

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

Hanna Suljanović

**POMEN ZDRAVSTVENE VZGOJE PRI
OBPORODNIH DUŠEVNIH MOTNJAH**

diplomsko delo

**THE MEANING OF HEALTH EDUCATION AT
PERINATAL MENTAL DISORDERS**

diploma work

Mentor: pred. Aljoša Lapanja

Recenzentka: viš. pred. mag. Marija Milavec Kapun

Ljubljana, 2018

ZAHVALA

Svoje diplomsko delo posvečam svojemu dedku, ki žal tega trenutka in veselja ne bo delil z menoj. Verjamem in vem, da bi bil ponosen name.

Iz srca se zahvaljujem vsem domačim za podporo in motivacijo pri celotnem šolanju in pisanju diplomskega dela. Hvala!

Posebna zahvala gre fantu Jasminu Bašiću, ki me je podpiral in mi vplival moč skozi celotno pot šolanja. Hvala!

Zahvaljujem se mentorju Aljoši Lapanja za najbolj profesionalno in predano mentoriranje. Hvala!

Zahvaljujem se tudi viš. pred. mag. Mariji Milavec Kapun za recenzijo diplomskega dela.

Hvala vsem, ki so verjeli vame in me spodbujali, pa tudi tistim, ki niso, saj brez njih ne bi bila tu, kjer sem.

IZVLEČEK

Uvod: Težave na področju duševnega zdravja ženske v nosečnosti in po rojstvu otroka predstavljajo vse večji svetovni problem. Obporodne duševne motnje velikokrat ostanejo neodkrite ali pozno odkrite ter tako težje ozdravljive. Vloga družine in dobrega partnerskega odnosa v takih trenutkih odtehta veliko vlogo. Stigmatizacija in samostigmatizacija imata zelo negativen vpliv pri prepoznavanju ter zdravljenju obporodnih duševnih motenj. **Namen:** Namen je raziskati pomen zdravstvene vzgoje na področju obporodnih duševnih motenj in vpliv stigmatizacije obporodnih duševnih motenj na pravočasno prepoznavanje in začetek zdravljenja ter opredeliti najustreznejše oblike zdravstveno vzgojnega dela medicinske sestre pri obporodnih duševnih motnjah. **Metode dela:** Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Literatura je bila iskana v podatkovnih bazah MEDLINE, CINAHL, Cochrane, SAGE Journals ter z iskalnikom Google Učenjak in COBISS.SI. **Rezultati:** Zdravstvena vzgoja ima pri preprečevanju in zgodnjem prepoznavanju obporodnih motenj ključen pomen. Samostigmatizacija in stigmatizacija sta velikokrat poglavitna razloga za pozno odkrivanje obporodnih motenj. Medicinska sestra lahko zdravstveno vzgojo izvaja na več ravneh zdravstvene nege. V povezavi z izvajanjem zdravstvene nege otročnice na domu so lahko rezultati hitrejši dosegljivi in bolj uspešni. **Razprava in zaključek:** Medicinske sestre s svojim znanjem, predanostjo in vztrajnostjo v nekaj letih s profesionalno zdravstveno nego in zdravstveno vzgojo zmorejo rešiti življenja žensk, ki jih je strah spregovoriti o svojih čustvih ali pa znakov obporodnih duševnih motenj ne prepoznajo in jih ne razumejo.

Ključne besede: duševno zdravje, nosečnost, materinstvo, zdravstvena nega na področju psihiatrije

ABSTRACT

Introduction: The mental health problems of women during pregnancy and after the birth of a child represent an increasing global problem. Postnatal mental disorders often go undiscovered or are detected late, and as such they are more difficult to cure. In such cases, the woman's family and her good relationship with her partner are of great help. Stigmatization and self-stigmatization have a very negative impact on the recognition and treatment of prenatal and postnatal mental disorders. **Purpose:** To explore the importance of health education in the field of postnatal mental disorders, the impact of the stigmatization of postnatal mental disorders on their timely identification and beginning of treatment, and to define the most appropriate forms of a nurse's health education work in the case of postnatal mental disorders. **Methods:** The thesis was written using a descriptive method. References were searched in databases the MEDLINE, CINAHL, Cochrane, SAGE Journal and with browsers Google Scholar and COBISS.SI. **Results:** Health education has a key role in the prevention and early recognition of postnatal disorders. Self-stigmatization and stigmatization are often the main reasons for the late detection of postnatal disorders. A nurse can carry out health education work at several levels of nursing care; in conjunction with midwifery care, results can be achieved faster and more successfully. **Discussion and conclusion:** By providing years of professional care and health education using their knowledge, dedication and persistence, nurses can save the lives of women who are afraid to talk about their emotions or who do not recognize and understand the signs of postnatal mental disorders.

Keywords: mental health, pregnancy, maternity, mental health nursing

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
1.1	Obporodna otožnost.....	2
1.2	Obporodna depresija	2
1.3	Poporodna psihoza.....	4
2	NAMEN	5
3	METODE DELA.....	6
4	REZULTATI.....	8
4.1	Zdravstvena vzgoja pri obporodnih duševnih motnjah.....	8
4.2	Zdravstvena vzgoja in prepoznavanje obporodnih duševnih motenj v nosečnosti. 8	
4.3	Preprečevanje poporodnih duševnih motenj med porodom.....	10
4.4	Preprečevanje in prepoznavanje zgodnjih znakov poporodnih duševnih motenj. 10	
4.5	Družinska dinamika ob obporodnih duševnih motnjah	12
4.6	Partnerji in duševne motnje v obporodnem obdobju	13
4.7	Obporodne duševne motnje in pomembnost dobrega odnosa s partnerjem	13
4.8	Stigmatizacija pacientov z duševnimi motnjami	14
4.9	Samostigmatizacija	14
4.10	Zdravstveni delavci in stigmatizacija pacientov z duševnimi motnjami.....	15
4.11	Vpliv stigmatizacije na prepoznavanje obporodnih duševnih motenj	15
5	RAZPRAVA.....	16
6	ZAKLJUČEK.....	18
7	LITERATURA.....	20

KAZALO TABEL

Tabela 1: Prikaz števila zadetkov na različnih podatkovnih bazah **Napaka! Zaznamek ni definiran.**

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV

NIJZ Nacionalni inštitut za javno zdravje

WHO World Health Organization

1 UVOD

Duševno zdravje je stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva k svoji skupnosti. Duševno zdravje omogoča posamezniku udeleževanje njegovih umskih in čustvenih zmožnosti ter mu omogoča, da najde in izpolni svojo vlogo na poklicnem, družbenem in zasebnem področju (WHO, 2010).

Pojem obporodne duševne motnje zajema čas, v katerem ženska prevzame vlogo nosečnice in kasneje po porodu tudi otročnice. Obporodne duševne motnje delimo na obporodno depresijo in tesnobo, poporodno otožnost, poporodno psihozo ter posttravmatski stresni sindrom (Drglin, 2009).

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije naj bi imelo približno 10 % nosečnic težave na področju duševnega zdravja. Raziskave so dokazale, da je najbolj pogosta duševna motnja v rodnem obdobju depresija (WHO – World Health Organization, 2010).

Obdobji, ko ženska prevzame vlogo nosečnice in kasneje tudi matere, veljata za obdobji sreče in dobrega počutja. Z zanositvijo in rojstvom otroka pa so povezane tudi največje spremembe v življenju ženske. Spremembe se pojavljajo na fiziološki, psihološki in osebnostni ravni (Hriberšek, 2016).

Prvi meseci po porodu so za matere lahko zelo stresni. Prilagoditi se morajo na nov stil življenja in sprejeti veliko odgovornost za svojega otroka. Po porodu se soočajo tudi z okrevanjem, pogosto jim primanjkuje spanca, spremeni se celotna družinska rutina. Psihična nestabilnost je za ta čas prilagajanja otročnice na novo obdobje njenega življenja pričakovana. Zavedati pa se moramo, da je meja med psihično nestabilnostjo in duševnimi motnjami lahko zelo tanka, zato je še posebno dobrodošlo zgodnje prepoznavanje znakov obporodnih duševnih motenj (WHO, 2010).

Ob rojstvu novorojenca se družinska dinamika popolnoma spremeni. To lahko na celotno družino deluje pozitivno ali negativno. Dober partnerski odnos ima zelo velik pomen pri hitrem prepoznavanju pojava obporodnih duševnih motenj in njihovem zdravljenju (Wright et al., 2015).

Pri zgodnem odkrivanju in zdravljenju ima veliko vlogo prisotnost stigmatizacije ter samostigmatizacije. Od nosečnice ali otročnice se pričakujejo samo pozitivna čustva v nosečnosti in po porodu, vendar ni vedno tako. Veliko žensk skriva negativna čustva, ker se jih bojijo priznati samim sebi in/ali ožji ter širši okolici (Drglin, 2017).

Diplomsko delo se osredotoča na občutljivo obdobje v življenju ženske, ko skupaj z otrokom in partnerjem postanejo družina, ter zasleduje odgovore na vprašanja v povezavi z družinsko dinamiko, najpogostejšimi duševnimi motnjami v tem obdobju in z vlogo zdravstvene nege v procesu celostne zdravstvene obravnave.

1.1 Obporodna otožnost

Poporodna otožnost je ena izmed lažjih oblik duševnih motenj po porodu. Pojavi se kar pri 80 % otročnic. Najpogosteje se pojavi tretji, četrti dan po porodu in traja nekaj ur, dni, največ do dveh tednov (Nacionalni inštitut za javno zdravje – NIJZ, 2016).

Vzrok za pojav poporodne otožnosti največkrat pripisujejo hormonskemu neravnovesju po porodu. Nekateri strokovnjaki pa jo povezujejo s prevzemanjem odgovornosti za otroka in prilagajanjem na novo stresno življenje za žensko (Drglin, 2009).

Zdravljenje za to vrsto duševnih motenj ni potrebno (Drglin, 2017). Kot medicinske sestre moramo svetovati družini, kako prebroditi poporodno otožnost. Pomembno je, da svetujemo in jih usmerjamo k praviim postopkom. Otročnici bo v veliko pomoč, če bo imela več časa zase, zato partnerju svetujemo, da prevzame skrb za novorojenčka. Pomembno je, da se domači zavedajo, da je otročnico treba razbremeniti gospodinjskih in ostalih obveznosti (Drglin, 2009).

1.2 Obporodna depresija

Obporodno depresijo lahko razdelimo na obdobje pred porodom in po porodu. Razširjenost depresije v nosečnosti se giblje med 4 – 20 % (Shaunak, et al. 2013). Poporodna depresija se pri otročnicah pojavi v 10–20 % (NIJZ, 2016).

Za primerjavo lahko vzamemo dve raziskavi o pogostosti pojava poporodne depresije. V Sloveniji je bila leta 1986 narejena raziskava o poporodni depresiji in njeni pogostosti. Ličina in sod. (2007) navajajo, da je bila leta 1984 objavljena raziskava na področju poporodne depresije narejena v Kliničnem centru Ljubljana. Pri 2,6 % porodnic se je pojavila huda oblika poporodne depresije. Ginekološka klinika v Ljubljani je izvedla podobno raziskavo leta 2005. Rezultati so pokazali, da ima 10,1 % žensk po porodu znake hude poporodne depresije, kar je 7,5 % več, kot je pokazala raziskava leta 1984 (Ličina, 2009).

Fizični pokazatelji poporodne depresije so:

- motorična upočasnjenost,
- nespečnost ali povečana želja po spanju,
- utrujenost in pomanjkanje energije, na drugi strani eksplozivnost in razdražljivost,
- izguba apetita ali povečan apetit in s tem pridobivanje ali izgubljanje telesne teže (Ličina, 2011).

Psihični pokazatelji poporodne depresije so:

- občutno zmanjšanje zadovoljstva ali zanimanja pri vseh dejavnostih,
- zmanjšana spolna sla in zanimanje za otroka,
- zmanjšana sposobnost mišljenja,
- apatičnost, pesimizem,
- nizko samospoštovanje,
- brezup, različni strahovi in fobije, bolj nagnjeni k emocionalni labilnosti,
- nočne more, občutek zapuščenosti (Ličina, 2011).

Pri obporodni depresiji se spremeni tudi odnos do parterja in otroka. Velikokrat otročnice pretirano skrbi za zdravje parterja in/ali otroka. Prav tako sta prisotna velika mera samoobtoževanja in občutek nesposobnosti za spopadanje z vsakodnevnimi opravili, kot so gospodinjstvo, prevzemanje vloge matere in druge vsakdanje aktivnosti. V 20–40 % matere mučijo prisilne misli, da bi otroku škodile, zato ga največkrat tudi odklanjajo (Ličina, 2011).

1.3 Popородna psihoza

Popородna psihoza je zelo redka duševna motnja. Pojavi se pri 0,1 % otročnicah. Za pojav te duševne motnje so značilni izguba stika z realnim svetom, nerazumljiva in zmedena govorica, pretirano dobro razpoloženje in vznemirjenost (Drglin, 2009).

Znaki in simptomi psihoze se kažejo na štirih področjih:

- Zaznavanje – osebe s psihozo imajo moteno zaznavanje, velikokrat slišijo glasove, imajo privide.
- Mišljenje – moteno mišljenje pri psihozi se kaže z lažnim prepričanjem o vsakdanjih stvareh, kot so na primer: družina me zastruplja, to ni moja družina, to so vesoljci v preobleki.
- Vedenje – moteno vedenje se kaže kot socialni umik, vznemirjenost, neaktivnost ali hiperaktivnost, izguba zanimanja za vsakdanje stvari ter izguba motivacije
- Čustvovanje – težave na področju čustvovanja lahko zaznamo kot apatijo, slabo motoriko govora, težko jim je slediti, hitro menjavo razpoloženja, obrazna mimika in govor sta si lahko povsem različna (Drglin, 2009).

2 NAMEN

Namen diplomskega dela je ugotoviti pomen zdravstveno vzgojnega dela pri družini, ki se sooča z obporodnimi duševnimi motnjami. Predstavljeno bo zdravstveno vzgojno delo na različnih področjih dela medicinske sestre pri pojavu obporodnih duševnih motenj z otročnico in njeno družino.

Namen diplomskega dela je skozi pregled literature tudi raziskati vpliv stigmatizacije obporodnih duševnih motenj na pravočasno prepoznavanje in začetek zdravljenja ter vlogo zdravstveno vzgojnega dela medicinske sestre.

Cilji:

- Raziskati pomen zdravstvene vzgoje na področju obporodnih duševnih motenj.
- Opredeliti najustreznejše oblike zdravstveno vzgojnega dela medicinske sestre pri obporodnih duševnih motnjah.

Ugotoviti vpliv, ki ga ima stigmatizacija na pravočasno prepoznavanje in začetek zdravljenja obporodnih duševnih motenj.

3 METODE DELA

Pri izdelavi diplomskega dela je bila uporabljena deskriptivna metoda dela s pregledom znanstvene in strokovne literature. Uporabljeni so bili članki v slovenskem in angleškem jeziku. Literatura je bila iskana s pomočjo ključnih besed, kot so: postpartum depression, depression, mental disorders after giving birth, mental disorders during pregnancy, perinatal mental disorders, health education, poporodna depresija, depresija, duševne motnje po porodu, obporodne motnje in zdravstvena vzgoja. Uporabljeni so bili le članki s prosto dostopnim celotnim besedilom, ki so bili izvirni ali pregledni, znanstveni in strokovni. Uporabljena literatura je bila objavljena med letoma 2008 in 2018 ter ustrezna za izbrano temo. Literatura je bila iskana v podatkovnih bazah MEDLINE, Cochrane, SAGE Journals ter z iskalnikoma Google Učenjak in COBISS.SI.

Iskanje je potekalo od aprila 2018 do oktobra 2018.

Tabela 1: Prikaz števila zadetkov na različnih podatkovnih bazah

Podatkovna baza/Iskalnik	Število zadetkov	Število zadetkov z upoštevanjem kriterijev
COBISS.SI (ključna beseda: obporodne duševne motnje)	12	11
MEDLINE (ključna beseda: postnatal mental disorders, prenatal mental disorders)	3946	720
SAGE Journals (ključna beseda: postnatal mental disorders, prenatal mental disorders)	676	260
Google Učenjak (ključna beseda: postnatal mental disorders, prenatal mental disorders)	170000	31100
Cochrane (ključna beseda: postnatal mental disorders, prenatal mental disorders)	12	7

Do končne izbire ustreznih člankov so bili upoštevani zgoraj napisani vključitveni kriteriji. Po pregledu naslovov so bili izključeni naslovi, ki niso ustrezali namenu in ciljem diplomskega dela. Sledilo je branje povzetkov in zatem še branje ustreznih člankov v celoti, ki so bili uporabljeni v diplomskem delu.

4 REZULTATI

V raziskavo je bilo vključenih 46 različnih člankov, ki so bili najdeni s pomočjo pregleda literature.

4.1 Zdravstvena vzgoja pri obporodnih duševnih motnjah

Zdravstvena vzgoja pri obporodnih duševnih motnjah se lahko odvija na različnih področjih ter ravneh zdravstvene dejavnosti. Pred porodom se lahko odvija ob ginekoloških pregledih nosečnice in v patronažnem varstvu, med porodom in hospitalizacijo v porodnišnici ter po odhodu v domače okolje s strani medicinskih sester v patronažnem varstvu. Pred leti je bila hospitalizacija po porodu daljša, zato so bile poporodne duševne motnje lažje diagnosticirane. Ležalna doba po porodu je v povprečju 3–4 dni, kar pomeni, da je glavno vlogo za prepoznavanje prvih znakov poporodnih duševnih motenj prevzela medicinska sestra v patronažnem varstvu (Steblovník et al., 2009).

V nosečnosti in po porodu z žensko sodeluje 4–5 zdravstvenih strokovnjakov, kar lahko interpretiramo tako pozitivno kot negativno. Pozitivna stran multidisciplinarnega tima je hitrejše diagnosticiranje duševne motnje ženske, negativna stran pa se odraža na slabšem zaupanju ženske do posameznega zdravstvenega strokovnjaka, saj se ti neprestano izmenjujejo (Drglin 2009).

4.2 Zdravstvena vzgoja in prepoznavanje obporodnih duševnih motenj v nosečnosti

Danes ne govorimo več samo o poporodni depresiji, ampak tudi o depresiji, ki se pojavlja že med nosečnostjo. Skupni izraz za obe depresiji v času nosečnosti in po porodu je obporodna depresija. Prav tako pa se lahko tudi ostale poporodne duševne motnje pojavijo tudi med nosečnostjo (Podvornik et al., 2015). Zdravstveno osebje prepozna le 26 % nosečnic s duševno motnjo, zato je treba presejanje izvesti že v nosečnosti (Globevnik Velikonja, 2017).

V Sloveniji se povečana depresivna simptomatika pri nosečnicah pojavlja kar v 21,7 % kar nam lahko pove, da je porast depresivne simptomatike tako pred nosečnostjo kot po njej visok. Prav tako pa je depresija v nosečnosti glavni razlog za smrt nosečnice v svetu (Podvorik et al., 2015)

Zelo velik pomen ima obisk medicinske sestre v patronažnem varstvu na domu v zadnjem tromesečju nosečnosti porodnice, saj so takrat že lahko izraženi nekateri od znakov obporodnih duševnih motenj. Patronažna medicinska sestra vstopi v okolje nosečnice in lažje prepozna in opazi morebitne znake odklonov na področju duševnega zdravja (Sirk, Mernik Merc, 2009). Po teoriji H. Peplau medicinska sestra prevzema različne vloge, enako pa velja za patronažno medicinsko sestro. Patronažna medicinska sestra v dom nosečnice vstopi kot tujka, kasneje pa prevzame tudi vlogo informatorke, vzgojiteljice, učiteljice, svetovalke, izvajalke zdravstvene nege in, če je potrebno, tudi vlogo nadomestne osebe (Ramšak Pajk, 2012).

Pomembno je, da patronažna medicinska sestra že v nosečnosti vse družinske člane pouči o znakih obporodnih duševnih motenj, ki se lahko pojavijo tako pri nosečnici kot pri njenem partnerju, ter tako omogoči zgodnje prepoznavanje obporodnih duševnih motenj in njihovo zgodnje zdravljenje (Sirk, Mernik Merc, 2009).

Po svetu se za presejanje obporodnih duševnih motenj najpogosteje uporablja Edinburški test, ki ga sestavlja deset različnih vprašanj s področja čustvovanja, razpoloženja, spanja, strahu in samomorilnih misli. Test omogoča zgodnje prepoznavanje znakov obporodnih duševnih motenj, ni pa orodje za postavitve končne diagnoze (Misri et al., 2016). Pri nas je bil Edinburški test v praksi prvič uporabljen leta 2005. Otročnica dobi poleg vprašalnika tudi navodila za izpolnjevanje. Svoje počutje oceni na podlagi počutja zadnjih sedmih dni. Uporaba testa je zelo lahka in njegovo reševanje časovno zelo hitro (približno pet minut). Rezultate testa naj pregleda zdravnik. Če je otročnica dosegla deset ali več točk pri izpolnjenem vprašalniku, jo mora zdravnik vprašati o samomorilnih ali heteroagresivnih mislih. Če otročnica potrdi prisotnost teh, mora biti napotena na pregled k psihiatru. Če je test za lažje odkrivanje poporodne depresije pozitiven, je zdravnikova naloga, da otročnico napoti na pregled k psihologu ali psihiatru (Koprivnik, Plemenitaš, 2009).

Na ginekološkem pregledu morata biti vzeti anamneza in heteroanamneza njene družine. Poleg tega je treba poudarek nameniti posebno predhodnim diagnosticiranim duševnim

motnjam, uživanju psihotropnih snovi in morebitnemu nasilju nad nosečnico (Dalke et al., 2016).

4.3 Preprečevanje poporodnih duševnih motenj med porodom

Med porodom je pomembna pozornost na več dejavnikov, ki lahko vplivajo na pojav in kasneje na razvoj duševne motnje. Velik pomen pri porodu imajo stopnja bolečine, doživljanje bolečine, lajšanje bolečine in dojemanje zdravstvenih delavcev bolečine porodnice. Ta lahko bolečino dojema kot travmo, mučenje in to lahko na njenem duševnem zdravju pusti velike posledice. Vedno je treba stremeti k temu, da porodnici povemo, kaj bomo delali pri njej, da jo informiramo o otroku in jo kot zdravstveni delavec vodimo skozi celoten proces ter jo tako fizično kot psihično pripravimo na vsak postopek. Kot zdravstveni delavci moramo biti podpornik, zastopnik porodnice in delati vse, kar je v njeno dobro, zato je pomembno, da poznamo njene potrebe, navade in želje (Drglin, 2017).

Prisotnost ali odsotnost partnerja je tudi eden od ključnih dejavnikov na doživljanje poroda. Partner je oseba, ki ji porodnica največkrat zelo zaupa in je v tem trenutku vsekakor edina oseba, ki zanjo ni tujec. Partner ob porodu porodnici daje telesno in/ali psihično podporo, skrbi za udobje, je tiha priča dogajanju ali pa zagovornik ženske v institucionalnem okolju (Drglin, 2017).

Negativno doživljanje poroda lahko izvira iz že doživete negativne izkušnje, na primer spolne zlorabe, ki jo lahko zaradi neindividualizirane obravnave podoživi med porodom (Montgomery et al., 2015).

4.4 Preprečevanje in prepoznavanje zgodnjih znakov poporodnih duševnih motenj

Rojstvo otroka je za mamo in celotno družino nekaj zelo vznemirljivega. Takrat največkrat na površje privrejo pozitivna čustva. Vse večkrat pa se po rojstvu otroka pojavljajo tudi negativna čustva. Mame so lahko jokave, jezne, nemirne in žalostne. To se po rojstvu lahko smatra za nekaj normalnega, ob daljši prisotnosti teh čustev pa lahko posumimo na morebitno poporodno duševno motnjo (NIJZ, 2016).

Znaki poporodnih duševnih motenj niso vedno takoj opazni. Velikokrat se zgodi, da so prikriti, največkrat zaradi tega, ker ženske zaradi sramu, krivde, strahu pred obsojanjem svoje občutke zatajijo ter jih ne izrazijo (Drglin, 2009).

Najpomembnejšo vlogo pri prepoznavanju prvih znakov poporodnih duševnih motenj med strokovnim osebjem ima prav patronažna medicinska sestra. Ta vstopa v okolje otročnice in opazuje tudi okolico in odnose v družini ter tako lažje zazna morebitna odstopanja na področju duševnega zdravja (Petek, 2017).

Najpogostejši znaki, ki se pojavljajo pri otročnicah s poporodnimi duševnimi motnjami, so:

- ob dogovorjenem terminu s patronažno medicinsko sestro otročnice ni doma,
- otročnica se ne javlja na telefonske klice,
- otročnica je velikokrat pretirano zaskrbljena za zdravje svojega otroka,
- pri mami zaznamo veliko mero utrujenosti in izčrpanosti,
- mama izrazi željo, da je prisotna podporni oseba (partner),
- otročnica začne izrazito pridobivati ali izgubljati telesno težo,
- pojavijo se težave s pomanjkanjem mleka,
- izogiba se vprašanju, kako se počuti,
- velikokrat joka,
- noče pestovati otroka ali kaže pretirano nelagodje ob tem,
- kaže pretirano neprilagodljivost in nenatančnost pri izvajanju nege pri otroku (Petek, 2017).

To je le nekaj znakov, ki lahko pri medicinski sestri vzbudijo sum za odstopanja na duševnem področju otročnice (Petek, 2017).

Pomembne naloge patronažne medicinske sestre so, da otročnici nudi podporo in jo spodbuja pri prilagoditvi ob rojstvu otroka. Otročnica, ki ima dejavnike tveganja za pojav poporodnih duševnih motenj, potrebuje spodbudo pri izražanju svojih čustev, občutkov in doživljanj. Prav tako je pomembno, da patronažna medicinska sestra spodbuja ohranjanje družinskih stikov. Opravila v hiši se morajo razdeliti na vse družinske člane in s tem razbremeniti otročnico ter ji priskrbeti dovolj časa zase. Družina mora delovati kot najboljši tim. Med seboj si morajo pomagati, razumeti drug drugega ter se počutiti varne, sprejete in spoštovane (Sirk, Mernik Merc, 2009).

Če ima otročnica že napredovale simptome in prisotno poporodno duševno motnjo, je prav tako potrebna velika mera podpore družine in strokovnega osebja. Velikokrat imajo ženske s poporodnimi duševnimi motnjami zelo nizko samozavest. Če to kot medicinske sestre prepoznamo, moramo ukrepati tako, da otročnici predlagamo vključevanje v različne delavnice, povezane s samozavestjo in samopodobo (Nasiri et al., 2015). Mamam s poporodnimi duševnimi motnjami lahko pomaga pomoč nekoga, ki ga v tistem trenutku najbolj razume. To so največkrat mame s podobnimi težavami ali izkušnjami. Raziskave so pokazale, da vrstniška podpora po telefonu pripomore k zmanjšanju simptomov poporodnih duševnih motenj (Dennis, 2014).

Kot medicinske sestre moramo biti pozorne na vsak znak ali simptom, ob katerem lahko posumimo na poporodno duševno motnjo, ter jih nikakor ne smemo podcenjevati. Z otročnico moramo vzpostaviti zaupljiv odnos, saj ji le tako lahko najhitreje in najučinkoviteje pomagamo pri odkrivanju bolezni ter kasnejšem zdravljenju. Kot zdravstveni delavci pa lahko celotno družino naučimo prepoznavati znake in simptome duševnih motenj ter ukrepanje ob pojavljanju. (Drglin, 2009).

4.5 Družinska dinamika ob obporodnih duševnih motnjah

Pojav obporodnih duševnih motenj pri otročnici ne prizadene le nje, ampak tudi kakovost življenja njenega novorojenca, drugih otrok, partnerja ter ostalih bližnjih (Koprivnik, Plemenitaš, 2009).

Staršem je največkrat največji izziv poskrbeti za vse potrebe novorojenca, nikakor pa ne smeta ob vsem tem pozabiti na pomembnost dobrega partnerskega odnosa za lažje in učinkovitejše soočanje z izzivom (Medved, 2010). Nenormalen tok interakcij z otročnico in otrokom ter otročnico in parterjem ima lahko negativen vpliv na celotno družino. Družinska dinamika se lahko v celoti poruši, če v družini ni podpiranja in velike mere razumevanja (Kovačič, 2015).

Medicinska sestra v patronažnem varstvu izvaja intervencije, ki ohranjajo in krepijo duševno zdravje nosečnice ali otročnice. Intervencije, ki jih izvaja medicinska sestra v patronažnem varstvu so pogovor z nosečnico/otročnico o stiskah, strahovih, spremembah, ki jih ženska opazi v svojem vsakdanjiku ter krepitev samozavesti. Kot primer krepitev samozavest ženske je pohvala, spodbuda in tolažba (Ljubič et al., 2016).

4.6 Partnerji in duševne motnje v obporodnem obdobju

Za partnerje je rojstvo otroka prav tako nekaj novega in edinstvenega. Velikokrat so zdravstveni delavci osredotočeni bolj na otroka in otročnico, ne pa na celotno družino. Poporodne duševne motnje se tako kot pri mamah otroka lahko pojavijo pri očetih.

Dejavniki tveganja, ki lahko privedejo do poporodnih duševnih motenj pri očetih:

- prisotnostjo poporodnih duševnih motenj partnerk in slabim zakonskim razmerjem (Giallo et al., 2013);
- brezposelnost (Giallo et al., 2013);
- nižja starost partnerja, rojstvo dvojčkov (Koh et al., 2014);
- nizka samopodoba (Koh et al., 2014);
- nižja stopnja izobrazbe, nizka samopodoba (Suto et al., 2016).

Poporodne duševne motnje se za partnerje lahko končajo tudi s samomorom, zato moramo zdravstveni delavci dobro opazovati celotno družino in zgodaj prepoznati vse znake ter preprečiti tragične dogodke (Quevedo et al., 2011).

4.7 Obporodne duševne motnje in pomembnost dobrega odnosa s partnerjem

Dober partnerski odnos ima veliko vlogo pri pojavu in okrevanju pri obporodnih duševnih motnjah. Stabilna in podporna partnerska vez je v takšnem obdobju še posebej pomembna (Wright et al., 2015).

Raziskava Clouta in Browna (2016) je pokazala, da sta izražanje naklonjenosti in zadovoljstvo ključnega pomena za zmožnost psihičnega prilagajanja ženske na novo poglavje njenega življenja in posledično tudi na stopnjo depresivnosti po porodu. Pomembno je, da se ob pojavu obporodnih duševnih motenj osredotočimo tudi na pomoč pri izboljšanju partnerskega odnosa, saj se bodo mame tako lažje spopadale s stresom, ki jih pričakuje zunaj zidov porodnišnice. Slaba kakovost partnerskega odnosa in nizka podpora partnerja v tako stresnih situacijah sta ena izmed najbolj ogrožajočih dejavnikov tveganja za nastanek obporodnih duševnih motenj (Clout, Brown, 2016).

4.8 Stigmatizacija pacientov z duševnimi motnjami

Pojem stigma izhaja iz grškega jezika in pomeni zaznavanje, oznako, označenost. V antični Grčiji so ta izraz uporabljali za osebe, ki so za okolico predstavljale drugačnost. To so bili večinoma kriminalci in sužnji. Po telesu so jih označili z urezninami in ožganinami, da bi ljudje vedeli, komu se morajo izogibati. Kasneje se je isti izraz začel uporabljati za fizične in psihične značilnosti ljudi, ki jih je družba označevala za sramotne in diskreditirajoče (Goffman, 1963).

4.9 Samostigmatizacija

Samostigmatizacija je reakcija zaznamovanih posameznikov proti samemu sebi. Pri samostigmatizaciji gre za občutek manjvrednosti, ustvarjajo se negativna čustva, posamezniki omejujejo družbene interakcije in niso zadovoljni z življenjem (MacInnes, Lewis, 2008).

Rezultati raziskave na področju stigmatizacije duševnega zdravja v Savdski Arabiji so pokazali, da 44,9 % vprašanih meni, da so ljudje z duševnimi motnjami manj zanesljivi. 41,5 % udeležencev bi se ljudi z duševnimi motnjami izognilo. Kot razlog so navedli, da so nevarni (Al Mulhim et al., 2018). Več kot polovica ljudi z diagnosticirano duševno motnjo, je odkrila, da svojo duševno motnjo skriva, če je to le mogoče. Prav tako jih dobra polovica meni, da zaradi duševne motnje nikoli ne bodo našli partnerja, kaj šele, da bi imeli družino (Al Mulhim et al., 2018).

Zaradi velike stopnje stigmatizacije se veliko ljudi ne odloči za obisk zdravnika in nikomur ne pove, kaj se z njim dogaja ali pa celotno situacijo zataji samemu sebi ter si ne prizna. V Angliji so opravili raziskavo o koristnosti obravnave duševnih motenj s pomočjo svetovnega spleta. Ugotovili so, da obravnava ni tako uspešna kot ob osebem kontaktu s psihologom ali psihiatrom. Poleg tega so potrdili, da je spletna obravnava koristna za znižanje stopnje samostigmatizacije in je zelo učinkovita pri usmerjanju ljudi za obisk pri zdravniku (Musiat et al., 2014).

4.10 Zdravstveni delavci in stigmatizacija pacientov z duševnimi motnjami

Zdravstveni delavci so neprestano v stiku z ljudmi, ki imajo različne duševne motnje, ne glede na področje dela. Od zdravstvenega delavca se pričakuje, da bo paciente z duševnimi motnjami sprejemal take, kot so, in jim pokazal veliko mero razumevanja. Pričakovano bi bilo, da v ustanovah in oddelkih, kjer so glavna problematika duševne motnje, delajo zdravstveni delavci, ki so strpni ter imajo dobro razvito empatijo. Največkrat prav zdravstveni delavci, ki so vsakodnevno v stiku z ljudmi, ki se soočajo z duševnimi motnjami, pripomorejo k ustvarjanju stigme. Pogosto zdravstveni delavci v psihiatričnih klinikah in oddelkih svoje delo smatrajo za depresivno in jalovo (Hatler, 2008).

Stigmatizacijo lahko zaznamo tudi na oddelkih psihiatričnih bolnišnic. Osebe večino časa preživlja v prostorih, ki so ločeni od pacientov. Tudi ločena stranišča osebja in pacientov kažejo na strah osebja pred kontaminacijo in uporabo skupnih stranišč (Kuklec, 2010).

4.11 Vpliv stigmatizacije na prepoznavanje obporodnih duševnih motenj

Rojstvo otroka je v družbi sprejeto kot eden najlepših in najbolj srečnih trenutkov v življenju celotne družine, posebno pa ženske. Prav zaradi že postavljenih meril glede čustev, ki jih mora mama po rojstvu otroka doživljati, so odstopanja tako za okolico kot za mamino čudna in težko sprejemljiva ter razkrita pred ostalimi. Strah pred soočanjem s poporodno duševno motnjo je velik zalogaj ob že tako velikem stresu, ki ga mama doživlja. Prav zato velikokrat poporodne duševne motnje ostanejo neprepoznane ali pozno odkrite. Od otročnice se pričakuje, da bo po rojstvu otroka zelo vesela, srečna ter da ne bo prostora za negativna čustva ob tako veselem in srečnem trenutku. Vsak človek lahko vsako situacijo v življenju doživlja na svoj edinstven način. Zato moramo tudi otročnici dovoliti izraziti čustva, čeprav so negativna, in ji pri oviri, ki se ji pojavi na poti, pomagati (Drglin, 2017).

5 RAZPRAVA

Obporodne duševne motnje so vse pogostejše pri nosečnicah in otročnicah. Včasih je nosečnost predstavljal fizične spremembe za žensko, na katerih je bil poudarek v obravnavi. Glede na število žensk z različnimi obporodnimi duševnimi motnjami morajo biti zdravstveni delavci vedno bolj pozorni tudi na duševno zdravje ženske pred in po rojstvu otroka. Obporodne duševne motnje niso le bolezen, ki mine in za seboj ne pušča posledic. Posledice niso opazne samo v tem trenutku, ampak se kažejo tudi kasneje. V prihodnosti posledice lahko zaznamujejo tako mamo kot njenega otroka (Ugarte et al., 2017). Ključ do hitrejšega odkrivanja obporodnih duševnih motenj in posledično uspešnejšega zdravljenja smo zdravstveni delavci. Sami se moramo zavedati pomembnosti svojih zmožnosti, ki nas lahko pripeljejo do pravočasnega prepoznavanja obporodnih duševnih motenj. Pomembno je, da smo dobri opazovalci, poslušalci, oseba, ki ji ženska lahko zaupa, in odgovorna ter kompetentna oseba z znanjem, ki ga uporabimo za nadaljnje raziskovanje o prisotnosti morebitnih motenj na duševnem področju ženske (Hajdinjak, Meglič, 2012).

Medicinske sestre in/ali babice preživijo največ časa z ženskami med nosečnostjo ter po njihovem porodu. Prisotne so pri vseh pregledih nosečnice, ob njenem porodu in po porodu v porodnišnici ter so edini zdravstveni delavci, ki vstopajo v dom otročnice. Zdravstvena in babiška nega imata veliko možnosti, da izboljšata preventivo obporodnih duševnih motenj in prispevata svoj delež k njihovemu zgodnjemu prepoznavanju. Pomembno je, da ima medicinska sestra na voljo dovolj literature, s katero lahko svoje znanje neprestano izboljšuje in nadgrajuje ter ga prenese tudi v prakso. Medicinska sestra mora dobro poznati problematiko področje duševnega zdravja in mora biti zelo suverena pri izvajanju terapevtske komunikacije. Obenem mora medicinska sestra dobro delovati v zdravstvenem timu in po potrebi s pomočjo ostalih sodelavcev pomagati nosečnici oziroma otročnici (Mivšek, Zakšek, 2012).

Medicinska sestra in ostali zdravstveni delavci morajo poučiti svojce oziroma pomembne druge osebe, da dovolijo nosečnici ali otročnici izraziti svoja čustva. Priporočljivo je, da se partnerja poslušata in si zaupata ter drug pred drugim ne skrivata čustev (Drglin, 2017).

Nekatere ženske, ki doživijo poporodno depresijo, lahko ozdravijo same od sebe, vendar je dokazano, da se čas okrevanja skrajša, če poiščejo strokovno pomoč. Zato je pomembno,

da nosečnice in otročnice vedo, kateri so znaki obporodnih duševnih motenj ter kam se lahko obrnejo po pomoč (NIJZ, 2016). Raziskave so pokazale, da ima velik vpliv na hitrejše odkrivanje tudi lažja dostopnost do psihologa ali psihiatra. Nosečnice so se počutile boljše ob pogovoru s psihologom ali psihiatrom (Werner et al., 2016).

Perinatalna smrt je lahko eden izmed razlogov poporodne depresije. Kot medicinska sestra imamo v procesu žalovanja pomembno vlogo. Pomembno je, da ugotovimo želje in potrebe staršev. Žalovanje je edinstven proces za vsakega posameznika, zato se lahko želje razlikujejo (Limbo, Kobler, 2009). Še posebej to velja za patronažno medicinsko sestro, ki mora po perinatalni smrti otroka redno preverjati fizično ter psihično zdravje ženske (Adams et al., 2014).

Najsodobnejša in najhitrejša oblika preprečevanja in odkrivanja obporodnih duševnih motenj je v veliki meri povezana s svetovnim spletom in dostopnostjo različnih informacij. V današnjih časih je svetovni splet ena od najdostopnejših oblik, s pomočjo katere lahko dostopamo do različnih informacij. Nosečnice in otročnice lahko na spletu najdejo pojasnila o tem, kaj se jim lahko zgodi ali se jim že dogaja, ter tako lažje ukrepajo, lahko najdejo različna mnenja in izkušnje ostalih nosečnic ter mamic in se tako počutijo odgovorne, da vlagajo v svoje psihofizično počutje (Milgrom et al., 2016). Po našem mnenju je eden od vzrokov za prvo iskanje informacij na svetovnem spletu povezan tudi s stigmo. Medicinske sestre bi si morale prizadevati za to, da bi bile v očeh prizadetih žensk tiste strokovnjakinje, na katere bi se lahko, brez zadržkov in strahu, po informacije in pomoč obrnila sleherna nosečnica, otročnica ali ženska po izgubi otroka.

6 ZAKLJUČEK

Menimo, da je celostna in kontinuirana zdravstvena obravnava ženske pred, med in po porodu zelo pomembna, saj v tem obdobju prihaja do velikih fizičnih in psihičnih sprememb. Duševno zdravje ženske je velikokrat potisnjeno v ozadje obravnave. Večkrat se pri kliničnem usposabljanju sliši, kako medicinska sestra sprašuje nosečnico ali otročnico: »Kako ste?«, njihov odgovor pa je bil vedno: »Dobro«. To se nam zdi nekoliko nepremišljeno, saj na zaprto vprašanje medicinske sestre ne moremo pričakovati iskrenega in vsebinskega odgovora nosečnice ali otročnice. Prepričani smo, da na tem področju nosimo vso odgovornost za to, da s pomočjo ustrezne terapevtske komunikacije zgradimo medosebni terapevtski odnos z nosečnico ali otročnico, v katerem nam bo znala in zmogla zaupati svoje največje dvome in stiske.

Obporodne duševne motnje so velik svetovni problem. Glede na delež so vse bližje ostalim svetovno znanim zdravstvenim problemom, vendar se kljub temu premalo in prepočasi napreduje v njihovem preprečevanju in hitrejšem odkrivanju.

Menimo, da je premalo ljudi ustrezno ozaveščenih o obporodnih duševnih motnjah. Ciljna skupina ozaveščanja bi morali biti partnerji oziroma svojci. Ti so prvi, ki bi lahko opazili morebitne spremembe pri nosečnici ali otročnici in znali poiskati pravočasno pomoč. Tako se vse pogosteje dogaja, da se na primer družinski člani ali prijatelji na žalostno razpoloženje otročnice pogosto odzovejo na neustrezen način, v smislu, »saj to je normalno, bo že bolje«, ali da v primeru izgube otroka o tem sploh ne govorijo, kot da otroka nikoli ni bilo. Fidler (2017, 22) skozi osebno izkušnjo ob izgubi otroka namesto molka svetuje: »Raje kot to podajte roko, objem, povejte, da ste žalostni tudi vi in da ne veste, kaj bi sploh povedali, da pa nudite pomoč, tisto, ki jo pač lahko. Dopustite, da solze poiščejo svojo pot in povprašajte o otroku, skupaj prižgite svečko, če ste duhovni, skupaj zmolite itn.«.

Tabuiziranje obporodnih motenj je v Sloveniji in po svetu še vedno prisotno. Ljudje zelo malo vedo o težavah in/ali motnjah v duševnem zdravju, ki se lahko pojavijo pri nosečnici in otročnici. Pričakujejo samo pozitivna čustva, saj je rojstvo otroka zaznamovano kot eden najbolj srečnih in veselih dogodkov v življenju. Ni dovolj, da se obporodne duševne motnje omeni le v šoli za starše, zajeti bi bilo treba širšo populacijo in ustaviti tabuiziranje obporodnih duševnih motenj. To bi pospešilo odkrivanje in izboljšalo zdravljenje. Med

pisanjem diplomskega dela smo ugotovili, da je uporabne literature o obporodnih duševnih motnjah zelo malo, še posebno pa je malo literature v povezavi z družino. V Sloveniji je narejenih malo raziskav na tem področju, kar se po našem mnenju odraža tudi v rezultatih, ki prikazujejo pogostost pojava obporodnih duševnih motenj.

Zbrana literatura v diplomskem delu je lahko podlaga za nadaljnje raziskovanje in napredovanje v preprečevanju in hitrejšem odkrivanju obporodnih duševnih motenj.

Temelj za večje uspehe in prispevek na tem področju predstavljajo medicinske sestre in/ali babice, saj so najbližji zdravstveni delavec ženskam pred, med in po porodu, so najboljši poslušalci, izvajalci zdravstvene in babiške nege ter povezovalci v različnih vrstah tima. Medicinske sestre zmorejo s svojim znanjem, predanostjo in vztrajnostjo v nekaj letih s profesionalno zdravstveno nego in vzgojo rešiti življenja žensk, ki jih je strah spregovoriti o svojih čustvih ali znakov obporodnih duševnih motenj ne prepoznajo in jih ne razumejo.

7 LITERATURA

Abu-Saad Huijjer H, Benini F, Ferraris PC, et al. (2009). The EAPC taskforce for palliative care in children. Rim: The fondazione Maruzza Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus.

Adams JA, Anderson RA, Docherty SL, Tulsy JA, Steinhauser KE, Bailey DE (2014). Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. *Heart Lung* 43(5): 406–15. doi: [10.1016/j.hrtlng.2014.02.001](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.02.001).

Al Mulhim AA, Y Al Dehneen HA, A Alabbad MR et al. (2018). Mental illnesses stigma and its association with quality of life in adult saudi patients. *Egypt J Hosp Med* 70(5): 766–70. doi: [10.12816/0043980](https://doi.org/10.12816/0043980).

Butler A, Hall H, Willetts G, Copnell B (2015). Parents experiences of healthcare provider actions when their child dies: an integrative review of the literature. *J Spec Pediatr Nurs* 20(1): 5–20. doi: [10.1111/jspn.12097](https://doi.org/10.1111/jspn.12097).

Clout D, Brown R (2016). Marital relationship and attachment predictors of postpartum stress, anxiety, and depression symptoms. *J Soc Clin Psychol*, 35(4): 322–41. doi: [10.1521/jscp.2016.35.4.322](https://doi.org/10.1521/jscp.2016.35.4.322).

Dalke KB, Wenzel A, Kim DR (2016). Depression and anxiety during pregnancy: evaluating the literature in support of clinical risk-benefit decision-making. *Curr Psychiatry Rep* 18(6): 59. doi: [10.1007/s11920-016-0698-x](https://doi.org/10.1007/s11920-016-0698-x).

Dennis CL (2014). The process of developing and implementing a telephone – based peer support program for postpartum depression: evidence from two randomized controlled trials. *Trials* 15(131): 1–17. doi: [10.1186/1745-6215-15-131](https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-131).

Drglin Z (2009). Zima v srcu: Ko se materinstvu pridružita depresija in tesnoba, radost pa odide. Ljubljana: Nacionalni inštitut za varovanje zdravja.

Dostopno na:

http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacijedatoteke/zima_v_srcu.pdf <23. 11. 2018>.

Drglin Z (2017). Zima v srcu: Ko se materinstvu pridružita depresija in tesnoba, radost pa odide, posodobljena izdaja. Ljubljana: Nacionalni inštitut za varovanje zdravja.

Dostopno na: <http://docplayer.net/89423196-Posodobljena-izdaja-dr-zalka-drglin-ko-se-materinstvu-pridruzita-depresija-in-tesnoba-radost-pa-odide.html> <23. 11. 2018>.

Fidler D (2017). Ko umre otrok – samo primi me za roko in pusti me jokati. In: Bregar B, Loncnar D, eds. Celostna zdravstvena obravnava ženske s težavami na področju duševnega zdravja v rodnem obdobju. Zbornik strokovnih prispevkov z recenzijo, Idrija, 23. maj 2017. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 22.

Giallo R, D'Esposito F, Cooklin A et al. (2013). Psychosocial risk factors associated with fathers' mental health in the postnatal period: Results from a population-based study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 48(4): 563–73. doi: [10.1007/s00127-012-0568-8](https://doi.org/10.1007/s00127-012-0568-8).

Globevnik Velikonja V (2017). Psihološka obravnava nosečnic z duševno motnjo. In: Bregar B, Loncnar D, eds. Celostna zdravstvena obravnava ženske s težavami na področju duševnega zdravja v rodnem obdobju. Zbornik strokovnih prispevkov z recenzijo, Idrija, 23. maj 2017. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 10 – 5.

Goffman E (1963). Stigma: notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

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

Hatler MJ (2008). Perceived characteristics of psychiatric nurses: stigma by association. Arch Psychiatr Nurs 22(1): 20–6. doi: [10.1016/j.apnu.2007.03.003](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.03.003).

Hriberšek D (2016). Uvajanje psihofarmakoterapije pri nosečnicah in doječih materah na Sprejemnem ženskem oddelku Psihiatrične bolnišnice Vojnik. Specialistična naloga. Ljubljana: Lekarniška zbornica Slovenije.

Koh YW, Chui CY, Tang CS, Lee AM (2014). The prevalence and risk factors of paternal depression from the antenatal to the postpartum period and the relationships between

antenatal and postpartum depression among fathers in Hong Kong. *Depress Res Treat* 2014 (2): 1–11. doi: [10.1155/2014/127632](https://doi.org/10.1155/2014/127632).

Koprivnik P, Plemenitaš A (2009). Zakaj tudi v Sloveniji ne izvajamo presejanja na poporodno depresijo? *Zdrav Vestn* 78: 261–4.

Kovačič A (2015). Poporodne stiske in podpora ženskam v poporodnem obdobju. In: Vogrinc J, Devetak I, eds. *Sodobne teme na področju edukacije 3*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, 169–79.

Ličina M (2009). Obravnava psihičnih motenj v nosečnosti in v poporodnem obdobju. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje duševnih motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Založba Rokus Klet, 12.

Ličina, M. (2011). *Poporodne duševne motnje*. Ljubljana: Littera Picta.

Ličina M, Mlakar J, Blinc Pesek M, Jensterle J, Tavcar R (2007). Postpartum pshychoses over five decades. *Psychopathology* 40(1): 65–6. doi: [10.1159/000096686](https://doi.org/10.1159/000096686).

Limbo R, Kobler K (2009). Will our baby be alive again? Supporting parents of young children when a baby dies. *Nurs Womens Health*, 13(4): 302–11. doi: [10.1111/j.1751-486X.2009.01440.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-486X.2009.01440.x).

Ljubič A, Hermonko D, Mernik Merc A (2016). Preventivni obisk pri otročnici. In: *Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre*. Ljubljana, 45 – 9.

MacInnes DL, Lewis M (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 15(1): 59–65. doi: [10.1111/j.1365-2850.2007.01212.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01212.x).

Medved S (2010). Intimnost in zadovoljstvo s partnerskim odnosom po rojstvu prvega otroka. *Panika*, 15(1): 17–9.

Mihevc Ponikvar B, Tomšič S (2009). Breme duševnih bolezni pri ženski v rodni dobi. In: Križaj Hacin U, ed. *Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo*. Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja, 9. oktober 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 8–17.

Dostopno na:

http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/dusevno_zdravje_in_nosecnost_porod_t_er_zgodnje_starsevstvo.pdf <23. 11. 2018>.

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](https://doi.org/10.2196/jmir.4993).

Misri S, Abizadeh J, Nirwan S (2016). Depression during pregnancy and the postpartum period. In: Wenzel A, ed. *The Oxford handbook of perinatal psychology*. New York: Oxford University press, 111–131.

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. doi: [10.5772/30984](https://doi.org/10.5772/30984).

Montgomery E, Pope C, Rogers J (2015). The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 15(1): 1–7. doi: [10.1186/s12884-015-0626-9](https://doi.org/10.1186/s12884-015-0626-9).

Musiat P, Conrod P, Treasure J, Tylee A, Williams C, Schmidt U (2014). Targeted prevention of common mental health disorders in university students: randomised controlled trial of a transdiagnostic trait-focused web-based intervention. *PLoS One* 9(4): e9362. doi: [10.1371/journal.pone.0093621](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0093621).

Nasiri S, Kordi M, Gharavi MM (2015). A comparative study of the effects of problem-solving skills training and relaxation on the score of self-esteem in women with postpartum depression. *Iran J Nurs Midwifery Res* 20(1): 105–12.

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje (2016). Obporodne duševne stiske.

Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/obporodne-dusevne-stiske> <4. 9. 2018>.

Petek M (2017). Vloga patronažne medicinske sestre pri prepoznavanju duševnih motenj pri otročnici. In: Bregar B, Lončar D, eds. *Celostna zdravstvena obravnava ženske s težavami na področju duševnega zdravja v rodnem obdobju*. Zbornik strokovnih prispevkov z recenzijo, Idrija, 23. maj 2017. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške

nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 31–7.

Podvornik N, Globovnik Velikonja V, Praper P (2015). Depression and anxiety in women during pregnancy in Slovenia. *Zdr Varst* 54(1): 45–50. doi: [10.1515/sjph-2015-0006](https://doi.org/10.1515/sjph-2015-0006).

Quevedo L, da Silva RA, Coelho F et al. (2011). Risk of suicide and mixed episode in men in the postpartum period. *J Affect Disord*, 132(1–2): 243–6. doi: [10.1016/j.jad.2011.01.00](https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.00).

Shaunak A, Pradeep RJ, Nimisha NS (2013). Depression during pregnancy: Prevalence and obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai. *Ind Psychiatry J* 22(1): 37 – 40.

Sirk D, Mernik Merc A (2009). Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi družine v predporodnem in poporodnem obdobju. In: Križaj Hacin U, ed. *Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo. Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja*, Ljubljana 9. oktober 2009. Ljubljana: Nacionalni inštitut za varovanje zdravja RS, 130–8.

Dostopno na:

http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/dusevno_zdravje_in_nosecnost_porod_ter_zgodnje_starsevstvo.pdf <23. 11. 2018>.

Steblovnik L, Novak Antolič Ž, Blinc Pesek M (2009). Prepoznavanje duševnih stisk in motenj v obporodnem obdobju, vodenje, ukrepanje in usmerjanje. In: Križaj Hacin U, ed. *Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo. Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja*, 9. oktober 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 7–21.

Dostopno na:

http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/dusevno_zdravje_in_nosecnost_porod_ter_zgodnje_starsevstvo.pdf <23. 11. 2018>.

Suto M, Isogai E, Mizutani F, Kakee N, Misago C, Takehara K (2016). Prevalence and factors associated with postpartum depression in fathers: a regional, longitudinal study in Japan. *Res Nurs Health*, 39(4): 253–62. doi: [10.1002/nur.21728](https://doi.org/10.1002/nur.21728).

Kuklec V (2010). Stigmatizacija pacientov z različnimi diagnozami s strani zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N*. 44(3): 195–201.

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](https://doi.org/10.1186/s12888-016-1162-5).

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](https://doi.org/10.1007/s00737-015-0549-5).

WHO – World Health Organization (2010). Gender, women and primary health renewal: a discussion paper. New York: United Nations, 12–24.

Dostopno na:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44430/9789241564038_eng.pdf;jsessionid=979E2438C399467EBD238D3EADAB9A22?sequence=1 <21.11.2018>.

Wright N, Hill J, Pickles A, Sharp H (2015). The specific role of relationship life events in the onset of depression during pregnancy and the postpartum. PloS One, 10(12): 1–12. doi: [10.1371/journal.pone.0144131](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144131).