



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**CELOSTNA OBRAVNAVA OBPORODNE
OTOŽNOSTI IN DEPRESIJE V
PATRONAŽNEM ZDRAVSTVENEM
VARSTVU**

**INTEGRATED MANAGEMENT OF
PERIPARTUM BLUES AND DEPRESSION BY
COMMUNITY NURSING CARE**

Mentorica: mag. Erika Povšnar, viš. pred.

Kandidatka: Nika Puc

Jesenice, julij, 2025

ZAHVALA

Zahvalila bi se mentorici mag. Eriki Povšnar, viš. pred., za vso strokovno pomoč, usmerjanje in svetovanje. Hvala tudi mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred., za recenzijo diplomskega dela ter lektorici prof. Tanji Slapar za jezikovni pregled.

Zahvaljujem se tudi vodstvu Osnovnega zdravstva Gorenjske in Zdravstvenemu domu Ljubljana za odobritev raziskave v njihovem okolju in vsem zaposlenim patronažnim medicinskim sestram, ki so sodelovale v raziskavi in mi s tem omogočile izdelavo diplomskega dela.

Največja zahvala pa gre moji družini in partnerju, ki so me ves čas študija spodbujali in mi stali ob strani, saj je bila moja pot študija dolga, vendar uspešna.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Obporodno obdobje zaznamujejo velike spremembe tudi v kompleksnih duševnih procesih. Tako ženske kot moški se lahko srečajo z duševnimi stiskami in motnjami, ki so lahko spregledane.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti vlogo in izkušnje medicinskih sester v patronažnem varstvu pri prepoznavanju obporodnih stisk ter preučiti njihova mnenja o usposobljenosti in znanju za njihovo prepoznavanje.

Metoda: Uporabljena je bila neeksperimentalna deskriptivna metoda kvantitativnega empiričnega raziskovanja z metodo anketiranja. Zanesljivost vprašalnika je bila v povprečju dobra (0,85). Namenski vzorec je zajemal 73 medicinskih sester v patronažnem varstvu. Realizacija vzorca je bila 73-odstotna. Vrednost $p \leq 0,05$ je določala mejo statistične pomembnosti. Uporabljeni sta bili univariantna in bivariantna statistika. Podatki so bili statistično obdelani s programom SPSS 29.0.

Rezultati: Medicinske sestre v patronažnem varstvu največkrat prepoznajo sum na obporodne duševne motnje z opazovanjem (PV = 4,73; SO = 0,98). Najpogosteje uporabljajo Edinburški vprašalnik (PV = 4,55; SO = 0,73), ki so ga ocenile kot najbolj uporabnega (PV = 4,01; SO = 0,77). Pri prepoznavanju težav so kot vir pomoči najpomembnejši partnerji (PV = 4,82; SO = 0,99) in sodelavke v patronažnem varstvu (PV = 4,62; SO = 0,78). V manjši meri so se strinjale s trditvijo, da so po uveljavitvi novih smernic bolj usposobljene za obravnavo/imajo več znanja (PV = 3,14; SO = 0,97). Izražena je bila potreba po usposabljanju na področju svetovalnega pogovora in komuniciranja (PV = 3,49 SO = 1,00). Mnenja o izkušnjah z obravnavo obporodnih duševnih stisk pred nadgradnjo in po njej se niso statistično pomembno razlikovala ($p > 0,05$).

Razprava: Za ustrezno strokovno pomoč in ukrepanje je pomembno zgodnje prepoznavanje obporodnih duševnih stisk. Da bodo medicinske sestre v patronažnem varstvu na tem področju uspešne, je potrebno nadgrajevanje znanja in vlaganje v usposabljanje. Pomembna je usmeritev pozornosti na težave para – tudi moških, katerih stiske ostajajo spregledane.

Ključne besede: obporodna depresija, obporodna otožnost, zdravstvena nega, timsko sodelovanje, multidisciplinarna obravnava

SUMMARY

Theoretical background: The perinatal period is marked by significant changes, including complex mental processes. Both women and men may experience mental distress in the perinatal period which often goes unnoticed.

Goals: The diploma thesis aims to define the role and experiences of community nurses in identifying perinatal distress and explore the training options available to community nurses and their level of knowledge.

Methods: A non-experimental descriptive method of quantitative empirical research with a survey method was used. The reliability of the questionnaire was good (0.85) overall. A purposive sample included 73 community nurses working in primary health care. The response rate was 73%. Level of statistical significance was set at $p \leq 0.05$. Univariate and bivariate statistics were used. The data were analysed using the SPSS 29.0 program.

Results: Community nurses most often start suspecting perinatal depression through observation ($M = 4.73$; $SD = 0.98$) and they mostly use the Edinburgh Postnatal Depression Scale ($M = 4.55$; $SD = 0.73$) which they find most useful ($M = 4.01$; $SD = 0.77$). The key people to identify perinatal mental distress are partners ($M = 4.82$; $SD = 0.99$) and community nurses ($M = 4.62$; $SD = 0.78$). Nurses agreed to a lesser extent that they are better trained or have more knowledge for care provision following the implementation of new guidelines ($M = 3.14$; $SD = 0.97$). They expressed a need for training in counselling and communication skills ($M = 3.49$; $SD = 1.00$). No significant differences ($p > 0.05$) were established in the opinions on experiences with perinatal mental distress before and after the implementation of expanded care provision.

Discussion: Early recognition of perinatal mental distress is crucial for providing appropriate professional support and intervention. For community nurses to be successful in this, it is important to enhance their knowledge and invest in training. Attention should be paid to issues faced by the couple-including men whose challenges often remain overlooked.

Key words: perinatal depression, perinatal sadness, health care, teamwork, multidisciplinary approach

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 NOSEČNOST IN OBPORODNO OBDOBJE	3
2.2 OBPORODNE STISKE	4
2.2.1 Obporodna otožnost.....	4
2.2.2 Obporodna depresija.....	4
2.2.3 Obporodna psihoza	5
2.3 PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO.....	5
2.3.1 Patronažna zdravstvena nega.....	5
2.3.2 Patronažna zdravstvena nega ženske	6
2.4 PREPOZNAVANJE DUŠEVNIH STISK V OBPORODNEM OBDOBJU	6
2.4.1 Celosten pristop k pacientki z obporodno depresijo.....	6
2.4.2 Presejalni vprašalniki za odkrivanje obporodne depresije	7
2.4.3 Timsko delo in sodelovanje z drugimi službami	8
3 EMPIRIČNI DEL.....	9
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	9
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	9
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	10
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	10
3.3.2 Opis merskega instrumenta	11
3.3.3 Opis vzorca.....	12
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	13
3.4 REZULTATI	14
3.5 RAZPRAVA.....	21
3.5.1 Omejitve raziskave	26
3.5.2 Doprinos k stroki ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	27
4 ZAKLJUČEK.....	28
5 LITERATURA	30
6 PRILOGE	
6.1 MERSKI INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika	12
Tabela 2: Starost in delovna doba vključenih v raziskavo	13
Tabela 3: Število prvih obiskov otročnic v preteklem koledarskem letu	14
Tabela 4: Povprečno število primerov suma na obporodne duševne motnje v preteklem koledarskem letu glede na spol.....	14
Tabela 5: Načini prepoznavanja suma na obporodne duševne stiske.....	15
Tabela 6: Pogostost uporabe presejalnih testov za odkrivanje obporodnih duševnih stisk	15
Tabela 7: Mnenja MS v patronažnem varstvu o uporabnosti vprašalnikov za odkrivanje obporodnih duševnih stisk	16
Tabela 8: Viri pridobivanja znanj o obporodnih duševnih stiskah.....	16
Tabela 9: Mnenja MS v patronažnem varstvu o znanju in usposobljenosti za prepoznavanje obporodnih duševnih stisk pri ženskah in moških	17
Tabela 10: Mnenja MS v patronažnem varstvu o multidisciplinarnem pristopu	18
Tabela 11: Mnenja MS v patronažnem varstvu o pogostosti sodelovanja v multidisciplinarnem timu.....	18
Tabela 12: Pogostost vključevanja družinskih članov in prijateljev v obravnavo pri odkrivanju obporodnih duševnih stisk.....	19
Tabela 13: Mnenja MS v patronažnem varstvu o pristopu k obravnavi obporodnih duševnih stisk	19
Tabela 14: Mnenja o izkušnjah MS v patronažnem varstvu z obravnavo obporodnih duševnih stisk pred uvedbo in po uvedbi projekta MOST	20

SEZNAM KRAJŠAV

EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
MS	Medicinske sestre
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
OE	Organizacijska enota
OMRA	Opismenjevanje o motnjah razpoloženja in pridruženih boleznih
OZG	Osnovno zdravstvo Gorenjske
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SZO/EURO	Svetovna zdravstvena organizacija
ZDAJ	Zdravje danes za jutri

1 UVOD

Posameznikovo duševno zdravje je odvisno od genetike in notranjih procesov, tesno pa je povezano z razvojem in odraščanjem. Povezano je tudi z različnimi življenjskimi vlogami in prelomnicami. Med te štejemo zanositev, nosečnost, porod in začetek starševstva. Za bodoče starše, otroka in ožjo ter širšo družino to predstavlja nove izzive, ki vplivajo na počutje in duševno zdravje (Tomšič, et al., 2018).

Perinatalno obdobje se začne ob zanositvi in traja od treh mesecev do enega leta po porodu (Lunder, 2016). Za žensko obporodno obdobje pomeni pomembno fiziološko dogajanje, velike telesne spremembe, dogajajo pa se tudi kompleksni duševni procesi (Tomšič, et al., 2018). Spremembe telesa v nosečnosti so posledica sobivanja matere in otroka v enem telesu. Novo življenje se v telesu matere razvija devet mesecev. Poleg sprememb na telesu se v nosečnosti spremeni tudi počutje, ki ni zgolj posledica sprememb v hormonskem ravnovesju, temveč tudi posledica prehoda ženske v materinstvo (Mivšek, 2021). Še posebej v drugi polovici nosečnosti se lahko pojavi in okrepi strah pred porodom. Razlogi za to so večplastni, od strahu pred bolečino ob porodu, strahu za otrokovo in lastno zdravje oz. življenje, do strahu pred določenimi posegi in postopki med porodom ipd. (Drglin, 2015). Na psihični ravni se spreminja doživljanje ženske kot osebe, partnerke in matere. Vse te vloge je treba uskladiti z osebnimi, bivalnimi, družbenimi in s službenimi okoliščinami, saj se tudi te spreminjajo (Tomšič, et al., 2018). To je pomemben življenjski mejnik, ki zahteva marsikatero prilagoditev (Mivšek, 2021). V tem obdobju ne le negativni, ampak tudi pozitivni dogodki, ki se zvrstijo hitro, lahko vplivajo na stres noseče ženske, npr. poroka, selitev (Drglin, n.d.). Obporodna otožnost je blaga duševna motnja in je stanje čustvene labilnosti v prvih dneh poroda, zato jo imenujemo tudi jokavi dan (Globevnik Velikonja, 2018b). Najpogostejša duševna motnja v obporodnem obdobju pa je obporodna depresija, ki prizadene vsako šesto žensko v nosečnosti. Prepoznamo jo že v nosečnosti ali štiri tedne po porodu (Torres, 2020). Z obporodnimi stiskami se poleg nosečih žensk srečujejo tudi očetje. V nasprotju z ženskami, pri katerih je v ospredju žalost, sta pri moških strah in jeza (Tuszyńska-Bogucka & Nawra, 2014).

Prav tako kot počutje partnerk in otroka je v obporodnem obdobju zelo pomembno tudi osredotočanje na očetovo počutje oziroma čustva (Glasser & Lerner-Geva, 2018). Obporodna depresija se ne pojavlja samo pri ženskah, temveč tudi pri moških (Tokumitsu, et al., 2020).

V letu 2017 se je v patronažnem zdravstvenem varstvu v 25 zdravstvenih domovih v Sloveniji začela nadgradnja aktivnosti s projektoma Model skupnostnega pristopa krepitve zdravja in zmanjševanja neenakosti v lokalnih skupnostih in Krepitev zdravja za vse (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2022). Medicinske sestre v patronažnem varstvu so pridobile nova znanja in pristojnosti glede duševnega zdravja nosečnic in otročnic. Tako lahko hitreje in dosledneje spremljajo duševno zdravje žensk z Whooleyevimi vprašanji in Edinburškim vprašalnikom, z novimi znanji pa lahko pravilneje reagirajo, če opazijo odstopanje v duševnem zdravju (Drglin, 2018).

V Sloveniji pri promociji zdravja – vzgoji za zdravje – poteka tudi skupinska vzgoja za starše. Ima pomembno vlogo pri preprečevanju in obvladovanju obporodnih težav. Tečaj, ki se imenuje »Priprava na porod in starševstvo« (nekdanja šola za starše), izvajajo različni zdravstveni domovi in porodnišnice po Sloveniji. Na teh tečajih bodoči starši prejmejo ključne informacije glede nosečnosti, poroda, razvoja, dojenja, prehranjevanja in nege novorojenčka (Zdravje danes za jutri (ZDAJ), n.d.).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 NOSEČNOST IN OBPORODNO OBDOBJE

Nosečnost, porod in materinstvo tvorijo pomemben življenjski prehod, ko se ženska sreča z duševnimi in telesnimi spremembami oziroma izzivi (Tomšič, et al., 2018). Veliko žensk potrjuje, da je to resnično velika življenjska prelomnica. V nosečnosti ženske čutijo veliko skrb zase in odgovornost za razvijajočega se otroka. Na ravni fizioloških procesov se že ob zanositvi in med nosečnostjo dogajajo izjemne stvari, ki zahtevajo naklonjene okoliščine in določen čas, kot so na primer sprejemanje nosečnosti. Vključuje različne vidike življenja in različne spremembe, saj skušajo ženske živeti zdravo. Izogibati se je treba okoliščinam in snovem, ki bi lahko škodovala ženskemu in plodovemu zdravju. V skrbi za zdravje ženske in otroka je pomembna tudi podpora izbranega zdravstvenega strokovnjaka in zaupnost odnosa. Že v nosečnosti se ženske lahko spopadajo z duševnimi motnjami, ki v nekaterih primerih zahtevajo nadaljnje ukrepanje. Nenehna nagnjenost k joku in črne misli, ki se kontinuirano pojavljajo, so znak, da ženska potrebuje pomoč. Duševne stiske se lahko pojavijo tudi nekaj tednov po porodu ali celo še pozneje, okoli osmega meseca, te pa pri vsaki šesti ženski vodijo v poporodno depresijo. Prav zato je zgodnje odkrivanje znakov zelo pomembno, saj tako prispevamo k preprečevanju ali pa hitrejšemu premagovanju nastalih težav. Prav tako lahko olajšamo breme, ki teži tudi partnerja in preostalo družino noseče ženske. Med dejavnike tveganja za pojav obporodne otožnosti in depresije uvrščamo osebnostne lastnosti (npr. zaskrbljenost, črnogledost), biološke dejavnike (npr. duševne težave že pred zanositvijo), razpoloženske motnje v družini in predhodne neprijetne izkušnje (npr. izgube). Zdravstvene težave matere ali dojenčka, nenačrtovana ali nezaželena nosečnost, težave med partnerjema in finančne težave sodijo med izrazite sprožilne dejavnike. Zelo pomembno je, da duševne motnje v obporodnem obdobju vzamemo resno, saj poporodna otožnost lahko preide v poporodno depresijo, če ta ne izzveni v dveh tednih (Drglin, 2017).

2.2 OBPORODNE STISKE

2.2.1 Obporodna otožnost

Obporodna otožnost je blaga duševna motnja, ki se pojavi od tretjega do petega dneva po porodu, traja pa lahko samo od nekaj ur do nekaj dni ali tednov (Drglin, 2022). Kaže se z obdobji joka, razdražljivostjo, anksioznostjo, občutljivostjo in zmedenostjo (Globevnik Velikonja, 2018b). Pripisuje se nenadnim hormonskim spremembam. Prizadene od osem do deset odstotkov žensk (NIJZ, 2016b).

2.2.2 Obporodna depresija

Obporodno depresijo opredeljujemo kot globoko depresivno motnjo, ki jo prepoznamo že v nosečnosti ali štiri tedne po porodu (Torres, 2020). Je najpogostejša duševna motnja, ki prizadene vsako šesto žensko v nosečnosti. Raziskave v mednarodnem merilu kažejo, da ima 17,22 odstotka populacije diagnozo poporodne depresije (Wang, et al., 2017). Lunder (2016, p. 28) pravi, da »statistični podatki kažejo, da zaradi depresije v Sloveniji trpi 21,7 odstotka nosečnic in 21,5 odstotka žensk po porodu, od tega ima hudo depresivno epizodo 12,7 odstotka nosečnic in 7,1 odstotka žensk po porodu«. Znaki depresije v obdobju nosečnosti so žalost, prekomerna utrujenost, razdražljivost, nemir, jokavost, težave s spanjem, huda tesnoba s paničnimi napadi in strahovi, spremenjeno prehranjevanje, občutki krivde in obupa, občutek nesposobnosti, izguba zanimanja za stvari, ki so nas včasih zanimale, pretiran občutek osamljenosti, zapuščenost, črne misli in neprijetne vsiljive misli, ki sprožajo tesnobo, ter samomorilne misli (Drglin, 2022). Ti simptomi lahko povzročijo, da se mlade matere izolirajo, počutijo krive ali osramočene (Torres, 2020). Ker obporodna depresija noseči ženski in njeni družini lahko zelo spremeni življenje, vpliva pa na razvoj otroka in tudi na medosebne odnose v družini, je ključnega pomena ozaveščanje žensk o možnem pojavu in njenih posledicah (NIJZ, 2017).

Simptomi depresije pri očetih so razdražljivost, umik iz socialnega življenja, uporaba drog in alkohola, neodločnost, varanje in partnersko nasilje (Tuszyńska-Bogucka &

Nawra, 2014). Zato je pomembno ugotoviti razširjenost in dejavnike tveganja, iz katerih bi se lahko razvila depresija pri moškem v obporodnem obdobju (Philpott, et al., 2020).

2.2.3 Obporodna psihoza

Obporodna psihoza je redka, vendar resna duševna motnja, ki se pojavi pri 0,1–0,2 odstotka žensk. Lahko se pojavi že v nosečnosti ali po porodu. Je bolezen in zahteva takojšnje zdravljenje, zato svetujejo strokovno pomoč. Za psihozo je značilna izguba stika z realnostjo, pretirano nezaupanje, nerazumljiva in zmedena govorica, neutemeljen strah ter pretirano dobro razpoloženje (NIJZ, 2016a).

2.3 PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO

2.3.1 Patronažna zdravstvena nega

Patronažno zdravstveno varstvo teži k zdravi nosečnosti in porodu, osredotoča se na preventivo in podporo nosečim ženskam, poudarja pa tudi zdrave odnose (Dencker, et al., 2017). Krajnc (2016) navaja, da je diplomirana medicinska sestra v patronažnem zdravstvenem varstvu nosilka zdravstvene nege pacienta, družine in skupnosti v stanju zdravja in blagostanja, bolezni, prizadetosti, poškodb in drugih neželenih stanj in nezmožnosti.

Patronažno zdravstveno varstvo delimo na preventivno in kurativno zdravstveno dejavnost. Med kurativno zdravstveno obravnavo uvrščamo zdravstveno nego pacienta na domu, ki predstavlja vse obravnave, ki so bile izvedene na osnovi zdravnikovega delovnega naloga. Zdravstveno nego otročnice in novorojenčka na domu, zdravstveno-socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti pa uvrščamo med preventivno dejavnost (Krajnc, 2016). Preventivno patronažno zdravstveno varstvo, ki sloni na perinatalnem in postnatalnem varstvu, obsega: patronažne obiske pri nosečnici, šest obiskov pri novorojenčku in dojenčku v prvem letu starosti, dva dodatna obiska pri invalidnih in slepih materah, dva obiska pri otročnici, obisk otroka v drugem in tretjem letu starosti (NIJZ, 2020).

2.3.2 Patronažna zdravstvena nega ženske

Preventivni patronažni obisk nosečnice na domu naj bi opravili v zadnjem trimesečju, torej po 32. tednu nosečnosti. Takrat naj bi se bodoči starši že pripravili na prihod dojenčka. Nosečnica naj bi dala sama pobudo za obisk. Obišče jo medicinska sestra v patronažnem varstvu, namen obiska pa je spoznavne narave. S to možnostjo nosečnico seznanijo že na tečaju priprave na porod in starševstvo, kjer dobi tudi seznam s telefonskimi številkami in spletnimi naslovi krajevnih medicinskih sester v patronažnem varstvu. Noseča ženska se z medicinsko sestro v patronažnem varstvu pogovori o poteku nosečnosti, o telesnih in čustvenih spremembah, ki se pojavljajo v nosečnosti, razrešita pa tudi dileme glede poroda (Hrovat, et al., 2024).

2.4 PREPOZNAVANJE DUŠEVNIH STISK V OBPORODNEM OBDOBJU

2.4.1 Celosten pristop k pacientki z obporodno depresijo

Celostna oskrba oziroma k človeku usmerjena oskrba sloni na biopsihosocialnem pristopu (Golenko, et al., 2015). Vsak človek je biopsihosocialno in tudi duhovno bitje, zato se ne smemo osredotočati samo na njegove telesne simptome, ampak nas mora v zdravstveni oskrbi zanimati človek kot celota (Filej & Kaučič, 2015). Glavni koncepti so individualizem, spoštovanje, celovitost in opolnomočenje. Omogoča sodelovanje pacienta s preostalimi zdravstvenimi strokovnjaki, ki sodelujejo pri oskrbi. Temelji na celoviti obravnavi in stremi k individualizmu in spoštovanju. Nudi fizično in čustveno podporo in skrbi za okolje. Vključevanje koncepta v vsakodnevno prakso prispeva k izboljšanju zadovoljstva pacientov (Golenko, et al., 2015). Da bi zagotovili res celovito zdravstveno oskrbo v obporodnem obdobju, je treba uvesti spremembe glede odkrivanja, občutljivosti oziroma ranljivosti in zdravljenja motenj v duševnosti. Takšne spremembe ženskam omogočajo pravočasno zagotovitev ustrezne pomoči, ki lahko dolgoročno in kratkoročno vpliva na njihovo zdravje, zdravje njihovih otrok in družine oz. družbe (Mihevc, et al., 2022). Obravnava obporodnih duševnih motenj v Sloveniji je v klinični praksi zaključena eno leto po porodu (Lunder, 2016).

2.4.2 Presejalni vprašalniki za odkrivanje obporodne depresije

Uporaba presejalnih testov in redno izobraževanje oziroma usposabljanje zdravstvenih delavcev na področju stisk in duševnega zdravja ima na prepoznavo ogroženih žensk v perinatalnem obdobju velik vpliv (Globevnik Velikonja, 2018a; Konec Juričič & Lekić, 2018). Čampa (2014) ugotavlja, da 87 odstotkov medicinskih sester v patronažnem varstvu nikoli ne uporablja presejalnih testov. Pri presejanju depresije se noseči ženski zastavita dve Whoolejevi vprašanji, uporablja pa se tudi Edinburška lestvica za poporodno depresijo, t. i. EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Če ima nosečnica visoko tveganje za depresijo, jo usmerijo v nadaljnjo obravnavo k psihologu ali psihoterapevtu (Globevnik Velikonja, 2018b).

Whoolejevi vprašanji sta novost na področju presejanja duševnega zdravja žensk. Medicinska sestra v patronažnem varstvu ju zastavi ob prvem obisku pri otročnici (Globevnik Velikonja, 2018a):

- »Ali ste se v zadnjem mesecu pogosto počutili potrto, depresivno ali brezupno?«
in
- »Ali ste v zadnjem mesecu pogosto počeli stvari brez pravega zanimanja ali zadovoljstva?«

Edinburški vprašalnik (EPDS) je najpogosteje uporabljen vprašalnik za presejanje oziroma ocenjevanje depresije v obporodnem obdobju, ki se ga uporablja v klinični praksi, različnih raziskavah in javnozdravstvenih programih. Preveden je v številne različne jezike (Bina & Harrington, 2015). Vprašalnik je sestavljen iz desetih vprašanj in je namenjen ugotavljanju čustvene stiske v nosečnosti in poporodnem obdobju (Mihevc Ponikvar, et al., 2016).

Vprašalnik Svetovne zdravstvene organizacije, t. i. SZO/EURO-lestvica dobrega počutja, je enostaven vprašalnik, sestavljen iz petih trditev in je na strani 23 v materinski knjižici. V njem nosečnica oziroma otročnica izbere vrednost, ki opisuje njeno počutje v zadnjih dveh tednih. Če doseže sedem točk ali manj, je nosečnico oz. otročnico treba napotiti h kliničnemu psihologu (Tekáč & Kozar, 2018).

Presejalni testi za obporodno depresijo in otožnost, ki so namenjeni ženskam v obporodni dobi, bi morali vključevati tudi počutje bodočega očeta oziroma njegovo čustveno stanje. Če bi ugotovili, da je v čustveni stiski, bi mu morali nuditi psihično podporo in ustrezno pomagati (Glasser & Lerner-Geva, 2018).

2.4.3 Timsko delo in sodelovanje z drugimi službami

Obvladovanje perinatalnih duševnih motenj zahteva multidisciplinarni pristop, ki vključuje strokovnjake različnih disciplin, z različnimi vlogami, ki timsko sodelujejo, ti ne sprejemajo skupnih odločitev, vendar delujejo vzporedno (Zupančič, 2018). Strokovnjaki, ki sodelujejo, so zdravniki družinske medicine, porodničarji in ginekologi, psihiatri, socialni delavci, medicinske sestre, zdravstveni tehniki in pediatri (Bhat, et al., 2020). Mednarodne študije kažejo, da multidisciplinarni pristop zagotavlja stalno podporo materam in njihovim otrokom od začetka nosečnosti do poroda, dokazala pa se je tudi učinkovitost multidisciplinarnega timskega pristopa pri izboljšanju duševnega zdravja žensk (Tachibana, et al., 2019).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je predstaviti obravnavo obporodnih duševnih stisk (obporodne otožnosti in obporodne depresije) v patronažnem zdravstvenem varstvu. Z vidika poudarka na obporodni depresiji bomo opredelili vlogo medicinske sestre v patronažnem varstvu pri prepoznavanju teh stisk, uporabo presejalnih testov za odkrivanje obporodne depresije, raziskali mnenja medicinskih sester o znanju in usposobljenosti ter izkušnjah s celostno, timsko obravnavo matere in družine med spopadanjem z obporodnimi duševnimi stiskami in mnenja o interdisciplinarnem pristopu k obravnavi problematike. Navedene cilje bomo dosegli s kvantitativno raziskavo.

Cilji diplomskega dela so:

- C 1: Ugotoviti izkušnje medicinske sestre v patronažnem varstvu o načinih prepoznavanja obporodnih duševnih stisk.
- C 2: Proučiti mnenja medicinske sestre v patronažnem varstvu o njihovem znanju in usposobljenosti za prepoznavanje obporodnih duševnih stisk.
- C 3: Ugotoviti izkušnje in mnenja medicinske sestre v patronažnem varstvu o multidisciplinarnem pristopu k obravnavi obporodnih stisk.
- C 4: Ugotoviti statistično pomembne razlike v mnenjih in izkušnjah medicinske sestre v patronažnem varstvu pri obravnavi obporodne depresije pred implementacijo posodobljenih obravnav otročnic v patronažnem zdravstvenem varstvu in pred nadgradnjo obravnav v nosečnosti in obporodnem obdobju (projekt NIJZ) ter danes.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na osnovi zastavljenih ciljev smo oblikovali naslednja vprašanja:

- RV 1: Kako medicinske sestre v patronažnem varstvu prepoznavajo obporodne duševne stiske?

- RV 2: Kaj medicinske sestre v patronažnem varstvu menijo o znanju in usposobljenosti, ki ga imajo pri obravnavi obporodnih duševnih stisk?
- RV 3: Kakšne so izkušnje in mnenja medicinske sestre v patronažnem varstvu o multidisciplinarnem pristopu?
- RV 4: Kakšne so statistično pomembne razlike v mnenjih in izkušnjah medicinske sestre v patronažnem varstvu z obravnavo obporodne depresije pred implementacijo posodobljenih obravnav otročnic v patronažnem zdravstvenem varstvu in pred nadgradnjo obravnav v nosečnosti in obporodnem obdobju (projekt NIJZ) ter danes?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Za pripravo teoretičnega dela smo uporabili pregled domače in tuje strokovne in znanstvene literature. Raziskovalni del je temeljil na kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja; uporabili smo metodo anketiranja.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za potrebe teoretičnega dela smo zbrali podatke s pregledom domače in tuje strokovne in znanstvene literature. Podatke smo iskali v slovenski bibliografski bazi podatkov Cobiss ter v podatkovnih bazah PubMed, SpringerLink in Cinahl ter s spletnim brskalnikom Google Učenjak. Pri iskanju literature smo uporabili Boolov operator »in« oz. »and«. Upoštevali smo kriterije, kot je dostopnost v slovenskem in angleškem jeziku, in uporabili smo literaturo, ki ni starejša od deset let. Za iskanje domače literature smo uporabili naslednje ključne besede: obporodna otožnost, obporodna depresija, obporodno obdobje, nosečnost, depresija, medicinska sestra v patronažnem varstvu, patronažno varstvo, celostna obravnava, družinska obravnava, multidisciplinarna obravnava in timsko sodelovanje. Za iskanje tuje literature v angleščini pa smo iskali naslednje ključne besede: perinatal depression, perinatal sadness, sadness in pregnancy, antepartum depression, mental health in pregnancy, community nurse, community healthcare, perinatal period, homecare, depression pregnancy, maternal depression, community nurse depression in multidisciplinary approach.

V raziskovalnem delu smo uporabili neeksperimentalno kvantitativno metodo empiričnega raziskovanja z anketiranjem. Podatke smo zbrali z vprašalnikom, ki smo ga v izbrane enote patronažnega zdravstvenega varstva gorenjskih in ljubljanskih zdravstvenih domov poslali po pošti.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo oziroma za zbiranje podatkov smo uporabili metodo anketiranja v obliki pisnega vprašalnika, ki je vseboval vprašanja odprtega, zaprtega in polodprtega tipa. Vprašalnik smo oblikovali deloma sami, deloma pa na osnovi pregleda literature različnih avtorjev (Drglin, 2017; Globevnik Velikonja, 2018a; Konec Juričič & Lekić, 2018; Zupančič, 2018; Tachibana, et al., 2019; Bhat, et al., 2020; NIJZ, 2022). Vprašanja so bila zaprtega in odprtega tipa. Uporabili smo petstopenjsko Likertovo lestvico stališč. Vprašalnik je bil namenjen medicinskim sestram (MS) v patronažnem varstvu v gorenjskih in ljubljanskih zdravstvenih domovih.

Vprašalnik je bil sestavljen iz več sklopov. V prvem sta nas zanimali starost in delovna doba anketiranih MS v patronažnem varstvu. Vprašanja so bila zaprtega tipa. V drugem sklopu vprašalnika smo spraševali o izkušnjah, ki jih imajo medicinske sestre v patronažnem varstvu z odkrivanjem obporodnih duševnih stisk. Uporabili smo petstopenjsko Likertovo lestvico (1 *nikoli*, 2 *skoraj nikoli*, 3 *redko*, 4 *pogosto*, 5 *vedno* oz. 1 *popolnoma neuporaben*, 2 *neuporaben*, 3 *ne morem se odločiti*, 4 *uporaben*, 5 *zelo uporaben*). V tretjem sklopu so nas zanimala mnenja medicinskih sester v patronažnem varstvu o znanju in usposobljenosti za prepoznavanje obporodne depresije. Mnenja so izrazile z Likertovo lestvico (1 *nikoli*, 2 *redko*, 3 *včasih*, 4 *pogosto*, 5 *vedno* oz. 1 *popolnoma se ne strinjam*, 2 *ne strinjam se*, 3 *niti se strinjam niti se ne strinjam*, 4 *strinjam se*, 5 *popolnoma se strinjam*). V četrtem sklopu smo se posvetili vključevanju družine in multidisciplinarnemu pristopu k obravnavi. Uporabili smo petstopenjsko Likertovo lestvico (1 *zelo nepomembno*, 2 *nepomembno*, 3 *niti pomembno niti nepomembno*, 4 *pomembno*, 5 *zelo pomembno* oz. 1 *nikoli*, 2 *redko*, 3 *včasih*, 4 *pogosto*, 5 *zelo pogosto*). V zadnjem, petem sklopu so nas zanimale izkušnje z obravnavo obporodne depresije pred uvedbo in po uvedbi projekta sistematičnega odkrivanja

obporodnih stisk v patronažnem zdravstvenem varstvu. Anketiranci so tudi v tem sklopu odgovarjali na osnovi petstopenjske Likertove lestvice (1 *nikakor se ne strinjam*, 2 *se ne strinjam*, 3 *ni se strinjam niti se ne strinjam*, 4 *se strinjam*, 5 *popolnoma se strinjam*).

Zanesljivost merskega instrumenta smo ugotavljali na osnovi izračuna Cronbachovega koeficienta alfa, ki je znašal 0,85 (tabela 1), iz katerega lahko sklepamo, da je zanesljivost vprašalnika dobra. Vrednosti se gibljejo 0–1, bližje je 1, bolj je vprašalnik zanesljiv (Donato Gottens, et al., 2018). Izračunali smo zanesljivost posameznih sklopov in ugotovili, da je v drugem sklopu zanesljivost slaba (0,58), v tretjem in četrtem dobra (0,75; 0,81) in v zadnjem sklopu odlična (0,91).

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika

Posamezni sklopi	Število trditev	Cronbachov koeficient alfa	Zanesljivost
Pogostost srečevanja in načini prepoznavanja obporodnih duševnih stisk ter uporabnost posameznih vprašalnikov	10	0,58	slaba
Znanje, usposobljenost glede obporodnih duševnih stisk	18	0,75	dobra
Izkušnje, mnenja glede multidisciplinarnega timskega pristopa	27	0,81	dobra
Mnenja, izkušnje patronažnih medicinskih sester glede obravnave pred projektom/po projektu MOST (Model skupnostnega pristopa za krepitev zdravja)	18	0,91	odlična

3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli med medicinskimi sestrami v patronažnem varstvu v organizacijskih enotah (OE) zdravstvenih domov (ZD) Osnovnega zdravstva Gorenjske (OZG) in Zdravstvenega doma Ljubljana. Uporabili smo neslučajnostni oz. namenski vzorec. Razdelili smo 100 vprašalnikov. Za sodelovanje se je odločilo 73 medicinskih sester v patronažnem varstvu, kar predstavlja 73-odstotno realizacijo vzorca.

Iz tabele 2 je razvidno, da so v raziskavi v največji meri sodelovale MS v patronažnem varstvu, stare med 45 in 54 let (35,6 %), sledijo MS v patronažnem varstvu, stare med 35 in 44 let (32,9 %), ter MS v patronažnem varstvu, stare med 55 in 64 let (21,9 %). Najmanj je sodelovalo MS v patronažnem varstvu, starih med 25 in 34 let (9,6 %). MS v patronažnem varstvu imajo različno delovno dobo. Največ (39,7 %) jih ima od 1 do 9 let

delovne dobe, 27,4 % od 10 do 19 let, 20,5 % od 20 do 29 let in najmanj (12,3 %) sodelujočih MS ima od 30 do 39 let delovne dobe.

Tabela 2: Starost in delovna doba vključenih v raziskavo

		n	%
Starost	25–34	7	9,6
	35–44	24	32,9
	45–54	26	35,6
	55–64	16	21,9
Skupaj		73	
Leta delovne dobe	1–9	29	39,7
	10–19	20	27,4
	20–29	15	20,5
	30–39	9	12,3
Skupaj		73	

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred začetkom raziskave smo dobili soglasje raziskovalnega okolja (OZG) in Zdravstvenega doma Ljubljana ter soglasje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko. Vprašalnike smo razdelili v fizični obliki. Za postopek razdeljevanja in vračanja vprašalnikov smo se dogovorili z odgovornimi osebami v posameznih zdravstvenih domovih. Izpolnjevanje vprašalnika je potekalo od julija do oktobra 2024. Na prvi strani vprašalnika smo podali jasna in natančna navodila za izpolnjevanje ter informacijo, da je sodelovanje anonimno ter prostovoljno v skladu s kodeksom etike v zdravstveni negi (Halbwachs, et al., 2024), rezultati pa so namenjeni zgolj raziskavi v diplomskem delu in morebitni pripravi strokovnega prispevka. Dana je bila tudi možnost zavrnitve sodelovanja.

Pridobljene podatke smo kvantitativno obdelali z metodami osnovne deskriptivne statistike, kjer smo spremenljivke predstavili s frekvenčnimi porazdelitvami, z deleži, s povprečnimi vrednostmi in standardnimi odkloni. Statistično pomembne razlike med dvema skupinama smo preverjali s t-testom. Upoštevali smo statistično značilnost pri $p \leq 0,05$. Zanesljivost merskega instrumenta smo ugotavljali na osnovi izračuna Cronbachovega koeficienta alfa. Pridobljene podatke smo obdelali v Excelu in statističnem programskem paketu Statifical Package for the Social Sciences (SPSS 29.0).

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju so prikazani rezultati po vsebinskih sklopih.

Drugi sklop: izkušnje MS v patronažnem varstvu z odkrivanjem obporodnih duševnih stisk.

Tabela 3: Število prvih obiskov otročnic v preteklem koledarskem letu

Št. prvih obiskov	n	%	PV
do 10	1	1,4	25,7
10–19	13	17,7	
20–29	31	42,6	
30–39	21	28,7	
40–49	5	6,9	
50	2	2,7	

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotek, PV = povprečna vrednost

Tabela 3 prikazuje povprečno število prvih obiskov otročnic v preteklem koledarskem letu, ki jih MS v patronažnem varstvu opravijo na terenu. Najmanj (1,4 %) anketiranih MS v patronažnem varstvu je imelo manj kot 10 prvih obiskov otročnic na terenu v preteklem koledarskem letu, največ pa 20–29 prvih obiskov (42,6 %). 17,7 % jih je imelo 10–19 prvih obiskov, 28,7 % jih je imelo 30–39 prvih obiskov, 6,9 % je imelo 40–49 prvih obiskov in 2,7 % MS v patronažnem varstvu je imelo 50 prvih obiskov otročnic.

Tabela 4: Povprečno število primerov suma na obporodne duševne motnje v preteklem koledarskem letu glede na spol

Spol	Število primerov	n	%	PV
Pri ženskah	0	8	11,0	2,77
	1	15	20,5	
	2	23	31,5	
	3	13	17,8	
	4	1	1,4	
	5	3	4,1	
	6	2	2,7	
	7	1	1,4	
	8	2	2,7	
	9	2	2,7	
	10	3	4,1	
Pri moških	0	62	84,9	0,13
	1	7	9,6	
	2	1	1,4	
	Brez odgovora	3	4,1	

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotek, PV = povprečna vrednost

Tabela 4 prikazuje subjektivna mnenja MS v patronažnem varstvu o številu prepoznanih primerov suma na obporodne duševne stiske v preteklem koledarskem letu. 11 % MS v patronažnem varstvu ni zaznalo nobenega primera pri ženskah na terenu, 20,5 % jih je zaznalo po en primer, 31,5 % dva primera, 17,8 % tri primere, 1,4 % štiri, 4,1 % pet primerov, 2,7 % šest, 1,4 % sedem, 2,7 % osem oz. devet ter 4,1 % deset primerov (PV = 2,77). 84,9 % MS v patronažnem varstvu ni zaznalo nobenega primera obporodne duševne stiske pri moških, 9,6 % jih je zaznalo po en primer in 1,4 % MS je prepoznalo po dva primera obporodne depresije in otožnosti na terenu (PV = 0,13). Tri MS v patronažnem varstvu na to vprašanje niso odgovorile.

Tabela 5: Načini prepoznavanja suma na obporodne duševne stiske

Načini	Min	Max	PV	SO
Z vprašalniki	1	5	4,05	0,98
Z opazovanjem	3	5	4,73	0,48
Z razgovorom	3	5	4,67	0,50
Z informacijami drugih	1	5	3,68	1,17

Legenda: Min = minimum, Max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; Lestvica: 1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – vedno

Iz tabele 5 je razvidno, da MS v patronažnem varstvu najpogosteje prepoznajo obporodne duševne stiske z opazovanjem (PV = 4,73; SO = 0,98), nato z razgovorom (PV = 4,67; SO = 0,50) in z vprašalniki (PV = 4,05; SO = 0,98). Najmanj pogosto pa z informacijami drugih oseb (PV = 3,68; SO = 1,17).

Tabela 6: Pogostost uporabe presejalnih testov za odkrivanje obporodnih duševnih stisk

Pogostost uporabe presejalnih testov	Min	Max	PV	SO
Edinburški vprašalnik (EPDS)	2	5	4,55	0,73
Whooleyevi vprašanji	1	5	2,78	1,92
SZO/EURO-lestvica dobrega počutja	1	4	1,21	0,71

Legenda: Min = minimum, Max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; Lestvica: 1 – ne uporabljam, 2 – skoraj nikoli, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – vedno

Tabela 6 prikazuje pogostost uporabe presejalnih testov za odkrivanje suma na pojav obporodnih duševnih stisk. MS v patronažnem varstvu najpogosteje uporabljajo Edinburški vprašalnik (EPDS) (PV = 4,55; SO = 0,73), sledita Whooleyevi vprašanji (PV

= 2,78; SO = 1,92), najmanj pa uporabljajo SZO/EURO-lestvico dobrega počutja (PV = 1,21; SO = 0,71).

MS v patronažnem varstvu, ki so odgovorile, da katerega izmed posameznih vprašalnikov ne uporabljajo, smo vprašali po razlogu neuporabe. Največkrat so navedle odgovor, da vprašalnika ne poznajo (9). Med razlogi navajajo še: v patronaži uporabljajo samo EPDS (4), z uporabo vprašalnikov ni osebnega stika (3), vprašalnik ni na voljo (2), ponavljanje vprašanj (1), ne prikažejo realnega stanja (1), ženske se bolj zaprejo vase (1) in na terenu bi morali biti tudi psihologi (1).

Tabela 7: Mnenja MS v patronažnem varstvu o uporabnosti vprašalnikov za odkrivanje obporodnih duševnih stisk

Uporabnost presejalnih testov	Min	Max	PV	SO
Edinburški vprašalnik (EPDS)	2	5	4,01	0,77
Whooleyevi vprašanja	1	5	3,56	0,97
SZO/EURO-lestvica dobrega počutja	1	4	2,86	0,77

Legenda: Min = minimum, Max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; Lestvica: 1 – popolnoma neuporaben, 2 – neuporaben, 3 – ne morem se odločiti, 4 – uporaben, 5 – zelo uporaben

V tabeli 7 so prikazana mnenja MS v patronažnem varstvu glede uporabnosti posameznih vprašalnikov. Največ jih je odgovorilo, da je Edinburški vprašalnik EPDS najbolj uporaben (PV = 4,01; SO = 0,77), sledita Whooleyevi vprašanja (PV = 3,56; SO = 0,97), najmanj uporabna (neuporabna) pa se jim zdi SZO/EURO-lestvica dobrega počutja (PV = 2,86; SO = 0,77).

Tretji sklop: mnenja MS v patronažnem varstvu o znanju in usposobljenosti za prepoznavanje obporodnih duševnih stisk.

Tabela 8: Viri pridobivanja znanj o obporodnih duševnih stiskah

Viri pridobivanja znanj	Min	Max	PV	SO
Strokovna izobraževanja	2	5	3,85	0,89
Samoizobraževanje	3	5	3,96	0,72
Poklicne izkušnje	1	5	4,37	0,75
Mediji	1	5	2,59	1,13
Osebne izkušnje	1	5	3,27	1,32
Izmenjava mnenj med sodelavci (MS, zdravniki, drugi strokovnjaki)	3	5	4,38	0,57

Legenda: Min = minimum, Max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; Lestvica: 1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – vedno

Tabela 8 prikazuje vire, iz katerih MS v patronažnem varstvu črpajo znanje o obporodnih duševnih stiskah. Znanje najpogosteje črpajo iz poklicnih izkušenj (PV = 4,37; SO = 0,75) in iz izmenjave mnenj med sodelavci (PV = 4,38; SO = 0,57), medije (PV = 2,59; SO = 1,13) pa kot vir uporabljajo najredkeje.

Tabela 9: Mnenja MS v patronažnem varstvu o znanju in usposobljenosti za prepoznavanje obporodnih duševnih stisk pri ženskah in moških

Trditev	Spol	Min	Max	PV	SO	t	p
Dovolj sem usposobljena za prepoznavanje.	ž	1	5	3,32	0,94	1,93	0,057
	m	1	5	3,14	0,93		
Dovolj sem usposobljena za svetovanje.	ž	1	5	3,22	0,90	1,69	0,096
	m	1	5	3,08	0,97		
Po uveljavitvi novih smernic sem bolj usposobljena za prepoznavanje oz. imam več znanja.	ž	1	5	3,14	0,97	0,17	0,864
	m	1	5	3,17	0,93		
Potrebujem dodatna usposabljanja za obporodne stiske.	ž	1	5	3,82	1,01	0,22	0,829
	m	1	5	3,80	1,07		
Potrebujem dodatna usposabljanja za svetovalne pogovore in komuniciranje.	ž	1	5	3,49	1,00	0,38	0,709
	m	1	5	3,45	1,07		
To področje bi morale opravljati za to usposobljene poklicne skupine (npr. psihologi).	ž	1	5	3,33	1,37	-0,30	0,766
	m	1	5	3,23	1,28		

Legenda: Min = minimum, Max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = parni test, p = statistična značilnost; Lestvica: 1 – nikakor se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam

Iz tabele 9 je razvidno, da so se MS v patronažnem varstvu na področju znanja in usposobljenosti za prepoznavanje obporodnih duševnih stisk pri ženskah strinjale, da potrebujejo dodatna usposabljanja (PV = 3,82; SO = 1,01), prav tako za svetovalne pogovore in komuniciranje (PV = 3,49; SO = 1,00). V manjši meri so se strinjale, da so bolj usposobljene za prepoznavanje oz. imajo več znanja po uveljavitvi novih smernic (PV = 3,14; SO = 0,97). Prav tako smo preverili znanje in usposobljenost za prepoznavanje duševnih stisk pri moških. MS v patronažnem varstvu so se tudi tu najbolj strinjale, da potrebujejo dodatna usposabljanja za poznavanje obporodnih duševnih stisk (PV = 3,80; SO = 1,07) in za svetovalne pogovore in komuniciranje (PV = 3,45; SO = 1,07). Bolj so se strinjale, da so dovolj usposobljene za svetovanje pri obporodnih duševnih stiskah (PV = 3,08; SO = 0,97). Statistično pomembnih razlik v mnenjih glede znanja in usposobljenosti za svetovanje glede na spol svetovancev nismo ugotovili.

Četrty sklop: multidisciplinarni pristop k obravnavi obporodnih duševnih stisk.

Tabela 10: Mnenja MS v patronažnem varstvu o multidisciplinarnem pristopu

Pomembne osebe v multidisciplinarnem pristopu	Min	Max	PV	SO
Patronažne medicinske sestre (sodelavke)	1	5	4,62	0,78
Ginekologi	2	5	4,30	0,74
MS v ginekološkem dispanzerju	3	5	4,10	0,67
Družinski zdravnik	1	5	4,19	0,85
Pediater	1	5	3,97	1,03
Strokovni delavci (psihologi, socialni delavci itn.)	2	5	4,44	0,67
Partner/-ica	4	5	4,82	0,39
Drugi družinski člani	3	5	4,41	0,68
Prijatelji	2	5	4,22	0,82

Legenda: Min = minimum, Max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; Lestvica: 1 – zelo nepomemben/-a, 2 – nepomemben/-a, 3 – niti se niti se ne strinjam, 4 – pomemben/-a, 5 – zelo pomemben/-a

V tabeli 10 so prikazana mnenja MS v patronažnem varstvu o pomembnih osebah za prepoznavanje obporodnih duševnih stisk. Največ MS je odgovorilo, da so najbolj pomembne osebe za prepoznavanje partnerji (PV = 4,82; SO = 0,39) in druge MS v patronažnem varstvu (sodelavke) (PV = 4,62; SO = 0,78). Manj pomembni pri prepoznavanju se jim zdijo pediatri (PV = 3,97; SO = 1,03).

Tabela 11: Mnenja MS v patronažnem varstvu o pogostosti sodelovanja v multidisciplinarnem timu

Pogostost sodelovanja	Min	Max	PV	SO
Patronažne MS	2	5	4,44	0,69
Ginekologi	1	5	3,32	0,95
MS v ginekološkem dispanzerju	1	5	2,91	1,16
Družinski zdravnik	1	5	3,89	1,03
Pediater	1	5	3,52	1,17
Strokovni delavci (npr. psihologi, socialni delavci itn.)	1	5	3,55	1,07

Legenda: Min = minimum, Max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; Lestvica: 1 – nikoli, 2 – skoraj nikoli, 3 – redko, 4 – pogosto, 5 – vedno

V tabeli 11 so prikazana mnenja MS v patronažnem varstvu glede pogostosti sodelovanja z drugimi strokovnjaki v timski obravnavi. Največ MS v patronažnem varstvu sodeluje z

drugimi MS v patronažnem varstvu (PV = 4,44; SO = 0,69). Najmanj sodelujejo z MS v ginekološkem dispanzerju (PV = 3,32; SO = 1,16).

Tabela 12: Pogostost vključevanja družinskih članov in prijateljev v obravnavo pri odkrivanju obporodnih duševnih stisk

Pogostost vključevanja družinskih članov v obravnavo	Min	Max	PV	SO
Partner	3	5	4,62	0,57
Starši	1	5	3,22	0,90
Stari starši	1	4	2,26	0,91
Otroci	1	5	2,38	1,19
Prijatelji	1	4	2,14	0,87

Legenda: Min = minimum, Max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; Lestvica: 1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – zelo pogosto

V tabeli 12 smo raziskali mnenja MS v patronažnem varstvu o pogostosti vključevanja družinskih članov v obravnavo pri odkrivanju obporodnih duševnih stisk. Na prvem mestu so navedle partnerja (PV = 4,62; SO = 0,57), sledijo starši (PV = 3,22; SO = 0,90), otroci (PV = 2,38; SO = 1,19) in stari starši (PV = 2,26; SO = 0,91), MS v patronažnem varstvu najmanj pogosto oz. redko v obravnavo vključujejo prijatelje (PV = 2,14; SO = 0,87).

Tabela 13: Mnenja MS v patronažnem varstvu o pristopu k obravnavi obporodnih duševnih stisk

Trditev	Min	Max	PV	SO
Timsko sodelovanje je zelo pomembno.	4	5	4,85	0,36
Način komunikacije je ključnega pomena pri vzpostavljanju odnosa in ugotavljanju problematike.	4	5	4,86	0,35
Celostna obravnava in multidisciplinarni pristop sta ključnega pomena, saj temeljita na skupnostni obravnavi, v kateri sodelujejo strokovnjaki iz različnih disciplin, z različnimi vlogami.	4	5	4,84	0,37
V obravnavi suma na obporodno depresijo/otožnost bi morale biti mnogo boljše poskrbljeno za nadaljnje poti obravnave.	3	5	4,85	0,40

Legenda: Min = minimum, Max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; Lestvica: 1 – zelo nepomemben/-a, 2 – nepomemben/-a, 3 – niti se niti se ne strinjam, 4 – pomemben/-a, 5 – zelo pomemben/-a

Iz tabele 13 je razvidno, da največ MS v patronažnem varstvu dokaj enotno meni, da je zelo pomemben pri vzpostavljanju odnosa in ugotavljanju problematike način

komunikacije (PV = 4,86; SO = 0,35). Pomembni so tudi timsko sodelovanje (PV = 4,85; SO = 0,36), več možnosti za vključevanje v nadaljnje obravnave (PV = 4,85; SO = 0,40) ter celostna obravnava in multidisciplinarni pristop (PV = 4,84; SO = 0,37).

Tabela 14: Mnenja o izkušnjah MS v patronažnem varstvu z obravnavo obporodnih duševnih stisk pred uvedbo in po uvedbi projekta MOST

Trditev	Pred uvedbo projekta PV (SO)	Po uvedbi projekta PV(SO)	t	p
Z žensko se pogovorim o njenem telesnem počutju.	4,29 (1,19)	4,47 (0,82)	- 0,19	0,849
Z žensko se pogovorim o njenem psihičnem počutju.	4,31 (1,19)	4,33 (0,93)	1,24	0,220
Opazim duševno razpoloženje ženske.	4,06 (1,05)	4,25 (0,85)	- 0,34	0,735
Menim, da mi ženska lahko zaupa zdravstvene težave.	4,19 (1,18)	4,32 (0,91)	0,34	0,735
Vedno uporabljam vprašalnike za odkrivanje obporodne depresije.	3,96 (1,07)	3,85 (1,14)	1,86	0,068
Moji nasveti in podpora ženski so lahko v veliko pomoč pri premagovanju težav.	3,87 (1,04)	4,09 (0,77)	- 0,42	0,674
Z žensko vzpostavim pristen, spoštljiv, zaupen medosebni odnos.	4,15 (1,11)	4,42 (0,75)	- 1,31	0,196
S partnerjem se pogovorim o telesnem počutju.	3,69 (1,05)	3,75 (0,85)	0,68	0,497
S partnerjem se pogovorim o duševnem počutju.	3,67 (1,00)	3,68 (0,83)	1,31	0,196

Legenda: PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = pami test, p = statistična značilnost; Lestvica: 1 – nikakor se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se niti se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam

V tabeli 14 je razvidno, da MS v patronažnem varstvu menijo, da so se pred projektom MOST z žensko pogovarjale o njenem psihičnem počutju (PV = 4,31; SO = 1,19) in telesnem počutju (PV = 4,29; SO = 1,19). Po projektu MOST pa se najbolj strinjajo o tem, da se še vedno z žensko pogovorijo o njenem telesnem počutju (PV = 4,47; SO = 0,82), poleg tega pa z njo vzpostavijo pristen, spoštljiv, zaupen medosebni odnos (PV = 4,42; SO = 0,75). Iz tabele je razvidno, da statistično pomembnih razlik v mnenjih in izkušnjah MS v patronažnem varstvu z obravnavo obporodnih duševnih stisk pred projektom in po njem nismo zaznali.

3.5 RAZPRAVA

Nosečnost in materinstvo sta v življenju ženske veliki življenjski prelomnici. Takrat se pojavi veliko lepih občutkov, med drugim pa pridejo tudi utrujenost, žalost in skrbi, ki lahko še dolgo vztrajajo. Obporodna depresija je dokaj pogost pojav, z njo se sreča vsaka šesta ženska po porodu (NIJZ, 2017). V raziskavi smo preučevali vlogo MS v patronažnem varstvu pri obravnavi obporodnih duševnih stisk z vidika štirih raziskovalnih vprašanj.

V prvem raziskovalnem vprašanju smo ugotavljali izkušnje MS v patronažnem varstvu z načini prepoznavanja obporodnih duševnih stisk. V raziskavi smo ugotovili, da je slaba polovica MS v patronažnem varstvu obravnavala od 20 do 29 prvih preventivnih obiskov otročnic v preteklem letu. Glede na posamezno MS v patronažnem varstvu so razvidne dokaj velike razlike v številu prvih obiskov otročnic. Večina MS v patronažnem varstvu se je v zadnjem letu na terenu srečala z obporodno depresijo in otožnostjo pri otročnicah. Povprečno so obravnavale po tri primere (najmanj 0, največ 10). Večina ni prepoznala nobenega primera obporodnih stisk pri moških. Leta 2022 smo v Sloveniji beležili 18.984 prvih preventivnih obiskov, od tega 139 preventivnih obiskov nosečnic in 3.117 obiskov otročnic na Gorenjskem. Glede na dostopne podatke se z obporodno depresijo sreča vsaka šesta ženska – torej okoli 3.300 žensk letno. To kaže na to, da so duševne stiske dokaj pogoste (NIJZ, 2024). V raziskavi Woody, et al. (2017), navajajo, da povprečno 12 odstotkov žensk po svetu izpolnjuje kriterij za obporodne duševne stiske. Podvornik, et al. (2014), so v raziskavi ugotovili, da v Sloveniji približno 22 odstotkov žensk v perinatalnem obdobju trpi za depresijo, približno 16 odstotkov žensk pa kaže anksiozne simptome. Tudi očetje imajo v tem obdobju pomembno vlogo, saj zagotavljajo podporo partnerki že v nosečnosti in tudi pozneje v prvem letu po porodu (Huy, et al., 2024). Obenem pa tudi sami niso imuni proti duševnim stiskam. Pri moških obporodne duševne znake težje prepoznamo, saj moški pogosto ne poiščejo pomoči in se skušajo iz težav rešiti sami (Lunder, 2016). Kiviruusu, et al. (2020), so v raziskavi poročali o prevalenci obporodne depresije pri ženskah in moških v obporodnem obdobju – pri ženskah pri 11 odstotkih, pri moških pa pri 5,1 odstotka. Glede na to, da je pri moških odstotek poročenih težav znatno manjši, bi lahko tudi sklepali, da motnje niso dovolj prepoznane.

Po navedbah MS v patronažnem varstvu je opazovanje najpogostejši način za prepoznavanje suma na obporodne duševne motnje, le nekoliko manj pogost je razgovor. Malokdaj posumijo na obporodno duševno stisko na osnovi informacij drugih. Družinske člane in prijatelje prav tako navajajo kot manj pogostega »informaterja« za prepoznavanje obporodnih motenj. Pri prepoznavanju obporodnih duševnih motenj MS v patronažnem varstvu v nekoliko manjši meri kot opazovanje in razgovor uporabljajo vprašalnike. Najpogosteje uporabljen vprašalnik za odkrivanje obporodne depresije in otožnosti je Edinburški vprašalnik, ki je specifično zasnovan za oceno depresivnih simptomov. Vprašalnik so tudi z vidika uporabnosti ocenile kot najbolj uporabnega. SZO/EURO-lestevica dobrega počutja pa je najmanj uporabljena oz. neuporabljena lestevica in je ocenjena kot najbolj neuporabna. Najpogosteje omenjeni razlog je bil nepoznavanje vprašalnika, kar lahko kaže tudi na pomanjkljivo seznanjenost z različnimi instrumenti, to pa lahko vodi v neuporabo v praksi. Tosto, et al. (2023), v raziskavi navajajo, da je pri vzpostavljanju sumov oz. prepoznavanju obporodnih duševnih stisk poleg kakovostnih razgovorov in svetovanj zelo pomembno tudi opazovanje. Pogosta uporaba Edinburškega vprašalnika kaže lahko na njegovo učinkovitost, saj je specifično zasnovan za oceno simptomov depresije, vendar pa ni diagnostično orodje, zato mora biti vedno uporabljen skupaj s klinično oceno. Ta vprašalnik je visoko sprejet instrument za preseganje obporodne depresije pri nas (NIJZ, 2020). Edinburški vprašalnik je bil prvotno zasnovan za prepoznavanje depresije v poporodnem obdobju, vendar se je izkazal kot učinkovit tudi za prepoznavo simptomov v obporodnem obdobju (Barassi & Grealish, 2022). Lestevica SZO/EURO ni tako specifična oz. ciljno usmerjena kot Edinburški vprašalnik in se uporablja za splošno oceno počutja (Levis, et al., 2020). Vidmar Šimic (2017) navaja, da se omenjeni vprašalnik v Sloveniji redko uporablja. V praksi njegova široka uporaba kaže na to, da je vprašalnik preprost za hitro oceno stanja in tudi zanesljiv. Tako kot pri pogostosti uporabe tudi pri uporabnosti ugotavljamo, da je bila najslabše ocenjena SZO/EURO-lestevica. Lestevica je bila vključena v materinsko knjižico že pred skoraj 20 leti, a se ni izkazala kot učinkovita oziroma uporabna. Večina vprašalnikov v materinski knjižici ostaja neizpolnjenih, saj marsikdo še vedno podcenjuje psihični vidik počutja nosečnice (Globevnik Velikonja, 2018a). MS v patronažnem varstvu smo povprašali tudi o razlogih za neuporabo posameznih vprašalnikov. Jagurdžija (2020) v

svoji raziskavi ugotavlja, da kar dobra tretjina udeleženih MS v patronažnem varstvu v raziskavi ne pozna nobenega presejalnega testa.

V drugem raziskovalnem vprašanju smo ugotavljali mnenja MS v patronažnem varstvu o znanju in usposobljenosti za prepoznavanje obporodnih duševnih stisk. MS v patronažnem varstvu za najbolj pogoste vire znanja navajajo priložnostne, neformalne oblike izobraževanja, osebne poklicne izkušnje z izmenjavo znanj in mnenj med sodelavci. Poklicne izkušnje z izmenjavo mnenj prispevajo k nadgrajevanju znanj. Glavna slabost neformalnega izobraževanja je, da pogosto preidemo v stik z nepravilnimi oz. s popačenimi informacijami (Wikiverza, 2024). Po uvedbi projekta MOST so mnenja MS v patronažnem varstvu o boljši usposobljenosti za prepoznavanje in svetovanje obporodnih duševnih stisk pri ženskah dokaj neopredeljena. Manj se strinjajo, da so dovolj usposobljene za svetovanje pri moških. Ugotavljajo, da pri obravnavi žensk in moških najbolj potrebujejo dodatna usposabljanja o obporodnih duševnih stiskah in usposabljanja na področju svetovalnega pogovora in komunikacije. Rezultati so pokazali, da se znanje in usposobljenost MS v patronažnem varstvu za prepoznavanje obporodnih duševnih stisk nista pomembno razlikovala glede na spol obravnavanih pacientov. Podobno tudi Petek (2017) navaja, da so zaželeni še dodatna izobraževanja in usposabljanja MS v patronažnem varstvu o obporodnih duševnih stiskah, ki bi vključevala tudi uporabo presejalnih testov v klinični praksi, načine izvedbe in interpretacijo rezultatov. Čampa (2014) je v raziskavi ugotovila, da se več kot 40 odstotkov anketiranih MS v patronažnem varstvu ne čuti dovolj usposobljene za prepoznavanje in svetovanje o obporodnih duševnih stiskah.

V tretjem raziskovalnem vprašanju smo ugotavljali izkušnje MS v patronažnem varstvu z multidisciplinarnim pristopom oz. sodelovanje z drugimi deležniki v obravnavi obporodnih duševnih stisk. Ugotavljali smo ključne osebe za prepoznavanje obporodnih duševnih stisk in pogostost sodelovanja. Po mnenju MS v patronažnem varstvu so najpomembnejše osebe za prepoznavanje obporodnih stisk partnerji in sodelavke/-ci v patronažnem varstvu, najmanj pomembni pa se jim zdijo pediatri. Rezultati so skladni z raziskavo Jagurdžije (2020), ki ugotavlja, da 55 odstotkov anketiranih MS v patronažnem varstvu meni, da so na prvem mestu za prepoznavanje obporodnih stisk partnerji, 45

odstotkov pa se je strinjalo, da so na drugem mestu po pomembnosti MS v patronažnem varstvu. Ramšak Pajk in Ljubič (2016, p. 16) pravita, da se »struktura tima prilagaja potrebam posameznega pacienta in njegovim bližnjim in ga označujemo kot interdisciplinarni tim«. V patronažni dejavnosti zdravstveni tim sestavljajo zdravniki različnih specializacij, diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, medicinske sestre v ambulantah in različnih dispanzerjih. Če je potrebno, se vanj vključujejo še drugi strokovnjaki, kot so socialni delavec, klinični psiholog, delovni terapevt in drugi strokovni sodelavci na terenu (Ramšak Pajk & Ljubič, 2016). Vzpostavitev multidisciplinarnega pristopa, sodelovanje s strokovnjaki iz različnih strok in svojci, je poleg oblikovanja smernic pri odkrivanju in spremljanju obporodnih stisk ključni element za vzpostavitev dobro razvite podporne mreže ženskam z obporodnimi duševnimi motnjami (Petek, 2017). V zdravstvenih domovih po Sloveniji imamo v sklopu Centrov za krepitev zdravja in zdravstvenovzgojnih centrov različne delavnice za krepitev duševnega zdravja. Te vključujejo tehnike sproščanja, spoprijemanje s stresom, tesnobo in depresijo ter medosebne odnose. Delavnice spoprijemanja s tesnobo in/ali z depresijo so namenjene tistim, ki imajo diagnozo ali simptome depresije. Cilj je spoznati osnovne značilnosti tesnobe/depresije, vzroke, potek in načine zdravljenja, izmenjave izkušenj ter medsebojno podpiranje (NIJZ, 2023). Chester, et al. (2022), navajajo, da se pediatri pogosto počutijo neustrezno pripravljene za odkrivanje obporodne depresije. Raziskave v Ameriki (Bauman, et al., 2020) kažejo, da je kljub močni podpori izobraževalnih ustanov presejanje obporodne depresije pri pediatrih še vedno neustrezno. Kerker, et al. (2016), so raziskovali število primerov presejanj obporodne depresije v Ameriki in ugotovili, da samo 44 odstotkov pediatrov v svoji praksi redno izvaja presejanje obporodnih duševnih motenj. Wang, et al. (2021), v raziskavi ugotavljajo, da s podporo in svetovanjem diplomirane medicinske sestre in babice v otroškem dispanzerju zelo veliko pripomorejo k odkrivanju in zmanjševanju depresivnih simptomov.

Glede pogostosti sodelovanja med različnimi strokovnjaki rezultati raziskave kažejo na pogosto sodelovanje MS v patronažnem varstvu s kolegicami/-gi v negovalnem timu, kjer si izmenjujejo izkušnje in strokovna mnenja. V manjši meri zaznavamo sodelovanje z medicinskimi sestrami v ginekološkem dispanzerju. To nakazuje, da MS v patronažnem varstvu bolj sodelujejo s člani v ožjem negovalnem timu. Glede pogostosti vključevanja

družinskih članov v obravnavo pri odkrivanju obporodnih stisk smo ugotovili, da MS v patronažnem varstvu v obravnavo najbolj vključujejo partnerje, redkeje pa prijatelje. Sangsawang, et al. (2021) v raziskavi ugotavljajo, da je vključevanje družinskih članov in partnerjev zelo pomembno pri psihosocialni podpori in odkrivanju duševnih težav mater, ki so rodile prvič. Partnerji predstavljajo psihično oporo, zato je vključenost partnerja zelo pomembna, saj lahko vpliva na obvladovanje oz. odkrivanje psihičnih in čustvenih težav. V manjši meri so vključeni prijatelji, saj njihova vloga ni neposredno povezana s prepoznavanjem obporodnih duševnih stisk. Harrison, et al. (2022) so v raziskavi zaznali, da so ženske z visoko stopnjo socialne podpore prijateljev imele manj negativnega razmišljanja, s tem pa tudi manj depresije in anksioznosti v poporodnem obdobju. Ugotovil je, da je krepitev vrstniške socialne podpore zelo pomembna za odkrivanje, preprečevanje in zdravljenje obporodnih duševnih motenj.

Pri pristopu k obravnavi je največ MS v patronažnem varstvu ocenilo, da je najbolj pomembna komunikacija. Je ključnega pomena pri vzpostavljanju odnosa in ugotavljanju problematike. Dobro vzpostavljena komunikacija omogoča lažje odkrivanje obporodnih duševnih težav in je prvi korak k iskanju rešitev. Ugotovitve kažejo, da je jasna, empatična komunikacija najbolj učinkovita. Pri komunikaciji se prenašajo osebne in družbene informacije, kot so govorica telesa, mimika, pogled v oči, položaj glave, višina glasu itn. Vzpostavi se tudi zaupanje med MS v patronažnem varstvu in žensko (Opismenjevanje o motnjah razpoloženja in pridruženih motnjah (OMRA), n.d.). Trditev glede pomembnosti celostne obravnave in multidisciplinarnega pristopa, ki temelji na skupnostni obravnavi z različnimi strokovnjaki iz različnih strok, so MS v patronažnem varstvu prav tako ocenile kot zelo pomembno. Grebenc (2025) opozarja, da je v prihodnosti treba krepiti sodelovanje med različnimi strokovnjaki iz različnih strok, tako znotraj kot tudi zunaj zdravstvenega sektorja. »Klinično-psihološka obravnava bi morala biti dostopna nosečnici v sistemu javnega zdravstva, zato v Sloveniji potrebujemo mrežo kliničnih psihologov in psihiatrov, ki bo lahko zagotovila pravočasno in strokovno pomoč.« (Globevnik Velikonja, 2017, p. 14).

Z zadnjim raziskovalnim vprašanjem smo ugotavljali mnenja in izkušnje MS v patronažnem varstvu z obravnavo obporodne depresije in otožnosti pred implementacijo

posodobljenih obravnav otročnic v patronažnem zdravstvenem varstvu in nadgradnjo obravnav v nosečnosti in obporodnem obdobju ter danes. Naši rezultati so pokazali, da so bile povprečne vrednosti postavk (npr. pogovor o psihičnem in telesnem počutju) sicer višje ocenjene po implementaciji projekta, nismo pa ugotovili statistično pomembnih razlik pred uvedbo in po uvedbi projekta MOST oz. po implementaciji nadgrajenih obravnav v prakso. Od leta 2017 do leta 2020 je v patronažnem zdravstvenem varstvu potekala nadgradnja aktivnosti, imenovana MOST – Model skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju. Vključenih je bilo 25 zdravstvenih domov po Sloveniji. Pri projektu sta NIJZ in Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije nudila strokovno podporo pri nadgradnji razvoja preventivnih programov in zmanjšanju neenakosti, MS v patronažnem varstvu pa so zagotovili tudi dodatna strokovna usposabljanja. Najpomembnejša cilja sta bila implementacija nadgrajenih obravnav v nosečnosti in obporodnem obdobju ter implementacija posodobljenih obravnav otročnic v patronažnem varstvu. S tem so bili postavljeni temelji za bolj kakovostno obravnavo (NIJZ, 2022). Mihevc (2022) poroča, da so z dvema projektoma, ki sta potekala med letoma 2015 in 2020 na območju skupno 30 zdravstvenih domov v Sloveniji, v sklopu preventivnih obiskov otročnic, ki jih opravljajo MS v patronažnem varstvu, pilotno raziskali preseganje depresije z Edinburškim vprašalnikom. Sodelujoče MS v patronažnem varstvu so poročale, da so izvajalke in otročnice vprašalnik dobro sprejele. Po zaključku projekta so usposabljanje za izvajanje presejalnega testa z Edinburškim vprašalnikom omogočili tudi drugim MS v patronažnem varstvu.

3.5.1 Omejitve raziskave

Kot omejitev raziskave navajamo slabo odzivnost MS v patronažnem varstvu kljub večkratnemu povabilu. Menimo, da bi bili z večjim vzorcem podatki pomembnejši. Dodatno omejitev predstavljajo nekatere MS v patronažnem varstvu, ki niso v celoti odgovarjale na vprašanja. To bi lahko vplivalo na celotno sliko rezultatov ankete. MS v patronažnem varstvu smo v vprašalniku spraševali po mnenjih, kar pomeni, da so odgovori subjektivni, saj temeljijo na njihovih mnenjih, izkušnjah, trenutnih zaznavah, zato nekatere rezultate sprejemamo z zadržkom. Ena izmed omejitev raziskave je bila tudi ta, da v raziskavi nismo enakovredno zajeli obeh partnerjev – žensk in moških.

3.5.2 Doprinos k stroki ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

V diplomskem delu smo ugotovili, da imajo MS v patronažnem varstvu pomembno vlogo pri prepoznavanju obporodnih duševnih stisk. Pomembno je, da še naprej aktivno odkrivajo sum na obporodno otožnost in depresijo, saj z zgodnjim odkrivanjem lahko prispevajo k lepšemu življenju mladih družin. Ključni so celostni pristop, usmeritev na kakovostno svetovanje in komunikacijo s člani negovalnega in zdravstvenega tima, člani celotne družine ter multidisciplinarni pristop.

Raziskovalno delo bi bilo smiselno nadaljevati na večjem vzorcu anketiranih, torej povečati vzorec MS v patronažnem varstvu v drugih regijah, saj bi tako dobili boljši vpogled v obravnavo obporodnih duševnih stisk po celotni Sloveniji. V prihodnje bi bilo smiselno v raziskavi nadgraditi statistiko tako, da bi statistično primerjali po skupinah, kot so delovna doba, starost MS v patronažnem varstvu in število prvih obiskov, ki jih opravijo v enem letu. Potrebe se kažejo tudi po nadaljnjih raziskavah doživljanja obporodnih duševnih stisk z vidika moških oz. (bodočih) očetov.

4 ZAKLJUČEK

Obporodno obdobje se začne ob zanositvi in traja do enega leta po porodu. Takrat se dogajajo pomembne telesne, fiziološke in hormonske spremembe, spremenijo se duševni procesi in počutje, življenjski slog in ritem vsakdana, lahko se pojavi strah pred porodom in poveča se skrb za zdravje. Del tega obdobja lahko spremljajo obporodna otožnost, tesnoba ali depresija. Osredotočiti se je treba na počutje žensk in moških, saj se duševne stiske ne pojavljajo samo pri ženskah, temveč tudi pri moških. Pomembno je zgodnje prepoznavanje težav, da lahko ob morebitnih težavah ustrezno ukrepamo in nudimo ustrezno strokovno pomoč.

Raziskava je pokazala, da se je večina MS v patronažnem varstvu v zadnjem letu srečala v povprečju s tremi primeri suma na obporodno depresijo in/ali otožnost. Najpogostejša načina za odkrivanje suma na obporodne stiske sta opazovanje in pogovor, najpogosteje uporabljen instrument pa Edinburški vprašalnik, ki je ocenjen kot specifičen, preprost in zanesljiv. Po implementaciji posodobljenih obravnav otročnic v patronažnem varstvu in nadgradnji obravnav v nosečnosti in obporodnem obdobju MS v patronažnem varstvu izražajo neopredeljeno mnenje oz. le delno strinjanje, da zaznavajo pomembne razlike v usposobljenosti v primerjavi z obdobjem pred implementacijo. Izražajo pa potrebo po dodatnem usposabljanju za poznavanje obporodnih stisk in za svetovalne pogovore. Slabo so prepoznane obporodne duševne stiske pri moških.

Na osnovi rezultatov raziskave zaznavamo potrebo po intenzivnejšem timskem sodelovanju med diplomiranimi medicinskimi sestrami in zdravniki v ginekološkem in otroškem dispanzerju. Poudariti moramo, da je sodelovanje znotraj iste stroke zelo pomembno za kakovost obravnave. Več pozornosti bi bilo treba nameniti tudi moškim. Oba partnerja namreč predstavljata drug drugemu oporo, podporo, zaščito in pomoč. Izražena je bila tudi potreba po dodatnih izobraževanjih in usposabljanjih na področju prepoznavanja in svetovanja obporodnih duševnih stisk, s poudarkom na komunikaciji, usposabljanju za kakovostno izvedbo svetovalnih pogovorov in multidisciplinarnem pristopu. Z dodatnimi izobraževalnimi dejavnostmi, predvsem z neformalnim izobraževanjem, kot so refleksija, učenje iz prakse in izmenjava izkušenj, bo obravnavala

pacientov (žensk, moških in celotne družine) v obporodnem obdobju, vključno z obporodnimi duševnimi stiskami, bolj učinkovita in kakovostnejša, prav tako pa se bodo MS v patronažnem varstvu počutile bolj samozavestne in zmožne za opravljanje svojega poklicnega dela in poslanstva.

5 LITERATURA

Barassi, F. & Grealish, A., 2022. Validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening pregnant and postpartum adolescents: a systematic review. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 39(2), pp. 65-75. 10.37464/2020.932.446

Bauman, B.L., Ko, J.Y., Cox, S., D'Angelo, D.V., Warner, L., Folger, S., Tevendale, H.D., Coy, C.K., Harrison, L. & Barfield, W.D., 2020. Vital Signs: Postpartum Depressive Symptoms and Provider Discussions About Perinatal Depression – United States, 2018. *Weekly*, 69(19), pp. 575-581. 10.15585/mmwr.mm6919a2.

Bhat, A., Miller, S.E., Wendt, A. & Ratzliff, A., 2020. Finding a Medical Home for Perinatal Depression: How Can We Bridge the Postpartum Gap? *Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 30(6), pp. 405-408. 10.1016/j.whi.2020.08.010.

Bina, R. & Harrington, D., 2015. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Screening Tool for Postpartum Anxiety as Well? Findings from a Confirmatory Factor Analysis of the Hebrew Version. *Maternal and Child Health Journal*, 20(4), pp. 904-914. 10.1007/s10995-015-1879-7.

Chester, T., Reynolds, S., Thompson, B., Durgahee, S. & Cuthbert, S., 2022. Perinatal psychiatry for the paediatrician on the postnatal ward. *Paediatrics & Child Health*, 32(1), pp. 28-30. 10.1016/j.paed.2021.10.006.

Čampa, L., 2014. *Patronažna zdravstvena nega otročnice z vidika poporodne otožnosti in depresije: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Dencker, A., Smith, V., McCann, C. & Begley, C., 2017. Midwife-led maternity care in Ireland – a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(101), pp. 2-8. 10.1186/s12884-017-1285-9.

Donato Gottems, L.B., Peres De Carvalho, E.M., Guilhem, D. & Gomes Maia Pires, M.R., 2018. Good practices in normal childbirth: reliability analysis of an instrument by Cronbach's Alpha. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(26), pp. 1-8. 10.1590/1518-8345.2234.3000.

Drglin, Z., 2015. *Doživljanje v nosečnosti*. [online] Available at: <https://www.babybook.si/dozivljanje-v-nosecnosti/> [Accessed 16 April 2021].

Drglin, Z., 2017. Obporodne stiske. In: V. Globevnik Velikonja, H. Jeriček Klanšček, M. Blinc-Pesek & R. Pavlovič, eds. *Zima v srcu: ko se materinstvu pridružita depresija in tesnoba, radost pa odide*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 22-25.

Drglin, Z., 2018. Priporočila za izvajanje patronažnih obiskov otročnic in dojenčkov s stopnjevalno intervencijo. In: B. Mihevc Ponikvar, ed. *Patronažno zdravstveno varstvo otročnic in dojenčkov – Gradiva za strokovnjake*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 1-28.

Drglin, Z., 2022. Duševno zdravje v nosečnosti in po porodu. In: I. Krotec, Z. Drglin, B. Mihevc Ponikvar, M. Broder, S. Kotar & T. Pibernik, eds. *Pričakujemo dojenčka: Vodnik o nosečnosti, porodu in zgodnjem starševstvu*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 34-35.

Drglin, Z., n.d. *Duševno zdravje v nosečnosti in po porodu*. [online] Available at: <https://zdaj.net/nosecnost/za-zdravo-nosecnost/dusevno-zdravje-v-nosecnosti-in-po-porodu/> [Accessed 2 June 2022].

Filej, B. & Kaučič, B.M., 2015. Koncepti metaparadigme v holistični obravnavi. In: B. M. Kaučič, D. Plank, A. Presker Planko & G. Voga, eds. *Sodelovanje strokovnjakov v paliativnem timu za celostno obravnavo pacientov in svojcev: Concepts of metaparadigm in holistic treatment of patients and relatives*. Celje: Visoka zdravstvena šola, pp. 12-20.

Glasser, S. & Lerner-Geva, L., 2018. Focus on fathers: paternal depression in the perinatal period. *Perspect Public Health*, 139(4), pp. 195-198. 10.1177/1757913918790597.

Globevnik Velikonja, V., 2017. Psihološka obravnava nosečnic z duševno motnjo. In: B. Bregar & D. Lončnar, eds. *Celostna obravnava ženske s težavami na področju duševnega zdravja v rodnem obdobju*. Idrija: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, p. 14.

Globevnik Velikonja, V., 2018a. Obporodna depresija. In: V. Globevnik Velikonja, ed. *Prepoznavanje ranljivih skupin žensk v obporodnem obdobju: priročnik za zdravstvene delavce*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino pri slovenskem zdravniškem društvu, pp. 50-63.

Globevnik Velikonja, V., 2018b. Obporodna depresija: preventiva, diagnostika in oblike nefarmakološkega zdravljenja. In: P. Jelenko Roth, ed. *Duševno zdravje v obporodnem obdobju*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 30-46.

Golenko, J., Pivec, K., Pajnkihar, M., Šoster Turk, S. & Vrtnjak, D., 2015. Analiza koncepta k osebi usmerjene oskrbe. In: M. Pajnkihar, ed. *Znanstveni dokazi za razvoj izobraževanja in prakse v zdravstvu: Mednarodna konferenca, 2. junij 2015*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, p. 87.

Grebenc, V., 2025. Timsko delo kot temeljna oblika integrirane dologtrajne oskrbe ljudi z demenco. In: T. Rape Žiberna & A. Jurček, eds. *Timsko delo v socialnem delu*. Ljubljana: Založba Univerze, pp. 415-451.

Harrison, V., Moulds, M.L. & Jones, K., 2022. Support from friends moderates the relationship between repetitive negative thinking and postnatal wellbeing during COVID-19. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 40(5), pp. 516-531. 10.1080/02646838.2021.1886260.

Hrovat, M., Janc Jagrič, J., Jagodic, R., Podvratnik, N., Mihevc Ponikvar, B. & Krajnc, A., 2024. *Navodilo za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <https://nizj.si/wp-content/uploads/2024/10/navodila-patronaza.pdf> [Accessed 12 February 2025].

Huy, N.V., McKenzie-McHarg, K., Bennett, P.C. & Mai, L.D., 2024. Lived Experiences of Migrant Fathers in the Perinatal Period: A Systematic Review and Analysis. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 23(24), pp. 1070-1084. 10.1007/s10903-024-01627-0.

Jagurdžija, A., 2020. *Izkušnje patronažnih medicinskih sester pri obravnavi otročnic s poporodno depresijo: diplomsko delo*. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.

Kerker, B., Storfer-Isser, A., Stein, R., Garner, A., Szilagyi, M., O'Connor, K., Hoagwood, K. & Horwitz, M.S., 2016. Identifying Maternal Depression in Pediatric Primary Care Changes Over a Decade. *Journal of Development & Behavioral Pediatrics*, 37(2), pp. 113-120. 10.1097/DBP.0000000000000255.

Kiviruusu, O., Pietikäinen, J.T., Kylliäinen, A., Pölkki, P., Saarenpää-Heikkilä, O., Marttunen, M., Paunio, T. & Paavonen, E.J., 2020. Trajectories of mothers' and fathers' depressive symptoms from pregnancy to 24 months postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 260(19), pp. 629-637. 10.1016/j.jad.2019.09.038.

Konec Juričič, N. & Lekić, K., 2018. Samomorilnost v Sloveniji – javnozdravstveni izziv. In: D. Lončnar, ed. *Prepoznavanje in obravnava pacienta s samomorilnim vedenjem na vseh nivojih zdravstvenega varstva v različnih življenjskih obdobjih: zbornik prispevkov z recenzijo*. Begunje na Gorenjskem: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 5-10.

Krajnc, A., 2016. Preventivna in kurativna dejavnost v patronažnem varstvu. In: J. Ramšak Pajk & A. Ljubič, eds. *Priporočila obravnave v patronažnem varstvu za*

diplomirane medicinske sestre. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, pp. 22-27.

Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A. & Thombs, B.D., 2020. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*, 20(371), pp. 1-11. 10.1136/bmj.m4022.

Lunder, L., 2016. Klinična slika depresije. In: N. Konec Juričič, S. Roškar & P. Roth, eds. *Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulantni družinskega zdravnika*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 25-31.

Mihevc Ponikvar, B., Tomšič, S., Drglin, Z., Rok Simon, M., Mesarič, E. & Dravec, S., 2016. *Strokovne podlage za posodobitev programa preventivnega zdravstvenega varstva nosečnic, otročnic, novorojenčkov in dojenčkov na domu ter podlage za nadaljnji razvoj preventivnih programov za zmanjševanje neenakosti v zdravju: Zaključno raziskovalno poročilo pilota »Kakovostno starševstvo za zdrav začetek«*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/strokovne_podlage_posodobitev_preventiva_nosecnice_dojencki.pdf [Accessed 22 July 2022].

Mihevc, B., Tomšič, Z. & Drglin, Z., 2022. Javnozdravstveni vidiki duševnega zdravja v obporodnem obdobju. In: P. Jelenko Roth, ed. *Duševno zdravje v obporodnem obdobju*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 19-27.

Mivšek, A.P., 2021. *Kaj se v nosečnosti dogaja z mojim telesom in zakaj?*. [online] Available at: <https://zdaj.net/nosecnost/potek-nosecnosti/kaj-se-v-nosecnosti-dogaja-z-mojim-telesom-in-zakaj/> [Accessed 16 April 2021].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016a. *Poporodna psihoza*. [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/poporodna-psihoza> [Accessed 12 July 2022].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016b. *Poporodna otožnost*. [online] Available at: <https://www.nijz.si/zivljenjski-slog/dusevno-zdravje/poporodna-otoznost> [Accessed 16 July 2023].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. *Depresija v nosečnosti in po porodu*. [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/depresija-v-nosecnosti-in-po-porodu> [Accessed 24 November 2024].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020. *Patronažno varstvo*. [online] Available at: https://www.nijz.si/sl/patronazno-varstvo_ [Accessed 12 July 2022].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2022. *MoST – Model skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih*. [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/most-model-skupnostnega-pristopa-za-krepitev-zdravja-in-zmanjsevanje-noonakosti-v-zdravju-v-lokalnih> [Accessed 25 November 2024].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023. *Aktivnosti za krepitev zdravja*. [online] Available at: <https://www.skupajzazdravje.si/aktivnosti-za-krepitev-zdravja/delavnice-in-svetovanja/> [Accessed 28 February 2025].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2024. 5. *Zdravstveno varstvo na primarni ravni – Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2022*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/03/5.2_Patronaza_2022_Z_2.pdf [Accessed 12 February 2025].

Opismenjevanje o motnjah razpoloženja in pridruženih motnjah (OMRA), n.d. *Ali je komunikacija v živo bolj zdrava kot komunikacija z digitalno tehnologijo?* [online]

Available at: <https://www.omra.si/o-motnjah/dusevne-motnje/zanimivosti-o-dusevnih-motnjah/dusevno-zdravje-in-komunikacija/> [Accessed 23 November 2024].

Petek, M., 2017. Vloga patronažne medicinske sestre pri prepoznavanju duševnih motenj pri otročnici. In: B. Bregar & D. Lončnar, eds. *Celostna zdravstvena obravnava ženske s težavami na področju duševnega zdravja v rodnem obdobju*. Idrija: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 31-37.

Philpott, L.D., Savage, E., Leahy-Warren, P. & FitzGerald, S., 2020. Paternal depression: A Narrative Review. *International Journal of Men's Social and Community Health*, 3(1), pp. 1-15. 10.22374/IJMSCH.V3I1.22.

Podvornik, N., Globevnik Velikonja, V. & Praper, P., 2014. Depression and Anxiety in Women During Pregnancy in Slovenia. *Slovenian Journal of Public Health*, 54(1), pp. 45-50. 10.1515/sjph-2015-0006.

Ramšak Pajk, J. & Ljubič, A., 2016. *Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti.

Sangsawang, B., Deoisres, W., Hengudomsub, P. & Sangsawang, N., 2021. Effectiveness of psychosocial support provided by midwives and family on preventing postpartum depression among first-time adolescent mothers at 3-month follow-up: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 31(5), pp. 689-702. 10.1111/jocn.15928.

Tachibana, Y., Koizumi, N., Akanuma, C., Tarui, H., Ishii, E., Hoshina, T., Suzuki, A., Asano, A., Sekino, S. & Ito, H., 2019. Integrated mental health care in multidisciplinary

maternal and child health service in the community: the findings from the Suzaka trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(58), p. 19. 10.1186/s12884-019-2179-9.

Tekač, I. & Kozar, N., 2018. Anamneza in ginekološki pregled pred in po porodu doma, materinska knjižica. In: I. Tekáč & N. Kozar, eds. *Obravnava ženske pred in po porodu doma v ginekološki dispanzerski ambulanti: učna delavnica za zdravnike specializante in specialiste ginekologije in porodništva, specializante in specialiste družinske medicine, specializante in specialiste urgentne medicine, zdravnike pripravnike, medicinske sestre, medicinske sestre babice, reševalce in zdravstvene administratorje*. Maribor: Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, pp. 61-65.

Tokumitsu, K., Sugawara, N., Maruo, K., Suzuki, T., Yasui-Furukori, N. & Shimoda, K., 2020. Prevalence of perinatal depression among Japanese men: a meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 19(65), pp. 1-11. 10.1186/s12991-020-00316-0.

Tomšič, S., Drglin, Z., Mihevc Ponikvar, B. & Kotar, S., 2018. Sodobni izsledki: za prepoznavanje, podporo, pomoč in zdravljenje duševnih stisk v obporodnem obdobju. In: P. Jelenko Roth, ed. *Duševno zdravje v obporodnem obdobju*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 8-16.

Torres, F., 2020. *What is Peripartum Depression (formerly Postpartum)?*. [online] Available at: <https://www.psychiatry.org/patients-families/Peripartum-Depression/What-is-Peripartum-Depression> [Accessed 24 June 2022].

Tosto, V., Ceccobelli, M., Lucarini, E., Tortorella, A., Gerli, S., Parazzini, F. & Favilli, A., 2023. Maternity Blues: A Narrative Review. *Journal of Personalized Medicine*, 13(1), p. 154. 10.3390/jpm13010154.

Tuszyńska-Bogucka, W & Nawra, K., 2014. Parental postnatal depression – a review. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 16(2), pp. 61-69. 10.12740/APP/26286.

Vidmar Šimic, M., 2017. Ali znamo prepoznati ranljive skupine nosečnic? In: V. Velikonja Globevnik, T. Terzić, M. Rus Makovec & T. Premru Sršen, eds. *Standardi in kazalniki kakovosti v perinatologiji; Streptokok skupine B v perinatologiji. Slovenj Gradec, 9.–20. maj 2017*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD, pp. 20-26.

Wang, T.S., Pai, L.W., Tzeng, Y.L., Yeh, T.P. & Teng, Y.K., 2021. Effectiveness of nurses and midwives-led psychological interventions on reducing depression symptoms in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Open*, 8(5), pp. 2117-2130. 10.1002/nop2.764.

Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., Xiao, X., Zhang, W., Krambbendam, E., Liu, S., Liu, Z., Li, Z. & Yang, X.Y., 2021. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry*, 21(543), p. 11. 10.1038/s41398-021-01692-1.

Wikiverza, 2024. *Vrste izobraževanja*. [online] Available at: https://sl.wikiversity.org/wiki/Vrste_izobra%C5%BEEvanja [Accessed 18 April 2025].

Woody, C.A., Ferrari, A.J., Siskind, D.J., Whiteford, H.A. & Harris M.G., 2017. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 17(219), pp. 86-92. 10.1016/j.jad.2017.05.003.

Zdravje danes za jutri, n.d. *Priprava na porod in starševstvo*. [online] Available at: <https://zdaj.net/nosecnost/priprava-na-prihod-dojencka/priprava-na-porod-in-starševstvo/> [Accessed 14 May 2022].

Zupančič, K., 2018. *Učinkovitost interdisciplinarnih timov v zdravstvu: seminarska naloga*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.

6 PRILOGE

6.1 MERSKI INSTRUMENT

Spoštovani!

Sem Nika Puc, študentka dodiplomskega študija zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Pripravljam diplomsko delo z naslovom »Obravnava obporodnih duševnih stisk v patronažnem zdravstvenem varstvu«, v katerem bom izvedla tudi raziskavo. Za ta namen vas prosim za sodelovanje, saj bodo vaši odgovori na vprašanja ključni za izdelavo diplomskega dela.

Pridobljeni podatki bodo uporabljeni le za namen diplomskega dela. Sodelovanje je prostovoljno, anketa pa je anonimna.

Že vnaprej se vam zahvaljujem za sodelovanje.

1. Vaša starost? (napišite na črto)

_____ let

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

_____ let

3. Koliko porodov/rojstev otroka – prvih obiskov otročnic beležite povprečno v enem letu na svojem terenu?

število (pripisite) _____

4. Koliko primerov sumov obporodne otožnosti ali depresije povprečno obravnavate na terenu v enem letu (oz. ste jih v preteklem letu)?

a) število obporodnih otožnosti/depresij pri ženskah (pripisite): _____

b) število obporodnih otožnosti/depresij pri moških (pripisite): _____

5. Kje črpate znanje glede obporodnih duševnih stisk? Številčite od manj oziroma nikoli uporabljenih do zelo pogosto uporabljenih virov (1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – vedno) – obkrožite črko pred izbranim odgovorom, možnih je več odgovorov:

	Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Vedno
Strokovna izobraževanja	1	2	3	4	5
Samoizobraževanje	1	2	3	4	5
Poklicne izkušnje	1	2	3	4	5
Mediji	1	2	3	4	5
Osebne izkušnje	1	2	3	4	5
Izmenjava mnenj med sodelavci (medicinske sestre, zdravniki, drugi strokovnjaki)	1	2	3	4	5
Drugo (dopišite)					

6. Označite, koliko se strinjate z naslednjimi trditvami glede znanja, usposobljenosti za prepoznavanje obporodnih duševnih stisk (obkrožite številko pod ustrezno trditvijo, ki pomenijo: 1 – nikakor se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam):

	Pri ženskah – nosečnicah, otročnicah					Pri moških – partnerjih				
	Nikakor se ne strinjam	Ne strinjam se	Niti niti	Strinjam se	Popolnoma se strinjam	Nikakor se ne strinjam	Ne strinjam se	Niti niti	Strinjam se	Popolnoma se strinjam
Dovolj sem usposobljena za prepoznavanje.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Dovolj sem usposobljena za svetovanje.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Po uveljavitvi novih smernic sem bolj usposobljena za prepoznavanje oz. imam več znanja. <i>Če pred projektom niste bili zaposleni v patronažni službi, ne odgovarjajte na vprašanje.</i>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

8. Na kakšen način vzpostavite sum na obporodno otožnost ali depresijo?

	Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Vedno
Z vprašalniki	1	2	3	4	5
Z opazovanjem	1	2	3	4	5
Z razgovorom	1	2	3	4	5
Z informacijami drugih	1	2	3	4	5

9. Kako pogosto pri svojem delu uporabljate teste za odkrivanje obporodne depresije pri ženskah? (obkrožite številko pod ustrezno trditvijo, ki pomenijo: 1 – ne uporabljam, 2 – skoraj nikoli, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – vedno uporabljam).

	Ne uporabljam	Skoraj nikoli	Včasih	Pogosto	Vedno uporabljam
Edinburški vprašalnik (EPDS)	1	2	3	4	5
Whooleyevi vprašanji	1	2	3	4	5
SZO/EURO-lestevica dobrega počutja	1	2	3	4	5

10. Če ste na zgornje vprašanje odgovorili, da vprašalnika ne uporabljate, kateri so po vašem mnenju razlogi, da jih ne uporabljate? (dopišite na črto)

11. Kako uporabni se vam zdijo posamezni vprašalniki? (obkrožite številko pod ustrezno trditvijo, ki pomenijo: 1 – popolnoma neuporaben, 2 – neuporaben, 3 – ne morem se odločiti, 4 – uporaben, 5 – zelo je uporaben). Če posameznega testa ne uporabljate, pustite zgoraj omenjeno vrstico prazno.

	Popolnoma neuporaben	Neuporaben	Ne morem se odločiti	Uporaben	Zelo je uporaben
Edinburški vprašalnik (EPDS)	1	2	3	4	5
Whooleyevi vprašanji	1	2	3	4	5
SZO/EURO-lestevica dobrega počutja	1	2	3	4	5

12. Katere so po vašem mnenju ključne osebe pri obravnavi obporodne otožnosti/depresije in kako pogosto sodelujete z njimi? (obkrožite številko pod ustrezno trditvijo, ki pomenijo: 1 – zelo nepomemben/-a, 2 – nepomemben/-a, 3 – niti pomemben/-a niti nepomemben/-a, 4 – pomemben/-a, 5 – zelo pomemben/-a)

	Ključne osebe za prepoznavanje					Pogostost sodelovanja				
	Zelo nepomemben/-a	Nepomemben/-a	Niti	Pomemben/-a	Zelo pomemben/-a	Nikoli	Skoraj nikoli	Redko	Pogosto	Vedno
Patronažne medicinske sestre	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Ginekologi	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
MS v ginekološkem dispanzerju	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Osebni zdravnik	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Pediatr	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Strokovni delavci (psihologi, socialni delavci itn.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Partner/-ica	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Drugi družinski člani	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Prijatelji	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Drugi (dopišite)										

13. Pri tem vprašanju me zanima vaše mnenje o družinski prepoznavi. Kako pogosto vključujete družino, partnerja itn. v samo obravnavo? Številčite od manj oziroma nikoli uporabljenih do zelo pogosto uporabljenih (1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – zelo pogosto), obkrožite črko pred izbranim odgovorom, možnih je več odgovorov).

	Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Zelo pogosto
Partner	1	2	3	4	5
Starši	1	2	3	4	5
Stari starši	1	2	3	4	5
Prijatelji	1	2	3	4	5
Otroci	1	2	3	4	5
Drugi (dopišite)					

14. Kako ocenjujete pomembnost timskega sodelovanja (med medicinskimi sestrami, zdravniki, ginekologi, pediatri in drugimi strokovnjaki), komunikacije (poslušanje, postavljanje vprašanj ...), celostne obravnave (skupnostne obravnave) in multidisciplinarnega pristopa (strokovnjaki iz različnih disciplin, z različnimi vlogami, ki sodelujejo) pri delu v patronažni dejavnosti z vidika obporodnih težav – otožnost, depresija? (obkrožite številko pod ustrezno trditvijo, ki pomenijo: 1 – zelo nepomembno, 2 – nepomembno, 3 – niti nepomembno niti pomembno, 4 – pomembno, 5 – zelo pomembno)

	Zelo nepomembno	Nepomembno	Niti	Pomembno	Zelo pomembno
Timsko sodelovanje je zelo pomembno.	1	2	3	4	5
Način komunikacije je ključnega pomena pri vzpostavljanju odnosa in ugotavljanju problematike.	1	2	3	4	5
Celostna obravnava in multidisciplinarni pristop sta ključnega pomena, saj temeljita k skupnostni obravnavi, v kateri sodelujejo strokovnjaki iz različnih disciplin, z različnimi vlogami.	1	2	3	4	5
V obravnavi suma na obporodno depresijo/otožnost bi moralo biti mnogo boljše poskrbljeno za nadaljnje poti obravnave.	1	2	3	4	5

15. Če morda želite sporočiti svoje razmišljanje in izkušnje, ki jih vprašanja niso zajela, vljudno vabljeni, da jih napišete tukaj.

Hvala za vaš čas in trud