

ZNANJA I STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA O POSTPARTALNOJ DEPRESIJI

Mržljak, Kristina

Master's thesis / Diplomski rad

2023

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:184:793906>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-28**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA
PROMOCIJA I ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA

Kristina Mržljak

ZNANJA I STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA O
POSTPARTALNOJ DEPRESIJI: rad s istraživanjem

Diplomski rad

Rijeka, 2023.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF NURSING
PROMOTION AND PROTECTION OF MENTAL HEALTH

Kristina Mržljak

NURSES' KNOWLEDGE AND ATTITUDES ON POSTPARTUM
DEPRESSION: research
Master thesis

Rijeka, 2023.

Mentor rada: doc. dr. sc. Željko Jovanović, dr. med., mr. oec.

Rad ima 52 stranice, 20 slika, 2 tablice, 32 literarna navoda.

Diplomski rad obranjen je dana _____ na Fakultetu zdravstvenih studija

Sveučilišta u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. izv. prof.dr.sc. Bojan Miletić, dr. med.
2. doc. dr.sc Tatjana Čulina, dr. med.
3. doc. dr. sc. Željko Jovanović, dr. med., mr. oec.

Izješće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	SVEUČILIŠTE U RIJECI- FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA RIJEKA
Studij	SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO PROMICANJE I ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA
Vrsta studentskog rada	DIPLOMSKI RAD
Ime i prezime studenta	KRISTINA MRŽLJAK
JMBAG	03030786618

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	ZNANJA I STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA O POSTPARTALNOJ DEPRESIJI
Ime i prezime mentora	doc. dr. sc. Željko Jovanović, dr. med., mr. oec.
Datum predaje rada	20.06.2023
Identifikacijski br. podneska	2119643338
Datum provjere rada	03. 07. 2023.
Ime datoteke	Diplomski rad Kristina Mrzljak
Veličina datoteke	169.14 K
Broj znakova	65504
Broj riječi	11389
Broj stranica	58

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	14%
-----------------	-----

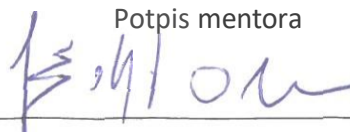
Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

03.07.2023

Potpis mentora



ZAHVALA

Zahvaljujem mentoru doc. dr. sc. Željku Jovanoviću, dr. med., mr. oec., na uputama, podršci i stručnim savjetima pri izradi ovoga diplomskog rada.

Zahvaljujem se članovima komisije koji su odvojili svoje vrijeme kako bi prisustvovali obrani mog diplomskog rada.

Zahvaljujem svojoj obitelji, djeci i suprugu na moralnoj podršci tijekom školovanja.

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
1.1. <i>Incidencija i simptomi PPD-a</i>	2
1.2. <i>Patofiziologija i čimbenici rizika za nastanak PPD-a</i>	2
1.3. <i>Procjena i liječenje PPD-a</i>	3
1.4. <i>Ishodi i komplikacije PPD-a</i>	4
1.5. <i>Znanje i stavovi</i>	6
1.6. <i>Utjecaj znanja i stavova medicinskih sestara i tehničara na skrb o ženama koje boluju od PPD-a</i>	7
2. CILJEVI I HIPOTEZE	10
3. MATERIJALI I METODE	11
3.1. <i>Ispitanici</i>	11
3.2. <i>Postupak i instrumentarij</i>	11
3.3. <i>Statistička obrada podataka</i>	12
3.4. <i>Etički aspekti istraživanja</i>	13
4. REZULTATI	14
4.1. <i>Sociodemografski i opći podaci</i>	14
4.1.1. <i>Dob ispitanika</i>	14
4.1.2. <i>Duljina radnog staža ispitanika</i>	15
4.1.3. <i>Razina obrazovanja ispitanika</i>	15
4.1.4. <i>Bračni status ispitanika</i>	16
4.1.5. <i>Mjesto rada ispitanika</i>	17
4.1.6. <i>Ispitanici – roditelji</i>	18
4.2. <i>Razina znanja ispitanika o PPD-u</i>	19
4.3. <i>Stavovi ispitanika o PPD-u</i>	25
4.4. <i>Ostali rezultati</i>	31

5. RASPRAVA	35
5.1. Znanje medicinskih sestara i tehničara	35
5.2. Stavovi medicinskih sestara i tehničara	37
5.3. Ostali rezultati	38
6. ZAKLJUČAK	39
7. LITERATURA	40
PRIVITAK A – Popis ilustracija	44
PRIVITAK B – Anketni upitnik „Znanja i stavovi medicinskih sestara i tehničara o postpartalnoj depresiji“	46
ŽIVOTOPIS	52

POPIS KRATICA

DSM-V – (eng. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, fifth edition*)

Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, peto izdanje

HHA osovina – osovina hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda

itd. – i tako dalje

npr. – na primjer

PPD – postpartalna depresija

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

tj. – to jest

SAŽETAK

CILJEVI ISTRAŽIVANJA: Istraživanje prikazano u ovom radu ispitivalo je znanje i stavove medicinskih sestara i tehničara u Hrvatskoj o postpartalnoj depresiji (PPD-u). Glavni cilj bio je utvrditi razinu znanja i ispitati povezanost znanja i stavova s razinom obrazovanja i duljinom trajanja radnog staža.

MATERIJALI I METODE: Sudjelovalo je 165 ispitanika, koji su ispunjavali anketni upitnik preko poveznice na različitim društvenim mrežama. Uzorak je prigodni.

REZULTATI: Dostatno znanje pokazalo je 90,3% ispitanika, koji su ostvarili najmanje 60% točnih odgovora na upitniku znanja ($\chi^2=63,8794$, $df=1$, $\chi^2_{gr}=3,843$, $p<0,05$). Nije utvrđena pozitivna povezanost između veće duljine trajanja radnog staža i veće razine znanja o PPD-u ($V\epsilon=0,0422$, $p<0,05$). Također nije utvrđena pozitivna povezanost između veće razine obrazovanja i veće razine znanja o PPD-u ($V\epsilon=0,046$, $p<0,05$). Utvrđena je statistički značajna povezanost između veće duljine trajanja radnog staža i pozitivnijih stavova o PPD-u ($V\epsilon=-0,158$, $p<0,05$). Nije utvrđena statistički značajna povezanost između veće razine obrazovanja i pozitivnijih stavova o PPD-u ($V\epsilon=0,053$, $p<0,05$).

ZAKLJUČAK: Medicinske sestre i tehničari pokazali su dostatnu razinu znanja i pozitivne stavove o postpartalnoj depresiji. Nije pronađena povezanost između razine znanja, razine obrazovanja i trajanja radnog staža. Također nije pronađen utjecaj razine obrazovanja na stavove ispitanika, ali je utvrđeno da ispitanici s duljim trajanjem radnog staža iskazuju pozitivnije stavove o postpartalnoj depresiji.

KLJUČNE RIJEČI:

medicinska sestra/tehničar, postpartalna depresija, stavovi, znanje

ABSTRACT

AIM OF THE RESEARCH: The research presented in this paper examines Croatian nurses' knowledge and attitudes about postpartum depression (PPD). To assess if nurses have sufficient knowledge level on postpartum depression and to examine the connection of knowledge and attitudes with the level of education and length of work experience.

MATERIALS AND METHODS: 165 participants filled out the questionnaire via a link on various social networks. The sample is convenient.

RESULTS: 90.3% of the respondents showed a sufficient level of knowledge because they achieved 60% or more correct answers on the knowledge questionnaire ($\chi^2=63,8794$, $df=1$, $\chi^2_{gr}=3,843$, $p<0,05$). No positive association was found between a longer length of work experience and a higher level of knowledge about PPD ($V\epsilon=0,0422$, $p<0,05$). There was also no positive association between a higher level of education and a higher level of knowledge about PPD ($V\epsilon=0,046$, $p<0,05$). A statistically significant relationship was found between longer length of service and more positive attitudes about PPD ($V\epsilon= -0.158$, $p<0.05$). No statistically significant association was found between a higher level of education and more positive attitudes about PPD ($V\epsilon=0.053$, $p<0.05$).

CONCLUSION: Participants showed a sufficient level of knowledge and positive attitudes about postpartum depression. However, no correlation was found between the level of knowledge, level of education and length of service. There was also no influence of the level of education on the respondents' attitudes, but longer length of service was associated with more positive attitudes towards postpartum depression.

KEY WORDS:

attitudes, knowledge, nurse, postpartum depression

1. UVOD

Postpartalna depresija (PPD) definira se kao pojava velike depresivne epizode u peripartalnom razdoblju i to ako simptomi poremećaja raspoloženja počnu tijekom trudnoće ili do četiri tjedna nakon poroda (1). Međutim, u kliničkoj praksi i istraživanjima smatra se da se PPD može pojaviti i do 12 mjeseci nakon poroda (2). PPD zahvaća 10-15% majki, a čimbenici rizika za njezin razvoj uključuju povijest pojave PPD-a u obitelji i/ili prijašnjim trudnoćama, prvu trudnoću, depresivne poremećaje tijekom trudnoće, maloljetnost majke, majke koje nemaju partnera i/ili nisu željele trudnoću, majke koje žive u urbanim sredinama te majke koje osjećaju nedostatnu emocionalnu potporu obitelji i/ili u obitelji postoji velika razina stresa (3),(4).

PPD je posljedica snažnog odgovora na hormonalnu neravnotežu nakon poroda, a može se očitovati nizom simptoma (npr. poremećaji spavanja, promjene raspoloženja, strah za dijete, preplavljujući osjećaj tuge, poteškoće u koncentraciji i svakodnevnim aktivnostima itd.) (5). Ovo stanje negativno može utjecati na međuobiteljske odnose te rast i razvoj djeteta do te mjere da postoji strah za sigurnost djeteta, zbog čega je liječenje PPD-a vrlo važno.

Bitnu ulogu u prepoznavanju i liječenju PPD-a imaju medicinske sestre i tehničari. Osim što najviše vremena provode s bolesnicima, njihova je uloga stjecati i prenositi znanja i vještine u prepoznavanju pojave ovog poremećaja kod žena te reagirati kako bi im se pružila potrebna pomoć. Medicinske sestre i tehničari na različitim radilištima (hitna pomoć, patronaža, bolnički odjeli, psihijatrijske bolnice, ambulante...) mogu doći u dodir sa ženama koje imaju PPD, stoga su njihova znanja i stavovi o ovom poremećaju bitan čimbenik u pružanju što kvalitetnije skrbi.

Neka od dosad provedenih istraživanja pokazala su da medicinske sestre i tehničari imaju zadovoljavajuću razinu znanja i pozitivne stavove prema ženama koje boluju od PPD-a. Međutim, to nije značajno utjecalo na primjenu znanja u procjeni i liječenju žena od PPD-a, najviše zbog nedostatka vremena, manjka kadra i osjećaja nedostatne količine znanja i vještina u procjeni i liječenju PPD-a (6–8). Pokazalo se da duljina radnog staža i viši stupanj obrazovanja pozitivno utječu na znanja, stavove i spremnost na procjenu PPD-a (9).

S obzirom na ulogu medicinskih sestara i tehničara u prepoznavanju i liječenju PPD-a, tema i glavni cilj ovog rada bilo je istraživanje njihovih znanja i stavova o PPD-u. Također je ispitan utjecaj duljine trajanja radnog staža te stupnja obrazovanja ispitanika na njihova znanja i stavove o PPD-u. Rezultati ovog istraživanja mogu poslužiti kao putokaz za daljnja istraživanja na većem broju medicinskih sestara i tehničara koji rade na različitim radilištima.

Na taj bi način bilo moguće izraditi smjernice ili organizirati edukacije pomoću kojih će se što većem broju žena na vrijeme moći prepoznati PPD i pružiti što kvalitetnija skrb za dobrobit djeteta, majke i obitelji.

1.1. Incidencija i simptomi PPD-a

Trudnoća i porod veliki su događaji u životu žene, tijekom kojih prolazi kroz mnoge hormonske, fizičke, emocionalne i psihološke promjene. Kao posljedica može doći do razvoja poremećaja raspoloženja tijekom trudnoće ili nakon poroda, a jedan od tih poremećaja je i PPD. Postpartalna depresija jedna je od najčešćih komplikacija poroda, čija se incidencija procjenjuje na 10-15% (3). Također se pojavljuju podaci da je incidencija PPD-a 12,29% (jedna na sedam žena); 0,5%-60% te 5%-60,8% (10–12).

PPD smatra se psihičkim poremećajem koji može nastupiti u bilo kojem trenutku trudnoće, iako se najčešće pojavljuje 4-6 tjedana nakon poroda (a može se pojaviti i do godinu dana nakon poroda) (11). Prema DSM-V kategorizaciji (eng. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, peto izdanje), za postavljanje dijagnoze PPD-a simptomi trebaju biti prisutni većinu dana, gotovo svaki dan ili najmanje dva tjedna te treba biti vidljiv njihov utjecaj na opadanje funkcioniranja u socijalnom, obiteljskom ili radnom okruženju (13). Također treba biti prisutno barem pet od sljedećih simptoma: depresivno raspoloženje, nedostatak zadovoljstva ili zainteresiranosti, poteškoće sa spavanjem, gubitak tjelesne mase i manjak apetita, nedostatak energije, uzrujanost ili ravnodušnost, osjećaj bezvrijednosti ili neopravdan osjećaj krivnje, smanjena koncentracija, neodlučnost, učestale misli o smrti ili suicidu (13,14). Ovisno o intenzitetu i količini prisutnih simptoma te majčine sposobnosti da normalno funkcionira, depresivne epizode klasificiraju se kao blage, umjerene ili ozbiljne (12).

Simptome PPD-a treba razdvojiti od postpartalne tuge (eng. *baby blues*), koja se odnosi na promjene raspoloženja, razdražljivost, plačljivost, iritabilnost itd. Međutim, ona spontano prolazi, ne zahtijeva liječenje i traje 1-2 tjedna nakon poroda (15). Također se uz PPD mogu pojaviti dodatni komorbiditeti poput anksioznosti, opsesivno-kompulzivnih misli, napadaja panike itd. (14).

1.2. Patofiziologija i čimbenici rizika za nastanak PPD-a

Još uvijek nije poznat uzrok i točan mehanizam nastanka PPD-a. Djelomično se poremećaj povezuje s promjenama u biološkim i endokrinim sustavima, poput imunološkog

sustava, osovine hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda (HHA osovina) i laktogenih hormona (12). Pouzdano se zna da HHA osovina sudjeluje u nastanku PPD-a na način da uslijed njezine disfunkcije dolazi do oslobađanja kortizola (hormona stresa) bez da se oslobodi dostatna količina katekolamina, pa je odgovor na stres loš. Hormoni HHA osovine povišeni su tijekom trudnoće, i do 12 tjedana nakon poroda (12). Smatra se da PPD mogu potaknuti brze promjene u razinama estradiola i progesterona nakon poroda. Također se nastanak PPD-a povezuje s hormonima prolaktinom (uočljiv je istovremeni nastup PPD-a i nemogućnosti dojenja) i oksitocinom (niže razine oksitocina u trećem trimestru povezane su s povećanom pojavom depresivnih simptoma tijekom trudnoće i nakon poroda) (12).

Osim patofizioloških promjena, zna se da i određeni čimbenici rizika pripomažu razvoju PPD-a kod žena, a navode se u nastavku:

- Psihološki čimbenici: pozitivna anamneza na anksioznost i depresiju prije trudnoće; neželjena trudnoća; pozitivna anamneza seksualnog zlostavljanja u prošlosti; bračni konflikti; nisko samopuzdanje u kombinaciji s razinom stresa kod roditelja,
- Čimbenici vezani uz trudnoću i porod: rizična trudnoća; način poroda (carski rez ili instrumentalna asistencija); postpartalne komplikacije (npr. prolaps pupkovine ili krvarenje); nesrazmjer majčinih očekivanja i događaja u trudnoći (npr. porod carskim rezom umjesto planiranim prirodnim putem); majke novorođenčadi ili nedonoščadi porođiljne mase <1500 g (rizik je 4-18 puta veći),
- Biološki čimbenici: mlađa dob majke (pogotovo dob od 13 do 19 godina); poviše navedene imunološke i endokrinološke promjene; metabolizam glukoze (povišene razine glukoze u krvi prije trudnoće i gestacijski dijabetes povećavaju rizik),
- Socijalni čimbenici: nedostatak socijalne podrške; izloženost obiteljskom nasilju; pušenje (povećava rizik 1.7 puta); nepovoljan socioekonomski status i nezaposlenost,
- Stil života: neravnomjerna i siromašna prehrana; manjak fizičke aktivnosti; nesanica ili loš obrazac spavanja; manjak vitamina B6 (10,12,16–18).

1.3. Procjena i liječenje PPD-a

Za postavljanje dijagnoze PPD-a potrebno je ustanoviti povijesti bolesti, prisutnost, intezitet, količinu i trajanje simptoma, utvrditi koju terapiju žena redovno uzima te njene navike (npr. pušenje, konzumacija alkohola ili droga itd.). Optimalno vrijeme za procjenu jest 2-6 mjeseci nakon poroda, a najčešće se kao alat koristi Edinburška skala postnatalne depresije

(eng. *Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS*) (12). Skala se sastoji od 10 čestica, a ukupan rezultat koji je jednak ili veći od 13 ukazuje na povećan rizik od razvoja PPD-a. Ovaj je alat pogodan kao osnova za daljnju obradu jer se njime utvrđuje samo postojanje rizika, a daljnjom obradom ustanovljuje se dijagnoza PPD-a kod žena.

Ako je procjenom utvrđeno postojanje PPD-a kod žene, potrebno je započeti s liječenjem, u koje trebaju biti uključeni i drugi članovi obitelji, pogotovo suprug/partner. Liječenje je usmjereno na akutnu fazu i fazu održavanja. Liječenje u akutnoj fazi obično traje 8-12 tjedana, a u fazi održavanja 6-24 mjeseca ili po potrebi dulje (14). Svrha liječenja u akutnoj fazi je postizanje značajnog smanjenja simptoma i prevencija razvoja velike depresivne epizode, dok se fazom održavanja želi spriječiti ponovna pojava simptoma i postići onakvo funkcioniranje i kvaliteta života kakva je bila prije razvoja PPD-a.

Najučinkovitijim metodama liječenja pokazale su se psihoterapija, farmakoterapija te psihosocijalne intervencije (12,14). Za blaže oblike PPD-a preferiraju se psihoterapija i psihosocijalne intervencije (pogotovo ako žena doji), dok se za umjereno ozbiljne i ozbiljne oblike s navedenim metodama kombinira farmakoterapija (prvi izbor su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina) (12). Od psihoterapijskih intervencija učinkovitima su se pokazale kognitivno-bihevioralna, psihodinamska te interpersonalna terapija (14). Kao dodatne intervencije spominju se usvajanje različitih vještina (npr. aktivnog slušanja, komunikacijskih vještina, autogenog treninga, vještina rješavanja problema, relaksacije itd.) i mnoge nefarmakološke intervencije (npr. akupunktura, izmjena u načinu prehrane, vježbanje, masaža itd.), ali je potrebno još dokaza koji bi pokazali učinkovitost navedenih intervencija u liječenju PPD-a (14,19).

1.4. Ishodi i komplikacije PPD-a

Najočitiji utjecaj PPD-a vidljiv je kod majki. Nakon uspješnog procesa liječenja ostaju ranjivije i 300 puta sklonije ponovnom razvoju PPD-a u sljedećim trudnoćama, a 63% žena sklone su relapsu depresivnih epizoda 11-12 godina nakon što su imale PPD (20). Zbog prirode bolesti, velik je rizik od socijalne izolacije i poteškoća u međuljudskim odnosima. Vidljive su i poteškoće u bračnim odnosima, pa se odnos opisuje hladnim, otežanim i udaljenim, a problem mogu biti nedostatak intimnosti, učestale svađe, izostanak podrške između partnera te na kraju raskid odnosa (11). Žene se smatraju nedovoljno kompetentnima da bi ispunile roditeljsku

ulogu, a gotovo polovica tijekom PPD-a iskusi intruzivne misli o suicidu ili čedomorstvu, iako se te misli, na sreću, rijetko ostvare (20).

Očevi također mogu razviti PPD u 5-10% slučajeva, ali se PPD kod njih razvija kasnije i postepenije nego kod majki (20). Također, očevi su mnogo manje skloni reagirati i potražiti pomoć za poteškoće u mentalnom zdravlju, što ih čini izloženijima stresu tijekom peripartalnog razdoblja. Uz slične simptome kao kod majki, očevi navode poteškoće u bračnom odnosu, osjećaj izolacije, umora i frustracije te nedovoljno kvalitetne i dobre interakcije s djetetom.

Utjecaj majčinog PPD-a na dijete velik je i značajan. U prvim mjesecima života može se odraziti na smanjeno povećanje tjelesne mase i duljine djeteta, no trend se ne nastavlja u narednim mjesecima i većinom je uočen u slabije razvijenim zemljama (11,20). Majčin PPD povezuje se s većom boležljivošću djeteta u djetinjstvu, jačim intenzitetom simptoma dojenačkih kolika, poteškoćama u spavanju te većim rizikom od dojenačkog mortaliteta (20). Spominje se i negativan utjecaj majčina PPD-a na motorički razvoj djeteta, koji se najviše odražava na grubu motoriku u dobi od 12 mjeseci, a na finu u dobi od 18 mjeseci (20). Kognitivni razvoj bez dvojbe je pod utjecajem majčina PPD-a, a očituje se kašnjenjem djetetova kognitivnog razvoja i poteškoćama u učenju i usvajanju zadataka, pogotovo kod dječaka. Također se negativan utjecaj vidi i u razvoju govorno-jezičnih vještina – značajno su lošije jezične vještine u dobi od 36 mjeseci te siromašniji vokabular u dobi od pet godina (11,20). Pod utjecajem je i socijalni razvoj djeteta, najviše zbog smanjene kvalitete života u kućnom okruženju uslijed majčinog PPD-a. Vidljiv je značajan utjecaj PPD-a majke na ponašanje djeteta – povećan je udio problema u ponašanju, dijete razvija izazovan temperament, prisutan je nezreo obrazac bihevioralne kontrole, a u predškolskoj dobi (naročito kod dječaka) može doći do izraženog antisocijalnog ponašanja, razvoja agresije ili hiperaktivnosti (11,20). Značajan utjecaj na probleme u ponašanju kod djece ima i očevo PPD, a povezuje se s eksternalizirajućim problemima (npr. agresija i hiperaktivnost).

Posebna kategorija na koju PPD ima utjecaj su odnosi između majke ili oca i djeteta. PPD negativno utječe na privrženost majke djetetu u prvoj godini života, ali može imati i dalekosežniji utjecaj. Poteškoće u majčinoj privrženosti djetetu očituju se kroz manje bliskosti, topline i senzitivnosti prema djetetu, negativniju igru te usporenu i manje bogatu komunikaciju s djetetom (11,20). Majke zbog PPD-a subjektivno osjećaju nesigurnost u roditeljske kompetencije te može doći do pretjeranog kritičizma prema djetetu, smanjene tolerancije na djetetova ponašanja i odgojnog stila koji uključuje kažnjavanje djeteta.

PPD utječe i na privrženost djeteta prema majci na način da se najčešće formira nesigurna privrženost, koja kroz cijelo djetinjstvo i u odrasloj dobi može negativno utjecati na sve odnose s drugim ljudima, pogotovo na emocionalni i intelektualni razvoj djeteta. Također, manje ispitivan, ali važan, je i utjecaj očeva PPD-a na privrženost djetetu. On se najviše vidi u kvaliteti odnosa između oca i djeteta. Depresivni očevi manje vremena provode s djetetom, pokazuju manje očinske topline i više potrebe za psihološkom kontrolom te značajno manje sudjeluju u izgradnji govorno-jezičnih vještina djeteta u usporedbi s očevima koji nisu patili od PPD-a (20).

1.5. Znanje i stavovi

Do danas ne postoji općeprihvaćena definicija znanja, no najlakše se može objasniti kao sposobnost korištenja podataka i informacija u rješavanju složenih problema, prilagođavanju promjenama ili savladavanju nepoznatog (21). Svi ljudi znanje stječu iskustvom, formalnim i neformalnim obrazovanjem, pa tako i medicinske sestre i tehničari. Znanje je najvažniji kapital današnjeg vremena te motor koji pokreće rast i razvoj individue i društva (22). Medicinske sestre i tehničare nedostatna razina znanja može dovesti do pogrešne procjene i (ne)prepoznavanja određenih stanja kod bolesnika, pa je zbog toga važno cjeloživotno obrazovanje i učenje te korištenje znanja i vještina utemeljenih na dokazima.

Najjednostavnije rečeno, stav je način na koji osoba procjenjuje objekt misli (23). Stavovi nisu urođeni, mogu se odnositi na bilo koje osobe, stvari, pojave ili pojmove, a mogu se i mijenjati ovisno o kontekstu, novim informacijama, znanjima ili iskustvima koje osoba stječe. Stavovi služe kako bi se pojedinac bolje snašao u socijalnom okruženju i čine ih tri komponente – kognitivna (što se misli o objektu stava), emocionalna (što se osjeća prema objektu stava) i konativna (kako se ponaša prema objektu stava) (23). Proučavanje stavova medicinskih sestara i tehničara važno je zato što oni djeluju na mišljenje, pamćenje, emocije, opažanja i postupke. Stoga njihovi stavovi mogu ukazati na spremnost za procjenu i skrb za žene s PPD-om, a mogu i ukazati na potrebu za dodatnim obrazovanjem i informiranjem kako bi se proširilo znanje i utjecalo na pozitivne promjene stavova.

1.6. Utjecaj znanja i stavova medicinskih sestara i tehničara na skrb o ženama koje boluju od PPD-a

Znanja i stavovi medicinskih sestara i tehničara o PPD-u mogu pomoći da se napravi dobra procjena stanja žene, rano prepoznaju simptomi i započne s liječenjem te izbjegnu negativni ishodi i komplikacije PPD-a.

Istraživanje na 108 malezijskih medicinskih sestara i tehničara pokazuje da je 80,56% ispitanika prošlo neki oblik edukacije o PPD-u (24). U prosjeku su ispitanici pokazali dostatnu razinu znanja, a više od polovice ispitanika (55,6%) imalo je 70,83% ili više točnih odgovora. Najslabijim točkama pokazali su se znanje o liječenju PPD-a te općim informacijama (npr. definicija postpartalne tuge, podaci o PPD-u kod očeva). Statistička analiza pokazala je da razina znanja kod ispitanika nije bila značajno povezana s načinom pružanja sestrinske skrbi ili procjenom postojanja rizika od PPD-a kod žena, ali se taj jaz između teorije i prakse nije uspio objasniti. Interesantno je da nitko od ispitanika nije imao vlastita iskustva s PPD-om, a samo četvero ispitanika navelo je pojavu PPD-a u obitelji.

Istraživanje u Australiji na 815 medicinskih sestara i tehničara te primalja također je pokazalo da ispitanici imaju dostatnu količinu znanja o PPD-u. Prosječan udio točnih odgovora iznosio je 62,9% iz područja prenatalne depresije te 70,7% iz područja postpartalne depresije (25). U ovom istraživanju pokazalo se da ispitanici potcjenjuju učestalost pojave PPD-a kod žena, smatrajući u 72,2% slučajeva da se ona rijetko događa. Kao u Maleziji, i u Australiji ispitanici pokazuju slabija znanja iz područja liječenja i procjene PPD-a. Takvi su rezultati objašnjeni na način da ispitanici nisu direktno zaduženi za procjenu i liječenje te to ne smatraju svojom odgovornošću. U ovom istraživanju pokazalo se da ispitanici s većom razinom obrazovanja pokazuju veću razinu znanja o PPD-u. Međutim, to nije utjecalo na razinu znanja o procjeni i liječenju PPD-a, koju su ispitanici uglavnom stekli kroz radno iskustvo ili samoinicijativnu edukaciju (kroz knjige ili časopise).

Istraživanje provedeno u Irskoj ispitivalo je znanja i stavove 157 primalja o svim perinatalnim mentalnim poremećajima (26). Pokazalo se da ispitanici imaju dostatnu količinu znanja, ali i ovdje samo 17,8% ispitanika smatra da su dovoljno kompetentni za pružanje potpune skrbi ženama koje pate od perinatalnih mentalnih poremećaja. Osobitost ovog istraživanja je u tome što se pokazalo da većina ispitanika ima pozitivne stavove o perinatalnim mentalnim poremećajima. Međutim, njih 65% iskazuje da bi oklijevali u otkrivanju vlastite dijagnoze mentalnog poremećaja obitelji i prijateljima, što pokazuje da se i kod zdravstvenih

djelatnika, unatoč dostatnom znanju, zadržala stigma vezana uz probleme u mentalnom zdravlju.

Istraživanje u Sloveniji otvorenim pitanjima ispitivalo je znanja i mišljenje 10 medicinskih sestara o PPD-u (27). Pokazalo se da u ovom uzorku nije bila dostatna količina znanja iz područja prepoznavanja simptoma, čimbenika rizika i razlikovanja PPD-a od drugih perinatalnih poremećaja, pogotovo postpartalne tuge. Interesantno je da nijedan ispitanik ne smatra da bi se žene koje pate od PPD-a trebale liječiti na psihijatrijskom odjelu, a procjenu i liječenje PPD-a smatraju poslom liječnika, kao u Australiji. Vrijedi spomenuti da je u ovom ispitivanju uzorak jako malen i korišten je otvoreni (opisni) tip pitanja.

Istraživanje u Turskoj ispitivalo je znanje 136 medicinskih sestara, tehničara i primalja o PPD-u (8). Ispitanici u ovom istraživanju pokazali su najvišu razinu znanja, a prosječan udio točnih odgovora iznosio je 77,53%. Nije bilo statistički značajne razlike u razini znanja između medicinskih sestara/tehničara i primalja, jedino su primalje ulogu u prevenciji PPD-a procijenile puno značajnijom od medicinskih sestara i tehničara. To je objašnjeno na način da primalje kroz praksu i formalno obrazovanje imaju više doticaja i obrazovanja o PPD-u od medicinskih sestara i tehničara. Interesantno je da su ispitanici više stručne spreme pokazali značajno višu razinu znanja od ispitanika sa srednjom ili visokom stručnom spremom. Također, na poljima ranog otkrivanja, liječenja i uloge zdravstvenih djelatnika u prevenciji PPD-a značajno bolje rezultate ostvarili su ispitanici koji su tijekom karijere pohađali edukaciju iz područja PPD-a, a to upućuje na važnost kontinuiranog obrazovanja zdravstvenih djelatnika.

Istraživanje provedeno u Izraelu ispitivalo je odnos znanja i stavova na spremnost medicinskih sestara i tehničara da procijene i odluče se na intervenciju kod žena koje pate od PPD-a (9). Sudjelovalo je 219 medicinskih sestara i tehničara koji su zaposleni u klinikama za skrb o majci i djetetu. Pokazalo se da većina ispitanika ima prosječnu (65,4%) i visoku (30,8%) razinu znanja o PPD-u. Međutim, stavovi su najviše utjecali na spremnost ispitanika da procijene i odluče se za intervenciju kada kod žena uoče PPD, na drugom mjestu bilo je znanje, a na trećem treninzi i edukacije o PPD-u. Stavovi su bili najviše povezani sa spremnošću ispitanika da interveniraju, a kombinacija znanja i stavova sa spremnošću ispitanika da žene upute na daljnju obradu. Interesantno je da su mlađi ispitanici pokazali veliku korist od neformalnih treninga (najviše kroz rad s drugim kolegama i izravan, tj. „*hands-on*“ pristup), a za iskusnije je ispitanike formalno znanje imalo važniju ulogu u spremnosti za procjenu i intervenciju.

Utjecajem znanja i stavova na prepoznavanje i skrb za žene koje pate od PPD-a bavilo se i jedno tajlandsko istraživanje (28). Autori istraživanja napravili su program koji uključuje teoretski i praktični dio o prepoznavanju i skrbi za žene koje pate od PPD-a. Program se bazirao na smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) i tajlandskim smjernicama, a uključivao je rad na znanju i pozitivnoj promjeni stavova, razmjenu iskustava sa stručnjacima, praksu na terenu te vježbanje samoučinkovitosti u procjeni i skrbi za žene. Sudjelovalo je 33 ispitanika, a znanje, stavovi i samoučinkovitost procjenjivani su prije početka programa, nakon teoretskog dijela te nakon praktičnog dijela programa. Znanje je statistički značajno poraslo nakon teoretskog dijela u odnosu na početak, a zadržalo je približno jednaku vrijednost i nakon praktičnog dijela. Samoučinkovitost je bila na istoj razini na početku i nakon teoretskog dijela, dok je nakon praktičnog dijela porasla. Stavovi o prepoznavanju i skrbi za žene koje pate od PPD-a najviše su se promijenili – bili su značajno pozitivniji nakon teoretskog dijela u odnosu na početak istraživanja te nakon praktičnog dijela u odnosu na rezultat nakon teoretskog dijela. Ovo istraživanje potvrdilo je da dodatna izobrazba medicinskih sestara i tehničara pozitivno utječe na proširenje znanja i promjenu stavova tako da se poveća njihova spremnost na procjenu i skrb za žene koje pate od PPD-a. Nedostatak ovog istraživanja su malen uzorak ispitanika te ispitivanje znanja i stavova netom nakon završene edukacije, što može umanjiti vrijednost dobivenih učinaka programa na znanje i stavove ispitanika.

Iz ovog potpoglavlja može se vidjeti da znanja i stavovi medicinskih sestara i tehničara itekako utječu na prepoznavanje, procjenu, menadžment i skrb za žene koje pate od PPD-a. Vrijedi spomenuti da se većina istraživanja bavila znanjem i stavovima medicinskih sestara, tehničara i primalja čiji posao svakodnevno zahtijeva spremnost na prepoznavanje, procjenu i liječenje PPD-a. Rijetka istraživanja uključivala su medicinske sestare i tehničare koji rade na radilištima poput hitne službe, jedinica intenzivnog liječenja ili bolničkih odjela. Zbog toga su u ovom istraživanju bile uključene sve medicinske sestre i tehničare, neovisno o radilištu, jer se svi tijekom rada mogu susresti sa ženama koje pate od PPD-a te trebaju imati dostatno znanje i stavove kako bi pružili adekvatnu zdravstvenu skrb.

2. CILJEVI I HIPOTEZE

Glavni cilj ovog rada bio je ispitati znanja i stavove medicinskih sestara i tehničara o PPD-u. Uz glavni, moguće je definirati i nekoliko specifičnih ciljeva te njima pripadajućih hipoteza:

C1: Ispitati razinu znanja ispitanika o PPD-u.

H1: Više od polovice ispitanika ima nedostatnu razinu znanja o PPD-u.

C2: Ispitati povezanost između duljine trajanja radnog staža i razine znanja ispitanika o PPD-u.

H2: Postoji pozitivna povezanost između veće duljine trajanja radnog staža ispitanika i veće razine znanja o PPD-u.

C3: Ispitati povezanost između duljine trajanja radnog staža i stavova ispitanika o PPD-u.

H3: Postoji pozitivna povezanost između veće duljine trajanja radnog staža ispitanika i pozitivnijih stavova o PPD-u.

C4: Ispitati povezanost između razine obrazovanja i razine znanja ispitanika o PPD-u.

H4: Postoji pozitivna povezanost između više razine obrazovanja ispitanika i veće razine znanja o PPD-u

C5: Ispitati povezanost između razine obrazovanja i stavova ispitanika o PPD-u.

H5: Postoji pozitivna povezanost između više razine obrazovanja ispitanika i veće razine znanja o PPD-u.

3. MATERIJALI I METODE

3.1. Ispitanici

U ovom istraživanju sudjelovali su medicinske sestre i tehničari koji rade u sestrinskoj struci diljem Hrvatske. U istraživanje je uključeno 165 medicinskih sestara i tehničara. Potrebno je naglasiti da se u istraživanje planiralo uključiti najmanje 200 ispitanika, no zbog slabijeg odaziva i nepotpuno ispunjenih obrazaca konačan broj ispitanika je 165. Korišten je prigodni uzorak, a aktivnosti vezane uz anketni upitnik provedene su kroz travanj i svibanj 2023. godine.

3.2. Postupak i instrumentarij

Za potrebe ovog istraživanja izrađen je anketni upitnik (Privitak A) preko platforme Google obrasci. Nakon toga, ispitanici su digitalnim putem i anonimno ispunjavali anketni upitnik, a na način da su se poveznice dijelile preko društvenih mreža (Meta, WhatsApp, Viber, Instagram). Metodom snježne grude nastojao se prikupiti što veći broj ispitanika.

Ispunjavanje upitnika trajalo je 10-ak minuta, a sudjelovanje je bilo anonimno i dobrovoljno te je u bilo kojem trenutku bilo moguće odustati od ispunjavanja upitnika. Na kvalitetu prikupljanja podataka moglo je utjecati postojanje nedoumica ili nejasnoća ispitanika vezanih uz istraživanje ili anketni upitnik, pa je jasno istaknuta e-mail adresa na kojoj se mogu dobiti odgovori na eventualne nejasnoće.

Za potrebe istraživanja korišten je anketni upitnik namijenjen procjeni znanja i stavova medicinskih sestara/tehničara o PPD-u. U prvom dijelu upitnika ispitanici upisuju sociodemografske podatke kao što su duljina trajanja radnog staža, razina obrazovanja, dob, spol, radno mjesto, bračni status, status roditeljstva i koliko je vremena proteklo od posljednjeg poroda (ako su ispitanici roditelji).

Za drugi i treći dio upitnika, koji ispituju razinu znanja i stavove ispitanika o postpartalnoj depresiji, korištene su skale iz portugalskog istraživanja o znanju i stavovima opće populacije o PPD-u, koje je prevela, prilagodila i u svom radu koristila Banovac kako bi ispitala znanja i stavove javnosti o PPD-u (29). Zbog toga se drugi dio upitnika sastojao od 15 izjavnih čestica kojima se ispitivala razina znanja ispitanika o PPD-u, a na izjavne čestice mogli su se ponuditi odgovori „točno“, „netočno“ ili „ne znam“. Treći dio upitnika sastojao se od 17 izjavnih čestica kojima se ispitivao stupanj slaganja ispitanika s navedenim stavovima o PPD-u. Za bodovanje čestica korištena je Likertova ljestvica slaganja u 5 razina: 1 – U potpunosti se

ne slažem; 2 – Uglavnom se ne slažem; 3 – Niti se slažem niti ne slažem, 4 – Uglavnom se slažem i 5 – U potpunosti se slažem.

Anketa završava pitanjima o tome jesu li ispitanici osobno doživjeli PPD, poznaju li nekoga tko je doživio PPD te u kojem se stupnju slažu s izjavom o tome koliko bi kampanja o PPD-u u Hrvatskoj bila korisna (odgovor se iskazuje Likertovom ljestvicom slaganja u 5 razina, kao u trećem dijelu upitnika).

3.3. Statistička obrada podataka

U obradi podataka korištene su dvije zavisne varijable, znanje i stavovi, u odnosu na dvije nezavisne varijable, duljina radnog staža i razina obrazovanja. Sve četiri varijable izražene su na nominalnoj skali, iako pripadaju omjernim ili intervalnim skalama.

Varijabla znanje formirana je iz Upitnika znanja. Upitnik ima 15 pitanja. Svaki točan odgovor nosi po 1 bod, a netočan ili „Ne znam“ odgovor 0 bodova. Dostatno znanje ima onaj ispitanik koji ima najmanje 9 (60%) bodova. Varijabla znanje može poprimiti vrijednost Dostatno ili Nedostatno znanje. Varijabla znanje za test izražena je u nominalnoj ljestvici, a opisana je frekvencijama i postocima. Varijabla znanje javlja se u tri hipoteze (H1, H2 i H4).

Varijabla znanje, osim navedenog, koristit će se kao intervalna mjerna ljestvica radi dobivanja deskriptivnih podataka – aritmetičke sredine i medijana. Na temelju dobivenih deskriptivnih podataka uspoređen je uspjeh na testu znanja ANOVA alatom u odnosu na nezavisne varijable.

Varijabla stavovi formirana je iz Upitnika o stupnju slaganja ispitanika s iznesenim stavovima. Upitnik ima 17 čestica. Za svaku česticu moguće je dodijeliti 1, 2, 3, 4 ili 5 bodova. Minimalna vrijednost prikupljenih bodova je 17, a maksimalna 85. Varijabla stavovi ima tri moguće vrijednosti: „Negativni“ (od 17 do 42 boda), „Neutralni“ (43-59 bodova) i „Pozitivni“ (60-85 bodova) stav. Varijabla stavovi izražena je u nominalnoj ljestvici, a opisana je frekvencijama i postocima. Javlja se u dvije hipoteze (H3 i H5).

Varijabla radni staž ima 4 razine: A, B, C i D. Varijabla radni staž za test izražena je u nominalnoj ljestvici, a opisana je frekvencijama i postocima. Javlja se u dvije hipoteze (H2 i H3).

Varijabla razina obrazovanja ima 4 razine: A, B, C, D. Varijabla razina obrazovanja izražena je u nominalnoj ljestvici, a opisana je frekvencijama i postocima. Javlja se u dvije hipoteze (H4 i H5).

Za testiranje svih pet hipoteza planirano je korištenje hi-kvadrat testa na razini značajnosti $p < 0,05$. Hi-kvadrat test izabran je jer se radi o frekvencijama odgovora. Temeljem

rezultata testa, prihvatiti će se ili odbaciti postavljena hipoteza. Za statističku obradu podataka korišten je program TIBCO Statistica 14.0 (2020.) proizvođača TIBCO Software Inc.

3.4. Etički aspekti istraživanja

U uvodnom dijelu anketnog upitnika objašnjena je svrha ispitivanja, a jasno je istaknuto da je istraživanje anonimno, dobrovoljno i da ispitanik u bilo kojem trenutku može odustati od ispunjavanja upitnika, te da će podaci biti korišteni za izradu diplomskog rada i popratnih kongresnih priopćenja i stručnih članaka.

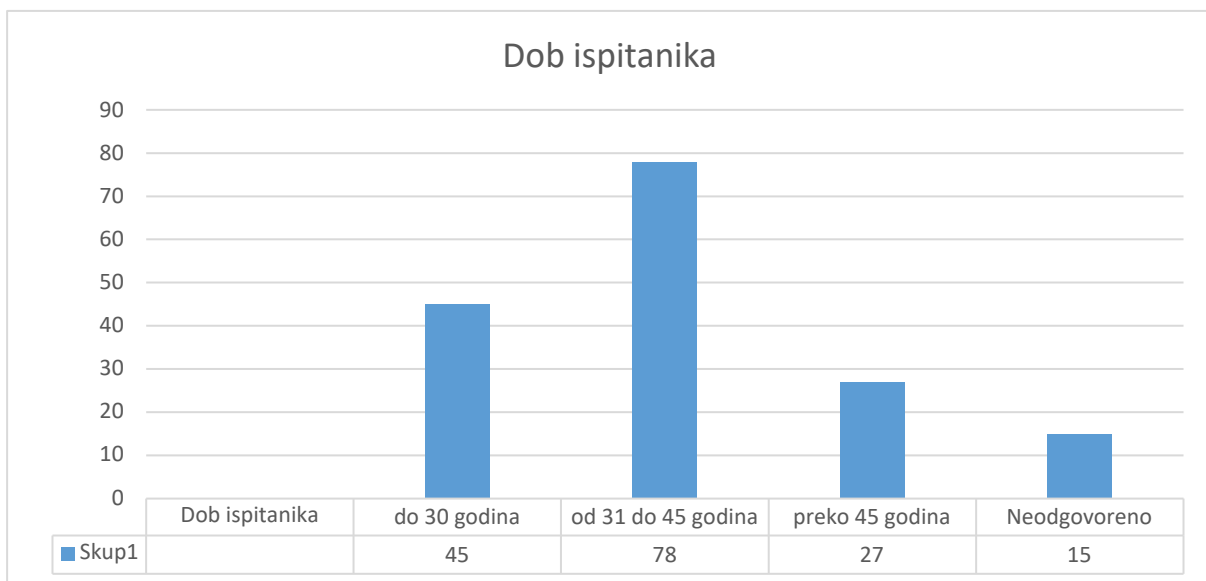
4. REZULTATI

4.1. Sociodemografski i opći podaci

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 165 ispitanika, od čega 11 medicinskih tehničara i 154 medicinske sestre. S obzirom na to da je udio medicinskih tehničara zanemariv u odnosu na medicinske sestre, nije provedena analiza po ovoj varijabli.

4.1.1. Dob ispitanika

Dob ispitanika podijeljena je u tri kategorije: ispitanici u dobi do 30 godina; ispitanici u dobi od 31 do 45 godina i ispitanici stariji od 45 godina. Potrebno je napomenuti da se 15 (10%) ispitanika nije izjasnilo o svojoj dobi. Podaci o dobi ispitanika prikazani su na slici 1.

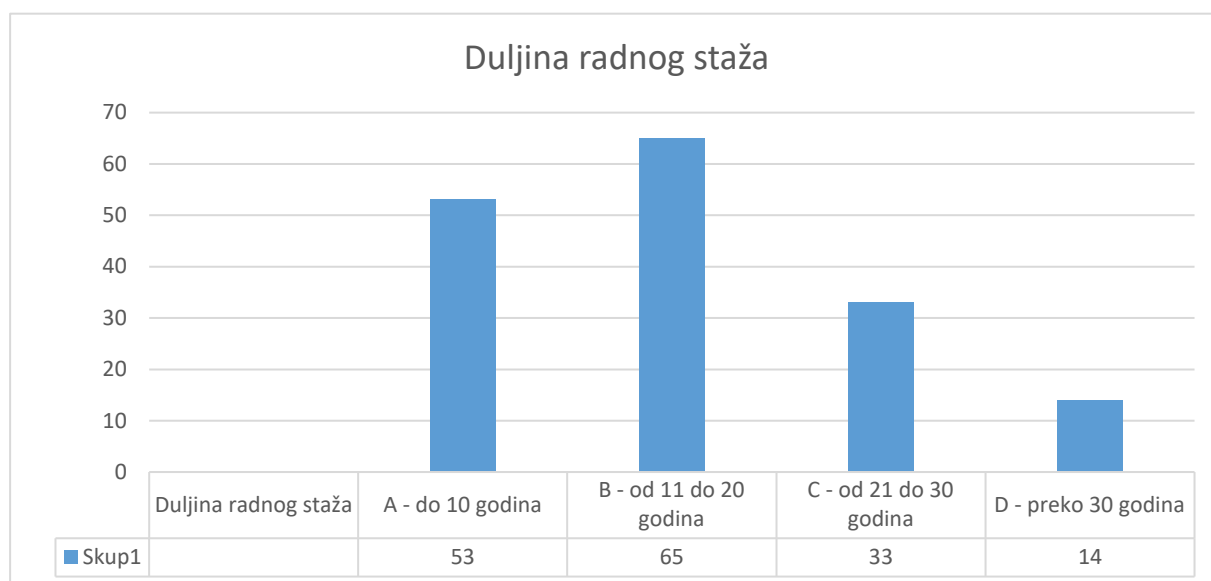


Slika 1. Prikaz strukture ispitanika u odnosu na dob

Najviše je ispitanika u dobi od 31 do 45 godina, njih 78 (52%, SD= 3,76). Nešto manje od trećine (30%, SD=2,68), odnosno njih 45 je mlađe, dok ih je 27 (18%, SD=3,91) starije. S obzirom na preferencije mlađih ispitanika prema društvenim mrežama, moglo bi se reći da su rezultati prikazane dobne strukture očekivani.

4.1.2. Duljina radnog staža ispitanika

Sljedeća varijabla po kojoj su analizirani ispitanici, a koja predstavlja jednu od varijabli za testiranje pojedinih hipoteza, je duljina radnog staža. Ispitanici su podijeljeni u četiri kategorije: A (do 10 godina), B (od 11 do 20 godina), C (od 21 do 30 godina) i D (preko 30 godina). Varijabla radni staž izražena je u nominalnoj ljestvici, a opisana je frekvencijama i postocima te prikazana na slici 2.



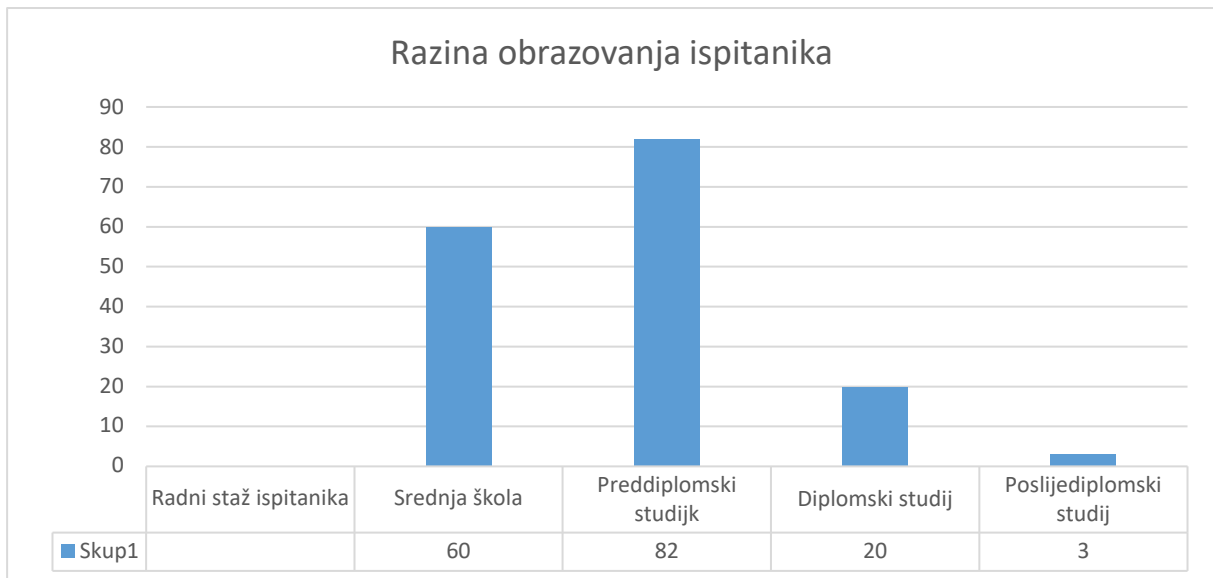
Slika 2. Prikaz strukture ispitanika u odnosu na duljinu radnog staža

Najviše je ispitanika s radnim stažom od 11 do 20 godina, a najmanje onih s preko 30 godina. To predstavlja manji izazov jer je ispitanika s najvišom duljinom staža najmanje, a poželjno je da su grupe približno iste. Stoga su se kod analize ispitanici grupa C i D spojili i tada brojnost ispitanika po grupama nije bila statistički značajno različita (hi-kvadrat test; hi-kvadrat vrijednost=1,4978, uz graničnu frekvenciju=5,99 i $p=0,05$).

4.1.3. Razina obrazovanja ispitanika

Sljedeći aspekt u analizi bila je razina obrazovanja ispitanika. Iz podataka je vidljivo da je poslijediplomski studij završilo samo troje ispitanika pa su u kasnijoj analizi pridruženi ispitanicima koji su završili diplomski studij. Također je vidljivo da najveći broj ispitanika, njih 49,7% ima završen preddiplomski studij, nešto manje ispitanika (36,4%) ima završenu srednju školu, a najmanje (13,9%) diplomsku ili poslijediplomsku razinu. Broj ispitanika u grupama

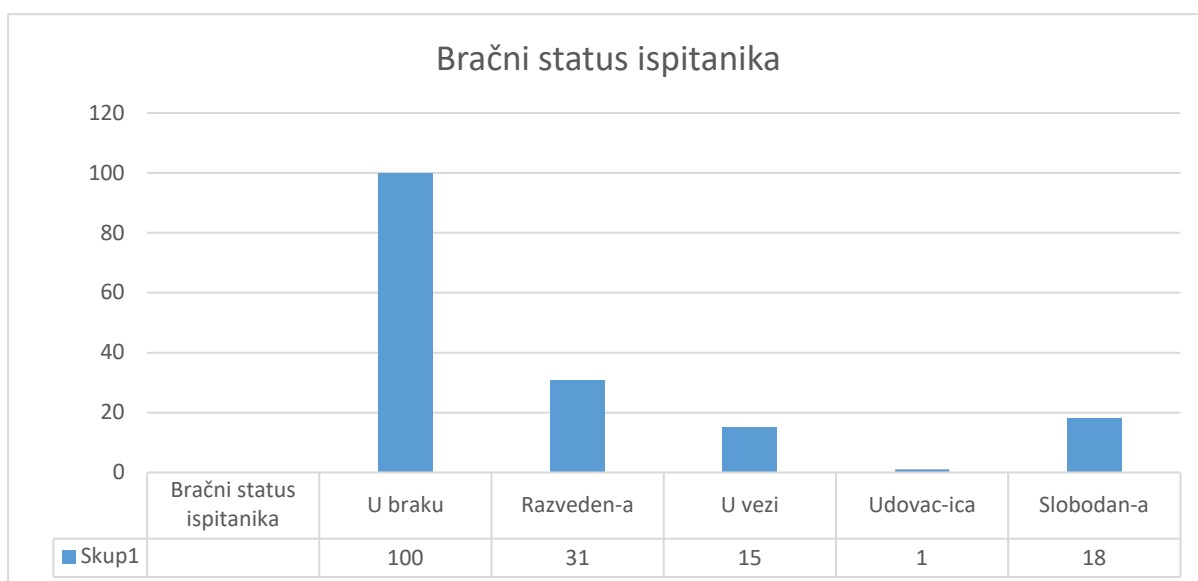
različit je uz statistički značajnu razliku ($\chi^2=19,8493$, $df=2$, $\chi^2_{gr}=5,99$, na $p=0,05$) pa je i o tome trebalo voditi računa pri donošenju zaključaka za pojedine hipoteze. Podaci o razini obrazovanja prikazani su na slici 3.



Slika 3. Prikaz strukture ispitanika u odnosu na razinu obrazovanja

4.1.4. Bračni status ispitanika

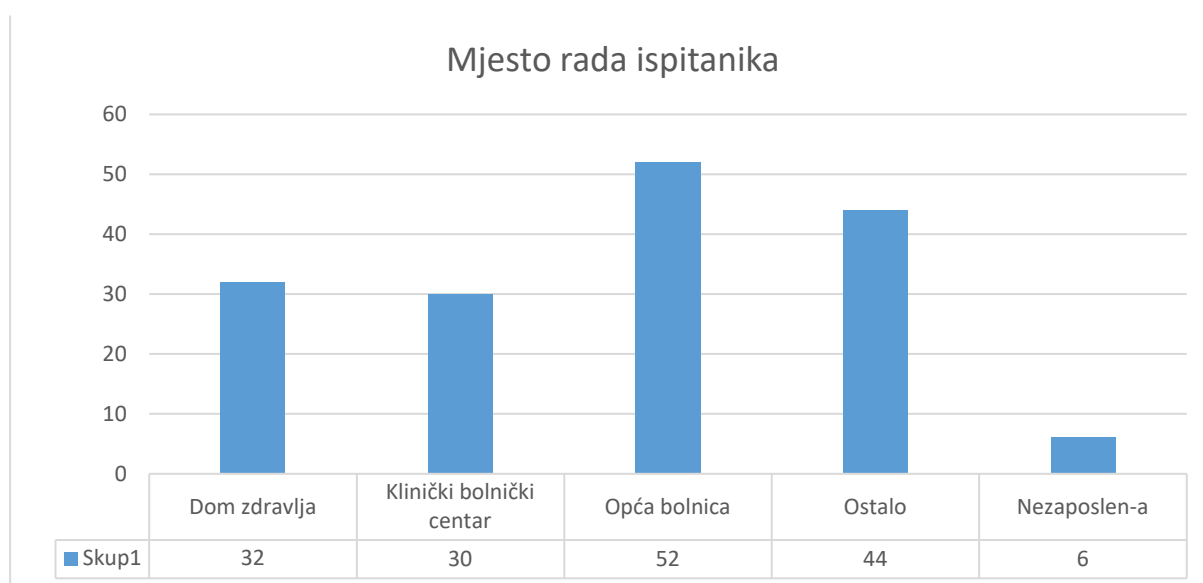
Sljedeći je segment u analizi bračni status ispitanika, prikazan na slici 4. Najviše ispitanika je u braku (66,7%). S obzirom na to da je u svim drugim grupama značajno manje ispitanika, po ovoj varijabli nije se vršila dodatna analiza.



Slika 4. Prikaz strukture ispitanika u odnosu na bračni status

4.1.5. Mjesto rada ispitanika

Jedna od varijabli koja se analizira je i mjesto rada ispitanika. Uz ponuđena radna mjesta, mogla se odabrati i opcija „nezaposlen“. Detaljni podaci o mjestu rada ispitanika prikazani su na slici 5.



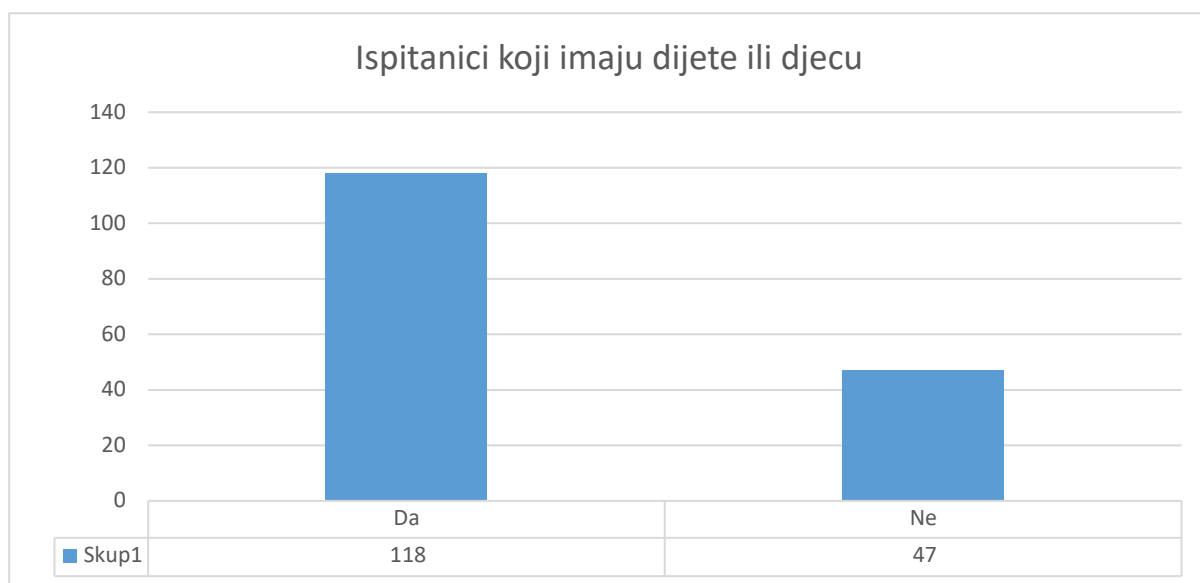
Slika 5. Prikaz strukture ispitanika u odnosu na mjesto zaposlenja

Najviše ispitanika zaposleno je u općim bolnicama, slijede ostala mjesta, a nešto manje ih je u domu zdravlja i kliničkim bolničkim centrima. Šest osoba je nezaposleno, a jedan ispitanik nije se izjasnio.

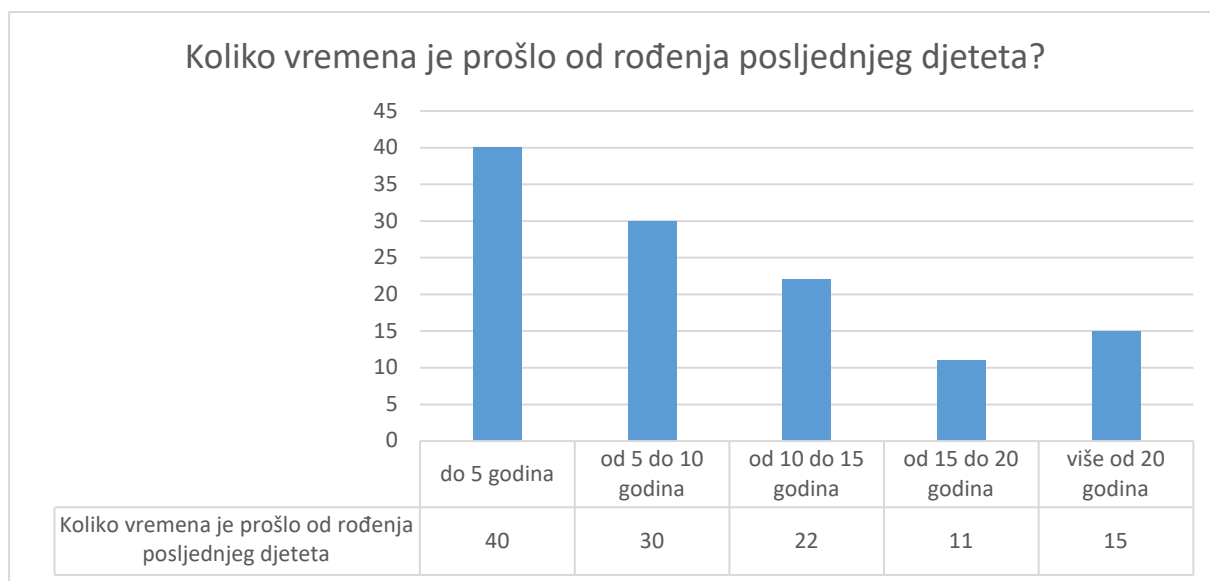
4.1.6. Ispitanici – roditelji

Sljedeća je analizirana varijabla status roditeljstva ispitanika. Od ukupno 165 ispitanika, njih 118 ili 71,5% ima dijete ili djecu, dok ostatak ispitanika (njih 47 ili 28,5%) nema djecu. Podaci su prikazani na slici 6.

Od ispitanika koji imaju dijete ili djecu, koliko je prošlo godina od rođenja zadnjeg djeteta? – bilo je sljedeće pitanje. Najviše ispitanika, njih 40, dobilo je dijete unutar posljednjih pet godina. Detaljni podaci prikazani su na slici 7.



Slika 6. Prikaz strukture ispitanika u odnosu na status roditeljstva



Slika 7. Prikaz odgovora ispitanika u odnosu na to koliko je vremena prošlo od rođenja posljednjeg djeteta

4.2. Razina znanja ispitanika o PPD-u

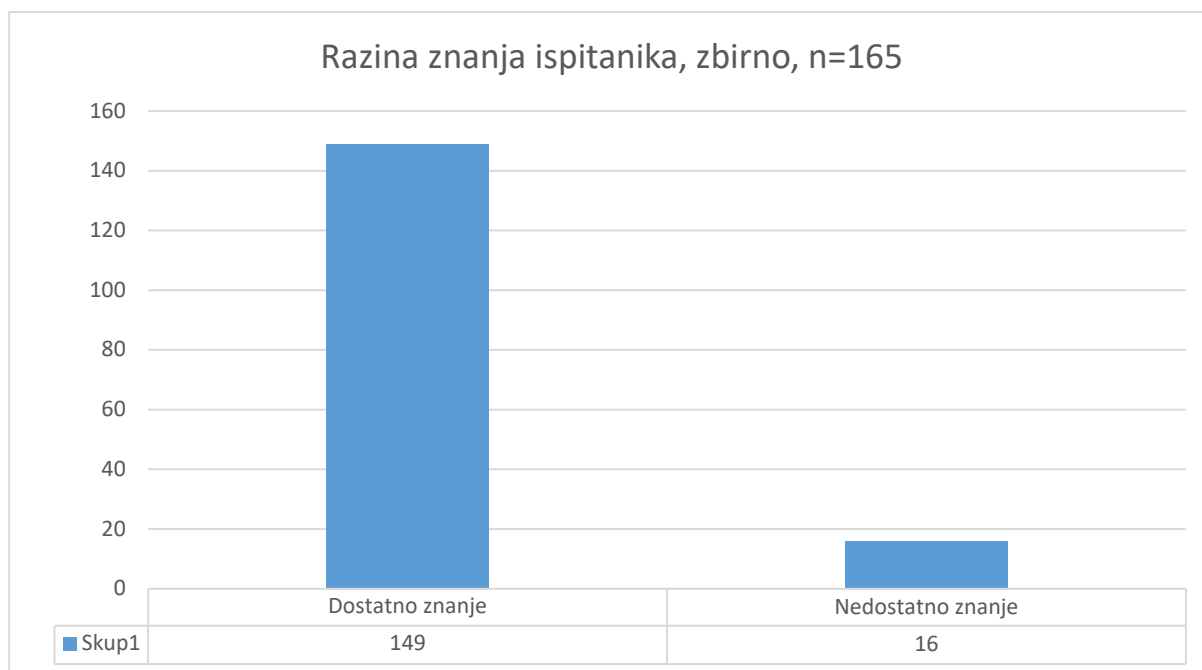
Jedan od ciljeva istraživanja bio je analizirati razinu znanja ispitanika o PPD-u, za što je korišten Upitnik znanja, koji sadrži 15 pitanja. Svaki točan odgovor nosi po 1 bod, a netočan i odgovor „Ne znam“ po 0 bodova. Dostatno znanje imao je ispitanik koji je ostvario 9 (60%) ili više bodova. Varijabla znanje za svakog je sudionika mogla poprimiti vrijednost „Dostatno“ ili „Nedostatno“. Izražena je na nominalnoj ljestvici te opisana frekvencijama i postocima. Pitanja i broj točnih odgovora po pitanjima vidljivi su u tablici 1.

Iz podataka je vidljivo da manje od pola ispitanika zna da je učestalost PPD-a u Hrvatskoj 10-15%. Manje od 75% ispitanika znalo je točne odgovore na četvrtu, sedmu, osmu, trinaestu i petnaestu česticu upitnika. Dakle, na čak šest od petnaest pitanja zna odgovoriti manje od tri četvrtine ispitanika, što upućuje na potrebu za dodatnom edukacijom medicinskih sestara i tehničara o problemu PPD-a.

Tablica 1. Prikaz pitanja i točnih odgovora ispitanika povezanih s varijablom znanje

	Pitanje	Broj točnih odgovora, n=165 [%]
1	Učestalost postporođajne depresije u Hrvatskoj je 10-15%.	76 46,1%
2	Teška tuga i razdražljivost koje traju duže od 15 dana simptomi su postpartalne depresije	141 85,5%
3	Podrška obitelji i prijatelja dovoljna je za prevladavanje postpartalne depresije.	125 75,8%
4	Postpartalna depresija uglavnom je uzrokovana hormonskim promjenama.	104 63,0%
5	Postpartalna depresija postoji samo kada žene pomisle na samoubojstvo.	161 97,6%
6	Psihološka pomoć učinkovita je u liječenju postpartalne depresije.	154 93,3%
7	Žene koje razviju simptome depresije ili anksioznosti tijekom trudnoće vjerojatnije će razviti postpartalnu depresiju.	89 53,9%
8	Žene s postpartalnom depresijom mogu jednako kao i druge žene ispunjavati potrebe svoga djeteta.	103 62,4%
9	Liječenje postpartalne depresije zahtijeva stručnu pomoć.	151 91,5%
10	Negativne misli o djetetu ili o mogućnosti da ga se povrijedi česte su u postpartalnoj depresiji.	128 77,6%
11	Postpartalna depresija obično ne utječe na apetit i san žene	137 83,0%
12	Žene s postpartalnom depresijom teže ispunjavaju potrebe partnera i druge djece	150 90,9%
13	Liječnik obiteljske medicine ne može pomoći ženi s postpartalnom depresijom	100 60,6%
14	Postpartalnu depresiju mogu razviti samo žene s poviješću psihičkih problema (depresija, anksioznost) ili one koje nisu željele zatrudnjeti.	158 95,8%
15	Korištenje vitamina i dodataka prehrani učinkovit je tretman za postpartalnu depresiju.	92 55,8%

Kada se analizira koliko ispitanika ima *dostatno znanje* o PPD-u, odnosno najmanje 60% točnih odgovora, stanje je znatno bolje. Preko 90,3% ispitanika imalo je dostatno znanje jer je prikupilo najmanje 9 od 15 mogućih bodova. Detaljni podaci prikazani su na slici 8.



Slika 8. Prikaz razine znanja ispitanika u odnosu na ukupni broj točnih odgovora

Varijablom znanje dobiva se odgovor na dva zadana cilja i tri hipoteze:

H1 hipoteza: Većina ispitanika ima nedostatnu razinu znanja o PPD-u.

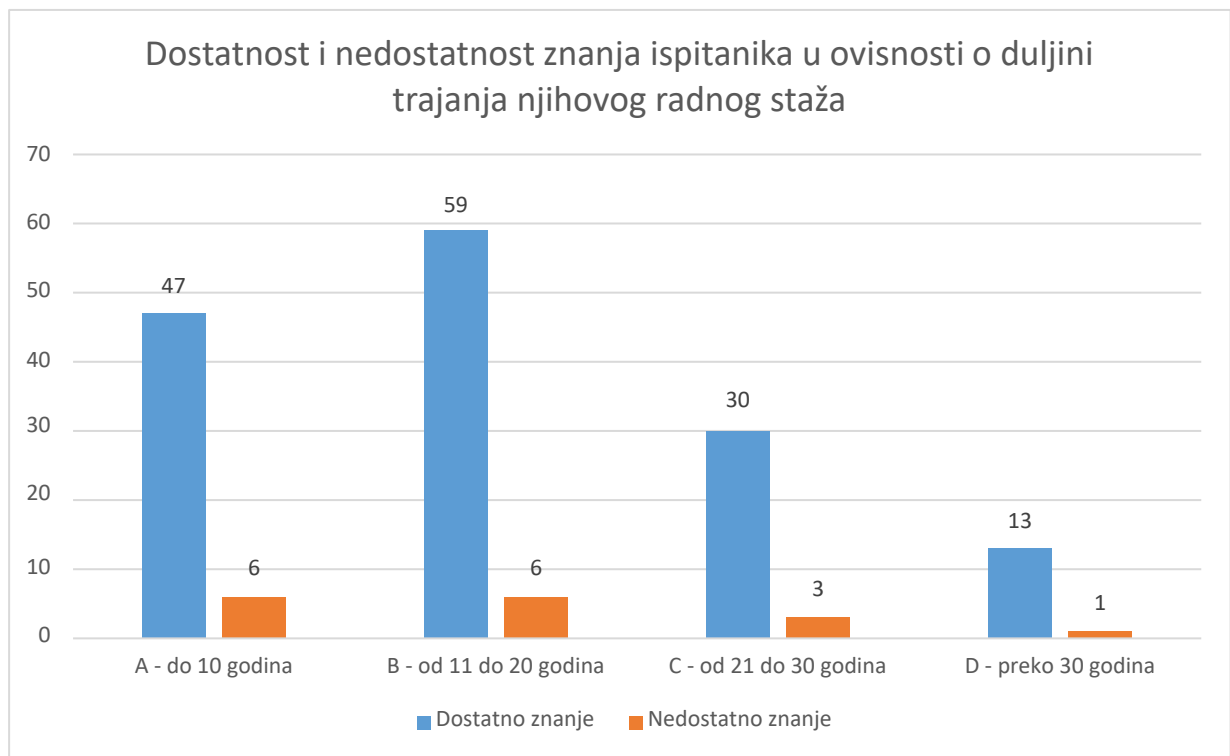
Za statističko testiranje ove hipoteze korišten je hi-kvadrat test (χ^2 test) na razini značajnosti od $p < 0,05$, jer se radi o broju (frekvenciji) ispitanika. Vrijednost χ^2 iznosi 63,8794, a za jedan stupanj slobode $df=1$, granična vrijednost χ^2_{gr} iznosi 3,843. S obzirom na to da je dobivena vrijednost hi-kvadrata veća od granične frekvencije, zaključuje se da postoji statistički značajna razlika između ispitanika s dostatnim i nedostatnim znanjem o PPD-u, na razini značajnosti $p < 0,05$. Većina ispitanika ima dostatno znanje o PPD-u, pa se hipoteza H1 odbacuje.

H2 hipoteza: Postoji pozitivna povezanost između veće duljine trajanja radnog staža ispitanika i veće razine znanja o PPD-u.

Kako bi se utvrdio stupanj povezanosti duljine trajanja radnog staža i razine znanja korišten je koeficijent korelacije. Korelacija označava međusobnu usklađenost u ustrojstvu dvaju subjekata, objekata ili pojava na pravilan način. Izražava se (kvantificira) koeficijentom korelacije, koji ima apsolutnu vrijednost (mjera je jakosti ili intenziteta korelacije) i predznak (pokazuje način istovremenih promjena dviju veličina). Koeficijent korelacije je normalizirana

brojčana vrijednost koja može poprimiti vrijednost između -1 i 1. U praksi se koristi nekoliko vrsta koeficijentata korelacije, ovisno o tipovima varijabli. U ovom slučaju jedna varijabla je nominalna dihotomna (ima samo dvije klase: dostatno i nedostatno znanje), a druga varijabla je nominalna s četiri vrijednosti: do 10 godina radnog staža; od 11 do 20; od 21 do 30 i preko 30 godina radnog staža. U ovakvom se slučaju koristi Kramerov koeficijent korelacije V.

Na slici 9 prikazani su podaci o razini znanja ispitanika o PPD-u u odnosu na duljinu njihova radnog staža.

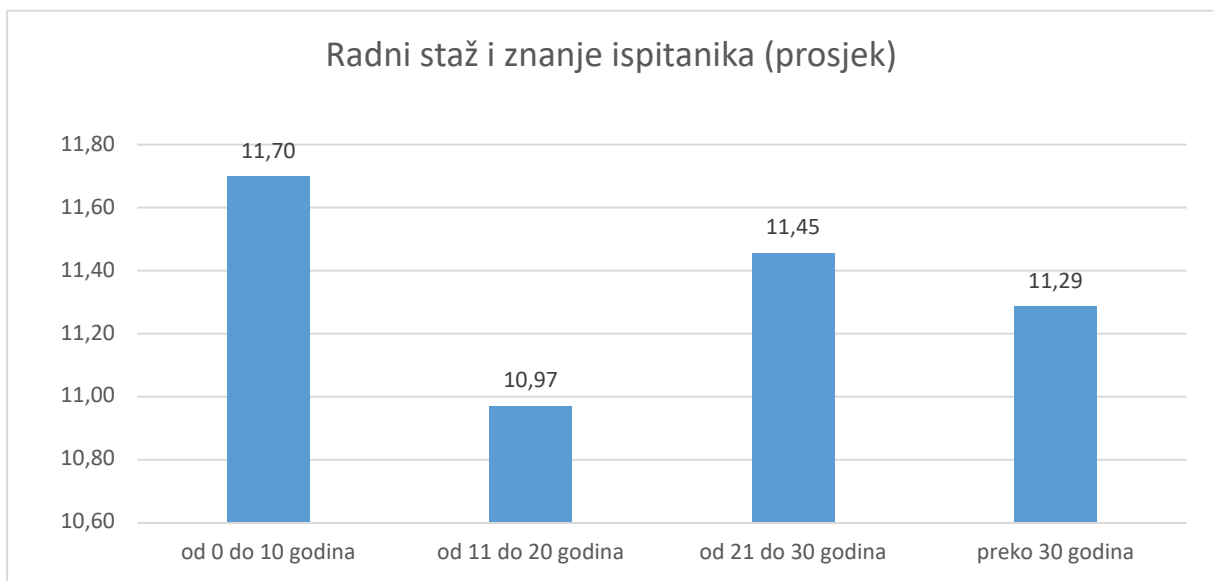


Slika 9. Odnos razine znanja o PPD-u i duljine trajanja radnog staža ispitanika

Prije određivanja vrijednosti Kramerovog koeficijenta korelacije V potrebno je interpretirati vrijednosti koeficijenta. Za vrijednost koeficijenta od (apsolutne vrijednosti) 0 do 0,05 nema nikakve povezanosti; od 0,05 do 0,10 povezanost je slaba; od 0,11 do 0,15 povezanost je umjerena; od 0,16 do 0,25 povezanost je snažna, a od 0,26 naviše povezanost je vrlo snažna. U ovom mjerenju dobivena je vrijednost Kramerovog V koeficijenta korelacije od 0,0422, odnosno nema povezanosti između duljine radnog staža i razine znanja ispitanika o PPD-u. Temeljem dobivenih vrijednosti zaključuje se da ne postoji pozitivna povezanost

između veće duljine trajanja radnog staža ispitanika i veće razine znanja o PPD-u na razini značajnosti $p < 0,05$ te se hipoteza H2 odbacuje.

Kao provjera gornjeg zaključka uspoređena je razina znanja između pojedinih dobnih skupina na način da se znanje vrednuje brojem bodova, a ne samo dostatno-nedostatno indikatorom. Prosječne vrijednosti znanja u ovisnosti o duljini radnog staža vidljive su na slici 10.



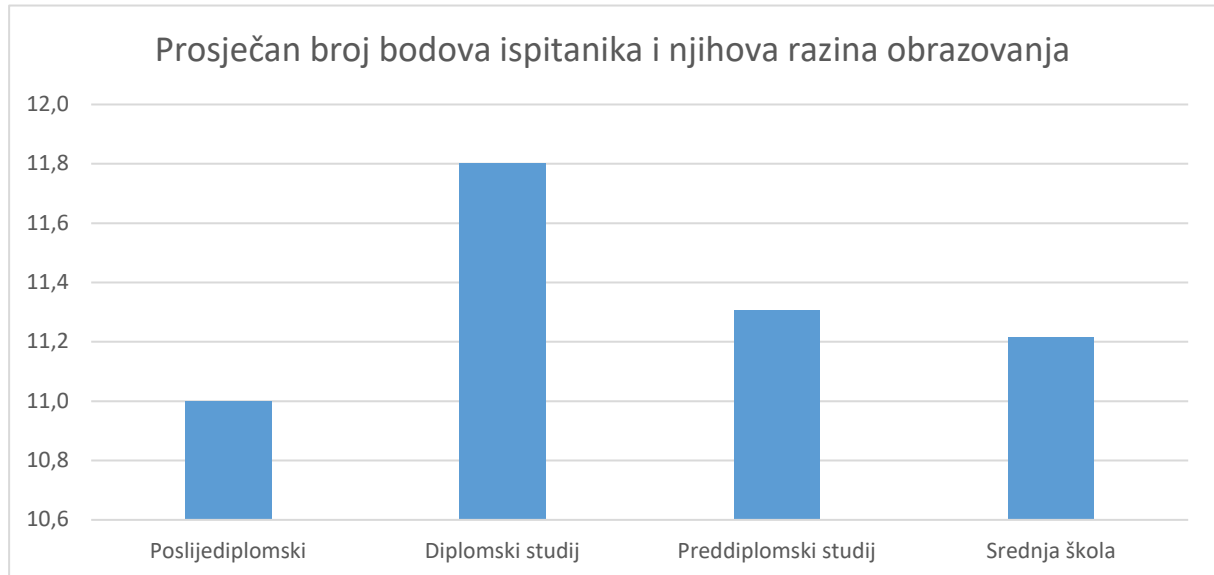
Slika 10. Odnos duljine radnog staža i razine znanja ispitanika prema broju ostvarenih bodova

Iz podataka se uočava da je znanje ispitanika praktično isto (prosjek je 11,32), neovisno o dobi ispitanika, čime je potvrđen gornji zaključak da nema nikakve povezanosti između duljine radnog staža i znanja ispitanika.

H4 hipoteza: Postoji pozitivna povezanost između više razine obrazovanja ispitanika i veće razine znanja o PPD-u.

Kao u prethodnom statističkom testu, i ovdje se promatrao indikator dostatan/nedostatan uspjeh ispitanika, ali i broj ostvarenih bodova ispitanika. Svi ispitanici diplomske i poslijediplomske razine obrazovanja imaju dostatnu razinu znanja, dok je kod ispitanika preddiplomske razine broj onih koji imaju nedostatnu razinu znanja 9 (11,4%) od 79 ispitanika. Broj ispitanika sa srednjom stručnom spremom koji ima nedostatnu razinu znanja iznosi 7

(11,5%) od 61 ispitanika. Podaci o prosječnoj razini znanja i razini obrazovanja prikazani su na slici 11.



Slika 11. Prikaz odnosa prosječno ostvarenog broja bodova ispitanika u odnosu na njihovu razinu obrazovanja

Vrijednost Kramerovog koeficijenta korelacije V se na postojećim podacima i grupama ne može izračunati jer je frekvencija ispitanika koji imaju nedostatnu razinu znanja kod poslijediplomske i diplomske razine 0. Ako se spoji ispitanike s preddiplomskom, diplomskom i poslijediplomskom razinom u jednu kategoriju, a ispitanike sa srednjoškolskom razinom u drugu, dobiva se vrijednost koeficijenta od 0,046, a to je razina nepostojeće povezanosti između znanja i stupnja obrazovanja ispitanika, na razini značajnosti $p < 0,05$.

Kada se prosječan broj bodova svih ispitanika (11,3) usporedio s prosječnom razinom postignutih bodova po kategorijama, utvrđeno je da prosječna vrijednost po kategorijama ne odstupa. Ispitanici poslijediplomskih studija imaju najnižu razinu znanja, a diplomskih najvišu, ali je udaljenost od prosjeka vrlo mala (od -0,3 do +0,8 bodova) pa se na ovako mali broj ispitanika (samo 3 kod poslijediplomske razine, odnosno 25 kod diplomske razine) ne može smatrati značajnom.

Dakle, zaključuje se da ne postoji pozitivna povezanost između više razine obrazovanja ispitanika i veće razine znanja o PPD-u uz razinu značajnosti $p < 0,05$, pa se hipoteza H_4 odbacuje.

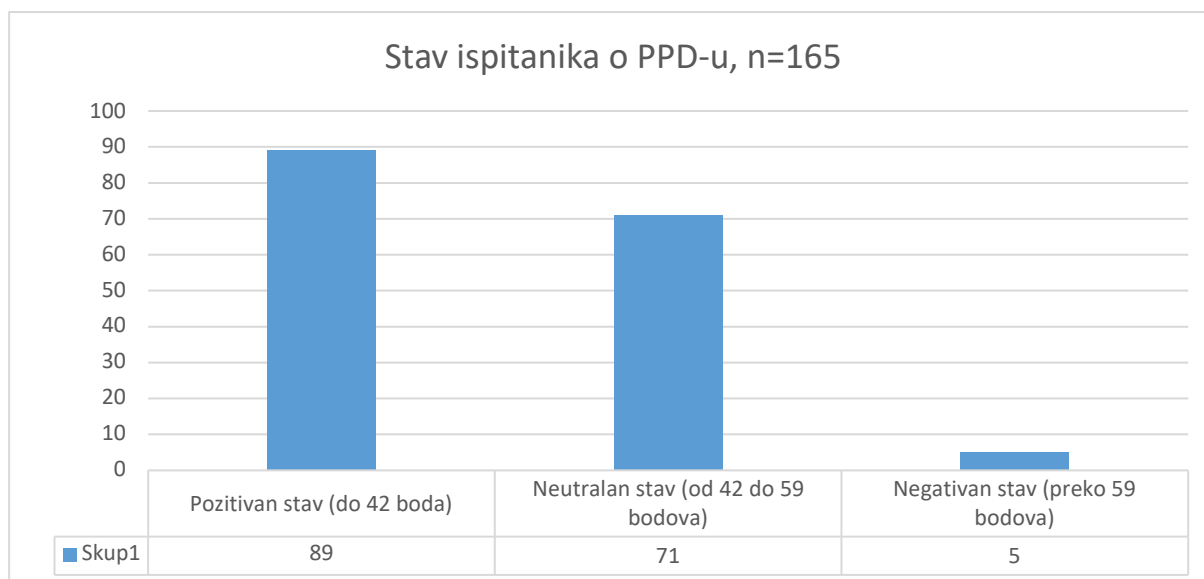
4.3. Stavovi ispitanika o PPD-u

Još jedan od ciljeva istraživanja bio je analizirati stavove ispitanika o PPD-u, za što je korišten Upitnik stavovi. Upitnik ima 17 čestica. Za svaku česticu je moguće dodijeliti 1, 2, 3, 4 ili 5 bodova. Minimalna vrijednost prikupljenih bodova je 17, a maksimalna 85. Varijabla Stavovi ima tri moguća stanja, odnosno vrijednosti: pozitivan stav (zbroj bodova od 17 do 42); neutralan stav (zbroj bodova od 43 do 59) i negativan stav (zbroj bodova od 60 do 85). Varijabla stavovi izražena je u nominalnoj ljestvici, a opisana je frekvencijama i postocima. Primjenjivala se u dvije hipoteze, H3 i H5. Čestice na koje su ispitanici iskazivali svoj stav prikazane su u tablici 2. Broj 1 označava – Ni u kojem slučaju se ne slažem; broj 2 – Uglavnom se ne slažem; broj 3 – Niti se slažem, niti ne slažem; broj 4 – Uglavnom se slažem i broj 5 – U potpunosti se slažem s izjavom.

Kod interpretacije podataka svi stavovi označeni većim brojem su negativni, osim za čestice 1, 9 i 13. Vrijednosti za ova tri pitanja kodirana su kod sumiranja vrijednosti stavova i izvođenja zaključaka o stavu svakog ispitanika. Manja vrijednost stava ispitanika u svim česticama (osim 1, 9 i 13) označava pozitivniji stav. Slično vrijedi s ostalim česticama (niže je bolje). Posljednja čestica je za ispitanike zbunjujuća te su i rezultati neutralni. Ukupan stav ispitanika o PPD-u vidljiv je na slici 12.

Tablica 2. Prikaz stupnja slaganja ispitanika sa svakom česticom iz upitnika stavova

Čestica	1	2	3	4	5	Prosjek	Standardna devijacija
1. Normalno je imati postpartalnu depresiju nakon rođenja djeteta.	72	23	37	18	15	2,28	1,36
2. Žene s postpartalnom depresijom ne mogu biti dobre majke.	95	30	28	5	7	1,78	1,10
3. Postpartalna depresija nije ozbiljan problem.	136	12	5	3	9	1,41	1,04
4. Pojam „postpartalna depresija“ opisuje umor i druge normalne poteškoće nakon rođenja djeteta.	88	27	31	9	9	1,93	1,20
5. U ženinoj je prirodi znati kako se brinuti o djetetu.	43	33	49	22	17	2,62	1,29
6. Žene s postpartalnom depresijom ne vole dovoljno svoje dijete.	115	22	17	4	5	1,54	0,99
7. Žene imaju postpartalnu depresiju radi nerealnih očekivanja o tome kako se brinuti za dijete.	68	35	43	14	5	2,11	1,13
8. Postpartalna depresija nije postojala u prethodnim generacijama.	136	13	8	5	3	1,34	0,85
9. Postpartalna depresija nije znak slabosti.	21	5	20	26	93	4,00	1,40
10. Žene imaju postpartalnu depresiju jer nisu spremne podnijeti žrtvu potrebnu za brigu o djetetu.	107	27	21	6	4	1,62	1,00
11. Postpartalna depresija nestat će s vremenom, kako dijete bude raslo.	72	25	48	12	8	2,15	1,20
12. Ako je žena odlučila imati dijete, razvijanje postpartalne depresije je neopravdano.	135	16	9	1	4	1,32	0,81
13. Žene ne mogu odabrati hoće li razviti postpartalnu depresiju.	10	1	6	7	140	4,62	1,04
14. Žene s postpartalnom depresijom trebale bi biti dovoljno jake da se nose s njom, čak i bez liječničke pomoći.	130	19	13	1	1	1,32	0,70
15. Žene razvijaju postpartalnu depresiju jer nisu bile spremne postati majke.	125	18	18	1	3	1,42	0,85
16. Bolje je da drugi ljudi ne znaju da žena ima postpartalnu depresiju.	116	19	22	4	4	1,55	0,98
17. Nakon porođaja, sve žene bi trebale otići na procjenu za depresiju.	30	25	49	29	32	3,05	1,36



Slika 12. Prikaz udjela pozitivnih, neutralnih i negativnih stavova ispitanika o PPD-u

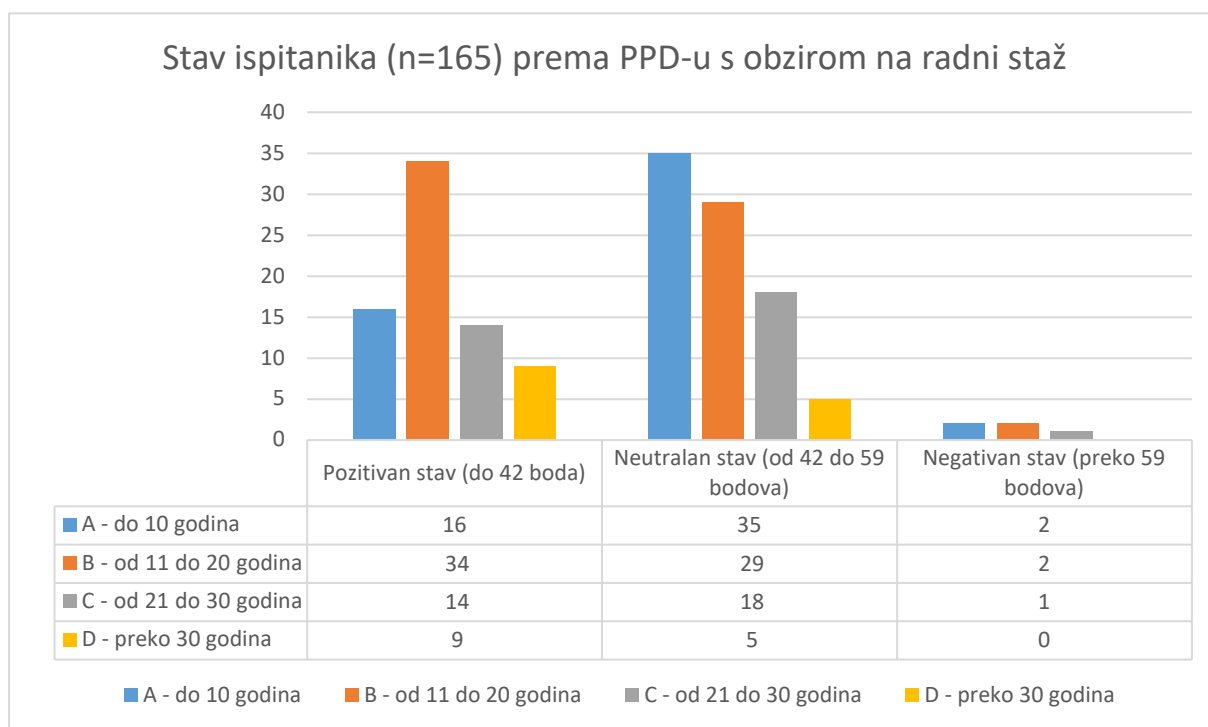
Ukupno gledajući, analiza stavova ispitanika poprilično je zadovoljavajuća. Prosjek za prvu česticu blago je negativan (više je bolje). Šestice 9 i 13 pokazuju dobar stav ispitanika (više je bolje). Testiranjem pomoću hi-kvadrat testa utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika među ispitanicima po pitanju njihova stava. Hi-kvadrat vrijednost iznosi 51,7262, a granična frekvencija, uz $df=2$, je $\chi^2_{gr}=5,99$, uz $p=0,05$. Najveći broj ispitanika ima pozitivan stav prema PPD, a najmanje ispitanika ima negativan stav.

Negativan stav prema PPD-u nepoželjan je jer može dovesti do izbjegavanja ili negativnog vrednovanja žene, previđanja simptoma, odnosa nepovjerenja između medicinske sestre/tehničara i žene te manjka iskazane empatije. Suprotno tome, pozitivni stavovi prema PPD-u potiču medicinske sestre i tehničare da podrže i zaštite ženu te što ranije prepoznaju i reagiraju na simptome PPD-a. Također omogućuju bolje razumijevanje, razvoj odnosa povjerenja, lakše uočavanje simptoma te kvalitetniju skrb.

Varijabla stavovi daje odgovor na dva cilja i dvije hipoteze:

H3 hipoteza: Postoji pozitivna povezanost između veće duljine trajanja radnog staža ispitanika i pozitivnijih stavova o PPD-u.

Za utvrđivanje ove povezanosti korišten je, kao i ranije, Kramerov koeficijent korelacije V. Podaci o radnom stažu i stavu vidljivi su na slici 13. Kako su kod negativnih stavova frekvencije ispitanika izuzetno male, a jedna je i nula, frekvencije negativnih stavova ispitanika pridružene su frekvencijama neutralnih stavova.

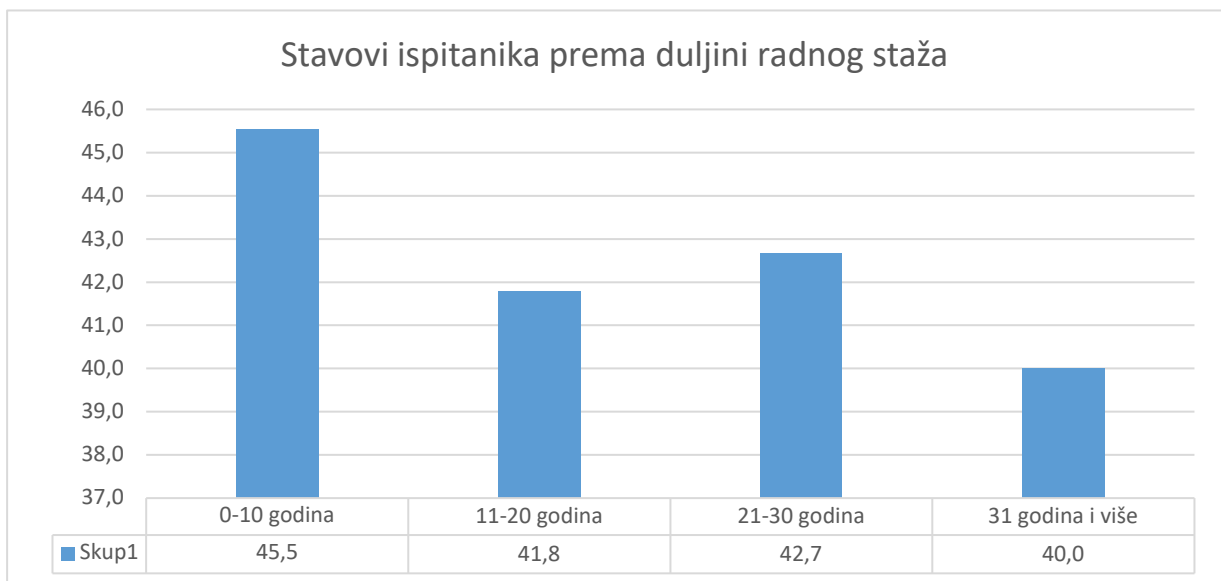


Slika 13. Prikaz strukture stavova ispitanika o PPD-u s obzirom na radni staž

Dobivena vrijednost Kramerovog V koeficijenta korelacije iznosi -0,158, a to ukazuje da postoji umjerena do snažna negativna povezanost između duljine radnog staža i stavova ispitanika o PPD-u. Temeljem dobivenih vrijednosti zaključuje se da postoji pozitivna povezanost između veće duljine trajanja radnog staža ispitanika i pozitivnijih stavova o PPD-u, na razini značajnosti $p < 0,05$. Odnosno, ispitanici s duljim trajanjem radnog staža imaju statistički značajno pozitivnije stavove prema PPD-u u odnosu na ispitanike s kraćim trajanjem radnog staža.

Kao i kod ranije analize, prikazane su i prosječne numeričke vrijednosti stavova u odnosu na duljinu radnog staža po skupinama ispitanika. Podaci su navedeni na slici 14 te potvrđuju raniji zaključak.

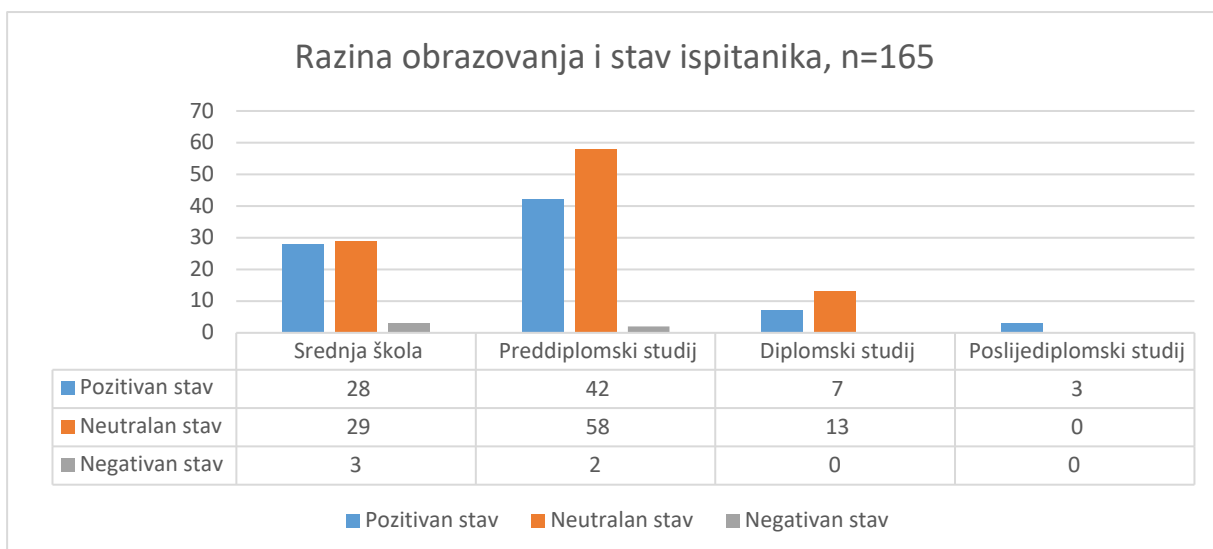
Potrebno je naglasiti da veće vrijednosti ukazuju na negativniji stav (veći broj bodova = negativan stav kod osoba s duljinom radnog staža do 10 godina; manji broj bodova = pozitivniji stav za osobe s većim brojem godina radnog staža). Dakle, na temelju prikazanog hipoteza H3 se prihvaća.



Slika 14. Prikaz prosječnih vrijednosti stavova u odnosu na duljinu radnog staža (veće vrijednosti = negativniji stavovi)

H5 hipoteza: Postoji pozitivna povezanost između više razine obrazovanja ispitanika i pozitivnijih stavova o PPD-u.

Ovom se hipotezom daje odgovor na posljednji cilj istraživanja. Podaci o stručnoj spremi ispitanika i njihovu stavu vidljivi su na slici 15.

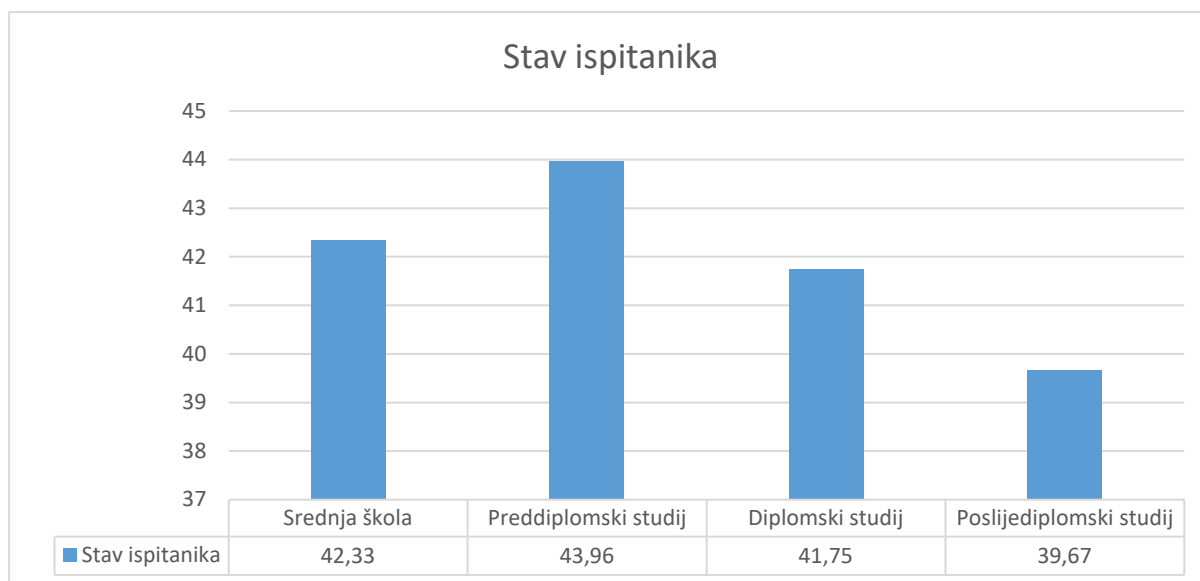


Slika 15. Prikaz strukture stavova ispitanika o PPD-u u odnosu na njihovu razinu obrazovanja

Kako bi se mogla izračunati vrijednost Kramerovog V koeficijenta korelacije, potrebno je gornju tablicu kontigencije reducirati kako se ne bi pojavljivale frekvencije s iznosom nula. Stoga su vrijednosti frekvencija za diplomski i poslijediplomski studij zbrojene, kao i vrijednosti za negativan i neutralan stav.

Temeljem tako dobivenih podataka izračunata je vrijednost Kramerovog V koeficijenta korelacije koja iznosi 0,053, a to ukazuje da ne postoji gotovo nikakva povezanost između razine obrazovanja i stavova ispitanika. Temeljem dobivenih vrijednosti zaključuje se da ne postoji pozitivna povezanost između više razine obrazovanja i pozitivnijih stavova o PPD-u, na razini značajnosti $p < 0,05$.

Kao u ranijim slučajevima, i ovdje je prikazan prosječan iznos prikupljenih bodova u odnosu na razinu obrazovanja ispitanika. Podaci su prikazani na slici 16.

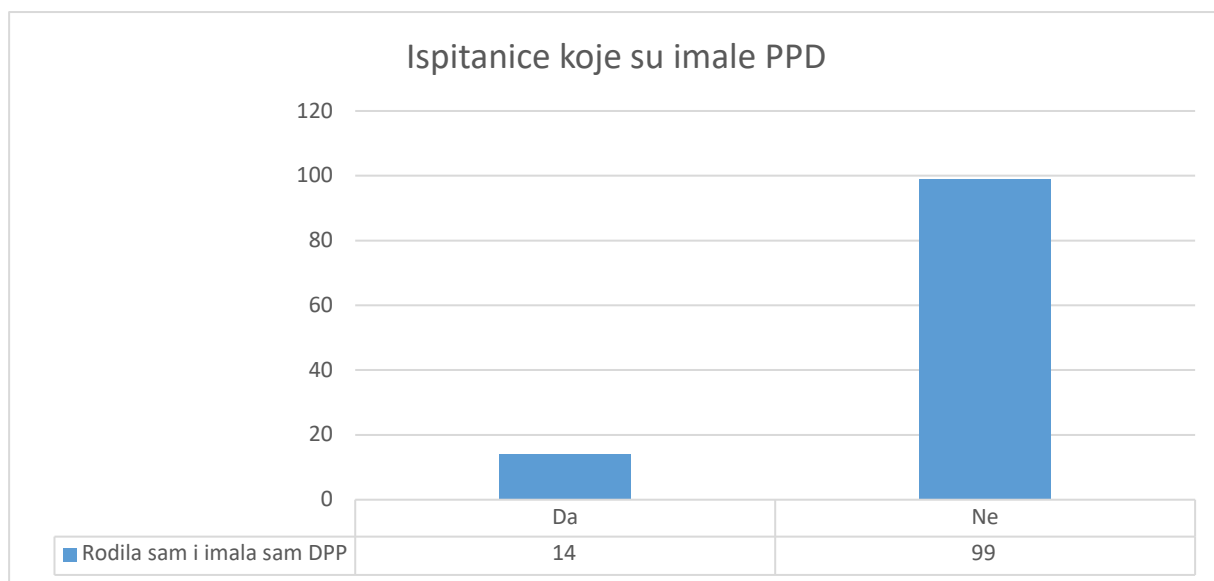


Slika 16. Prikaz prosječnih vrijednosti stavova u odnosu na razinu obrazovanja ispitanika (veće vrijednosti = negativniji stavovi)

Prosječna vrijednost ostvarenih bodova na varijabli stav je 43,02, što je vrlo blizu podataka prikazanih na gornjoj slici. Za svaki slučaj napravljeno je testiranje ANOVA testom. F-omjer iznosi skromnih 1,67479, iz čega se zaključuje da ne postoji statistički značajna razlika između stava ispitanika u odnosu na razinu obrazovanja. Bodovi ispitanika sa srednjom i preddiplomskom razinom obrazovanja veći su nego kod ispitanika s diplomskom i poslijediplomskom razinom obrazovanja, čime se pokazuju mala odstupanja (studenti s višom razinom obrazovanja imaju pozitivniji stav), ali nedovoljno da bi postojala statistički značajna razlika na razini značajnosti od $p < 0,05$. Stoga se hipoteza H5 odbacuje.

4.4. Ostali rezultati

Upitnik je završio pitanjima o tome je li ispitanica osobno doživjela PPD, poznaju li ispitanici nekoga tko je doživio PPD te slažu li se izjavom da bi javna kampanja o PPD-u u Hrvatskoj bila korisna (odgovor se iskazuje Likertovom ljestvicom slaganja u 5 stupnjeva). Odgovori su prikazani slikama 17, 18 i 19.

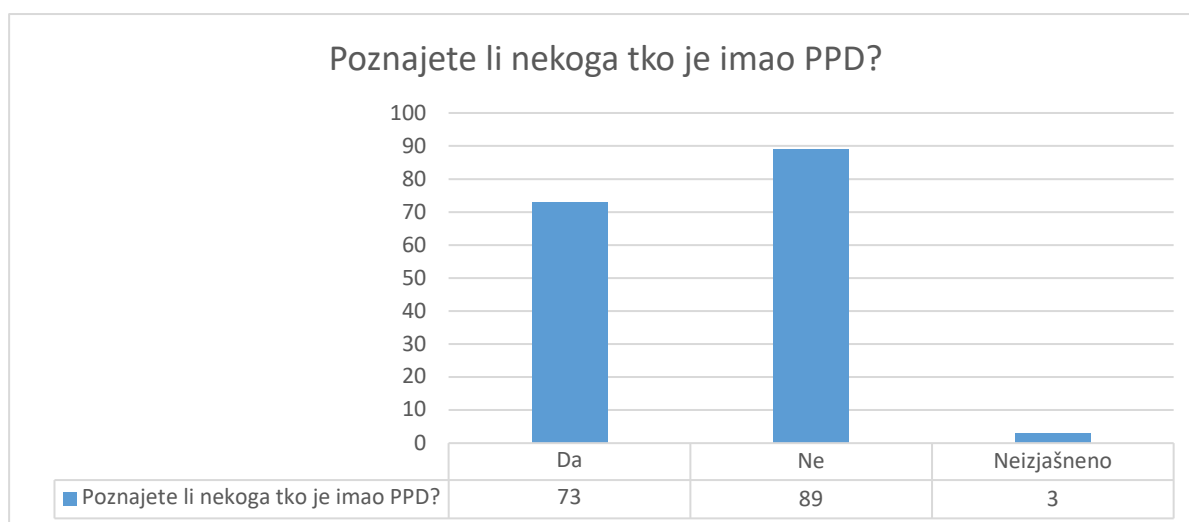


Slika 17. Prikaz udjela ispitanica koje su imale PPD

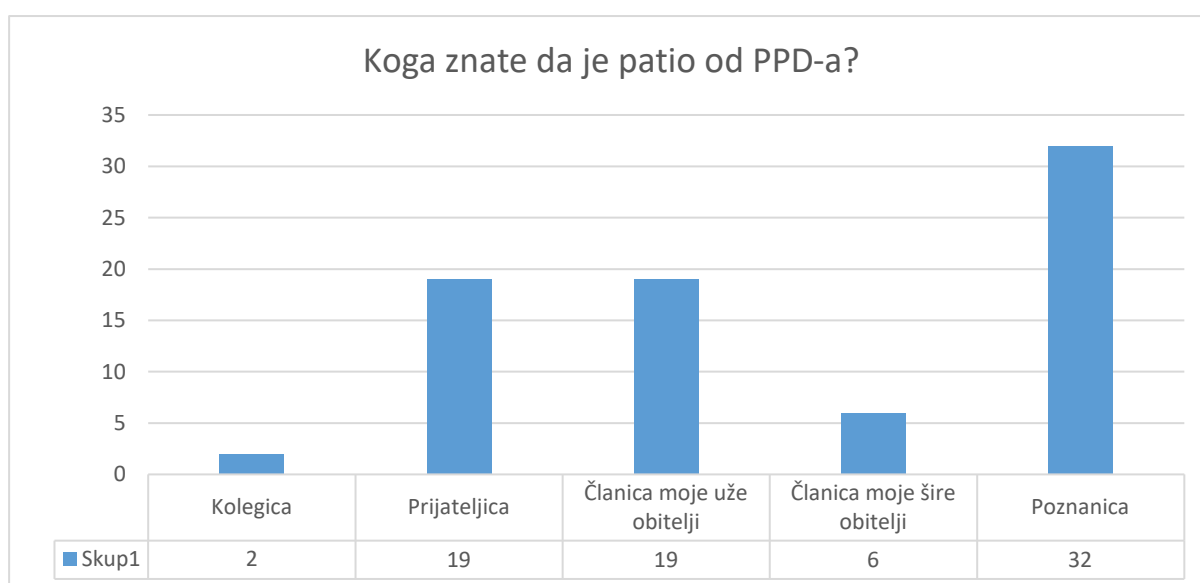
Iz podataka sa slike 17 vidljivo je da je ukupno 113 ispitanica rodilo dijete te da je njih 14 (12,4%) imalo PPD.

Na pitanje o tome poznaju li ispitanici nekoga tko je imao PPD, većina ispitanika, njih 89 (53,9%) izjasnilo se da ne poznaju nikoga, troje se nije izjasnilo, a ostali poznaju nekoga tko je doživio to iskustvo. Precizni podaci prikazani su na slici 18.

Na pitanje koga znaju da je patio od PPD-a, odgovorilo je 78 ispitanika (petoro više od broja ispitanika koji su na prethodno pitanje odgovorili potvrdno. Najviše ispitanika odgovorilo je da je to bila njihova poznanica, pa članica njihove uže obitelji ili prijateljica. Točni podaci prikazani su na slici 19.



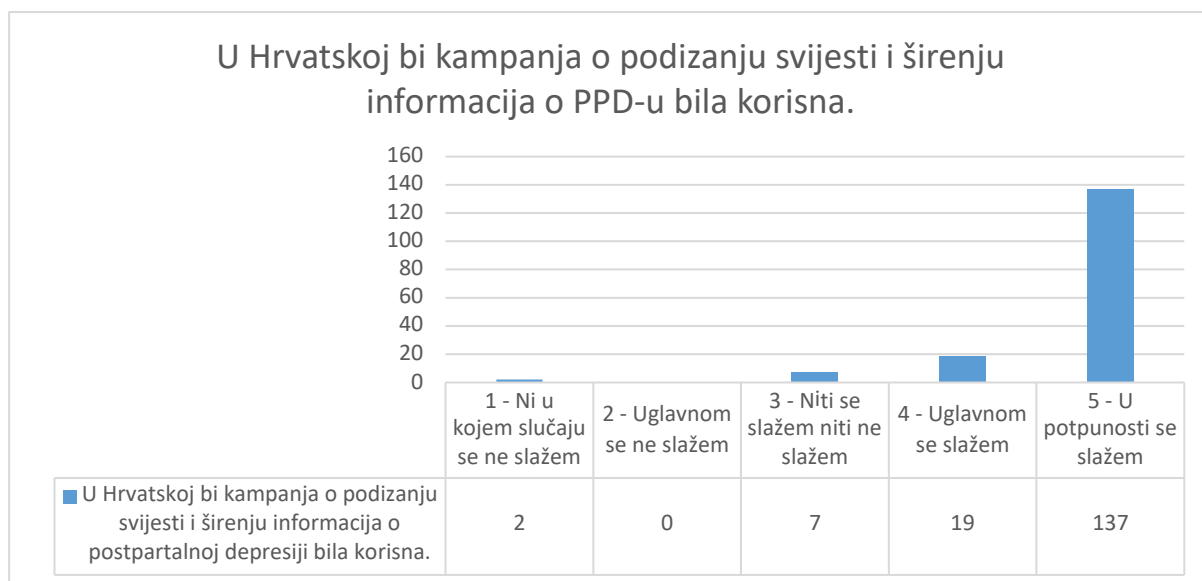
Slika 18. Prikaz udjela ispitanika u odnosu na to poznaju li nekoga tko je imao PPD



Slika 19. Prikaz podataka o tome koga ispitanici poznaju, a da je patio od PPD-a

Zadnje pitanje ispitanicima bila je zamolba da odrede stupanj slaganja tvrdnjom „U Hrvatskoj bi kampanja o podizanju svijesti i širenju informacija o postpartalnoj depresiji bila korisna“ na Likertovoj skali.

Ispitanici su se gotovo konsensusom složili s ovom izjavom. Detaljni podaci prikazani su na slici 20.



Slika 20. Prikaz odgovora ispitanika u odnosu na to misle li da bi kampanja o podizanju svijesti i širenju informacija o PPD-u bila korisna

5. RASPRAVA

Glavni cilj ovog istraživanja bilo je ispitivanje znanja i stavova o PPD-u kod medicinskih sestara i tehničara u Hrvatskoj. Potrebno je spomenuti da je planirani broj ispitanika bio 200, ali je zbog slabijeg odaziva i nepotpuno ispunjenih upitnika konačan broj ispitanika 165.

5.1. Znanje medicinskih sestara i tehničara

U našem je uzorku većina ispitanika pokazala dostatnu razinu znanja, njih čak 90,3% dalo je 60% i više točnih odgovora na upitniku znanja. Ti su rezultati nešto lošiji nego u istraživanju provedenom u Izraelu, u kojem 96,2% ispitanika ima prosječno ili iznad prosječno znanje o PPD-u (9). Međutim, kada se izračuna udio prosječnih točnih odgovora ispitanika, on iznosi 75,52%, što je u skladu s istraživanjima provedenim u Turskoj (77,53%) i Australiji (70,7%) (8,25). Kod interpretacije ovih rezultata treba imati na umu da su u našem uzorku zastupljene medicinske sestre i tehničari sa svih radilišta, dok su u spomenutim istraživanjima sudjelovali medicinske sestre, tehničari i primalje čije je primarno radilište povezano sa skrbi za majku i dijete. Ipak, vidi se da su u svim navedenim istraživanjima, pa tako i u našem uzorku, utvrđene dostatne razine znanja ispitanika o PPD-u. Stoga se nakon provedene statističke analize hipoteza H1 odbacuje te se zaključuje da većina ispitanika ima dostatnu razinu znanja o PPD-u.

Kada se pitanja pojedinačno analiziraju, najlošije znanje medicinske sestre i tehničari pokazuju o incidenciji PPD-a. Samo 46,1% ispitanika zna da je pojavnost PPD-a kod žena 10-15%. Nedostatak znanja o učestalosti pojave PPD-a u svom su uzorku potvrdili Jones et al. (25), kod kojih je 50,4% ispitanika ponudilo točan odgovor, te Makhmutova (30), kod koje je samo 38,2% ispitanika ponudilo točan odgovor. Jones et al. također su uočili da ispitanici potcjenjuju pojavnost PPD-a, navodeći da se mnogo rjeđe pojavljuje. Ovi rezultati ukazuju na potrebu za dodatnom edukacijom zbog toga što se potcjenjivanjem pojavnosti PPD-a mogu previdjeti simptomi ili pogrešno pridružiti obilježja nekog drugog poremećaja.

Još su dva pitanja iz upitnika znanja u odnosu na ukupan broj točnih odgovora bila ispod dostatne razine znanja, a odnosila su se na domenu čimbenika rizika i liječenja PPD-a. 56,1% ispitanika ne zna da je pojava depresije ili anksioznosti tijekom trudnoće čimbenik rizika za razvoj PPD-a, a 54,2% smatra da je korištenje vitamina i dodataka prehrani učinkovit način

liječenja PPD-a. Slični rezultati dobiveni su i u istraživanju Afolayan et al. (31), u kojem 46,5% ispitanika ne povezuje depresiju tijekom trudnoće s PPD-om, dok čak 78,1% ispitanika ne povezuje anksioznost tijekom trudnoće s PPD-om. Dakle, i na ovom je polju potrebno dodatno educirati medicinske sestre i tehničare, kako bi iz uzete anamneze mogli prepoznati čimbenike koji povećavaju rizik od razvoja PPD-a. Nedostatno znanje iz područja liječenja PPD-a ne iznenađuje s obzirom na to da se i u istraživanjima pojavljuju miješani rezultati koji ukazuju na to da određeni suplementi pomažu u liječenju PPD-a, dok drugi imaju suprotan učinak (32). Kao još jedno objašnjenje mogu se uzeti primjeri iz istraživanja u Australiji i Sloveniji, u kojima se pokazalo da medicinske sestre i tehničari liječenje PPD-a ne vide svojom odgovornošću i kompetencijom, stoga se u radu vode isključivo uputama liječnika (25,27).

Drugi cilj istraživanja bilo je utvrđivanje povezanosti duljine radnog staža s razinom znanja o PPD-u. Pregledom literature nisu pronađeni dokazi koji bi potvrdili ili opovrgnuli ovu hipotezu. Jedino se u istraživanju Bine et al. (9) pokazalo da duljina trajanja radnog staža može biti dobar prediktor za način na koji će se medicinske sestre i tehničari educirati o PPD-u. Tako je kod manje iskusnih medicinskih sestara i tehničara korisniji konkretan, praktičan i „*hands on*“ pristup, a kod iskusnijih kolega i kolegica veća je korist od formalnog obrazovanja. U našem istraživanju se nakon statističke analize pokazalo da nema pozitivne povezanosti duljine radnog staža i razine znanja ispitanika, stoga se hipoteza H2 odbacuje.

Četvrti cilj bio je utvrditi povezanost između razine obrazovanja i razine znanja ispitanika. Jones et al. (25) i Chen et al. (32) u svojim su istraživanjima pokazali da viša razina obrazovanja statistički značajno utječe i na višu iskazanu razinu znanja o PPD-u. S druge strane, istraživanje Kurtcua et al. (8) pokazalo je da najviše razine znanja pokazuju ispitanici s višom stručnom spremom, dok su ispitanici s visokom i srednjom stručnom spremom pokazali značajno manju razinu znanja. U našem uzorku se nakon statističke analize pokazalo da ne postoji statistički značajna povezanost između razine obrazovanja i razine znanja o PPD-u, čime je hipoteza H4 odbačena. U prilog ovim rezultatima govori istraživanje Phoosuwan et al. (28), koje pokazuje da je specifičan program usmjeren na prepoznavanje i liječenje PPD-a od puno veće koristi nego znanje o PPD-u koje medicinske sestre i tehničari dobiju formalnim obrazovanjem. No, valja spomenuti da je naš uzorak malen i kategorije razine obrazovanja prilagođene su u obradi za potrebe statističke analize, stoga bi dodatna istraživanja mogla biti reprezentativniji pokazatelj povezanosti razine obrazovanja i razine znanja o PPD-u.

5.2. Stavovi medicinskih sestara i tehničara

U našem uzorku pokazalo se da većina medicinskih sestara i tehničara ima pozitivan stav prema PPD-u. To je važno jer pozitivni stavovi potiču medicinske sestre i tehničare da podrže i zaštite ženu te što ranije prepoznaju i reagiraju na simptome PPD-a. Također omogućuju bolje razumijevanje PPD-a, razvoj odnosa povjerenja sa ženama koje pate od PPD-a, lakše uočavanje simptoma, fleksibilnost u usvajanju novih znanja o PPD-u te sveukupno kvalitetniju skrb.

Međunarodna istraživanja pokazuju miješane rezultate, ukazujući na to da medicinske sestre i tehničari imaju većinom pozitivne (8,25,26) ili većinom negativne (31) stavove prema PPD-u. Ovi su rezultati očekivani, s obzirom na to da su stavovi pod velikim utjecajem okoline u kojoj individua živi te kulture kojoj pripada (npr. pozitivni stavovi uočeni su u Hrvatskoj, Australiji, Irskoj i Turskoj, a negativni u Nigeriji).

Treći cilj ovog rada bio je ispitati povezanost duljine trajanja radnog staža i stavova o PPD-u. Noonan et al. (26) utvrdili su pozitivnu povezanost između duljine trajanja radnog staža i pozitivnijih stavova ispitanika o PPD-u. Dodatno su Bina et al. (9) utvrdili da su pozitivniji stavovi povezani sa spremnošću medicinskih sestara i tehničara na menadžment PPD-a kod žena, dok su kombinacija više razine znanja i pozitivnijih stavova bili povezani s većom šansom da se kod žene prepozna PPD i uputi ju na daljnju obradu. Naš uzorak potvrđuje ove dobivene rezultate jer se statističkom analizom pokazalo da postoji značajna pozitivna povezanost između duljine trajanja radnog staža i pozitivnijih stavova ispitanika o PPD-u, stoga je hipoteza H3 prihvaćena.

Posljednji cilj ovog istraživanja bilo je utvrditi postoji li povezanost između razine obrazovanja i pozitivnijih stavova ispitanika prema PPD-u. Noonan et al. (26) opisuju da razina znanja i edukacijski programi ne utječu uvijek na pozitivne promjene u stavovima. Štoviše, smatraju da obrazovanje donosi malo koristi u promjeni stavova ako se medicinskim sestrama, tehničarima i primaljama ne omogući pristup hodogramima postupanja kod sumnje na PPD, učinkovit nadzor, mentorstvo kolega te razmjena iskustava. Naš uzorak potvrđuje njihov nalaz te se pokazalo da ne postoji pozitivna povezanost između više razine obrazovanja ispitanika i njihovih pozitivnijih stavova, čime je hipoteza H5 odbačena. No, nakon analize ostaje saznati na koji način stavovi utječu na prepoznavanje, procjenu i općenitu skrb za žene koje pate od PPD-a, što može biti cilj u daljnjim istraživanjima.

5.3. Ostali rezultati

Od ostalih podataka valja posebno spomenuti dva dobivena rezultata.

Kao prvo, u našem uzorku 113 ispitanica rodilo je dijete, a od toga ih je 14, odnosno 12,39%, patilo od PPD-a. Stoga se može zaključiti da je ovaj uzorak reprezentativan kada je u pitanju incidencija PPD-a (3,10–12).

Kao drugo, 83,03% ispitanika u potpunosti se slaže da bi u Hrvatskoj kampanja o podizanju svijesti i širenju informacija o PPD-u bila korisna. Ovaj je podatak u skladu s nalazima istraživanja u populaciji medicinskih sestara, tehničara i primalja, koji ističu da su nedovoljna informiranost i educiranost jedna od barijera u pružanju skrbi ženama koje pate od PPD-a, uz organizacijske čimbenike poput velikog radnog opterećenja i nedostatka vremena te osoblja (26,32). Slične rezultate dobila je i Banovac (29) nakon provođenja istraživanja znanja i stavova o PPD-u u hrvatskoj javnosti. Pokazalo se da 80% pripadnika javnosti smatra da bi ovakva kampanja bila od koristi, što pokazuje da je PPD važna tema u javnom zdravstvu koju je potrebno promicati da bi što više žena dobilo adekvatnu skrb na vrijeme.

Ovo je, prema našim spoznajama, prvo istraživanje u Hrvatskoj koje se bavi ispitivanjem znanja i stavova medicinskih sestara i tehničara o PPD-u. Glavne prednosti ovog istraživanja su što je pogodovalo boljem razumijevanju razine znanja i stavova koje medicinske sestre i tehničari zaposleni na različitim radilištima imaju o PPD-u. Međutim, ovo istraživanje ima i nekoliko ograničenja, a to su malen i prigodni uzorak te nejednaka zastupljenost ispitanika u kategorijama razine obrazovanja. Stoga se kao prijedlozi u budućim istraživanjima mogu navesti istraživanje na većem uzorku te istraživanje koje ispituje korelacije između znanja i stavova u odnosu na pojedine aspekte skrbi (npr. procjenu rizika od PPD-a kod žena).

6. ZAKLJUČAK

1. Medicinske sestre i tehničari pokazali su dostatnu razinu znanja o PPD-u te ih je čak 90,3% dalo točne odgovore na 60% ili više pitanja iz upitnika znanja, pa je hipoteza H1 odbačena. Najmanja razina znanja odnosila se na incidenciju PPD-a te je samo 46,1% ispitanika znalo da se PPD pojavljuje kod 10-15% žena.
2. Ne postoji povezanost između veće duljine trajanja radnog staža ispitanika i veće razine njihova znanja o PPD-u. Ispitanici su pokazali približno jednaku razinu znanja bez obzira na radni staž, stoga je hipoteza H2 odbačena.
3. Postoji pozitivna povezanost između radnog staža i stavova ispitanika o PPD-u. Ispitanici s više godina radnog staža imali su statistički značajno pozitivnije stavove u odnosu na ispitanike s manje radnog staža, stoga je hipoteza H3 prihvaćena.
4. Ne postoji povezanost između razine obrazovanja i razine znanja ispitanika. Svi su ispitanici imali približno jednak broj bodova na upitniku znanja, bez obzira na razinu obrazovanja, stoga je hipoteza H4 odbačena.
5. Ne postoji statistički značajna pozitivna povezanost između više razine obrazovanja i pozitivnijih stavova ispitanika, stoga je hipoteza H5 odbačena.

Dakle, suprotno očekivanom, ovo je istraživanje pokazalo dostatnu raznu znanja i pozitivne stavove o PPD-u kod medicinskih sestara i tehničara u Hrvatskoj. Međutim, dodatne edukacije i izrada smjernica za rad sa ženama koje pate od PPD-a mogle bi premostiti jaz uočen u područjima znanja o incidenciji, čimbenicima rizika i liječenju PPD-a i na taj način povećati kvalitetu sestrinske skrbi.

7. LITERATURA

1. Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DKY. Postpartum depression: a disorder in search of a definition. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. Fifth Edition. 2010 [cited 2023 Mar 2];13(1):37–40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4426488/>
2. Stewart DE, Vigod S. Postpartum Depression. *N Engl J Med*. 2016;375:277–86.
3. Andrić DŽ. Postporođajna depresija. *Primaljski vjesnik* [Internet] [Internet]. 2015 [cited 2023 Mar 3];18:33–5. Available from: https://www.komora-primalja.hr/datoteke/PV_18_WEB.pdf
4. Ivančić M. Postpartalni psihički poremećaji. *Primaljski vjesnik* [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 3];30:1–8. Available from: <https://hrcak.srce.hr/file/377744>
5. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2017 [cited 2023 Mar 3];6:60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5561681/#!po=54.3478>
6. Nihal Isik S, Bilgili N. Postnatal Depression: Midwives' and Nurses' Knowledge and Practices. *Erciyes Medical J* [Internet]. 2010 [cited 2023 Mar 4];32(4):265–74. Available from: https://jag.journalagent.com/erciyesmedj/pdfs/EMJ_32_4_265_274.pdf
7. Kang PS, Mohazmi M, Ng YM, Liew SM. Nurses' knowledge, beliefs and practices regarding the screening and treatment of postpartum depression in maternal and child health clinics: A cross-sectional survey. *Malays Fam Physician* [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 4];14(1):18–25. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6612276/#__ffn__sectitle
8. Kurtcu A, Golbasi Z. Postpartum Depression: Knowledge and Opinions of Nurses and Midwives Employed in Primary Health Care Centers. *F U Sag Bil Tıp Derg* [Internet]. 2014 [cited 2023 Apr 4];28(3):93–9. Available from: http://tip.fusabil.org/pdf/pdf_FUSABIL_1007.pdf
9. Bina R, Glasser S, Honovich M, Levinson D, Ferber Y. Nurses perceived preparedness to screen, intervene, and refer women with suspected postpartum depression. *Midwifery*

- [Internet]. 2019 Sep [cited 2023 Apr 4];76:132–41. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.009>
10. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2017 [cited 2023 May 25];6:60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5561681/>
 11. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health* [Internet]. 2019 Jan 29 [cited 2023 May 25];15:174550651984404. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1745506519844044>
 12. Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Postpartum Depression. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023 [cited 2023 May 25]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>
 13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. Fifth Edition. Arlington, USA: American Psychiatric Association; 2013.
 14. Sharma V, Sharma P. Postpartum depression: diagnostic and treatment issues. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2012 May [cited 2023 May 26];34(5):436–42. Available from: [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)35240-9/pdf](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)35240-9/pdf)
 15. Sebastian L. *Overcoming Postpartum Depression and Anxiety*. Third Edition. Nebraska, USA: Addicus Books; 2016.
 16. Anokye R, Acheampong E, Budu-Ainooson A, Obeng EI, Akwasi AG. Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. *Ann Gen Psychiatry* [Internet]. 2018 Dec 9 [cited 2023 May 28];17(1):18. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12991-018-0188-0#citeas>
 17. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, et al. The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depress Anxiety* [Internet]. 2017 Feb [cited 2023 May 28];34(2):178–87. Available from: <https://doi.org/10.1002/da.22597>

18. Hutchens BF, Kearney J. Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2020 Jan 22 [cited 2023 May 28];65(1):96–108. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jmwh.13067>
19. Yin J, Nisar A, Waqas A, Guo Y, Qi WL, Wang D, et al. Psychosocial interventions on perinatal depression in China: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2020 Jun [cited 2023 May 28];271:310–27. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032719336043>
20. Letourneau NL, Dennis CL, Benzies K, Duffett-Leger L, Stewart M, Tryphonopoulos PD, et al. Postpartum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues Ment Health Nurs*. 2012 Jul;33(7):445–57.
21. Menadžment znanja [Internet]. Osijek: Ekonomski fakultet Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku; 2013 [cited 2023 May 30]. Available from: <http://www.efos.unios.hr/poslovni-informacijski-sustavi/wp-content/uploads/sites/216/2013/04/5.-MENAD%C5%BDMENT-ZNANJA.pdf>
22. Ermine J-L. *Knowledge Management: The Creative Loop*. Fifth Edition. London, UK: ISTE Ltd and John Wiley and Sons; 2018.
23. Bohner G, Dickel N. Attitudes and Attitude Change. *Annu Rev Psychol* [Internet]. 2011 Jan 10 [cited 2023 May 31];62(1):391–417. Available from: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131609>
24. Kang PS, Mohazmi M, Ng YM, Liew SM. Nurses' knowledge, beliefs and practices regarding the screening and treatment of postpartum depression in maternal and child health clinics: A cross-sectional survey. *Malays Fam Physician* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 2];14(1):18–25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6612276/>
25. Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. Australian midwives' attitudes towards care for women with emotional distress. *Midwifery* [Internet]. 2012 Apr [cited 2023 Jun 2];28(2):216–21. Available from: 10.1016/j.midw.2010.12.008
26. Noonan M, Jomeen J, Galvin R, Doody O. Survey of midwives' perinatal mental health knowledge, confidence, attitudes and learning needs. *Women and Birth*. 2018 Dec 1;31(6):e358–66.

27. Mivšek AP, Hundley V, Kiger A. Slovenian midwives' and nurses' views on post-natal depression: an exploratory study. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2008 Sep [cited 2023 Jun 3];55(3):320–6. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00620.x>
28. Phoosuwan N, Lundberg PC. Knowledge, attitude and self-efficacy program intended to improve public health professionals' ability to identify and manage perinatal depressive symptoms: a quasi-experimental study. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 Dec 30 [cited 2023 Jun 4];20(1):1926. Available from: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-10086-9>
29. Banovac L. Istraživanje stavova javnosti o postporođajnoj depresiji [Završni rad]. [Split]: Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu; 2022. Prema: Branquinho M, Canavarro MC, Fonseca A. Knowledge and attitudes about postpartum depression in the Portuguese general population. *Midwifery*. 2019;77:86-94.
30. Makhmutova E. Assessment of Nurses Knowledge of Postpartum Depression [Diplomski rad]. [Finska]: JAMK University of Applied Sciences; 2020.
31. Afolayan JA, Onasoga OA, Rejuaro FM, Gambari YAR, Onuabueke C. Knowledge of Postpartum Depression and its Associated Risk Factors Among Nurse-Midwives in a Nigerian Tertiary Hospital. *Sierra Leone Journal of Biomedical Research* [Internet]. 2016 Dec 31 [cited 2023 Jun 6];8(2):54. Available from: [10.4314/sljbr.v8i2.7](https://doi.org/10.4314/sljbr.v8i2.7)
32. Chen SM, Konkle AT. Scoping Review of the Effects of Dietary Supplements on Postpartum Depression. *Journal of Health and Medical Sciences* [Internet]. 2020 Jun 30 [cited 2023 Jun 6];3(2). Available from: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3637084

PRIVITAK A – Popis ilustracija

Popis slika:

Slika 1. Prikaz strukture ispitanika u odnosu na dob	14
Slika 2. Prikaz strukture ispitanika u odnosu na duljinu radnog staža	15
Slika 3. Prikaz strukture ispitanika u odnosu na razinu obrazovanja	16
Slika 4. Prikaz strukture ispitanika u odnosu na bračni status	17
Slika 5. Prikaz strukture ispitanika u odnosu na mjesto zaposlenja	17
Slika 6. Prikaz strukture ispitanika u odnosu na status roditeljstva	18
Slika 7. Prikaz odgovora ispitanika u odnosu na to koliko je vremena prošlo od rođenja posljednjeg djeteta	19
Slika 8. Prikaz razine znanja ispitanika u odnosu na ukupni broj točnih odgovora	21
Slika 9. Odnos razine znanja o PPD-u i duljine trajanja radnog staža ispitanika	22
Slika 10. Odnos duljine radnog staža i razine znanja ispitanika prema broju ostvarenih bodova	23
Slika 11. Prikaz odnosa prosječno ostvarenog broja bodova ispitanika u odnosu na njihovu razinu obrazovanja	24
Slika 12. Prikaz udjela pozitivnih, neutralnih i negativnih stavova ispitanika o PPD-u	27
Slika 13. Prikaz strukture stavova ispitanika o PPD-u s obzirom na radni staž	28
Slika 14. Prikaz prosječnih vrijednosti stavova u odnosu na duljinu radnog staža (veće vrijednosti = negativniji stavovi)	29
Slika 15. Prikaz strukture stavova ispitanika o PPD-u u odnosu na njihovu razinu obrazovanja	30
Slika 16. Prikaz prosječnih vrijednosti stavova u odnosu na razinu obrazovanja ispitanika (veće vrijednosti = negativniji stavovi)	31
Slika 17. Prikaz udjela ispitanica koje su imale PPD	32
Slika 18. Prikaz udjela ispitanika u odnosu na to poznaju li nekoga tko je imao PPD	33
Slika 19. Prikaz podataka o tome koga ispitanici poznaju, a da je patio od PPD-a	33
Slika 20. Prikaz odgovora ispitanika u odnosu na to misle li da bi kampanja o podizanju svijesti i širenju informacija o PPD-u bila korisna	34

Popis tablica:

Tablica 1. Prikaz pitanja i točnih odgovora ispitanika povezanih s varijablom znanje	20
Tablica 2. Prikaz stupnja slaganja ispitanika sa svakom česticom iz upitnika stavova	26

PRIVITAK B – Anketni upitnik „Znanja i stavovi medicinskih sestara i tehničara o postpartalnoj depresiji“

Istraživanje znanja i stavova medicinskih sestara/tehničara o postpartalnoj depresiji

Poštovane kolegice i kolege,

molimo vas da izdvojite 10-ak minuta vašeg vremena kako biste ispunili anketni upitnik o znanju i stavovima medicinskih sestara/tehničara o postpartalnoj depresiji. Istraživanje se provodi u svrhu izrade i obrane diplomskog rada na Sveučilišnom diplomskom studiju sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci.

Anketni upitnik nije potrebno potpisivati te je anonimn. Sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno, a u svakom trenutku možete odustati od ispunjavanja upitnika. Molimo vas da na pitanja odgovarate što sponatnije i iskrenije kako bi istraživanje moglo biti što kvalitetnije.

Za sve dodatne informacije, nedoumice ili nejasnoće stojimo vam na raspolaganju.

Unaprijed vam zahvaljujemo na pomoći i suradnji,

Studentica diplomskog studija Kristina Mržljak, bacc. med. techn.

Kontakt: kristina.mrzljak31@gmail.com

Mentor: izv. prof. dr. sc. Željko Jovanović, dr. med., mr. oec.

Kontakt: zeljko.jovanovic@uniri.hr

Dob *

Vaš odgovor

Spol *

muški

ženski

Koja je vaša najviša završena razina obrazovanja? *

Srednja škola

Preddiplomski studij

Diplomski studij

Poslijediplomski studij

Koliko godina radnog staža imate? *

0-10 godina

11-20 godina

21-30 godina

31 godina i više

Gdje radite? *

Klinički bolnički centar, Klinička bolnica

Opća bolnica

Dom zdravlja

Nezaposlen/a

Ostalo: _____ (npr. dječji vrtić, njega u kući, dom za starije i nemoćne, itd.)

Bračni status *

Slobodan/na

U vezi

U braku

Razveden/na

Udovac/ica

Imate li djecu? *

Da

Ne

Ako imate djecu, koliko je prošlo od posljednjeg porođaja? (Upišite samo broj godina, npr. 5)*

Vaš odgovor

Za sljedeće izjave označite smatrate li da je njihov sadržaj točan, netočan ili ne znate: *

Učestalost postporođajne depresije u Hrvatskoj je 10-15%.

Teška tuga i razdražljivost koje traju duže od 15 dana simptomi su postpartalne depresije.

Podrška obitelji i prijatelja dovoljna je za prevladavanje postpartalne depresije.

Postpartalna depresija uglavnom je uzrokovana hormonskim promjenama.

Postpartalna depresija postoji samo kada žene pomisle na samoubojstvo.

Psihološka pomoć učinkovita je u liječenju postpartalne depresije.

Žene koje razviju simptome depresije ili anksioznosti tijekom trudnoće vjerojatnije će razviti postpartalnu depresiju.

Žene s postpartalnom depresijom mogu jednako kao i druge žene ispunjavati potrebe svoga djeteta.

Liječenje postpartalne depresije zahtijeva stručnu pomoć.

Negativne misli o djetetu ili o mogućnosti da ga se povrijedi česte su u postpartalnoj depresiji.

Postpartalna depresija obično ne utječe na apetit i san žene.

Žene s postpartalnom depresijom teže ispunjavaju potrebe partnera i druge djece.

Liječnik obiteljske medicine ne može pomoći ženi s postpartalnom depresijom.

Postpartalnu depresiju mogu razviti samo žene s poviješću psihičkih problema (depresija, anksioznost) ili one koje nisu željele zatrudnjeti.

Korištenje vitamina i dodataka prehrani učinkovit je tretman za postpartalnu depresiju.

Molimo Vas da kod sljedećih izjava označite svoj stupanj suglasnosti: 1 – U potpunosti se ne slažem; 2 – Uglavnom se ne slažem; 3 – Niti se slažem niti se ne slažem; 4 – Uglavnom se slažem; 5 – U potpunosti se slažem:

Normalno je imati postpartalnu depresiju nakon rođenja djeteta.

Žene s postpartalnom depresijom ne mogu biti dobre majke.

Postpartalna depresija nije ozbiljan problem.

Pojam „postpartalna depresija“ opisuje umor i druge normalne poteškoće nakon rođenja djeteta.

U ženinoj je prirodi znati kako se brinuti o djetetu.

Žene s postpartalnom depresijom ne vole dovoljno svoje dijete.

Žene imaju postpartalnu depresiju radi nerealnih očekivanja o tome kako se brinuti za dijete.

Postpartalna depresija nije postojala u prethodnim generacijama.

Postpartalna depresija nije znak slabosti.

Žene imaju postpartalnu depresiju jer nisu spremne podnijeti žrtvu potrebnu za brigu o djetetu.

Postpartalna depresija nestat će s vremenom, kako dijete bude raslo.

Ako je žena odlučila imati dijete, razvijanje postpartalne depresije je neopravdano.

Žene ne mogu odabrati hoće li razvit i postpartalnu depresiju.

Žene s postpartalnom depresijom trebale bi biti dovoljno jake da se nose s njom, čak i bez liječničke pomoći.

Žene razvijaju postpartalnu depresiju jer nisu bile spremne postati majke.

Bolje je da drugi ljudi ne znaju da žena ima postpartalnu depresiju.

Nakon porođaja, sve žene bi trebale otići na procjenu za depresiju.

Imate li osobnog iskustva s postpartalnom depresijom (jeste li vi bolovali od postpartalne depresije)? *

Da

Ne

Poznajete li nekoga tko pati ili je patio od postpartalne depresije? *

Da

Ne

Ako poznajete osobu koja je imala/ima postpartalnu depresiju, tko je to bio? *

Članica moje uže obitelji

Članica moje šire obitelji

Prijateljica

Poznanica

Kolegica

Ne poznajem nikoga

Jeste li se ikada susreli s informativnim kampanjama vezanim uz postpartalnu depresiju (primjerice na društvenim mrežama, u medijima, domovima zdravlja)? *

Da

Ne

Molimo Vas da kod sljedeće izjave označite svoj stupanj suglasnosti: 1 – U potpunosti se ne slažem; 2 – Uglavnom se ne slažem; 3 – Niti se slažem niti se ne slažem; 4 – Uglavnom se slažem; 5 – U potpunosti se slažem *

U Hrvatskoj bi kampanja o podizanju svijesti i širenju informacija o postpartalnoj depresiji bila korisna.

Hvala vam na sudjelovanju!

ŽIVOTOPIS

Zovem se Kristina Mržljak. Rođena sam 10. prosinca 1984. godine u Karlovcu. Osnovnu školu, a potom srednju medicinsku školu završila sam u Karlovcu.

2017. godine upisala sam preddiplomski Sveučilišni studij sestrinstva u Puli, nakon čega svoje obrazovanje nastavljam na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci, na Sveučilišnom diplomskom studiju sestrinstva, smjer Promicanje i zaštita mentalnog zdravlja.

Svoj sedamnaestogodišnji radni staž započela sam u zdravstvenoj njezi u kući, a potom u ambulanti obiteljske medicine. Od 2015. godine radim u Općoj bolnici Pula, u Službi za ginekologiju i opstetriciju, a od 2016. godine do danas zaposlena sam na Odjelu neonatologije.