



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**DUŠEVNO ZDRAVJE ŽENSK V
POPORODNEM OBDOBJU – PREGLED
LITERATURE**

**MENTAL HEALTH OF WOMEN IN THE
POSTPARTUM PERIOD - A LITERATURE
REVIEW**

Diplomsko delo

Mentorica: Anita Prelec, viš. pred.

Kandidatka: Verona Kryeziu

Jesenice, september, 2020

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici Aniti Prelec, viš. pred., za strokovno pomoč, nasvete, usmerjanje in moralno podporo pri izdelavi diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi recenzentu, doc. dr. Branku Bregarju, za strokovno pomoč in prave usmeritve pri nastajanju mojega diplomskega dela.

Hvala Špeli Šanca za hitro in natančno lektoriranje dela.

Za vso podporo, potrpežljivost in vzpodbudo med študijem in pisanjem diplomskega dela se zahvaljujem tudi svoji družini.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Kakovostna zdravstvena obravnava žensk v obporodni in poporodni dobi lahko izboljša zdravje in dobro počutje, zmanjša stres, travme in znake depresije. Zagotavljanje poporodne čustvene oskrbe je izziv in zahteva od medicinskih sester dobro znanje in dodatne kompetence, s katerimi prepoznajo znake duševne stiske in ženskam v stiski nudijo ustrezno pomoč.

Metoda: Izveden je bil pregled domače in tuje literature v naslednjih podatkovnih bazah: COBISS, Obzornik zdravstvene nege, Google Scholar, CINAHL, PubMed in Wiley. V angleškem jeziku so bile uporabljene naslednje ključne besede: women's mental health, postpartum period, nurses knowledge, preventive measures, v slovenskem pa: duševno zdravje, poporodno obdobje, znanje medicinskih sester, preventivni ukrepi. Ključne besede so bile kombinirane z Boolovim operaterjem IN (ang. AND). Omejitev iskanja literature je bila od marca 2020 do aprila 2020. Vključitveni kriteriji so bili: besedilo člankov v slovenskem in angleškem jeziku, članki, ki so objavljeni v celoti in prosto dostopni, objavljeni med leti 2010 - 2020. S strategijo iskanja v podatkovnih bazah je bilo skupno pridobljenih 1176 zadetkov. Od 36 zadetkov, ki so prišli v ožji izbor, je bilo v dejanskem pregledu literature uporabljenih 18.

Rezultati: V končni pregled literature je uvrščenih 18 člankov in strokovnih besedil. Identificiranih je bilo 42 kod, ki so združene v dve vsebinski kategoriji: Preventivni ukrepi medicinskih sester in babic za pravočasno odkrivanje duševnih bolezni v poporodnem obdobju, kjer so združene kode, ki opredeljujejo preventivne ukrepe za odkrivanje duševnih bolezni v poporodnem obdobju in Znanje medicinskih sester in babic s področja duševnega zdravja žensk v poporodnem obdobju, kjer so združene kode, ki se nanašajo na trenutno znanje in pridobivanje znanja medicinskih sester in babic.

Razprava: Medicinske sestre potrebujejo dodatna znanja in kompetence za obravnavo duševnega zdravja žensk v poporodnem obdobju, saj se le tako lahko zmanjša pojavnost tega javnozdravstvenega problema. Potrebno je kontinuirano izobraževanje medicinskih sester in babic, da se izboljša znanje o poporodni depresiji, zato so nujne dodatne raziskave za določitev načinov za izobraževanje medicinskih sester in babic o duševnem

zdravju žensk po porodu in oblikovanje praktičnih strokovnih navodil/priporočil, da bodo zdravstveni delavci lahko prepoznali in obravnavali ženske z motnjami v duševnem zdravju.

Ključne besede: medicinske sestre, babice, poporodna depresija, kompetence, izobraževanje

SUMMARY

Background: Quality health care of women in the postpartum period can improve their health and well-being, reduce stress, trauma, and signs of depression. Providing postpartum emotional care is a challenge and requires good knowledge and additional competencies from nurses to identify signs of mental distress and provide appropriate assistance to women in need.

Methods: A qualitative research method was used to review domestic and foreign literature in the following databases: COBISS, Slovenian Nursing Review, Google Scholar, CINAHL, PubMed, and Wiley. The following keywords were used in English: “women’s mental health”, “postpartum period”, “nurse’s knowledge”, and “preventive measures”. The keywords were combined with the Boolean operator AND. We searched for literature from March 2020 to April 2020. Restrictive search criteria included texts written in Slovene and English languages, full-text articles available free of charge, and period of publication from 2010 to 2020. With the database search strategy, we obtained $n = 1,176$ hits. Of the 36 shortlisted hits, 18 were used in the actual literature review.

Results: The final literature review included 18 articles and professional texts. The research was classified into a hierarchy of evidence. We identified 42 codes, which were grouped into two content categories: 1) Preventive measures conducted by nurses and midwives for the timely detection of mental illness in the postpartum period, where the codes define preventive measures for the detection of mental illness in the postpartum period; and 2) Knowledge of nurses and midwives in the field of women’s mental health in the postpartum period, combining codes which relate to the present knowledge and the acquisition of knowledge by nurses and midwives.

Discussion: Nurses need additional knowledge and competencies to address the mental health of women in the postpartum period, as this is the only way to reduce the incidence of this public health problem. Continuing education of nurses and midwives is needed to improve their knowledge on postpartum depression, so further research is needed to identify ways to educate nurses and midwives about women’s mental health after childbirth and to develop practical expert guidance/recommendations so that health professionals can identify and treat women with mental health disorders.

Key words: nurses, midwives, postpartum depression, competencies, education

KAZALO

1	UVOD	1
2	EMPIRIČNI DEL	7
	2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	7
	2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	7
	2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	8
	2.3.1 Metode pregleda literature	8
	2.3.2 Strategija pregleda zadetkov	8
	2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature.....	10
	2.4 REZULTATI.....	11
	2.4.1 PRIZMA diagram.....	11
	2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah.....	12
	2.5 RAZPRAVA	18
	2.5.1 Omejitve raziskave.....	26
	2.5.2 Prispevek za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	26
3	ZAKLJUČEK	28

KAZALO SLIK

Slika 1: PRIZMA diagram vseh baz podatkov	12
---	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	9
Tabela 2: Hierarhija dokazov	11
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov	13
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah	17

SEZNAM KRAJŠAV

NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
PRIZMA	Preffered Reporting Items for Systematic Review and Meta Analysis

1 UVOD

Nosečnost in rojstvo otroka je veselo in vznemirljivo obdobje, vendar se nekatere ženske med prehodom v materinstvo borijo s svojim duševnim zdravjem. Motnje v duševnem zdravju, kot so depresija, tesnoba ali obsesivno-kompulzivna motnja, se lahko pojavijo med nosečnostjo ali po porodu. Po porodu se lahko pojavi tudi posttravmatska stresna motnja, povezana s porodom, ali hudo stanje, z redko pojavnostjo, imenovano poporodna psihoza (American Psychiatric Association, 2013). Veliko žensk, ki ima težave z duševnim zdravjem v poporodnem obdobju, se ne izpostavlja, saj naj bi bilo poporodno obdobje čas napolnjen s srečo. Velikokrat pa se ženske, zaradi težav z duševnim zdravjem, ustrašijo tudi posredovanja centra za socialno delo in morebitne izgube skrbništva nad otrokom (Dolman, et al., 2013).

Cowen in sodelavci (2012) navajajo, da se poporodne duševne motnje delijo na blažje motnje razpoloženja (otožnost), depresivne motnje zmerne resnosti ter poporodno psihozo, ki je najresnejše stanje. Duševne motnje lahko nastopijo takoj po porodu in imajo različen čas trajanja (Drglin, 2017). Pri razširjenosti od 13-25 % so posttravmatski stresni sindrom, depresija in tesnoba najpogostejši zapleti, ki jih ženske doživljajo v poporodnem obdobju (Kingston, et al., 2012). Slabo duševno zdravje v perinatalnem obdobju je opredeljeno kot glavno vprašanje javnega zdravja in »največji neodzivni zdravstveni izziv naše dobe« (Byatt, et al., 2012). Kljub pogostim stikom z zdravstvenimi delavci med nosečnostjo in po porodu, velika večina žensk ne išče pomoči zaradi simptomov stresa, depresije ali tesnobe (Kingston, et al., 2012).

V Sloveniji med najpogostejše poporodne duševne stiske uvrščamo poporodno otožnost (Drglin, 2018) in depresijo (Globevnik Velikonja, 2015a; Drglin, 2018; Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2020). Za otožnost velja, da je prehodna težava, ki ne zahteva zdravljenja. V obdobju otožnosti se ženska počuti čustveno nestabilno, pojavi se občutek tesnobe, je razdražljiva, ranljiva, nespeča, ima zmanjšan tek, je brezvoljna ali pretirano dejavna, izčrpana, pojavijo se lahko tudi težave s koncentracijo (Smith, et al., 2013). Poporodna otožnost se pojavi pri osmih od desetih žensk, pojavi se tretji, četrti ali peti dan po porodu, traja lahko od nekaj ur do nekaj dni (Drglin, 2017). Poporodna

depresija prizadene vsako šesto žensko (NIJZ, 2020). Depresija se lahko pojavi v času nosečnosti ali po porodu (Kotar, et al., 2019). Če je depresija prisotna med nosečnostjo, ima lahko velik vpliv na žensko in njeno družino. Depresija ženske v času nosečnosti predstavlja tveganje za plod, saj je povezana s prezgodnjim porodom in nizko porodno težo (Trevillion, 2016). Najpogosteje se poporodna depresija pojavi v drugem in tretjem mesecu po porodu, drugi vrh pa se pojavi v sedmem in osmem mesecu po porodu. Zelo pomembno je, da si ženske poiščejo pomoč, saj če depresija ni zdravljena, lahko traja mesece, celo leta, kar vpliva na zdravje ženske in otroka. Lahko se zdravi z različnimi oblikami psihoterapije, zdravili ali kombinacijo obojega. Zdravila lahko ženske jemljejo v času nosečnosti ali v poporodnem obdobju. Za poporodno depresijo in tesnobo trpi najmanj ena ženska od desetih. V Sloveniji po porodu vsako leto trpi, zaradi hujše depresije in tesnobe, od 2.000 do 4.000 žensk (Drglin, 2017). Na NIJZ (2017) so ocenili, da letno zbolijo za poporodno depresijo 3.300 žensk. Šimic Vidmar in sodelavci (2017) navajajo, da se za ugotavljanje tveganja za depresijo v poporodnem obdobju uporabljajo različni presejalni testi, med njimi je v materinski knjižici vprašalnik »SZO/EURO lestvica dobrega počutja«, kjer se na podlagi petih postavljenih vprašanj ugotavlja duševno stanje nosečnice in matere.

Tesnoba ali anksioznost se pojavi v obdobju nosečnosti ali po porodu, kaže se z neprijetnimi telesnimi občutki kot so mravljinčenje v rokah in nogah, mraženje, navali vročine, drgetanje, oteženo dihanje, pospešen in/ali nereden utrip srca ali celo napadi panike (Kotar, et al., 2019). Med anksiozne motnje spada tudi posttravmatska stresna motnja. Pojavi se, ko oseba doživi travmatski dogodek in vpliva na normalno delovanje osebe ter na kakovost življenja (Malan-Muller, et al., 2014; Globevnik Velikonja, 2015b). Ocene za posttravmatski stresni sindrom po porodu so precej neenotne, v povprečju do 2 %. Posttravmatski stresni sindrom se lahko pojavi takoj po porodu ali nekaj mesecev pozneje (Globevnik Velikonja, 2015b). Simptomi, ki so značilni za posttravmatsko stresno motnjo so dolgotrajno ponavljanje travmatske izkušnje - nočne more, pogosto spominjanje na dogodek, podoživljanje dogodka. Med travmatske dogodke ob porodu se uvrščajo fizično naporen porod, poškodbe, carski rez in dolgotrajen porod (Globevnik Velikonja, 2015b).

Za poporodno psihozo velja, da se pojavi redkeje, pri 0,1 % do 0,2 % žensk v svetovnem merilu, v Sloveniji pa letno doživi hudo stisko od dvajset do štirideset žensk (Drglin, 2017). Je resna duševna bolezen, ki ima dramatičen nastop kmalu po porodu, ima različne simptome ter hujša nihanja razpoloženja (Kotar, et al., 2019). Poporodno psihozo pogosteje doživijo ženske, ki so bile v preteklosti že deležne psihiatričnega zdravljenja. Tveganje za poporodno psihozo predstavlja prvih trideset dni po porodu, vendar naj bi se ženske s psihiatričnimi težavami v preteklosti spremljalo vse do enega leta po porodu (Wright, et al., 2012). Znaki poporodne psihoze so nespečnost, zmedenost, nihanje v vedenju (od evforije do globoke žalosti, celo besa), luknje v spominu, miselna inferenca (blodnje), neprimerno vedenje (smejanje v neprimernih trenutkih), občutek krivde, tesnoba, depresija, razdražljivost, samomorilne misli in razmišljanje o detomoru (Wright, et al., 2012). Zdravljenje je učinkovito, zato je treba takoj poiskati zdravniško pomoč (Kotar, et al., 2019).

Poznamo več načinov obravnave duševnih stisk v poporodnem obdobju, kot so svetovanje, psihoterapija, zdravljenje z zdravili, bolnišnično zdravljenje in sodelovanje v različnih skupinah. Psihoterapevtska obravnava je učinkovita, kadar gre za blago ali srednje težko obliko depresije (Jelenko Roth, 2018). Zdravljenje z zdravili se uporablja pri hujši obliki depresije in tesnobe. Kombinacija zdravljenja s psihoterapijo in antidepresivi prinese najboljše rezultate, pomembno je tudi, da ženska sodeluje pri zdravljenju. Zdravila predpiše zdravnik po skrbnem posvetu. Bolnišnično zdravljenje se izvaja pri najhujših oblikah depresije in pri nevarnosti samomora (Jelenko Roth, 2018). Farmakoterapija v nosečnosti predstavlja poseben izziv za nosečnice in klinične zdravnike, saj je treba zagotoviti učinkovito zdravljenje matere in preprečiti škodljive učinke, ki lahko vplivajo nerojenega otroka (Feghali, et al., 2015).

Šimic Vidmar in sodelavci (2017) navajajo, da zdravstveni delavci, ki delajo z ženskami v obdobju nosečnosti in v poporodnem obdobju, morajo prepoznati morebitne težave v duševnem stanju žensk in jih nadalje pravilno usmeriti v obravnavo k specialistom, vendar so duševne stiske žensk s strani zdravstvenih delavcev pogosto spregledane (Wright, et al., 2012). Wright in sodelavci (2012) navajajo, da se poporodno depresijo pogosto spregleda zaradi hitrega odpusta žensk iz bolnišnice po porodu (depresija se

lahko pojavi šele tretji dan po porodu), ženska sama ne pove, da je v stiski. Tudi zdravstveni delavci posvečajo večjo pozornost skrbi za materino fizično stanje, kot pa psihično.

V Sloveniji v okviru NIJZ poteka projekt z imenom Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih. V omenjeni projekt je vključenih 27 zdravstvenih domov po celi Sloveniji, kjer poteka aktivnost zgodnjega odkrivanja poporodne depresije. Patronažna medicinska sestra pri enem od obiskov ponudi ženski vprašalnik, ki ga imenujemo Edinburški vprašalnik. Edinburški vprašalnik zajema vprašanja, ki se nanašajo na počutje ženske v zadnjih sedmih dneh po porodu. Z vprašalnikom lahko izvemo, če ima ženska težave na področju duševnega zdravja. Če patronažna medicinska sestra na podlagi rezultatov vidi, da ženska trpi za poporodno depresijo, ji svetuje ter pomaga poiskati pomoč. Vprašalnik lahko dobijo pri ginekologu, dostopen je tudi na spletu (Kotar, et al., 2019).

Brodej in Hrovat Bukovšek (2017) navajata, da je za učinkovito obravnavo žensk v poporodnem obdobju najpomembneje zgodnje odkrivanje duševnih stisk, preprečevanje in zdravljenje, za kar je potrebna celostna obravnava pacientke, urejeno presajanje za težave na področju duševnega zdravja, ter zagotovitev široke in ustrezne podporne mreže.

Medicinske sestre imajo pomembno vlogo pri odkrivanju duševnih bolezni pri nosečnicah in pri ženskah po porodu. V obdobju nosečnosti morajo biti medicinske sestre v ginekološkem dispanzerju pozorne na znake duševne stiske in ženski nuditi ustrezno pomoč. Prepoznati morajo znake morebitne stiske in posameznici ponuditi informacije, podporo in usmeritev k pomoči ali zdravljenju (Brodej & Hrovat Bukovšek, 2017). Medicinske sestre morajo v času nosečnosti ugotoviti in izpostaviti dejavnike, ki lahko vplivajo na duševno zdravje žensk po porodu (Susheelkumar, et al., 2018). Susheelkumar in sodelavci (2018) navajajo, da morajo biti medicinske sestre pozorne na vedenje ženske po porodu. Spodbujati morajo navezanost matere in otroka ter ženski nuditi oporo. Prepoznati morajo simptome za spekter poporodnih duševnih stisk, od poporodne otožnosti do poporodne psihoze. Oceniti morajo misli ženske in

zagotoviti varnost matere in njenega otroka. Medicinska sestra mora mater poučiti o ukrepih in oblikah pomoči, če se simptomi duševne stiske pojavijo in obrazložiti resnosti posledic, če se simptomov oziroma bolezni ne obravnava. Ordan in sodelavci (2017) navajajo, da medicinske sestre, ki izvajajo zdravstveno nego žensk s hudo duševno boleznijo in njihovih dojenčkov, lahko izvajajo manj kakovostno zdravstveno nego. Manj kakovostna zdravstvena nega je lahko posledica stigme in negativnih stališč, ki jih imajo medicinske sestre do žensk s hudo duševno boleznijo. Medicinske sestre bi morale nuditi individualizirano, prilagojeno zdravstveno nego, ki ženski s hudo duševno boleznijo omogoča, da po svojih najboljših močeh postane mati. Niso vse ženske s hudimi duševnimi boleznimi sposobne skrbeti zase in / ali svojega otroka.

Kakovostna zdravstvena obravnava žensk v rodni in poporodni dobi lahko izboljša zdravje in dobro počutje, zmanjša stres, travme in depresivne simptome. Zagotavljanje poporodne čustvene oskrbe je lahko izziv in zahteva dobro znanje in kompetence, s katerimi medicinske sestre prepoznajo simptome duševne stiske in ženskam v stiski nudijo ustrezno pomoč (Jones, et al., 2011). Jones in sodelavci (2011) so v raziskavi ocenili stopnjo znanja avstralskih babic in medicinskih sester o antenatalni in poporodni depresiji. Anketiranih je bilo 815 babic in medicinskih sester. V povprečju so anketirani pravilno odgovorili na vprašanja, povezana z antenatalno depresijo, 70,7 % jih je pravilno odgovorilo na vprašanja o poporodni depresiji. Veliko anketiranih ni ugotovilo dejavnikov tveganja (70,6 %) ali razširjenosti predporodne depresije (49,6 %). Anketirani niso vedeli podatka o pojavnosti depresije (44,4 %), obdobje začetka (71 %) in možnosti zdravljenja (32 %) poporodne depresije. Približno polovica jih ni razumela uporabe antidepresivov (48,6 %). Ugotovitve raziskave so bile, da obstajajo primanjkljaji znanja pri medicinskih sestrah in babicah, v zvezi z nastankom, oceno in zdravljenjem depresivnih simptomov v predporodnem in poporodnem obdobju. Za izboljšanje znanja in kompetenc babic in medicinskih sester pri ocenjevanju in oskrbi žensk, ki trpijo za depresijo, je treba izvajati strokovna izobraževanja in podpirati na dokazih podprto prakso. Gurung in sodelavci (2019) so prišli do podobnega spoznanja, pri čemer so izpostavili, da je imelo 45 % anketiranih slabo znanje o poporodni depresiji (n = 27). Sklepajo, da je znanje o poporodni depresiji med medicinskimi sestrami neprimerno. Priporočajo, da vodstvo bolnišnic medicinskim sestram zagotovi strokovno

izobraževanje za izboljšanje njihovega strokovnega znanja v zvezi s poporodno depresijo in spodbuja uporabo znanja v praksi med zdravstveno obravnavo žensk s poporodno depresijo.

Pomanjkanje konkretnih strategij nenehnega strokovnega izobraževanja in poklicnega razvoja, ki se dosledno in strateško izvaja, lahko ustvari ovire za medicinske sestre, babice in vse zdravstvene izvajalce. Le z dobrim znanjem bo učinkovito odkrivanje simptomov in zagotavljanje kakovostne, na dokazih podprte zdravstvene nege ženskam, ki doživljajo depresijo v poporodnem obdobju. Nižja izobrazba žensk lahko prispeva tudi k stigmatizaciji in negativnim odnosom, ki jih izražajo zdravstveni delavci, kar še bolj ogroža zdravje žensk. Ne glede na to, ali je stalno izobraževanje in poklicni razvoj obvezen, prostovoljen, formalen ali priložnostni, je pozitivnih rezultatov veliko in segajo od osebnega zadovoljstva do strokovne usposobljenosti medicinskih sester, kar omogoča varno zdravstveno nego, ki temelji na dokazih (Legere, et al., 2017).

V diplomskem delu smo na podlagi pregleda literature podrobneje preučili duševno zdravje žensk v poporodnem obdobju, pri čemer smo se osredotočili na preventivne ukrepe medicinskih sester in znanje medicinskih sester s področja duševnega zdravja žensk v poporodnem obdobju.

2 EMPIRIČNI DEL

V empiričnem delu so predstavljeni namen in cilji diplomskega dela, raziskovalna vprašanja ter raziskovalna metodologija. K diplomskemu delu smo pristopili s pregledom slovenske in tuje strokovne literature.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil na podlagi pregleda literature raziskati duševno zdravje žensk v poporodnem obdobju, opredeliti preventivne ukrepe, na podlagi kateri se pravočasno prepozna duševne motnje žensk v poporodnem obdobju in preučiti proces pridobivanja znanja pri medicinskih sestrah s področja duševnega zdravja žensk v poporodnem obdobju.

Cilji raziskave so bili:

- opredeliti preventivne ukrepe medicinskih sester in babic za pravočasno prepoznavanje in zmanjšanje pojavnosti duševnih motenj v poporodnem obdobju,
- ugotoviti znanje medicinskih sester in babic s področja duševnega zdravja žensk v poporodnem obdobju.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

V raziskavi smo s sistematičnim pregledom literature odgovorili na naslednji raziskovalni vprašanji:

- Kakšni so preventivni ukrepi medicinskih sester in babic pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj v poporodnem obdobju?
- Kakšno je znanje medicinskih sester in babic s področja duševnega zdravja žensk v poporodnem obdobju?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V diplomskem delu smo izvedli pregled domače in tuje literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Sistematično smo pregledali slovensko in tujo strokovno literaturo, ki je bila objavljena od leta 2010 do 2020. Literaturo smo iskali preko domačih in tujih podatkovnih baz in iskalnikov. Slovensko literaturo smo iskali v Google učenjaku, COBISS.si (kooperativni online bibliografski sistem in servis) in Obzorniku zdravstvene nege. Tujo literaturo smo iskali v podatkovnih bazah CINHAL, WILEY, PubMed (Medline). Literaturo smo iskali po izbranih ključnih besedah, v slovenskem jeziku: duševno zdravje žensk, poporodno obdobje, znanje medicinskih sester, preventivni ukrepi. V angleškem jeziku so bile uporabljene naslednje ključne besede: women's mental health, postpartum period, nurses knowledge, preventive measures. Posamezne ključne besede so bile kombinirane z Boolovim operaterjem IN (ang. AND), kombinacije besed smo uporabili pri naprednem iskanju literature v bazah podatkov.

Vključitveni kriteriji so bili: besedilo člankov v slovenskem in angleškem jeziku, članki, ki so objavljeni v celoti in prosto dostopni, objavljeni med leti 2010 - 2020.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

V bazi CINHAL smo iskali literaturo v angleškem jeziku, objavljeno med leti 2010 in 2020, pri čemer smo uporabili ključne besede women's mental health, postpartum period, nurses knowledge, preventive measures, ki so bile kombinirane z Boolovim operaterjem AND. Napredno iskanje literature je skupno podalo 444 zadetkov. Po pregledu naslovov in povzetkov smo jih izločili 432. Po natančnem pregledu 12 zadetkov, smo jih v končnem pregledu literature uporabili 4. Tudi v bazi Medline smo iskali literaturo v angleškem jeziku, objavljeno med leti 2010 in 2020, pri čemer smo uporabili ključne besede women's mental health, postpartum period, nurses knowledge, preventive measures, ki so bile kombinirane z Boolovim operaterjem AND. Na podlagi

prej omenjenih vključitvenih iskalkinih kriterijev smo pridobili 152 zadetkov, od katerih smo v končnem pregledu uporabili 5 zadetkov. V Wiley-u smo uporabili zgoraj omenjene ključne besede v angleškem jeziku, kombinirane z Boolovim operaterjem AND, pri čemer smo upoštevali predhodno določena vključitvena merila. Pridobili smo 296 zadetkov, od katerih smo v končni pregled literature umestili 4. V COBISS-u in Obzorniku zdravstvene nege smo iskali slovensko literaturo, objavljeno med leti 2010 in 2020. Uporabili smo ključne besede duševno zdravje žensk, poporodno obdobje, znanje medicinskih sester, preventivni ukrepi, ki smo jih kombinirali z Boolovim operaterjem IN. Skupno smo v COBISS-u pridobili 3 zadetke, v Obzorniku zdravstvene nege 1. Po pregledu povzetkov nobenega zadetka nismo uvrstili v končni pregled literature. V Google učenjaku (ang. Google Scholar) smo iskali angleško in slovensko literaturo, po predhodno omenjenih ključnih besedah in omejitvenih kriterijih. Slovenske literature smo skupno pridobili 29 zadetkov, od katerih nismo nobenega umestili v končni pregled. Zadetkov v angleškem jeziku smo pridobili 280, od katerih smo jih v končnem pregledu literature uporabili 5. Natančna strategija pregleda zadetkov je prikazana v tabeli 1.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovne baze	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
CINHAL	women's mental health AND postpartum period	202	2
	women's mental health in postpartum period AND nurses	148	1
	women's mental health in postpartum period AND preventive measures	94	1
PubMed = Medline	women's mental health AND postpartum period	103	2
	women's mental health in postpartum period AND nurses	26	2
	women's mental health in postpartum period AND preventive measures	23	1
WILEY	women's mental health AND postpartum period	128	2
	women's mental health in postpartum period AND nurses	92	1
	women's mental health in postpartum period AND preventive measures	76	1

Podatkovne baze	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadeti za pregled v polnem besedilu
Obzornik zdravstvene nege	Duševno zdravje žensk IN poporodno obdobje	1	/
	Duševno zdravje žensk v poporodnem obdobju IN medicinske sester	/	/
	Duševno zdravje žensk v poporodnem obdobju IN preventivni ukrepi	/	/
COBISS	Duševno zdravje žensk IN poporodno obdobje	3	/
	Duševno zdravje žensk v poporodnem obdobju IN medicinske sester	/	/
	Duševno zdravje žensk v poporodnem obdobju IN preventivni ukrepi	/	/
Google scholar	Women's mental health AND postpartum period	141	2
	Women's mental health in postpartum period AND nurses	87	2
	Women's mental health in postpartum period AND preventive measures	52	1
Drugi relevantni viri	/	/	/
Skupaj		1176	18

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Izveden je bil princip vsebinske analiza rezultatov raziskav. Uporabljena je bila tehnika kodiranja in oblikovanja vsebinsko relevantnih kategorij. Med prebiranjem literature smo iskali smiselne kode in jih nato kategorizirali glede na vsebinsko podobnost (Vogrinc, 2008). Kode smo umestili v dve glavni kategoriji: preventivni ukrepi medicinskih sester in babic za pravočasno odkrivanje duševnih bolezni v poporodnem obdobju in pridobivanje znanja medicinskih sester in babic s področja duševnega zdravja žensk v poporodnem obdobju.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Literatura, ki je bila uporabljena pri pregledu, ni bila starejša od leta 2010. Izbrali smo literaturo, ki je bila aktualna, dostopna in vsebinsko ustrezna. Dokaze pregleda literature sta Polit & Beck (2018) hierarhično razdelila v osem nivojev, kamor je bila, glede na znanstveno raziskovalno delo, umeščena tudi zbrana literatura naše raziskave. Rezultate hierarhije dokazov prikazuje tabela 2.

V analizo smo vključili 18 virov, med katerimi sta dva sistematična pregleda dokazov (Thomas, et al., 2017; Brown, 2019) dve vzorčni randomizirani klinični raziskavi (McCarter – Spaulding & Shea, 2017; Cole, et al., 2018), enajst dokazov presečnih raziskav (Engqvist, et al., 2010; Segre, et al., 2010a; Segre, et al., 2010b; Engqvist, 2011; Jones, et al., 2011; Higgins, et al., 2017; Elshatarat, et al., 2018; Noonan, et al., 2018; Clevesy, et al., 2019; Gurung, et al., 2019; Kang, et al., 2019), ena kvalitativno zasnovana raziskava (Bianca de Macedo, et al., 2015;) in dve poročili strokovnjakov (Musser, et al., 2013; Susheelkumar, et al., 2018). Največ literature smo umestili na šesti nivo.

Tabela 2: Hierarhija dokazov

Hierarhija dokazov	Število vključenih strokovnih virov
Nivo 1 Sistematični pregled dokazov	2
Nivo 2 Dokazi kliničnih vzročnih randomiziranih raziskav	2
Nivo 3 Dokazi nerandomiziranih raziskav (kvazi eksperiment)	0
Nivo 4 Dokazi prospektivnih kohortnih raziskav	0
Nivo 5 Dokazi retrospektivnih raziskav s kontrolami	0
Nivo 6 Dokazi presečnih raziskav	11
Nivo 7 Dokazi celostnih kvalitativnih raziskav	1
Nivo 8 Mnenja strokovnjakov, poročila posameznih primerov	2

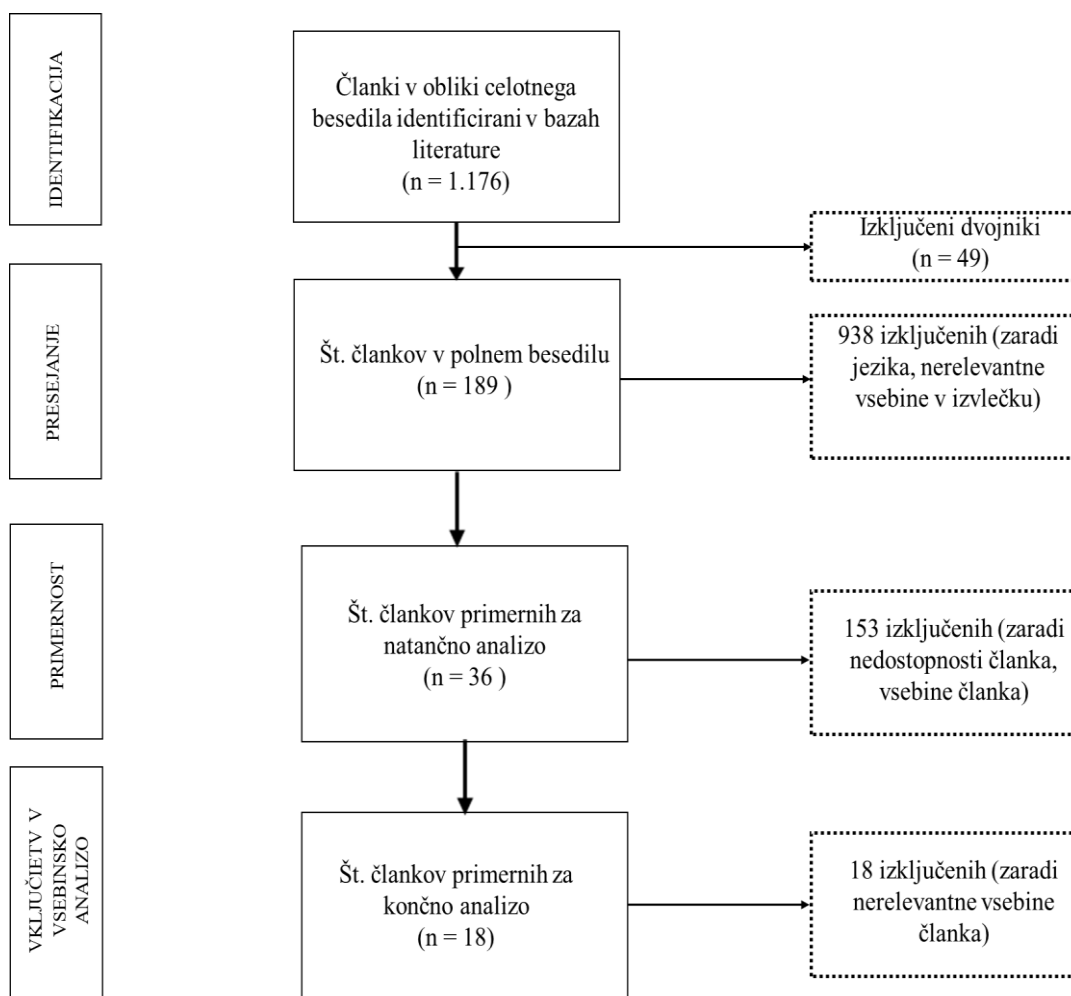
Vir: Polit & Beck, 2018

2.4 REZULTATI

2.4.1 PRIZMA diagram

Slika 1 prikazuje PRIZMA diagram, ki kaže potek pridobitve končnega števila zadetkov (Welch, et al., 2012). Literaturo smo v podatkovnih bazah iskali s ključnimi besedami in skupno pridobili 1176 elektronskih zadetkov raziskovalnih člankov v polnem besedilu. Najprej smo izključili 987 virov (od tega je bilo 49 člankov podvojenih), v nadaljnjo analizo smo uvrstili 189 virov v polnem besedilu. Nato smo pregledali izvlečke in

naslove zadetkov, na podlagi česar smo izključili 153 zadetkov. V natančno analizo smo uvrstili 36 zadetkov. Po podrobnem vsebinskem pregledu zadetkov smo v končno analizo umestili 18 virov, ki so podrobneje predstavljeni v tabeli 3.



Slika 1: PRISMA diagram vseh baz podatkov

(Welch, et al., 2012)

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Tabela 3 prikazuje razporeditev člankov glede avtorja, leto objave članka, državo (če je bila v članku omenjena), raziskovalni dizajn, vzorec in ključna spoznanja. Pregledana literatura vključuje literaturo, ki vsebuje podatke o duševnem zdravju žensk v poporodnem obdobju.

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Thomas, et al.	2017	Sistematični pregled literature	12 člankov ZDA (120 žensk), Avstrija (17 žensk), Čile (230 žensk), Pakistan (903 žensk), Anglija (2343 žensk), Iran (134 žensk), Kitajska (397 žensk)	Povprečna razširjenost depresije med materami po porodu je bila 38,6 %. Večina raziskav priporoča rutinsko poporodno oskrbo, nadaljevanje prakse prek telefona, izobraževanje matere in zagotavljanje strokovnjakov v primeru pojava duševnih stisk v poporodnem obdobju.
Brown	2019	Sistematični pregled literature	10 člankov, ZDA (57 žensk; 529 žensk; 231 moških; 122 žensk; 1734 žensk; 21 udeležencev; 444 žensk; 80 žensk)	Izvajanje na dokazih podprte prakse izboljša rezultate pacientk, povezanih s poporodno depresijo. Preizkušeni negovalni posegi pri poporodni depresiji vključujejo: vadbo v skupinah in posamično, svetovanje pri vadbi, podpora vrstnikov, podpora partnerja, materino spanje in spanje dojenčkov. Izobraževanje žensk med nosečnostjo o ukrepih za preprečevanje ali zmanjšanje razširjenosti poporodne depresije lahko izboljša zdravstvene izide pacientk s skrajšanjem časa okrevanja in resnostjo simptomov.
Segre, et al.	2010a	Presečna raziskava	520 medicinskih sester ZDA	Medicinske sestre bi pri pacientkah po porodu morale preverjati simptome poporodne depresije, tako med zdravstveno obravnavo ženske, kot med pediatrično oskrbo otroka.
Segre, et al.	2010b	Presečna raziskava	Dve skupini: 691 žensk po porodu, z visokimi letnimi dohodki in 132 žensk po porodu z nizkimi letnimi dohodki; ZDA	Medicinske sestre imajo pogoste stike z ženskami po porodu, izvajajo presejalne teste in svetovanja. Zdravstvena oskrba medicinskih sester lahko odpravi številne ovire, ki preprečujejo odkrivanje in zdravljenje depresije ter na koncu izboljšajo izide za dojenčka. V raziskavi so ženske v obeh skupinah najpogosteje izbrale medicinske sestre za svojo najprimernejšo svetovalko in razkrile, da lahko medicinske sestre služijo kot "zaupanja vredne osebe".

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Jones, et al.	2011	Presečna raziskava	815 babic Avstralija	Številne babice niso ugotovile dejavnikov tveganja (70,6 %) ali razširjenosti predporodne depresije (49,6 %). Odstotek antenatalno depresivnih žensk, ki poskušajo narediti samomor, so podcenjevale skoraj vse babice (98,3 %). Pojavnost (44,4 %), obdobja začetka (71 %) in možnost zdravljenja (32 %) poporodne depresije ni ugotovilo kar nekaj babic. Približno polovica jih ni razumela uporabe antidepresivov (48,6 %) in so napačno poročale, da je lestvica poporodne depresije v Edinburghu primeren instrument za oceno simptomov poporodne psihoze (43,8 %). Obstajajo ključni primanjkljaji znanja v zvezi z nastankom, oceno in zdravljenjem depresivnih simptomov v antenatalnem in poporodnem obdobju.
Bianca de Macedo, et al.	2015	Kvalitativna raziskava	Intervjuvanje 16 zdravstvenih delavcev, Brazilija	Rezultati raziskave opisujejo težave zdravstvenih delavcev pri prepoznavanju in zdravljenju žensk s poporodno depresijo. Strokovnjaki so poročali o omejenem znanju, kako oceniti čustvene spremembe, povezane s poporodnim obdobjem. Primarne zdravstvene delavce je treba izobraževati za prepoznavanje in zdravljenje žensk s poporodno depresijo, za vodenje prakse, ki temelji na dokazih, pa je treba oblikovati smernice/priporočila in protokole.
Susheelkumar, et al.	2018	Poročilo strokovnjakov	Indija	Pri ženskah je največje tveganje za razvoj duševne motnje v starosti med 18 in 45 let. Ženske v poporodnem obdobju so dovzetne za spekter duševnih motenj. Navezanost na dojenčka in interakcija z dojenčkom sta dva vidika odnosa mati-dojenček, ki ga matere s poporodnimi duševnimi motnjami nimajo ali je le-ta neizrazit.
Clevesy, et al.	2019	Kvantitativna raziskava	125 zdravstvenih delavcev, ZDA	Izobraževanje o presejalnih testih za izvajalce zdravstvenih storitev in dodajanje meritev v elektronski zdravstveni karton, sta bila povezana s povečanimi stopnjami presejalnih pregledov za poporodno depresijo žensk v zdravstvenem domu.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Cole, et al.	2018	Randomiziran a klinična raziskava	725 žensk po porodu, ZDA	Potrebna je vključitev presejalnega testa za poporodno depresijo v rutinsko negovalno prakso, s takojšnjo triažo duševnega zdravja in napotitvijo na ustreznega strokovnjaka ali podporno skupino, ob zaznanju duševnih stisk pri ženskah v poporodnem obdobju.
Kang, et al.	2019	Presečna raziskava	108 medicinskih sester, Malezija	V raziskavi so ugotavljali znanje, prepričanje in prakso medicinskih sester glede poporodne depresije in presejalnih testov. Več kot polovica medicinskih sester je dosegla višjo oceno znanja o poporodni depresiji in so imele pozitivno mnenje o presejalnih testih za poporodno depresijo. Vendar pa je bila praksa uporabe presejalnih testov slaba.
Elshatarat, et al.	2018	Presečna raziskava	181 medicinskih sester, 143 babic, Savdska Arabija	Medicinske sestre in babice niso imele znanja o različnih vidikih poporodne depresije, vključno z njeno opredelitvijo, razširjenostjo, simptomi, dejavniki tveganja, presejalnimi orodji in zdravljenjem. Le tretjina udeležencev je bila prepričana v svoje sposobnosti izobraževanja žensk o poporodni depresiji. Samozavest udeležencev pri izobraževanju žensk o poporodni depresiji je bila znatno povezana s stopnjo njihovega znanja o ocenjevanju in vodenju poporodne depresije.
Engqvist	2011	Kvalitativna raziskava	16 intervjuvanih medicinskih sester, ZDA	Poporodna psihoza se pojavi pri približno 2 od 1000 žensk po porodu. Čeprav je redka, gre za zelo resno bolezen z možnostjo samomora ali detomora. Medicinske sestre potrebujejo celovito razumevanje te motnje, kako ženske doživljajo bolezen in znanje za zdravstveno nego, ki je potrebna za varstvo žensk in njihovih novorojenčkov. Spodbujati morajo tudi zgodnje odkrivanje poporodne psihoze, da se s takojšnjimi ukrepi olajša zdravljenje.
Gurung, et al.	2019	Kvantitativna raziskava	74 medicinskih sester, Nepal	Znanje medicinskih sester o poporodni depresiji je neprimerno. Vodstvo mora medicinskim sestram zagotovi strokovno izobraževanje za izboljšanje njihovega znanja v zvezi s poporodno depresijo in spodbujati uporabo znanja v praksi.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Engqvist, et al.	2010	Kvalitativna raziskava	Intervjuvanih 9 medicinskih sester iz psihiatričnega oddelka, Švedska	Medicinske sestre so v raziskavi o poporodni psihozi prepoznale nabor znakov. Ker je zgodnje odkrivanje te bolezni ključnega pomena za ženske in njihovo okrevanje je nujno, da imajo psihiatrične medicinske sestre, ki oskrbujejo to populacijo, dobro bazo znanja. Medicinske sestre so imele vrsto pozitivnih in negativnih čustvenih odzivov na ženske. Ta ugotovitev kaže na pomen razvoja strukturiranega systemskega pristopa, kot je klinični nadzor, za spodbujanje kritičnega razmišljanja klinične prakse medicinskih sester v psihiatričnih ustanovah.
Musser, et al.	2013	Poročilo strokovnjakov	Iran	Materina poporodna depresija je dejavnik tveganja za očetovsko poporodno depresijo, pojavnost le-te pa je statistično pomembno povezana z materino poporodno depresijo. Za uspešno obvladovanje očetove poporodne depresije morajo biti medicinske sestre seznanjene s trenutnimi raziskavami in opraviti temeljito oceno očetovega duševnega stanja.
Noonan, et al.	2018	Presečna raziskava	157 babic, Irska	Babice so pokazale visoko raven znanja (71,1 %) pri prepoznavanju žensk, ki doživljajo depresijo in tesnobo po porodu, vendar so poročale o manjši zaupljivosti v lastno zdravstveno obravnavo (43,9 %). Le 17,8 % (n = 28) babic se je počutilo pripravljeno za podporo ženskam, medtem ko jih je 15,3 % (n = 24) poročalo, da imajo dostop do zadostnih informacij o duševnih stiskah po porodu. Babice si želijo dodatna izobraževanja o spektru poporodnih težav, ki se nanašajo na duševno zdravje žensk.
Higgins, et al.	2017	Presečna raziskava	809 medicinskih sester in babic, Irska	Babice in medicinske sestre se srečujejo s številnimi ovirami, ki so povezane z organizacijo in izvajanjem zdravstvene nege, kar negativno vpliva na njihovo sposobnost vključevanja duševnega zdravstvenega varstva v klinično prakso.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
McCarter – Spaulding & Shea	2017	Randomizirana klinična raziskava	240 žensk, ZDA	Potrebne so raziskave, da se določi najprimernejši čas in vsebina izobraževanja medicinskih sester in babic o poporodni depresiji. Veliko ogroženih žensk je mogoče prepoznati že pred porodom. Potrebno bi bilo zagotoviti izobraževanje žensk med nosečnostjo za izboljšanje prepoznavanja poporodne depresije in okrepitev med hospitalizacijo po porodu in po odpustu.

Med pregledom literature je bilo identificiranih 42 kod, ki so bile določene glede na posamezne lastnosti kod in glede na njihovo vzajemno povezanost. Ko smo kode identificirali, smo jih združili v naslednje v dve vsebinski kategoriji: Preventivni ukrepi medicinskih sester in babic za pravočasno odkrivanje duševnih bolezni v poporodnem obdobju in Znanje medicinskih sester in babic s področja duševnega zdravja žensk v poporodnem obdobju. Kode in kategorije so prikazane v tabeli 4.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Preventivni ukrepi medicinskih sester in babic za pravočasno odkrivanje duševnih bolezni v poporodnem obdobju	Krepitev duševnega zdravja – izpoved težav- zmanjšanje stigmatizacije – poporodna zdravstvena oskrba – dojenje – nega dojenčkov – praktična podpora – skupinska psihoterapija – napotitev k zdravniku – izobraževanje pacientk – izobraževanje skupnosti – družinska podpora – nefarmakološki ukrepi – izobraževanje – podpora skupina – presejalna orodja – izobraževanje zdravstvenih delavcev – Edinburška lestvica – komunikacija – opredelitev dejavnikov tveganja – terapevtski odnos	Segre, et al., 2010a; Segre, et al., 2010b; Thomas, et al., 2017; Brown, 2019; Bianca de Macedo, et al., 2015; Cole, et al., 2018; Susheelkumar, et al., 2018; Clevesy, et al., 2019

Kategorija	Kode	Avtorji
Znanje medicinskih sester in babic s področja duševnega zdravja žensk v poporodnem obdobju.	Nezadostno znanje – dodatna izobraževanja – primanjkljaj – strokovno izobraževanje – na dokazih podprta praksa – teoretično znanje – praktično znanje – presejalni testi – nepoznavanje simptomov – pomanjkanje samozavesti – stopnja izobrazbe – specialna znanja – napredne kompetence – organizacijske težave – pomanjkanje časa – doživljanje bolezni – spodbujanje odkrivanja bolezni – klinična praksa – klinični nadzor – kritično razmišljanje – celovita zdravstvena nega – ocena tveganja	Engqvist, et al., 2010; Engqvist, 2011; Jones, et al., 2011; Bianca de Macedo, et al., 2015; Higgins, et al., 2017; McCarter - Spaulding & Shea, 2017; Elshatarat, et al., 2018; Noonan, et al., 2018; Gurung, et al., 2019; Kang, et al., 2019; Musser, et al., 2013

2.5 RAZPRAVA

Duševne stiske v poporodnem obdobju so precej pogoste, z različno resnostjo in manifestacijami. Poporodna psihoza se pogosteje pojavlja v državah z nizkim in srednjim visokim bruto družbenim proizvodom, oziroma pri ženskah s psihiatrično anamnezo. Za razvoj duševnih stisk v poporodnem obdobju ni jasne etiologije. Lahko je posledica kombinacije genske dovzetnosti in hormonskih sprememb, na katere vplivajo različni dejavniki tveganja, kot so nenačrtovana nosečnost, življenje brez partnerja, finančne težave, stresni življenjski dogodki, stresi, povezani z oskrbo otroka, in zapleti z zdravjem dojenčka (Thomas, et al., 2017). Poporodna depresija je potencialno resno stanje, ki je pogosto nediagnosticirana in nezdravljena, ker rutinsko presejanje ni standard v praksi pri večini izvajalcev zdravstvenih storitev (Clevesy, et al., 2019).

Na podlagi pregleda literature smo želeli ugotoviti, kakšni so ukrepi medicinskih sester in babic pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj v poporodnem obdobju. Zdravstveni delavci morajo vključiti ukrepe krepitev duševnega zdravja v svoje redne delovne dejavnosti, kar bo spodbujalo ženske k izpovedi svojih težav, s čimer se bo zmanjšal občutek stigmatizacije. V poporodnem obdobju se morajo ukrepi za krepitev duševnega zdravja izvajati celostno (Thomas, et al. 2017). Thomas in drugi (2017) navajajo, da medicinske sestre in babice morajo dati poudarek na poporodno oskrbo, dojenje, nego dojenčkov in na praktično podporo s pomočjo reševanja problemov in s skupinskimi psihoterapevtskimi tehnikami, ki so se v indijskih okoljih izkazale za zelo učinkovite, tako pri zmanjševanju depresije mater kot pri izboljšanju zdravja dojenčka. Medicinske

sestre so vključene v vse vidike zdravstvene oskrbe, vključno v nosečnost, porod in poporodno obdobje. Po porodu je medicinska sestra novi materi v bolnišnici na voljo kratek čas (24-36 ur). Medicinska sestra mora poporodno duševno stisko prepoznati v kratkem časovnem obdobju, preden se mati in novorojenček odpravita domov. Nadaljnji obisk lahko v poporodnem obdobju opravi babica. Medicinske sestre in babice so odgovorne za napotitev ženske k zdravniku, kadar prepoznajo znake, ki kažejo na duševne motnje. Medicinske sestre so odgovorne za izobraževanje in podporo pacientkam v zdravstvenih ustanovah, vendar je enako pomembno tudi izobraževanje skupnosti oziroma družine (Brown, 2019). Povečanje ozaveščenosti o poporodnih duševnih stiskah in simptomih lahko spodbudi ženske, da poiščejo zdravljenje. O duševnih stiskah je treba poučiti tudi družinske člane, predvsem kdaj naj poiščejo pomoč za svoje najbližje. Zakonci imajo ključno vlogo, da svoje žene spodbudijo k iskanju strokovne pomoči pri znakih poporodne depresije. Brez podpore v domačem okolju je malo verjetno, da bo ženska poiskala pomoč pri zdravniku. Medicinske sestre bi morale ženske najprej poučiti o preprostih dejavnostih, ki jih starši lahko izvajajo doma, da bi spodbudili pozitivno razpoloženje in duševno zdravje (Cole, et al., 2018; Brown, 2019; Clevesy, et al., 2019). Brown (2019) navaja, da med preventivne ukrepe obvladovanja poporodne depresije spada vadba žensk v skupinah in posamično, materino spanje (počitek) in spanje dojenčkov, pri čemer mora imeti ženska podporo družine in okolice. Rezultati raziskave kažejo, da sta vadba in podpora zakonca najučinkovitejša za lajšanje simptomov poporodne depresije. Izboljšanje vzorcev spanja dojenčkov prav tako pripomore k izboljšanju simptomov poporodne depresije. Medicinske sestre morajo ženske med nosečnostjo poučiti o ukrepih za preprečevanje ali zmanjšanje razširjenosti poporodne depresije. Dobro informiranje lahko spodbudi tudi ženske s simptomi poporodne depresije, kjer nefarmakološki ukrepi niso zadostni, da poiščejo strokovno pomoč. Poporodno depresijo lahko v mnogih primerih zdravimo s kakovostnim izobraževanjem o učinkovitih ukrepih. Bianca de Macedo in sodelavci (2015) navajajo, da podporne skupine za nosečnice in ženske po porodu lahko predstavljajo zgodnji pristop k zdravstveni obravnavi poporodne depresije.

Segre in drugi (2010a) navaja, da so na voljo orodja za odkrivanje depresije, prilagojena ženskam v obporodnem obdobju, vendar medicinske sestre in babice potrebujejo znanje

za uporabo lestvice, interpretacijo rezultatov ter ukrepanje ob odkritju poporodne depresije ali katerekoli druge duševne motnje. Segre in drugi (2010b) je na podlagi raziskave ugotovil, da ženske rade sprejemajo zdravstveno obravnavo s strani medicinskih sester za ugotavljanje simptomov poporodne depresije. Skoraj vse ženske v raziskavi so bile pripravljene ali popolnoma pripravljene dokončati testiranje, ki so ga izvajale medicinske sestre, več kot polovica pa je prepoznala medicinsko sestro kot ključno za svetovanje o duševnem zdravju v poporodnem obdobju. Poleg tega so ženske najpogosteje izbrale medicinske sestre za svojo najprimernejšo svetovalko in prav tako razkrile, da so medicinske sestre zaupanja vredna sogovornice.

Pojav depresije se lahko zgodi kadar koli med nosečnostjo ali po porodu. Če bi medicinske sestre lahko vključile sistematično presejanje za poporodno depresijo v vse klinična in domača okolja, ki služijo nosečnicam in otročnicam, bi se lahko odkrivanje, napotitev in zdravljenje depresije izboljšalo.

Nadaljnje raziskave bi morale preveriti učinkovitost presejanja in svetovanja, ki ga nudi medicinska sestra ali babica, glede na rezultate v praksi (odstotek prepoznanih žensk s poporodno depresijo, število žensk, ki so bile deležne zdravljenja, izid zdravljenja, stroški zdravljenja). Bianca de Macedo in drugi (2015) so v raziskavi ugotovili, da so zdravstveni delavci našli možne dejavnike tveganja in nekatere simptome duševnih stisk v poporodnem obdobju, vendar težko prepoznajo poporodno depresijo, jo preprečijo ali zgodaj ukrepajo, saj ne poznajo presejalnih metod in imajo omejene intervencije, ko poporodno depresijo prepoznajo. Izobraževanje zdravstvenih delavcev in dodajanje presejalnih orodja Edinburške lestvice v elektronski zdravstveni karton sta bila povezana s povečanimi stopnjami presejalnih pregledov za poporodno depresijo. Presejalni test za poporodno depresijo s standardiziranim vprašalnikom, kot je Edinburška lestvica poporodne depresije, lahko pozitivno vpliva na skladnost zdravstvenih izvajalcev pri zagotavljanju priporočenega pregleda depresije vseh žensk v obdobju po porodu. Vsi zdravstveni delavci, ki skrbijo za ženske in novorojenčke, igrajo ključno vlogo pri spodbujanju celovitih ukrepov v presejalnem testiranju za določanje poporodne depresije (Clevesy, et al., 2019).

Susheelkumar in drugi (2018) so v raziskavi podali ukrepe, s katerimi medicinske sestre prepoznavajo poporodne duševne motnje in s katerimi ozaveščajo ženske in okolico o poporodnih duševnih stiskah, pri čemer mora medicinska sestra:

- zagotoviti učinkovito komunikacijo in poznati zdravstveno stanje pacientke, vključno z antenatalnimi in poporodnim dejavniki;
- ugotoviti dejavnike tveganja, povezane s poporodnimi duševnimi stiskami, kot so predporodna depresija, življenjski stres, pomanjkanje družbene podpore, anksioznost pred porodom, poporodna žalost, nezadovoljstvo, depresije v preteklosti, težek porod, bolezen pri novorojenčku, nizka samopodoba, slabše družbeno ekonomsko stanje, nenačrtovana/neželena nosečnost, samski stan, prezgodnji porod in mnogorodnost;
- prepoznati simptome za spekter poporodnih duševnih stisk, od žalosti do življenjsko nevarne poporodne psihoze in biti seznanjena z različnimi možnostmi zdravljenja le-teh;
- oceniti duševno stanje žensk in zagotoviti varnost matere in novorojenčka;
- biti pozorna na znake stiske in biti pripravljena pomagati pri navezanosti med materjo in dojenčkom, napotiti matere in družine na podporne skupine in svetovanje ter pomagati družini pri določanju prednosti in opravljanju potrebnih družinskih funkcij;
- pomagati materi pri dojenju;
- ohranjati terapevtski odnos;
- vzdrževati podrobno in celovito razumevanje poporodnih duševnih stisk;
- poučiti mater o razpoložljivih storitvah, če se pojavijo simptomi duševne stiske;
- zagotoviti ustrezen poporodni pregled;
- imeti ustrezno znanje o Edinburški lestvici poporodne depresije in zmožnost implementiranja le-te v prakso;
- vzdrževati skupni pristop med vsemi zdravstvenimi delavci, kar je bistvenega pomena za odkrivanje in najučinkovitejše obvladovanje poporodnih duševnih stisk;
- pridobiti znanje o razlikah med poporodnimi duševnimi stiskami, da bi razlikovala poporodno depresijo od drugih bolezni duševnega zdravja, ki se pojavijo po porodu;

- stalno izpopolnjevati svoje znanje o poporodnih duševnih stiskah in obvladovanju le-teh.

Ugotavljali smo tudi, kakšno je znanje medicinskih sester in babic s področja duševnega zdravja žensk v poporodnem obdobju. V raziskavi so Jones in drugi (2011) ocenjevali stopnje znanja in potrebo po izobraževanju pri avstralskih babicah glede predporodne in poporodne depresije. Rezultati raziskave so pokazali primanjkljaj znanja babic v zvezi z nastankom, oceno in zdravljenjem simptomov depresije v antenatalnem in poporodnem obdobju. Za izboljšanje znanja babic in kompetenc pri ocenjevanju in zdravstveni obravnavi žensk, ki trpijo za depresijo, je treba nadaljevati strokovno izobraževanje babic in medicinskih sester. Kang in sodelavci (2019) so v raziskavi ugotovili, da medicinske sestre niso bile neposredno vključene v zdravljenje poporodne depresije, zato so le redke poznale uporabo antidepresivov pri doječih materah in uporabo elektrokonvulzivne terapije. Zaskrbljujoče je, da medicinske sestre niso poznale opredelitve poporodne otožnosti, očetovske poporodne depresije ali dejstva, da je uživanje antihipertenzijskega zdravila methyldopa med nosečnostjo dejavnik tveganja za poporodno depresijo. 94 % medicinskih sester se je strinjalo, da je presejalni pregled za poporodno depresijo potreben, le 78 % pa jih je izvajanje le-tega v praksi razumelo kot svojo odgovornost. Čeprav je večina medicinskih sester dosegla visoko povprečno oceno znanja in je imela pozitivno prepričanje o njihovi vlogi pri zdravljenju poporodne depresije, je njihova praksa v zvezi s presejalnimi testi poporodne depresije slabša. Namen ukrepov za izboljšanje presejalnih praks na področju poporodne depresije ne bi smel biti le za izboljšanje znanja, ampak tudi za preučevanje strategij za spreminjanje prepričanj o poporodni depresiji med medicinskimi sestrami. Gurung in ostali (2019) so v raziskavi ugotovili, da je znanje medicinskih sester o poporodni depresiji neprimerno, saj več kot polovica anketirancev slabo pozna simptome poporodne depresije. Večina anketirancev je poznala naslednje dejavnike, ki lahko povzročijo poporodno depresijo: težave v partnerskem odnosu, neželena/nenačrtovana nosečnost, prejšnje duševne bolezni, izguba otroka in pomanjkanje družinske podpore. Tretjina medicinskih sester pozna metodo opazovanja za diagnozo poporodne depresije. Vodstvo zdravstvenih ustanov mora medicinskim sestram zagotoviti strokovno izobraževanje za izboljšanje njihovega znanja v zvezi s poporodno depresijo in spodbujati uporabo znanja v praksi.

Elshatarat in ostali (2018) so v raziskavi ugotavljali pomanjkanje znanja o oceni in obvladovanju poporodne depresije med medicinskimi sestrami in babicami v Savdski Arabiji. Medicinske sestre in babice niso imele znanja o različnih vidikih poporodne depresije, vključno z njeno opredelitvijo, razširjenostjo, simptomi, dejavniki tveganja, presejalnimi orodji in zdravljenjem. Le tretjina udeležencev je bila prepričana v svoje sposobnosti izobraževanja žensk o poporodni depresiji. Samozavest medicinskih sester in babic pri izobraževanju žensk o poporodni depresiji je bila znatno povezana s stopnjo njihovega znanja o ocenjevanju in spremljanju poporodne depresije. Noonan in sodelavci (2018) so prišli do nasprotnih ugotovitev kot prej omenjeni avtorji, in sicer so babice v raziskavi pokazale visoko raven znanja (71,1 %) pri prepoznavanju žensk, ki doživljajo depresijo in tesnobo po porodu, vendar so poročale o manjši zaupljivosti v lastno zdravstveno obravnavo (43,9 %). Le 17,8 % babic se je počutilo pripravljeno za podporo ženskam, medtem ko jih je 15,3 % poročalo, da imajo dostop do zadostnih informacij o duševnih stiskah po porodu. Babice si želijo dodatna izobraževanja o spektru poporodnih težav, ki se nanašajo na duševno zdravje žensk.

Higgins in sodelavci (2017) so v raziskavi ugotovili, da se babice in medicinske sestre srečujejo s številnimi izzivi pri reševanju težav duševnega zdravja žensk. Od prvih desetih ugotovljenih ovir je bilo sedem osredotočenih na organizacijo ali zdravstveni sistem, vključno s prevelikim obsegom dela, pomanjkanjem časa, pomanjkanjem oskrbovalnih poti, in pomanjkanjem zasebnosti. Medicinske sestre z znanjem o duševnem zdravju žensk so pomanjkanje zasebnosti, delovne obremenitve in čas dojemale kot večje ovire v primerjavi s tistimi brez znanja za duševno zdravje žensk. Zaradi pomanjkanja časa se babice in medicinske sestre namerno izogibajo postavljanju vprašanj o duševnem zdravju, ker nimajo časa poslušati vprašanj, ki se lahko pojavijo pri pogovoru s pacientko. Odsotnost jasno opredeljenih poti zdravstvene obravnave duševnega zdravja babicam in medicinskim sestram predstavlja dodatno oviro. Pomanjkanje znanja in spretnosti za pravočasno odzivanje je bilo opredeljeno kot posebna ovira pri obravnavi žensk z vprašanji o duševnem zdravju.

Engqvist (2011) navaja, da je poporodna psihoza redka duševna motnja, ki prizadene malo žensk. Medicinske sestre potrebujejo celovito razumevanje te motnje, doživljanje

bolezni in poznati morajo ukrepe, ki so potrebni za varstvo žensk in njihovih novorojenčkov. Spodbujati morajo tudi zgodnje odkrivanje bolezni, da se olajša takojšnje zdravljenje. Medicinske sestre in študenti zdravstvene nege potrebujejo izobraževanje o znakih bolezni, izkušnjah žensk, strategijah zdravstvene nege in načinih za reševanje lastnih čustvenih reakcij pri ženskah s poporodno psihozo. Glede na resnost te bolezni je za medicinske sestre pomembno, da gradijo na svoji bazi znanja in razvijejo kompetence za zagotavljanje celovite zdravstvene obravnave.

Poleg formalnih izobraževanj je sistematični klinični nadzor, ki je na razpolago zdravstvenim delavcem v nekaterih evropskih zdravstvenih sistemih, pomembno orodje za spodbujanje kritičnega razmisleka o klinični praksi medicinskih sester. V procesu kliničnega nadzora lahko supervizor zagotovi stalno izobraževanje o posebnostih bolezni posameznega pacienta. V okviru tega odnosa medicinske sestre dobijo tudi podporo, ki lahko zmanjša napetost in izgorelost.

Engqvist in drugi (2010) navajajo, da so medicinske sestre v raziskavi pri poporodni psihozi prepoznale vrsto simptomov. Ker je zgodnje odkrivanje te bolezni ključnega pomena za ženske in njihovo okrevanje, je nujno, da imajo psihiatrične medicinske sestre, ki oskrbujejo to populacijo, dobro bazo znanja. Medicinske sestre so imele vrsto pozitivnih in negativnih čustvenih odzivov na ženske s poporodno psihozo. Ta ugotovitev kaže na pomen razvoja strukturiranega systemskega pristopa, kot je klinični nadzor, za spodbujanje kritičnega razmišljanja klinične prakse medicinskih sester v psihiatričnih ustanovah. Tako lahko psihiatrične medicinske sestre nadgradijo svojo bazo znanja, poglobijo svoje razumevanje odzivov žensk s poporodno psihozo in razširijo svoj nabor strategij terapevtske zdravstvene nege, da bi ženskam s poporodno psihozo nudile celovito zdravstveno oskrbo.

Musser in sodelavci (2013) navajajo, da očetje igrajo kritično vlogo pri razvoju svojih otrok. Po raziskavah, ki so pokazale negativne vplive materine poporodne depresije na otrokove izide, so se raziskave pričele preusmerjati na vključitev duševnega zdravja očetov. Medicinske sestre morajo znanje o tej temi vključiti v prakso, da se zagotovi najboljša možna oskrba pacienta. Za uspešno upravljanje očetovske poporodne depresije

morajo biti medicinske sestre seznanjene z raziskavami o poporodni depresiji le-teh. Pomembno je tudi, da se medicinske sestre zavedajo razpoložljivih virov v svojih skupnostih, da lahko zagotovijo ustrezno in pravočasno napotitev očetov za zdravljenje poporodne depresije.

Cole in drugi (2017) navajajo, da medicinske sestre izvajajo oceno duševnega zdravja žensk v poporodnem obdobju. Postopek presajanja bi moral biti del rutinske zdravstvene obravnave. Rezultati pregleda po porodu podpirajo klinično potrebo po stalnem psihosocialnem programiranju in oceni tveganja pojava duševnih motenj za ženske in njihove partnerje. Pregled žensk v poznejšem obdobju po porodu (v prvem letu) lahko kliničnim zdravnikom omogoči, da bolje opredelijo vpliv zgodnje prepoznavne in zdravljenja za ženske in partnerje, ki doživljajo perinatalno in poporodno depresijo ter anksiozne motnje. Kadar imajo medicinske sestre ustrezna sredstva in so klinično usposobljene, lahko razvijejo celostni pristop k podpori psihosocialnega zdravja žensk in njihove družine. Medicinske sestre, specializirane za zdravje mater in otrok, igrajo ključno vlogo pri zgodnji prepoznavi in hitrem zdravljenju poporodne depresije. Pogosti stiki medicinskih sester z ženskami v obdobju po porodu omogočajo, da nudijo kontinuirano zdravstveno nego, vključno z izobraževanjem o depresiji, napotitvijo in svetovanjem ob prepoznanju simptomov depresije (Segre, et al., 2010a; Susheelkumar, et al., 2018).

Babiška obravnava lahko izboljša čustveno zdravje in dobro počutje porodnic, zmanjša stres, travme in depresivne simptome ter izboljša izide žensk v rodni dobi. Zagotavljanje čustvene oskrbe v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja zahteva od babic dobro znanje za obvladovanje stisk žensk in družin (Jones, et al., 2011).

Elshatarat in ostali (2018) poudarjajo, da je za izboljšano znanje o poporodni depresiji potrebno kontinuirano izobraževanje medicinskih sester in babic. Za določitev učinkovitih izobraževalnih pristopov, ustrezne prakse in samozavesti o poporodni depresiji, so potrebne nadaljnje raziskave. Cilji izobraževanja staršev vključujejo večjo ozaveščenost in zmanjšanje potencialne stigme, povezane s poporodno depresijo.

Predporodni pregledi, obiski bodočih staršev, bivanje v bolnišnici ter pregledi novorojenčkov in dojenčkov medicinski sestri omogočajo idealne možnosti za izobraževanje obeh staršev o poporodni depresiji. Vključevanje obeh staršev k spodbujanju obvladovanja depresije kot družinske enote, pripomore pri zdravljenju poporodne depresije. Očetje so verjetno seznanjeni z materino poporodno depresijo, vendar se morda ne zavedajo, da so tudi sami ogroženi. Poleg pogovora z zdravnikom, medicinsko sestro in babico, so izobraževanja in pogovor, brošure, plakati v sobah za preglede in navodila ob odpustu iz porodnišnice potencialni načini za izobraževanje žensk o poporodni depresiji (Musser, et al., 2013). McCarter – Spaulding in Shea (2017) navajata, da so potrebne dodatne raziskave, da se določi najprimernejši čas in vsebina izobraževanja medicinskih sester in babic o poporodni depresiji. Veliko ogroženih žensk je mogoče namreč prepoznati že pred porodom. Izobraževanje žensk za izboljšanje prepoznavanja poporodne depresije bi bilo treba zagotoviti med nosečnostjo, porodom, in hospitalizacijo in / ali po odpustu.

2.5.1 Omejitve raziskave

V pregled literature je bila zajeta literatura, ki se navezuje na duševno zdravje žensk v poporodnem obdobju. Manj literature je direktno vezano na spremljanje ženske s simptomi duševnih motenj v poporodnem obdobju, s poudarkom na znanju medicinskih sester in na intervencije za izboljšanje znanja. Našli smo tudi veliko člankov, katerih povzetki so bili izredno zanimivi, vendar niso bili v celoti dostopni in jih tako nismo vključili v pregled literature. Našli smo tudi manj člankov, prosto dostopnih v slovenskem jeziku.

2.5.2 Prispevek za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

S pregledom literature smo ugotovili, da je duševno zdravje žensk v poporodnem obdobju premalo obravnavano in bi bilo pereči tematiki potrebno posvetiti več pozornosti. Poporodna depresija je pri veliko ženskah spregledana in zato lahko preraste v resnejšo duševno bolezen. Medicinske sestre potrebujejo dodatna znanja in

kompetence za obravnavo duševnega zdravja žensk v poporodnem obdobju, saj se le tako lahko učinkovito zmanjša pojavnost tega javnozdravstvenega problema.

Potrebna so nadaljnja raziskovanja obravnavane tematike, predvsem v slovenskem prostoru, kjer bi se lahko izvedla nacionalna raziskava duševnega zdravja žensk v poporodnem obdobju. Na podlagi pridobljenih rezultatov bi ženske učinkoviteje informirali in lažje oblikovali konkretne ukrepe, s katerimi bi preprečevali duševne stiske žensk, ki se pojavijo med nosečnostjo, po porodu ali pa so se pojavile v preteklosti in do poroda niso bile obravnavane.

3 ZAKLJUČEK

Poporodna obravnava žensk je pogosto omejena na fiziološke vidike nosečnosti in poporodnega obdobja. Pomanjkanje integriranih ukrepov in intervencij lahko povzroči zamudo pri odkrivanju žensk z duševnimi motnjami in se jih nepravilno obravnava, kar lahko privede do poslabšanja kliničnega stanja ženske po porodu. S tem pa se naredi škoda ženski, otroku, družini in okolici.

Medicinske sestre in babice imajo ključno vlogo pri izboljšanju zdravja in zdravstvene obravnave nosečnic in žensk po porodu, pri čemer morajo ženskam, ki trpijo za poporodnimi duševnimi motnjami zagotoviti ustrezne napotitve k strokovnjakom in eventualno zdravljenje. Uvedba standardiziranega presejalnega instrumenta, kot je Edinburška lestvica v kliničnih okoljih, je koristen ukrep pri spodbujanju zgodnjega prepoznavanja in zdravljenja simptomov poporodne depresije, kar lahko izboljša zdravstveni izid žensk po porodu.

Obravnava duševnega zdravja je zelo kompleksna, saj medicinska sestra in babica potrebujeta širok spekter znanj, da prepoznajo simptome duševne motnje in ob prepoznavanju le-teh ustrezno ukrepajo. Medicinske sestre potrebujejo napredna ali specialna znanja, s katerimi bodo pridobile kompetence za obravnavo duševnega znanja žensk v poporodnem obdobju.

Potrebne so dodatne raziskave za določitev načinov za izobraževanje medicinskih sester in babic o duševnem zdravju žensk po porodu in oblikovanje strokovnih protokolov/priporočil, da bodo medicinske sestre lahko identificirale in obravnavale ženske s poporodno depresijo na primarni ravni zdravstvenega varstva in s tem omogočile ukrepe za zagotavljanje promocije njihovega zdravja in lajšanja potencialnih posledic v družinskih odnosih in razvoju otrok.

4 LITERATURA

American Psychiatric Association, 2013 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association.

Bianca de Macedo, M., Pauliany Alencar de Souza, P., Maria de Fátima Araújo, S., Dulce Maria Rosa, G. & Hudson Pires Oliveira, S., 2015. Challenges for primary healthcare professionals in caring for women with postpartum depression. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(3), pp. 706-712.

Brodej, N. & Hrovat Bukovšek, A., 2017. *Celostna obravnava bolnice s poporodno depresijo*. [pdf] Available at: <http://www.vzsce.si/si/files/default/pdf/konference/Brodej%20-Bukov%C5%A1ek%20CELOSTNA%20OBRAVNAVA%20BOLNICE%20S%20POPORODNO%20DEPRESIJO.pdf> [Accessed 29 February 2020].

Brown, M., 2019. *Postpartum depression interventions: nursing undergraduate work*. Oklahoma: Oral Roberts University, College of nursing exemplary student work.

Byatt, N., Moore Simas, T.A., Lundquist, R.S., Johnson, J.V. & Ziedonis, D.M., 2012. Strategies for improving perinatal depression treatment in North American outpatient obstetric settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(4), pp. 143-161.

Clevesy, M.A., Gatlin, T.K., Cheese, C. & Strelbel, K., 2019. A project to improve postpartum depression screening practices among providers in a community Women's Health Care Clinic. *Clinical Innovations Childbearing*, 23(1), pp. 21-30.

Cole, J.C.M., Olkkola, M., Zarrin, H.E., Berger, K. & MoldenHauer, J.S., 2018. Universal postpartum mental health screening for parents of newborns with prenatally diagnosed birth defects. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 47(1), pp. 84-93.

Cowen, P., Harrison, P.J. & Burns, T., 2012. *Shorter Oxford textbook of psychiatry*. 6th ed. Oxford: Oxford University Press.

Dolman, C., Jones, I. & Howard, L.M., 2013. Pre-conception to Parenting: A Systematic Review and Meta-Synthesis of the Qualitative Literature on Motherhood for Women With Severe Mental Illness. *Archives of Women Mental Health*, 16(3), pp. 173-196.

Drglin, Z., 2017. Od medikalizacije do opolnomočenja: obporodne duševne stiske-primer travmatičnega poroda. In: B. Bregar, eds. *Celostna zdravstvena obravnava ženske s težavami na področju duševnega zdravja v rodnem obdobju*. Idrija, 23. maj, 2017. Idrija: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, p. 2.

Drglin, Z., 2018. Duševno zdravje v nosečnosti in po porodu. In: Z. Drglin, V. Pucelj, B. Mihevc Ponikvar, S. Tomšič, I. Renar, M. Broder & S. Dravec. *Priprava na porod in starševstvo*. *Gradiva za starše*. Republika Slovenija: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Elshatarat, R.A., Yacoub, M.I., Saleh, Z.T., Ebeid, I.A., Abu Raddaha, A.H., Al-Za'areer, M.S. & Maabreh, R.S., 2018. Perinatal Nurses' and Midwives' Knowledge About Assessment and Management of Postpartum Depression. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 56(12), pp. 36-46.

Engqvist, I., 2011. *Experiences of postpartum psychosis from the perspectives of women with the diagnosis and psychiatric nurses: dissertation*. Rhode Island: University of Rhode Island.

Engqvist, I., Ahlin, A.L., Ferszt, G. & Nilsson, K., 2010. Psychiatric Nurses' Descriptions Of Women With Postpartum Psychosis And Nurses' Responses—An Exploratory Study In Sweden. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(1), pp. 23-30.

Feghali, M., Venkataramanan, R. & Caritis, S., 2015. Pharmacokinetics of drugs in pregnancy. *Seminars in perinatology*, 39(7), pp. 512-519.

Globevnik Velikonja, V., 2015a. Poporodna depresija. In: M. Pajntar, Ž. Novak-Antolič & M. Lučovnik, eds. *Nosečnost in vodenje poroda*. Ljubljana: Društvo Medicinski razgledi, pp. 174-176.

Globevnik Velikonja, V., 2015b. Postravmatska stresna motnja po porodu. In: M. Pajntar, Ž. Novak-Antolič & M. Lučovnik, eds. *Nosečnost in vodenje poroda*. Ljubljana: Društvo Medicinski razgledi, p. 173.

Gurung, S., Shah, S. & Lamichhane, K., 2019. Knowledge among Nurses Regarding Post-Partum Depression in a Tertiary Hospital Setting of Nepal. *Journal of Psychiatrists Association of Nepal*, 8(1), pp. 61-65.

Higgins, A., Downes, C., Monhan, M., Gill, A., Lamb, S.A. & Carroll, M., 2017. Barriers to midwives and nurses addressing mental health issues with women during the perinatal period: The Mind Mothers study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(27), pp. 1872-1883.

Jelenko Roth, P., 2018. Anksiozne motnje, postravmatska stresna motnja in obsesivno kompulzivna motnja v obporodnem obdobju. In: P. Jelenko Roth, ed. *Duševno zdravje v obporodnem obdobju*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Jones, C.J., Creedy, D.K. & Gamble, J.A., 2011. Australian midwives' knowledge of antenatal and postpartum depression: a national survey. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 56(4), pp. 353-361.

Kang, P.S., Mohazmi, M., Ng, Y.M. & Liew, S.M., 2019. Nurses' knowledge, beliefs and practices regarding the screening and treatment of postpartum depression in maternal and child health clinics: A cross-sectional survey. *Malaysian family physician*

: *the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 14(1), pp. 18-25.

Kingston, D., Heaman, M., Fell, D., Dzakpasu, S. & Chalmers, B., 2012. Factors associated with perceived stress and stressful life events in pregnant women: findings from the Canadian maternity experiences survey. *Maternity Child Health Journal*, 16(1), pp. 158-168.

Kotar, S., Mihevc Ponikvar, B. & Drglin, Z., 2019. *Duševno zdravje v obporodnem obdobju*. [online] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <http://www.nijz.si/sl/dusevno-zdravje-v-obporodnem-obdobju> [Accessed 10 December 2019].

Legere, L.E., Wallace, K., Bowen, A., McQueen, K., Montgomery, P. & Evans, M., 2017. Approaches to health-care provider education and professional development in perinatal depression: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(239), doi: 10.1186/s12884-017-1431-4.

Malan-Muller, S., Seedat, S. & Hemmings, S.M.J., 2014. Understanding Posttraumatic Stress Disorder: Insights From the Methylome. *Genes, Brain and Behavior*, 13(1), pp. 52-68.

McCarter-Spaulding, D. & Shea, S., 2017. Effectiveness of Discharge Education on Postpartum Depression. *The American journal of maternal child nursing*, 41(3), pp. 168-172.

Musser, A.K., Ahmed, A.H., Foli, K.J. & Coddington, J.A., 2013. Paternal Postpartum Depression: What Health Care Providers Should Know. *Journal of Pediatric Health Care*, 27(6), pp. 479-485.

Nacionalni Inštitut za Javno Zdravje (NIJZ), 2017. *Depresija v nosečnosti in po porodu*. [online] Available at: www.nijz.si/sl/depresija-v-nosečnosti-in-po-porodu [Accessed 29 February 2020].

Nacionalni Inštitut za Javno Zdravje (NIJZ), 2020. *Duševno Zdravje*. [online] Available at: www.zdaj.net/sl/program-pregledov/bodoci-stars/dusevno-zdravje/ [Accessed 18 January 2020].

Noonan, M., Jomeen, J., Galvin, R. & Doody, O., 2018. Survey of midwives' perinatal mental health knowledge, confidence, attitudes and learning needs. *Women Birth*, 31(6), pp. 358-366.

Ordan, R., Liebergall-Wischnitzer, M., Shor, R. & Noble, L., 2018. Nurses' Professional Stigma and Attitudes towards Postpartum Women with Severe Mental Illness. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7), pp. 1543-1551.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2018. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Segre, L.S., O'Hara, M.W., Arndt, S. & Beck, C.T., 2010a. Nursing care for postpartum depression, part 1: do nurses think they should offer both screening and counseling? *The American journal of maternal child nursing*, 35(4), pp. 220-225.

Segre, L.S., O'Hara, M.W., Arndt, S. & Beck, C.T., 2010b. Screening and counseling for postpartum depression by nurses: the women's views. *The American journal of maternal child nursing*, 35(5), pp. 280-285.

Susheelkumar, V.R., Santosh, S.U., Chetan, S.P., Shridhar, H.G., Kirankumar, T.C., Pankaja, T.C. & Rajendra, B., 2018. Role of Nurse in Postpartum Psychiatric Disorders. *Global Journal of Otolaryngology*, 12(4), pp. 91-96.

Smith, M., Segal, R. & Segal, J., 2013. *Stress symptoms, signs and causes*. [online] Available at: www.helpguide.org/mental/stress_signs.htm [Accessed 10 November 2019].

Šimic Vidmar, M., Kornhauser-Cerar, L. & Mujezinović, F., 2017. Ali znamo prepoznati ranljive skupine nosečnic? In: A. Trojner-Bregar & M. Lučovnik. *Standardi in kazalniki kakovosti v perinatologiji ; Streptokok skupine B v perinatologiji : zbornik. 18. Novakovi dnevi strokovni sestanek ZPMS, Slovenj Gradec, 19.-20. maj*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino.

Thomas, L., Gandhi, S. & Thomas Parel, J., 2017. Interventions for Mothers with Postpartum Depression: A Systematic Review. *International Journal of Depression and Anxiety*, 1(8), doi: 10.23937/IJDA-2017/1710002.

Trevillion, K., 2016. Depression: an exploratory parallel-group randomised controlled trial of Antenatal guided self help for women (DAWN): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 17(503), doi: 10.1186/s13063-016-1632-6.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, p. 18.

Welch, V., Petticrew, M., Tugwell, P., Moher, D., O'Neill, J., Waters, E. & White, H., 2012. PRISMA-equity 2012 extension: reporting guidelines for systematic reviews with a focus on health equity. *Public Library of Science Medicine*, 9(10), art. ID e1001333.

Wright, P., Stern, J. & Phelan, M., 2012. *Core Psychiatry*. 3rd ed. Edinburgh: Saunders.