

UTJECAJ POSTPARTALNE DEPRESIJE NA MENTALNO ZDRAVLJE ŽENA I DOJENJE

Kok-Petrak, Roberta

Master's thesis / Diplomski rad

2020

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:184:575990>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-17**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVO
MENADŽMENT U SESTRINSTVU

Roberta Kok-Petrak

**UTJECAJ POSTPARTALNE DEPRESIJE NA MENTALNO
ZDRAVLJE ŽENA I DOJENJE**

Diplomski rad

Rijeka, 2020

SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVO
MENADŽMENT U SESTRINSTVU

Roberta Kok-Petrak

**IMPACT OF POSTPARTAL DEPRESSION ON MENTAL HEALTH OF WOMEN
AND BREASTFEEDING**

Diplomski rad

Rijeka, 2020

Mentor diplomskog rada:

Rad obranjen dana:

Pred Povjerenstvom u sastavu:

1.....

2.....

3.....

Izješće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

| | |
|------------------------|--|
| Sastavnica | SVEUČILIŠTE U RIJECI- FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA RIJEKA |
| Studij | DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO – MENADŽMENT U SESTRINSTVU |
| Vrsta studentskog rada | DIPLOMSKI RAD |
| Ime i prezime studenta | ROBERTA KOK-PETRAK |
| JMBAG | 351008312 |

Podatci o radu studenta:

| | |
|-------------------------------|--|
| Naslov rada | UTJECAJ POSTPARTALNE DEPRESIJE NA MENTALNO ZDRAVLJE ŽENA I DOJENJE |
| Ime i prezime mentora | Radoslav Kosić/ Prof.dr.sc. Daniela Malnar |
| Datum predaje rada | 20.08.20 |
| Identifikacijski br. podneska | 1374274648 |
| Datum provjere rada | 26.08.20 |
| Ime datoteke | Roberta_diplomski.doc |
| Veličina datoteke | 194.5K |
| Broj znakova | 50464 |
| Broj riječi | 8626 |
| Broj stranica | 49 |

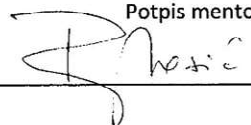
Podudarnost studentskog rada:

| | |
|-----------------|-------|
| Podudarnost (%) | 4,00% |
| Internet Source | 4,00% |

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

| | |
|--|--|
| Mišljenje mentora | |
| Datum izdavanja mišljenja | |
| Rad zadovoljava uvjete izvornosti | <input checked="" type="checkbox"/> Da |
| Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti | <input type="checkbox"/> |
| Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno) | Nakon provjere izvornosti rada pomoću programa Turnitin, dobivena je podudarnost od 4%. Može se zaključiti da je Diplomski rad izvorni rad studentice. |

Datum
26. kolovoza 2020.

Potpis mentora


Zahvala

Zahvalu upućujem višem predavaču Radoslavu Kosiću, prof. rehab. na savjetovanju, strpljenju i pomoći u izradi ovog diplomskog rada. Zahvaljujem također prof. dr. sc. Danieli Malnar, dr. med. na komentorstvu.

Posebnu zahvalu upućujem mojoj obitelji na bezuvjetnoj podršci i razumijevaju, što su vjerovali u mene i bili mi motivacija da uspješno završim ovaj studij.

Zahvaljujem se svojoj dragoj kolegici Zvonki Bobinac s kojom sam dijelila studentske dane, koja mi je bila izuzetna podrška i veliki prijatelj tijekom školovanja.

Zahvaljujem se svim djelatnicima Službe za ginekologiju i opstetriciju Opće bolnice Karlovac na podršci i razumijevanju tijekom stjecanja ove naobrazbe.

SADRŽAJ:

| | |
|--|----|
| Zahvala | 5 |
| 1. UVOD | 1 |
| 1.1. Postporođajna depresija | 3 |
| 1.1.1. Obilježja postpartalne depresije | 5 |
| 1.1.2. Čimbenici rizika za nastanak postpartalne depresije..... | 7 |
| 1.2. Anksioznost..... | 9 |
| 1.3. Dojenje i postpartalna depresija | 10 |
| 1.4. Utjecaj dojenja na mentalno zdravlje žene..... | 11 |
| 2. CILJ RADA..... | 12 |
| 2.1. Hipoteza | 12 |
| 3. ISPITANICI I METODE | 13 |
| 3.1. Ustroj istraživanja | 13 |
| 3.2. Ispitanici | 13 |
| 3.3. Etičnost ispitivanja | 13 |
| 3.4. Metode istraživanja i mjerni instrument..... | 13 |
| 4. REZULTATI..... | 15 |
| 4.1. Upitnik demografskih podataka | 15 |
| 4.2. Distribucija rezultata na Beckovom inventaru depresije-II (BDI-II) Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana. | |
| 4.3. Distribucija rezultata na Beckovoj skali za anksioznost | 23 |
| 4.4. Testiranje hipoteza | 24 |
| 5. RASPRAVA..... | 25 |
| 6. ZAKLJUČAK | 28 |
| 7. SAŽETAK..... | 29 |
| 8. SUMMARY | 30 |

| | |
|---|----|
| 9. LITERATURA..... | 31 |
| 10. POPIS SLIKA, TABLICA I GRAFIKONA..... | 33 |
| 10.1. Slike..... | 33 |
| 10.2. Tablice..... | 33 |
| 10.3. Grafikoni | 33 |
| 11. ŽIVOTOPIS | 34 |
| 12. PRILOZI..... | 36 |
| 12.1. Upitnik..... | 36 |
| 12.2. BDI upitnik..... | 37 |
| 12.3.Beckova skala za anksioznost | 41 |

1. UVOD

Žene u trudnoći doživljavaju niz fizičkih i psiholoških promjena. Željena trudnoća je pozitivan događaj koji ženu ispunjava, širi radost, zadovoljstvo i sreću. Pogotovo ukoliko se žena želi ostvariti kao majka. Čak i kod veoma željenih trudnoća prisutan je strah od mogućih komplikacija, malformacija ploda, budućih problema u roditeljstvu, problema s dojenjem i općenito brigom o novorođenčetu. Na mentalno zdravlje žena u trudnoći, tijekom poroda i daljnjoj brizi o novorođenčetu utječe niz faktora kao što su:

- značenje majčinstva na osobnoj razini sustava vrijednosti
- kvaliteta partnerskog odnosa
- doživljavanje trudnoće kao pozitivno ili negativno
- doživljavanje trudnoće na osobnoj razini: prirodan završetak trudnoće ili nešto potencijalno opasno po život
- negativna ranija iskustva iz prijašnjih trudnoća.

Sve navedeno može dovesti do osjećaja stresa, anksioznosti i depresije, a oni jako utječu na period trudnoće. Da bi se žena ostvarila kao majka i u toj ulozi ona u svome psiho seksualnom razvoju mora proći separaciju od primarne obitelji kako bi ostvarila neovisni identitet. Kada se promatra obitelj i njen aspekt, vidljivo je da postoje određeni ponavljajući obrasci ponašanja. Trudnoća je veoma stresno razdoblje za žene i može imati značajne emocionalne i fizičke posljedice, promatrano u cjelini, ona štiti ženu od mentalnih bolesti.

Emocionalno povezivanje buduće majke i ploda počinje odmah po saznanju da je žena trudna, a u drugom tromjesečju žena dobiva priliku pomicanjem ploda napraviti i fizičku interakciju s plodom. Buduća majka u trudnoći projektira niz svojih želja i strahova za budućnost na plod. U trudnoći dolazi i do promjena u seksualnom životu žene od pojačanog nagona koji se povezuje sa vazokongestijama u zdjelici do potpunog gubitka želje za seksualnim odnosima. To u velikoj mjeri utječe na partnerski odnos i uzrokuje negativne osjećaje. Trudnoća kod žena utječe na fizičko stanje, tijelo im postaje strano, dešavaju se promjene koje utječu na samopouzdanje, a postoji i subjektivni osjećaj da nose drugo biće u sebi te zbog toga dolazi do opadanja želje za seksualnim odnosima. Kasniji stadiji trudnoće utječe ne samo na fizičke promjene koje su sad već očite: žena se teže kreće, dolazi do oticanja ekstremiteta, lošeg spavanja, već i psihički identitet jer žena postaje svjesna ploda u sebi i da će u veoma kratkom roku postati majka i to utječe na njen identitet. Ne može se zanemariti ni to da ako je trudnoća

bila teška žena može porod shvaćati kao olakšanje. Nasuprot tome ako je trudnoća bila ugodna i žena se dobro osjećala porod za nju može u psihološkom smislu značiti i gubitak.

Samim porodom započinje i osjećaj konfuzije u ženinom identitetu čak i ako je porod dobro prošao. Postpartalno vrijeme je za žene veoma osjetljivo razdoblje u kojem su one jako ranjive. U samim trenucima poroda može doći do reaktivacije ranijih konflikta u njenom samom identitetu, sa partnerom ili sa obitelji. Bol koju će proći je isključivo njena i ne može je podijeliti ni sakime. Mnoge žene dobiju i osjećaj »padanja u drugi plan«. Nakon poroda postaju samo ime, sobu dijeli s drugim nepoznatim ženama, suočene sa poteškoćama dojenja, mogućim nastankom mastitisa, postpartalne boli, a može doći i do rascjepa vizije idealnog materinstva od onog stvarnog. Određene promjene u partnerstvu koje su se dogodile već za vrijeme trudnoće, pogotovo ako partner ne pruža dovoljnu podršku, odnos nakon poroda mijenja sve, možemo reći i zauvijek jer ženi koja doživljava majčinstvo kao potpuno ostvarenje prioriteta se mijenjaju. Do poroda oba partnera pažnju usmjeravaju jedan prema drugome, a sada se to mijenja, njihovu pažnju okupira novi član obitelji. Postaju odgovorni i moraju se brinuti za novorođenče pa ukoliko nemaju usklađene stavove doći će raskola u partnerstvu. Angažiranost partnera oko novorođenčeta uvelike utječe na psihičko stanje žene. Partner koji sudjeluje omogućuje ženi osjećaj povjerenja, sigurnosti i razumijevanja te će se ona moći brže prilagoditi na sve novonastale situacije. Nasuprot tome partner koji nije prisutan u ranom postpartalnom razdoblju i ne pruža dovoljno podrške može biti okidač za nastanak niza psihičkih smetnji u kojem stradavaju žena, dijete i obitelj. Majčinstvo za žene koje imaju uspješnu karijeru može predstavljati i svojevrsno nezadovoljstvo. Neovisno o tome što se radi o željenoj trudnoći i nema nedostatka ljubavi prema djetetu, žene mogu postpartalni period doživjeti kao nazadovanje u karijeri, dok partneri i dalje napreduju na svom poslu, djeca sada postaju centar pažnje pa se kod žene javlja osjećaj da više osim »dojenja i mijenjanja pelena« nemaju svrhu. Jako je bitno naglasiti jačanje obiteljskih veza i međusobni partnerski odnos koji utječe na plan brige oko djeteta, a ima za cilj stvoriti neophodnu zdravu atmosferu za rast i razvoj novorođenog djeteta (1).

Trudnoća i postpartalni period je vrijeme kada uz fizičke i emotivne promjene može doći do raznih razvoja kriza. Subjektivni osjećaj da je žena dobra majka često je povezan i sa odnosom s vlastitom majkom, ukoliko je odnos kvalitetan neće doći do osjećaja manjka vrijednosti kod žene, s druge strane ukoliko je narušen može doći do pretjeranog osjećaja ambicije u kojem žena ima osjećaj da mora »sve i da sve mora sama napraviti«. Osjećaj ambivalentnosti prema trudnoći, anksioznost, pretjerana zabrinutost za zdravlje djeteta, pretjerana zabrinutost za

budućnost i prekomjeren strah nisu neuobičajeni za žene koje prvi puta postaju majke. U koliko nemaju osobu od povjerenja kojoj mogu verbalizirati svoje strahove i emocije može doći do velikih psihičkih problema.

Psihološki problemi i promjene raspoloženja kod nekih žena mogu biti povezani i sa jakim mučninama, povraćanjem, boli u grudima. Kasnije se na te neugode nadoveže i strah od samog poroda, razne priče o strašnim porođajnim mukama, problemima s dojenjem te je zbog toga jako važno na vrijeme educirati trudnice o tim promjenama koje su često tema razgovora u okruženju u kojem se one kreću. U trudnoći i postpartalnom periodu simptomi anksioznosti nisu neobični, ipak ne bi smjeli uključivati napade panike, stalno nisko raspoloženje sa osjećajem krivice, nisko samopoštovanja, psihomotornu agitaciju te suicidalne misli. Na ove osjećaje posebno su osjetljive žene mlađe životne dobi, samohrane majke i nezaposlene žene. Vlastite potrebe mogu nadjačati potrebe novorođenčadi zato je izuzetno važno rano uočavanje potreba i planiranje edukacije kod te rizične skupine. Potrebno je pomoći ženama da se bolje adaptiraju i odgovore na sve izazove majčinstva. Kod starijih prvorođakinja javlja se idealiziranje majčinstva zbog duge želje za djetetom, pa kada san nije kompatibilan sa realnošću dolazi do raskola emocija, stresa, depresije i osjećaja manje vrijednosti. Sljedeća osjetljiva skupina su roditelje koje su imale teške trudnoće, odnosno opterećene opterističke anamneze u vidu gubitka prijašnjih trudnoća, visokorizičnih trudnoća ili komplikacija u samom porodu.

1.1. Postporođajna depresija

Još od doba Hipokrata opisani su poremećaji raspoloženja i psihičke promjene koje su žene imale u postpartalnom razdoblju i za vrijeme dojenja. Davne 1858. godine objavljen je rad o »porodiljinoj mentalnoj bolesti« koji je objavio Louis-Victor Marcé gdje je opisivao stanje ludila u trudnoći, postpartalnom razdoblju i dojenju. U radu je Louis-Victor Marcé opisivao kako roditelje i žene koje doje imaju simptome mentalnih poremećaja ili kombinaciju simptoma mentalnih poremećaja koji se razlikuju od normalnih funkcionalnih obrasca te bi se te promjene trebale klasificirati kao zasebna dijagnoza (2). Međutim, među znanstvenicima nedostajalo je suglasnosti o definiciji depresije kod žena nakon poroda sve do kraja dvadesetog stoljeća. Napredak na tom polju dešava se kada Velika Britanija počinje razlikovati postpartalne mentalne poremećaje od ostalih mentalnih bolesti, ali u Americi se postpartalna depresija opisuje kao bezopasna, kratkotrajna tuga popularno nazvana »baby blues« ili pak emotivna ili shizofrena epizoda (2). Nezadovoljni tom terminologijom kliničari i istraživači počinju se zalagati da postpartalna depresija postane klinička dijagnoza i postane prepoznata od zdravstvenog sustava. Tako je 1994. u Americi u četvrtom izdanju Dijagnostičkog i statističkog

priručnika mentalnih poremećaja (DSM-IV) postpartalna depresija priznata kao klinička dijagnoza koja napokon potvrđuje prisutnost stresa kod nekih žena u postpartalnom periodu. Izvan DSM-a postpartalna depresija je poznata i kao:

- postpartalna tuga koja se definira kao blaga i kratkotrajna bolest
- postpartalna depresivna epizoda većeg ili manjeg depresivnog poremećaja
- postpartalna rijetka psihoza, kao akutna psihijatrijska dijagnoza (3).

Uključivanje screeninga mentalnog zdravlja i sklonosti prema prepoznavanju postpartalne depresije u primarnoj skrbi za trudnice i žene u postpartalnom periodu postaju sve češća praksa u svijetu. Uočavajući da je postpartalna depresija pitanje koje treba veću pozornost u Australiji i na Novo Zelandu objavljene su nacionalne preporuke u kojima se traži odgovornost i svjesnost zdravstvenih radnika da prepoznaju rizike postpartalne depresije. Za to je potrebno znanje kojim se mogu identificirati takova stanja i poduzeti odgovarajući koraci za liječenje potrebitih žena. Analogno tome Norveška podržava inicijative zdravstvenih radnika usmjerene na očuvanju mentalnog zdravlja u postpartalnom razdoblju žena, a Amerika je 2010. godine odobrila Zakon o zaštiti i zbrinjavanju bolesnika koji ima smjernice za pružanje podrške oboljelim ženama od postpartalne depresije i podršku u daljnjim istraživanjima (4).

Kako bi se uvela što bolja strategija za mentalnu skrb u zemljama u razvoju, Svjetska zdravstvena organizacija ocijenila je da korištenje kratkih valjanih alata za screening učinkovito pomažu u otkrivanju žena sklonih postpartalnoj depresiji. Nažalost većina screeninga, istraživanja i liječenja postpartalne depresije ograničena je samo na zapadne zemlje. Fiziologija ljudske trudnoće jednaka je u svim dijelovima svijeta, na ženu i njeno iskustvo trudnoće uvelike utječu kulturalni faktori. Neke kulture ne prepoznaju, niti priznaju postpartalnu depresiju pa žene skrivaju svoje osjećaje. Od njih se očekuje određeno ponašanje nakon poroda. Kada bi se postpartalna depresija univerzalno priznala uvelike bi pomogla ženama u primitivnim kulturama i zemljama trećeg svijeta. U liječenju postpartalne depresije nužna je sinkronizacija svih od liječnika, psihijatra, psihologa, ostalog zdravstvenog osoblja, obitelji, bliskih osoba s ciljem da svojim zajedničkim djelovanjem pomognu ženi da se izliječi i nastavi svoj život podjednakom kvalitetom kao i prije poroda. Prepoznavanje postpartalne depresije i upućivanje žena na pravovremeno liječenje prvi je korak u tom smjeru (5). Homles je u svojem istraživanju provedenom 2008. godine predviđao da će depresija postati druga po učestalosti svih uzroka bolesti, uključujući i fizičke i psihičke bolesti, u koje ulazi i postpartalna depresija (6). Retrospektivna istraživanja na trenutno stanje na svjetskoj razini sigurno će potvrditi tu tvrdnju

posebice ukoliko se uzme u obzir i trenutna pandemija, socijalna izolacija i time što su sve inače velike životne situacije skoro pa stavljene u drugi plan.

U postpartalnoj depresiji žena može osjećati da je nesposobna, da ima nedostatak »majčinskih osjećaja«, može se i neprijateljski ponašati prema novorođenčetu ili imati strah da će ga ozlijediti. Roditeljstvo je svojevrsan izraz narcisoidnosti koje paralelno zahtjeva i nadilaženje tog osjećaja, žene mogu biti ponosne na sebe kako su iznijele trudnoću i porod moraju zatomiti te osjećaje kako bi stavile potrebe svog novorođenčeta ispred sebe (7).

Procjenjuje se da će jedna od deset žena u prvoj godini nakon poroda imati znakove depresije najčešće pod utjecajem velikih hormonalnih promjena. Znakovi depresije mogu varirati od potpune potištenosti do psihoza. Smatra se da žene koje su sklonije hormonalnom disbalansu češće obolijevaju od postpartalne depresije. Istraživanje na Sveučilištu Virginia Commonwealth pokazalo je da je moguće da postoje geni koji mijenjaju rizik za depresiju pogotovo kada su u reakciji sa spolnim hormonima čije je lučenje izrazito nakon poroda. Prisutnost takvog gena češće utječe na žene jer muškarci nemaju tako velike hormonalne oscilacije kao što imaju žene u padu estrogena po porodu, čiji se pad i povezuje sa postpartalnom depresijom. U trudnoći žena ima obilje estrogena koje je na neki način čuvaju od stresa i koče njegove posljedice, a po porodu se te kočnice deaktiviraju i nastupa silna navala emocija (8).

1.1.1 Obilježja postpartalne depresije

Žene su nakon poroda, u svom postpartalnom razdoblju podložne riziku depresije. Postpartalna depresija se definira kao ne psihotična depresija koja se javlja unutar prve godine od poroda, uzrokuje poremećaj raspoloženja i oštećuje radost i sreću novih majki (9). Ovaj problem je prepoznat na međunarodnoj razini problema javnog zdravstva, a prema nekim istraživanjima zahvaća od 10-20% svih žena koje su rodile(10). Ako se ne prepozna i ne liječi ovo stanje ima poguban utjecaj ne samo na ženu i dijete već sve društvene i obiteljske odnose, funkcionalni status, sposobnost žene da skrbi o djetetu i samoj sebi i signifikantno povećava mogućnost samoozljeđivanja i/ili ozljeđivanja djeteta. Frapantna je činjenica da je čak 20% samoubojstva majki u prvoj godini nakon poroda (4). Uočeno je da dijete čija majka ima postpartalnu depresiju ima povećani rizik za zdravstvene, razvojne i kognitivne poteškoće (11).

Klinički tijek postpartalne depresije može biti sličan depresiji koja se može pojaviti u svakom životnom razdoblju žene, a razlikuje se po aspektima fizioloških promjena i vremenu u kojem se pojavljuje. Procjenjuje se da oko 80% žena ima simptome poremećaja raspoloženja

neposredno po porodu, i to dapače specifične za depresiju kao što je gubitak energije, poremećaj spavanja, gubitak apetita (3). Ovi tipični simptomi depresije otežavaju razlikovanje prepoznavanja postpartalne depresije koja utječe na brigu i skrb za novorođenče od kliničke depresije. U trudnoći je veoma bitno i ponašanje partnera prema trudnici, kao i sveukupan odnos među ostalim članovima obitelji. Normalna trudnoća, iako se ubraja u važne životne događaje ima blag utjecaj na ženino mentalno zdravlje i štiti je od mogućeg razvoja psihičkih poremećaja u usporedbi s drugim životnim razdobljima. No treba imati u vidu da čak dvije trećine trudnica pokazuju neke psihološke poremećaje, pogotovo u prvom i trećem razdoblju trudnoće u vidu depresije, promjenama raspoloženja, anksioznosti i razdražljivosti (5).

Neposredno po porodu dolazi do poremećaja raspoloženja zbog hormonalne neravnoteže zbog pada estrogena i progesterona koji su povezan s neurotransmitterom serotoninom koji regulira raspoloženje (12). Ovaj vid promjene raspoloženja doživjet će oko 80% žena, sa simptomima prikazanih u slici 1 i većina tih »emotivnih ispada« bit će ignorirana od strane okoline jer se smatra da je to takozvani »baby blues« koji je prolazan i neće ostaviti posljedice.



Slika 1. Simptomi »baby bluesa

Izvor: R.K.P.

Ovi simptomi mogu trajati i samo nekoliko dana no ukoliko potraju ili dovedu do velikih promjena raspoloženja onda se mora uzeti u obzir da žena boluje od postpartalne depresije. Navedeni »baby blues« i prava postpartalna depresija se razlikuju po trajanju i intenzitetu.

Ukoliko gore navedeni simptomi traju duže od dva tjedna to se smatra postpartalnom depresijom, i smatra se da će zahvatiti od 10 do 20% svih roditelja. Žene koje dožive postpartalnu depresiju izgledaju zbunjeno, imaju osjećaj da nisu dobre majke što utječe na stvaranje odnosa sa novorođenčeta, imaju nisko samopoštovanje, pretjerano su zabrinute za razvoj bebe ili totalno apatične, odnos s partnerom je narušen (12). Simptomi postpartalne depresije su šaroliki što je vidljivo u slici 2. i pojavljuju se unutar godine dana od rođenja djeteta.

| |
|--|
| bespomoćnost |
| tuga |
| nisko samopouzdanje |
| osjećaj krivnje |
| osjećaj preokupiranosti |
| poteškoće u spavanju i jelu |
| nemogućnost opuštanja |
| iscrpljenost |
| osjećaj praznine |
| socijalna povučенost |
| osjećaj manjka energije |
| nisku toleranciju na frustracije |
| osjećaj neadekvatnosti u brizi za dijete |
| smanjena mogućnost komunikacije |
| osjećaj ljutnje prema drugima |
| povećana anksioznost |
| smanjena potreba za seksualnim odnosom |

Slika 2. Simptomi postpartalne depresije

Izvor: R.K.P.

Uz depresiju često nadovezuje se i anksioznost i kako bi se ženama pružila što bolja zdravstvena pomoć potrebno je stvoriti profesionalni odnos te educirati i obitelj kako bi bila sposobna pružiti adekvatnu podršku. Također je važno da zdravstveno osoblje radi na stalnom educiranju i osvješćivanju trudnica da ne ignoriraju pojavu simptoma, da verbaliziraju svoje osjećaje i da potraže pomoć.

1.1.2. Čimbenici rizika za nastanak postpartalne depresije

Etiologija nastanka postpartalne depresije nije točno utvrđena, no postoje neki poznati čimbenici rizika kao što je niži socio-ekonomski status, obrazovanje, depresivne epizode i prije trudnoće, zlouporaba opijata, nedostatak socijalne podrške, žene koje ne iznesu trudnoću do

termina (13). Tako se kod žena koje žive u siromaštvu i imaju manja primanja postpartalna depresija pojavljuje do četiri puta više, stoga se socio-ekonomski status smatra i jednim od najčešćih čimbenika rizika, no kako ne postoji pojedinačni razlog nastanka postpartalne depresije, istraživanja su identificirala skupne čimbenike rizika kao što su:

- hormonalni poremećaj
- nisko samopoštovanje
- umor
- prenatalna depresija
- prenatalna anksioznost
- narušeni partnerski odnosi
- povijest depresije
- loš socio-ekonomski status
- subjektivan osjećaj bolnog i dugotrajnog poroda
- stresni životni događaji u peripartalnom i postpartalnom tijeku
- adolescentna trudnoća
- »idealiziranje« majčinstva
- prethodna ovisnost žene
- prerani porod u kombinaciji sa bolesti djeteta
- neželjena trudnoća (7,9).

Ovi čimbenici rizika nisu ultimativni i njihovo prisustvo ili odsustvo ne znači da će se razviti postpartalna depresija. Oni mogu služiti kao prediktor potencijalnog nastanka bolesti i pomoći zdravstvenom osoblju u ranom prepoznavanju potencijalnih problema. Njihovo djelovanje je preventivno, te osiguravaju pružanje socijalne podrške, pomažu kroz period stvaranja profesionalnog povjerenja, te osiguravaju dobru podlogu u edukaciji žene i njihovih partnera.

Istraživanja koja su se do sada bavila emocionalnim potrebama žena nakon poroda pokazala su da im je bitno da dobiju osjećaj da ih okolina razumije, da imaju razgovor sa osobom koja je prošla iste i/ili slične osjećaje te se oporavila od postpartalne depresije. Suosjećajnost je bila najviše rangirana potreba žena koje su se suočile sa negativnim emocijama neposredno po porodu. Na temelju toga može se smatrati da je manjak socijalne podrške čimbenik rizika, a socijalna podrška može biti svojevrsni zaštitni faktor od postpartalne depresije. To se može postići samo dobrom mrežom potpore za žene koja uključuje educirano zdravstveno osoblje, podršku partnera, obitelj i šire okoline te intervencije koje su usmjerene prema prevenciji (14).

1.2. Anksioznost

Anksioznost ili tjeskoba se definira kao negativan osjećaj bojazni, napetosti, nesigurnosti praćeno aktivacijom autoimunog živčanog sustava. Umjerena pojava ovog osjećaja može biti i motivacijska te imati pozitivan učinak na aktivnosti, a odsustvo ili vrlo intenzivna prisutnost može smanjiti učinak svakodnevnih aktivnosti (15). Mnogi autori tvrde da anksioznost sama po sebi nije patološka i predstavlja pokušaj organizma da olakša neizdrživu napetost koja dovodi do nepovezanosti ega (16). Anksioznost predstavlja reakciju ega na unutarnju intuitivnu opasnost koja proizlazi iz ida, te vanjsku opasnost, a to je emotivno stanje koje je karakterizirano »specifičnim neugodnom kvalitetom, eferentnim fenomenima olakšanja kroz tijelo i percepcija tih fenomena ega«.

Anksioznost obuzima osobe u cjelini, i svatko ima svoj subjektivni doživljaj te emocije. Najčešće se opisuje kao osjećaj obuzet silnim strahom da će se nešto loše dogoditi njima samima ili bliskim članovima obitelji. Karakteristični simptomi anksioznosti su poremećaji spavanja, osjećaj pritiska u grudima, drhtaji cijelog tijela, treperenje grupa mišića, motorna uznemirenosti. Osnovno obilježje anksioznosti je povišen nivo opreznosti, nestabilnosti, skeptičnosti i nepovjerljivog stava prema svijetu, ljudima u okolini i sebi samima (16). Psihoterapija je bitan potez u olakšavanju anksioznosti i ona podrazumijeva pokušaje educirane osobe da psihološkim sredstvima olakša psihološke patnje i bol druge osobe koristeći instrumente kao što su riječi, ali i druge oblike terapije kojima se ispravljaju emocionalne reakcije i uspostavlja unutarnji mir osobe. Uz psihoterapijske metode koriste se i metode ventilacije, sugestivna terapija, hipnoza, psihoanaliza, autogeni trening, ekspresivna terapija, grupna psihoterapija (16).

Anksiozni poremećaji mogu se javiti u trudnoći i postpartalno, a uključuju:

- panične napade: neočekivani napada panike praćen jakim strahom i nelagodnom, tahikardijom, gubitkom daha, pritiskom u grudima, osjećajem gušenja, drhtanjem tijela, strahom od smrti
- opsesivno kompulzivni poremećaj: osobe koje pate od ovog poremećaja imaju proganjajuće, ponavljajuće, neprimjerene misli koje narušuju njihov mir; a javljaju se i prisilna ponašanja koja su rezultat neprimjerenih misli, a služe kako bi se smanjio stalan osjećaj neugode
- posttraumatski stresni poremećaj: ovaj poremećaj se najčešće javlja nakon traumatičnog događaja koji je praćen intenzivnim strahom i očajem, a taj osjećaj ne napušta osobu

iako prijetnja više realno ne postoji; ovaj se poremećaj može javiti posebice kod žena gdje je trudnoća posljedica silovanja ili seksualnog zlostavljanja (17).

Većina ovih poremećaja se u velikom ne prepoznaju i žene ne dobiju nužno liječenje jer se smatraju očekivanim u vrijeme trudnoće i postpartalnom periodu. Pojedine žene osjećaju sram i krivnju zbog tih osjećaja te ih prikrivaju jer pokušavaju ostaviti dojam sretnog i ostvarenog majčinstva. Posljedice ne liječenja anksioznosti nisu ozbiljne samo za ženu već i za novorođenče i cijelu obitelj. Anksioznost negativno utječe na socijalne, intelektualne i emocionalne aspekte žene. Ako žena ima gubitak volje i emotivno je prazna nije sposobna dovoljno se brinuti za novorođenče i zadovoljiti njegove potrebe kao što su redoviti odlasci pedijatru, adekvatna prehrana, odmor i spavanje, higijena (16). Anksioznost se često javlja kod žena koje imaju genetske čimbenike, kod neželjenih trudnoća, hormonalnih promjena, subjektivnog osjećaja nespremnosti za ulogu majke, narušenih partnerskih odnosa.

Anksioznost je teško prevenirati no puno se može postići edukacijom žena, partnera i savjetovanjem kako se nositi sa napadima tog negativnog osjećaja. Važno je ženu i partnera postupno prilagoditi na novu ulogu koja ih čeka i prihvaćanje obaveza koje idu uz roditeljstvo. Kod blagih simptoma tjeskobe izbjegava se uvođenje lijekova, a prednost se daje psihoterapiji: obiteljskoj, bračnoj i individualnoj. Kada je to neophodno uvode se lijekovi ovisno o individualnim potrebama oboljele osobe. Ako je anksioznost epohalna i popraćena depresivnim poremećajem kod žena koje doje i lijekovi su neophodni, dojenje novorođenčeta treba prekinuti (16).

1.3. Dojenje i postpartalna depresija

Žene koje pate od postpartalne depresije manje doje iako nova istraživanja pokazuju da ne uključivanje dojenja povećava rizik od postpartalne depresije, a ukoliko je do depresije ipak došlo dojenje može pomoći u bržem oporavku (17,18). Povezanost dojenja i postpartalne depresije tema je mnogih istraživanja i još uvijek se ne može reći sa sigurnošću postoji li izravna povezanost između ta dva pojma. Postoje istraživanja koja potvrđuju tezu blagodati dojenja na postpartalnu depresiju, postoje i istraživanja koja su pokazala suprotne rezultate vjerojatno zbog mnogobrojnih složenih fizioloških, psiholoških i sociokulturnih mehanizama kod žena. Također postoje istraživanja koja ukazuju da žene koje ne doje imaju povećanu sklonost depresiji nasuprot dojiljama, potom i istraživanja koja pokazuju da žene koje boluju od postpartalne depresije prije prestaju dojeti (19,20).

Također postoje istraživanja koja su pokazala da depresija u postpartalnom periodu ne utječe na ženinu inicijativu da doji, no ukoliko nisu ostvarile tu svoju želju imale su 2,4% veću šansu za razvojem postpartalne depresije (21)

1.4. Utjecaj dojenja na mentalno zdravlje žene

Neosporan je utjecaj dojenja na mentalno zdravlje žena. Bez obzira na njenu dob, obrazovanje, prethodnu depresivnu epizodu. Longitudinalno istraživanje pokazalo je da pet mjeseci poslije poroda kod žena koje su dojile stopa postpartalne depresije je bila značajno manja (22). Dojenje je još nedovoljno neistražen aspekt koji se povezuje sa postpartalnom depresijom jer ona može utjecati na raniji prestanak dojenja, a nasuprot tome negativno iskustvo s dojenjem i neostvarivanje žene kao dojilje može utjecati na nastanak postpartalne depresije. Trajanje dojenja također utječe na mentalno zdravlje žena, smatra se da dojenje do 3. mjeseca od poroda ima blagonakloni utjecaj na mentalno zdravlje žene i smanjuje pojavu postpartalne depresije u kasnijem periodu (18). Samo dojenje ublažuje simptome postpartalne depresije jer žena može stvoriti osjećaj povezanosti sa svojim novorođenčecom, međutim potrebno je još istraživanja kako bi se potkrijepila ta tvrdnja.

»Današnja suvremena saznanja o dojenju govore u prilog da rani početak dojenja i uspostavljanje kontakta između majke i novorođenčeta odmah po porodu „koža na kožu“ značajni su pokazatelji koji utječu na uspjeh dojenja. Opisane su brojne prednosti i za majku i dijete i osim što pospješuju stvaranje i lučenje mlijeka, produžuju trajanje dojenja, osiguravaju zbližavanje majke i djeteta. Stvaraju jednu čvrstu emocionalnu vezu. Majke koje dožive to iskustvo imaju višu toleranciju na bol, smirenije su, lakše se nose sa stresom, raspoloženje im je bolje, imaju viši stupanj samopouzdanja u sposobnostima zbrinjavanju djeteta. Zbog toga od velikog značaja je period prenatalnog razdoblja u kojem kroz Savjetovišta za trudnice, Trudničke tečajeve buduće majke i njihovi partneri mogu dobiti potrebne informacije. Svaki stručni savjet, podrška partnera, obitelji i cijele društvene zajednice pomoći će budućoj majci da njena emocionalna prilagodba bude što lakša.«

2. CILJ RADA

Cilj istraživanja je ocijeniti koliko postpartalna depresija i osjećaj anksioznosti utječu na dojenje i njegov nastavak.

2.1. Hipoteza

Na osnovu cilja postavljena je radna hipoteza:

H0: žene kod kojih postoji pojava simptoma depresije i visok stupanj anksioznost neće doći

Pomoćne hipoteze:

H1: žene koje već imaju djecu imaju manju prisutnost postpartalne depresije

H2: žene koje već imaju djecu imaju manju prisutnost postpartalne anksioznosti

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj istraživanja

Istraživanje je provedeno kao prospektivna studija u trajanju od četiri mjeseca na trudnicama i rođiljama koje su bile hospitalizirane u Službi za ginekologiju i opstetriciju Opće bolnice Karlovac.

3.2. Ispitanici

Ispitanici su bile rođilje i trudnice koje su bile hospitalizirane u Službi za ginekologiju i opstetriciju Opće bolnice Karlovac. Svi ispitanici su prije početka ispitivanja potpisali informirani pristanak te im je detaljno objašnjen postupak ispitivanja.

3.3. Etičnost ispitivanja

Prije samog ispitivanja dobilo se odobrenje Etičkog povjerenstva Opće bolnice Karlovac. Također svaka ispitanica je potpisala pisani pristanak za dobrovoljno anketiranje s kojim potvrđuje da razumije svrhu i cilj istraživanja. Ankete su se skladištile na način koji je osigurao maksimalnu privatnost, nisu bile dostupne drugim zdravstvenim djelatnicima osim samom autoru istraživanja. Ispitanicima je osigurano dovoljno vremena, privatni prostor i materijal za ispunjavanje upitnika.

3.4. Metode istraživanja i mjerni instrument

Dobiveni podaci prikazani su grafički i tabelarno u obliku frekvencija i postotaka. Razina statističke značajnosti postavljena je na 95% ($p < 0,05$). Statistička analiza provedena je koristeći statistički softver SPSS 16 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Korišteni upitnici bili su:

1. upitnik socio-demografskih podataka koji se sastojao od devet pitanja koja su uključivala dob, bračni status, članove kućanstva, radni status, broj prijašnjih trudnoća, broj poroda, planiraju li ispitanice doći te da li su prošle edukaciju o dojenju

2. upitnik Beckov inventar depresije-II (engl. *Beck Depression Inventory*, BDI-II) čiji je sadržaj usklađen s kriterijima za dijagnozu depresije iz Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-IV). Ovaj upitnik dopušta procjenu ozbiljnosti depresije i razvijen je kako bi se opazilo postojanje depresije i njenih simptoma. Upitnik je sastavljen od 21 tvrdnje koja ima ponuđena 4 moguća odgovora poredana po težini određenog simptoma depresije. Popunjavanje ovog upitnika u prosjeku traje pet minuta, a zadatak ispitanika je da izabere tvrdnju koja najbliže prikazuje njihove osjećaje. Najveći mogući rezultat je 63 bodova; gdje 11 bodova označava da nema prisutnosti depresije, 12-19 bodova – blagu depresiju, 20-26 bodova – umjerenu depresiju, a iznad 26 bodova označava tešku depresiju.

3. upitnik Beckova skala za anksioznost (engl. *Beck Anxiety Inventory*; BAI) koja se sastoji od 21 tvrdne koje obuhvaćaju širok raspon anksioznih simptoma, a osmišljena je kao instrument za mjerenje generalizirane anksioznosti. Ispitanice su trebale procijeniti koliko su često doživjele pojedini simptom u zadnjih sedam dana te ga sukladno tome bodovati na skali od 0 do 3. Raspon bodova se kretao od 0 do 63, gdje 7 bodova predstavlja normalan raspon, od 8 do 15 bodova blagu anksioznost, od 15 do 25 umjerenu anksioznost, a zbroj bodova iznad 26 pokazuje jaku anksioznost.

4. REZULTATI

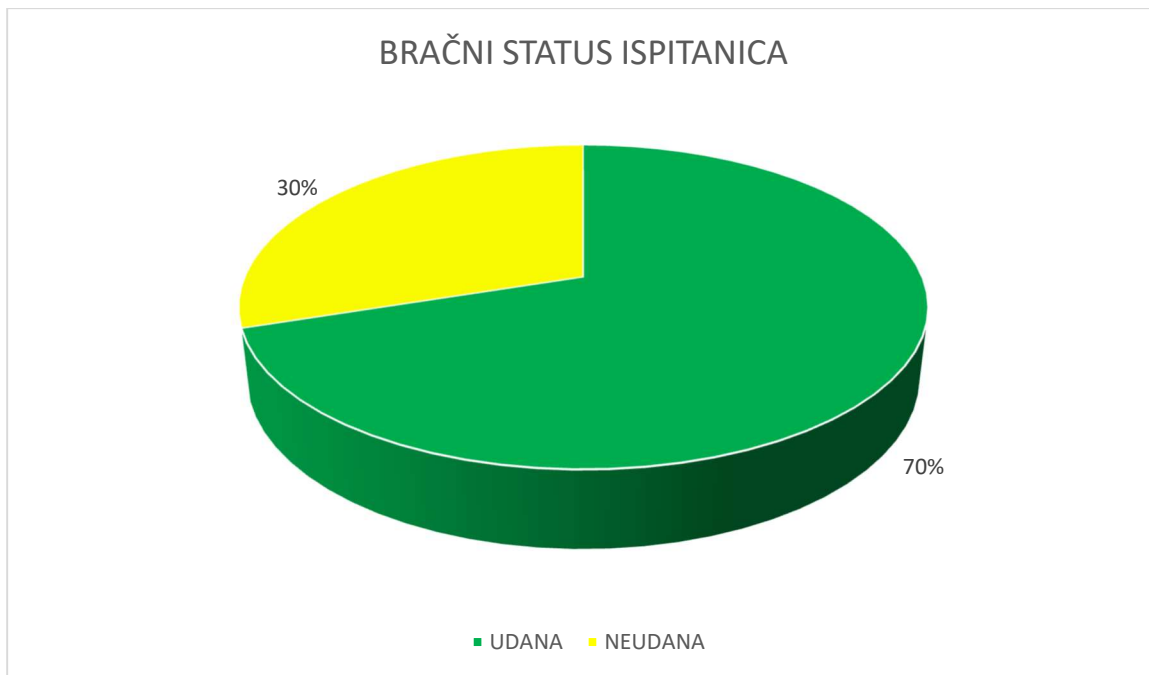
Upitnik je ispunjavalo 50 ispitanica, u nastavku rada je prikaz dobivenih podataka.

4.1. Upitnik demografskih podataka

Tablica 1. Dob ispitanica

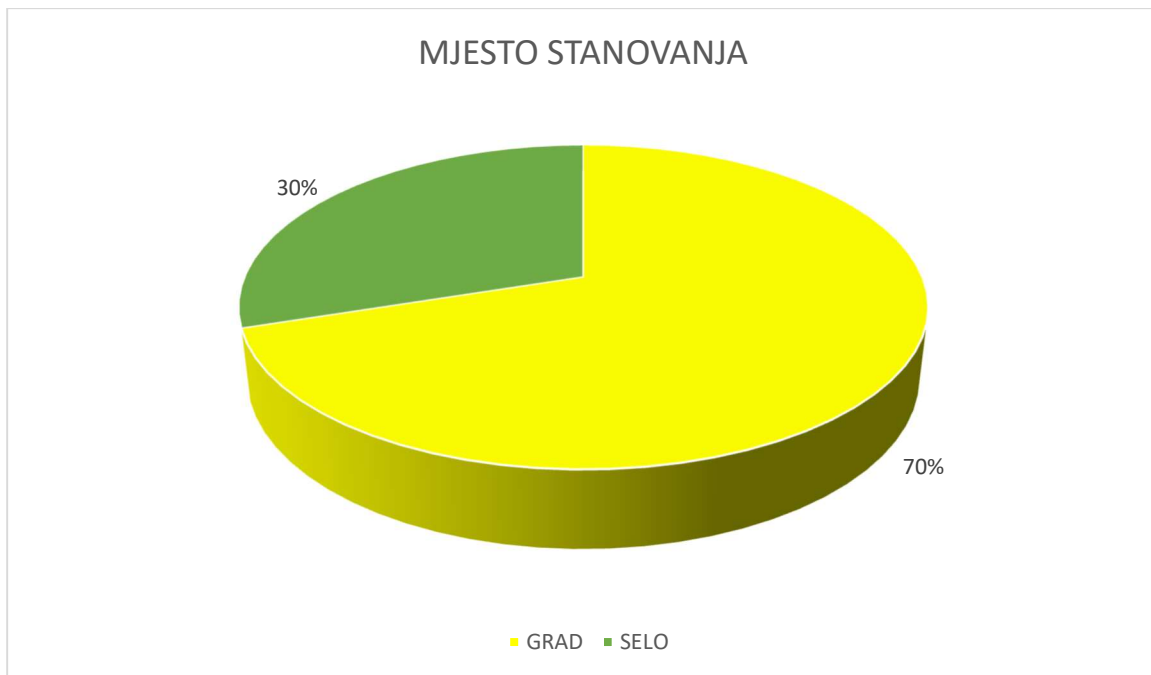
| DOBNA SKUPINA | N (%) |
|----------------------|----------------|
| Do 20 godina | 1 (2) |
| 20-30 godina | 19 (38) |
| Starije od 30 godina | 30 (60) |

Radi lakšeg prikaza rezultata dob ispitanica se grupirala u tri skupine. Vidljivo iz (Tablice 1) koja prikazuje dob ispitanica može se zaključiti da je najveći broj ispitanica, odnosno njih 30 (60%) pripada dobnoj skupini iznad 30 godina. U najmanjem broju je zastupljena dobna skupina do 20 godina: 1 ispitanica (2%), a dobnoj skupini između 20-30 godina pripadaju 19 ispitanica (38%). Najmanja dob ispitanica je 18 godina, najstarija je imala 45 godina, prosječna dob ispitanika je $X = 31,5$ godina, sa standardnom devijacijom 5,13.



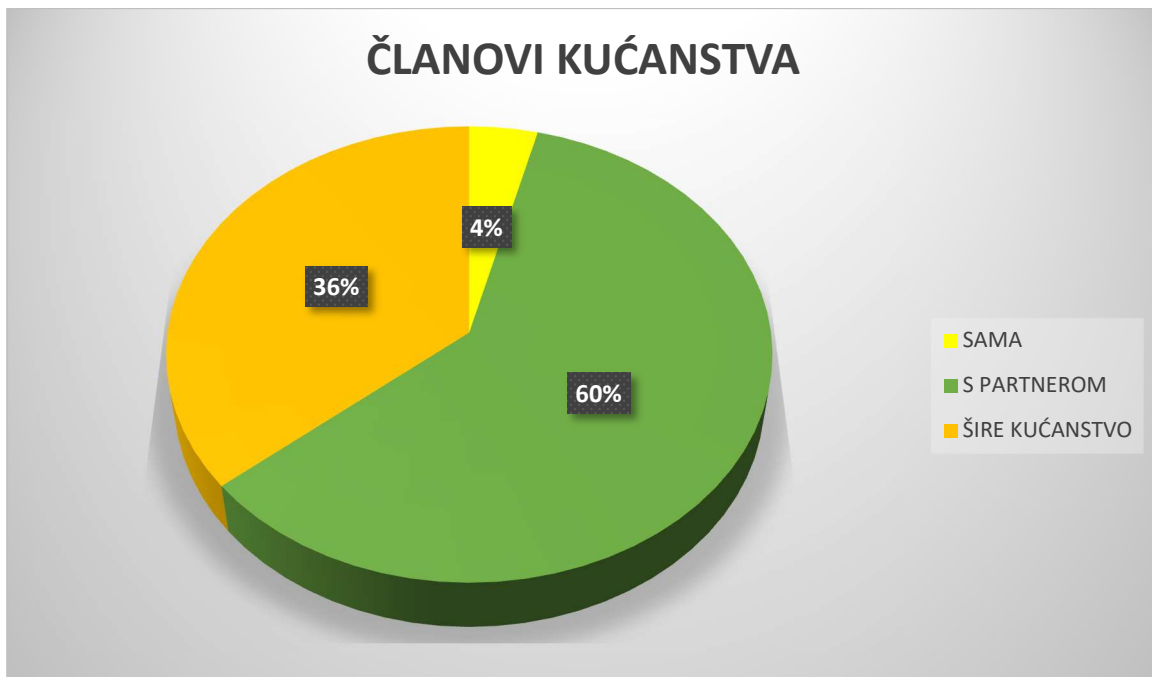
Grafikon 1. Distribucija prikaza bračnog statusa

Iz grafikona 1. vidljivo je da je većina ispitanica u bračnom odnosu njih 35 (70%), a 15 njih (30%) deklariralo se kao neudato. Dobivena vrijednost je veća od granične vrijednosti za jedan stupanj slobode (2,952), te se zaključuje postoji statistički značajna razlika između udanih i neudanih ispitanica na razini značajnosti $p < 0,05$.



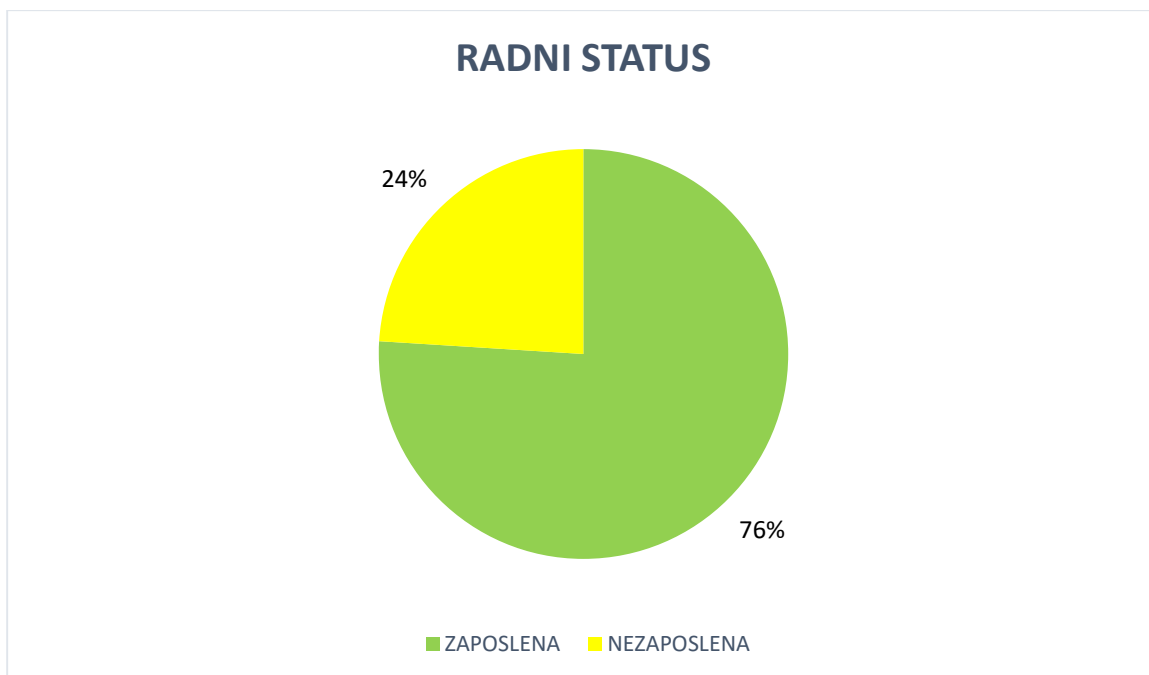
Grafikon 2. Distribucija rezultata na osnovu stanovanja

Iz grafikona 2. vidljivi su rezultati na temelju analize odgovora ispitanica o mjestu stanovanja. Većina ispitanica živi u gradu 35 (70%), a 15 njih (30%) na selu. Ponovno je dobivena vrijednost veća od granične vrijednosti za jedan stupanj slobode (2,952), te se zaključuje postoji statistički značajna razlika između ispitanica koje žive u gradu ili na selu na razini značajnosti $p < 0,05$.



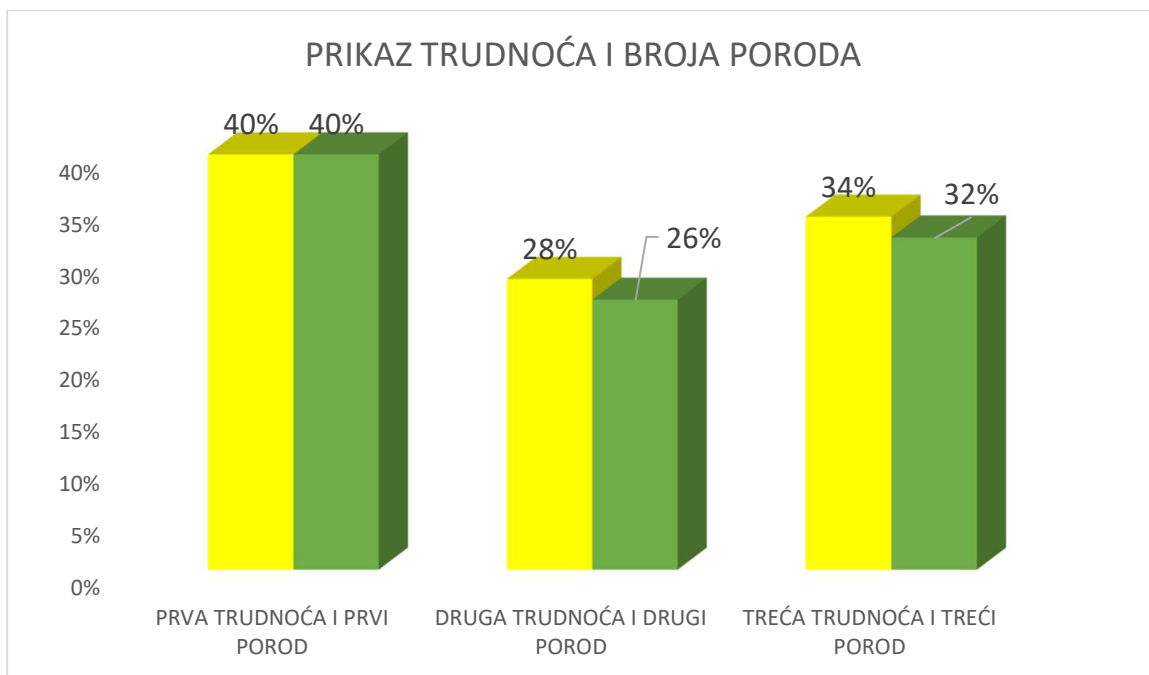
Grafikon 3. Distribucija rezultata na osnovu članova kućanstva

Iz grafikona 3. vidljivo je da 30 ispitanica (60%) živi u zajednici s partnerom, 18 (36%) njih u proširenoj zajednici koja uključuje širu obitelj, a 2 (4%) ispitanice žive same. Dobivena vrijednost veća od granične, zaključuje se da postoji statistički značajna razlika u odgovorima ispitanica o članovima kućanstva na razini značajnosti $p < 0,05$.



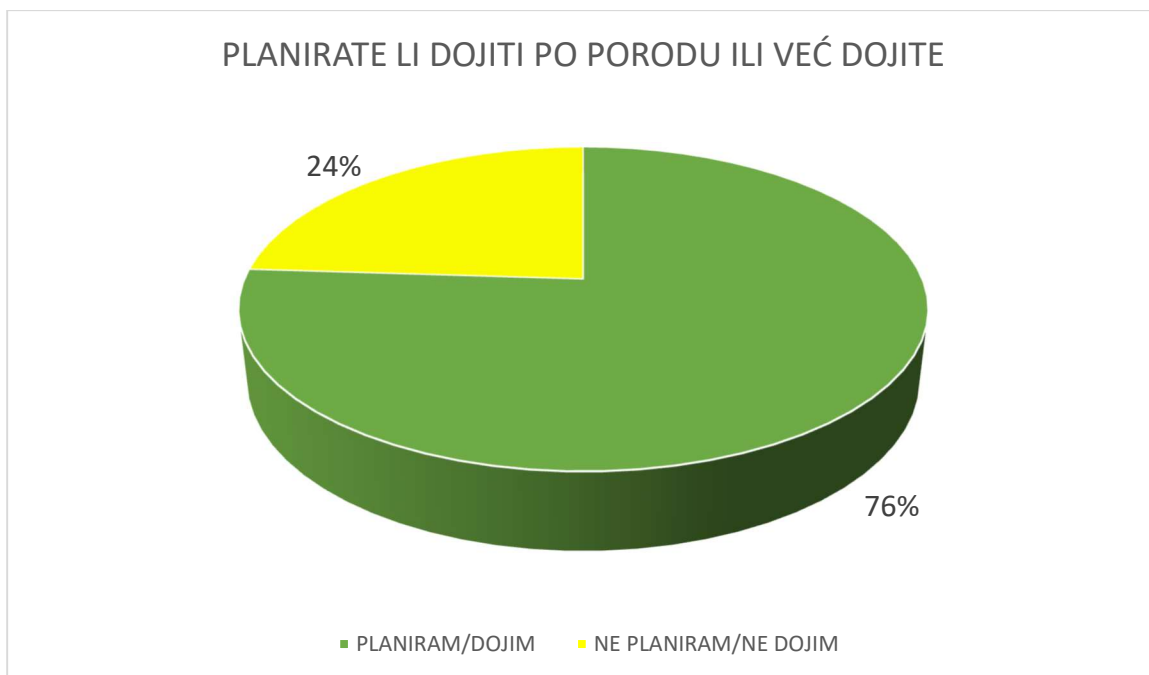
Grafikon 4. Distribucija rezultata na osnovu radnog statusa

Iz grafikona 4. vidljivo je kako su sve ispitanice radno sposobne nije iznenađujući podatak da je 38 (76%) njih zaposleno, a 12 (24%) nezaposleno. Dobivena vrijednost veća od granične (4,672) konstatira se da postoji statistički značajna razlika u odgovorima ispitanica na pitanje o radnom statusu na razini značajnosti $p < 0,05$.



Grafikon 5. Distribucija rezultata prema broju trudnoća i poroda

Iz grafikona 5. vidljivo je da nema velikog odstupanja između broja trudnoća i broja poroda. 20 (40%) ispitanica je zaokružilo odgovor da im je za vrijeme ispunjavanja upitnika bila prva trudnoća i prvi porod. Malo odstupanje u odgovorima dobilo se odgovorima vezano za drugu trudnoću 14 (28%) ispitanica je imalo dvije trudnoće, no dva poroda njih 13 (26%). Slični odgovori dobiveni su na pitanje o trećoj trudnoći i više: 17 (34%) ispitanica je bilo trudno tri i više puta, do poroda je došlo 16 (32%) ispitanica. Međutim u odgovorima nije pronađena statistički značajna razlika.



Grafikon 6. Distribucija odgovora o planiranom dojenju po porodu

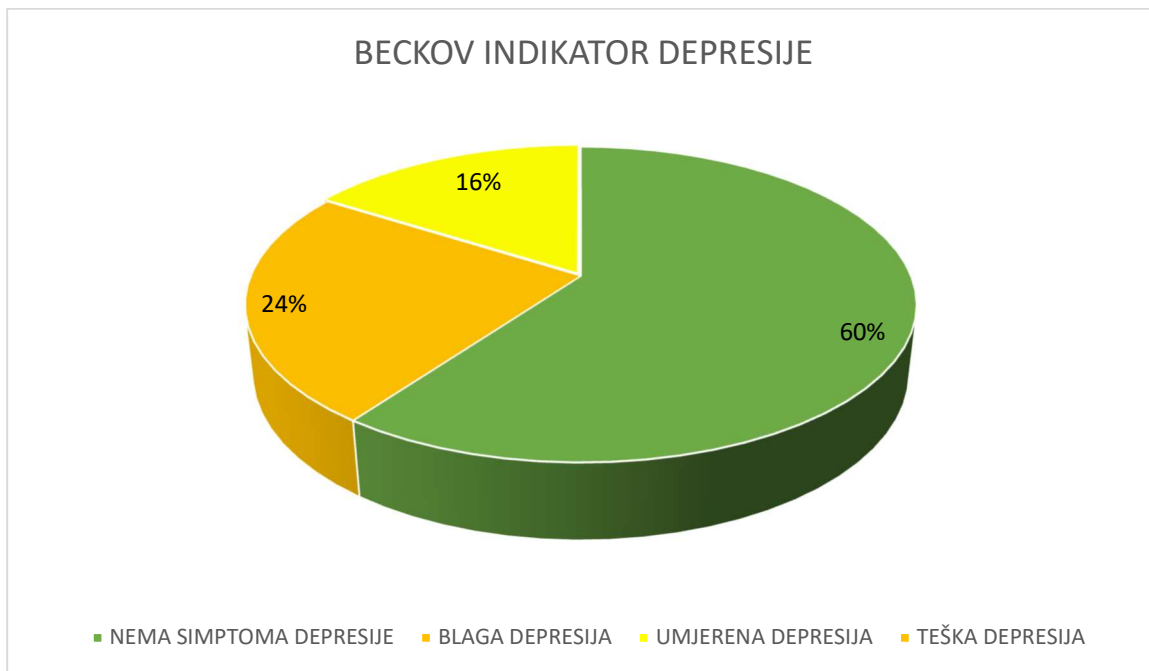
Iz grafikona 6. vidljivo je da je 38 (76%) ispitanica potvrdno odgovorilo na pitanje planiraju li dojiti poslije poroda ili već doje. Njih 12 (24%) se izjasnilo da ne planiraju dojiti, odnosno ne doje.

Tablica 1. Prikaz edukacije ispitanica

| JESTE LI PROŠLI EDUKACIJU O DOJENJU | N (%) |
|--|---------|
| DA | 20 (40) |
| NE | 30 (60) |

Rezultati o tome da li su prošle edukaciju o dojenju prikazani su u tablici 2 gdje je vidljivo da je 20 (40%) ispitanica prošlo edukaciju, a 30 (60%) ne. Prema analizi podataka nema statistički značajne razlike na vrijednosti $p < 0,05$.

4.2. Distribucija rezultata na Beckovom inventaru depresije-II (BDI-II)

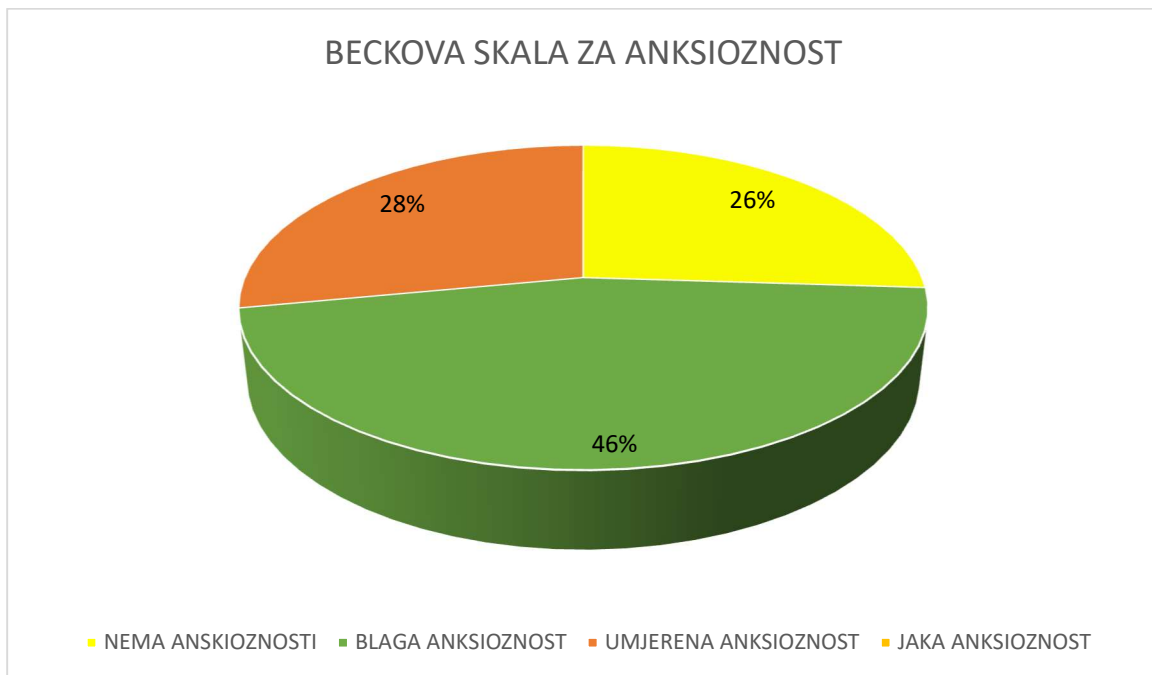


Grafikon 5. Distribucija rezultata dobivenih na Beckovom indikatoru depresije

Beckov indikator depresije pokazao je da većina ispitanica nema simptoma depresije 30 (60%), blaga depresija uočena je kod 12 (24%) ispitanica, a umjerena kod 8 (16%) ispitanica. Na prvoj tvrdnji većina ispitanica se ne osjeća tužno, a 2 (4%) imaju obeshrabren pogled u budućnost. Zanimljiv je podatak da je 13 (26%) ispitanica zaokružilo odgovor da kad sagleda svoj život unatrag, vidi mnogo neuspjeha. Da dobar dio vremena osjećaju krivicu zaokružilo je 30% ispitanica, no ni jedna od njih ne misli da su kažnjene. 12% ispitanica je razočarano samim sobom, a 35% njih kritično prema sebi zbog svojih slabosti ili grešaka.

Pozitivan je podatak niti jedna ispitanica ne pomišlja na samoubojstvo, no 40% njih plaću više nego što su to činile ranije. U tvrdnji jedanaest 12 (24%) je izjavilo da ih više ne ljute stvari koje su ih ranije ljutile i u istom postotku su izgubile zanimanje za druge ljude. Najčešći odgovor u tvrdnji 14 je bio da ispitanice osjećaju da se na njihovom izgledu desila promjena koja ih čini neprivlačnom (55%). 20% njih mora uložiti poseban napor da bi nešto počelo raditi, a 30% njih ne spava dobro kao i prije. Većina ispitanica 32 (64%) se umara lakše nego prije, no sa apetitom nemaju problema. Niti jedna ispitanica nije zaokružila odgovor da je izgubila na tjelesnoj težini, no 36% njih je zabrinuto za zdravstvene probleme, a 64% njih je izjavilo da je izgubilo interes za ljubavnim odnosom u odnosu na period prije trudnoće i poroda.

4.3. Distribucija rezultata na Beckovoj skali za anksioznost



Grafikon 8. Distribucija rezultata dobivenih na Beckovoj skali za anksioznost

Iznenadjući je podatak da većina ispitanica 23 (46%) ima simptome blage anksioznosti. Umjerena anksioznost detektirana je kod 14 (28%) ispitanica, a kod njih 13 (26%) uočen je normalni raspon bodova i time nije prisutna anksioznost. Od najčešćih simptoma koje su zaokružile ispitanice bilo je nemogućnost opuštanja, strah da će se dogoditi najgore, lupanje srca, osjećaj nervoze, osjećaj gušenja, drhtavost, prestrašenost, poteškoće s probavom, klonulost i znojenje.

4.4. Testiranje hipoteza

U tablici 3. prikazani su rezultati testiranja radne hipoteze H0

Tablica 3. Rezultati radne hipoteze

| Pearsonov koeficijent korelacije (P vrijednost) | |
|---|-----------------------------|
| Pojava depresije | $r = 0,098$ ($p < 0,028$) |
| Visok stupanj anksioznosti | $r = 0,101$ ($p < 0,329$) |

Analizom podataka između povezanosti pojave simptoma depresije i visokog stupnja anksioznost **odbačena je radna hipoteza** da će njihova pojavnost djelovati na dojenje.

U tablici 4. prikazani su rezultati pomoćnih hipoteze

Tablica 2. Rezultati pomoćnih hipoteza

| Pearsonov koeficijent korelacije (P vrijednost) | |
|---|-----------------------------|
| Pojava depresije | $r = 0,198$ ($p < 0,628$) |
| Visok stupanj anksioznosti | $r = 1,201$ ($p < 0,929$) |

Analizom podataka između ispitanica koje već imaju djecu i prisutnosti postpartalne depresije utvrđeno je da se hipoteza **prihvća** jer nije uočena statistički značajna povezanost na razini $p < 0,05$. No tvrdnja da žene koje imaju djecu imaju nižu razinu anksioznosti postpartalno se **odbacuje** jer kod žena koje imaju djecu uočena je značajna razina anksioznosti.

5. RASPRAVA

Istraživanje je provedeno kao prospektivna studija u trajanju od četiri mjeseca na 50 trudnica/roditeljama koje su bile hospitalizirane u Službi za ginekologiju i opstetriciju Opće bolnice Karlovac. Istraživanje je provedeno kroz tri anketna upitnika: prvi se sastojao od podataka koja su uključivala dob, bračni status, članove kućanstva, radni status, broj prijašnjih trudnoća, broj poroda, planiraju li ispitanice doći te da li su prošle edukaciju o dojenju. Drugi anketni upitnik bio je Beckov inventar depresije-II (BDI-II) koji je sastavljen od 21 tvrdnje koja ima ponuđena 4 moguća odgovora poredana po težini određenog simptoma depresije. Treći anketni upitnik bio je Beckova skala za anksioznost koja se sastoji od 21 tvrdnje koje obuhvaćaju širok raspon anksioznih simptoma, a osmišljen je kao instrument za mjerenje generalizirane anksioznosti. Dobiveni rezultati prikazani su grafički i tabelarno u obliku frekvencija i postotaka. Razina statističke značajnosti postavljena je na 95% ($p < 0,05$), a razlika u postavljenim hipotezama računala se Pearsonovim koeficijentom korelacije.

Rezultati dobiveni iz prvog upitnika pokazali su da najveći broj ispitanica 60% pripada dobnoj skupini iznad 30 godina, najmlađa ispitanica je imala 18 godina dok je najstarija imala 45 godina, prosječna dob ispitanica je 31,55 godina, sa standardnom devijacijom 5,13. Ovi rezultati se mogu smatrati zadovoljavajućim jer postoje istraživanja koja su uočila povezanost između manje životne dobi žena i pojavi postpartalne depresije (13). U bračnom odnosu je 70% ispitanica, a 30% je neudato, ovaj podatak je zaštitni faktor od postpartalne depresije ukoliko se promatra sa aspekta da je stabilno zajedništvo svojevrsni »štit«, no ukoliko se radi o nekvalitetnim vezama i zajednicama ovaj podatak može biti i faktor rizika za razvoj postpartalne depresije (23). Od 50 ispitanica 35 živi u gradu, a njih 15 na selu, 30 njih samo s užom obitelji (partner i djeca), 18 njih u široj zajednici, a dvije ispitanice žive same. Obitelj u kojoj vlada harmonija i sklad biti će od velike pomoći ženi koja je netom rodila, no ukoliko su odnosi unutar strukture obitelji narušeni porod zbog svojih hormonalnih oscilacija, briga oko novorođenčadi može uzrokovati okidač koji će izazvati postpartalnu depresiju i povišeni stupanj anksioznosti. Socioekonomska struktura veoma je važan faktor kod pojave postpartalne depresije stoga je zadovoljavajući podatak da je većina trudnica zaposlena (76%) jer istraživanje provedeno na trudnicama sa nižim prihodima ili bez prihoda pokazalo je da imaju do 60% veću tendenciju razvijanju postpartalne depresije (23). Teške trudnoće i /ili velik broj spontanih pobačaja prediktor je razvoja postpartalne depresije, no u analizi tih podataka nisu pronađena veća odstupanja u broju začelih i iznesenih trudnoća. 38 ispitanica (76%) planira doći ili već doje, a njih 12 (24%) se izjasnilo da ne planira doći. Upitnik ne nudi mogućnost

analiziranje iz kojeg razloga ispitanice neće dobiti: radi li se o fizičkoj ili psihološkoj prepreci. Da je dojenje najbolji izvor za dijete poznato je, no povezanost između dojenja i postpartalne depresije je još nedovoljno istražena jer postoje istraživanja koja prikazuju da je dojenje zaštitni faktor, kao i istraživanja koja nisu uočila povezanost između dojenja i smanjene mogućnosti razvoja postpartalne depresije (24).

Pomoću Beckerovog indikatora depresije dobiveni su podaci da većina ispitanica 60% nema simptome depresije, 24% imaju blage simptome depresije, a umjerena depresija detektirana je kod 16% ispitanica. Većina ispitanica izjavila je da ne osjeća tugu, ali se i ne raduju budućnosti 4%, a kada retrospektivno sagledaju svoj život 26% ispitanica se izjasnilo da vidi mnogo neuspjeha. Osjećaj krivnje muči 30% ispitanica, 12% je razočarano samim sobom, a 35% veoma kritično prema sebi zbog svojih slabosti ili grešaka. Pomisao na samoubojstvo nije pronađena kod niti jedne ispitanice, no 55% njih se smatra fizički neprivlačnijima, 30% ispitanica ima problema sa spavanjem, 36% ispitanica je zabrinuto za svoje zdravlje, a 64% njih je izgubilo interes za ljubavnim odnosima.

Analiza Beckove skale za anksioznost pokazala je da 46% ispitanica ima simptome blage anksioznosti, umjerenu anksioznost pokazuje 28% ispitanica, a 26% imaju normalan raspon bodova te time nemaju simptoma anksioznosti. Simptomi koje su ispitanice najčešće navele uključivali su nemogućnost opuštanja, strah da će se dogoditi najgore, lupanje srca, osjećaj nervoze, osjećaj gušenja, drhtavost, prestrašenost, poteškoće s probavom, klonulost i znojenje. Anksioznost, odnosno njeni simptomi mogu se pojaviti i u trenucima fizičke boli, stoga se ovaj faktor postpartne boli može uzeti u obzir sagledavajući podatke Beckove skale za anksioznost.

Završni dio analize rezultata odnosio se na analizu postavljenih hipoteza te je analizom podataka između povezanosti pojave simptoma depresije i visokog stupnja anksioznost odbačena hipoteza da će njihova pojavnost utjecati na dojenje. Nije uočena statistički značajna razlika između povezanosti ispitanica koje imaju djecu i pojave postpartalne depresije. No tvrdnja da žene koje imaju djecu imaju nižu razinu anksioznosti postpartalno se odbacila jer kod žena koje imaju djecu nije uočena statistički značajna razina anksioznosti.

Povezivanje dojenja i postpartalne depresije još je nedovoljno istraženo područje koje bi trebalo pognije obraditi posebice jer postpartalna depresija ima veliki učinak na žene, novorođenčad, obitelj i zajednicu, a može i kobno završiti. Svakako bi bilo dobro po uzoru na zapadne zemlje uvesti screenig trudnica kako bi se procijenila mogućnost pojave postpartalne depresije, a za ispitivanja uvesti specifični upitnik. Kao prijedlog za buduća istraživanja na ovu temu predlaže

se kontrolirano istraživanje na posebno odabranim ispitanicima gdje će se pojava simptoma depresije procjenjivati u posebno odabranim vremenskim periodima: peripartalno, neposredno postpartalno, 6 mjeseci po porodu i godinu dana po porodu. Istraživanje na kontroliranoj skupini sa specifičnim upitnicima za tu svrhu pridonijelo bi boljem razumijevanju postpartalne depresije, a time i boljoj mentalnoj zdravstvenoj zaštiti žena.

6. ZAKLJUČAK

Temeljem dobivenih rezultata iz istraživanja zaključeno je sljedeće:

- većina ispitanica pripada dobnoj skupini iznad 30 godina
- većina ispitanica je u braku, živi u zajednici s partnerom
- većina ispitanica planira dojiti ili već doji
- nema povezanosti između postpartalne depresije i anksioznosti sa odlukom da se doji
- ispitanice koje imaju djecu nemaju veću sklonost razvijanju postpartalne depresije
- ispitanice koje imaju djecu imaju veću prisutnost simptoma anksioznosti

7. SAŽETAK

Žene su nakon poroda, u svom postpartalnom razdoblju podložne riziku depresije. Postpartalna depresija se definira kao nepsihotična depresija koja se javlja unutar prve godine od poroda, uzrokuje poremećaj raspoloženja i oštećuje radost i sreću novih majki.

Cilj istraživanja je bio ocijeniti koliko postpartalna depresija i osjećaj anksioznosti utječu na dojenje.

Ispitanici i metode: Ispitanici su bile roditelje i trudnice koje su bile hospitalizirane u Službi za ginekologiju i opstetriciju Opće bolnice Karlovac. Obradeno je ukupno 50 anketnih upitnika koji su se sastojali od tri dijela: socio-demografskih podataka, Beckovog inventara za depresiju i Beckove skale za anksioznost.

Dobiveni podatci obrađeni su koristeći statistički softver SPSS 16 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Rezultati su pokazali da je većina ispitanica u dobnoj skupini iznad 30 godina, u braku, radnom odnosu i živi u zajednici sa partnerom.

Zaključak: nema statistički značajne povezanosti između postpartalne depresije i anksioznosti na dojenja.

Ključne riječi: postpartalna depresija, anksioznost, dojenje

8. SUMMARY

Women are at risk of depression after childbirth, in the postpartum period. Postpartum depression is defined as non psychotic depression that occurs within the first year of birth, causes mood disorders, and impairs joy and happiness of new mothers.

The aim of the study was to assess the extent to which post partum depression and feelings of anxiety affect breastfeeding.

Subject and methods: Subjects were mothers and pregnant women who were hospitalized in the Department of Gynecology and Obstetrics of the General Hospital Karlovac. 50 questionnaires were processed, which included: a questionnaire consisting of nine questions that included age, marital status, household members, employment status, number of previous pregnancies, number of births, whether the respondents plan to breastfeed and whether they have undergone breastfeeding education, then the Beck Depression Inventory - II (BDI-II) and the Beck Anxiety Scale Questionnaire.

The results showed that most respondents are in the age group over 30, married, employed and living in a community with a partner.

The obtained data were processed using statistical software SPSS 16 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

The conclusion resulting from the data analysis is that there is no statistically significant association between postpartum depression and breastfeeding anxiety.

Keywords: postpartum depression, anxiety, breastfeeding

9.LITERATURA

1. Beebe B, Lachmann F. Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanal Psychol.* 1994;11:127–65.
2. Robinson G, Stewart D. Postpartum psychiatric disorders. *Can Med Assoc J.* 1986;134(1):31–7.
3. O’Hara M, Schlechte J, Lewis D, Wright E. Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48(9):801–6.
4. Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci.* 2011;13(1):89–100.
5. Jakovljević M. *Depresivni poremećaji.* Zagreb: Pro Mente, 2004.
6. Holmes J. *Depresija.* Zagreb: Jesenski & Turk, 2006.
7. Beck C. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res.* 2001;50:275–85.
8. Brown-Bowers A, McShane K, Wilson-Mitchell K, Gureyich M. Postpartum depression in refugee and asylumseeking women in Canada: a critical health psychology perspective. *Health (Irvine Calif).* 2015;19(3):18–35.
9. Beck C. State of the science on postpartum depression: what nurse researchers have contributed—part 1. *Am J Matern Child Nurs.* 2008;33:121–6.
10. Adiobun O. Postnatal depression in primary care populations in Nigeria. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28(2):133–6.
11. Canuso R. Maternal depression: the “dual” diagnosis of mother and child. *Issues Ment Heal Nurs.* 2008;29(7):758–7.
12. Goodman J. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs.* 2004;45(1):26–35.
13. Reid K, Taylor M. Stress and Maternal Postpartum Depression: The Importance of Stress Type and Timing. *Popul Res Policy Rev.* 2015;34(6):851–75.
14. Letourneau N i sur. Canadian mothers’ perceived support needs during postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2007;36:441–9.
15. Petz B. *Psihologijski rječnik.* Zagreb: Jastrebarsko: Naklada Slap, 2005.
16. Gregurek R, Braš M. Psihoterapija anksioznih poremećaja. *Medix.* 2007;71:72–4.
17. Seimyr L, Edhborg M, Lundh W, Sjögren B. In the shadow of maternal depressed mood:

- experiences of parenthood during the first year after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2004;25(1):23–34.
18. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med*. 2014;44(05):927–36.
 19. Chaudron L, Klein M, Remington P, Palta M, Allen C, Essex M. Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2001;22(2):103–12.
 20. Alder E, Cox J. Breast feeding and post-natal depression. *J Psychosom Res*. 1983;27(2):139–44.
 21. Davey H, Tough S, Adair C, Benzies K. Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. *Matern Child Health J*. 2011;15(7):866–75.
 22. Nishioka E i sur. A prospective study of the relationship between breastfeeding and postpartum depressive symptoms appearing at 1–5months after delivery. *J Affect Disord*. 2011;133(3):553–9.
 23. Tandon S, Leis J, Mendelson T, Perry D, Kemp K. Six-month outcomes from a randomized controlled trial to prevent perinatal depression in low-income home visiting clients. *Matern Child Heal*. 2014;18(4):873–81.
 24. Borra C, Iacovou M, Sevilla A. New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women’s intentions. *Matern Child Health J*. 2015;19(4):897–907.

10. POPIS SLIKA, TABLICA I GRAFIKONA

10.1. Slike

Slika 1. Simptomi »baby bluesa«.....6

Slika 2. Simptomi postpartalne depresije.....7

10.2. Tablice

Tablica 1. Dob ispitanica15

Tablica 2. Prikaz edukacije ispitanica.....21

Tablica 3. Rezultati radne hipoteze.....24

Tablica 4. Rezultati pomoćnih hipoteza.....24

10.3. Grafikoni

Grafikon 1. Prikaz bračnog statusa16

Grafikon 2. Prikaz mjesta stanovanja17

Grafikon 3. Prikaz članova kućanstva18

Grafikon 4. Prikaz radnog statusa19

Grafikon 5. Prikaz broja trudnoća i broja poroda20

Grafikon 6. Prikaz odgovora o planiranom dojenju po porodu21


Grafikon 7. Beckov indikator depresije22

Grafikon 8 .Prikaz Beckove skale za anksioznost23


11. ŽIVOTOPIS

OSOBNE INFORMACIJE

Roberta Kok-Petrak

 Petrakovo Brdo 27, 47250 Duga Resa

 047 /842 785  091 729 8 429

 robertapetrak@gmail.com

Spol **Ž**

Datum rođenja 11.11.1970. | Državljanstvo **Hrvatsko**

RADNO ISKUSTVO

(od - do) 04.12.1989. - 04.12.1990. Medicinski centar Duga Resa (pripravnički staž)
1991. - 1994. Klinička bolnica "Dr. Ozren Novosel" Zagreb, (današnja KB Merkur)
1994. - Opća bolnica Karlovac

1994. - 1996. Služba za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, srednja med. sestra

1996. - 2013. Služba za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, anesteziološki tehničar

2013. - Služba za ginekologiju i opstetriciju, glavna sestra Odjela neonatologije

Djelatnost ili sektor Bolnička zdravstvena ustanova

OBRAZOVANJE I OSPOBLJAVANJE

Zamijenite datumima (od - do)

1989. - 2011. Medicinska sestra općeg smjera, SSS
2008. – 2011. Stručna prvostupnica sestrinstva, VŠS
2018. - 2020. FZSRI Diplomski sveučilišni studij
Sestrinstvo-menadžment u sestrinstvu, VŠŠ

2. g

Zamijenite razinom
NKO-a ako je
primjenjivo

OSOBNE VJEŠTINE

Materinski jezik **Hrvatski**

Ostali jezici

| ENGLISKI | | GOVOR | | PISANJE |
|----------|---------|---------------------|--------------------|---------|
| Slušanje | Čitanje | Govorna interakcija | Govorna produkcija | |

Zamijenite jezikom

Upišite stupanj Upišite stupanj Upišite stupanj Upišite stupanj Upišite stupanj

| | |
|--|--|
| Komunikacijske vještine | - dobre komunikacijske vještine stekla sam dodatnom stručnom naobrazbom, te tijekom dugogodišnjeg radnog staža |
| Organizacijske / rukovoditeljske vještine | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Glavna sestra Odjela neonatologije ▪ Zamjenica pomoćnice ravnatelja za sestринство u OB Karlovac |
| Poslovne vještine | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zamjenica predsjednice radne skupine za Sestrinsku edukaciju ▪ Član povjerenstva za popis lijekova i potrošnog medicinskog materijala ▪ Član povjerenstva za stručni nadzor - HKMS |
| Računalne vještine | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dobro vladanje alatima Microsoft Office™ ▪ Educirala sam se za instruktora za vođenje sestriinske dokumentacije u elektronskom obliku (2012.) |
| Ostale vještine | Komunikativna, odgovorna, savjesna, stručna, vedra, sa razvijenim prezentacijskim vještinama, kreativna, inovativna, empatična, otvorena za suradnju i dodatnu naobrazbu koju i trenutno obavljam na FZSRI |
| Vozačka dozvola | B kategorije |

DODATNE INFORMACIJE

| | |
|---------------------|--|
| Izdanja | ▪ pohađala sam edukaciju za mentore u Ministarstvu zdravlja 2012. god. |
| Prezentacije | ▪ aktivno sam sudjelovala na Svibanjskim zdravstvenim danima u Karlovcu |
| Projekti | ▪ sudjelovala sam na Tečaju održavanja dišnog puta i mehaničkoj ventilaciji u izvanbolničkim uvjetima |
| Konferencije | ▪ aktivno sam sudjelovala na 3. Kongresu stručnog društva za suzbijanje boli s međunarodnim sudjelovanjem |
| Seminari | ▪ pohađala sam Tečaj I kategorije s međunarodnim sudjelovanjem Suvremena saznanja o laktaciji i dojenju |
| Priznanja i nagrade | ▪ prisustvovala sam Tečajevima neonatologije (2013., 2015., 2016., 2017. 2019.) |
| Članstva | ▪ aktivna sam sudionica Tečaja za trudnice u OB Karlovac |
| Preporuke | <ul style="list-style-type: none"> ▪ prisustvovala sam Međunarodnoj konferenciji "Sestrinstvo utemeljeno na dokazima" ▪ prisustvovala sam 1. Masterclass tečaju usavršavanja u zdravstvu "Leadership u zdravstvu" ▪ član sam Društva medicinskih sestara i tehničara Domovinskog rata |

12. PRILOZI

12.1. Upitnik

DOB _____

BRAČNI STATUS

Udana _____

Neudana _____

Samohrana majka _____

MJESTO STANOVANJA

Grad _____

Selo _____

NAČIN STANOVANJE

Kuća _____

Stan _____

Podstanar _____

ČLANOVI KUĆANSTVA

Sama _____

S partnerom _____

S članovima obitelji _____

RADNI STATUS

Zaposlena _____

Nezaposlena _____

Korisnik socijalne pomoći _____

BROJ TRUDNOĆA

Prva _____

Druga _____

Više _____

BROJ PORODA

Prvi _____

Drugi _____

Više _____

PLANIRATE LI DOJITI POSLIJE PORODA ILI VEĆ DOJITE

Da _____

Ne _____

DA LI STE POHAĐALI TEČAJ EDUKACIJE O DOJENJU

Da _____

Ne _____

12.2. BDI upitnik

Tvrdnja 1:

0 Ne osjećam se tužno.

1 Osjećam se tužno.

2 Osjećam se tužno svo vrijeme i ne mogu se osloboditi toga.

3 Tako sam tužan ili nesretan da to više ne mogu podnijeti.

Tvrdnja 2:

0 Nisam posebno obeshrabren u pogledu budućnosti.

1 Obeshrabren sam u pogledu budućnosti.

2 Osjećam da se nemam čemu radovati.

3 Osjećam da je budućnost beznadežna i da se stvari ne mogu popraviti.

Tvrdnja 3:

0 Osjećam da sam neuspješna osoba.

1 Osjećam se neuspješnijim od prosječnog čovjeka.

2 Kad sagledam unatrag svoj život, vidim samo mnogo neuspjeha.

3 Kao osoba osjećam se kao potpuni promašaj.

Tvrdnja 4:

0 Neke mi stvari i dalje čine zadovoljstvo kao i ranije.

1 Ne uživam više u nekim stvarima kao ranije.

2 Više mi gotovo ništa ne donosi pravo zadovoljstvo.

3 Ništa mi ne može pričinuti zadovoljstvo i sve mi je dosadno.

Tvrdnja 5:

- 0 Ne osjećam se posebno krivim.
- 1 Dobar dio vremena osjećam krivicu.
- 2 Većinom se osjećam krivim.
- 3 Cijelo se vrijeme osjećam krivim.

Tvrdnja 6:

- 0 Ne mislim da sam kažnjen.
- 1 Osjećam da sam možda kažnjen.
- 2 Očekujem da ću biti kažnjen.
- 3 Osjećam da mi je ovo kazna.

Tvrdnja 7:

- 0 Nisam razočaran sobom.
- 1 Razočaran sam sobom.
- 2 Gadim se sam sebi.
- 3 Mrzim se.

Tvrdnja 8:

- 0 Ne osjećam se gore nego bilo tko drugi.
- 1 Kritičan sam prema sebi zbog svojih slabosti ili grešaka.
- 2 Svo vrijeme se okrivljujem zbog svojih grešaka.
- 3 Krivim sebe za sve loše što se dogodi.

Tvrdnja 9:

- 0 Uopće ne pomišljam na samoubojstvo.
- 1 Pomišljam na samoubojstvo, ali ne bih ga počinio.
- 2 Volio bih se ubiti.
- 3 Ubio bih se, da imam priliku.

Tvrdnja 10:

- 0 Ne plaćem više nego obično.
- 1 Sada plaćem više nego ranije.
- 2 Sada stalno plaćem.
- 3 Ranije sam mogao plakati, ali sada više ne mogu plakati čak i kada to želim.

Tvrdnja 11:

- 0 Više se ljutim nego ikada.
- 1 Lakše se razljutim nego ranije.
- 2 Sada se cijelo vrijeme ljutim.
- 3 Više me uopće ne ljute stvari koje su me ranije ljutile.

Tvrdnja 12:

- 0 Nisam izgubio zanimanje za druge ljude.
- 1 Drugi me ljudi zanimaju manje nego ranije.
- 2 Uglavnom sam izgubio zanimanje za druge ljude.
- 3 Izgubio sam svako zanimanje za druge ljude.

Tvrdnja 13:

- 0 Odluke donosim dobro kao i prije.
- 1 Odlažem donošenje odluka više nego ranije.
- 2 Teže mi je donošenje odluke nego ranije.
- 3 Uopće više ne mogu donositi odluke.

Tvrdnja 14:

- 0 Ne mislim da izgledam imalo gore nego obično.
- 1 Bojim se da izgledam staro ili nepoželjno.
- 2 Osjećam da su se u mom izgledu dogodile promjene koje me čine neprivlačnim.
- 3 Mislim da ružno izgledam.

Tvrdnja 15:

- 0 Mogu raditi jednako dobro kao i prije.

1 Moram uložiti poseban napor da bih počeo nešto raditi.

2 Vrlo teško se odlučim da bilo što radim.

3 Uopće ne mogu raditi.

Tvrdnja 16:

0 Spavam dobro kao i obično.

1 Ne spavam dobro kao prije.

2 Budim se sat-dva ranije nego obično i teško mi je ponovo zaspati.

3 Budim se nekoliko sati ranije nego prije i više ne mogu zaspati.

Tvrdnja 17:

0 Ne umaram se više nego obično.

1 Umaram se lakše nego prije.

2 Ako bilo šta radim, umorim se.

3 Preumoran sam da bih bilo šta radio.

Tvrdnja 18:

0 Nemam slabiji apetit nego obično.

1 Nemam više tako dobar apetit kao prije.

2 Apetit mi je sada mnogo slabiji.

3 Uopće više nemam apetit.

Tvrdnja 19:

0 Nisam mnogo smršavio – ako sam uopšte smršavio.

1 Izgubio sam više od 2 kg.

2 Izgubio sam više od 5 kg.

3 Smršavio sam više od 7 kg.

Tvrdnja 20:

0 Zdravlje me ne zabrinjava više nego obično.

1 Brinem zbog fizioloških problema kao što su bolovi, ili nervoza stomaka, ili slaba probava.

2 Vrlo sam zabrinut zbog zdravstvenih problema i teško mi je razmišljati o drugim stvarima.

3 Tako sam zabrinut zbog zdravstvenih problema da više ni o čemu drugom ne mogu razmišljati.

Tvrdnja 21:

0 U posljednje vrijeme nisam primijetio da se moj interes za ljubavni odnos promijenilo.

1 Ljubavni odnos me zanima manje nego ranije.

2 Jako sam izgubio interes za ljubavni odnos.

3 Potpuno sam izgubio interes za ljubavni odnos.

12.3. Beckova skala za anksioznost

Uputa:

Pred sobom imate popis uobičajenih simptoma anksioznosti.

Molimo Vas da ga pažljivo pročitate te da označite kako ste često svaki od njih doživjeli tijekom proteklog tjedna, uključujući i danas, na taj način da zaokružite odgovarajući broj pored svakog simptoma.

| | Gotovo nikad | Ponekad | Često | Stalno |
|--|-------------------------|----------------|--------------|---------------|
| 1 Obamrlost i trnjenje | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 Osjećaj vrućine | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 Klecanje nogu | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 Nemogućnost opuštanja | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 Strah da će se dogoditi najgore | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 Vrtoglavica ili omaglica | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 Lupanje ili brzo udaranje srca | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 Nesigurnost, nestabilnost | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 Prestrašenost, užasnutost | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 Nervoja | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 Osjećaj gušenja | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 Drhtanje ruku | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 Drhtavost | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 Strah od gubitka kontrole | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 Poteškoće disanja | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 Strah od umiranja | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 Prestrašenost (uplašenost) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 Poteškoće s probavom ili nelagoda u trbuhu | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 Klonulost (slabost) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 Užarenost lica | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21 Znojenje (ne zbog vrućine) | 0 | 1 | 2 | 3 |

