena koje su naručene na elektivni carski rez (86, 87). Također, nađeno je da je nivo prolaktina manji u žena koje su rodile elektivnim carskim rezom (88, 89). Endorfini imaju antidepresivna svojstva te igraju ulogu u oporavku od depresije (90, 91). Majke koje imaju nižu koncentraciju beta-endorfina u trudnoći, više su sklone depresiji (92). Ovime bi se donekle moglo objasniti i zašto žene koje su iskusile nepodnošljivu bol u porođaju imaju veću sklonost depresiji. Ipak, elektivni carski rez ima

utjecaja na razvitak simptomatike samo u 1. točki naše studije, pa je to prolazan efekt u rodilištu. U 2. točki su žene koje su rodile hitnim carskim rezom na univarijatnom nivou imale veću mogućnost za razvitak depresivne simptomatike, slično kao sto je u spomenutim studijama nađeno da hitni carski rez 6-8 tjedana nakon porođaja povećava rizik za razvitak PTSP (7, 30).

Dodatno, na univarijatnom nivou samo u 2. točki ispitivanja je prediktivan za razvitak depresivne simptomatike bio prijevremeni porođaj dok je život u nuklearnoj obitelji na univarijatnom nivou smanjivao rizik za razvitak depresivne simptomatike.

U našem prethodnom ispitivanju smo pronašli da je prijevremeni porođaj vezan za simptomatiku depresije u rodilištu (24). Slično tome, prijevremeno rođenje djece s veoma malom tjelesnom težinom 4-6 tjedana nakon porođaja je vezano sa simptomima depresije u majki, ali i očeva (93). Već je ranije spomenuto da život u tradicionalnoj, proširenoj obitelji (49) povećava rizik od depresije u majki, što korelira s našim nalazom da na univarijatnom nivou život u nuklearnoj obitelji smanjuje rizik za pojavu depresije.

Također u 2. i 3. točki mjerenja je bila univarijatno značajna disocijacija nakon porođaja. te Zbroj EPDS $\geq$ 9 te IES-r $\geq$24 u 1. točki ispitivanja povećava mogućnost razvitka simptomatike depresije u 2. i 3. točki studije. Ali na multivarijatnom nivo je jedino značajan zbroj EPDS $\geq$ 9 u 2. točki studije.

Disocijacija nakon porođaja je značajna za razvitak PTSP simptomatike u prethodnoj studiji (28). Interesantno je što je za simptomatiku akutnog stresa i PTSP-a u našoj studiji disocijacija univarijatno značajna u 1. i 2. točki, a za simptomatiku depresije je značajna u 2. i 3. točki. Vjerojatno je uzrok ovome preklapanje simptomatike, naime naknadnom analizom smo pronašli da u sve tri točke zbrojevi na skali depresije (EPDS) i skali PTSP-a (IES-R) koreliraju.

U samome rodilištu 3-5 dana nakon porođaja za predikciju klinički značajne depresivne simptomatike, na multivarijatnom nivou su bili značajna dva biološka faktora: komplikacije nakon porođaja zbog čega je dijete bilo odvojeno od majke tijekom boravka u rodilištu te teškoće pri ranoj uspostavi dojenja. Od psiholoških faktora je multivarijatno bio značajan neuroticizam.

U 2. točki su bila multivarijatno značajna tri psihološka faktora: svakodnevno strahovanje za ishod porođaja u trudnoći, zbroj na skali postnatalne depresije ≥ 9 u 1.točki ispitivanja te osobina ličnosti otvorenost. Ovi čimbenici su smanjivala mogućnosti klinički značajne depresije 6-9 tjedana nakon porođaja. U 3. točki mjerenja nezaposlenost je klinički značajno povećavala rizik od depresije, a analizom neodaziva (uskraćenog odgovora) za 3. točku je nađeno da je više zaposlenih odgovorilo pa rezultate u ovoj točki treba promatrati sa zadrškom i možda se više osloniti na univarijatne rezultate iste. Treća točka simptomatike PTSP-a je naprotiv punovaljana jer obrazovanje i status zaposlenosti nisu bili statistički značajni prediktori PTSP simptomatike.

U 3. točki su bili multivarijatno značajni za razvitak depresivne simptomatike disocijacija pri porođaju i bolnost porođaja. Bolnost porođaja (24-27) i disocijacija tijekom porođaja (24, 25, 28) su u prethodnim studijama uglavnom povezani s razvitkom PTSP-a poslije porođaja, iako je nađena povezanost između straha od porođaja, percepcije bola i postpartalne depresije i PTSP-a (94). No, s obzirom na preklapanje simptoma depresije i PTSP-a koje je nađeno u preko 50% ispitanica u sve tri točke u ovom istraživanju, a visoka korelacija PTSP-a i depresije ($r = 0.60$) je utvrđena i opsežnom metanalizom više studija (95), te da je akutna stresna reakcija u rodilištu je visoko univarijatno prediktivna za razvitak depresije u trećoj točki, moguće je da se u većine ovih ispitanica radi o depresivnoj simptomatici PTSP-a.

S obzirom na rezultate analize neodaziva (uskraćenog odgovora) za 3. točku, trebalo bi se više

osloniti na univarijatne rezultate. U 3. točki je bilo univarijatno značajno najviše psiholoških faktora, ali i dva biološka i dva sociodemografska faktora. U 3. točki, iako samo univarijatno, sociodemografski faktor koji nije bio prije značajan dobiva na značenju kao prediktor (zaposlenost). Stoga je i ova analiza prediktora depresivne simptomatike odvojeno, ali posebno u kombinaciji s analizom prediktora PTSP simptomatike dokazala primjenu biopsihosocijalne teorije u razvitku postpartalnih psihičkih smetnji.

Po rezultatima ove studije, mnogi prediktori simptomatike PTSP-a i simptomatike depresije na ispitivanoj populaciji se preklapaju. To nije iznenađujuće s obzirom na to da zbroj IES-R i EPDS korelira u sve tri točke istraživanja u ukupnom zbroju, ali je nađeno da i preko 50% žena koje imaju PTSP imaju i depresiju u sve tri točke istraživanja. Također u više od 50% ispitanica koje su razvile depresiju u 2. i 3.točki je u 1. točki bila prisutna klinički značajna simptomatika PTSP-a, a u 3. točki je isto vrijedilo za više od 60% ispitanica. Ovakvu korelaciju smo pronašli i u našem prethodnom istraživanju na skupini žena koje su rodile vaginalnim porođajem i koje smo ispitivali 3 dana nakon vaginalnog porođaja (24). Od prije je poznato da se simptomi PTSP i depresije mogu preklapati. Na ispitivanju 211 osoba poslije traumatskog događaja je nađeno da mjesec dana nakon traume među osobama s dijagnosticiranim PTSP-om 44,5% osoba je imalo depresiju u komorbiditetu (96).

Drugi sporedni cilj je bio istražiti povezanost psihičkih smetnji nakon porođaja s odgodom nastupa i teškoćama pri fiziološkoj laktaciji. Ovo smo istražili u sve tri točke ispitivanja.

3-5 dana nakon porođaja sudionice koje nisu uspijevale dojiti dijete u rodilištu postizale su statistički značajno više rezultate na skali utjecaja traumatskog događaja u odnosu na one koje su uspijevale dojiti dijete. Također u istoj točki ispitivanja sudionice koje su imale zastoj mlijeka, kao i one koje nisu uspijevale dojiti dijete, te one koje nisu smatrale da će uspješno dojiti dijete bez dohrane imale su statistički značajno više rezultate na skali postnatalne

depresije od onih koje nisu imale zastoj mlijeka, koje su uspijevale dojiti dijete i koje su smatrale da će uspješno dojiti bez dohrane.

6-9 tjedana nakon poroñaja sudionice koje uz dojenje koriste i dohranu kao i sudionice koje imaju problema pri dojenju imale su statistički značajno više rezultate na skali utjecaja traumatskog događaja u odnosu na sudionice koje isključivo doje bez dohrane i sudionice koje nemaju problema pri dojenju.

Sudionice sa zastojem mlijeka te sudionice uz dojenje koriste i dohranu, zatim sudionice koje imaju problema pri dojenju imale su statistički značajno više rezultate na skali postnatalne depresije od sudionica bez zastoja mlijeka, kao i od sudionica koje isključivo doje te od sudionica koje nemaju problema pri dojenju.

14-18 tjedana nakon poroñaja sudionice koje se ne uspijevaju izdojiti postizale su statistički značajno više rezultate na skali utjecaja traumatskog događaja u odnosu na one koje to uspijevaju. U istoj točki istraživanja, sudionice kojima mlijeko nije nadošlo, sudionice koje ne doje te sudionice koje se ne mogu izdojiti te imaju problema pri dojenju imale su statistički značajno više rezultate na skali postnatalne depresije od sudionica kojima je nadošlo mlijeko, od sudionica koje doje i mogu se izdojiti te onih koje nemaju problema pri dojenju.

Iz ovih rezultata je vidljivo da su simptomi depresije povezani s više teškoća pri početku i nastavku fiziološke laktacije nego simptomi akutnoga stresnog poremećaja i PTSP-a. Ovo korelira sa prijašnjim nalazima iz literature gdje je nañeno da depresivna simptomatika znatno skraćuje vrijeme dojenja i vezana je s raznim komplikacijama pri dojenju (19-21). No, postoje dokazi iz literature na skupini žena iz Izraela (židovske i arapske nacionalnosti) da i PTSP poslije poroñaja skraćuje vrijeme dojenja (97). Također, slično kao u našem ispitivanju gdje je nañeno da žene koje doje uz dohranu imaju više simptoma PTSP-a u 2. točki ispitivanja (6-9 tjedana nakon poroñaja), u studiji na preko 1000 rodilja u SAD-u je nañeno da žene koje

razviju PTSP su sklonije da mjesec dana nakon poroñaja uz dojenje koriste dohranu od rodilja bez psihičkih smetnji (98). U našom ispitivanju vidi se da ispitanice koje imaju klinički značajnu simptomatiku PTSP-a već u rodilištu pokazuju otežanu uspostavu dojenja, a zatim 6-9 tjedana nakon poroñaja češće dohranjuju svoju djecu te imaju problema pri dojenju, nakon čega kod nekih slijedi zastoj mlijeka. U ispitanica s više simptoma depresije ima više problema pri dojenju pa osim ovoga što je nañeno kod ispitanica s više simptoma PTSP-a nañen je i negativan stav o dojenju već u rodilištu, te u 2. i 3. točki prestanak dojenja, te razne komplikacije pri dojenju u sve tri točke.

Čini se da su problemi pri dojenju kod PTSP simptomatike više biološke prirode, a kod depresivne simptomatike postoji kombinacija psiholoških i bioloških faktora.

Ovim rezultatima je nañena povezanost psihičkih smetnji nakon poroñaja s odgodom nastupa i teškoćama pri fiziološkoj laktaciji.

Nedostatci ispitivanja:

Jedan od nedostataka ispitivanja je da nismo ispitivali kućanski prihod obitelji rodilje kao jedan od mogućih prediktora depresivne simptomatike poslije roñenja djeteta. Drugo ograničenje studije je što nije bilo kliničkog intervjua s rodiljama 6-9, te 14-18 tjedana nakon poroñaja, pa nije bila moguća definitivna klinička dijagnoza depresije niti PTSP-a, nego smo mogli samo mjeriti klinički značajne simptome depresije i PTSP-a (iako smo koristili instrumente validirane na hrvatskoj populaciji).

Ova ograničenja su proizvod široke svrhe istraživanja i osim njih uspjeli smo ispitati sve važne faktore za razvitak simptoma postpartalne depresije i stresa. Ovo je prvo ovakvo sveobuhvatno longitudinalno istraživanje na hrvatskoj populaciji koje je osim depresije istraživalo i simptomatiku PTSP-a nakon poroñaja.

7. ZAKLJUČAK

Istraživanje je uspjelo dokazati sve ispitivane ciljeve:

1. Postavke biopsihosocijalnog modela u pojavi postpartalnih psihičkih smetnji su se pokazale primjenjivim. Biološki i psihološki faktori su se pokazali značajnijim za razvitak postpartalnih psihičkih smetnji odmah nakon porođaja u samome rodilištu, a sociološki i psihološki faktori dobivaju na važnosti u kasnijim točkama istraživanja.
2. Engelova biopsihosocijalna teorija se pokazala posebno primjenjivom zbog longitudinalnog karaktera ovoga istraživanja. Ovo istraživanje je time potkrijepilo Engelovu biopsihosocijalnu teoriju, s dodatnim elementom vremenskog kontinuuma u razvoju postpartalnih psihičkih smetnji.
3. Otkrivena pojavnost simptomatike depresije korelira s drugim istraživanjima s nešto većom pojavnošću nego što je nađeno globalno, ali sa sličnom pojavnošću za simptomatiku depresije kao u drugim zemljama tranzicije te u Brazilu.
4. Otkrivena pojavnost simptomatike PTSP-a korelira s drugim istraživanjima poglavito s istraživanjima u Kanadi i SAD-u.
5. Nađena je povezanost psihičkih smetnji nakon porođaja s odgodom nastupa i teškoćama pri fiziološkoj laktaciji, s time što se čini da je simptomatika depresije više vezana za psihološke aspekte smetnji pri dojenju, a PTSP simptomatika je više vezana za biološke aspekte smetnji dojenja. Žene sa više simptomatike PTSP-a i depresije imaju više problema pri dojenju i češće dohranjuju djecu.

Pored toga što je dokazalo zadane ciljeve, ovo istraživanje daje veoma važne preporuke za moguću prevenciju postpartalnih psihičkih smetnji i otvara polje za nova istraživanja:

Osim depresije je potrebno ispitivati i simptomatiku drugih psihičkih poremećaja, posebice

akutnoga stresnog poremećaja i PTSP-a. Dokazano je da rezultati testiranja psihičkih smetnji već u rodilištu mogu biti prediktivni za razvitak iste simptomatike 6-9 tjedana te 14-18 tjedana nakon porođaja. Ovime istraživanje daje jednostavnu metodologiju za probir žena pod rizikom, a upućuje nas i na posebno vulnerabilne populacije. Ovo je posebno važno zbog mogućnosti da se jedan od ispitivanih poremećaja (PTSP) može prevenirati jednostavnim psihoterapijskim metodama od stručno obučenog osoblja (80, 81). Ovakva preventivna intervencija, sukladno rezultatima ovog istraživanja bi u već rodilištu mogla imati važnu ulogu u očuvanju psihičkog zdravlja ovog osjetljivog i posebno važnog dijela naše populacije – majke i novorođenog djeteta. Ovo je ujedno jedna od novih tema istraživanja koja se otvara s ovim radom.

8. SAŽETAK

Cilj

Glavni cilj je bio ustvrditi prediktore simptomatike poslijeporođajne depresije i posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) tijekom 3-5 dana, 6-9 tjedana i 14-18 tjedana nakon porođaja prema biopsihosocijalnom modelu.

Metode

Skala utjecaja događaja – revidirana (IES-R), Edinburška skala postnatalne depresije (EPDS) i drugi upitnici su korišteni u 3 točke studije.

Rezultati

Na multivarijatnoj razini analize prediktori akutnog stresnog poremećaja u prvoj točki su bili: hitni carski rez, teška bol tijekom porođaja, nepodnošljiva bol tijekom porođaja, odvojenost od djeteta u rodilištu; prediktori depresije su bili: neuspješna rana uspostava dojenja, osobina ličnosti neuroticizam, odvojenost od djeteta u rodilištu.

U drugoj točki prediktori PTSP-a su bili: IES-R zbroj u prvoj točki, život u nuklearnoj obitelji (negativna povezanost), dok su prediktori depresije bili: svakodnevni strah od ishoda porođaja tijekom trudnoće, EPDS zbroj u prvoj točki, osobina ličnosti otvorenost (negativna povezanost).

U trećoj točki prediktori PTSP-a su bili: IES-R zbroj u prvoj točki, i život u gradu (negativna povezanost); prediktori depresije su bili: teška bol tijekom porođaja, nepodnošljiva bol tijekom porođaja, disocijacija tijekom porođaja.

Zaključak

Biopsihosocijalna teorija je primjenjiva na simptomatiku poslijeporođajnih psihijatrijskih poremećaja. Osim depresije postoji potreba za ispitivanjem druge simptomatike u svakodnevnoj praksi.

9. ABSTRACT

SETTINGS OF THE BIOPSYCHOSOCIAL MODEL IN THE POSTPARTUM MENTAL DISTURBANCES

Azijada Srkalović Imširagić, 2016

Aim

The aim was to identify predictors of postpartum depressive and posttraumatic stress disorder (PTSD) symptomatology 3-5 days, 6-9 weeks and 14-18 weeks after childbirth, according to a biopsychosocial model.

Methods

Impact of Events Scale revised (IES-R), The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and other questionnaires were used at 3 study points.

Results

Using multivariate levels of analysis, the predictors of acute stress disorder at the first study point were emergency caesarean section, severe and unbearable pain during childbirth and separation from a child. Predictors of depression were unsuccessful early establishment of breastfeeding, personality trait neuroticism and separation from a child.

At the second study point the predictors of PTSD were baseline IES-R score and life in a nuclear family (negative connection). Predictors of depression were everyday fear of childbirth outcome during pregnancy, baseline EPDS score and personality trait openness (negative connection).

Predictors of PTSD at the third study point were baseline IES-R score and life in a city (negative connection). Predictors of depression were severe and unbearable pain during childbirth and dissociation during childbirth.

Conclusion

Biopsychosocial theory is applicable to postpartum psychiatric disorders symptomatology.

Besides depression a need for other symptomatology investigation in routine practice exists.

10. LITERATURA

1. Nonacs R, Cohen LS. Pospatum Psychiatric Syndromes. U: Comprehesive Textbook of Clinical Psychiatry. Kaplan & Sadock Seventh edition. Lippincott Williams & Wilkins;1999, str.1276-83.
2. Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. J Anxiety Disord 1997;11:587-97.
3. Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, Slade P, Wijma K. Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. J Psychosom Obstet Gynaecol 2008;29:240-50.
4. Ayers S, Rachel H, Sawyer A, Parfitt Y, Ford E. Posttraumatic stress disorder after childbirth: analysis of symptom presentation and sampling. J Affect Disord 2009;119:200-4.
5. Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, Creedy D, Devilly GJ. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. Psychol Med 2010;40:1849-59.
6. Verreault N, Da Costa D, Marchand A i sur. PTSD following childbirth: a prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. J Psychosom Res 2012;73:257-63.
7. Modarres M, Afrasiabi S, Rahnama P, Montazeri A. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. BMC Pregnancy Childbirth 2012;12:88. Dostupno na: http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-88 Datum pristupa: 01.05.2106.
8. Reynolds JL. Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic

birth. CMAJ 1997;156:831-5.

9. Boutet C, Vercueil L, Schelstraete C, Buffin A, Legros JJ. [Oxytocin and maternal stress during the post-partum period]. Ann Endocrinol (Paris) 2006;67:214-23.
10. McCarthy MM. Oxytocin inhibits infanticide in female house mice (Mus domesticus). Horm Behav 1990;24:365-75.
11. Bartz JA, Zaki J, Bolger N i sur. Oxytocin selectively improves empathic accuracy. Psychol Sci 2010;21:1426-8.
12. Shamay-Tsoory SG. The neural bases for empathy. Neuroscientist 2011;17:18-24.
13. Atzil S, Hendler T, Feldman R. Specifying the Neurobiological Basis of Human Attachment: Brain, Hormones, and Behavior in Synchronous and Intrusive Mothers. Neuropsychopharmacology 2011;36:2603-15.
14. Striepens N, Kendrick KM, Maier W, Hurlemann R. Prosocial effects of oxytocin and clinical evidence for its therapeutic potential. Front Neuroendocrinol 2011;32:426-50.
15. Kato N, Yamasue H, Watanabe K, Jinde S, Sadamatsu M. [Autism spectrum disorders--recent advances in the research on the impairment in social communication]. Brain Nerve 2010;62:975-86.
16. Skrundz M, Bolten M, Nast I, Hellhammer DH, Meinlschmidt G. Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. Neuropsychopharmacology 2011;36:1886-93.
17. Grattan DR, Steyn FJ, Kokay IC, Anderson GM, Bunn SJ. Pregnancy-induced adaptation in the neuroendocrine control of prolactin secretion. J Neuroendocrinol 2008;20:497-507.
18. Grattan DR, Kokay IC. Prolactin: a pleiotropic neuroendocrine hormone. J Neuroendocrinol 2008;20:752-63.
19. Bick DE, MacArthur C, Lancashire RJ. What influences the uptake and early cessation of

breast feeding? Midwifery. 1998;14:242-7.

20. Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. Birth 2003;30:175-80.
21. Ystrom E. Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth 2012, 12:36. Dostupno na: http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-36. Datum pristupa: 05.05.2016.
22. Slattery DA, Neumann ID. No stress please! Mechanisms of stress hyporesponsiveness of the maternal brain. J Physiol 2008;586:377-85.
23. Dørheim SK, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. Sleep and depression in postpartum women: a population-based study. Sleep 2009;32:847-55.
24. Imširagić AS, Begić D, Martić-Biočina S. Acute stress and depression 3 days after vaginal delivery-observational, comparative study. Coll Antropol 2009;33:521-7.
25. Boudou M, Séjourné N, Chabrol H. Childbirth pain, perinatal dissociation and perinatal distress as predictors of posttraumatic stress symptoms. Gynecol Obstet Fertil 2007;35:1136-42.
26. Fones C. Posttraumatic stress disorder occurring after painful childbirth. J Nerv Ment Dis 1996;184:195-6.
27. Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. Birth 2003;30:36-46.
28. Olde E, van der Hart O, Kleber RJ, van Son MJ, Wijnen HA, Pop VJ. Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. J Trauma Dissociation 2005;6:125-42.
29. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma

symptoms: incidence and contributing factors. Birth 2000;27:104-11.

30. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. J Psychosom Obstet Gynaecol 1998;19:135-44.
31. Rowlands IJ, Redshaw M. Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. BMC Pregnancy Childbirth. 2012;12:138. Dostupno na: http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-138. Datum pristupa: 01.06.2016.
32. Stramrood CA, Wessel I, Doornbos B i sur. Posttraumatic stress disorder following preeclampsia and PPROM: a prospective study with 15 months follow-up. Reprod Sci 2011;18:645-53.
33. Vanderbilt D, Bushley T, Young R, Frank DA. Acute posttraumatic stress symptoms among urban mothers with newborns in the neonatal intensive care unit: a preliminary study. J Dev Behav Pediatr 2009;30:50-6.
34. DeMier RL, Hynan MT, Harris HB, Manniello RL. Perinatal stressors as predictors of symptoms of posttraumatic stress in mothers of infants at high risk. J Perinatol 1996;16:276-80.
35. Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Bio-socio-demographic factors associated with post-traumatic stress disorder in a sample of postpartum Brazilian women. Arch Womens Ment Health 2011;14:435-9.
36. Ahlund S, Clarke P, Hill J, Thalange NK. Post-traumatic stress symptoms in mothers of very low birth weight infants 2-3 years post-partum. Arch Womens Ment Health 2009;12:261-4.
37. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and

parenting stress. BMC Psychiatry. 2008;8:24. Dostupno na: http://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-8-24. Datum pristupa: 10.05.2016.

38. Podolska MZ, Bidzan M, Majkowicz M, Podolski J, Sipak-Szmigiel O, Ronin-Walknowska E. Personality traits assessed by the NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) as part of the perinatal depression screening program. Med Sci Monit 2010;16:77-8.
39. Martín-Santos R, Gelabert E, Subirà S i sur. Research letter: is neuroticism a risk factor for postpartum depression? Psychol Med 2012;42:1559-65.
40. Engelhard IM, van den Hout MA, Schouten EGW. Neuroticism and low educational level predict the risk of posttraumatic stress disorder in women after miscarriage or stillbirth. General Hospital Psychiatry 2006;28:414-7.
41. Engelhard IM, van den Hout MA, Kindt M. The relationship between neuroticism, pre-traumatic stress, and post-traumatic stress: a prospective study. Personality and Individual Differences 2003;35:381-8.
42. Dennis CL, Heaman M, Vigod S. Epidemiology of postpartum depressive symptoms among Canadian women: regional and national results from a cross-sectional survey. Can J Psychiatry 2012;57:537-46.
43. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. Nurs Res. 2001;50:275-85.
44. Braverman J, Roux JF. Screening for the patient at risk for postpartum depression. Obstet Gynecol 1978;52:731-6.
45. Carroll JC, Reid AJ, Biringer A i sur. Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. CMAJ 2005;173:253-9.
46. Matthey S, Phillips J, White T i sur. Routine psychosocial assessment of women in the

antenatal period: frequency of risk factors and implications for clinical services. Arch Womens Ment Health 2004;7:223-9.

47. Lee DT, Yip AS, Leung TY, Chung TK. Ethnoepidemiology of postnatal depression. Prospective multivariate study of sociocultural risk factors in a Chinese population in Hong Kong. Br J Psychiatry 2004;184:34-40.
48. Heh SS, Coombes L, Bartlett H. The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. Int J Nurs Stud 2004;41:573-9.
49. Senturk V, Abas M, Berksun O, Stewart R. Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey. BMC Psychiatry 2011;11:48. Dostupno na: http://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-11-48. Datum pristupa: 03.05.2016.
50. Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. Br J Clin Psychol 2000;39:35-51.
51. Dayan J, Creveuil C, Dreyfus M, Herlicoviez M, Baleyte JM, O'Keane V. Developmental model of depression applied to prenatal depression: role of present and past life events, past emotional disorders and pregnancy stress. PLoS One. 2010;5:12942. Dostupno na: http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0012942. Datum pristupa: 16.05.2016.
52. Buist A, Janson H. Childhood sexual abuse, parenting and postpartum depression--a 3-year follow-up study. Child Abuse Negl 2001;25:909-21.
53. Dowling AS. George Engel, M.D. (1913-1999). Am J Psychiatry 2005;162:2039.
54. Smith RC. The Biopsychosocial Revolution. J Gen Intern Med 2002;17:309-10. Dostupno na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495036/. Datum pristupa: 10.05.2016.

55. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977;196:129-36
56. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry. 1980;137:535-44.
57. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. Fam Pract 1986;3:24-30.
58. Novack DH, Cameron O, Epel E i sur. Psychosomatic medicine: the scientific foundation of the biopsychosocial model. Acad Psychiatry 2007;31:388-401.
59. Braverman J, Roux JF. Screening for the patient at risk for postpartum depression. Obstet Gynecol 1978;52:731-6.
60. Srkalović Imširagić A, Begić D, Kovač M, Krešo A. Impact of social support and previosly undiagnosed pospartal depression on pospartum complications and postpartum psychiatric disorders development. Acta Clin Croat 2012; 51 (Suppl 2):87-8.
61. Benet-Martínez V, John OP. Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: multitrait multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. J Pers Soc Psychol 1998;75:729-50.
62. Hudek-Knezević J, Kardum I. Five-factor personality dimensions and 3 health-related personality constructs as predictors of health. Croat Med J 2009;50:394-402.
63. Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale – Revised. U: Wilson JP, Keane TM, ur. Assessing psychological trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook New York: Guildford Press, 1997. str. 399-411.
64. Creamer M, Bell R, Failla S. Psychometric properties of the Impact of Event Scale - Revised. Behav Res Ther 2003;41:1489-96.

65. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. Psychosom Med 1979;41:209-18.
66. Ljubotina D, Muslić Lj. Convergent validity of four instruments for measuring posttraumatic stress disorder. Review of Psychology 2003;10:11-21.
67. Ljubotina D, Pantić Z, Francisković T, Mladić M, Priebe S. Treatment outcomes and perception of social acknowledgment in war veterans: follow-up study. Croat Med J 2007;48:157-66.
68. Çorapçıoğlu A, Yargiç I, Geyran P, Kocabaşoğlu N. Validity and Reliability of Turkish Version of "Impact of Event Scale-Revised" (IES-R). Yeni Symposium. 2006;44:14-22.
69. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987;150:782-6.
70. Hewitt C, Gilbody S, Brealey S i sur. Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. Health Technol Assess. 2009;13:1-145, 147-230. Dostupno na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0015009/. Datum pristupa: 01.05.2106.
71. Nakić Radoš S, Tadinac M, Herman R. Validation study of the Croatian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Suvremena psihologija. 2013;16:203-8.
72. Cole JC. How to deal with missing data: Conceptual overview and details for implementing two modern methods. U: Osborne JW ur., Best practices in quantitative methods. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2008; str. 214–38
73. Adamović M, Mežnarić S. Women and cultural management in a patriarchal society. U: Belyaev D, Roca Z, ur. Contemporary Croatia: Development Challenges in a Socio-Cultural Perspective. Lisbon: Edições Universitárias Lusófonas; 2011, str. 137-74
74. Orzack SH, Stubblefield JW, Akmaev VR i sur. The human sex ratio from conception to

birth. Proc Natl Acad Sci U S A. 2015;112:E2102-11. Dostupno na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4413259/. Datum pristupa: 03.05.2016.

75. Stadlmayr W, Bitzer J, Amsler F i sur. Acute stress reactions in the first 3 weeks postpartum: a study of 219 parturients. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007;135:65-72.
76. Kozinszky Z, Dudas RB, Csatordai S i sur. Social dynamics of postpartum depression: a population-based screening in South-Eastern Hungary. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2011;46:413-23.
77. Theme Filha MM, Ayers S, Gama SG, Leal MD. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. J Affect Disord 2016;194:159-67.
78. Fazlić H, Brborović O, Rukavina TV, Fister K, Milosević M, Mustajbegović J. Characteristics of people with the perceived stress in Croatia: the CroHort study. Coll Antropol 2012;36(Suppl 1):165-9.
79. Pristas I, Bilić M, Pristas I i sur. Health care needs, utilization and barriers in Croatia--regional and urban-rural differences. Coll Antropol 2009;33(Suppl 1):121-30.
80. Meades R, Pond C, Ayers S, Warren F. Postnatal debriefing: have we thrown the baby out with the bath water? Behav Res Ther 2011;49:367-72.
81. Simpson M, Catling C. Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. Women Birth. 2015 Nov 9. pii: S1871-5192(15)00329-7. doi: 10.1016/j.wombi.2015.10.009. [Epub ahead of print]
82. Pazzagli C, Laghezza L, Capurso M, Sommella C, Lelli F, Mazzeschi C. Antecedents and consequences of fear of childbirth in nulliparous and parous women. Infant Ment Health J 2015;36:62-74.

83. Kimpton J. The brain derived neurotrophic factor and influences of stress in depression. Psychiatr Danub 2012;24 (Suppl 1):169-71.
84. Maimburg RD, Vaeth M. Postpartum depression among first-time mothers – results from a parallel randomised trial. Sex Reprod Healthc 2015;6:95-100.
85. Zanardo V, Nicolussi S, Giacomin C, Faggian D, Favaro F, Plebani M. Labor pain effects on colostral milk beta-endorphin concentrations of lactating mothers. Biol Neonate 2001;79:87-90.
86. Ahmed MS, Randall LW, Cavinato AG, Desiderio DM, Fridland G, Sibai B. Human placental opioid peptides: correlation to the route of delivery. Am J Obstet Gynecol 1986;155:703-6.
87. Kofinas GD, Kofinas AD, Tavakoli FM. Maternal and fetal beta-endorphin release in response to the stress of labor and delivery. Am J Obstet Gynecol 1985;152:56-9.
88. Zanardo V, Savona V, Cavallin F, D'Antona D, Giustardi A, Trevisanuto D. Impaired lactation performance following elective delivery at term: role of maternal levels of cortisol and prolactin. J Matern Fetal Neonatal Med 2012;25:1595-8.
89. Wang BS, Zhou LF, Zhu LP, Gao XL, Gao ES. [Prospective observational study on the effects of caesarean section on breastfeeding]. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2006;41:246-8.
90. Kubryak OV, Umriukhin AE, Emeljanova IN i sur. Increased β-endorphin level in blood plasma as an indicator of positive response to depression treatment. Bull Exp Biol Med 2012;153:758-60.
91. Dinas PC, Koutedakis Y, Flouris AD. Effects of exercise and physical activity on depression. Ir J Med Sci 2011;180:319-25.
92. Yim IS, Glynn LM, Schetter CD, Hobel CJ, Chicz-Demet A, Sandman CA. Prenatal beta-

endorphin as an early predictor of postpartum depressive symptoms in euthymic women. J Affect Disord 2010;125:128-33.

93. Helle N, Barkmann C, Bartz-Seel J i sur. Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. J Affect Disord 2015;180:154-61.
94. Gosselin P, Chabot K, Béland M, Goulet-Gervais L, Morin AJ. [Fear of childbirth among nulliparous women: Relations with pain during delivery, post-traumatic stress symptoms, and postpartum depressive symptoms]. Encephale 2016 Feb 25. pii: S0013-7006(16)00032-4. doi: 10.1016/j.encep.2016.01.007. [Epub ahead of print]
95. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. Psychol Med 2016;46:1121-34.
96. Shalev AY, Freedman S, Peri T i sur. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. Am J Psychiatry 1998;155:630-7.
97. Halperin O, Sarid O, Cwikel J. The influence of childbirth experiences on women′s postpartum traumatic stress symptoms: A comparison between Israeli Jewish and Arab women. Midwifery 2015;31:625-32.
98. Beck CT, Gable RK, Sakala C, Declercq ER. Posttraumatic stress disorder in new mothers: results from a two-stage U.S. national survey. Birth 2011;38:216-27.

11. PRILOZI (Upitnik 1 – Upitnik 10)

Upitnik 1 – O uvjetima života
Datum, godina i mjesto rođenja: _____

Uputa za ispunjavanje upitnika 1:
Zaokružiti jedan odgovor

1. Način porođaja:
    a) Vaginalno
    b) Carski rez – Naručena
    c) Carski rez – Hitno
2. Jeste li udati/živite sa partnerom?
    a) Da
    b) Ne
3. Imate li još djece (ako imate navesti broj djece, osim sada rođenog djeteta)?
    a) Da (navesti broj i spol)_____
    b) Ne
4. Živite li s još članova obitelji osim supruga/partnera i djece? (navesti s kim)
    a) Da (navesti s kim)_____
    b) Ne
5. Koje ste stručne spreme ?
    a) Bez škole
    b) Osnovna škola
    c) Srednja škola
    d) Viša škola
    e) Visoka škola
    f) Magistar ili doktor znanosti
    g) Ostalo (navesti što)_____
6. Imate li svoj stan/kuću ili ste podstanar/živite kod roditelja?
    a) Vlastiti stan/kuća
    b) Podstanar
    c) Živim kod roditelja
7. Jeste li zaposleni?
    a) Da
    b) Ne
8. Jeste li zadovoljni s primanjima koja ostvarujete?
    a) Da
    b) Ne
9. Spol vašeg novorođenog djeteta je
    a) Ženski
    b) Muški
10. Sredina u kojoj živite je:
    a) Grad
    b) Manji grad ili predgrađe
    c) Selo

Upitnik 2 – Zdravlje i bolest prije porođaja

Uputa za ispunjavanje upitnika 2:
Zaokružiti jedan odgovor pod a) ili b) ili upisati odgovor ispod

1. Liječite li se od psihičke bolesti?
    a. da
    b. ne

2. Jeste li prije ovog porođaja ikada preživjeli nešto što biste mogli nazvati izrazito traumatskim događajem?
    a. Da (upisati što)_____
    b. ne

3. Jeste li imali povišen tlak u trudnoći?
    a. da
    b. ne
4. Jeste li imali dijabetes (šećernu bolest) u trudnoći?
    a. da
    b. ne

5. Jeste li imali druge komplikacije u trudnoći (krvarenje, nasjela posteljica, mučnina) zbog kojih ste morali mirovati tijekom trudnoće?
    a. da
    b. ne
6. Da li je postojala sumnja o mogućoj urođenoj bolesti Vašeg djeteta tijekom trudnoće?
    a. da
    b. ne
7. Jeste li svakodnevno strahovali za ishod porođaja tijekom trudnoće?
    a. da
    b. ne

Upitnik 3 – O komplikacijama tijekom poroda

Uputa za ispunjavanje upitnika 3:
Zaokružiti jedan odgovor pod a) ili b) ili c) i upisati odgovor ispod pitanja

1. Koliko dugo je trajao Vaš porođaj? (navesti točno vrijeme porođaja u satima od pojave prvih trudova do rođenja djeteta) _____

2. Kako biste opisali bol tijekom porođaja?
   a. podnošljiva
   b. teška
   c. nepodnošljiva, mislila sam da ću umrijeti.

3. Jeste li u jednom trenutku porođaja imali osjećaj da se porođaj ne događa Vama nego nekom drugom (da svjedočite vlastitom porođaju)?
   a. da
   b. ne

4. Da li ste imali neku neuobičajenu medicinsku intervenciju tijekom porođaja ili nakon (upotreba forcepsa, prelazak na carski rez, da li ste gubili svijest, da li su Vas oživljavali, da li ste dobili krv i krvne derivate i sl.)
   a. da – navesti što_____
   b. ne

5. Imate li neku tegobu kao direktnu posljedicu porođaja (npr. nemogućnost zadržavanja ili otjecanja mokraće i sl.)?
   a. da – navesti što_____
   b. ne

6. Da li je Vaše dijete ranije rođeno (prije 37. tjedna)?
   a. da – navesti tjedan rođenja_____
   b. ne

7. Da li je Vaše dijete imalo neke komplikacije nakon porođaja (infekcija, teža novorođenačka žutica, druga bolest) zbog čega je bilo odvojeno od Vas tijekom boravka u rodilištu?
   a. da
b. ne

Upitnik 4 – Upitnik socijalne podrške

Uputa za ispunjavanje upitnika 3:
Zaokružiti jedan odgovor pod a) ili b) na pitanje 7 prvorotkinje ne

1. Da li ste sama ili razvedena?
    a. da
    b. ne

2. Imate li problema u braku?

    a. da
    b. ne

3. Osjećate li često kako Vas partner ne voli?

    a. da
    b. ne

4. Da li je Vaša trudnoća bila neplanirana?

    a. da
    b. ne

5. Da li ste ponekad više ili manje zažalili što ste bili trudni?

    a. da
    b. ne

6. Da li u nekom periodu tijekom trudnoće zbog problema u okolini više niste željeli imati dijete?

    a. da
    b. ne

7. Da li ste bili ekstremno deprimirani ili nervozni u periodu rođenja Vašeg prethodnog djeteta (ako ga imate)?

    a. da
    b. ne

Upitnik 5 – BFI

Ovdje su nabrojane neke osobine koje se mogu, ali i ne moraju odnositi na Vas. Molimo Vas da pokraj svake tvrdnje upišete jedan broj koji će označavati koliko se Vi slažete ili ne slažete s tom tvrdnjom. Pritom brojevi znače sljedeće:

1 - uopće se ne slažem
2 - uglavnom se ne slažem
3 - niti se slažem niti se ne slažem
4 - uglavnom se slažem
5 - u potpunosti se slažem

Sebe vidim kao osobu koja…

_____ 1. Je pričljiva.
_____ 2. Često kod drugih pronalazi nedostatke.
_____ 3. Temeljito obavlja posao.
_____ 4. Je depresivna, tužna.
_____ 5. Je originalna, ima nove ideje.
_____ 6. Je suzdržana.
_____ 7. Je spremna pomoći i nesebična je.
_____ 8. Može biti ponešto nemarna.
_____ 9. Je opuštena i dobro se suočava sa stresom.
_____ 10. Je radoznala i zanimaju je brojne različite stvari.
_____ 11. Je puna energije.
_____ 12. Započinje svađe s drugima.
_____ 13. Pouzdano obavlja poslove.
_____ 14. Može biti napeta.
_____ 15. Je izrazito pametna i dubokoumna.
_____ 16. Kod drugih stvara entuzijazam.
_____ 17. Je blage, pomirljive prirode.
_____ 18. Je sklona neorganiziranosti.
_____ 19. Je jako zabrinuta.
_____ 20. Je maštovita.
_____ 21. Je često tiha.
_____ 22. Je općenito puna povjerenja.
_____ 23. Je sklona lijenosti.
_____24. Je emocionalno stabilna i lako se ne uznemirava.
_____ 25. Je inventivna.
_____ 26. Zna što hoće i ustraje u svojim ciljevima.
_____ 27. Može biti hladna i distancirana.
_____ 28. Ustraje sve dok ne završi zadatak.
_____ 29. Sklona zlovoljnosti.
_____ 30. Cijeni umjetničke i estetske doživljaje.
_____ 31. Je ponekad plašljiva i povučena.
_____ 32. Je prema gotovo svima pažljiva i ljubazna.
_____ 33. Stvari obavlja efikasno.
_____ 34. Ostaje smirena i u napetim situacijama.
_____ 35. Više voli rutinske poslove.
_____ 36. Je otvorena i društvena.
_____ 37. Je ponekad gruba prema drugima.
_____ 38. Planira i slijedi svoje planove.
_____ 39. Se lako iznervira.
_____ 40. Voli razmišljati i igrati se idejama.
_____ 41. Se zanima za umjetnost.
_____ 42. Voli surađivati s drugima.
_____ 43. Se lako zbuni.
_____ 44. Ima profinjen ukus za umjetnost, muziku i književnost.

Upitnik 6 – Revidirana skala utjecaja traumatskog događaja – IES-R

Ponekad porođaj može biti bolno i stresno iskustvo.
Ispod je lista poteškoća koju ljudi imaju ponekad poslije stresnog iskustva u životu. Molim Vas pročitajte svaku stavku i obilježite kako je stresna bila svaka od njih za Vas tijekom zadnjih tjedan dana, koliko ste bili ometani od strane ovih poteškoća? (zaokružiti samo jedan odgovor/broj na svako pitanje)

	0 = nimalo	**1 = vrlo malo**	**2 = umjereno**	**3 = prilično**	**4= izuzetno**
1. Sve što me podsjeća na taj događaj ponovno mi vraća i osjećaje vezane uz njega.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
2. Imala sam teškoća da održim san.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
3. Neke druge stvari su me stalno tjerale da ne mislim o tome.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
4. Osjećala sam se razdražljivo i ljuto.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
5. Nastojala sam ne uznemiriti se kada bi me nešto podsjetilo na taj događaj.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
6. Mislila sam o tome i kada to nisam željela.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
7. Imala sam osjećaj kao da se to nije dogodilo ili da nije bilo stvarno.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
8. Izbjegavala sam sve što me podsjeća na taj događaj.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
9. Vraćale su mi se slike o tom događaju.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
10. Bila sam nervozan i lako se trzala.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
11. Pokušala sam ne misliti o tome.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
12. Bila sam svjesna da imam još puno osjećaja o tome, ali se njima nisam bavila.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
13. Moji osjećaji vezani uz taj događaj kao da su obamrli.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
14. Događalo mi se da sam se ponašala ili osjećala kao da mi se to ponovno događa.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
15. Imala sam teškoća s uspavljivanjem.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
16. Navirali su mi snažni osjećaji vezani za taj događaj.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
17. Pokušala sam to zaboraviti.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
18. Imala sam teškoća s koncentracijom.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
19. Podsjećanje na taj događaj izazivalo je fizičku reakciju, kao što je znojenje, teškoće s disanjem, mučnina ili lupanje srca.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
20. Sanjala sam o tom događaju.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
21. Bila sam sumnjičava i oprezna.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
22. Pokušala sam ne pričati o tome.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

Upitnik 7 – Edinburška skala postnatalne depresije – EPDS

Uputa za ispunjavanje upitnika 5
S obzirom da ste nedavno dobili bebu, voljeli bi znati kako se osjećate. Molim Vas stavite križić ispred odgovora koji je najbliži tome kako se osjećate. Označite samo jedan odgovor koji je najbliži tome kako ste se osjećali u zadnjih tjedan dana, a ne samo kako se osjećate danas.

1. Mogla sam se smijati i vidjeti smiješnu stranu stvari:
   - ☐ Kao i inače
   - ☐ Ne toliko često
   - ☐ Sigurno manje nego inače
   - ☐ Ne uopće

2. Radovala sam se stvarima unaprijed:
   - ☐ Kao i inače
   - ☐ Ne toliko često
   - ☐ Sigurno manje nego inače
   - ☐ Jedva uopće

3. Nepotrebno sam se okrivljivala kada bi stvari krenule krivo:
   - ☐ Da, većinu vremena
   - ☐ Da, dio vremena
   - ☐ Ne baš često
   - ☐ Ne, nikad

4. Bila sam uznemirena ili zabrinuta bez pravog razloga:
   - ☐ Ne, uopće
   - ☐ Jedva ikad
   - ☐ Da, ponekad
   - ☐ Da, vrlo često

5. Osjećam se uplašeno ili uspaničeno bez pravog razloga:
   - ☐ Da, prilično često
   - ☐ Da, ponekad
   - ☐ Ne baš često
   - ☐ Ne, uopće

Stvari su me opterećivale:
- ☐ Da, većinu vremena nisam bila sposobna nositi se sa stvarima.
- ☐ Da, ponekad se nisam mogla nositi sa stvarima kao što inače znam
- ☐ Ne, većinu vremena sam se nosila sa stvarima prilično dobro
- ☐ Ne, nosila sam se sa stvarima jednako kao i uvijek.

Bila sam tako nesretna da sam imala poteškoća sa spavanjem:
- ☐ Da, većinu vremena
- ☐ Da, ponekad
- ☐ Ne baš često
- ☐ Ne uopće

Osjećala sam se tužno ili jadno:
- ☐ Da, većinu vremena
- ☐ Da, prilično često
- ☐ Ne baš često
- ☐ Ne uopće

Bila sam toliko nesretna da sam plakala:
- ☐ Da, većinu vremena
- ☐ Da, prilično često
- ☐ Samo povremeno
- ☐ Ne, nikad

. Pala mi je na pamet misao da sa ozlijedim:
- ☐ Da, prilično često
- ☐ Ponekad
- ☐ Gotovo nikad
- ☐ Nikad

Upitnik 8 – Upitnik o ranom uspostavljanju laktacije i stava prema dojenju

Uputa za ispunjavanje upitnika 8:
Zaokružiti jedan odgovor pod a) ili b)i upisati odgovor ispod pitanja br. 6,7

1. Da li Vam je „nadošlo“ mlijeko?

   a. Da
   b. ne

2. Imate li zastoj mlijeka?
   a. Da
   b. Ne

3. Uspijevate li dojiti dijete?
   a. Da
   b. Ne

4. Uspijevate li se izdojiti?
   a. Da
   b. Ne

5. Mislite li da ćete uspješno moći dojiti dijete bez dohrane?
   a. Da
   b. Ne

6. Koliko dugo mislite da ćete dojiti dijete ?
_____ mjeseci

7. Koliko smatrate da bi trebali dojiti dijete?
_____mjeseci

8. Koliko dugo ste dojili prethodno dijete (ako ga imate)?
_____

Upitnik 9 – O eventualnim nepovoljnim obiteljskim i drugim prilikama u djetinjstvu rodilje (zaokružiti jedan odgovor – da ili ne)

1. Barem jedan roditelja Vas je često kažnjavao?
    a. Da
    b. Ne

2. Jeste li imali tijekom djetinjstva ili adolescencije doživjeli seksualno dodirivanje?
    a. Da
    b. Ne

3. Jeste li tijekom svog djetinjstva i adolescencije bila prisiljena na seksualni odnos?
    a. Da
    b. Ne
4. Jeste li ikad bili smješteni u domove, u ustanove, ili u udomiteljsku obitelj (barem tijekom jedne školske godine)?
    a. Da
    b. Ne
5. Da li ponekad imali osjećaj da ste odbačeni od strane barem jednog od vaših roditelja
    a. Da
    b. Ne

6. Ponekad vam se činilo da niste bili željeni od strane barem jednog od vaših roditelja?
    a. Da
    b. Ne

7. Osjećate li da ste bili manje voljeni od strane barem jednog od vaših roditelja nego što su bili voljeni vaša braća i sestre?
    a. Da
    b. Ne

8. Je li bilo u vašoj obitelji tajni koje su se skrivale od vas kao djeteta koje ste shvatili kasnije tijekom života ili je postojala sumnja u njih (kao što su dvojbe oko očinstva, nezakonito dijete, incest, kriminal, trajna izvanbračna veza jednog od vaših roditelja, ili bilo koja druga „tajna“)?
    a. Da
    b. Ne

Upitnik 10 – Upitnik o uspostavljanju i održavanju laktacije

Uputa za ispunjavanje upitnika 10:
Zaokružiti jedan odgovor pod a) ili b) i upisati odgovor ispod pitanja br. 2, 6,7 i 8

1. Da li Vam je „nadošlo“ mlijeko?

   a. Da
   b. Ne

2. Da li još dojite?
   a. Da
   b. Ne (upišite tjedan poslije porođaja kada ste prestali dojiti)_____-

3. Imate li zastoj mlijeka?
   a. Da
   b. Ne

4. Uspijevate li dojiti dijete?
   a. Da
   b. Ne

5. Uspijevate li se izdojiti?
   a. Da
   b. Ne

6. Da li isključivo dojite bez dohrane?
   a. Da
   b. Ne (upišite koliko puta na dan dohranjujete dijete)_____

7. Koliko smatrate da bi još trebali dojiti dijete (ako ga još dojite)?
   _____mjeseci

8. Da li imate kakvih problema pri dojenju (opišite kakvih)?

   a.
   Da_____
   _____
   _____
   _____
   _____
   b. Ne

12. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Azijada Srkalović Imširagić

Datum rođenja	03. svibanj 1968
Bračno stanje	Udata, majka jednog djeteta
Adresa	Zagrebačka cesta 147, 10 000 Zagreb
Telefon	kućni: +385 1 3866763, mobilni +385 98 404 468
E-mail	azijadasi@gmail.com

PROFESIONALNO ISKUSTVO	
2011-	Specijalizacija iz psihijatrije NPB Dr Ivan Barbot
2002 – 2011 PLIVA Hrvatska d.o.o.. Medicinski poslovi (Medicinski savjetnik)	Neurologija, psihijatrija, onkologija, imunologija – edukacija Plivinog osoblja i znanstveni rad
Studeni 2001 – Prosinac 2002 Ordinacija opće prakse Kloštar Ivanić	Zamjena za porodiljini
1999 – 2000 Hitna pomoć Ivanić Grad	Privremeno zaposlenje
1997 – 1999 Dom zdravlja Ivanić Grad	Dvogodišnji staž
1995 – 1996 Humanitarna organizacija “Mreža multikulturalne pomoći”	Savjetnik u centru za žene žrtve rata

EDUKACIJE	
2009	Znanstveni magisterij iz područja psihijatrije – MEF Zagreb, Sveučilište u Zagrebu
2007/2008	Diploma u Pharmaceutical Medicine - Brussels “Pharmed” http://www.ulb.ac.be/medecine/pharmed/
2001	Državni ispit, Hrvatska – posjedujem važeću licencu
1986-1994	Medicinski fakultet u Tuzli (BiH) Zadnju godinu završila i nostrificirala u Zagrebu (Hrvatska)

Druge informacije	
Strani Jezici	Engleski B1 Norveški A2

Reference	17 znanstvenih radova – 8 poster prezentacija i 9 publikacija u indeksiranim časopisima od čega tri CC rada.
Javno znanstvene inicijative - uredništvo	Živjeti sa depresijom Živjeti sa upaljenim svijetlom (knjižica o poremećajima sna) Vademekum Pliva Onkologija