

Zaštitni i rizični faktori za mentalno zdravlje žena u perinatalnom periodu

Tomić, Andrea

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:282726>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-19**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

PRAVNI FAKULTET

STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Andrea Tomić

**ZAŠTITNI I RIZIČNI FAKTORI ZA MENTALNO
ZDRAVLJE ŽENA U PERINATALNOM PERIODU**

ZAVRŠNI RAD

Zagreb, 2024.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

PRAVNI FAKULTET

STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Andrea Tomić

**ZAŠTITNI I RIZIČNI FAKTORI ZA MENTALNO
ZDRAVLJE ŽENA U PERINATALNOM PERIODU**

ZAVRŠNI RAD

Mentorica: izv. prof. dr. sc. Ana Tokić Milaković

Zagreb, 2024.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. NAJČEŠĆE TEŠKOĆE MENTALNOG ZDRAVLJA U PERINATALNOM PERIODU	2
2.1. Postpartum blues	2
2.2. Perinatalna depresija	2
2.3. Perinatalni opsesivno – kompulzivni poremećaj	5
2.4. Traumatični porod i PTSP povezan s porodom	7
2.5. Psihoze u perinatalnom periodu	9
3. RIZIČNI I ZAŠTITNI FAKTORI	10
3.1. Biološki faktori	10
3.2. Medicinski i opstetrički faktori	14
3.3. Psihološki faktori	16
3.4. Faktor životnog stila	19
3.5. Socijalni faktori	21
4. METODE PREVENCIJE I INTERVENCIJE ZA ZAŠTITU MENTALNOG ZDRAVLJA ŽENA U PERINATALNOM PERIODU	24
4.1. Farmakološki pristup	25
4.2. Psihološki pristup	26
4.3. Psihosocijalni pristup	28
5. ZAKLJUČAK	29
6. LITERATURA	31

Zaštitni i rizični faktori za mentalno zdravlje žena u perinatalnom periodu

Sažetak: Trudnoća, porod i *postpartum* kod žene mogu biti obojani osjećajima poput sreće i uzbuđenosti, ali i straha i nesigurnosti. To je period u kojem se događaju promjene na fizičkoj, psihološkoj i socijalnoj razini pa je posve normalno imati ambivalentne osjećaje. Međutim, neke žene kroz ovaj period razviju poremećaje mentalnog zdravlja čije je znakove potrebno prepoznati i na njih adekvatno reagirati. U ovom se radu detaljnije objašnjavaju specifičnosti pojedinih poremećaja spomenutog perioda s posebnim naglaskom na analizu rizičnih i zaštitnih faktora. Oni su kategorizirani u 5 skupina: biološki, opstetrički, psihološki i socijalni faktori te faktor životnog stila. Razumijevanje je navedenog od velike važnosti zbog jednostavnijeg predviđanja, preveniranja i interveniranja čime se može poboljšati kvaliteta života djeteta, zdravlje žene te cjelokupno funkcioniranje obitelji.

Ključne riječi: mentalno zdravlje majke, perinatalni period, zaštitni i rizični faktori, postpartum

Protective and risk factors for women's mental health in the perinatal period

Abstract: Pregnancy, childbirth, and the postpartum period in a woman can be colored by feelings such as happiness and excitement, but also fear and uncertainty. It is a period during which changes occur on physical, psychological, and social levels, so it is normal to have ambivalent feelings. However, some women develop mental health disorders during this period, the signs of which need to be recognized and adequately responded to. This paper deals with the specifics of each disorder during this period, with a particular emphasis on the analysis of the risk and protective factors. These factors are categorized into five groups: biological, obstetric, psychological, social, and lifestyle factors. Understanding these factors is of great importance for simpler prediction, prevention, and intervention, which can improve the child's quality of life, the woman's health, and the overall family functioning.

Key words: maternal mental health, perinatal period, protective and risk factors, postpartum

Izjava o izvornosti

Ja, Andrea Tomić, pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada „Zaštitni i rizični faktori za mentalno zdravlje žena u perinatalnom periodu“ te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima od onih navedenih u radu.

Andrea Tomić

1. UVOD

Perinatalni period podrazumijeva razdoblje trudnoće i godinu dana nakon poroda u kojem žena prolazi proces tranzicije u majčinstvo (Clark i sur., 2009; prema Baskin i sur., 2015). Taj proces podrazumijeva prihvaćanje tjelesnih i psiholoških promjena te promjenu u socijalnoj percepciji. Uz sve to, razvija se odnos s djetetom, često se redefiniraju odnosi s drugima te se odvija promjena prioriteta (Hwang i sur., 2022). To vrijeme ujedno može biti ispunjeno radošću i iščekivanjem, te s druge strane, stresom i izazovima. Ističu se emocije poput sreće, uzbuđenja i ispunjenosti te tjeskobe, frustracije, krivnje i zbunjenosti (Rai i sur., 2015). Zbog svega se navedenog ovaj period smatra osjetljivim za razvoj teškoća mentalnog zdravlja (Smith i sur., 2011; prema Biaggi i sur., 2016). Konkretno, Munk-Olsen i Agerbo (2015) navode da je porod povezan s povećanim rizikom za pojavu prve epizode određenog psihijatrijskog stanja. Najčešće je riječ o poremećajima koji uključuju depresiju, opsesivno kompulzivni poremećaj i PTSP, a u vrlo rijetkim slučajevima se pojavljuje teško psihijatrijsko stanje psihoze (Antoniou i sur., 2021).

Procjenjuje se da će od 20 do 50% žena u razvijenim zemljama biti suočeno s nekom vrstom problema mentalnog zdravlja u ovom osjetljivom periodu (Biaggi i sur., 2016; prema Antoniou i sur., 2021). Pritom se majčino psihičko stanje reflektira i na psihofizički razvoj djeteta. Primjerice, može utjecati na neadekvatan razvoj privrženosti kod djeteta. Također se pokazalo da su djeca majki s poslijeporođajnim mentalnim poremećajima sklona imati poteškoće u samoregulaciji, internaliziranim i eksternaliziranim ponašanjima te sporije ostvaruju razvojne miljkaze (Hoffman i sur., 2017; Potharst i sur., 2022). Važno je naglasiti kako perinatalni mentalni poremećaji često prođu neopaženo te se zbog toga ne dijagnosticiraju i ne tretiraju. Osim što u tom slučaju pate žene, važno je naglasiti kako takvo stanje može imati značajne posljedice na ostale članove obitelji (Rai i sur., 2015). Stoga je cilj ovog rada razumjeti najčešće psihičke teškoće žena u perinatalnom periodu uz utvrđivanje prevalencije, simptomatologije te rizičnih i zaštitnih faktora za iste kako bi se kroz razumijevanje tih pojava bilo u stanju pomoći ženama s perinatalnim teškoćama mentalnog zdravlja. Osim toga, kroz prepoznavanje rizika može se djelovati i preventivno. Također će se istražiti najefikasniji tretmani za odgovor na spomenuta stanja. Ključno je

poznavati razne tretmanske i preventivne pristupe kako bi se korisnicima ponudila informacijska podrška o tome gdje i na koji način mogu potražiti pomoć.

2. NAJČEŠĆE TEŠKOĆE MENTALNOG ZDRAVLJA U PERINATALNOM PERIODU

2.1. Postpartum blues

*Postpartum blues*¹ najčešća je teškoća mentalnog zdravlja majki koja se javlja u periodu od nekoliko dana nakon poroda, a vrhunac doseže u prvom tjednu (trećeg do petog dana). Očekivani period povlačenja ovog stanja je nakon proteka dva tjedna od dana poroda, kada se stvore navike i uspostavi ritam majke i djeteta (Milosavljević i Vuković, 2020). Smatra se normalnim i prolaznim stanjem koje ne ostavlja bitne posljedice (Mughal, 2022). *Baby blues* se može prepoznati po simptomima kao što su: potištenost, melankolija, plačljivost, tjeskoba, nervoza, oscilacije raspoloženja, umor, poremećaj spavanja, osjećaj preplavljenosti (Milosavljević i Vuković, 2020). Meta-analiza 26 istraživanja o *postpartum bluesu*, pokazala je prevalenciju u intervalu od 13.7% do 76.0%. Koristeći model slučajnih učinaka, prevalencija *baby bluesa* među 5.667 žena bila je 39.0%. Najveća prevalencija bila je među ženama u Africi, a iznosila je 49.6% (Rezaie-Keikhaie, 2020).

2.2. Perinatalna depresija

Perinatalna se depresija smatra velikom depresivnom epizodom koja se javlja u vrijeme trudnoće (prenatalna depresija²) i/ili u periodu od nekoliko tjedana od rođenja djeteta do godine dana života djeteta (poslijeporođajna depresija³) (DSM – V, 2013; prema Dagher i sur., 2021). Simptomi velike depresivne epizode prema DSM – V (2013; 160,161) su: „depresivno raspoloženje većinu vremena tijekom dana i gotovo svaki dan; značajni gubitak interesa ili zadovoljstva u svim ili gotovo svim aktivnostima, većinu vremena

¹ *Maternity blues (MB), baby blues ili postnatal blues* (Tosto, 2023)

² Ili antenatalna depresija, PD

³ Postnatalna depresija, postpartalna depresija, poslijeporođajna depresija ili PPD

tijekom dana i gotovo svaki dan; značajniji gubitak ili dobitak na težini bez djeteta; nesanica ili hipersomnija gotovo svaki dan; psihomotorna agitacija ili retardacija gotovo svaki dan; umor ili gubitak energije gotovo svaki dan; osjećaj bezvrijednosti ili osjećaj prekomjerne i neprikladne krivnje gotovo svaki dan; smanjena sposobnost razmišljanja ili koncentracije ili neodlučnost gotovo svaki dan; ponavljajuće misli o smrti, suicidalne ideje bez specifičnog plana ili pokušaj samoubojstva ili precizan plan za počinuti samoubojstvo.“

Dakle, kod nekih se žena depresivni simptomi pojavljuju već tijekom trudnoće. Važno je istaknuti kako je to najčešći mentalni poremećaj u trudnoći o kojem se ne istražuje puno (Míguez i Vázquez, 2021). Analizom 173 studije koje su istraživale prevalenciju prenatalne depresije, utvrđena je stopa od 20,7% raznih oblika prenatalne depresije, a za velike depresivne epizode prevalencija je bila 15,0% (Yin i sur., 2021). Hymayun i sur., 2013 (prema Zeng i sur., 2015) potvrđuju simptome slične prethodno navedenima za veliku depresivnu epizodu te naglašavaju neke poput: osjećaj konstantne tuge, očajnosti, gubitak interesa, umor, poteškoće sa spavanjem i jedenjem, iritabilnost i nemogućnost osjećanja radosti. Murray i Cox (1990; prema Biaggi i sur., 2016) navode da treba biti oprezan pri procjenjivanju depresivnih simptoma koji se tiču somatskih tegoba, umora i promjena u apetitu koji mogu biti normalni u trudnoći kako ne bi došlo do pretjeranog dijagnosticiranja PD.

Psihički problemi tijekom prenatalnog razdoblja dobili su znatno manje pažnje nego u postnatalnom razdoblju iz nekoliko razloga. Na primjer, postoji pogrešna ideja da su žene "hormonalno zaštićene" od psihičkih poremećaja tijekom trudnoće (Bennett i sur., 2004; prema Biaggi i sur., 2016). Nadalje, žene same mogu biti sudržane dijeliti simptome depresije zbog stigme i očekivanja okoline da su sretna i uzbuđena u periodu iščekivanja djeteta (Marcus i sur., prema Biaggi i sur., 2016). Također, pozornost je ponajviše usmjerena na (majčino i fetalno) fizičko zdravlje tijekom trudnoće. Osim toga, postoji mogućnost od pogrešnog pripisivanja emocionalnih tegoba tjelesnim i hormonalnim promjenama koje se događaju tijekom trudnoće (Bowen i Muhajarine, 2006a; prema

Biaggi i sur., 2016). Dakle, može biti izazovno razlikovati "normalne" simptome trudnoće od simptoma povezanih s depresijom ili anksioznošću (Anderson i sur., 2006; Biaggi i sur., 2016).

S druge strane, poslijeporođajnoj se depresiji dalo više pažnje u kontekstu istraživanja i liječenja (Biaggi i sur., 2016). PPD se za razliku od prethodno spomenutog *postpartum bluesa* smatra težim stanjem jer se žene sporije oporavljaju i zahtjevnije im se vratiti na zdravo funkcioniranje (Mughal i sur., 2022). Agrawal i sur. (2022) navode da je to vodeći razlog patnje mladih majki i njihovog lošeg zdravlja. Procjenjuje se da PPD zahvaća jednu u sedam žena, a Back (2006; prema Mughal i sur., 2022) navodi da se čak pola PPD-a ne dijagnosticira zbog straha žena od stigme i neprihvatanja okoline (Mughal i sur., 2022). U visoko razvijenim zemljama prevalencija postporođajne depresije počinje rasti nakon poroda i doseže najvišu vrijednost u trećem mjesecu nakon poroda (12,9%), a zatim se smanjuje na 10,6% u sedmom mjesecu i na 6,5% nakon sedmog mjeseca (Biaggi i sur., 2016). Prevalencija poslijeporođajne depresije značajno je porasla tijekom longitudinalnog istraživanja od 2010 do 2021 (Getahun i sur., 2023). Povećana je sa 9.4% u 2010. na 19.3% u 2021., što predstavlja porast od 105% (Getahun i sur., 2023). Simptomi se generalno pojavljuju u periodu od četiri do šest tjedana nakon poroda te se taj period smatra rizičnim za pojavu PPD-a. Ipak, navodi se da se PPD može razviti i u čitavom periodu od godine dana nakon poroda. Prepoznaje se po simptomima klasične depresije koji su prethodno navedeni iz DSM – V priručnika, a autori posebno ističu fluktuacije raspoloženja, epizode plakanja, nedostatak interesa za dijete i misli o samoubojstvu (Agrawal i sur., 2022). *Američko udruženje psihologa* (2022) navodi dodatne simptome kao što su: „anksioznost i napadi panike, intruzivne misli, povećana iritabilnost, ljutnja, strah od toga da bude ostavljena sama s djetetom, strah da nije dobra majka, gubitak interesa za bebu, obitelj i prijatelje, misli o tome da naude sebi ili djetetu.“⁴

⁴ <https://www.apa.org/topics/women-girls/postpartum-depression>

2.3. Perinatalni opsesivno – kompulzivni poremećaj

OKP je kompleksni poremećaj za koji je karakteristična prisutnost opsesija i/ili kompulzija. Pod opsesijama se podrazumijevaju ponavljajuće, nametljive, neželjene i ustrajne misli, slike ili porivi koji uzrokuju anksioznost ili patnju. Osoba navedeno pokušava potisnuti, zanemariti ili neutralizirati izvođenjem kompulzija. Stoga bi se kompulzije mogle definirati kao prisilna ponavljajuća ponašanja (npr. pranje ruku, redanje) ili mentalne aktivnosti (molitva, tiho ponavljanje riječi, brojanje) koje se koriste kako bi se neutralizirale opsesije (DSM – V, 2013). Sadržaj se opsesija i kompulzija razlikuje kod različitih osoba, ali se prepoznaju određeni česti simptomi OKP-a, kao što su čišćenje, simetrija i tabuizirane misli nanošenja zla. Kod simptoma čišćenja, osobe imaju opsesije kontaminiranosti, koje neutraliziraju kompulzijama čišćenja. Osobe sa simptomom simetrije i ponavljanja imaju istoimenu opsesiju koja se neutralizira redanjem ili brojanjem. Tabuizirane se misli uglavnom tiču vjerskih, agresivnih ili seksualnih opsesija te se s njima povezuju određene kompulzije. Kod opsesija koje se tiču nanošenja zla, osoba ima strah od nanošenja zla sebi ili drugome, a s tim se povezuju kompulzije provjeravanja. Dijagnostički kriteriji za OKP je prisutnost opsesija, kompulzija ili obojeg prema prethodno navedenim definicijama istih. Također, da bi poremećaj bio dijagnosticiran, opsesije i kompulzije trebaju biti emocionalno i vremenski (više od jednog sata dnevno) vrlo iscrpne što posljedično dovodi do klinički značajne patnje te oštećenja u nekom od važnih područja funkcioniranja (radnom, socijalnom). Osim toga, u dijagnostičkom se kriteriju navodi važnost toga da se simptomi OKP-a ne mogu pripisati drugom zdravstvenom stanju ili fiziološkim posljedicama psihoaktivnih sredstava. Ključno je i da se simptomi ne mogu bolje objasniti drugim psihičkim poremećajem (DSM – V, 2013). Meta analizom iz 2020. procijenjena je prevalencije trenutnog, periodičnog i doživotnog OKP-a na 1,1%, 0,8% i 1,3% redom (Fawcett i sur., 2020). U DSM – V (2013) se priručniku prevalencija OKP-a širom svijeta procjenjuje u rasponu od 1,1% - 1,8%.

Važno je istaknuti da su intruzivne misli normalno i univerzalno ljudsko iskustvo koje uglavnom izazivaju nervozu i stres. Mogu biti izazvane raznim životnim događajima,

situacijama i interesima, a navodi se i zanimljiv primjer kako osobe koje su nedavno kupile automobil češće razmišljaju o prometnim nesrećama (Rachman, 1997; prema Buchholz i sur., 2020).

Što se tiče specifičnosti simptoma OKP-a u kontekstu perinatalnog perioda novim je roditeljima (ženama i muškarcima) koji nisu imali dijagnosticiran OKP, utvrđena visoka stopa (65%) intruzivnih misli koje su bile prolazne i nisu otežale svakodnevno funkcioniranje (Abramowitz i sur. 2003, prema Hudepohl i sur., 2022). Collardeau i sur. (2019) navode da se više od 50% majki susrelo s intruzivnim mislima o namjernom povrjeđivanju svog novorođenčeta. Druga istraživanja utvrđuju da je 70 do 100% žena prijavilo intruzivne misli povezane s nenamjernim ozljeđivanja/povrjeđivanjem djeteta. Primjer takvih misli su ideje o gušenju djeteta, sindromu iznenadne smrti djeteta⁵, nezgodama i zarazama (Fairbrother i Woody, 2008; Abramowitz, 2006; Abramowitz, 2007; svi prema Collardeau i sur., 2019). Navodi se da takve misli dosežu vrhunac u prvih nekoliko tjedana poslije poroda (Brok i sur., 2017; prema Collardeau i sur., 2019). Također, istraživanje žena s dijagnosticiranim OKP-om upućuje na to da su agresivne opsesije, kompulzije pranja, kompulzije provjeravanja i traženje razuvjeravanja od drugih češće u periodu poslije poroda nego u periodu trudnoće ili u ostatku života (Starcevic i sur., 2020). Ipak, važno je istaknuti da su intruzivne misli češće usmjerene na zaštitu novorođenčeta u slučaju lakših i prolaznih simptoma OKP-a (Buchholz i sur., 2020).

Buchholz i sur. (2020) procjenjuju da OKP uglavnom koegzistira s poslijeporođajnom depresijom te da mu se slabo znaju uzroci. Jednako potvrđuju Miller i sur. (2013) koji navode da žene koje su postigle umjerenu razinu OKP-a na testovima su u 33% slučajeva doživjele tešku depresiju 2 tjedna nakon poroda, a njih 25% je imalo tešku depresiju 6 mjeseci nakon poroda. Također, Buchholz i sur. (2020) ističu da se OKP nejasno i nedovoljno diferencira od perinatalne depresije i perinatalne psihoze. Kako bi se

⁵ Sindrom iznenadne smrti djeteta podrazumijeva iznenadnu smrt djeteta mlađeg od jedne godine bez utvrđenog razloga. (<https://safetosleep.nichd.nih.gov/about/sids-definition>)

kvalitetnije pristupilo intervenciji nad ovim stanjem potrebno je bolje istražiti uzroke i razlikovati spomenuto.

2.4. Traumatični porod i PTSP povezan s porodom

U posljednje se vrijeme posebna pozornost daje iskustvu poroda. Navedeno se može protumačiti kroz to što su od 1990.-ih počela istraživanja tog područja te se do danas prilično razvila svijest o posljedicama koje ostavlja na majku i dijete (Kranenburg i sur., 2023). Traumatični porod može izazvati razne teškoće za majku i dijete, a neke žene zbog istog mogu razviti i post traumatski stresni poremećaj (PTSP) (Simpson i Catling, 2016).

Kriterij za dijagnosticiranje PTSP-a su „izloženost stvarnoj ili prijetećoj smrti, ozbiljnom ozljeđivanju, ili seksualnom nasilju“. Uz to, ističe se „prisutnost jednog ili više simptoma nametanja povezanih s traumatskim događajem koji su počeli nakon traumatskog događaja“ (DSM-V, 2013:271). To uključuje: ponavljajuća i nametljiva sjećanja i snove koji su povezani s traumatskim događajem, disocijativne reakcije, intenzivnu i produljenu psihičku patnju kod izlaganja određenim aspektima traumatskog događaja te vidljive fiziološke reakcije na iste. Nadalje, navodi se izbjegavanje podražaja (misli, sjećanja, osjećaja, ljudi, mjesta, okolnosti...) i pojava negativnih promjena u kogniciji i raspoloženju koji su povezani s traumatskim iskustvom. Neki se primjeri negativnih promjena odnose na: nemogućnost prisjećanja važnih aspekata traumatskog događaja, ustrajna i negativna uvjerenja o sebi, drugima i svijetu („Ja sam loša osoba“, „Nikome se me može vjerovati“), otuđenost, nemogućnost doživljavanja pozitivnih emocija. Osim toga, ističe se reaktivnost i povećana pobuđenost na pojave povezane s traumatskim događajem (razdražljivost, ispadi bijesa, slaba koncentracija, smetnje spavanja...). Ključno je da trajanje smetnji bude dulje od mjesec dana, da uzrokuju značajnu patnju i oštećenje u nekom od važnih životnih područja te da se smetnje ne mogu bolje objasniti drugim uzrokom ili dijagnozom (DSM – V, 2013).

Iako je u traumatskom iskustvu poroda ključan subjektivni dojam žene, upravo ga zbog te subjektivnosti može biti teško definirati. Definiranje je potrebno radi mogućnosti kvalitetnog istraživanja spomenutog fenomena. Stoga su tek u nedavnom radu istraživači ponudili punu definiciju koja glasi: „Traumatično iskustvo poroda odnosi se na ženino iskustvo interakcija i/ili događaja izravno povezanih s porodom koji su izazvali preplavljujuće osjećaje i reakcije tjeskobe; što dovodi do kratkoročnih i/ili dugoročnih negativnih utjecaja na zdravlje i dobrobit žene.“ (Leinweber i sur., 2022). Dakle, definicija podrazumijeva 4 komponente: interakciju s osobama ili događajima, direktno se povezuje s porodom, uzrokuje preplavljujuće, stresne emocije i ostavlja posljedice na ženu (Kranenburg i sur., 2023). Prema DSM-V, kriteriji za PTSP su doživljena trauma, odnosno da je „žena direktno ili indirektno izložena stvarnoj opasnosti ili prijetnji za smrt, ozbiljnu ozljedu ili seksualno nasilje“ (DSM-V; prema Kranenburg i sur., 2023).

U literaturi se navode različiti mogući primjeri traumatskih iskustava vezanih uz sami porod poput prolapsa pupkovine⁶, hitnog carskog reza, ablacija posteljice⁷, fetalna distocija⁸, porod vakuumom⁹... Ovdje bi bilo korisno spomenuti da Svjetska zdravstvena organizacija (1996; prema Aune i sur., 2015) naglašava važnost prirodnog procesa poroda i postojanje stvarnih razloga za medicinske intervencije. Navodi se da je došlo do pretjerane medikalizacije poroda (npr. visok broj carskih rezova) koja se sada nastoji smanjiti zbog toga što nepotrebne intervencije mogu kompromitirati dobrobit majke i djeteta (Shawn, 2013; prema Aune i sur., 2015).

U Nizozemskoj, traumatskim iskustvom porod doživljava 10% žena (van der Pijl i sur., 2022; prema Kranenburg i sur., 2023), dok je u Australiji taj je broj procijenjen na mnogo

⁶ Prolaps pupkovine događa se kada se pupkovina spusti kroz cervikalni otvor prije nego što se dijete spusti u rodni kanal. Pritisak na pupčanu vrpcu uzrokuje sužavanje krvnih žila i smanjenu opskrbu kisikom fetusu, što može rezultirati smrću ili oštećenjem fetusa ako se ne dijagnosticira i ne liječi brzo (Boushra i sur., 2023)

⁷ Ablacija se posteljice događa kada se prijevremeno odvoji posteljica od stijenke maternice što uzrokuje krvarenje i dovodi u rizik majku i bebu (Workalemahu i sur., 2018; prema Schmidt i sur., 2022).

⁸ Fetalna distocija podrazumijeva situaciju zastoja u porođajnom kanalu zbog uklještenja djetetovih ramena. Ova nepredvidivo hitno stanje može uzrokovati značajne ozljede za majku i dijete (Habek, 2009; prema Zmijanović, 2020).

⁹ Porod vakuumom je operativno asistirani porod u kojem se s vakuum uređajem pomaže majci pri vaginalnom porodu djeteta (Ali i Norwitz, 2009).

viših 45% (Alcorn i sur., 2010; prema Back i sur., 2018). Ipak, PTSP se razvio kod mnogo manjeg broja žena te je iznosio 4,0%, a kod visoko rizičnih roditelja, kojima su se smatrale one s poviješću mentalnih poremećaja, taj je postotak iznosio 18,5% (Simpson i Catling, 2016; prema Back i sur., 2018).

Važno je istaknuti da je trauma subjektivno područje jer žena može imati dojam da je bila u smrtnoj opasnosti dok liječnici tvrde suprotno. Također, iskustvo je poroda moglo biti povezano sa prethodnom traumom (npr. seksualno zlostavljanje) pa se i kroz tu prizmu moglo doživjeti traumatičnim. Što se tiče simptoma PTSP-a, navode se četiri vrste: ponovno proživljavanje (noćne more povezane s porodom, tjelesne reakcije kada se žena ponovno susretne s temama trudnoće i poroda ili poslijeporođajnih pregleda) izbjegavanje (pitanja o porodu, odlaska na ginekološke preglede, intimnih odnosa s partnerom), negativne promjene u raspoloženju (osjećaj krivnje nakon carskog reza ili korištenja lijekova za ublažavanje bolova, osjećaji poput negativnosti, ljutnje, gađenja, straha, krivnje i srama koji perzistiraju nakon poroda) i hiperpobuđenost (iritabilnost često usmjerena na partnera, pretjerana i konstantna briga za bebom) (DSM-V; prema Kranenburg i sur., 2023).

2.5. Psihoze u perinatalnom periodu

Poslijeporođajne su psihoze (PPP) rijetki poremećaji mentalnog zdravlja žena koji se uglavnom pojavljuju vrlo rano, odnosno, dva do tri dana nakon poroda. Prevalencija se ovog poremećaja procjenjuje na 1 u 1000 poroda u općoj populaciji (Kendell i sur., 1987; Sit i sur., 2006; prema Mighton i sur., 2015). VanderKruik i sur. (2017) su pregledom dosadašnjih istraživanja utvrdili prevalenciju PPP-a u rasponu od 0,89 do 2,6 na 1000. Rani su simptomi PPP-a: nemir, uzbuđenost, zbunjenost, pričljivost, iritabilnost i nesanica. Ostali simptomi su: intenzivna anksioznost, psihomotorni nemir, poremećaji emocionalne regulacije, razne vrste zabluda i halucinacije (Orlikov, 2011; prema Doyle i sur., 2015). Poslijeporođajne su psihoze povezane s povećanim rizikom za samoubojstvo majke, čedomorstvo i zanemarivanje (Sit i sur., 2006; prema MacKinnon i sur., 2017).

Zbog navedenog je vrlo važno razumijevanje i rano prepoznavanje rizika za pojavu ovog psihičkog stanja.

PPP može predstavljati indikator za bipolarni poremećaj i povećava rizik za buduće psihotične epizode (Sit i sur., 2006; Munk-Olsen, 2006; prema VanderKruik i sur., 2017). Posebno ako se zna da je najveći rizik za prvu pojavu bipolarnog poremećaja ili ponovljenu epizodu upravo u postporođajnom razdoblju (Munk-Olsen, 2006; Kendell i sur., 1987; svi prema VanderKruik i sur., 2017).

3. RIZIČNI I ZAŠTITNI FAKTORI

Postoje različite kategorizacije rizičnih i zaštitnih faktora za mentalno zdravlje žena u perinatalnom periodu. Míguez i Vázquez (2021) navode 3 kategorije rizičnih faktora za razvoj *postpartum bluesa*: socioekonomski, obstetrički i psihološki. Dok Mughal (2022) o etiologiji PPD-a govori kroz četiri skupine rizičnih faktora: psihološki, obstetrički i socijalni faktori te faktor životnog stila. Autori poput Yima i sur. (2015), Bränn i sur. (2020), Millera i sur. (2013) itd. o razvoju spomenutih poremećaja govore kroz biološku perspektivu. S obzirom na cilj ovog rada, preuzet će se Mughalova (2022) podjela te će joj se nadodati i biološka komponenta. Socioekonomski je status uključen u dio o socijalnim faktorima kamo su ga smjestili Ghaedrahmati i sur. (2017). Ova je podjela osmišljena sa ciljem što obuhvatnijeg pristupa u svrhu boljeg razumijevanja mentalnog zdravlja žena u perinatalnom periodu.

3.1. Biološki faktori

U kategoriji bioloških faktora rizičnima se navode tri područja – problemi u endokrinološkom i imunološkom sustavu te genetska vulnerabilnost (Bloch i sur., 2003; Brummelte i Galea, 2010; Corwin i sur., 2010; Corwin i Pajer, 2008; Skalkidou i sur., 2012; svi prema Yim i sur., 2015).

U endokrinološkom smislu važno je razumjeti da porod i period nakon poroda prate intenzivne **hormonalne promjene** kao što je drastično smanjenje estradiola¹⁰, progesterona i kortizola te povećanje prolaktina. Vrhunac se simptoma *postpartum bluesa* događa sukladno s vremenom najvećih hormonalnih promjena u tijelu (Kenerley, 1986; prema Tosto i sur., 2023). Slično se, u manjem intenzitetu, događa i tijekom različitih faza menstrualnog ciklusa (kod predmenstrualnog disforičnog poremećaja¹¹). Stoga je utvrđeno da žene koje doživljavaju značajnije promjene raspoloženja povezane s periodom u menstrualnom ciklusu imaju veći rizik za razvoj *postpartum bluesa* (Howard i sur., 2014; prema Balaram i Marwaha, 2023). Jednako je potvrđeno i za PPD (Buttner i sur., 2013). Nagli pad estrogena se povezuje i s rizikom za razvoj PPP-a (Khedr, 2023). Prethodno spomenuti pad estradiola i progesterona dovodi do disregulacije serotonina koji je povišen u periodu kasne trudnoće i *nakon porođaja* (Kaplan i Sadock, 2003; Leckman i sur., 1994; svi prema Miller i sur., 2013). Poznavanje je te činjenice bitno ako se zna da je serotonin ključan u modulaciji raspoloženja (Berger i sur., 2009). Utvrđeno je da disregulacija serotonina ima važnu ulogu u razvoju simptoma opsesija i kompulzija (Kaplan i Sadock, 2003; prema Miller i sur., 2013). Nadalje, 15 od 28 studija je utvrdilo abnormalnosti rada HPA-osi¹² kod žena s PPD-om (Garcia-Leal i sur., 2017). Povećani je rad HPA-osi primijećen i kod pacijentica s OKP-om (Khanna i sur., 2001; prema Miller i sur., 2013). Spomenuti su podatci bitni za razumijevanje povećanog rizika za razvoj teškoća mentalnog zdravlja zbog povećane fluktuacije hormona u perinatalnom periodu. Posebno se ističe da žene s endokrinim bolestima imaju otežano samoreguliranje hormonalnog sustava. Autori navedeno potvrđuju time da žene koje su imale endokrinološke bolesti u prošlosti su u 40% većem riziku za razvoj PPD-a (Rasmussen i

¹⁰ Estradiol je najpotetniji i najobilniji estrogen koji se proizvodi u jajnicima. Ključan je za: „regulaciju menstrualnog ciklusa, kardiovaskularnog sustava, neurološkog sustava, koštanog sustava i dr. funkcija“ (Thomas i Potter, 2013; prema Hariri i Rehman, 2023).

¹¹ Predmenstrualni disforični poremećaj pogađa 5-8% žena i podrazumijeva promjene u raspoloženju i ponašanju te fizičke promjene koje stvaraju značajno otežano funkcioniranje na osobnoj, socijalnoj i profesionalnoj razini. Pojavljuje se prije menstruacije, a nestaje nakon iste (Mishra i sur., 2023).

¹² HPA-os (hipotalamusno-hipofizno-nadburežna osovina) je ključni sustav kojem je svrha odgovor na stres. Smatra se neuroendokriološkim poveznikom između percipiranog stresa i fizioloških reakcija na stres (Breedlove i Watson, 2013; prema Dunlavey, 2018).

sur., 2023). Također, žene s problemima rada štitnjače su u povišenom riziku od razvoja PPP-a (Khedr, 2023). U ovom bi kontekstu bilo važno istaknuti i žene s kroničnim bolestima koje su postojale prije trudnoće, kao rizičnu skupinu za razvoj teškoća mentalnog zdravlja u perinatalnom periodu (Brown i sur., 2019).

Važnim se čini istaknuti i interakciju HPA-osi s imunološkim sustavom, odnosno, HPA-os regulira odgovor na upalne procese. Stoga, ako je žena u perinatalnom periodu dodatno izložena kroničnom stresu, a dogodi se disregulacija HPA-osi, to može dovesti do **upalnih procesa** koji se povezuju s razvojem poremećaja raspoloženja (Sapolsky i sur., 2000; prema Dickens i Pawluski, 2018). U istraživanju Hazelgrove i sur. (2021) uspoređivane su žene s povećanim rizikom za razvoj poslijeporođajne psihoze (imale su dijagnosticiran bipolarni poremećaj, shizoafektivni poremećaj ili povijest poslijeporođajne psihoze) od kojih je jedna dio njih razvio PPP, a drugi dio ne. Utvrđena razlika između ove dvije skupine bila je u tome da su žene koje su razvile psihozu u trećem tromjesečju doživjele konkretne stresne događaje što je uzrokovalo povišeni dnevni kortizol u tom periodu, a za povišeni dnevni kortizol je zaslužna upravo hiperaktivacija HPA-osi (Hazelgrove i sur., 2021).

Nadalje, neka istraživanja sugeriraju da se PPD može predvidjeti putem razine upalnih markera. Naime, pokazalo se da su regulatorne T stanice ¹³ povišene između 34 i 38 tjedna trudnoće kod majki koje su razvile PPD (Krause i sur., 2014; prema Guintivano i sur., 2018). Također, dva upalna markera (IL-6 i Hs-CRP) samostalno mogu predvidjeti PPD u čak 86%, odnosno 83% (Liu i sur., 2016; prema Guintivano i sur., 2018). Iako za razvoj PTSP-a u kontekstu porođajne traume nisu pronađena konkretna istraživanja koja bi upućivala na biološke rizične faktore, može se osvrnuti na PTSP općenito. Naime, rizičnim se za razvoj PTSP-a smatra povećani rad simpatičkog živčanog sustava i

¹³ Regulatorne T stanice su bijele krvne stanice koje su dio imunološkog sustava. One kontroliraju odgovor imunološkog sustava na strane tvari u tijelu, ali i na tvari koje tijelo samo proizvodi. Prekomjeran rad tih stanica može dovesti do kroničnih infekcija i karcinoma, dok smanjen rad tih stanica za vrijeme infekcije može uzrokovati autoimunost i imunopatologiju, odnosno, može narušiti kvalitetu odgovora imunološkog sustava na određene patogene (Ronaldson i sur., 2016).

smanjeni rad HPA-osi zbog toga što takvo stanje pridonosi formiranju i učvršćivanju sjećanja na porod (Pitman i sur., 1989; prema Gandubert i sur., 2016).

Genetska se vulnerabilnost tumači kroz povećanu osjetljivost na hormonalne promjene te na poremećaje ili narušene mehanizme prilagodbe u centralnom živčanom sustavu. Smatra se da genetska vulnerabilnost recipročno djeluje s okolinskim faktorima. Vulnerabilnost oblikuje odgovor na okolinska stanja, a i sama se oblikuje pod utjecajem negativnih i pozitivnih iskustava (Yim i sur., 2015). Genetska osnova za PPD dokazana je i na blizanačkim studijama (Treloar i sur., 1999; prema Skalkidou i sur., 2012), čak su otkrivena i specifična genetska područja i geni povezani s podložnošću za PPD (Mahon i sur., 2009, prema Skalkidou i sur., 2012). Jednako su dokazala i istraživanja na sestrama u kontekstu PPP. Ako je jedna sestra razvila PPP, druga je bila u većem riziku od razvoja iste. Važno je naglasiti da se ovo ne može isključivo prepisati genetici te se tiče međudjelovanja genetike i okoline u kojoj su odrasle (Kepinska i sur., 2023; prema Tsokkou i sur., 2024). Ipak, Zhang i sur. (2022; prema Tsokkou i sur., 2024) navode da je DNA temelj za potencijalni razvoj psihičkih poremećaja. To može potvrditi činjenica o nasljednosti PPD-a koja iznosi otprilike 50%, što znači da se polovica razlika u fenotipu PPD-a može pripisati genetskim faktorima (Viktorin i sur., 2016; prema Guintivano i sur., 2018). Razvoj PTSP-a također se objašnjava kroz važnost genetike zbog činjenice da samo 20-30% ljudi koji su izloženi određenoj traumi razvije PTSP. Na temelju istraživanja blizanaca, heritabilnost se procijenila na 30-40%. Dakle, preostalih 60-70% se pripisuje drugim faktorima poput npr. okolinskih (True i sur., 1993; Xian i sur., 2000; Stein i sur., 2002; Koenen i sur., 2003,2005; svi prema Alml i sur., 2014). U ovom bi kontekstu korisno bilo spomenuti da je žena u povećanom riziku za razvoj PPP ako njezini otac, majka, brat ili sestra imaju shizofreniju ili bipolarni poremećaj (Johes i Craddock, 2001; prema Mighton i sur., 2015).

Ghaedrahmati i sur. (2017) u kategoriji bioloških faktora navodi i **majčinu dob**. Konkretno, navode da period od 13 do 19 godina predstavlja najveći rizik za razvoj PPD-a (Silva i sur., 2012; prema Ghaedrahmati i sur., 2017), a navode da zaštitini faktor

predstavlja dob od 31. do 35. godine (Milgrom i sur., 2008; prema Ghaedrahmati i sur., 2017). Mlađa se dob pokazala rizičnim faktorom i za razvoj PPP-a (Upadhyaya i sur., 2014). Dok su Muraca i Joseph (2014), s druge strane, utvrdili rizičnim faktorom dob od 40. do 44. godine za razvoj PPD-a. Bitno je naglasiti da je istraživanje provedeno na ženama u dobi od 20. do 44. godine.

3.2. Medicinski i opstetrički faktori

U kontekstu medicinskih i opstetričkih faktora spominju se razna stanja koje se uglavnom povezuju s većim rizikom za razvoj teškoća mentalnog zdravlja žena u perinatalnom periodu. To su uglavnom komplikacije i postupci koji izlaze iz okvira normalnog tijekom trudnoće, poroda i *postpartuma*.

Grisbrook i sur. (2022) su utvrdili da **neplanirani i hitni carski rez** predstavlja rizični faktor za razvoj PPD-a kod majke. Osim toga, autori su utvrdili da isti predstavljaju i rizik za razvijanje simptoma PTSP-a. Carski se rez također navodi kao rizični faktor za razvoj PPP-a uz **prekomjerno krvarenje tijekom trudnoće, krvarenje nakon porođaja, eklampsiju, preeklampsiju, ozljede rodnog kanala, odvajanje posteljice i rupturu maternice** (Nguyen i sur., 2022). Daviesa i sur., 2020 potvrđuju nalaze za rupturu maternice te nadodaju **visoki krvni tlak, hipoksiju i polihidramoniju**¹⁴ u preostale rizične faktore za razvoj PPP-a. Hoedjes i sur. (2011) ističu da žene koje su doživjele tešku preeklampsiju¹⁵ imaju veći rizik za generalno lošije mentalno zdravlje u *postpartum*. Li i sur. (2021) nadodaju i stanja poput **placente previe**¹⁶ i **placente accrete**¹⁷ te Liu i sur.

¹⁴ Polihidramonija podrazumijeva patološko povećanje obujma plodne vode u trudnoći te predstavlja značajnu opasnost od razvoja komplikacija i posljedično smrti bebe (Hamza i sur., 2013).

¹⁵ Preeklampsija se kompleksan poremećaj, a se ukratko može opisati simptomima hipertenzije i proteinurije ili hipertenzijom sa značajnom disfunkciom organa, a javlja se nakon 20. tjedna trudnoće (Karrar i Hong, 2023).

¹⁶ Placenta previa je vrlo rizično stanje za majku i dijete zbog toga što placenta djelomično ili potpuno pokriva unutarnji otvor vrata maternice čime je onemogućen vaginalni porod (Anderson-Bagga, 2023).

¹⁷ Placenta accreta podrazumijeva spektar poremećaja kojima je zajednički nazivnik prejako ukorijenjeno posteljino tkivo u mišićni sloj maternice koji se ne odvaja pravilno tijekom poroda (Shepherd i Mahdy, 2022).

(2022) ističu **gestacijski dijabetes** kao rizike za isto. To se može povezati s rezultatima istraživanja koje su proveli Ghaedrahmati i sur. (2017) da rizična trudnoća koja dovodi do hospitalizacije i carskog reza predstavlja rizik za razvoj PPD-a.

Jedno je istraživanje pokazalo da niska **porodajna težina djeteta** u korelaciji s razvojem *postpartum bluesa* (Mikuš i sur., 2021). Jednako je pokazano i za PPD. Točnije, žene koje su rodile djecu s vrlo niskom porodajnom težinom su u 40% većem riziku za razvoj PPD-a (Vigod i sur., 2010; prema Helle i sur., 2015). Slično se navodi i za razvoj PPP-a te se uz nisku težinu dodaje i manja duljina djeteta. Ističu da je zaštitni faktor za razvoj PPP-a bila težina djeteta između 3500g i 4000g (Davies i sur., 2020).

Za razvoj PTSP-a se, kao rizični faktori, spominju generalno **neonatalne komplikacije** (Simpson i Catling, 2016). Navodi se i da žene čija su djeca smještena u neonatološke jedinice intenzivne njege imaju povišeni rizik za lošije mentalno zdravlje (Hoedjes i sur., 2011).

Ističu se i trendovi ranog prestanka **dojenja** koji se povezuju s lošijem mentalnim zdravljem majki (Hahn-Holbrook i Haselton, 2014; prema Getahun i sur. 2023). Osim što je negativno povezano s razvojem PPD-a, dojenje smanjuje rizik za razvoj raznih kroničnih bolesti kod majke i djeteta. Nadalje, poboljšava njihovu vezu i pomaže u uspostavljanju pravilnog ritma budnosti i spavanja (Tucker i O'Malley, 2022). Važno je istaknuti da su žene u istraživanju očekivale manju zahtjevnost procesa dojenja nego što je to u stvarnosti bilo te ja na taj način negativno djelovalo na njihovo mentalno zdravlje. Zbog toga autori skreću pozornost na važnost individualiziranog pristupa pomoći u dojenju (Yuen i sur., 2022).

Nadalje, u istraživanju se navodi da su **prvorotkinje** u većem riziku za razvoj simptoma OKP-a u periodu više gestacijske dobi i periodu nakon poroda (Uguz i sur., 2007; prema Mahaffey i sur., 2022). No, u istraživanju Mayberryja i sur. (2007) status prvorotkinje predstavljao je zaštitni faktor za razvoj PPD-a te Davies i sur. (2020) isto utvrđuju i za

PPP. Ding i sur. (2014) su ustanovili da korištenje epiduralne anestezije predstavlja zaštitni faktor za razvoj PPD-a, dok Almeida i sur. (2020) u svom istraživanju nalaze da ne postoji povezanost istih.

Ovdje se kratko može spomenuti i planirani porod kod kuće kojeg vodi registrirana primalja. Naime, kanadsko je istraživanje (Janssen i sur., 2009) pokazalo da je takav porod povezan s vrlo niskim stopama smrtnosti, uz niže razine opstetričkih i medicinskih intervencija u usporedbi s klasičnim porodom u bolnici. Navode da njihovo istraživanje može služiti državama da evaluiraju svoje zakone koji se tiču poroda kod kuće (Janssen i sur., 2009). U Hrvatskoj takav porod nije zakonski zabranjen, ali nije ni konkretno reguliran. Naime, navodi se da „ primalje svoju djelatnost provode na svim razinama zdravstvene zaštite...“, ali se ne spominje porod kod kuće ni u jednom kontekstu zakona (Zakon o primaljstvu, pročišćeni tekst zakona, NN 120/08, 145/10). U Nizozemskoj je stopa takvog poroda čak 20% (Zielinski i sur., 2015). Važno je naglasiti da UK preporuča porode kod kuće ženama koje nisu prvotkinje i čija trudnoća nije rizična (National Institute for Health and Care Excellence, 2015; prema Zielinski i sur., 2015). Isti autori navode da žene pokazuju zadovoljstvo porodima kod kuće te da bi u tome bilo potrebno kroz regulativu podržati žene s niskorizičnim trudnoćama.

3.3. Psihološki faktori

Trudnoća su i porod značajni i snažni događaji u životu žene. Perinatalni se period povezuje s kompleksnim fiziološkim, psihološkim i socijalnim interakcijama. U ovom će se dijelu usredotočiti na psihološke faktore koji mogu djelovati rizično ili zaštitno za mentalno zdravlje žene (Suhitaran i sur., 2016). Za početak, ključno se osvrnuti na **osobine ličnosti**. Naime, pokazalo se da su u pozitivnoj korelaciji s *postpartum bluesom* neuroticizam i introverzija (Tzewska, 2016). Visoke razine neuroticizma, kao rizika, se potvrđuju i u istraživanjima o prenatalnoj depresiji. Uz to, autori su utvrdili pozitivnu korelaciju PPD-a kod osoba sklonih pesimizmu, ljutnji, ruminaciji, nervozu, sramežljivosti, zabrinutosti, niskom samopouzdanju i samoeфикаsnosti i psihotizmu (Bayrampour i sur.,

2015; Bunevicius i sur., 2009; Ginsburg i sur., 2008; Jesse i sur., 2005; Lee i sur., 2008; Martini i sur., 2015; Mohammad i sur., 2011; Zeng i sur., 2015; svi prema Biaggi i sur., 2016). Neuroticizam se potvrdio kao prediktor i u istraživanju prediktora PPD-a (Serra i sur., 2023). Nadalje, prediktor negativnog iskustva poroda i razvoja simptoma PTSP-a su više razine perfekcionizma kod žene. **Perfekcionizam** se također, pokazao štetnim za sveopće mentalno zdravlje žene u *postpartumu*, neovisno o iskustvu poroda (Price i sur., 2020).

Nadalje, **djetinjstvo** se **majke** predstavlja bitnim faktorom za razvoj PD-a. To se objašnjava na način da žene u periodu trudnoće prolaze kroz mentalnu reorganizaciju kako bi razvile majčinski identitet. Dakle, potrebna je integracija mentalnih reprezentacija o bebi, o svojoj ulozi majke, svojim ostalim osobinama i značajnim odnosima s drugim osobama. Kvaliteta tih reprezentacija ovisi o mnogim faktorima, no posebno se ističe kvaliteta iskustva u dječjoj dobi o tome što znači dobar skrbnik/njegovatelj (Ammaniti i Trentini, 2009; prema Biaggi i sur., 2016). Jeong i sur. (2013; prema Biaggi i sur., 2016) otkrivaju da ako je ženino iskustvo takvo da nije dobila dovoljno emocionalne podrške od majke (ne i od oca) to samo po sebi predstavlja prediktor za razvoj prenatalne depresije. To se objašnjava time da prijelaz u roditeljstvo otvara prostor za nerazriješene probleme i sjećanja iz prošlosti (Raphael-Leff, 2010; prema Biaggi i sur., 2016). Biaggi i sur. (2016) u svom istraživanju ističu rizični faktor **povijesti obiteljskog nasilja** i percipiranu visoku razinu stresa za razvoj PPD-a. Slično se navodi i u kontekstu povećanog rizika za razvoja PPD-a i PTSP-a kod majki koje su imale povijest trauma u djetinjstvu (Oh i sur., 2016). Autor to objašnjava time da stres u perinatalnom periodu može biti svojevrsni okidač za prisjećanje prošlih trauma (Onoye i sur., 2013; prema Oh i sur., 2016). Mughal i sur. (2022) su u svom istraživanju utvrdili da je **povijest seksualnog zlostavljanja** predstavljala rizik za razvoj PPD-a. Iako nije pronađeno istraživanje koje govori specifično o perinatalnoj psihozi, bitno bi bilo iznijeti nalaz istraživanja o tome da su osobe koje su doživjele psihozu oko 2.7 puta vjerojatnije imale djetinjstvo obilježeno značajnim teškoćama i traumom (Dvir i sur., 2013). Slično se ističe i za OKP. Destrée i sur. (2021) su ustanovili značajnu povezanost između izloženosti traumi u djetinjstvu i razvoja OKP-a. Ovdje bi

bilo korisno istaknuti istraživanje žena s povijesti zlostavljanja i/ili zanemarivanja i njihovog mentalnog zdravlja u *postpartumu*. One žene koje su bile u stanju oprostiti sebi i drugima pokazale su najviši stupanj otpornosti što je služilo kao zaštitni faktor za razvoj PPD-a i općenito bolju kvalitetu života (Handelzalts i sur., 2020).

Buchholz i sur. (2020) ističu da je perinatalni period plodan za razvoj opsesija i njihovih pogrešnih interpretacija kao opasnih. Autori to objašnjavaju faktorima kao što su: povećana odgovornost, pre naglašavanje opasnosti, pogrešne procjene i pretjerani značaj intruzivnih misli. Majke i očevi koji su davali **pretjeran značaj intruzivnim mislima** imali su značajno veću vjerojatnost za razvoj simptoma OKP-a. Ti su roditelji imali uvjerenje da su opasne i loše osobe i da mogu izgubiti kontrolu nad sobom. Oni roditelji koji nisu davali pretjeran značaj tim mislima uglavnom su ih interpretirali kao da su samo ljuti i umorni, ali da to (npr. zlostavljanje) ne bi nikada napravili. Ipak, Buchholz i sur. (2020) procjenjuju da je OKP često u komorbiditetu s postporđajnom depresijom te da mu se slabo znaju uzroci. Jednako potvrđuju Miller i sur. (2013) te navode da su žene kojima je utvrđena umjerena razina OKP-a prema testovima samoprocjene u 33% slučajeva doživjeli tešku depresiju 2 tjedna nakon poroda, a njih 25% je imalo tešku depresiju 6 mjeseci nakon poroda. Korisno bi bilo spomenuti i da **prenatalna depresija i anksioznost** predstavljaju prediktor za razvoj PPD-a (Cirik i sur., 2016).

Prethodno dijagnosticirane teškoće mentalnog zdravlja žene predstavljaju rizik za generalno lošije psihičko stanje u perinatalnom periodu (Johnson i sur., 2012) te doživljavanje poroda traumatičnim (Simpson i Catling, 2016). Specifično, kao rizik za razvoj PPD-a navodi se povijest depresije i anksioznosti koje su nastupile prije trudnoće (Mughal i sur., 2022) te se osobna povijest poremećaja raspoloženja ističe rizičnim faktorom za razvoj OKP-a (Labad i sur., 2005; prema Huepohl i sur., 2022). Nadalje, žene s prethodno dijagnosticiranim bipolarnim poremećajem su u 50% većoj šansi da dožive veliku afektivnu epizodu u perinatalnom periodu (Di Florio i sur., 2013). Sukladno tome, ističe se da žena s dijagnosticiranim bipolarnim poremećajem ima povišen rizik za razvoj PPP-a za 27%, a žene koje su prethodno doživjele PPP čak 54% (Sit i sur., 2006;

Blackmore i sur., 2013; svi prema Mighton i sur., 2015). Velika depresivna epizoda koja je prethodila trudnoći u nekim istraživanjima se pokazala kao povećani rizik za razvoj PPP, dok u drugima to nije potvrđeno (Di Florio i sur., 2012; Inglis i sur., 2013; svi prema Mighton i sur., 2015). Preporuča se ispitati žene o svojoj i obiteljskoj povijesti psihičkih bolesti kako bi se prepoznalo, pratilo i pomoglo onima koje su u riziku (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2012; prema Doyle i sur., 2015).

Važim se čini spomenuti i **strah od poroda**. Prisutan je u 20% prvotkinja u niskim i srednjim razinama, a iracionalni strah od poroda (**tokofobija**¹⁸) prisutan je kod 6% žena. Upravo se kod prvotkinja taj iracionalni strah pokazao povezanim sa simptomima PTSP-a i izvođenjem neplaniranog ili hitnog carskog reza (Gosselin i sur., 2016). Maliszewska (2016) navodi da je strah od rađanja povezan s razvojem simptoma *postpartum bluesa*.

3.4. Faktor životnog stila

Životni se stil također povezuje s razvojem poremećaja mentalnog zdravlja u ovom osjetljivom periodu. U kontekstu se životnog stila navode rizični i zaštitni faktori poput prehrambenih navika, nedostatka sna i slabe fizičke aktivnosti. Posebno se ističe važnost **vježbanja** za podizanje samopouzdanja te autor navodi da se vježbanjem povećava kapacitet za fokus i rješavanje problema (Mughal, 2022). Vargas-Terrones i sur. (2019) su utvrdili da žene koje prate određeni program vježbanja u trudnoći imaju niži rizik od razvoja depresije u kasnoj trudnoći i *postpartumu*. Zanimljivo bi bilo spomenuti američko istraživanje koje je ustanovilo da je protektivni faktor za razvoj PPD-a **izloženost zelenim površinama**, a najboljim se pokazalo izloženost zelenim površinama koja su pokrivena stablima. Autori pretpostavljaju da je blizina zelenih površina potakla tjelesnu aktivnost koja predstavlja protektivni faktor za razvoj PPD-a (Sun i sur., 2023). Što se tiče sna,

¹⁸ Tokofobija se klasificira kao patološki strah od trudnoće i poroda koji može dovesti do izbjegavanja istih. Podrazumijeva ekstremno strah koji pogađa ženino normalno funkcioniranje (Esan i sur., 2021). Tokofobija se uglavnom javlja kao rezultat: straha od nepoznatog, boli, medicinskih postupaka ili gubitka kontrole. Razlikuje se primarna i sekundarna tokofobija (Mandal i sur., 2022). Primarna se odnosi na žene s patološkim strahom trudnoće i poroda koje nemaju prethodno iskustvo trudnoće, dok se sekundarna odnosi na žene koje su imale traumatično obstetričko iskustvo u prethodnoj trudnoći (Bhatia i Jhanjee, 2012).

pokazalo se da je loša **kvaliteta sna** u trudnoći povezana s lošim mentalnim zdravljem u cijelom perinatalnom periodu i obratno (Fu i sur., 2023).

Getahun i sur. (2023) istraživali su povezanost **indeksa tjelesne mase** (eng. Body mass indeks; BMI¹⁹) s PPD-om i utvrdili su da je kroz vrijeme (od 2010. do 2021.) u svim BMI kategorijama primijećen porast PPD-a, a posebno visoke prevalencije utvrđene su kod pretilih žena i žena sa stupnjevi pretilosti I, II i III. Žene čiji BMI odgovara kategoriji pretilosti su također imale veći rizik za razvoj depresije u ranoj trudnoći (Ruhstaller i sur., 2017). Osim toga, bitno je i koje se namirnice konzumiraju. Flor-Alemaný su i sur. (2022) utvrdili da što su trudnice češće konzumirale mediteransku **prehranu** to je bila slabija povezanost s depresivnim i anksioznim simptomima te boljom emocionalnom regulacijom i otpornošću. Konkretno se navodi povećani unos „cjelovitih žitarica, voća, povrća, ribe, maslinovog ulja i orašastih plodova sa smanjenim unosom crvenog mesa i slatkog“. Autori još ističu trendove niske konzumacije omega 3 kiselina, nisku razinu **vitamina D** i **sjedilački način života** koji pridonose lošem mentalnom zdravlju majki (Hahn-Holbrook i Haselton, 2014; prema Getahun i sur. 2023). Mughal i sur. (2022) naglasak stavljaju na nedostatak vitamina B u prehrani, koji je bitan za proizvodnju serotonina.

Pušenje se smatra rizičnim faktorom za razvoj PPD-a (Mughal, 2022) kao i korištenje **alkohola** i **droga** (Chapman i Wu, 2013). Uz to, u većem su riziku za razvoj depresivnih simptoma osobe koje imaju povijest korištenja alkohola i droga. Korisno je spomenuti da su nezaposlene i nevjenčane žene bile u većem riziku za razvoj problema s pijenjem alkohola (Chapman i Wu, 2013).

¹⁹ Indeks tjelesne mase (BMI) se koristi za kategoriziranje odraslih osoba na temelju njihove visine i težine. Formula za računanje je težina u kilogramima podijeljena s visinom u metrima kvadratnim. Široko se koristi u javnom zdravstvu i istraživanjima kako bi se identificirale kategorije tjelesne mase s potencijalnim zdravstvenim implikacijama (Nuttall, 2015).

3.5. Socijalni faktori

Socijalna se podrška pokazala bitnim zaštitnim faktorom za mentalno zdravlje žena u perinatalnom periodu. Postoji trodimenzionalni koncept socijalne podrške koji se sastoji od informacijske podrške, praktične pomoći i emocionalne podrške (Biaggi i sur., 2016). Feng i sur. (2015 prema Ghaedrahmati i sur., 2017) drugačije raščlanjuju socijalnu podršku te navode 4 komponente kao što su: „emocionalna, financijska i intelektualna podrška te empatični odnosi.“ Pritom je važno istaknuti da katkada depresivne majke doživljavaju da imaju manju podršku nego što je to stvarno slučaj (Robertson i sur., 2004; prema Biaggi i sur., 2016). Važno je u ovom kontekstu naglasiti da je ključna percipirana podrška u odnosu na primljenu zbog toga što se nepercipirana podrška ne može iskoristiti (Sadeghiaval shahr i sur., 2014; prema Zamani i sur., 2019). Socijalna se podrška definira kao dostupnost osoba unutar svoje socijalne mreže, koje su voljne pomoći ili da te osobe nisu samo dostupne već i aktivno pružaju podršku (Gottlieb i Bergen, 2009; Thoits, 2011; prema Reid i Taylor, 2015). Autori navode da je **ključna podrška obitelji, prijatelja, medicinskog osoblja i prvenstveno partnera** kako bi žena mogla uspostaviti mentalni balans u ovom psihološki zahtjevnom periodu (Sadeghiaval shahr i sur., 2014; prema Zamani i sur., 2019). Vaezi i sur. (2019) ističu da što je veća **socijalna mreža** majke da je to manja vjerojatnost za razvoj PPD-a. Konkretno, navodi se da nedostatak socijalne podrške može doprinijeti razvoju PPD (Mughal, 2022). Iako nisu pronađena istraživanja koja povezuju specifično perinatalni OKP i socijalnu podršku, utvrđena je važnost socijalne podrške za dobrobit osoba s OKP-om općenito. Posebno se navodi pozitivna podrška obitelji i njezina važnost u procesu oporavka od tog poremećaja (Palardy i sur., 2018).

Halbreich i Karkun's (2006; prema Yim i sur., 2015) navode pregled 143 studije iz 40 različitih zemalja. Utvrđen je raspon PPD-a od gotovo nepostojećeg u pojedinim zemljama do onoga koji premašuje 50%. To se pripisuje mnogobrojnim faktorima, no svakako se pokazala značajnom razlika zemalja u kojima se pridaje veći značaj obiteljskoj podršci tijekom prvog mjeseca poslije poroda kao zaštitni faktor za razvoj PPD-a

(Halbreich, 2005; prema Yim i sur., 2015). Ovdje bi korisno bilo istaknuti istraživanje koje je pokazalo da je život u proširenoj obitelji zaštitni faktor za razvoj PPD-a, dok se život u nuklearnoj obitelji pokazao rizičnim faktorom. Osim toga, žene su u pakistanskom istraživanju pokazale slabije zadovoljstvo životom i bračnim odnosom u nuklearnim obiteljima (Munaf i Siddiqui, 2013). Zanimljivo je istraživanje koje je ustanovilo da su žene u urbanim krajevima sklonije razvoju teškoća mentalnog zdravlja u perinatalnom periodu te se navodi da su izoliranije u usporedbi s onima koje žive u ruralnim krajevima (Vigod i sur., 2013). Moguće je to povezati s činjenicom da je za gradove tipična nuklearna struktura obitelji (Radulovic i Misevska, 2020). Razvoj je PPP-a povezan s nedostatkom socijalne podrške, ali nije pronađena povezanost PPP-a i oblika obitelji (Upadhyaya i sur., 2014). Ipak, autori navode istraživanje koje je utvrdilo da samohrane majke i one majke koje ne žive s ocem djece imaju veći rizik za razvoj PPP-a (Neger i sur., 2005; prema Upadhyaya i sur., 2014). Korisno je istaknuti istraživanje koje je uspoređivalo rizike za mentalno zdravlje samohranih majki i majki koje procjenjuju da dobivaju slabu podršku od partnera. Pokazalo se da su u višem riziku za loše mentalno zdravlje one majke koje su nezadovoljne podrškom partnera u usporedbi sa samohranim majkama (Bilszta i sur., 2008).

Bilo koja vrsta **nasilja supružnika** ističe se rizičnim faktorom nastanka PPP-a (Marks i sur., 1992; prema Upadhyaya i sur., 2014) i PD-a (Mughal, 2022). Shodno tome, tursko istraživanje ističe rizik percipiranog stanja problema u braku kod žene za faktor lošeg mentalnog zdravlja (Cankaya, 2020). Jednako navode i Vaezi i sur. (2019) da nezadovoljstvo **bračnim odnosom** predstavlja rizik za razvoj PPD-a. S druge strane, pokazalo se da zaštitni faktor za dobro mentalno zdravlje žene predstavlja provođenje zajedničkih aktivnosti s partnerom, informiranje i pomaganje kod rješavanja problema i partnerova pozitivna povratna informacija (Dennis i Ross, 2006; prema Fitelson i sur., 2010). Žene koje su se oporavile od PPD-a, navele su da su im u oporavku najvažniji bili partnerova praktična i emocionalna podrška i poboljšana komunikacija s partnerom uz emocionalno podršku prijatelja (Di Mascio, 2008; prema Fitelson i sur., 2010).

Zadovoljstvo žene **atmosferom na porodu** povezano je s njezinim mentalnim zdravljem i odnosom s djetetom te se sve više teži ostvariti ugodno ozračje za vrijeme tog važnog životnog događaja (Aune i sur., 2015). Rostampy i sur. (2010; prema Jafari i sur., 2017) ističu da žene koje su **zadovoljne iskustvom poroda** imaju veće samopouzdanje, kvalitetniju vezu s djetetom i pozitivna očekivanja za buduće porode. Velikim se rizikom za porođajnu traumu pokazala slaba **kvaliteta interakcija s osobljem koje pruža zdravstvenu zaštitu**. U tom se kontekstu navodi važnost primalja da ženi stvore okruženje unutar kojeg će joj biti ugodno postavljati pitanja. Također, važno je da žena ima percepciju toga da primalje imaju porod pod kontrolom i da odaju dojam sigurnosti i sposobnosti (De Schepper i sur., 2016). Çapik i sur. (2018) utvrđuju da je zadovoljstvo žene **ponašanjem medicinskog osoblja** za vrijeme poroda bitan prediktor za razvoj PTSP-a.

Zamani i sur. (2019) ističu da je ženino iskustvo poroda povezano s percipiranom podrškom od strane partnera za vrijeme trudnoće. Što je podrška bila bolja to je veća vjerojatnost da će iskustvo poroda biti pozitivno. Autori predlažu **pohađanje trudničkih tečajeva** za obitelj (osobito za supružnike) kako bi se poboljšala podrška u trudnoći. Navodi se da je socijalna podrška toliko bitna da može pomoći u smanjivanju vjerojatnosti za duge, komplicirane i bolne porode kroz smanjivanje broja medicinskih intervencija (Zamani i sur., 2019). Upadhyaya i sur. (2014) navode veću incidenciju razvoja PPP-a kod žena čiji supruzi nisu prisustvovali porodu, a to se može dovesti u kontekst s nalazom istraživanja Salehija i sur. (2016) o tome da **prisutnost obučenog supruga za pratnju na porodu** doprinosi smanjenju anksioznosti kod žena i psihološki poboljšava ishod poroda. Osim supruga, emocionalnu podršku može pružati drugi član obitelji, prijatelj, primalja, medicinska sestra ili obučena žena, doula (Ostovar i sur., 2013; prema Salehi i sur., 2016).

U kontekstu socijalnih faktora, Ghaedrahmati i sur. (2017) navode i **socioekonomski status, zaposlenost i obrazovanje**. Zaštitnim se faktorom smatra zaposlenost žene, a posebno njezina profesionalna **karijera** (Miyake i sur., 2011; prema Ghaedrahmati i sur., 2017). Konkretno, obrazovanje predstavlja zaštitni faktor za razvoj PPD-a (Matsumura i

sur., 2019). De Schepper su i sur. (2016) ustanovili da u Belgiji, obiteljski dohodak niži od 2500€ predstavlja rizični faktor za doživljavanje poroda traumatičnim. Niži se socioekonomski status pokazao rizičnim faktorom i za razvoj *postpartum bluesa* (Tosto, 2023) i za razvoj PPP-a (Upadhyaya i sur., 2014). Nadalje, rasa i etnička pripadnost nisu se pokazale rizikom za razvoj simptoma PPD-a (Di Florio i sur., 2017). U istraživanju Handelzaltsa i sur. (2020) **religijska pripadnost** ili **spiritualna domena** nisu bile povezane sa zaštitom ili rizikom za mentalno zdravlje, dok su kod Cheadlea i sur. (2018) upravo te dvije komponente bile prediktor za slabije depresivne simptome u perinatalnom periodu.

Za razvoj PPD-a rizik predstavlja **nezadovoljstvo spolom bebe** (Mughal, 2022). Jednako se utvrdilo i u meta analizi Yea i sur. (2020). Pokazalo se da su majke koje rode žensku djecu u većem riziku za razvoj PPD-a u usporedbi sa ženama koje rode mušku djecu. Isto se nije pokazalo za razvoj PPP-a (Upadhyaya i sur., 2014).

4. METODE PREVENCIJE I INTERVENCIJE ZA ZAŠTITU MENTALNOG ZDRAVLJA ŽENA U PERINATALNOM PERIODU

Za početak, bitno je utvrditi da simptomi *postpartum bluesa* ne zahtijevaju tretmane te da se uglavnom sami rješavaju. Ono što se navodi potrebnim u ovom periodu je validiranje tih osjećaja, podrška i razuvjeravanje (Seyfried i Marcus, 2003; prema Balaram i Marwaha, 2023). Glavni tretmani koji se navode u kontekstu PPD-a su: farmakološki tretmani, psihoterapija i psihosocijalni tretmani, a uz to su još nadodani manje poznati tretmani poput elektrokonvulzivne terapije, svjetlosne terapije, prehrana bogata omega 3 kiselinama, akupunktura i masaža te tjelovježba (Fitelson i sur., 2010). U kontekstu razvoja simptoma PTSP-a povezanog s traumatskim porodom, navode se psihoterapeutske tretmani s fokusom na traumu, a u zahtjevnijim slučajevima koristi se farmakološki pristup (Kranenburg i sur., 2023). Jednako se navodi i za perinatalni OKP (Hudephol i sur., 2022). S druge strane, perinatalna psihoza je najopasnije stanje od svih spomenutih te stoga zahtijeva hitnu hospitalizaciju. Ovdje je najveći naglasak na farmakološki

tretman, posebice u akutnoj fazi. Uz navedeno, ističe se važnost psihosocijalna podrške, a posebno obiteljske podrške u procesu oporavka (Osborne, 2018).

4.1. Farmakološki pristup

Farmakološki je pristup liječenju perinatalnih psihičkih poremećaja često otežan u periodu trudnoće ili ako majka doji. Neki razlozi za to su: nesigurnost na to kako će beba reagirati na takvo majčino mlijeko i kakve posljedice može ostaviti, hoće li lijekovi utjecati na njezinu sposobnost brige za djetetom, metaboličke promjene i stigma da je zbog toga loša majka (Sit i sur., 2008; Turner i sur., 2008; Pearlstein i sur., 2006; svi prema Fitelson i sur., 2010). Zbog navedenog treba uzeti u obzir psihičko stanje žene, pristup zdravstvenoj zaštiti i prethodna iskustva s tretmanima te utvrditi hoće li liječenje biti farmakološko ili nefarmakološko (Bledsoe i Grote, 2006; prema Fitelson i sur., 2010). Istraživači sugeriraju da se perinatalna depresija farmakološki može liječiti **antidepresivima** poput velike depresije te da slično odgovara na iste (Payne, 2007; Pearlstein, 2009; svi prema Fitelson i sur., 2010). Neki od njih su: **selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina, selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina, triciklički antidepresivi i inhibitori monoaminooksidaze** (Frieder i sur., 2020). Ističe se da ako je žena već koristila određeni antidepresiv koji je pomogao ublažiti simptome onda bi se tom lijeku trebala dati prednost i u ovom perinatalnom kontekstu (osim ako postoje drugi rizici) (Fitelson i sur., 2010). Što se tiče farmakoterapije u kontekstu PTSP-a povezanog s porođajnom traumom, tada se lijekovi preporučuju ukoliko nije moguće započeti s psihoterapijom ili ako osoba zbog toga pati od nesanicе. Moguće je i komorbiditet s teškom depresijom te se tada mogu koristiti i antidepresivi, posebice ako postoje suicidalne misli (Kranenburg i sur., 2023). Za OKP se također prvo preporuča psihoterapeutski pristup, no selektivni su se inhibitori ponovne pohrane serotonina pokazali djelotvornima u smanjivanju simptoma ovog poremećaja (Maechesi i sur., 2016). Spomenuti se lijek smatra sigurnim za korištenje za dojilje i njihovo dijete, a u trudnoći može donijeti određene rizike. Ipak, ističe se da su ti rizici relativno niski. Nadalje, navodi se da je za liječenja PPP-a farmakološki tretman uvijek potreban, a za žene u visokom

riziku za razvoj PPP-a se preporuča i preventivna farmakoterapija. Lijekovi koji se navode su: **benzodijazepini, antipsihotici i litij**. Preporuča se i nastavak korištenja tih lijekova nakon akutne faze uz određene modifikacije. Navodi se da litij donosi određene rizike u periodu trudnoće i dojenja (Osborne, 2018). No, autori ističu da je puno veći rizik razvijanja PPP-a koji može dovesti do suicida, infanticida, slabe povezanost majke i bebe te posljedice na slabiji razvoj djeteta (Patrono, 2017; Haskey i Galbally, 2017; svi prema Osbrone, 2019).

4.2. Psihološki pristup

Pretražujući literaturu ističe se vrijednost **kognitivno – bihevioralnog (KBT) pristupa** liječenju PPD-a (Fitelson i sur., 2010), PTSP-a povezanog s traumom poroda (Kranenburg i sur., 2023) i perinatalnog OKP-a (Hudepohl i sur., 2022). Naime, KBT je utemeljena na ideji da su percepcija i ponašanja vrlo povezana s raspoloženjem. Stoga je terapija usmjerena na modificiranje iskrivljenih obrazaca razmišljanja i uvođenje pozitivnih promjena u ponašanje koja će pomoći osobi u nošenju sa stresom i smanjivanju istog (Hollon, 1992; prema Fitelson i sur., 2010). Haseli i Mohammadi (2019) u svom istraživanju potvrđuju vrijednost KBT-a u liječenju PPD-a. Naglašavaju vrijednost ove terapije zbog njezine efektivnosti i nepostojanja nuspojava u trudnoći i za vrijeme dojenja koje predstavljaju značajnu manu farmakološkog tretmana ovog poremećaja. Zbog toga se pokazalo da žene preferiraju takav vid tretmana u odnosu na farmakološki (Turner, 2008; prema Fitelson i sur., 2010). U kontekstu PTSP-a (Kranenburg i sur., 2023) i perinatalnog OKP-a (Hudepohl i sur., 2022) koristi se **KBT s fokusom na traumu** zbog važnosti izlaganja traumi u svrhu zacjeljivanja. Predlažu se dvije vrste izlaganja: imaginarna i stvarna izloženost. Imaginarna može biti kroz prisjećanje, a stvarna kroz npr. ponovni posjet sobama za porođaj (Foa i sur., 2007; prema Kranenburg i sur., 2023). U kontekstu perinatalnog OKP-a, **ERP terapija**²⁰ u efikasnosti prednjači nad ostalima. Naime, to je varijanta KBT-a koja sadrži elemente psihoedukacije pacijenta, suočavanja

²⁰ ERP – *Exposure and response prevention*, u prijevodu izlaganje i prevencija odgovora (Koran i Simpson, 2013; prema Law. Boisseau, 2019)

sa opsesivnim mislima (opsesije) i prevencije odgovora na te misli (kompulzije). Cilj je pacijenta suočiti sa stvarnim ili zamišljenim situacijama koje izazivaju anksioznost i nelagodu te pratiti njegove odgovore na te podražaje. U konačnici je cilj, kroz prevenciju odgovora na podražaje, da osoba nauči da su ti podražaji posve sigurni (Law i Boisseau, 2019).

Postoje drugi psihološki pristupi liječenju spomenutih poremećaja koji će biti opisani u nastavku. Za liječenje PPD-a navodi se vrijednost **interpersonalne terapije (IPT)** koja je vremenski ograničena (12-20 tjedana) i usmjerena na problem (Fitelson is sur., 2010). Ukratko, klijent i terapeut odabiru određeni interpersonalni problem na koji će se fokusirati i djeluju kroz promjene strategija kako bi se postigla modifikacija nesvrhovitih pristupa odnosima te se usmjerava na izgradnju bolje socijalne podrške (Stuart i O'Hara, 1995; prema Fitelson is sur., 2010). Ključna razlika u odnosu na KBT je ta da je u IPT-u fokus stavljen na interpersonalne probleme, promjene u ulogama, procesu žalovanja i nedostatku interpersonalnih odnosa. Smatra se da će se rješavanjem tih poteškoća povući i depresivni simptomi (Markowitz i sur., 2004; prema Zhou i sur., 2017). Kod KBT-a je pak fokus na otkrivanju neadekvatnih načina razmišljanja i disfunkcionalnih ponašanja koji se nastoje zamijeniti adekvatnijima (Lemmens i sur., 2015; prema Zhou i sur., 2017). Nadalje, u kontekstu PTSP-a povezanog s porođajnom traumom ističe se korisnost **EMDR terapije**²¹ (Kranenburg i sur., 2023). U tom je tretmanu fokus prisjećanje na najteža sjećanja vezana uz traumu ili najgore moguće scenarije koje prate emocije, kognicija i fiziološke reakcije. Za to se vrijeme ponavljaju serije bilateralnog pomicanja očiju na temelju npr. svjetlosne simulacije. Osoba procjenjuje svoju razinu pobuđenosti te se tretman ponavlja sve dok razina stresa nije procijenjena na nula ili blizu nule (Korn i sur., 2001; prema Baas i sur., 2017). Iako se smatralo da bi terapije usmjerene na traumu mogle biti opasne, posebno za trudnice, utvrđeno je da je ovakva terapija posve sigurna (Baas i sur., 2020; Baas i sur., 2022; svi prema Kranenburg i sur., 2023).

²¹ EDMR - *Eye movement desensitisation and reprocessing*, u prijevodu desenzitizacija i reprocesiranje pomoću pokreta očiju (Lewis i sur., 2020; prema Kranenburg i sur., 2023).

4.3. Psihosocijalni pristup

U kontekstu psihosocijalnih pristupa spominje se: nedirektivni pristup i podrška drugih majki/grupe. **Nedirektivni pristup** podrazumijeva nestrukturirano savjetovanje kojem je glavna karakteristika empatično slušanje bez osuđivanja te je fokusirano na iskustvo korisnika (Fitelson i sur., 2010). Istraživači su iz UK-a utvrdili da su žene koje su primile nedirektivno savjetovanje od strane patronažnih sestara pokazale značajno manju razinu depresivnih simptoma u usporedbi s kontroliranom skupinom (Holden i Sagovsky, 1989; prema Fitelson i sur., 2010). U Hrvatskoj postoji ovakav vid formalne podrške koji uglavnom djeluje preventivno. Naime, patronažne su sestre orijentirane na tjelesne, psihološke, socijalne i duhovne aspekte potreba pojedinca i zajednice (Tusić, 2018). Imaju specifičnu ulogu jer je njihova djelatnost zdravstvenog, socijalnog i edukativnog karaktera, a kompetencije su im usmjerene na: procjenu potreba pojedinca i zajednice, utvrđivanje zdravstvenih rizika i potrebe za njegom, evaluaciju provođenja zdravstvene skrbi, pomaganje potrebitima uz podizanje empatije u njihovom okruženju, organiziranje grupnih radionica, zagovaranje interesa korisnika i provođenje edukacija za zdravstvene djelatnike, učenike i studente (Tusić, 2018). Mrculin i Sertić (2020) navode važnost toga da patronažna sestra pruži trudnici tečaj te da je podrži kroz trudnoću, pomogne joj razbiti strahove i da je senzibilizira za dojenje. Ukrajinsko istraživanje ističe kako je u njihovoj državi ovakav program uglavnom medicinski fokusiran te da ponajviše nedostaje psihološke podrške i edukativnih programa za buduće i nove roditelje (Guba i Mosol, 2019). Isto bi bilo korisno ispitati u RH. Ovdje je važno istaknuti istraživanje koje je utvrdilo kako obuka o psihološki informiranim pristupima za pružatelje zdravstvene skrbi čini značajnu razliku u oporavku žena s PPD-om (Fitelson i sur., 2010). Čak je i utvrđeno da nema značajne razlike u djelotvornosti psiholoških i psihosocijalnih pristupa kod tretmana PPD-a, ali su se oba pristupa pokazala potentnijima u usporedbi s „uobičajenom skrbi“ (Cuijpers i sur., 2008; prema Fitelson i sur., 2010). To govori o vrijednosti primjene ovakve podrške.

U psihosocijalnom se pristupu govori i o tzv. **međusobnoj podršci majki** (eng. *peer support*) koja može djelovati preventivno i tretmanski. Konkretno, napravljeno je istraživanje u kojem su majke telefonskim putem primale podršku drugih majki. Istraživanjem se ustanovilo značajno smanjenje depresivnih simptoma kod tih majki u usporedbi s kontrolnom skupinom (Dennis, 2003; prema Fitelson i sur., 2010). Fang su i sur. (2022) također potvrdili vrijednost međusobne podrške među majkama koja je bila organizirana jednom tjedno u periodu od tri mjeseca, telefonski putem i preko interneta. Utvrdili su da su ovakvi susreti (miješano grupni i individualni) djelovali na prevenciju razvoja mentalni teškoća te na tretman postojećih. Nadalje, McLeisha i sur. (2023) su također ustanovili vrijednost istog u perinatalnom periodu na razini zajednice. Te su se grupe uglavnom sastojale od majki, obučениh volontera i plaćenih stručnjaka. Vrijednosti koje ovakva podrška pruža su: „empatično slušanje, prihvaćanje, normalizacija, dijeljenje savjeta o brizi za sebe i načinima nošenja sa stresom, primanje i pružanje podrške, stvaranje značajnih veza sa volonterima i drugim mamama“. Ističe se da u UK-u ovakve grupe podrške uglavnom provode organizacije trećeg sektora²² koje variraju od malih informalnih lokalnih grupa do nacionalnih dobrotvornih organizacija (Wood, 2020; Royal Collage of Psychiatrist, 2021; svi prema McLeish i sur., 2023). Postoje značajne prednosti međusobnog pružanja podrške među majkama kao što su niži troškovi i veći obuhvat u usporedbi s psihoterapeutskim pristupima, no autori naglašavaju kako ovo ne bi trebala biti jeftinija zamjena za potrebnu profesionalnu pomoć nego komplementarni dio koji pruža drugačiju podršku ženama (McLeisha i sur., 2023).

5. ZAKLJUČAK

Perinatalni je period vrijeme koje nosi velike promjene, posebno za one koji postaju roditelji po prvi put. To je izazovno razdoblje koje zahtjeva mnoge prilagodbe u kojima se ne snalaze sve žene jednako. Većina njih doživi lakše psihičke smetnje, a manji broji razvije teža stanja koja, ako se ne tretiraju na vrijeme, mogu izazvati probleme u normalnom funkcioniranju (Ivančić, 2021). Getahun i sur. (2023) iznijeli su zapanjujuće

²² Treći sektor označava „skupinu organizacija koje se u okviru strukturalno–operativne definicije definiraju kao formalne, privatne, neprofitne u raspodjeli, samoupravne i dobrovoljne“ (Ledić, 1996).

podatke o porastu razvoja PPD-a od 105% u periodu od 10 godina. Abel i sur. (2019; prema Howard i Khalifeh, 2020), potvrđuju navedeno u kontekstu generalnog povećanja prevalencije mentalnih teškoća u perinatalnom periodu. To se može povezati sa činjenicom o porastu broja gradskog stanovništva za koje nije tipičan život u proširenim obiteljima, koje su se pokazale zaštitnim faktorom za mentalno zdravlje žena u spomenutom razdoblju. S obzirom na učestalost teškoća mentalnog zdravlja u ovom periodu i činjenicu da se socijalni radnici redovno susreću s rizičnim skupinama (samohrane majke, žene u nasilnim partnerskim odnosima, žene koje su prethodno imale dijagnosticiran psihički poremećaj, ovisnice, žene bez podrške obitelji, žene nižeg socioekonomskog statusa) važno je da postoji senzibiliziranost i svijest o perinatalnim mentalnim teškoćama. Na taj bi se način moglo djelovati preventivno i moguće je da bi se spriječio nastanak većih problema u obitelji. Dakle, socijalni će radnici prepoznavanjem zaštitnih i rizičnih faktora moći lakše ustanoviti koje su žene u povećanom riziku kako bi im pružili potrebnu podršku i poduzeli adekvatne mjere ako je potrebno. Iako socijalni radnici nisu educirani za provedbu farmakoloških i psihoterapeutskih tretmana, važno je istaknuti veliku korist psihosocijalnih pristupa koji odgovaraju njihovom području rada (Cuijpers i sur., 2008; prema Fitelson i sur., 2010). Socijalni su radnici u kontekstu psihosocijalnog pristupa ovlašteni pružati podršku koja potiče razvoj kognitivnih, funkcionalnih, komunikacijskih ili socijalnih vještina korisnika (Zakon o djelatnosti socijalnog rada pročišćeni tekst zakona, NN 16/19, 18/22). Također, otvoren je i prostor za organiziranje grupnog rada (*eng. peer support*) na razini zajednice koji se pokazao vrlo korisnim u smanjivanju simptoma mentalnih teškoća (McLeish i sur., 2023). Posebno bi korisno bilo organizirati takvu podršku u gradskim četvrtima zbog rizika nedostatka podrške s kojim su majke u gradovima intenzivnije suočene. Također, socijalni radnici uz zdravstvene djelatnike mogu pridonijeti ovom području kroz zagovaranje formalnih izvora podrške za roditelje u ovom ranjivom periodu. Zaključno, socijalni radnici, kroz prethodno navedene aktivnosti, u ovom području mogu ostvariti značajan doprinos u prevenciji i zacjeljivanju mentalnih teškoća majki u perinatalnom periodu, a time indirektno djelovati na bolji psihofizički razvoj djeteta.

6. LITERATURA

1. Agrawal, I., Mehendale, A. M., i Malhotra, R. (2022). Risk Factors of Postpartum Depression. *Cureus*, *14*(10), e30898.
2. Ali, U. A., i Norwitz, E. R. (2009). Vacuum-assisted vaginal delivery. *Reviews in obstetrics & gynecology*, *2*(1), 5–17.
3. Almeida, M., Kosman, K. A., Kendall, M. C., & De Oliveira, G. S. (2020). The association between labor epidural analgesia and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC women's health*, *20*(1), 99.
4. Almlil, L. M., Fani, N., Smith, A. K., & Ressler, K. J. (2014). Genetic approaches to understanding post-traumatic stress disorder. *The international journal of neuropsychopharmacology*, *17*(2), 355–370.
5. Anderson-Bagga, F. M., & Sze, A. (2023). Placenta Previa. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
6. Antoniou, E., Stamoulou, P., Tzanoulinou, M. D. i Orovou, E. (2021). Perinatal Mental Health; The Role and the Effect of the Partner: A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *9*(11), 1572.
7. Aune, I., Marit Torvik, H., Selboe, S. T., Skogås, A. K., Persen, J., i Dahlberg, U. (2015). Promoting a normal birth and a positive birth experience - Norwegian women's perspectives. *Midwifery*, *31*(7), 721–727.
8. Baas, M. A., Stramrood, C. A., Dijkman, L. M., de Jongh, A., i van Pampus, M. G. (2017). The OptiMUM-study: EMDR therapy in pregnant women with posttraumatic stress disorder after previous childbirth and pregnant women with fear of childbirth: design of a multicentre randomized controlled trial. *European journal of psychotraumatology*, *8*(1), 1293315.
9. Balaram, K., i Marwaha, R. (2023). Postpartum Blues. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
10. Baskin, R., Hill, B., Jacka, F. N., O'Neil, A. i Skouteris, H. (2015). The association between diet quality and mental health during the perinatal period. A systematic review. *Appetite*, *91*, 41–47.

11. Beck, C. T., Watson, S., & Gable, R. K. (2018). Traumatic Childbirth and Its Aftermath: Is There Anything Positive?. *The Journal of perinatal education*, 27(3), 175–184.
12. Berger, M., Gray, J. A., i Roth, B. L. (2009). The expanded biology of serotonin. *Annual review of medicine*, 60, 355–366.
13. Bhatia, M. S., & Jhanjee, A. (2012). Tokophobia: A dread of pregnancy. *Industrial psychiatry journal*, 21(2), 158–159.
14. Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., i Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 191, 62–77.
15. Bilszta, J. L., Tang, M., Meyer, D., Milgrom, J., Ericksen, J., & Buist, A. E. (2008). Single motherhood versus poor partner relationship: outcomes for antenatal mental health. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 42(1), 56–65.
16. Brown, H. K., Wilton, A. S., Ray, J. G., Dennis, C. L., Guttmann, A., i Vigod, S. N. (2019). Chronic physical conditions and risk for perinatal mental illness: A population-based retrospective cohort study. *PLoS medicine*, 16(8), e1002864.
17. Boushra, M., Stone, A., i Rathbun, K. M. (2023). Umbilical Cord Prolapse. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
18. Bränn, E., Fransson, E., White, R. A., Papadopoulos, F. C., Edvinsson, Å., Kamali-Moghaddam, M., Cunningham, J. L., Sundström-Poromaa, I., i Skalkidou, A. (2020). Inflammatory markers in women with postpartum depressive symptoms. *Journal of neuroscience research*, 98(7), 1309–1321.
19. Buchholz, J.L., Abramowitz, J. i Hellberg, S.N. (2020). Phenomenology of perinatal obsessive-compulsive disorder. *Biomarkers of Postpartum Psychiatric Disorders*, 79-93.
20. Buttner, M. M., Mott, S. L., Pearlstein, T., Stuart, S., Zlotnick, C., i O'Hara, M. W. (2013). Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Archives of women's mental health*, 16(3), 219–225.

21. Çankaya S. (2020). The effect of psychosocial risk factors on postpartum depression in antenatal period: A prospective study. *Archives of psychiatric nursing*, 34(3), 176–183.
22. Çapik, A. i Durmaz, H. (2018). Fear of Childbirth, Postpartum Depression, and Birth-Related Variables as Predictors of Posttraumatic Stress Disorder After Childbirth. *Worldviews on evidence-based nursing*, 15(6), 455–463.
23. Chapman, S. L., & Wu, L. T. (2013). Postpartum substance use and depressive symptoms: a review. *Women & health*, 53(5), 479–503.
24. Cheadle, A. C. D., Dunkel Schetter, C. i Community Child Health Network (CCHN) (2018). Mastery, self-esteem, and optimism mediate the link between religiousness and spirituality and postpartum depression. *Journal of behavioral medicine*, 41(5), 711–721.
25. Cirik, D. A., Yerebasmaz, N., Kotan, V. O., Salihoglu, K. N., Akpınar, F., Yalvac, S., i Kandemir, O. (2016). The impact of prenatal psychologic and obstetric parameters on postpartum depression in late-term pregnancies: A preliminary study. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*, 55(3), 374–378.
26. Collardeau, F., Corbyn, B., Abramowitz, J., Janssen, P. A., Woody, S., i Fairbrother, N. (2019). Maternal unwanted and intrusive thoughts of infant-related harm, obsessive-compulsive disorder and depression in the perinatal period: study protocol. *BMC psychiatry*, 19(1), 94.
27. Dagher, R. K., Bruckheim, H. E., Colpe, L. J., Edwards, E., & White, D. B. (2021). Perinatal Depression: Challenges and Opportunities. *Journal of women's health (2002)*, 30(2), 154–159.
28. De Schepper, S., Vercauteren, T., Tersago, J., Jacquemyn, Y., Raes, F., i Franck, E. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*, 32, 87–92.
29. Destrée, L., Brierley, M. E., Albertella, L., Jobson, L., & Fontenelle, L. F. (2021). The effect of childhood trauma on the severity of obsessive-compulsive symptoms: A systematic review. *Journal of psychiatric research*, 142, 345–360.

30. Di Florio, A., Forty, L., Gordon-Smith, K., Heron, J., Jones, L., Craddock, N., i Jones, I. (2013). Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *JAMA psychiatry*, 70(2), 168–175.
31. Di Florio, A., Putnam, K., Altemus, M., Apter, G., Bergink, V., Bilszta, J., Brock, R., Buist, A., Deligiannidis, K. M., Devouche, E., Epperson, C. N., Guille, C., Kim, D., Lichtenstein, P., Magnusson, P. K., Martinez, P., Munk-Olsen, T., Newport, J., Payne, J., Penninx, B. W., ... Meltzer-Brody, S. (2017). The impact of education, country, race and ethnicity on the self-report of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Psychological medicine*, 47(5), 787–799.
32. Dickens, M. J., i Pawluski, J. L. (2018). The HPA Axis During the Perinatal Period: Implications for Perinatal Depression. *Endocrinology*, 159(11), 3737–3746.
33. Američka Psihijatrijska Asocijacija. (2013). Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje (DSM-5). Jasrebarsko: Naklada Slap.
34. Ding, T., Wang, D. X., Qu, Y., Chen, Q., & Zhu, S. N. (2014). Epidural labor analgesia is associated with a decreased risk of postpartum depression: a prospective cohort study. *Anesthesia and analgesia*, 119(2), 383–392.
35. Doyle, M., Carballedo, A. i O'Keane, V. (2015). Perinatal depression and psychosis: An update. *Advances in Psychiatric Treatment* 21(1), 5-14.
36. Dunlavy C. J. (2018). Introduction to the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Healthy and Dysregulated Stress Responses, Developmental Stress and Neurodegeneration. *Journal of undergraduate neuroscience education : JUNE : a publication of FUN, Faculty for Undergraduate Neuroscience*, 16(2), R59–R60.
37. Dvir, Y., Denietolis, B., i Frazier, J. A. (2013). Childhood trauma and psychosis. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 22(4), 629–641.
38. Esan, D. T., Thomas, O. C., Adedeji, O. A., Ogunkorode, A., & Owoeye, I. D. (2021). Tocophobia experience and its impact on birth choices among Nigerian women: a qualitative exploratory study. *The Pan African medical journal*, 39, 282.
39. Fang, Q., Lin, L., Chen, Q., Yuan, Y., Wang, S., Zhang, Y., Liu, T., Cheng, H. i Tian, L. (2022). Effect of peer support intervention on perinatal depression: A meta-analysis. *General hospital psychiatry*, 74, 78–87.

40. Fawcett, E. J., Power, H., i Fawcett, J. M. (2020). Women Are at Greater Risk of OCD Than Men: A Meta-Analytic Review of OCD Prevalence Worldwide. *The Journal of clinical psychiatry*, *81*(4), 19r13085.
41. Fitelson, E., Kim, S., Baker, A. S., & Leight, K. (2010). Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *International journal of women's health*, *3*, 1–14.
42. Flor-Alemany, M., Baena-García, L., Migueles, J. H., Henriksson, P., Löf, M., & Aparicio, V. A. (2022). Associations of Mediterranean diet with psychological ill-being and well-being throughout the pregnancy course: The GESTAFIT project. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, *31*(9), 2705–2716.
43. Fu, T., Wang, C., Yan, J., Zeng, Q., & Ma, C. (2023). Relationship between antenatal sleep quality and depression in perinatal women: A comprehensive meta-analysis of observational studies. *Journal of affective disorders*, *327*, 38–45.
44. Gandubert, C., Scali, J., Ancelin, M. L., Carrière, I., Dupuy, A. M., Bagnolini, G., Ritchie, K., Sebanne, M., Martrille, L., Baccino, E., Hermès, A., Attal, J., & Chaudieu, I. (2016). Biological and psychological predictors of posttraumatic stress disorder onset and chronicity. A one-year prospective study. *Neurobiology of stress*, *3*, 61–67.
45. Garcia-Leal, C., De Rezende, M. G., Corsi-Zuelli, F. M. D. G., De Castro, M., i Del-Ben, C. M. (2017). The functioning of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis in postpartum depressive states: a systematic review. *Expert review of endocrinology & metabolism*, *12*(5), 341–353.
46. Getahun, D., Oyelese, Y., Peltier, M., Mensah, N. i Avila C. (2023). Trends in Postpartum Depression by Race/Ethnicity and Pre-pregnancy Body Mass Index. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *228*(1), 122-123.
47. Ghaedrahmati, M., Kazemi, A., Kheirabadi, G., Ebrahimi, A. i Bahrami, M. (2017). Postpartum depression risk factors: A narrative review. *Journal of education and health promotion*, *6*, 60.
48. Gosselin, P., Chabot, K., Béland, M., Goulet-Gervais, L. i Morin, A. J. (2016). Fear of childbirth among nulliparous women: Relations with pain during delivery, post-

- traumatic stress symptoms, and postpartum depressive symptoms. *L'Encephale*, 42(2), 191–196.
49. Grisbrook, M. A., Dewey, D., Cuthbert, C., McDonald, S., Ntanda, H., Giesbrecht, G. F., & Letourneau, N. (2022). Associations among Caesarean Section Birth, Post-Traumatic Stress, and Postpartum Depression Symptoms. *International journal of environmental research and public health*, 19(8), 4900.
 50. Guba, M. i Mosol, N. (2019). Perinatal Psychological Support, Counseling and Education. *Mental Health Global Challenge of XXI Century*.
 51. Guintivano, J., Manuck, T., i Meltzer-Brody, S. (2018). Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clinical obstetrics and gynecology*, 61(3), 591–603.
 52. Hamza, A., Herr, D., Solomayer, E. F., & Meyberg-Solomayer, G. (2013). Polyhydramnios: Causes, Diagnosis and Therapy. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 73(12), 1241–1246.
 53. Handelzalts, J. E., Stringer, M. K., Menke, R. A. i Muzik, M. (2020). The Association of Religion and Spirituality with Postpartum Mental Health in Women with Childhood Maltreatment Histories. *Journal of child and family studies*, 29(2), 502–513.
 54. Hariri, L. i Rehman, A. (2023). Estradiol. *StatPearls*.
 55. Haseli, A. i Mohammadi, S. (2019). The Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Postpartum Depression: A Rewiew and Meta-Analysis Study. *International Journal of Health Studies*, 5(4).
 56. Hazelgrove, K., Biaggi, A., Waites, F., Fuste, M., Osborne, S., Conroy, S., Howard, L. M., Mehta, M. A., Miele, M., Nikkheslat, N., Seneviratne, G., Zunszain, P. A., Pawlby, S., Pariante, C. M., & Dazzan, P. (2021). Risk factors for postpartum relapse in women at risk of postpartum psychosis: The role of psychosocial stress and the biological stress system. *Psychoneuroendocrinology*, 128, 105218.
 57. Helle, N., Barkmann, C., Bartz-Seel, J., Diehl, T., Ehrhardt, S., Hendel, A., Nestoriuc, Y., Schulte-Markwort, M., von der Wense, A., i Bindt, C. (2015). Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers

- and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *Journal of affective disorders*, 180, 154–161.
58. Hoedjes, M., Berks, D., Vogel, I., Franx, A., Duvekot, J. J., Steegers, E. A., & Raat, H. (2011). Poor health-related quality of life after severe preeclampsia. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 38(3), 246–255.
 59. Howard, L. M. i Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(3), 313–327.
 60. Hudepohl, N., MacLean, J. V. Osborne, L. M. (2022). Perinatal Obsessive-Compulsive Disorder: Epidemiology, Phenomenology, Etiology, and Treatment. *Current psychiatry reports*, 24(4), 229–237.
 61. Hwang, W. Y., Choi, S. Y. i An, H. J. (2022). Concept analysis of transition to motherhood: a methodological study. *Korean journal of women health nursing*, 28(1), 8–17.
 62. Ivančić, M. (2021). Postpartalni psihički poremećaji. *Primaljski vjesnik*, 30, 1-8.
 63. Jafari, E., Mohebbi, P. i Mazloomzadeh, S. (2017). Factors Related to Women's Childbirth Satisfaction in Physiologic and Routine Childbirth Groups. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(3), 219–224.
 64. Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L. A., Klein, M. C., Liston, R. M., & Lee, S. K. (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 181(6-7), 377–383.
 65. Johnson, M., Schmeid, V., Lupton, S. J., Austin, M. P., Matthey, S. M., Kemp, L., Meade, T., i Yeo, A. E. (2012). Measuring perinatal mental health risk. *Archives of women's mental health*, 15(5), 375–386.
 66. Karrar, S. A., i Hong, P. L. (2023). Preeclampsia. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
 67. Khedr, Eman M., Ramadan, E.S., Osman, M.N. i Ahmed, G.K. (2023). Risk factors-related first episode postpartum psychosis among Egyptian women: the role of psychosocial and biological factors. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 59(1).

68. Kranenburg, L., Lambregtse-van den Berg, M. i Stramrood, C. (2023). Traumatic Childbirth Experience and Childbirth-Related Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Contemporary Overview. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 2775.
69. Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdottir, S. I., Nilsson, C., Ekström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E. i Stramrood, C. (2022). Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 49(4), 687–696.
70. Law, C. i Boisseau, C. L. (2019). Exposure and Response Prevention in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Current Perspectives. *Psychology research and behavior management*, 12, 1167–1174.
71. Ledić, J. (1996). Treći sektor: okvir za razvoj civilnog društva i djelovanja u području okoliša. *Socijalna ekologija*, 5 (1), 37-46.
72. Li, S., Gao, J., Liu, J., Hu, J., Chen, X., He, J., Tang, Y., Liu, X., Cao, Y., Liu, X., i Wang, X. (2021). Incidence and Risk Factors of Postpartum Hemorrhage in China: A Multicenter Retrospective Study. *Frontiers in medicine*, 8, 673500.
73. Liu, X., Wang, S., & Wang, G. (2022). Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of clinical nursing*, 31(19-20), 2665–2677.
74. MacKinnon, A. L., Naguib, M., Barr, H. J., Levinsson, A., Robins, S., Feeley, N., Hayton, B., Zekowitz, P. i Gold, I. (2017). Delusional ideation during the perinatal period in a community sample. *Schizophrenia research*, 179, 17–22.
75. Mahaffey, B. L., Levinson, A., Preis, H., & Lobel, M. (2022). Elevated risk for obsessive-compulsive symptoms in women pregnant during the COVID-19 pandemic. *Archives of women's mental health*, 25(2), 367–376.
76. Maliszewska, K., Świątkowska-Freund, M., Bidzan, M. i Preis, K. (2016). Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues. *Ginekologia polska*, 87(6), 442–447.

77. Mandal, S., Bhadoriya, S.S., Shiva, K i Ahirwar R.S. (2022). A review on prevalence of tokophobia: Fear of childbirth, diagnosis & its management approaches. *NeuroQuantologz*, 20(8), 5918-5927.
78. Matsumura, K., Hamazaki, K., Tsuchida, A., Kasamatsu, H., Inadera, H. i Japan Environment and Children's Study (JECS) Group (2019). Education level and risk of postpartum depression: results from the Japan Environment and Children's Study (JECS). *BMC psychiatry*, 19(1), 419.
79. Mayberry, L. J., Horowitz, J. A., i Declercq, E. (2007). Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 36(6), 542–549.
80. McLeish, J., Ayers, S. i McCourt, C. (2023). Community-based perinatal mental health peer support: a realist review. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 570.
81. Mighton, C. E., Inglis, A. J., Carrion, P. B., Hippman, C. L., Morris, E. M., Andrighetti, H. J., Batallones, R., Honer, W. G. i Austin, J. C. (2016). Perinatal psychosis in mothers with a history of major depressive disorder. *Archives of women's mental health*, 19(2), 253–258.
82. Míguez, M. C. i Vázquez, M. B. (2021). Risk factors for antenatal depression: A review. *World journal of psychiatry*, 11(7), 325–336.
83. Mikuš, M., Škegro, B., Sokol Karadjole, V., Lešin, J., Banović, V., Herman, M., Goluža, T., Puževski, T., Elveđi-Gašparović, V. i Vujić, G. (2021). Maternity blues among Croatian mothers – a single-center study. *Psychiatria Danubina*, 33 (br 3), 342-346.
84. Miller, E. S., Chu, C., Gollan, J., & Gossett, D. R. (2013). Obsessive-compulsive symptoms during the postpartum period. A prospective cohort. *The Journal of reproductive medicine*, 58(3-4), 115–122.
85. Milosavljević, M. i Vuković, O. (2020). Mentalni poremećaji u perinatalnom periodu. *Psihijatrija danas* 52(1-2), 131-140.
86. Mishra, S., Elliott, H., i Marwaha, R. (2023). Premenstrual Dysphoric Disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

87. Mrculin, J. i Sertić, V. (2020). Trudnički tečaj – edukacija budućih roditelja Pregnancy Course - education for future parents. *Sestrinski glasnik*, 25 (1), 50-55.
88. Mughal, S., Azhar, Y. i Siddiqui, W. (2022). Postpartum Depression. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
89. Munaf, S. i Siddiqui, B. (2013). Relationship of Post-natal Depression with Life and Marital Satisfaction and its comparsion in Joint and Nuclear Family System. *Social and Behavioral Science*, 84(1), 733-738.
90. Munk-Olsen, T., & Agerbo, E. (2015). Does childbirth cause psychiatric disorders? A population-based study paralleling a natural experiment. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 26(1), 79–84.
91. Muraca, G. M. i Joseph, K. S. (2014). The association between maternal age and depression. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*, 36(9), 803–810.
92. Nguyen, K., Mukona, L. T., Nalbandyan, L., Yar, N., St Fleur, G., Mukona, L., Hernandez, E., i Lamberty, N. (2022). Peripartum Complications as Risk Factors for Postpartum Psychosis: A Systemic Review. *Cureus*, 14(9), e29224.
93. Nuttall F. Q. (2015). Body Mass Index: Obesity, BMI, and Health: A Critical Review. *Nutrition today*, 50(3), 117–128.
94. Oh, W., Muzik, M., McGinnis, E. W., Hamilton, L., Menke, R. A., & Rosenblum, K. L. (2016). Comorbid trajectories of postpartum depression and PTSD among mothers with childhood trauma history: Course, predictors, processes and child adjustment. *Journal of affective disorders*, 200, 133–141.
95. Osborne L. M. (2018). Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 45(3), 455–468.
96. Palardy, V., El-Baalbaki, G., Fredette, C., Rizkallah, E., & Guay, S. (2018). Social Support and Symptom Severity Among Patients With Obsessive-Compulsive Disorder or Panic Disorder With Agoraphobia: A Systematic Review. *Europe's journal of psychology*, 14(1), 254–286.

97. Potharst, E. S., Kuijl, M., Wind, D. i Bögels, S. M. (2022). Do Improvements in Maternal Mental Health Predict Improvements in Parenting? Mechanisms of the Mindful with Your Baby Training. *International journal of environmental research and public health*, 19(13), 7571.
98. Price, L., Centifanti, L., & Slade, P. (2020). Personality factors and vulnerability to post-traumatic stress responses after childbirth. *The British journal of clinical psychology*, 59(4), 480–502.
99. Radulovic, M. i Misevska, S. (2020). Characteristics of the family model sin urban and rural areas. *International Scientific Conference „Social Change in the Global World“* 2(7).
100. Rai, S., Pathak, A., & Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian journal of psychiatry*, 57(Suppl 2), S216–S221.
101. Rasmussen, M. H., Poulsen, G. J., Videbech, P., Wohlfahrt, J. i Melbye, M. (2023). Endocrine disease history and the risk of postpartum depression. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 222(3), 119–124.
102. Reid, K. M., & Taylor, M. G. (2015). Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships. *Social science research*, 54, 246–262.
103. Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M. i Arbabisarjou, A. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 49(2), 127–136.
104. Ronaldson, A., Gazali, A. M., Zalli, A., Kaiser, F., Thompson, S. J., Henderson, B., Steptoe, A., & Carvalho, L. (2016). Increased percentages of regulatory T cells are associated with inflammatory and neuroendocrine responses to acute psychological stress and poorer health status in older men and women. *Psychopharmacology*, 233(9), 1661–1668.
105. Ruhstaller, K. E., Elovitz, M. A., Stringer, M., Epperson, C. N. i Durnwald, C. P. (2017). Obesity and the association with maternal mental health symptoms. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European*

Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians, 30(16), 1897–1901.

106. Salehi, A., Fahami, F., & Beigi, M. (2016). The effect of presence of trained husbands beside their wives during childbirth on women's anxiety. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 21(6), 611–615.
107. Schmidt, P., Skelly, C. L. i Raines, D. A. (2022). Placental Abruption. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
108. Serra, R., Giacchetti, N., Bersani, F. S., Cappannini, G., Martucci, M., Panfili, M., Sogos, C., & Aceti, F. (2023). The relationship between personality traits and individual factors with perinatal depressive symptoms: a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 382.
109. Shepherd, A. M., & Mahdy, H. (2022). Placenta Accreta. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
110. Simpson, M. i Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 29(3), 203–207.
111. Skalkidou, A., Hellgren, C., Comasco, E., Sylvén, S. i Sundström Poromaa, I. (2012). Biological aspects of postpartum depression. *Women's health (London, England)*, 8(6), 659–672.
112. Starcevic, V., Eslick, G. D., Viswasam, K. i Berle, D. (2020). Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder during Pregnancy and the Postpartum Period: a Systematic Review and Meta-Analysis. *The Psychiatric quarterly*, 91(4), 965–981.
113. Sun, Y., Molitor, J., Benmarhnia, T., Avila, C., Chiu, V., Slezak, J., Sacks, D. A., Chen, J. C., Getahun, D., i Wu, J. (2023). Association between urban green space and postpartum depression, and the role of physical activity: a retrospective cohort study in Southern California. *Lancet regional health. Americas*, 21, 100462.
114. Suhitharan, T., Pham, T. P., Chen, H., Assam, P. N., Sultana, R., Han, N. L., Tan, E. C., & Sng, B. L. (2016). Investigating analgesic and psychological factors associated with risk of postpartum depression development: a case-control study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 1333–1339.

115. Tosto, V., Ceccobelli, M., Lucarini, E., Tortorella, A., Gerli, S., Parazzini, F. i Favilli, A. (2023). Maternity Blues: A Narrative Review. *Journal of personalized medicine*, 13(1), 154.
116. Tucker, Z. i O'Malley, C. (2022). Mental Health Benefits of Breastfeeding: A Literature Review. *Cureus*, 14(9), e29199.
117. Tusić, R. (2018). Razvoj patronažne zdravstvene zaštite. *Zaštitnice zdravlja/Narodni zdravstveni list* 9(11), 702-703.
118. Upadhyaya, S. K., Sharma, A., & Raval, C. M. (2014). Postpartum psychosis: risk factors identification. *North American journal of medical sciences*, 6(6), 274–277.
119. Vaezi, A., Soojoodi, F., Banihashemi, A. T. i Nojomi, M. (2019). The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 32(2), e238–e242.
120. VanderKruik, R., Barreix, M., Chou, D., Allen, T., Say, L., Cohen, L. S., i Maternal Morbidity Working Group (2017). The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC psychiatry*, 17(1), 272.
121. Vargas-Terrones, M., Barakat, R., Santacruz, B., Fernandez-Buhigas, I. i Mottola, M. F. (2019). Physical exercise programme during pregnancy decreases perinatal depression risk: a randomised controlled trial. *British journal of sports medicine*, 53(6), 348–353.
122. Vigod, S. N., Tarasoff, L. A., Bryja, B., Dennis, C. L., Yudin, M. H. i Ross, L. E. (2013). Relation between place of residence and postpartum depression. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 185(13), 1129–1135.
123. Yim, I. S., Tanner Stapleton, L. R., Guardino, C. M., Hahn-Holbrook, J., i Dunkel Schetter, C. (2015). Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annual review of clinical psychology*, 11, 99–137.
124. Yin, X., Sun, N., Jiang, N., Xu, X., Gan, Y., Zhang, J., Qiu, L., Yang, C., Shi, X., Chang, J., & Gong, Y. (2021). Prevalence and associated factors of antenatal

- depression: Systematic reviews and meta-analyses. *Clinical psychology review*, 83, 101932.
125. Yuen, M., Hall, O. J., Masters, G. A., Nephew, B. C., Carr, C., Leung, K., Griffen, A., McIntyre, L., Byatt, N., & Moore Simas, T. A. (2022). The Effects of Breastfeeding on Maternal Mental Health: A Systematic Review. *Journal of women's health (2002)*, 31(6), 787–807.
 126. Zakon o djelatnosti socijalnog rada, pročišćeni tekst zakona, NN 16/19, 18/22.
 127. Zakon o primaljstvu, pročišćeni tekst zakona, NN 120/08, 145/10.
 128. Zamani, P., Ziaie, T., Lakeh, N. M., & Leili, E. K. (2019). The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women. *Midwifery*, 75, 146–151.
 129. Zeng, Y., Cui, Y., i Li, J. (2015). Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among Chinese women in their third trimester: a cross-sectional survey. *BMC psychiatry*, 15, 66.
 130. Zhou, S. G., Hou, Y. F., Liu, D., & Zhang, X. Y. (2017). Effect of Cognitive Behavioral Therapy Versus Interpersonal Psychotherapy in Patients with Major Depressive Disorder: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Chinese medical journal*, 130(23), 2844–2851.
 131. Zielinski, R., Ackerson, K., & Kane Low, L. (2015). Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *International journal of women's health*, 7, 361–377.
 132. Zmijanović, I. (2020). Distocija ramena. *Zbornik radova Veleučilišta u Šibeniku*, 14 (3-4), 157-165.