

Postporođajna depresija

Slamek, Sendi

Master's thesis / Diplomski rad

2017

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:056132>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2023-02-06**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



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

Sendi Slamek

Postporodajna depresija

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2017.

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

Sendi Slamek

Postporođajna depresija

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2017.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Klinici za psihološku medicinu pod vodstvom prof.dr.sc Rudolfa Gregureka i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2016/2017.

Sadržaj

SAŽETAK

SUMMARY

1. Uvod	1
2. Postporođajna depresija – glavna obilježja	2
2.1. Definiranje postporođajne depresije	3
2.2. Globalna povijest postporođajne depresije (PPD).....	5
2.3. Čimbenici rizika za razvoj PPD	7
2.4. Epidemiologija	9
2.5. Terapija postporođajne depresije.....	10
3. Dojenje i postporođajna depresija.....	12
3.1. Namjera i inicijacija dojenja	12
3.2. Dojenje i majčino raspoloženje	14
3.3. Novi dokazi o dojenju i postporođajnoj depresiji: važnost razumijevanja ženskih namjera.....	15
4. Stres i postporođajna depresija	16
4.1. Stresni proces	17
4.2. Tip stresa i vrijeme	17
5. Očeva postporođajna depresija	20
5.1. Prevalencija očeve postporođajne depresije.....	20
5.2. Znakovi i simptomi očeve PPD-e.....	21
5.3. Utjecaj očeve postporođajne depresije na razvoj djeteta.....	22
6. Zaključak	23
Zahvala	25
Literatura	25
Životopis.....	30

SAŽETAK

Naziv rada: Postporođajna depresija

Sendi Slamek

Trudnoća i razdoblje nakon poroda sa sobom donose mnoge izazove s kojima su suočene mnoge majke, ali sve češće i očevi. Nakon poroda žene su osjetljive i doživljavaju različite fizičke i emocionalne simptome. Postporođajna depresija je ozbiljno stanje mentalnog zdravlja koje utječe na 13% do 19% žena koje su nedavno rodile. Nju karakterizira trajno nisko raspoloženje kod novih majki koje često prate osjećaji tuge, bezvrijednosti i/ili beznađa. Pod njom se podrazumijeva svaki nepsihotični depresivni poremećaj tijekom prva četiri tjedna nakon poroda, a prema novijim istraživanjima to vrijeme se odnosi na prvih godinu dana nakon porođaja. Koji je točan uzrok postporođajne depresije još se ne zna, ali mnogi istraživači se slažu s tim da postporođajna depresija predstavlja biološki, psihološki i socijalni problem. Simptomi postporođajne depresije su pretjerano spavanje ili nesanica, depresivno raspoloženje, kronični umor, tjeskoba i slaba koncentracija, učestale promjene raspoloženja, nemogućnost suočavanja s problemima, razdražljivost, plačljivost, osjećaj slabosti i nemoći, negativne (crne) misli, gubitak samopouzdanja, osjećaj krivnje i nemoći, osjećaj osamljenosti, tuge i beznađa, gubitak interesa za dijete i okolinu, suicidalna razmišljanja. Žene koje imaju značajne čimbenike rizika treba konstanto pratiti u periodu nakon poroda. Ovisno o težini depresije liječenje i vrijeme oporavka varira, ovisno o težini depresije i individualnim potrebama. Cilj ovog rada je na temelju različitih istraživanja i studija te dostupne literature o ovoj temi prikazati karakteristike postporođajne depresije, njene uzroke i simptome, čimbenike rizika, povezanost stresa s depresijom, odnos dojenja i postporođajne depresije te ukratko prikazati noviji koncept u ovom području, a to je očinska postporođajna depresija.

Ključne riječi: anksioznost, majke, postporođajna depresija, prevencija, stres.

SUMMARY

Topic name: POSPARTUM DEPRESSION

Sendi Slamek

Pregnancy and postpartum birthdays bring many challenges faced by many mothers, but more and more fathers. After delivery, women are sensitive and experience different physical and emotional symptoms. Postpartum depression is a serious state of mental health affecting 13% to 19% of women who have recently given birth. It is characterized by a persistent low mood in new mothers often accompanied by feelings of sadness, worthlessness and / or hopelessness. It includes any non-psychotic depressive disorder during the first four weeks after delivery, and according to recent studies, the time refers to the first year after delivery. What is the exact cause of postpartum depression is still unknown, but many researchers agree that postpartum depression is a biological, psychological and social problem. Symptoms of postpartum depression include excessive sleep or insomnia, depression, chronic fatigue, anxiety and poor concentration, frequent mood swings, lack of ability to deal with problems, irritability, plausibility, feeling of weakness and powerlessness, negative thoughts, loss of self-confidence, guilt and Helplessness, feeling of loneliness, sadness and hopelessness, loss of interest for the child and the environment, suicidal thoughts. Women with significant risk factors should be monitored constantly in the post-natal period. Depending on the severity of depression, treatment and recovery time varies depending on the severity of depression and individual needs. The aim of the study is to show the characteristics of postpartum depression, its causes and symptoms, the factors of risk, the correlation of stress with Depression, breastfeeding and postpartum depression and briefly present the newer concept in this area, which is postmortal post-war depression.

Key words: anxiety, mothers, postpartum depression, prevention, stress.

1. Uvod

Za uvod u samu temu najprije se mora definirati što je to depresija, koji su njeni simptomi i kako se liječi. Nerijetko se danas može čuti da je to bolest današnjeg vremena. Samim time ona predstavlja veliki izazov u medicini, a popraćena je velikom patnjom i bolnim iskustvom i za oboljelog, ali i za njegovu obitelj. Do prije dva desetljeća depresiji se kao tako teškoj bolesti nije pridavala pažnja kao danas, stoga ni ne čudi činjenica da je zbog te podcijenjenosti bila pogrešno liječena. Navedeno je rezultiralo bolnim psihičkim stanjima za pacijenta i njegovu obitelj, nerijetko sa suicidalnim ishodom.

Danas, postporođajna depresija privlači veću pažnju kod kliničara i istraživača, kao problem koji ne utječe samo na majku, već i na zdravlje i razvoj zdravlja djeteta. Iz tih razloga njena je prevencija osobito važna. Najčešći psihopatološki poremećaji u žena tijekom trudnoće i puerperija su depresija, stres i anksioznost. Posebno je postporođajna depresija (PPD) jedno od najčešćih psihičkih pogoršanja u ovom razdoblju, koje se javlja u gotovo 20% svih žena nakon poroda.

Predmet istraživanja ovog rada je postporođajna depresija i problemi koje ona može prouzročiti. Cilj istraživanja je istražiti i utvrditi sve značajke i simptome postporođajne depresije te čimbenike rizika. Rad se sastoji od šest međusobno povezanih poglavlja. U uvodu se ukratko prikazuje tematika rada, problem, predmet i struktura rada. Drugo poglavlje opisuje sve najvažnije odrednice o postporođajnoj depresiji, uzroke, simptome, čimbenike rizika, epidemiologiju i terapiju. U trećem poglavlju se prikazuje odnos dojenja i postporođajne depresije, a u četvrtom veza između stresa i ovog oblika depresije. Peti dio rada prikazuje ono što je zanemareno u literaturi o postporođajnoj depresiji, a to je očinska postporođajna depresija. Zaključak kao šesto poglavlje prikazuje sintezu rezultata istraživanja i objedinjuje sva poglavlja u jednu cjelinu.

2. Postporođajna depresija – glavna obilježja

Jakovljević ističe da su u liječenju ove teške duševne bolesti uključeni svi, od liječnika (psihijatar i psihologa) i ostalog medicinskog osoblja od obitelji i bližnjih osoba, a svrha im je zajedničkim djelovanjem pomoći bolesniku da se izliječi i osigurati mu kvalitetan nastavak života. Prepoznavanju i upućivanju bolesnika na pravodobno liječenje (Jakovljević, 2004). Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, kako navodi Holmes, depresija će do 2020. godine postati drugi po učestalosti uzrok svih bolesti, uključujući i fizičke i psihičke bolesti (Holmes, 2008)

„U postporođajnoj depresiji, majka može smatrati da je nesposobna i da joj nedostaje „majčinskih osjećaja“, neprijateljski se ponaša prema novorođenčetu ili se boji da će ga ozlijediti. Sama činjenica roditeljstva izraz je narcisoidnosti, ali istodobno zahtijeva njezino nadilaženje. Ponosne majke moraju zanemariti svoje potrebe da bi se brinule za svoju djecu. Jedna novopečena majka koja je bolovala od opsesivno-kompulzivnog poremećaja postala je depresivna i puna osjećaja krivnje, dok se borila sa svojim prijezirom prema bebi, koja je unijela, kako je majka to shvaćala, kaos u njezin uredno posložen svijet“ (Brizendine, 2008).

„Jedan od deset ženskih mozgova postat će deprimiran u prvoj godini nakon porođaja. Iz nekog razloga mozgovi tih 10 posto žena ne vrate se u potpunosti u ravnotežu nakon golemih hormonalnih promjena koje se događaju nakon porođaja. Psihijatrijske promjene nakon porođaja mogu varirati od potištenosti do psihoze, no najčešća je postporođajna depresija. Smatra se da su žene koje pate od toga stanja genetski podložnije depresiji izazvanoj hormonalnim promjenama. Ken Kendler sa Sveučilišta Virginia Commonwealth otkrila je da možda postoje geni koji mijenjaju rizik za depresiju u reakciji žene na ciklično lučenje spolnih hormona, osobito u razdoblju nakon porođaja. Takvi bi geni utjecali na rizik za težu depresiju kod žena, no ne bi bili aktivni kod muškaraca jer se kod njih ne događaju relevantne hormonalne promjene. Ti rezultati ukazuju na to da promjene u razinama estrogena i progesterona imaju udjela u pojavi simptoma naglog pada raspoloženja kod žena s postporođajnom depresijom. Tijekom trudnoće, u mozgu su bile aktivirane „kočnice“ za reagiranje na stres; odjednom, nakon porođaja, one su ponovo

deaktivirane“ (Brizendine, 2008). U nastavku se opisuju obilježja postporođajne depresije, njeni simptomi i liječenje.

2.1. Definiranje postporođajne depresije

Žene su nakon poroda izložene riziku depresije, a to razdoblje poznato je kao postpartalno razdoblje (Dolbier, Rush, Sahadeo, Shaffer, Thorp, 2013). Postporođajna depresija (PPD) definira se kao nepsihotična depresija koja se javlja do jedne godine nakon porođaja. To je poremećaj raspoloženja koji oštećuje radost i sreću novih majki (Basich, Carey, Conway, Mount, 2010; Beck, 2002; Driscoll, 2006). PPD je međunarodno prepoznati problem za javno zdravstvo. Postoji procjena prevalencije PPD-a od 10-20% među majkama u zapadnim zemljama (Adiobun, 2006; Adewuya, Eegunranti, Lawal, 2005; Tandon, Leis, Mendelson, Perry, Kemp, 2014). Nekoliko studija koje su ispitale prevalenciju PPD-a u zemljama u razvoju pokazuju sličnu ili višu prevalenciju ovog stanja (Adiobun, 2006; Adewuya, 2005). Ako se ne dijagnosticira i/ili ne liječi, PPD može nepovoljno utjecati na majku i dijete, kao i na odnos majke i djeteta (Beck, 2002). Za majku, PPD ima štetan učinak na sve društvene i obiteljske odnose, funkcionalni status (uključujući oštećenje roditeljskog ponašanja) i sposobnost skrbi o djetetu i samoj sebi, uključujući povećanje rizika da si majka nanese štetu. Samoubojstva majki čine do 20% svih smrtnih slučajeva nakon poroda (Meltzer-Brody, 2010). Kako Canuso navodi, dijete ima povećani rizik za dugotrajne zdravstvene i razvojne probleme (uključujući kognitivne, jezične i ostale) probleme ponašanja (Canuso, 2008).

Iako je klinički profil postporođajne depresije sličan depresiji koja se pojavljuje uobičajeno u životu žene, može se razlikovati u nekim aspektima zbog dubokih fizioloških promjena koje se javljaju tijekom trudnoće i postpartalnog razdoblja. U stvari, procjenjuje se da čak 80% žena nakon poroda ima simptome poremećaja raspoloženja u prvih nekoliko dana nakon poroda. Štoviše, mnoge žene nakon poroda imaju simptome koji su karakteristični za depresiju, kao što su poremećaji apetita, energije i spavanja (O'Hara i sur., 1991). Ovi čimbenici otežavaju razlikovanje pojave klinički značajnog depresivnog poremećaja od uobičajenih simptoma koji su shvaćeni kao posljedica porođaja i brige za novim djetetom.

„U trudnoći je izuzetno važan stav i ponašanje partnera prema trudnici, te njihova integritetnost i kvaliteta sveukupnih odnosa u obitelji. Zanimljivo je da se normalna trudnoća, premda se ubraja u tzv. velike životne događaja, smatra razdobljem s bitno manjim rizikom od razvoja psihijatrijskog poremećaja, hospitalizacije ili suicida, u usporedbi s drugim životnim razdobljima žene“ (Jakovljević, 2004). Kako Jakovljević dalje navodi, čak do dvije trećine trudnica pokazuje neke psihološke simptome, posebice u prvom i trećem trimestru trudnoće, u vidu anksioznosti, razdražljivosti, labilnog raspoloženja i sklonosti depresiji (Jakovljević, 2004).

„Nakon što prođe porod, veći broj majki imat će promjene raspoloženja zbog hormonalne neravnoteže. Događa se proces pri kojemu dolazi do padanja razine hormona progesterona i estrogena koji su u međusobnoj vezi s neurotransmiterom serotoninom zadužen za regulaciju našeg raspoloženja“ (Gjurković, 2013). Oko 80% žena će doživjeti blagi oblik promjene raspoloženja koji se naziva baby blues.

Simptomi su (Gjurković, 2013):

- plačljivost,
- osjećaj tuge,
- iritabilnost,
- hipohondrija,
- nemogućnost spavanja,
- smanjena koncentracija,
- osjećaj izolacije,
- glavobolja.

„Simptomi najčešće traju od nekoliko sati do nekoliko dana, a ozbiljniji oblik promjene raspoloženja je postporođajna ili postpartalna depresija (PPD). Baby blues i postporođajna depresija se razlikuju u trajanju i intenzitetu. Postporođajna depresija je prolongiran osjećaj tuge koji traje dva tjedna ili duže. PPD se može pojaviti tokom prve godine djetetovog života i imate će je od 10 do 20% žena. Žene koje imaju postporođajnu depresiju su zbunjene, duboko uvjerenе da nisu dobre majke što utječe na njihov odnos s novorođenčeta, na sam razvoj bebe, te na odnos s partnerom“ (Gjurković, 2013).

Simptomi postporođajne depresije se mogu pojaviti tokom prve godine od poroda i mogu uključivati sljedeće (Gjurković, 2013):

- osjećaj bespomoćnosti,
- tugu,
- nisko samopouzdanje,
- osjećaj krivnje,
- osjećaj preokupiranosti,
- poteškoće u spavanju i jelu,
- nemogućnost opuštanja,
- iscrpljenost,
- osjećaj praznine,
- socijalnu povučenost,
- osjećaj manjka energije,
- nisku toleranciju na frustracije,
- osjećaj neadekvatnosti u brizi za dijete,
- smanjenu mogućnost govora i pisanja,
- osjećaj ljutnje prema drugima,
- povećanu anksioznost ili panične napadaje,
- smanjenu potreba za seksom.

Najčešći simptomi su depresivnost i anksioznost, a kako bi se što bolje pristupilo liječenju vrlo je važno stvoriti profesionalni empatijski odnos. U tim trenucima važno je da žena dobije podršku najprije od svoje obitelji, a onda i od strane medicinskog osoblja. Također, vrlo je važno da medicinsko osoblje posveti pozornosti razvijanju svijesti kod pacijentice o ovom problemu, terapiji, tretmanu i planiranim postupcima

2.2. Globalna povijest postporođajne depresije (PPD)

Poremećaji raspoloženja i psihoze tijekom porodnog razdoblja opisani su još u Hipokratovo vrijeme koji je smatrao da su bolesti nastale specifično u porođajnim i laktacijskim razdobljima. Prvi objavljeni rad posvećen posebno porođajnoj mentalnoj bolesti objavio je 1858. godine Louis-Victor Marcé. Marcéov-a studija o ludilu u trudnoći,

postpartumima i dojenju žena utvrdila je da, iako su simptomi koje su trudne i žene nakon poroda imale mogli biti i simptomi drugih mentalnih poremećaja, kombinacija simptoma bila je različita od funkcionalnih promjena koje se javljaju unutar reproduktivnog sustava nakon porođaja i trebalo bi ih stoga klasificirati kao zasebnu dijagnozu (Robinson, Stewart, 1986). Međutim, nije bilo konsenzusa o definiciji depresije kod žena nakon poroda do kasnog dvadesetog stoljeća. Sredinom 1900-ih, Britanija je razlikovala postpartalne psihijatrijske poremećaje od nepuerperalnih mentalnih bolesti, ali u SAD su gledali na PPD kao na bezopasne, kratkotrajne „baby blues“ epizode, ili kao afektivne ili shizofrene epizode (Robinson, Stewart, 1986). Tražeći univerzalnu definiciju, kliničari i istraživači počeli su se zalagati za kliničku dijagnozu PPD-a kako bi zdravstveni sustavi prepoznali to stanje. U SAD-u je PPD formalno priznat 1994. godine kao klinička dijagnoza u četvrtom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM-IV) gdje se potvrdio stres nekih novih majki tijekom postpartalnog razdoblja. Izvan DSM-a, u zapadnim zemljama, trenutno postoje tri prihvaćene vrste poremećaja nakon poroda (O’Hara, McCabe, 2013):

- postpartalni blues ili postporođajna tuga kao najčešći sindrom postpartalnog raspoloženja, definiran kao blaga i kratkotrajna bolest,
- PPD epizoda velikog ili manjeg depresivnog poremećaja u postpartalnom periodu,
- postpartalna psihoza kao rijetka, akutna psihijatrijska epizoda u postpartalnom periodu.

Integriranje screeninga, odnosno provjere mentalnog zdravlja u primarnu skrb za trudne i postpartalne žene te praćenje i pružanje liječenja sve su češći u svijetu. Australija i Novi Zeland objavili su nacionalne preporuke kojima se navodi da je odgovornost zdravstvenih djelatnika da budu svjesni rizika PPD-a kako bi mogli identificirati stanje i napraviti odgovarajuće preporuke za liječenje mentalnog zdravlja. Slično tome, norveška vlada podržava inicijative usmjerene na pitanja mentalnog zdravlja kod žena tijekom i nakon trudnoće. U SAD-u je Zakon o zaštiti i zbrinjavanju bolesnika (ACA) stupio na snagu 2010. godine i sadrži smjernice za pružanje usluga podrške ženama i potporu istraživanju PPD-a (Meltzer-Brody 2011).

Čak i prije ACA-e, pojedine države kao što su New Jersey i Illinois poduzele su akcije u cilju provođenja screeninga ili liječničke nadoknade za screening za PPD (O’Hara, McCabe, 2013). Prilikom ispitivanja strategija za bolju skrb o mentalnom zdravlja u zemljama u razvoju, Svjetska zdravstvena organizacija utvrdila je da je korištenje kratkih

validiranih alata za screening učinkovito u otkrivanju bolesnika s problemima poput PPD-a. U istraživanju provedenom u Nigeriji, Edinburška skala postnatalne depresije (EPDS) je bila učinkovit alat za identificiranje žena s PPD-om (Adiobun, 2006). Većina istraživanja o PPD-u (uključujući screening i liječenje) ograničena je samo na zapadne zemlje. Iako je fiziologija ljudske trudnoće jednaka svijetu, na majčino iskustvo uvelike utječu kulturalni čimbenici. Neke kulture ne prepoznaju PPD, a majke ponekad nerado prihvaćaju simptome zbog kulturnih očekivanja ponašanja žena u majčinstvu. Budući da PPD nije univerzalno priznata i tretirana, potrebno je više istraživanja u različitim kulturama kako bi se pomoglo u potpunijem razumijevanju tereta PPD-a na globalnoj razini.

2.3. Čimbenici rizika za razvoj PPD-a

Iako nije utvrđena točna etiologija PPD-a, postoje poznati čimbenici rizika za razvoj ovog stanja (Brown-Bowers, McShane, Wilson-Mitchell, Gureyic 2015). Pooler, Perry Ghandour navode da žene s nižim socioekonomskim statusom ili obrazovnim postignućima, pojavom depresije prije trudnoće, nedostatkom socijalne podrške, s poviješću uporabe/zlouporebe supstanci, ranije rođene i slabijeg statusa zaposlenosti imaju veći rizik za razvoj PPD-a. Istraživanja su pokazala da se PPD javlja dva do četiri puta češće kod žena koje žive u siromaštvu, u usporedbi sa ženama koje imaju srednje ili velike dohotke. Često se smatra da je socioekonomski status najčešći čimbenik za razvoj PPD-a. Budući da nije identificiran pojedinačni razlog za identifikaciju PPD-a, istraživanja su se usredotočila na čimbenike rizika. Neki od identificiranih čimbenika rizika su biološki ili hormonalni, socijalna potpora, nisko samopoštovanje, stres, umor, prenatalna depresija, prenatalna anksioznost, loš bračni odnos, povijest depresije, slabi socioekonomski status, neplanirana/neželjena trudnoća (Beck i sur., 2006; Beck, 2008). Ovi čimbenici rizika su promjenjivi, a njihova prisutnost ili odsutnost ne utječe na to hoće li majka razviti PPD, već pridonose predviđanju koje žene mogu biti izložene riziku. Osim čimbenika rizika, istraživanja su identificirala zaštitne čimbenike koji uključuju mrežu socijalne podrške, supružnike, sposobnost rješavanja problema i pristup podupirućima u zajednici (Letourneau i sur., 2007; Seccoet i sur., 2007). Socijalna podrška je zajednička i u faktorima rizika i u zaštitnim čimbenicima za PPD (Beck, 2001).

Biološki uzroci, odnosno hormonalna neravnoteža ne objašnjava u cijelosti pojavu PPD-a. Međutim, pronađeni su neki faktori koji mogu predvidjeti nastanak PPD-a (Gjurković, 2013):

- loš partnerski odnos,
- niska socijalna podrška,
- subjektivan doživljaj da je porod bio jako bolan,
- dugotrajan porod (duže od 12 h),
- prerani porod (prije 36. tjedna) u kombinaciji s bolesti djeteta,
- rođenje blizanaca ili više djece odjednom,
- povijest osobne ili obiteljske depresije,
- pušenje cigareta,
- nisko samopouzdanje,
- stresni životni događaji tijekom trudnoće i neposredno prije poroda,
- trudnoća u adolescenciji,
- depresija tijekom trudnoće,
- anksioznost tijekom trudnoće,
- stresan život,
- neusklađenost majčinog i djetetovog temperamenta/djetetovi grčevi,
- samohrani roditelj,
- niski socioekonomski status,
- neplanirana/neželjena trudnoća.

U istraživanju glede majčinih percipiranih potreba za potporom, žene su izrazile želju da dobiju podršku od nekoga tko razumije i tko je iskusio i oporavio se od PPD-e. Doista, sposobnost suosjećanja s oboljelima je ono što postavlja podršku osim drugih oblika socijalne podrške (Letourneau i sur., 2007). Na temelju dokaza koji pokazuju da je nedostatak socijalne podrške faktor rizika i da socijalna podrška može biti zaštitni čimbenik za žene s PPD-om, kao i dokazi koji upućuju na to da same žene imaju želju za potporom druge iskusne žene, važno je shvatiti što otkriva postojeća literatura o intervencijama s podrškom žena za žene s PPD-om.

2.4. Epidemiologija

U posljednja dva desetljeća sve više su kod majki prisutna depresivna raspoloženja. Veliki rizik za nastanak PPD-a su učestale promjene raspoloženja za vrijeme trudnoće. Kako je ova bolest sve više napredovala, rastao je i interes istraživača koji su se njome bavili. Tako su oni u zadnjih nekoliko godina pažnju sa simptoma i liječenja počeli prebacivati na anksioznost i depresiju tokom trudnoće sa svrhom sprječavanja pogoršavanja simptoma u postpartalnom razdoblju (Fazlagić, 2011). Tako su razni autori došli do spoznaje da su simptomi depresije najjači u prvom tromjesečju, da se pogoršavaju u druga tri mjeseca te da se stopa depresije povećava u trećem tromjesečju (Evans i sur., 2001). Baby blues ili postporođajna tuga je najčešći i najmanje opasan oblik postporođajne depresije. On većinom traje nekoliko dana nakon porođaja, a popraćen je simptomima razdražljivosti, tuge i bezrazložnog plača (Silverman i sur., 2011). Postpartalna tuga ili baby blues definira se kao najblaži postpartalni poremećaj kojeg karakteriziraju prolazne emocionalne promjene u prvom tjednu nakon porođaja. Skoro polovica žena nakon porođaja je suočena s ovim poremećajem i to u periodu od trećeg do petog dana nakon porođaja. Postpartalni blues su disforične epizode koje utječu na do 80 % majki i simptomatski nalikuju depresiji (nesanica, slabo raspoloženje, surovost, umor, razdražljivost i emocionalna labilnost), ali imaju kraće trajanje, od nekoliko sati do nekoliko dana, a popraćeni su i euforijom. Opisani su kao kratki i blagi, bez patoloških značajki te se stoga ne shvaćaju kao ozbiljan problem u kliničkoj praksi. Vrlo je važno za ženu da u tom razdoblju ima podršku svoje obitelji u emotivnom smislu, ali i u smislu da joj obitelj i muž pomažu oko brige za dijete. Poslijeporođajna depresija je neusporedivo rjeđa, a prepoznatljiva je po svom dužem trajanju. Ako simptomi depresije traju nekoliko tjedana, neophodno je potražiti pomoć liječnika. Kako Fazlagić objašnjava, ovaj oblik postporođajne depresije se uspješno liječi lijekovima i ne traje duže od šest mjeseci do godinu dana. Za ovaj oblik karakteristično je da se ne mora nužno pojaviti odmah nakon što žena rodi, već se on može manifestirati i nakon nekoliko mjeseci. Simptomi postpartalne depresije su: izrazite promjene raspoloženja, od vrlo dobrog raspoloženja do velike tuge, pretjerano spavanje ili nesanica (nevezano za potrebe djeteta), promjene u apetitu, kronični umor ili hiperaktivnost, osjećaj nemogućnosti suočavanja sa svakodnevnim problemima, razdražljivost, negativne misli, teškoće u pamćenju i koncentraciji, gubitak samopouzdanja, osjećaji krivice i nemoći, usamljenost, plakanje bez razloga, strah od kontakata s drugim ljudima, osjećaj

nepostojanja ljubavi prema djetetu ili porodici, tjeskoba i napadaji panike, tuga i pretjerani plač, gubitak interesa za hobije i druge svakodnevne aktivnosti (Fazlagić, 2011). Treći oblik poslijeporođajne depresije je poslijeporođajna psihoza koja je izuzetno rijetka te se pojavljuje, kako Silverman i ostali navode, tek kod oko 0,5% trudnica. Ovo je najteži i najozbiljniji oblik poslijeporođajnog stanja i zahtijeva medicinsku pomoć. Simptomi uključuju izraženu nervozu i razdražljivost, zbunjenost, nesanicu, paranoju, haluciniranje, hiperaktivnost, ubrzani govor te maniju. Vrlo su intenzivni i mogu trajati od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci (Fazlagić, 2011). Vrlo je važno ukazati na pružanje medicinske pomoći kod ovog oblika jer postoji mogućnost da žena naudi ili djetetu. Najčešće liječenje uključuje terapiju lijekovima, a u nekim slučajevima i hospitalizaciju. Prema statističkim podacima od postporođajne depresije boluje čak svaka deseta žena nakon poroda. Procjenjuje se da na svakih 1000 porođaja 100-150 majki (10-15 %) razvije simptome depresije. Kako Fazlagić navodi, prema posljednjim podacima stopa postporođajne depresije raste te iznosi 20 % (Fazlagić, 2011).

2.5. Terapija postporođajne depresije

Porast estrogena, progesterona i ostalih hormona velikim je dijelom odgovoran za snažne emocije koje doživljava skoro svaka trudnica. Nakon porođaja, nivo hormona brzo opadne, a njihov pad se pripisuje prilagođavanju poslije porođaja. Vrlo je bitno da svaka trudnica bude svjesna činjenice da je normalno biti emocionalno neuravnotežen do neke mjere, ali ako su ti osjećaji vrlo jaki trebalo bi se odmah potražiti medicinsku pomoć. Danas su najpopularnije terapije upotreba estrogena i progesterona. Sve više se rade i ispitivanja funkcije štitne žlijezde. Istraživači su pokazali da terapija estrogenom može biti korisna u liječenju postporođajne depresije. U studiji u kojoj su sudjelovale 23 žene sa postporođajnom depresijom, koje su tretirane estradiolom, nakon dva tjedna liječenja, 70% bolesnica bilo je potpuno izliječeno od postporođajne depresije (Fazlagić, 2011).

Istraživači su popularizirali profilaktičku upotrebu progesterona za postnatalnu depresiju. Pokazano je da se kod žena koje su prethodno imale postporođajnu depresiju, uzimanjem progesteron terapije nakon porođaja simptomi smanjuju sa 68 na 10 %. Međutim, sintetski progestageni su upleteni u uzrokovanju depresije kod žena koje ih koriste za

kontracepciju. Dakle, postoje dokazi koji podržavaju mogućnost da progesteron ili može smanjiti ili povećati rizik od postporođajne depresije. Kako bi riješili ovo pitanje, istraživači su proveli dvostruko slijepu randomiziranu kontroliranu studiju da utvrde utjecaj dužeg korištenja progestagen kontracepcije. Sto i osamdeset roditelja koje koriste nehormonsku metodu kontracepcije regrutirane su iz tercijarne bolnice u Južnoj Africi. Ženama je nasumično, u roku od 48 sati nakon porođaja, dana pojedinačna doza od 1ml injekcije progesterona u intramuskularnoj injekciji, ili placebo 1ml fiziološke otopine placeba. Nakon intervencije, istraživači su uz pomoć Edinburške skale postnatalne depresije (EPDS) i Montgomery-Asberg ljestvice depresije (MADRS), mjerili postporođajnu depresiju tokom prvog, šestog i dvanaestog mjeseca nakon porođaja. U usporedbi sa placebo grupom, žene koje su primale injekcije progestagena imale su znatno veći rizik za razvoj depresije u periodu od 6 tjedana nakon porođaja. Relativni rizik od obolijevanja (iznad 9 na MADRS i iznad 11 na EPDS) za žene u eksperimentalnoj grupi bila je 2,56 (95% CI = 1,26-5,18) i 3.04 (95% CI = 1,52-6,08). Ovakvi rezultati upućuju na oprezno korištenje progesteronskih kontracepcijskih sredstava nakon porođaja (Fazlagić, 2011).

Istraživanja pokazuju da žene koje su pozitivne na antitijela štitnjače u trudnoći imaju rizik za razvoj postporođajne depresije. Testirana je hipoteza o ulozi stabilne funkcije štitnjače nakon porođaja uz dnevne doze tiroksina. Korištena je dvostruko-slijepa-placebo kontrolirana studija, provedena u Velikoj Britaniji, gdje je 100 mg tiroksina ili placebo davano na uzorku od 446 žena koje su imale pozitivna antitijela štitnjače, u vremenskom periodu od 6-24 tjedana nakon poroda. Majčinsko raspoloženje i stanje štitnjače procjenjivani su svaka 4 tjedna nakon porođaja. Rezultati su pokazali da nije bilo nikakvog dokaza da tiroksin ima utjecaja na pojavu depresije. Ovakva studija nudi dokaz da je postporođajna depresija najvjerojatnije povezana s faktorima rizika, kao što su negativni događaji u životu, nego da su uzroci postpartalne depresije biokemijske prirode. U stresnim situacijama, kod trudnica, promjene u fiziološkom smislu su intenzivnije. Stoga nastaju specifični poremećaji raspoloženja u vrijeme visoke hormonske fluktacije, kao što je porođaj (Fazlagić, 2011).

3. Dojenje i postporođajna depresija

U početku je odnos dojenja i postporođajne depresije konceptualiziran da bude jednosmjernan, s postpartumnom depresijom koja rezultira nižim stopama dojenačke inicijacije i ranog prestanka (Seimyr, Edhborg, Lundh Sjögren, 2004). U novije vrijeme rezultati raznih istraživanja upućuju na to da odnos može biti dvosmjernan, što upućuje na to da, iako postporođajna depresija može smanjiti stope dojenja, ne uključivanje u dojenje može povećati rizik od porođajne depresije. Osim toga, postoje neki dokazi da dojenje može zaštititi od postporođajne depresije ili pomoći u bržem oporavku od simptoma (Figueiredo, Canário Field, 2014). Povezanost između dojenja i postporođajne depresije proučavana je od strane brojnih istražitelja, ali smjer ovog odnosa i pitanje je li postoji izravna veza između ova dva pojma još uvijek se istražuje. Brojne studije na temu dojenja i postporođajne depresije došle su do suprotnih zaključaka, vjerojatno kao rezultat interakcije između brojnih i složenih fizioloških, psiholoških i sociokulturnih mehanizama potencijalno odgovornih za vezu između dojenja i postporođajne depresije, kao i uporabom različitih metode za proučavanje povezanosti. Konkretno, neki istraživači (Chaudron i sur., nisu našli nikakvu vezu između dojenja i postporođajne depresije. S druge strane, dvije ranije studije Aldera i suradnika iz 1983. i 1988. godine sugeriraju da majke koje doje imaju veći rizik od depresije (Alder, Cox, 1983; Alder, Bancroft, 1988). Nasuprot tome, niz novijih istraživanja pokazalo je da žene koje ne doje imaju veću stopu depresije od onih koje doje (Groër), dok druga istraživanja pokazuju da majke koje imaju postporođajnu depresiju imaju veći rizik od ranog prestanka dojenja (Dennis & McQueen, 2007; Srkalović Imširagić i sur., 2016).

3.1. Namjera i inicijacija dojenja

Namjera dojenja odnosi se na perinatalnu odluku o dojenju djeteta nakon porođaja, ali prenatalni vremenski okvir može se razlikovati između studija ovisno o tome kada je ta informacija dobivena. Iniciranje dojenja se uglavnom odnosi na čin dojenja. Nažalost, inicijacija dojenja se različito provodi između ispitivanja i može uključivati žene koje pokušaju dojiti, ali kratko nakon toga prestati, žene koje su isključivo dojile dulje vrijeme, žene koje su koristile zamjenu majčinog mlijeka i žene koje dodatno nadopunjuju svoju

dojenčad s umjetnom hranom. Te razlike mogu komplicirati tumačenje istraživanja. Uz to, neki istraživači su ispitali odnos između namjere dojenja ili inicijacije i postporođajne depresije.

Neki istraživači nisu pronašli povezanost između prenatalnih depresivnih simptoma i namjere dojenja. Nasuprot tome, Insaf i suradnici su otkrili da žene s prenatalnim depresivnim simptomima imaju manju vjerojatnost namjere dojenja, iako ova studija nije pratila žene do porođaja kako bi se odredile stope inicijacije. Slično tome, Fairlie i suradnici također su otkrili da su prenatalni depresivni simptomi bili povezani sa smanjenom namjerom dojenja (zabilježeno u drugom tromjesečju). Međutim, praćenje u postpartalnom periodu otkrilo je da depresivni simptomi tijekom trudnoće nisu bili povezani s aktualnom inicijacijom dojenja, što ukazuje da su neke od žena koje su početno izvijestile da ne namjeravaju dojiti promijenile svoje mišljenje i pokušale dojiti. Nadalje, Pippins i suradnici utvrdili su, u svojoj longitudinalnoj studiji s velikim uzorkom trudnica, da žene s prenatalnim depresivnim simptomima nemaju smanjenu vjerojatnost da će inicirati dojenje. Dakle, čini se da prenatalna namjera žene za dojenjem može varirati, možda zbog poticanja dojenja ili obrazovanja u trećem tromjesečju.

Potencijalni odnos između namjere dojenja i inicijacije i postporođajne depresije dodatno je istraživao Borra sa svojim suradnicima (2015). U toj velikoj longitudinalnoj studiji autori su otkrili da je kod žena koje nisu bile u depresiji prije poroda rizik od postporođajne depresije bio smanjen ako su imale namjeru dojiti i inicirale dojenje. Nasuprot tome, žene su imale povećani rizik za postporođajnu depresiju ako nisu imale namjeru dojiti i nisu inicirale dojenje. Nadalje, Davey i suradnici su otkrili da je neuspjeh u dojenju (kada je žena pokušala dojiti) povezan sa simptomima postporođajne depresije (Davey i sur., 2011).. Također, žene koje nikad nisu uspjele dojiti su imaju 2,4 puta veću šansu za razvijanje depresivnih simptoma u 16 tjedana nakon poroda u usporedbi s dojiljama (Nielsen, 2000).

3.2. Dojenje i majčino raspoloženje

Nekoliko studija izvještava da žene koje ne doje imaju veću vjerojatnost da imaju više razine depresivnih simptoma nego žene koje doje. Na primjer, nedavna longitudinalna studija Nishioka i suradnika utvrdila je da je 5 mjeseci nakon poroda udio majki s ocjenom Edinburgh Postnatal Depression Scale (što upućuje na rizik od postporođajne depresije) bio značajno niži za žene koje su dojile u usporedbi sa ženama koje nisu dojile (Nishioka i sur., 2005). Štoviše, inverzni odnos između dojenja i postporođajnih depresivnih simptoma je ustanovljen da postoji čak i kada su dob i obrazovanje bili kontrolirani (i kada su prihodi, rasa, prethodna povijest depresije ili trenutna uporaba psihoaktivnih lijekova bili kontrolirani). Interesantno, jedna studija je utvrdila da težina depresije nije bila povezana sa statusom dojenja u skupini žena s dijagnozom postporođajne depresije. Dakle, dojenje može biti povezano s depresivnim simptomima, ali to ne mora utjecati na ozbiljnost simptoma.

Iako je postporođajna depresija identificirana kao faktor rizika za rani prestanak dojenja, rana negativna iskustva dojenja mogu biti faktor rizika za postporođajnu depresiju. Nadalje, također je sugerirano da dojenje može pružiti zaštitne koristi u borbi protiv postporođajne depresije. Jedna studija koja je izvijestila o zaštitnim prednostima dojenja otkrila je da niže razine depresivnih simptoma u prenatalnom, ali ne i postnatalnom razdoblju predviđaju isključivo dojenje. Nadalje, trajanje dojenja bilo je povezano sa značajnim smanjenjem rezultata depresivnih simptoma od poroda do 3. mjeseca nakon poroda za žene koje su inicirale dojenje. Ovi autori također su otkrili da žene koje nisu inicirale dojenje nisu imale promjene u depresivnim simptomima tijekom prva tri porodiljna mjeseca. Istraživači su pretpostavili da dojenje tijekom vremena ublažava simptome depresije (Figueiredo, Canário, Field, 2014).

Rezultati istraživanja Mezzacappae i Katkina dodatno podupiru pretpostavku da dojenje nudi ublažavanje učinaka na postporođajne depresivne simptome raspoloženja. Ovi istraživači su promatrali akutne učinke dojenja na majčino raspoloženje i utvrdili da majke koje su dojile imaju smanjeno negativno raspoloženje od početka do kraja hranjenja. Povrh toga, majke koje su dojenčetu dale bočicu osjetile su smanjenje pozitivnog raspoloženja od početka do kraja hranjenja. Dakle, dojenje može ponuditi akutno i

dugoročno ublažavanje učinaka na postporođajnu depresiju. Međutim, potrebna su daljnja istraživanja kako bi se potkrijepili rezultati dosadašnjih studija.

3.3. Novi dokazi o dojenju i postporođajnoj depresiji: važnost razumijevanja ženskih namjera

Oko 13% žena ima postporođajnu depresiju (PPD) u roku od 14 tjedana nakon porođaja, a čak 19% žena ima depresivnu epizodu tijekom trudnoće ili prvih 3 mjeseca nakon porođaja. Postporođajna depresija ima neposredan učinak na majke i nosi dugoročne rizike za buduće mentalno zdravlje majki. Ona također ima značajne negativne učinke na kognitivni, društveni i fizički razvoj djece. Pored toga, postporođajna depresija uključuje znatne ekonomske troškove, s obzirom na troškove zdravstvenih sustava i gubitke u produktivnosti preko odsutnosti majke s posla, prijevremenog umirovljenja i dugotrajne nezaposlenosti (Borra, Iacovou, Sevilla, 2015). Učinak dojenja na rizik PPD-a nije dobro poznat. Nekoliko je studija pokazalo povezanost između duljih trajanja dojenja i niže prevalencije PPD-a. Međutim, druge studije sugeriraju suprotno, naime da majke koje doje imaju povećan rizik od PPD-a. Postoje i studije u kojima nije pronađena nikakva povezanost između dojenja i PPD-a. Od onih studija koje ukazuju na blagotvorne učinke dojenja, nekoliko ih se oslanjalo na male uzorke, a malo ih je kontroliralo moguće teškoće poput socioekonomskog čimbenika (obrazovanje majke, obiteljski dohodak, bračni status), kvaliteta odnosa (stabilnost braka) i stresnih životnih događaja. Stoga je bilo iznimno teško identificirati jesu li promatrani odnosi kauzalni jer postoji veća vjerojatnost da će dojenje prakticirati majke čije karakteristike su same povezane s nižim rizikom od depresije. Dodatno, većina postojećih studija nije kontrolirala postojeće stanje mentalnog zdravlja (Borra, Iacovou, Sevilla, 2015). Stoga, u kojoj mjeri dojenje utječe na mentalno zdravlje, za razliku od mentalnog zdravlja koje uzrokuje učestalost i trajanje dojenja, još je nejasno.

4. Stres i postporodajna depresija

Depresija neprimjereno utječe na žene i dokazi upućuju na to da trudnoća i porođaj mogu povećati rizik od depresivnih epizoda. Zapravo, depresivno raspoloženje smatra se jednom od najčešćih komplikacija porođaja, pri čemu se procjenjuje da 10-20% žena doživljava klinički značajne simptome depresije u prvoj godini poroda (Horowitz, Goodman, 2005). Depresivno raspoloženje tijekom tog vremenskog razdoblja je zabrinjavajuće. Simptomi koji su tipično povezani s deprimiranim raspoloženjima (npr. tuga, anksioznost, kompulzivne misli, nesаница i poremećaji apetita) se povećavaju za vrijeme postporodajnog razdoblja jer se raspoloženje majke prenosi na dijete i štetno utječe na zdravlje djeteta i njegov razvoj. Depresivno raspoloženje majki u prvoj godini života povezano je s razvojnim kašnjenjima, nesigurnošću i problemima ponašanja djeteta u djetinjstvu te je ustanovljeno da pridonosi depresivnim simptomima u školskoj dobi čak i nakon što se uzme u obzir istovremena depresija majke (Bureau, 2009). Zatim se povećava interes za identificiranje čimbenika rizika za depresiju nakon poroda, s naglaskom na ulogu socijalnih čimbenika rizika. Stresu se pridaje značajna pažnja vjerojatno zbog toga što je uspostavljen faktor rizika za ostale ishode mentalnog zdravlja kao i slabe rezultate trudnoće sugerirajući da on također ima implikacije za mentalno zdravlje žene u vrijeme trudnoće i porođaja.

Pod pojmom stres najčešće se podrazumijeva fiziološki, bihevioralni ili emocionalni odgovor organizma na neku prijeteću situaciju (stresor). Na fiziološkom planu stres se primjećuje u povećanoj koncentraciji nekih hormona u krvi, povećanoj provodljivosti kože, ubrzanom pulsu, povišenom krvnom pritisku, želučanim tegobama, glavobolji, stanju hipertenzije, a nedavna istraživanja ukazuju na to da bi stres mogao negativno djelovati i na cjelokupan imunitet organizma. To bi značilo da je stres povezan i s bolestima kao što su tumori i alergije. Osim toga, u stanju stresa javljaju se i neugodna osjećanja straha, bijesa, bespomoćnosti, te opći osjećaj nelagodnosti i uznemirenosti. Nekada se stres može primijetiti i u ponašanju ili kroz promjene u kognitivnom funkcioniranju (npr. kroz promjene u efikasnosti rješavanja problema). Stoga je poznavanje općih strategija suočavanja sa stresom kao i opća teorija stresa važna za razumijevanje reakcija izazvanih nekim specifičnim stresorima, poput gubitka posla ili stanja nezaposlenosti. Može se zaključiti da su adaptivne strategije suočavanja sa stresom

povezane s pozitivnim osobinama ličnosti, dok su manje adaptivne strategije povezane s manje poželjnim osobinama. Na koji način će se neka osoba suočavati sa stresom u konkretnoj situaciji određeno je i karakteristikama same situacije (Fazlagić, 2011). Stres u porođaju i posljedična depresija značajno su povezani (Srčklaović Imširagić i sur., 2009).

4.1. Stresni proces

Model stresnog procesa postao je istaknuti teorijski okvir za istraživanje varijacija rizika za depresiju i druge poremećaje raspoloženja, a prilagodbe modela procesa stresa postaju sve više zastupljeni u studijama stresa i ishodima trudnoće. Model stresnog procesa prepoznaje da je odnos između stresa i naknadnog zdravstvenog ishoda određen tipom, vremenom i brojem stresora, kao i društvenim i demografskim karakteristikama izloženih pojedinaca. Značajka modela procesa stresa jest pretpostavka da izloženost stresorima i zaštitni resursi koji mogu posredovati izloženost stresu proizlaze iz društvenog konteksta življenja ljudi. Drugim riječima, stres i zaštitni resursi društveno su oblikovani, a društvena iskustva i uvjeti življenja ljudi doprinose zdravstvenim ishodima. Također inherentno modelu procesa stresa jest razumijevanje da se stresni događaji mogu pojaviti tijekom životnog ciklusa i mogu imati kumulativne trajne učinke na zdravlje. Model stresnog procesa bio je uspješan u razjašnjavanju odnosa izloženosti stresu i velikih depresivnih simptoma u postporođajnoj populaciji, a slični modeli pokazali su da izloženost stresu ima utjecaja na nekoliko ishoda specifičnih za trudnoću. To ukazuje na to da proces stresa može potaknuti razumijevanje odnosa izloženosti stresa i depresivnih simptoma kod žena nakon porođaja. Možda najvažnije, model stresnog procesa pruža smjernice za istraživanje uloge tipa stresa i vremena u odnosu na postporođajnu depresiju (Reid, Taylor, 2015).

4.2. Tip stresa i vrijeme

Model procesa stresa tvrdi da su tip i vrijeme izloženosti stresu važni za zdravlje. Značajan dio istraživanja naglasio je važnost uzimanja u obzir tih aspekata izloženosti stresu jer se razlikuju po svojoj veličini i važnosti za zdravstvene ishode. Unatoč rastućim

dokazima da stres igra važnu ulogu u riziku za postporođajnu depresiju, tip i vrijeme izloženosti stresu uglavnom su zanemareni u literaturi postporođajne depresije. Akutni stresori u obliku životnih događaja su velike promjene (npr. smrt supružnika ili druge bliske osobe,) koje obično imaju značajne učinke na zdravlje koje traju dugo nakon što se događaj doista dogodio. Studije su dosljedno pokazale da su akutni životni događaji koji se javljaju tijekom životnog ciklusa čimbenici rizika za depresiju, a ti su se stresori također naveli kao čimbenici rizika za slabe ishode trudnoće. Utvrđeno je da i stalni i nedavni akutni stresovi imaju neovisni učinak na trenutnu depresiju, pri čemu akutni stresori čini značajan i neovisan doprinos varijacijama depresivnih simptoma iznad i nadolazećih novijih akutnih stresora. Ukratko, proces stresa tvrdi da i akutni stresori utječu na rizik od depresije, ali se veličina i trajanje njihovih učinaka na depresiju razlikuju (Reid, Taylor, 2015).

U literaturi o postporođajnoj depresiji akutni stresni čimbenici (oni koji se javljaju prije trudnoće i rađanja) općenito su slabije zastupljeni u stresnim mjerama koje se koriste za predviđanje postporođajne depresije. Međutim, za ove stresne događaje se zna da imaju posebno dalekosežne učinke na depresiju i druge zdravstvene ishode. Naime, u procesu stresnog procesa, akutni stresni događaji razlikuju se od onih koji se protežu preko cijelog životnog vijeka pojedinca, i onih koji se događaju u zadnje vrijeme. Većina istraživanja o postporođajnoj depresiji samo procjenjuje akutne stresne događaje koji se događaju u novije vrijeme, bilo tijekom trudnoće ili razdoblju nakon poroda, bez obraćanja pozornosti na događaje koji su bili u životu žene prije trudnoće i poroda (Reid, Taylor, 2015).

Stresni proces naglašava važnost izloženosti akutnim stresorima tijekom životnog ciklusa, a utjecaj akutnih životnih događaja u ranoj životnoj dobi postaje sve očitiji u literaturi o ostalim zdravstvenim ishodima. Na primjer, pokazalo se da izloženost nedaćama u mlađoj dobi ima više posljedica za mentalno zdravlje nego izloženost u kasnijoj dobi. Postoje neki dokazi koji upućuju na to da je dodatni proces izloženosti stresu rad, s obzirom na to da pojava jednog stresnog događaja često povećava šanse izloženosti dodatnim stresnim događajima, od kojih svaka može imati štetne učinke na zdravlje koje se akumuliraju. Bez obzira na to, životno izlaganje akutnim stresnim događajima u životu čini se posebno značajnim za nastanak rizika od depresije. Nedavna istraživanja upućuju na to da su akutni stresori ranije u životu i u adolescenciji najviše predvidljivi za depresiju u odrasloj dobi u usporedbi s onim stresorima koji se javljaju tijekom odrasle dobi. Slični rezultati su

zabilježeni s obzirom na reproduktivno zdravlje. Za izloženost akutnim stresorima prije začeća (uključujući izloženost događajima u adolescenciji i ranoj odrasloj dobi) utvrđeno je da povećavaju rizik od prijevremenog porođaja žena i od rađanja nedonoščadi. Zajedno, ovi rezultati upućuju na to da bi izlaganje akutnim životnim stresorima prije trudnoće utjecalo na njezino mentalno i tjelesno zdravlje u vrijeme trudnoće i porođaja. U skladu s tim stavom, postoji razlog za vjerovanje da su stresori koji se javljaju tijekom životnog ciklusa žena prije trudnoće i porođaja čimbenici rizika za postporođajnu depresiju (Reid, Taylor, 2015).

5. Očeva postporođajna depresija

Kao što je već navedeno, majčinska postporođajna depresija je dobro prepoznat problem mentalnog zdravlja, koji utječe na do 20 % žena nakon poroda. Međutim, depresija kod očeva također je problem koji je manje poznat i istražen. Procjene učestalosti paternalne postporođajne depresije (PPD) u literaturi mijenjaju se u rasponu od 4 do 25 % novih očeva u prvoj postporođajnoj godini. Početak postporođajne depresije majki uglavnom je u ranom poslijeporođajnom razdoblju. Međutim, depresija kod muškaraca obično počinje kasnije. Definicija mnogih studija je da je očeva postporođajna depresija koja se javlja u prvih 12 mjeseci nakon poroda s najvišim stopama na 3 do 6 mjeseci nakon poroda (Goodman, 2004).

Dok je postporođajna depresija (PPD) povijesno povezana prvenstveno sa majkama, nedavno je došlo do povećane svijesti o iskustvu očeva i razvijanju strategija za rješavanje postporođajne depresije kod muškaraca. Za očeve koji su voljni potražiti pomoć, nedostatak priznanja očinskog PPD-a rezultira ograničenim potporama i tretmanima. S obzirom na potencijalne komplikacije očeve PPD-e nužno je da novi očevi i njihovi zdravstveni djelatnici prepoznaju simptome očeve PPD-e i izazove koji postavljaju pred muškarce.

5.1. Prevalencija očeve postporođajne depresije

Za muškarce i žene, PPD se definira kao umjerena do teška depresija koja je dijagnosticirana u postporođajnom periodu, što je ubrzo nakon ili do godinu dana nakon rođenja. Očevi će najvjerojatnije doživjeti prvo pojavljivanje očeve PPD-e u prvih 3 do 6 mjeseci nakon porođaja. Velik dio onoga što se zna o očevoj PPD-i dolazi iz studija majki s PPD-om. Istraživanja sugeriraju da je depresija kod jednog partnera značajno korelirana s depresijom kod drugog. Jedna studija otkrila je da je 24 do 50% muškaraca s očevom PPD-om također imalo partnere s PPD-om. To sugerira veliku vjerojatnost da se djeca mogu nalaziti u obiteljskim situacijama u kojima su depresivne osobe s više skrbnika, što može dovesti do oštrijih poremećaja u razvoju djeteta. Roditeljski PPD je primarni faktor rizika za predviđanje očeve PPD-e. Dok se veza između majčine i očeve postporođajne

depresije još uvijek istražuje, studije pokazuju da muški partneri depresivnih žena općenito doživljavaju više straha, zbunjenosti, frustracije, ljutnje i neizvjesnosti (Biebel, Alikhan, 2016). Biti otac povezano je s malo spavanja, novim i sve većim zahtjevima i novim odgovornostima koji mogu izazvati stres, strah i anksioznost, što sve može dovesti do depresije. Muškarci s prijašnjom depresijom, kao i oni koji su mlađi imaju povećan rizik od razvoja očeve PPD-e. Muškarci vjerojatno ne priznaju svoje simptome depresije zbog stigme povezane s depresijom, uz zabrinutost zbog neusklađivanja s kulturnim konceptima muževnosti.

5.2. Znakovi i simptomi očeve postporodajne depresije

Najveći faktor rizika očeve PPD-e je postporodajna depresija kod majki (Goodman, 2004). U istraživanju koje je proveo Goodman, učestalost očeve PPD-e tijekom prve postporodajne godine bila je u rasponu od 1,2 do 25 %. Međutim, ta se učestalost povećala na 24 do 50 % kod muškaraca čiji su partneri imali PPD. Taj je odnos nejasan, ali muški partneri depresivnih žena navodno se osjećaju manje podržavajući, doživljavaju strah, zbrku, frustraciju, bespomoćnost, bijes i neizvjesnost o budućnosti. Ostali znakovi očeve PPD-e uključuju (Goodman, 2004):

- povlačenje ili izbjegavanje društvenih situacija, rada i/ili obitelji,
- neodlučnost,
- cinizam,
- napadaje gnjeva,
- samokritičnost,
- razdražljivost,
- zlouporabe alkohola/droga,
- bračni sukob,
- nasilje s partnerom,
- somatske simptome (npr. probavne smetnje, glavobolja, proljev, zatvor, nesаница),
- ponašanje negativnog roditeljstva (npr. smanjene pozitivne emocije, osjetljivost, povećano neprijateljstvo).

Drugi čimbenici rizika uključuju povijest depresije, očeve mlađe od 25 godina, slabiji socioekonomski status, neadekvatan sustav podrške (Goodman, 2004).

5.3. Utjecaj očeve postporođajne depresije na razvoj djeteta

Za razliku od velikog broja istraživanja o majci i razvoju djeteta, odnos očeva koji se brinu za djecu i razvoj djece, manje je dokumentiran. Sve veći broj studija, međutim, sugerira da mnogi očevi s depresijom pokazuju sposobnost interakcije sa svojom dojenčadi jednako kao i majke s depresijom te da je uloga očeva i očinske njege važna za društveni, kognitivni i emocionalni razvoj djeteta.

Učinci očeve postporođajne depresije imaju dugoročne učinke na djecu. Ramchandani, Steini sur., slijedili su obitelj prenatalno kroz sedam godina. Istraživanje je pokazalo snažan odnos između očinske depresije u 8 tjedana nakon poroda i psihijatrijske dijagnoze kod djece u dobi od 7 godina: 12 % djece s dijagnozom poremećaja pažnje, poremećaja opozicijskog prkosa/ponašanja, anksioznosti ili depresije imalo je depresivne očeve tijekom porođaja u usporedbi s 6 % djece s nedeprisivnim očevima (Ramchandani, Steini i sur., 2008).

Utjecaj očeve PPD-e na djecu može biti dugoročan. Jedna studija o djeci očeva s PPD-om pronašla je povećani broj emocionalnih problema uključujući probleme ponašanja i hiperaktivnost. Velika depresija kod očeva povezana je s nižim psihološkim funkcioniranjem i povećanom suicidalnom ideacijom među sinovima i povećanim stopama depresije među kćerima tijekom adolescencije.

6. Zaključak

Liječenje depresije je cilj Europske unije, a Svjetska zdravstvena organizacija je posljednjih godina prepoznala poboljšanje mentalnog zdravlja majki kao temeljnog dijela Milenijskih razvojnih ciljeva. PPD se definira kao razvoj velike depresivne epizode s početkom, tijekom trudnoće ili unutar 4 tjedna nakon poroda i kod kojih su prisutni depresivni simptomi najmanje 2 tjedna. Čimbenici rizika za razvoj PPD-a uključuju biološke varijable kao što su hormonske promjene koje žene doživljavaju tijekom trudnoće i nakon porođaja. Oni su neophodni da bi se osiguralo njihovo zdravlje tijekom tog perioda i dio su pripreme tijela za porođaj i dojenje, ali mogu uzrokovati depresiju u podskupini ranjivih žena. Uz biološke čimbenike postoje i psihosocijalni čimbenici, među kojima treba istaknuti osobnu ili obiteljsku povijest depresije ili PPD-a te iskustvo depresije raspoloženja ili anksioznosti tijekom trudnoće. Naime, u žena s prethodnim depresivnim simptomima pronađene su stope PPD-a veće od 70 %. Drugi opisani čimbenici rizika uključuju: osobnu ranjivost žena, temperament djeteta, siromašnu obiteljsku i socijalnu podršku tijekom porodnog razdoblja, probleme vezane uz trudnoću, traumatska iskustva u prethodnim trudnoćama i nizak socioekonomski status.

Psihološka terapija za depresiju pokazala se djelotvornim tretmanom kod depresivnih bolesnika svih dobnih skupina i svih stupnjeva ozbiljnosti, uključujući PPD. S obzirom na posljedice bolesti, druga bi strategija bila provoditi preventivno liječenje s trajnim učinkom koji bi mogao zaštititi žene od razvoja takve vrste depresije.

U radu je i dan pregled potencijalnih odnosa između dojenja i postporođajne depresije. Zbog brojnih metodoloških razlika između studija teško je izvući zaključke. Isto tako, različita tumačenja istraživanja otežavaju mnoge iste primjere koje postoje kada se pokušava empirijski razumjeti postporođajna depresija. Tako su neka istraživanja dovela u kauzalni odnos dojenje i postporođajnu depresiju, dok druga odbacuju vezu između ta dva pojma.

Procjenjuje se da se u prvoj postporođajnoj godini očeva postporođajna depresija (PPD) javlja u 4 do 25 % očeva. Očeva postporođajna depresija javlja se poslije porođaja kod

muškaraca, a uzrokuje probleme u odnosu oca i djeteta, utječe negativno na djetetov razvoj i ima štetne posljedice na odnos roditelja. Čimbenici rizika očeve postporođajne depresije uključuju majku koja ima PPD, oca koji već ima depresiju, ima manje od 25 godina, a neoženjen je. Nedavni dokazi upućuju na to da se roditeljski PPD može povezati s osjetljivošću na nizak testosteron kod nekih muškaraca. Porodničari imaju priliku podići svijest o ovom pitanju kroz poticanje na edukaciju oba roditelja u prenatalnom i postnatalnom periodu.

Zahvala

Iskreno zahvaljujem svom mentoru prof.dr.sc. Rudolfu Gregureku na strpljenju, pomoći i korisnim savjetima kojima je omogućio izradu ovoga rada. Ovom prilikom želim zahvaliti mojim sinovima Karlu i Filipu, roditeljima majci Mariji i ocu Milanu, sestri Nataši, ostaloj obitelji i dragim prijateljima na ljubavi, bezuvjetnoj podršci i neizmjernoj vjeri u moj uspjeh.

Posebno hvala Robertu što mi je bio snaga, velik oslonac i podrška tokom studiranja.

Literatura

- Adiobun OA (2006) Postnatal depression in primary care populations in Nigeria. *Gen Hosp Psychiatry*. 28(2): 133-6.
- Adewuya AO, Eegunranti AB, Lawal AM (2005) Prevalence of postnatal depression in Western Nigerian women: a controlled study. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 9(1): 60-4.
- Alder, EM & Cox, JL (1983) Breast feeding and post-natal depression. *Journal of psychosomatic research*. 27(2): 139-144.
- Alder, EM & Bancroft, J (1988) The relationship between breast feeding persistence, sexuality and mood in postpartum women. *Psychological Medicine*. 18(02): 389-396.
- Basich MJ, Carey LK, Conway AE, Mounts KO (2010) Perinatal depression: a health marketing campaign to improve screening. *Nurs Womens Health*. 14(1): 20-33.
- Beck CT (2001) Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*. 50: 275–285.
- Beck CT (2002) Theoretical perspectives of postpartum depression and their treatment implications. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 27(5): 282-7.
- Beck CT (2008) State of the science on postpartum depression: what nurse researchers have contributed—part 1. *The American Journal of Maternal Child Nursing*. 33: 121–126.
- Beck C, Records K & Rice M (2006) Further development of the postpartum depression predictors inventory revised. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 35: 735-745.
- Biebel, K & Alikhan, S (2016) Paternal Postpartum Depression. Online: <http://escholarship.umassmed.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=parentandfamily> (pristupljeno: 11.04.2017.)
- Borra, C, Iacovou, M & Sevilla, A (2015) New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. *Maternal and Child Health Journal*. 19(4): 897-907.
- Brown-Bowers A, McShane K, Wilson-Mitchell K, Gureyich M (2015) Postpartum depression in refugee and asylumseeking women in Canada: a critical health psychology perspective. *Health (London)*. 19(3): 18-35.

- Bureau, J, Easterbrooks, MA & Lyons-Ruth, K (2009) Maternal depressive symptoms in infancy: Unique contribution to children's depressive symptoms in childhood and adolescence? *Development and Psychopathology*. 21: 519-537.
- Canuso R (2008) Maternal depression: the "dual" diagnosis of mother and child. *Issues Ment Health Nurs*. 29(7): 785-7.
- Chaudron, LH, Klein, MH, Remington, P, Palta, M, Allen, C & Essex, MJ (2001) Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 22(2): 103-112.
- Davey, HL, Tough, SC, Adair, CE & Benzies, KM (2011) Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. *Maternal and child health journal*. 15(7): 866-875.
- Dennis, CL & McQueen, K (2007) Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes?. *Acta paediatrica*. 96(4): 590-594.
- Driscoll JW (2006) Postpartum depression: the state of the science. *J Perinat Neonatal Nurs*. 20(1): 40-2.
- Dolbier CL, Rush TE, Sahadeo LS, Shaffer ML, Thorp J (2013) Community Child Health Network Investigators. Relationships of race and socioeconomic status to postpartum depressive symptoms in rural African American and non-Hispanic white women. *Matern Child Health*. 17(7): 1277-87.
- Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J (2001) Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*. 323(7307): 257-60.
- Fairlie, TG, Gillman, MW & Rich-Edwards, J (2009) High pregnancy-related anxiety and prenatal depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed and breastfeeding initiation. *Journal of Women's Health*. 18(7): 945-953.
- Figueiredo, B, Canário, C & Field, T (2014). Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychological medicine*. 44(05): 927-936.
- Gjurković, T (2013) Patnja u tišini – postporođajna depresija. Online: <http://ordinacija.vecernji.hr/budi-sretan/upoznaj-sebe/patnja-u-tisini-postporodajna-depresija-1-dio> (pristupljeno 02.03.2017.)
- Goodman, J (2004) Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*. 45 (1): 26-35.

Groër, MW (2005) Differences between exclusive breastfeeders, formula-feeders, and controls: a study of stress, mood, and endocrine variables. *Biological research for nursing*. 7(2): 106-117.

Holmes, J (2006) *Depresija*. Zagreb: Jesenski & Turk.

Horowitz, JA & Goodman, JH (2005) Identifying and treating postpartum depression. *Journal of Gynecologic & Neonatal Nursing*. 34: 264-273.

Insaf, TZ, Fortner, RT, Pekow, P, Dole, N, Markenson, G & Chasan-Taber, L (2011) Prenatal stress, anxiety, and depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed among Hispanic women. *Journal of Women's Health*. 20(8): 1183-1192.

Jakovljević, M (2004) *Depresivni poremećaji*. Zagreb: Pro Mente.

Letourneau N, et. al. (2007) Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 36: 441-449.

Meltzer-Brody S (2011) New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci*. 13(1): 89-100.

Mezzacappa, ES & Katkin, ES (2002) Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychology*. 21(2): 187-193.

Nielsen, D, Videbech, P, Hedegaard, M, Dalby, J & Secher, NJ (2000) Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 107(10): 1210-1217.

Nishioka, E et. al. (2011) A prospective study of the relationship between breastfeeding and postpartum depressive symptoms appearing at 1–5months after delivery. *Journal of affective disorders*. 133(3): 553-559.

O'Hara, MW, Schlechte, JA, Lewis, DA & Wright, EJ (1991) Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors. *Archives of general psychiatry*. 48(9): 801-806.

Pippins, JR, Brawarsky, P, Jackson, RA, Fuentes-Afflick, E & Haas, JS (2006) Association of breastfeeding with maternal depressive symptoms. *Journal of Women's Health*. 15(6): 754-762.

Pooler J, Perry DF, Ghandour RM (2013) Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms among women enrolled in WIC. *Matern Child Health*. 17(10): 1969-80.

Ramchandani, P, Stein, A, O'Connor, T, Heron, J, Murray, L & Evans, J (2008) Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: A population cohort study. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*. 47(4): 390-398.

Reid, KM & Taylor, MG (2015) Stress and Maternal Postpartum Depression: The Importance of Stress Type and Timing. *Population Research and Policy Review*. 34(6): 851-875.

Robinson GE, Stewart DE (1986) Postpartum psychiatric disorders. *CMAJ*. 134(1): 31-7.

Secco M et. al. (2007) Factors affecting postpartum depressive symptoms of adolescent mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 36: 47-54.

Seimyr, L, Edhborg, M, Lundh, W & Sjögren, B (2004). In the shadow of maternal depressed mood: experiences of parenthood during the first year after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(1): 23-34.

Silverman ME, Loudon H, Liu X, Mauro C, Leiter G, Goldstein MA (2011) The neural processing of negative emotion postpartum: a preliminary study of amygdala function in postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*. 14(4): 355-9.

Srkalović Imširagić A, Begić D, Martić-Biočina S: Acute stress and depression 3 days after vaginal delivery – observational, comparative study. *Coll Antropol* 2009; 33:521-7.

Srkalović Imširagić A, Begić D, Šimičević L, Bajić Ž. Prediction of posttraumatic stress disorder symptomatology after childbirth – A Croatian longitudinal study. *Women and Birth* 2017; 30: 17-23.

Tandon SD, Leis JA, Mendelson T, Perry DF, Kemp K (2014) Six-month outcomes from a randomized controlled trial to prevent perinatal depression in low-income home visiting clients. *Matern Child Health*. 18(4): 873-81.

Životopis

OSOBNI PODACI:

Ime i prezime: Sendi Slamek

Datum i mjesto rođenja: 22. kolovoza 1973., Koprivnica

Adresa: Krste Frankopana 20, 43000 Bjelovar

Mobitel: 091 7293243

E- mail: sendi.hzhmbj@gmail.com

OBRAZOVANJE:

2007-2010. Medicinski fakultet Rijeka, stručni studij sestrinstva

1988-1992. Srednja medicinska škola Bjelovar

RADNO ISKUSTVO:

2011.- Zavod za hitnu medicinu Bjelovarsko-bilogorske županije

1995-2011. Dom zdravlja Bjelovar, hitna pomoć

1994-1995. Opća bolnica Bjelovar

1993-1994. pripravnički staž Opća bolnica Bjelovar

DODATNE VJEŠTINE:

Nacionalni instruktor Osnovnog održavanja života uz upotrebu Automatskog vanjskog defibrilatora