

POSTPOROĐAJNA DEPRESIJA

Jurić, Marina

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:872707>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-18**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ PRIMALJSTVA

Marina Jurić

POSTPOROĐAJNA DEPRESIJA

Završni rad

Rijeka, 2020.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
UNDERGRADUATE STUDY OF MIDWIFERY

Marina Jurić

POSTPARTUM DEPRESSION

Final work/Final thesis

Rijeka, 2020

TURNITIN IZVJEŠĆE

SADRŽAJ

1. SAŽETAK I KLJUČNE RIJEČI NA HRVATSKOM JEZIKU	1
1A. SAŽETAK I KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM	3
2. UVOD	5
3. ČIMBENICI RIZIKA ZA RAZVOJ POSTPARTALNE DEPRESIJE	6
3.1. Biološki čimbenici	6
3.2. Opstetričke komplikacije	7
3.3. Način dovršenja poroda	7
3.4. Neplanirana/neželjena trudnoća	8
3.5. Dojenje	8
3.6. Prijašnje depresivne epizode i povijest depresije u obitelji	8
3.7. Životni događaji tijekom trudnoće i puerperija.....	9
3.8. Socijalni čimbenici	9
4. OBILJEŽJA POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE	10
5. DIJAGNOSTIKA POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE	11
5.1. Edingurška skala za procjenu postpartalne depresije	12
6. LIJEČENJE POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE	14
7. UTJECAJ POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE NA ODNOS MAJKA- DIJETE	15
8. PATERNALNA POSTPOROĐAJNA DEPRESIJA	17
8.1. Dijagnostika paternalne depresije.....	18
8.2. Prevalencija	18
8.3. Klinička slika.....	18
8.4. Međuodnos maternalne i paternalne postporođajne depresije.....	19
8.5. Čimbenici rizika za razvitak paternalne depresije	19
8.6. Prevencija i moguće intervencije	20
9. ZAKLJUČAK.....	21
10. LITERATURA.....	22
Prilog A: Popis ilustracija	24
11.ŽIVOTOPIS AUTORA.....	26

1. SAŽETAK I KLJUČNE RIJEČI NA HRVATSKOM JEZIKU

Postoje tri uobičajena oblika afektivne poremećaja nakon porođaja: postpartalna tuga („baby blues“), postpartalna depresija i postpartalna psihoza. Svako od ovih stanja se razlikuje u svojoj rasprostranjenosti, kliničkoj prezentaciji, pristupu i liječenju. Postpartalna ne-psihotična depresija jest jedno od najčešćih komplikacija koje pogađaju žene u razdoblju puerperija, otprilike 10-15% žena i kao takva predstavlja značajan javnozdravstveni problem koji utječe žene i njihove obitelji. Identifikacija i edukacija o utjecaju pojedinih čimbenika na razvoj postpartalne depresije posljedično dovodi do boljeg pristupa u samoj prevenciji, jasnija saznanja o kojim čimbenicima posebno je potrebno voditi pažnju, ali i kako ih uspješno eliminirati i prevenirati. Također potrebno je izuzetnu pozornost usmjeriti prema detekciji i pravo remenom prepoznavanju bolesti ukoliko ključne čimbenike rizika nije moguće prevenirati ili eliminirati. Definiranjem istih, možemo jasnije odrediti skupinu rizičnih i posebno vulnerabilnih žena. Brz pad razine reproduktivnih hormona koji nastaje nakon porođaja predložen je kao moguća etiologija postporođajnih afektivnih poremećaja. Nakon porođaja, razina progesterona i razina estrogena brzo pada, vraćajući se na razinu prije trudnoće u roku od 3 dana. Opsteteričke komplikacije, ponajprije one koje dovode do trajnijih posljedica kao što su histerektomija i trajni gubitak organa, doprinose riziku razvitka postpartalne depresije, postoji određena statistička povezanost između razvoja postpartalne depresije i upotrebe forcepsa ili vakum ekstrakcije prilikom dovršenja poroda. Povezanost se posebno ističe zbog stresa i straha od mogućih komplikacija prilikom samog poroda i upotrebom forcepsa ili vakuma. Pacijentice koje su već u prošlosti imale depresivne epizode imaju znatno špovećan rizik od razvijanja postpartalne depresije i u pravili inicijalno imaju veći rezultat na Edingburškoj skali za procjenu depresije. Stoga uzimanje detaljne anamneze, iskrenost pacijentice i povezanost bolničkog sustava su ključni faktori u prevenciji postpartalne depresije kod ovakve skupine pacijentica. Iako ne postoji dovoljno jasnih i velikih istraživanja, na temelji postojećih može se zaključiti da isključivo dojenje nema značajnu povezanost u svrhu smanjenje ili povećanja postpartalne depresije. Da bi se zadovoljili kriteriji za MDD, potrebno je prisustvo depresivno raspoloženje ili gubitak interesa ili užitka za aktivnosti moraju biti prisutni najmanje 2 tjedna. Uz to mogu biti prisutni simptomi poremećaja spavanja, poremećaji apetita, gubitak energije, osjećaj bezvrijednosti ili krivnje, smanjena koncentracija i misli o

samoubojstvu. Dijagnoza postpartalne depresije je izazovna zbog promjena u načinu spavanja, promjena apetita, a pretjerani umor rutinski je za žene nakon poroda. Optimalno vrijeme za provjeru PPD-a je između 2 tjedna i 6 mjeseci nakon poroda. Nekoliko je dostupnih metoda za dijagnostiku postpartalne depresije kao što su Edinburška skala za procjenu postnatalnu depresiju, koja predstavlja provjereni široko korišteni upitnik s 10 stavki. Rezultat Edinburgške skale postpartalne depresije od ≥ 12 je pokazatelj vjerojatne postpartalne depresije. Liječenje postporođajne depresije temelji se na upotrebi lijekova i psihoterapije. Prvi izbor su antidepresivi, osobito inhibitori ponovne pohrane serotonina koji su indicirani i kod majki koje doje. Ukoliko govorimo o depresiji sa psihotičnim obilježjima, uz upotrebu antidepresiva indicirana je upotreba antidepresiva sa kombinacijom antipsihotika. Prevalencija paternalne depresije je 4-25%, ona se nerijetko javlja i potaknuta je majčinom postporođajnom depresijom, no nije nemoguće da se javi prvo i jedino kod oca. U odnosu na majčinu postporođajnu depresiju, paternalna je nerijetko podcjenjena i nedovoljno istražena. Screening ne postoji niti možemo govoriti o postupcima prevencije u ovom slučaju, što nam dovodi na zaključak da smo gotovo jedino usmjereni na dijagnostiku i liječenje, propuštajući period trudnoće u kojem bi mogli reagirati i prevenirati

Ključne riječi: postpartalna depresija, paternalna depresije, Edinburška skala za procjenu depresije

1A. SAŽETAK I KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM

There are three common forms of affective disorder after childbirth: postpartum sadness ("baby blues"), postpartum depression, and postpartum psychosis. Each of these conditions differs in its prevalence, clinical presentation, approach, and treatment. Postpartum non-psychotic depression is one of the most common complications affecting women in the puerperium period, approximately 10-15% of women and as such represents a significant public health problem affecting women and their families. Identification and education about the influence of certain factors on the development of postpartum derpes consequently leads to a better approach in prevention, clearer knowledge of which factors need special attention, but also how to successfully eliminate and prevent them. Extreme attention should also be paid to the detection and right of belt recognition of the disease if key risk factors cannot be prevented or eliminated. By defining them, we can more clearly define the group of at-risk and particularly vulnerable women. A rapid decline in postpartum reproductive hormone levels has been suggested as a possible etiology of postpartum affective disorders. After childbirth, progesterone and estrogen levels drop rapidly, returning to pre-pregnancy levels within 3 days. Obstetetic complications, especially those leading to more lasting consequences such as hysterectomy and permanent organ loss, contribute to the risk of developing postpartum depression, there is some statistical association between the development of postpartum depression and the use of forceps or vacuum extraction to complete labor. The connection is especially emphasized due to stress and fear of possible complications during childbirth and the use of forceps or vacuum. Patients who have had depressive episodes in the past have a significantly increased risk of developing postpartum depression and typically initially have a higher score on the Eddingburgh Depression Assessment Scheme. Therefore, taking a detailed history, the patient's honesty and the connection of the hospital system are key factors in the prevention of postpartum depression in this group of patients. Although there is not enough clear and large research, based on existing ones, it can be concluded that exclusive breastfeeding has no significant association for the purpose of reducing or increasing postpartum depression. To meet the criteria for MDD, the presence of a depressed mood or loss of interest or enjoyment for activities must be present for at least 2 weeks. In addition, symptoms of sleep disorders, appetite disorders, loss of energy, feelings of worthlessness or guilt, decreased concentration and suicidal thoughts may be present. The diagnosis of postpartum depression is challenging due to changes in sleep patterns, changes in appetite, and excessive fatigue is routine for women

after childbirth. The optimal time to check for PPD is between 2 weeks and 6 months after delivery. There are several methods available for diagnosing postpartum depression such as the Edinburgh Scale for Assessing Postnatal Depression, which is a validated widely used 10-item questionnaire. An Edinburgh postpartum depression scale score of ≥ 12 is an indicator of probable postpartum depression. Treatment of postpartum depression is based on the use of medication and psychotherapy. The first choice are antidepressants, especially serotonin reuptake inhibitors, which are also indicated in breastfeeding mothers. If we talk about depression with psychotic features, with the use of antidepressants, the use of antidepressants with a combination of antipsychotics is indicated. The prevalence of paternal depression is 4-25%, it often occurs and is triggered by maternal postpartum depression, but it is not impossible for it to occur first and only in the father. In relation to maternal postpartum depression, paternal depression is often underestimated and insufficiently researched. Screening does not exist nor can we talk about prevention procedures in this case, which leads us to the conclusion that we are almost exclusively focused on diagnosis and treatment, missing the period of pregnancy in which we could respond and prevent.

Keywords: postpartum depression, paternal depression, Edinburgh Depression Rating Scale

2. UVOD

Postpartalno razdoblje je utvrđeno kao razdoblje u kojemu prevladava rizika za razvoj ozbiljnog poremećaja raspoloženja. Postoje tri uobičajena oblika afektivne poremećaja nakon porođaja: postpartalna tuga („baby blues“), postpartalna depresija i postpartalna psihoza. Svako od ovih stanja se razlikuje u svojoj rasprostranjenosti, kliničkoj prezentaciji, pristupu i liječenju. Postpartalna ne-psihotična depresija jest jedno od najčešćih komplikacija koje pogađaju žene u razdoblju puerperija, otprilike 10-15% žena i kao takva predstavlja značajan javnozdravstveni problem koji utječe žene i njihove obitelji (Warner i sur., 1996). Učinci postpartalne depresije su brojni. Ponajviše na samu majku i njezino funkcioniranje i izvršavanje svakodnevnih obveza, na njezin bračni odnos, kao i na razvijanje njezinog bliskog odnosa sa svojim djetetom. Neliječena postpartalna depresija može imati štetne dugoročne učinke. Za majku ova depresivna epizoda može biti preteča kronične rekurentne depresije. Za njihovu djecu stalna depresija majke može pridonijeti njihovim emocionalnim, bihevioralnim, kognitivnim i međuljudskim problemima u kasnijem životu. Stoga sa velikom sigurnošću možemo zaključiti da porod predstavlja za žene vrijeme velike ranjivosti s kojom se ponekada teško nose. Iako smo svjesni prevalencije i rasprostranjenosti postpartalne depresije kao jednog od izuzetno bitnih stanja u puerperiju, postpartalna depresija nerijetko ostaje prekasno dijagnosticirana i tretirana, ponekad uopće netretirana i prepoznata, dok na prevenciji je potrebno uložiti velike napore. Ključna je temeljita i kontinuirana edukacija svih zdravstvenih djelatnika o prevenciji, dijagnostici, ali i postupcima liječenja posporođajne depresije. Ne smijemo zaboraviti niti stigmatizaciju mentalnih bolesti ili njihovu minorizaciju u odnosu na fizičke bolesti, što samo dodatno doprinosi otežanom procesu edukacije i prevencije. Rana intervencija u prevenciji, dijagnostici i liječenju stanja pacijentice neće dovesti samo i jedino do izlječenja i poboljšanja stanja pacijentice, nego će imati dugoročan utjecaj na njezinog partera, djecu i sveopće funkcioniranje (1).

3. ČIMBENICI RIZIKA ZA RAZVOJ POSTPARTALNE DEPRESIJE

Identifikacija i edukacija o utjecaju pojedinih čimbenika na razvoj postpartalne depresije posljedično dovodi do boljeg pristupa u samoj prevenciji, jasnija saznanja o kojim čimbenicima posebno je potrebno voditi pažnju, ali i kako ih uspješno eliminirati i prevenirati. Također potrebno je izuzetnu pozornost usmjeriti prema detekciji i pravo remenom prepoznavanju bolesti ukoliko ključne čimbenike rizika nije moguće prevenirati ili eliminirati. Definiranjem istih, možemo jasnije odrediti skupinu rizičnih i posebno vulnerabilnih žena. Prevenciju u ovom slučaju gotovo je nemoguće odvojiti od jasnog definiranja čimbenika rizika za razvoj postpartalne depresije. Pacijentice, ali i njihovo okruženje, pa čak i zdravstveni djelatnici nerijetko podcjenjuju stanje postpartalne depresije i minorizira se njezin utjecaj na život novopečene majke. Nadalje sa sigurnošću možemo utvrditi da je neke od čimbenika rizika nemoguće prevenirati ili izbjeći budući da su neki genetski predisponirani kao povijest afektivnih poremećaja u obitelji. Prevencija pojedinih čimbenika kao što su obstetričke komplikacije se podrazumijeva, no sve nije moguće potpuno eliminirati i izbjeći. Ključ ispravne prevencije se krije u edukaciji pacijentica kroz trudnoću o čimbenicima na koje može utjecati tijekom trudnoće ili neposredno nakon poroda (prehrana i unos makronutrijenata, spavanje, tjelesna aktivnost), uzimanju detaljne osobne i obiteljske anamneze (povijest postpartalne psihoze i afektivnih poremećaja u bližoj obitelji). Čimbenike rizika možemo podijeliti na one koji neznatno povećavaju rizik za nastanak postpartalne depresije, one čimbenike koji značajnije utječu na povećavanje rizika, kao i na čimbenike koji izuzetno značajno utječu na razvitak postpartalne depresije. Naravno ovakav način selekcije omogućava nam jasnije ukazivanje na prediktivnu mogućnost pojave i razvijanja simptoma postpartalne depresije (1).

3.1. *Biološki čimbenici*

Brz pad razine reproduktivnih hormona koji nastaje nakon porođaja predložen je kao moguća etiologija postporođajnih afektivnih poremećaja. Nakon porođaja, razina progesterona i razina estrogena brzo pada, vraćajući se na razinu prije trudnoće u roku od 3 dana. Kad estrogen padne nakon poroda, prolaktin koji je porastao tijekom trudnoće, više nije blokiran i započinje dojenje. Tijekom dojenja dijete sisanjem potiče lučenje oksitocina. Uobičajena ciklička varijacija androgena nije prisutna tijekom trudnoće i tijekom dojenja. Kortikosteroidi

u plazmi dostižu vrhunac tijekom porođaja i značajno se smanjuju unutar 4 sata nakon poroda. Funkcija štitnjače vraća se na razinu trudnoće otprilike 4 tjedna nakon poroda. Ne postoje čvrsti dokazi o povezanosti između različitih neurotransmiterskih sustava, razine TH i T3 ili kortizola i simptoma postpartalne depresije. Međutim, postoje pokazatelji manje povezanost postporođajne depresije i disfunkcije štitnjače kod žena, ovo poveznica se osobito odnosi na hipotireozu. Iako se sugerira da je postnatalna depresija uzrokovana niskom razinom progesterona ili estrogena ili visoke razine prolaktina, nisu pronađeni jasni dokazi. Mlada dob tijekom trudnoće povećava rizik od depresije. Najviša razina depresije zabilježena je kod majki u dobi od 13-19 godina, dok je najniža stopa zabilježena kod žena starosnog raspona od 31 do 35 godina.

3.2. Opstetričke komplikacije

Opstetričke komplikacije, ponajprije one koje dovode do trajnijih posljedica kao što su histerektomija i trajni gubitak organa, doprinose riziku razvitka postpartalne depresije. Prije svega takve pacijentice inicijalno postižu veći rezultat na procjeni pomoću Edingburške ljestvice, a kasnije su sklonije razvijanju i dijagnozi simptoma postpartalne depresije.

3.3. Način dovršenja poroda

Postoji određena statistička povezanost između razvoja postapartalne depresije i upotrebe forcepsa ili vakum ekstrakcije prilikom dovršenja poroda. Povezanost se posebno ističe zbog stresa i straha od mogućih komplikacija prilikom samog poroda i upotrebom forcepsa ili vakuma. Također je utvrđeno da majke, koje su tijekom trudnože više preferirale porođaj carskim rezom, ali na kraju su rodile vaginalno, imaju veću prevalenciju postpartalne depresije od onih koje preferiraju i imaju vaginalni porođaj. Ovakvi rezultati nam služe kao pokazatelj da je preferencija majki i konačni način poroda bitan čimbenik za razvoj postpartalne depresije. Nadalje elektivni i hitni carski rez znatno povećavaju rizik za nastanak postpartalne depresije, kao vodeći uzrok se navode anksiozni simptomi koje žene osjećaju netom prije ili nakon carskog reza.

3.4. Neplanirana/neželjena trudnoća

Istraživanja pokazuju da gotovo 60% žena koje navode da je trudnoća neželjena ili neplanirana imaju povećan rezultat na Edingburškoj ljestvici za procjenu depresije. Kao takve te žene su od posebnog rizika za razvoj postpartalne depresije. Budući da je izuzetno teško u ovom slučaju govoriti o prevenciji, detekcija ovih žena za ranjive skupine može pomoći u ranoj intervenciji i pružanju podrške i pomoći.

3.5. Dojenje

Iako ne postoji dovoljno jasnih i velikih istraživanja, na temelji postojećih može se zaključiti da isključivo dojenje nema značajnu povezanost u svrhu smanjenje ili povećanja postpartalne depresije. Pojavnost i rasprostranjenost postpartalne depresije između žene koje doje i žene koja su ablaktirane je gotovo jednaka i ravnomjerna.

3.6. Prijašnje depresivne epizode i povijest depresije u obitelji

Pacijentice koje su već u prošlosti imale depresivne epizode imaju znatno špovećan rizik od razvijanja postpartalne depresije i u pravili inicijalno imaju veći rezultat na Edingburškoj sklai za procjenu depresije. Stoga uzimanje detaljne anamneze, iskrenost pacijentice i povezanost bolničkog sustava su ključni faktori u prevenciji postpartalne depresije kod ovakve skupine pacijentica. Nadalje, povijest depresije u obitelji ne predstavlja čimbenik rizika za razvoj postpartalne depresije (ovaj podatak se ne odnosi na postpartalnu psihozu kod koje je obiteljska povijest izuzetno bitna i predstavlja snažan prediktivni faktor).

3.7. Životni događaji tijekom trudnoće i puerperija

Veza između životnih događaja tijekom trudnoće i pojave depresije je statistički značajna . Iskustva poput smrti voljene osobe, prekida veze ili razvoda, gubitka posla povećavaju razinu stresa i mogu potaknuti depresivne epizode kod pacijentica koje nisu imale prethodno povijest afektivnih poremećaja. Trudnoća i porođaj često se smatraju stresnim životnim događajima po sebi i ti događaji mogu dovesti do depresije. Upravo u ovom slučaju vidljiva je važnost uzimanja dobre, detaljne i podrobne anamneze. Dobivanje informacija o ovim podacima mogu nam olakšati detekciju pacijentica sa povećanim rizikom za razvitak postpartalne depresije (1).

3.8. Socijalni čimbenici

Spavanje je jedan od faktora koji utječu na rizik od depresije. Dokazi pokazuju da postoji veza između manje sna i postporođajne depresije. Nadalje, primijećen je bitan odnos između umora i razine depresije u danima nakon poroda. Periodi ozbiljnog nedostatka sna zapaženi su kod depresivnih žena nakon poroda. Kronično uskraćivanje sna utječe na metabolizam glukoze, upalne procese, društvene odnose, mentalno zdravlje i kvalitetu života. Uz to, akutne epizode nedostatka sna utječu na imunološki sustav i pojačavaju upalne markere poput interleukina-6, dok su ti upalni čimbenici povišeni kod žena s postporođajnom depresijom. Postoje i dokazi koji ukazuju da vježbanje i tjelesna aktivnost imaju značajne koristi u smanjenju simptoma depresije, umjerena tjelesna aktivnost u trećem tromjesečju trudnoće smanjila je konačni rezultat na Edingburškoj ljestvici za procjenu depresije nakon porođaja u 6 tjedana nakon poroda. Mogući mehanizam je učinak vježbanja na mentalno stanje žene povećanjem endogenih opioda i endorfina, koji poboljšavaju mentalno zdravlje. Vježbanje također povećava samopouzdanje, pored toga, vježbanje će pomoći ženama da se usredotoče na okruženje i riješe svoje probleme. U socijalne čimbenike također možemo ubrojiti i prehranu tijekom trudnoće i puerperija kao jedan od faktora koji mogu doprinjeti povećanom riziku za razvitak postpartalne depresije. Vitamin B6 je učinkovit u proizvodnji serotonina iz triptofana kao kofaktora. Zbog toga, smanjenje ovog vitamina može biti uključeno u proces postporođajne depresije. Među mikronutrijentima smanjeni unos cinka i selen povezan je s pojavom postporođajne depresije. Istraživanja pokazuju da cink pokazuje svoj antidepresiv utječući na

ponovni unos serotonina. Manjak selena vjerojatno će utjecati na postporođajnu depresiju razvijanjem disfunkcije štitnjače. Cink se posebno nalazi u crvenom mesu, žitaricama, mesu i ribi (1).

4. OBILJEŽJA POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE

Javlja se pitanje, jesu li obilježja postpartalne depresije jednaka obilježjima depresije koja se javlja izvan perioda puerperija ili perioda nakon poroda. Brojna istraživanja na tu temu dokazuju kako zapravo ne postoji značajna razlika između simptoma postpartalne depresije i depresije koja se javlja izvan perioda puerperija. Na tragu toga zaključeno je kako u pravilu se tijekom postpartalne depresije i depresije izvan tog perioda javljaju isti simptomi, no postoji varijacija u kojem obliku i na koji način će se takvi simptomi javiti. Problemi sa spavanjem u depresiji izvan puerperija manifestiraju se kao problemi sa nemogućnošću usnivanja, buđenje tijekom noći koje rezultira razbuđivanjem i nemogućnosti ponovnog usnivanja, kao i totalnu hypersomniju i spavanjem veći dio dana. Pacijentice sa postpartalnom depresijom navode kako se mogu samostalno uspavati, no problem nespavanja usko je povezan sa brigom za dijete i noćnim hranjenjima i buđenjima. Stoga u ovom slučaju vidimo evidentnu razliku u manifestaciji ovog simptoma. Također potreban je veliki oprez ukoliko govorimo o simptomu koji je vezan za dobivanje i gubitak tjelesne težine. Žene su tijekom perioda puerperija, ali i kasnije sklonije gubitku težine kao rezultatu povratku fizičkim aktivnostima tijekom nekoliko mjeseci nakon poroda, također žene koje primjenju dojenje kao jedinu metodu hranjenja sklonije su povećanom gubitku tjelesne težine. Stoga ovaj simptom najviše je izražen ukoliko dolazi do značajnije hiperfagije i dobitka na tjelesnoj težini. Osjećaj krivnje ponajviše je povezan sa osjećajem da dijete zbog nje loše spava, da ga ona ne zna uspavati. Ukoliko je dijete bolesno, uzrok i razlog bolesti prebacuje na sebe. Stoga su pacijentice sklone navoditi da se dijete zbog njih prehladilo, da je moguća alergijska reakcija nastupila zbog njihovih postupaka...Nadalje, značajno se smanjuje interes za aktivnostima koje su im prije predstavljale zadovoljstvo, kao što su različiti hobiji. Gubitak energije najviše se očituje osjećajem umora koji nastupa odmah nakon buđenja i traje cijeli dan do noći. Češće su psihomotorne retardacije nego li agitacije u vidu izostanka obavljanja normalnih kućanskih

poslova, ali i briga o vlastitoj higijeni ili navikama koje je prije pacijentica imala (tusiranje, pranje kose, šminkanje). Među najteže simptome pripada postpartalne depresije pripadaju suicidalne ideje, najčešće pacijentice navode kako imaju želju da su mrtve i kako imaju osjećaj da bi tada sve bilo jednostavnije. Konačnom usporedbom dolazimo do zaključka kako simptomi postpartalne depresije ne pokazuju velika odstupanja od simptoma klasične depresivne epizode izvan perioda nakon poroda (3).

Stoga glavna obilježja su:

- 1) depresivno raspoloženje - depresivno raspoloženje tijekom većeg dijela dana
- 2) poremećaj sna- insomnia ili hipersomnija gotovo svakog dana
- 3) gubitak interesa/zadovoljstva - značajno smanjen interes ili zadovoljstvo u gotovo svim aktivnostima, tijekom većeg dijela dana, gotovo svaki dan
- 4) osjećaj krivnje- osjećaj bezvrijednosti ili prekomjerne i neprimjerene krivnje (može imati obilježja deluzije) gotovo svakog dana (ne samo žaljenje i krivnja radi bolesti)
- 5) gubitak energije - umor ili gubitak energije gotovo svakog dana
- 6) poremećaj koncentracije - smanjena sposobnost razmišljanja i koncentracije, neodlučnost gotovo svakog dana
- 7) poremećaj apetita - znatan gubitak ili dobivanje tt bez dijete (promjena >5% mjesečno
- 8) psihomotorne promjene - psihomotorna agitacija ili retardacija gotovo svakog dana
- 9) suicidalne ideacije - ponavljana razmišljanja o smrti (ne samo strah od umiranja), suicidalne ideacije, plan ili pokušaj

5. DIJAGNOSTIKA POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE

Postpartalna depresija je u psihijatrijskoj nomenklaturi strogo definiran kao glavni depresivni poremećaj (MDD), a jedan od određujućih faktora je pojava unutar 1 mjeseca nakon poroda. Međutim, depresija kod žena tijekom postporođajnog razdoblja može započeti tijekom trudnoće ili može nastupiti nakon prvog postporođaja mjesec. Da bi se zadovoljili kriteriji za MDD, potrebno je prisustvo depresivno raspoloženje ili gubitak interesa ili užitka za aktivnosti moraju biti prisutni najmanje 2 tjedna. Uz to mogu biti prisutni simptomi poremećaja spavanja, poremećaji apetita, gubitak energije, osjećaj bezvrijednosti ili krivnje, smanjena koncentracija i misli o samoubojstvu. Dijagnoza postpartalne depresije je izazovna zbog promjena u načinu spavanja, promjena apetita, a pretjerani umor rutinski je za žene nakon poroda. Optimalno vrijeme za provjeru PPD-a je između 2 tjedna i 6 mjeseci nakon poroda. Nekoliko je dostupnih metoda za dijagnostiku postpartalne depresije kao što su Edinburška skala za procjenu postnatalnu depresiju, koja predstavlja provjereni široko korišteni upitnik s 10 stavki. Rezultat Edinburgške skale postpartalne depresije od ≥ 12 je pokazatelj vjerojatne postpartalne depresije.

Postpartalna depresija doseže svoj vrhunac tijekom 2. i 6. mjeseca postpartalno. Također prvih 90 dana nakon poroda predstavlja najrizičnije vrijeme za pojavu prvih simptoma depresije. Prilikom dijagnoze potrebno je zadovoljiti još neke kriterije prema DSM IV, a to su da simptomi uzrokuju klinički značajan distres ili oštećenje socijalnog, obiteljskog i radnog funkcioniranja. Simptomi ne nastaju izravnim učinkom psihoaktivne tvari (zlouporaba droge ili lijeka) ili zbog općeg zdravstvenog stanja (hipotireoza). Simptomi ne nastaju usljed žalovanja; nakon gubitka voljene osobe.

Slijedeći korak u dijagnostici je psihijatrijski intervju, u kojem psihijatar mora dobiti detaljan opis simptoma. Intervju i uzimanje anamneze posebno se odnose na 9 glavnih simptoma i obilježja depresije kojni su nužni za uspostavu dijagnoze. U ovom procesu izuzetno je bitna iskrenost pacijentice i razvijanje osjećaja povjerenja. Jednako kao i sa ispunjavanjem upitnika razgovor je moguće, čak i poželjno ponoviti nekoliko puta prilikom uspostavljanja dijagnoze, ukoliko dolazi do značajnije promjene kliničke slike (3) (4).

5.1. Edinburška skala za procjenu postpartalne depresije

Edinburghska skala postnatalne depresije (EPDS) upitnik je izvorno razvijen da pomogne u identificiranju mogućih simptoma depresije u postnatalnom razdoblju. Ona također ima odgovarajuću osjetljivost i specifičnost za prepoznavanje depresivnih simptoma u antenatalnom razdoblju i koristan je za prepoznavanje simptoma anksioznosti. Edinburška skala nije dijagnostički alat, već je alat za probir koji ima za cilj identificirati žene kojima bi koristila naknadna skrb, poput procjene mentalnog zdravlja, koja može dovesti do dijagnoze na temelju prihvaćenih dijagnostičkih kriterija (DSM-IV- TR ili MKB-10). Sve žene trebale bi ispuniti EPDS barem jednom, poželjno dva puta, u antenatalnom i postnatalnom razdoblju (u idealnom slučaju 6–12 tjedana nakon rođenja). Ukupna ocjena od 13 ili više smatra se upozorenjem za potrebu praćenja mogućih depresivnih simptoma. U antenatalnom razdoblju ponoviti EPDS za 2-4 tjedna ako je rezultat 13 ili više u skladu s kliničkom procjenom (5).

Bitno je istaknuti da ovaj upitnik je tek prvi korak u screeningu i postavljanju dijagnoze. Inicijalno njezina upotreba započinje kao prvi korak, poželjno je upotrijebiti ju nekoliko puta kroz razdoblje puerperija ukoliko dolazi do promjene kliničke slike i simptoma. Edinburšku skalu za procjenu postporodajne depresije mogu ovisno o potrebi nadopuniti različiti upitnici koji mogu biti osmišljeni kao potpora u samom toku postavljanja dijagnoze. Budući da je moguće da upitnik na ispunjavanje pacijentici da ginekolog ili primalja, validaciju istog je potrebno prepustiti psihijatru (6).

Screening na PPD u roku od 96 h nakon poroda, koristeći Edinburšku skalu ima izuzetnu bitnu vrijednost u isključivanju žena koje nisu izložene riziku od PPD. Žene s ocjenom <10 imaju gotovo 90% šansu da će održati nizak rezultat (<10) na kasnijem postporodajnom pregledu (7).

Slika 1 Prikaz izgleda Edinburške ljestvice sa svim pitanjima

MOLIM VAS PODCRTAJTE KAKO STE SE NAJBЛИЖЕ OSJEĆALI POSLJEDNJIH 7 DANA		
1.	Mogla sam se smijati i vidjeti smiješnu stranu stvari i događaja	
	• Jednako kao što sam i uvijek mogla • Ne više toliko kao nekad • Definitivno ne toliko kao nekad • Nikako to nisam mogla	
2.	S užitkom sam očekivala i planirala stvari i događaje	
	• Jednako kao i uvijek • Relativno manje nego prije • Definitivno manje nego prije • Gotovo da i nisam	
3.	Nepotrebno sam krivila samu sebe ako je nešto pošlo krivo	
	• Da, većinu vremena • Da, nekoliko puta • Ne baš često • Ne, nikad	
4.	Bila sam uznemirena ili zabrinuta bez opravdanih razloga	
	• Ne, uopće • Gotovo da nisam • Da, katkad • Da, vrlo često	
5.	Bila sam preplašena ili uspaničena bez opravdana razloga	
	• Da, poprilično mnogo • Da, katkad • Ne, ne mnogo • Ne, ne uopće	
6.	Imala sam osjećaj da stvari izmiču kontroli	
	• Da, većinu se vremena nisam uopće mogla nositi s time • Da, katkad se nisam s time nosila dobro kao obično • Ne, većinu sam se vremena nosila s time sasvim dobro • Ne, nosila sam se s time kao i uvijek	
7.	Bila sam toliko nesretna da sam imala teškoća sa spavanjem	
	• Da, većinu vremena • Da, katkad • Ne prečesto • Ne, uopće	
8.	Osjećala sam se tužno i jadno	
	• Da, većinu vremena • Da, prilično često • Ne prečesto • Ne, uopće	
9.	Bila sam toliko nesretna da sam plakala	
	• Da, većinu vremena • Da, prilično često • Samo povremeno • Ne, nikad	
10.	Imala sam misli o samoozljeđivanju	
	• Da, prilično često • Katkad • Gotovo da nisam • Nikad	

Izvor: Cox JL., Holden JM., Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry 1987;150:782-86.

6. LIJEČENJE POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE

Liječenje postporođajne depresije temelji se na upotrebi lijekova i psihoterapije. Prvi izbor su antidepresivi, osobito inhibitori ponovne pohrane seratonina koji su indicirani i kod majki koje doje. Ukoliko govorimo o depresiji sa psihotičnim obilježjima, uz upotrebu antidepresiva indicirana je upotreba antidepresiva sa kombinacijom antipsihotika. Kada govorimo o antidepresivima izbjegava se upotreba tertacikličkih i tricikličkih antidepresiva, isključuju se zbog ozbiljnih nuspojava, iako su djelovali na sva tri amina (seratonin, dopamin i noradrenalin). Trenutno kada govorimo o antidepresivima, lijekovi izbora su selektivni inhibitori ponovne pohrane seratonina.

Osnovni korak psihoterapije u ovom osjetljivom periodu jest osvještavanje onog nesvjesnog u pacijentu, budući da najčešće sukobi pacijenta proizlaze iz nesvjesnog djela. Nužno je poticati pacijenta na razgovor o osjećajima i simptomima, budući da je negiranje istih prisutno kod velikog broja slučajeva. Pacijenti najčešće u fazi depresije gube inicijalnost odnosno želju i volju za provođenjem jednostavnih svakodnevnih aktivnosti stoga je ključ osnaživanje njihove volje. Tada najčešće govorimo o metodi „postavljanja ciljeva“ koja se zastupa na principu planiranja manjih svakodnevnih aktivnosti i osjećajem zadovoljstva nakon ispunjavanja istih.

Bitno je istaknuti da liječenje depresije je dugotrajan i složen proces koji uključuje pacijenticu, njezinu obitelj i okruženje i sveopću podršku. Farmakološka terapija nastavlja se do 6 mjeseci nakon epizode depresije, a ukoliko govorimo o više epizoda, tada je nužna dugotrajna profilaksa (6).

7. UTJECAJ POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE NA ODNOS MAJKA-DIJETE

Neminovan je utjecaj postporođajne depresije na majku i njezino funkcioniranje, no ne smijemo zaboraviti da depresija u postpartalnom razdoblju zanatno utječe i otežava razvijanje odnosa između majke i djeteta. Istraživanja dokazuju da majke sa postporođajnom depresijom na različitim ispunjenim upitnicima pokazuju izuzetno izražene simptome anksioznosti povezane sa brigom za dijete, bijes zbog nemogućnosti ispunjavanja svim obveza u brizi za dijete kao i osjećaj emocionalne nedoraslosti za povezivanje sa vlastitim djetetom. Ovi rezultati nam jasno pokazuju da majke sa postporođajnom depresijom imaju izuzetno velike poteškoće u razvijanju pozitivnih osjećaja koji će biti usmjereni na njihovo dijete. Iako liječena postporođajna depresija bi trebala biti izliječena u vremenskim okvirima 1-2 godine, sa sigurnošću možemo reći da posljedice opstaju i nakon ovog perioda. U tom slučaju govorimo o neadekvatno razvijenom odnosu majke i djeteta. Nepotrebno je isticati da osjećaje anksioznosti povezane sa brigom za djetete osjećaju gotovo sve majke u manjem ili većem obliku, no ključno je istaknuti da ovaj osjećaj anksioznosti perzistira i nakon početnog perioda upoznavanja sa novom rutinom života. Stoga majke sa postporođajnom depresijom iskazuju izuzetno jake simptome depresije, anksioznosti, bijesa i odbacivanja djeteta čak i u periodu 8 tjedana nakon poroda. Stoga govorimo o izuzetno velikoj problematici u koju je direktno uključeno dijete i majka, a indirektno i otac, kao i ostali članovi obitelji. (8) Potpora u ovim trenucima je ključna, odnosno usmjeravanje na to da većinu obveza zapravo preuzme okolina odnosno drugi članovi obitelji. U cijelom procesu majka mora osjetiti ugodu i ljubav prema svome djetetu, koja se ponekad u cijelom procesu „izgubi“. Nadalje istraživanja pokazuju da majčina postporođajna depresija u periodu od godine dana nakon poroda utječe na djetetov fizički razvoj, komponentne kao što su visina, težina i BMI. Osobito se povezuje sa prekomjernom tjelesnom težinom ili pothranjenošću u tom periodu. Ukoliko govorimo o motoričkom razvoju djeteta istraživanja su oprečnih mišljenja, posebno se odnose na grube motoričke vještine (dizanje, skakanje, puzanje) i fine motoričke vještine (hvatanje dlanom, upiranje prstima...). Pojedina istraživanja ukazuju na sporiji motorički razvoj djece majki sa postporođajnom depresijom. Nadalje jezični razvoj djeteta odvija se i napreduje neovisno o majčinoj postporođajnoj depresiji. Činjenica je da utjecaj majčine depresije na razvoj djeteta, kako fizički tako i psihički jos uvijek predstavlja područje velikih istraživanja i brojnih hipoteza, stoga na tu temu su potrebna daljenja istraživanja, koja će se odnositi na vremenski period dojenačkog razdoblja, predškolskog i školskog uzrasta. Sa sigurnošću možemo zaključiti da odnos majke sa postporođajnom

depresijom prema djetetu i osjećajima koji joj se javljaju u interakciji su bitno različiti u usporedbi sa majkama koje nemaju dijagnosticiranu postporođajnu depresiju (8).

Nerijetko samo i jedino u fokus stavljamo majku sa dijagnozom postporođajne depresije, nedovoljno svjesni mogućeg negativnog učinka na dijete. Svake godine u svijetu se rodi 100 milijuna djece, gotovo 40% ima majku koja pati od afektivnog poremećaja u puerperiju. Stoga ove brojke nas obvezuju na kvalitetniji, detaljniji i opširniji pristup postporođajnoj depresiji koji će biti usmjeren na majku, dijete i obitelj (9).

8. PATERNALNA POSTPOROĐAJNA DEPRESIJA

Vrijeme puerperija predstavlja tranzicijsko razdoblje privikavanja na nove životne uloge i odgovornosti, nerijetko u glavnom i jedinom fokusu nalazi se majka, no što je sa novopečenim očevima. Očevi se često u tom periodu osjećaju nedoraslo situaciji i obvezama koje ih očekuju, ponekad opterećeni novonastalim obvezama što značajno utječe na njihovo mentalno zdravlje. Prevalencija paternalne depresije je 4-25%, ona se nerijetko javlja i potaknuta je majčinom postporođajnom depresijom, no nije nemoguće da se javi prvo i jedino kod oca. U odnosu na majčinu postporođajnu depresiju, paternalna je nerijetko podcjenjena i nedovoljno istražena. Screening ne postoji niti možemo govoriti o postupcima prevencije u ovom slučaju, što nam dovodi na zaključak da smo gotovo jedino usmjereni na dijagnostiku i liječenje, propuštajući period trudnoće u kojem bi mogli reagirati i prevenirati. Iz svega navedenog jasno je da je potrebno postaviti drugačije dijagnostičke kriterije, jasnije screening metode, ali i terapijski pristup prilagoditi (10).

8.1. Dijagnostika paternalne depresije

Dijagnostika paternalne depresije u vremenu puerperija jednaka je kao i dijagnostički kriteriji za maternalnu postpartalnu depresiju, takva dijagnostika nažalost ima brojne mane i prostor za pogrešnu procjenu. U upotrebi je najčešće Edinburška skala za procjenu depresije, no novija istraživanja ipak govore o tome da bi granični rezultat za muškarce ipak trebao biti postavljen 2-3 boda manje nego li za žene. Također dijagnostički kriteriji prema DSM VI su jednaki kao i za majčinu postporođajnu depresiju. Kao što su depresivno raspoloženje, gubitak interesa, smanjenje apetita, gubitak koncentracije, gubitak energije, poremećaj sna, osjećaj krivnje psihomotorne promjene i suicidalne idejacije (7)....

8.2. Prevalencija

Postpartalna depresija se javlja u 4-25% slučajeva, najintenzivnije u periodu 4-8 tjedana postpartalno. Ovako širok raspon pojavnosti povezan je sa različitim metodama za procjenu depresije, kao i različitim uzorcima. Bitno je istaknuti da su simptom paternalne depresije, naročito oni koji se odnose na anksiozne simptome, jači kod muškaraca koji prvi put postaju očevi (11).

8.3. Klinička slika

Paternalna depresija ima tendenciju sporijeg razvijanja u odnosu na maternalnu, dugoročna istraživanja pokazuju da paternalna depresija razvija se još tijekom prenatalnog perioda, simptomi se smanjuju ubrzo nakon poroda, no kasnije dolazi do pogoršanja simptoma i takva klinička slika se nastavlja tijekom prve godine djetetova života. Gotovo 5% očeva osjeća simptome depresije prenatalno i prva tri mjeseca postpartalno, no gotovo 30% očeva može osjećati simptome depresije i nakon 12 mjeseci postpartalno(11).

8.4. Međudnos maternalne i paternalne postporođajne depresije

U velikom broju slučajeva paternalna depresija se otkrila tijekom postupka screeninga i dijagnostike maternalne depresije, upravo najveći okidač i čimbenik rizika za razvitak paternalne depresije je majčina postporođajna depresija. Incidencija razvijanja paternalne depresije kod muškaraca čija partnerica već ima dijagnosticiranu postporođajnu depresiju je 24-50% slučajeva (11).

8.5. Čimbenici rizika za razvitak paternalne depresije

Paternalna depresija može biti povezan s promjenama u razini testosterona, koje se s vremenom smanjuju tijekom trudnoće njegove partnerice i nakon porođaja. Razina testosterona počinje se smanjivati barem nekoliko mjeseci prije porođaja i održava nisku razinu nekoliko mjeseci nakon porođaj među većinom očeva. Nekoliko istraživača sugerira da takav pad dovodi do manje agresije, bolje koncentracije u roditeljstvu i jače vezanosti s djetetom. Očevi koji imaju nižu razinu testosterona izrazili su više suosjećanja i osjećaju veću potrebu da reagiraju kad čuju dojenački plač. Drugo, paternalna depresija može biti povezana s nižim razinama estrogena. Među muškarcima razina estrogena počinje se povećavati tijekom posljednjeg mjeseca trudnoće njegove partnerice do ranog postporođajnog razdoblja. S obzirom na nalaze o povezanosti povećane razine estrogena i ponašanja majki, 70% porast estrogena u oca mogao bi poboljšati aktivnosti roditeljskog ponašanja nakon rođenja djeteta. Treće, može biti povezana s nižim razinama kortizola, hormona koji regulira fiziološke reakcije na stresne događaje. Visoke razine kortizola uglavnom su povezane s visokom razinom stresa. Međutim, za majku su tijekom ranog postporođajnog razdoblja visoke razine kortizola povezane s povećanom osjetljivošću prema djetetu i s manje depresivnim raspoloženjem. Dakle, niže razine kortizola među određenim očevima mogu biti povezane s poteškoćama u vezivanju oca i djeteta i razvijanjem depresivno raspoloženje.

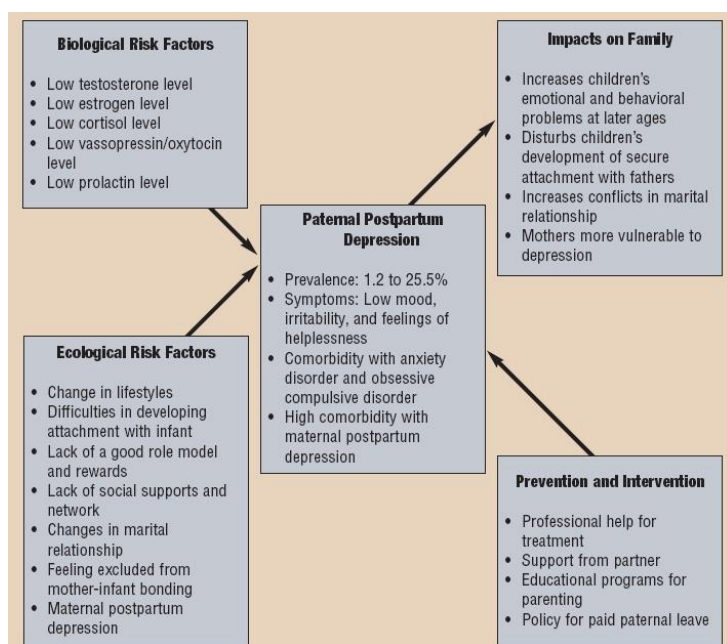
Od socijalnih čimbenika rizika gotovo najviše se ističe izostanak uzora iz vlastitog djetinjstva, što upućuje da muškarci koji nisu u djetinjstvu razvili odnos sa vlastitim ocem, jako teško razvijaju pozitivne emocije prema novoj ulozi u svome životu i vlastitom djetetu.

Veliku ulogu u razvijanju paternalne depresije ima i kvaliteta odnosa sa partnericom i majkom djeteta, kao najčešća problematika navodi se nedostatak intimnosti, nerazumijevanje i gubitak zadovoljstva (10).

8.6. Prevencija i moguće intervencije

U današnje vrijeme je potrebno obratiti posebnu pažnju na mentalno zdravlje i stanje oca u postporođajnom periodu, ali i kasnije. Ne smijemo umanjiti ulogu i odgovornost oca u žibotu novorođenog djeteta, kao i osjećaj odgovornosti i ponekad nespremnosti koju očevi osjećaju. Očeva trebamo poticati na razgovor, pravovremenu detekciju simptoma anksioznosti i u konačnici i depresije. Edukacija o važnosti mentalnog zdravlja u puerperiju trebala bi se odnositi kako na majke, tako i na očeve jer kao takva bi mogla dati bolje rezultate. Poticati očeve na uzimanje porodiljnog dopusta, kao vrijeme potrebno za zbližavanje sa vlastitim djetetom i razvijanja osjećaja privrženosti doprinosi smanjenju incidencije paternalne depresije (11).

Slika 2 Model paternalne postporođajne depresije



Izvor: Sad Dads Paternal Postpartum Depression, Pilyoung Kim, MEd, BA and James E. Swain, MD, PhD, FRCPS, Psychiatry (Edgmont). 2007 Feb; 4(2): 35–47

9. ZAKLJUČAK

Postporođajna depresija predstavlja ozbiljan javnozdravstveni problem, koji pogađa žene, muškarce, ali i čitavo njihovo okruženje. Značajno utječe na funkcioniranje u radnom postpartalnom periodu, a velika opasnost se krije upravo u prelasku na kronične depresivne epizode u godinama nakon poroda. Sustav detekcije i screeninga nije dovoljno razvijen niti pouzdan, sukladno tome da nije razjašnjeno tko bi trebao imati glavnu ulogu u screeningu, ginekolog, klinički psiholog ili primalja? Stoga možemo sa sigurnošću tvrditi da postoji velik prostor za napredak i poboljšanje. Ključno je da zdravstveni djelatnici budu upoznati sa čimbenicima rizika za razvoj postporođajne depresije kako bi već tijekom trudnoće mogli uočiti pacijentice sa povećanim rizikom. Dijagnostičke kriterije prema DSM VI je potrebno uvijek uzeti u obzir, kao i za primjer dobre prakse koristiti Edinburšku skalu za procjenu postporođajne depresije. Nadalje nužno je prestati sa stigmatizacijom afektivnih poremećaja u puerperiju te razumijeti da ne doživljavaju sve osobe u puerperiju jednake osjećaje. Podjednako potrebno je pažnju obratiti i na očeve kao osobe koje su također podložne razvijanju simptoma depresije i anksioznosti u ovom periodu. Primalje kao zdravstveni djelatnici moraju biti dovoljno educirane, osvještene i uključene u prevenciju, screening, ali i dijagnostiku afektivnih poremećaja u puerperiju.

10. LITERATURA

1. Donna E. Stewart, MD, FRCPC E. Robertson, M.Phil, PhD Cindy-Lee Dennis, RN, PhD Sherry L. Grace, MA, PhD Tamara Wallington, MA, MD, FRCPC, Postpartum depression: Literature review of risk factors and University Health Network Women's Health Program 2003 (Internet) Dostupno na : https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf?ua=1
2. Ilana S. Hairston ,Jonathan E. Handelzalts ,Chen Assis ,Michal Kovo Postpartum bonding difficulties and adult attachment styles: the mediating role of postpartum depression and childbirth-related PTSD 27 February 2012 Dostupno na: <https://doi.org/10.1002/imhj.21695>
3. Gustavo Paranhos de Albuquerque Moraes, Laura Lorenzo, Gabriela Arruda Reinaux Pontes, Maria Cristina Montenegro, Amaury Cantilino. Screening and Diagnosing Postpartum Depression: When and How? Trends Psychiatry Psychother . Jan-Mar 2017;39(1):54-61. Dostupno na: doi: 10.1590/2237-6089-2016-0034
4. Ariela Frieder , Madeleine Fersh , Rachel Hainline , Kristina M Deligiannidis Pharmacotherapy of Postpartum Depression: Current Approaches and Novel Drug Development CNS Drug 2019 Mar;33(3):265-282. Dostupno na doi: 10.1007/s40263-019-00605-7.
5. Jayci E Knights , Michelle L Salvatore , Gunda Simpkins , Krystal Hunter , Meena Khandelwal In Search of Best Practice for Postpartum Depression Screening: Is Once Enough? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol . 2016 Nov;206:99-104. Dostupno na : doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.08.030.

6. Andra Wilkinson, Seri Anderson, Stephanie B Wheeler, Screening for and Treating Postpartum Depression and Psychosis: A Cost-Effectiveness Analysis. *Matern Child Health J* . 2017 Apr;21(4):903-914. Dostupno na: doi: 10.1007/s10995-016-2192-9.

7. Ying Zhao, Irene Kane, Jing Wang , Beibei Shen , Jianfeng Luo, Shenxun Shi Combined Use of the Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) and Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to Identify Antenatal Depression Among Chinese Pregnant Women With Obstetric Complications 2015 Mar 30;226(1):113-9. Dostupno na: doi: 10.1016/j.psychres.2014.12.016.

8. Hamid Mirhosseini , Seyed Ahmad Moosavipoor , Mohammad Ali Nazari, Ahmad Dehghan, Sara Mirhosseini, Reza Bidaki , Pouria Yazdian-Anari, Cognitive Behavioral Development in Children Following Maternal Postpartum Depression: A Review Article. *Electron Physician* . 2015 Dec 20;7(8):1673-9. Dostupno na doi: 10.19082/1673.

9. Sandraluz Lara-Cinisomo, Kefu Zhu, Kexin Fei, Yumeng Bu, Alexandria P Weston, Uma Ravat, Traumatic Events: Exploring Associations With Maternal Depression, Infant Bonding, and Oxytocin *BMC Womens Health* . 2018 Feb 1;18(1):31. Dostupno na doi: 10.1186/s12905-018-0520-5

10. Pilyoung Kim, James E Swain Sad Dads: Paternal Postpartum Depression, Psychiatry (Edgmont). 2007 Feb;4(2):35-47. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20805898/>

11. Francisca Pérez C, Paulina Brahm M Paternal Postpartum Depression: Why Is It Also Important? *Rev Chil Pediatr* . 2017;88(5):582-585. Dostupno na doi: 10.4067/S0370-41062017000500002

Prilog A: Popis ilustracija

Slika 1 Prikaz izgleda Edinburške ljestvice sa svim pitanjima	14
---	----

Slika 2 Model paternalne postporođajne depresije.....	20
---	----

11.ŽIVOTOPIS AUTORA

Rođena 16.01.1999. godine u Puli, živjela sa roditeljima Željkom i Mirjanom te sa sestrama Draganom i Katarinom. Završila osnovnu školu Šijana sa odličnim uspjehom kroz cijelo vrijeme školovanja, posebno se isticala na literarnim natjecanjima Lidrano te čak pristupila državnom natjecanju.

Potom upisala srednju Medicinsku školu u Puli smjera fizioterapeutske tehničar/tehničarka i završila sa odličnim uspjehom. Akademske godine 2017./2018. upisuje stručni studij primaljstva na fakultetu Zdravstvenih studija u Rijeci, tijekom studija aktivna članica studentskog zbora kao i kandidatkinja za rektorovu nagradu. Studij završava nakon trogodišnjeg razdoblja sa odličnim uspjehom.