

UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA

Barbara Kastelec

**VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE PRI OBRAVNAVI
POPORODNE DEPRESIJE**

Diplomsko delo

**THE ROLE OF THE HEALTH CARE DEALING WITH
POSTNATAL DEPRESSION**

Diploma thesis

Mentor(-ica): viš. pred. dr. Jožica Peterka Novak, viš. med. ses., prof. soc. ped.

Somentor(-ica): prof. dr. Borut Škodlar, dr. med., spec. psih.

Recenzent(-ka): viš. pred. dr. Suzana Mlinar

Ljubljana, 2018

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Jožici Peterka Novak in somentorju Borutu Škodlarju za odlično vodstvo in pomoč pri pisanju diplomskega dela. Zahvala tudi recenzentki Suzani Mlinar.

Hvala vsem prijateljem, ki so mi stali ob strani.

Največja zahvala pa gre moji družini za vso pomoč, podporo in spodbudo tekom celotnega študija. Hvala, ker ste mi zaupali in mi vsak dan vlivali novih moči in volje. Zelo vas imam rada.

IZVLEČEK

Uvod: Poporodna depresija je bolezen, za katero zboli približno 20 % vseh otročnic. Posledice niso škodljive zgolj za mater, ampak tudi za otroka in celotno družino. Pri otroku povzročajo zastoje v psihičnem, socialnem in kognitivnem razvoju. Dejavniki tveganja je veliko, slabo socialno stanje, partnerske težave in predhodna depresija pa so le eni izmed njih. Kaže se potreba po razvijanju zdravstvene nege, ki bo iskala ogrožene otročnice in jim nudila potrebno pomoč. **Namen:** Namen diplomskega dela je predstaviti zdravstveno nego pri obravnavi poporodne depresije. **Metode dela:** Uporabljena je deskriptivna analiza teoretičnih in empiričnih raziskav. Izbrana so bila besedila, ki so bila v celoti prosto dostopna v angleškem ali slovenskem jeziku, in besedila, ki niso starejša od petih let, razen, če je bila uporaba starejše literature smiselna in upravičena. **Rezultati:** Velik vpliv na potek bolezni in na zdravljenje ima stigma duševne bolezni. Od pristopa zdravstvenih delavcev je odvisno, v kateri fazi poteka bo bolezensko stanje matere prepoznano in kakšno zdravljenje bo zanjo potrebno. Ključ preventive in preprečevanja je v širjenju zavedanja in znanja o poporodni depresiji. **Razprava in sklep:** Dobra obravnava otročnice s strani medicinskih sester je zelo pomembna za zmanjševanje poporodne depresije. Ta pa se doseže z učenjem otročnic različnih metod sproščanja, intervencij, povezanih z novorojenčkom, s posredovanjem znanja (izobraževanje) in s sprejemanjem ter razumevanjem otročnice. Raziskovalci iščejo nove načine preprečevanja poporodne depresije. Glede na smer razvoja današnjega časa največ obeta razvoj spletnih programov in aplikacij za samonadzor in samooskrbo na področju zdravja.

Ključne besede: poporodna depresija, zdravstvena nega, zdravljenje, dejavniki tveganja.

ABSTRACT

Introduction: 20% of mothers suffer from the postnatal depression. The consequences are not only harmful for the mother but also for the child and the whole family. It causes physical, social and cognitive hindering of the child's development. There are many risk factors. Poor social situation, problems with the partner and preliminary depression are just some of them. There is the need for the development of the healthcare for mothers suffering from this disease, and also the need to offer them help. **Purpose:** Purpose of the thesis is to introduce the health care with dealing of the postnatal depression. **Methods:** The method used is the descriptive analysis of the theoretical and empirical research. The literature that is used is freely available in the English and the Slovene language and hasn't been older than five years unless the usage of the older literature has been legitimate. **Results:** An important influence on the course of the disease and the treatment has the stigma of the postnatal depression, which is the mental disease. The phase of the health state and treatment needed depends on the approach of the healthcare workers. The key to prevent the disease is to gain the knowledge and to spread the awareness about the postnatal depression. **Discussion and conclusion:** The key to reduce the postnatal depression is a good treatment of the neonatal mother. It is achieved by teaching the methods of release and spreading the knowledge, teaching the mothers of situations connected to the baby, accepting and understanding the neonatal mothers. Researchers are trying to find new ways to prevent the postnatal depression. The development of the online programs and applications for self-control and self-care nowadays anticipate the most.

Keywords: postpartum depression, healthcare, treatment, risk factors

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
2	NAMEN	3
3	METODE DELA.....	4
4	OPREDELITEV POPORODNE DEPRESIJE.....	5
4.1	Dejavniki tveganja	5
4.2	Kazalci poporodne depresije.....	8
4.3	Merilne lestvice.....	9
4.4	Vpliv stigme.....	10
5	ZDRAVSTVENA NEGA PRI OBRAVNAVI POPORODNE DEPRESIJE.....	12
5.1	Pristopi in metode medicinskih sester	12
5.1.1	Psihoterapevtske metode	13
5.1.2	Terapevtska komunikacija.....	14
5.2	Izobraževanje	15
5.2.1	Izobraževanje, namenjeno nosečnicam in otročnicam	15
5.2.2	Izobraževanje, namenjeno zdravstveni negi	16
6	PREPREČEVANJE POPORODNE DEPRESIJE	17
7	RAZPRAVA.....	21
8	ZAKLJUČEK.....	25
9	LITERATURA.....	26
10	PRILOGE	
10.1	Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Iskalni in izključitveni kriteriji

Tabela 2: Prikaz dejavnikov tveganja

Tabela 3: Preventivni programi

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV

EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale

PPD – popородna depresija

1 UVOD

Rojstvo otroka je dogodek, ki običajno prinese zadovoljstvo in srečo. Kljub sreči in sprejemu otroka v družino pa mnogo otročnic ob tem doletijo žalost in občutki tesnobe (anksioznosti), strahu in negotovosti. Obdobje nosečnosti in poporodno obdobje vključujeta veliko hormonskih, psihičnih, telesnih in socialnih sprememb, kar ima lahko močan vpliv na mentalno zdravje mater (Ugarte et al., 2017).

Trenutno je depresija najpogostejša bolezen, ki prizadene otročnice. Tako imenovana poporodna depresija (PPD) je bolezen, ki nima škodljivih posledic le zanjo, pač pa tudi za njenega otroka in njeno celotno družino. Povzroča zastoje v psihičnem, socialnem in kognitivnem razvoju otroka. Strokovnjaki jo po mednarodni klasifikaciji bolezni uvrščajo med duševne in vedenjske motnje, povezane s poporodnim obdobjem. Obdobje, ki je za razvoj PPD najbolj kritično, je četrti do šesti mesec poporodnega obdobja oziroma pueperija. Prevalenca obolevnosti se giblje okrog 20 %, kar pomeni, da za PPD zboli vsaka peta otročnica. Podatki o obolevnosti v raziskavah variirajo, odstotek pa je lahko različen zaradi uporabe različnih orodij merjenja in preučevanja različnih populacij (starostno, demografsko, socialno različne populacije). Glede na odstotek obolelih je 70 % tistih mater, ki so v preteklosti že imele depresivne simptome ali celo potrjeno depresijo. Najpogostejši simptomi tekom nosečnosti in v poporodnem obdobju so depresija, strah in anksioznost. Temu se pridružujejo izguba interesov, izguba ali pridobitev na teži, občutek nevednosti ali krivde, slaba koncentracija ter misli o smrti ali samomoru (Ugarte et al., 2017; Zlotnick et al., 2016; Howell et al., 2014; Milgrom, Holt, 2014; Ličina, 2009).

Dejavniki, ki sprožajo simptome bolezni, vključujejo osebno ranljivost matere, temperament otroka, slabo socialno stanje, težave v partnerskih odnosih, travmatične izkušnje iz preteklih nosečnosti in slabo ekonomsko stanje. Kar nekaj teh dejavnikov je danes prisotnih v vse več družinah (Pucer in sod., 2014).

Otročnice skušajo svoje težave mnogokrat prikriti pred drugimi, kar je vzrok za slabo zdravljenje bolezni. V primerih, ko poiščejo pomoč, pa je poporodna depresija dobro ozdravljiva in simptomi navadno izzvenijo po enem letu zdravljenja. Velik razlog za prikrivanje psihičnih težav izhaja iz neznanja ljudi in strahu pred psihičnimi boleznimi. Na tem področju je še posebej prisotna stigma. Otročnice lahko celo občutijo sram, da se to

dogaja njim, svoje težave pa skušajo še bolj skriti za izgovori o utrujenosti, starševskem stresu in zahtevnosti dojenčka (Pucer in sod., 2014; Fernandez y Garcia et al., 2015).

Del vzroka, zakaj lahko PPD ostane prikrita, so tudi podatki raziskav, ki kažejo na to, da je kar 50 % depresij v poporodnem obdobju spregledanih s strani zdravstvenega osebja. Čeprav so na voljo različni presejalni instrumenti, se jih osebje ne poslužuje. Z boleznijo se ne bi smeli ukvarjati samo, ko ta nastane, ampak bi morali nosečnice s presejalnimi testi spremljati že med nosečnostjo in po rojstvu (Mivšek, Zakšek, 2012; Scherrer de Araújo et al., 2016).

2 NAMEN

Namen diplomskega dela je predstaviti vlogo zdravstvene nege pri obravnavi poporodne depresije.

Cilji diplomskega dela so opisati:

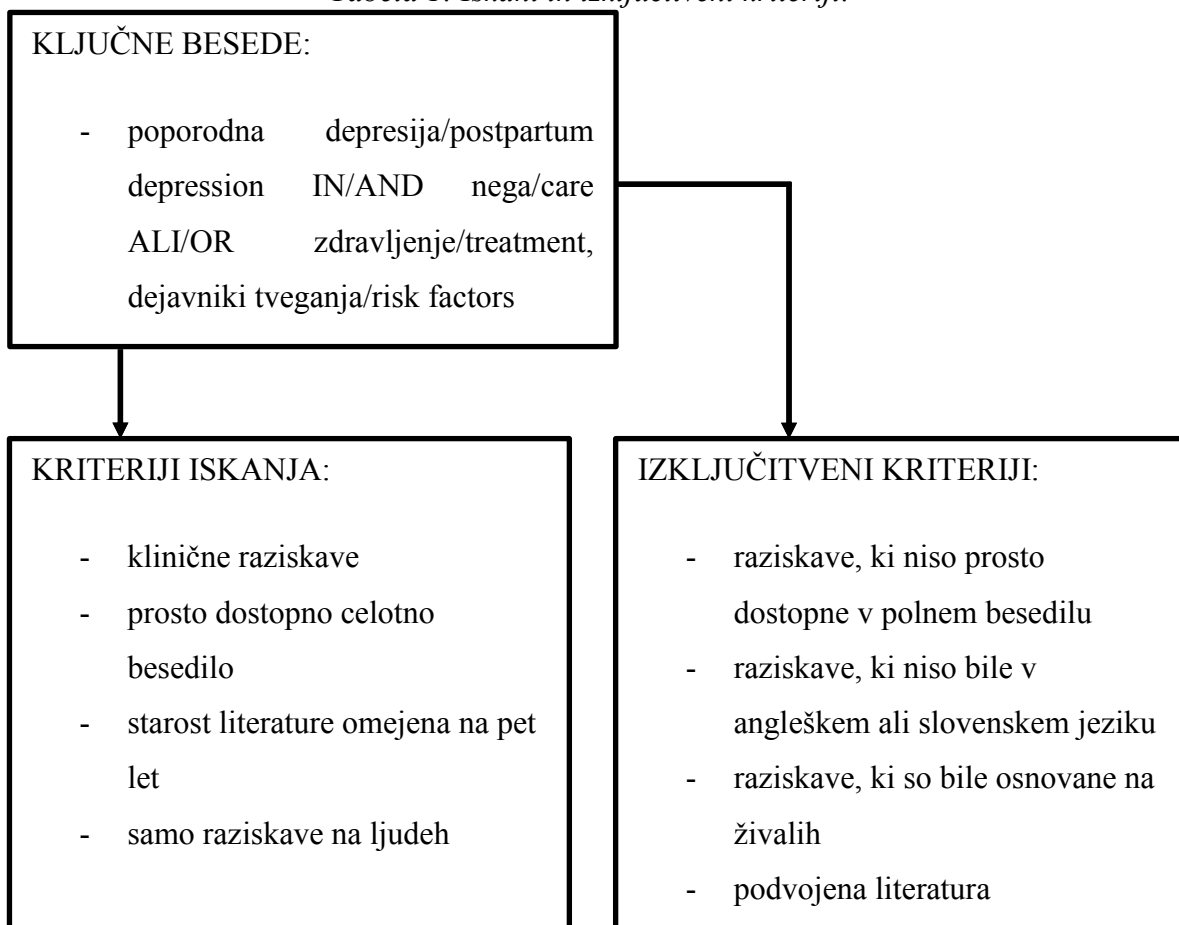
- poporodno depresijo;
- dejavnike tveganja in kako se jih prepozna;
- na kakšne načine zaposleni v zdravstveni negi pomagajo pri spopadanju s to boleznijo in preprečevanju le-te.

3 METODE DE LA

Uporabljena metoda, s katero so bili doseženi namen, cilji in odgovori na raziskovalna vprašanja, je bila deskriptivna analiza teoretičnih in empiričnih raziskav z namenom opredeliti preventivno vlogo zdravstvene nege na področju poporodne depresije. Za iskanje literature so bili uporabljeni Obzornik zdravstvene nege in naslednje elektronske baze podatkov: Medline, CINAHL, WileyOnlineLibrary in COBIB.si.

Iskanje je potekalo s ključnimi besedami: poporodna depresija/postpartum depression IN/AND nega/care ALI/OR zdravljenje/treatment, dejavniki tveganja/risk factors. Starost literature je bila omejena na pet let, vendar je v diplomskem delu zajeta tudi starejša literatura, ki je bila za razvoj teme pomembna. Natančni kriteriji so predstavljeni v Tabeli 1.

Tabela 1: Iskani in izključitveni kriteriji.



4 OPREDELITEV POPORODNE DEPRESIJE

Poporodna depresija (PPD) je opredeljena kot duševna in vedenjska motnja, povezana s poporodnim obdobjem (Ličina, 2009). Dandanes je to bolezensko stanje, ki je začelo vedno bolj privlačiti klinične raziskovalce. Razlog se skriva v tem, da se je začelo krepiti zavedanje o škodljivih posledicah, ki jih pušča PPD. Posledice niso omejene zgolj na otročnico, ampak v veliki meri vplivajo tudi na novorojenčka, družino in bližnjo okolico. Poporodna depresija je najpogostejša komplikacija poporodne dobe in prizadene skoraj 20 % otročnic vsako leto. Za veliko primerov pa se ocenjuje, da ostanejo skriti in da ni mednarodnega konsenza oziroma ocene, katere presejalne metode bi bile za odkrivanje bolezni najprimernejše (Rasmussen et al., 2016; Ugarte et al., 2017).

Za zamejitev časa, v katerem se lahko razvije PPD, je potrebno vedeti, da obstaja več različnih oblik:

- a) **Poporodna otožnost** – pojavlja se pri vsaki osmi do deseti otročnici. Za to obliko velja, da gre za normalno stanje, ki prikazuje upad/neravnovesje hormonov. Spremljajo ga nihanja razpoloženja, razdražljivost, izguba apetita, nespečnost, tesnoba, pretirana aktivnost oziroma pomanjkanje volje in energije. Traja nekaj dni po porodu, nato se stanje praviloma samo vrne v normalno (Pucer in sod., 2014).
- b) **Poporodna depresija** – znaki se začnejo pojavljati med četrtem in šestim tednom po rojstvu ter so prisotni vsaj štirinajst dni. PPD v povprečju traja od treh do šestih mesecev, lahko pa tudi dlje. Trajanje je odvisno od zdravljenja (Pucer in sod., 2014).

Poznamo pa tudi poporodno psihozo kot samostojno duševno motnjo. Gre za nenaden in očiten pojav pri 0,1 % otročnic. Pojavlja se od tri do štirinajst dni po porodu kot ekstremna zmedenost, zavračanje hrane, haluciniranje in blodnjavost, hiter in razdražljiv govor. Ta oblika je zelo redka, a toliko bolj nevarna in zahteva takojšnjo zdravstveno obravnavo. Občasno je potrebna tudi hospitalizacija in medikamentozno zdravljenje (Pucer in sod., 2014).

4.1 Dejavniki tveganja

Dejavniki tveganja za razvoj PPD vključujejo biološke spremembe, kot so hormonske spremembe, ki jih vsaka mati doživlja subjektivno. Te spremembe so nujno potrebne, da zagotovijo zdravje nosečnice in kasneje otročnice. Povzročajo namreč spremembe telesa, da se le-to začne pripravljati na porod. Hormonske spremembe so tudi tiste, ki aktivirajo mlečne žleze za izločanje mleka oziroma za vzpostavitev dojenja. Za ranljive skupine žensk so te spremembe lahko sprožilni faktorji depresivnega vedenja in anksioznosti. Vendar pa niso samo biološki faktorji tisti, ki lahko sprožajo simptome depresije. Pridružuje se jim tudi pestra paleta socialnih faktorjev, ki so v današnjem času v porastu. Splošno lahko izpostavimo družinsko zgodovino depresije ali predhodno prisotno depresijo pri ženski. To nakazuje tudi ugotovitev, da je 70 % otročnic, ki imajo znake PPD, takih, ki so že prej imele simptome ali so bile že zdravljene zaradi depresivnega razpoloženja ali anksioznosti. Pod dejavnike tveganja uvrščamo tudi nasilje v družini, pomanjkanje socialne podpore, neželjeno nosečnost in partnerske težave (Ugarte et al., 2017).

Tabela 2 prikazuje še nekatere dejavnike tveganja pri ogroženih skupinah otročnic in pojasnjuje vzroke, zakaj pri njih prihaja do porasta bolezni.

Tabela 2: Prikaz dejavnikov tveganja.

LITERATURA Avtor, leto objave Naslov članka	POPULACIJSKI VZOREC, INSTRUMENT OCENJEVANJA	REZULTATI: Ugotovljeni dejavniki tveganja
Pucer in sod., 2014 Prepoznavanje mater s poporodno depresijo in pomen ocenjevanja vedenja novorojenčka za spodbujanje njihovega odnosa s starši na enoti intenzivne nege novorojenčka	<ul style="list-style-type: none"> • 63 mater (dojenčki hospitalizirani) • povprečna starost: 29,9 let • vprašalnik EPDS* 	Hospitalizacija otroka predstavlja zelo velik vzrok za razvoj PPD.
Shivalli, Gururaj, 2015 Postnatal depression among rural women in south India: Do socio- demographic, obstetric and	<ul style="list-style-type: none"> • 102 materi (vse živijo s partnerjem, 3/4 sodelujočih pod ekonomsko črto) • povprečna starost: 23,1 leto • vsaka deseta ženska 	Revščina, rojstvo deklice, znane pridružene bolezni predstavljajo velik vzrok za razvoj PPD.

pregnancy outcome have a role to play	<p>ima med nosečnostjo pridružene bolezni</p> <ul style="list-style-type: none"> • vprašalnik EPDS 	
<p>Radesky et al., 2013</p> <p>Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 587 mater • povprečna starost: 31 let • ocena joka novorojenčka • vprašalnik EPDS 	<p>Povečan jok otroka je lahko vzrok za povišanje starševskega stresa. Obenem zmanjšuje samozavest starša glede skrbi za otroka.</p>
<p>Venkatesh et al., 2014</p> <p>The relationship between parental stress and postpartum depression among adolescent mothers enrolled in a randomized controlled prevention trial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 106 mater • mlajše od 17 let • lestvica starševskega stresa 	<p>Spol otroka ni vplival na pojavnost depresije, starševski stres je dokazano povišal možnost za nastanek PPD.</p>

*Vprašalnik EPDS je predstavljen v nadaljevanju pod točko 4.3.

Pod ogrožene otročnice spadajo tiste, ki imajo hospitalizirane otroke. Raziskavo so izvedli na Kliničnem oddelku za neonatologijo Pediatrične klinike v Ljubljani. Za merjenje so uporabili vprašalnik EPDS. Razmejitvena vrednost ogroženosti je bila vrednost desetih točk, kar 38,1 % otročnic pa je to vrednost doseglo oziroma preseгло. Rezultat 13 ali več je doseglo 22,2 % mater, kar je razmejitvena vrednost za odkrivanje težjih oblik PPD. Od zajetih 63 mam jih je 30 poročalo, da so po nepotrebnem krivile sebe, ko je šlo kaj narobe. Najmanj pogosto so poročale o samomorilnih mislih in skoraj nobena (N = 60) ni nikoli pomislila na samopoškodovanje. Za razliko od navadne depresije je pri PPD šestkrat manjša možnost samomora zaradi močnega materinskega nagona (Pucer in sod., 2014).

Nadaljnje raziskave so zajele podeželsko populacijo. Gre za ženske, ki so v 73,5 % nezaposlene, 98,7 % pa jih s svojo družino živi od kmetijstva. Vsaka deseta ženska je imela med nosečnostjo pridruženo bolezen (preeklampsija, anemija, sindrom policističnih jajčnikov). 31,4 % mam je po lestvici EPDS preseгло razmejitveno vrednost trinajstih točk

za odkrivanje težjih oblik PPD. Analiza je pokazala pomembno povezavo med sociodemografskimi (tip družine, ekonomski status, zaposlitev), porodniškimi (komplikacije in znane bolezni) in nosečniškimi (spol otroka) lastnostmi (Shivalli, Gururaj, 2015).

Močan indikator, ki lahko sproži depresivno vedenje pri materi, je neutolažljiv jok otroka. Po poročanju iz izbrane raziskave matere navajajo, kako stresen je občutek, da ne morejo potolažiti svojega otroka. V zajeti raziskavi so sodelovale po večini belke (73,1 %), poročene (88,6 %) in z univerzitetno izobrazbo (70,9 %). Po vprašalniku EPDS jih je 10 % (N = 60) doseglo ali preseglo mejo devetih točk, kar je meja za zmerno obliko PPD, 3,5 % pa jih dosega oziroma presega mejo trinajstih točk, kar je meja za odkrivanje težjih oblik PPD. Ostalih 79,4 % mater ni imelo pomembnih znakov, ki bi kazali na depresijo. Sklepa se, da otrokov jok starši razumejo tudi kot izražanje bolečine ob krčih, izražanju zob in podobno. Tekom teh faz so otroci veliko bolj razdražljivi (Radesky et al., 2013).

Potem pa je tu še skupina mater, za katero velja izredno velika stopnja ogroženosti. To so adolescentne matere. Pri nekaterih so lahko nosečnosti načrtovane, pri večini pa so zanositve nenačrtovane in nezaželene. V Ameriki je letno v povprečju 400.000 rojstev, katerih otročnice so med petnajstim in devetnajstim letom starosti. V izbrani raziskavi je bilo zajetih 106 mladostnic, pri katerih so merili starševski stres in morebiten posledičen razvoj depresije. Meritve so opravljali trikrat (pri šestih tednih, treh mesecih, šestih mesecih). 19 adolescentnih mater je imelo ob vseh treh meritvah z jasnimi znaki diagnosticirano PPD. Pri 30 % (N = 26) je bilo moč prepoznati rahlo izraženo depresijo, medtem ko je bil indeks stresa izrazito povišan pri 28 materah. Stres za mlade mame predstavlja visok dejavnik tveganja. So pa skoraj vse sodelujoče (93 %) poročale, da je bila družina tista, ki jim je nudila vso podporo in pomoč, ki so jo potrebovale (Venkatesh et al., 2014).

4.2 Kazalci poporodne depresije

Splošno znano je, da imajo matere, ki trpijo za PPD, slabše možnosti za razvoj toplih in ljubečih materinskih občutij do otroka. Oslabljen vez med otrokom in materjo ima negativne posledice tudi za poznejše odnose med njima. Za oslabiljeno vez so značilni pomanjkanje materinskega čuta, sovražna občutja do otroka, pomanjkljiva skrb in občutek

odgovornosti do otrokovih potreb, občasno pa tudi škodovanje otroku in njegovo zanemarjanje (Popo et al., 2017).

Pomemben znak, ki opozarja na morebiten potek depresije, je zmanjševanje občutja za interakcije ter čustven umik (Popo et al., 2017). PPD botruje seznam simptomov, ki so lahko prisotni pri vseh oblikah te depresije. Eden izmed prepoznavnih simptomov je depresivno počutje, katerega navadno spremlja tesnoba (anksioznost). Poznamo več stopenj anksioznosti, od blage, skoraj neizrazite, do izredno nevarne in močno izražene stopnje. Tem glavnim simptomom se pridružujejo tudi izguba interesov, izguba teže ali pridobitev na teži, pomanjkanje energije, težave s spanjem kot pretirana utrujenost, zaspanost ali na drugi strani nespečnost, vznemirjenost in upočasnjenost. Prisotni so občutki brezvrednosti, krivde, prihaja do izgube koncentracije. Pri PPD s slabšim potekom in hujšo obliko so prisotne tudi misli o smrti ali samomorilna nagnjenja. Redko prihaja tudi do primerov poškodovanja otroka, saj ga mati v svoji bolezni lahko vidi kot krivca za svoje stanje. Takih primerov je manj, več pa je obratnih primerov, ko se matere posesivno vedejo do svojega otroka in ga težko zaupajo partnerju in vsem drugim (Milgrom, Holt, 2014).

4.3 Merilne lestvice

Merilne lestvice so zelo pomembne za odkrivanje ogroženih posameznic. Delimo jih po obdobjih, v katerih se jih lahko uporablja, in sicer:

1. Predporodno obdobje (navadno v zadnjem trimesečju):
 - *Predporodni vprašalnik* – 24 vprašanj o izobrazbi, socialnem statusu, partnerju, družini, zdravstveni zgodovini, predhodni anksioznosti ali povišani žalosti. Otročnice izpolnjujejo same in vrednotijo glede na priloženo skalo.
 - *Beckov vprašalnik depresivnosti* – 21 vprašanj, ki temeljijo na splošni depresiji. Otročnice jih izpolnjujejo same. Pomanjkljivost je, da vprašalnik izpušča anksioznost, ki je ključen znak pri sumu na PPD.
 - *Napovedni indeks za PPD* – 17 vprašanj o čustvenem in fizičnem počutju, preteklih duševnih težavah, o družinskih odnosih. Po strokovnih mnenjih je ta indeks slabo učinkovit zaradi majhne napovedne vrednosti (Mivšek, Zakšek, 2012).

2. Poporodno obdobje:

- *Presejalna lestvica za PPD* – 35 vprašanj o spanju, prehranjevanju, čustvovanju, kognitivnosti, anksioznosti, občutku krivde, samomorilnosti in o izgubi identitete.
- *Presejalna lista PPD* – 11 vprašanj o pomankanju interesa in kontrole, izgubi samozavesti in koncentracije, o čustvih, anksioznosti, krivdi ter o samomorilnih mislih. Vprašanja otročnici zastavlja zdravstveni delavec (Mivšek, Zakšek, 2012).

3. Lestvica, primerna za obe obdobji:

- *Edinburška lestvica poporodne depresije* (Mivšek, Zakšek, 2012).

Najbolj znana metoda za merjenje oziroma presejanje otročnic za odkrivanje PPD je Edinburška lestvica poporodne depresije (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS). Lestvica je primerna tako za obdobje nosečnosti kot tudi za poporodno obdobje. Svetuje se, da naj bi otročnice test opravljale šest tednov po rojstvu pri izbranem zdravniku, lahko pa ga opravljajo tudi na pobudo patronažne medicinske sestre. Lestvica je prosto dostopna tudi na internetu. Matere lahko tako nanjo odgovarjajo doma, če to želijo ali če imajo občutek, da prihaja do depresivnih pojavov. Ob ugotovitvi povišanega izračuna točk, bi se morale takoj javiti zdravstveni službi. Vprašalnik je enostaven za razumevanje in hiter za reševanje. Sestavlja ga deset vprašanj, ki se navezujejo na področje razpoloženja otročnice v zadnjih sedmih dneh. Vprašanja so razvidna v Prilogi 1. Vsako vprašanje ponuja štiri odgovore, ki se točkujejo z 0, 1, 2 ali 3 točkami. Dobljene točke se na koncu sešteje, rezultat pa razbere s priložene skale. Seštevek trinajstih točk je znak, da je mati resno ogrožena zaradi depresije in mora nujno dobiti zdravniško pomoč. Pomembno je vedeti, da lestvica EPDS ne potrjuje diagnoze poporodne depresije ampak samo opozarja, da prihaja do njenega pojavljanja in je zato potrebno boljše spremljanje otročnice in otroka. Dokončno diagnozo PPD lahko poda le zdravnik psihiater. Prav tako je on tisti, ki določi način in trajanje zdravljenja (Cox, 1987; Pucer in sod., 2014).

4.4 Vpliv stigme

Byatt in sodelavci (2013) v eni od svojih raziskav ugotavljajo, da je po besedah otročnic najmočnejši strah pred stigmatizacijo, ki se drži PPD. Matere je strah, da bi bile označene kot slabe mame. Skrbi jih tudi, da bi jih drugi obravnavali podobno, kot bi imele kriminalno

datoteko. Mnoge matere navajajo stres in pritisk zaradi tega, da so kot mlade matere stigmatizirane kot slabe in neizkušene.

V strahu pred izgubo starševske pravice matere svoje duševne težave skrivajo in ne poiščejo pomoči. Med drugim pa so raziskovalci ugotovili, da je 79 % nosečnic in otročnic poročalo, da bi zaupalo svoje duševne težave zdravstvenemu osebju ob rutinskih pregledih, če bi jih po tem vprašali (Kingston et al., 2017).

5 ZDRAVSTVENA NEGA PRI OBRAVNAVI POPORODNE DEPRESIJE

Kljub razvitosti današnjega sveta ima visok odstotek mater še vedno izredno malo znanja o depresiji in se zaradi tega mnoge od njih lahko niti ne zavedajo, da so depresivne. Presejanje je torej pomemben začetni korak identificiranja žensk z znaki PPD in je tudi začetni korak za začetek zdravljenja. Ocene kažejo, da kar 50 % primerov PPD ostane prikritih in spregledanih s strani zdravstvenega osebja (Mivšek, Zakšek, 2012).

Nosečnice se tekom nosečnosti velikokrat srečujejo z zdravstvenimi storitvami. Presejanje je torej možno opravljati na več ravneh. V prvo raven je lahko zajeto obdobje nosečnosti oziroma obdobje, ko se bodoča mati udeležuje rednih ginekoloških pregledov, ali pa je po potrebi zaradi komplikacij tekom nosečnosti hospitalizirana v bolnišnici. V drugo raven je zajeto poporodno obdobje, ko se poleg ginekoloških kontrol mati srečuje še s pediatrom, vodilno vlogo njene oskrbe in nadzora pa prevzame patronažna medicinska sestra z oskrbo na domu (Mivšek, Zakšek, 2012).

5.1 Pristopi in metode medicinskih sester

Pristopi in metode, po katerih se ravnajo medicinske sestre, da omogočajo otročnicam lajšanje duševnih stisk, so:

- poznavanje teorije Hildegard Peplau,
- uporaba procesne metode dela,
- veščine s področja terapevtske komunikacije,
- sposobnost dela v zdravstvenem timu.

Delovanje Hildegard Peplau je bilo izjemnega pomena prav na področju zdravstvene nege v psihiatriji. Svojo teorijo je zasnovala na odnosu med medicinsko sestro in pacientom. Poudarjala je pomembnost čustveno zrele osebnosti pri medicinski sestri. To je uvrščala med glave dejavnike spremljanja pacienta takega, kot je – celovita osebnost. Razvila je faze odnosa med medicinsko sestro in pacientom:

- Orientacija (začetna faza, medicinska sestra in pacient sta si tujca, skupaj razjasnujeta nastali problem).

- Identifikacija (razjasnijo se pričakovanja – pacient sodeluje/se izolira/postane pasiven).
- Koriščenje (pacient aktivno izrablja ponujeno pomoč).
- Razrešitev (končna faza, odnos se zaključi, pacient postane samostojen za reševanje svojih težav) (Gorše Muhič, 2009b; Hajdinjak, Meglič, 2012).

Prav to so terapevtske faze, ki si morajo slediti v tem zaporedju, da je medsebojni odnos med medicinsko sestro in pacientom lahko pozitivno izkoriščen. Izgradnja zaupanja pri materah, ki so ogrožene za PPD ali pa je ta že potrjena, je toliko bolj pomembno, saj bodo le ob zaupanju v medicinsko sestro priznale in sprejele potrebno pomoč in vodenje (Hajdinjak, Meglič, 2012).

5.1.1 Psihoterapevtske metode

Pravilno postavljena diagnoza je glavni pogoj za uspešno zdravljenje. Farmakološke metode so področje zdravnika psihiatra in so primerne za zdravljenje težjih oblik PPD. Lažje oziroma blažje oblike pa je priporočljivo zdraviti nefarmakološko s psihoterapevtskimi metodami. Dobro za potek bolezni je, da pri tem sodeluje celotna družina, da pacientka začuti podporo in razumevanje. Poznavanje psihoterapevtskih metod je način, primeren za medicinske sestre, babice, najbolj pa za patronažno zdravstveno nego, ki je zadolžena za oskrbo matere po rojstvu otroka. Psihoterapevtskih metod je veliko, v nadaljevanju jih je nekaj predstavljenih (Fenwick et al., 2015; Mivšek, Zakšek, 2012).

Interpersonalna terapija – znotraj terapije se obravnava temo materinstva in kakšno podporo partnerja ima pri tem otročnica. Terapija osredotoča mater na identifikacijo problema, kar ji daje občutek nadzora nad prevzemanjem novih vlog. V terapijo je vključena psihoedukacija prek igranja vlog in učenje komunikacijskih tehnik. Predstavljena oblika je učinkovita tako v obdobju nosečnosti kot v obdobju po rojstvu (Mivšek, Zakšek, 2012).

Kognitivno-vedenjska terapija – zavzema se za spremembo kognitivnih procesov, ki so nastali pri materi zaradi zmotnih sklepanj in interpretacij izkušenj in dogodkov. Prvi korak

je, da mati te misli prepozna in si v drugem koraku skuša zamisliti potencialne rešitve. S to tehniko pridobi samozavest za soočanje s problemi (Mivšek, Zakšek, 2012).

Nedirektno svetovanje – terapija temelji na umetnosti dobrega svetovanja oziroma nedajanja nasveta. Ustvariti je treba okolje, ki je empatično in brez motenj, odnos pa mora biti sklenjen in zaupen, a ne intimen. Poudarek pri tej terapiji je na terapevtskem poslušanju in izražanju terapevtske podpore in razumevanja (Mivšek, Zakšek, 2012).

Poleg omenjenih metod je priljubljena tudi metoda, imenovana »*debriefing*«. Gre za metodo, ki ima največji učinek v štiriindvajsetih do osemindvajsetih urah po rojstvu, in sicer gre za deljenje izkušnje poroda (opis z vsemi podrobnostmi in občutji) (Mivšek, Zakšek, 2012).

Ponekod se otročnice vključujejo v podporne skupine. Prav tako se poslužujejo antidepresivnih akupunktur, masaž, terapij s svetlobo ali glasbo, vendar je o uspešnosti preprečevanja PPD s temi metodami zelo malo podatkov (Mivšek, Zakšek, 2012).

5.1.2 Terapevtska komunikacija

Zdravstveni delavci so neprestano v komunikaciji s svojimi pacienti. Za uspešno komunikacijo je potreben etičen, sočuten, spoštljiv in nesebičen pristop. Na zdravstvenem delavcu je tudi, da vsakdanjo komunikacijo prenese v terapevtsko komunikacijo, ki teži k usmerjanju in vodenju pacienta na pot ozdravitve oziroma k doseganju zastavljenih ciljev zdravstvene oskrbe (Gorše Muhič, 2009a).

Na področju psihiatrične zdravstvene nege je terapevtska komunikacija zelo pomembna. Uspešna pa je, če ima potrebne značilnosti. Glavna značilnost, ki pove, ali bo komunikacija med pacientom in medicinsko sestro uspešna, je zaupanje. To posega globlje v pacienta, saj se zaupanje doseže s sprejemanjem občutij, čustev, strahov, s poslušanjem in sprejemanjem pacienta takega, kot je. Naslednja značilnost je ena izmed težje pridobljenih. To je sprejemanje sebe, preden se lahko sprejme pacienta kot subjekta, vključno z njegovimi komentarji, pritožbami, negativnimi čustvi. Z vključevanjem te značilnosti bo pacient s strani medicinske sestre obravnavan kot človek in ne kot kliničen primer. Komunikacija uspe, če je v odnosu tudi dovolj empatije. Z doseganjem empatičnega odnosa si medicinska sestra in pacient postaneta enakovredna. Gradita

spoštovanje (ki je tudi pacientova pravica) in strpnost. Medicinska sestra z dobro empatijo zna dobro preценiti pacientove potrebe ali žalost in zna posledično reagirati z najustreznejšim pristopom. Nazadnje je potrebno omeniti še zaupnost, ki jo je nujno potrebno spoštovati in so k temu zavezani vsi zdravstveni delavci po Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (Gorše Muhič, 2009a).

5.2 Izobraževanje

Učenje in pridobivanje znanja o zdravju je ena izmed štirinajstih osnovnih življenjskih aktivnosti po Virginiji Henderson, raziskovalki, ki je v zdravstveni negi jasno načrtala osnovne naloge medicinskih sester za doseganje osnovnih človekovih potreb do najvišje možne samooskrbe. Medicinska sestra kot izvajalka zdravstvene nege nosi odgovornost, da potrebno znanje prenaša v prakso in do pacientov. S širokim znanjem in izkušnjami vzpostavlja zaupljiv odnos do svojih pacientov in si s tem utira pot do učinkovitega nudenja zdravstvene oskrbe in do uspešnega reševanja negovalnih problemov. Širjenje znanj se razlikuje glede na skupino, kateri se znanje posreduje (Hajdinjak, Meglič, 2012).

5.2.1 Izobraževanje, namenjeno nosečnicam in otročnicam

Znanje, ki je nudeno nosečnicam in otročnicam, je za njihov razvoj zelo pomembno. Pomembno pa je tudi za pravilen razvoj samega ploda in kasneje dojenčka oziroma otroka (Koushede et al., 2017). Ginekološka klinika v Ljubljani že od leta 1955 organizira zdravstveno vzgojo za nosečnice. Sprva so jo imenovali Materinska šola, ko pa so se kasneje začeli priključevati še očetje, so jo preimenovali v Šolo za starše. Šolo vodijo medicinske sestre in babice, vključujejo pa še druge člane zdravstvenega tima (zobozdravnik, pediater, anesteziolog, psiholog, fizioterapevt, strokovnjak varne vožnje). Šola ima več različnih tečajev:

- *Tečaj za zgodnjo nosečnost* – seznanitev s potekom nosečnosti, s tem kakšne spremembe se pričakuje – telesne in duševne, učenje o zdravi prehrani, pravilni higieni, ustrezni rekreaciji.
- *Tečaj predporodne priprave* – (10 sestankov, od 32. tedna dalje) seznanitev z nego dojenčka, s prehrano, anatomijo in fiziologijo ženskih spolovil, predstavitev same

nosečnosti in pomena zdravega gibanja, predstavitev poroda in poteka poporodnega obdobja. Nosečnice se opozori na psihološke spremembe. Tu se srečajo tudi z zgoraj omenjenimi člani tima.

- *Tečaj za bodoče očete* – seznanitev s porodom in poporodnim obdobjem (za tiste, ki niso na tečaju za zgodnjo nosečnost).
- *Individualno zdravstveno-vzgojno delo* – za slepe, gluhe, psihično bolne nosečnice.
- *Uporaba dekompresorja* – za razbremenitev (od 32. tedna dalje) (UKC Ljubljana, 2018).

5.2.2 Izobraževanje, namenjeno zdravstveni negi

Izobraževanje je dejavnost, ki jo mora zdravstvena nega stalno nadgrajevati. S spoznavanjem novih znanj in standardov se lahko zagotavlja celostna obravnava pacientov. S področja zdravstvene nege pri obporodnih stiskah je bila v Sloveniji izvedena raziskava v sklopu diplomskega dela, v kateri so bile anketirane patronažne medicinske sestre. Raziskava je vključevala podatke, kaj patronažne medicinske sestre menijo o sebi, ali so usposobljene za preprečevanje duševnih stisk otročnic, in kje to znanje pridobivajo. 39,1 % sester meni, da so za prepoznavanje depresije ustrezno usposobljene, 21,7 % pa, da niso, medtem ko jih 47,8 % ni znalo odgovoriti na to vprašanje. Glede pridobivanja znanj jih 82,6 % črpa znanje z izmenjavanjem mnenj med sodelavci in prav toliko jih tudi črpa iz poklicnih izkušenj, 78,3 % jih pridobiva znanje tudi iz strokovne literature, 65,2 % pa na organiziranih izobraževanjih, povezanih z obporodnimi stiskami. 82,6 % patronažnih medicinskih sester je poudarilo, da se močno kaže potreba po dodatnih izobraževanjih z omenjenega področja (Čampa, 2014).

Del strokovnih izobraževanj zdravstvene nege poteka v ustanovah, kjer so medicinske sestre zaposlene, kot interna izobraževanja, del pa v okviru Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije. Sezname strokovnih srečanj so objavljeni na spletni strani Zbornice oziroma Zveze.

6 PREPREČEVANJE POPORODNE DEPRESIJE

V nedavnem sistematičnem pregledu je Werner s sodelavci (2016) identificiral 37 psiholoških in psihosocialnih intervencij, testiranih prek randomiziranih kontrolnih študij. Od teh so jih 17 potrdili kot učinkovite. 13 študij je bilo izvedenih z ogroženimi populacijami. Vse poudarjajo pomen poznavanja PPD in dejavnikov tveganja, še posebno pri tarčnem izbiranju žensk, za katere se predvideva, da je uporaba preventive smiselna oziroma potrebna.

V Tabeli 3 so predstavljene nekatere raziskave, ki opisujejo preventivne programe z različnimi pristopi, ciljanimi na ogrožene nosečnice in otročnice.

Tabela 3: Preventivni programi.

LITERATURA Avtor, leto objave Naslov članka	PREVENTIVNI PROGRAM (Kdo izvaja in na kakšen način izvaja?)	REZULTATI: UČINKOVITOST
Ugarte et al., 2017 Psychoeducational preventive treatment for women at risk of postpartum depression: study protocol for a randomized controlled trial, PROGEA	PROGEA Izvajajo ginekologi in babice kot psihoedukacijo otročnic.	Program se je izkazal kot učinkovito zasnovan. Končno zbiranje podatkov še poteka.
Popo et al., 2017 Effects of lay support for pregnant women with social risk factors on infant development and maternal psychological health at 12 months postpartum	LAIČNA PODPORA Izvaja nezdravstveno osebje kot individualno podporo otročnicam	Program ni pokazal pomembnih sprememb.

Scherrer de Araujo et al., 2016 Effects of relaxation on depression levels in women with high-risk pregnancies: a randomised clinical trial	BENSONOVA RELAKSACIJSKA TEHNIKA Izvajajo medicinske sestre kot učenje ritualov in sproščanja nosečnic.	Program oziroma intervencija se je izkazala kot učinkovita.
Werner et al., 2016 PREPP: Postpartum depression prevention through the mother-infant dyad	PREPP Izvaja psiholog kot osebne individualne pogovore in kot telefonske pogovore.	Program se je izkazal kot koristno orodje za iskanje ogroženih otročnic.
Milgrom et al., 2016 Internet cognitive behavioral therapy for women with postnatal depression: a randomized controlled trial of mummoodbooster	MumMoodBooster Izvajanje terapije prek spleta.	Program se je izkazal kot učinkovit za vzdrževanje remisije depresije.

Študija PROGEA je imela svoj fokus na izboljšanju informacij, ki jih imajo ženske o PPD. Intervencije so temeljile na učenju o dejavnikih tveganja, ki sprožajo depresijo, na učenju obvladovanja negativnih misli in učenju tehnik samoobvladovanja anksioznosti. Predstavljene so jim bile socialne veščine ter učenje soočanja s problemi in njihovega reševanja. Intervencije so izvajali izobraženi zdravstveni kadri (ginekologi in babice). K sodelovanju so bile povabljene nosečnice v tretjem trimesečju in s prisotnim vsaj enim dejavnikom tveganja. Spremljanje se je začelo med osmim in petnajstim dnem po rojstvu. Intervencijska skupina je bila deležna šestih srečanj (eno individualno in pet skupinskih), ki so trajala po eno uro, razdeljena pa so bila znotraj dveh mesecev. Otročnice se je ocenjevalo po treh protokolih: (1) EPDS, (2) Merrill Palmer razvojna lestvica otrokovega temperamenta in (3) strukturiran intervju o depresivnih motnjah. Začetni rezultati so pokazali dobro zasnovo za učinkovit preventivni program, ki poudarja pomembnost zagotavljanja dobrega počutja mater in spremljanje njihovega mentalnega zdravja še

posebno takrat, ko so znani dejavniki tveganja, katerim je otročnica izpostavljena. Končno vrednotenje rezultatov študije še poteka (Ugarte et al., 2017).

Raziskovalci testirajo različne načine pristopov za podporo ženskam z visokimi dejavniki tveganja. Eden od teh je laična podpora oziroma pomoč prostovoljcev, ki niso zdravstveni delavci. Njihova naloga je zagotovitev socialne in praktične podpore (npr. pomoč pri dostopanju do že obstoječe poti oskrbe). Matere, ki so se odločile za sodelovanje v študiji, so prostovoljci spremljali od zadnjega trimesečja nosečnosti do šestih tednov po rojstvu. Rezultate počutja matere in dojenčka so beležili pri osmih in dvanajstih tednih po rojstvu. Matere so ocenjevali z lestvico EPDS. Končni rezultati študije niso pokazali trajnih izboljšav, ki bi jih tovrstna pomoč zagotavljala. Mediana ogroženosti je bila med kontrolno skupino 6,8 točke, med intervencijsko pa 5,6 točke po lestvici EPDS. Končen sklep raziskave je bil, da prostovoljna pomoč na kratek rok pomaga materam, vendar na dolgi rok nima pomembnega vpliva na psihično počutje ter na preprečevanje anksioznosti in depresije (Popo et al., 2017).

Ena izmed raziskav je preverjala, kako učinkovita je Bensonova tehnika sproščanja. Gre za intervencijo zdravstvene nege, ki jo izvajajo medicinske sestre v bolnišnicah. V raziskavi so bile zajete nosečnice, ki so bile hospitalizirane vsaj 24 ur zaradi tvegane nosečnosti (hipertenzija, diabetes). V obeh skupinah (kontrolni in intervencijski) so za oceno PPD uporabljali lestvico EPDS. Intervencijsko skupino so individualno pet dni učili uporabljati izbrano tehniko sproščanja. Sestavljena je iz šestih korakov: (1) tišina in izbira udobnega položaja, (2) zaprte oči, (3) sprostitvev mišic od nog proti glavi, (4) dihanje skozi nos, (5) ponavljanje 10–20 min, (6) ne misliti na to, kako uspešno je sproščanje. V raziskavi so med peti in šesti korak dodali zamisel o kraju, ki jim je bil všeč in se vračajo vanj, ali o kraju, v katerega si nekoč želijo oditi. S sproščanjem so nosečnice nadaljevale tudi doma, dvakrat na dan (ob prebujanju in pred spanjem). Prvi dan poteka raziskave v bolnišnici so bile v kontrolni skupini meritve EPDS 11,4 točke, v intervencijski skupini pa 10,3 točke. Po petih dneh izvajanja sproščanja je seštevek točk EPDS pri intervencijski skupini padel na 4,5, medtem ko je v kontrolni skupini ostal 9,9 točke. Sproščanje kot intervencija zdravstvene nege se je izkazala kot učinkovita metoda za zniževanje depresivnosti pri ženskah. Zdravstveni delavci, še posebno sestre, pa pri tem igrajo ključno vlogo za celovito oskrbo in nudenje pomoči ženskam v ranljivih obdobjih (Scherrer de Araújo et al., 2017).

Program PREPP testira kako preprečiti PPD prek odnosa mama-otrok. Otročnice v intervencijski skupini zajete v paru s svojim otrokom so bile po programu obravnavane trikrat v osebni pogovoru s psihiatrom in enkrat prek telefonskega pogovora. Prek intervjujev so dobile motivacijo, izobraževanje pa je delovalo tudi na področju zmanjševanja stigme psihiatričnega področja. V pogovoru so dobile tudi nasvete o organizaciji nege in skrbi za dojenčka. Po končnih ocenah mater in otrok so rezultati kazali pozitiven razplet pri intervencijski (PREPP) skupini, kjer je bil odstotek PPD nižji oziroma manj izrazit. Kontrolna skupina je medtem imela slabši in izrazitejši potek depresije (Werner et al., 2016).

MumMoodBooster program je eden izmed novejših programov, ki so jih raziskovalci testirali na področju žensk s PPD. Gre za program, ki je dostopen prek interneta. Obsega ga šest spletnih terapij. Vsaka se začne z uvodnim videom, ki predstavi vsebino, namen in cilje programa. Vsebina je podana z besedilom, animacijami, video predstavitvami in s konkretnimi primeri. V intervencijski skupini testiranja tega programa so sodelovale mame, ki so imele potrjeno diagnozo PPD. Program tekom svojih predstavitev opogumlja kandidatke za izdelavo osebnih seznamov aktivnosti, spodbuja k določanju osebnih ciljev in objavljanju slik na spletni strani programa. S tem nudijo mamam možnost pregleda nad svojimi spremembami razpoloženja. 90 % testiranih mam je program ocenilo kot zelo uporaben in lahko dostopen, raziskovalci pa so potrdili, da je z uporabo terapij prišlo do večje remisije depresije pri otročnicah (Milgrom et al., 2016).

7 RAZPRAVA

Preprečevanje PPD močno vpliva na kakovost življenja otročnice, razvoj otroka in kakovost delovanja celotne družine. Zavedanje o škodljivih posledicah, ki jih prinaša neprepoznavanje te duševne motnje, mora biti prednostno obravnavano s strani zdravstvenega sistema (Ugarte et al., 2017). PPD je opredeljena kot duševna in vedenjska motnja matere, kar se pri otroku odraža kot čustvena zaostalost, pomanjkanje socialnih interakcij in veščin ter slabša motorična razvitost (Popo et al., 2017).

Ugarte s sodelavci (2017) ugotavlja, da je na področju preprečevanja PPD vse več zanimanja. Temu je najverjetneje vzrok zavedanje o škodljivih posledicah, ki jih depresija pušča za seboj. Posledice ne škodujejo samo trenutnim razmeram in odnosom, ki jih ima mati, ampak zaznamujejo tudi njeno prihodnost, še bolj pa vplivajo na njenega otroka.

Dejavnikov tveganja je zelo veliko. Različni raziskovalci preizkušajo različne metode, kako bi kar najbolje iskali rizične skupine. Glede na različnost pristopov je moč opaziti določene podobnosti, in sicer v uporabi merilne lestvice EPDS, ki je uporabljena v večini obravnavanih raziskav. Te nakazujejo na primernost lestvice za uporabo pri preventivi PPD. Ne le da je lestvica uporabna, je tudi lahko dostopna in razumljiva za samo uporabljanje. Primerna je za uporabo s strani medicinskih sester, pa tudi kot samokontrola za matere. Te je potrebno ustrezno informirati, da testi obstajajo in jih podučiti o njihovi uporabi, ter jim predstaviti pozitivne plati, zakaj in kako jih samokontrola ter po potrebi pogovor s (patronažno) medicinsko sestro varuje in vodi k ohranjanju zdravja (Radesky et al., 2013; Venkatesh et al., 2014; Pucer in sod., 2014; Schivalli, Gururaj, 2015).

Zdravstveni delavci, ki delajo z nosečnicami in otročnicami, se vsakodnevno srečujejo z ženskami, pri katerih morajo biti pozorni na opozorilne znake, da prihaja do pojavljanja psihičnih motenj. Na pojav ne vplivajo le dejavniki, kot so slabo ekonomsko stanje, slabi družinski odnosi, nezaželene nosečnosti ipd., ampak tudi pridružene bolezni, ki se lahko pojavijo tekom nosečnosti. Najpogosteje se pojavljajo nosečniška hipertenzija, nosečniški diabetes in preeklampsija. Iz preeklampsije se lahko razvije še eklampsija, ki predstavlja urgentno stanje in zahteva nujno hospitalizacijo. Glede na to, da se pojavnost pridruženih bolezni povečuje, se na področju čimprejšnje zaznave kažejo potrebe po tovrstnih izobraževalnih kadra. V literaturi je moč zaslediti veliko opisanih metod presejanja. Kažejo pa se pomanjkljivosti na področju tega, ali zdravstvena nega sploh pozna tovrstne lestvice

merjenja, in če jih, katere in kako pogosto se jih uporablja (Pucer in sod., 2014; Mivšek, Zakšek, 2012).

Pomanjkljivosti v poznavanju presejalnih testov in odkrivanju PPD pri materah bi bilo pomembno odpraviti tudi z vidika podatkov, ki nakazujejo na to, da bi se matere v večji meri odločale za poročanje o težavah, če bi jih zdravstveni delavci po tem povprašali ali vsaj informirali o načinih samokontrole in o znakih, kdaj in h komu se obrniti po pomoč (Kingston et al., 2017).

Znanje predstavlja ključ do ohranjanja zdravja. S predajanjem znanja se medicinska sestra in pacient spoznavata, razjasnujeta svoja pričakovanja, pacient koristi ponujene informacije in aktivnosti ter pri izvajanju le-teh postaja samostojen. Matere se v obdobju nosečnosti srečujejo z izbranim ginekologom, z medicinskimi sestrami (pri ginekologu, v bolnišnici/porodnišnici, pri/po porodu, pri patronažnih obiskih na domu), z babicami (v porodni sobi), s pediatrom. Pri vseh teh srečanjih imajo zdravstveni delavci priložnost in dolžnost presojanja o morebitnih kazalcih tveganja za razvoj PPD (Hajdinjak, Meglič, 2012).

Za samo zdravstveno nego so izjemno pomembne veščine s področja terapevtske komunikacije, ki bi jih moral obvladati vsak od zaposlenih in se jih pridobiva z delom in izkušnjami. Za dobro terapevtsko komunikacijo je pomembno poznati psihoterapevtske metode in jih znati vključiti v odnos s pacientom glede na trenutno potrebo, ki jo pacient izraža. Uporaba psihoterapevtskih metod je priporočena v nosečnosti in po porodu, lahko kot preventiva, lahko pa tudi kot zdravljenje blažjih oblik, pri katerih mati ne potrebuje medikamentoznega zdravljenja. To seveda presoja in odloča zdravnik psihiater, ki je za to pristojen. Za uporabo psihoterapevtskih metod kot oblike nemedikamentoznega zdravljenja mora imeti medicinska sestra tudi veliko znanja s področja obporodnih stisk. Obenem mora znati dobro delovati v zdravstvenem timu, kjer lahko izmenjuje strokovne informacije in mnenja ter z deljenjem izkušenj pridobiva nove vpoglede v obravnavo PPD. Tako se omogoča nove pristope k doseganju čim boljših rezultatov celovite zdravstvene oskrbe nosečnice ali otročnice. Medicinskim sestram mora biti na voljo tudi čim več najsodobnejše strokovne literature, kjer lahko krepi svoje znanje (Mivšek, Zakšek, 2012).

Na možnost zmanjšanja pojavnosti PPD vpliva predporodna priprava matere na prihod otroka. Ob dobri informiranosti in posredovanem znanju so matere bolj samozavestne in lažje

iščejo rešitve za svoje probleme. Organizacija Šole za starše predstavlja eno od rešitev, kako nosečnice čim bolj pripraviti na materinstvo. Dobra plat tečaja je, da vključuje in posveča pozornost tudi bodočim očetom, ki se prav tako soočajo s spremembami, ki jih prinaša otrok. Pozitivno je tudi to, da je posredovanje informacij in znanja organizirano tudi za slepe, gluhe in tiste nosečnice, ki že trpijo zaradi duševnih motenj. Zaslediti je bilo mogoče pomanjkanje srečanj oziroma izobraževanj/tečajev po rojstvu. Mati se srečuje s patronažno medicinsko sestro, katere obiski so omejeni in skrbno razdeljeni med intervale otrokovega razvoja in rasti. Tu se kaže potreba po razvoju skupin, kjer bi se matere lahko družile med seboj ter si izmenjevale mnenja in izkušnje. Ob tem bi jih vodila medicinska sestra z ustreznim znanjem in najsodobnejšimi podatki (UKC, 2018).

Tuji raziskovalci ves čas testirajo nove načine, s katerimi intervencijami bi iskali ogrožene matere in kdo bi te intervencije najbolj smiselno izvajal. Ugarte in sodelavci (2017) so svoja testiranja izvajali prek ginekologov in babic. Končna zbiranja rezultatov še potekajo. Predstavljena zasnova obeta doprinos k preventivi PPD. Poleg babic bi bilo potrebno v model vnesti tudi zdravstveno nego oziroma vključiti medicinske sestre, saj so te še vedno tiste, ki imajo z nosečnico in otročnico največ stika.

Nekateri preizkušajo vpliv pomoči prostovoljcev na stopnjo obolevnosti s PPD. Popo in sodelavci (2017) so zajeli pomoč prostovoljcev brez zdravstvene izobrazbe. Njihova naloga je bila družiti se z otročnicami in z njimi dostopati do že obstoječe poti oskrbe. Sodelovanje med prostovoljcem in otročnico je bilo zasnovano na podlagi potreb in pobude matere. Raziskovalci s tem preizkušanjem niso dosegli bistvenih sprememb oziroma se pomembne izboljšave niso pokazale. Kaže se potreba po tem, da otročnici nudi pomoč nekdo, ki ima znanje s tega področja, saj se mati le tako lahko sprosti in tudi lažje sprejme pomoč od nekoga, ki ji daje varnost, prave informacije in vodilo, kako v stresni situaciji čim bolje odreagirati.

Spet drugi so se usmerili na zgodnjo preventivo, in sicer na hospitaliziranje nosečnic, ki so bile v bolnišnico sprejete zaradi komplikacij med nosečnostjo. Intervencija je bila učenje tehnik sproščanja po določenem urniku. Vlogo učiteljic so prevzele medicinske sestre. Z vestnim učenjem in spodbudo so dosegle, da se je pri nosečnicah v petih dneh ogroženost razpolovila. Ocena EPDS je z 11,4 točke padla na 4,5 točke, s tem se je intervencija izkazala za zelo učinkovito. Tovrstno prakso bi bilo potrebno vnesti tudi v slovenski

prostor in jo iz bolnišnic razširiti v delavnice, organizirane skupine, pa tudi v patronažo (Scherrer de Araújo et al., 2017).

Werner in sodelavci (2016) so dokazali, da je pomemben tudi dostop do psihiatra. V raziskavi zajete matere so skupaj s svojimi otroci do psihiatra dostopale prek osebnih in prek telefonskih pogovorov. Možnost pogovora je pozitivno vplivala na PPD in odstotek tistih, ki so kazale njene znake, se je v primerjavi s skupino, ki ni bila deležna takega individualnega pogovora s psihiatrom, znižal.

Splet je v vsakdanjem življenju vedno bolj prisoten, zato je skupina raziskovalcev preizkušala spletni program. V njem so bile dostopne vse informacije, ki jih matere potrebujejo, in sicer v obliki besedil ali video posnetkov. Program je zajemal tudi napotke, kako naj matere ohranijo aktivnost in nadzor nad PPD. V tej raziskavi so bile namreč zajete le tiste matere, ki so imele potrjeno diagnozo PPD. Program se je izkazal kot zelo uporaben in lahko dostopen. Pri materah, ki so sledile programu, so dokazali remisijo depresije, raziskovalci pa so dokazali, v katero smer je potreben razvoj današnjih metod za ohranjanje zdravja (Milgrom et al., 2016).

8 ZAKLJUČEK

Za namene diplomskega dela je bila zbrana in pregledana literatura o tem, kaj je PPD, kako se kaže in kaj je zanjo značilno. Predstavljene so nekatere lestvice za merjenje ogroženosti, najpogosteje uporabljena (lestvica EPDS) pa je tudi podrobneje opisana in dodana v prilogi. Opisanih je nekaj različnih raziskav, v katerih so testirali, kako kar najbolje preprečevati PPD. Za učinkovito metodo se je izkazala psihoedukacija nosečnic in otročnic (s strani babic, medicinskih sester in ginekologov). Učinkovita sta bila tudi izvajanje terapij prek spleta in učenje relaksacijskih tehnik v bolnišnicah, ker so hospitalizirane nosečnice z rizičnimi nosečnostmi (učenje s strani medicinske sestre).

Glede na smer razvoja bi lahko v prihodnosti razvili posebne aplikacije s strokovnimi izvajalci, kjer bi otročnice dobivale odgovore na svoja vprašanja, obenem pa bi njihova identiteta lahko ostala zakrita. S tem bi se zmanjšal strah pred razkritjem psihičnih težav pred drugimi, zmanjšala pa bi se tudi stigma zaradi nepoznavanja tega področja. Matere bi se tako opogumile tudi za udeleževanje organiziranih skupinskih srečanj in bi lažje delile svoje občutke ter krepile svoje zavedanje o pomembnosti pravočasnega in pravilnega zdravljenja, to pa bi pozitivno vplivalo na počutje znotraj ogroženih družin.

Zdravstvena nega se mora na področju obporodnih stisk še precej razvijati, saj se kažejo pomanjkljivosti tako v literaturi kot v praksi.

9 LITERATURA

Byatt N, Biebel K, Friedman L, Debordes-Jackson G, Ziedonis D, Pbert L (2013). Patient's views on depression care in obstetric settings: how do they compare to the views of perinatal health care professionals. *Gen Hosp Psychiatry* 35(6): 598–604.

Doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.07.011. Epub 2013 Aug 19.

Cox, JL, Holden JM, Sagovsky R (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 150: 782–786.

Dostopno na: <https://pesnc.org/wp-content/uploads/EPDS.pdf>.

Čampa L (2014). Patronažna zdravstvena nega otročnice z vidika poporodne otožnosti in depresije. Diplomsko delo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Fenwick J, Toohill J, Gamble J et al. (2015). Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy Childbirth* 15: 1–8.

Doi: 10.1186/s12884-015-0721-y.

Fernandez y Garcia E, Joseph J, Wilson MD et al. (2015). Pediatric-based intervention to motivate mothers to seek follow-up for depression screens: Motivating our mothers (MOM) trial. *Acad Pediatr* 15(3): 311–8. Doi: 10.1016/j.acap.2014.11.008.

Gorše Muhič M (2009a). Terapevtska komunikacija: Psihiatrična klinika Ljubljana: 31–9.

Gorše Muhič M (2009b). Vzpostavljjanje terapevtskega odnosa: Psihiatrična klinika Ljubljana: 40–7.

Hajdinjak R, Meglič R (2012). Sodobna zdravstvena nega: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, 227–44.

Howell EA, Bodnar-Deren S, Balbierz A et al. (2014). An intervention to reduce postpartum depressive symptoms: a randomized controlled trial. *Arch Womens Ment Health* 17(1): 57–63. Doi: 10.1007/s00737-013-0381-8.

Kingston D, Austin MP, Veldhuyzen van Zanten S et al. (2017). Pregnant women's views on the feasibility and acceptability of web-based mental health e-screening versus paper-based screening: a randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 19(4): 1–14.

Doi: 10.2196/jmir.6866.

Koushede V, Sjöberg Brixval C, Thygesen LC et al. (2017). Antenatal small-class education versus auditorium-based lectures to promote positive transitioning to parenthood - A randomised trial. PLoS ONE 12(5): 1–17.

Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176819>.

Ličina M (2009). Obravnava psihičnih motenj v nosečnosti in v poporodnem obdobju. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana: 209–12.

Milgrom J, Holt C (2014). Early intervention to protect the mother-infant relationship following postnatal depression: study protocol for a randomised controlled trial. Trials 15: 1–7. Doi: 10.1186/1745-6215-15-385.

Milgrom J, Danaher BG, Gemmill AW et al. (2016). Internet cognitive behavioral therapy for women with postnatal depression: a randomized controlled trial of mum mood booster. J Med Internet Res 18(3): 1–24. Doi: 10.2196/jmir.4993.

Mivšek AP, Zakšek T (2012). Mood disorders in the puerperium and the role of the midwife: study on improvement of midwives' knowledge about post-natal depression after an educational intervention. Clinical, research and treatment approaches to affective disorders: 284–323. Dostopno na:

https://www.researchgate.net/publication/280007276_Mood_disorders_in_the_postpartum_and_the_role_of_the_midwife <17. 3. 2018>.

Popo E, Kenyon S, Dann SA, MacArthur C, Blissett J (2017). Effects of lay support for pregnant women with social risk factors on infant development and maternal psychological health at 12 months postpartum. PLoS ONE 12(8): 1–14.

Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182544>.

Pucer N, Kodrič J, Gubanc A, Paro Panjan D (2014). Prepoznavanje mam s poporodno depresijo in pomen ocenjevanja vedenja novorojenčka za spodbujanje njihovega odnosa s starši na enoti intenzivne nege novorojenčkov. Psihološka obzorja 23: 41–51.

Doi:10.20419/2014.23.399.

Radesky JS, Zuckerman B, Silverstein M et al. (2013). Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatr* 131(6): 1857–66.

Doi: 10.1542/peds.2012-3316.

Rasmussen MLH, Strom M, Wohlfahrt J, Videbech P, Melbye M (2017). Risk, treatment duration, and recurrence risk of postpartum affective disorder in women with no prior psychiatric history: A populationbased cohort study. *PLoS Med* 14(9): 1–13.

Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002392>.

Scherrer de Araujo W, Garcia Romero W, Zandonade E, Costa Amorim MH (2016). Effects of relaxation on depression levels in women with high-risk pregnancies: a randomised clinical trial. *Rev Lat Am Enfermagem* 24: 1–8.

Doi: 10.1590/1518-8345.1249.2806.

Shivalli S, Gururaj N (2015). Postnatal depression among rural women in south India: Do socio-demographic, obstetric and pregnancy outcome have a role to play. *PLoS ONE* 10(4): 1–14. Doi: 10.1371/journal.pone.0122079.

Ugarte A, Lopez-Pena P, Vangenberg CS et al. (2017). Psychoeducational preventive treatment for women at risk of postpartum depression: study protocol for a randomized controlled trial, PROGEA. *BMC Psychiatry* 17(13): 1–7.

Doi: 10.1186/s12888-016-1162-5.

UKC Ljubljana – Univerzitetni klinični center Ljubljana (2018). Šola za starše.

Dostopno na:

https://www.kclj.si/index.php?dir=/pacienti_in_obiskovalci/klinike_in_oddelki/ginekologsk_a_klinika/porodnisknica_ljubljana_-_ko_za_perinatologijo/sola_za_starse <12.4.2018>.

Venkatesh KK, Phipps MG, Triche EW, Zlotnick (2014). The relationship between parental stress and postpartum depression among adolescent mothers enrolled in a randomized controlled prevention trial. *Matern Child Health J* 18(6): 1532–9. Doi: 10.1007/s10995-013-1394-7.

Werner EA, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C (2015). Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Arch Womens Ment Health* 18(1): 41–60.

Doi: 10.1007/s00737-014-0475-y.

Werner EA, Gustafsson HC, Lee S et al. (2016). PREPP: Postpartum depression prevention through the mother-infant dyad. *Arch Womens Ment Health* 19(2): 229–42. Doi: 10.1007/s00737-015-0549-5.

Zlotnick C, Tzilos G, Miller I, Seifer R, Stout R (2016). Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in mothers on public assistance. *J Affect Disord* 189: 263–8. Doi: 10.1016/j.jad.2015.09.059.

10 PRILOGE

10.1 Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Date: _____ Clinic Name/Number: _____

Your Age: _____ Weeks of Pregnancy/Age of Baby: _____

Since you are either pregnant or have recently had a baby, we want to know how you feel. Please place a **CHECK MARK (✓)** on the blank by the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**—not just how you feel today. Complete all 10 items and find your score by adding each number that appears in parentheses (#) by your checked answer. This is a screening test; not a medical diagnosis. If something doesn't seem right, call your health care provider regardless of your score.

Below is an example already completed.

I have felt happy:

Yes, all of the time	_____ (0)
Yes, most of the time	<input checked="" type="checkbox"/> (1)
No, not very often	_____ (2)
No, not at all	_____ (3)

This would mean: "I have felt happy most of the time" in the past week. Please complete the other questions in the same way.

- I have been able to laugh and see the funny side of things:
As much as I always could _____ (0)
Not quite so much now _____ (1)
Definitely not so much now _____ (2)
Not at all _____ (3)
- I have looked forward with enjoyment to things:
As much as I ever did _____ (0)
Rather less than I used to _____ (1)
Definitely less than I used to _____ (2)
Hardly at all _____ (3)
- I have blamed myself unnecessarily when things went wrong:
Yes, most of the time _____ (3)
Yes, some of the time _____ (2)
Not very often _____ (1)
No, never _____ (0)
- I have been anxious or worried for no good reason:
No, not at all _____ (0)
Hardly ever _____ (1)
Yes, sometimes _____ (2)
Yes, very often _____ (3)
- I have felt scared or panicky for no good reason:
Yes, quite a lot _____ (3)
Yes, sometimes _____ (2)
No, not much _____ (1)
No, not at all _____ (0)
- Things have been getting to me:
Yes, most of the time I haven't been able to cope at all _____ (3)
Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual _____ (2)
No, most of the time I have coped quite well _____ (1)
No, I have been coping as well as ever _____ (0)

- I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping:
Yes, most of the time _____ (3)
Yes, sometimes _____ (2)
No, not very often _____ (1)
No, not at all _____ (0)
- I have felt sad or miserable:
Yes, most of the time _____ (3)
Yes, quite often _____ (2)
Not very often _____ (1)
No, not at all _____ (0)
- I have been so unhappy that I have been crying:
Yes, most of the time _____ (3)
Yes, quite often _____ (2)
Only occasionally _____ (1)
No, never _____ (0)
- The thought of harming myself has occurred to me: *
Yes, quite often _____ (3)
Sometimes _____ (2)
Hardly ever _____ (1)
Never _____ (0)

TOTAL YOUR SCORE HERE ►

* If you scored a 1, 2 or 3 on question 10, PLEASE CALL YOUR HEALTH CARE PROVIDER (OB/Gyn, family doctor or nurse-midwife) OR GO TO THE EMERGENCY ROOM NOW to ensure your own safety and that of your baby.

If your total score is 11 or more, you could be experiencing postpartum depression (PPD) or anxiety. PLEASE CALL YOUR HEALTH CARE PROVIDER (OB/Gyn, family doctor or nurse-midwife) now to keep you and your baby safe.

If your total score is 9-10, we suggest you repeat this test in one week or call your health care provider (OB/Gyn, family doctor or nurse-midwife).

If your total score is 1-8, new mothers often have mood swings that make them cry or get angry easily. Your feelings may be normal. However, if they worsen or continue for more than a week or two, call your health care provider (OB/Gyn, family doctor or nurse-midwife). Being a mother can be a new and stressful experience. Take care of yourself by:

- ▶ Getting sleep—nap when the baby naps.
- ▶ Asking friends and family for help.
- ▶ Drinking plenty of fluids.
- ▶ Eating a good diet.
- ▶ Getting exercise, even if it's just walking outside.

Regardless of your score, if you have concerns about depression or anxiety, please contact your health care provider.

Please note: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) is a screening tool that does not diagnose postpartum depression (PPD) or anxiety.

See more information on reverse. ►

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Scoring & Other Information

ABOUT THE EPDS

Studies show that postpartum depression (PPD) affects at least 10 percent of women and that many depressed mothers do not get proper treatment. These mothers might cope with their baby and with household tasks, but their enjoyment of life is seriously affected, and it is possible that there are long term effects on the family.

The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was developed to assist health professionals in detecting mothers suffering from PPD; a distressing disorder more prolonged than the "blues" (which can occur in the first week after delivery).

The scale consists of 10 short statements. A mother checks off one of four possible answers that is closest to how she has felt during the past week. Most mothers easily complete the scale in less than five minutes.

Responses are scored 0, 1, 2 and 3 based on the seriousness of the symptom. Items 3, 5 to 10 are reverse scored (i.e., 3, 2, 1, and 0). The total score is found by adding together the scores for each of the 10 items.

Mothers scoring above 12 or 13 are likely to be suffering from depression and should seek medical attention. A careful clinical evaluation by a health care professional is needed to confirm a diagnosis and establish a treatment plan. The scale indicates how the mother felt during the previous week, and it may be useful to repeat the scale after two weeks.

INSTRUCTIONS FOR USERS

1. The mother checks off the response that comes closest to how she has felt during the previous seven days.
2. All 10 items must be completed.
3. Care should be taken to avoid the possibility of the mother discussing her answers with others.
4. The mother should complete the scale herself, unless she has limited English or reading difficulties.
5. The scale can be used at six to eight weeks after birth or during pregnancy.

Please note: Users may reproduce this scale without further permission providing they respect the copyright (which remains with the *British Journal of Psychiatry*), quote the names of the authors and include the title and the source of the paper in all reproduced copies. Cox, J.L., Holden, J.M. and Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. The Spanish version was developed at the University of Iowa based on earlier Spanish versions of the instrument. For further information, please contact Michael W. O'Hara, Department of Psychology University of Iowa, Iowa City, IA 52245, e-mail: mkeohara@uiowa.edu.