

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**

Štefica Mikšić

**POVEZANOST PSIHIČKOG STANJA ZDRAVIH RODILJA S DULJINOM
DOJENJA I NAPREDOVANJEM DJETETA**

Doktorska disertacija

Osijek, 2016.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**

Štefica Mikšić

**POVEZANOST PSIHIČKOG STANJA ZDRAVIH RODILJA S DULJINOM
DOJENJA I NAPREDOVANJEM DJETETA**

Doktorska disertacija

Osijek, 2016.

Doktorska disertacija izrađena je u Domu zdravlja Đakovo.

Mentorica rada: Doc. prim.dr.sc. Degmečić Dunja, dr. med.

Komentorica rada: Izv. prof.dr.sc. Maja Miškulin, dr.med.

Rad ima 88 listova.

Zahvala i posveta

Zahvaljujem se svojoj mentorici Doc. prim. dr. sc. Dunji Degmečić, dr. med., pri pomoći prilikom izrade ovog rada.

Zahvaljujem se svojoj komentorici Izv. prof. dr. sc. Maji Miškulin, dr. med., na stručnim savjetima.

Zahvaljujem se kolegici Brankici Juranić i p. Željku Rakošec na razumijevanju i podršci.

Bezgranično se zahvaljujem svom suprugu Hrvoju, svojim kćerima Anamarii i Barbari i sinu Lovri na razumijevanju i pomoći.

Zahvaljujem se i svim mojim prijateljima na podršci.

SADRŽAJ

1.	UVOD.....	1
1.1.	DEPRESIJA.....	1
1.2.	DEPRESIVNI POREMEĆAJI U TRUDNOĆI.....	3
1.3.	DEPRESIVNI POREMEĆAJI U PUERPERIJU (babinjama).....	4
1.3.1.	Postpartalna tuga.....	5
1.3.2.	Postpartalna depresija (PPD).....	6
1.3.3.	Postpartalna psihoza.....	8
1.3.4.	Postpartalni anksiozni poremećaji.....	9
1.4.	DOJENJE.....	11
1.4.1.	Prednosti dojenja za dijete i majku.....	12
1.5.	POSTPARTALNA DEPRESIJA I DOJENJE.....	18
2.	HIPOTEZE.....	20
3.	CILJ ISTRAŽIVANJA.....	21
4.	ISPITANICI I METODE.....	22
4.1.	USTROJ STUDIJE.....	22
4.2.	ISPITANICI.....	22
4.3.	METODE I STATISTIČKA OBRADA PODATAKA.....	23
4.3.1.	Statistička obrada podataka.....	25
5.	REZULTATI.....	26
6.	RASPRAVA.....	50
6.1.	PROMATRANA OBILJEŽJA PSIHIČKOG STANJA.....	50
6.2.	DOJENJE I PROMATRANA OBILJEŽJA PSIHIČKOG STANJA.....	53
7.	ZAKLJUČCI.....	63
8.	SAŽETAK.....	65
9.	SUMMARY.....	67
10.	LITERATURA.....	69

11.	ŽIVOTOPIS	82
12.	PRILOZI	88

POPIS KRATICA

PPD – postpartalna depresija (eng. Postpartum depression)

PPP – postpartalna psihoza (eng. Postpartum psychosis)

PPAD – postpartalni anksiozni poremećaji (eng. Postpartum anxiety disorders)

EPDS – Edinburška skala za postpartalnu depresiju (Edinburgh Postnatal Depression Scale)

BDI – Beckov inventar depresije (engl. Beck Depression Inventory)

BAI – Beckov inventar anksioznosti (engl. Beck Anxiety Inventory)

BPDS- Bromley ljestvica postnatalne depresije (eng. Bromley Postnatal Depression Scale, BPDS)

CES-D - Ljestvica centra za epidemiološke studije depresije (eng. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D)

CIS - Klinički intervju (eng. Clinical Interview Schedule, CIS)

DIS - Dijagnostički intervju (eng. Diagnostic Interview Schedule, DIS)

Zung SDS - Zungova samo-rangirajuća ljestvica depresije (eng. Zung self-Rating Depression Scale, Zung SDS)

MKB-10 – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10. izdanje (engl. International Statistical Classification of Diseases and Related Health, ICD-10)

DSM IV- Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, četvrto izdanje (eng. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

DSM 5- Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, peto izdanje (eng. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders),

AKOG – Američki koledž opstetričara i ginekologa (engl. American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG)

AWHONN - Udruga ženskog zdravlja, obstetričkih i neonatalnih sestara (engl. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, AWHONN)

ACNM - Američki koledž sestara primalja (American College of Nurse Midwives, ACNM)

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija (engl. World Health Organization, WHO)

UNICEF – Međunarodni fond za djecu Ujedinjenih naroda (engl. United Nations International Children's Emergency Fund)

AAP– Američka pedijatrijska akademija (engl. American Academy of Pediatrics, AAP)

1. UVOD

1.1. DEPRESIJA

Mentalni poremećaji kod žena najčešće se pojavljuju u reproduktivnoj dobi (18-45 godina)(1),(2), u tom razdoblju života žene proživljavaju različite psihološke poremećaje. Depresivni poremećaji često su povezani s biološkim kriznim razdobljima koji su vezani uz hormonalne promjene poput puberteta, trudnoće, babinja i klimakterija. Postoje četiri tipa depresivnog poremećaja vezanih uz cikličko djelovanje hormona, specifična za reproduktivno razdoblje žene: predmenstrualni disforični poremećaj, depresija u trudnoći, postpartalna depresija i depresivni poremećaj u menopauzi(3). Procjenjuje se da 8,3% - 16% trudnica ima iskustvo depresije tijekom trudnoće(4), a 15%-25% iskustvo depresije postpartalno(5). Svjetska zdravstvena organizacija svrstava depresiju na treće mjesto kao svjetski zdravstveni problem, a do 2020. godine procjenjuje da će doći na drugo mjesto(6). 29% žena ima mentalnih poremećaja u usporedbi sa 17% muškaraca(7).

Prema definiciji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), postpartalna depresija obuhvaća svaki nepsihotični depresivni poremećaj tijekom prvih četiri tjedna poslije poroda, a prema istraživačkim kriterijima, tijekom prvih godinu dana nakon porođaja(8). U novijoj verziji DSM-5 navodi da ne priznaje postporođajnu depresiju kao posebnu dijagnozu, a pacijentice moraju ispuniti kriterije za veliku depresivnu epizodu, stoga je definicija da je početak velike depresivne epizode tijekom trudnoće ili u roku četiri tjedna nakon poroda(9). Prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti, 10. revizija (MKB-10), mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja udruženi s puerperijem, vode se pod dijagnozom F53.0, koji uključuje postnatalnu i postpartalnu depresiju(10).

U svakodnevnoj kliničkoj praksi više se govori o poremećajima koji su nastali nakon poroda, nego o onima koji su se javili u trudnoći iako brojna istraživanja ukazuju da se psihopatološke promjene primarno javljaju u trudnoći, ali se ne liječe jer nisu prepoznate(11). Anksioznost se najčešće javlja u vidu napada panike, specifičnim strahovima poput tokofobije (strah od rođenja djeteta), koju je prvi put opisao Marce u 18.st. Na inicijativu vodećih eksperata u perinatologiji Holberga i Brokingtona 2000. g. predlažu da se tokofobija definira kao zaseban nozološki entitet. Tokofobija se javlja kod oko 6% trudnica, dok stručnjaci smatraju da je normalan strah od poroda prisutan u oko 20% trudnica(12). Pojedini autori tokofobiju dijele na primarnu, koja se javlja prije trudnoće i sekundarnu, koja se javlja nakon (traumatskog) poroda. Trudnice koje imaju tokofobiju inzistiraju da se porod obavi carskim rezom, ako im

se to ne udovolji, imaju izraženije simptome postpartalne depresije(13). Postavlja se pitanje koliko su trudnice o svojim strahovima spremne pričati i koliko primarni ginekolog to može prepoznati(14).

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti važnu ulogu u prepoznavanju psiholoških poremećaja imaju patronažne sestre koje prema planu i programu u svojoj skrbi brinu za trudnice, babinjače i novorođenčad. Djelatnost patronažne službe primarno je preventivna, edukativna i informativna. Zadaća patronažne djelatnosti je prikupljanje potrebnih podataka, otkrivanje i zbrinjavanje bolesnih, nemoćnih i socijalno ugroženih stanovnika, a najvažnija zadaća je očuvanje, unaprjeđenje i zaštita zdravlja. Patronažna sestra svoj rad planira prema planu i programu mjera Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO-a)(15), suradnjom s obiteljskim liječnikom, pedijatrom, ginekologom te na temelju dojava drugih medicinskih ustanova, socijalne službe i na temelju vlastitih zapažanja i procjena.

Preventivne mjere u patronažnoj zaštiti trudnica predviđaju kućni posjet jednom u tijeku zdrave trudnoće, ne prije navršenog 12. tjedna trudnoće, više puta prema vlastitoj procjeni i prema indikacijama u dogovoru s izabranim liječnikom. Patronažna zdravstvena zaštita obuhvaća: mjere individualnoga i skupnog zdravstvenog odgoja – upute o načinu prehrane, o općim higijenskim uvjetima i osobnoj higijeni, o fizičkoj aktivnosti za vrijeme trudnoće, o pripremi (majke i novorođenčeta) za boravak u bolnici, o prevenciji psihofizičkih trauma. Prvi posjet patronažne sestre babinjači i novorođenčetu morao bi biti unutar 7 dana nakon poroda, a drugi posjet nakon 15 dana od poroda. U slučaju komplikacija (mastitis, rascjep međice, problemi u prihvaćanju uloge majčinstva), a prema procjeni patronažne sestre i indikacijama u dogovoru s izabranim liječnikom i češći.

U patronažnoj zaštiti babinjače predviđene su mjere individualnoga i grupnog zdravstvenog odgoja (upute o prehrani, higijeni, psihofizičkim aktivnostima, prednostima dojenja djeteta; pregled i kontrola dojki, vanjski pregled fundusa, položaja i kontrakcije maternice, pregled i kontrola rane i lohija; demonstracija potrebnih postupaka, kao što su održavanje higijene cijeloga tijela, masiranje i izdavanje dojki), položaji prilikom dojenja te vježbe koje se prema preporuci ginekologa mogu izvoditi u prvih 6 mjeseci nakon poroda. U patronažnoj zaštiti novorođenčeta predviđen je uvid u otpusno pismo iz rodilišta; provjera učinjenog skrininga na fenilketonuriju (PKU), kongenitalnu hipotireozu (HyTh) i oštećenje sluha (OAE); kontrola cijepljenja. Orijehtacijski pregled novorođenčeta prema sustavima; ispitivanje prirođenih refleksa novorođenčeta; kontrola higijene novorođenčeta (pupak, koža i sluznice) i prehrane

novorođenčeta; davanje uputa majci o pravilnom načinu prirodne i umjetne prehrane novorođenčeta; demonstracija potrebnih postupaka, kao što su njega novorođenčeta brisanjem i kupanjem u vodi, njega sluznica, održavanje prohodnosti dišnih putova, njega pupčane ranice, stavljanje djeteta u optimalan položaj za dojenje, držanje i nošenje; upute o obavljanju prvog preventivnog sistematskog pregleda i kontinuitetu svih ostalih pregleda; individualni zdravstveni odgoj – savjeti o njezi; preporuka prirodne prehrane i isticanje prednosti dojenja za cjelokupni rast i razvoj te važnost dojenja za razvoj međučeljusnih odnosa i orofacijalnog sustava; uvid u socijalno-gospodarsko stanje obitelji koje je često prediktor za razvoj poremećaja(16).

1.2. DEPRESIVNI POREMEĆAJI U TRUDNOĆI

Trudnoća je vrijeme velikih bioloških i psiholoških promjena; to je stanje posebne osjetljivosti žene, a ne vrijeme emocionalne stabilnosti kako se do sad smatralo(17). Trudnoća bez komplikacija, tj. zdrava trudnoća, smatra se razdobljem s manjim rizikom za razvoj psihijatrijskih poremećaja i suicida. To je razdoblje kad je razina progesterona povišena, što djeluje smirujuće na trudnicu(18). Trudnice koje nemaju psiholoških smetnji trudnoću doživljavaju pozitivno(19), dok neke trudnice trudnoću doživljavaju negativno, s puno strahova. Strahovi koji se javljaju tijekom trudnoće usmjereni su na razvoj ploda, porođaj i brigu za novorođenče.

Na mentalno zdravlje žene utječu bračni odnosi i odnosi unutar obitelji(20), je li trudnoća bila planirana željena, ili neplanirana koja je najčešće neželjena(21), doživljaj trudnoće kao prirodnog procesa ili procesa opasnog po život te ranije iskustvo komplikacija vezanih za trudnoću (spontani pobačaj)(22). Veliku ulogu ima i ekonomska situacija(23), te životno okruženje; koliko ima tolerancije prema budućoj majci. Žena se za svoje nerođeno dijete veže u ranoj trudnoći, a u drugom trimestru ona doživljava psihološku interakciju s djetetom i svoje strahove i želje prenosi na dijete. U literaturi se spominje da dvije trećine trudnica u prvom i trećem trimestru trudnoće imaju psihološke simptome u vidu anksioznosti, razdražljivosti i labilnog raspoloženja(24). Depresija se u trećem trimestru povećava, a prevalencija depresivnih poremećaja u trudnoći je oko 10%(25). Perinatalna depresija često ostaje nezapažena od strane zdravstvenih djelatnika, međutim, rano otkrivanje i liječenje mogu spriječiti nastanak postporođajne depresije.

Depresivni simptomi koji se javljaju u trudnoći često su nalik simptomima trudnoće, poput poremećaj spavanja(26), fluktuacija apetita, smanjenje energije, umor, promjene libida. Promjene raspoloženja u trudnoći jedan su od najjačih prediktora za razvoj postpartalne depresije(27). Pojava ovakvih simptoma u trudnoći se ne smije zanemariti jer je rizik i za majku i za dijete(28). Poremećaji raspoloženja u trudnoći su češći nego preeklampsije, eklampsije, porođaj prije 37. tjedna gestacije ili gestacijski dijabetes(29).

Pojava suicidalnih misli kod trudnica povezana je sa starijom životnom dobi trudnica(30), nasiljem partnera(31), lošim uvjetima življenja, većim brojem djece i lošom socijalnom situacijom(32).

Prema preporukama Američkog koledža opstetričara i ginekologa (engl. American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) napisane su preporuke za probir perinatalne depresije i anksioznih simptoma koji se pojavljuju za vrijeme trudnoće i babinja. Probir na perinatalnu depresiju i anksiozne simptome treba provesti barem jednom u perinatalnom razdoblju trudnoće, a provodi ga educirano opstetričko-ginekološko osoblje. Žene s perinatalnim poremećajima raspoloženja, depresijom, anksioznošću i faktorima rizika zahtijevaju pojačani nadzor i potrebno im je osigurati sustavno praćenje i metode liječenja(11).

1.3. DEPRESIVNI POREMEĆAJI U PUERPERIJU (babinjama)

Puerperij (babinje) je razdoblje od prvih šest tjedana nakon poroda, sastavni je dio razdoblja trudnoće i poroda. To je vrijeme fiziološke i psihološke prilagodbe novoj situaciji, razdoblje u kojem je žena prvi put majka ili već majka koja samo proširuje svoju obitelj za jednog člana. Za većinu obitelji to je vrijeme velikog veselja, ali donosi i mnogo novih stresova i promjena unutar obitelji. Većina žena očekuje da će majčinstvo ili rođenje novog djeteta donijeti veselje i sreću. Kod žena koje iskuse postporođajni poremećaj raspoloženja, često se javljaju osjećaji tuge, ljutnje i žaljenja zato što se ne osjećaju onako kako su se osjećale prije trudnoće. Mnoge žene izražavaju veliku frustraciju, osjećajući da bi ovo trebalo biti najsretnije razdoblje njihova života, ali osjećaju simptome depresije, anksioznosti, straha i zbunjenosti.

Medicinske sestre imaju ključnu ulogu u pomaganju novoj majci i nošenju s njenim osjećajima, ohrabrujući ju i ulijevajući joj sigurnost da ti osjećaji nisu neuobičajeni i da medicinske intervencije mogu poboljšati njezino raspoloženje. Neke žene mogu osjećati

neuspjeh ako zatraže pomoć ili mogu misliti kako ih drugi doživljavaju kao neadekvatne majke. One često negiraju obitelji i prijateljima da imaju problema s novim ulogama. Razgovor sa ženom o njezinim osjećajima umanjuje stres i utječe na razvijanje privrženosti između majke i novorođenčeta te poboljšava odnose unutar obitelji. Žene su posebno ranjive u tom periodu zbog mijenjanja uloge i fizičkih zahtjeva koje postavlja novorođenče; manjka sna, prilagodbe drugih članova obitelji na novu ulogu.

Majka se suočava s fizičkim zahtjevima oporavka od samog porođaja, osjeća se umorno i nelagodno(33),okružena je bliskom obitelji i prijateljima koji joj pružaju fizičku i emocionalnu podršku, iako to nije uvijek slučaj. Žene koje nemaju prikladnu socijalnu podršku su u povećanom riziku za razvoj postporođajnih poremećaja.

U nekim kulturama, žene za vrijeme babinja ostaju kod kuće određeno vrijeme, obično 42 dana i o njima se brinu članovi obitelji, prijatelji i zdravstveni djelatnici. U nekim kulturama to nije običaj, očekuje se da žene nastave svoju uobičajenu rutinu dok se nose s povećanim obavezama za sebe i novorođenče.

Faktori rizika za razvoj postporođajnih poremećaja raspoloženja uključuju nedostatak socijalne podrške, oporavak od porođaja i povijest specifičnih bolesti. Mnoge žene suočene su s neprikladnim sustavom podrške kao rezultatom kulturoloških normi, geografskih barijera, obiteljskih problema ili nedostatka partnera. Ostali faktori rizika uključuju niski socioekonomski status, poremećaje spavanja, upale kao rezultat poroda (probleme s dojenjem, infekcije dojki), lošu ishranu, genetsku predispoziciju, bračne probleme, osjećaj izolacije i gubitak osobne slobode, konflikte u brizi za dijete, obiteljsku povijest o postporođajnim poremećajima raspoloženja u bliskom srodstvu (prvom koljenu), poremećaje raspoloženja tijekom trudnoće(34).

1.3.1. Postpartalna tuga

Postpartalna tuga (sindrom trećeg dana) je najblaži oblik postpartalnih poremećaja. Javlja se 3 do 5 dana nakon poroda, traje kratko 4-14 dana, a očituje se prolaznim emocionalnim promjenama(35). Simptomi postpartalne tuge su zaboravljivost, plačljivost, iritabilnost, glavobolja, anksioznost i nestabilno raspoloženje(36). U istraživanjima se spominje da 50 do 70 %(37), babinjača prolazi kroz postpartalnu tugu, što se povezuje s promjenama hormonalnog statusa(38), padom progesterona i estrogena te porastom prolaktina.

Pojavnost postpartalne tuge povezana je s lošijom socijalnom prilagodbom, zabrinutošću i povećanom napetošću tijekom trudnoće, umorom i neispavanošću nakon poroda, prisutnošću boli uzrokovane epiziotomijom i carskim rezom, upalom dojki (mastitisom). Majci i novorođenčetu su par dana nakon poroda potrebni podrška i razumijevanje zdravstvenih djelatnika, obitelji i prijatelja kako bi se podiglo samopouzdanje majke i kako simptomi postpartalne tuge ne bi prerasli u postpartalnu depresiju.

1.3.2. Postpartalna depresija (PPD)

Postpartalna depresija je psihički poremećaj koji se javlja od drugog do šestog tjedna nakon poroda. Depresija se tri puta češće javlja u prva tri mjeseca nakon poroda u odnosu na razdoblje od šest mjeseci do godinu dana od poroda(39). Istraživanja su pokazala da žene koje imaju izražene simptome PPD u prvih nekoliko sati nakon poroda imaju povišenu razinu testosterona(40), znatno veću u odnosu na progesteron i estradiol koji su u opadanju. Etničko podrijetlo također može imati ulogu u incidenciji PPD-a. Indijanke imaju najvišu incidenciju PPD-a, zatim bjelkinje, pa crkinje (Afroamerikanke) dok Latinoamerikanke imaju najnižu razinu postpartalne depresije(41). Obiteljski obrasci i genetika također daju predispoziciju za postpartalne poremećaje raspoloženja.

Postpartalna depresija rjeđa je od postpartalne tuge te traje znatno duže i može se pojaviti nekoliko mjeseci nakon poroda(42). Ginekološke komplikacije tijekom poroda su predisponirajući faktor za nastanak postpartalnih poremećaja raspoloženja(43). Najjači prediktori za nastanak postpartalne depresije su iskustvo depresije i anksioznosti tijekom trudnoće i prethodne depresivne bolesti(44). Loši bračni i obiteljski odnosi za vrijeme trudnoće imaju veći rizik za nastanak postpartalne depresije, što utječe na zdravlje novorođenčeta(45). Djeca žena s postpartalnom depresijom imaju višu incidenciju kašnjenja u psihološkom, kognitivnom(46), neurološkom i motoričkom razvoju(47), djeca su pod rizikom za razvoj karakteristika izbjegavajućeg i stresnog ponašanja(48). Postpartalna depresija može izazvati poremećaje u povezivanju majke i djeteta i depresivne majke mogu biti grube sa svojim djetetom(49).

Simptomi postpartalne depresije su: promjene raspoloženja od dobrog raspoloženja do velike tuge(50), pretjerano spavanje ili nesanica bez obzira na djetetove potrebe, promjene apetita, hiperaktivnost ili kronični umor, razdražljivost, negativne misli, nemogućnost realiteta,

gubitak pamćenja i koncentracije(51), gubitak samopouzdanja, osjećaj nemoći, usamljenosti(52), krivice, osjećaj nepostojanja ljubavi prema djetetu(53), napadi panike, pretjerani plač, gubitak interesa za svakodnevne aktivnosti(54), (55), manjak seksualne želje dulje od šest tjedana nakon poroda. Postpartalna depresija nije samo ženin problem. To je problem cijele zajednice koji iziskuje kontinuirano praćenje i brzu intervenciju.

Američki koledž opstretičara i ginekologa (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG 2010)(56), Udruga ženskog zdravlja, opstetičkih i neonatalnih sestara (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, AWHONN 2008)(57) i Američki koledž sestara primalja (American College of Nurse Midwives, ACNM 2011)(58) preporučuju rutinski pregled za žene prilikom njihovog redovnog pregleda nakon 6 tjedana. U svijetu se provodi probir postpartalne depresije pomoću različitih instrumenata. Prema Gjerdingen i Yawn (2007) najčešće korištene su: Beckov inventar depresije (BID)(59) i Beckov inventar anksioznosti (BIA)(60), Bromley ljestvica postnatalne depresije (Bromley Postnatal Depression Scale, BPDS)(61), Ljestvica centra za epidemiološke studije depresije (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D)(62), Klinički intervju (Clinical Interview Schedule, CIS) (63), Dijagnostički intervju (Diagnostic Interview Schedule, DIS)(64), Edinburška skala postnatalne depresije (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)(65), Probirna ljestvica na postpartalnu depresiju (Postpartum Depression Screening Scale, PDSS)(66) i Zungova samo-rangirajuća ljestvica depresije (ZungSelf-Rating Depression Scale, Zung SDS)(67). Za postavljanje dijagnoze PPD, prema Američkom psihijatrijskom udruženju (DSM-IV), potrebno je najmanje pet simptoma za veliku depresivnu epizodu, a ako ih je manje, tada govorimo o maloj depresivnoj epizodi. Instrument koji se najčešće koristi je EPDS koja ima psihometrijsku valjanost. Ljestvicu ispunjavaju same žene, a radi se o pitanjima njihovog trenutnog raspoloženja i depresivne simptomatologije.

Liječenje PPD temelji se na općim načelima liječenja depresivnih poremećaja koji se odnose na individualni pristup. Bihevioralna terapija je način koji se često koristi u liječenju, gdje se stavlja naglasak na uspostavljanje kvalitetnog terapijskog odnosa između terapeuta i žene s poremećajem(68). Farmakološku terapiju nevoljko započinju žene koje doje svoju djecu jer se jedan dio lijeka izlučuje putem mlijeka, iako je dojenje povezano s nižom razinom postpartalne depresije, odnosno dojenje može zaštititi majku od PPD(69). Liječenje postpartalne depresije treba biti multifaktorijalno što pokazuje najbolje rezultate, a uključuje

psihoterapiju, grupnu podršku, individualno savjetovanje, edukaciju, interpersonalnu i kognitivno-bihevioralnu terapiju(70).

Istraživanja o postpartalnoj depresiji otišla su dalje i sve veće značenje pridaje se očevima koji imaju psihološke poremećaje za vrijeme babinja. To ima utjecaj na ponašanje i emocionalni razvoj djeteta(71) te funkcioniranje cijele obitelji. U literaturi se ovaj poremećaj naziva „očeva postpartalna depresija“ i usko je povezan s majčinskim depresivnim simptomima. Simptomi očeve postpartalne depresije su: depresivno i tužno raspoloženje, pad aktivnosti, značajan pad ili povećanje tjelesne težine, nesanica ili pospanost, psihomotorni i mentalni nemir, umor, bezvrijednost ili krivnja, slaba koncentracija ili razmišljanje o smrti(72). Depresivni simptomi kod očeva razlikuju se od simptoma depresije kod majki(73). Ostali simptomi koji se javljaju kod očeva su povlačenje iz socijalnih interakcija, neodlučnost, cinizam i razdražljivost, alkoholizam, konzumiranje droga, izvanbračni seksualni odnosi i nasilno ponašanje prema partneru. Muške emocije izraženije su kao strah i ljutnja nego kao tuga(74). Zdravstveni djelatnici trebali bi obratiti pažnju na zdravlje mladih roditelja tijekom postpartalnog razdoblja. Prenatalnu i postnatalnu zdravstvenu skrb treba usmjeriti na oba roditelja jednako. U zdravstveni sustav treba uvesti probir za rizik od postpartalne depresije za vrijeme trudnoće i puerperija(75). Roditeljska depresija čimbenik je koji utječe na razvoj i funkcioniranje djece, te treba i dalje provoditi istraživanja u tom području(76).

1.3.3. Postpartalna psihoza

Postpartalna psihoza (PPP) je najrjeđi i najteži mentalni poremećaj, javlja se u 1-2 slučaja na 1000 poroda(77), a obilježen je halucinacijama i sumanutostima. Psihoza počinje nekoliko dana nakon poroda ili tijekom prva tri tjedna nakon poroda(78). Rizični faktori za razvoj bolesti uključuju prethodno postojeći bipolarni poremećaj, shizoafektivne poremećaje ili prethodnu povijest postpartalne psihoze. Kendall (1987) je u istraživanju 54.000 poroda otkrio da je, od svih žena koje su razvile PPP, 72-80% njih već prije imalo bipolarni ili shizoafektivni poremećaj, a 12% je imalo shizofreniju koja je i prije postojala(79). Tipičan početak PPP javlja se oko osmog postpartalnog dana s tipičnim psihotičnim razdobljem koji traje 40 dana(80).

Žene s depresivnom simptomatologijom obično razvijaju simptome poremećaja kasnije u postpartalnom razdoblju i imaju dulje trajanje bolesti(81). Uzročni čimbenici povezani s PPP

direktno su povezani s iznenadnim promjenama u razini hormona u postpartalnom razdoblju. Žene koje imaju pozitivnu obiteljsku anamnezu imaju tri puta veću vjerojatnost da razviju postpartalnu psihozu nego druge žene(82). Žene s bipolarnim poremećajem imaju najveći rizik za razvoj poremećaja, često imaju suicidalne misli i potrebna im je hitna hospitalizacija(83). PPP ima loš utjecaj na majku, dijete i cijelu obitelj(84).

Simptomi koji se vežu uz PPP razlikuju se u svojoj manifestaciji od psihoza koje nisu povezane s porodom. Često se javlja kognitivna dezorganizacijska psihoza sa simptomima poput kognitivnih poremećaja, bizarnih ponašanja, manjka uvida u realitet, dezorganizacija misli, deluzij, ideja o ubojstvu ili sličnih ponašanja, vizualnih halucinacija, taktilnih halucinacija, olfaktornih halucinacija, ponašanje sličnog deliriju, deluzija fokusiranih na ozljeđivanje svojeg dojenčeta, intenzivne promjene u ponašanju, ponašanje izvan kontrole, halucinacije zapovijedanja(82). Dijagnostički kriteriji za PPP nisu uključeni u psihijatrijske klasifikacije MKB-10 i DSM-IV. Kada se kod žene koja je nedavno rodila pojave simptomi psihoze, ona se dijagnosticira. Karakteristični simptomi su sumanutost, kognitivni deficit, halucinacije i poremećaji raspoloženja. Prema istraživanjima 5% žena sa simptomima postpartalne psihoze počini suicid, a 4% infanticid(83).

Žene s PPP moraju proći detaljnu psihološku procjenu kako bi se identificirala povezana simptomatologija. Nema standardiziranog instrumenta za procjenu PPP, iako se često koristi EPDS. Ljestvica za probir na poremećaje raspoloženja (Mood Disorder Screening Scale)(85),(86), također se koristi kako bi se provjerilo postoji li simptomatologija bipolarnog poremećaja. Žene s jednom psihotičnom epizodom imaju bolju dugoročnu prognozu od žena koje su više imale psihotičnih poremećaja tijekom života. Rizik za ponovnu psihotičnu epizodu je oko 60%(87).

1.3.4. Postpartalni anksiozni poremećaji

Postpartalni anksiozni poremećaji (eng.postpartum anxiety disorders, PPAD) javljaju se u postpartalnom periodu češće nego PPD, incidencija je 4 – 39% kod trudnica i 16% kod žena nakon poroda(88). Anksiozni poremećaji najčešće se dijagnosticiraju u odrasloj dobi, dva puta su češći kod žena nego kod muškaraca. Kod žena se najčešće dijagnosticiraju tijekom trudnoće. Simptomi i znakovi postpartalne anksioznosti su nervoza, prevelika briga za dijete, ekstremna labilnost, poremećaj spavanja, teškoće koncentracije, gubitak pamćenja. Anksiozni

poremećaji koji se javljaju u postpartalnom periodu su panični poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj i postpartalni opsesivno-kompulzivni poremećaj.

Panični poremećaj javlja se kod 10% žena nakon poroda. Simptomi koji se javljaju su bol u prsima, kratak dah, kontrakcije prsnog koša, drhtanje, trnci i osjećaj straha(34). Posttraumatski poremećaj povezuje se sa silovanjem, psihičkim i emocionalnim zlostavljanjem, smrću novorođenčeta, teškim porodom i lošim tretmanom za vrijeme poroda od strane osoblja. Incidencija posttraumatskog poremećaja kod teških poroda je 9%, a 34% novih majki imalo je traumatski porođaj(89). Simptomi uključuju intruzivne misli, slike prošlih događaja i noćne more, poteškoće s povezivanjem između majke i djeteta.

Postpartalni opsesivno-kompulzivni poremećaji javljaju se šest tjedana nakon poroda. Žena ima anksiozne i depresivne simptome poput intruzivnih misli, rituala u ponašanju, gubitka teka i straha od hranjenja djeteta. Često izbjegava svoje dijete, stalno pere ruke, želi napraviti sterilne uvjete oko djeteta i ima osjećaj da će nanijeti štetu svom djetetu. Epidemiološka istraživanja (Kessler i suradnici, 1994) upućuju na visok stupanj komorbiditeta depresije i anksioznih poremećaja. Postpartalni anksiozni poremećaji povezani su s lošijim motoričkim razvojem djeteta, jer većinu vremena djeca provode sama, ne razvijaju privrženost s majkom i većinu vremena spavaju. Postpartalni anksiozni poremećaji često imaju simptome slične depresiji, pa se instrumenti koji se koriste u probiru depresije mogu koristiti i kod anksioznosti, jer ne postoji instrument koji dijagnosticira samo postpartalnu anksioznost(90). Instrumenti koji se koriste za identifikaciju anksioznosti su Zungova samo-rangirajuća ljestvica depresije (eng. Zung self-Rating Depression Scale, Zung SDS) i Beckov inventar anksioznosti (engl. Beck Anxiety Inventory). Liječenje treba biti multifaktorijalno, a kod težih simptoma treba uključiti farmakološku terapiju.

Američka udruga za poremećaje anksioznosti (eng. Anxiety Disorders Association of America) preporučuje korištenje interpersonalne i kognitivno-bihevioralne terapije u liječenju postpartalne anksioznosti(91). Kognitivno-bihevioralna terapija ima cilj promijeniti ženine obrasce razmišljanja i ponašanja(92), a traje od 12 do 16 tjedana. Dijalektna terapija koristi se kroz grupni ili individualni rad u kojem žena kombinira prihvaćanje i promjenu kako bi povećala svoje vještine nošenja s emocijama. Interpersonalna terapija suportivnog je oblika, inicijalno se fokusira na ženino iskustvo sa simptomima i nakon toga pomiče se na suportivni oporavak. Također, koristi se i terapija izlaganjem u kojoj se žena postupno izlaže određenom stresoru kako bi se tijekom vremena smanjila njena osjetljivost na njega.

1.4. DOJENJE

Dojenje podrazumijeva hranjenje djeteta na majčinim prsima majčinim mlijekom koje se izlučuje tijekom laktacije (proces stvaranja mlijeka u dojkama). Majčino mlijeko je najbolja hrana za novorođenče i ono treba biti izbor, a ne ponašanje koje je nametnuto majci(93). Količina i sastav majčina mlijeka mijenjaju se tijekom laktacije, osobito u prvom mjesecu života, kako bi se količinom i sastavom prilagodilo potrebama djeteta koje raste(94). Sastav mlijeka ovisi o trajanju trudnoće, o dobi djeteta, mijenja se tijekom dana i podoja, ovisi o prehrani majke. Prvo mlijeko koje se izlučuje nakon poroda nazivamo kolostrum, zatim prijelazno mlijeko pa zrelo mlijeko.

Kolostrum je mlijeko koje se stvara u prvim satima dojenja, gusto je i žućkasto, sadrži više bjelančevina, a manje masti i ugljikohidrata i zbog toga je lakše probavljivo za novorođenčad. Sadržaj bjelančevina odnosi se na „zaštitne bjelančevine“ (imunoglobuline i antitijela) stoga je glavna vrijednost kolostruma zaštita od infekcija. Također, pomaže u razvoju vlastitog imuniteta kod djeteta. Kolostrum je visokovrijedna namirnica čime je djetetova potreba za hranom zadovoljena i u najmanjim količinama (u prvim danima je dovoljno 2 do 20 mililitara po obroku).

Prijelazno mlijeko se izlučuje nakon kolostruma, između 4. i 14. dana dojenja. U prijelaznom mlijeku postupno raste količina masti i ugljikohidrata, kao i ukupna kalorijska vrijednost, a količina iznosi 500 ml tijekom 24 sata.

Zrelo mlijeko se počinje izlučivati nakon 3. tjedna života, kroz čitavo razdoblje laktacije. U odnosu na kolostrum, zrelo mlijeko ima više masti, ugljikohidrata, a manje bjelančevina. Važna karakteristika zrelog mlijeka je različit sastav na početku i na kraju podoja. U početku podoja dijete dobiva „prvo mlijeko“ koje je izgledom vodenasto i plavkaste boje. Prvo mlijeko sadrži više vode i ugljikohidrata i time zadovoljava djetetovu potrebu za tekućinom. Iz tog razloga djetetu na prsima ne treba davati vodu, čaj niti drugu tekućinu. Kako se podoj bliži kraju mlijeko postaje gušće, ima žutu boju, sadrži više masti i takvo mlijeko naziva se „zadnje mlijeko“. Kad dijete pojede više ovog masnog mlijeka, odnosno isprazni dojku, osjeća se zadovoljnije i sitije. Redovitim stavljanjem djeteta na prsa, dojka se potiče na stvaranje mlijeka u količini koja je potrebna za hranjenje u prvih 6 mjeseci djetetova života. Podoj mora trajati dovoljno dugo, kako bi dijete primilo zadnje mlijeko i dovoljno kalorija za rast. Majke često ističu kako im je mlijeko previše „vodeno“ ili preslabo

za vrijeme podoja i to je jedan od najčešćih razloga odustajanja od dojenja. U tim njihovim razmišljanjima treba ih razuvjeriti i reći da ne postoji „slabo majčino mlijeko“.

Pravilna prehrana majke tijekom razdoblja laktacije također utječe na stvaranje mlijeka. Prehrana treba biti raznolika, redovita i umjerena. Hranom je potrebno unositi sve hranjive sastojke, bjelančevine, minerale i vitamine. Preporučuje se unošenje oko 2 litre tekućine dnevno ili onoliko koliko je potrebno da se utaži žeđ. Majka uz svaki podoj treba popiti čašu mlijeka, soka ili vode. Dnevna količina stvorenog mlijeka iznosi 750 do 800 ml (najviše 1200 ml). Da bi se stvorila dovoljna količina mlijeka potrebno je uzeti 300 do 500 dodatnih kalorija tijekom dana. Za vrijeme dojenja treba izbjegavati uzimanje alkohola i kofeina, a ne preporučuje se ni pušenje. Pušenje će direktno reducirati količinu mlijeka, dok veći unos kofeina može izazvati razdražljivost kod djece. Stvaranje mlijeka može trajati i po nekoliko godina ako majka doji; više dojenja = više poticaja = više mlijeka.

1.4.1. Prednosti dojenja za dijete i majku

Osim nutritivnih važnosti majčina mlijeka, dojenje je poseban psihofizički stimulans za majku i dijete. Majka za vrijeme dojenja prenosi djetetu osjećaj topline, sigurnosti i zaštićenosti(95). Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) i UNICEF (*United Nations International Children's Fund*, danas: *United Nations Children's Fund*) daju smjernice(96), zdravstvenim ustanovama za osiguravanjem uvjeta i primjenu prirodne prehrane s ciljem osiguravanja zdravlja djeteta i majke(97). Znanstvenici iz cijelog svijeta podupiru i priključuju se nastojanjima ovih organizacija provođenjem velikih kliničkih i epidemioloških studija kojima su dokazali prednosti prehrane majčinim mlijekom za zdravlje djeteta i zdravlje majke. Dojenje je dobit za obitelj i društvo(98),(99).

Prednosti dojenja za dijete su(16):

- manja učestalost upala probavnog, mokraćnog, dišnog sustava,
- manja učestalost upala srednjeg uha,
- bolji odgovor organizma na cjepiva protiv difterije, tetanusa, hripavca, dječje paralize i na cjepivo koje štiti od upale bakterijom *Hemophilus influenzae*,
- manja sklonost prekomjernoj tjelesnoj težini u odrasloj dobi, bolestima srca i krvnih žila,
- manja učestalost alergijskih bolesti: astme i ekcema (kožnog osipa),

- manji rizik od šećerne bolesti ovisne o inzulinu,
- manji rizik od sindroma iznenadne dojenačke smrti (SIDS),
- pravilniji razvoj čeljusti i zuba,
- bolji neuromotorni, emocionalni i društveni razvoj,
- dojenje učvršćuje bliskost između majke i djeteta te im omogućuje da uče jedno o drugome,
- dojenjem majka svom djetetu daje osjećaj topline, sigurnosti i zaštićenosti.

Prednosti dojenja za majku su(16)

- dojenje pomaže ostvarivanju emocionalne veze između majke i djeteta,
- dojenjem se maternica brže vraća na veličinu prije trudnoće,
- dojenje pridonosi bržem gubitku suvišne tjelesne težine,
- dojenje smanjuje učestalost majčine slabokrvnosti (anemije),
- manja mogućnost trudnoće za vrijeme dojenja (laktacijska amenoreja),
- majke koje doje rjeđe obolijevaju od raka dojke i jajnika,
- manji rizik od osteoporoze (gubitka koštanog tkiva) u kasnijoj životnoj dobi.

Uspješno dojenje

Za uspješno dojenje majka se priprema prije i za vrijeme trudnoće, pri čemu je najvažnije stvaranje pozitivnog stava o dojenju. Značajnu ulogu ima okolina naklonjena dojenju, edukacija o dojenju putem raznih brošura i javne promidžbe te podrška obitelji i zdravstvenih djelatnika. U podršci majci prilikom dojenja posebno važnu ulogu ima otac, koji, ako je upoznat s prednostima dojenja i pokazuje pozitivan stav prema dojenju, može u znatnoj mjeri pomoći majci. Ginekolog koji vodi trudnoću, osim redovitog praćenja trudnoće, trebao bi trudnicu informirati o prednostima dojenja, informirati se o njezinoj motivaciji za dojenje, oblicima podrške u obitelji i zajednici te pridonijeti uspješnosti dojenja. Važnu ulogu imaju predbračni tečajevi i savjetovališta, tečajevi za trudnice, posjeti patronažera, skupine za potporu dojenju.

Rooming-in i važnost kontakta kožom na kožu („skin to skin“)

Rooming-in je 24-satni zajednički boravak majke i djeteta u istoj prostoriji(100), uz maksimalno jedan sat odvojenosti i to zbog medicinskih zahvata. Dijete koje je uz majku bolje spava, manje plače, rjeđe je uznemireno na dojci, lakše započinje dojenje i dojenje dulje traje. Majka i dijete za vrijeme trudnoće imaju ritam spavanja koji se prekida nakon poroda(97), a zajedničkim boravkom uspostavlja se međusobna povezanost. Jedan od ciljeva

koje ima *rooming-in* je rana uspostava dojenja. Kada majka i dijete borave u istoj prostoriji, ona će prije uočiti znakove djetetove gladi „dojenje na zahtjev“ što potiče brže stvaranje mlijeka, majka je opuštenija, psihički se bolje osjeća, podiže joj se samopouzdanje i nije zabrinuta za novorođenče(101).

Prvi kontakt između majke i djeteta traje barem jedan sat, dijete se u tada nalazi u stanju budnosti, proučava majčino lice, njen miris tijela, sluša njen glas i čuje otkucaje srca(102). Majčino tijelo pomaže održavanju topline djeteta(103) što je osobito važno za djecu male porođajne težine. Istraživanja su pokazala da rani kontakt kožom na kožu osim što potiče dojenje, utječe i na ritam spavanja i stanje budnosti, te stimulira motoriku i neurološko ponašanje novorođenčadi nakon poroda. Ovi pozitivni učinci uočeni su i kod prijevremeno rođene djece i kod terminske djece(104).

Kontakt kožom na kožu, zajednički boravak, hranjenje na zahtjev djeteta te zajedničko obiteljsko vrijeme nakon poroda, pospješuje refleks otpuštanja mlijeka i uspostavljanje ranije laktacije, a dijete se hrani po želji. Stalni kontakt majke i djeteta omogućava bolji psihomotorički, emotivni i socijalni razvoj djeteta.

Programi promicanja dojenja trebali bi uključivati navedene postupke koji dojenje stavljaju u prvi plan te kontinuirano podupirati, promicati i educirati o dojenju čitavu populaciju, a osobito majke tijekom antenatalnog i postnatalnog razdoblja. Postnatalno razdoblje treba iskoristiti za kontinuirano savjetovanje i potporu majkama koje doje kroz različite oblike aktivnosti u lokalnoj zajednici u koju trebaju biti uključeni ne samo zdravstveni djelatnici, nego i laici, majke s iskustvom u dojenju(105), majčin partner i majčina majka. SZO, UNICEF i Američka pedijatrijska akademija (AAP) se u svojim preporukama zalažu za isključivo dojenje do 6 mj. dojenačke dobi, a potom nastavak dojenja uz odgovarajuću dohranu krutim namirnicama najmanje do navršenih godinu dana(106), odnosno dvije godine(107), pa i duže, dok god to majka i dijete žele. Okolina, koja je naklonjena uspostavljanju kulture dojenja, pruža majci pomoć, daje savjete i pruža podršku tijekom dojenja. Patronažne sestre nezamjenjivi su dio tima u ostvarivanju naziva „Rodilište – prijatelj djece“(108) i obvezne su pohađati 20- satni tečaj o dojenju za zdravstvene djelatnike. Zdravstvene ustanove koje nose naziv „Rodilište – prijatelj djece“ moraju poštivati pisana pravila za uspješno dojenje.

Deset koraka prema uspješnom dojenju(109)

1. Imati ispisana pravila o dojenju kojima se rutinski koristi cjelokupno zdravstvo.
2. Poučiti zdravstveno osoblje vještinama potrebnim za primjenu tih pravila.
3. Obavijestiti sve trudnice o prednostima majčina mlijeka i o tome kako se doji.
4. Pomoći majkama da počnu dojiti već pola sata nakon djetetova rođenja.
5. Pokazati majkama kako se doji i kako će sačuvati izlučivanje mlijeka čak i ako su odvojene od svoje dojenčadi.
6. Ne davati dojenčadi nikakvu drugu hranu ili tekućinu, već samo majčino mlijeko, osim ako to nije medicinski opravdano.
7. Omogućiti majkama i djeci da budu zajedno 24 sata na dan (*rooming-in*).
8. Poticati majke da doje na traženje djeteta.
9. Ne davati dude i dude varalice djeci koju se doji.
10. Poticati osnivanje skupina za potporu dojenju (GPD) i uputiti majke na njih prilikom izlaska iz rodilišta ili bolnice.

Dojenje i kognitivni razvoj djeteta

Dojenje pospešuje kognitivni razvoj djelovanjem nekoliko mehanizama: prvo, djelovanjem optimalnog sastava majčina mlijeka, utjecaja pojedinih sastojaka koji stimuliraju razvoj mozga, a nema ih u drugim vrstama mlijeka; drugo, stvaranjem odgovarajuće povezanosti (engl. *bonding*) majke i djeteta tijekom čina dojenja; treće, stvaranjem drugačijeg obrasca ponašanja kod majki koje doje. Dužina dojenja je indikator interesa, vremena i energije koju majka želi uložiti u razvoj djeteta. Majke koje duže doje provode više vremena s djetetom ostvarujući interakciju koja pogoduje njegovom kognitivnom i intelektualnom razvoju,(110).

Dojenje i emocionalni razvoj

Dojenje pomaže u ostvarivanju emocionalne veze između majke i djeteta te povoljno utječe na psihičku stabilnost majke(111). Emocije su „prvi jezik“ ljudi i temelj za izgradnju odnosa s onima koji nas okružuju. Rođenjem djeteta započinje proces razvijanja emocionalne povezanosti između djeteta i majke, a nazivamo ju „emocionalna privrženost“ ili engl. *attachment*.

Dijete je po rođenju potpuno ovisno o njezi majke. Ono ima mnoštvo potreba, među kojima su dvije osnovne dječje potrebe, a to su: potreba za podražajima i potreba za kontaktom, dodir(93). Zadovoljavanje tih potreba jednako je važno kao i zadovoljavanje potrebe za hranom. Za razvoj djeteta nužan je tjelesni dodir (engl. *stroke*) ili pažnja. Pružajući djetetu

dovoljnu količinu pažnje, majka i dijete razvijaju emocionalan odnos koji osigurava preživljavanje i kasnije adekvatan razvoj djeteta. Zadovoljavanje djetetovih emocionalnih potreba u značajnoj će mjeri odrediti djetetov psihički razvoj i ponašanje. Od tih iskustava ovisit će u kojoj mjeri će dijete imati temeljno povjerenje u ljude oko sebe, kako će doživljavati svijet, vjerovati u sebe i druge ljude. Stoga je njihovo zadovoljavanje jednako važno kao i zadovoljavanje osnovnih potreba za preživljavanjem, kao što su hrana, toplina i higijena.

Najpoznatiji pokus u istraživanju uloge hranjenja na razvoj privrženosti izveo je Harry Harlow 1950-tih godina 20. stoljeća. Do tada je prevladavalo mišljenje da je djetetova privrženost majci vezana isključivo za hranjenje. Eksperiment je izveden na mladunčadi rhesus majmuna, koja su odmah nakon rođenja odvojena od svojih majki i odgajana u laboratoriju s dvije zamjenske majke. Obje su bile načinjene od drveta i metalne žice, ali je jedna bila prekrivena mekim frotirom, a na drugoj je bila hrana. Rezultati pokusa pokazali su da je mladunčad provodila daleko više vremena (18 h/dan) na "mekoj" majci. Istraživanjem je dokazano, da je važan čimbenik u razvoju privrženosti "udobnost dodira"(112).

Druga istraživanja su također pokazala da je fizičko zdravlje u kasnijoj dobi, ovisno o emocionalnoj sigurnosti koju pruža okruženje u najranijoj dobi. Uspostavljanje toplih i sigurnih emocionalnih veza u djetinjstvu smatra prevencijom različitih kasnijih nepoželjnih oblika ponašanja, delikvencije, raznih ovisnosti, nasilništva i otuđenosti.

S. Freud, kao utemeljitelj psihoanalitičkog pristupa, vjerovao je kako psihičko zdravlje i problemi ovise o najranijem razdoblju života, ističući kvalitetu djetetova odnosa s roditeljima.

E. Erikson, kroz psihosocijalnu teoriju, naglašava kako u svakom stadiju razvoja postoji psihološki konflikt, koji se može riješiti pozitivno ili negativno, a određuje ishod razvoja u tom stadiju.

Teorija biheviorizma naglašava važnost hranjenja i zadovoljavanja potreba djeteta. Dijete počinje preferirati majčine dodire, milovanja, osmijehe i nježnosti.

Prema etološkoj teoriji, koja je najviše prihvaćena, djetetova emocionalna povezanost s roditeljem, je ponašanje koje se razvilo tijekom evolucije i koje povećava mogućnost preživljavanja. Najznačajniji predstavnik ove teorije je John Bowlby(113), koji je vjerovao da dijete urođenim ponašanjem zadržava roditelja u blizini, kako bi bilo zaštićeno od opasnosti i pružilo mu podršku u istraživanju i ovladavanju okruženjem. Odnos djeteta s roditeljem počinje kao skup urođenih signala koji roditelja prizivaju u djetetovu blizinu. Tijekom vremena, razvija se istinska emocionalna povezanost kojoj doprinose djetetove nove kognitivne i emocionalne sposobnosti, te pozitivno iskustvo nježne i brižne skrbi(113).

Obrasci ranog poticanja djeteta su kod roditelja biološki utemeljeni, ali mogu biti narušeni uslijed različitih čimbenika poput psihosocijalne nezrelosti roditelja za roditeljstvo, mentalnih bolesti ili dugotrajne izloženosti stresu. Roditelji mogu zapasti u krizu, te prestaju biti optimalni poticatelji djetetova emocionalnog razvoja. Roditelji brinući o emocionalnom zdravlju djeteta uvijek trebaju brinuti i o okruženju u kojem djeca odrastaju, a to je obitelj(114). Način na koji roditelji odgovaraju djetetovim potrebama, imat će utjecaj na razvoj različitih procesa i vještina koje se usvajaju kasnije.

Hoće li dijete razviti kvalitetnu emocionalnu sigurnost, ovisi o mnoštvu čimbenika i različitim okolnostima, koje se tiču samog djeteta, njegova zdravlja i temperamenta. Lako odgojiva mala djeca s prirodno dobrim ritmom spavanja i hranjenja, smirena i zadovoljna, imaju više izgleda za dobru emocionalnu vezu s majkom. Djeca se razlikuju po plakanju jer neka djeca često i dugo plaču, dok su druga smirena i rijetko plaču. Neutješnu djecu teško je smiriti, dok se druga brzo smire. Dojenje je za djecu užitek od prvog trenutka, imaju ritam hranjenja i zadovoljna su, a druga teško uspostavljaju ritam hranjenja, ne prihvaćaju dojenje i nezadovoljna su. Djeca mogu biti preosjetljiva na podražaje iz okoline, a druga nemaju problema s prilagođavanjem na vanjske stimulacije.

Navedene okolnosti utječu na majku i njezinu kvalitetu majčinske brige. Mirno i zadovoljno dijete dobro napreduje, a majka izražava zadovoljstvo i bolje ga prihvaća. Dijete koje stalno plače, slabo spava, ne jede kako treba, razvija kod majke osjećaj nesretnosti, nesposobnosti, nekompetentnosti, iscrpljenosti i pomanjkanje samopouzdanja. Majka je najosjetljivija na potrebe djeteta, njezina senzibilnost i sposobnost prepoznavanja njegovih signala i njena sigurnost zadovoljavanja tih potreba podiže joj samopouzdanje. Majčino iskustvo, sposobnost i vještina njegovanja djeteta pomoći će u izgradnji međusobnih odnosa. Prisjećanje vlastitih pozitivnih iskustava iz djetinjstva, roditeljima će pomoći u izgrađivanju kvalitetnih odnosa sa vlastitom djecom.

Iznimno su važni međusobni odnosi majke i oca, te očevi osjećaji prema djetetu, koji u velikoj mjeri utječu na kvalitetu majčinske uloge. Očeva želja za djetetom također je vrlo važna. Dijete treba oba roditelja, te je očeva uloga u podizanju djece nezamjenjiva. Briga koju otac pokazuje prema djetetu snaži djetetovu sliku o sebi, samopoštovanje, utječe na moralni razvoj, te prilagodbu djeteta u kasnijim godinama. Djeca koja ne žive s ocem imaju niže samopoštovanje, slabije socijalne vještine i slabije samopouzdanje(115).

Odnos majke i djeteta ovisi o cjelokupnom obiteljskom kontekstu, o tome koliko se majka osjeća sigurnom, zbrinutom i zaštićenom u obitelji i društvu.

Važne su društvene okolnosti u kojima majka i dijete žive, pruža li društvo majci osjećaj sigurnosti, ima li mogućnost izbora i odlučivanja. Ako je majka u okolnostima koje su joj preteške, ona može imati odbijajuće ili agresivne osjećaje prema svom djetetu. U takvoj situaciji, majka treba razumijevanje, podršku i pomoć obitelji i stručnjaka.

Da bi se omogućio što kvalitetniji emocionalni razvoj, proteklih je godina pokrenuto niz akcija u organizaciji UNICEF-a:

- Program poticanja dojenja "10 koraka uspješnog dojenja"
- "Rodilište prijatelj djece"
- "Bolnica prijatelj djece"
- "Svako dijete treba roditelja"
- "Prve tri su najvažnije" (109)

U mnogim su bolnicama u našoj zemlji, u rodilištima i dječjim bolničkim odjelima, učinjeni pomaci u organizaciji zbrinjavanja djece od njihovih prvih dana, omogućivši prisutnost oca na porođaju i boravak roditelja uz bolesno dijete na bolničkim pedijatrijskim odjelima.

1.5. POSTPARTALNA DEPRESIJA I DOJENJE

Istraživanja su pokazala da je dojenje zaštitni čimbenik u slučaju postpartalnih promjena raspoloženja. Žene koje doje rjeđe razvijaju postpartalnu depresiju, što upućuje na to da neki hormonalni utjecaji koji su povezani s laktacijom mogu imati zaštitne učinke na mentalno zdravlje dojilje. Dojenje dovodi do otpuštanja hormona oksitocina koji izaziva stezanje maternice i odbacivanje lohija(116), što dovodi do smanjenja krvarenja i slabokrvnosti. Oksitocin također sprječava sazrijevanje jajnih stanica u ženinu tijelu. Dojenje potiče izlučivanje hormona koji utječu na opuštenost majke i smirenost te stvaranje privrženosti s djetetom(117).

Laktacija se povezuje s ublaženim odgovorima na stres, pogotovo s kortizolom, a laktogeni hormoni, oksitocin i prolaktin, povezuju se s antidepresivnim i anksiolitičkim efektom(118). Ova povezanost upućuje na to da dojenje može smanjiti depresivne simptome kod majki, međutim, empirijski rezultati su konfliktni. Istraživanja upućuju na to da broj djece koje je žena rodila može biti medijator u vezi između dojenja i odgovora na stres. Zbog toga što je smanjen odgovor na stres povezan sa smanjenim rizikom od depresije, broj rođene djece može također biti medijator u vezi između metode dojenja i depresivnih simptoma. Specifično, koristi od dojenja mogu se javiti kod žena koje su rodile veći broj djece, ali ne i

kod žena koje su rodile samo jedno dijete. PPP je teški oblik poremećaj mentalnog zdravlja, kod kojega žena nije u stanju održavati pažnju tijekom dojenja, pa se preporučuje da te majke ne doje svoju djecu.

Mnoge žene su, nakon dijagnoze postpartalnog poremećaja raspoloženja, vrlo zabrinute oko dojenja svoje djece zbog straha od reakcija na lijekove koji bi se mogli prenijeti kroz majčino mlijeko. Većina lijekova koji se koriste za liječenje psihijatrijskih postpartalnih poremećaja sigurni su tijekom trudnoće i često se propisuju. Žene bi trebale dobiti detaljne upute od svog liječnika o štetnosti lijekova za vrijeme dojenja i koliko se koji lijek izlučuje u mlijeku i prenosi na dijete(119).

Mnogi autori tvrde da su negativni efekti depresivne simptomatologije na dojenče puno teži nego nuspojave povezane s medicinskim liječenjem kada su odabrani sigurni lijekovi. Većina antidepressiva nije kontraindicirana za dojilje i izloženost dojenčeta kroz majčino mlijeko je malena, smatra se niskom ako manje od 10% lijeka dnevno dojenče unese u svoje tijelo(120), međutim treba voditi brigu o djetetovom rastu i razvoju tj. treba ga pratiti kako napreduje.

U studiji od 112 parova majki i beba, postpartalna depresija majke u prvoj godini nakon poroda bila je povezana s odgođenim psihomotoričkim razvojem djeteta u dobi od 15 mjeseci(121).

2. HIPOTEZE

H 1: Poremećaji u trudnoći imaju predispoziciju za razvoj postpartalnih poremećaja.

H 2: Poremećaji psihičkog stanja roditelja povezani su s duljinom dojenja i napredovanjem djeteta.

3. CILJ ISTRAŽIVANJA

Osnovni je cilj ovog istraživanja dobiti uvid u pojavnost poremećaja raspoloženja koji se javljaju u perinatalnom periodu te povezanost tih poremećaja s postpartalnim periodom i napredovanjem djeteta.

Specifični ciljevi:

- a) ispitati postoji li povezanost između psihičkih smetnji tijekom trudnoće i pojavnosti psihičkih simptoma poremećaja u postpartalnom periodu
- b) ispitati u kolikom postotku se pojavljuje anksioznost u postpartalnom periodu
- c) ispitati u kolikom postotku se pojavljuje depresija u postpartalnom periodu
- d) ispitati postoji li povezanost između pojavnosti psihičkih smetnji i duljine dojenja
- e) ispitati postoji li povezanost između pojavnosti psihičkih smetnji s napredovanjem djeteta

4. ISPITANICI I METODE

4.1. USTROJ STUDIJE

Istraživanje je bilo ustrojeno po principu prospektivne kohortne epidemiološke studije (122) te je provedeno u Domu zdravlja Đakovo (u ginekološkim ambulantama i kroz kućne posjete patronažnih sestara). Istraživanje je provedeno u razdoblju od ožujka 2015. do prosinca 2015. godine. Kohortna skupina žena reproduktivne dobi prospektivno je praćena te je njihovo psihičko stanje evaluirano u tri vremenske točke: u zadnjem trimestru trudnoće, u prvoj kućnoj posjeti po izlasku iz rodilišta te krajem trećeg mjeseca nakon poroda.

4.2. ISPITANICI

Ispitanice su odabrane slučajnim odabirom među trudnicama s područja Đakovštine, na način da je svaka druga trudnica koja se javila svome izabranom ginekologu i zadovoljavala kriterije istraživanja, bila informirana o istraživanju i ciljevima istraživanja te dala pisani pristanak za sudjelovanje u istom nakon čega je bila uključena u samo istraživanje.

Kriteriji za uključivanje ispitanica u istraživanje bili su: zdrava trudnica, trudnoća bez komplikacija i trudnice bez poremećaja raspoloženja tijekom prethodnih trudnoća.

Kriterij za isključivanje ispitanica iz istraživanja bili su: poremećaji raspoloženja u prethodnim trudnoćama i nakon poroda, korištenje benzodiazepina, komplikacije u trudnoći, preeklampsije, eklampsije, gestacijski dijabetes.

Vremenske točke u kojima je evaluirano psihičko stanje ispitanica bile su: treći trimestar trudnoće, razdoblje sedam do deset dana nakon poroda i razdoblje krajem trećeg mjeseca nakon poroda.

Ispitanicama je pri svakom djelu istraživanja zajamčena anonimnost. Dobiveni su rezultati uneseni u računalo te statistički obrađeni.

Za uočavanje srednjeg efekta u razlici numeričkih varijabli između tri skupine ispitanica (sukladno vremenskoj točki u kojoj je evaluirano njihovo psihičko stanje), uz razinu značajnosti od 0.05 i snagu 0.8, minimalna potrebna veličina uzorka je 159 ispitanica (izračun napravljen pomoću programa G*Power inačica 3.1.2, Franz Faul, Sveučilište u Kielu, Njemačka) koje su prospektivno praćene te je njihovo psihičko stanje evaluirano u tri vremenske točke.

4.3. METODE I STATISTIČKA OBRADA PODATAKA

Nakon dobivene suglasnosti Etičkog povjerenstva za istraživanja Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku, Medicinskog fakulteta u Osijeku i Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Đakovo, prikupljeni su podaci. Prikupljeni podaci korišteni u svrhu ovog istraživanja ni na koji način nisu narušili privatnost ispitanica.

Prva razina istraživanja bila je prikupljanje podataka iz ginekoloških ambulanti o zdravim trudnicama u zadnjem trimestru trudnoće.

Druga razina istraživanja bila je provođenje istraživanja na ispitanicama korištenjem upitnika o sociodemografskim podacima i instrumenata za procjenu depresije i anksioznosti.

Upitnik o sociodemografskim podacima prilagođeni trudnicama sastoji se od 23 pitanja (spol, dob, bračno stanje, radni odnos, obrazovanje, koji porod po redu, prijašnje trudnoće, sadašnja trudnoća, osobne navike).

Upitnik o sociodemografskim podacima prilagođeni babinjačama sastoji se od 11 pitanja o općim obilježjima (način poroda, odluka o dojenju, duljina dojenja djeteta, poduka o dojenju, podrška u dojenju i 5 pitanja za patronažnu sestru o procjeni dojenja i napredovanju djeteta (s koliko dana je posjet, doji li majka ili ne, procjena dojenja, procjena razvoja djeteta, vaganje, mjerenje dužine djeteta).

Instrumenti koji su korišteni u istraživanju u širokoj su svakodnevnoj uporabi u epidemiološkim psihijatrijskim istraživanjima:

1. Edinburška skala perinatalne depresije (eng. Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)(65), vrijedno je i učinkovito sredstvo za identifikaciju žena kod kojih postoji rizik za "perinatalnu" depresiju bilo kada tijekom trudnoće ili u prvoj godini nakon poroda. Upitnik je strukturiran od 10 pitanja. Svaka čestica je lista od četiri izjave poredane po težini određenog simptoma. Ispitanicama je objašnjeno da od četiri tvrdnje odaberu jednu koja najbolje opisuje kako se osjećaju u proteklih sedam dana, a ne samo danas. Pitanja 1, 2 i 4 (bez *): boduje se 0, 1, 2 ili 3 za svaki odgovor, s tim da odgovor pod a. iznosi 0 bodova, a odgovor pod d. iznosi 3. boda. Pitanja 3, 5, 6, 7, 8, 9 i 10 (označena sa *): boduje se obrnuto. Bodovi 0, 1, 2 ili 3 za svaki odgovor, s tim da odgovor pod a. iznosi 3 boda, a odgovor pod d. iznosi 0 bodova.

Maksimalni broj bodova je 30. Rezultat od 10 ili više bodova upućuje na mogući depresivni poremećaj.

2. Beckov inventar depresije – II (eng. Beck Depression Inventory, BDI-II)(59), najčešće je korišten instrument za utvrđivanje depresije, a sadržaj čestica je usklađen s kriterijima za

dijagnozu DSM-IV priručnika za dijagnozu depresivnog poremećaja. Beckov inventar depresije – II sastoji se od 21 čestice. Svaka čestica je lista od četiri izjave poredane po težini određenog simptoma depresije. Ispitanicama je objašnjeno da od četiri tvrdnje odaberu jednu koja najbolje opisuje kako se osjećaju u protekla dva tjedna. Ukupan broj bodova iznosi 63, a s obzirom na broj bodova moguće su četiri skupine:

- a) bez simptoma – broj bodova 0-13
- b) blaga depresija – broj bodova 14-19
- c) umjerena depresija – broj bodova 20-28
- d) teška depresija – broj bodova 29-63.

3. Beckov inventar anksioznosti (eng. Beck Anxiety Inventory, BAI)(60), postavljen kao inventar s 21 česticom. Svaka čestica je lista od četiri izjave poredane po težini određenog simptoma anksioznosti. Ispitanicama je objašnjeno da pažljivo pročitaju svaku navedenu tvrdnju i označe koliko ih je mučio taj simptom anksioznosti prošlog mjeseca, uključujući i dan ispunjavanja.

Ukupan broj bodova iznosi 63, a s obzirom na broj bodova moguće su četiri skupine:

- a) minimalna razina tjeskobe – broj bodova 0 -7,
- b) blaga razina tjeskoba – broj bodova 8 - 15,
- c) umjerena razina tjeskobe – broj bodova od 16 - 25,
- d) teška razina tjeskobe - broj bodova od 26 - 63.

4. Kratka psihijatrijska ljestvica ocjenjivanja (eng. Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)(123) instrument je široke primjene za procjenu pozitivnih, negativnih i afektivnih simptoma osoba koji imaju psihotične poremećaje, posebno shizofreniju.

Dokazana je osobita vrijednost za dokumentiranje učinkovitosti liječenja bolesnika koji imaju umjerene do teške mentalne bolesti. U obzir se uzima ponašanje pacijenta u posljednja 2-3 dana, a o tome nas može obavijestiti i pacijentova obitelj. Skala se sastoji od 18 simptomatskih čestica. Ocjene su u rasponu od 1 (ne postoji) do 7 (iznimno ozbiljno). 0 se upisuje za simptom koji nije procijenjen.

BPRS je ljestvica je prvi put objavljena 1963. godine kao konstrukt od 16 čestica, a objavili su je liječnici John Overall i Donald Gorham. Autori su revidirali skalu 1988. godine i dodali još dvije čestice, što je rezultiralo skalom od 18 čestica koja ima široku primjenu danas, a koja služi procjeni učinkovitosti liječenja.

Treća razina istraživanja je usporedba podataka o pojavi psihičkih poremećaja u trudnoći i nakon poroda te usporedba s duljinom dojenja i napredovanjem djeteta.

4.3.1. Statistička obrada podataka

U radu su testirani rezultati istraživanja koji su prikupljeni na kohortnoj skupini žena koje su longitudinalno prećene te je njihovo psihićko stanje evaluirano u tri vremenske toćke: u zadnjem trimestru trudnoće, u prvoj kućnoj posjeti po izlasku iz rodilišta te krajem trećeg mjeseca nakon poroda.

Raspodjela rezultata na korištenim skalama te prisutnost promotrenih obilježja prikazana je apsolutnim i relativnim frekvencijama. Izgled distribucija, odnosno odstupanje od normalne distribucije, testiran je Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilkov testom. Pouzdanost unutarnje konzistencije korištenih skala iskazana je Cronbach Alpha koeficijentom. Međugrupne razlike u promatranim obilježjima testirane su odgovarajućim parametrijskim testom (t-test), a povezanost je promatrana Spearmanovim koeficijentom korelacije (r_s). Razina znaćajnosti postavljena je na 0,05. Za statistićku analizu korišten je statistićki program SPSS (inaćica 16.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

5. REZULTATI

Istraživanje je provedeno u tri vremenske točke. Od 209 ispitanica u prvoj vremenskoj točki, tijekom trudnoće, 194 roditelje, odnosno 92,8% od početnog broja, sudjelovalo je u ispitivanju u drugoj vremenskoj točki, neposredno nakon poroda. Njih 160, odnosno 76,5% od početnog broja sudjelovalo je u trećoj vremenskoj točki, odnosno tri mjeseca nakon poroda. Ispitanice su bile u dobi između 18 i 46 godina, a prosječna dob je $M=28,04$ godina ($SD=5,18$). Gotovo sve roditelje bile su u braku (96,7%). Nešto više od polovice (53,1%) živjele su u užoj obitelji (sa suprugom, djetetom/djecom), 20,1% sa suprugom i 23,9% u široj obitelji (sa suprugom, djetetom/djecom i roditeljima). Manji postotak roditelja (1,9%) živjele su same ili u ostalim oblicima suživota (1%). Otprilike trećina ispitanih roditelja živjela je u mjestu manjem od 1.000 stanovnika (34,5%), a isti postotak živjelo je u mjestu s brojem stanovnika od 10.001 do 50.000 (34,5%). Nešto manje živjelo je u mjestu s brojem stanovnika od 1.001 do 10.000 stanovnika (29,6%) dok u mjestu s više od 50.000 stanovnika živjelo je 1,5% ispitanica. Najveći broj roditelja završilo je srednju školu (67,5%). Brojem su dominirale i roditelje sa završenim fakultetom ili višom razinom obrazovanja (17,2%), dok ih je oko 5% završilo višu školu. Nešto manje od (9,1%), roditelja imalo je samo osnovnu školu, a 1% ispitanica nije završilo ni osnovnu školu.

Prije osvrta na odnos promatranih obilježja psihičkog stanja ispitanica operacionaliziranih (definiranih) skalama i indikatora duljine dojenja i napredovanja djeteta, prikazane su frekvencije odgovora na svim korištenim skalama i frekvencije prisutnosti pojedinih indikatora.

Kako je ranije navedeno, obilježja psihičkih stanja bila su mjerena u tri vremenske točke te je njihov odnos s pokazateljima duljine dojenja i napredovanjem djeteta promatran u sve tri vremenske točke. Međutim, ukupan rezultat na skalama psihičkih obilježja (u sljedećim prikazima) zbirni je rezultat u dvije točke mjerenja, tijekom trudnoće i nakon poroda. Razlog tome je pouzdanost koju pruža više točaka mjerenja, a istovremeno izostavljanje treće točke mjerenja iz zbirnog rezultata smatra se korisnim zbog osipanja (manjeg broja) ispitanica i tako potencijalno veće opasnosti neidentificiranja određenog broja ispitanica s povišenim rezultatom na bilo kojoj od korištenih skala. Raspodjela rezultata na svim skalama psihičkih obilježja odstupa od normalne distribucije (Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk test) što je i očekivano s obzirom na prirodu/svrhu skala. Ovakav zbirni rezultat koristio se samo pri promatranju raspodjele, odnosno promatranju frekvencija. U odnosu s indikatorima dojenja i

napretka korišten je rezultat na skalama psihičkih obilježja u svim promatranim vremenskim točkama.

U Tablici 1. vidljive su frekvencije pojedinih rezultata na Edinburškoj skali perinatalne depresije (u dvije točke mjerenja – tijekom trudnoće i nakon poroda). Znano nam je kako rezultat 10 i više na skali predstavlja rizik za pojavnost perinatalne depresije. Može se stoga primijetiti da kod gotovo 85% ispitanica taj rizik nije izražen (rezultat <10). Drugim riječima, rizik za pojavu perinatalne depresije (rezultat ≥ 10) prisutan je kod nešto više od 15% ispitanica.

Tablica 1. Frekvencije rezultata na EPDS skali

Rezultat	Frekvencije (f)	Postotak (%)	Kumulativni postotak (%c)
0	22	11,6	11,6
0,5	7	3,7	15,3
1	11	5,8	21,1
1,5	4	2,1	23,2
2	10	5,3	28,4
2,5	7	3,7	32,1
3	7	3,7	35,8
3,5	11	5,8	41,6
4	9	4,7	46,3
4,5	7	3,7	50,0
5	1	,5	50,5
5,5	8	4,2	54,7
6	12	6,3	61,1
6,5	2	1,1	62,1
7	8	4,2	66,3
7,5	12	6,3	72,6
8	9	4,7	77,4
8,5	5	2,6	80,0
9	4	2,1	82,1
9,5	5	2,6	84,7
10	3	1,6	86,3
10,5	5	2,6	88,9
11	2	1,1	90,0
12	2	1,1	91,1
12,5	2	1,1	92,1
13	6	3,2	95,3
13,5	1	,5	95,8
14	1	,5	96,3

15	2	1,1	97,4
16	1	,5	97,9
18	1	,5	98,4
18,5	1	,5	98,9
19,5	1	,5	99,5

S obzirom da skala podrazumijeva i identifikaciju snažnije izraženog rizika od perinatalne depresije, rezultatom 13 i više, korisno je sažeto prikazati i kategorizirati ove tri kategorije ispitanica temeljem njihovih rezultata. U Tablici 2. vidljivo je da kod 15,3% trudnica s izraženim rizikom nešto više od polovice ima snažno izražen rizik za perinatalnu depresiju 7,7%.

Tablica 2. Kategorije trudnica/rodilja s obzirom na stupanj rizičnosti za razvoj perinatalne depresije (EPDS)

	Frekvencije (f)	Postotak (%)
Nizak rizik (0-9)	156	85,7
Blag rizik (10-12)	12	6,6
Izražen rizik (13-20)	14	7,7

Rezultati na Beckovim inventarima depresivnosti (BDI) i anksioznosti (BAI) te sažeti prikazi kategorija rezultata prikazani su u sljedećim tablicama.

Tablica 3. Frekvencije rezultata na Beckovom inventaru depresivnosti

Rezultat	Frekvencije (f)	Postotak (%)	Kumulativni postotak (%c)
0	28	15,1	15,1
0,5	8	4,3	19,4
1	14	7,5	26,9
1,5	13	7,0	33,9
2	13	7,0	40,9
2,5	9	4,8	45,7
3	11	5,9	51,6
3,5	9	4,8	56,5
4	15	8,1	64,5
4,5	7	3,8	68,3

5	9	4,8	73,1
5,5	4	2,2	75,3
6	8	4,3	79,6
6,5	3	1,6	81,2
7	2	1,1	82,3
7,5	4	2,2	84,4
8	4	2,2	86,6
8,5	5	2,7	89,2
9	3	1,6	90,9
9,5	2	1,1	91,9
10	4	2,2	94,1
10,5	2	1,1	95,2
12,5	1	0,5	95,7
13	3	1,6	97,3
15,5	1	0,5	97,8
17,5	1	0,5	98,4
18,5	1	0,5	98,9
19	1	0,5	99,5
23	1	0,5	100,0
Total	186	100,0	

Pozitivno asimetrična raspodjela rezultata, odnosno dominantnost nižih rezultata na skali BDI izrazito je vidljiva te je 94,1% ispitanica s rezultatom 10 i niže (Tablica 4).

Tablica 4. Kategorije trudnica/rodilja s obzirom na stupanj prisutnosti depresije

	Frekvencije (f)	Postotak (%)
Odsustvo depresije (0-10)	175	94,1
Blage smetnje raspoloženja (11-16)	7	3,8
Granična klinička depresija (17-20)	3	2,2
Umjerena depresija (21-30)	1	0,5

Beckov inventar depresivnosti (BDI) sugerira da takav rezultat ukazuje na normalne promjene raspoloženja (oscilacije). Nešto viši rezultat (od 11 do 16) na skali podrazumijeva blage smetnje raspoloženja, a rezultati istraživanja ukazuju na nešto manje od 4% sudionica u ovoj kategoriji (3,8%). Manji postotak, oko 2,2%, čine trudnice/rodilje s graničnom kliničkom depresijom i samo je jedna ispitanica s umjerenom izraženom depresijom (0,5%).

Rezultati na Beckovom inventaru anksioznosti (BAI) također su dominantno niži (Tablica 5, Tablica 6), međutim, nešto veći postotak ispitanica pokazuje manju ili veću izraženost ovog obilježja (što je očekivano s obzirom na prirodu samog obilježja i skale).

Tablica 5. Frekvencije rezultata na Beckovom inventaru anksioznosti

Rezultat	Frekvencije (f)	Postotak (%)	Kumulativni postotak (%c)
0	24	12,6	12,6
0,5	9	4,7	17,4
1	13	6,8	24,2
1,5	6	3,2	27,4
2	13	6,8	34,2
2,5	6	3,2	37,4
3	6	3,2	40,5
3,5	12	6,3	46,8
4	14	7,4	54,2
4,5	7	3,7	57,9
5	3	1,6	59,5
5,5	6	3,2	62,6
6	4	2,1	64,7
6,5	6	3,2	67,9
7	5	2,6	70,5
7,5	7	3,7	74,2
8	3	1,6	75,8
8,5	5	2,6	78,4
9	4	2,1	80,5
9,5	1	0,5	81,1
10	5	2,6	83,7
10,5	1	0,5	84,2
11,5	3	1,6	85,8
12	1	0,5	86,3
12,5	4	2,1	88,4
13,5	2	1,1	89,5
14	1	0,5	90,0
14,5	1	0,5	90,5
15	2	1,1	91,6
15,5	1	0,5	92,1
16	2	1,1	93,2
17,5	2	1,1	94,2
18,5	1	0,5	94,7
19	1	0,5	95,3
19,5	2	1,1	96,3
22,5	1	0,5	96,8

23	1	0,5	97,4
23,5	1	0,5	97,9
24,5	1	0,5	98,4
25,5	1	0,5	98,9
27	1	0,5	99,5
39,5	1	0,5	100,0

Takva raspodjela vidljiva je i iz raspodjele po kategorijama izraženosti anksioznosti koje sugerira Beckov inventar anksioznosti (Tablica 6).

Tablica 6. Kategorija trudnica/rodilja s obzirom na stupanj prisutnosti anksioznosti

	Frekvencije (f)	Postotak (%)
Minimalna razina anksioznosti (0-7)	134	74,0
Blaga anksioznost (8-15)	33	18,2
Umjerena anksioznost (16-25)	12	6,6
Snažno izražena anksioznost (26-63)	2	1,1

Oko tri četvrtine ispitanica 134 (74%) pokazuje minimalnu razinu anksioznosti. 33 (18,2%) ispitanice je s blago izraženom anksioznošću, 12 (6,6%) s umjerenom anksioznošću, a dvije ispitanice (1,1%) pokazuju snažno izraženu anksioznost.

Konačno, kada je u pitanju raspodjela rezultata na korištenim skalama, rezultati na KPSO ukazuju na dominantnu odsutnost simptoma.

Tablica 7. Frekvencije rezultata na Kratkoj psihijatrijskoj skali ocjenjivanja

Rezultat	Frekvencije (f)	Postotak (%)	Kumulativni postotak (%c)
9	1	0,5	0,5
18	89	45,9	46,4
18,5	26	13,4	59,8
19	27	13,9	73,7
19,5	15	7,7	81,4
20	9	4,6	86,1
20,5	4	2,1	88,1
21	4	2,1	90,2
21,5	4	2,1	92,3
22	2	1,0	93,3
23	4	2,1	95,4

24	1	0,5	95,9
24,5	1	0,5	96,4
26,5	2	1,0	97,4
27	1	0,5	97,9
31,5	1	0,5	98,5
34,5	1	0,5	99,0
36	1	0,5	99,5
42,5	1	0,5	100,0

U nedostatku sugestija vezanih uz ukupan rezultat na kratkoj psihijatrijskoj skali, za identifikaciju ispitanica s povišenim rezultatom korisno je osvrnuti se na one koji su iznad dvije standardne devijacije. U slučaju rezultata ovog istraživanja, to bi bile ispitanice s rezultatom većim od 25 bodova. Vidljivo je da je 7 ispitanica odnosno 3,6% s takvim rezultatom.

U sljedećim tablicama prikazani su indikatori dojenja i napretka djeteta. Indikatori dojenja su trajanje dojenja prethodno rođene djece i sama prisutnost dojenja nakon poroda (druga točka mjerenja) i krajem trećeg mjeseca nakon poroda (treća točka mjerenja). Trajanje dojenja prethodno rođene djece prikazano je za prvo, drugo i treće dijete, s obzirom da je mali broj ispitanica s četvero i više djece, a prikazano je u obliku frekvencija pojedinih dana, mjera središnje tendencije i raspršenja. Kako bi se promotriilo napredovanje djeteta, promotrena je tjelesna težina, tjelesna dužina i opseg glavice djeteta te se promjena u njima od poroda do tri mjeseca nakon poroda smatra indikatorima napretka.

Razmotre li se frekvencije (učestalost) pojedinih dana koji ukazuju na trajanje dojenja, vidljivo je da su ispitanice heterogene glede trajanja dojenja, odnosno da je prisutan izrazit varijabilitet (izrazito velika standardna devijacija) (Tablica 8, Tablica 9).

Tablica 8. Frekvencije trajanja dojenja prvog, drugog i trećeg djeteta u danima

Trajanje dojenja prvog djeteta				Trajanje dojenja drugog djeteta				Trajanje dojenja trećeg djeteta			
Dani	f	%	%fc	Dani	f	%	%fc	Dani	f	%	%fc
0	6	3,2	3,2	0	2	1,6	1,6	0	1	2,1	2,1
4	4	2,2	5,4	4	1	0,8	2,3	5	2	4,2	6,3
5	4	2,2	7,5	5	1	0,8	3,1	6	1	2,1	8,3
6	3	1,6	9,1	6	1	0,8	3,9	7	20	41,7	50,0
7	26	14,0	23,1	7	49	38,0	41,9	10	7	14,6	64,6
10	17	9,1	32,3	8	2	1,6	43,4	12	1	2,1	66,7
11	2	1,1	33,3	9	1	0,8	44,2	14	1	2,1	68,8
12	2	1,1	34,4	10	16	12,4	56,6	15	1	2,1	70,8
13	1	0,5	34,9	11	2	1,6	58,1	30	2	4,2	75,0
14	2	1,1	36,0	12	1	0,8	58,9	33	1	2,1	77,1
15	1	,5	36,6	14	3	2,3	61,2	60	1	2,1	79,2
18	1	0,5	37,1	15	2	1,6	62,8	90	1	2,1	81,3
20	3	1,6	38,7	16	1	0,8	63,6	120	1	2,1	83,3
23	2	1,1	39,8	25	1	0,8	64,3	150	1	2,1	85,4
30	14	7,5	47,3	30	8	6,2	70,5	180	1	2,1	87,5
45	2	1,1	48,4	60	4	3,1	73,6	365	1	2,1	89,6
50	1	0,5	48,9	70	1	0,8	74,4	370	1	2,1	91,7
60	18	9,7	58,6	80	1	0,8	75,2	420	1	2,1	93,8
70	1	0,5	59,1	90	5	3,9	79,1	700	2	4,2	97,9
75	2	1,1	60,2	120	4	3,1	82,2	900	1	2,1	100,0
90	10	5,4	65,6	150	1	0,8	82,9				
100	1	0,5	66,1	165	1	0,8	83,7				
105	1	0,5	66,7	180	5	3,9	87,6				
120	7	3,8	70,4	210	2	1,6	89,1				
150	3	1,6	72,0	240	3	2,3	91,5				
180	8	4,3	76,3	270	1	0,8	92,2				
210	3	1,6	78,0	300	2	1,6	93,8				
240	7	3,8	81,7	330	1	0,8	94,6				
270	2	1,1	82,8	365	2	1,6	96,1				
300	7	3,8	86,6	400	1	0,8	96,9				
330	3	1,6	88,2	420	1	0,8	97,7				
365	5	2,7	90,9	500	1	0,8	98,4				
380	1	0,5	91,4	600	1	0,8	99,2				
390	1	0,5	91,9	720	1	0,8	100,0				
400	5	2,7	94,6								
450	2	1,1	95,7								

480	1	0,5	96,2
485	1	0,5	96,8
550	1	0,5	97,3
570	1	0,5	97,8
600	1	0,5	98,4
610	1	0,5	98,9
700	1	0,5	99,5
720	1	0,5	100, 0

Trajanje dojenja kreće se od svega nekoliko dana ili od odsustva dojenja pa sve do dvije godine kontinuiranog dojenja. Ipak, određeno trajanje dominira u sve tri točke mjerenja, na što nam ukazuje dominantna vrijednost (Tablica 9). Čini se tako da veliki postotak trudnica doji djecu 7 do 10 dana.

Tablica 9. Pokazatelji središnje tendencije i varijabiliteta trajanja dojenja prvog, drugog i trećeg djeteta

	N	Aritmetička sredina	Standard na devijacija	Medijan	Dominantna vrijednost
Trajanje dojenja prvog djeteta	186	120,84	156,994	60,00	7
Trajanje dojenja drugog djeteta	129	71,12	126,578	10,00	7
Trajanje dojenja trećeg djeteta	48	91,98	201,940	8,50	7

Kada je u pitanju novorođeno dijete, u (Tablici 10) prikazan je broj majki koje doje ili ne doje dijete nakon poroda i krajem trećeg mjeseca nakon poroda. Neposredno nakon poroda doji gotovo 90% trudnica (N=173, 89,2%), međutim, krajem trećeg mjeseca nakon rođenja postotak se smanjuje na nešto više od 60% (N=100, 62,5%).

Tablica 10. Frekvencije majki koje doje i ne doje dijete nakon poroda i krajem trećeg mjeseca nakon poroda

	Nakon poroda		Tri mjeseca nakon poroda	
	N	%	N	%
Majka doji dijete	173	89,2	100	62,5
Majka ne doji dijete	21	10,8	60	37,5

Spomenuta tjelesna obilježja odnosno indikatori napretka djeteta, tjelesna težina, tjelesna dužina i opseg glavice (Tablica 11).

Tablica 11. Tjelesna obilježja djeteta nakon poroda i krajem trećeg mjeseca nakon poroda

	N	Nakon poroda			Krajem trećeg mjeseca nakon poroda		
		Tjelesna težina	Dužina	Opseg glavice	Tjelesna težina	Dužina	Opseg glavice
		194	194	179	159	159	159
Aritmetička sredina		3450,75	50,31	34,77	6107,11	61,52	39,36
Standardna devijacija		482,53	2,07	1,40	766,76	3,87	1,79
Medijan		3405,00	50,00	35,00	6100,00	62,00	39,00
Dominantna vrijednost		3350	51	34	**	62	40
Minimum		1770	41	30	4350	40	35
Maksimum		4660	57	38	7950	71	47

** dominantna vrijednosti

Promotre li se mjere središnje tendencije (aritmetička sredina, medijan i dominantna vrijednost) moguće je uočiti da su vrijednosti ovih tjelesnih obilježja približne u obje točke mjerenja. Time je moguće zaključiti da je težina djece nakon poroda u prosjeku 3405 grama, dužina oko 50 centimetara te opseg glavice oko 35 centimetara. Krajem trećeg mjeseca nakon rođenja težina djece je u prosjeku nešto veća od 6100 grama, dužina oko 62 centimetra, a opseg glavice oko 40 cm.

Da bi se postigli ciljevi istraživanja, statističkim postupcima dovedeni su u odnos ispitana psihička stanja roditelja i promotreni pokazatelja dojenja i napretka novorođenog djeteta. Prije promatranja navedenog odnosa provjerena je pouzdanost korištenih skala (Tablica 12).

Tablica 12. Prikaza koeficijenti (Cronbachov α) pouzdanost unutarnje konzistencije korištenih skala EPDS, BDI, BAI, u sve tri točke

Skale	Cronbachov alpha (α)		
	Trudnoća	Nakon poroda	Krajem trećeg mjeseca nakon poroda
Edinburška skala perinatalne depresije	,837	,853	,784
Beckov inventar depresivnosti	,799	,819	,812
Beckov inventar anksioznosti	,887	,915	,917
Kratka psihijatrijska skala	,895	,869	,898

Vidljivo je da se pouzdanost mahom kreće između 0,8 do 0,92 što ukazuje na izrazito visoku pouzdanost. Zanimljivo niža od navedenog intervala je pouzdanost EPDS korištene krajem trećeg mjeseca nakon poroda no pouzdanost ove skale i dalje je zadovoljavajuće visoka.

Kako bismo provjerili u kakvom su odnosu psihičko stanje roditelja i duljina dojenja prethodno rođenog prvog, drugog i trećeg djeteta izračunati su koeficijenti korelacije između trajanja dojenja i promotrenih aspekata psihičkog stanja. S obzirom na odstupanja od normalne distribucije, a ponajprije na različit oblik raspodjela trajanja dojenja i psihičkih stanja, povezanost je testirana Spearmanovim koeficijentom korelacije. Rezultati ispitivanja korelacije perinatalne depresije (EPDS) u tri točke mjerenja i trajanja dojenja prvog, drugog i trećeg djeteta (Tablica 13).

Tablica 13. Povezanost perinatalne depresije u tri vremenske točke i trajanja dojenja prvog, drugog i trećeg djeteta

		Perinatalna depresija – trudnoća	Perinatalna depresija – nakon poroda	Perinatalna depresija – krajem trećeg mjeseca nakon poroda
Trajanje dojenja prvog djeteta (dani)	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	-,036	,002	,048
	Značajnost (p)	,628	,977	,560
	N	185	183	151
Trajanje dojenja drugog djeteta (dani)	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	-,068	-,092	,084
	Značajnost (p)	,447	,303	,404
	N	128	127	102
Trajanje dojenja trećeg djeteta (dani)	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	-,168	-,267	-,218
	Značajnost (p)	,253	,069	,188
	N	48	47	38

Može se primijetiti da svi dobiveni koeficijenti korelacije nisu statistički značajni ($p > 0,05$). Drugim riječima, perinatalna depresija, odnosno rizik za razvoj perinatalne depresije tijekom trudnoće, neposredno nakon rođenja i krajem trećeg mjeseca nakon rođenja ne ovisi o trajanju dojenja prethodno rođene djece ($p > 0,05$).

Promotri li se odnos depresije mjerene Beckovim inventarom depresije (Tablica 14), primjećuje se statistički značajna korelacija depresije roditelja nakon poroda i trajanja dojenja trećeg djeteta.

Tablica 14. Povezanost Beckov inventar depresivnog poremećaja u tri vremenske točke i trajanja dojenja prvog, drugog i trećeg djeteta

		Depresivnost - trudnoća	Depresivnost - nakon poroda	Depresivnost- krajem trećeg mjeseca nakon poroda
Trajanje dojenja prvog djeteta (dani)	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	-,028	-,102	,073
	Značajnost (p)	,707	,174	,371
	N	184	180	151
Trajanje dojenja drugog djeteta (dani)	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	,083	-,042	,158
	Značajnost (p)	,354	,644	,113
	N	127	126	102
Trajanje dojenja trećeg djeteta (dani)	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	-,219	-,327*	-,230
	Značajnost (p)	,144	,029	,165
	N	46	45	38

Dobivena negativna korelacija ($r_s = -0,327$) ukazuje da je u prosjeku niža depresivnost majki nakon poroda koje su dulje dojile svoje treće dijete; odnosno majke koje doje dulje treće dijete u prosjeku imaju nižu depresivnost nakon poroda. Ostali koeficijenti korelacije statistički nisu značajni što ukazuje na neovisnost ovog psihičkog stanja o trajanju dojenja prethodno rođene djece kako u svim drugim točkama mjerenja tako i u drugoj točki mjerenja izuzev kada je u pitanju dojenje trećeg djeteta ($p > 0,05$).

Odnos anksioznosti tijekom trudnoće, neposredno nakon poroda i krajem trećeg mjeseca nakon poroda s trajanjem dojenja djeteta (Tablica 15).

Tablica 15. Povezanost Beckov inventar anksioznosti u tri vremenske točke i trajanja dojenja prvog, drugog i trećeg djeteta

		Anksioznost - trudnoća	Anksioznost - nakon poroda	Anksioznost – krajem trećeg mjeseca nakon poroda
Trajanje dojenja prvog djeteta (dani)	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	,033	-,047	,165
	Značajnost (p)	,652	,523	,053
	N	185	183	151
Trajanje dojenja drugog djeteta (dani)	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	-,002	-,107	-,026
	Značajnost (p)	,984	,232	,798
	N	128	127	102
Trajanje dojenja trećeg djeteta (dani)	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	-,230	-,430**	-,068
	Značajnost (p)	,120	,003	,685
	N	47	47	38

Kao i u slučaju depresivnosti, anksioznost nakon poroda statistički je značajno negativno povezana s trajanjem dojenja trećeg djeteta, odnosno anksioznost (u prosjeku) opada što majka duže doji svoje treće dijete. Drugi koeficijenti korelacije nisu statistički značajni ukazujući na to da anksioznost tijekom trudnoće i tri mjeseca nakon trudnoće ne ovisi o trajanju dojenja prethodno rođene djece, kao niti anksioznost nakon poroda o trajanju dojenja prvog i drugog djeteta.

Na koncu, kad je u pitanju odnos pokazatelja psihičkog stanja i trajanja dojenja prethodno rođene djece, statistička analiza pokazuje kako trajanje dojenja prvog, drugog i trećeg djeteta nije statistički značajno povezano s rezultatima na Kratkoj psihijatrijskoj skali (Tablica 16).

Tablica 16. Povezanost rezultata na Kratkoj psihijatrijskoj skali u tri vremenske točke i trajanja dojenja prvog, drugog i trećeg djeteta

		Kratka psihijatrijska skala - trudnoća	Kratka psihijatrijska skala - nakon poroda	Kratka psihijatrijska skala – krajem trećeg mjeseca nakon poroda
Trajanje dojenja prvog djeteta (dani)	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	-,070	-,073	-,049
	Značajnost (p)	,339	,409	,743
	N	186	129	48
Trajanje dojenja drugog djeteta (dani)	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	-,083	-,032	-,091
	Značajnost (p)	,259	,716	,538
	N	186	129	48
Trajanje dojenja trećeg djeteta (dani)	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	,107	,173	,059
	Značajnost (p)	,189	,083	,727
	N	151	102	37

Drugim riječima, izraženost simptoma koje obuhvaća KPSO ne ovisi o trajanju dojenja prethodno rođene djece. Nakon razmatranja odnosa psihičkih obilježja s trajanjem dojenja prvog, drugog i trećeg djeteta promotren je odnos psihičkih obilježja i prisutnosti dojenja tek rođenog djeteta (neposredno nakon poroda) i dojenja tri mjeseca nakon poroda. S obzirom da prisutnost dojenja u navedene dvije točke mjerenja podrazumijeva dvije kategorije ('majka doji' ili 'majka ne doji dijete') odnos je promotren ispitivanjem razlika u prisutnosti pojedinog psihičkog obilježja između roditelja koje doje dijete neposredno nakon poroda i krajem trećeg mjeseca nakon poroda i roditelja koje ne doje dijete u te dvije vremenske točke. Zbog dobivene raspodjele promatranih obilježja koja odstupa od normalne i zbog pretpostavljene raspodjele u populaciji, razlika je ispitivana i parametrijskim i neparametrijskim statističkim postupkom. Rezultati oba testa su se slagali i prikazani su rezultati snažnijeg parametrijskog statističkog postupka. Takvo postupanje omogućuje teorem središnje granice koji je pokazao da je u slučaju dovoljno velikog uzorka distribucija uzorkovanja razlika normalna čak i kad se obilježje ne raspodjeljuje po normalnoj raspodjeli. Rezultati obaju statističkih postupaka u našem istraživanju pokazali su iste zaključke te su prikazani rezultati parametrijskog testa (t-testa). Korisno je bilo osvrnuti se na još jednu potencijalnu poteškoću pri ispitivanju razlike

ovih dviju skupina roditelja u vremenskoj točki nakon poroda. Naime, bio je puno je veći broj roditelja koje doje dijete nakon poroda nego roditelja koje ne doje dijete što može predstavljati metodološki i statistički problem, međutim, podjednake varijance rezultata i ranije navedenih istovjetnosti zaključaka dvaju statističkih postupaka uputilo je na to da ova razlika u broju nije ograničavajuća za statističko zaključivanje.

U Tablici 17. vidljivi su rezultati t-testa koji su ispitali razliku u simptomima perinatalnog depresivnog poremećaja ispitanica tijekom trudnoće, nakon rođenja i krajem trećeg mjeseca nakon rođenja, roditelja koje nakon poroda doje dijete i koje ne doje dijete.

Tablica 17. Testiranje razlike u perinatalnoj depresiji u tri vremenske točke i trudnica koje doje i ne doje dijete nakon poroda

Majka doji dijete nakon poroda		N	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	t	Stupnjevi slobode (df)	Značajnost (p)
Perinatalna depresija-trudnoća	DA	172	6,06	5,00	,801	191	,424
	NE	21	5,14	4,43			
Perinatalna depresija- nakon poroda	DA	170	4,91	4,75	-1,206	189	,229
	NE	21	6,24	4,94			
Perinatalna depresija- krajem trećeg mjeseca nakon poroda	DA	139	3,72	3,87	-,251	157	,802
	NE	20	3,95	3,71			

Dobiveni rezultati nisu bili statistički značajni, t omjeri ($p > 0,05$) ukazuju na nepostojanje razlike u perinatalnim poremećajima tijekom trudnoće, nakon rođenja i krajem trećeg mjeseca nakon poroda, koje nakon poroda doje i roditelje koje ne doje dijete.

Isti obrazac odnosa, odnosno nerazlikovanja, bio je prisutan pri testiranju razlike perinatalne depresije roditelja koje tri mjeseca nakon poroda doje i koje ne doje dijete ($p > 0,05$) (Tablica 18).

Tablica 18. Testiranje razlike u perinatalnoj depresiji u tri vremenske točke i trudnica koje doje i ne doje dijete krajem trećeg mjeseca nakon poroda

Majka doji dijete 3 mjeseca nakon poroda		N	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	t	Stupnjevi slobode (df)	Značajnost (p)
Perinatalna depresija- trudnoća	DA	100	5,59	4,55	-,963	158	,337
	NE	60	6,37	5,53			
Perinatalna depresija- rođenje	DA	97	4,71	4,56	-1,082	155	,281
	NE	60	5,57	5,20			
Perinatalna depresija- krajem trećeg mjeseca nakon poroda	DA	100	3,69	3,58	-,249	157	,803
	NE	59	3,85	4,27			

Drugim riječima, perinatalna depresija u tri vremenske točke nije se razlikovala kod roditelja koje doje i kod roditelja koje ne doje dijete krajem trećeg mjeseca nakon poroda.

Rezultati statističkog testiranja pokazali su u prosjeku jednaku depresivnost i anksioznost (BDI i BAI) u svim točkama mjerenja roditelja koje doje i koje ne doje dijete neposredno nakon poroda ($p > 0,05$) (Tablica 19).

Tablica 19. Testiranje razlike u depresivnosti i anksioznosti u tri vremenske točke kod roditelja koje doje i ne doje dijete nakon poroda

Majka doji dijete nakon poroda		N	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	t	Stupnjevi slobode (df)	Značajnost (p)
Depresivnost - trudnoća	Da	171	4,58	4,38	,488	190	,626
	Ne	21	4,10	3,99			
Depresivnost - nakon poroda	Da	169	3,54	4,30	,586	186	,559
	Ne	19	2,95	3,29			
Depresivnost- krajem trećeg mjeseca nakon poroda	Da	139	2,68	3,68	-,628	157	,531
	Ne	20	3,25	4,41			

Anksioznost - trudnoća	Da	173	7,46	7,29	1,231	191	,220
	Ne	20	5,35	6,87			
Anksioznost - nakon poroda	Da	171	4,71	6,38	1,022	189	,308
	Ne	20	3,20	4,77			
Anksioznost – krajem trećeg mjeseca nakon poroda	Da	139	3,88	6,10	-3,357	157	,721
	Ne	20	4,40	6,19			

Svi dobiveni t omjeri nisu bili statistički značajni što nam kazuje da depresivnost i anksioznost roditelja mjereni Beckovim inventarima ne ovise o tome doji li majka dijete nakon poroda ili ne.

Odnos prisutnosti dojenja i depresivnosti i anksioznosti krajem trećeg mjeseca nakon poroda nešto bio je drugačiji (Tablica 20), odnosno pronađena je razlika u depresivnosti tri mjeseca nakon poroda roditelja koje doje i koje ne doje svoje dijete ($t=2,05$, $p<0,05$).

Tablica 20. Testiranje razlike u depresivnosti i anksioznosti u tri vremenske točke kod roditelja koje doje i ne doje dijete tri mjeseca nakon poroda

Majka doji dijete 3 mjeseca nakon poroda	N	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	t	Stupnjevi slobode (df)	Značajnost (p)
Depresivnost - trudnoća	DA	100	4,38	-3,389	158	,698
	NE	60	4,65			N
Depresivnost - nakon poroda	DA	98	3,21	-3,929	152	,354
	NE	56	3,86			0,64
Depresivnost-krajem trećeg mjeseca nakon poroda	DA	99	2,28	-2,050	157	,042
	NE	60	3,53			0,59
Anksioznost - trudnoća	DA	100	7,04	-3,864	157	,389
	NE	59	8,07			1,06

Anksioznost - nakon poroda	DA	99	4,08	0,52	-1,276	155	,204
	NE	58	5,40	1,02			
Anksioznost - tri mjeseca nakon	DA	100	3,24	0,52	-1,911	157	,058
	NE	59	5,14	0,95			

Iz rezultata bilo je vidljivo da je depresivnost roditelja koje tri mjeseca nakon poroda ne doje svoje dijete ($M=3,53$) u prosjeku izraženija od depresivnosti roditelja koje tri mjeseca nakon poroda doje svoje dijete ($M=2,28$).

Kad je u pitanju bio odnos simptoma mjerenih Kratkim psihijatrijskom skalom ocjenjivanja i dojenja nakon poroda i tri mjeseca nakon poroda, iz rezultata statističkog testiranja vidljivo je bilo da se roditelje koje doje dijete i koje ne doje dijete, kako neposredno nakon poroda (Tablica 21), tako i krajem trećeg mjeseca nakon poroda (Tablica 22) ne razlikuju statistički značajno u prisutnosti simptoma mjerenih kratkom psihijatrijskom skalom ($p>0,05$).

Tablica 21. Testiranje razlike rezultata na Kratkim psihijatrijskoj skali opisivanja u tri vremenske točke roditelja koje doje i ne doje dijete nakon poroda

Majka doji dijete nakon poroda		N	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	t	Stupnjevi slobode (df)	Značajnost (p)
Kratka psihijatrijska skala - trudnoća	Da	173	19,24	3,61	-1,616	192	,108
	Ne	21	20,71	6,07			
Kratka psihijatrijska skala - nakon poroda	Da	173	19,12	2,82	-,341	192	,733
	Ne	21	19,33	2,24			
Kratka psihijatrijska skala – krajem trećeg mjeseca nakon poroda	Da	139	18,45	1,26	-1,052	19,37	,306
	Ne	20	19,60	4,85			

Tablica 22. Testiranje razlike rezultata na Kratkaj psihijatrijskoj skali opisivanja u tri vremenske točke, roditelja koje doje i ne doje dijete krajem trećeg mjeseca nakon poroda

Majka doji dijete nakon poroda		N	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	t	Stupnjevi slobode (df)	Značajnost (p)
Kratka psihijatrijska skala - trudnoća	Da	100	18,98	3,24	-1,731	158	,085
	Ne	60	20,18	5,56			
Kratka psihijatrijska skala - nakon poroda	Da	100	19,18	2,49	-,421	158	,674
	Ne	60	19,38	3,61			
Kratka psihijatrijska skala – krajem trećeg mjeseca nakon poroda	Da	99	18,37	0,95	-1,748	157	,082
	Ne	60	18,97	3,15			

Sjetimo li se da su rezultati na ovoj skali, kao i na prethodno promotrenim obilježjima dominantno ukazivali na odsustvo određenog psihičkog stanja, možemo zaključiti da je i kod roditelja koje doje ili ne doje dijete, bilo neposredno nakon poroda ili krajem trećeg mjeseca nakon poroda istovjetno odsustvo izraženosti promotrenih psihičkih obilježja.

Kako je ranije navedeno, promatranje napretka djeteta temeljilo se na tjelesnoj težini, tjelesnoj dužini i opsegu glavice djeteta neposredno nakon poroda i krajem trećeg mjeseca nakon poroda. Kako bi se postigao istraživački cilj promatranja odnosa psihičkih stanja u promatranim vremenskim točkama i napretka djeteta, napredak je bio definiran promjenom u tjelesnoj težini, tjelesnoj dužini i opsegu glavice od poroda do tri mjeseca nakon poroda. U sljedećim tabličnim prikazima rezultati testiranja povezanosti bili su (Spearmanovi koeficijenti korelacije) u navedenim promjena koje ukazuju na tjelesni napredak i promotrenih psihičkih stanja. Dobiveni Spearmanovi koeficijenti korelacije indikatora tjelesnog napretka i perinatalne depresije tijekom trudnoće, nakon poroda i krajem trećeg mjeseca nakon poroda prikazani su u (Tablici 23).

Tablica 23. Povezanost promjene indikatora tjelesnog napretka od poroda do trećeg mjeseca i EPDS u tri vremenske točke

		Perinatalna depresija-trudnoća	Perinatalna depresija-nakon poroda	Perinatalna depresija- krajem trećeg mjeseca nakon poroda
Promjena tjelesne težina od poroda to trećeg mjeseca	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	,056	,075	,086
	Značajnost (p)	,484	,354	,280
	N	159	156	158
Promjena tjelesne dužine od poroda to trećeg mjeseca	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	,064	,025	,130
	Značajnost (p)	,426	,760	,102
	N	159	156	158
Promjena opsega glavice od poroda do kraja trećeg mjeseca nakon poroda	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	-,073	,061	,077
	Značajnost (p)	,377	,470	,358
	N	147	144	146

Rezultati su pokazali da svi koeficijenti korelacije statistički nisu bili značajni što dovodi do zaključka da promjene u napretku djeteta od poroda do trećeg mjeseca starosti, u vidu promjene tjelesne težine, tjelesne dužine i opsega glavice djeteta, nisu bile povezane s rizikom od perinatalne depresije tijekom trudnoće, nakon poroda i krajem trećeg mjeseca nakon poroda ($p > 0,05$).

Mahom nepostojanje statistički značajne povezanosti bilo je prisutno i u promatranju odnosa pokazatelja napretka i depresivnosti mjerene Beckovim inventarom depresije (Tablica 24). Međutim, pronađena je niska pozitivna povezanost depresivnosti nakon poroda i promjene tjelesne težine ($r_s = 0,202$, $p < 0,05$) i dužine ($r_s = 0,160$, $p < 0,05$) od poroda do trećeg mjeseca.

Tablica 24. Povezanost promjene indikatora tjelesnog napretka od poroda do trećeg mjeseca i BDI u tri vremenske točke

		Depresivnost - trudnoća	Depresivnost - nakon poroda	Depresivnost- krajem trećeg mjeseca nakon poroda
Promjena tjelesne težina od poroda do kraja trećeg mjeseca	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	,100	,202*	,152
	Značajnost (p)	,209	,012	,056
	N	159	153	158
Promjena tjelesne dužine od poroda do kraja trećeg mjeseca	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	,047	,160*	,059
	Značajnost (p)	,557	,049	,465
	N	159	153	158
Promjena opsega glavice od poroda do kraja trećeg mjeseca	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	-,062	,045	,042
	Značajnost (p)	,456	,594	,612
	N	147	141	146

* $p < 0,05$

Dobivene pozitivne povezanosti ukazale su da je depresivnost u ovoj točki mjerenja praćena nešto većim napretkom djeteta u težini i dužini. Drugim riječima, depresivnost roditelja čije je dijete brže napredovalo u ovom periodu češće je nešto viša od depresivnosti roditelja čije je sporije raslo i sporije dobivalo na težini.

Rezultati istraživanja su nadalje ukazala da napredak djeteta ne ovisi o anksioznosti roditelja tijekom trudnoće, nakon poroda i krajem trećeg mjeseca nakon poroda, odnosno svi dobiveni koeficijenti povezanosti statistički nemaju značenje ($p > 0,05$) (Tablica 25).

Tablica 25. Povezanost promjene indikatora tjelesnog napretka od poroda do trećeg mjeseca i BAI u tri vremenske točke

		Anksioznost - trudnoća	Anksioznost - nakon poroda	Anksioznost – krajem trećeg mjeseca nakon poroda
Promjena tjelesne težina od poroda do kraja trećeg mjeseca	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	,058	,100	,087
	Značajnost (p)	,469	,215	,279
	N	158	156	158
Promjena tjelesne dužine od poroda do kraja trećeg mjeseca	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	,079	,096	,068
	Značajnost (p)	,327	,233	,395
	N	158	156	158
Promjena opsega glavice od poroda do kraja trećeg mjeseca	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	-,048	,040	,152
	Značajnost (p)	,568	,634	,067
	N	146	144	146

Pri promatranju odnosa napretka djeteta i simptoma mjerenih Kratkim psihijatrijskom skalom opisivanja utvrđena je blaga pozitivna povezanost izraženosti simptoma nakon poroda i promjene težine ($r_s=0,261$, $p<0,05$) i promjene dužine ($r_s=0,213$, $p<0,05$) od poroda do trećeg mjeseca te simptoma tri mjeseca nakon poroda i promjene opsega glavice od poroda do kraja trećeg mjeseca ($r_s=0,176$, $p<0,05$) (Tablica 26).

Tablica 26. Povezanost promjene indikatora tjelesnog napretka od poroda do trećeg mjeseca i KPSO u tri vremenske točke

		Kratka psihijatrijska skala - trudnoća	Kratka psihijatrijska skala - nakon poroda	Kratka psihijatrijska skala – krajem trećeg mjeseca nakon poroda
Promjena tjelesne težina od poroda do kraja trećeg mjeseca	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	,106	,261**	,139
	Značajnost (p)	,185	,001	,080
	N	159	159	158
Promjena tjelesne dužine od poroda do kraja trećeg mjeseca	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	,002	,213**	,016
	Značajnost (p)	,977	,007	,845
	N	159	159	158
Promjena opsega glavice od poroda do kraja trećeg mjeseca	Spearmanov koeficijent korelacije (r_s)	,103	,110	,176*
	Značajnost (p)	,216	,184	,034
	N	147	147	146

Povezanosti su male i ne govore puno o odnosu ovog psihičkog obilježja i napretka, no rezultati su ukazali na nešto višu izraženost ovih simptoma kod onih roditelja nakon poroda čije je dijete brže raslo i brže dobivalo na težini u periodu od tri mjeseca. Također, nešto je veća prisutnost psihijatrijskih simptoma prisutna i u prosjeku tri mjeseca nakon poroda u onih trudnica čija djeca imaju veće promjene opsega glavice od poroda do trećeg mjeseca ($r_s=0,176$, $p<0,05$).

6. RASPRAVA

Namjera ovog istraživanja bila je uvidjeti u kojoj mjeri se psihički poremećaji koji se javljaju u trudnoći, pojavljuju nakon poroda i krajem trećeg mjeseca nakon poroda. Utječe li pojavljivanje psihičkih poremećaja na dojenje, odnosno ima li dojenje utjecaja na pojavu tih simptoma. U posljednjih 20 godina počelo se sve više govoriti o psihičkim poremećajima za vrijeme trudnoće i nakon poroda, budući da su prijašnja istraživanja dokazala da se o njima treba raspravljati, jer imaju utjecaj na ženu, djecu i obitelj(124),(125). Naglasak je stavljen kako spriječiti ili prepoznati poremećaje i nositi se sa simptomima(126). U nastojanju da se pozornost usredotoči na ovo zanemareno područje zdravlja Jourm i suradnici (1997), napisali su koncept mentalnog zdravlja, u kojem je opisano, znanje i vjerovanja o mentalnim poremećajima, upravljanje simptomima i prevenciji“(125). Dokazano je da postoji neznanje javnosti kako bi se spriječili mentalni poremećaji, a kada se poremećaj razvije, koje su mogućnosti liječenja i koja je učinkovitost samopomoći. Poznavanje mentalnog zdravlja osnažuje one koji imaju mentalne poremećaje da proaktivno traže pomoć i upravljaju simptomima(125), velika pomoć je i ženama oboljelim od postpartalne depresije(127).

6.1. PROMATRANA OBILJEŽJA PSIHIČKOG STANJA

Psihička stanja mjerena su u tri točke vremenskog razdoblja: u trećem trimestru trudnoće, nakon poroda i krajem trećeg mjeseca nakon poroda. U ovom istraživanju sudjelovalo je 209 ispitanica u prvoj vremenskoj točki tijekom trudnoće. U ispitivanju u drugoj vremenskoj točki sudjelovale su 194 roditelje, odnosno 92,8%. Njih 76,5% od početnog broja sudjelovalo je i krajem trećeg mjeseca nakon poroda. Prosječna starosna dob ispitanica bila je 28 godina. Gotovo sve ispitanice bile su u braku 96,7%. Većina ih je živjela u užoj obitelji sa suprugom i djecom 53,1% , samo sa suprugom 20,1% i u široj obitelji sa suprugom, djecom i roditeljima 23,9%. Manji postotak ispitanica 1,9% živjele su same, a u ostalim oblicima suživota 1%. Otpriblike trećina ispitanica živjele su u mjestu manjem od 1.000 stanovnika 34,5%, a isti postotak živio je u mjestu s brojem stanovnika od 10.001 do 50.000 34,5%. Nešto manje živjelo je u mjestu s brojem stanovnika od 1.001 do 10.000 stanovnika 29,6% .U mjestu s više od 50.000 stanovnika živjelo je 1,5% ispitanica. Najveći broj ispitanica završilo je srednju školu 67,5%. Brojem su dominirale i roditelje sa završenim fakultetom ili višom razinom

obrazovanja 17,2%, dok ih je oko 5% završilo višu školu. Nešto manje od 9,1%, ispitanica, imalo je samo osnovnu školu, a 1% ispitanica nije završilo ni osnovnu školu.

Obilježja psihičkih stanja mjerena su u tri vremenske točke te je njihov odnos s pokazateljima duljine dojenja i napredovanjem djeteta bio promatran u sve tri vremenske točke. Ukupni rezultat na skalama psihičkih obilježja bio je zbirni rezultat u dvije točke mjerenja, tijekom trudnoće i nakon poroda. Razlog tome bila je pouzdanost koju pruža više točaka mjerenja. Izostavljena je treća točka mjerenja iz zbirnog rezultata; smatralo se korisnim zbog osipanja (manjeg broja) ispitanica i tako potencijalno većih opasnosti neidentificiranja određenog broja ispitanica s povišenim rezultatom na bilo kojoj od korištenih skala.

Na Edinburškoj skali perinatalne depresije (EPDS) dobiven je rezultat 10 i više što predstavlja rizik za pojavnost perinatalne depresije. Kod 85% ispitanica taj rizik nije bio izražen u dvije točke mjerenja – tijekom trudnoće i nakon poroda jer je broj bodova <10. Kod nešto više od 15,3% ispitanica imalo je blagi rizik za pojavu perinatalne depresije s rezultatom ≥ 10 bodova. Izražen rizik za depresivni poremećaj imalo je 14 (7,7%) trudnica koje su imale na skali od 13 do 20 bodova. Povišeni rezultati nisu bili povezani s dobi, obrazovanjem i bračnim statusom.

Neka istraživanja pokazala su da između 10% i 20% žena ima poremećaje perinatalne depresije(128). Svojim istraživanjem isto je potvrdio i Mohammed K, i sur. 2011. godine kod jordanskih žena i dokazali su da 19% žena ima antenatalnu depresiju, a 22% ima postpartalnu depresiju(129). Perinatalni poremećaji rizika mjereni su i kod irskih žena pomoću EPDS skale, gdje je 86,5% imalo rezultat veći ≥ 12 (124).

Međunarodnom prevalencijom PPD, potvrđeno je kretanje od 0% u Singapuru, 57% u Brazilu(130), 20% u Švedskoj(131), dok u Kanadi 10-15% prvorotkinja ima PPD simptome(132). Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije(SZO), dobiveno je da zemlje s niskim i srednjim prihodima imaju veću prevalenciju od PPD, u rasponu od 14% do 50%(133), u odnosu na zemlje s visokim prihodima koje imaju od 10% do 15%(134). Potvrđeno je da je postpartalna depresija javno zdravstveni problem za žene iz različitih kulturoloških sredina. Iz literature je bio vidljiv širok raspon učestalosti što je bilo povezano s različitim dijagnostičkim kriterijima koje su se koristile u studijama.

Kako bi dobili što bolju sliku o pojavnosti poremećaja u istraživanju korišten je i Beckov inventar depresivnosti, a u našem istraživanju 94,1% ispitanica imalo rezultat <10 što upućuje na normalne promjene raspoloženja kod trudnica i roditelja. Blage smetnje raspoloženja imalo je oko 3,8% ispitanica na Beckovom inventaru depresivnosti, a broj bodova bio je od 11-16, gdje je većina ispitanica navela prolazne poremećaje poput lošijeg sna, manje potrebe za seksom, bile su plačljivije, lakše su se razljutile nego prije i više su se umarale. Rezultat s graničnom slikom depresije imalo je 2,2% ispitanica, a jedna ispitanica s umjereno izraženom depresijom, koje su se povezale s višeplođnom trudnoćom, neriješenom ekonomskom situacijom i lošim obiteljskim odnosima.

Na Beckovom inventaru anksioznosti, 74% ispitanica pokazalo je minimalnu razinu anksioznosti, a 1,1% ispitanica pokazalo je snažno izraženu anksioznost, gdje je broj bodova bio od 26 do 63. Ispitanice koje su na BDI imale simptome umjerene depresije povezane su BAI i izraženim rizikom za PPD na EPDS. Kratka psihijatrijska skala služila je za procjenu pozitivnih, negativnih i afektivnih simptoma, kod ispitanica koje su imale psihotične poremećaje. Kroz tri vremenske točke raspodjela rezultata na KPSO, pokazala je dominantnu odsutnost simptoma. Povišene rezultate na KPSO skali imalo je 7 (3,6%) ispitanica s rezultatom > 25, a jedna je ispitanica imala 42,5 (0,5%) boda.

Anksiozni poremećaji najčešće se dijagnosticiraju tijekom trudnoće. Simptomi i znakovi postpartalne anksioznosti su nervoza, prevelika briga za dijete, ekstremna labilnost, poremećaj spavanja, teškoće koncentracije, gubitak pamćenja. Anksiozni poremećaji koji se javljaju u postpartalnom periodu su panični poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj i postpartalni opsesivno-kompulzivni poremećaj.

Provedeno istraživanje u Republici Hrvatskoj na trudnicama u trećem trimestru trudnoće i u vrijeme babinja pokazalo je da 30,3% trudnica ima simptome PPD, a u babinjama je taj postotak bio 34,0%(135).

Istraživanja koja su se provodila u Republici Srbiji potvrdila su da žene koje su imale rizičnu trudnoću trostruko više razvijaju postpartalnu depresiju, a žene koje su imale simptome depresije u trudnoći imaju deset puta veći rizik za postpartalnu depresiju(136).

Liječenje PPD se temelji na općim načelima liječenja depresivnih poremećaja koji se odnose na individualni pristup. Bihevioralna terapija je način koji se često koristi u liječenju, gdje se stavlja naglasak na uspostavljanje kvalitetnog terapijskog odnosa između terapeuta i žene.

Dojenje je jedan od zaštitnih čimbenika kod postpartalnih poremećaja raspoloženja. Majke koje doje rjeđe razvijaju simptome PPD.

6.2. DOJENJE I PROMATRANA OBILJEŽJA PSIHIČKOG STANJA

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti istaknuta je uloga patronažnih sestara u prepoznavanju psiholoških poremećaja, koje prema planu i programu u svojoj skrbi brinu za trudnice, roditelje i novorođenčad. Njihova zadaća je prikupljanje potrebnih podataka, otkrivanje i zbrinjavanje bolesnih, nemoćnih i socijalno ugroženih stanovnika, a najvažnija zadaća je očuvanje, unaprjeđenje i zaštita zdravlja.

U patronažnoj zaštiti babinjače predviđene su mjere individualnog i grupnog zdravstvenog odgoja (upute o prehrani, higijeni, psihofizičkim aktivnostima, prednostima dojenja za djetete; pregled i kontrola dojki, vanjski pregled fundusa, položaja i kontrakcije maternice, pregled i kontrola rane i lohija; demonstracija potrebnih postupaka, kao što su održavanje higijene cijeloga tijela, masiranje i izdavanje dojki), položaji prilikom dojenja te vježbe koje se prema preporuci ginekologa mogu izvoditi u prvih 6 mjeseci nakon poroda. U patronažnoj zaštiti novorođenčeta predviđen je orijentacijski pregled novorođenčeta prema sustavima; ispitivanje prirodnih refleksa novorođenčeta; kontrola higijene novorođenčeta (pupak, koža i sluznice) i prehrane novorođenčeta; preporuka prirodne prehrane i isticanje prednosti dojenja za cjelokupni rast i razvoj te važnost dojenja za razvoj međučeljskih odnosa i orofacijalnog sustava; uvid u socijalno-gospodarsko stanje obitelji koje je često prediktor za razvoj poremećaja.

Ovim istraživanjem pokazana je duljina dojenja za prvo, drugo i treće dijete, u vremenu od nekoliko dana, ovisno kad je bila prva kućna posjeta patronažne sestre, nakon izlaska roditelje iz rodilišta pa sve do dvije godine za prethodno rođenu djecu. Veliki postotak roditelja koje su dojile dijete 7 do 10 dana, bilo je povezano s prvom kućnom posjetom, kada je ispunjen upitnik o dojenju. Bilo je definirano vrijeme prve kućne posjete, što je potvrdilo da je veliki postotak roditelja dojilo 7 do 10 dana. Porod koji je prošao uredno i bez komplikacija, roditelja i novorođenče otpušteni su iz rodilišta četvrti ili peti dan. Prvi posjet patronažne sestre dokaz je dobre komunikacije i suradnje između rodilišta i primarne zdravstvene zaštite. Nakon izlaska iz rodilišta, roditelja je u strahu, zbunjena, ne snalazi se u novoj ulozi i puna je pitanja. Za nju je bitno da zna kome se može obratiti; dobiti potrebne informacije i odgovore na svoja pitanja.

Prirodno okruženje često je prvi pokazatelj određenih poteškoća koje upućuju na pojačanu skrb za dijete i majku. Procjena dojenja i interakcija majke i djeteta upućuju patronažnu sestru da koristi svoje znanje i iskustvo. Za vrijeme posjeta majci i novorođenčetu u kući patronažna sestra će prepoznati poteškoće s dojenjem. Promatrat će dojenje kako bi pomogla u ispravnom namještanju i stavljanje djeteta na prsa, potvrdila dobar prijenos mlijeka i uvjerala majku da ispravno postupi. Objasniti će majci kako treba pomoći djetetu da pravilno prihvati dojku. Bitno je da to bude pozicija „bez ruku“ (engl. hands-off), kad patronažna sestra samo usmeno savjetuje majku kako se namjestiti i približiti dijete dojci, a da ona to ne učini za nju. Ako majka misli da nema dovoljno mlijeka treba napraviti pokusni podoj i potaknuti majku da dijete što češće stavlja na prsa. Takvom djetetu treba pratiti stolicu, mokrenje, njegovo ponašanje, količinu plača ili spavanja. Majci treba objasniti da u prvih nekoliko dana dijete može izgubiti 7-10% od svoje porođajne težine, a za dva tjedna bi se trebalo vratiti na porođajnu težinu.

Majke s rizikom za nedojenje su najčešće maloljetne majke, samohrane majke, majke koje su rodile prije termina, poslije carskog reza, majke s velikim gubitkom krvi za vrijeme poroda, prvotkinje, majke s prekomjernom težinom i majke koje uzimaju medikamentoznu terapiju.

Rezultat istraživanja pokazao je da je 173 (89,2%) majki dojilo svoje dijete nakon izlaska iz rodilišta. Krajem trećeg mjeseca taj postotak se smanjio na 62,5%, što je bilo povezano s kontinuiranim padom stope dojene djece u cijelom svijetu, unatoč spoznajama o dobiti dojenja za dijete i za majku(69).

Analiza koja je provedena Nacionalnom strategijom razvoja zdravstva od 2012. do 2020. godine svrstala je Hrvatsku među zemlje s vrlo niskom stopom dojenja. Pokazala je da se Republika Hrvatska nalazi u nepovoljnom položaju, zbog malog broja dojene djece i kratkog razdoblja dojenja. Prema podacima Hrvatskog zdravstvenog-statističkog ljetopisa za 2013. godinu navodeno je da je za dob od 0-2 mjeseca starosti 71,8% dojenčadi je hranjeno isključivo majčinim mlijekom, 14,4% dojeno je uz nadomjeske za majčino mlijeko i 13,8% bilo je na umjetnoj prehrani (formuli). U razdoblju 3-5 mjeseci starosti dojenčeta, ta je stopa pokazala pad na 58,2% dojenčadi koja su hranjena isključivo majčinim mlijekom, a nakon 6 mjeseci samo 19% dojenčadi hranjeno je isključivo majčinim mlijekom(137). Istraživanje koje je proveo Cattaneo i sur. utvrdili su da je Evropska stopa dojenja nakon poroda od 63% u Belgiji, do 99% u Norveškoj(138).

Razlozi niske stope dojenja imaju šest kritičnih razdoblja u kojima se donose odluke o dojenju: trudnoća, prva 24 sata nakon poroda, jedan do dva tjedna nakon poroda, šest do osam tjedana nakon poroda, četiri do šest mjeseci nakon poroda i 12 mjeseci nakon poroda(139). To je vrijeme kad se očekuje najviše problema u vezi s dojenjem i kad majke brzo odustaju od dojenja. Vrijeme trudnoće i sudjelovanje na trudničkim tečajima na kojima se buduća majka priprema za dojenje jedan je od najbitnijih perioda. Buduće majke odluku o dojenju donose neposredno prije trudnoće ili tijekom trudnoće. Prva 24 sata ili prvi sat nakon poroda, kada su majka i dijete u kontaktu koža na kožu, dijete puže po majci i dolazi do prvog podoja. Nakon toga majka i dijete borave zajedno („roming-in“) u istoj prostoriji i majka doji na zahtjev djeteta. U periodu oko desetog dana nakon poroda majka često ima osjećaj da nema dovoljno mlijeka i prestaje s dojenjem jer nema podršku okoline i zdravstvenih djelatnika. Šest do osam tjedana majka primjećuje da dijete traži češće podoje, plačljivije je i nezadovoljno i postavlja sebi pitanje ima li dovoljno mlijeka. U tom periodu često majke odustaju od dojenja. Četiri do šest mjeseci nakon poroda, dijete je u ubrzanom rastu, javlja se potreba za većom količinom mlijeka a to će se postići češćim hranjenjem unutar 24 do 48 sati. Sa šest mjeseci starosti djeteta mijenja se ritam hranjenja na prsima jer se postepeno uvode nove namirnice i dijete sve rjeđe doji.

Na uspješnost dojenja utječu stavovi i vjerovanja žene na vlastitu uspješnost dojenja, odnosno samoefikasnost dojenja. Koncept samoefikasnosti dojenja razvila je Denis(2003)(140) na temelju Bandurine socijalno kognitivne teorije(141).

Samoefikasnost određuje hoće li majka odabrati dojenje, koliko će biti uporna i kako će emocionalno odgovoriti na teškoće oko dojenja. Imamo četiri izvora informacija koja utječu na samoefikasnost dojenja: 1. prethodno, osobno iskustvo u dojenju; 2. indirektno iskustvo, opažanje drugih u toj situaciji; 3. verbalno uvjeravanje obitelji, supruga i svjetnika za dojenje; 4. emocionalna uzbuđenost, bol, umor, odgovor na stres i tjeskoba koja može rezultirati manjom efikasnosti u dojenju.

Važan pokazatelj uspješnosti dojenja je normalno napredovanje djeteta, a ujedno i čimbenik u ohrabriranju majke da nastavi s dojenjem. Manji prirast na tjelesnoj težini ne smije biti razlog za uvođenje zamjene za majčino mlijeko.

Normalno napredovanje djeteta prikazujemo tablicama ili krivuljama rasta, koje pomažu savjetnicama za dojenje da roditelje savjetuju o pravilnom rastu djeteta. Za praćenje rasta djeteta koristi se tjelesna težina i duljinu djeteta te opseg glavice. Tjelesna težina djeteta je

normalna ako se nalazi unutar dvije standardne devijacije ili kažemo da je unutar 3. i 97. percentile.

Unazad nekoliko godina su se koristile krivulje rasta NCHS/CDC (National center for health Statistics/center for Disease Control and Prevention)(142), koje su napravljene na temelju dojene i nedojene djece. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) je provela Multicentric Growth Reference Study (MGRS) studiju u kojoj su bila uključena samo djeca koja su dojena ili pretežno dojena tijekom prvih 4 do 6 mj i sva su djeca imala podjednake optimalne uvjete za rast: sve majke su bile nepušači a djeca su imala optimalnu zdravstvenu zaštitu i kvalitetnu nadohranu(143). Istraživanje je pokazalo da je dojenje standard i te tablice pokazuju kako djeca rastu.

SZO preporuča da se nove tablice koriste svugdje u svijetu kao standard u praćenju rasta i razvoja djece(144), da se u praksi zamijene NCHS/SZO i NCHS/CDC međunarodne krivulje rasta za dojenčad i djecu do 5. godine života i također preporuča uporabu postojećih međunarodnih krivulja rasta za djecu stariju od 5 godina. Rast i razvoj djeteta koje doji je prirodni standard fiziološkog rasta, stoga bi rast dojenčeta hranjenog umjetnom prehranom trebali ocjenjivati u odnosu na rast dojenog djeteta(144) i nameće se potreba praćenja rasta djece putem primjerenijih krivulja rasta.

Ovim istraživanjem bilo je utvrđeno, da je srednja vrijednost tjelesne težine djece bila 3405 g, dužina 50 cm, a opseg glavice 35 cm pri porodu. Krajem trećeg mjeseca starosti djeteta, srednja vrijednost tjelesne težine je bila 6100 g, dužina 62 cm i opseg glavice 40 cm. Po percentilama mjere su više odgovarale dječacima, što nismo mogli potvrditi, jer u istraživanju nismo bilježili podatak o spolu djeteta.

U odnosu s indikatorima dojenja i napredovanja djeteta korišten je rezultat na skalama psihičkih obilježja u promatranim vremenskim točkama, a prije toga provjerena je pouzdanost skala u sve tri točke mjerenja, koja je izrazito bila visoka od 0,8 do 0,92. Povezivanjem perinatalne depresije tijekom trudnoće, nakon poroda i krajem trećeg mjeseca nakon poroda s dojenjem nije se dobila statistička značajnost. Dokazali smo da rizik za razvoj perinatalne depresije nije ovisio o trajanju dojenja prethodne djece.

Castro Dias i Figueiredo (2015) naveli su da depresija u trudnoći predviđa kraće trajanje dojenja, odnosno potvrđuju da je dojenje povezalo depresiju u trudnoći i nakon poroda(145).

Statistički značajna negativna povezanost (r_s -,327) dobivena je između depresivnosti roditelja i trajanja dojenja trećeg djeteta mjerena BDI, što je ukazalo da majke koje su dulje dojile treće dijete u prosjeku imaju nižu depresivnost.

Istraživanja u svijetu pokazala su da majke višerotkinje, koje imaju iskustva u dojenju, imaju manje izražene simptome depresivnosti, i imaju manju tendenciju prema postpartalnoj depresiji(146). Dojenje i laktogeni hormoni prolaktin i oksitocin imali su antidepresivni učinak na majku(146). Majke koje doje imale su bolje reguliran obrazac spavanja i u prosjeku 40 do 45 minuta duže su spavale. Imale su osjećaj manjeg umora što je utjecalo na simptome depresivnosti(147).

U istraživanju je anksioznost mjerena BAI, nakon poroda i bila je statistički negativno povezana (r_s -,430) s trajanjem dojenja trećeg djeteta, što je majka dulje dojila, anksioznost je bila u opadanju.

Razvijanje privrženosti između majke i novorođenčeta nakon poroda podiže majčino samopouzdanje, koje je znatno narušeno stresom za vrijeme poroda i novom ulogom majčinstva. Utvrđeno je da je privrženost socio-emocionalna veza između majke i djeteta, koja ima svoje faze razvijanja.

Prva faza razvoja je predprivrženost koja traje od rođenja do 6-8 tjedana nakon poroda. U ovoj dobi dijete reagira na prisutnost majke, prepoznaje joj miris i glas, upućuje joj urođene signale privlačenja, poput hvatanja, gledanja u oči, gukanja, smješkanja, plakanja i na taj način ostvaruje bliski kontakt. Uznemireno dijete će se umiriti ako ga majka uzme u naručje, tiho govori ili mazi.

Druga faza privrženosti traje od 6 tjedana do 6-8 mjeseci. Dijete iskazuje jače reakcije prema roditelju nego prema ostalima, upućuje mu više gukanja i smješkanja nego drugima, brže se umiri kod roditelja nego kod nepoznatih osoba i nema straha pri odvajanju od roditelja. Ovisno o reakcijama roditelja, razini prihvaćanja, odbacivanja ili osjetljivosti u različitim aktivnostima, dijete razvija nekoliko tipova privrženosti(115).

Kakva je privrženost bila razvijena između djeteta i roditelja ovisi o tome kakvu su privrženost roditelji razvili sa svojim roditeljima. Preporučeno je osvrnuti se na vlastito djetinjstvo. Žene koje proživljavaju postpartalnu depresiju povećavaju rizik nastanka iste kod očeva jer ne dobivaju podršku koja im je potrebna tijekom prijelaznog razdoblja na roditeljstvo. Rizik za negativan ishod roditeljstva povećava se kada su oba roditelja

deprimirana(148). Tada oba roditelja na svoje dijete gledaju negativno, doživljavaju ga prosječnim ili ispodprosječnim i zamjećuju više zdravstvenih problema kod svoje djece. Učinak depresije oba roditelja na brigu o djetetu proveden u jednoj studiji pokazuje kako su manje šanse da dijete bude dojeno a veće da se hrani preko bočice, te da su očevi manje skloni igrati se vani sa svojom djecom i pjevati im pjesmice(149).

Emocionalni razvoj djeteta moguće je poticati ako prepoznamo djetetove razvojne potrebe, ako razumijemo i prihvatimo djetetovu ulogu u vlastitom razvoju. Od svog prvog dana novorođenče uči istražujući okolinu putem osjeta okusa, mirisa, dodira, vida i sluha. Bitno je da ono osjeti kako je pozornost roditelja usmjerena na njegove doživljaje. Potvrđeno je da je za pravilan emocionalni razvoj djece, bitno prilaziti im u dobrom raspoloženju, opušteno i s uživanjem ih njegovati, nježno im govoriti i pjevati, omogućiti im kontakte oči-u-oči i koža-na-kožu, dodirivati ih i maziti.

Eksperiment po Denenberg (1960) pokazao je da "emocionalno stanje" majke utječe na emocionalno stanje potomstva(150). Britton (2005) je u svom istraživanju dokazao da 24,9% majki ima umjerenu anksioznost i 1% ima jaku anksioznost nakon poroda(151). Pogoršanje simptoma panike i straha za vrijeme babinja u svom istraživanju potvrdili su Bandelow i sur., (2006)(152). Za dijete je najvažnije da je uz njega smirena, stabilna i osjetljiva majka, koja će prepoznati i odgovoriti na sve njegove potrebe, pružiti mu pažnju, sigurnost i ljubav. Ukoliko to nije tako, dijete se slabije razvija, ne samo osjetilno, već i intelektualno i fizički. Istraživanja potvrđuju da se uz anksioznost često javlja i depresija(153).

Prepoznavanje postporođajne depresije i učinkovito liječenje smanjuju negativne učinke, koje ovaj poremećaj razvija kod majke, dojenčeta i svih članova obitelji. Doživljavanje mentalne patnje ili poremećaja ponašanja treba prepoznati kao znakove i simptome mentalnih poremećaja(154).

Istraživanje ukazuje da odnos prisutnosti dojenja, depresivnosti i anksioznosti tri mjeseca nakon poroda pokazuje statistički značajnu razliku depresivnosti kod roditelja koje doje i koje ne doje svoje dijete ($t=2,05$, $p<0,05$). Depresivnost roditelja koje tri mjeseca nakon poroda nisu dojile svoje dijete ($M=3,53$) jače je bila izražena od depresivnosti roditelja koje su nakon tri mjeseca od poroda dojile svoje dijete ($M=2,28$).

Istraživanje Dennis CL i McQueen K, (2007), potvrdilo je povezanost između teškoća s dojenjem i majčinim raspoloženjem. Majke koje su bolje uspostavile dojenje od samog

početka i interakciju sa svojim djetetom, bile su zadovoljnije(155). Dokazano je da je dojenje zaštitni čimbenik u razvoju postpartalnih promjena raspoloženja, jer žene koje doje, rjeđe razvijaju postpartalnu depresiju, a hormonalni status je bio povezan s laktacijom i imao je zaštitni učinak na mentalno zdravlje dojilje.

U ovom istraživanju nisu dobiveni statistički značajni rezultati između povezanosti napretka djeteta u vidu tjelesne težine, dužine i opsega glavice od poroda do kraja trećeg mjeseca starosti s rizikom od perinatalne depresije tijekom trudnoće, nakon poroda i krajem trećeg mjeseca.

Istraživanja su pokazala da broj djece koje je žena rodila mogu biti medijator u vezi između dojenja i odgovora na stres, jer smanjen odgovor na stres povezan je sa smanjenim rizikom od depresije. Broj rođene djece može biti medijator u vezi između metode dojenja i depresivnih simptoma. Veću korist od dojenja imaju žene koje su rodile veći broj djece, ali ne i žene koje su rodile samo jedno dijete. Dojenje je za dijete užitak od prvog trenutka, ono ima ritam hranjenja i zadovoljno je. Dijete koje teško uspostavlja ritam hranjenja, ne prihvaća dojenje i nezadovoljno je. Djeca mogu biti preosjetljiva na podražaje iz okruženja, i imaju problema s prilagođavanjem na vanjske stimulacije. Potvrđeno je da svi ovi čimbenici utječu na majku i njezinu kvalitetu pružanja majčinske brige. Ako je dijete mirno, zadovoljno i dobro napreduje i majka će biti zadovoljna i bolje će prihvaćati dijete. Ako dijete stalno plače, slabo spava, ne jede kako treba i majka je nesretna, osjećat će se nesposobnom, nekompetentnom, iscrpljenom i izgubit će samopouzdanje.

Samohrana majka će sama odgajati svoje dijete, neće imati privatnosti ili podrške u svojim postupcima. Patronažna sestra treba imati informaciju o resursima u zajednici koji samohranim majkama mogu pomoći u pronalaženju načina pri zadovoljavanju potreba djeteta i očuvanju dojenja.

Istraživanje je pokazalo da depresivnost mjerena BDI, ima nisku pozitivnu povezanost depresivnosti nakon poroda i promjene tjelesne težine ($r_s=0,202$, $p<0,05$) i dužine ($r_s=0,160$, $p<0,05$) od poroda do trećeg mjeseca, odnosno depresivnost roditelja čije je dijete brže napredovalo bila je viša u odnosu na djecu koja su sporije napredovala. Ovu značajnost bi bilo dobro potkrijepiti podacima o dojenju. Ukazana je potreba postavljanja pitanja jesu li ta djeca koja su brže napredovala dojena ili ne. Također je postavljeno i pitanje kod promatranja odnosa napretka djeteta i simptoma mjenjenih s KPSO, gdje se pokazala blaga pozitivna povezanost izraženosti simptoma nakon poroda i promjene tjelesne težine ($r_s=0,261$, $p<0,05$),

promjene dužine ($r_s=0,213, p<0,05$) i promjene opsega glavice ($r_s=0,176, p<0,05$) od poroda do trećeg mjeseca.

Dokazano je da dojenje pospješuje kognitivni razvoj, djelovanjem optimalnog sastava majčina mlijeka i utjecaja pojedinih sastojaka koji stimuliraju razvoj mozga, a nema ih u drugim vrstama mlijeka, stvaranjem odgovarajuće povezanosti (engl. *bonding*) majke i djeteta tijekom čina dojenja i drugačijeg obrasca ponašanja kod majki koje doje. Duljina dojenja je indikator interesa, vremena i energije koju majka želi uložiti u razvoj djeteta. Majke koje dulje doje provode više vremena s djetetom ostvarujući interakciju koja pogoduje njegovom kognitivnom i intelektualnom razvoju(110).

Dojenje igra važnu ulogu u socijalnom i emocionalnom razvoju djeteta. Prije više od 40 godina, Niles Newton objavio je prva promatranja razlika djece u dobi od 3 godine koja su bila dojena više od 6 mj. i djece koja su od rođenja hranjena na bočicu (156). Djeca koja su bila dojena bila su otvorenija, socijalno sigurnija i naprednija na razvojnim skalama.

Za uspješno dojenje majka se priprema prije i za vrijeme trudnoće, pri čemu je najvažnije razvijanje pozitivnog stava o dojenju. Značajnu ulogu ima okruženje naklonjeno dojenju, edukacija o dojenju putem pisanih informacija i javne promidžbe, podrška obitelji i zdravstvenih djelatnika. Majci prilikom dojenja bitnu podršku daje uloga oca, koji, ako je upoznat s prednostima dojenja, pokazuje pozitivan stav prema dojenju i u znatnoj mjeri pomože majci.

Postnatalna depresija je rijetko istraživana kod očeva, a jednako utječe na život djeteta i funkcioniranje obitelji. Psihosocijalni problemi novih očeva su zapostavljeni i ignorirani, te postnatalna depresija očeva ostaje neprepoznata i pripisuje se samo majkama. Često zbog toga primaju manje socijalne podrške. Opterećeni su s odgovornošću pružanja osjećaja sigurnosti i odgovarajućih životnih uvjeta i moraju se prilagoditi novonastalim promjenama u svom načinu života. U slučaju kada majka oboli od postnatalne depresije trebaju se prilagoditi i prihvatiti promjene kao i preuzeti novu ulogu, kako bi obitelj nastavila funkcionirati(157). Mnogi znanstvenici i kliničari, koji se bave ovom problematikom, ističu da se ona može dogoditi unutar prve godine života, kada su očevi jako zabrinuti. Najčešće se javljaju tužno raspoloženje, gubitak interesa, pad aktivnosti, mršavljenje ili povraćanje, nesаница ili mentalni nemir, umor ili nedostatak energije, osjećaj bezvrijednosti ili krivnje, slaba koncentracija i sposobnost razmišljanja i ponavljajuće misli o smrti.

Ti simptomi su jače izraženi kod očeva koji ne rade i više vremena provode kod kuće. Kad su očeve ekonomske mogućnosti ograničene oni su opterećeni s odgovornošću pružanja osjećaja sigurnosti i odgovarajućih životnih uvjeta. Istraživanja o depresivnosti pokazala su da 10% očeva ima višu razinu tjeskobe i straha(157). Razdražljivost koja se javlja kod očeva, češće je bila povezana sa besanim noćima zbog djetetovog plača, nego sa simptomima depresije(158).

Očevu pojačanu brigu za dijete istraživanja povezuju s manjom razinom testosterona koja se smanjuje par mjeseci prije poroda i ostaje izvjesno vrijeme nakon poroda u odnosu na većinu očeva(159). Istraživanja sugeriraju da takav pad dovodi do manje agresije i jače veze s novorođenčecom.

Privrženost između oca i djeteta pojačava se nazočnošću oca na porodu. Očevi imaju drugačiju interakciju s djetetom koju nazivamo zaokupljanje pozornosti. Interakcija između roditelja i djeteta tijekom prvih mjesec dana je proces upoznavanja i ako postoji nesklad između maštanja roditelja kakvo će njihovo dijete biti i stvarnosti, roditelji kasne u procesu stvaranja privrženosti.

Iz prakse je potvrđeno da ginekolog tijekom trudnoće, osim njenog redovitog praćenja, informira trudnicu o prednostima dojenja za dijete i majku, potiče motivaciju za dojenje, vodi brigu o njenom emocionalnom stanju te prepoznaje mentalne poremećaje. Psihički poremećaji imaju utjecaj na majčino funkcioniranje i dolazi do narušene interakcije između majke i djeteta. Majka djetetu pruža manje topline, smanjuje se njena osjetljivost za djetetove potrebe i može doći do neprihvatanja djeteta.

S obzirom na važnost mentalnog zdravlja, razna istraživanja pokazala su da zadovoljni ljudi dobivaju više pozitivnih emocija i više pozitivnih događanja iz svoga okruženja. Stoga je važnost zdravlja više istaknuta u trudnoći i nakon poroda, kada žene trebaju promovirati svoje fizičke i psihičke sposobnosti. One koje su sačuvale svoju fizičku aktivnost ili su je povećale u tom životnom razdoblju smanjile su mogućnost razvitka postporođajne depresije (160).

Korištenje mjera protiv depresivnih simptoma uključuje prakticanje vjere, molitve, tjelovježbe i pronalaženje aktivnosti koje pružaju relaksaciju. Stručnu pomoć pruža tim stručnjaka, a žene moraju imati informaciju o njihovoj dostupnosti. Najčešći problemi javljaju se kod žena koje ne mogu shvatiti da su oboljele od postpartalne depresije, kod onih koje skreću pozornost na promjene u ponašanju i onih koje ne znaju izraziti svoje emocije i

zbunjenost. Žene moraju znati pravovremeno zatražiti pomoć u njezi dojenčeta, obavljajući kućanskih poslova, uključujući supruga, članove obitelji i prijatelje.

Postpartalna depresija povezana je s povećanim korištenjem zdravstvenih usluga, socijalne skrbi i povećanim ekonomskim troškovima, a samim tim i povećanjem troškova u zajednici(161). Niži ekonomski status povećava rizik za razvoj postporodajne depresije zbog visoke razine stresa koji proizlazi iz financijskih problema i nedostatka materijalnih sredstava.

Zdravstveni sustav treba osigurati dobre standarde za žene u vrijeme trudnoće kako bi se ranim intervencijama omogućilo prepoznavanje razvoja depresije, pratili rizični čimbenici i provelo učinkovito liječenje žena u trudnoći i postpartalnom dobu(162). Do danas ne postoje dobro osmišljene smjernice koje bi pomogle u probiru depresije i koristile ženama u trudnoći ili poslije poroda(163).

Preporuke Američke psihološke akademije bile su da treba povećati svjesnost o važnosti mentalnog zdravlja; to treba biti fokus nacionalne politike i praćenje populacije od rođenja(164).

Dokazano je da bitnu ulogu za podršku obitelji i razvoj zajednice imaju tečajevi za trudnice koji sve više u svojim programima posvećuju pozornost poremećajima za vrijeme trudnoće i nakon poroda(165), u kojima trebaju jednako sudjelovati očevi i treba ih uključiti u preventivne programe(147).

7. ZAKLJUČCI

I.

Na EPDS skali perinatalne depresije većina ispitanica je imala broj bodova imala <10 , što govori da nisu imale rizik za perinatalnu depresiju, što je bilo i očekivati, jer su u ispitivanju sudjelovale zdrave trudnice. Povišen rizik za perinatalnu depresiju imalo je 15,3% ispitanica, što se uklapa u istraživanja koja su se provodila u svijetu. Izraženi rizik za perinatalnu depresiju je imalo 7,7% ispitanica, a rezultati nisu bili povezani s dobi, obrazovanjem i bračnim statusom.

II.

Rezultati mjereni BDI i BAI dominantno su niži, što potvrđuje da su to normalne promjene raspoloženja. Graničnu sliku depresije pokazalo je 2,2% ispitanica, a jedna ispitanica imala je simptome s umjereno izraženom depresijom. Na BAI 74% ispitanica pokazuje minimalnu razinu anksioznosti, a 1,1% snažno izraženu anksioznost. Ispitanice koje su na BDI imale simptome umjerene depresije možemo povezati s BAI i izraženim rizikom za PPD na EPDS. Rezultati mjereni na KPSO dominantno su niži, a 7 (3,6%) ispitanica imalo je rezultat veći od 25, dok je jedna ispitanica imala 42,5 (0,5%) boda.

III.

Duljina dojenja za prvo, drugo i treće dijete, traje od 7 do 10 dana, ovisno kada je bila prva kućna posjeta nakon izlaska iz rodilišta, i sve do dvije godine za prethodno rođenu djecu. Nakon izlaska iz rodilišta 173 (89,2%), majke su dojile svoju djecu, a krajem trećeg mjeseca 100 (62,5%). Srednja vrijednost tjelesne težine djece po porodu bila je 3405 g., dužina je 50 cm, a opseg glavice 35 cm. Krajem trećeg mjeseca težina je bila 6100 g., dužina 62 cm i opseg glavice 40 cm.

IV.

Depresivnost roditelja krajem trećeg mjeseca nakon poroda koje nisu dojile svoju djecu statistički je značajna ($t=2,05$, $p<0,05$). Depresivnost roditelja koje tri mjeseca nakon poroda ne doje svoje dijete ($M=3,53$) jače je izražena od depresivnosti roditelja koje nakon tri mjeseca od poroda doje svoje dijete ($M=2,28$). Anksioznost mjerena BAI, nakon poroda je statistički negativno povezana (r_s -,430) s trajanjem dojenja trećeg djeteta.

V.

Spearmanovim koeficijentom korelacije pronađena je niska pozitivna povezanost depresivnosti nakon poroda i promjene tjelesne težine ($r_s=0,202$, $p<0,05$) i dužine djeteta ($r_s=0,160$, $p<0,05$) od poroda do trećeg mjeseca.

VI.

Promatranjem odnosa napretka djeteta i simptoma mjerenih s KPSO, pokazala se blaga pozitivna povezanost izraženosti simptoma nakon poroda i promjene tjelesne težine ($r_s=0,261$, $p<0,05$), promjene dužine ($r_s=0,213$, $p<0,05$) i promjene opsega glavice ($r_s=0,176$, $p<0,05$) od poroda do trećeg mjeseca.

VII.

Rezultati ukazuju na važnost pravovremenog prepoznavanja psihičkih poremećaja nakon poroda i stvaranje pozitivne interakcije između majke i djeteta. Dobiveni podaci koristit će zdravstvenim djelatnicima koji pomažu i pružaju potporu ženama nakon poroda, u izgradnji i podizanju samopouzdanja majke, te će pomoći majkama u razvoju privrženosti sa svojom djecom. Podaci će također poslužiti u razvoju novih preventivnih metoda i strategija u pristupu ženama tijekom trudnoće i nakon poroda.

VIII.

Majka je ključna osoba za djetetov razvoj koji ovisi o nizu čimbenika iz okruženja i brojnim mjerama zdravstvene, socijalne i obrazovne skrbi.

U Republici Hrvatskoj nema puno provedenih istraživanja s temom pojavnosti perinatalnih poremećaja i njihovog utjecaja na rani emocionalni razvoj. Uloga očeva je bitna, ali nedovoljno istražena.

Potrebno je senzibilizirati stručne službe i javnost o pojavi poremećaja u trudnoći i nakon poroda te provoditi pravovremeno liječenje. Tijek trudnoće utječe na pravilan razvoj djeteta, emocionalne komunikacije i sigurne privrženosti.

8. SAŽETAK

Žena u trudnoći doživljava niz bioloških i psiholoških poremećaja, koji imaju utjecaj na rast i razvoj djeteta, odnose u obitelji i cijelu zajednicu. Pojavnost perinatalnih poremećaja je stanje kojem treba dati veće značenje.

Cilj: cilj ovog istraživanja je steći uvid u pojavnost poremećaja raspoloženja koji se javljaju u perinatalnom periodu te povezanost tih poremećaja s postpartalnim periodom i napredovanjem djeteta.

Nacrt studije: prospektivna kohortna studija

Ispitanici i metode: U istraživanje su bile uključene zdrave trudnice u zadnjem trimestru trudnoće, ukupno 209 trudnica, 197 babinjača i 160 roditelja krajem trećeg mjeseca nakon poroda. Istraživanje je provedeno putem anonimne ankete sa sociodemografskim podacima. Instrumenti koji su korišteni u istraživanju su Edinburška skala postpartalne depresije (EPDS), Beckov inventar depresije (BDI) i Beckov inventar anksioznosti (BAI), te kratka psihijatrijska skala (KPSO).

Rezultati: Rezultati istraživanja pokazali su da je 15,3% ispitanica imalo blagi rizik za pojavu perinatalne depresije, s rezultatom ≥ 10 bodova na EPDS, a 7,7% je imalo izražen rizik s rezultatom od 13 do 20 bodova na EPDS. U istraživanju je korišten i BDI koji je pokazao da je 3,8% ispitanica imalo blage poremećaje raspoloženja. BAI je pokazao da je 74% ispitanica pokazalo minimalnu razinu anksioznosti, a 1,1% imalo je izraženu anksioznost. Nakon izlaska iz rodilišta 89,2% roditelja dojilo je svoju djecu, a krajem trećeg mjeseca 62,5% učinilo je isto. Depresivnost roditelja krajem trećeg mjeseca nakon poroda koje nisu dojile svoju djecu statistički je značajna ($t=2,05$, $p<0,05$). Spearmanovim koeficijentom korelacije pronađena je niska pozitivna povezanost depresivnosti nakon poroda i promjene tjelesne težine ($r_s=0,202$, $p<0,05$) i dužine djeteta ($r_s=0,160$, $p<0,05$) od poroda do trećeg mjeseca. Rodilje koje su kraće dojile treće dijete više su depresivne i anksiozne u usporedbi s ostalim roditeljama koje su dulje dojile svoju djecu.

Zaključak: Identifikacija perinatalne depresivnosti tijekom trudnoće omogućava zdravstvenim djelatnicima praćenje rizičnih trudnica sa mjerama pojačanog nadzora, također i provođenje preventivnih intervencija te postavljanje dijagnoze perinatalne depresije uz pomoć kliničkih intervencija.

Ključne riječi: dojenje, postpartalni anksiozni poremećaji, postpartalna depresija, napredovanje djeteta

9. SUMMARY

CORRELATION BETWEEN MENTAL STATE OF HEALTHY WOMEN WHO GAVE BIRTH, THE LENGTH OF BREASTFEEDING AND CHILD'S DEVELOPMENTAL PROGRESS

During the pregnancy women experience a series of biological and psychological disturbances that affect growth and development of the child, family relationships and entire society. There should be paid more attention to perinatal disorders.

Aim of study: The aim of this study is to gain insight into the appearance of mood disorders that appear during the perinatal period, and the correlation of these disorders with postpartal period and child's development.

Draft of study: prospective cohort study

Examinees and methods: The study involved healthy pregnant women in the last trimester of pregnancy, a total of 209 pregnant women, 197 puerperas and 160 pregnant women at the end of the third month after delivery. The study was conducted through an anonymous survey of sociodemographic data. The instruments used in the study were Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).

Results: The results showed that 15.3% of respondents had a slight risk of perinatal depression, with a score of ≥ 10 points on the EPDS, and 7.7% had a risk with a score from 13 to 20 points on the EPDS. The study also used a BDI, which showed that 3.8% of respondents had mild depressive symptoms. BAI has shown that 74% of respondents showed a minimum level of anxiety, and 1.1% had a pronounced anxiety. After leaving the maternity hospital 89.2% of new mothers breastfed their children, and at the end of third month after delivery 62.5% of them. Statistically significant ($t=2.05$, $p<0.05$) was the occurrence of depression among the new mothers who did not breastfeed their children. Spearman's correlation coefficient discovered low positive correlation between depression after delivery and weight changes ($r_s = 0.202$, $p < 0.05$) and the length of the child ($r_s=0,160$, $p<0,05$) from birth to three months. New mothers who breastfed their third child shorter were more depressed and anxious than other mothers who breastfed their children during longer period.

Conclusion: Identification of perinatal depression during pregnancy allows health professionals to follow pregnant women at risk with increased supervision, to provide preventive interventions and diagnosis of perinatal depression with the help of clinical interventions.

Key words: lactation, postpartum anxiety disorders, postpartum depression, child development.

10. LITERATURA

1. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science* 1995;269:799–801.
2. Satyanarayana VA, Desai G, Chandra PS. Psychosocial issues and reproductive health conditions: An interface. U: Edited P S. i sur., ur. *Contemporary Topics in Women's Mental Health: Global perspectives in a changing society*. Okasha: John Wiley & Sons, 2009; str.228-257.
3. Lederer P. Gender differences in the prevalence of depression. Diss. Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, 2014.
4. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta –analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(10):1012-1024.
5. American College of Nurse Midwives. Depression in women. 2011. Dostupno na adresi: http://www.midwife.org/siteFiles/position/Depression_in_Women_05. Datum pristupa: 26.12.2015.
6. Ljubičić Đ. i sur. Depresija i duhovnost. Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci; 2010.
7. World Health Organization. Gender and women's health. 2011. Dostupno na adresi: http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/ Datum pristupa: 28.12.2015.
8. Fazlagić A. Psihološki korelati postpartalne depresije. *Acta Medica Medianae*. 2011;50(4):62-68.
9. Arlington VA. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Am Psychiatric Publ. 2013.
10. MKB-10, Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, deseta revizija, Zagreb: Medicinska naklada; 1999.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for perinatal depression. Committee Opinion No. 630. *Obstet Gynecol*. 2015;125:1268-71. Dostupno na adresi: <http://www.acog.org/Womens-Health/Depression-and-Postpartum-Depression> Datum pristupa: 20.12.2015.

12. Vuković O. i sur. "Perinatalna psihijatrija: smernice u kliničkoj praksi." *Engrami* 2008;30: 47-52.
13. Storksens HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013;92(3):318-24.
14. Cantwell R, Cox JL. Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Curr Obstet Gynaecol.* 2003;16(1):14-20.
15. MZISS. Program mjera zdravstvene zaštite u patronažnoj zaštiti. NN 156/2008.
16. Mikšić Š. Dojenje i rana intervencija patronažnih sestara. Medicinski fakultet, Sveučilište u Osijeku; 2012.
17. Degmečić D. Mentalno zdravlje žena. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
18. Studd J, Nappi RE. Reproductive depression. *Gynecol Endocrinol.* 2012;28(1):42-45.
19. Kurjak A. i sur. Ginekologija i perinatologija II. Varaždinske toplice: Tonimir; 2003.
20. Pearlstein T. i sur. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200(4):357-364
21. Biaggi A, Conroy S, Powlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord.* 2015;191: 62-77.
22. Horowitz JA, Connel WF. A Community-Based Screening Initiative to Identify Mothers at Risk for Postpartum Depression. *JOGNN.* 2010;40:52-61.
23. Gjerdingen D. i sur. Changes in depressive symptoms over 0-9 months postpartum. *J Womens Health.* 2011;20:381-386
24. Hirst, K.P, Moutier CY. Postpartum major depression. *Am Fam Physician.* 2010; 82(8): 926-933. Dostupno na: <http://www.aafp.org/afp/990415ap/2247.html> Datum pristupa: 28.12.2015.
25. Savitz DA, Stein CR, Ye F, Kellerman L, Silverman M. The epidemiology of hospitalized postpartum depression in New York State, 1995-2004. *Ann Epidemiol.* 2011; 21(6): 399-406.
26. Dorheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Can Insomnia in Pregnancy Predict Postpartum Depression? A Longitudinal, Population-Based Study. *PLoS ONE.* 2014; 9(4):e94674.

27. Myers ER, et al. Efficacy and safety of screen-ing for postpartum depression. Comparative Effectiveness Review 106. AHRQ Publication No. 13-EHC064-EF. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. Dostupno na adresi: <http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/379/1437/postpartum-screening-report-130409.pdf> Datum pristupa: 25.12.2015.
28. Palladino CL, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold KJ. Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstet Gynecol.* 2011;118:1056–63.
29. Gluckman PD, Hanson MA, Cooper C, Thornburg KL. Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *N Engl J Med.* 2008;359(1):61-73.
30. Olivier JD, Akerud H, Sundstrom Poromaa I. Antenatal depression and antidepressants during pregnancy: unraveling the complex interactions for the offspring. *Eur J Pharmacol.* 2015;753:257-62.
31. Fonseca Machado Mde O, Alves LC, Haas VJ, Monteiro JC Gome Sponholz F. Under the shadow of maternity: pregnancy, suicidal ideation, and intimate partner violence. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;37(4-5):258-64.
32. Zapata LB. Orphaned and abused youth are vulnerable to pregnancy and suicide risk. *Child Abuse Negl.* 2013;37(5): 310–19.
33. Davidson MR, London ML, Ladewig PA. *Old's maternal-newborn nursing and women's health across the lifespan, (9th ed).* Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2012.
34. Stone SD, Meken AE. *Perinatal and postpartum mood disorders. Perspectives and treatment guide for the health care practitioner.* New York: Springer; 2008.
35. Burt V.K., Stein K.. Treatment of women. In Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO. (Eds.), *The American psychiatric publishing textbook of clinical psychiatry (5th ed.)* 2011.
36. Bick D, MacArthur C, Winter H. Depression and other psychological morbidity. In *Postnatal care: Evidence and guidelines for management.* China: Elsevier Limited. 2009;2:141-56.
37. Silverman ME i sur. The neural processing of negative emotion postpartum: a preliminary study of amygdala function in postpartum depression. *Arch Womens Ment Health.* 2011;14(4):355-59.
38. Cox JL, Murray D, Chapman GA. Controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br. J Psychiatry.* 1993;163:27-31.

39. Miller LJ. Postpartum depression. *JAMA* 2002; 287(6):762–66.
40. Aswathi A, i sur. High serum testosterone levels during postpartum period are associated with postpartum depression. *Asian J Psychiatr*. 2015;17:85-88.
41. Wei G, Greaver LB, Marson SM, Herndon CH, Rogers J; Robeson Healthcare Corporation. Postpartum depression: racial differences and ethnic disparities in a tri-racial and bi-ethnic population. *Matern Child Health J*. 2008;12(6):699-707.
42. Flores DL, Hendrick VC. Etiology and Treatment of Postpartum Depression. *Curr Psychiatry Rep*. 2002; 4:461-66.
43. Robertson E, Sherry G, Wallington T, i sur. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004; 26:289–295.
44. Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician*. 2005;51:1087–1093.
45. Ferguson SS, Jamieson DJ, Lindsay M. Diagnosing postpartum depression: can we do better? *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(5): 899-902.
46. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Women's Mental Health*. 2003;6:263-74.
47. Field T. Infants of depressed mothers. *Infant Behav Dev*. 1995;18:1-13.
48. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: Importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *J Am Bord Fam Med* 2007;20(3):280-88.
49. Parcels DA. Women's mental health nursing: depression, anxiety and stress during pregnancy. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010;17(9):813-820.
50. Hosmer DW, Lemeshow S. Logistic regression for matched case-control studies. In: Hosmer DW, Lemeshow S, editors. *Applied Logistic Regression*, second edition. New York: John Wiley & Sons; 2000. str.223–59.
51. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC: Psychiatr News; 2000.
52. Nagel-Brotzler A, Bronner J, Hornstein C, Albani C. Mental disorders in the peripartum period – early detection and multi-professional cooperation. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2005;209(2):51–8.
53. Righetti-Veltima M, Bousquet A, Manzano J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003;12:75-83.

54. Leitch S. Postpartum Depression: A Review of the Literature. St. Thomas, Ontario: Elgin-St. Thomas Health Unit; 2002.
55. Davey HL, Tough SC, Adair CE, Benzies KM. Risk Factors for Sub-Clinical and Major Postpartum Depression Among a Community Cohort of Canadian Women. *Matern Child Health J.* 2008.
56. American College of Obstetricians and Gynecologists. Ob-Gyns encouraged to screen women for depression during and after pregnancy. Dostupno na adresi: http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr01-21-10cfm Datum pristupa: 28.12.2015.
57. Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses. The role of the nurse in postpartum mood and anxiety disorders. AWHONN position statement. Dostupno na adresi: www.awhonn.org/awhonn/binary.content.do?name=Resources/. Datum pristupa: 28.12.2015.
58. American College of Nurse Midwives. Depression in Women. Position statement. Dostupno na adresi: http://www.midwife.org/siteFiles/position/Depression_inWomen_05.pdf Datum pristupa: 29.12.2015.
59. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beckov inventar depresije – drugo izdanje (BDI-II). Jastrebarsko: Naklada Slap; 2009.
60. Baer L, Mark A, Blais Editors Handbook of Clinical Rating Scales and Assessment in Psychiatry and Mental Health New York: Humana Press; 2010.
61. Milgrom J, Chichester AWG, Malden MA, Wiley J, Sons Inc S. Identifying Perinatal Depression and Anxiety. Evidence-Based Practice in Screening, Psychosocial Assessment, and Management. 2015.
62. Richards SC, O'Hara MW. Oxford Handbook of Depression and Comorbidity. Oxford; New York: Oxford University Press; 2014.
63. Munshi JM, Castro-Costa E, Dewey ME, Nazroo J, Prince M. Cross-cultural factorial validation of the Clinical Interview Schedule – Revised (CIS-R); findings from a nationally representative survey (EMPIRIC). *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2014;23(2):229–244.
64. Gotlib IH, Hammen CL. Handbook of Depression. New York: Guilford Press; 2009.

65. Cox, J.L, Holden, J.M. Sagovsky, R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782–786.
66. Beck, CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale: Development and psychometric testing. *Nurse Res*. 2000;49:272-282.
67. Alexopoulos G, Kasper S, Möller HJ, Moreno C. *Guide to Assessment Scales in Major Depressive Disorder*. New York : Springer;2014.
68. O'Hara MW. Postpartum Depression: What we know. *Journal of Clinical Psychology*. 2009; 65(12):1258-69.
69. Figueiredo B, Dias C.C., Brandão S, Catarina Canário C, Rui Nunes-Costa R. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89(4):332–8.
70. Carta G, D'Alfonso A, Parisse V, Di Fonso A, Casacchia M, Patacchiola F. How does early cognitive behavioural therapy reduce postpartum depression? *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2015;42(1):49-52.
71. Schumacher M, Zubaran C, White G. Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women Birth*. 2008;21(2):65-70.
72. Matthey S, Barnett B, Kavanagh D, Howie P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *J Affect Dis*. 2001;64(2):175-184.
73. Heifner C. The male experience of depression. *Perspect Psychiatr Care*. 1997;33(2): 10-18.
74. Winkler D, Pjrek E, Heiden A, Wiesegeger G. Gender differences in the psychopathology of depressed in patients. *Eur Arch Psych Clin Neurosci*. 2004;254(4):209-214.
75. Sheran N, Ege E, Ayranci U, Kosgeroglu N. Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates. *J Clin Nurs*. 2013;22(1-2):279-84.
76. Tuszyńska-Bogucka W, Nawr K. Paternal postnatal depression – a review. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2014;2:61–69.
77. Munk-Olsen T, Laursen T, Pedersen C, Mors O, Mortensen P. New parents and mental disorders: A population-based register study. *JAMA* 2006;296:2582-9
78. Wesseloo R, Burgerhout KM, Koorengel KM, Bergink V. Postpartum psychose in de klinische praktijk: diagnostiek, behandeling en preventie. *Tijdschr Psychiatr*. 2015;57(1):25-33.

79. Kendall RE. Epidemiology of puerperal psychoses. *The British Journal of Psychiatry*. 1987;150:662-673.
80. Melani Blecker Stockes Foundation. About postpartum psychosis. Dostupno na adresi: <http://www.melaniesbattle.org/> Datum pristupa: 29.12.2015.
81. Berkink V, Lambregtse-van den Berg MP, Koorengevel KM, Kupka R, Kushner SA. First onset psychosis occurring in the postpartum period: Prospective cohort study. *J Clin Psychiatry*. 2011. Dostupno na adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21903022> Datum pristupa: 1.1.2016.
82. Spinelli MG. Postpartum psychosis: detection of risk and management. *Am J Psychiatry*. 2009;166(4):405-408.
83. Engqvist I, Ahlin A, Ferzts g, Nillson K. Comprehensive Treatment of Women with Postpartum Psychosis across Health Care Systems from Swedish Psychiatrists' Perspectives. *Qual Rep*. 2011;16:66-83.
84. Doucet S, Jones I, Letourneau N, Dennis CL, Blackmore ER. Interventions for the prevention and treatment of postpartum psychosis: a systematic review. *Arch Women's Ment Health* 2011;14(2):89-98.
85. Hirschfeld R, i sur. Development and Validation of a Screening Instrument for Bipolar Spectrum Disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 2000;157(11):1873-75.
86. Lee D, Cha B, Park CS, Kim BJ, Lee CS, Lee S. Usefulness of the combined application of the Mood Disorder Questionnaire and Bipolar Spectrum Diagnostic Scale in screening for bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2013;54(4):334-340.
87. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2015; (191):62-77.
88. Marchesi C, Ossola P, Amerio A, Daniel BD, Tonna M, De Panfilis C. Clinical management of perinatal anxiety disorders: A systematic review. *J Affect Disord*. 2015;(190):543-50.
89. Beck CT, Watson S. Impact of birth trauma on breast-feeding: a tale of two pathways. *Nurs Res*. 2008;57(4): 228-36.
90. Austin M, i sur. Depressive and anxiety disorders in the postpartum period: how prevalent are they and can we improve their detection? *Arch Women's Ment Health* 2010;13(5):395-401.

91. Anxety Disorders Association of America. Therapy. Dostupno na adresi:
<http://www.adaa.org/finding-hepl/treatment/therapy> Datum pristupa: 31.12.2015.
92. Hou Y i sur. Cognitive behavioral therapy in combination with systemic family therapy improves mild to moderate postpartum depression. *Rev Bras Psiquiatr.* 2014;36(1):47-52.
93. Ajduković M, Kregar K, Laklija M. Teorija privrženosti i suvremeni socijalni rad. *Ljetopis socijalnog rada.* 2007;14:59-92.
94. AAP Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2012;(129):e827-41.
95. MZISS. Dojenje - dar životu. Zagreb: Stega tisak d.o.o.; 2007.
96. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding, Geneva. 2013; str.13-23.
97. Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession. Maryland Heights: Mo. 2011; str.728-737.
98. Williamson I, i sur. 'It should be the most natural thing in the world': exploring first-time mothers' breastfeeding difficulties in the UK using audio-diaries and interviews, *Mater Child Nutr.* 2012; 8(4):434-447.
99. Walker M. Breastfeeding management for the clinician: using the evidence. Sudbury, Mass. 2011; str.133-154.
100. Walker M. Breastfeeding management for the clinician: using the evidence. Sudbury: Mass; 2011; str.208-211.
101. Grgurić J. i sur., Priručnik za provođenje inicijative „Rodilište - prijatelji djece“, Zagreb: 2007; str.80-93.
102. DiPietro JA. Psychological and psychophysiological considerations regarding the maternal-fetal Relationship. *Infant and Child Development.* 2010;19(1):27-38.
103. Moore ER. Early Skin-To-Skin Contact for Mothers and Their Healthy Newborn Infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013;42:86.
104. Feler SG, Makhoul IR. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of term newborn: a randomised, controlled trial. *Pediatrics.* 2004;113:858-65.
105. Pavičić –Bošnjak A. Grupe za potporu dojenju. Priručnik za voditeljice grupa. Čakovec: Zrinski; 2000.
106. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.
107. WHO. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2003.

108. Brenner GM, Buescher ES. Breastfeeding: A Clinical Imperative. *J Women's Health*. 2011;20(12):1769.
109. Priručnik za provođenje inicijative „Rodilište – Prijatelj djece“. UNICEF; 2007.
110. Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders S, Reinish JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA* 2002;287:2365-71.
111. Mardešić D. *Pedijatrija*. Zagreb: Školska knjiga; 2000.
112. Harlow H F, Zimmermann RR. The development of affective responsiveness in infant monkeys. *Proc Am Philos Soc*. 1958;102:501-509.
113. McLeod SA. Attachment Theory. 2009. Dostupno na adresi: www.simplypsychology.org/attachment.html Datum pristupa: 8.12.2016.
114. Čudina-Obradović M, Obradović J. *Psihologija braka i obitelji*. Zagreb: Golden marketing-tehnička knjiga; 2006.
115. Vasta R, Heith M, Miller SA. *Dječja psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1998.
116. Zelkowitz P. i sur. Psychosocial stress moderates the relationships between oxytocin, perinatal depression, and maternal behavior. *Horm Behav*. 2014; 66(2): 351-60.
117. Grgurić J. i sur. Priručnik za provođenje inicijative „Rodilište - prijatelji djece“, Zagreb: 2007; str.59.
118. Sibolboro Mezzacappa E, Endicott J. Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(6):259-66.
119. Briggs G, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in pregnancy and lactation: A reference guide to fetal and neonatal risk*, 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams i Wilkins; 2011.
120. Begg EJ, Atkinson HC, Duffull SB. Prospective evaluation of a model for the prediction of milk:plasma drug concentrations from physicochemical characteristics. *Br J Clin Pharmacol*. 1992;33:501-5.
121. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WCS, Helms PJ. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development. *Br J Psychiatry*. 2007;191:378-86.
122. Kolčić I. Kohortno istraživanje. U: Kolčić, I, Vorko-Jović A. *Epidemiologija*. Zagreb: Medicinska naklada, 2012; str.79-97.

- 123.Overall, JE, Gorham DR: The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology Bull.*1988;24:97-99.
- 124.Carolan-Olah M, Barry M. Antenatal stress: an Irish case study. *Midwifery.* 2014; 30(3):310-6.
- 125.Jorm AF, Korten AE., Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia,* 1997;166(4):182. Dostupno na adresi: <https://www.mja.com.au/journal/1997/166/4/mental-health-literacy-survey-publics-ability-recognise-mentaldisorders-and> Datum pristupa: 6.1.2016.
- 126.Jorm A.F. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist.* 2012;67:231–243.Dostupno na adresi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0025957> Datum pristupa: 6.1.2016.
- 127.Ko JK, Farr SL, Dietz PM, Robbins CL. Depression and treatment among U.S. pregnant and nonpregnant women of reproductive age, 2005-2009. *J Womens Health,* 2012;21(8):830–836.
128. Lee D, Chung T. Postnatal depression: An update. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology,* 2007;21:183–191.
- 129.Mohammad KI, Gamble J, Creedy DK. Prevalence and faktors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women. *Midwifery.* 2011;27(6):e238-45.
- 130.Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord.* 2006;91:97–111.
- 131.Olivier JD,Akerud H, Sundstrom P. Antenatal depression and antidepressants during pregnancy: unraveling the complex interactions for the offspring. *Eur J Pharmacol* 2015;753:257-62.
- 132.Lanes A, Jennifer L Kuk JL, TamimH. Prevalence and characteristics of Postpartum Depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *Public Health.* 2011;11:302.
- 133.World Health Organization, Geneva. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries. Report of the meeting held in Geneva, Switzerland, 2008.

134. Do T, Hu Z, i sur. Depression and suicidality during the postpartum period after first time deliveries, active component service women and dependent spouse, U.S. Armed Force, 2007-2012. *MSMR*. 2013;20(9):2-7.
135. Nakić Radoš S, Herman R, Tadinac M. Is the Predictability of New-Onset Postpartum Depression Better During Pregnancy or in the Early Postpartum Period? A Prospective Study in Croatian Women. *Heal Care Women Int*. 2016; 37 (1): 23-44.
136. Kitanović Dmitrović B, Gojnić Dugalić M, Nikolić Balkolski G, Dmitrović A, Soldatović I. Frequency of perinatal depression in Serbia and associated risk factors. *Int J Soc Psychiatry* 2014;60:528-532.
137. Program za zaštitu i promicanje dojenja od 2015. do 2016. U: Nacionalna strategija razvoja zdravstva od 2012. do 2020. Zagreb; Ministarstvo zdravlja 2015.
138. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr*. 2005;8(1):39-46.
139. Grgurić J. Anticipatory approach in promotion breastfeeding. *Proceedings Book of the 7th Symposium on Breastfeeding and Lactation*. Laško, Slovenija 2011; str.31-42.
140. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(6):734-44.
141. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1986.
142. Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM, Flegal KM, Guo SS, Wei R. *CDC Growth Charts: United States*. URL: Dostupna na adresi: <http://cdc.gov/growthcharts> Datum pristupa: 25.1.2016.
143. WHO. Breastfeeding in the WHO multicentre growth reference study. *Acta Paediatrica* 2006;95(450):16-26.
144. WHO. Complementary feeding in the WHO multicentre growth reference study. *Acta Paediatrica* 2006;95(450):27-37.
145. Castro Dias C, Figueiredo B. Breast feeding and depression: A systematic review of the literature. *J Affect Disord*. 2015;171:142-54.
146. Mezzacappa ES, Endicott J. Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10:259-66.

147. Goyal D, Gay C, Lee K. Fragmented maternal sleep is more strongly correlated with depressive symptoms than infant temperament at three months postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2009;12:229-37.
148. Melrose S. Paternal postpartum depression: How can nurses begin to help. *Contemporary Nurs* 2010;34(2):199-210.
149. Paulson J, Dauber S, Leiferman J. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics* 2006;118: 659-68.
150. Denenberg VH, Brumaghim JT, Haltmeyer GC, Zarrow MX. Increased adrenocortical activity in the neonatal rat following handling. *Endocrinology* 1967; 81:1047–1052.
151. Britton JR. Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: Prevalence and correlates. *Acta Paediatrica*, 2005;94:1771-776.
152. Bandelow B, Sojka F, Broocks A, Hajak G, Bleich S, Ruther E. Panic disorder during pregnancy and postpartum period. *European Psychiatry*, 2006; 2:495-500.
153. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*. 2004;80(1):65-73.
154. Guy S, Sterling SB, Walker LO, Harrison TC. Mental Health Literacy and Postpartum Depression: A Qualitative Description of Views of Lower Income Women. *Arc Psychiatr Nurs*. 2014;28:256-262
155. Edhborg M, Friberg M, Lundh W, Widstrom A. “Struggling with life”: narratives from women with signs of postpartum depression. *Scand J Public Health* 2005;33: 261–67.
156. Newton N. The uniqueness of human milk. Psychological differences between breast and bottle feeding. *Am J Clin Nutr* 1971;24(8):993-1004.
157. Tuszyńska-Bogucka W, Nawra K. Paternal postnatal depression - a review. *Arc Cercle*. 2014;2:61-9.
158. Kim P, Swain JE. Sad Dads: Paternal postpartum depression. *Psych*. 2007;4(2):36–47.
159. Fleming A, Corter C, Stallings J, Steiner M. Testosterone and prolactin are associated with Emotional responses to infant cries in new fathers. *Horm Beh*. 2002;42(4):399–413.

160. Bahadoran P, Tirkesh F, Hamid Reza Oreizi HR. Association between physical activity 3-12 months after delivery and postpartum well-being. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2014;19(19):82-7.
161. Edeka IP, Petrou S, Ramchandani PG. Healthcare costs of paternal depression in the postnatal period. *J Affect Disord.* 2011;133:356–60.
162. Thombs BD, Stewart DE. Depression screening in pregnancy and postpartum: Who needs evidence? *J Psychosom Res.* 2014;76:492–93.
163. Thombs BD, i sur. Depression screening and patient outcomes in pregnancy or postpartum: A systematic review. *J Psychosom Res.* 2014;76:433–46.
164. American Psychological Association. *PsycINFO News.* 2012. Dostupno na adresi: <http://www.apa.org/pubs/databases/news/2012/03/2012-conferences.aspx> Datum pristupa: 8.1.2016.
165. Pavičić Bošnjak A. Grupe za potporu dojenju. U: Stanojević M, ur. *Priručnik za predavače na trudničkim tečajevima.* Zagreb: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske, Ured UNICEF-a za Hrvatsku, 2010; str.85-7.

11. ŽIVOTOPIS

Cepelićev prolaz 1 A, 31400 Đakovo, Hrvatska

TELEFON: 031/ 814-545, 098/ 700-654, E- MAIL: steficamiksic@gmail.com

ŠTEFICA MIKŠIĆ

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Štefica Mikšić
Datum i mjesto rođenja: 16. lipnja 1964., Đakovo
Adresa: Cepelićev prolaz 1A, 31400 Đakovo
Telefon: 031/ 814-545, 098 700-654
E – mail: steficamiksic@gmail.com

OBRAZOVANJE

2012. Poslijediplomski doktorski studij, Biomedicina i zdravstvo
2010. - 2012. Medicinski fakultet u Osijeku; Sveučilišni diplomski studij sestrinstva
2007. - 2008. Studij sestrinstva Osijek; razlikovna godina – prvostupnica sestrinstva
1986. - 1989. Visoka Zdravstvena škola, Zagreb – viša medicinska sestra
1978. - 1983. Medicinska škola, Osijek; smjer medicinska sestra

RADNO ISKUSTVO

2014. - Kumulativni radni odnos 20%, Medicinski fakultet u Osijeku, asistent iz znanstvenog područja Biomedicina i zdravstvo, znanstvenog polja kliničkih medicinskih znanosti, znanstvene grane sestrinstvo na Studiju sestrinstva Medicinskog fakulteta Osijek
2005. - Dom zdravlja Đakovo, glavna sestra Doma zdravlja Đakovo, pomoćnik ravnatelja za sestrinstvo
2004. - Voditelj trajne edukacije medicinskih sestara/tehničara u DZ Đakovo
1996. - 2005. Patronažna sestra u DZ Đakovo

1993. - 1996. Dom za stare i nemoćne „G. Hes“ Đakovo, glavna sestra Doma za stare i nemoćne „G. Hes“ Đakovo
1985. - 1993. Dom za stare i nemoćne „G Hes“ Đakovo, Voditelj kućne njege i pomoći

AKTIVNOSTI I STRUČNA USAVRŠAVANJA

POSEBNA ZNANJA I VJEŠTINE

Rad na računalu: aktivno i svakodnevno korištenje MS Office paketa; Interneta.

Položen vozački ispit – B kategorija

OBJAVLJENI RADOVI

IZVORNI ZNANSTVENI I PREGLEDNI RADOVI U CURRENT CONTENTS-u:

1. Rakošec Ž, Mikšić Š, Juranić B, Batinić L. Psychometric Characteristics of Croatian Version of the Daily Spiritual Experience Scale. Religions 2015; 6(2):712-723.
2. Mikšić Š, Miškulin M, Juranić B, Rakošec Ž, Včev A, Degmečić D. Depression and suicidality during pregnancy. Psychiatr Danub. 2016;28(2). Prihvaćen rad

OBJAVLJENI ZNANSTVENI RADOVI

1. Juranić B, Mikšić Š, Ljubotina D. Stavovi studenata, medicine, prava i psihologije prema distanzaciji i pravu pacijenata na suodlučivanje o postupcima liječenja u terminalnoj fazi bolesti. Soc. Psihijat. 2015; 43: 129-141.
2. Vuletić S, Juranić B, Mikšić Š, Rakošec Ž. Palijativna skrb i medicinsko duhovne potrebe terminalnih bolesnika. Bogoslovska Smotra 2014;(4).
3. Rakošec Ž, Juranić B, Mikšić Š, Jakab J, Mikšić B. Otvorena komunikacija – temelj palijativnog pristupa. Media, culture and public relations 2014;5(1): 98-103.
4. Vuletić S, Juranić B, Mikšić Š, Rakošec Ž. Biomedicinski i moralno etički aspekti distanzacije. U agoniji umiranja pred medicinskom beskorisnošću. Diaconvensia 2014; 2(39):163-200.

5. Kralj Vasilj M, Degmečić D, Včev A, Mikšić Š. Loneliness, grieving process and depression affecting people of old age. *South Eastern Europe Health Sciences Journal (SEEHSJ)* 2013;3(1):19-25.
6. Mikšić Š, Drenjančević I, Včev A, Konjarik Z. Breastfeeding and health visitors's early intervention. *South Eastern Europe Health Sciences Journal (SEEHSJ)* 2012;2(1):42.
7. Pajkinhar M, Mikšić Š, Juranić Š, Blažević I, Smješka M. Chronic sorrow. *South Eastern Europe Health Sciences Journal (SEEHSJ)* 2011;1(1):1-6.

KONGRESNA PRIOPĆENJA I AKTIVNO SUDJELOVANJE

8. V. Hrvatski kongres iz neurorehabilitacije i restauracijske neurologije s međunarodnim sudjelovanjem. Osijek 11.-14. studenog 2015. Šadl Jurković D, Mikšić Š, Konjarik Z, Ručević M. Rana intervencija u neurorazvojnim odstupanjima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. *Neurologia Croatica*. 2015; 64 (Suppl.2):str.134.
9. 2nd International Paediatric congress of Paedriatic Association of the Balkan, Ljubljana, Slovenija; 27-29 march 2015. Planinić M, Konjarik Z, Mikšić Š, Konjarik J. ACTIVE IMMUNIZATION IN PRESCHOOL CHILDREN IN CROATIA IN COMPARISON WITH TWO COUNTIES IN EASTERN SLAVONIA IN THE PERIOD FROM 2010 TO 2013.
10. Pavlović D, Mikšić Š, Sikora M. Psihosocijalne intervencije patronažne sestre stradalima u poplavama. Katastrofe prevencija i saniranje posljedica. Zbornik radova sa III. međunarodnog naučnog skupa. 27. mart 2015. Brčko.
11. XI.kongres Hrvatskog pedijatrijskog društva. Dubrovnik, 16.-19. listopada 2014. Konjarik Z, Mikšić Š, Juranić B, Rakošec Ž, Konjarik J. „Palijativna skrb djeteta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti“. *Paediatrica Croatica*. 2014; 58 (Suppl.2):77-78.
12. V. kongres Hrvatske udruge kardioloških medicinskih sestara. Zagreb, 06.-09. studenog 2014. Juranić B, Mikšić Š, Jakab J. Palijativna skrb za dekompenziranog kardiološkog bolesnika. *Cardiologia Croatica* 2014;9(9-10):468.
13. VI. kongres s međunarodnim sudjelovanjem. Globalni poremećaji – globalno opterećenje i I. konferencija Alpe-Dunav-Jadran, Migracije u profesiji. Opatija 17.-20. Rujna 2014.
14. Mikšić Š, Juranić B, Rakošec Ž, Mikšić B. Disfagija kao uzrok malnutricije kod neurološkog bolesnika. Zbornik radova, 2014;42-43.
15. Juranić B, Mikšić Š, Rakošec Ž, Jakab J. Palijativna skrb neurološkog bolesnika. Zbornik radova, 2014;37-39.

16. Blažević I, Juranić B, Mikšić Š, Rakošec Ž. Komunikacija kao jezgra palijativne skrbi. III.znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved sedajnost in prohodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb. Laško. Zbornik predavanja z recenzijo 2013;279-85.
17. Mikšić Š, Juranić B, Blažević I, Kralj-Vasilj M, Smješka M, dr. Železnik D. Usamljenost i duhovnost osoba starije životne dobi. 2. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved, Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks. Laško. Zbornik predavanj z recenzijo 2012;80-88.

RADOVI U ZBORNICIMA SKUPOVA – AKTIVNO SUDJELOVANJE

1. VI. Pomurski simpozij o kronični rani z mednarodno udeležbo z naslovom: „Kronična rana in vplivi okolja na celjenje“. 16. oktobra 2015. Moravske Toplice. Juranić B, Pavlović D, Mikšić Š. Kronična rana u palijativnoj skrbi. predavač
2. X. Simpozij patronažnih sestara. Opatija. Pavlović D, Sikora M, Mikšić Š. Priprema malog djeteta i roditelja za polazak u vrtić. Zbornik radova
3. XXIX. perinatalni dani „Ante Dražančić“ 21. – 24. listopada 2015. Split. Mikšić Š, Konjarik Z, Planinić M, Konjarik J, Juranić B. Duljina dojenja prijevremeno rođene djece. Zbornik radova Gynecologia et Perinatologia 2015; 24(Suppl.2): 123 . predavač
4. XXXVII. Simpozij preventivne i socijalne pedijatrije s međunarodnim sudjelovanjem. 9.-11. listopada 2015. Varaždin. Konjarik Z, Kunštić I, Huber I, Mikšić Š, Konjarik J. Primjeri rane intervencije i rehabilitacije djece sa poremećajima komunikacije. *Pediatr Croat.* 2015; 59 (Suppl 2): 39.
 - XXXVII. Simpozij preventivne i socijalne pedijatrije s međunarodnim sudjelovanjem. 9.-11. Listopada 2015. Varaždin. Konjarik Z, Planinić M, Vrtarić S, Konjarik J, Huber I, Mikšić Š. Poremećaji komunikacije i rana intervencija u djece predškolske dobi u Primarnoj zdravstvenoj zaštiti. *Pediatr Croat.* 2015; 59 (Suppl 2): 49.
5. Poslijediplomski tečaj trajne edukacije I. kategorije. 18.-19. rujna 2015. Đakovo: Konjarik Z, Vrtarić S, Milas V, Dobrić H, Milas K, Mikšić Š, Konjarik J. Utjecaj rane rehabilitacije i habilitacije na ishod kronične bolesti u djece. *Medicinski vjesnik* 2015;47.
6. Poslijediplomski tečaj trajne edukacije I. kategorije. 18.-19. rujna 2015. Đakovo: Vuletić S, Mikšić Š, Juranić B, Kapunović Legetin S. Utjecaj rizičnih i zaštitnih obiteljskih, društvenih i Crkvenih čimbenika na rast i razvoj djece. *Medicinski vjesnik* 2015;47.

7. XXXIX. Stručni skup „Liječenje kisikom u kući“ Škola narodnog Zdravlja „Andrija Štampar“, 12.06.2015. Zagreb. Mikšić Š, Juranić B, Rakošec Ž, Konjarik Z. Dugotrajna terapija kisikom u kućnim uvjetima. Zbornik radova
8. X. Simpozij društva patronažnih sestara HUMS-a, Osijek 15.svibanja 2015. Mikšić Š, Konjarik Z, Juranić B, Pavlović D. Granulom kao komplikacija BCG cjepiva. RAD-predavač
9. Simpozij o palijativnoj skrbi s međunarodnim sudjelovanjem Slavonski Brod 17.-18. travnja 2015. Mikšić Š, Juranić B, Rakošec Ž. Uzajamna patnja. Sažetak predavač
10. Simpozij o palijativnoj skrbi s međunarodnim sudjelovanjem Slavonski Brod 17.-18. travnja 2015. Pavlović D, Pavlović O, Mikšić Š. Alzhajmer Sažetak
11. XXVIII.Perinatalni dani „Ante Dražančić“ 6.8.XI.2014. Zagreb. Planinić M, Konjarik Z, Pavičić Bošnjak A, Konjarik J, Mikšić Š. Duljina dojenja i akutne infekcije kod djece u prve tri godine života. Zbornik radova Gynecologia et Perinatologia 2014;23(Suppl.2):113.
12. Mikšić Š, Drenjančević I, Včev A, Konjarik Z, Kralj Vasilj M, Juranić B. Povezanost dojenja s razvojem djeteta prema procjeni patronažne sestre. Zbornik radova Gynecologia et Perinatologia 2014;23(Suppl.2):114.
13. IX. Simpozij Društva patronažnih sestara HUMS-a; Zdravstvena njega u zajednici kronične nezarazne bolesti. 16. svibnja 2014. Zagreb.Mikšić Š, Juranić B, Rakošec Ž. Povjerenje i tajna u radu patronažne sestre. 2014;19-23.
14. IV.Simpozij medicinskih sestara i fizioterapeuta neurološke rehabilitacije. Osijek, 7.-10. svibnja 2013. Mikšić Š, Juranić B, Blažević I. Distanzacija-zašto nije dobar izbor. Neurologia Croatica. 2013; 62(Suppl.1):118.
15. Juranić B, Fanjek I, Mikšić B, Mikšić Š. Radno-terapijski proces u neurorehabilitaciji. Neurologia Croatica 2013; 62(Suppl.1):113-14.
16. III. hrvatski simpozij o ranoj intervenciji u djetinjstvu. Tim oko obitelji:zabluda ili stvarnost? Zadar, 26.-28.rujna 2013. Konjarik Z, Mikšić Š, Penić M, Kakaš K. Procjena ponašanja korisnika psihosocijalne patronažne skrbi. 2013;94.
17. XXVII.Perinatalni dani „Ante Dražančić“ 10.-12.X.2013. Osijek. Konjarik Z, Mikšić Š, Konjarik J, Juranić B. Podrška patronažne sestre majci po izlasku iz rodilišta. Gynaecologia et Perinatologia 2013;22(Suppl.1):112.
18. II.Simpozij s međunarodnim sudjelovanjem. Širenje znanstvenih spoznaja u zbrinjavanju neurološkog bolesnika.Opatija, 25.-28. rujna 2013. Mikšić Š, Blažević I,Juranić B.

- Sestrinska skrb za bolesnika s Multiplom sklerozom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Zbornik radova 2013;107-108.
19. Juranić B, Mikšić Š, Blažević I. Pacijent u trajno vegetativnom stanju i duhovnost obitelji. Zbornik radova 2013;101-102.
 20. Blažević I, Juranić B, Mikšić Š. Uloga medicinske sestre u duhovnoj skrbi za palijativne bolesnike. Zbornik radova 2013;98 -100.
 21. VII. simpozij patronažnih sestara. HUMS. Opatija, 18.-19. svibnja. Pavlović D, Mikšić Š. Dojenjem do zdrave budućnosti. Primarna, sekundarna i tercijarna prevencija u patronažnoj zdravstvenoj skrbi. 2012: 6.
 22. II. hrvatski simpozij o ranoj intervenciji u djetinjstvu, Djelovati rano: zašto i kako? HURID, Beli Manastir 29. rujna – 2. listopada 2011. Konjarik Z, Mikšić Š. Povezanost civilnog društva i patronažnih sestara u ranoj intervenciji. Beli Manastir. 2011;46.

ČLANCI U KNJIGAMA

1. Juranić B, Mikšić Š. Važnost obrazovanja medicinskih sestara/tehničara u palijativnoj skrbi. (ur) Đorđević V, Braš M, Brajković L. Palijativna skrb - brinimo zajedno. Zagreb: Medicinska naklada; 2014;147-49.
2. Juranić B, Mikšić Š, Vuletić S. Model palijativne skrbi-ideje i iskustva, (ur) Đorđević V, Braš M, Brajković L. Palijativna skrb, mostovi nade i čovječnosti. Zagreb: Roketa; 2012;142-54.

ČLANSTVO U UDRUGAMA:

- 2014. Hrvatski liječnički zbor (HLZ), Hrvatsko društvo za palijativnu medicinu (HDPM)
- 2014. Hrvatska udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu (HURID)
- 2014. Udruga medicinskih sestara i tehničara Hrvatske za neurologiju (UMSTHN)
- 2010. Stručno društvo patronažnih sestara
- 2010. Sudjelujem u edukaciji žena operiranih od karcinoma dojke „Roseta“ Đakovo
- 2006. Boćarski klub osoba s cerebralnom paralizom „Lastavice“ Đakovo
- 2003. Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS)
- 1995. Društvo „Naša djeca“ Đakovo
- 1995. Udruga osoba s mentalnom retardacijom – Đakovo

12. PRILOZI

1. Informirani pristanak za ispitanike
2. Sociodemografski upitnik za trudnicu
3. Sociodemografski pitnik za babinjaču
4. Sociodemografski upitnik krajem trećeg mjeseca
5. Edinburška skala postpartalne depresije
6. Beckov inventar depresije
7. Beckov inventar anksioznosti
8. Kratka psihijatrijska skala ocjenjivanja

Prilog 1. Informirani pristanak za ispitanike

INFORMIRANI PRISTANAK

Pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku u svrhu izrade doktorske disertacije provodi se istraživanje pod nazivom „**Povezanost psihičkog stanja zdravih roditelja s duljinom dojenja i napredovanjem djeteta**“.

Ciljevi ovog istraživanja su:

1. Utvrditi postoji li povezanost psihičkih smetnji tijekom trudnoće s pojavnošću psihičkih simptoma u postpartalnom periodu.
2. Utvrditi u kolikom postotku se pojavljuje anksioznost u postpartalnom periodu.
3. Utvrditi u kolikom postotku se pojavljuje depresija u postpartalnom periodu.
4. Utvrditi u kolikom postotku se pojavljuju psihotični simptomi u postpartalnom periodu.
5. Utvrditi postoji li povezanost pojavnosti psihičkih smetnji i duljine dojenja.
6. Utvrditi postoji li povezanost pojavnosti psihičkih smetnji s napredovanjem djeteta.
7. Pronaći uvjerljive i efikasne načine prepoznavanja psihičkih smetnji u postpartalnom periodu radi bržeg pružanja adekvatne medicinske skrbi.

Sudjelovanje u istraživanju je anonimno i dobrovoljno, te možete odustati u bilo koje vrijeme i bez posebnog obrazloženja.

Ako imate bilo kakva pitanja o svojim pravima kao subjekta u istraživanju za vrijeme i nakon završetka istraživanja, možete kontaktirati Šteficu Mikšić na telefon: 031/814-545 ili mobitel: 098/700-654. Ovime izjavljujem da sam u potpunosti upoznata s detaljima istraživanja. Na sva postavljena pitanja je odgovoreno i u potpunosti sam razumjela odgovor.

Potvrđujem da sam voljna sudjelovati u istraživanju.

Ime ispitanika

Ime osobe koja provodi anketiranje

U _____ 2015.g.

(naziv mjesta i datum)

SOCIODEMOGRAFSKI UPITNIK

RB _____

TRUDNICA

1. Koliko godina imate? _____
2. Bračno stanje:
 - a) U braku
 - b) Izvanbračna zajednica
 - c) Živi sama
 - d) Rastavljena

3. S kim živite?
 - a) Sama
 - b) Sa suprugom
 - c) Uža obitelj (suprug, djeca)
 - d) Šira obitelj (suprug, djeca, roditelji)
 - e) Ostali

4. Mjesto u kojem živite je:
 - a) Manje od 1000 stanovnika
 - b) Od 1001 do 10 000 stanovnika
 - c) Od 10 001 do 50 000 stanovnika
 - d) Više od 50 000 stanovnika

5. Obrazovanje:

- a) Nezavršena osnovna škola
- b) Završena osnovna škola
- c) Završena srednja škola
- d) Završena viša škola
- e) Završen fakultet i više

6. Radni odnos:

- a) Zaposlena
- b) Nezaposlena
- c) Povremeno zaposlena

7. Koja Vam je ovo trudnoća: (upišite broj) _____

8. Do sada ste imali poroda: (upišite broj) _____

Prijašnje trudnoće i porođaj (molim Vas zaokružite jedan odgovor DA ili NE)

9.	Prijevremeni porođaj	DA	NE
10.	Spontani porođaj	DA	NE
11.	Mrtvorodenost	DA	NE
12.	Imali ste komplikacija tijekom prijašnjih trudnoća	DA	NE
13.	Imali ste komplikacija tijekom prijašnjih porođaja	DA	NE

Sadašnja trudnoća (molim Vas zaokružite jedan odgovor DA ili NE)

14.	Trudnoća je pod kontrolom ginekologa	DA	NE
15.	Trudnoća je rizična	DA	NE

16.	Preporučeno Vam je mirovanje tijekom trudnoće	DA	NE
17.	Prošli ste program trudničkog tečaja	DA	NE
18.	Suprug će biti prisutan na porodu	DA	NE

Osobne navike (molim Vas zaokružite jedan odgovor DA ili NE)

19.	Konzumirate li droge	DA	NE
20.	Puшите li cigarete	DA	NE
21.	Konzumirate li alkohol	DA	NE

22. Koristite li lijekove: DA NE

23. Koje lijekove koristite (na ovo pitanje odgovorite ako ste na prethodno pitanje odgovorili DA) _____

Prilog 3. Sociodemografski upitnik za babinjaču

BABINJAČA (prva kućna posjeta)

RB _____

1. Porod: _____ (po redu)

2. „ROOMING IN“ DA - NE

3. Rođenje djeteta:
 - a) rođeno u terminu (37-42 tjedana)
 - b) prijevremeno rođeno (prije navršenih 37 tjedana)

4. Porodajna masa _____; dužina _____ cm;
Opseg glavice _____ cm; Apgar 1' _____, 5' _____.

5. Način poroda:
 - a) vaginalno b) carski rez
 - c) epiziotomija d) analgezija

6. Kada ste odlučili dojiti svoje dijete? (zaokružite jedan odgovor)
 - a) prije trudnoće b) tijekom trudnoće
 - c) nakon poroda d) ne namjeravam dojiti

7. Koliko dugo ste dojili? (napišite za svako dijete u mjesecima)

Broj poroda	Koliko ste dugo dojili? (u danima ili mjesecima)	Vaša dob u tom trenutku	Vaš bračni status u tom trenutku: 1-udana, 2-neudana 3- izvanbračna zajednica 4- udovica
Prvo dijete			
Drugo dijete			

Treće dijete			
Četvrto dijete			
Više djece			

8. Je li Vas netko podučio kako pravilno dojiti?

- a) DA b) NE

9. Ako DA, tko?

- a) Patronažna sestra
b) Liječnik
c) Medicinska sestra u rodilištu
d) Ostali _____

10. Tko Vam daje podršku tijekom dojenja?

- a) Suprug
b) Šira obitelj
c) Zdravstvene službe, GPD-grupa za potporu dojenja

11. Majka je za dojenje:

- a) Motivirana
b) Nije motivirana
c) Djelomično motivirana

Prilog 4. Sociodemografski upitnik krajem trećeg mjeseca

PATRONAŽNA SESTRA U KUĆNOJ POSJETI

RB_____

(ovaj dio upitnika namijenjen je patronažnoj sestri u prvoj kućnoj posjeti i s tri mjeseca starosti djeteta)

1. Prvi posjet patronažne sestre djetetu nakon poroda je bio:

- a) Unutar 7 dana
- b) Unutar 10 dana
- c) Unutar 3. mjeseca

2. Majka doji dijete: a) DA b) NE

3. Procjena dojenja patronažne sestre (ocjenom od 1 do 5 procijenite dojenje)

Djetetova usta su širom otvorena, obrazi okrugli, dijete uz majčino tijelo, dijete mirno i opušteno, dojke se dobro pridržavaju prstima, dijete samo pušta dojkicu kad se najelo	5
Djetetova usta nisu širom otvorena, obrazi su uvučeni, prsa su bolna i natečena, ima kontakta između majke i djeteta	4
Djetetova usta nisu širom otvorena, obrazi su uvučeni, prsa su bolna i natečena, na bradavicama nalaze se ragade, nema kontakta između majke i djeteta	3
Majka je napeta i u neudobnom položaju, dijete je nemirno i plače, ne može samo uhvatiti dojkicu, sisanje je brzo i kratko	2
Dijete ne sisa	1

4. Razvoj djeteta (ocjenom od 1 do 5 procijenite neurološki status djeteta)

Uredno (dobro spava, pravilan ritam, interakcija s majkom, uredne stolice, napreduje na težini)	5
Nezadovoljno (jako plačljivo)	4
Dijete se izvija (u naručju majke i u ležećem položaju)	3

Oslabljeni tonus	2
Dijete je loše (stalno spava, mlitavo, fontanela uvučena)	1

Patronažna sestra ispunjava krajem trećeg mjeseca starosti djeteta

Antropometrijska mjerenja djeteta	Tjelesna težina djeteta (g)	Dužina djeteta (cm)	Opseg glavice (cm)

Prilog 5. Edinburška skala postpartalne depresije

Edinburška skala perinatalne depresije s deset pitanja vrijedno je i učinkovito sredstvo za identifikaciju žena kod kojih postoji rizik za „perinatalnu“ depresiju bilo kada tijekom trudnoće ili u prvoj godini nakon porođaja. Ako ste zabrinuti, imate problema s nošenjem s problemima ili mislite da patite od perinatalne depresije, molimo Vas da uzmete vremena i ispunite sljedeći upitnik. Ako imate dvojbi oko svog rezultata, dobro je ponoviti upitnik nakon dva tjedna.

Molim Vas da zaokružite odgovore koji najbolje opisuju kako ste se osjećali u zadnjih 7 dana, ne samo kako se osjećate danas. Ovdje je jedan primjer:

Osjećala sam se sretno:

a) *Da, cijelo vrijeme*

b) *Da, uglavnom*

c) *Ne, ne jako često*

d) *Uopće ne*

→ Ovo bi značilo: „*Osjećala sam se uglavnom sretno*“ tijekom prošlog tjedna. Molim Vas da riješite ostale odgovore na isti način.

U zadnjih 7 dana:

- | | |
|--|---|
| <p>1. Bila sam u mogućnosti smijati se i vidjeti smiješnu stranu stvari:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Jednako kao i prijeb. Ne tako puno sadac. Definitivno ne puno sadad. Uopće ne <p>2. Radovala sam se stvarima s uživanjem:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Jednako kao i prijeb. Nešto manje nego inače/prijec. Sigurno manje nego prijed. Skoro uopće ne <p>3.*Nepotrebno sam krivila samu sebe kada bi stvari pošle po zlu:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Da, većinu vremenab. Da, ponekadc. Ne jako čestod. Ne, nikad | <p>6. *Osjećam se opterećeno:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Da, često se nisam uspjela nositi sa svimb. Da, ponekad se nisam mogla nositi s problemima jednako dobro kao inačec. Ne, često sam se jako dobro nosila sa svimd. Ne, i dalje se nosim sa svime dobro kao inače (nemam problema) <p>7. *Bila sam toliko nesretna da sam imala problema sa spavanjem:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Da, većinu vremenab. Da, ponekadc. Ne jako čestod. Uopće ne <p>8. *Osjećala sam se tužno i jadno:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Da, većinu vremenab. Da, prilično čestoc. Ne jako čestod. Uopće ne |
|--|---|

- | | |
|---|---|
| 4. Bila sam uznemirena i nervozna zbog nerazumnog razloga: <ul style="list-style-type: none">a. Ne, uopće neb. Teško/rijetko kadac. Da, ponekadd. Da, jako često | 9. *Bila sam toliko nesretna da sam i plakala: <ul style="list-style-type: none">a. Da, većinu vremenab. Da, prilično čestoc. Samo ponekadd. Ne, nikad |
| 5.*Osjećala sam se uplašeno ili uspaničeno zbog nerazumnog razloga: <ul style="list-style-type: none">a. Da, dosta čestob. Da, ponekadc. Ne, ne čestod. Ne, uopće ne | 10. *Misao da naškodim sebi ili djetetu došla mi je: <ul style="list-style-type: none">a. Da, prilično čestob. Ponekadc. Rijetko kadad. Nikad |

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

Prilog 6. Beckov inventar depresije

BECKOV SAMOOCJENSKI UPITNIK ZA DEPRESIJU

1. Poremećaj raspoloženja
 - 0 = ne osjećam se tužno,
 - 1 = osjećam se tužno,
 - 2 = osjećam se tužno cijelo vrijeme i ne mogu se otrgnuti od tuge,
 - 3 = tako sam žalostan i nesretan da to više ne mogu podnijeti
2. Gubitak nade
 - 0 = nisam obeshrabren glede budućnosti,
 - 1 = obeshrabren sam glede budućnosti,
 - 2 = osjećam da se nemam čemu veseliti,
 - 3 = osjećam da je budućnost beznadna i da se stvari ne mogu popraviti
3. Osjećaj odbačenosti
 - 0 = osjećam da sam uspješna osoba,
 - 1 = osjećam se neuspješnijim od drugih ljudi,
 - 2 = kada se osvrnem na dosadašnji život, vidim samo mnogo neuspjeha
4. Nesposobnost uživanja
 - 0 = uobičajene aktivnosti mi čine zadovoljstvo,
 - 1 = ne uživam više u nekim stvarima kao prije,
 - 2 = više me gotovo ništa istinski ne raduje,
 - 3 = ništa mi ne predstavlja zadovoljstvo i sve mi je isprazno
5. Osjećaj krivnje
 - 0 = ne osjećam se krivim,
 - 1 = jedan dobar dio vremena patim od osjećaja krivnje,
 - 2 = većinom me muči osjećaj krivnje
6. Potreba za kaznom
 - 0 = ne mislim da sam kažnjen,
 - 1 = osjećam da sam možda kažnjen,
 - 2 = očekujem kaznu,
 - 3 = osjećam da mi je ovo kazna
7. Mržnja prema sebi
 - 0 = nisam razočaran sobom,
 - 1 = razočaran sam sobom,
 - 2 = gadim se sam sebi,
 - 3 = mrzim se
8. Samoosuđivanje
 - 0 = nisam gori od drugih,
 - 1 = imam više slabosti i pogrešaka od drugih,
 - 2 = sklon sam samoosuđivanju,
 - 3 = krivim sebe za sve loše što se dogodi
9. Sklonost samoubojstvu
 - 0 = uopće ne pomišljam na samoubojstvo,
 - 1 = pomišljam na samoubojstvo, ali to ne bih učinio,
 - 2 = volio bih da me nema,
 - 3 = ubio bi se da imam priliku

10. Plačljivost
0 = ne plačem više nego obično,
1 = sada plačem više nego prije,
2 = sada stalno plačem,
3 = prije sam mogao plakati, a sada ni to više ne mogu
11. Razdražljivost
0 = nisam razdražljiv,
1 = lakše se razljutim nego prije,
2 = stalno se ljutim,
3 = više me uopće ne diraju stvari koje su me prije ljutile
12. Poremećaj u odnosu s drugim ljudima
0 = nisam izgubio zanimanje za druge ljude,
1 = drugi me ljudi zanimaju manje nego ranije,
2 = uglavnom sam izgubio zanimanje za druge ljude,
3 = izgubio sam svako zanimanje za druge ljude
13. Neodlučnost
0 = odluke donosim bez problema kao i prije,
1 = odgađam donošenje odluka više nego prije,
2 = teže mi je donositi odluke nego prije,
3 = uopće više ne mogu donositi odluke
14. Negativna slika o sebi
0 = ne mislim da loše izgledam,
1 = bojim se da izgledam loše i nepoželjno,
2 = osjećam da sam postao neprivlačan,
3 = mislim kako ružno izgledam
15. Nesposobnost za rad
0 = mogu raditi jednako dobro kao i prije,
1 = moram uložiti napor da se pokrenem na aktivnost ili rad,
2 = vrlo mi je teško pokrenuti se na aktivnosti ili rad,
3 = uopće ne mogu raditi
16. Poremećaj sna
0 = spavam uobičajeno dobro,
1 = ne spavam dobro kao prije,
2 = budim se sat-dva ranije i teško mi je ponovno zaspati,
3 = budim se puno ranije i ne mogu više zaspati
17. Umor
0 = ne umaram se više nego što je to uobičajeno,
1 = umaram se lakše nego prije,
2 = ako bilo što radim umorim se,
3 = preumoran sam da bi bilo što radio
18. Oslabljen tek
0 = nemam oslabljen tek,
1 = nemam više tako dobar tek kao prije,
2 = tek mi je oslabljen,
3 = uopće više nemam teka

19. Gubitak na težini

- 0 = nisam znatno ili uopće smršavio,
- 1 = izgubio sam više od dva kg,
- 2 = izgubio sam više od pet kg

20. Hipohondrija

- 0 = nisam zabrinut za zdravlje više nego obično,
- 1 = brine me tjelesno zdravlje zbog boli, nervoze želuca ili zatvora,
- 2 = vrlo sam zabrinut za zdravlje i teško mi je o drugom razmišljati,
- 3 = toliko sam zabrinut za zdravlje da više ni o čemu ne mogu razmišljati

21. Oslabljen libido

- 0 = seks me zanima kao i prije,
- 1 = seks me zanima manje nego prije,
- 2 = jako sam izgubio interes za seks,
- 3 = potpuno sam izgubio zanimanje za seks

Prilog 7. Beckov inventar anksioznosti

BECKOV SAMOOCJENSKI UPITNIK ZA ANKSIOZNOST

Navedeni su uobičajeni simptomi anksioznosti. Pažljivo pročitajte svaku navedenu točku. Označite koliko Vas je mučio taj simptom tijekom prošlog mjeseca, uključujući i danas, zaokružite broj koji označava navedenu tvrdnju.

1. Ukočenost ili trnjenje:

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

2. Osjećaji vrućine:

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

3. Nemir u nogama (tresenje nogom)

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

4. Nesposobnost opuštanja

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

5. Strah od iščekivanja loših događaja:

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

6. Vrtoglavica ili omaglica

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

7. Ubrzano lupanje srca (tahikardija)

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

8. Osjećaj nestabilnosti

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

9.Zaprepaštenost ili strah

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

10.Nervoza

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena

11.Osjećaj gušenja

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

12.Drhtanje ruku

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

13.Drhtanje tijela

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

14.Strah od gubitka kontrole

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

15.Poteškoće s disanjem

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

16.Strah od smrti

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

17.Ustrašenost

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

18.Zatvor (problemi sa stolicom):

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

19.Nesvjestica

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

20.Crvenjenje lica

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

21.Toplo/hladno preznojavaње

- 0 = uopće ne,
- 1 = blago, ali me nije opterećivalo niti mučilo,
- 2 = umjereno, ponekad nije bilo ugodno,
- 3 = teško, opterećivalo me puno vremena.

Prilog 8. Kratka psihijatrijska skala ocjenjivanja

KRATKA PSIHIJATRIJSKA SKALA OCJENJIVANJA (KPSO)

Ime pacijenta: _____	Današnji datum: _____
-------------------------	--------------------------

Molim Vas da upišete rezultat/broj koji najbolje opisuje stanje pacijenta.

- 0 = nije ocijenjeno
- 1 = ne postoji
- 2 = vrlo blago
- 3 = blago
- 4 = umjereno
- 5 = umjereno teško
- 6 = ozbiljno
- 7 = izuzetno ozbiljno

<input type="checkbox"/>	1. SOMATSKE BRIGE Zaokupljenost fizičkim zdravljem, strah od fizičke bolesti, hipohondrijaza.
<input type="checkbox"/>	2. ANKSIOZNOST/TJESKOBA Briga, strah, prevelika zabrinutost za sadašnjost ili budućnost, nelagoda.
<input type="checkbox"/>	3. EMOCIONALNO POVLAČENJE Nedostatak spontane interakcije, izoliranost u odnosima s drugima.
<input type="checkbox"/>	4. IDEJNA NEORGANIZIRANOST/DEZORGANIZACIJA Misaoni procesi zbunjeni, nepovezani, poremećeni.
<input type="checkbox"/>	5. OSJEĆAJI KRIVNJE Samookrivljavanje, sram, kajanje zbog prošlog ponašanja.
<input type="checkbox"/>	6. NAPETOST Fizičke i motoričke manifestacije nervoze, pojačana aktivacija.
<input type="checkbox"/>	7. PONAŠANJE I STAV TIJELA Neugodno, neprirodno motoričko ponašanje (ne uključujući tikove).
<input type="checkbox"/>	8. GRANDIOZNOST Pretjerano samouvjerenje, arogancija, uvjerenje o neobičnoj moći ili sposobnostima.
<input type="checkbox"/>	9. DEPRESIVNO RASPOLOŽENJE Jad, tuga, potištenost, pesimizam.
<input type="checkbox"/>	10. NEPRIJATELJSTVO/ODBOJNOST Neprijateljstvo, prijezir, ratobornost, prijezir prema drugima.
<input type="checkbox"/>	11. SUMNJIČAVOST Nepovjerenje, vjerovanje za drugi imaju zlonamjerne ili diskriminacijske namjere.
<input type="checkbox"/>	12. HALUCINATORNO PONAŠANJE Percepcija stvari bez uobičajenog vanjskog stimulansa.
<input type="checkbox"/>	13. MOTORIČKA RETARDACIJA Usporeni, oslabljeni pokreti ili govor, smanjen tonus tijela.

<input type="checkbox"/>	14. NESURADLJIVOST Otpor, čuvanje, odbacivanje autoriteta.
<input type="checkbox"/>	15. NEOBIČAN SADRŽAJ MISLI Neobičan, čudan, bizaran sadržaj misli.
<input type="checkbox"/>	16. OTUPJELO RASPOLOŽENJE Snižen emocionalni ton (ravnodušnost)), smanjenje formalnog intenziteta osjećaja, plošnost.
<input type="checkbox"/>	17. UZBUĐENO RASPOLOŽENJE Povećan emocionalni ton (uzbuđenost ili uznemirenost), povećana reaktivnost.
<input type="checkbox"/>	18. NEORIJENTIRANOST/DEZORIJENTIRANOST Zbunjenost ili manjak odgovarajućeg zanimanja/društva za osobu, mjesto ili vrijeme.

Overall, JE, Gorham DR: The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology Bulletin* 1988; 24:97- 99.