

# POSTPOROĐAJNA DEPRESIJA

---

**Tumpak, Sara**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2021**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:143768>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-11**

*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI  
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ PRIMALJSTVA

Sara Tumpak  
POSTPOROĐAJNA DEPRESIJA  
Završni rad

Rijeka, 2021.

UNIVERSITY OF RIJEKA  
FACULTY OF HEALTH STUDIES  
UNDERGRADUATE STUDY OF MIDWIFERY

Sara Tumpak  
POSTPARTUM DEPRESSION  
Final work

Rijeka, 2021.

# SADRŽAJ

A. SAŽETAK I KLJUČNE RIJEČI	
B. SUMMARY AND KEY WORDS	
1. UVOD.....	1
2. OPIS POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE.....	2, 3
3. FAKTORI RIZIKA.....	4
3.1.Ginekološke komplikacije usred/nakon poroda.....	4
3.2.Biološki faktori.....	5
3.3.Dovršavanje poroda.....	5
3.4.Obiteljska anamneza.....	5,6
3.5.Neplanirana trudnoća.....	6
3.6.Okolina.....	6
3.7.Dojenje kao lijek.....	7
4. DEFINIRANJE I DIJAGNOSTIKA POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE.....	8
4.1.Edinburška skala za postporođajnu depresiju.....	9
5. LIJEČENJE.....	11
6. POSTPOROĐAJNA DEPRESIJA OCA.....	12
6.1.Dijagnostika.....	12
6.2.Obilježja.....	12
6.3.Faktori rizika.....	13
7. RODITELJSTVO SA POSTPOROĐAJNOM DEPRESIJOM.....	15
7.1.Utjecaj postporođajne depresije na razvoj djeteta.....	16
8. OSTALE PSIHIČKE TEŠKOĆE.....	17
8.1.Babyblues.....	17
8.2.Postporođajna anksioznost.....	17
8.3.Postporođajna psihoza.....	17, 18
9. ZAKLJUČAK.....	19
10. LITERATURA.....	20. 21

## SAŽETAK I KLJUČNE RIJEČI

Postporođajna depresija javlja se kod mnogih žena neposredno nakon poroda. Mnoge žene proživljavaju to same, ne tražeći nikakvu stručnu pomoć zbog straha od stigmatizacije okoline. Postoje 3 oblika afektivnih poremećaja: postporođajna tuga (“baby blues”), postporođajna depresija i postporođajna psihoza. Nijedan od tih poremećaja nije isti, stoga se razlikuju po kliničkoj slici, liječenju i zastupljenosti kod žena. Najčešći poremećaj je postporođajna depresija koja se javlja čak kod 20% žena. Uvijek se sve bazira na pravovremenom reagiranju, odnosno što se prije simptomi uoče, to će stanje po ženu biti lakše prevenirati da ne dođe do većeg psihičkog poremećaja. Potrebna je edukacija o svakoj vrsti psihičkih poremećaja pojedinačno, da bi bolje znali uočiti simptome. Najčešći je stav da je uzrok postporođajne depresije smanjenje reproduktivnih hormona, koji je fiziološki poslije poroda. Uslijed svakog poroda moguće su komplikacije poput gubitka maternice ili drugog reproduktivnog organa, na što žena nikad nije spremna te je veliki rizik za razvijanje postporođajne depresije ukoliko dođe do toga. Nikako ne smijemo smetnuti s uma obiteljsku anamnezu. Ukoliko se već u obitelji spominjao neki od afektivnih poremećaja, ili je sama žena u prošlosti imala depresivnu epizodu, to nam govori da će prilikom popunjavanja Edinburške skale imati nešto veći rezultat, te povećati rizik za razvijanje postporođajne depresije. Kvaliteta roditeljstva se dovodi u pitanje kod žene koja ima postporođajnu depresiju jer je otežano funkcioniranje te briga o djetetu, što naravno utječe na djetetov razvoj u kasnijem životu. Ukoliko žena ima postporođajnu depresiju, njena obitelj i partner trebali bi preuzeti dio brige i kućanstva na sebe da joj olakšaju koliko god je to moguće. Da bi potvrdili postporođajnu depresiju, simptomi poput manjka energije i interesa te poremećaji sna i apetita moraju biti aktivni najmanje 14 dana. Uz navedene simptome prisutni su još mnogi kao lošije koncentracija, dodjeljivanje osjećaja krivnje te u nekim slučajevima pomisao na samoubojstvo. Uobičajeno je za žene nakon poroda da osjećaju umor, manjak energije i imaju problema sa spavanjem, pa da bi potvrdili dijagnozu postporođajne depresije mora proći od 2 tjedna do 6 mjeseci poslije poroda. U dijagnostičke svrhe koristimo Edinburšku skalu s 10 pitanja. Ukoliko je rezultat veći od 13 bodova možemo govoriti o postporođajnom depresiji. Za liječenje postporođajne depresije najčešće se koristimo antidepresivima, pritom ako su pristine psihotične promjene pridodajemo i antipsihotike. Majka može razviti postporođajnu depresiju, no rijetko mogu i muškarci odnosno očevi. Paternalna depresija nije toliko zastupljena kao maternalna, ali se javlja u 4-25% muškaraca. Često je vezana za maternalnu depresiju ali postoji mogućnost da se

javi samo kod oca. Depresija kod očeva često je podcjenjena i ne postoji neka određena dijagnostika za nju, međutim i oni mogu popuniti Edinburšku skalu da procijenimo količinu rizika za nastanak paternalne postporođajne depresije. Postporođajna tuga (eng. baby blues) najlakši je oblik psihičkih poremećaja u razdoblju puerperija. Javlja se 3 dana po porodu, a prate ga pljačljivost, oscilacije raspoloženja i anksioznost. Može biti prethodnik za razvijanje postporođajne depresije. Uz samu depresiju, postoje i teži oblici kao što su postporođajna anksioznost i psihoza. Karakteriziraju ih teži simptomi kao halucinacija, deluzija, zabrinutosti, strah te na kraju manija. Postporođajna anksioznost se povezuje sa mlađom dobi majke te pušenjem cigareta, dok je psihoza češća u žena kod koje je psihoza prije bila prisutna ili u njenoj obitelji.

Ključne riječi: postporođajna depresija, depresija očeva, kvaliteta roditeljstva, Edinburška skala za procjenu rizika, postporođajna psihoza, postporođajna anksioznost, baby blues

## **SUMMARY AND KEY WORDS**

Postpartum depression occurs in many women immediately after childbirth. Many women experience the same, without seeking any professional help for fear of stigmatizing the environment. There are 3 forms of affective disorders: postpartum sadness ("baby blues"), postpartum depression and postpartum psychosis. None of these disorders are the same, so they differ in clinical picture, treatment and prevalence in women. The most common disorder is postpartum depression, which occurs in as many as 20% of women. Everything is always based on a timely response, ie the sooner the symptoms are noticed, the easier it will be for a woman to prevent this condition from avoiding a major mental disorder. It is necessary to educate about each type of mental disorders individually, in order to be able to better notice the symptoms. The most common view is that the cause of postpartum depression is a decrease in reproductive hormones that is physiological after childbirth. Complications such as loss of the uterus or other reproductive organ are possible as a result of any childbirth, which a woman is never ready for, and there is a high risk of developing postpartum depression if it occurs. We must never forget the family history if one of the affective disorders is already mentioned in the family, or the woman herself has had a depressive episode in the past, which tells us that filling the Edinburgh scale will have a slightly higher result and increase the risk of developing postpartum depression. The quality of parenting raises questions in women who have postpartum depression because it is difficult to function and care for the child, which of course affects the development of the child in later life. If a woman has postpartum depression, her family and partner should take part of the care and household on themselves to relieve her as much as possible. To confirm postpartum depression, symptoms such as lack of energy and interest and disturbances Strength and appetite must be active for at least 14 days. In addition to these symptoms, there are many others such as poor concentration, guilt and in some cases the thought of suicide. It is common for women after childbirth to feel tired, lack energy and have trouble sleeping, so to confirm a diagnosis of postpartum depression it must take from 2 weeks to 6 months after childbirth. For diagnostic purposes, we use the Edinburgh 10-question scale. If the result is higher than 13 points, we can talk about postpartum depression. For the treatment of postpartum depression, we most often use antidepressants, and if the reasons are psychotic changes, we also add antipsychotics. The mother can develop postpartum depression, but rarely can men or fathers. Paternal depression is not as common as maternal depression, but it occurs in 4-25% of men. It is often related to maternal depression but there is a possibility that it

only occurs in the father. Depression in fathers is often underestimated and there is no diagnosis specifically for men, however they too can fill the Edinburgh scale to assess the amount of risk for developing paternal postpartum depression. Postpartum grief (baby blues) is the easiest form of mental disorders in the puerperium period. It occurs 3 days after birth, and is accompanied by preoccupation, mood swings and anxiety. It can be a precursor to the development of postpartum depression. In addition to depression itself, there are more severe forms such as postpartum anxiety and psychosis. They are characterized by more severe symptoms such as hallucinations, delusions, anxiety, fear and finally mania. Postpartum anxiety is associated with the mother's younger age and cigarette smoking, while psychosis is more common in women with a previous psychosis or in her family.

Keywords: postpartum depression, paternal depression, parenting quality, Edinburgh risk assessment scale, postpartum psychosis, postpartum anxiety, baby blues



## 1. UVOD

Postporođajno razdoblje definira se kao razdoblje razvoja niza psihičkih poremećaja raspoloženja. Postporođajna tuga (“baby blues”) kao najlakši oblik poremećaja, postporođajna depresija te najteži oblik postporođajna psihoza. Iako je postporođajna tuga privremeno stanje, neke žene imaju teži, dugotrajniji oblik depresije poznat kao postporođajna depresija. Postporođajnu depresiju u početku možemo zamijeniti s postporođajnom tugom, ali znakovi i simptomi su intenzivniji i traju dulje, na kraju ometajući sposobnost brige o bebi i rješavanja drugih svakodnevnih zadataka. Simptomi se pojavljuju u prvih nekoliko tjedana nakon poroda, ali mogu početi i kasnije, do šest mjeseci nakon rođenja. Postporođajna depresija utječe i na sam odnos s partnerom te emocionalno povezivanje s djetetom kao i na cijelu obitelj. Nakon poroda treba se svakoj ženi posvetiti s ciljem, da ako postoje simptomi depresije ili tuge, na vrijeme ih uočimo te počnemo rješavati. Na dijete takve majke s depresijom treba obratiti posebno pažnju, jer može imati problema u kasnijem životu: emocionalno, kognitivno i bihevioralno. Svako stanje obilježeno je drugačijim karakteristikama, zastupljenošću te metodama liječenja. Postporođajna depresija je veliki javnozdravstveni problem jer je u porastu, javlja se kod 15% žena nakon poroda odnosno u doba puerperija, ne pogađa samo ženu već i njenu obitelj te okolinu. Većina postporođajnih depresija je ne liječena, te dovodi do dugotrajnih problema. Porod sam po sebi predstavlja teško razdoblje za svaku ženu, ranjive su te su podložnije postporođajnoj depresiji. Većina ih je prekasno prepoznata i ne liječena, te je potrebno uložiti više vremena i truda u obrazovanje zdravstvenih djelatnika u području prepoznavanja i liječenja postporođajne depresije, dok veliki naglasak treba biti na samoj prevenciji postporođajne depresije.

## 2. OPIS POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE

Temeljem brojnih studija utvrđena je neosporna veza o međusobnoj sukladnosti simptoma postporođajne depresije sa simptomima depresivnog poremećaja. Utvrđeno je da se javljaju isti simptomi kod postporođajne depresije i depresivnog poremećaja izvan perioda puerperija. Iako su po simptomima gotovo bez razlike, ipak se razlikuju po tome u kojem vremenskom periodu će simptomi doći do izražaja te u kojem obliku. Kod depresivnog poremećaja izvan puerpealnog razdoblja javljaju se poteškoće kod usnivanja, učestalog buđenja tokom noći koje uvjetuje potpuno razbuđivanje, zbog kojeg dolazi do nemogućnosti ponovnog usnivanja i poremećaja spavanja. Postporođajna depresija ipak ženama daje mogućnost samostalnog usnivanja, koje međutim ne potraje dugo zbog noćnih podoja te same brige oko novorođenčeta. Iako usko povezana 2 stanja depresije, nailazimo na nepodudarnost ovog simptoma. Opće je poznato da pacijenti koji manifestiraju depresiju nailaze na poremećaj s kilažom, gubitak ili debljanje. Naglasak je na ovom simptomu upravo zbog dolaska do hiperfagije, odnosno prekomjernom apetitu i dobivanju na kilaži. Što se tiče gubitka kila, fiziološki je da žena izgubi dio kila koje je dobila tokom trudnoće te da su žene koje dojenje prakticiraju češće sklonije većem gubitku kilograma.

Novorođenčad nekad teže zaspi, te ukoliko majka teže uspavljuje svoje dijete kao razlog tome smatra sebe, odnosno da je ona krivac tome. Ukoliko se bilo što dogodi djetetu, kao što je nezgoda, alergijska reakcija ili se dijete prehladi, majka prebacuje sve na sebe kao da je ona jedini krivac za nastalu situaciju. To je češća pojava kod majki sa postporođajnom depresijom. Gubitak volje i smanjenje interesa za situacije koje su ih nekad uveseljavale još je jedan od simptoma postporođajne depresije. Ukoliko se žena bavila nekim hobiem ili nekom aktivnošću, gubi interes te prestaje s tim. Iako nemaju poteškoća s usnivanjem, žene se bude umorne i iscrpljene za ostatak dana koji slijedi te je evidentan gubitak energije. Javlja se i osjećaj bezvrijednosti te suicidalne misli koje predstavljaju najozbiljniji problem kod postporođajne depresije. Javlja se suicidalne misli, želja za smrću, pacijentice navode da bi im bilo najlakše da ih nema, da su mrtve. Usporedbom postporođajne depresije i depresivnog poremećaja vidimo da su usko povezani te da su međusobne razlike nezamjetne.

Glavne karakteristike postporođajne depresije:

- 1) Poremećaj sna- budnost ili prekomjerno spavanje
- 2) Smanjenje interesa- gubitak interesa za nekadašnje hobije
- 3) Iscrpljenost, umor- umor tokom cijelog dana
- 4) Preuzimanje krivnje na sebe
- 5) Poremećaj apetita- prekomjerni apetit ili značajan gubitak tjelesne težine
- 6) Suicidalne misli- želja za smrću, suicidalne ideje

### **3. FAKTORI RIZIKA KAO UVJET NASTANKA POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE**

Edukacija i razvijanje dodatnih saznanja o čimbenicima koji utječu na razvoj postporođajne depresije, direktno utječu na promicanje poboljšanog pristupa ka samoj prevenciji. Na taj način pruža se uvid u međuovisnost čimbenika koje je potrebno eliminirati, kao i onih na koje je potrebno pridodati veću pažnju kako bi ih se pravovremenom reakcijom kategoriziralo na one koje se ne mogu prevenirati i eliminirati. Ovakvim pristupom jednostavnije je i efektivnije odrediti rizičnu skupinu, te skupinu osobito osjetljivih žena. Postporođajna depresija se još uvijek ubraja pod teme neosobitog shvaćanja, ne samo među ženama, već i među zdravstvenim djelatnicima koji često podcjenjuju utjecaj stanja na samu kvalitetu života majke. Uz potencijalno preventivne čimbenike, valja istaknuti čimbenike koji se ne mogu prevenirati uslijed svoje genetske predispozicije, kao što su primjerice povijest afektivnih poremećaja unutar obitelji. Maksimalnu uspješnost prevencije moguće je ostvariti ranom edukacijom pacijentica, već u ranim stadijima trudnoće. Ona se treba bazirati na isticanju čimbenika na koje se može direktno utjecati za vrijeme trudnoće ili direktno po porodu. Neki od tih čimbenika jesu spavanje, optimalizacija prehrane i unosa mikro te makronutrijenata, prikupljanje anamneze (obiteljske, uz poseban osvrt na potencijalnu povijest psihičkih poremećaja), tjelesnu aktivnost i dr.. Također, prisutna je podjela čimbenika na temelju značajnosti nastanka postporođajne depresije, i to na neznanto, značajnije i izuzetno značajne čimbenike. Ovakva selekcija omogućava jednostavniju provedbu preventivnih metoda koje utječu na pojavnost i razvitak potencijalnih simptoma postporođajne depresije (7).

#### *3.1. Ginekološke komplikacije usred te nakon poroda*

Ginekološke komplikacije nerijetko završavaju kirurškim odstranjenjem maternice odnosno histerektomijom, odstranjenjem nekog od reproduktivnog organa ili ne mogućnošću ponovnog začeća. Stoga su takve žene koje su zahvaćene takvom komplikacijom podložnije razvitku postporođajne depresije. Pomoću Edinburške skale možemo procijeniti koliki je rizik za nastanak postporođajne depresije kod takvih žena.

### 3.2. *Biološki faktori*

Sníženje reproduktivnih hormona po porodu moguć je razlog pojave postporođajne depresije. Iako još nije jasno definirano koji od bioloških čimbenika je moguć uzrok depresije, pretpostavlja se da je povezan s niskom razinom progesterona i estrogena, koji padaju odmah nakon poroda. Još jedan faktor rizika koji pridonosi razvijanju postporođajne depresije je mlađa dob majke. Najčešće se javlja kod majki između 13-19 godina, dok rjeđe između 31-35 godine.

### 3.3. *Dovršavanje poroda*

Statistički je dokazano da uporaba forcepsa ili vakuuma kao način dovršavanja poroda usko povezana s mogućim razvijanjem postporođajne depresije. Bliskost se naglašava posebice zbog straha od komplikacija koje se najčešće dešavaju uslijed instrumentalnog dovršavanja poroda. Također je dokazano da žene koje imaju plan poroda te imaju želju roditi carskim rezom, a na kraju imaju vaginalni porod, su sklonije razvitku postporođajne depresije, nego žene koje su favorizirale i imale vaginalni porod. Statistički podaci nam govore koliko je zaista bitno što žene očekuju tokom poroda te kakav ishod na kraju bude. Sve su to bitni čimbenici za razvitak postporođajne depresije. Ipak, vodeći uzrok je hitni carski rez kojeg bi trebalo obaviti što je prije moguće zbog dobrobiti majke i djeteta, a te žene su pod još većim stresom i u većem strahu te imaju veći rizik za nastanak postporođajne depresije.

### 3.4. *Obiteljska anamneza depresije*

Važnu ulogu ima uzimanje detaljne obiteljske anamneze u svrhu otkrivanja pojavnosti depresije u obitelji i kod same žene. Ukoliko je žena imala ranije u životu simptome depresije, to znatno povećava rezultat i rizik na ljestvici za procjenu razvijanja postporođajne depresije. Također, vrlo je važno izgraditi iskreni odnos sa ženom te povezati što je više moguće bolnički informativni sustav u svrhu prevencije razvijanja postporođajne depresije. Ukoliko netko od

članova obitelji boluje od depresije, to ne znači da će se razviti postporođajna depresija kod žene, što nije slučaj kod postporođajne psihoze kod koje nam je bitna obiteljska anamneza.

### *3.5. Nepredviđena/neželjena trudnoća*

Rezultati istraživanja pokazali su da je više od 50% žena imalo neplaniranu trudnoću. Takve žene gledajući Edinburšku skalu za razvitak postporođajne depresije imaju povećani rizik. S obzirom na situaciju, potrebno je obratiti više pozornosti u ranom pronalasku ovakvih trudnoća, te pružiti pomoć i podršku ženi te njezinoj obitelji.

### *3.6. Okolina*

Okolina ima veliki utjecaj na samog čovjeka, posebice na ženu koja je rodila. Stresne situacije, gubitak bliske osobe, gubitak posla ili bolest može potaknuti depresivnu epizodu kod žene. Iz takve depresivne epizode može se razviti postporođajna depresija, stoga moramo ženi pružiti pomoć i podršku kako ne bi morala sama prolaziti kroz to. Uzimanjem detaljne anamneze možemo prepoznati ženu s visokim rizikom za postporođajnu depresiju. Bitno je obratiti pozornost na spavanje. Naime spavanje je bitan čimbenik kod postporođajne depresije. Spavanjem relaksiramo tijelo te se budimo odmorni. Ukoliko to ženi kronično nedostaje, biti će vidljivo na njenom imunološkom sustavu zbog povišenih parametara kao što imaju žene sa potvrđenom postporođajnom depresijom. Nadalje, tjelesna aktivnost podiže samopouzdanje te je odličan odabir protiv depresije. Tijelovježbom jačamo fizički i mentalno, istovremeno smanjujemo rizik za nastanak postporođajne depresije. U okolišne čimbenike tu možemo svrstati i prehranu koja pridonosi razvijanju/smanjenju postporođajne depresije. Hrana kao što su banana, govedina i lisnato zeleno povrće bogate su vitaminom B6. Stoga čim dođe do pada vrijednosti vitamina B6, povećava se rizik za nastanak postporođajne depresije. Selen i cink možemo povezati isto tako sa razvitkom postporođajne depresije, pa bi bilo dobro da žena češće jede hranu bogatu cinkom poput crvenog mesa i ribe.

### 3.7. *Dojenje kao lijek*

Majčino mlijeko je za novorođenče najzdravija i najbogatija hrana. Postavlja se pitanje postoji li razlika u razvijanju postporođajne depresije kod majke koja isključivo doji svoje dijete ili kod majke koja ne prakticira dojenje. Rezultati istraživanja pokazuju da gotovo nema razlike te da pojava postporođajne depresije ne ovisi o dojenju kao jednom od faktora rizika.

## 4. DEFINIRANJE I DIJAGNOSTIKA POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE

Psihijatrijska terminologija definira postporođajnu depresiju kao osnovni depresivni poremećaj, čija je signifikantna značajka pojavnost unutar prvog postporođajnog mjeseca, iako samo stanje može nastupiti i tijekom trudnoće. Osnovni kriterij za postavljanje dijagnoze postporođajne depresije jest gubitak interesa za svakodnevne aktivnosti te depresivno raspoloženje, u trajanju najmanje dva tjedna. Od ostalih simptoma javljaju se gubitak energije, smanjena koncentracija, poremećaji spavanja, suicidalne misli, osjećaj krivnje i manje vrijednosti i dr.. Promjena životnih navika kao što su drugačiji obrazac spavanja, umor, promjene teka i apetita, uobičajene su za žene nakon poroda, stoga se dijagnostika za utvrđivanje postporođajne depresije provodi između 2. tjedna i 6. mjeseca nakon poroda. Najčešće korištena dijagnostička metoda za utvrđivanje postporođajne depresije jest Edinburška skala. To je obrazac u vidu upitnika od 10 stavki, različito bodovno rangiranih. Ukoliko je konačan zbroj bodova veći ili jednak 12, najčešće se može potvrditi vjerovatnost postporođajne depresije.

Unatoč činjenici da se postporođajna depresija najčešće javlja između 2. i 6. mjeseca nakon poroda, utvrđeno je kako prvih devedeset postporođajnih dana predstavlja najkritičnije vrijeme za pojavu prvih simptoma. Provođenjem dijagnostike važno je utvrditi određene specifične kriterije, odnosno simptomatologiju. Sama prisutnost simptoma izaziva značajni distress sindrom te oštećenje normalnog socijalnog, radnog te obiteljskog funkcioniranja. Pojavnost samih simptoma nije izazvana zlouporabom psihoaktivnih tvari ili uslijed prisutnosti određenih zdravstvenih stanja. Isto tako, pojavnost simptoma nije uvjetovana procesima žalovanja.

Osim provođenjem skala, obrazaca te utvrđivanjem same simptomatologije, izrazito važna stavka u dijagnostici je psihijatrijski intervju. Cilj intervjua jest poistovjećivanje sa oboljelim te dobivanje detaljnog opisa stanja i simptoma. Stvaranjem kruga povjerenja i specifičnog odnosa između psihijatra i pacijentice, dolazi do iskrenosti i razvijanja osjećaja sigurnosti i povjerenja. Sam razgovor ne treba sagledavati kao jednokratno rješenje, već se preporuča provoditi ga i tijekom samog procesa liječenja kako bi se na taj način kronološki pratio napredak pacijentice u svrhu što bržeg oporavka, te utvrđivanjem za promjenom kliničke slike (8) (9).



#### *4.1. Edinburška skala za postporođajnu depresiju*

Edinburška skala za postporođajnu depresiju (EPDS) je odličan screening osoba kod kojih postoji mogućnost pojave postporođajne depresije. Skala se sastoji od 10 pitanja s kojima procjenjujemo u koju kategoriju pripada naš pacijent. Korisno bi bilo kada bi svaka žena tokom svoje trudnoće te nakon poroda ispunila EPDS barem jednom. Po završetku skale zbroje se ocjene, a ako rezultat iznosi više od 13 bodova smatra se upozorenjem za pojavu simptoma postporođajne depresije. Ukoliko je rezultat veći od 13, tada bi trebalo se ponoviti EPDS za 2-4 tjedna (3).

Skala je samo početak praćenja pacijenta ukoliko se pokaže veliki rizik za razvijanje postporođajne depresije. EPDS bi trebalo ispuniti nekoliko puta da se pokaže i uvidi promjena ukoliko dođe do nje, pojačavanje simptoma ili sl.. Upitnik se može ispuniti kod općeg ginekologa ili primalje, ali validaciju i daljnje praćenje moramo prepustiti psihijatru (10).

**The EPDS is a 10-item questionnaire. Women are asked to answer each question in terms of the past seven days.**

<b>1. I have been able to laugh and see the funny side of things</b>	As much as I always could (score of 0) Not quite so much now (score of 1) Definitely not so much now (score of 2) Not at all (score of 3)
<b>2. I have looked forward with enjoyment to things</b>	As much as I ever did (score of 0) Rather less than I used to (score of 1) Definitely less than I used to (score of 2) Hardly at all (score of 3)
<b>3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong</b>	Yes, most of the time (score of 3) Yes, some of the time (score of 2) Not very often (score of 1) No, never (score of 0)
<b>4. I have been anxious or worried for no good reason</b>	No, not at all (score of 0) Hardly ever (score of 1) Yes, sometimes (score of 2) Yes, very often (score of 3)
<b>5. I have felt scared or panicky for no very good reason</b>	Yes, quite a lot (score of 3) Yes, sometimes (score of 2) No, not much (score of 1) No, not at all (score of 0)
<b>6. Things have been getting on top of me</b>	Yes, most of the time I haven't been able to cope at all (score of 3) Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual (score of 2) No, most of the time I have coped quite well (score of 1) No, I have been coping as well as ever (score of 0)
<b>7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping</b>	Yes, most of the time (score of 3) Yes, sometimes (score of 2) Not very often (score of 1) No, not at all (score of 0)
<b>8. I have felt sad or miserable</b>	Yes, most of the time (score of 3) Yes, quite often (score of 2) Not very often (score of 1) No, not at all (score of 0)
<b>9. I have been so unhappy that I have been crying</b>	Yes, most of the time (score of 3) Yes, quite often (score of 2) Only occasionally (score of 1) No, never (score of 0)
<b>10. The thought of harming myself has occurred to me</b>	Yes, quite often (score of 3) Sometimes (score of 2) Hardly ever (score of 1) Never (score of 0)

Source: Edinburgh Postnatal\* Depression Scale (EPDS Cox et al 1987).  
(\*Developed as the Edinburgh Postnatal Depression Scale but can be used in both pregnancy and postnatal period to assess for possible depression and anxiety. Questions 3, 4 and 5 relate to possible symptoms of anxiety disorders)

Slika 2. izvor: [https://www.google.com/search?q=paternal+depression&client=ms-android-samsung-ga-rev1&prmd=imvn&sxsrf=ALeKk039-NTQ7VqcHxPFWvh7mM3IP5gwA:1626164770586&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjwm\\_zrz9\\_xAhV7\\_rsIHfTPAY0Q\\_AUoAXoECAIQAQ&biw=412&bih=776&dpr=2.63#imgrc=zjmy1BXJF8h\\_7M](https://www.google.com/search?q=paternal+depression&client=ms-android-samsung-ga-rev1&prmd=imvn&sxsrf=ALeKk039-NTQ7VqcHxPFWvh7mM3IP5gwA:1626164770586&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjwm_zrz9_xAhV7_rsIHfTPAY0Q_AUoAXoECAIQAQ&biw=412&bih=776&dpr=2.63#imgrc=zjmy1BXJF8h_7M) (13.07.2021)

## 5. LIJEČENJE

Pristup liječenju postporođajne depresije su psihoterapija i lijekovi. Ukoliko je riječ o depresivnim epizodama koriste se antidepresivi, dok u psihotičnim uz antidepresive uzimaju se i antipsihotici. Mnogi antidepresivi izazivaju ozbiljne nuspojave stoga se izbjegava uzimanje tertacikličkih i tricikličkih antidepresiva. Antidepresivi su jedni od najčešće korištenih lijekova kod postporođajne depresije.

Budući da su bolesnici najčešće nesvjesni vlastitog stanja, psihoterapija u periodu postporođajne depresije bazira se na osvještavanju sukoba koji proizlaze iz samog pacijenta te poticanju na razgovor o vlastitim osjećajima, strahovima i simptomima. Sukladno tome, važno je osvještavanje potrebe za razvojem volje i želje u provođenju osnovnih aktivnosti. Planiranjem aktivnosti te postavljanjem malih i jednostavnih ciljeva, te njihovim ispunjavanjem, ostvaruje se osjećaj zadovoljstva.

Psihoanaliza, kao i liječenje u procesu postporođajne depresije, predstavlja dugotrajan i složen proces koji zahtjeva involviranost cijele pacijentove obitelji kao i okruženja, u svrhu bržeg oporavka i asimilacije u društvo. Proces farmakoterapije proteže se do 6 mjeseci nakon posljednje epizode depresije, izuzev slučajeva u kojima dolazi do pojavnosti više epizoda, uslijed čega je potrebna dugotrajnija profilaksa (10).

## 6. POSTPOROĐAJNA DEPRESIJA OCA

Puerperij je razdoblje u kojem se majka i otac privikavaju na nove rutine i upoznaju se s djetetom. Očevi također mogu upasti u depresiju zbog nesnalaženja u novonastalnoj situaciji ili smatraju da nemaju dovoljno znanja oko brige za dijete što naravno utječe na njihovo mentalno zdravlje. Zastupljenost depresije kod očeva ( paternalna depresija) je 5-25%. Gotovo uvijek se nastavlja na maternalnu ali postoji mogućnost pojave samo kod oca. Paternalna depresija još uvijek je neistražena u odnosu na postporođajnu depresiju kod majki. Definirane prevencije nema, jer smo usredotočeni na liječenje, te prevencija ostaje u drugom planu. Za cjelokupno poboljšanje u vezi depresije kod očeva, trebalo bi obratiti pozornost više na samo prepoznavanje i screening, te na kraju prilagoditi terapiju i pristup tome (1).

### 6.1. Dijagnostika

Paternalna dijagnostika se ne razlikuje od maternalne, jer se koriste ista sredstva za procjenu rizika kod muškaraca. Koristi se Edinburška skala s istim pitanjima, no međutim nova saznanja predlažu da bi se konačna ocjena trebala sniziti za 2-3 boda u odnosu na rezultat kod žena. Simptomi kod dijagnostike su jednaki kao i kod žena, kao što su poremećaj sna, problemi s apetitom, suicidalne ideje i dr..

Javlja se 5-25% slučajeva, najizraženije u razdoblju od 4-8 tjedana nakon poroda. Anksiozni simptomi jači su kod muškaraca koji su postali očevi prvi put (6).

### 6.2. Obilježja

Simptomi postporođajne depresije kod očeva se sporije razvijaju u odnosu kod maternalne postporođajne depresije. Razvija se još prije poroda, dok se simptomi nakon samog poroda smiruju ali se i pogoršavaju kasnije i to traje do djetetove prve godine. Mali postotak svega 5 % očeva ima prisutne simptome postporođajne depresije prije poroda i prva 3 mjeseca nakon poroda, dok veći dio muškaraca čak 30 % osjeća simptome nakon godinu dana od poroda (6).

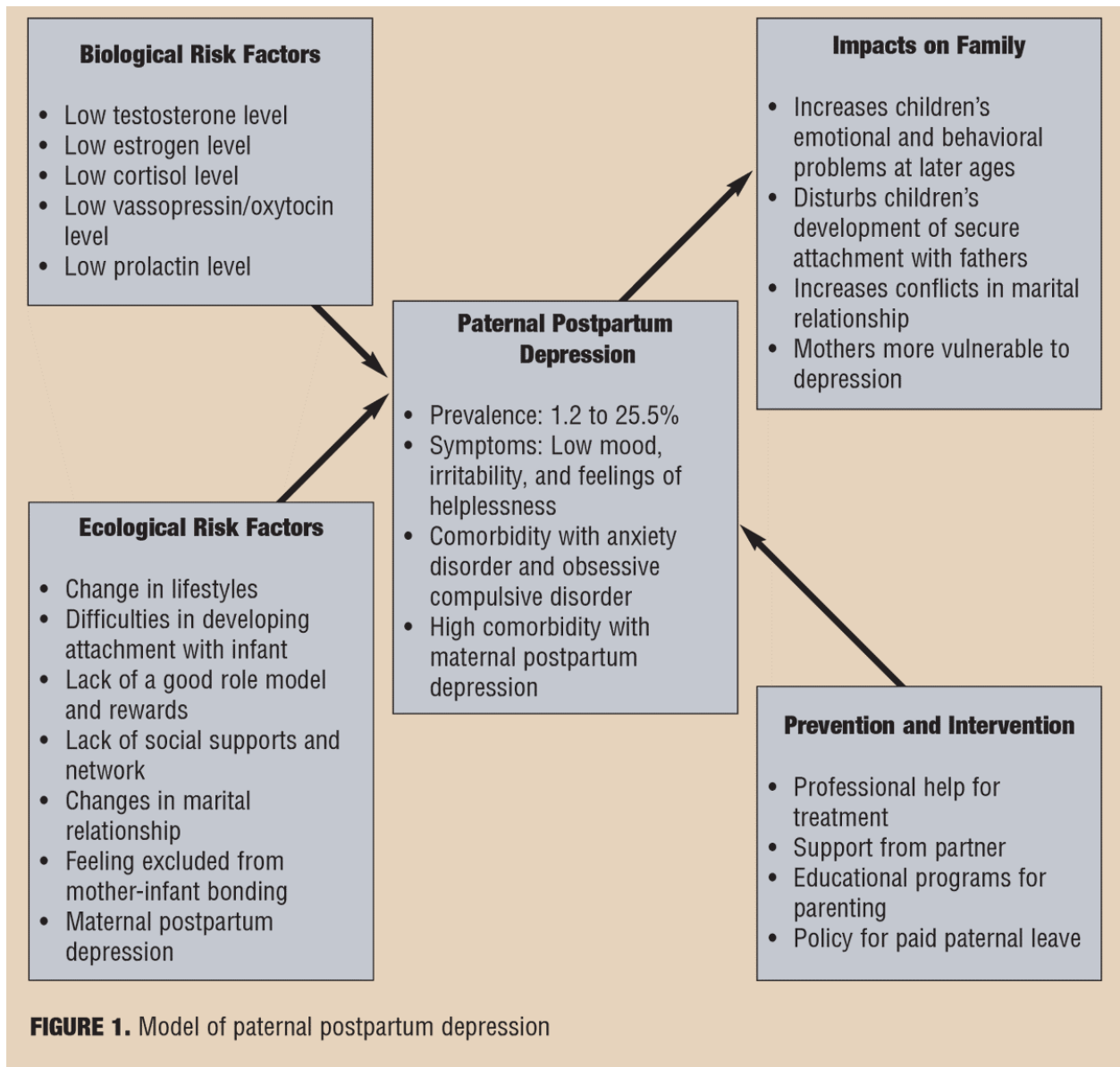
### 6.3. *Faktori rizika nastanka depresije kod očeva*

Promjena razine testostosterone, koje se očituju smanjenjem za vrijeme i nakon porođaja partnerice, vrlo često mogu biti povezane sa pojavnosti depresije u očeva. U većine očeva, razina testostosterone podliježe značajnom smanjenju i niskoj stagnaciji nekoliko mjeseci postporođajno. Brojna istraživanja dokazuju kako takav oblik hormonskog balansa uvjetuje veću povezanost sa djetetom, smanjenu razinu agresije i naposljetku veću koncentraciju u procesu samog roditeljstva. Dokazano je kako očevi sa smanjenom razinom testostosterone razvijaju više suosjećanja te instinktivnu potrebu za reakcijom uslijed dječijeg plača. Osim testostosterone, pojanost paternalne depresije uvjetuje i promjena u razini estrogena. Sukladno padu testostosterone, javlja se povećanje razine estrogena u periodu tijekom zadnjeg tromjesječja trudnoće te prvog postporođajnog mjeseca partnerice. Slično obrascu ponašanja uslijed porasta testosterna, i porast estrogena kod očeva uzrokuje bolju roditeljsku aktivnost i ponašanje nakon samog rođenja djeteta.

Treća stavka koja potencijalno može direktno utjecati na pojavu paternalne postporođajne depresije jest niža razina kortizola u krvotoku. Kortizol predstavlja hormone koji utječe na regulaciju fizioloških reakcija na potencijalno stresne događaje. Samim time, visoka razina stresa sukladno uvjetuje povišenu razinu kortizola. Iako je visoka razina kortizola u majki povezana sa većom osjetljivošću prema djetetu i smanjenjem epizoda depresivnog ponašanja, niža razina kortizola kod očeva može uvjetovati razvijanje epizoda depresivnog ponašanja kao i poteškoće u procesu povezivanja oca i djeteta.

Osim hormonalnih faktora koji utječu na emocionalnu stavku odnosa oca i djeteta, na istu utječu i socijalni čimbenici. Izostanak prisnog odnosa sa roditeljima, kao i izostanak iskazivanja i osvještavanja vlastitih emocija, uvjetuju zrcalno odražavanje ponašanja prema vlastitom djetetu. Očevi bez pozitivnog uzora u vlastitom djetinjstvu dokazano teže razvijaju emocionalni aspekt ponašanja kao novu ulogu u vlastitom roditeljstvu.

Kvaliteta odnosa sa partnerom predstavlja još jedan značajan faktor u razvijanju paternalne depresije. Nerazumijevanje, izostanak intimnosti i emocionalne prisnosti kao i gubitak zadovoljstva, predstavlja problematiku u odnosu sa partnerom koja se direktno odražava na emocionalno ponašanje i djeluje kao "trigger" u razvoju postporođajne depresije (1).



Slika 1. izvor:[https://www.google.com/search?q=paternal+depression&client=ms-android-samsung-ga-rev1&prmd=imvn&sxsrf=ALeKk039-NTQ7VqcHxPffWvh7mM3IP5gwA:1626164770586&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjwm\\_zrz9\\_xAhV7\\_rsIHfTPAY0Q\\_AUoAXoECAIQAQ&biw=412&bih=776&dpr=2.63#imgrc=zzGNrq8CQ2iv9M](https://www.google.com/search?q=paternal+depression&client=ms-android-samsung-ga-rev1&prmd=imvn&sxsrf=ALeKk039-NTQ7VqcHxPffWvh7mM3IP5gwA:1626164770586&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjwm_zrz9_xAhV7_rsIHfTPAY0Q_AUoAXoECAIQAQ&biw=412&bih=776&dpr=2.63#imgrc=zzGNrq8CQ2iv9M) (13.07.2021)

## 7. RODITELJSTVO SA POSTPOROĐAJNOM DEPRESIJOM

Za lakše zdravo razvijanje djeteta potrebno je roditeljske vještine i sposobnost. Ukoliko postporođajna depresija traje predugo, dijete je izloženo češće negativnim čimbenicima što može znatno utjecati na njegovo razvijanje i ostaviti posljedice za budući život. Majke koje imaju postporođajnu depresiju, njima je teže povezati se s djetetom, posvetiti mu se ili brinuti o njemu. To možemo primjetiti već u prvim danima kad majka ne želi vidjeti, dodirnuti ili dojiti svoje dijete. Kroz razne upitnike možemo saznati što žena osjeća i misli te pomoći joj u tome da razvije više pozitivnih osjećaja prema vlastitom djetetu. Postporođajnu depresiju bi trebalo izliječiti do 2 godine od samog početka razvijanja simptoma, Stoga ako ona ostane ne izliječena govorimo o nekvalitetnom odnosu majke i djeteta. Osjećaj straha i anksioznosti sve novopečene majke osjećaju u prvim danima upoznavanja s njihovom bebom. Kod žena s postporođajnom depresijom je to puno izraženije te vidljivi simptomi depresije. K tome, one još osjećaju i bijes, frustracije i može doći do odbacivanja djeteta čak i nakon 6 tjedana od poroda. Takvi simptomi ne smiju ostati zanemareni, jer nije samo majka s djetetom uključena nego i otac te čitava obitelj (4).

Podrške ne smije izostati, dapače izuzetno je bitna u ovom periodu, te okolina bi trebala preuzeti veći dio posla kako bi se olakšalo ženi. Majka mora u cijelom tom periodu osjećati ugodu i povezanost sa svojim djetetom koji se katkad "izgubi". Nadalje, postporođajna depresija utječe i na sam razvoj djeteta u kasnoj dobi odnosno godinu dana nakon poroda. Utječe na fizički razvoj, visinu i težinu. Posebno se ističe kod prekomjerne težine ili pothranjenosti u toj dobi. Nekolicina istraživanja ukazuju na sporiji razvoj grube motorike kod djeteta odnosno puzanje, stajanje na nogama te skakanje. Što se tiče govornih sposobnosti, na to postporođajna depresija ne utječe te dijete razvija govorne sposobnosti u skladu sa njegovom dobi. Unatoč brojnim istraživanjima, još uvijek nije jasno definirano specifični utjecaj postporođajne depresije na razvoj djeteta. Sama interakcija između majke i djeteta koja se prožima kroz stanje postporođajne depresije uvelike se razlikuje od instinktivnog odnosa djeteta i majke ne zahvaćene stanjem postporođajne depresije (4).

Na godišnjoj razini od rođenih 100 milijuna djece, 40% majki dijagnosticirano je jedan od afektivnih poremećaja u doba puerperija. Naglasak treba biti na kvalitetnijoj i detaljnijoj obradi i liječenju takve majke, njenog djeteta te obitelji (11).

### *7.1. Utjecaj postporođajne depresije na razvoj djeteta*

Depresija i osjećaj anksioznosti mogu imati štetan utjecaj na majku ali i na samo dijete. Istraživanja pokazuju kako depresija kod majki može dovesti do komplikacija u porodu, malformacije djeteta, te niskom porodnom težinom novorođenčeta. Kako depresija ne djeluje samo na fizički razvoj, nego i psihički razvoj kod djeteta se može javljati poremećaj reakcije na stres.



## 8. OSTALE PSIHIČKE TEŠKOĆE

### 8.1. *Baby blues*

Postporođajna tuga (eng. Baby blues) od svih postporođajnih poremećaja je najkraći i najblaži što se tiče simptoma. Najčešće se javlja 3 dana nakon poroda u čak 85% slučajeva, dok ostali se mogu javiti u prvih 14 dana po porodu. Može biti čimbenik postporođajne depresije. Simptomi poput anksioznosti, oscilacije raspoloženja, plačljivosti i nedostatka energije prepoznatljivi su za postporođajnu tugu. Nastanak može uzrokovati pad progesterona i estrogena ali i izloženost stresu za vrijeme trudnoće. Ako je žena anksiozna i depresivna pred kraj trudnoće to može upućivati da će razviti postporođajnu tugu. Ukoliko žena pohađa tečaj za trudnice moguće je razješiti taj problem, kao i podrška obitelji, i partnera koja je izrazito bitna.

### 8.2. *Postporođajna anksioznost*

Anksioznost je vrlo čest poremećaj, iako ga se ne shvaća tako ozbiljno. Pojavljuje se u 20 % žena koje osjećaju strah, opasnost i ugroženost te pokušavaju eliminirati situacije koje potiču nelagodu.

Mlada dob majke, konzumiranje cigareta tokom trudnoće, manjak potpore u obitelji i prijevremeni porod neki su od čimbenika koje možemo povezati sa postporođajnom anksioznosti. Može se reflektirati kao strah od poroda, a nakon samog poroda strah za život djeteta pa čak i vlastiti život. Vezano za dojenje kod žena s postporođajnom anksioznosti, često je skraćeni period dojenja jer znatno utječe na njega.

### 8.3. *Postporođajna psihoza*

Najozbiljnije i rijetko stanje u razdoblju puerperija, javlja se svega 0.1 do 0.2 % ili 2% kod žena koje imaju u anamnezi pojavu psihičkih poremećaja. Postporođajna psihoza je prepoznatljiva po nizu simptoma kao što su: vidljiva uzrujanost, češće negativno nego pozitivno raspoloženje, manjak energije, poteškoće u koncentraciji, javljaju se halucinacije, deluzije i nastupa manija.

U ovom stanju bitno je paziti na dijete zbog visokog rizika od čedomorstva. Simptomi su vidljivi 7 dana nakon poroda sa sve težim simptomima u narednim mjesecima. Zbog pogoršanja simptoma i stanja žene, najčešće mora biti hospitalizirana. Veći rizik za pojavu postporođajne psihoze imaju žene koje su u obitelji imale slučaj psihoze.

## 9. ZAKLJUČAK

Postporođajna depresija je ozbiljno i često stanje u današnjem svijetu koje pogađa žene, rjeđe muškarce te čitavu njihovu obitelj i okolinu. U početku puerperija se ističu simptomi te se jasno vide poteškoće i prepreke u funkcioniranju, no problem leži u periodu iza toga. Naime, tek kasnije postoji rizik za razvijanje kronične depresije. Osim liječenja i dijagnostike, najbitnija je podrška u ovom razdoblju. Iako još nije usavršena prevencija niti screening, važno je svakoj ženi nakon poroda dati da ispuni Edinburšku skalu za procjenu rizika postporođajne depresije te u startu znati tko pripada kategoriji za visok rizik. Važno je konstantno educirati zdravstvene djelatnike u tom području kako bi na vrijeme mogli prepoznati simptome i prevenirati nastanak većih poremećaja. Stigmatizacija takvih pacijenata je u porastu, stoga zdravstveni djelatnici bi trebali na neki način djelovati na okolinu te potaknuti svih da pruže podršku umjesto stigmatizacije. Nadalje, postporođajna depresija djeluje i na muškarce, stoga trebali bi se pobrinuti i za njihovo psihičko zdravlje tokom trudnoće i u razdoblju puerperija. Što se tiče prevencije, screeninga i dijagnostike trebalo bi se poraditi na tome te istražiti kako još možemo prevenirati takva stanja depresije da ih smanjimo na minimum. Primalje trebaju biti educirane jer provode najviše vremena uz ženu te mogu prve prepoznati da nešto nije uredu te prevenirati dok se još nisu razvili teži simptomi.

## 10.LITERATURA

1. Pilyoung Kim, James E Swain Sad Dads: Paternal Postpartum Depression, Psychiatry (Edgmont). 2007 Feb;4(2):35-47. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20805898/>
2. Ying Zhao, Irene Kane, Jing Wang , Beibei Shen , Jianfeng Luo, Shenxun Shi Combined Use of the Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) and Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to Identify Antenatal Depression Among Chinese Pregnant Women With Obstetric Complications 2015 Mar 30;226(1):113-9. Dostupno na: doi: 10.1016/j.psychres.2014.12.016.
3. Jayci E Knights , Michelle L Salvatore , Gunda Simpkins , Krystal Hunter , Meena Khandelwal In Search of Best Practice for Postpartum Depression Screening: Is Once Enough? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol . 2016 Nov;206:99-104. Dostupno na : doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.08.030.
4. Hamid Mirhosseini , Seyed Ahmad Moosavipoor , Mohammad Ali Nazari, Ahmad Dehghan, Sara Mirhosseini, Reza Bidaki , Pouria Yazdian-Anari, Cognitive Behavioral Development in Children Following Maternal Postpartum Depression: A Review Article. Electron Physician . 2015 Dec 20;7(8):1673-9. Dostupno na doi: 10.19082/1673.
5. Ilana S. Hairston ,Jonathan E. Handelzalts ,Chen Assis ,Michal Kovo Postpartum bonding cifficulties and adult attachment styles: the mediatingrole of postpartum depression and childbirth-related PTSD27 February 2012 Dostupno na: <https://doi.org/10.1002/imhj.21695>

6. Francisca Pérez C, Paulina Brahm M Paternal Postpartum Depression: Why Is It Also Important? *Rev Chil Pediatr* . 2017;88(5):582-585. Dostupno na doi: 10.4067/S0370-41062017000500002
7. 1. Donna E. Stewart, MD, FRCPC E. Robertson, M.Phil, PhD Cindy-Lee Dennis, RN, PhD Sherry L. Grace, MA, PhD Tamara Wallington, MA, MD, FRCPC, Postpartum depression: Literature review of risk factors and University Health Network Women's Health Program 2003 (Internet) Dostupno na : [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/lit\\_review\\_postpartum\\_depression.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf?ua=1)
8. Gustavo Paranhos de Albuquerque Moraes, Laura Lorenzo, Gabriela Arruda Reinaux Pontes, Maria Cristina Montenegro, Amaury Cantilino. Screening and Diagnosing Postpartum Depression: When and How? *Trends Psychiatry Psychother* . Jan-Mar 2017;39(1):54-61. Dostupno na: doi: 10.1590/2237-6089-2016-0034
9. Ariela Frieder , Madeleine Fersh , Rachel Hainline , Kristina M Deligiannidis , Pharmacotherapy of Postpartum Depression: Current Approaches and Novel Drug Development *CNS Drug* 2019 Mar;33(3):265-282. Dostupno na doi: 10.1007/s40263-019-00605-7.
10. Andra Wilkinson, Seri Anderson, Stephanie B Wheeler, Screening for and Treating Postpartum Depression and Psychosis: A Cost-Effectiveness Analysis. *Matern Child Health J* . 2017 Apr;21(4):903-914. Dostupno na: doi: 10.1007/s10995-016-2192-9
11. Sandraluz Lara-Cinisomo, Kefu Zhu, Kexin Fei, Yumeng Bu, Alexandria P Weston, Uma Ravat, Traumatic Events: Exploring Associations With Maternal Depression, Infant Bonding, and Oxytocin *BMC Womens Health* . 2018 Feb 1;18(1):31. Dostupno na doi: 10.1186/s12905-018-0520-5