

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Silvija Petković

**Psihosocijalni čimbenici rizika i simptomi
depresivnosti kod trudnica i mladih majki na
području Grada Gospića**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2015

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Silvija Petković

**Psihosocijalni čimbenici rizika i simptomi
depresivnosti kod trudnica i mladih majki na
području Grada Gospića**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2015

Ovaj diplomski rad izrađen je pri Domu zdravlja Gospić pod vodstvom dr. sc. Stanislava Stojanović-Špehar, spec. obit. medicine, viši znanstveni suradnik na Katedri opće/obiteljske medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2014/2015.

POPIS OZNAKA I KRATICA

PPD- Postporođajna depresija

PPB- Postpartalni blues

PP- Postpartalna psihoza

EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale, Edinburška skala za postporođajnu depresiju

DSM 5 - Peta verzija dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja

MKB10 - kodovi za bolesti, simptome, abnormalnosti i slično, klasificirano od Svjetske zdravstvene organizacije

SADRŽAJ

Sažetak	
Summary.....	
1. Uvod	1
2. Hipoteza.....	5
3. Ciljevi rada	5
4. Ispitanici i metode	6
4.1. Ispitanici	6
4.2. Metoda	6
4.3. Statističke metode	7
5. Rezultati	9
5.1. Sociodemografske karakteristike ispitanica (n=136).....	10
5. 2. Anamnestički podaci o prethodnim trudnoćama	13
5. 3. Anamnestički podaci o morbiditetu	16
5. 4. Anamnestički podaci o sadašnjoj trudnoći.....	17
5.5. Odnos sa suprugom, potreba za perfekcionizmom te svakodnevna opterećenost i potreba za pomoći	20
5.6. Procjena s dva pitanja o depresivnosti	23
5.7. Skrb za novorođenče	25
5.8. Usporedba promatranih parametara između depresivnih i nedeprativnih ispitanica unutar pojedinih skupina	28
5.9. Procjena povezanosti promatranih parametara s depresivnošću logističkom regresijom	30

6. Rasprava.....	35
7. Zaključak.....	39
8. Zahvala	41
9. Literatura	42
10. Životopis.....	46
11. Prilozi.....	47

Sažetak

Trudnoća, postporođajno razdoblje i roditeljstvo predstavljaju mnoštvo izazova za mnoge žene. Istraživanja pokazuju da mnoge nove majke doživljavaju razne fizičke i emocionalne simptome nakon rođenja djeteta.

Cilj: istražiti povezanost depresivnosti s određenim psihosocijalnim karakteristikama te čimbenicima u svezi trudnoće, poroda i njege djeteta.

Ispitanici i metoda: Presječno istraživanje u periodu od 6 mjeseci od 01.11.2013. do 30.04.2014.g u Domu zdravlja Gospić, prevele su medicinske sestre kroz ginekološku i pedijatrijsku ambulantu. Uzorak je činilo 154 ispitanica od kojih je 136 (88.3%) pristalo sudjelovati i to 54 trudnice, 22 majke djeteta u dobi od 1 mjesec, 25 majki dojenčadi oko 6 mjeseci, te 35 majki jednogodišnjaka. Upitnik sastavljen za ovo istraživanje sadržavao je socioekonomske podatke, o morbiditetu mentalnih i somatskih bolesti, tijeku, ishodu trudnoće i o novorođenčetu te pitanja o odnosu sa partnerom i percepciji skrbi za dijete. Za procjenu depresivnosti korištena je Edinburška skala za postporođajnu depresiju (engl. Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) i 2 pitanja za procjenu depresije.

Rezultati: Od 136 ispitanica procijenjenih sa EPDS depresivno je bilo 33 ispitanice (24,3%), temeljem probirnog pitanja depresivnosti u proteklom mjesecu njih 35 (25,7%). Prema procjeni gubitka interesa i zadovoljstva 55 ispitanica osjeća da je izgubilo interes za neke stvari (40,4%). Karakteristike statistički značajno povezane s depresivnošću u našem istraživanju su prisutnost mentalnih oboljenja ispitanica, loš odnos sa suprugom, veća opterećenost, te viši stupanj obrazovanja. Logističkom regresijom depresivnost majki procijenjena po EPDS također se povezuje s dosadašnjim iskustvom s mentalnim oboljenjima, lošijim odnosom sa suprugom, prijevremenim ili porodom s komplikacijama, (ne)dojenjem, povećanom opterećenošću i zabrinutošću majčinstvom. Logističkom regresijom kod skupine majki prilikom probira depresivnosti definiranom sa 2 probirna pitanja pokazalo se da je rizik za pojavu depresivnosti povezan s većim stupnjem edukacije, prethodnim mentalnim poteškoćama ispitanica, lošijim odnosom sa suprugom, većom razinom opterećenosti i potrebom za pomoći, povećanom zabrinutošću s majčinstvom.

Logističkom regresijom depresivnost trudnica samoprocjenom po EPDS dobiveni su rezultati koji ukazuju na povezanost depresivnosti s manjim prethodnim mentalnim bolestima ispitanica i s lošijim odnosom sa suprugom. Rezultati logističke regresije prema 2 probirna pitanja ukazuju na povezanost depresivnosti s prethodnim mentalnim tegobama ispitanica, s lošijim odnosom sa suprugom, s planiranjem trudnoće, te neimanjem želje za savršenstvom i povećanom razinom opterećenosti.

Zaključak: Premda oba upitnika korištena u ovom istraživanju nisu validirani za našu populaciju, EPDS i pitanje o depresivnosti daju gotovo identične rezultate o četvrtini depresivnih ispitanica. Ciljne skupine kojima je probir i pomoć najneophodnija, su majke koje imaju jednomjesečnu djecu, trudnice, a potom majke novorođenčadi i mlađe dojenačke dobi. I to ispitanice sa prethodnim mentalnim oboljenjima, lošijim odnosom sa suprugom, višim obrazovanjem, povećanim opterećenjem i zabrinutošću za majčinstvom.

Ključne riječi: depresivnost, trudnoća, postporođajna depresija, rizični čimbenici

Summary

Pregnancy, postpartum period and parenthood represent a multitude of challenges for many women. Research shows that many new mothers experience a variety of physical and emotional symptoms after childbirth.

Objective: To investigate the relationship of depression with certain psychosocial characteristics and factors concerning pregnancy, childbirth and child care.

Patients and methods: A cross-sectional study over a period of six months from 01.11.2013. to 30.04.2014. in the Health center Gospic, were implemented by nurses through gynecological and pediatric practice. The sample consisted of 154 respondents, of which 136 (88.3%) agreed to participate; 54 pregnant women, 22 mother of a child aged from 1 month, 25 mothers of infants around 6 months, and 35 mothers who have 1 year old child. The questionnaire drawn up for this study consisted socio-economic data, morbidity of mental and somatic illness, pending the outcome of the pregnancy and of the newborn, and questions about the relationship with the partner and the perception of care for the child. For the assessment of depression was used Edinburgh scale for postpartum depression (Eng. Edinburgh Postnatal Depression Scale, the EPDS) and two questions to assess depression.

Results: Of all of the 136 respondents, with an estimated depressed EPDS were 33 women (24.3 %) , based on screening questions of depression in the past month 35 of them (25.7 %) . According to the assessment of loss of interest or pleasure 55 respondents feel that it has lost interest in things (40.4 %) . Characteristics significantly associated with depression in our study were the presence of mental illness subjects , bad relationship with partner , higher load and higher level of education . By logistic regression depression mothers evaluated by EPDS has also been linked with the experience with mental illness , poor relationship with husband , early or childbirth complications , (not) breastfeeding , increased load, concern about maternity .

Logistic regression in a group of mothers on screening depression defined with two screening questions showed that the risk for depression is associated with higher levels of education , previous mental disabilities subjects , poor relationship with husband , a higher level of workload and the need for help , growing concern with motherhood , and mainly to the decreased satisfaction with care for the child . Logistic regression depression pregnant women self-assessment by EPDS show an association between depression with smaller previous mental illness and poor relations with husband . Results of logistic regression to the two screening questions show an association between depression with previous mental problems respondents , with a poor relationship with husband , planning pregnancy , not having a desire for perfection and increased levels of workload .

Conclusion: Although both questionnaires used in this study are not validated for our population both of them give almost identical results about quarter of depressed respondents . The target group which is screening and assistance most needed are mothers who have a one-month children , pregnant women , then mothers of infants and young infant. Especially women with previous mental health problems, poor relationship with husband, higher education, increased load and concern for motherhood .

Keywords: depression, pregnancy, postpartum depression, risk factors

1. Uvod

Rođenje djeteta jedan od najznačajnijih događaja u životu te neosporivo prekrasan i sretan događaj, koji nosi uzbuđenje i radost, ali ujedno je i vrlo stresan. U tom razdoblju majke prolaze kroz cijeli niz osjećaja i stanja zbog intenzivnih tjelesnih, emocionalnih i hormonalnih promjena. Porod je doživljaj nakon kojeg je potreban fizički i psihički oporavak. Dovodi do bujice intenzivnih emocija, od uzbuđenja i radosti, do straha i anksioznosti. Majke osjećaju sram i nelagodu zbog svojeg stanja, ponajviše jer se od njih očekuje da budu sretne zbog prinove u obitelji (1).

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10. revizija, ove psihološke promjene svrstane su pod nazivom: Mentalni poremećaji i poremećaji udruženi s babinjama (postporođajni period) F53. Pod tim se poremećajima podrazumijevaju psihički poremećaji majke u periodu poroda i/ili u prvih 6 tjedna nakon poroda. Prema preporuci MKB 10 preporučuje da se treba koristiti samo kada je neizbježn Ovisno o broju i težini simptoma, poremećaj može biti naveden kao blagi, teški, drugi ili nespecifičan. (2).

Međutim, unatoč tome što istraživačka i klinička praksa ukazuju da je riječ o složenijem fenomenu, u svijetu još uvijek ne postoje ujednačeni stavovi u pogledu definicije i klasifikacije ovog poremećaja kao zasebnog entiteta.

U starijoj verziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM), DSM-IV, postporođajna depresija obuhvaća svaki nepsihotični depresivni poremećaj tijekom prva četiri tjedna poslije poroda, a prema istraživačkim kriterijima, tijekom prvih godinu dana nakon porođaja. (3)

Tako ni najnoviji Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja američke psihijatrijske udruge DSM-5 ne prepoznaje postporođajnu depresiju kao zasebnu dijagnozu; umjesto toga, pacijenti moraju zadovoljiti kriterije za veliku depresivnu epizodu. Definicija je, dakle, velika depresivna epizoda s početkom u trudnoći ili u roku od 4 tjedna nakon poroda. (4)

Perinatalna depresija, često je neprepoznata, jer mnoge tegobe trudnoće i babinja su slični simptomima depresije (5). Ne postoji samo jedan razlog zašto dolazi do postporođajne depresije. Najčešći razlozi su fizičke promjene – zbog drastičnog pada estrogena i progesterona, kao i hormona tiroidne žlijezde, zbog čega se javlja osjećaj umora i usporenosti. Oscilacije krvnog tlaka i pad imuniteta mogu dovesti do promjena raspoloženja (6).

Depresija pogađa više od 20% žena tijekom života. Trudnoća i vrijeme nakon poroda, vrijeme je povećane ranjivosti na depresiju. Prema istraživanjima žene u fertilnoj dobi imaju visok rizik za razvijanje simptoma depresije. Trudnoća i novo majčinstvo mogu povećati rizik od depresivnih epizoda (7). Preciznu razinu učestalosti i pojavnosti postpartalne depresije je teško utvrditi. Prema današnjim istraživanjima procjena stope žena obuhvaćenih postpartalnom depresijom je od 5% do 25%, ovisno o metodi procjene, vremenu procjene, i o karakteristikama stanovništva (8). Depresija u perinatalnom razdoblju može imati razorne posljedice, ne samo za žene koje ju doživljavaju, već i za djecu i obitelj (9).

Unatoč napretku u razumijevanju uzroka postpartalne depresije, prediktor depresivnih simptoma je i dalje slabo razumljiv. Postpartalna depresija povezana je s lošim socijalnom podrškom, bračnim sukobima, nepovoljnim životnim događajima, te nižim stupnjem obrazovanja (10). Siromaštvo je snažan pokazatelj postpartalne depresije, s incidencijom dva do tri puta većom među najnižim socioekonomskim grupama (11).

Mentalne poremećaje u poslijeporođajnom razdoblju možemo podijeliti na:

- Postpartalni blues (PPB)
- Postpartalnu depresiju (PPD)
- Postpartalnu psihozu (PP) (12)

U prvu skupinu poznatiju kao „baby blues“ spadaju psihičke promjene roditelja, koja postaje nesigurna, u strahu je kako će se nositi sama sa sobom u novoj situaciji višestrukih promjena odnosa i obaveza, a posebno kako će se nositi s djetetom. Ne radi o patološkom stanju već o normalnoj reakciji na sasvim novu i nepoznatu

situaciju i odgovornosti. Najčešći je i najblaži poremećaj raspoloženja. Obično počinje 1 do 3 dana nakon poroda, a odlikuju ga nagle promjene raspoloženja, neobjašnjiv plač, razdražljivost i nestrpljivost, nedostatak sna, tjeskoba, osamljenost, i osjećaj ranjivosti (13). Oko 60-80% svih novih majki pati od postpartalnog bluesa koji se rijetko zahtijeva lijekove i obično prođe uz potporu i edukaciju (14). Budući da su ove promjene nakon poroda vrlo su česte, a događaju se u periodu dok je majka s djetetom još u rodilištu vrlo je važno da se u rodilištima omogući terapijski razgovor s psihologom ili psihijatrom. Također rana dijagnoza postpartalnog bluesa i identifikacija čimbenika rizika koji su uključeni omogućiti će prevenciju razvoja PPB u PPD. Oko 20% od majki sa PPB vjerojatno će razviti PPD (15).

Postporođajna depresija (PPD) je teško depresivno raspoloženje koje se događa od 4. tjedna nakon poroda te se proteže do 30. tjedna nakon poroda. Manifestacije su nesanica ili pretjerana pospanost, depresivno raspoloženje, umor, tjeskoba i slaba koncentracija, učestale promjene raspoloženja i nagle oscilacije, pretjerana briga i zabrinutost za dijete, nemar za dijete, oscilacije apetita (od teške inapetence do prejedanja), hiperaktivnost do kroničnog iscrpljivanja, osjećaj nemogućnosti suočavanja s problemima, razdražljivost, plačljivost, osjećaj slabosti i nemoći, negativne (crne) misli, teškoće pamćenja i koncentracije, gubitak samopouzdanja, osjećaj krivnje i nemoći, osjećaj osamljenosti, tuge i beznađa, emocionalna labilnost, strah od kontakta s ljudima, tjeskoba i napadi panike, gubitak interesa za dijete i okolinu, suicidalna i homicidalna razmišljanja (16). Pacijentice mogu doživjeti blage, umjerene ili teške simptome. Mnogi psihosocijalni stresori mogu imati utjecaj na razvoj PPD. Nedavne studije zaključuju da je većina faktora uglavnom socijalne prirode. Najveći rizik je kod žena s poviješću depresije ili druge afektivne bolesti, te kod onih koje su iskusile depresiju tijekom proteklih trudnoća. Žene s značajnim čimbenicima rizika treba pomno pratiti u razdoblju nakon poroda (17). Za postavljanje dijagnoze liječnici se najčešće koriste Edinburškom poslijeporođajnom depresijskom ljestvicom (engl. Edinburgh Postnatal Depression Scale, EDPS). Liječenje i vrijeme oporavka varira, ovisno o težini depresije i individualnim potrebama.

Još jedan mentalni poremećaj koji se može pojaviti u perinatalnom razdoblju je postporođajna psihoza (PP). Za razliku od postporođajne depresije, postporođajna psihoza je relativno rijedak događaj s nizom procijenjene učestalosti 1 do 2 slučaja na 1.000 poroda. (18). Epizoda postporođajne psihoze je obično akutna, unutar prva 2 do 4 tjedna od poroda, a čini se da češća u žena obiteljskom anamnezom bipolarnog ili shizoafektivnog poremećaja (19). Epizoda PP nastupa naglo, pacijentice razvijaju paranoične, grandiozne, ili bizarne zablude, promjene raspoloženja, sumanuta razmišljanja, i grubo neorganizirano ponašanje koje predstavljaju dramatičnu promjenu u odnosu na prethodno funkcioniranje (20).

Među pacijenticama koji razvijaju PP odmah nakon porođaja, 72% -88% imaju bipolarnu bolest ili shizoafektivni poremećaj. Postpartalna smjena hormona (21), poremećaj spavanja, postporodne komplikacije (22), povećana opterećenost i stresori iz okoliša mogući su čimbenici koji doprinose nastanku bolesti (23). Prema istraživanju o smrtnosti majki provedenom u Velikoj Britaniji, samoubojstvo je vodeći uzrok smrtnosti majki, što čini 29% svih smrti majki. (24,25) Osim toga, PP može povećati rizik od smrtnosti dojenčadi kroz zanemarivanje, zlostavljanje, ili ubojstvo. (26)

Definiranje problema

Mnogo je toga napisano o mogućim uzrocima, čimbenicima rizika, simptomima depresivnosti i tretmanima postporođajne depresije. No na području grada Gospića ne postoje podatci o istraživanju rizičnih čimbenika niti općenito probira za postporođajnu depresiju. Prema podacima Matičnog ureda u Gospiću, na području grada Gospića u godini dana rodi se oko 100 djece. Društvo očekuje da će se svaka nova majka lako snaći u svojoj novoj ulozi. Društvo u malom gradu još više. Budući da većina žena smatra da ovo očekivanje mora ispuniti, ukoliko se nađe pred poteškoćama, vjerojatno šuti o tome umjesto da potraži pomoć. Također, mnoge žene ne prepoznaju da simptomi koje osjećaju predstavljaju odstupanje od normalnog te da je preporučljivo potražiti pomoć.

Pregledom dolaznih i završih dijagnoza prema MKB-u u specijalističko konzilijarnoj službi Opće bolnice u Gospiću utvrđeno je da nijedna majka unatrag 3 g nije upućena od liječnika primarne zdravstvene zaštite niti je sama potražila pomoć ili

savjet psihologa ili psihijatra zbog depresivnog raspoloženja i psiholoških simptoma koji su se javili u puerperiju i prvoj godini djetetova života. Prema današnjim istraživanjima procjena stope žena obuhvaćenih postpartalnom depresijom kreće se od 5% do 25% (27). Na temelju toga možemo pretpostaviti da određeni broj žena i na području Gospića također pati od postporođajne depresije. Prevladava mišljenje da ne postoji potreba za aktualiziranjem problema PPD jer očigledno nema majki koje pate od iste. Glasovi žena koje pate od postporođajne depresije često su tihi. Majke nerado otkrivaju drugima da su nesretne nakon rođenja djeteta, ne traže pomoć. Tako se stvara zatvoren krug, koji treba prekinuti dokazima o postojanju PPD na ovom području. Ignoriranjem te ne pružanjem odgovarajućeg suporta nastaju nesagledive posljedice ne samo na ženu, nego i na dijete te cijelu obitelj i zajednicu.

2. Hipoteza

Prema današnjim istraživanjima procjena stope žena obuhvaćenih postpartalnom depresijom kreće se od 5% do 25% (27). Na temelju toga pretpostavljamo da određeni broj žena i na području grada Gospića također pati od postporođajne depresije

U literaturi se navodi niz rizičnih čimbenika za postporođajnu depresiju (loša socijalna podrška, bračni sukobi, nepovoljni životni događaji, niži stupanj obrazovanja) (10). Pretpostavljamo da je tako i kod nas no nemamo dostupnih pokazatelja. Očekujemo da ćemo na temelju rezultata saznati kakvi su pokazatelji u gradu Gospiću.

3. Ciljevi rada

Glavni cilj: istražiti povezanost depresivnosti trudnica i mladih majki s određenim psihosocijalnim karakteristikama te čimbenicima u svezi trudnoće, poroda i njege djeteta.

Specifični cilj:

1. usporediti Edinburšku skalu za postporođajnu depresiju (Edinburgh Postnatal Depression Scale -EPDS) i 2 pitanja za probir depresivnosti

2. napraviti preporuke za daljnji probir

4. Ispitanici i metode

4.1. Ispitanici

Dvije medicinske sestre zaposlene u ginekološkoj ambulati i jedna medicinska sestra zaposlena u pedijatrijskoj ambulanti Doma zdravlja Gospić ispitale su 136 ispitanica od kojih 54 trudnicu u trećem tromjesečju trudnoće, 22 majke sa djetetom starosti jedan mjesec, 25 majki sa djetetom starosti od šest mjeseci te 35 majki od godinu dana starosti djeteta. Pri Domu zdravlja Gospić djeluje jedna pedijatrijska ambulanta koja u skrbi ima oko 1500 djece, od kojih su oko 130 djeca do jedne godine starosti. Pri Domu zdravlja djeluju dvije ginekološke ambulate koje skrbe za oko 7000 pacijentica od kojih je u obje ambulante zajedno, oko 75 trudnica.

4.2. Metoda

Presječno istraživanje je provedeno u periodu od 11. mjeseca 2013. g do kraja 4. mjeseca 2014. g na području grada Gospića. U istraživanje su bile uključene medicinske sestre ginekološke i pedijatrijske ambulate. Medicinske sestre su kroz empatični razgovor tijekom rutinskih savjeta o skrbi trudnice i djeteta, porazgovarale sa trudnicama u trećem tromjesečju trudnoće, mladim majkama nakon prvog mjeseca starosti djeteta, majkama od šest mjeseci te majkama djece od godinu dana starosti djeteta u sklopu redovitih kontrola ginekologa i pedijatra. Ispitivanje je bilo individualnog karaktera, a za prikupljanje podataka koristio se upitnik sastavljen za ovo istraživanje kojeg ispitanice su ispunile.

Upitnik je sadržavao pitanja :

1. o osnovnim sociodemografskim podacima (dob, edukacija, poslovni status, materijalni status, obiteljski status)

2. podatke o somatskim bolestima te o mentalnim bolestima u obiteljskoj anamnezi, prethodnim mentalnim bolestima, posebice u prethodnim trudnoćama te mentalnim bolestima u sadašnjoj trudnoći
3. pitanja o ishodu prethodnih trudnoća te o tijeku sadašnje trudnoće, samom porodu, subjektivnoj procjeni težine poroda,
4. pitanja o novorođenčetu – procjena zrelosti, procjena vitalnosti, kongenitalna oštećenja
5. pitanja o njezi novorođenčeta- dojenja, teškoće u skrbi, podršci oko djeteta , preopterećenosti, odnos sa partnerom te perfekcionizam.

Medicinske sestre su depresivnost procijenile koristeći dva procijenska instrumenta: Edinburšku skalu za postporođajnu depresiju (engl. Edinburgh Postnatal Depression Scale, EDPS) (28) te dva pitanja za probir depresivnosti. EDPS je skala razvijena osamdesetih godina prošlog stoljeća. Razvio ju je John Cox i njegovi kolege Jeni Holden i Ruth Sagovsky.

Edinburška skala za postporođajnu depresiju, a niti dva pitanja za procjenu depresivnosti nažalost nisu validirana na hrvatskoj populaciji, nego je samo učinjen prijevod i povratni prijevod.

Pozitivan na depresivnost bio je rezultat na EPDS 13 i više, a pozitivan rezultat na dva pitanja za probir depresivnosti je bio ukoliko je jedno od 2 pitanja bio pozitivan:

1. Da li ste se često osjećali potonulo, depresivno, bespomoćno tijekom prethodnog mjeseca?
2. Da li ste često osjećali gubitak interesa ili gubitak zadovoljstva za neke stvari, tijekom prethodnog mjeseca?

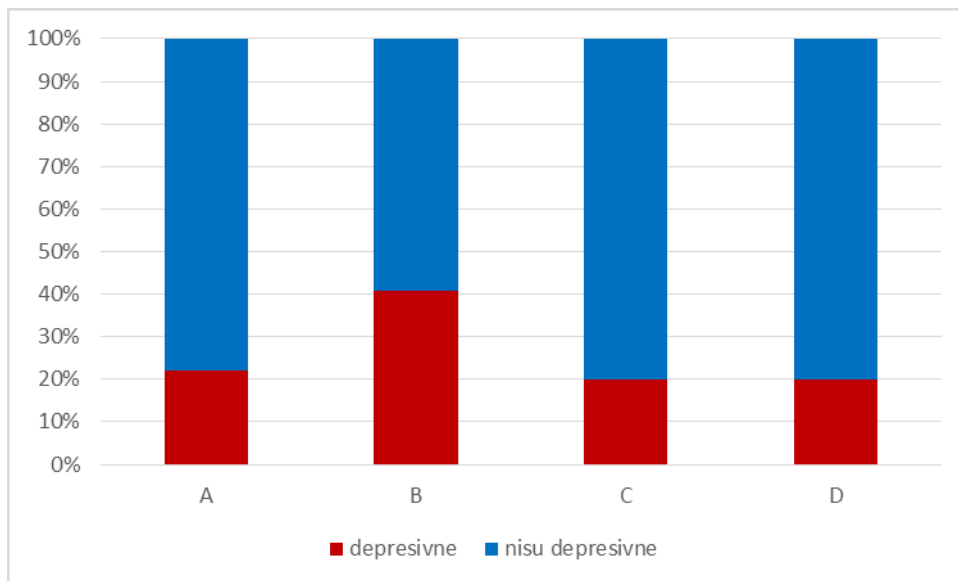
4.3. Statističke metode

Podaci su prikazani apsolutnim (n) i relativnim frekvencijama (%) za svaku istraživanu skupinu, a prikazani su tablično i grafički.

Razlike u opaženim vrijednostima između istraživanih skupina su testirane Pearsonovim X^2 testom, osim razlika u broju prethodnih trudnoća, pobačaja i djece koje su testirane KruskalWallis testom, a ocjena težine poroda analizom varijance (ANOVA).

Vrijednost $p < 0,05$ smatrana je statistički značajnom. Podaci su analizirani pomoću statističkog programa STATSTICA 10 (TULSA, OK, USA).

5. Rezultati



Slika 1. Samoprocjena po EPDS (A) trudnica (n=54), (B) majki sa djecom od 1 mjeseca (n=22), (C) majki sa djecom od 6 mjeseci (n=25), (D) majki sa djecom od 6-12 mjeseci (n=35)

Prema samoprocjeni po EPDS broj depresivnih ispitanica je podjednak između različitih ispitivanih skupina ($P < 0,258$). Od ukupno 136 ispitanica $N=33$ (24,3%) je zadovoljilo kriterij Edinburške postnatalne skale za prisutnost postpartalne depresije; u skupini trudnica depresivnih je bilo $N= 12$ (22,2%), u skupini ispitanica koje imaju djecu starosti do 1 mjesec depresivnih je $N=9$ (40,9%), u skupini ispitanica koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci depresivnih je $N= 5$ (20%), a u skupini ispitanica koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci depresivnih je $N=7$ (20%) (Slika 1.)

5.1. Sociodemografske karakteristike ispitanica (n=136)

Tablica 1. Starost ispitanica po istraživanim skupinama

Dobne skupine	Skupina								ukupno	
	A		B		C		D			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<21	7	13,0	2	9,1	2	8,0	1	2,9	12	8,8
21-25	14	25,9	3	13,6	8	32,0	7	20,0	32	23,5
26-30	18	33,3	4	18,2	6	24,0	11	31,4	39	28,7
31-35	10	18,5	9	40,9	6	24,0	12	34,3	37	27,2
36-40	4	7,4	4	18,2	3	12,0	3	8,6	14	10,3
>40	1	1,9	0	0	0	0	1	2,9	2	1,5
ukupno	54	21,3	22	19,2	25	30,5	35	28,9	136	100,0

A – trudnice; B – majke koje imaju djecu starosti do 1 mjesec; C – majke koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci; D – majke koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci

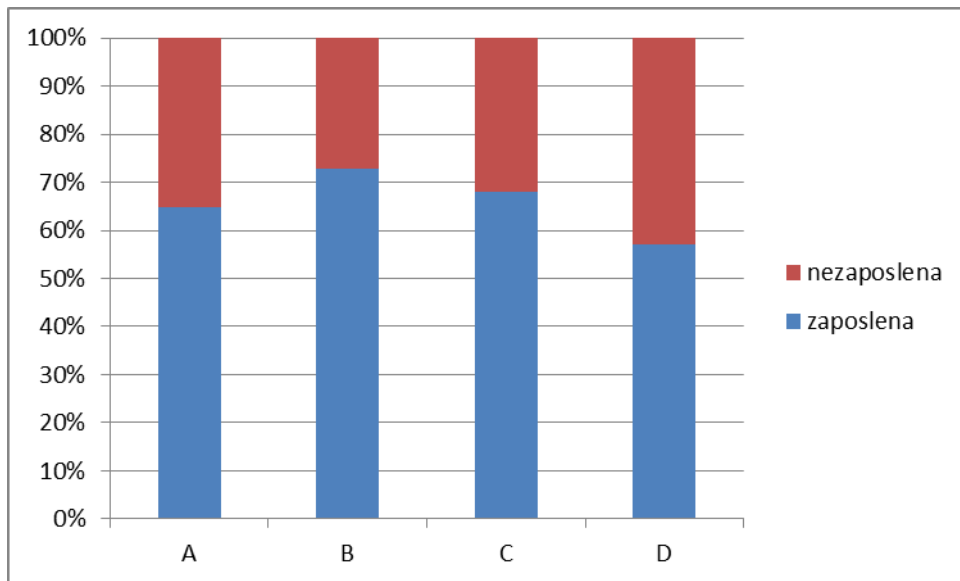
Raspodjela dobi po istraživanim skupinama nisu statistički značajne ($X^2=12,91$; $P=0,609$) (Tablica 1.)

Tablica 2. Edukacija ispitanica po istraživanim skupinama

Edukacija	Skupina							
	A		B		C		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
osnovna	3	5,6	1	4,5	0	0	0	0
srednja	32	59,3	9	40,9	16	64	17	48,6
VŠS, VSS	19	35,2	12	54,5	9	36	18	51,4
ukupno	54	39,7	22	16,2	25	18,4	35	25,7

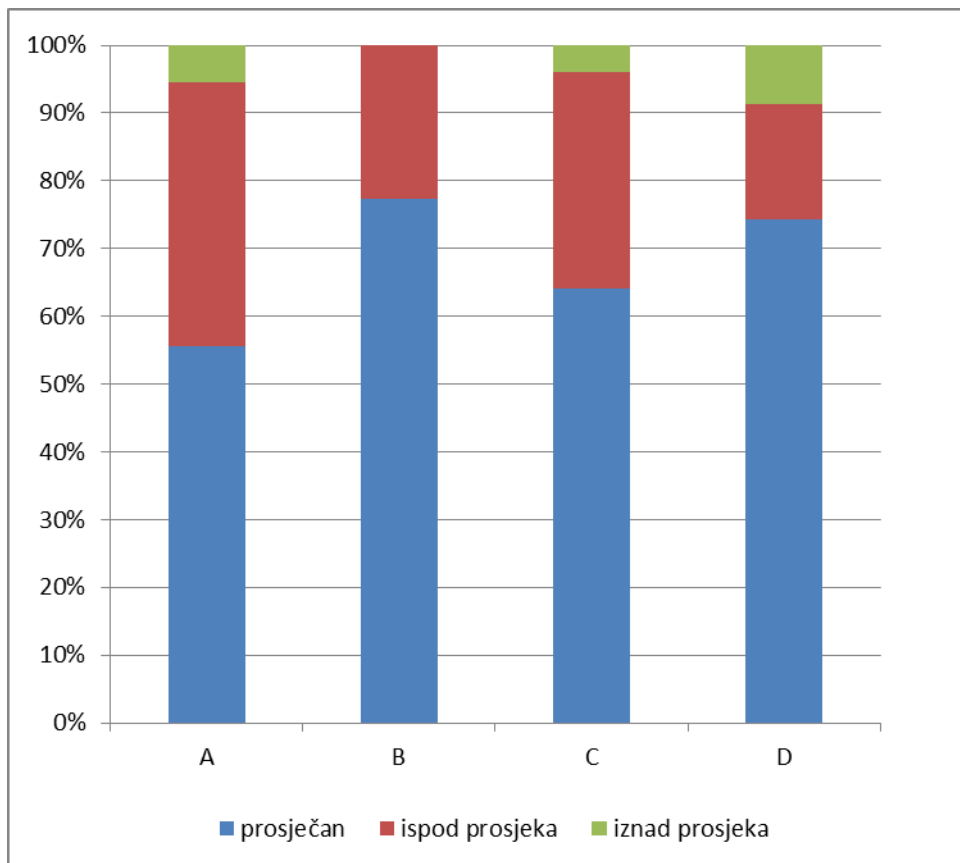
A – trudnice; B – majke koje imaju djecu starosti do 1 mjesec; C – majke koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci; D – majke koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci

Ispitanice iz ove četiri istraživane skupine se statistički značajno ne razlikuju po stupnju edukacije ($X^2=7,15$; $P=0,307$) (Tablica 2.).



Slika 2. Poslovni status ispitanica po istraživanim skupinama (A) trudnica (n=54), (B) majki sa djecom od 1 mjeseca (n=22), (C) majki sa djecom od 6 mjeseci (n=25) i (D) majki sa djecom od 6-12 mjeseci (n=35)

Razlike u poslovnom statusu ispitanica iz ove četiri istraživane skupine nisu značajne ($X^2=1,62$; $P=0,656$).



Slika 3. Prihod ispitanica po istraživanim skupinama (A) trudnica (n=54), (B) majki sa djecom od 1 mjeseca (n=22), (C) majki sa djecom od 6 mjeseci (n=25) i (D) majki sa djecom od 6-12 mjeseci (n=35)

Nisu utvrđene razlike u razini primanja između različitih ispitivanih skupina ($X^2=7,55$; $P=0,273$) (Slika 3.)

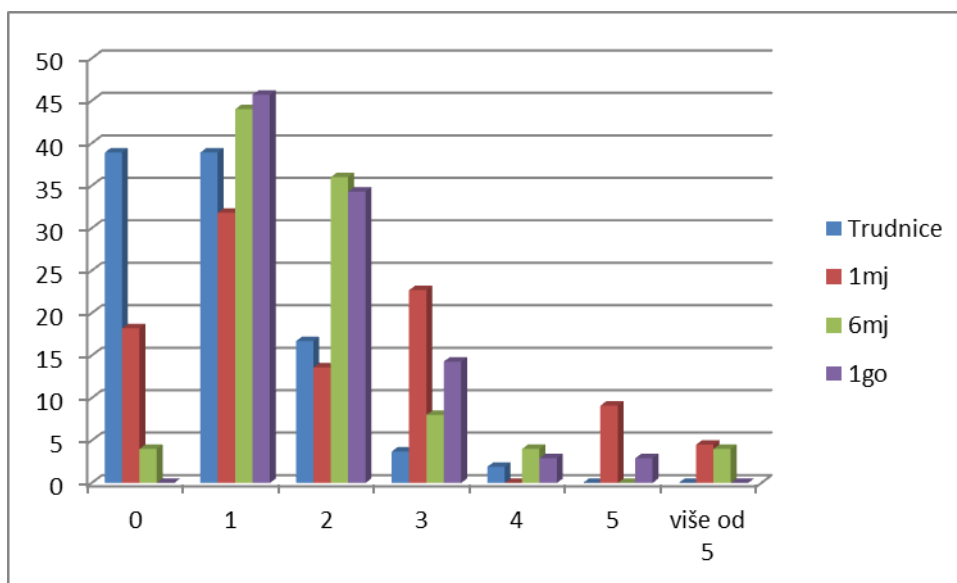
Tablica 3. Obiteljski status ispitanica po istraživanim skupinama

Obiteljski status	Skupina							
	A		B		C		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Udata	42	77,8	16	72,7	18	72	28	80
Samohrana	1	1,9	0	0	1	4	1	2,9
izvanbračna zajednica	11	20,4	6	27,3	6	24	6	17,1
Ukupno	54	39,7	22	16,2	25	18,4	35	25,7

A – trudnice; B – majke koje imaju djecu starosti do 1 mjesec; C – majke koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci; D – majke koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci

Nisu utvrđene statistički značajne razlike u obiteljskom statusu ispitanica iz četiri istraživane skupine ($X^2=1,88$; $P=0,930$) (Tablica 3.)

5. 2. Anamnestički podaci o prethodnim trudnoćama



Slika 4. Prikaz prethodnih trudnoća u skupinama (A) trudnica (n=54), (B) majki sa djecom od 1 mjeseca (n=22), (C) majki sa djecom od 6 mjeseci (n=25) i (D) majki sa djecom od 6-12 mjeseci (n=35)

Gotovo 40% trudnica N= 21 nisu imale nijednu predhodnu trudnoću. Jedako tako 40% trudnica su imale jednu predhodnu trudnoću. Oko 17% N=9 je imalo dvije predhodne trudnoće. N=4 (18,2%) ispitanica koje imaju djecu starosti do 1 mjesec, N=1 (4%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci nisu imale predhodnu trudnoću, dok je jednu predhodnu trudnoću imalo N=77 (31,8%) ispitanica koje imaju djecu starosti do 1 mjesec, N=11 (44%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci i N=16 (45,7%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci. Dvije predhodne trudnoće imalo je N=3 (13,6%) ispitanica koje imaju djecu starosti do 1 mjesec, N=9 (36%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci nisu imale predhodnu trudnoću, dok je jednu predhodnu trudnoću imalo N=12 (34,3%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci.

Tablica 4. Broj spontanijeh pobačaja ispitanica po istraživanim skupinama

Broj spontanijeh pobačaja	Skupina							
	A		B		C		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	44	81,5	14	63,6	21	84	27	77,1
1	10	18,5	4	18,2	3	12	6	17,1
2	0	0	4	18,2	1	4	1	2,9
3	0	0	0	0	0	0	1	2,9
Ukupno	54	39,7	22	16,2	25	18,4	35	25,7

A – trudnice; B – majke koje imaju djecu starosti do 1 mjesec; C – majke koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci; D – majke koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci

Trudnice su imale N= 10 (18,5%) jedan spontani pobačaj, dok dva sponatana pobačaja nije imala ni jedna trudnica. N=4 (18,2%) ispitanica koje imaju djecu starosti do 1 mjesec, N=3 (12%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci i N=6 (17,1%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci su imale jedan spontani pobačaj, dok je dva sponatana pobačaja imalo N= 4 (18,2%) ispitanica koje imaju djecu starosti do 1 mjesec, N=1 (4%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci i N=1 (2,9%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci. Tri spontana pobačaja imala je jedna majka ispitanica koja ima djecu starosti od 6 do 12 mjeseci.

Tablica 5. Broj namjernih pobačaja ispitanica po istraživanim skupinama

Broj namjernih pobačaja	Skupina							
	A		B		C		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	48	88,9	22	100	25	100	33	94,3
1	6	11,1	0	0	0	0	2	5,7
Ukupno	54	39,7	22	16,2	25	18,4	35	25,7

A – trudnice; B – majke koje imaju djecu starosti do 1 mjesec; C – majke koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci; D – majke koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci

Razlike u broju namjernih pobačaja između istraživanih skupina su slučajne (Kruskal Wallis $X^2=5,61$, $P=0,132$)

Tablica 6. Broj djece ispitanica po istraživanim skupinama

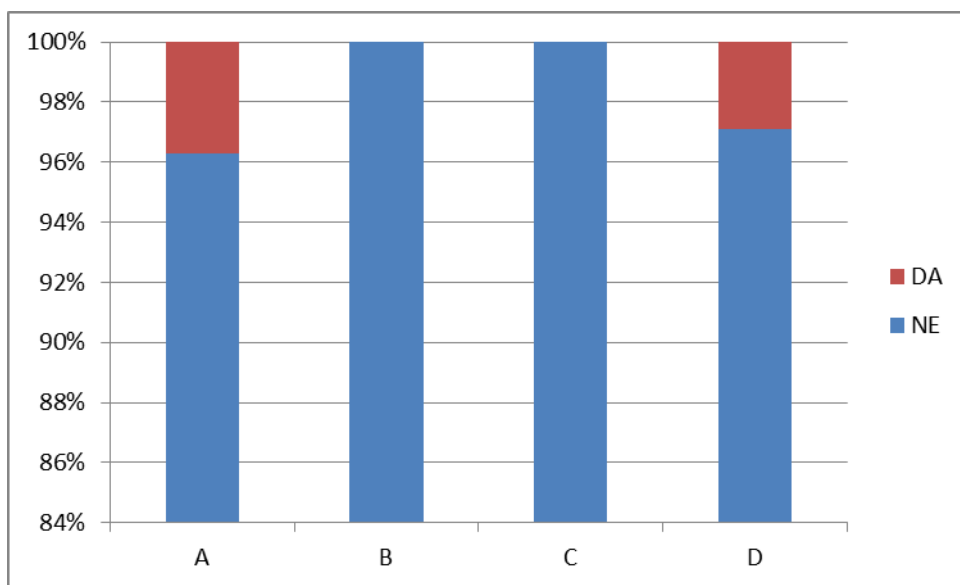
Broj djece	Skupina							
	A		B		C		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	29	53,7	0	0	0	0	0	0
1	18	33,3	15	68,2	16	64	21	60
2	6	11,1	3	13,6	6	24	12	34,4
3	1	1,9	3	13,6	2	8	1	2,9
4	0	0	0	0	0	0	1	2,9
5	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	1	4,5	0	0	0	0
7	0	0	0	0	1	4	0	0
ukupno	54	39,7	22	16,2	25	18,4	35	25,7

A – trudnice; B – majke koje imaju djecu starosti do 1 mjesec; C – majke koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci; D – majke koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci

U skupini trudnica bilo je najviše $N=29$ (53,7%) ispitanica bez djece u odnosu na ostale skupine. Jedno dijete ima $N=18$ (33,3%) trudnih ispitanica. Dvoje djece ima $N=6$ (11,1%), dok samo jedna ispitanica ima troje djece odnosno 1,9% trudnica.

I u skupini majki naviše je majki koje imaju jedno dijete. N= 15 (68,2%) ispitanica koje imaju djecu starosti do 1 mjesec, N=16 (64%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci i N=21 (60%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci. Dvoje djece ima N=3 (13,6%) ispitanica koje imaju djecu starosti do 1 mjesec, N=6 (24%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci i N=12 (34,4%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci. Troje djece ima N=3 (13,6%) ispitanica koje imaju djecu starosti do 1 mjesec, N=2 (8%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci i N=2,9 (%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci.

5. 3. Anamnestički podaci o morbiditetu



Slika 5. Kronične bolesti ispitanica po istraživanim skupinama (A) trudnica (n=54), (B) majki sa djecom od 1 mjeseca (n=22), (C) majki sa djecom od 6 mjeseci (n=25) i (D) majki sa djecom od 6-12 mjeseci (n=35)

N=2 (3,7%) trudnih ispitanica ima kronične bolesti, te jedna ispitanica (2,9%) koja imaja djete starosti do 1 godine.

Tablica 7. Povijest mentalnih oboljenja ispitanica po sitraživanim skupinama

	Skupina								Prosječni %
	A		B		C		D		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ne	42	77,8	17	77,3	21	84	32	91,4	82,5
Ne, ali sam povremeno uzimala sredstava za smirenje	0	0	1	4,5	0	0	0	0	0,7
Postporođajna tuga (baby blues)	12	22,2	4	18,2	4	16	2	5,7	16,2
Postporođajna depresija u prethodnim trudnoćama	0	0	0	0	0	0	1	2,9	0,7
ukupno	54	39,7	22	16,2	25	18,4	35	25,7	100

A – trudnice; B – majke koje imaju djecu starosti do 1 mjesec; C – majke koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci; D – majke koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci

U cjelokupnom uzorku 83% ispitanica izjavljuje da nisu imali mentalnih oboljenja do sada, dok 16% ispitanica navodi da su ranije iskusile postporođajnu tugu (baby blues).

5. 4. Anamnestički podaci o sadašnjoj trudnoći

Tablica 8. Mentalna oboljenja u trudnoći na cjelokupnom uzorku (N=136)

Mentalna oboljenja u trudnoći:	n	%
Ne	134	98,5
Depresija	2	1,5

Kad se pogledaju podaci o mentalnim oboljenjima u tijeku trudnoće vidljivo je da na cijelom uzorku samo dvije ispitanice izjavljuju da su imale problema s

depresijom, dok sve ostale govore kako u trudnoći nisu iskusile nikakve mentalne tegobe.

Tablica 9. (Ne)Planiranje trudnoće na cjelokupnom uzorku (N=136)

Mentalna oboljenja u trudnoći:	n	%
planirana trudnoća	80	58,8
neplanirana, ali dobro prihvaćena trudnoća	53	39
neplanirana, neželjena trudnoća	1	0,7
umjetna oplodnja	2	1,5

Cjelokupni uzorak dominantno podijeljen na one ispitanice koje izjavljuju da su planirale trudnoću (N=80; 58,8%) i one koje nisu planirale trudnoću ali su je dobro prihvatile (N=53; 39%). Samo jedna ispitanica izjavljuje da je riječ o neželjenoj trudnoći (0,7%), a dvije (1,5%) da su zatrudile pomoću umjetne oplodnje. Može se zaključiti da je na cjelokupnom uzorku kod 99,3% ispitanica riječ o „dobro prihvaćenoj trudnoći“.

Tablica 10. Način dovršenja trudnoće po istraživanim skupinama

porod	Skupina					
	B		C		D	
	n	%	n	%	n	%
vaginalan na termin	13	59,1	18	72	25	71,4
prijevremeni	3	13,6	3	12	3	8,6
carski rez	6	27,3	4	16	6	17,1
Komplikacije pri porodu	0	0	0	0	1	1,29
ukupno	22	26,8	25	30,5	35	42,7

B – majke koje imaju djecu starosti do 1 mjesec; C – majke koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci; D – majke koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci

U svim skupinama majki najviše ispitanica je dovršilo trudnoću vaginalnim porodom na termin. N=13 (59,1%) ispitanica koje imaju djecu starosti do 1 mjesec,

N=18 (72%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci te N=25 (71,4%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci. Prijevremenih poroda bilo je N=3 (13,6%) ispitanica koje imaju djecu starosti do 1 mjesec, N=3 (12%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci te N=3 (8,6%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci. Dovođenja trudnoće carskim rezom bilo je N=6 (27,3%) ispitanica koje imaju djecu starosti do 1 mjesec, N=4 (16%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci te N=6 (17,1%) ispitanica koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci. Komplikacije pri porodu imala je jedna majka (!!!) iz skupine majki koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci.

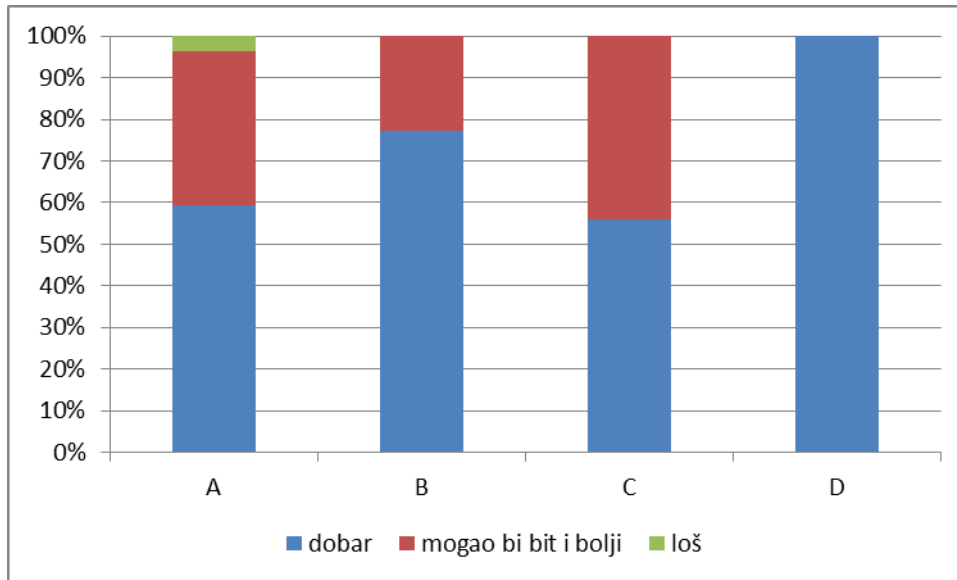
Tablica 11. Procjena težine poroda po istraživanim skupinama

	N	Aritmetička sredina	Minimum	Maksimum	Stand.devij.
Majke djece stare do 1 mjeseca	22	2,82	1	4	1,18
Majke djece stare do 6 mjeseci	25	2,92	1	4	0,76
Majke djece stare do 1 godine	35	2,97	1	4	0,78

Težina poroda je procijenjivana na skali od 1 do 4, gdje jedan znači nimalo a 4 jako težak.

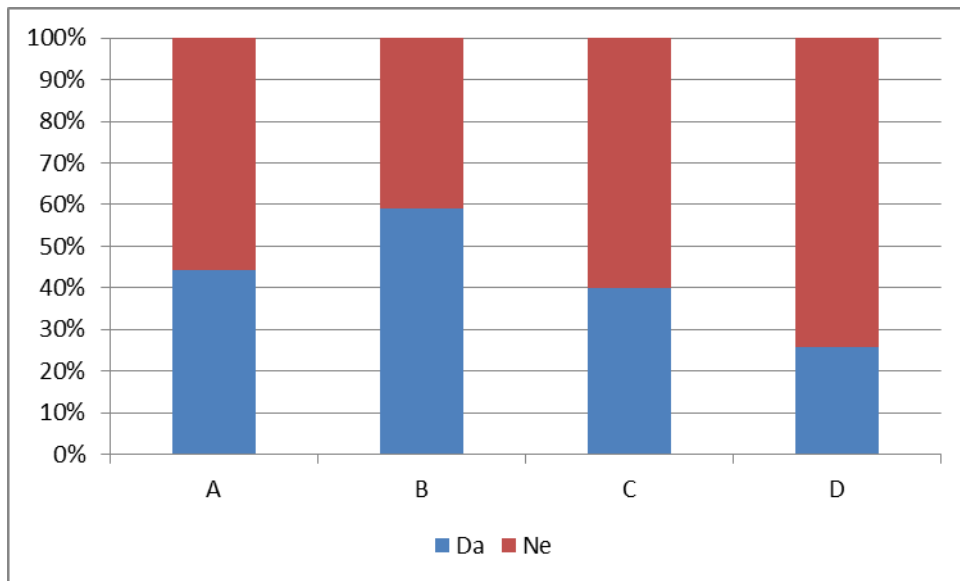
Procjena težine poroda među ispitivanim skupinama nije se statistički značajno razlikovala ($F_{2,79}=0,20$; $P=0,822$) (Tablica 11).

5.5. Odnos sa suprugom, potreba za perfekcionizmom te svakodnevna opterećenost i potreba za pomoći



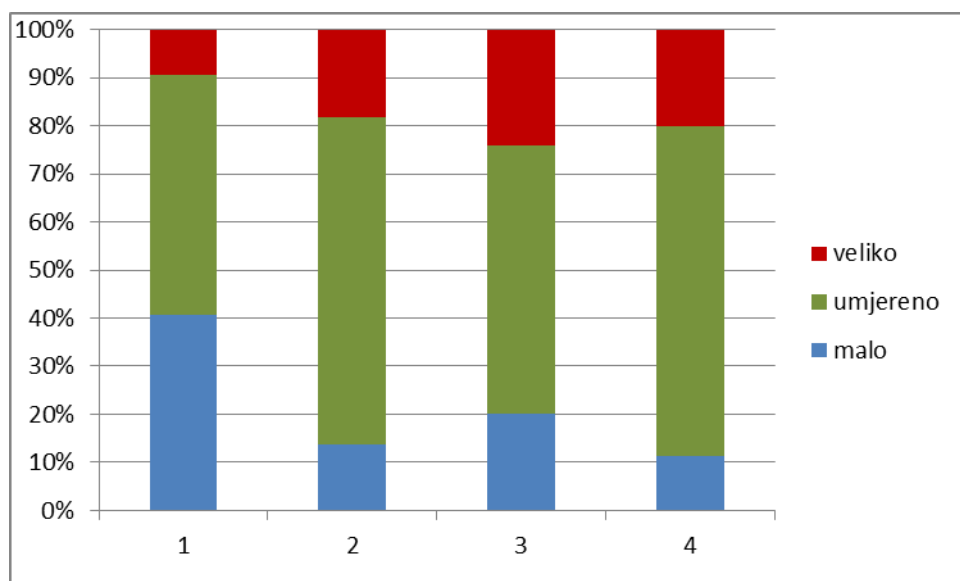
Slika 6. Odnos sa suprugom po ispitivanim skupinama skupinama (A trudnica (n=54), (B) majki sa djecom od 1 mjeseca (n=22), (C) majki sa djecom od 6 mjeseci (n=25) i (D) majki sa djecom od 6-12 mjeseci (n=35))

Ispitanice u svim istraživanim skupinama imaju sličan odnos sa suprugom ($X^2=2,53$; $P=0,470$). Budući da u odnosu sa suprugom nema razlika između ispitivanih skupina, podaci su opisani za cijelu grupu. Tako 62% ispitanica izjavljuje da ima jako dobar odnos sa suprugom, njih 36% smatra da bi taj odnos mogao biti i bolji, te svega 2% ispitanica ima jako loš odnos sa suprugom.



Slika 7. Odgovor na pitanje *Da li uglavnom želite da Vam je sve savršeno?* po ispitivanim skupinama skupinama (A) trudnica (n=54), (B) majki sa djecom od 1 mjeseca (n=22), (C) majki sa djecom od 6 mjeseci (n=25) i (D) majki sa djecom od 6-12 mjeseci (n=35)

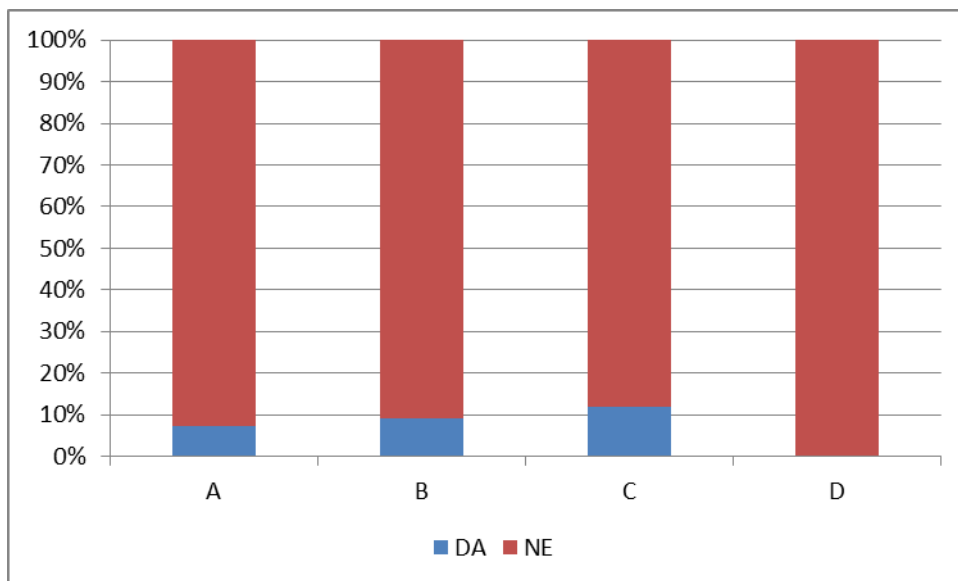
Kada je riječ o pitanju da li ispitanice žele da im je sve savršeno, također nisu utvrđene razlike između različitih ispitanih grupa ($X^2=6,57$ $P=0,087$) te 41,2% ispitanica ima tu potrebu, dok 58,8% ispitanica izjavljuje da ne teže postizanju svašenstva.



Slika 8. Svakodnevno opterećenje ispitanica po istraživanim skupinama (1) trudnica (n=54), (2) majki sa djecom od 1 mjeseca (n=22), (3) majki sa djecom od 6 mjeseci (n=25) i (4) majki sa djecom od 6-12 mjeseci (n=35)

Pri analizi odgovora na pitanje koliko je svakodnevno opterećenje s kojim se susreću, utvrđeno je postojanje razlika između ispitivanih skupina ($X^2=11,72$; $P=0,008$).

U skupini trudnica je znatno više onih ispitanica koje smatraju da imaju malo dnevnih obaveza (40%), u usporedbi s ostalim grupama. Ove razlike su i logične s obzirom da u skupini trudnica je najveći broj onih kojima je ova prva trudnoća, pa objektivno i imaju manje obaveza u odnosu na one ispitanice koje već imaju djecu.



Slika 9 . Odgovor na pitanje *Da li Vam je potrebna pomoć?* po ispitivanim skupinama skupinama (A) trudnica (n=54), (B) majki sa djecom od 1 mjeseca (n=22), (C) majki sa djecom od 6 mjeseci (n=25) i (D) majki sa djecom od 6-12 mjeseci (n=35)

Kad se testirala razlika između ispitivanih skupina u procjeni da li je ispitanici potrebna pomoć pokazalo se da razlike ne postoje ($X^2=3,89$; $P=0,273$). Svega 6,6% ispitanica ističe da treba pomoć naspram 93,4% onih koje izjavljuju da im pomoć ne treba.

5.6. Procjena s dva pitanja o depresivnosti

Tablica 12. Procjene depresivnosti u proteklom mjesecu

	Skupina								Uku.
	A		B		C		D		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Depresivna	20	37	9	40,9	4	16	2	5,7	25,7%
Nije depresivna	34	63	13	59,1	21	84	33	94,3	74,3%
ukupno	54	39,7	22	16,2	25	18,4	35	25,7	100%

A- trudnice B – majke koje imaju djecu starosti do 1 mjesec; C – majke koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci; D – majke koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci

Od ukupno 136 ispitanica njih 35 (25,7%) je izjavilo da su se u proteklom mjesecu osijećale potonulo i depresivno. Pri tome postoje razlike među skupinama ($X^2=14,73$; $P=0,002$). Tako je postotak depresivnih trudnica i majki jednomjesečne djece otprilike podjednak (oko 40%), ali je njih znatno više depresivno u odnosu na broj depresivnih majki starije djece. Tek je 16% majki 6-mjesečne djece depresivno, a ,7% onih s djecom od godinu dana.

Tablica 13. Procjene gubitka interesa i zadovoljstva

Gubitak interesa	Skupina								Uku.
	A		B		C		D		
	n	%	n	%	N	%	n	%	
Da	23	42,6	9	40,9	12	48	11	31,4	40,4
Ne	31	57,4	13	59,1	13	52	24	68,6	59,6
ukupno	54	39,7	22	16,2	25	18,4	35	25,7	100%

A – trudnice; B – majke koje imaju djecu starosti do 1 mjesec; C – majke koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci; D – majke koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci

Utvrđeno je da je po skupinama podjednako zastupljen gubitak interesa i zadovoljstva za neke stvari ($X^2=1,86$; $P=0,601$).

EDPS

Tablica 14. Procjena depresivnosti prema Edinburškoj skali

Depresivne	Skupina								Uku.
	A		B		C		D		
	n	%	n	%	N	%	n	%	
Da	12	22,2	9	40,9	5	20	7	20	24,3
Ne	42	77,8	13	59,1	20	80	28	80	75,7
ukupno	54	39,7	22	16,2	25	18,4	35	25,7	100%

A – trudnice; B – majke koje imaju djecu starosti do 1 mjesec; C – majke koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci; D – majke koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci

Prema kriteriju Edinburške skale broj depresivnih ispitanica ne razlikuje se značajno po ispitivanim kategorijama ($X^2=4,03$; $P=0,258$).

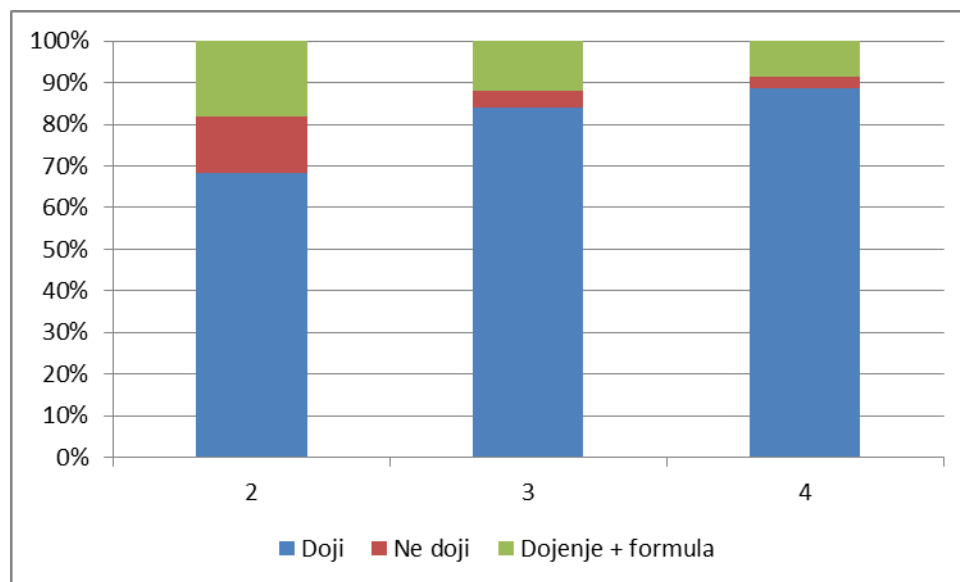
5.7. Skrb za novorođenče

Tablica 15. Usporedba zrelosti djece po skupinama

novorođenče	Skupina					
	B		C		D	
	n	%	n	%	n	%
rođeno na termin s Apgarom > 7	15	68,2	21	84	31	88,6
rođeno na termin, s Apgarom < 7	3	13,6	1	4	1	2,9
prematurus	4	18,2	3	12	3	8,6
Ukupno	22	16,2	25	18,4	35	25,7

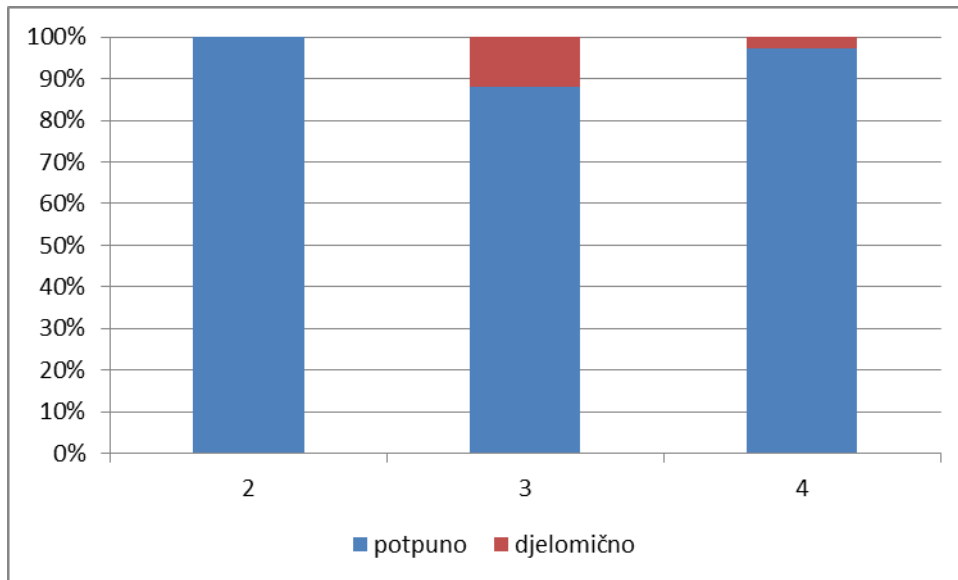
B – majke koje imaju djecu starosti do 1 mjesec; C – majke koje imaju djecu starosti od 1 do 6 mjeseci; D – majke koje imaju djecu starosti od 6 do 12 mjeseci

Novorođenčad istraživanih skupina je slična s obzirom na Apgar ($X^2=3,52$; $P=0,172$) (Tablica 14.)



Slika 10. Dojenje po istraživanim skupinama (2) majki sa djecom od 1 mjeseca (n=22), (3) majki sa djecom od 6 mjeseci (n=25) i (4) majki sa djecom od 6-12 mjeseci (n=35)

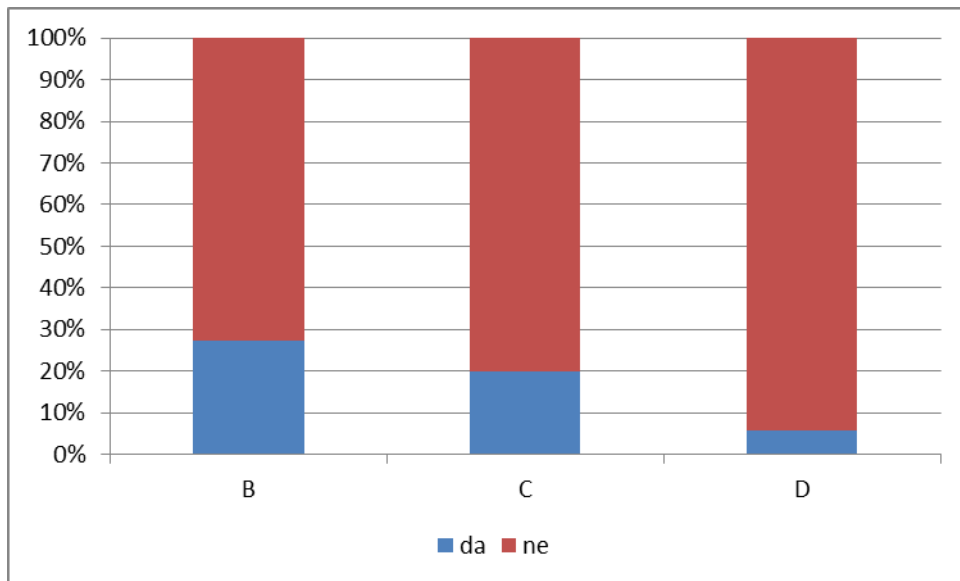
Razlike u načinu prehrane po istraživanim skupinama se statistički značajno ne razlikuju ($X^2=1,58$; $P=0,454$). (slika 13.)



Slika 11. Zadovoljstvo ispitanica svojom skrbi za dijete, po istraživanim skupinama (2) majki sa djecom od 1 mjeseca ($n=22$), (3) majki sa djecom od 6 mjeseci ($n=25$) i (4) majki sa djecom od 6-12 mjeseci ($n=35$)

Ispitanice iz različitih skupina ne razlikuju se u zadovoljstvu skrbi za dijete ($X^2=4,12$; $P=0,128$) (slika 14.)

Pri analizi pitanja „Imam poteškoće u skrbi za dijete“ sve ispitanice su odgovorile da nemaju.



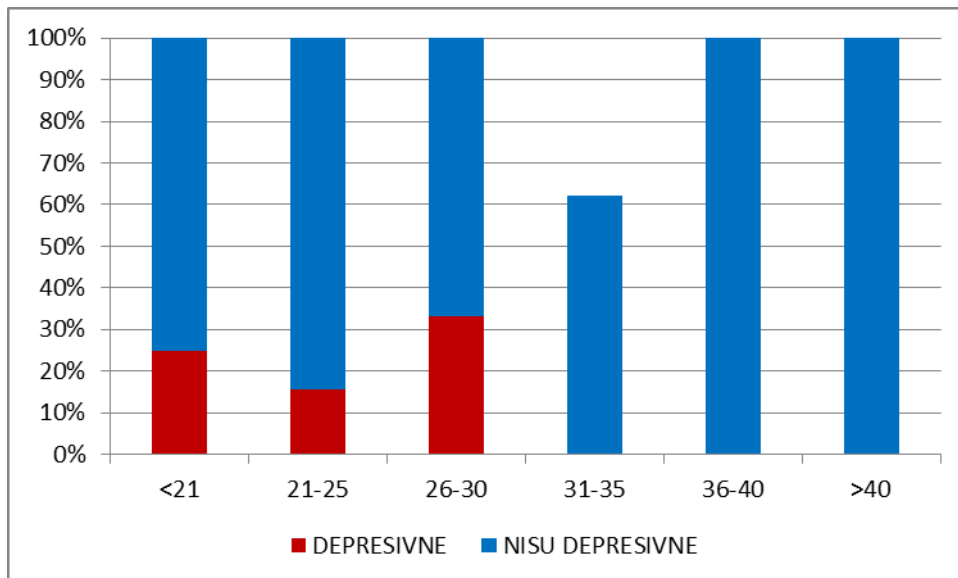
Slika 12 . Zabrinutost zbog majčinstva unutar skupina (B) majki sa djecom od 1 mjeseca (n=22), (C) majki sa djecom od 6 mjeseci (n=25) i (D) majki sa djecom od 6-12 mjeseci (n=35)

Zabrinutost zbog majčinstva je podjednaka u svim ispitivanim skupinama ($X^2=5,11$; $P=0,078$). Ukupno 84% ispitanica nije zabrinuto zbog majčinstva, a njih 16% jeste.

5.8. Usporedba promatranih parametara između depresivnih i nedeprativnih ispitanica unutar pojedinih skupina

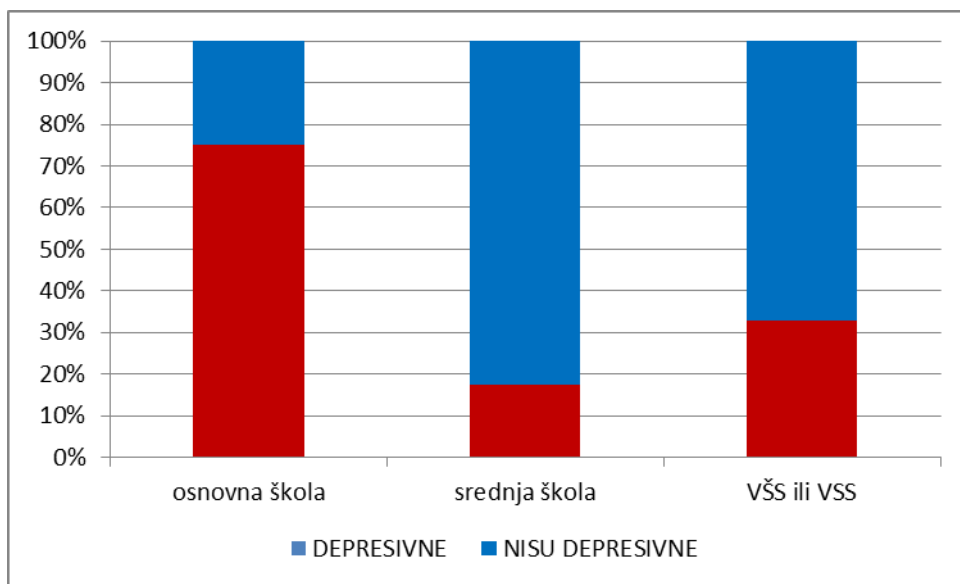
Tablica 16. Usporedba po dobi, edukaciji, poslovnom statusu i prihodima depresivnih (n=35) u odnosu na nedeprativne ispitanice (n=101) na cijelom uzorku

	X ²	df	p
DOB	11,27	5	,046
EDUKACIJA	9,159	2	,010
PRIHODI	1,483	2	,476



Slika 13. Depresivnost s obzirom na dobne kategorije na cjelokupnom uzorku (n=136)

Depresivnost je različita kod različitih dobnih skupina u smjeru da je mlađa dob u većoj mjeri korespondira većem broju depresivnih ispitanica.



Slika 14. Depresivnost s obzirom na stupanj obrazovanja na cjelokupnom uzorku (n=136)

Čini se da je kod osoba koje imaju samo završenu OŠ rizik najveći, a najmanji je kod osoba sa srednjoškolskim obrazovanjem. Treba naglasiti da je broj ispitanica koje imaju završenu samo osnovnu školu jako mali (N=4; 2,9%) pa i taj rezultat treba uzeti s oprezom.

Kada je riječ o skupinama ispitanica koje pripadaju različitim prihodovnim kategorijama, nema razlike među nima glede postotka (ne)depresivnih ispitanica.

Tablica 17. Usporedba depresivnih (n=33) u odnosu na nedeprisivne ispitanice (n=103), prema Edinburškom kriteriju, na cjelokupnom uzorku

	X ²	df	p
Edukacija	6,33	2	0,042
Mentalno oboljenje ispitanica	37,63	3	0,000
Tijek trudnoće	5,14	1	0,038
Odnos sa suprugom	19,14	2	0,000
Opterećenost	15,52	2	0,000
Potreba za pomoći	5,14	1	0,038
Dojenje	6,96	2	0,031
Zadovoljstvo sa skrbi	12,22	1	0,003
Zabrinutost majčinstvom	6,47	1	0,018

Depresivne ispitanice češće imaju povijest mentalnih oboljenja, tijekom trudnoće s komplikacijama, lošiji odnos sa suprugom, više su opterećene, a manje zadovoljne sa skrbi te više zabrinute zbog majčinstva, češće im je potrebna pomoć. Po svim ostalim ispitivanim varijablama depresivne i nedeprisivne ispitanice, prema Edinburškom kriteriju, ne razlikuju se značajno.

5.9. Procjena povezanosti promatranih parametara s depresivnošću logističkom regresijom

Zbog malenog uzorka u podskupinama, logističke regresijske analize provedene su odvojeno za trudnice, te odvojeno za majke (ali sve kategorije majki). Prediktori iz cijelog modela birani po principu statističke značajnosti korelacije prediktora s kriterijem.

Tablica 18. Logistička regresija: zavisna varijabla samoprocjena po EPDS (0-nisu depresivne; 1-depresivne) skupina majki

	B	OR
Mentalne bolesti ispitanica	,455	1,577
Tijek trudnoće	3,807	45,033
Odnos sa suprugom	,647	1,909
Opterećenost	1,863	6,441
Porod	,800	2,226
Dojenje	,731	2,078
Zadovoljstvo sa skrbi	20,198	591250713,673
Zabrinutost majčinstvom	-1,334	,263

Nagelkerke $R^2= 0,62$

Depresivnost po EPDS je u vezi s dosadašnjim iskustvom s mentalnim oboljenjima, lošijim odnosom sa suprugom, vrstom poroda u smislu da prijevremeni ili porod s komplikacijama je povezan s većim rizikom od depresije, (ne)dojenjem povećanom opterećenošću i zabrinutošću mjajčinstvom.

Tablica 19. Logistička regresija: zavisna varijabla samoprocjena po EPDS (0-nisu depresivne; 1-depresivne), skupina trudnica

	B	OR
Mentalne bolesti ispitanica	,652	1,919
Odnos sa suprugom	1,025	2,786

Nagelkerke $R^2= 0,43$

Rezultati logističke regresije ukazuju na povezanost depresivnosti s manjim prethodnim mentalnim bolestima ispitanica i s lošijim odnosom sa suprugom.

Tablica 20. Logistička regresija: zavisna varijabla depresivnost u zadnjih mjesec dana (probirno pitanje) (0-nisu depresivne; 1-depresivne), skupina majki

	B	OR
Edukacija	1,796	6,027
Mentalne bolesti ispitanica	,406	1,502
Opterećenost	1,199	3,317
Potreba za pomoći	-3,218	,040
Zadovoljstvo sa skrbi	2,503	12,215
Zabrinutost majčinstvom	-1,217	,296

Nagelkerke $R^2= 0,52$

Rezultati logističke regresije ukazuju na povezanost depresivnosti s većim stupnjem edukacije, prethodnim mentalnim poteškoćama ispitanica, opterećenošću, većom potrebom za pomoći, povećanom zabrinutošću s majčinstvom, i sa smanjenim zadovoljstvom sa skrbi za dijete.

Tablica 21. Logistička regresija: zavisna varijabla depresivnost u zadnjih mjesec dana (probirno pitanje) (0-nisu depresivne; 1-depresivne), skupina trudnica

	B	OR
Mentalne bolesti ispitanica	1,499	4,479
Planirana trudnoća	3,465	31,988
Odnos sa suprugom	1,800	6,049
Želja za savršenstvom	1,589	4,897
Opterećenost	,073	1,076

Nagelkerke $R^2 = 0,75$

Rezultati logističke regresije ukazuju na povezanost depresivnosti s prethodnim mentalnim tegobama ispitanica, s lošijim odnosom sa suprugom, s planiranjem trudnoće, te neimanjem želje za savršenstvom i povećanom razinom opterećenosti.

Tablica 22. Logistička regresija: zavisna varijabla gubitak interesa/zadovoljstva u zadnjih mjesec dana (probirno pitanje) (0-nisu depresivne; 1-depresivne), skupina majki

	B	OR
Odnos sa suprugom	,834	2,303
Opterećenost	1,567	4,791
Potreba za pomoći	-21,148	,000
Zabrinutost majčinstvom	-1,748	,174

Nagelkerke $R^2 = 0,46$

U ovoj skupini gubitak interesa je bio povezan s lošijim odnosom sa suprugom, većom razinom opterećenosti i potrebom za pomoći, te s većom razinom zabrinutosti oko majčinstva.

Tablica 23. Logistička regresija: zavisna varijabla gubitak interesa/zadovoljstva u zadnjih mjesec dana (probirno pitanje) (0-nisu depresivne; 1-depresivne), skupina trudnica

	B	OR
Mentalne bolesti ispitanica	,316	1,371
Planirana trudnoća	1,259	3,522
Odnos sa suprugom	,916	2,499
Opterećenost	,771	2,162

Nagelkerke $R^2 = 0,39$

Rezultati logističke regresije ukazuju na povezanost depresivnosti s prethodnim mentalnim tegobama ispitanica, s lošijim odnosom sa suprugom, s planiranjem trudnoće u smjeru da oni koje nisu planirale trudnoću imaju veću vjerojatnost gubitka interesa. Povećana razina opterećenosti također je povezana s rizikom od gubitka interesa/zadovoljstva.

6. Rasprava

Procjenom depresivnosti po EPDS u našem istraživanju otkriveno je 24,3% ispitanica koje su zadovoljile kriterij Edinburške postnatalne skale za prisutnost postpartalne depresije. Prema probirnom pitanju o depresivnosti od ukupno 136 ispitanica njih 25,7% je izjavilo da su se u proteklom mjesecu osjećale potonulo i depresivno, dok na drugo pitanje koje je uključeno u probir depresivnosti, pitanje koje se odnosi na gubitak intertesa i zadovoljstva za neke stvari, potvrđan odgovor daje 40,4 % ispitanica.

Unatoč ovim rezultatima, nitko od ispitanica nije primao profesionalnu potporu, što svakako zahtjeva ozbiljniji pristup ovom problemu. Prema literaturi učestalost poslijeporođajne depresije (PPD) se smatra 10-15 %. (29). Većina studija je provedena u razvijenim zemljama , te je uglavnom prisutan nedostatak istraživanja iz zemalja u razvoju. Međutim, pregledom literature o raširenosti postporođajne depresije i depresivnih simptoma u 143 studije u 40 zemalja, od niskog do visokog standarda življenja pokazano je da postoji širok raspon raširenosti PPD u rasponu od gotovo 0 % do gotovo 60 % . U nekim zemljama kao što su Singapur , Malezija , Malta , Austrija i Danska ima vrlo malo izvješća o PPD ili nakon poroda depresivnih simptoma , dok u drugim zemljama (npr Brazil , Gvajana , Kostarika , Italija , Čile , Južna Afrika , Tajvan i Koreja) izviješća o postpartalnim depresivnim simptomima su vrlo rasprostranjena . (30) Prema literaturi prevalencija depresije u postpartalnom razdoblju nije veća od prevalencije depresije u drugim razdobljima života žene (31), ali incidencija je veća u prva 3 postporođajna mjeseca (32).

Na temelju analize podataka u istraživanju provedenom u gradu Gospiću vidljivo je da je postotak depresivnih ispitanica u skupini majki koje imaju jednomjesečnu djecu veći nego postotak u drugim skupinama. U toj skupini taj postotak se kreće oko 40 %. Postotak odgovara i postotku depresivnih majki jednomjesečne djece utvrđenim kriterijem preko pitanja za probir depresivnosti. U ovom istraživanju, što se tiče ostalih majki ispitanica, s porastom dobi djeteta se smanjuje depresivnost, te su majke s djecom od 6 mjeseci i majke jednogodišnjaka podjednako depresivne, njih 20 %. Pregledom studije koja je u istraživanju koristila

EPDS a provedene na 199 majki, depresivnih majki djece od 2 tjedna je 17 % , 16,5 % majki djece u dobi od 2 mjeseca, 10,3 % u dobi od 4 mjeseca, a 18,5 % u 6 mjeseci. (33) U literaturi o promjenama u depresivnim simptomima od 0-9 mjeseca nakon poroda vidi se da je udio depresivnih majki najveći od 0-1. mjeseca (12,5 %) , zatim je pada na između 5,0% i 7,1% od 2.-6. mjeseca, dok 10,2% u 9. mjesecu nakon poroda iz čega se vidi da su depresivni simptomi najfrekventniji kod majki djece dobi 0-1 mjeseci. (34)

U našem istraživanju, prema samoprocjeni po EPDS depresivno je 22,2% trudnica, dok je prema probiru pitanja na depresivnost depresivno je njih 37%. U literaturi procijenjena stopa depresije tijekom trudnoće varira od 7-15 % u ekonomski razvijenim zemljama (35) do 19-25 % u siromašnim zemljama (36). Studija provedena na 8323 trudnice u Engleskoj pokazuje da je 13 % trudnica depresivno. (37)

Daljnijim analizama ispitivalo se da li se depresivne i nedeprativne ispitanice se razlikuju s obzirom na neke sociodemografske varijable. Što se tiče socioekonomskih karakteristika ispitanica u Gospiću pokazalo se da nema razlike u riziku za pojavu depresivnosti između ispitanica s različitim obiteljskim statusom, onima koje su imale različiti broj prekinutih trudnoća i spontanih pobačaja, one koje se razlikuju u načinu poroda i procjeni težine poroda, onih s različitim odnosom s djetetom i koje imaju različitu razinu podrške.

Kada je riječ o stupnju edukacije vjerojatnost rizika za pojavu depresivnosti se razlikuje među različitim stupnjevima edukacije. Čini se da je kod osoba koje imaju samo završenu OŠ rizik najveći, a najmanji je kod osoba sa srednjoškolskim obrazovanjem. Treba naglasiti da je broj ispitanica koje imaju završenu samo osnovnu školu jako mali (N=4; 2,9%) pa i taj rezultat treba uzeti s oprezom.

Ako zanemarimo kategoriju ispitanica koje imaju samo završenu osnovnu školu (n=4) onda rezultati ukazuju da je kod srednjoškolski obrazovanih ispitanica njih 16,2% depresivnih (a 83,8% nedeprativnih) (prema Edinburškom kriteriju), dok kod visokoobrazovanih postotak depresivnih iznosi 32,8% (u odnosu na 67,2% nedeprativnih), dakle s porastom stupnja obrazovanja raste i postotak depresivnih.

Nadalje, našim istraživanjem utvrđeno je da su depresivne ispitanice češće su imale povijest mentalnih oboljenja, tijekom trudnoće s komplikacijama, lošiji odnos sa suprugom, više su opterećene, a manje zadovoljne sa skrbi te više zabrinute zbog majčinstva. Također, češće izvještavaju da im je potrebna pomoć. Po svim ostalim ispitivanim varijablama depresivne i nedeprativne ispitanice, prema Edinburškom kriteriju, ne razlikuju se značajno.

Budući da je osnovni cilj ovog istraživanja identificirati faktore na osnovu kojih je moguće na vrijeme i prije nastupanja depresije detektirati rizične osobe, u tu svrhu su provedene logističke regresijske analize. Analize su provedene zasebno za grupu trudnica i za grupu majki. Logističke regresije posebno naglašavaju pojedine čimbenike u promatranim skupinama.

Kod trudnica, logističkom regresijom depresivnosti samoprocjenom po EPDS, prema probirnom pitanju depresivnost u zadnjih mjesec dana, te prema probirnom pitanju gubitak interesa/ zadovoljstva u zadnjih mjesec dana dobiveni su rezultati ukazuju na povezanost depresivnosti s manjim prethodnim mentalnim bolestima ispitanica (baby blues) i s lošijim odnosom sa suprugom. Pored navedenih, logistička regresija prema oba probirna pitanja ukazuje i da je depresivnost povezana s planiranjem trudnoće u smjeru da one ispitanice koje nisu planirale trudnoću imaju veću vjerojatnost pojave depresije te povećanom razinom opterećenosti.

Sustavnim literaturnim pregledom rizičnih čimbenika za pojavu depresije tijekom trudnoće u kojem je zahvaćeno 57 studija navode se slijedeći prediktori; majčinska anksioznost, stresni život, povijest depresije, nedostatak socijalne podrške, neželjene trudnoće, obiteljsko nasilje, niži prihodi, manja razina obrazovanja, pušenje, status samca, nekvalitetan odnos s partnerom. U 19 studija posebno se obratila pažnja na odnose u vezi/ braku i njihovu povezanost s depresijom tijekom trudnoće. Nezadovoljavajuća kvaliteta odnosa sa partnerom značajno je povezana s povećanim rizikom od depresivnih simptoma. (38) Prema našem istraživanju kod skupine trudnica značajni prediktori za nastanak depresije bili su također prethodno iskustvo s mentalnim oboljenjima, odnos sa suprugom i razina opterećenosti.

Kod majki, logističkom regresijom depresivnosti samoprocjenom po EPDS iz rezultata provedene analize može se vidjeti da je povećanje rizika od depresivnosti povezano s dosadašnjim iskustvom s mentalnim oboljenjima, lošijim odnosom sa suprugom, vrstom poroda u smislu da prijevremeni ili porod s komplikacijama je povezan s većim rizikom od depresije, (ne)dojenjem, povećanom opterećenošću i zabrinutošću majčinstvom. Kada je riječ o depresivnosti definiranom jednim pitanjem (pitanje probira-koliko ste bili depresivni u proteklom mjesecu) pokazalo se da je rizik za pojavu depresivnosti povezan s, neočekivano, većim stupnjem edukacije, prethodnim mentalnim poteškoćama ispitanica, opterećenošću, većom potrebom za pomoći, povećanom zabrinutošću s majčinstvom. Logističkom regresijom obzirom na gubitak interesa/zadovoljstva u zadnjih mjesec dana u ovoj skupini pokazalo se da je gubitak interesa je bio povezan s lošijim odnosom sa suprugom, većom razinom opterećenosti i potrebom za pomoći, te s većom razinom zabrinutosti oko majčinstva.

Stoga bi trebalo osobito obratiti pozornost na rizične čimbenike koji se ponavljaju: prisustvo prethodnih mentalnih bolesti, loši odnosi sa suprugom te veliko svakodnevno opterećenje.

U literaturi se mogu pronaći slični rizični faktori. Naime, u meta-analizi 44 studije namijenjenoj lakšoj identifikaciji žena na rizik za razvoj PPD nabrajaju se sljedeći faktori rizika: prenatalna depresija, zatim opterećenost i zabrinutost oko brige za dijete, nedostatak socijalne podrške, emocionalne i instrumentalne potpore, prenatalna anksioznost, bračno nezadovoljstvo, povijest ranijih mentalnih oboljenja ili tegoba (stopa recidiva visoka oko 50%) (39).

Slabost ovog istraživanja je u tome što naš EPDS upitnik nije validiran, kao ni 2 probirna pitanja. Također nalaz ovog istraživanja treba tumačiti s oprezom, s obzirom na malu veličinu uzorka, što smanjuje statističku snagu testa. Prednost istraživanja je što je prvi put na području grada Gospića provedena analiza postpartalne depresije.

7. Zaključak

1. Od 136 ispitanica procijenjenih sa EPDS depresivno je bilo 33 ispitanice (24,3%), temeljem probirnog pitanja depresivnosti u proteklom mjesecu njih 35 (25,7%). Prema procjeni gubitka interesa i zadovoljstva 55 ispitanica osjeća da je izgubilo interes za neke stvari (40,4%).

2. U našem istraživanju najdepresivnije po EPDS su majke djece koje imaju jednomjesečnu djecu postotak se kreće oko 40 %. Postotak odgovara i postotku depresivnih majki jednomjesečne djece utvrđenim kriterijem preko pitanja za probir depresivnosti. S porastom dobi djeteta se smanjuje depresivnost, te su majke s djecom od 6 mjeseci i majke jednogodišnjaka podjednako depresivne, njih 20 %. U našem istraživanju prema samoprocjeni po EPDS depresivno je 22,2% trudnica, dok je prema procjeni depresivnosti u proteklom mjesecu o depresivno njih 37%.

Prema tome, ciljne skupina kojima je probir i pomoć najneophodnija, su u ovom slučaju trudnice, majke novorođenčadi i mlađe dojenačke dobi.

3. Socioekonomske karakteristike statistički značajno povezane s depresivnošću u našem istraživanju su prisutnost mentalnih oboljenja ispitanica, odnos sa suprugom takav da smatraju da je loš ili bi mogao biti bolji, veća opterećenost, te viši stupanj obrazovanja.

Rizične skupine za probir depresivnosti bile bi trudnice i majke sa prisustvom prethodnih mentalnih bolesti (baby blues), lošim odnosom sa suprugom, velikim svakodnevnim opterećenjem, te višim obrazovanjem.

4. Logističkom regresijom depresivnost majki procijenjena po EPDS također se povezuje s dosadašnjim iskustvom s mentalnim oboljenjima, lošijim odnosom sa suprugom, vrstom poroda u smislu da prijevremeni ili porod s komplikacijama je povezan s većim rizikom od depresije, (ne)dojenjem, povećanom opterećenošću i zabrinutošću majčinstvom. Logističkom regresijom kod skupine majki prilikom probira depresivnosti definiranom sa 2 probirna pitanja pokazalo se da je rizik za pojavu depresivnosti povezan s većim stupnjem edukacije, prethodnim mentalnim

poteškoćama ispitanica, lošijim odnosom sa suprugom, većom razinom opterećenosti i potrebom za pomoći, povećanom zabrinutošću s majčinstvom, i u najvećoj mjeri sa smanjenim zadovoljstvom sa skrbi za dijete.

5. Logističkom regresijom depresivnost trudnica samoprocjenom po EPDS dobiveni su rezultati koji ukazuju na povezanost depresivnosti s manjim prethodnim mentalnim bolestima ispitanica i s lošijim odnosom sa suprugom. Rezultati logističke regresije prema 2 probirna pitanja ukazuju na povezanost depresivnosti s prethodnim mentalnim tegobama ispitanica, s lošijim odnosom sa suprugom, s planiranjem trudnoće, te neimanjem želje za savršenstvom i povećanom razinom opterećenosti.

Stoga bi u navedenim skupinama trebalo obratiti posebnu pažnju na prepoznate rizične čimbenike.

8. Zahvala

Veliku zahvalnost, u prvome redu dugujem svojoj mentorici dr. sc. Stanislavi Stojanović-Špehar na stručnoj pomoći, savjetima i velikom strpljenju koje mi je pružila prilikom izrade ovog diplomskog rada. Zahvaljujem i dr. sc. Andrei Tokić koja mi je nesebično pomogla oko pisanja tehničkog dijela rada.

Posebnu zahvalnost iskazujem cijeloj svojoj obitelji, a ponajviše mojim kćerima; Leonardi i Aureliji koje su me na poseban način bodrile tijekom ovog studija.

9. Literatura

1. Christa Andrews-Fike, M.D Prim Care Companion J Clin Psychiatry. A Review of Postpartum Depression Feb 1999; 1(1): 9–14.
2. SZO (1994) MKB-10 Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Medicinska naklada Zagreb
3. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013. 186-187
5. Klein M, Essex MJ. Pregnant or depressed? The effect of overlap between symptoms of depression and somatic complaints of pregnancy on rates of major depression during the second trimester. *Depression*. 1994;2:1994–5.
6. Harris B. A hormonal component to postnatal depression. *Br J Psychiatry*. 1993;163:403–405.
7. Burke KC, Burke JD Jr, Rae DS. et al. Comparing age at onset of major depression and other psychiatric disorders by birth cohorts in five US community populations. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(9):789–95.
8. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression — a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996;8:37–54
9. Murray L, Stein A. The effects of postnatal depression on the infant. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*. 1989;3(4):921–33.
10. Yonkers K A, Chantilis S J. Recognition of depression in obstetric/gynecology practices. *Am J Obstet Gynecol* 1995. 173632–638.638
11. O'Hara M W, Neunaber D, Zeboski E M. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course and predictive factors. *J Abnorm Psychol* 1984. 93158–171.171 ? Seguin L, Potvin L, St-Dennis M. et

a/Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic women. *Birth* 1999. 26:157–163.163

12. Seyfried LS, Marcus SM. Postpartum mood disorders. *Int Rev Psychiatry*.2003;15:231–42.
13. Burt VK. Mood disorders in women: Focus on postpartum. *Womens Health Psychiatry*. 2006;2:6–12.
14. Beck CT. Postpartum depression predictors inventory-revised. *Adv Neonatal Care*. 2003;3:47–8.
15. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, poverty and postnatal depression; a study of mothers in Goa. *Am J Psychiatry*. 2002;159:43–7.
16. Watson JP, Elliott SA, Rugg AJ. et al. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiatry*. 1984;144:453–62.
17. Wagner HR, Burns BJ, Broadhead WE. et al. Minor depression in family practice: functional morbidity, comorbidity, service utilization, and outcomes. *Psychol Med*.2000;30(2):1377–90.
18. Kendell R, Chalmers J, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry*. 1987;150:662.
19. Jones I, Craddock N. Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry*.2001;158(6):913–7.
20. Brockington I, Cernik A, Schofield E, et al. Puerperal psychosis, phenomena and diagnosis. *Arch Gen Psychiatry*. 1981;38:829.
21. Brockington IF. Puerperal psychosis: Motherhood and mental health. New York: Oxford University Press; 1996. p. 200. // Wisner K, Peindl K, Hanusa B. Psychiatric episodes in women with young children. *J Affective Disord*. 1995;34:1.
22. Brockington IF, Oates M, Rose G. Prepartum psychosis. *J Affective Disord*. 1990;19:31.

23. Sharma V, Smith A, Khan M. The relationship between duration of labour, time of delivery, and puerperal psychosis. *J Affective Disord.* 2004;83:215.
24. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Women Ment Health.* 2005;8(2):77–87.
25. Oates M. Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *Br Med Bull.* 2003;67:219–29.
26. Spinelli MG. Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. *Am J Psychiatry.* 2004;161(9):1548–57.
27. Llewellyn, A. M., Stowe, Z. N., & Nemeroff, C. B. (1997). Depression during pregnancy and the puerperium. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(Suppl 15), 26–32.
28. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150:782-6.
29. Halbreich U, Karkun S, Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord.* 2006;91(2–3):97–111.
30. Cooper PJ, Campbell EA, Day A, Kennerley H, Bond A. Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *Br J Psychiatry.* 1998;152:799–806.
31. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA.* 2006;296(21):2582–2589.
32. Sheeder J, Kabir K, Stafford B. Screening for postpartum depression at well-child visits: Is once enough during the first 6 months of life? *Pediatrics.* 2009;123:e982–988.

33. Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Changes in the depressive symptoms over 0–9 months postpartum. *Journal of Women's Health*. 2011;20(3):381–386. doi: 10.1089/jwh.2010.2355.
34. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001;323:257-60.
35. Rahman A, Iqbal Z, Harrington R. Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychol Med* 2003;33:1161-7.
36. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*. pp. 65–73.
37. Lancaster CA, Gold KJ, MD, Flynn HA, Harim YS, Davis M. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review MAPP *American Journal of Obstetrics & Gynecology* Volume 202, Issue 1, Pages 5-14 (January 2010) DOI: 10.1016/j.ajog.2009.09.007
38. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. A prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *J Abnorm Psychol*. 1984;93:158–171.
39. Beck CT. A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1998;27:39–46.

10. Životopis

OSOBNI PODACI:

Ime i prezime: Silvija Petković

Mjesto i datum rođenja: Tuzla, BiH, 02.01.1978.

Adresa stanovanja: Jasikovačka ulica 91, 53 000 Gospić

E-mail: silvijatomic@net.hr

Telefon: 098/1769668

OBRAZOVANJE:

1985-1993. Osnovna škola, Bratstvo i jedinstvo, Rijeka

1993-1995. Srednja škola, Srednja medicinska škola Rijeka, smjer medicinska sestra/tehničar

1995-1997. Srednja škola, Strukovna škola Gospić, smjer medicinska sestra/tehničar

2006. Stručni studij sestrinstva, Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet

2012. Sveučilišni diplomski studij sestrinstva, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet

Radni odnos:

1997-1998. – Pripravnički staž

1998. do danas Opća bolnica Gospić

11. Prilozi

Prilog 1. EPDS

Edinburgh Postnatal Depression Scale¹ (EPDS)

Name: _____ Address: _____

Your Date of Birth: _____

Baby's Date of Birth: _____ Phone: _____

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

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

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

In the past 7 days:

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

Administered/Reviewed by _____ Date _____

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

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

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

Prilog 2. EPDS- Dvostruko preveden na hrvatski jezik

Edinburgh Postnatal Depression Scale 1 (EPDS)

ID

Budući da ste trudni ili ste nedavno dobili dijete, voljeli bismo znati kako se osjećate.

Molim Vas da zaokružite odgovor koji najbliže odgovara kako ste se osjećali

U PROTEKLIH 7 DANA, ne samo kako se osjećate danas.

1. Mogla sam se smijati i vidjeti smiješnu stranu stvari

- Podjednako kao što sam uvijek mogla
- Sada, ne toliko jako
- Sada, definitivno ne puno
- Uopće ne

2. Radovala sam se stvarima unaprijed

- Podjednako kao što sam uvijek činila
- Manje nego što sam uvijek činila
- Definitivno, manje nego što sam uvijek činila
- Gotovo uopće ne

*3. Okrivljavala sam se nepotrebno kad su stvari krenule loše

- Da, čitavo vrijeme
- Da, povremeno
- Ne previše često
- Ne, uopće

4. Bila sam anksiozna i zabrinuta bez razloga

- Ne, uopće
- Jedva ikad
- Da, povremeno
- Da, veoma često

*5. Osjećala sam se prestrašeno ili u panici bez ikakvog pravog razloga

- Da, jako puno
- Da, povremeno
- Ne, previše
- Ne, uopće

*6. Stvari su me opteretile

- Da, većinu vremena nisam mogla izaći na kraj sa njima
- Da, povremeno nisam mogla izaći na kraj sa njima
- Ne, većinu vremena sam izlazila dobro na kraj sa njima
- Podjednako dobro sam izlazila na kraj sa njima kao i uvijek

*7. Bila sam toliko nesretna da sam teško spavala

- Da, većinu vremena
- Da, povremeno
- Ne, previše često
- Ne, uopće

*8. Osjećala sam se tužno i jadno

- Da, većinu vremena
- Da, povremeno
- Ne, previše često
- Ne, uopće

*9. Toliko sam bila nesretna da sam plakala

- Da, većinu vremena
- Da, dosta često
- Samo povremeno
- Ne, nikada

*10. Javljala mi se misao da si naudim

- Da, veoma često
- Ponekad
- Rijetko kada
- Nikada

Prilog 3. Upitnik za trudnice

Tjedni trudnoće:

1. Dob

- a) <21
- b) 21-25
- c) 26-30
- d) 31-35
- e) 36-40
- f) >40

2. Edukacija

- a) osnovna škola
- b) srednja
- c) VŠS;VSS

3. Poslovni status

- a) zaposlena
- b) nezaposlena

4. Prihod

- a) prosječan
- b) ispod prosjeka
- c) iznad prosjeka

5. Obiteljski status

- a) udata
- b) samohrana majka (neudata, rastavljena, udovica)
- c) izvanbračna zajednica

6. Broj prethodnih trudnoća

6.1. broj spontanih pobačaja

6.2. broj namjernih pobačaja

7. Broj djece:

8. Da li bolujete od neke kronične bolesti:

a) ne

b) da – koje?

9. Da li u obitelji netko boluje od mentalnih bolesti

a) depresija

b) ostale psihijatrijske bolesti

c) samoubojstvo

d) ne

10. Da li ste do sada bolovali od neke mentalne bolesti?

a) ne

b) ne, ali li ste povremeno uzimali sredstava za smirenje

c) depresije

d) druge mentane bolesti

e) postporođajne tuge (baby blues) 2-5 dana nakon poroda, traje do 1mj manjak energije, slabost, ranjivost, nagle promjene raspoloženja, plačljivost, zbunjenost.

f) postporođajne depresije u prethodnim trudnoćama

g) drugo (ovisnosti)

11. Da li ste tijekom ove trudnoće bolovali od neke mentalne bolesti ?

a) depresije

b) anksioznosti

c) drugog mentalnog poremećaja

d) ne

12. Da li je ova trudnoća?

- a) planirana trudnoća
- b) neplanirana, ali dobro prihvaćena trudnoća
- c) neplanirana, neželjena trudnoća
- d) umjetna oplodnja

13. Tijek trudnoće?

- a) uredan
- b) komplikacije?

14. Odnos sa suprugom?

- a) jako dobar
- b) loš
- c) mogao bi biti i bolji

15. Da li uglavnom želite da Vam je sve savršeno?

- a) da
- b) ne

16. Da li ste svakodnevno opterećeni?

- a) malo
- b) umjereno
- c) jako

17. Tijekom prethodnog mjeseca da li ste se često osjećali, potonulo, depresivno, bespomoćno?

- a) da
- b) ne

18. Tijekom prethodnog mjeseca da li ste često osjećaali gubitak interesa ili gubitak zadovoljstva za neke stvari?

a) da

b) ne

19. Ukoliko je pozitivan odgovor na neka od prethodnih pitanja 17 ili 18 :

Da li Vam je zbog toga potrebna pomoć?

a) da

b) ne

Prilog 4. Upitnik za majke

Starost djeteta (mjeseci):

1. Dob

- a) <21
- b) 21-25
- c) 26-30
- d) 31-35
- e) 36-40
- f) >40

2. Edukacija

- a) osnovna škola
- b) srednja
- c) VŠS;VSS

3. Poslovni status

- a) zaposlena
- b) nezaposlena

4. Prihod

- a) prosječan
- b) ispod prosjeka
- c) iznad prosjeka

5. Obiteljski status

- a) udata
- b) samohrana majka (neudata, rastavljena, udovica)
- c) izvanbračna zajednica

6. Broj prethodnih trudnoća:

6.1. Broj spontanijih pobačaja:

6.2. Broj namjernih pobačaja

7. Broj djece:

8. Da li bolujete od neke kronične bolesti?

a) ne

b) da –koje?

9. Da li u obitelji ima mentalnih bolesti?

a) depresija

b) ostale psihijatrijske bolesti

c) samoubojstva

d) nema mentalnih bolesti

10. Da li ste do sada bolovali od neke mentalnih bolesti?

a) ne

b) depresije

c) druge mentane bolesti

d) ne , ali povremeno sam uzimala sredstava za smirenje (benzodiazepina)

e) da li ste imali postporođajnu tugu (baby blues)- 2-5 dana nakon poroda u trajanju traje do 1mj- manjak energije, slabost, ranjivost, nagle promjene raspoloženja, plačljivost, zbunjenost.

f) dali ste imali postporođajun depresiju u prethodnim trudnoćama

g) druge mentalne bolesti (ovisnosti)

11. Da li ste tijekom sadašnje trudnoće bolovali od mentalnih bolesti?

a) antenatalna depresija

b) antenatalna anksioznost

c) drugi mentalni poremećaji

d) ne

12. Da li je ova trudnoća?

- a) planirana trudnoća
- b) neplanirana, ali dobro prihvaćena trudnoća
- c) neplanirana, neželjana trudnoća
- d) umjetna oplodnja

13. Da li je dosadašnji tijek trudnoće?

- a) uredan
- b) komplikacije?

14. Da li je odnos sa suprugom?

- a) jako dobar
- b) loš
- c) mogao bi biti i bolji

15. Da li uglavnom želite da Vam je sve savršeno?

- a) da
- b) ne

16. Koliko je Vaše svakodnevno opterećenje?

- a) malo
- b) umjereno
- c) visoko

17. Tijekom prethodnog mjeseca da li ste se često osjećali potonulo depresivno, bespomoćno?

- a) da
- b) ne

18. Tijekom prethodnog mjeseca da li ste često osjećali gubitak interesa ili gubitak zadovoljstva za neke stvari?

- a) da
- b) ne

19. Ukoliko je pozitivan odgovor na neka od prethodnih pitanja 17 ili 18. :

Da li Vam je zbog toga potrebna nečija pomoć?

- a) da
- b) ne

20. Porod?

- a) vaginalan na termin
- b) prijevremeni
- c) carski rez
- d) komplikacije pri porodu

21. Procjeniti koliko je za Vas porod bio težak na skali od 1-4 (1 nimalo, 4 jako težak)

1 2 3 4

22. Novorđenče?

- a) rođeno na termin s Apgarom > 7
- b) rođeno na termin, s Apgarom <7
- c) prematurus
- d) kongenitalna oštećenja

23. Majčin odnos s djetetom:

- Spol: a) ženski
b) muški

24. Dojenje?

- a) da
- b) ne
- c) dojenje + formula

25. Zadovoljna svojom skrbi za dijete?

- a) potpuno
- b) djelomično

26. Imam poteškoće u skrbi za dijete?

- a) da
- b) ne

27. Zabrinuta (Anksiozna) zbog majčinstva?

- a) da
- b) ne

28. Podrška u skrbi za dijete?

- a) da
- b) ne