



Visoka šola  
za zdravstveno nego  
Jesenice

College  
of Nursing  
Jesenice

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NEGA  
OTROČNICE Z VIDIKA POPORODNE  
OTOŽNOSTI IN DEPRESIJE**

**PUERPERIA COMMUNITY NURSING FROM  
THE PERSPECTIVE OF POSTNATAL  
SADNESS AND DEPRESSION**

Mentorica: Erika Povšnar, pred.

Kandidatka: Lidija Čampa

Jesenice, januar 2014

## **ZAHVALA**

Iskrena hvala mentorici Eriki Povšnar, pred. za njeno pomoč in potrpežljivost pri nastanku diplomskega dela.

Zahvaljujem se vodstvu ZD Kranj za podporo v času mojega študija, kot tudi zaposlenim v ginekološki ambulanti ZD Kranj, ZD Škofja Loka in ZD Jesenice ter anketiranim patronažnim medicinskim sestram, da sem lahko opravila raziskovalno delo.

Posebno zahvalo namenjam prijateljici in sošolki Jolandi Jelovčan za iskreno prijateljstvo in podporo v času najinega študija.

Največja zahvala pa gre moji družini, možu Janezu ter najinim sončkom: Žan Luku, Leji, Lauri in Ajdi. Hvala, ker ste mi stali ob strani in verjeli vame.

## **POVZETEK:**

**Teoretična izhodišča:** V poporodnem obdobju se otročnice srečujejo z velikimi telesnimi in duševnimi izzivi. Pri prepoznavanju duševnih motenj ima poleg družine ključno vlogo patronažna medicinska sestra.

**Cilj:** Glavni cilj diplomske naloge je preučiti vlogo PMS ob poporodnih stiskah otročnic in potrebe otročnic po svetovanju in podpori glede obporodnih stisk.

**Metoda:** V raziskavi smo uporabili deskriptivno metodo kvantitativnega empiričnega raziskovanja. Uporabili smo tehniko anketiranja v obliki pisnega vprašalnika za patronažne medicinske sestre in otročnice. Namenski, nenaključni vzorec je zajemal 23 patronažnih medicinskih sester in 88 otročnic primarnega zdravstvenega varstva na Gorenjskem. Realizacija vzorca je bila 70 %. Pridobljene podatke smo statistično obdelali s programom SPSS.

**Rezultati:** 30,4 % patronažnih medicinskih sester meni, da so dovolj usposobljene za svetovanje in 39,1 % za prepoznavanje poporodnih stisk otročnic. 87 % patronažnih medicinskih sester nikoli ne uporablja presejalnih testov za odkrivanje poporodne depresije. 82,6 % patronažnih medicinskih sester prepoznava potrebo po dodatnem izobraževanju. Patronažne medicinske sestre se v statistično pomembni večji meri kot otročnice strinjajo s trditvijo, da otročnico povprašajo o psihičnem počutju ( $p = 0,001$ ), da opazijo duševno razpoloženje otročnice ( $p = 0,001$ ), v zaupanju psihičnih težav ( $p = 0,001$ ) in podpori in svetovanju pri premagovanju težav ( $p = 0,001$ ). 11,4 % otročnic izpolnjuje kriterije za možnost pojava poporodne depresije. 62,5 % otročnic bi stisko zaupalo patronažni medicinski sestri.

**Razprava:** Poporodna otožnost in depresija sta motnji, ki prizadeneta otročnico, novorojenčka in celotno družino. Diplomirana medicinska sestra v patronažni dejavnosti ima kot profesionalka ključno vlogo pri prepoznavanju opozorilnih znakov in svetovanju ob sumu ali pojavu poporodne depresije. Za kakovostno obravnavo so potrebna dodatna znanja in usposabljanja. Pomembno vlogo ima terapevtska komunikacija, timski pristop in vzpostavitev mreže pomoči, ki otročnic ne bo stigmatizirala.

**Ključne besede:** patronažna zdravstvena nega, otročnica, poporodna depresija, poporodno obdobje, presejalni testi za poporodno depresijo.

## SUMMARY

**Background:** In postnatal period puerperies are facing many physical and mental challenges. Apart from family home care nurse plays the main role of recognizing psychological disturbances.

**Aims:** The main goal of the diploma research is to determine the role of postnatal distress and the needs of consulting and support to postnatal distress.

**Methods:** In the research a descriptive method of quantitative empirical research has been used. We used a written questionnaire interviewing technique for home care nurses and puerperies. A dedicated non-random sample included 23 medical home care nurses and 88 puerperies of primary health care in Gorenjska. The realization of the sample was 70 %. Data were processed using statistical software SPSS 18.0.

**Results:** 30,4 % of home care nurses believe in their professional qualifications for giving advice and 39,1% for recognizing postnatal difficulties of mothers. 87 % of home care nurses never use screening tests to detect postnatal depression. 82,6 % of home care nurses are identifying the need of further education. Statistically home care nurses more often than mothers claim to agree in asking the mothers about their mental condition ( $p = 0,001$ ) and support in overcoming their difficulties ( $p = 0,001$ ). 11,4 % of women are more likely to emerge postnatal depression. 62,5 % of women would share their distress with home care nurse.

**Discussion:** Postnatal sadness and depression are dysfunctions that affect the puerperia, a newborn and the entire family. Home care nurse in home care activities takes an important role in recognizing warning signs and consulting within suspicion or occurrence of postnatal depression. Additional knowledge and skills are desired. Therapeutic communication, team approach and establishing a support network, which isn't stigmatized, are significant.

**Key words:** community nursing, puerperia, postnatal depression, postnatal area, screening for postpartum depression.

## KAZALO

<b>1 UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2 TEORETIČNI DEL .....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 POPORODNO OBDOBJE IN OBPORODNE STISKE.....</b>	<b>3</b>
2.1.1 Naravna dogajanja in komplikacije po porodu.....	4
2.1.2 Poporodna otožnost .....	5
2.1.3 Poporodna depresija .....	5
2.1.4 Poporodna psihoza .....	7
<b>2.2 PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO .....</b>	<b>8</b>
2.2.1 Patronažna zdravstvena nega .....	9
2.2.2 Patronažna zdravstvena nega otročnice.....	10
<b>2.3 STROKOVNI PRISTOPI PREPOZNAVANJA DUŠEVNIH STISK V POPORODNEM OBDOBJU .....</b>	<b>12</b>
2.3.1 Proces zdravstvene nege in procesna metoda dela.....	12
2.3.2 Teoretični model Hildegard E.Peplau in terapevtska komunikacija .....	13
2.3.3 Presejalni testi za poporodno depresijo .....	15
2.3.4 Timsko delo.....	17
<b>3 EMPIRIČNI DEL.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA.....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....</b>	<b>18</b>
<b>3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....</b>	<b>19</b>
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	19
3.3.2 Opis merskega instrumenta .....	19
3.3.3 Opis vzorca.....	21
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	22
<b>3.4 REZULTATI .....</b>	<b>22</b>
3.4.1 Rezultati PMS .....	22
3.4.2 Rezultati otročnice.....	28
3.4.3 Primerjava rezultatov PMS/otročnice .....	32
<b>3.5 RAZPRAVA .....</b>	<b>35</b>
<b>4 ZAKLJUČEK .....</b>	<b>41</b>
<b>5 LITERATURA .....</b>	<b>43</b>
<b>6 PRILOGE.....</b>	<b>50</b>
<b>6.1 INSTRUMENT .....</b>	<b>50</b>
<b>6.2 MATRIKA PODATKOV .....</b>	<b>62</b>

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost merskega instrumenta .....	20
Tabela 2: Definicija, ki po mnenju PMS najbolj opiše PPD .....	23
Tabela 3: Pogostost zbolevanja za PPD .....	23
Tabela 4: Telesni oz. psihični znaki, ki po mnenju PMS kažejo na PPD .....	24
Tabela 5: Število otročnic v zadnjem letu, ki so po mnenju PMS imele PPD .....	24
Tabela 6: Ključne osebe pri prepoznavanju PPD .....	25
Tabela 7: Ocena pomembnosti terapevtske komunikacije in timskega dela .....	25
Tabela 8: Pogostost uporabe testov za odkrivanje PPD .....	26
Tabela 9: Mnenje PMS o usposobljenosti za prepoznavanje in svetovanje otročnicam glede PPD .....	26
Tabela 10: Pridobivanje znanja glede obporodnih stisk .....	27
Tabela 11: Potreba po dodatnem izobraževanju s področja obporodnih stisk .....	27
Tabela 12: Materinstvo in partnerski odnos .....	28
Tabela 13: Prisotnost osebe, ki ji otročnica lahko zaupa .....	29
Tabela 14: Pomoč in potrebe otročnic .....	29
Tabela 15: Iskanje pomoči v primeru poporodne stiske .....	30
Tabela 16: Zaupanje .....	30
Tabela 18: Počutje v zadnjih dveh tednih .....	31
Tabela 19: Mnenja PMS in otročnic o obravnavi otročnice z vidika poporodnih stisk .....	33
Tabela 20: Subjektivna časovna opredelitev (v minutah) obiskov PMS .....	34

## 1 UVOD

Rojstvo otroka je eden najkompleksnejših dogodkov v človekovi izkušnji in velika prelomnica v življenju ženske. Z rojstvom so povezane največje spremembe v življenju ženske: spremeni se njeno telo, zdravstveno stanje, biokemično ravnovesje, samopodoba, socialna vloga, razmerja v partnerstvu in družini, njena neodvisnost, spolnost, potek kariere, ekonomski status. V družini igra mati središčno vlogo in vsi člani imajo koristi zaradi njene požrtvovalnosti, zanosa in iznajdljivosti, in prav vsi, zlasti otroci trpijo ob njenem zlomu (Drglin, 2009; Globelnic Velikonja, 2011).

V novem položaju se veliko žensk znajde brez težav, se pa zgodi, da posameznice klonijo pod težo lastnih pričakovanj ter družbeno pričakovano srečno materinstvo se lahko spremeni v razočaranje, jezo, žalost in lahko tudi depresijo (Skočir, 2005b). Problem je tudi v naši kulturi, ki lik idealne matere povečuje in govori o idealni nosečnosti, radostih materinstva, srečnih materah, kar pa ni vedno v skladu z resničnostjo (Troppan, 2007). Če želimo zadostiti holističnemu pristopu obravnave žensk med nosečnostjo, porodom in puerperijem, ne smemo zanemariti duševnega vidika (Skočir, 2005b). O psihičnem zdravju žensk se v poporodnem obdobju malo govori - velja mnenje, da je rojstvo otroka za vsako žensko najsrečnejši dogodek v življenju. A žal včasih ni tako. Večinoma so poporodne stiske prikrite, zato jih je težko prepoznati, svojci in zdravstveni delavci pa pogosto ne ukrepajo ustrezno in pravočasno (Drglin, 2007).

Po odpustu iz porodnišnice je patronažna medicinska sestra (PMS) prva, ki obiše otročnico, novorojenčka in njeno družino. Njena strokovna obravnava ni usmerjena le na telesno zdravstveno stanje novorojenčka in otročnice. Posebno pozornost in skrb posveča tudi psihičnemu stanju in čustvenemu dogajanju otročnice kot matere. Spodbuja jo k izražanju čustev, občutkov in doživljanj tudi v kasnejšem obdobju, z otročnico vzpostavi pristen medosebni odnos, ki temelji na zaupanju, spoštovanju in empatiji (Kum, 2004). Duševnih stisk, ki jih doživljajo ženske kot matere, ni mogoče

preprečiti. Kadar ženske čutijo in so deležne močne psihosocialne podpore partnerja, družine ter ožje in širše okolice, pa lahko te stiske omilimo in olajšamo. Urejene družinske razmere, zdravi partnerski in medosebni odnosi v družini pripomorejo k ohranjanju ter krepitvi duševnega zdravja žensk v poporodnem obdobju (Kum, 2007 povz. po Emeršič, 2009). Troppanova (2007) navaja, da se pri ženskah s poporodno depresijo (PPD) kažejo kronične posledice na treh področjih: na duševnem zdravju žensk, na odnosu med materjo in otrokom in na zakonski zvezi.

V Sloveniji se rutinsko ne uporablja noben presejalni test za odkrivanje ogroženosti za PPD. V slovenščino je preveden Edinburški vprašalnik (Edinburg Postnatal Depression Scale, EPDS), PMS pa je po mnenju Koprivnikove in Plemenitaševe (2005, 2009) lahko v pomoč pri oceni duševnega zdravja vprašalnik Svetovne zdravstvene organizacije »SZO/EURO lestvica dobrega počutja«, ki je v Materinski knjižnici. Številni avtorji (Skočir, 2005a; Koprivnik, Plemenitaš, 2005, 2009; Drglin, 2009) menijo, da je možnosti za aplikacijo presejalnega testa pri nas kar nekaj: najbolj smiselno se jim zdi reševanje testa pri rednem ginekološkem pregledu šest tednov po porodu, z vključitvijo patronažne službe na terenu ali reševanje v okviru enega od zgodnjih posvetov pri pediatru.

Strokovnjaki trdijo, da bi se lahko 75 % vseh primerov PPD obravnavalo v sklopu primarnega varstva (Yonkers et al., 2001 povz. po Skočir, 2005b; Mc Carthy, 1998 povz. po Mivšek, Zakšek, 2012). Po mnenju tujih avtorjev imajo babice in medicinske sestre pomembno vlogo v preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju PPD, pod pogojem, da so za tovrstne dejavnosti primerno informirane in usposobljene (Holden, Sagovsky, Cox, 1989; Littlwood, McHugh, 1997; Gutteridge, 2000 povz. po Skočir, 2005b; Rollans et al., 2013).

Prav bi bilo, da tudi v Sloveniji duševno zdravje žensk, zlasti PPD, stopita v ospredje in sta deležna celostne družbene skrbi; izboljšati je potrebno prepoznavanje, preventivo, terapevtsko obravnavo in omogočiti ustrezne oblike pomoči, tako strokovne kot različne oblike samopomoči in podpornih skupin (Globelnik Velikonja, 2009).



## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 POPORODNO OBDOBJE IN OBPORODNE STISKE

Slovenski medicinski slovar (2010) navaja, da je otročnica (puerpera) ženska v prvih šestih tednih po porodu. Puerperij je obdobje telesne in psihične ranljivosti (Zakšek, Mivšek, 2009).

Prvi meseci po porodu predstavljajo za matere veliko obremenitev, saj okrevajo po porodu, pogosto jim primanjkuje spanca, prevzamejo skrb za novorojenčka in se prilagajajo na rutino v spremenjeni družini. Psihična nestabilnost je normalna za čas prilagajanja na velike življenjske spremembe. Rojstvo otroka pa je lahko tudi vzrok za težave v duševnem zdravju (Mihevc Ponikvar, Tomšič, 2009). Duševne motnje so pogoste, a še vedno pogosto neprepoznane motnje. Številne raziskave potrjujejo odnos med ženskim psihičnim stanjem pred nosečnostjo z njenim duševnim zdravjem med nosečnostjo, potekom poroda in v poporodnem obdobju, ter vpliv le-tega na zdravje in kasnejši razvoj otroka. Čim bolj je ženska psihično stabilna že pred nosečnostjo, manj težav lahko pričakujemo tudi v tem obdobju in kasneje (Pajntar, Novak-Antolič 2004 povz. po Globevnik Velikonja, 2011, str. 68).

V grobem delimo poporodne duševne motnje v tri kategorije (Murray, 1996 povz. po Skočir, 2005a, str. 121; Mivšek, Zakšek, 2012, str. 4):

- poporodna otožnost,
- poporodna depresija, ki lahko variira od mile do resne oblike,
- poporodna psihoza.

Zdravljenje je specifično, nujno je potreben psihoterapevtski pristop, individualno se oceni tudi potreba po medikamentoznem ali hospitalnem zdravljenju (Blinc Pesek, 2009). Globevnik Velikonja (2009) navaja, da medikamentozna obravnava depresije

med nosečnostjo in laktacijo ni brez tveganj, je pa prav tako tvegano ne zdraviti depresije. Zato se svetuje izbor antidepresiva iz najvarnejše kategorije; v večini držav to pomeni izbor tricikličnega antidepresiva. Obravnava depresivne matere z dojenčkom je običajno drugačna kot sicer, prav tako je razlikovanje med PPD in drugimi tipi depresije pogosto nejasno (Globevnik Velikonja, 2009).

### 2.1.1 Naravna dogajanja in komplikacije po porodu

V poporodnem obdobju so možni zapleti in težave, ki se lahko pojavijo že med bivanjem v porodnišnici ali kasneje, ko je otročnica že v domači oskrbi: krvavitev, poporodni popadki, rana, ki je posledica raztrganine presredka po porodu, hemoroidi, zaprtje, ohlapna in manj vlažna nožnica, uhajanje urina, trde, preveč polne dojke, povišana telesna temperatura, utrujenost zaradi izčrpanosti in zahtev novorojenčka, poporodna depresija (Sredanovič et al., 2008, Kuhar, 2010). Fiziološke spremembe so posledica hormonskih sprememb in ko se porodi posteljica, se porodnica začne vračati v stanje, ki je bilo pred nosečnostjo. Drugi do četrty dan po porodu se poveča diureza - tudi do tri litre na dan, nivo hemoglobina v tem času nekoliko pade, nato pa se hitro povrne na nivo, ki je bilo pred nosečnostjo. Maternica se po porodu močno krči, iztiska krvne strdke in se v prvih šestih tednih zmanjša za polovico, šest tednov po porodu pa se vrne na normalno velikost. Izcedku iz maternice v tem času rečemo lohija ali čišča. Opazujemo barvo, količino, gostoto in vonj čišče. Prva menstruacija pri ženskah, ki ne dojijo se pojavi v povprečju po 59 dneh in do prve ovulacije v povprečju po 73 dneh. Funkcionalne spremembe urinarnega trakta se po porodu kmalu povrnejo na normalo, lahko pa začasno ostane zmanjšana občutljivost mehurja. Ohlapnost trebušne stene, strije in kožne pigmentacije se izgublajo počasi (Pajntar, Novak- Antolič, 2004, Kuhar, 2010). Dojka dozori šele v nosečnosti, po rojstvu posteljice prihaja do naglega padca koncentracije estrogena in progesterona v krvi in vzpostavi se laktacija. Prve tri tedne po porodu so dojke običajno trde in napete (Pajntar, Novak- Antolič 2004, Sredanovič et al., 2008). Zdrave otročnice imajo običajno normalno telesno temperaturo, krvni tlak od 120/60 do 140/90, pulz 60-80 udarcev na minuto. Vsaka povišana temperatura nad 37,5 lahko kaže na možnost infekcije, prav tako pa je potrebno posebno pozornost

nameniti ženskam, ki so v nosečnosti imele visok pritisk. Epiziotomska rana je lahko boleča in občutljiva, šivi se razgradijo deseti dan (Kraševac, 2004; Pajntar, Novak-Antolič 2004)

### 2.1.2 Poporodna otožnost

Med najblažje oblike poporodnih duševnih stisk sodi poporodna otožnost. Pojavi se drugi ali tretji dan po porodu in traja nekaj ur do nekaj dni. Pri tej stiski gre za simptome blažje depresivne simptomatike: nesposobnost koncentracije, občutljivost, razdražljivost, nenaden jok, žalost, osamljenost, tesnoba, slab spanec, pomanjkanje energije in volje, zaskrbljenost. Stanje lahko spremlja tudi glavobol. V svetu to stanje imenujejo »baby blues« (Troppan, 2007, Ušaj, 2009).

Poporodna otožnost je posledica spremembe v hormonskem ravnotežju. Nekateri strokovnjaki jo razlagajo kot posledico povečanega negativnega stresa med nosečnostjo in med rojevanjem, ki ga sproži spremenjena hormonska slika. Motnja običajno mine, ko se hormonsko ravnovesje zopet vzpostavi, zato lahko rečemo, da jo ženska prestane z lastnimi močmi (Ušaj, 2009). To se običajno zgodi v nekaj dneh in ne pušča posledic, ne zahteva nobenih ukrepov in velja za normalno psihološko reakcijo puerperija (Rapheal-Leff, 1991, povz. po Skočir, 2005a). Po novih izsledkih raziskav se poporodna otožnost pojavlja pri 15 - 85 % žensk v okviru 10 dni po porodu, z vrhom v petem poporodnem dnevu. Kljub prehodnemu značaju pa je njeno prepoznavanje klinično pomembno, ker naj bi odigrala vlogo tveganega dejavnika pri večanju napovednih možnosti pojava kasnejše PPD (Čelan Stropnik, Kodrić Lašič; 2009).

### 2.1.3 Poporodna depresija

V prvih šestih tednih po porodu, pa do prvega leta otrokove starosti, se po večini avtorjev pri 10 do 15 % mater pojavi prava PPD. Blinc Peskova (2009) navaja, da je v Sloveniji po raziskavi Milana Ličine in sodelavcev iz leta 1986 21 % porodnic blago, 9

% zmerno in 2.5 % porodnic hudo depresivnih. V letu 2005 pa je na Ginekološki kliniki v Ljubljani potekala druga raziskava, kjer so avtorice z EPDS vprašalnikom ugotavljale 21.3 % depresivnost žensk v poporodnem obdobju oz. pri 10,1 % žensk globljo depresivnost (Ličina, 2009).

Klinično se PPD ne razlikuje od depresij v drugih življenjskih obdobjih (Koprivnik, Plemenitaš, 2005; Skočir, 2005a; Koprivnik, Plemenitaš, 2009; Glavin, Ellefsen, Erdal, 2010; Fitelson et al., 2011) in vključuje najmanj dva tedna otožnosti ter najmanj štiri od naslednjih stanj: povečan ali zmanjšan apetit, motnje spanja, upočasnjenost, pomanjkanje energije, občutek manjvrednosti, motnje koncentracije in samomorilne misli (Fitelson et al., 2011). Nekateri avtorji opozarjajo na dodatne, specifične simptome PPD. Praviloma se PPD zdravi ambulantno s pomočjo psihoterapije in antidepressivov, včasih je potreben bolnišnični sprejem (Koprivnik, Plemenitaš, 2009). Ženskam s PPD pogosto svetujejo, da se pridružijo podporni skupini. Tam se lahko pogovorijo z ostalimi ženskami, ki so že doživele poporodne stiske (Troppan, 2007).

Dolgotrajna in nezdravljena depresija lahko posledično vpliva na otrokov razvoj, zdravje žensk in partnerski odnos (Wickberg, Hwang 2003; Campell et al. 2004; McLearn et al. 2006 povz. po Glavin et al., 2010). PPD izbruhne v času, ko se vzpostavijo temelji odnosa mati-otrok. Depresivne matere naj bi bile manj dovzetne za otroka in njegove potrebe (Beck, 1998, povz. po Skočir, 2005a; Field, 2010). Prav tako pa poporodno depresivne mame pogosteje poročajo o stresnem doživljanju sprememb v partnerstvu in družini po rojstvu otroka, parterja pogosto zaznavajo kot nerazumevajočega in nesuportivnega ter pogosteje poročajo o partnerskih težavah, v primerjavi z materami, ki so bile po porodu psihično zdrave (Strniša, 2009).

Beckova (2002) je definirala 13 poglobitvenih dejavnikov, ki lahko vplivajo na razvoj poporodne depresije. To so: zakonski stan, zadovoljstvo v partnerski zvezi, socialna podpora, socialno-ekonomski status, samospoštovanje, antenatalna depresija, antenatalna anksioznost, pretekla depresivna epizoda ali pretekla izkušnja poporodne

otožnosti, načrtovanost oz. zaželenost nosečnosti, negativni življenjski dogodki, stres v zvezi z nego otroka in otrokov značaj.

Preventiva PPD je zelo pomembna. Matere, ki so že prebolele PPD, si zaslužijo posebno pozornost zdravstvenih strokovnjakov in svojcev. Ni nujno, vendar se pri naslednjih porodih lahko depresija ponovno pojavi. Zato je tudi zelo pomembna priprava na porod in kasneje starševstvo. Pri nas se na predporodnih tečajih za mlade starše še vedno posveča veliko pozornosti porodu in negi novorojenčka, na pa tudi psihološkim spremembam, ki so vsaj tako velike in pomembne kot fiziološke spremembe. Nov družinski član zahteva čustveno zrelost in pripravljenost na spremembe (Blinc Pesek, 2009).

#### 2.1.4 Poporodna psihoza

Poporodna psihoza se pojavi pri eni ženski od tisoč porodnic, ne glede na deželo, iz katere prihaja in je najresnejša oblika poporodnih duševnih motenj. V 75 % se pojavi po prvem porodu, znaki pa se pokažejo v prvih dnevih oz. v prvem mesecu po porodu. Simptomatika je zelo pestra, podobna akutnim in prehodnim psihotičnim motnjam, shizofreniformnim psihozam, maniformnim psihozam, depresivnim psihozam, shizoafektivni psihozi, mešanemu tipu in drugemu (Ličina, 2009). V splošnem gre za izgubo stika z resničnostjo. Matere doživljajo poporodno psihozo kot neko silo, ki jim naroča, da počno stvari, ki jih normalno ne bi naredile. Take matere čutijo, da niso zmožne skrbeti zase in za otroka (Troppan, 2007; Ušaj, 2009). Dejavniki, ki napovedujejo poporodno psihozo so: duševna motnja v anamnezi, duševna motnja v družini, težak porod, nenačrtovan carski rez, stresni življenjski dogodki in pomanjkanje podpore (Troppan, 2007). Pri poporodni psihozi, ki je velikokrat napredovalo stanje poporodne depresije, je potrebna čimprejšnja psihiatrična intervencija. Grožnje s samomorom, samomorilne misli, misli na detomor predstavljajo izjemno veliko tveganje tako za mater kot za otroka. Zato je potrebno oba zaščititi, mater pa sprejeti v psihiatrično ustanovo (Ušaj, 2009). Ponekod v svetu (Velika Britanija, Francija, ZDA) obstajajo specializirani oddelki, kjer je ob podpori osebja možno sobivanje matere z

otrokom tudi v fazi hude depresije ali psihoze. Tako ni nepotrebne ločitve matere od otroka, kar pripomore k uspešnejšemu okrevanju. V Sloveniji takšne možnosti nimamo, zato so, kadar je to potrebno, mamice hospitalizirane kar na običajnih psihiatričnih oddelkih. Poporodna psihoza zahteva medikamentozno zdravljenje z ustreznim antipsihotikom ali kombinacijo zdravil. Dojenje se odsvetuje (Blinc Pesek, 2009).

## 2.2 PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO

Patronažno zdravstveno varstvo zajema aktivno zdravstveno in socialno varstvo posameznika, družine in skupnosti. Usmerjeno je v pospeševanje zdravja celotne populacije, preprečevaje bolezni in poškodb ter v zdravstveno nego bolnih in poškodovanih (Ramšak Pajk, 2012).

Organizirano je kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva na primarnem nivoju. Vodja patronažnega varstva je diplomirana medicinska sestra, v negovalni tim pa se poleg diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu lahko vključujejo tudi tehniki zdravstvene nege, ki izvajajo zdravstveno nego pacientov na domu (Šušteršič et al., 2006). V svetu poznajo tudi tako imenovano družinsko medicinsko sestro (family nurse), ki pa deluje podobno kot PMS - je del zdravstvenega in negovalnega tima, pogosto tesno sodeluje z zdravnikom družinske medicine in je nosilka predvsem preventivnih dejavnosti: zdravstvena vzgoja, promocija zdravja (Goličnik, 2006).

V patronažnem zdravstvenem varstvu se področje dela deli na: zdravstveno-socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti, zdravstveno nego otročnice in novorojenčka na domu ter zdravstveno nego bolnika na domu (Zavrl Džananović, 2010).

Preventivno zdravstveno varstvo na področju prenatalnega in postnatalnega varstva obsega:

- šest preventivnih patronažnih obiskov pri novorojenčku in dojenčku v prvem letu starosti in dva dodatna obiska pri dojenčkih slepih in invalidnih materah do dvanajstega meseca otrokove starosti,
- patronažni obisk pri otroku v drugem in tretjem letu starosti,
- patronažni obisk pri nosečnici,
- dva patronažna obiska pri otročnici,
- programirana zdravstvena vzgoja v družini, lokalni skupnosti in družinah (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2007).

### 2.2.1 Patronažna zdravstvena nega

Patronažna zdravstvena nega je posebna oblika zdravstvene nege, ki se izvaja na bolnikovem domu in v lokalni skupnosti oz. v okolju, kjer varovanci živijo. PMS se srečuje z varovancem, družino in skupnostjo v vseh življenjskih obdobjih in situacijah - tako v obdobju popolnega zdravja in blagostanja kot tudi v času bolezni, poškodb, nezmožnosti in socioekonomske stiske (Zavrl Džananović, 2010). Zdravstvena nega v patronažnem varstvu je integralni del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva. Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu mora na osnovi ugotovljenega zdravstvenega stanja pacienta ter stanj in razmer v družini pripraviti načrt zdravstvene nege pacienta in družine, sodeluje v diagnostično-terapevtskem programu, zdravstveni vzgoji, po potrebi koordinira delo z drugimi službami v zdravstvenem domu in izven njega ter organizira in nadzira oskrbo na domu (Železnik, 2011).

Medicinska sestra v patronažnem varstvu je nosilka patronažne zdravstvene nege posameznika, družine in lokalne skupnosti ter koordinira delo, zato načrtuje, izvaja in vrednoti zdravstveno nego. Zdravstveno-socialno obravnavo posameznika, družine in

skupnosti ter zdravstveno nego otročnice in novorojenčka na domu uvrščamo med preventivno dejavnost, zdravstveno nego pacienta na domu pa med kurativno dejavnost (Rajkovič, Šušteršič 2000 povz. po Železnik, 2011). Medicinska sestra v patronažnem varstvu je članica negovalnega in zdravstvenega tima, deluje na vseh ravneh zdravstvene vzgoje: primarni, sekundarni in terciarni ter promovira zdravje pri posamezniku, družini in celotni populaciji (Šušteršič et al., 2006).

V celotnem procesu patronažne zdravstvene nege je subjekt obravnave posameznik, njegova družina in skupnost. Procesna metoda dela je enoten metodološki pristop, ki se uporablja pri obravnavi vseh treh skupin (Šušteršič et al., 2002 povz. po Šušteršič et al., 2006). Obravnavani so v okolju, kjer bivajo, se učijo, igrajo in delajo. Njihovo obravnavo patronažna medicinska sestra načrtuje na osnovi Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2007). Po teh pravilih pripadata otročnici dva obiska patronažne medicinske sestre (Zavrl Džananović, 2010).

### 2.2.2 Patronažna zdravstvena nega otročnice

Poporodno dobo imenujemo dobo po porodu, v kateri izginijo spremembe, ki so nastale v času nosečnosti in poroda. Poporodna doba se začne tri ure po iztrebitvi placente in traja šest tednov po porodu. Ženska se imenuje otročnica (Kraševc, 2004; Berčič, Boh, 2008). Prvi obisk PMS pri otročnici je običajno že prvi dan po prihodu domov. Prvi kontakt in dobra komunikacija sta pomembna, da se med patronažno medicinsko sestro in otročnico vzpostavi medsebojno zaupanje (Berčič, Boh, 2008). Nosečnost in porod sta za otročnico velik psihični in fizični napor, pogosto se iz porodnišnice vračajo izčrpane, neprespane in zaskrbljene za otroka, imajo občutek tesnobe. PMS mora to stanje razumeti, pri otročnici si mora pridobiti zaupanje, jo spodbujati in jo opogumljati (Kraševc, 2004).

PMS ima v poporodnem obdobju specifične naloge pri obravnavi otročnice: telesni pregled otročnice (dojke, fundus uterusa, čišča, epizitomijske ali sekcijske rane),



kontrola vitalnih funkcij (temperatura, krvni tlak), svetovanje glede nege in pregleda dojk, svetovanje glede nege epizitomijske ali sekcijske rane, nadzor nad izločanjem blata in urina, svetovanje glede dnevnega počitka in spanja, svetovanje glede vaj mišic medeničnega dna, izvajanje nalog v družini z novorojenčkom na podlagi individualnih potreb in problemov, napotitev na poporodni ginekološki pregled in v otroško posvetovalnico (Sirk, Mernik Merc, 2009). Skupaj z otročnico in njeno družino PMS načrtuje, postavlja cilje ter vrednoti zdravstveno stanje in rezultate zdravstvene nege. Za doseg ciljev obravnava otročnico individualno in celostno.

Cilji patronažne zdravstvene nege v obravnavi otročnice so: normalen krvni tlak in telesna temperatura; ustrezna navezanost med materjo in novorojenčkom; ustrezna družinska skupnost; zadovoljene psihične in socialne potrebe otročnice; pravilna prehrana in hidracija; normalno izločanje urina in blata; primarno celjenje epizitomijske rane; dobro počutje otročnice; dobra fizična in psihična kondicija; pravilna involucija uterusa in normalna čišča; seznanjenitev otročnice s fiziološkimi spremembami v poporodnem obdobju; usposobiti otročnico za samoopazovanje in samooskrbo; usposobiti otročnico za skrb in oskrbo novorojenčka; seznanititev otročnice s pomenom in vlogo starševstva; neobremenjenost otročnice z dodatnimi aktivnostmi; humano okolje in informirani starši (Berčič, Boh, 2008).

Cilj drugega preventivnega patronažnega obiska otročnice je ohraniti in krepiti zdravje ter preprečevati bolezni otročnice in novorojenčka. Cilj je dosežen, ko so družinski člani in otročnica zdravstveno vzgojeni (ibid.).

Hospitalizacija po porodu se je skrajšala na tri dni in ne zajema več obdobja, ko se pojavljajo prvi znaki poporodnih duševnih motenj. Tako je prepoznavanje poporodnih duševnih motenj popolnoma odvisno od pozornosti partnerja in družine. Pomembno vlogo v tem obdobju ima tudi PMS, ki porodnico obiskuje (Steblovnik, Novak Antolič, Blinc Pesek, 2009).

Kadar pa je pri otročnici že znana duševna motnja v poporodnem obdobju se PMS informira o njenem trenutnem psihofizičnem stanju in predpisani terapiji pri lečečem zdravniku ali psihiatru. Priporočljivo je, da je ob obisku prisoten partner oz. pomemben drugi, ki pomaga razbremeniti otročnico. V primeru težav lahko izbrani zdravnik otročnice izda delovni nalog, na katerem je opredeljeno število in pogostost patronažnih obiskov ter dejavnosti, ki jih je potrebno opraviti na patronažnem obisku (Sirk, Mernik Merc, 2009).

### **2.3 STROKOVNI PRISTOPI PREPOZNAVANJA DUŠEVNIH STISK V POPORODNEM OBDOBJU**

Pristopi in metode dela, ki patronažni medicinski sestri omogočijo prepoznavanje in lajšanje duševnih stisk v poporodnem obdobju, so:

- proces zdravstvene nege in procesna metoda dela,
- teoretični model Hildegard E. Peplau,
- terapevtska komunikacija,
- timsko delo v zdravstvenem in multidisciplinarnem timu (Kum, 2004 cit. po Emeršič, 2009).

#### 2.3.1 Proces zdravstvene nege in procesna metoda dela

„Proces zdravstvene nege je sodobni metodološki pristop v zdravstveni negi, ki temelji na sistematični, logični in racionalni metodi dela za ugotavljanje in reševanje težav in problemov posameznikov in skupin, za katere je pristojna in odgovorna medicinska sestra. Ta metodološki pristop narekuje in obvezuje način delovanja ter omogoča individualno in celovito obravnavo posameznika in skupine“ (Hajdinjak, Meglič, 2006, str. 61).

Hajdinjakova in Megličeva (2006) navajata, da proces zdravstvene nege predstavlja neprekinjen način ugotavljanja potreb po zdravstveni negi bolnika, družine in skupnosti.

Omogoča sistematičnost, dinamičnost, prožnost pri delu s pacientom, usmerjenost k pacientu, upoštevanje pacienta kot celovite in individualne osebnosti, njegove aktivne vloge in enakovrednost v zdravstveni negi. Procesna metoda dela predstavlja delovni okvir in smernice za sistematično zdravstveno nego: je orodje in hkrati metodologija. Faze procesa zdravstvene nege so: 1. ocenjevanje, 2. negovalna diagnoza, 3. cilji, 4. načrtovanje, 5. izvajanje, 6. vrednotenje.

Patronažna zdravstvena nega se izvaja po procesni metodi dela. Prednosti procesne metode dela; omogoča sistematično, organizirano in kontinuirano zdravstveno nego; preprečuje opuščanja ali nepotrebna ponavljanja aktivnosti; zagotavlja kakovostno zdravstveno nego; povečuje zadovoljstvo medicinskih sester ob spoznanju učinkovitosti in uspešnosti svojega dela; obvezuje dokumentiranje, ki omogoča vidnost in razpoznavnost aktivnosti zdravstvene nege in vpogled zapisanih informacij vsem članom tima zdravstvene nege in zdravstvenega tima ob vsakem času; spodbuja sodobnejšo organizacijo zdravstvene nege; vpliva na izobraževanje in strokovno izpopolnjevanje medicinskih sester; doprinaša k profesionalizaciji stroke; omogoča individualno in celovito obravnavo pacienta; izboljšuje komunikacijo s pacientom, njegovimi svojci ter sodelavci; spodbuja pacienta k aktivnemu sodelovanju, kar mu daje občutek upoštevanje njegove individualnosti, pomembnosti in odgovornosti (Hajdinjak, Meglič, 2006).

Načrt zdravstvene nege obsega: ugotavljanje potreb po zdravstveni negi - negovalne diagnoze, načrtovanje zdravstvene nege- postavljanje ciljev in izvajanje intervencij ter vrednotenje in dokumentiranje (Berčič, Boh, 2008).

### 2.3.2 Teoretični model Hildegard E. Peplau in terapevtska komunikacija

Hildegard Peplau je bila prva, ki je razvila in objavila teorijo zdravstvene nege. Njeno teoretično delo je prineslo spremembe predvsem na področju psihiatrične zdravstvene nege, uspešno pa ga lahko uporabljamo tudi na drugih področjih zdravstvene nege.

Poudarek je na medosebnem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. Bistvo njenega razmišljanja je, da je potrebno pacienta sprejeti kot enkratno celovito osebnost, ga sprejeti brez predsodkov in mu vedno znati prisluhniti. V središču njene teorije so: psihodinamična zdravstvena nega ter faze odnosa med medicinsko sestro in pacientom in vloge, ki jih v medosebnem odnosu prevzema medicinska sestra (Hajdinjak, Meglič, 2006).

Teorija H. Peplau spada med interakcijske teorije. Poudarja pomen medsebojnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom. Ta se odvija v štirih fazah: orientacija, identifikacija, interakcija in razrešitvena faza. Medicinska sestra skozi faze prevzema različne vloge, kot so vloga tujca, informatorja, vzgojitelja in učitelja, vloga svetovalke, izvajalke zdravstvene nege in tudi vloga nadomestne osebe. Po tej teoriji patronažna medicinska sestra ne vidi človeka zgolj kot posameznika, temveč tudi kot družino (Ramšak Pajk, 2012). Vsebinski vodja obravnave je pacient, PMS je koordinator poteka interakcijskih faz in jih tudi vodi. Medosebni odnos, ki se med njima vzpostavi, je priložnost za rast in razvoj obeh. PMS pacienta vodi, spodbuja, uči, svetuje k rešitvi problema, do česar pride pacient vedno sam, vendar pa se namesto njega ne odloča in mu ne ukazuje kako rešiti problema (Peplau, 1952; Ramšak Pajk, 2000, povz. po Ramšak Pajk, 2013). Medicinska sestra v patronažnem varstvu pogosto nastopa kot tujka, zato je pomembno, da ustvari okolje, ki gradi zaupanje, na ta način bosta z otročnico vzpostavili terapevtski odnos. Vloga učiteljice, informatorke in vzgojiteljice zagotavlja podajanje specifičnih informacij, ki jih družina potrebuje, medicinska sestra kot svetovalka pa pomaga mladi družini razumeti trenutne življenjske situacije (Ramšak Pajk, 2012).

V zdravstveni negi je medosebni odnos (interakcija) med medicinsko sestro in pacientom imenovan terapevtski odnos. Za razliko od socialnih odnosov mora imeti svoj namen, to je k pacientu usmerjeno komuniciranje in vsebine, ki so povezane z zdravjem (Hajdinjak, Meglič, 2006). Komunikacija s pacienti, svojci in pomembnimi drugimi je sestavni del poklicnega delovanja medicinske sestre. Informacije za pacienta, svojce in sodelavce se posredujejo prek besedne in nebesedne komunikacije (Čuk, 2005). Terapevtska komunikacija je proces, ki zajema skupno doseganje ciljev v

razmerju med medicinsko sestro in pacientom, kjer sta oba enakovredna in aktivna udeleženca in spoštujeta medsebojni odnos. V ospredje postavlja skupno delovanje medicinske sestre in pacienta za doseganje ciljev negovalnega procesa (Kogovšek, 2010).

Značilnosti terapevtskega komuniciranja so: usmerjenost v pacienta, usmerjenost k cilju, empatija, spoštovanje, sprejemanje, zaupnost, samorazkrivanje (Kogovšek, 2010). Tehnike terapevtske komunikacije so: poslušanje, uvodni stavki, postavljanje vprašanj, besedna vodila, tišina (Gorše Muhič, 1999, povz. po Lupša, 2009).

PMS obiskuje družino in otročnico le določen čas - po pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja- pa vendar mora v kratkem času z njimi vzpostaviti tak odnos, da jo bodo lahko sami poklicali, kadar ne bodo zmogli ali znali reševati morebitnih stisk ali težav. PMS jim bo strokovno svetovala in jih, če bo potrebno, usmerila k iskanju ustrezne pomoči (Emeršič, 2009).

### 2.3.3 Presejalni testi za poporodno depresijo

Če zdravstveni sistem ne predvideva rutinskega presejanja za PPD, 50 % primerov ostane nediagnosticiranih in posledično nezdravljenih (Beck, Gable, 2001 povz. po Skočir, 2005b, Mivšek, Zakšek, 2012) ženske pa zaradi strahu pred stigmatizacijo redko poiščejo pomoč same. K slabim rezultatom odkrivanja PPD prispevajo tudi zdravstveni delavci, ki podcenjujejo žalost in jo imajo za normalno, hormonsko pogojeno težavo puerperija. Prav zato mnogi avtorji trdijo, da bi bilo potrebno načrtno presejanje in odkrivanje žensk s tveganjem na PPD (McCarthy, 1998 povz. po Skočir, 2005b). Presejanje na težave v duševnem zdravju med nosečnostjo in po porodu se izvaja z različnimi instrumenti: kliničnim pregledom, pogovorom, psihološkimi, sociološkimi ter psihiatričnimi testi. Kot najbolj učinkovite pa so se izkazale ocenjevalne in samoocenjevalne lestvice, ki so prilagojene za odkrivanje poporodnih depresij (Skočir, 2005b; Mivšek, Zakšek, 2012).

V svetu se je zadnjih dvajset let najbolj uveljavil Edinburški vprašalnik (Edinburg Postnatal Depression Scale, EPDS), ki ga je leta 1987 v Angliji razvil Cox s sodelavci, da bi ga lahko uporabljali zdravstveni delavci v osnovnem zdravstvu za odkrivanje PPD. Vsebuje 10 vprašanj, vsako vprašanje ima 4 možne odgovore, ovrednotene z Likertovo lestvico strinjanja. Vprašanja pokrivajo naslednje teme: nezmožnost za smeh in veselje, občutke krivde, občutki tesnobe in zaskrbljenosti, občutki, da so stvari neobvladljive, oteženo spanje zaradi nesrečnega počutja, žalost, jok, samomorilne misli. Maksimalni seštevek vprašanj je 30 točk, ženske, ki zberejo 12 - 13 točk, so v nevarnosti za razvoj PPD. Test je enostaven za interpretacijo, zato ga lahko uporabljajo tudi zdravstveni delavci, ki nimajo posebnega znanja iz psihiatrije (ibid.). Ta vprašalnik je od leta 2005 preveden v slovenščino, vendar rutinsko ni v uporabi (Koprivnik, Plemenitaš, 2009). Po trditvah Koprivnikove in Plemenitaševe je pri nas možnosti za uporabo EPDS-ja kar nekaj: najbolj smiselno se jima zdi reševanje omenjenega vprašalnika pri rednem ginekološkem pregledu šest tednov po porodu, saj bi na ta način bi zajeli vse ženske, ki rodijo - dodatne možnosti pa se ponujajo z vključitvijo patronažne službe na terenu ali reševanje EPDS-ja v okviru enega od zgodnjih posvetov pri pediatru (ibid.). Tudi norveške študije o uporabi EPDS vprašalnika ugotavljajo, da je le-ta dragocena presejalna metoda, da pa je pri njeni uporabi ključnega pomena dodatno usposabljanje zdravstvenih delavcev, ki ga uporabljajo v praksi (Glavin, Ellefsen, Erdal, 2010)

PMS lahko, kot pomoč pri oceni duševnega zdravja otročnice služi vprašalnik "SZO/EURO lestvica dobrega počutja". Nahaja se v Materinski knjižici (Japelj et al., 2004). Vprašalnik je sestavljen iz petih trditev, otročnica pa izbere vrednost, ki najbolje označuje njeno počutje v zadnjih dveh tednih. V primeru, da otročnica zbere 7 točk ali manj, naj bi poiskala strokovno pomoč (Steblovnik, Novak Antolič, Blinc Pesek, 2009).

#### 2.3.4 Timsko delo

Timska organiziranost dela se je v zdravstvu razvila v zadnjih 40-ih letih. Ugotovili so, da zahteve po čim hitrejšem in kakovostnejšem obravnavanju bolnika narekujejo sodelovanje različnih strokovnjakov (Grabec, 1989, povz. po Dovč, 2005). Namen timskega dela je k posamezniku, družini in skupnosti usmerjena zdravstvena nega, ki si za cilj zada doseganje optimalnega zdravja (Satler, 2010).

V patronažni dejavnosti predstavlja timsko delo redno obliko dela in je v patronažnem varstvu nepogrešljiva. PMS kot članica negovalnega in zdravstvenega tima sodeluje s svojimi sodelavci, najpogosteje z zdravniki družinske medicine in splošnimi zdravniki ter drugimi strokovnjaki. Z njimi si izmenjujejo svoje izkušnje, znanje, med seboj si pomagajo z nasveti (Goličnik, 2006; Lupša, 2009). Struktura tima se prilagaja potrebam posameznega pacienta in njegovim bližnjim. V patronažni zdravstveni negi se uveljavlja interdisciplinarni tim, saj ga sestavljajo strokovnjaki iz različnih področij, kar omogoča najkakovostejši pristop k reševanju problemov (Satler, 2010). V Sloveniji posvečamo veliko pozornosti telesnemu zdravju nosečnice in otročnice, sami skrbi za novorojenčka in negi, ne pa tudi duševnemu zdravju v občutljivem poporodnem obdobju (Troppan, 2007). Za žensko med nosečnostjo, porodom in v obdobju po porodu skrbi 4 - 5 zdravstvenih strokovnjakov; še več, če gre za kakršnekoli komplikacije, zato ženske težko vzpostavijo zaupen odnos z njimi. Za vzpostavitev zaupnega odnosa bi bila primernejša neprekinjena skrb enega zdravstvenega strokovnjaka, kar dokazano prispeva k dobremu počutju žensk, pomaga pri preprečevanju in/ali zgodnjem odkrivanju stisk in pri učinkovitejšem zdravljenju (Mivšek, Hundley, Kiger, 2008; Drglin, 2009).

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen raziskave diplomskega dela je v teoretičnem delu predstaviti obporodne duševne stiske v povezavi s patronažno zdravstveno nego otročnice ter z raziskavo preučiti vlogo PMS ob poporodnih stiskah otročnic in potrebe otročnic po svetovanju in podpori glede obporodnih stisk.

Cilji raziskave so:

- C 1: Ugotoviti mnenja PMS o potrebah otročnic po svetovanju in podpori ob poporodnih stiskah (poporodni otožnosti, depresiji).
- C 2: Ugotoviti mnenja PMS o usposobljenosti za prepoznavanje, svetovanje in podporo otročnicam ob poporodnih stiskah.
- C 3: Ugotoviti potrebe otročnic po svetovanju in podpori ob poporodnih stiskah.
- C 4: Ugotoviti ali obstajajo statistično pomembne razlike med mnenjem PMS in otročnic o potrebah otročnic v obravnavi poporodnih stisk.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kako pogosto se PMS srečujejo s poporodnimi stiskami otročnic na svojem terenu?
2. V kolikšni meri PMS pri svojem delu uporabljajo presejalne teste za ugotavljanje poporodne depresije?
3. V kolikšni meri PMS prepoznajo poporodne stiske in koliko pozornosti, časa in podpore v zvezi s tem na obiskih namenijo otročnicam?
4. Kakšno je mnenje PMS o lastnem znanju in usposobljenosti za svetovanje materam o poporodnih stiskah?



5. V kolikšni meri so otročnice seznanjene z vprašalnikom za ugotavljanje poporodne depresije?
6. Kakšne so potrebe otročnic v obravnavi poporodnih stisk?
7. Ali obstajajo statistično pomembne razlike med mnenjem PMS in otročnic v obravnavi poporodnih stisk?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabljena je bila deskriptivna opisna metoda kvantitativnega empiričnega raziskovanja. Za teoretični del diplomske naloge in anketni vprašalnik smo zbrali podatke s pomočjo pregleda domače in tuje znanstvene in strokovne literature na temo diplomskega dela. Iskanje podatkov je potekalo v podatkovnih bazah in na svetovnem spletu CINAHL, COBISS in PUBMED. Uporabljene so bile ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku: patronažna zdravstvena nega, patronažna medicinska sestra, otročnica, poporodno obdobje, poporodna otožnost, poporodna depresija, postnatal period, home care nurse, midwifery, postnatal depression, depression after childbirth, »baby blues«, home care.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili metodo anketiranja v obliki pisnega vprašalnika. En vprašalnik je bil namenjen otročnicam, drugi PMS. Anketni vprašalnik za otročnice je bil namenjen otročnicam, ki so prišle na prvi ginekološki pregled po porodu in sicer v treh ginekoloških ambulantah Osnovnega zdravstva Gorenjske (OZG), v organizacijskih enotah (OE) Zdravstveni dom (ZD) Kranj, OE ZD Škofja Loka in OE ZD Jesenice. Prvi del vprašalnika je bil namenjen ugotavljanju socialno-demografskih podatkov (starost, stopnja izobrazbe, število otrok, kraj bivanja, zaposlitveni status, stan). Drugi sklop je vseboval vprašanja, ki se nanašajo na pomoč pri skrbi dojenčka, gospodinjstvu,

potrebah otročnic, materinstvu in partnerskem odnosu, pojavu poporodnih stisk in na vlogo PMS pri obravnavi potreb otročnic. V tretjem sklopu pa so anketiranke reševale vprašalnik SZO/EURO lestvico dobrega počutja.

Drugi vprašalnik, ki je bil namenjen PMS na Gorenjskem – iz OE ZD Kranj, in OE ZD Škofja Loka ter zasebnim PMS, ki delujejo na področju Upravne enote (UE) Kranj, je prav tako vseboval v prvem delu demografske podatke. Zanimala nas je starost anketiranih in delovna doba. Drugi sklop je predstavljal vprašanja o poznavanju poporodnih duševnih stisk, pomembnost timskega sodelovanja in terapevtskega odnosa, v tretjem sklopu pa nas je zanimala uporaba presejalnih testov za ugotavljanje poporodnih stisk. Zanimal nas je tudi čas, ki ga je PMS namenila potrebam otročnic. V zadnjem delu pa nas je zanimalo mnenje PMS glede znanja in svetovanja materam o poporodnih stiskah. Vprašalnika smo sestavili s pomočjo pregleda domače in tuje literature (Japelj et al., 2004; Skočir, 2005b, 2006; Mivšek, Hundley, Kiger, 2008; Koprivnik, Plemenitaš, 2009; Glavin, Ellefsen, Erdal, 2010).

Zanesljivost merskega instrumenta smo ugotavljali na podlagi izračuna koeficienta Cronbach alfa. Rezultati v tabeli 1 prikazujejo, da je koeficient Cronbach alfa pri 4 sklopih presegel vrednost 0,7, kar v strokovni literaturi predstavlja dovolj visoko stopnjo zanesljivosti vzorca (Streiner, Norman, 2003).

Tabela 1: Zanesljivost merskega instrumenta

Sklop	Število trditev	Koeficient Cronbach alfa
Koliko se strinjate z trditvami glede pomoči pri skrbi za dojenčka, gospodinjskih opravilih, vaših potrebah?	9	0,704
Komu in kako pogosto bi lahko zaupali svoje težave in probleme, stiske, doživljanja po porodu?	10	0,737
Koliko se strinjate z naslednjimi trditvami glede obiskov PMS?	11	0,898
Počutje otročnic	5	0,733

### 3.3.3 Opis vzorca

Nenaključni, namenski vzorec je zajel patronažne medicinske sestre in otročnice. Raziskavo smo izvedli med patronažnimi medicinskimi sestrami zaposlenimi v OZG OE ZD Kranj, zasebnimi patronažnimi medicinskimi sestrami, ki delujejo na področju UE Kranj in patronažnimi medicinskimi sestrami v OE ZD Škofja Loka ter med otročnicami, ki so prišle na prvi poporodni ginekološki pregled, približno 6 tednov po porodu v ginekološko ambulantno OE ZD Kranj, OE ZD Škofja Loka in OE ZD Jesenice. V raziskavo je bilo vključenih 33 patronažnih medicinskih sester- 20 patronažnih sester OE ZD Kranj, 6 zasebnih patronažnih medicinskih sester, ki delujejo na področju UE Kranj ter 7 patronažnih medicinskih sester, ki so zaposlene v OE ZD Škofja Loka. Izpolnjene vprašalnike jih je vrnilo 23, kar pomeni 69, 69 % realizacijo vzorca.

Povprečna starost anketiranih patronažnih medicinskih sester je bila 45 let, najmlajša je bila stara 35 let, najstarejša pa 56 let. V povprečju so imele anketirane PMS 14 let delovne dobe v patronaži, najmanj tri leta in največ 35 let.

Otročnicam je bilo razdeljenih 100 anketnih vprašalnikov, izpolnjene vprašalnike jih je vrnilo 88, kar pomeni 88 % realizacijo vzorca. Povprečna starost anketirank je bila 29 let, najmlajša je imela 19 let, najstarejša pa 41 let. Več kot polovica anketirank je imelo višjo, visoko šolo ali fakulteto (52,3 %), 42 % otročnic je imelo dokončano poklicno ali srednjo šolo, magisterij ali doktorat so imele 4 anketirane otročnice (4,5 %), ena anketiranka pa je imela nedokončano osnovno šolo oz. osnovno šolo. 54,5 % anketirank je imelo enega otroka, dva otroka je imela tretjina anketirank (33 %), tri otroke je imelo 10,2 % anketirank, 1,1 % (ena) anketiranka je navedla, da ima 4 in 1,1 % (ena) 6 otrok. 43,2 % anketiranih otročnic je živelo v mestu, 40,9 % na vasi, 15,9 % pa v primestju. Skoraj dve tretjini (64,8 %) anketirank je bilo zaposlenih, 27,3 % je bilo brezposelnih, 5,5 % anketirank so bile študentke, dve anketiranki pa sta se opredelili pod "drugo". Polovica anketirank (50,0 %) je bila poročena, druga polovica (50,0 %) pa živi v izvenzakonski skupnosti. Več kot tri četrtine (77,3 %) anketirank je živelo s partnerjem,

15,9 % jih je živel pri partnerjevih starših, 6,8 % pa jih je živel pri svojih starših oz. samih z otrokom.

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo v aprilu in maju 2013. Pred začetkom razdeljevanja vprašalnikov smo pridobili soglasja s strani raziskovalnega okolja. Vprašalnice otročnicam so razdelile medicinske sestre v ginekoloških ambulantah OE ZD Kranj, OE ZD Škofja Loka in OE ZD Jesenice, ki so bile v tem obdobju slučajno na pregledu v ginekološki ambulanti. Otročnice, ki so sodelovale v raziskavi, so bile informirane o možnosti zavrnitve sodelovanja v raziskavi ter o namenu in vsebini raziskave. Zagotovljena je bila anonimnost (rešeno nepodpisano anketo so anketiranke vrnile medicinski sestri v zaprti ovojnici), upoštevan je bil kodeks etike za medicinske sestre. Vprašalnice za PMS smo razdelili sami. Tudi njim je bila zagotovljena anonimnost in podana informacija o možnosti zavrnitve sodelovanja v raziskavi ter namen in vsebina raziskave.

Pridobljene podatke smo statistično obdelali s programskim paketom SPSS v17.0. Spremenljivke smo predstavili z osnovnimi statističnimi parametri frekvenčnimi porazdelitvami in odstotki, povprečnimi vrednostmi in standardnimi odkloni. Statistično pomembne razlike smo preverili s testiranjem razlik povprečij s t-testom za neodvisne vzorce, računali smo Spearmanov korelacijski koeficient. Statistično pomembnost je predstavljala p vrednost  $\leq 0,05$ . Podatke smo predstavili s pomočjo tabel.

## 3.4 REZULTATI

### 3.4.1 Rezultati PMS

PMS smo povprašali, s katero definicijo bi najbolje opisali PPD. 52,2 % PMS je odgovorilo, da se PPD začne 3 - 6 dan po porodu in se konča v enem letu, 21,7 % PMS

se je strinjala, da se PPD začne v 1. letu po porodu in se konča do 3. leta, 17,4 % PMS pa, da se PPD začne v prvem letu po porodu in se konča v nekaj mesecih. Brez odgovora sta bili dve anketiranki (tabela 2).

Tabela 2: Definicija, ki po mnenju PMS najbolj opiše PPD

	definicija	f	f %
	Začne se v 1. letu po porodu in se konča do 3. leta	5	21,7
	Začne se 3-6 dan po porodu in se konča v enem letu	12	52,2
	Začne se v prvem letu po porodu in se konča v nekaj mesecih	4	17,4
	Skupaj	21	91,3
Manjkajoči	Brez odgovora	2	8,7
Skupaj		23	100,0

f = frekvenca; f % = odstotek

Mnenja PMS o pogostosti zbolevanja za PPD kaže tabela 3. 60,9 % PMS meni, da je pogostost zbolevanja za poporodno PPD 2 %, 39,1 % PMS pa meni, da je pogostost 10 do 15 %. Za možnost odgovora 40 % in 70 – 75 % se ni odločila nobena od anketirank.

Tabela 3: Pogostost zbolevanja za PPD

Pogostost zbolevanja	f	f %
2 %	14	60,9
10-15%	9	39,1
40 %	0	0
70 – 75 %	0	0
Skupaj	23	100,0

f = frekvenca; f % = odstotek

PMS smo prosili, da po pomembnosti razvrstijo telesne oz. psihične znake, ki pri otročnici kažejo na možnost pojava PPD. Tabela 4 kaže razvrstitev znakov od najmanj pomembnega znaka (0) do najbolj pomembnega (9). Kot najbolj pomemben znak so razvrstile samomorilne misli (PV= 7, 04), so pa v tem mnenju najmanj enotne (SO = 3,36). Najmanjšo pomembnost pa so pripisale glavobolu (PV = 1,65).

Tabela 4: Telesni oz. psihični znaki, ki po mnenju PMS kažejo na PPD

znaki	f	PV	Mediana	Modus	SO	Minimum	Maksimum
utrujenost	23	3,78	3,00	1	2,828	0	9
glavobol	23	1,65	1,00	0	2,058	0	7
otožnost	23	4,13	4,00	2	2,599	0	9
nespečnost	23	4,52	4,00	7	2,520	0	9
neješčnost	23	4,65	5,00	6	2,622	0	9
občutek krivde	23	4,22	4,00	5	1,858	0	8
izolacija	23	4,26	4,00	4	2,580	0	9
pomanjkanje koncentracije	23	5,00	5,00	7	2,486	0	8
anksioznost	23	5,74	7,00	8	2,911	0	9
samomorilne misli	23	7,04	9,00	9	3,364	0	9

f = frekvenca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Tabela 5 kaže število otročnic, ki so po mnenju PMS imele PPD.

Tabela 5: Število otročnic v zadnjem letu, ki so po mnenju PMS imele PPD

Število otročnic	f	f %
0	8	34,8
1	5	21,7
2	8	34,8
4	1	4,3
Skupaj	22	95,7
Manjkajoči Brez odgovora	1	4,3
Skupaj	23	100,0

f = frekvenca; f % = odstotek

34,8 % PMS v zadnjem letu ni obravnavalo otročnic s PPD, 21,7 % PMS je imelo en tak primer, 34,8 % PMS je imelo dva taka primera, ena PMS pa je imela štiri primere otročnic, za katere bi lahko trdila, da so imele PPD. Ena anketiranka na to vprašanje ni odgovorila.

V tabeli 6 je prikazano, kako so PMS ocenjevale, kdo so po njihovem mnenju ključne osebe pri prepoznavanju PPD in sicer so jih morale razvrstiti od 1 (najmanj pomembna

oseba) do 6 (najbolj pomembna oseba). PMS so kot najbolj pomembni osebi navedle partnerja (PV = 4,48) in PMS (PV = 4,45), najmanj pa osebnega zdravnika (PV = 2,50).

Tabela 6: Ključne osebe pri prepoznavanju PPD

Ključne osebe	f	PV	Mediana	Modus	SO	Minimum	Maksimum
partner	23	4,48	5,00	5 <sup>a</sup>	1,806	1	6
ostali družinski člani in prijatelji	22	3,77	4,00	4	1,020	2	5
patronažne medicinske sestre	22	4,45	4,50	6	1,535	1	6
ginekologi	22	2,73	2,50	2	1,453	1	6
osebni zdravnik	22	2,50	2,00	2	1,225	1	5
strokovni delavci (psiholog, socialni delavec...)	22	2,91	3,00	1	2,022	1	6

a. Obstaja več modusov, prikazana je najnižja vrednost; f = frekvenca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

V tabeli 7 so prikazane ocene pomembnosti timskega sodelovanja (z medicinski sestrami, zdravniki, ginekologi, pediatri, ostalimi strokovnjaki) in terapevtske komunikacije (poslušanje, postavljanje vprašanj, tišina ...) pri delu v patronažni dejavnosti z vidika poporodnih težav – otožnosti, depresije. Da se jim zdi terapevtska komunikacija zelo pomembna je odgovorilo 87 % anketirank, nobena PMS terapevtske komunikacije ni opredelila kot nepomembno, prav tako so v visokem odstotku - 82,6 % navedle, da se jim zdi timsko sodelovanje v zdravstvenem timu zelo pomembno. Nobena PMS pa ni navedla, da je timsko sodelovanje nepomembno.

Tabela 7: Ocena pomembnosti terapevtske komunikacije in timskega dela

	Terapevtska komunikacija		Timsko sodelovanje v zdr.timu	
	f	f%	f	f%
Nepomembno	0	0	0	0
Pomembno	3	13,0	4	17,4
Zelo pomembno	20	87,0	19	82,6
Skupaj	23	100,0	23	100,0

f = frekvenca; f % = odstotek

Tabela 8 razkriva, kako pogosto PMS uporabljajo pri svojem delu presejalne teste. 87 % PMS pri svojem delu rutinsko ne uporablja testov za odkrivanje PPD pri nosečnicah in otročnicah, 4,3 % PMS ga uporablja pogosto, 8,7 % PMS pa včasih. Vse tri PMS, ki pri svojem delu pogosto oziroma včasih uporabljajo teste za odkrivanje PPD, so odgovorile, da uporabljajo »Vprašalnik SZO/EURO lestvica dobrega počutja«. PMS, ki nikoli ne uporabljajo testov, smo zastavili odprto vprašanje, zakaj testov ne uporabljajo. Na vprašanje je odgovorilo 14 anketirank. Odgovore smo strnili v tri skupine: nepoznavanje testov (7 odgovorov), odkrivanje depresije brez vprašalnikov (na druge načine - npr. s pogovorom- 5 odgovorov), redki primeri depresije (2 odgovora).

Tabela 8: Pogostost uporabe testov za odkrivanje PPD

<b>Uporaba testov za PPD</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>
pogosto	1	4,3
včasih	2	8,7
nikoli	20	87,0
Skupaj	23	100,0

f = frekvenca; f % = odstotek

Tabela 9 kaže mnenje PMS o usposobljenosti za prepoznavanje in svetovanje glede porodnih stisk otročnic. 39,1 % PMS meni, da so dovolj usposobljene za prepoznavanje obporodnih stisk otročnic, 17,4 % PMS meni, da niso, 43,5 % PMS pa ni znalo odgovoriti na vprašanje. 30,4 % PMS meni, da so dovolj usposobljene za svetovanje otročnicam glede obporodnih stisk, 21,7 % PMS meni, da niso, 47,8 % PMS pa ni znalo odgovoriti na vprašanje.

Tabela 9: Mnenje PMS o usposobljenosti za prepoznavanje in svetovanje otročnicam glede PPD

	<b>usposobljenost za prepoznavanje</b>		<b>usposobljenost za svetovanje</b>	
	<b>f</b>	<b>f %</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>
Da	9	39,1	7	30,4
Ne	4	17,4	5	21,7
Ne vem	10,0	43,5	11,0	47,8
Skupaj	23	100,0	23	100,0

f = frekvenca; f % = odstotek



Rezultati v tabeli 10 prikazujejo, kje črpajo PMS znanje glede obporodnih stisk. 82,6 % PMS črpa znanje iz poklicnih izkušenj ter prav tako 82,6 % z izmenjavo mnenj med sodelavci, 78,3 % PMS pridobiva znanje iz strokovne literature, 65,2 % PMS na strokovnih izobraževanjih oz. seminarjih na temo PPD, 39,1 % PMS tudi iz osebnih izkušenj, nobena pa ne črpa znanja glede obporodnih stisk iz medijev. Pod rubriko "ostalo" nismo dobili nobenega odgovora.

Tabela 10: Pridobivanje znanja glede obporodnih stisk

<b>viri</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>
strokovna izobraževanja, seminarji na temo PPD	15	65,2%
iz strokovne literature	18	78,3%
iz poklicnih izkušenj	19	82,6%
iz svojih osebnih izkušenj	9	39,1%
iz medijev	0	,0%
z izmenjavo mnenj med sodelavci ( medicinskimi sestrami, zdravniki, ostalimi strokovnjaki)	19	82,6%
ostalo	0	,0%

f = frekvenca; f % = odstotek

V tabeli 11 so prikazane potrebe PMS po dodatnem izobraževanju s področja obporodnih stisk. 82,6 % PMS vidi potrebno po dodatnem izobraževanju s področja obporodnih stisk, 4,3 % anketirank te potrebe ne vidi, 13 % PMS pa ni znalo odgovoriti na vprašanje.

Tabela 11: Potreba po dodatnem izobraževanju s področja obporodnih stisk

<b>potreba</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>
Da	19	82,6
Ne	1	4,3
Ne vem	3	13,0
Skupaj	23	100,0

f = frekvenca; f % = odstotek

## 3.4.2 Rezultati otročnice

Anketiranke so ocenjevale, v kakšni meri se strinjajo s trditvami, ki se nanašajo na materinstvo in partnerski odnos. Rezultati so prikazani v tabeli 12. Otročnice so se v največji meri strinjale s trditvijo, da je materinstvo nekaj lepega, čeprav pogosto tudi izredno napornega (PV = 4,57), najmanj pa s trditvijo, da prihod novega družinskega člana za partnerski odnos pomeni stres (PV = 2,84), so pa v tem mnenju tudi najmanj enotne (SO = 1,24). Izkazalo se je, da se mlajše otročnice v primerjavi s starejšimi bolj strinjajo s trditvijo, da se je po rojstvu otroka partnerska zveza še okrepila ( $r_s = -0,23$ ,  $p = 0,031$ ). Otročnice z manjšim številom otrok se v primerjavi s tistimi, ki imajo več otrok, bolj strinjajo s trditvijo, da so strahovi mater pogojeni tudi z vprašanjem ali bodo kos novi nalogi ( $r_s = -0,286$ ,  $p = 0,007$ ). Otročnice z višjo stopnjo izobrazbe se v primerjavi s tistimi z nižjo izobrazbo bolj strinjajo s trditvijo, da pomeni prihod novega družinskega člana za partnerski odnos stres ( $r_s = 0,244$ ,  $p = 0,022$ ).

Tabela 12: Materinstvo in partnerski odnos

<b>Trdive o materinstvu in part.odnosu</b>	<b>f</b>	<b>PV</b>	<b>Mediana</b>	<b>SO</b>
Materinstvo je nekaj lepega, čeprav pogosto tudi izredno napornega	88	4,57	5,00	,91
Glede materinstva so pričakovanja včasih prevelika	88	3,35	3,00	1,18
Strahovi mater so pogojeni tudi z vprašanjem ali bo kos novi nalogi	88	4,09	4,00	,93
Po rojstvu otroka se je partnerska zveza še okrepila	88	4,06	4,00	,96
Partnerstvo se je spremenilo, je lepo, a treba se je zanj potruditi	88	4,36	5,00	,92
Prihod novega družinskega člana pomeni za partnerski odnos stres	88	2,84	3,00	1,25

f = frekvenca; PV= povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Lestvica: 1 »Se popolnoma ne strinjam«, 2 »Se ne strinjam«, 3 »Niti se ne strinjam, niti se strinjam«, 4- »Strinjam se« in 5 »Popolnoma se strinjam«.

V tabeli 13 je prikazano mnenje otročnic ali imajo osebo, ki ji lahko zaupajo. Na vprašanje, če imajo osebo, ki ji lahko zaupajo svoje težave, stiske, probleme, dileme,

doživljanja po porodu je samo ena (1,1 %) otročnica odgovorila z »Da, imam osebo, ki ji lahko delno zaupam«. 98,9 % otročnic ima osebo, ki ji lahko popolnoma zaupa, nobena otročnica ni odgovorila, da nima osebe, ki ji lahko zaupa.

Tabela 13: Prisotnost osebe, ki ji otročnica lahko zaupa

Prisotnost osebe	f	f %
Da, imam osebo, ki ji lahko zaupam	87	98,9
Imam osebo, ki ji delno lahko zaupam	1	1,1
Nimam osebe, ki bi ji lahko zaupala	0	0,00
Skupaj	88	100,0

f = frekvenca; f % = odstotek

V tabeli 14 so predstavljene opisne statistike za spremenljivke, ki se nanašajo na pomoč otročnicam pri negi dojenčka, gospodinjskih opravilih in osebnih potrebah. Otročnice so se v največji meri strinjale s trditvijo, da jim pri negi dojenčka pomaga partner (PV = 4,15), najmanj pa s trditvijo, da jim pri gospodinjskih opravilih pomagajo sorodniki (PV = 2,74) in storitvene službe (PV = 2,25). Najmanj enotne so bile otročnice v trditvi, da jim v nočnem času pri negi otroka pomaga partner (SO = 1,53).

Tabela 14: Pomoč in potrebe otročnic

Pomoč in potrebe	f	PV	Mediana	SO
Pri negi dojenčka mi pomaga partner	88	4,15	4,00	,86
Pri negi dojenčka mi pomagajo sorodniki	88	2,74	3,00	1,17
V nočnem času mi pri negi otroka(jok,previjanje) pomaga partner	88	2,98	3,00	1,53
Pri gospodinjskih opravilih mi pomaga partner	88	3,93	4,00	1,05
Pri gospodinjskih opravilih mi pomagajo sorodniki, storitvene službe	88	2,25	2,00	1,11
S prijateljicami se dobivam na obiskih, druženjih	88	3,02	3,00	1,18
Imam dovolj časa za razvedrilo	88	2,95	3,00	1,05
Uživam raznovrstno hrano	88	4,05	4,00	,79
Imam dovolj časa za počitek in spanje	88	3,14	3,00	1,05

f = frekvenca; PV= povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Lestvica: 1 »nikoli«, 2 »redko«, 3 »včasih«, 4 »pogosto« in 5 »vedno«.

Tabela 15 kaže odgovore anketirank na vprašanje ali bi v primeru pojava PPD poiskale strokovno pomoč. 60,2 % anketirank bi poiskalo strokovno pomoč, 9,1 % jih ne bi poiskalo strokovne pomoči, 30,7 % pa na vprašanje ni znalo odgovoriti.

Tabela 15: Iskanje pomoči v primeru poporodne stiske

<b>Iskanje pomoči</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>
da	53	60,2
ne	8	9,1
ne vem	27	30,7
Skupaj	88	100,0

f = frekvenca; f % = odstotek

Ocene anketirank komu in kako pogosto bi lahko zaupali svoje težave, probleme, stiske ter doživljanja po porodu prikazuje tabela 16. V največji meri bi anketiranke zaupale partnerju (PV = 4,68), najmanj pa tastu (PV = 1,86).

Tabela 16: Zaupanje

<b>zaupanje</b>	<b>f</b>	<b>PV</b>	<b>Mediana</b>	<b>SO</b>
Partnerju	88	4,68	5,00	,63
Prijateljici, prijatelju	88	4,28	4,00	,80
Očetu	85	2,51	2,00	1,30
Materi	88	3,73	4,00	1,25
Tašči	88	2,43	2,00	1,28
Tastu	87	1,86	2,00	1,07
Zdravniku	88	3,67	4,00	1,25
Patronažni medicinski sestri	88	3,69	4,00	1,20
Sodelavcu, sodelavki	87	2,54	2,00	1,35
Strokovnim delavcem (psihologu, socialnem delavcu, ...)	88	2,74	3,00	1,43

f = frekvenca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Lestvica: 1 »nikoli«, 2 »redko«, 3 »včasih«, 4 »pogosto« in 5 »vedno«

V tabeli 17 je prikazano ali so otročnice v času nosečnosti oz. po porodu reševale vprašalnik za PPD. 19,3 % anketirank je v času nosečnosti ali po porodu rešilo Vprašalnik SZO/EURO lestvica dobrega počutja, ki je v materinski knjižici, 80,7 % pa tega vprašalnika ni rešilo (tabela 28).

Tabela 17: Reševanje Vprašalnika SZO/EURO lestvica dobrega počutja

reševanje vprašalnika	f	f %
Da	17	19,3
Ne	71	80,7
Skupaj	88	100,0

f = frekvenca; f % = odstotek

V tabeli 18 je prikazane prikazane frekvenčna porazdelitev odgovorov anketirank na vprašanje o počutju v zadnjih dveh tednih.

Tabela 18: Počutje v zadnjih dveh tednih

počutje		nikoli	manj kot polovico časa	več kot polovico časa	vedno
Sem potrta in žalostna.	f	50	37	0	1
	f %	56,8%	42,0%	,0%	1,1%
Sem umirjena in spokojna.	f	0	8	56	24
	f %	,0%	9,1%	63,6%	27,3%
Sem polna energije, aktivna in živahna.	f	2	14	46	26
	f %	2,3%	15,9%	52,3%	29,5%
Zbujam se sveža in spočita.	f	8	23	45	12
	f %	9,1%	26,1%	51,1%	13,6%
Moje vsakodnevno življenje je polno dogodkov in stvari, ki me zanimajo.	f	3	8	40	37
	f %	3,4%	9,1%	45,5%	42,0%

f=frekvenca

Ocenjevale so na lestvici 0 »Nikoli«, 1 »Manj kot polovico časa«, 2 »Več kot polovico časa« in 3 »Vedno«. Spremenljivko »Sem potrta in žalostna« smo rekodirali, tako da višja vrednost pomeni boljše počutje, tako kot pri ostalih trditvah. Nato smo odgovore

sešteli – seštevek 7 točk in manj pomeni, da bi otročnica lahko bila depresivna oz. otožna. Izkazalo se je, da imajo tri anketirane otročnice (3,4 %) seštevek manjši od 7, 7 anketirank pa ima seštevek manjši ali enak 7.

### 3.4.3 Primerjava rezultatov PMS/otročnice

Otročnicam in patronažnim medicinskim sestram smo zastavili vprašanja, ki se nanašajo na vsebino obiskov PMS z vidika obravnave poporodnih stisk otročnic (tabela 19).

Otročnice so se v največji meri strinjale s trditvijo, da jih je PMS povprašala o telesnem počutju po porodu (PV = 4, 67), najmanj pa s trditvijo, da si želijo več obiskov PMS (PV = 3, 48). Najmanj enotne so bile otročnice v trditvi, da so PMS lahko zaupale svoje psihične težave (SO = 1,43). PMS so se v največji meri strinjale s trditvijo, da otročnico povprašajo po njenem telesnem počutju po porodu (PV = 4,96), najmanj pa s trditvijo, da se posvetijo predvsem dojenčku in njegovim potrebam (PV = 3, 26), so pa v tem mnenju tudi najmanj enotne (SO = 1, 17).

PMS se v primerjavi z otročnicami v statistično pomembni večji meri strinjajo s trditvami, da otročnico povprašajo o njenem telesnem počutju ( $t = -3,40$ ;  $p = 0,001$ ), da otročnico povprašajo o njenem psihičnem počutju po porodu ( $t = -5,87$ ;  $p = 0,001$ ), da opazijo duševno razpoloženje otročnice ( $t = -4,46$ ;  $p = 0,001$ ), da se posvetijo tako telesnemu ( $t = -5,15$ ;  $p = 0,001$ ) kot psihičnemu ( $t = -6,20$ ;  $p = 0,001$ ) stanju in morebitnim težavam otročnice, da se posvetijo predvsem dojenčku in njegovim potrebam ( $t = 2,48$ ;  $p = 0,015$ ), da je otročnica PMS lahko zaupala svoje zdravstvene težave ( $t = -4,55$ ;  $p = 0,001$ ), da je otročnica lahko zaupala svoje psihične težave ( $t = -4,59$ ;  $p = 0,001$ ), da so bili nasveti in podpora PMS otročnici v veliko pomoč pri premagovanju težav ( $t = -5,81$ ;  $p = 0,001$ ) ter da PMS z otročnico vzpostavi pristen, spoštljiv in zaupen medosebni odnos ( $t = -3,59$ ;  $p = 0,001$ ). Statistično značilnih razlik nismo potrdili v trditvi, da si otročnice želijo več obiskov PMS ( $t = -1,03$ ;  $p = 0,308$ ).

Tabela 19: Mnenja PMS in otročnic o obravnavi otročnice z vidika poporodnih stisk

trditvev	Vprašanje za otročnice	Vprašanje za patronažne medicinske sestre	Otročnice PV (SO)	PMS Pv (SO)	t test	p
1	PMS me je vprašala o mojem telesnem počutju po porodu.	Otročnico povprašam o njenem telesnem počutju po porodu.	4,67 (0,67)	4,96 (0,21)	-3,40	,001
2	PMS me je vprašala o mojem psihičnem počutju po porodu.	Otročnico povprašam o njenem psihičnem počutju po porodu.	4,01 (1,33)	4,91 (0,29)	-5,87	,000
3	PMS je opazila moje duševno razpoloženje.	Opazim duševno razpoloženje otročnice.	3,78 (1,31)	4,57 (0,51)	-4,46	,000
4	PMS se je posvetila mojemu telesnemu stanju in morebitnim težavam.	Posvetim se telesnem stanju in morebitnim težavam otročnice.	4,01 (1,27)	4,83 (0,39)	-5,15	,000
5	PMS se je posvetila mojemu psihičnemu stanju in morebitnim težavam.	Posvetim se psihičnemu stanju in morebitnim težavam otročnice.	3,65 (1,40)	4,74 (0,45)	-6,20	,000
6	PMS se je posvetila predvsem dojenčku in njegovim potrebam.	Posvetim se predvsem dojenčku in njegovim potrebam.	4,01 (1,32)	3,26 (1,18)	2,48	,015
7	PMS sem lahko zaupala svoje zdravstvene težave.	Otročnica mi lahko zaupa svoje zdravstvene težave.	3,99 (1,28)	4,78 (0,52)	-4,55	,000
8	PMS sem lahko zaupala svoje psihične težave.	Otročnica lahko zaupa svoje psihične težave.	3,72 (1,43)	4,65 (0,65)	-4,59	,000
9	Nasveti in podpora PMS so mi bili v veliko pomoč pri premagovanju težav po porodu.	Nasveti in podpora PMS otročnici so lahko v veliko pomoč pri premagovanju težav po porodu.	3,99 (1,12)	4,83 (0,39)	-5,81	,000
10	PMS je z menoj vzpostavila pristen, spoštljiv, zaupen medosebni odnos.	Z otročnico vzpostavljam pristen, spoštljiv, zaupen medosebni odnos.	4,25 (1,12)	4,78 (0,42)	-3,59	,001
11	Želim si več obiskov PMS.	Otročnice želijo več obiskov patronažne medicinske sestre.	3,48 (1,37)	3,74 (0,96)	-1,03	,308

PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; p = statistična pomembnost; Lestvica: 1- se popolnoma strinjam, 2- se ne strinjam, 3- niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4- strinjam se, 5- se popolnoma strinjam

Izkazalo se je, da se mlajše otročnice v primerjavi s starejšimi bolj strinjajo s trditvijo, da se je PMS posvetila predvsem dojenčku in njegovim potrebam ( $r_s = -0,353$ ,  $p = 0,001$ ), prav tako se s to trditvijo bolj strinjajo otročnice z manjšim številom otrok ( $r_s = -0,347$ ,  $p = 0,001$ ), kot tiste z več otroki. Otročnice z manjšim številom otrok se v

primerjavi s tistimi, ki imajo več otrok bolj strinjajo tudi s trditvijo, da si želijo več obiskov PMS ( $r_s = -0,23$ ,  $p = 0,032$ ). Prav tako se otročnice z vasi bolj strinjajo s trditvijo, da se je PMS posvetila tudi njihovemu psihičnemu stanju in morebitnim težavam, tako v primerjavi z otročnicami z mesta, kot v primerjavi z otročnicami, ki živijo v primestju ( $H = 7,166$ ;  $p = 0,028$ ).

Vzorec PMS je razmeroma majhen, zato je potrebno rezultate jemati nekoliko zadržkom, saj obstaja dvom o normalnosti porazdelitve spremenljivk in homoskedastičnosti vzorcev. Razlike smo preverili tudi z neparametričnim Mann-Whitneyevim U testom, ki pa je pokazal statistično značilne razlike pri istih spremenljivkah, kot t-test (glej Priloga 5).

Tabela 20 kaže subjektivna mnenja otročnic in PMS o trajanju (v minutah) posameznega patronažnega obiska.

Tabela 20: Subjektivna časovna opredelitev (v minutah) obiskov PMS

trdite v	otročnice	PMS	Otročnice minute PV (SO)	PMS PV (SO)	t test	p
1	Koliko časa (v minutah) si je PMS povprečno vzela za vase potrebe ob vsakem obisku?	Koliko časa (v minutah) si povprečno vzamete za potrebe otročnice ob vsakem obisku?	21,94 (17,31)	37,61 (22,25)	-3,12	,004
2	Koliko časa (v minutah) si je PMS povprečno vzela za vase potrebe ob prvem obisku?	Koliko časa (v minutah) si povprečno vzamete za potrebe otročnice ob prvem obisku?	27,3 (19,98)	46,3 (26,89)	-3,15	,004
3	Koliko časa (v minutah) si je PMS povprečno vzela za vase potrebe ob drugem obisku?	Koliko časa (v minutah) si povprečno vzamete za potrebe otročnice ob drugem obisku?	22,82 (17,81)	30,87 (18,32)	-1,90	,059

PV= povprečje; SO = standardni odklon; p = statistična pomembnost

Statistično pomembne razlike smo ugotovili v subjektivni oceni, da si PMS vzamejo več časa za otročnice ob vsakem obisku ( $PV = 37,6$ ;  $t = -3,12$ ;  $p = 0,004$ ), prav tako menijo, da si vzamejo več časa prvem obisku ( $PV = 46,3$ ;  $t = -3,15$ ;  $p = 0,004$ ). Statistično



pomembne razlike nismo ugotovili v subjektivni oceni časa drugega obiska ( $t = -1,90$ ;  $p = 0,59$ ).

### 3.5 RAZPRAVA

V raziskavi diplomskega dela je prikazana vloga PMS pri prepoznavanju poporodnih stisk in potreb otročnic. Anketirali smo PMS in otročnice v obdobju šestih tednov po porodu, ko se po mnenju večine avtorjev (Koprivnik, Plemenitaš, 2005; Mivšek, Hundley, Kiger, 2008; Blinc Pesek, 2009; Ličina 2009) v 10 - 15 % pojavi PPD. To je čas, v katerem lahko otročnica najprimerneje opiše svoje težave, občutja, po porodu.

Ugotovitve naše raziskave kažejo pomanjkljivo znanje PMS o pojavnosti poporodne depresije. V naši raziskavi je 60,9 % anketirank označilo, da je pogostnost zbolevanja za PPD 2 %, kar je manj kot kažejo podatki raziskav v strokovni literaturi. Ob tem je potrebno poudariti, da enoznačnega odgovora na pojavnost PPD v pregledani strokovni literaturi nismo zasledili. Zaradi različnih metodoloških in diagnostičnih kriterijev je po mnenju avtorjev (Koprivnik, Plemenitaš, 2005; Ličina 2011) pojavnost PPD med 3 – 33 %. Leta 2005 je na Ginekološki kliniki v Ljubljani potekala raziskava, kjer so avtorice ugotovljale pojavnost poporodne depresije pri nas. Avtorici Koprivnikova in Plemenitaševa (2005) so z uporabo EPDS vprašalnika ugotovile, da se pojavlja PPD v 21.3 % oz. v 10.1 % globlja depresivnost.

PMS obiše otročnico in novorojenčka naslednji dan po prihodu iz porodnišnice (ULRS). Da se vzpostavi medsebojno zaupanje med PMS in otročnico sta pomembna prvi kontakt in dobra komunikacija. Terapevtsko komunikacijo so kot zelo pomembno označile tudi anketirane PMS, ki so poleg partnerja običajno prve, ki bi lahko pri otročnici opazile znake PPD. To potrjujejo tudi izsledki raziskave, saj so kot najbolj ključne osebe pri prepoznavanju PPD PMS izpostavile partnerja in PMS. Na to opozarja tudi Drglinova (2009), ki meni, da imajo PMS ključno vlogo pri prepoznavanju opozorilnih znakov stisk, saj se zgodi, da je PMS prva, s katero otročnice odkrito in brez predsodkov spregovorijo o svojih občutjih. Anketirane otročnice v veliki večini

navajajo, da imajo osebo, ki ji lahko zaupajo svoje težave, stiske, probleme, doživljanja pa porodu. Glede na rezultate je razvidno, da bi največ zaupale svojemu partnerju, prijateljici/prijatelju, na tretjem mestu je rangirana PMS.

V Sloveniji v šolah za bodoče starše, ki potekajo v času nosečnosti in jih v veliki večini vodijo PMS, udeležence informirajo tudi o spremembah v poporodnem obdobju. Po porodu informacije in svetovanje staršem nudi PMS, ki obiskuje družino. PMS imajo veliko znanja o telesni negi novorojenčka in otročnice, niso pa, po izsledkih naše raziskave, dovolj usposobljene za obravnavo žensk s PPD. V raziskavi se več kot 40 % anketiranih PMS ni moglo opredeliti, ali so dovolj usposobljene za prepoznavanje/svetovanje poporodnih stiskah otročnic. 82,6 % PMS prepozna potrebo po dodatnem usposabljanju s področja poporodnih stisk. Leta 2003 je med babicami in PMS dveh slovenskih porodnišnic Ljubljana in Postojna ter PMS 6 zdravstvenih domov v Ljubljani, potekala raziskava o vlogi le-teh pri prepoznavanju in skrbi za otročnice s PPD. Kot navajata Skočirjeva in Hundeyeva (2006) je raziskava jasno pokazala, da PMS in babice nimajo dovolj znanja o duševnem zdravju in se ne čutijo kompetentne za obravnavo žensk s PPD. 99 % jih je izrazilo potrebo po dodatnem usposabljanju na tem področju. Ena od glavnih ugotovitev te študije je bila, da je ključnega pomena, da zdravstveni delavci, ki delajo z ženskami v rodni dobi, pridobijo več informacij o težavah v duševnem zdravju, ki so značilne za to obdobje.

Tretjina anketiranih otročnic v raziskavi se ni mogla opredeliti, če bi v primeru doživetja poporodne stiske poiskala strokovno pomoč. Slaba desetina otročnic pomoči ne bi iskala. Kot navaja tudi Troppanova (2007) nekatere ženske ne povedo nikomur o svojih simptomih, ker se počutijo nelagodno, jih je sram in občutijo krivdo zaradi depresivnih občutij. Iz navedenega lahko sklepamo, da so občutki sramu, strahu, predsodki v zvezi s poporodno depresijo tako močni, da jih depresivna mati ne pove nikomur in raje trpi sama. Drglinova (2009) opozarja, da matere lažje predstavijo „socialno sprejemljivejše“ tegobe, kot so utrujenost, glavobol, težave v partnerstvu ali zahtevnost dojenčka, kot pa resnično duševno stisko. Med ljudmi velja mnenje, da je rojstvo otroka za vsako žensko najsrečnejši dogodek v življenju in zato »odkloni« družbeno niso sprejemljivi.

Sklop vprašanj o presejanju PPD razkriva, da večina PMS pri svojem delu rutinsko ne uporablja testov za odkrivanje PPD. V svetu se je zadnji dve desetletji za presejanje PPD najbolj uveljavil Edinburški vprašalnik (Edinburg Postnatal Depression Scale, EPDS). Od leta 2005 je preveden tudi v slovenščino, a se žal zelo malo ali sploh ne uporablja. Z uvedbo poporodnega presejalnega testa bi bilo mogoče preprečiti oz. prepoznati ogroženosti zaradi PPD in lajšati hude duševne stiske. Edinburški vprašalnik bi otročnice reševale pri prvem rednem ginekološkem pregledu šest tednov po porodu ali pa ob obisku PMS na domu. Sodelujoče otročnice v naši raziskavi so v večini odgovorile, da tega vprašalnika niso reševale. Že omenjena raziskava med slovenskimi babicami in PMS iz leta 2003 (Skočir, Hundley, 2006) je pokazala, da je bilo samo 21 % anketirank seznanjenih s presejalnimi testi za PPD.

Otročnicam in PMS je lahko pri oceni poporodnih stisk v pomoč »EURO lestvica dobrega počutja«, ki je v Materinski knjižici. Test so anketiranke rešile tudi v namen naše raziskave. Seštevek 7 točk ali manj, ki opozarja na možnost, da je otročnica depresivna ali otožna, je v našem primeru doseglo 8 % anketirank. Ob tem se pojavi tudi vprašanje, kam usmeriti otročnico, pri kateri obstaja sum na PPD. Žal v Sloveniji še nimamo izdelane mreže pomoči za ženske s poporodnimi duševnimi motnjami. Kot navaja Drglinova (2007) je pri nas navada, da žensko, ki izrazi stisko, splošni zdravnik ali ginekolog po pomoč usmeri k psihologom ali psihiatrom. Ni znano, koliko žensk v stiski res poišče pomoč. Koprivnikova in Pleminitaševa (2009) iz pogovorov z ženskami po porodu ugotavljata, da bi se v primeru duševnih težav ženske veliko lažje odločale za obisk psihiatrične ambulante na Ginekološki kliniki v Ljubljani, kot za posvet v psihiatrični ustanovi. Strinjata se tudi, da je prenašljivo razmišljati o rutinskem presejanju na PPD brez izdelane mreže pomoči.

Učinkovito odkrivanje in zdravljenje PPD zahteva sodelovanje različnih zdravstvenih strokovnjakov: babic, ginekologov, porodničarjev, splošnih zdravnikov, PMS. Izmenjujejo si svoje izkušnje, znanje in si med seboj pomagajo (Goličnik, 2006; Lupša, 2010). Da je sodelovanje različni strokovnjakov v obravnavi PPD nujno, ugotavljamo tudi v naši raziskavi, saj večina anketiranih PMS ocenjuje timsko sodelovanje v zdravstvenem timu kot zelo pomembno.

Pozornost smo posvetili tudi mnenju otročnic o materinstvu in partnerskem odnosu. Ženske na poti v materinstvo doživljajo mešane občutke: na eni strani ljubezen, veselje, srečo, na drugi pa krivdo, tesnobo in strah ali bodo kos novi nalogi. Tudi v naši raziskavi je več kot polovica otročnic izrazila strahove ali bodo uspešne v novi vlogi. Prav tako se jih je skoraj tretjina strinjala, da so pričakovanja glede materinstva včasih prevelika. To meni tudi Drglinova, ki pravi, da poleg vseh sprememb, ki jih doživljata ženska in njen partner, so tu še družbena pričakovanja glede idealnega materinstva, ki ga je zaradi neupoštevanja realnosti in težav vsakdanjika nemogoče realizirati.

Skočirjeva (2005a) navaja, da je prihod novega družinskega člana za partnerski odnos stres, vendar pa je resnost krize odvisna od kvalitete odnosov med partnerjema iz časa pred nosečnostjo. Večina anketiranih otročnic se je strinjala, da se je partnerska zveza po rojstvu otroka še okrepila, 21 % pa se je opredelilo, da prihod novega družinskega člana pomeni za partnerski odnos stres. Kot smo zasledili v literaturi (Strniša, 2009; Kuhar, 2010) poporodno depresivne matere pogosteje poročajo o stresnem doživljanju po rojstvu novega otroka in pogosteje zaznavajo partnerja kot nerazumevajočega.

Glede pomoči in zadovoljitvi osebnih potreb, v raziskavi ugotavljamo, da je imela večina anketiranih otročnic pomoč pri negi dojenčka in pri gospodinjskih opravilih ter da si včasih vzamejo čas tudi za druženje s prijatelji in razvedrilo. Nekatere ženske so pogosto v kroničnem stresu, ki je posledica uravnavanja vloge matere in gospodinje, še posebno, če se partner ne vključuje v skrb za otroke. Pri tem pozabijo tudi na lastne potrebe. Pogosto ne opazijo, kako se zapostavljajo in so izčrpane, še posebno, če se ne prehranjujejo zdravo in si ne vzamejo časa za počitek in spanje. Pomembno je, da zna ženska poskrbeti tudi zase, da si vzame čas bodisi za osebno nego, za sproščujočo kopel, za obisk frizerke, čaj s prijateljico, za počitek. Da se zaveda, da popolne mame ni in da tudi ona ne bo. Prav nič ni narobe, če ponoči mož ali partner vstane in potolaži jokajočega otroka, da se mama naspi. Tudi ni narobe, če za kakšno uro ali dve za dojenčka poskrbi babica, dedek ali prijateljica. Ženska, ki bo v sebi umirjena, sproščena, zadovoljna, bo umirjenost in zadovoljstvo lahko posredovala tudi svoji družini.

V raziskavi nas je zanimalo, ali obstajajo razlike med mnjenjem PMS in otročnic o potrebah otročnic v obravnavi poporodnih stisk. PMS in otročnice izražajo visoko stopnjo strinjanja z vsemi pozitivnimi trditvami v obravnavi otročnice z vidika obporodnih stisk. V nekaterih postavkah pa ugotavljamo statistično pomembne razlike, ki so povezane predvsem s številom otrokom in bivalnim okoljem (mesto, vas, primestje). Ugotovili smo statistično pomembne razlike, da se PMS v večji meri kot otročnice strinjajo s trditvami, da otročnico povprašajo o njenem telesnem ( $t = -3,40$ ;  $p = 0,001$ ) in psihičnem počutju po porodu ( $t = -5,87$ ;  $p = 0,001$ ), da opazijo duševno razpoloženje otročnice ( $t = -4,48$ ;  $p = 0,001$ ), da se posvetijo telesnemu ( $t = -5,15$ ;  $p = 0,001$ ) in psihičnemu stanju ( $t = -6,20$ ;  $p = 0,001$ ) in morebitnim težavam otročnice. S tem, da se je PMS posvetila psihičnemu stanju se bolj strinjajo ( $H = 7,166$ ;  $p = 0,028$ ) otročnice, ki živijo na vasi. Otročnice so se v primerjavi s PMS bolj strinjale s trditvijo, da se je PMS posvetila predvsem dojenčku in njegovim potrebam ( $t = 2,48$ ;  $p = 0,15$ ). S to trditvijo se pomembneje strinjajo mlajše otročnice ( $r_s = -0,353$ ,  $p = 0,001$ ) in in tiste z manjšim številom otrok ( $r_s = -0,347$ ,  $p = 0,001$ ). Te si želijo tudi več patonažnih obiskov ( $r_s = -0,23$ ,  $p = 0,032$ ).

Statistično značilnih razlik nismo potrdili v trditvi, da si otročnice želijo več obiskov PMS ( $t = -1,03$ ;  $p = 0,308$ ). Statistično pomembne razlike smo ugotovili tudi subjektivnem mnenju, da si PMS vzamejo več časa za otročnice ob vsakem obisku (PV = 37,6;  $t = -3,12$ ;  $p = 0,004$ ), prav tako menijo, da si vzamejo več časa pri prvem obisku (PV = 46,3;  $t = -3,15$ ;  $p = 0,004$ ). Obiski PMS po porodu predstavljajo pomemben del poporodnega varstva, kar ugotavlja tudi Fenwick s sodelavci (Fenwick et al., 2010). Navaja ugotovitve raziskave, da so bile otročnice zadovoljne z nasveti in pomočjo PMS v zvezi z nego novorojenčka in fizičnem okrevanju matere, manj pa z zagotavljanjem čustvene oskrbe in informacij o potrebah otročnice.

Ameriška avtorica Segre je s sodelavci (Segre et al., 2010) raziskovala, kako otročnice ocenjujejo presejanje in svetovanje PMS za PPD. Velika večina anketiranih otročnic (več kot 90 %) je pozitivno ocenila presejanje in svetovanje s strani PMS. Skoraj vse otročnice bi bile pripravljene sodelovati v presejanju s strani PMS za PPD in več kot polovica sprejeti nasvete PMS. Avtorji zaključujejo, da bi presejanje in svetovanje PMS

na področju duševnega zdravja predstavlja radikalno spremembo v sedanji klinični praksi. Model obporodne zdravstvene oskrbe s strani PMS ocenjujejo kot model prihodnosti, s tem pa zdravstveni negi in PMS prepuščajo skrb za duševno zdravje otročnic. PMS pa za to občutljivo in čustveno zahtevno delo potrebujejo stalno usposabljanje, supervizijo in podporo (Rollans et al., 2013).

## 4 ZAKLJUČEK

Kljub vse večji ozaveščenosti zdravstvenega osebja, pa tudi splošne populacije, ostane neprepoznanih in posledično tudi nezdravljenih veliko primerov poporodnih duševnih stisk. Zdravstvena skrb za ženske med nosečnostjo, porodom in po porodu mora vedno vključevati tudi skrb za dobro psihično počutje. Pomembno vlogo bi lahko odigrale tudi PMS, ki obiskujejo matere in novorojenčke.

Glede na to, da ugotavljamo pomanjkljivo znanje in potrebe PMS po izobraževanju, bi bila zaželena dodatna izobraževanja in usposabljanja s področja poporodnih stisk, ki bi vključevala tudi uporabo presejalnih testov za PPD v klinični praksi, načine izvedbe testiranja, interpretacijo rezultatov. Testi so v klinični praksi premalo uporabljeni, potrebno bi jih bilo aplicirati v klinično prakso. Smiselno bi bilo, da bi že nosečnice in kasneje otročnice informirali in spodbudili k samoizpolnjevanju vprašalnika dobrega počutja, ki je v Materinski knjižici.

Raziskava je zajela le majhen delež otročnic in PMS v treh Gorenjskih občinah. Potrebno bi bilo narediti nacionalno raziskavo o potrebah po svetovanju in podpori otročnicam v poporodnem obdobju z vidika PPD ter mnenje PMS o uporabi presejalnih testov za PPD. V praksi je potrebno uveljaviti presejanje za težave na področju duševnega zdravja kot del predporodnega in poporodnega varstva. Del teh nalog bi lahko prevzele PMS, saj otročnicam po Pravilniku za izvajanja preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2007) pripada v času nosečnosti en obisk PMS, otročnici po porodu pa dva obiska PMS. Patronažni obiski nosečnice, ki pa so žal slabo izkoriščeni, imajo pomembno vlogo v smislu vzpostavitve in začetka graditve dobrega medosebnega odnosa in zaupanja, terapevtske komunikacije, pomembne za kasnejši obisk otročnice. V poporodnem obdobju pa bi bilo z vidika kakovostne obravnave poporodnih stisk otročnic potrebno oblikovati mrežo pomoči, ki otročnic ne bi stigmatizirala.

Zavedati se moramo, da poporodne stiske, depresije po porodu so! Za zdravje otročnice in celotne družine je pomembno, da o njih spregovorimo, o njih govorimo, jih prepoznamo in omogočimo ter pomagamo otročnicam (in njihovim družinam), da poiščejo in sprejmejo pomoč. Vzpostavitev interdisciplinarnega pristopa, sodelovanje različnih strokovnjakov in svojcev, oblikovanje protokolov ter orodij za odkrivanje in spremljanje poporodnih stisk in depresij otročnic so ključni elementi in pomembne prihodnje naloge, tudi patronažne zdravstvene nege.



## 5 LITERATURA

Berčič M, Boh S. Patronažna zdravstvena nega otročnice. In: Patronažna zdravstvena nega nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka, 3.strokovno srečanje, zbornik predavanj, Žalec, 4.november 2008. Žalec: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester; 2008: 17-23.

Blinc Pesek M. Pomen preventive, diagnostike in zdravljenja poporodnih duševnih motenj. In: Bratanič B, ed. Dojenje- smo pripravljene na nove izzive? 6.simpozij z mednarodno udeležbo, 2.- 3.oktober 2009. Ljubljana: Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja, Društvo UNICEF Slovenija; 2009: 36-8.

Beck CT. Revision of the postpartum depression predictors inventory: principles and practice. J Obst Gyn Neon Nurs; 2002: 31(4):394-402.

Čelan Stropnik S, Kodrič Lasič J. Od poporodnega bluesa do poporodne psihoze. In: Bratanič B, ed. Dojenje- smo pripravljene na nove izzive? 6.simpozij z mednarodno udeležbo, 2.- 3.oktober 2009. Ljubljana: Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja, Društvo UNICEF Slovenija; 2009: 34-5.

Čuk V. Komunikacija v zdravstveni negi. In: Trampuž R, ed. Komunicirajmo med seboj. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica; 2005: 10-5.

Drglin Z. Angeli z mokrimi perutmi ne letijo. Onstran smehljaja: poporodne duševne motnje. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS v sodelovanju z Ginekološko kliniko Ljubljana; 2004.

Drglin Z. Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales; 2007.

Drglin Z. Zima v srcu: ko se materinstvu pridružita depresija in tesnoba, radost pa odide: kašipot skozi obporodne stiske. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2009.

Dovč P. Timsko delo kot element kakovosti v zdravstveni dejavnosti: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; Fakulteta za organizacijske vede Maribor; 2005.

Emeršič I. Hišni obisk patronažne medicinske sestre ob rojstvu otroka: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2009.

Fenwick J, Butt J, Dhaliwal S, Hauck Y, Schmied V. Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home. *Women birth*; 2010: 23(1):10-21.

Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting and safety practices; 2010. Dostopno na :  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2819576/> (10.6.2013)

Fitelson E, Kim S, Baker AS, Leight K. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *Int J Wom Health*; 2011;3:1-14.

Glavin K, Smith L, Sqrum R, Ellefsen B. Supportive counseling by public health nurses for women with postpartum depression. *J Adv Nurs*; 2010: 66(6):1317-27.

Glavin K, Ellefsen B, Erdal B. Norwegian Public Health Nurses' experience using a screening protocol for postpartum depression. *Public Health Nurs*; 2010: 27(3):255-62.

Globevnik Velikonja V. Psihoterapevtska obravnava poporodne depresije. In: Bratanič B, ed. Dojenje- smo pripravljene na nove izzive? 6.simpozij z mednarodno udeležbo, 2.-3.oktober 2009. Ljubljana: Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja, Društvo UNICEF Slovenija; 2009: 39-45.

Globevnik Velikonja V. Prihod novorojenčka v družino. In: Zupančič Slavec Z, Lukanović A, eds: Rojstvo: čudež življenja v medicini, fotografiji in poeziji. Celje: Celjska Mohorjeva družba; 2011: 66-74.

Goličnik M. Patronažna medicinska sestra sodeluje z zdravniki družinske medicine. Revija Vita; 2006: 55:11-2.

Hajdinjak A, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006.

Japelj I, Margan I, Novak-Antolič Ž, Zupan J. Materinska knjižica. Ljubljana: DZS, 2004.

Kogovšek K. Uporaba terapevtske komunikacije v zdravstveni negi: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor; 2010.

Koprivnik P, Plemenitaš A. Pojavnost depresij v poporodnem obdobju v slovenskem vzorcu. Med Razgl; 2005 :44:139-45.

Koprivnik P, Plemenitaš A. Zakaj tudi v Sloveniji ne izvajamo presejanja na poporodno depresijo? Zdrav Var; 2009: 78:261-4.

Kraševac B. Ko v družini zasije sončni žarek. Revija Vita; 2004: 44:5-6.

Kuhar E. Poporodni izziv: ko dvojina postane množina. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2010.

Kum M. Trenutek, ko ženska postane mati. Revija Vita; 2004:44: 7-8.

Ličina M. Obravnava psihičnih motenj v nosečnosti in v poporodnem obdobju. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Založba Rokus Klett; 2009: 209-12.

Ličina, M. Poporodne duševne motnje. Ljubljana: Littera Picta; 2011.

Lupša P. Patronažna zdravstvena nega in komunikacija: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor; 2009.

Mihevc Ponikvar B, Tomšič S. Breme duševnih bolezni pri ženskah v rodni dobi. In: Križaj Hacin U, ed. Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo- Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja. 9.oktober 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009: 7-17.

Mihevc Ponikvar B. Vloga patronažne medicinske sestre pri preprečevanju maternalne umrljivosti v Sloveniji. In: Berčan M, ed. Patronažno varstvo v obdobju zgodnjega starševstva: zbornik prispevkov z recenzijo, Vransko, 25. september 2012. Vransko: Združenje ZPMS; 2012: 30-4.

Mivšek AP, Hundley V, Kiger A. Slovenian midwives' and nurses' views on post-natal depression: an exploratory study. *Inter Nurs Rev*; 2008: 55:320-6.

Mivšek AP, Zakšek T. Mood disorders in the puerperium and the role of the midwife: study on improvement of midwives' knowledge about post-natal depression after an educational intervention; 2012. Dostopno na: <http://www.intechopen.com/books/clinical-research-and-treatment-approaches-to-affective-disorders/mood-disorders-in-the-puterperium-and-the-role-of-the-midwife-study-on-improvement-of-midwives-knowle>. (10.6.2013)

Pajntar M, Novak-Antolič Ž. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba; 2004.

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije št.19/98, 47/98, 26/2000, 33/2002, 37/2003, 117/2004, 31/2005 in 83/2007.

Ramšak Pajk J. Uporaba znanj teoretičnih modelov pri obravnavi družine z novorojenčkom v patronažnem varstvu. In: Berčan M, ed. Patronažno varstvo v obdobju zgodnjega starševstva: zbornik prispevkov z recenzijo, Vransko, 25. september 2012. Vransko: Združenje ZPMS; 2012:7-13.

Ramšak Pajk J. Patronažno varstvo in teoretični modeli. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, eds. Sodobna zdravstvena nega ali znanja, ki jih potrebujejo klinični mentorji za profesionalni karierni razvoj: teoretični koncepti delovanja stroke, na dokazih podprto delovanje, kakovost in vodenje: zbornik predavanj, Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2013: 209-20.

Rollans M, Schmed V, Kemp L, Meade T. Negotiating policy in practise: child and family nurse's approach to the process of postnatal psychosocial assessment; 2013. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3637412/>. (12.6.2013)

Sattler T. Patronažna medicinska sestra in socialna dejavnost: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; Fakulteta za zdravstvene vede Maribor; 2010.

Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Beck CT. Screening and counseling for postpartum depression by nurses: the women's views. MCN Am I Matern Child Nurs; 2010;35(5): 280-85.

Sirk D, Mernik Merc A. Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi družine v predporodnem in poporodnem obdobju. In: Križaj Hacin U, ed. Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo-Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja. 9.oktober 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009: 130-37.

Skočir AP. Glavne značilnosti poporodne depresije. Obzor zdr N.2005a; 39:119-29.

Skočir AP. Možnosti preprečevanja, odkrivanja in obravnave poporodne depresije-vloga babic in medicinskih sester. Obzor Zdr N.2005b;39:181-93.

Skočir AP, Hundley V. Are Slovenian midwives and nurses ready to take on a greater role in caring for women with postnatal depression. *Midwifery*. 2006;22:40-55.

Slovenski medicinski slovar. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 2010.

Sredanovič D et al. *Otročnica in novorojenec doma*. Jesenice: Splošna bolnišnica; 2008.

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

Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2003; 64-5.

Strniša J. Posledice poporodne depresije za žensko, otroka in družino. In: Bratanič B, ed. *Dojenje- smo pripravljeni na nove izzive? 6.simpozij z mednarodno udeležbo*, 2.-3.oktober 2009. Ljubljana: Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja, Društvo UNICEF Slovenija; 2009: 46-51

Šušteršič O, Horvat M, Cibic D, Peternelj A, Brložnik M. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega- nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzr Zdr N*. 2006;40:247-52.

Tropan A. *Družbena konstrukcija stisk mater po porodu*: [magistersko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2007.

Ušaj M. *Obporodno izobraževanje s poudarkom na spletnem forumu kot sodobni obliki podpore ženski v obporodnem obdobju*: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta Ljubljana; 2009.

Zakšek T, Mivšek AP. Vloga babice ob pri obporodnih stiskah. In: Križaj Hacin U, ed. Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo-Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja. 9.oktober 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009:57-70.

Zavrl Džananović D. Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri. Obzor Zdr N. 2010;40(2):117-25.

Železnik D,ed. Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikv Slovenije; 2011.

## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

Spoštovani!

Sem Lidija Čampa, absolventka dodiplomskega študija zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. V okviru diplomskega dela z naslovom Patronažna zdravstvena nega otročnice z vidika poporodne otožnosti in depresije želim izvesti raziskavo na to temo. Zelo bi mi pomagali, če bi odgovorili na vprašanja, ki sem jih pripravila v ta namen. Izpolnjen anketni vprašalnik prosim vrnite vaši medicinski sestri.

Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno, anketa je anonimna. Podatki bodo uporabljeni izključno za namen diplomskega dela. Od reševanja vprašalnika lahko kadarkoli odstopite.

Zahvaljujem se vam za sodelovanje.

1. Vaša starost (napišite na črto): \_\_\_\_\_ let

2. Vaša stopnja izobrazbe (obkrožite črko pred izbranim odgovorom):

- a) nedokončana osnovna šola ali osnovna šola
- b) poklicna ali srednja šola
- c) višja šola, visoka šola, fakulteta
- d) magisterij ali doktorat

3. Koliko otrok imate (dopišite na črto): \_\_\_\_\_

4. Dopišite starost vaših otrok: \_\_\_\_\_

5. Kje živite (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?

- a) v mestu
- b) na vasi
- c) v primestju

6. Kakšen je vaš zaposlitveni status?

- a) zaposlena
- b) nezaposlena
- c) študentka



d) drugo (dopišite na črto): \_\_\_\_\_

7. Kakšen je vaš stan?

- a) poročena
- b) samska
- c) izvenzakonska skupnost
- d) drugo (dopišite na črto): \_\_\_\_\_

8. Kdo še biva, živi z vami?

- a) živim sama z otrokom/otroki
- b) živim s partnerjem
- c) živim pri svojih starših
- d) živim pri partnerjevih starših
- e) drugo (dopišite na črto): \_\_\_\_\_

9. Koliko se strinjate z naslednjimi trditvami glede **pomoči pri skrbi za dojenčka, gospodinjskih opravilih, vaših potrebah?** (Obkrožite številko pod ustrezno trditvijo, ki pomenijo: 1-nikoli, 2 – redko, 3- včasih, 4-pogosto, 5- vedno)?

	Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Vedno
Pri negi dojenčka mi pomaga partner	1	2	3	4	5
Pri negi dojenčka mi pomagajo sorodniki	1	2	3	4	5
V nočnem času mi pri negi otroka(jok,previjanje) pomaga partner	1	2	3	4	5
Pri gospodinjskih opravilih mi pomaga partner	1	2	3	4	5
Pri gospodinjskih opravilih mi pomagajo sorodniki, storitvene službe	1	2	3	4	5
S prijateljicami se dobivam na obiskih, druženjih	1	2	3	4	5

Imam dovolj časa za razvedrilo	1	2	3	4	5
Uživam raznovrstno hrano	1	2	3	4	5
Imam dovolj časa za počitek in spanje	1	2	3	4	5

10. Koliko se strinjate z naslednjimi trditvami **glede materinstva in partnerskega odnosa**? (Obkrožite številko pod ustrezno trditvijo, ki pomenijo: 1- se popolnoma strinjam, 2- se ne strinjam, 3- niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4- strinjam se, 5- popolnoma se strinjam)

	Se popolnoma ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne , niti se strinjam	Strinjam se	Popolnoma se strinjam
Materinstvo je nekaj lepega, čeprav pogosto tudi izredno napornega	1	2	3	4	5
Glede materinstva so pričakovanja včasih prevelika	1	2	3	4	5
Strahovi mater so pogojeni tudi z vprašanjem ali bo kos novi nalogi	1	2	3	4	5
Po rojstvu otroka se je partnerska zveza še okrepila	1	2	3	4	5
Partnerstvo se je spremenilo, je lepo, a treba se je zanj potruditi	1	2	3	4	5
Prihod novega družinskega člana pomeni za part. odnos stres	1	2	3	4	5

11. Imate osebo, ki ji lahko zaupate svoje težave, stiske, probleme, dileme, doživljanja po porodu?

- a) da, imam osebo, ki ji lahko zaupam  
 b) ne, nimam osebe, ki bi ji lahko zaupala  
 c) imam osebo, ki ji delno lahko zaupam

12. Komu in kako pogosto bi lahko **zaupali svoje težave in probleme, stiske, doživljanja po porodu?** (Obkrožite številko pod ustrezno trditvijo, ki pomenijo : 1-nikoli, 2 – redko,3- včasih, 4-pogosto, 5- vedno)?

	Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Vedno
Partnerju	1	2	3	4	5
Prijateljici, prijatelju	1	2	3	4	5
Očetu	1	2	3	4	5
Materi	1	2	3	4	5
Tašči	1	2	3	4	5
Tastu	1	2	3	4	5
Zdravniku	1	2	3	4	5
Patronažni medicinski sestri	1	2	3	4	5
Sodelavcu, sodelavki	1	2	3	4	5
Strokovnim delavcem (psihologu, socialnem delavcu, ...)	1	2	3	4	5
Drugo (dopišite)	1	2	3	4	5

13. Ali bi v primeru pojava poporodne depresije poiskali strokovno pomoč?
- a) da  
 b) ne  
 c) ne vem

14. Označite, koliko se strinjate z naslednjimi trditvami **glede obiskov patronažne medicinske sestre (PMS)**. Obkrožite številko pod ustrezno trditvijo, ki pomenijo: 1- se popolnoma strinjam, 2- se ne strinjam, 3- niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4- strinjam se, 5- se popolnoma strinjam.

	Se popolnoma Ne strinjam	Se Ne strinjam	Niti se ne strinjam, Niti se strinjam	Strinjam se	Popolnoma Se strinjam
PMS me je vprašala o mojem telesnem počutju po porodu	1	2	3	4	5
PMS me je vprašala o mojem psihičnem počutju po porodu	1	2	3	4	5
PMS je opazila moje duševno razpoloženje	1	2	3	4	5
PMS se je posvetila mojemu telesnemu stanju in morebitnim težavam	1	2	3	4	5
PMS se je posvetila mojemu psihičnemu stanju in morebitnim težavam	1	2	3	4	5
PMS se je posvetila predvsem dojenčku in njegovim potrebam	1	2	3	4	5
PMS sem lahko zaupala svoje zdravstvene težave	1	2	3	4	5
PMS sem lahko zaupala svoje psihične težave	1	2	3	4	5
Nasveti in podpora PMS so mi bili v veliko pomoč pri premagovanju težav po porodu	1	2	3	4	5
PMS je z menoj vzpostavila	1	2	3	4	5

pristen, spoštljiv, zaupen medosebni odnos					
Želim si več obiskov PMS	1	2	3	4	5

15. Koliko časa (navedite približno v minutah) si je patronažna medicinska sestra povprečno vzela za vaše potrebe (za pogovor o vašem zdravstvenem stanju, duševnemu stanju, skrbeh, ...)?

- ob vsakem obisku povprečno \_\_\_\_\_ minut

- ob prvem obiskupovprečno \_\_\_\_\_ minut

- pri drugem obisku povprečno \_\_\_\_\_ minut

16. Ste kdaj v času nosečnosti ali po porodu rešili VPRAŠALNIK SZO/EURO LESTVICA DOBREGA POČUTJA, ki se nahaja v materinski knjižici na strani 23?

a) da

b) ne

c) če ste odgovorili z ne – dopišite zakaj ne?

---



---



---

17. Prosimo vas, da ob vsaki od spodnjih trditev obkrožite številko, ki najbolje označuje vaše počutje v **zadnjih dveh tednih**.

	vedno	več kot polovico časa	manj kot polovico časa	nikoli
Sem potrta in žalostna.	0	1	2	3
Sem umirjena in spokojna.	3	2	1	0
Sem polna energije, aktivna in živahna.	3	2	1	0
Zbujam se sveža in spočita.	3	2	1	0
Moje vsakodnevno življenje je polno Dogodkov in stvari, ki me zanimajo.	3	2	1	0

18. Če morda želite izraziti svoje mnenje, ki ga zgoraj niste mogli, vljudno vabljeni, da ga napišete tukaj.

---

---

---

---

Spoštovani!

Sem Lidija Čampa, absolventka dodiplomskega študija zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. V okviru diplomskega dela z naslovom Patronažna zdravstvena nega otročnice z vidika poporodne otožnosti in depresije želim izvesti raziskavo na to temo. Zelo bi mi pomagali, če bi odgovorili na vprašanja, ki sem jih pripravila v ta namen.

Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno, anketa je anonimna. Podatki bodo uporabljeni izključno za namen diplomskega dela. Od reševanja vprašalnika lahko kadarkoli odstopite.

Zahvaljujem se vam za sodelovanje.

1. Vaša starost (napišite na črto):

\_\_\_\_\_ let

2. Koliko let delovne dobe v patronaži imate (napišite na črto):

\_\_\_\_\_ let

3. V katerem zdravstvenem domu ste zaposleni? (dopišite)

\_\_\_\_\_

4. Katera definicija po vašem mnenju najbolje opiše poporodno depresijo (PPD)?

(obkrožite črko pred enim izbranim odgovorom):

a) Začne se 3-6 dan po porodu in se konča v nekaj dneh

- b) Začne se v 1. Letu po porodu in se konča do 3.leta
- c) Začne se 3-6 dan po porodu in se konča v enem letu
- d) Začne se v prvem letu po porodu in se konča v nekaj mesecih

5. 4. Kolikšna je po vašem mnenju pogostnost zbolevanja za poporodno PPD?

(obkrožite črko pred enim izbranim odgovorom):

- a) 2%
- b) 10-15%
- c) 40%
- d) 70-75%
- e) Ne vem

6. Kateri telesni ali psihični znaki pri otročnici vas napeljujejo, da pomislite na poporodno depresijo? Številčite znake od manj pomembnih do bolj pomembnih ( številka 1 najmanj pomemben znak, številka 9 najbolj pomemben znak):

- a) utrujenost
- b) glavobol
- c) otožnost
- d) nespečnost
- e) neješčnost
- f) občutek krivde
- g) izolacija
- h) pomanjkanje koncentracije

- i) anksioznost
- j) samomorilne misli

7. Koliko primerov otročnic ste imeli v zadnjem letu, za katere lahko po vašem mnenju trdite, da so imele PPD? (dopišite na črto)

---

8. Kdo so po vašem mnenju ključne osebe pri prepoznavanju PPD? Številčite osebe od manj pomembnih do bolj pomembnih ( številka 1 manj pomembna oseba, številka 6 najbolj pomembna oseba):

- a) partner
- b) ostali družinski člani in prijatelji
- c) patronažne medicinske sestre
- d) ginekologi
- e) osebni zdravnik
- f) strokovni delavci (psiholog, socialni delavec...)

9. Kako ocenjujete pomembnost **timskega sodelovanja** ( z medicinski sestrami, zdravniki, ginekologi, pediatri, ostalimi strokovnjaki) in **terapevtske komunikacije** (poslušanje, postavljanje vprašanj, tišina...) pri delu v patronažni dejavnosti z vidika poporodnih težav – otožnosti, depresije?

	nepomembno	pomembno	zelo pomembno
Pomen timskega sodelovanja v negovalnem timu	1	2	3
Pomen terapevtske komunikacije	1	2	3



10. Ali pri svojem delu rutinsko uporabljate kateri koli test za odkrivanje PPD pri nosečnicah in otročnicah? Obkrožite črko pred izbranim odgovorom:

- a) pogosto
- b) včasih
- c) nikoli

11. Če ste na zgornje vprašanje odgovorili z POGOSTO ali VČASIH, katere vprašalnike uporabljate?

- a) VPRAŠALNIK SZO/EURO LESTVICA DOBREGA POČUTJA, ki se nahaja v materinski knjižici na strani 23
- b) EPDS vprašalnik ( Edinburgh Postnatal Depression Scale)
- c) drugo (dopišite na črto):

---

12. Če ste na vprašanje 11 odgovorili z NIKOLI, kaj so po vašem mnenju razlogi, da jih ne uporabljate? Dopišite na črto.

---



---

13. Označite, koliko se strinjate z naslednjimi trditvami **glede obiskov patronažne medicinske sestre (PMS)**. Obkrožite številko pod ustrezno trditvijo, ki pomenijo: 1- se popolnoma strinjam, 2- se ne strinjam, 3- niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4- strinjam se, 5- se popolnoma strinjam.

	Se popolnoma Ne strinjam	Se Ne strinjam	Niti se ne strinjam, Niti se	Strinjam se	Popolnoma Se strinjam
--	--------------------------	----------------	------------------------------	-------------	-----------------------

			strinjam		
Otročnico povprašam o njenem telesnem počutju po porodu	1	2	3	4	5
Otročnico povprašam o njenem psihičnem počutju po porodu	1	2	3	4	5
Opazim duševno razpoloženje otročnice	1	2	3	4	5
Posvetim se telesnemu stanju in morebitnim težavam otročnice	1	2	3	4	5
Posvetim se psihičnemu stanju in morebitnim težavam otročnice	1	2	3	4	5
Posvetim se predvsem dojenčku in njegovim potrebam	1	2	3	4	5
Otročnica mi lahko zaupa svoje zdravstvene težave	1	2	3	4	5
Otročnica lahko zaupa svoje psihične težave	1	2	3	4	5
Nasveti in podpora PMS otročnici so lahko v veliko pomoč pri premagovanju težav po porodu	1	2	3	4	5
Z otročnico vzpostavim pristen, spoštljiv, zaupen medosebni odnos	1	2	3	4	5
Otročnice želijo več	1	2	3	4	5

obiskov	patronažne					
medicinske sestre						

14. Koliko časa (navedite približno v minutah) si je povprečno vzamete za potrebe otročnice (za pogovor o njenem zdravstvenem stanju, duševnem stanju, skrbeh, ...)?

- ob vsakem obisku povprečno \_\_\_\_\_ minut

- ob prvem obisku povprečno \_\_\_\_\_ minut

- pri drugem obisku povprečno \_\_\_\_\_ minut

15. Ali menite, da ste dovolj usposobljena za **prepoznavanje** obporodnih stiskotročnic? (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)

a) da

b) ne

c) ne vem

16. Ali menite, da ste dovolj usposobljena za **zasvetovanje** otročnicam glede obporodnih stisk? (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)

a) da

b) ne

c) ne vem

17. Kje črpate znanje glede obporodnih stisk? (obkrožite črko pred izbranim odgovorom, možnih je več odgovorov):

a) strokovna izobraževanja, seminarji na temo PPD

b) iz strokovne literature

c) iz poklicnih izkušenj

d) iz svojih osebnih izkušenj

e) iz medijev

f) z izmenjavo mnenj med sodelavci ( medicinskimi sestrami, zdravniki, ostalimi strokovnjaki)

g) ostalo (dopišite): \_\_\_\_\_

18. Ali vidite potrebo po dodatnem izobraževanju s področja obporodnih stisk? ?

Obkrožite črko pred izbranim odgovorom:

a) da

b) ne

c) ne vem

19. Če morda želite izraziti svoje mnenje, ki ga zgoraj niste mogli, vljudno vabljeni, da ga napišete tukaj.

---



---



---



---

## 6.2 MATRIKA PODATKOV

### Priloga 1: Opis vzorca PMS in otročnic

#### Starost PMS

f	Veljavni	23
	Manjkajoči	0
	Povprečje	44,87
	Mediana	45,00
	Modus	52
	Minimum	35
	Maksimum	56

f = frekvenca

#### Leta delovne dobe PMS v patronaži

f	Veljavni	23
	Manjkajoči	0

Povprečje	14,13
Mediana	11,00
Modus	10
Minimum	3
Maksimum	35

f = frekvenca

### Starost otročnic

f	Veljavni	88
	Manjkajoči	0
Povprečje		29,05
Mediana		28,00
Modus		27
Minimum		19
Maksimum		41

f = frekvenca

### Izobrazba otročnic

<b>Izobrazba otročnic</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>
nedokončana osnovna šola ali osnovna šola	1	1,1
poklicna ali srednja šola	37	42,0
višja šola, visoka šola, fakulteta	46	52,3
magisterij ali doktorat	4	4,5
Skupaj	88	100,0

f = frekvenca; f % = odstotek

### Število otrok

<b>Št.otrok</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>
1	48	54,5
2	29	33,0
3	9	10,2

4	1	1,1
6	1	1,1
Skupaj	88	100,0

f = frekvenca; f % = odstotek

#### Kraj bivanja

Kraj bivanja	f	f %
v mestu	38	43,2
na vasi	36	40,9
v primestju	14	15,9
Skupaj	88	100,0

f = frekvenca; f % = odstotek

#### Zaposlitveni status

Zaposlitev	f	f %
zaposlena	57	64,8
nezaposlena	24	27,3
študentka	5	5,7
drugo	2	2,3
Skupaj	88	100,0

f = frekvenca; f % = odstotek

#### Zakonski stan

Stan	f	f %
poročena	44	50,0
izvenzakonska skupnost	44	50,0
Skupaj	88	100,0

f = frekvenca; f % = odstotek

#### Bivalna skupnost

Bivalna skupnost	f	f %
živim sama z otrokom/otroki	3	3,4
živim s partnerjem	68	77,3
živim pri svojih starših	3	3,4
živim pri partnerjevih starših	14	15,9

Bivalna skupnost	f	f %
živim sama z otrokom/otroki	3	3,4
živim s partnerjem	68	77,3
živim pri svojih starših	3	3,4
živim pri partnerjevih starših	14	15,9
Skupaj	88	100,0

f = frekvenca; f % = odstotek

## Priloga 2: Cronbach alfa (Pomoč otročnicam)

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,704	9

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pri negi dojenčka mi pomaga partner	25,06	24,652	,466	,667
Pri negi dojenčka mi pomagajo sorodniki	26,47	23,861	,366	,681
V nočnem času mi pri negi otroka(jok,previjanje) pomaga partner	26,23	21,304	,407	,678
Pri gospodinjskih opravilih mi pomaga partner	25,27	23,465	,477	,660
Pri gospodinjskih opravilih mi pomagajo sorodniki, storitvene službe	26,95	24,573	,329	,688
S prijateljicami se dobivam na obiskih, druženjih	26,18	24,679	,283	,698
Imam dovolj časa za razvedrilo	26,25	23,362	,487	,658
Uživam raznovrstno hrano	25,16	25,813	,372	,683
Imam dovolj časa za počitek in spanje	26,07	25,145	,299	,693

**Priloga 3: Cronbach alfa (Zaupanje)**

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,737	10

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Deleted	Scale Variance if Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Deleted
Partnerju	27,26	39,337	,210	,738
Prijateljici, prijatelju	27,66	38,799	,198	,739
Očetu	29,42	32,771	,471	,704
Materi	28,21	36,383	,236	,741
Tašči	29,54	30,346	,682	,667
Tastu	30,08	32,957	,594	,688
Zdravniku	28,28	33,110	,471	,704
Patronažni medicinski sestri	28,27	32,033	,587	,685
Sodelavcu, sodelavki	29,41	34,769	,301	,733
Strokovnim delavcem (psihologu, socialnem delavcu, ...)	29,22	35,033	,255	,743

**Priloga 4: Cronbach alfa (Obiski patronažne medicinske sestre (PMS))**

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,898	11

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Deleted	Scale Variance if Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Deleted
PMS me je vprašala o mojem telesnem počutju po porodu	38,78	87,824	,491	,897
PMS me je vprašala o mojem psihičnem počutju po porodu	39,45	77,180	,666	,887
PMS je opazila moje duševno razpoloženje	39,68	75,174	,776	,880
PMS se je posvetila mojemu telesnemu stanju in morebitnim težavam	39,45	74,762	,821	,877



PMS se je posvetila mojemu psihičnemu stanju in morebitnim težavam	39,82	72,152	,858	,874
PMS se je posvetila predvsem dojenčku in njegovim potrebam	39,45	94,762	-,078	,928
PMS sem lahko zaupala svoje zdravstvene težave	39,47	74,880	,808	,878
PMS sem lahko zaupala svoje psihične težave	39,75	71,819	,851	,874
Nasveti in podpora PMS so mi bili v veliko pomoč pri premagovanju težav po porodu	39,47	78,322	,753	,883
PMS je z menoj vzpostavila pristen, spoštljiv, zaupen medosebni odnos	39,21	77,003	,826	,879
Želim si več obiskov PMS	39,97	84,034	,342	,906

### Priloga 5: Cronbach alfa (Počutje otročnic)

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,733	5

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Deleted	Scale Variance if Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Deleted
Sem umirjena in spokojna.	8,59	4,497	,455	,704
Sem polna energije, aktivna in živahna.	8,68	3,461	,709	,596
Zbujam se sveža in spočita.	9,08	3,706	,495	,692
Moje vsakodnevno življenje je polno dogodkov in stvari, ki me zanimajo.	8,51	4,115	,401	,727
Sem potrta in žalostna.	8,23	4,522	,460	,703

### Priloga 6: Mann-Whitney U test (primerjava odgovorov otročnic in PMS)

	Mann-Whitney U	Z	p (2-sm.)	Povprečni rang	
				Otročnice	PMS
PMS me je vprašala o mojem telesnem počutju po porodu	800,5	-2,182	,029	53,60	65,20
PMS me je vprašala o mojem psihičnem	595,0	-3,454	,001	51,26	74,13

počutju po porodu					
PMS je opazila moje duševno razpoloženje	683,0	-2,549	,011	52,26	70,30
PMS se je posvetila mojemu telesnemu stanju in morebitnim težavam	655,0	-2,921	,003	51,94	71,52
PMS se je posvetila mojemu psihičnemu stanju in morebitnim težavam	544,5	-3,606	,000	50,69	76,33
PMS se je posvetila predvsem dojenčku in njegovim potrebam	638,5	-2,878	,004	60,24	39,76
PMS sem lahko zaupala svoje zdravstvene težave	632,5	-3,054	,002	51,69	72,50
PMS sem lahko zaupala svoje psihične težave	616,5	-3,073	,002	51,51	73,20
Nasveti in podpora PMS so mi bili v veliko pomoč pri premagovanju težav po porodu	551,5	-3,637	,000	50,77	76,02
PMS je z menoj vzpostavila pristen, spoštljiv, zaupen medosebni odnos	764,0	-2,087	,037	53,18	66,78
Želim si več obiskov PMS	934,0	-,504	,614	54,74	58,39
Koliko časa si je patronažna medicinska sestra povprečno vzela za vaše potrebe ob vsakem obisku?	546,0	-3,214	,001	49,00	72,26
Koliko časa si je patronažna medicinska sestra povprečno vzela za vaše potrebe ob prvem obisku?	563,5	-3,080	,002	49,21	71,50
Koliko časa si je patronažna medicinska sestra povprečno vzela za vaše potrebe ob drugem obisku?	712,0	-1,946	,052	50,98	65,04

### Priloga 7: Povezanost spremenljivk z lestvico s starostjo, izobrazbo in številom otrok:

		Starost	Izobrazba	Število otrok
Pri negi dojenčka mi pomaga partner	$r_s$	-,152	-,190	-,102
	$p$	,158	,077	,342
	$N$	88	88	88
Pri negi dojenčka mi pomagajo sorodniki	$r_s$	-,075	,068	-,029
	$p$	,485	,530	,790
	$N$	88	88	88
V nočnem času mi pri negi otroka(jok,previjanje) pomaga partner	$r_s$	,044	-,072	-,106
	$p$	,681	,505	,327

		Starost	Izobrazba	Število otrok
	N	88	88	88
Pri gospodinjskih opravilih mi pomaga partner	r <sub>s</sub>	,066	,110	-,042
	p	,539	,309	,700
	N	88	88	88
Pri gospodinjskih opravilih mi pomagajo sorodniki, storitvene službe	r <sub>s</sub>	-,026	,141	,055
	p	,813	,189	,608
	N	88	88	88
S prijateljicami se dobivam na obiskih, druženjih	r <sub>s</sub>	,044	,062	,148
	p	,683	,566	,169
	N	88	88	88
Imam dovolj časa za razvedrilo	r <sub>s</sub>	-,032	-,030	,084
	p	,769	,782	,434
	N	88	88	88
Uživam raznovrstno hrano	r <sub>s</sub>	-,021	-,028	,111
	p	,849	,799	,302
	N	88	88	88
Imam dovolj časa za počitek in spanje	r <sub>s</sub>	,009	,000	,093
	p	,934	,998	,390
	N	88	88	88
Materinstvo je nekaj lepega, čeprav pogosto tudi izredno napornega	r <sub>s</sub>	-,048	,126	-,119
	p	,654	,241	,268
	N	88	88	88
Glede materinstva so pričakovanja včasih prevelika	r <sub>s</sub>	-,077	-,061	-,116
	p	,477	,573	,280
	N	88	88	88
Strahovi mater so pogojeni tudi z vprašanjem ali bo kos novi nalogi	r <sub>s</sub>	-,029	-,166	<b>-,286**</b>
	p	,790	,122	,007
	N	88	88	88
Po rojstvu otroka se je partnerska zveza še okrepila	r <sub>s</sub>	<b>-,230*</b>	-,142	-,068
	p	,031	,187	,528
	N	88	88	88
Partnerstvo se je spremenilo, je lepo, a treba se je zanj potruditi	r <sub>s</sub>	-,030	,056	-,103
	p	,784	,605	,338
	N	88	88	88
Prihod novega družinskega člana pomeni za partnerski odnos stres	r <sub>s</sub>	,190	<b>,244*</b>	-,085
	p	,076	,022	,429
	N	88	88	88
Partnerju	r <sub>s</sub>	-,147	-,147	-,080
	p	,171	,171	,460
	N	88	88	88

		Starost	Izobrazba	Število otrok
Prijateljici, prijatelju	$r_s$	,209	,004	,057
	p	,051	,969	,598
	N	88	88	88
Očetu	$r_s$	-,141	,056	-,046
	p	,198	,612	,677
	N	85	85	85
Materi	$r_s$	-,156	-,074	-,208
	p	,148	,495	,052
	N	88	88	88
Tašči	$r_s$	-,153	-,091	-,114
	p	,154	,400	,291
	N	88	88	88
Tastu	$r_s$	-,115	-,135	-,144
	p	,290	,211	,184
	N	87	87	87
Zdravniku	$r_s$	,017	,121	,072
	p	,873	,261	,508
	N	88	88	88
Patronažni medicinski sestri	$r_s$	,010	,123	,073
	p	,925	,255	,497
	N	88	88	88
Sodelavcu, sodelavki	$r_s$	,192	,077	,053
	p	,076	,478	,628
	N	87	87	87
Strokovnim delavcem (psihologu, socialnem delavcu, ...)	$r_s$	,063	,153	,052
	p	,557	,154	,630
	N	88	88	88
PMS me je vprašala o mojem telesnem počutju po porodu	$r_s$	-,034	,129	-,107
	p	,755	,232	,320
	N	88	88	88
PMS me je vprašala o mojem psihičnem počutju po porodu	$r_s$	,131	,116	,119
	p	,222	,283	,270
	N	88	88	88
PMS je opazila moje duševno razpoloženje	$r_s$	,066	,037	,080
	p	,544	,730	,457
	N	88	88	88
PMS se je posvetila mojemu telesnemu stanju in morebitnim težavam	$r_s$	,112	,188	-,058
	p	,300	,080	,592
	N	88	88	88
PMS se je posvetila mojemu psihičnemu stanju in morebitnim težavam	$r_s$	,145	,138	,019
	p	,179	,199	,861

		Starost	Izobrazba	Število otrok
	N	88	88	88
PMS se je posvetila predvsem dojenčku in njegovim potrebam	r <sub>s</sub>	<b>-,353**</b>	,056	<b>-,347**</b>
	p	,001	,605	,001
	N	88	88	88
PMS sem lahko zaupala svoje zdravstvene težave	r <sub>s</sub>	-,030	,133	-,028
	p	,785	,217	,797
	N	88	88	88
PMS sem lahko zaupala svoje psihične težave	r <sub>s</sub>	-,030	,093	-,049
	p	,781	,389	,651
	N	88	88	88
Nasveti in podpora PMS so mi bili v veliko pomoč pri premagovanju težav po porodu	r <sub>s</sub>	,011	,069	-,042
	p	,919	,525	,694
	N	88	88	88
PMS je z menoj vzpostavila pristen, spoštljiv, zaupen medosebni odnos	r <sub>s</sub>	,021	,079	-,025
	p	,848	,466	,819
	N	88	88	88
Želim si več obiskov PMS	r <sub>s</sub>	-,125	,053	<b>-,230*</b>
	p	,250	,627	,032
	N	87	87	87
Sem potrta in žalostna.	r <sub>s</sub>	,180	,138	,139
	p	,094	,200	,195
	N	88	88	88
Sem umirjena in spokojna.	r <sub>s</sub>	-,133	-,132	,009
	p	,217	,221	,936
	N	88	88	88
Sem polna energije, aktivna in živahna.	r <sub>s</sub>	-,104	-,206	-,052
	p	,335	,054	,628
	N	88	88	88
Zbujam se sveža in spočita.	r <sub>s</sub>	-,009	,040	-,045
	p	,931	,714	,678
	N	88	88	88
Moje vsakodnevno življenje je polno dogodkov in stvari, ki me zanimajo.	r <sub>s</sub>	-,141	-,161	,097
	p	,192	,135	,367
	N	88	88	88

\* p < 0,05, \*\* p < 0,01