



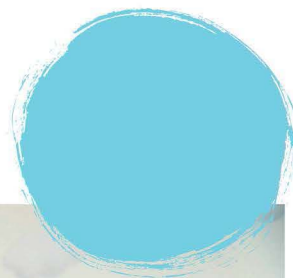
PODRŠKA PORODICAMA
ZA PODSTICAJNU NEGU
DECE RANOG UZRASTA

MODUL 7

DOBROBIT RODITELJA



Moduli za obuku patronažne službe | Prilagođeno za Srbiju



MODUL 7

DOBROBIT RODITELJA

PODRŠKA PORODICAMA ZA PODSTICAJNU NEGU DECE RANOG UZRASTA

MODUL 7 DOBROBIT RODITELJA



Naslov originala:

Module 7: PARENTAL WELLBEING

Izdavač

UNICEF u Srbiji

Za izdavača

Ređina De Dominićis,
Direktorka UNICEF-a u Srbiji

Elektronsko izdanje, avgust 2019. godine

ISBN 978-86-80902-30-2



Градски завод
за јавно здравље
Београд



NORDEUS

PODRŽAVA



Originalne sadržaje modula obuke razvila je grupa autora, međunarodnih eksperata za relevantne oblasti. Rad na izradi modula koordinisale su Regionalna kancelarija UNICEF-a za Evropu i Centralnu Aziju i Međunarodna asocijacija „Korak po korak” (International Step by Step Association – ISSA). Prilagođavanje modula za Srbiju obavila je grupa stručnjaka iz Srbije u okviru projekta Gradskog zavoda za javno zdravlje Beograda i Asocijacije za javno zdravlje Srbije – „Jačanje sistema polivalentne patronažne službe u Srbiji za podršku razvoju dece u ranom detinjstvu”. Projekat je realizovan kroz program saradnje UNICEF-a i Ministarstva zdravlja Republike Srbije, uz finansijsku podršku kompanije Nordeus.

Sadržaj i stavovi izneti u publikaciji su stavovi autora i ne odražavaju nužno stavove UNICEF-a. Publikacija može slobodno da se citira. Zahteve za korišćenjem većih delova teksta treba uputiti UNICEF-u u Srbiji.

SADRŽAJ

Predgovor	4
Očekivani ishodi ovog modula	9
Ključne poruke	9
1 UVOD	12
2 ŠTA JE „PERINATALNA MENTALNA BOLEST“ I KOLIKO SE ČESTO JAVLJA?	13
3 UTICAJ PERINATALNE MENTALNE BOLESTI NA DETE U RAZVOJU	20
4 KAKO SE MOŽE OTKRITI PERINATALNA MENTALNA BOLEST?	23
5 KAKO MOŽETE DA PRUŽATE PODRŠKU PORODICAMA KOJE POSEĆUJETE?	28
6 REZIME	31
7 DODATAK	32
Informativni list – perinatalni simptomi i poremećaji	32
Informativni list – šta učiniti kada majka ne priznaje da pati od postporođajne depresije	34
Informativni list – Edinburška skala postporođajne depresije (Cox, Holden, Sagovsky, 1987)	38
Informativni list – SRQ-20 WHO/MNH/PSF/94.8	40
Saradnici	41
Reference	42

PREDGOVOR

Globalna posvećenost pružanju podrške sveobuhvatnom zdravlju i razvoju dece ranog uzrasta značajno se povećava poslednjih godina. U susret ostvarenju globalnih Ciljeva održivog razvoja (2018. godine), Svetska zdravstvena organizacija, UNICEF i drugi globalni partneri aktivni na polju ranog razvoja dece usvojili su *Okvir podsticajne nege za razvoj dece ranog uzrasta (Nurturing Care Framework for Early Childhood Development)*, što je sveobuhvatni okvir koji podržava decu u njihovom opstanku i napredovanju radi transformacije njihovog zdravlja i ljudskog potencijala. *Podsticajna nega* karakteriše stabilno okruženje koje doprinosi unapređenju zdravlja i ishrane deteta, štiti dete od pretnji i pruža mu prilike za učenje u ranom detinjstvu kroz afektivne interakcije i odnose. Koristi od takve brige traju čitavog života, a obuhvataju bolje zdravlje, dobrobit i sposobnost za učenje i ekonomsku samostalnost. Porodicama je potrebna podrška kako bi deci mogle da pruže podsticajnu negu; ta podrška obuhvata materijalna i finansijska sredstva, mere državne politike, poput plaćenog roditeljskog odsustva, kao i usluge namenjene određenim grupama stanovništva kroz više resora, uključujući zdravstvenu zaštitu, ishranu, vaspitanje i obrazovanje, socijalnu i dečiju zaštitu.

Rezultati istraživanja u oblasti neuronauke, razvojne psihologije, a posebno o roditeljstvu i posledicama negativnih iskustava u odrastanju dece, pružaju dokaze o tome da ulaganja u podršku razvoju dece od najranijeg uzrasta, kroz usluge kućnih poseta, imaju dugogodišnje pozitivne efekte i mogu značajno da poboljšaju kvalitet roditeljstva, dobrobit, razvoj i opšti napredak dece te da smanje pojavu i posledice zlostavljanja i zanemarivanja dece. Zahvaljujući ovim saznanjima, veliki broj zemalja u Evropi i Centralnoj Aziji uspostavlja i/ili osnažuje uslugu kućnih poseta kao podršku razvoju dece ranog uzrasta i njihovim porodicama.

Kod nas sistem zdravstvene zaštite dopire do većine trudnica i porodica sa malom decom zahvaljujući razvijenim uslugama kućnih poseta u okviru polivalentne patronažne službe, kao i posvećenom radu ginekoloških i pedijatrijskih službi u domovima zdravlja, koje brinu o zdravlju i napredovanju dece od začeća, preko rođenja, sve do punoletstva, sa posebnim fokusom na period do polaska u osnovnu školu, odnosno do uzrasta od šest i po godina (uključujući i pravovremenu imunizaciju dece). Ipak, uz uvažavanje visokog obuhvata i efikasnosti polivalentne patronažne službe, može se reći da u sadržaj ovih usluga još uvek nisu u potpunosti integrisani globalni dokazi o tome šta je važno za razvoj dece ranog uzrasta, posebno u prvih hiljadu dana, što se smatra kritičnim periodom za razvoj moždanih funkcija. Usluge patronažne službe, u okviru kućnih poseta porodici, za sada su više usmerene na opšte zdravlje, rast, negu i imunizaciju, dok su odnosi u porodici, uključujući brigu za dobrobit dece, stimulativno i bezbedno okruženje, prevencija zanemarivanja i zlostavljanja te rano otkrivanje razvojnih kašnjenja i smetnji manje u fokusu.

Uzimajući u obzir, s jedne strane, visok obuhvat uslugama patronažne službe i, s druge strane, nalaze istraživanja koji ukazuju da se razvoj dece može veoma efikasno podržati u kontekstu kućnog okruženja, kao i saznanja da obučeni, osetljivi i na porodicu usmereni profesionalci mogu kroz kućne posete da doprinesu jačanju roditeljskih kompetencija i otpornosti porodice na izazove sa kojima se suočava, Regionalna kancelarija UNICEF-a za Evropu i Centralnu Aziju i Međunarodna asocijacija „Korak po korak“ (ISSA) inicirale su partnerski, tokom 2015. godine, razvoj više modula obuke za profesionalce koji pružaju podršku porodici kroz kućne posete. Cilj ove inicijative je da se profesionalci, koji podršku porodici pružaju kroz usluge kućnih poseta, pre svega u okviru patronažnih službi, osnaže da u skladu sa naučno dokazanim iskustvima unaprede svoje stavove, znanja i praksu u domenima od ključne važnosti za razvoj u najranijem detinjstvu i za pružanje podrške roditeljstvu.

Rad na razvoju originalnih sadržaja svih modula obuke koordinisale su Regionalna kancelarija UNICEF-a za Evropu i Centralnu Aziju u Ženevi, koju je predstavljala Bettina Schwethelm, specijalistkinja za razvoj i zdravlje male dece, i Međunarodna asocijacija „Korak po korak“ (ISSA) iz Holandije, koju predstavlja Zorica Trikić, viša programska rukovoditeljka.

Za razvijanje originalnih modula obuke bila je angažovana grupa internacionalnih eksperata:

- Cecilia Breinbauer, RISE Institute, Sjedinjene Američke Države (Modul 4);
- Adrienne Burgess, Fatherhood Institute, Ujedinjeno Kraljevstvo (Modul 5);
- Priti Desai, East Carolina University, Sjedinjene Američke Države (Modul 10);
- Andrea Goddard, Department of Medicine, Imperial College, Ujedinjeno Kraljevstvo (Modul 14);
- Svetlana Mladenović Janković, Gradski zavod za javno zdravlje Beograd, Srbija (Modul 15);
- Marta Ljubešić, Odsek za patologiju govora i jezika, Univerzitet u Zagrebu, Hrvatska (Moduli 12 i 13);
- Alessandra Schneider, CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brazil (Modul 1);
- Bettina Schwethelm, Regionalna kancelarija UNICEF-a za Evropu i Centralnu Aziju (Moduli 6, 12 i 13);
- Dawn Tankersley, ISSA (Moduli 6, 8 i 11);
- Zorica Trikić, ISSA (Moduli 6, 9 i 11);
- Emily Vargas Baron, RISE Institute, Sjedinjene Američke Države (Modul 15);
- Joanne Vincenten, European Child Safety Alliance (Modul 9);
- Karen Whittaker, University of Central Lancashire, Fellow of the Institute of Health Visiting (Moduli 2 i 17);
- Dr Genevieve Becker, PhD, IBCLC, MINDI, Registered Dietitian and International Board Certified Lactation Consultant (Modul 16);
- Elizabeth Doggett, M.A., stručnjakinja za javno zdravlje (Modul 18)

Svoj doprinos u razvijanju originalnih modula obuke dali su i: Obi Amadi, UNITE/CPHVA Health Sector, Ujedinjeno Kraljevstvo; Kevin Browne, Centre for Forensic and Family Psychology, University of Nottingham Medical School, Ujedinjeno Kraljevstvo; Ilgi Ertem, Developmental Pediatrics Unit, Ankara Medical School, Turska; Jane Fisher, Monash School of Public Health and Preventive Medicine, Melburn, Australija; Deepa Grover i Maha Muna, Regionalna kancelarija UNICEF-a za Evropu i Centralnu Aziju; Maia Kherkheulidze, Department of Pediatrics, Tblisi State Medical University, and Child Development Center, Gruzija; Morag MacKay, European Child Safety Alliance; Aleksei Sergeevic Pockailo, Department of Ambulatory Pediatrics, Belarusian Medical Academy of Post Diploma Education; Roopa Srinivasan, Developmental Pediatrician UNMEED Child Development Center, Mumbai, Indija; Pauline Watts, Public Health England, Ujedinjeno Kraljevstvo; Olivera Aleksić Hill, Institut za mentalno zdravlje, Srbija. Značajan doprinos izradi modula dati su kroz seriju konsultativnih procesa u koji su bili uključeni međunarodni, regionalni i nacionalni stručnjaci, treneri i praktičari iz zemalja Evrope i Centralne Azije.

UNICEF i ISSA žele da izraze veliku zahvalnost autorima i saradnicima koji su bili angažovani na razvijanju modula obuke, jer bez njihove velike posvećenosti razvoju usluga kućnih poseta za podršku deci ranog uzrasta i porodicama, posebno porodicama u kojima su uočeni razvojni rizici i/ili kašnjenja u razvoju deteta, serija od 18 modula obuke ne bi sada bila u rukama profesionalaca u zemljama regiona Evrope i Centralne Azije.

Više o modulima obuke

Svi moduli obuke namenjeni su profesionalcima uključenim u usluge kućnih poseta porodicama sa decom ranog uzrasta (patronažne sestre, pedijatri i drugi profesionalci), oslanjaju se na najnovije naučne dokaze i dobru praksu u ovoj oblasti i bave se ključnim aspektima razvoja i dobrobiti dece. Pošto mnogi od aspekata razvoja dece ranog uzrasta ni kod nas ni u zemljama regiona nisu dovoljno obuhvaćeni inicijalnim obrazovanjem profesionalaca niti programima njihovog stručnog usavršavanja, ovi moduli obuke mogu predstavljati značajan doprinos stručnom usavršavanju praktičara, a ako se integrišu i u obrazovne kurikulume, mogu znatno doprineti njihovom inicijalnom obrazovanju. Moduli se mogu prilagoditi i za obuku drugih profesionalaca, npr. zdravstvenih medijatora, porodičnih saradnika i voditelja slučaja u socijalnoj zaštiti te svih drugih praktičara koji podršku porodici i deci pružaju u neposrednom kontaktu i u kućnim uslovima. Određen broj modula se može prilagoditi za pedijatre ili lekare opšte medicine, koji pružaju podršku porodicama i u okviru zdravstvenih institucija (najpre u domovima zdravlja) i u kućnim uslovima.

Moduli obuke pružaju profesionalcima uključenim u neposredan rad sa decom i porodicama neophodna znanja i alate kojima mogu da povećaju angažovanje roditelja/staratelja u pružanje podrške razvoju dece od najranijeg uzrasta. Njihov sadržaj počiva na pretpostavci da roditelji žele da daju sve od sebe kako bi na najbolji mogući način podržali razvoj svog deteta i ohrabruje profesionalce da primenjuju pristup zasnovan na snagama porodice, da promovišu podržavajuće i podsticajne porodične odnose, da doprinose smanjenju razvojnih rizika i da upućuju porodice ka drugim uslugama i profesionalcima, kada je potrebno. Kako je roditeljstvo posredovano kulturnim vrednostima i uverenjima, moduli obuke za Srbiju prilagođeni su lokalnom kontekstu i obogaćeni lokalnim znanjima i alatima.

Verujemo da će obuka zasnovana na ovim modulima omogućiti svima koji su uključeni u usluge kućnih poseta, a najpre patronažnim sestrama, da razviju osetljivost i uvažavanje za porodične specifičnosti i da će im pomoći da, uz redovnu procenu snaga i potreba deteta, osnaže porodice da informisano preduzimaju akcije i donose odluke u vezi sa zdravljem, dobrobiti i razvojem njihove male dece. Takođe, verujemo da će, zahvaljujući unapređenoj praksi dobro edukovanih profesionalaca, kroz uslugu kućnih poseta deci i porodicama najugroženijih populacija biti značajno olakšan pristup uslugama, pre svega u sistemu zdravstvene zaštite, ali i u sistemima socijalne zaštite i obrazovanja, te da će se na taj način smanjiti rizici koji nastaju usled nepovoljnih uslova za odrastanje i posledice u domenu ranog razvoja.

Kako koristiti module obuke

U kreiranju modula obuke primenjeni su principi učenja odraslih, tako da omogućavaju aktivno učešće u razmatranju i prihvatanju ponuđenih znanja, veština, stavova i praksi koje mogu da se integrišu u rad sa porodicama i njihovo osnaživanje da obezbede najbolje moguće okruženje za dete. Format u kome su moduli obuke prikazani omogućava korišćenje kroz tradicionalne oblike učenja (treninzi), kroz individualno učenje u formi onlajn kurseva, kroz integrisanje sadržaja u obrazovne kurikulume i programe stručnog usavršavanja, kao i kroz različite kombinovane forme. U prilagođavanju modula uzeti su u obzir nivo obrazovanja polaznika obuke, njihova profesionalna iskustva, nacionalni standardi kvaliteta, karakter, kredibilnost modula obuke na lokalnom nivou (da li su deo obrazovnog kurikuluma, stručnog usavršavanja, ličnog usavršavanja i sl.), trajanje obuke (s obzirom na to da jedan kurs obuhvata nekoliko modula, razlikuje se ukupno trajanje jedne obuke).

Prilagođavanje modula obuke za Srbiju

Originalni moduli obuke prevedeni su udruženim učešćem Regionalne kancelarije UNICEF-a, ISSA i pojedinačnih kancelarija u zemljama srodnog govornog područja (Hrvatska, Bosna i Hercegovina, Crna Gora i Srbija). Prilagođavanje 14 modula obuke za Srbiju obavila je grupa istaknutih domaćih stručnjaka u oblasti ranog razvoja, ishrane, nege i brige o deci ranog uzrasta i ranih intervencija. Proces prilagođavanja je bio veoma sistematičan, a pratio je situacionu procenu kvaliteta postojećih usluga, kapaciteta angažovane radne snage i potreba lokalnih porodica. Procesom prilagođavanja 14 modula rukovodio je Gradski zavod za javno zdravlje iz Beograda kroz projekat koji je realizovan u okviru programa saradnje UNICEF-a i Ministarstva zdravlja Srbije. Stručni tim za prilagođavanje modula obuke za Srbiju činili su:

- Ivana Mihić, dr sc. psih., Odeljenje razvojne psihologije, Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu (Moduli 1 i 4);
- Dr Olga Stanojlović, pedijatar, KBC Zvezdara (Modul 5);
- Dr Danijela Vukićević, fizijatar, Klinika za rehabilitaciju „Dr Miroslav Zotović“, Beograd (Moduli 6 i 13);
- Dr Olivera Aleksić Hill, dečji psihijatar, Institut za mentalno zdravlje, Beograd (Modul 7);
- Dr Nenad Rudić, dečji psihijatar, Institut za mentalno zdravlje, Beograd (Moduli 8 i 12);
- Mr sc. med. dr Gordana Tamburkovski, Gradski zavod za javno zdravlje, Beograd (Moduli 9 i 15);
- Prim. mr sc. med. dr Svetlana Mladenović Janković, Gradski zavod za javno zdravlje, Beograd (Moduli 9 i 15);
- Jelena Branković, psiholog, NVO Harmonija (Modul 10);
- Prof. dr Milica Pejović Milovančević, Institut za mentalno zdravlje, Beograd (Modul 14).

Originalni moduli 3, 16, 17 i 18 biće priređeni i prilagođeni za Srbiju u narednom periodu. Svi originalni moduli dostupni su na adresi https://www.issa.nl/knowledge-hub?tid%5B%5D=146&tid_3=All.

Naziv modula	Glavni sadržaj
Modul 1. Rano detinjstvo – period neograničenih mogućnosti	Objašnjava kritični značaj ranih godina za razvoj, blagostanje, zdravlje i postignuća deteta tokom celog života.
Modul 2. Uloga patronažne sestre u podršci razvoju dece tokom ranog detinjstva	Nudi viziju nove i sveobuhvatnije uloge patronažnih sestara. Objasnjavaju veštine i podršku potrebne za tu novu ulogu.
Modul 3. Ishrana i zdravlje odojčadi i male dece	Dostupan samo u originalnoj formi na engleskom jeziku kroz postojeće trening materijale UNICEF-a i SZO (Integrated management of Childhood Illnesses – IMCI, Infant and Young Child Feeding – IYCF, Care for Child Development), na adresi https://www.issa.nl/node/343
Modul 4. Zaljubljanje – podsticanje afektivne vezanosti roditelja i deteta	Naglašava važnost afektivne vezanosti za razvoj deteta. Pruža informacije o tome kako se kroz kućne posete može podržati razvoj sigurne privrženosti.
Modul 5. Partnerstvo u podsticajnom roditeljstvu – angažovanje očeva	Pružaju dokaze o pozitivnom uticaju učešća oca u razvoju deteta. Deli proverene pristupe koje se mogu koristiti tokom kućnih poseta za efikasnije uključivanje očeva.
Modul 6. Umetnost roditeljstva – ljubav, priča, igra, čitanje	Objašnjava kako ljubav, pričanje, igranje i čitanje utiču na razvoj beba i male dece. Pruža osnovne informacije i savete o tome kako pomoći roditeljima da koriste ove pozitivne roditeljske veštine.
Modul 7. Dobrobit roditelja	Objašnjava uticaj perinatalnih mentalnih bolesti na razvoj deteta. Pruža patronažnim sestrama informacije i alate za identifikaciju roditelja sa problemima mentalnog zdravlja u perinatalnom periodu, za pružanje podrške tim roditeljima i za njihovo dalje upućivanje.
Modul 8. Uobičajene brige roditelja	Objašnjava uobičajene brige roditelja koje se odnose na spavanje, plakanje, skidanje pelena i pozitivno disciplinovanje dece, a sa kojima se patronažne sestre svakodnevno sreću tokom kućnih poseta. Pruža praktične savete koji se mogu preneti tokom kućne posete.
Modul 9. Okruženje i bezbednost u domu	Pružaju informacije o najčešćim nenamernim povredama u ranom detinjstvu. Nudi praktične savete za edukaciju porodica kako da smanje broj nenamernih povreda.
Modul 10. Briga i osnaživanje – jačanje veština komunikacije patronažnih sestara	Pružaju uvod u dobru praksu komunikacije. Daje konkretne primere kako se mogu poboljšati veštine komunikacije za uključivanje porodica kroz kućne posete.
Modul 11. Rad na eliminisanju stigme i diskriminacije – promovisanje jednakosti, inkluzije i poštovanja različitosti	Pokazuje kako stereotipi, stigma i diskriminacija umanjuju delotvornost pružalaca usluga u radu sa starateljima i porodicama, posebno onim koje društvo često marginalizuje. Pomaže pružaocima usluga da razmisle o sopstvenim predrasudama i stereotipima u kontekstu celoživotnog učenja i samousavršavanja.
Modul 12. Deca koja se razvijaju drugačije – deca sa invaliditetom ili smetnjama u razvoju	Objašnjava zašto se neka deca različito razvijaju. Naglašava važnost porodice i porodičnih odnosa u podršci deci sa teškoćama u razvoju. Objasnjavaju nove pristupe, tj. „tim oko deteta“ i „pristup zasnovan na rutinama“, koji bi trebalo da delotvornije podrže ovu grupu dece i porodica.

Modul 13. Praćenje i skrining razvoja	Objašnjava koncepte praćenja razvoja, skrininga i procene. Pruža informacije o osnovnim alatima za praćenje razvoja koji se mogu koristiti u kućnim uslovima.
Modul 14. Zaštita male dece od nasilja, zlostavljanja i zanemarivanja	Pružuje dokaze o uticaju zlostavljanja, zanemarivanja i napuštanje deteta. Objasnjavaju ulogu kućnih/patronažnih poseta u pogledu prevencije, identifikacije rizika, upućivanja i saradnje sa drugim sektorima u podršci ugroženim porodicama.
Modul 15. Rad sa drugim sektorima	Pružuje obrazloženje za saradnju sa drugim sektorima, čiji je cilj dobrobit osetljive male dece i njihovih porodica. Podržava razvoj interdisciplinarnu saradnju.
Modul 16. Hranjenje na zahtev (odgovorno hranjenje)	Dostupan samo u originalnoj formi na engleskom jeziku na adresi https://www.issa.nl/node/369
Modul 17. Supervizija – pružanje podrške profesionalcima i unapređenje kvaliteta usluga	Dostupan samo u originalnoj formi na engleskom jeziku na adresi https://www.issa.nl/node/370
Modul 18. Rodna socijalizacija i rodna dinamika u porodicama – uloga patronažne sestre	Dostupan samo u originalnoj formi na engleskom jeziku na adresi https://www.issa.nl/node/371



OČEKIVANI ISHODI OVOG MODULA

Kad završite obradu ovog modula razumećete i naučićete:

- zašto je prepoznavanje i razumevanje perinatalnih bolesti i kod majki i kod očeva tako važno za vaš rad,
- različite vrste perinatalnih mentalnih bolesti,
- neke faktore koji doprinose razvoju perinatalnih bolesti, kao i faktore koji pojačavaju izdržljivost i snagu porodice,
- kako perinatalna mentalna bolest utiče na majku (ili oca), fetus u razvoju, malo dete, porodicu i društvo,
- kako proceniti perinatalno mentalno zdravlje roditelja tokom patronažnih poseta i koje alate za procenu ranih znakova bolesti možete primeniti,
- koje je intervencije prikladno primeniti u slučajevima kada se registruju blagi do umereni simptomi perinatalnih mentalnih bolesti,
- zašto je značajno da se majka sa postpartalnom psihozom uputi specijalisti.



KLJUČNE PORUKE

- Perinatalna mentalna bolest, koja se može ispoljiti u spektru od blage do umerene, i kod očeva i kod majki se javlja češće nego što mislimo.
- Perinatalna mentalna bolest roditelja utiče na razvoj fetusa i malog deteta. Ona može imati celoživotne posledice na fizičko i mentalno zdravlje deteta koje joj je izloženo *in utero* i/ili tokom prvih godina života, kao i na njegova postignuća.
- Nelečena perinatalna mentalna bolest ima za posledicu ogromne finansijske i društvene troškove.
- Veliki procenat roditelja sa mentalnim smetnjama tokom perinatalnog perioda nikad se ne otkrije niti leči.
- Perinatalna mentalna bolest se javlja u svim kulturama i socio-ekonomskim slojevima, ali je češća u okolnostima prekomernog stresa i socijalne ugroženosti.
- Kao stručnjak od poverenja i prijatelj porodice, vi možete saznati kakve su potrebe – u pogledu mentalnog zdravlja – trudnice, odnosno majke ili oca novorođenčeta i možete im dati odgovarajuće savete, kao i prvu podršku u vidu **slušanja**. Možete podstaći roditelje da otvoreno govore o svojim osećanjima, bez straha da će biti stigmatizovani ili etiketirani kao „loši roditelji” zbog toga što su depresivni, uznemireni ili nesrećni pre ili nakon rođenja deteta.
- U situacijama kada se čini da je mentalno stanje majke ozbiljno ugroženo, može postojati i rizik po život majke ili bebe. Morate imati na umu najbolji interes bebe i majke i postarati se da majka dobije stručnu pomoć u bolnici.



Pitanja za razmišljanje i diskusiju

- Kako biste odgovorili kolegici koja vam kaže da treba da ode u porodicu u kojoj je majka mentalno obolela, a koja se upravo porodila?
- Kako reagujete na etiketu „mentalno oboleo“?
- Da li ste kod porodica koje posećujete uočili osećanja koja se obično nazivaju postporođajnom depresijom (ili ste to i sami doživeli)? Da li neke majke novorođenčadi nerado govore o takvim osećanjima? Koji su njihovi strahovi? Da li ovi roditelji pate od perinatalne mentalne bolesti?



Samoprocena

Tačno ili netačno?

1. Perinatalni period (trudnoća i postporođajni period) obično je period solidnog mentalnog zdravlja. Žene mogu patiti i od postporođajne depresije, ali se to obično samo od sebe reguliše kada se hormoni stabilizuju u nedeljama nakon porođaja. T / N
2. Perinatalni mentalni poremećaj
 - a) povezuje se sa postporođajnim periodom i hormonalnim promenama – T / N
 - b) utiče samo na trudnice ili porodilje – T / N
 - c) predstavlja veliki problem javnog zdravlja, koji može imati razoran uticaj na obolelo lice, dete, porodicu, kao i na društvo – T / N
 - d) obično predstavlja oblik depresije čiji se intenzitet kreće od blagog do ozbiljnog – T / N



Predloženi odgovori

1. N: Perinatalna mentalna bolest je veoma česta. Javlja se u svim kulturama i socio-ekonomskim slojevima. Prema nedavnom globalnom istraživanju, koje se citira u jednom značajnom medicinskom časopisu, „nepsihotični mentalni poremećaji su jedan od najčešćih uzroka morbiditeta u trudnoći i postporođajnom periodu“ (Howard, LM et al., 2014). U državama sa visokim prihodima po glavi stanovnika, oko 10% trudnica i 13% porodilja ima simptome uobičajenih nepsihotičnih perinatalnih mentalnih bolesti. Iako nema mnogo sistematičnih podataka o tome, stope uobičajenih nepsihotičnih perinatalnih mentalnih bolesti u državama sa niskim i srednjim prihodima po glavi stanovnika uglavnom su više. Ozbiljne mentalne bolesti su manje uobičajene, ali se procenjuje da se javljaju kod 1-2 osobe na 1000 porođaja (Fisher, J et al., 2012).

2. a) Netačno. Perinatalne bolesti se takođe često javljaju tokom trudnoće (vidi prethodni deo teksta).

2. b) Netačno. I očevi mogu imati perinatalne mentalne bolesti. Prema Institutu za očinstvo iz Velike Britanije (Fatherhood Institute UK; Raising Children Australia), metaanalizom (43 studije) utvrđeno je da u proseku 10,4% očeva pati od depresije i pre i posle rođenja deteta, a najveća stopa depresije kod očeva se javlja u periodu između trećeg i šestog meseca nakon porođaja. U analiziranim studijama se, na primer, depresija kod očeva povezuje sa problemima koji se tiču bebinog spavanja/plakanja, sa očevom neurotičnošću i zloupotrebom supstanci/zavisnošću, sa blažim poremećajima ličnosti majke i njenim trenutnim mentalnim stanjem, sa stavovima prema očinstvu i muževnosti, sa osećanjem isključenosti iz roditeljske uloge, nedostatkom podrške i lošim kvalitetom partnerskog odnosa, neslaganjima u vezi sa trudnoćom, brigama o dodatnim obavezama, sa nemogućnošću da se brine o bebi i uspostavi veza sa njom, sa neispunjenim očekivanjima itd.

2. c) Tačno. Troškovi za obolele pojedince i društvo su zaista šokantni u smislu smanjene produktivnosti i celoživotnog lošeg fizičkog i mentalnog zdravlja. Na osnovu studije troškova koja je nedavno sprovedena u Velikoj Britaniji, procenjeno je da troškovi povezani sa perinatalnim mentalnim zdravljem žena (perinatalna depresija, anksioznost i psihoza zajedno) koštaju društvo u celini 10.000 funti za svako rođeno dete, dok bi osmišljavanje boljih programa za prevenciju perinatalnih mentalnih bolesti roditelja koštalo društvo samo oko 400 funti. Skoro tri četvrtine troškova odnosi se na lečenje negativnih uticaja na dete (Bauer, A et al., 2014).

2. d) Netačno. Iako se istraživanja uglavnom fokusiraju na poremećaje koji se tiču depresije, posebno postporođajne, tokom ovog perioda česti su i neki drugi mentalni poremećaji (npr. anksioznost, posttraumatski stres, poremećaji ishrane i poremećaji ličnosti).

1

UVOD

Iako se dolazak bebe na svet često očekuje sa velikom radošću, za neke žene, muškarce i porodice trudnoća uopšte i period nakon porođaja mogu se pretvoriti u period najvećeg stresa i izazova. Već nekoliko vekova je dobro poznato da žene mogu neko vreme biti depresivne, ali su se istraživači tek nedavno fokusirali na druge poremećaje mentalnog zdravlja tokom trudnoće, postporođajnog perioda i kasnije. Pored toga, postajemo sve svesniji da i očevi pate od ovih poremećaja.

U zemljama sa višim prihodima po glavi stanovnika, u kojima se prevalenca oboljenja u opštoj populaciji sistematično prati, saznajemo da se između 10% i 20% žena suočava sa poremećajima mentalnog zdravlja tokom trudnoće i nakon porođaja. Stope koje se odnose na očeve su nešto niže (u proseku oko 10%). Prevalenca zavisi od karakteristika uzorka i mera koje su primenjene prilikom procene perinatalnih poremećaja.

Problem može biti ozbiljniji kod majki i očeva u zemljama sa nižim i srednjim prihodima po glavi stanovnika: prema SZO, „nedavna metaanaliza je pokazala da oko 20% majki u zemljama u razvoju pati od kliničke depresije nakon porođaja. To je mnogo viša stopa od prethodno dobijenih podataka o prevalenci, koji su uglavnom utvrđeni u zemljama sa visokim prihodima po glavi stanovnika. Samoubistvo je značajan uzrok smrti kod trudnica i porodilja. Psihoza je znatno ređa, ali može dovesti do samoubistva, a u nekim slučajevima i do nanošenja povreda novorođenčetu. Depresija izaziva ogromnu patnju, nemoć i smanjeno reagovanje na dečje potrebe” (SZO, Mentalno zdravlje majke).

Perinatalni poremećaji mentalnog zdravlja se kreću od **blagih do ozbiljnih, a obuhvataju i druge poremećaje osim depresije**. Pošto se mogu javiti i pre i nakon porođaja, a mogu trajati i do druge ili treće godine po porođaju, termin koji se danas najčešće koristi nije više „postporođajna depresija” već **perinatalni poremećaji mentalnog zdravlja**.

Na osnovu istraživanja su dobijeni i čvrsti dokazi da perinatalni poremećaji mogu negativno uticati i na fetus *in utero* i odojče po rođenju, izazivajući hormonalne promene i toksični stres koji ometa razvoj mozga i tako negativno utiče na određene oblasti razvoja i dobrobiti deteta

<https://www.youtube.com/watch?v=rVwFkcOZHJw&list=PL0DB506DEF92B6347&index=3>

To znači da perinatalni mentalni poremećaji mogu uticati na ishode tokom celog životnog veka.

Uzimajući u obzir prevalencu ovog problema, sigurno ćete se sresti sa majkama i očevima koji se bore sa perinatalnim poremećajima mentalnog zdravlja. Vi, kao patronažna sestra i stručnjak koji je prijatelj porodice, imate jedinstvenu priliku da pružite prvu podršku u vidu slušanja, da definišete kome je neophodna stručna pomoć i da, ukoliko je potrebno, uputite ove roditelje odgovarajućim službama.



© UNICEF SRB/JA/Szabo

ŠTA JE „PERINATALNA MENTALNA BOLEST“ I KOLIKO SE ČESTO JAVLJA?

Problemi sa mentalnim zdravljem trudnica ili žena koje su se nedavno porodile, kao i budućih očeva i očeva novorođenčadi, javljaju se u svim zemljama i kulturama. Taj poremećaj se najčešće naziva „depresija“. Perinatalni poremećaji mentalnog zdravlja se obično klasifikuju u tri grupe.

Neke definicije

- **Postporođajna depresija.** Obično je blaga i prolazna (i ne javlja se kod očeva). Ova depresija pogađa 50-80% žena, najčešće tokom prve dve nedelje posle porođaja, a može biti veoma kratka (nekoliko dana). Zbog ove depresije žene mogu osećati da nemaju kontrolu nad emocijama (koje se mogu kretati od plačljivosti, tuge, uznemirenost, nervoze i osećaja pojačane zavisnosti do preplavljenosti obavezama).
- **Perinatalna mentalna bolest / mentalni poremećaj.** To su poremećaji mentalnog zdravlja povezani sa trudnoćom i periodom odmah nakon porođaja, uključujući **depresiju, anksioznost i puerperalnu psihozu**.
 - **Perinatalna depresija.** Ovde se radi o stalnom, sveprisutnom lošem raspoloženju različitog intenziteta i trajanja. Pogađa približno jednu od deset žena tokom trudnoće, 10-15% žena (i do 10% muškaraca) u bilo kom trenutku nakon porođaja ili preko 30% žena u periodu od godinu dana nakon porođaja. Nelečena depresija se može nastaviti i u drugoj i trećoj godini posle rođenja deteta, ali i *de novo* posle rođenja bilo kog deteta.
 - **Anksioznost.** Ispoljava se kroz naglašene strahove do panike sa izbegavajućim ponašanjem, simptome iz kruga opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OKP), sindrom posttraumatskog stresa, sindrom akutnog stresa, a može se javiti i kod majki i kod očeva.
 - **Puerperalna psihoza.** Javlja se samo kod žena i pogađa približno 1-2 majke na 1000 porođaja; nastupa iznenada (obično u roku od samo nekoliko dana), a ponekad može biti potrebno izvesno vreme da se otkrije.

Porođaj se smatra „moćnim pokretačem manija i psihoza, a epizode manija ili psihoza koje se javljaju u ovom periodu dovode do značajnog morbiditeta i smrtnosti, i kod dece i kod majki“ (Jones, I. et al., 2014). Povišene stope psihoza se ne javljaju kod očeva novorođenčadi. Međutim, kao i kod majki, perinatalna depresija i anksioznost kod očeva povezuju se sa smanjenom responzivnošću u odnosu na dete, a konkretno sa većim povlačenjem (Sethna, V. et al., 2015). Najozbiljnije teškoće po dete se javljaju kada su oba roditelja obolela od mentalnih poremećaja.

Više informacija o nekim drugim poremećajima naći ćete u **Informativnom listu – Perinatalni simptomi i poremećaji**.



Samoprocena

Provera razumevanja

Tokom patronažne posete, otac saopštava patronažnoj sestri da je veoma zabrinut jer se ponašanje njegove žene promenilo tokom protekle nedelje – ponekad je vrlo agresivna prema njemu, često preti njemu i njihovoj trogodišnjoj kćerki, a onda je iznenada topla i brižna i ponovo liči na sebe. Sve vreme je sa bebom, šestomesečnim dečakom, i upravo sada je zaključana sa bebom u spavaćoj sobi. Otac vam saopštava da je majka juče odvela bebu u šetnju, ali da bebu nije dovoljno dobro obukla za hladno vreme. Ocu je trebalo nekoliko sati da je pronađe. Srećom, našao ju je u naručju majke u ulazu velike stambene

zgrade u kojoj je bilo grejanja. Kad su stigli kući, majka je plakala i rekla da zna da on želi da povredi bebu. Na osnovu očevog opisa i vaših zapažanja, šta mislite o mentalnom zdravlju majke ovog deteta? Šta biste vi uradili?

Odgovor

*Čini se da ova majka ima promene raspoloženja i čudno se ponaša, da nije svesna kad bebu dovodi u rizik. Moguće je da pati od najtežeg oblika perinatalne bolesti, tj. **puerperalne ili postporođajne psihoze**. Uzimajući u obzir najbolji interes bebe, trebalo bi da razgovarate sa ocem o neodložnom upućivanju majke u nadležnu ustanovu za poremećaje mentalnog zdravlja, kao i da postupite u skladu sa standardnim procedurama za rad. Ocu će biti potrebna dodatna pomoć za upućivanje, a vi ćete ovu porodicu tretirati kao prioritet za pružanje intenzivnih usluga (dodatne posete i dodatna podrška) tokom predstojećeg kritičnog perioda.*



Upamtite, ima nekih značajnih faktora rizika koji neke majke i očeve čine ranjivijim, ali perinatalni poremećaji mentalnog zdravlja mogu da se jave kod svake majke ili svakog oca, posle bilo kog porođaja po redu. Nedavno su neke poznate žene podelile sa javnošću sopstvena iskustva o tome zašto je majčinstvo za njih u početku bilo veoma teško, pa čak i mučno iskustvo, sve dok nisu dobile stručnu pomoć i lečenje koje im je bilo neophodno. Zato je potrebno da se podigne svest javnosti o ovim poremećajima i smanji stigma koja je povezana sa nekim od tih poremećaja.



Pogledajte video

Džesika Rou priča o postporođajnoj depresiji

Džesika Rou, australijska TV spikerka, patila je od postporođajne depresije nakon rođenja prvog deteta u januaru 2007. U ovom video klipu ona emotivno priča o svom iskustvu:

<https://www.youtube.com/watch?v=gIC7KcSiC5Y>

Poznati muškarci takođe počinju javno da govore o svojim iskustvima sa depresijom i anksioznošću koje su doživeli kao očevi novorođenčadi:

<http://www.digitalspy.co.uk/showbiz/news/a202921/laurence-fox-admits-fatherhood-struggle.html#~pdBG7q1xHF3tPH>

<http://e8.org.rs/category/blog/aktivizam/>

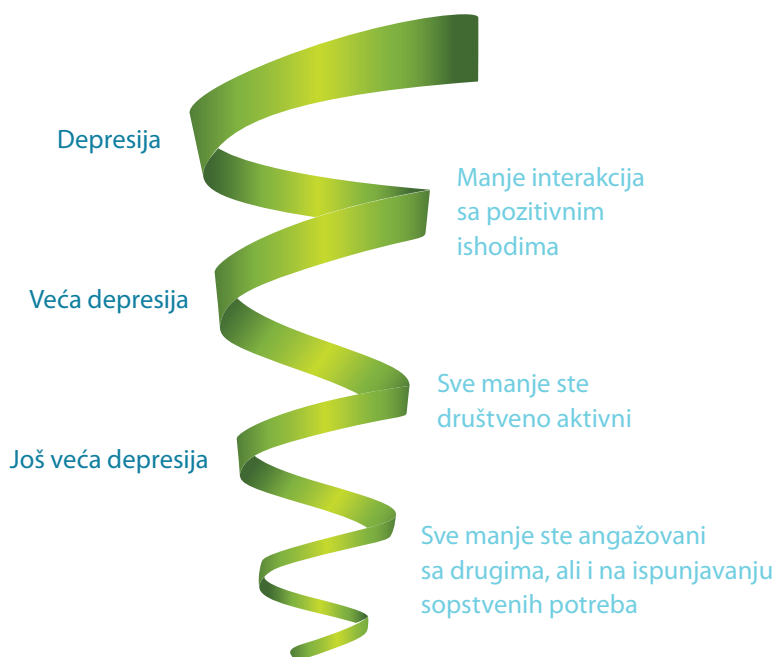
Kao što je opisao Institut za patronažu (*Institute of Health Visiting*, 2013, moduli 1-3), perinatalna bolest se može ispoljavati kao spirala koja ide nadole i sužava životne opcije i izbore sve dok pojedinac ne postane skoro paralizovan u smislu (ne)mogućnosti realizacije svojih aktivnosti (ulazeći u suženi opseg neadekvatnih aktivnosti do potpune neaktivnosti):

Ima, međutim, faktora koji neke majke i očeve čine ranjivijima.

Oni se povezuju sa **društvenim pokazateljima**, kao što su nisko obrazovanje i društvena ugroženost (i za muškarce i za žene); život u društvima ili etničkim grupama gde je status žena nizak, a one imaju nizak nivo prihoda i obrazovanja, malo učestvuju u društvu, uz veoma mali uticaj i na sopstveni život (kada su žene u pitanju); **starost** (mlađe majke i mlađi očevi češće imaju loše mentalno zdravlje); **loši ili stresni doživljaji** (kao što je stres povezan sa zlostavljanjem u detinjstvu, život u siromaštvu, bez finansijskih

sredstava, nesigurno stambeno pitanje, nedavni gubitak bliske osobe ili migracija), **nestabilan ili nepodržavajući odnos sa životnim partnerom** (npr. zloupotreba supstanci, nasilje, loše mentalno zdravlje partnera, neprihvatanje trudnoće, nastanak trudnoće rano u vezi, roditelji koji žive u odvojenim domaćinstvima); **slab porodični i društveni sistem podrške ili nepostojanje takvog sistema; istorija reproduktivnog zdravlja** žene (neželjena trudnoća, više trudnoća između kojih nije prošlo mnogo vremena, deca začeta sa različitim partnerima i/ili deca koja žive u različitim domaćinstvima); **traumatičan, odnosno veoma stresan porođaj ili novorođenče sa ozbiljnim problemima; istorija mentalnih problema**, uključujući prethodno navedene perinatalne probleme sa mentalnim zdravljem (i kod žena i kod muškaraca).

Spirala depresije



Pogledajte video „Depresija i trudnoća”.

Iako mnoge žene „procvetaju” tokom trudnoće, neke žene postanu neraspložene, imaju nizak nivo samopoštovanja, postanu previše negativne, imaju teškoće sa spavanjem, žele da spavaju duže nego inače ili se prosto osećaju usamljeno i depresivno.

<https://www.youtube.com/watch?v=DtzVIHu9AcA>



Pogledajte video „Kad je pao mrak” – istinitu priču o postporođajnoj depresiji

https://www.youtube.com/watch?v=6AwAKk_iwTI&list=PL2pnWK5k5s7Kuvb_IKND7jlurDYqJ3Kio&index=20



Više informacija o depresiji očeva možete naći na sajtu Instituta za očinstvo ili na sledećoj adresi:

<http://www.fatherhoodinstitute.org/2010/fatherhood-institute-research-summary-fathers-and-postnatal-depression/>

Pogledajte video „Znaci postporođajne depresije kod muškaraca” (objavljeno 28. marta 2013).

Dr Vil Kortni, psihoterapeut, objašnjava znake postporođajne depresije kod muškaraca, koji se ponekad teško prepoznaju zbog toga što muškarci doživljavaju depresiju ili se bore sa njom različito od žena, npr. postaju izuzetno ljuti, provode mnogo vremena van kuće, pa čak započnu i vanbračnu vezu. Pošto se jedan od 10 očeva novorođenčadi bori sa depresijom, važno je znati kako možete da prepoznate njene znake.

https://www.youtube.com/watch?v=dc8rPkaPz5k&list=PL2pnWK5k5s7Kuvb_IKND7jlurYqJ3Kio&index=13

Borba sa depresijom partnera je veoma značajna. Partneri treba da budu uključeni u sprečavanje i lečenje depresije, a ponekad im treba i podrška u pogledu njihovog sopstvenog mentalnog zdravlja. Očevi su skloni da vrše „kompenzaciju” kada je njihova partnerka u depresiji (Goodman, S.H. et al., 2014) i mogu da zaštite dete od negativnog uticaja majčine depresije (Gere, J.K. et al., 2012 i Mezulis, A.H. et al., 2004).



Pogledajte video „Borba sa depresijom partnera”.

<https://www.youtube.com/watch?v=zgRkkJ5Ypfl>



Pored toga, muškarci u Australiji su napravili veb-sajt na kojem mogu da pričaju o svojim iskustvima sa partnerkama i sopstvenim osećanjima:

<http://www.howisdadgoing.org.au/why-this-website/stigma>



Za razmišljanje i diskusiju

Studija slučaja 1

Tokom prve posete jednoj porodici, patronažna sestra je primetila visok nivo napetosti, uznemirenja i zabrinutosti kod majke. Činilo se da majka posustaje pod teretom briga i nesigurnosti, delovala je uplašeno i bila je sigurna da neće moći da se brine o bebi. Sva njena pitanja su se odnosila na „preteće situacije koje mogu biti opasne po bebu”. Detaljno je u svoju svesku zapisala savete i odgovore patronažne sestre koja je bila u prethodnoj poseti.

Patronažna sestra je bila strpljiva, brižna i puna razumevanja. Pokušala je da izbegne davanje odgovora i predlaganje rešenja. Pohvalila je majku i pitala je za mišljenje. Pokušavala je da razume do koje je mere majka zabrinuta i šta su razlozi za njenu zabrinutost (ispitujući kroz razgovor njene navode).

U razgovoru je otkrila da se majka oseća vrlo usamljeno i iscrpljeno, da joj članovi porodice ne pomažu dovoljno te da njen partner radi prekovremeno i da je često mrzovoljan. Majka je takođe u poverenju priznala da njen partner nije želeo bebu, koja je došla rano u njihovu vezu.

Majka je saopštila da ima nagle promene raspoloženja i da se veći deo vremena oseća umorno. Rekla je da ne može da spava noću i da joj se ne ustaje ujutru, da je izgubila interesovanje za dete i da nema energije za rutinske, svakodnevne aktivnosti. Ispostavilo se da je majčin umor bio pogoršan zbog njenog razočarenja što ne može da doji i što je morala da pređe na adaptirano mleko. Dok je pričala o tome da ne može da doji, počela je da plače, jer nije mogla da dâ bebi ono što je smatrala suštinskim elementom majčinstva.

Patronažna sestra je prepoznala majčinu nesigurnost, osećanje krivice i potrebu za podrškom od strane oca i drugih članova porodice. Po njenom mišljenju, beba je bila „laka”: dobro je spavala i jela i bila je „zahvalna” zbog majčine pažnje.

Patronažna sestra je zatim zakazala posetu naredne nedelje i pitala je majku da li bi joj bilo drago da joj poseti prisustvuje i bebin otac. Majka se složila sa tim predlogom i poseta je zakazana u vreme kada su oboje roditelja mogli da prisustvuju.

Odgovorite na sledeće zahteve:

- A) Navedite simptome koji ukazuju na neki nivo postporođajne depresije kod ove majke.
- B) Navedite koje su prednosti ovakve „kombinacije” mame i bebe (tip dijade), a koje mogu osnažiti majku i sprečiti neki ozbiljni mentalni poremećaj. Navedite kvalitete majke i bebe pojedinačno.
- C) Navedite faktore rizika koji bi mogli pojačati simptome depresije kod majke. Navedite faktore rizika za majku i bebu pojedinačno.

Predloženi odgovori

A) *Iscrpljenost, plačljivost, nagle promene raspoloženja, teškoće pri zaspivanju i održavanju noćnog sna, buđenje u toku noći, teškoće pri ustajanju u jutarnjim časovima i odnedavno stalna zabrinutost, teškoće u vezi sa staranjem o bebi, stalni strah i osećanje nesigurnosti i krivice.*

B) *Majka (kvaliteti): fokusiranost na bebu, kvalitetna nega i posvećenost, samosvest i svest o problemu, traži pomoć, kao i podršku i savete.*

Beba (kvaliteti): „laka”, reaguje na pažnju majke, dobro spava, nije imala problema sa prelaskom sa majčinog na adaptirano mleko.

C) *Majka: visok nivo napetosti, uznemirenosti i brige, frustrirana zbog neuspelog dojenja, visok nivo nesigurnosti; nedostatak podrške od šire porodice i bebinog oca; moguća depresija i/ili odbijanje trudnoće od strane oca.*

Alternativno razumevanje značenja „lake” bebe: možda beba „ne traži” dovoljno pažnje koja joj je neophodna za razvoj.



Studija slučaja 2

Već tokom prve posete patronažna sestra se upoznala sa haotičnim načinom života porodice. To je bila prva beba u porodici, oboje roditelja su bili mladi te su svi oko njih hteli da se angažuju. Bake i deke su preuzimali brigu o bebi, uspavljivali je i davali savete o svim aspektima nege. Istovremeno, često su kritikovali majku, davali komentare o njenom ponašanju sa bebom, kao i njenom vođenju domaćinstva. Po mišljenju patronažne sestre, u kući je bilo kao u košnici. Ignorirali su oca.

Kao što se moglo očekivati, beba je bila vrlo nervozna, teško je mogla da zaspi i mnogo je plakala. Uspevala je da zaspi samo u naručju odrasle osobe. Čim bi je stavili u krevetac, počela bi da plače. Tokom kućne posete bake i deke su pokušavali da zaokupe svu pažnju patronažne sestre i da je navedu da stane na njihovu stranu. Otac je ostao rezervisan, samo bi dao poneki komentar, pritom uglavnom kritikujući bebu i majku. Majka bi sedela u fotelji ili ležala na krevetu u staroj neurednoj odeći. Kosa joj je bila prljava i izgledala je zapušteno. Kad nije dojila bebu, jela bi grickalice i gledala filmove pune nasilja. Imala je nagle promene raspoloženja, i to bi išlo od vikanja do neutešnog plača.

Patronažna sestra je odlučila da usmeri svu pažnju na majku i oca. Obavestila je bake i deke da majka i otac treba da imaju glavnu reč kada je u pitanju dobrobit bebe. Razgovarala je sa mladim roditeljima o tome kako da jedno drugo podrže, kao i o idejama za negu bebe. Angažovala ih je i podučila kako da se igraju sa bebom i da je smiruju, ističući njihove i bebine pozitivne interakcije, kao što je osmehivanje. Evolucija: Majka je počela da uživa u dojenju i komunikaciji sa bebom (pevala je i nežno ljuljala bebu kad bi je smirivala). Otac je počeo da gleda bebu u oči i da sa njom „bebeći razgovara“. Patronažna sestra mu je pomogla da razvije veštine i samopouzdanje u nezi bebe, kao i da shvati da je nezamenjiv u ulozi oca. Majka i otac su zajedno počeli da preuzimaju ulogu roditelja i da se odvajaju od primarne porodice (bake i deke). Oboje su počeli više da cene sopstvene roditeljske veštine, kao i veštine svog partnera i više su uživali u interakciji sa bebom – utroje i udvoje.

Odgovorite na sledeće zahteve i pitanje:

- A) Navedite simptome koji ukazuju na neki oblik postporođajne depresije kod ove majke.
- B) Navedite kvalitete majke, oca i bebe koji mogu osnažiti mlade roditelje. Navedite te kvalitete odvojeno – za majku, oca i bebu.
- C) Navedite strategije koje je patronažna sestra koristila kako bi usmerila oca da postane podržavajući partner i angažovani otac.
- D) Navedite, odvojeno za svakog roditelja i bebu, faktore rizika koji bi mogli da pogoršaju simptome postporođajne depresije kod majke.
- E) Kad biste morale da posavetujete koleginicu, o čemu biste porazgovarali sa njom?

Predloženi odgovori

A) Majka je bila pasivna, neaktivna (sedela je u fotelji ili ležala na krevetu), zanemarila je ličnu higijenu (kosa joj je bila prljava, odeća neuredna), bila je puna negativnih, agresivnih osećanja koja je obrađivala „konzumiranjem“ trilera punih nasilja, imala je nagle promene raspoloženja (plakanje ili vikanje).

B) Majka (kvaliteti): brine se o bebi i uživa u dojenju, reaguje vrlo pozitivno na podršku koju dobija od patronažne sestre, veoma je zadovoljna kad otkrije da može pozitivno da utiče na bebino ponašanje, ume pozitivno da se angažuje sa partnerom i bebom istovremeno – utroje.

Otac (kvaliteti): spreman je da se angažuje, reaguje vrlo pozitivno na podršku koju dobija od patronažne sestre, zadovoljan je kad shvati koja je njegova uloga i oseća se kompetentno kad se brine o bebi, ume pozitivno da se angažuje sa partnerkom i bebom istovremeno – utroje.

Beba (kvaliteti): reaguje na pažnju majke, tj. oca, uživa dok sisa.

C) *Patronažna sestra se ponašala prema roditeljima sa poštovanjem. Podržala je ulogu oca, pomagala mu je da razvije veštine i stekne samopouzdanje u nezi bebe, podržavala ga je kao drugu polovinu roditeljskog „tima“.*

D) *Majka: neaktivna, nezrela, ne ume da se suprotstavi ni roditeljima ni partneru i da preuzme odgovornost za bebu.*

Otac: rezervisan, kritičar.

Beba: nervozna, ima problema sa spavanjem, samo želi da je drže.

E) *Povećajte broj poseta da biste pružili podršku mladim roditeljima, pozovite oca da bude prisutan tokom posete i zakazujte posete u vreme koje njemu odgovara; dajte majci kontakt grupe za podršku dojljama van kuće ako takva mogućnost postoji u vašem okruženju; podržite angažovanje oca u rutinskoj nezi i recite mu da se postara da majku niko ne uznemirava dok doji; radite sa roditeljima na stvaranju mirne atmosfere za bebu, tako da TV i ostali šumovi budu svedeni na najmanju meru; razgovarajte sa bakama i dekama o tome koliko je značajno da se roditeljima novorođenčeta dâ vremena i prostora da uspostave vezu sa bebom, da nauče da se o njoj staraju; kanališite energiju baka i deka u realizaciju drugačijih aktivnosti podrške, kao što je priprema obroka.*



© UNICEF SRBIA/Szabo

3

UTICAJ PERINATALNE MENTALNE BOLESTI NA DETE U RAZVOJU



Samoprocena

Tačno ili netačno?

1. Ako je majka deprimirana ili napeta, uznemirena, naglašeno zabrinuta tokom trudnoće, to ne utiče na fetus koji raste, jer fetus još uvek nema interakciju sa majkom. T / N
2. Obeležite kao *tačno* ili *netačno* ishode koji se češće javljaju kod beba/dece koju su odgajali majka ili otac sa perinatalnim mentalnim poremećajem (možete obeležiti više od jednog odgovora):
 - a) Nesigurna veza – T / N
 - b) Veći problemi sa spavanjem, nepotpuno razvijene jezičke veštine – T / N
 - c) Teškoće pri kontrolisanju besa, nedovoljno samopoštovanje – T / N
 - d) a i c, ali ne i b – T / N
3. Ima malo faktora koji mogu zaštititi odojče od negativne izloženosti ponašanju majke koja je u postporođajnoj depresiji. T / N
4. Razvoj odojčadi i male dece nije ugrožen kad očevi pate od postporođajne depresije ili anksioznosti. T / N

Predloženi odgovori

1. Netačno. Postoji niz razloga zbog kojih perinatalni poremećaji mogu negativno uticati na razvoj fetusa pre rođenja: hormoni stresa kod trudnice, npr. kortizol, prolaze kroz posteljicu i utiču na razvoj mozga fetusa; deprimirana trudnica ređe vodi zdrav života, ređe ide na prenatalne zdravstvene preglede, ređe se leči kad je bolesna i ređe se priprema za majčinstvo; depresija može negativno uticati na imuni sistem trudnice; beba se može roditi pre vremena ili sa malom telesnom težinom po rođenju.

2. Tačno: a, b i c. Kao što ćete videti, veoma je važno i majčino i očevo mentalno stanje, i to od začeća pa nadalje tokom prvih godina života.

3. Netačno. Niz faktora omogućava uticaj postporođajne depresije majke ili oca na malo dete. To mogu biti ovi faktori (i oni nisu jedini): sveukupna situacija u porodici, uključujući prisustvo drugih brižnih i responzivnih staratelja (npr. majke, oca, bake, deke); temperament i ukupno zdravstveno stanje deteta; prisustvo drugih faktora povezanih sa socijalnom ugroženošću (siromaštvo, loši životni uslovi, svađa partnera, nasilje u porodici itd.); trajanje i težina postpartalne bolesti.

4. Netačno. Tokom nedavno sprovedenih istraživanja prikupljeni su značajni dokazi da očeva postporođajna depresija i/ili anksioznost ne utiču negativno samo na oca i njegovu partnerku, već i na sveukupno zdravlje, razvoj i dobrobit malog deteta.

Prenatalna izloženost

Fizičko i mentalno zdravstveno stanje majke i oca tokom trudnoće, pa i pre tog perioda, postavlja prve temelje za uspešno napredovanje malog deteta. Zdravstveni sistem se često više usmerava na medicinske testove, npr. merenje krvnog pritiska i dobijene telesne težine trudnica i porođilja, nego za mentalno zdravlje i blagostanje majke i njenog partnera, iako oni mogu imati značajan uticaj na fetus.

Ako u okviru svojih patronažnih poseta posvetite posebnu pažnju mentalnom zdravstvenom stanju trudnice i rizicima kojima je izložena, kao i zaštitnim faktorima u njenom okruženju, možete doprineti zdravijem ishodu za bebu.

Sada znamo da stanje napetosti, uznemirenja i pojačane brige, stres i depresija podižu nivo kortizola u majčinom krvotoku, kao i da je tada sposobnost filtriranja posteljice smanjena, što omogućava da povišeni kortizol prolazi do bebinog mozga. Istraživanja su utvrdila da to negativno utiče na arhitekturu mozga fetusa koja se brzo razvija. Pored toga, trudnica koja pati od uznemirenja, napetosti i pojačane brige, depresije ili nekog drugog mentalnog poremećaja ređe vodi zdrav život, što je neophodno za dobar ishod trudnoće (konzumiranje cigareta, alkohola i drugih supstanci, ishrana, vežbanje, spavanje itd.) i za lečenje ili ublažavanje zdravstvenih tegoba.

Perinatalni mentalni poremećaji mogu remetiti i mnoge aspekte efikasnog roditeljstva nakon porođaja:

„Experiences Build Brain Architecture” (Iskustva određuju arhitekturu mozga)

<https://youtu.be/fYvp28nsa4g>

razvoj odnosa sa bebom (majčina i očeva sposobnost da se emocionalno povežu sa bebom, uspostave odnos, da se „vežu”, da se raduju kad vide prve reakcije i aktivnosti odojčeta) i promenjeni odnos sa partnerom i drugim članovima porodice,

- sposobnost „osluškivanja” i responzivnost roditelja (sposobnost da se izmami odgovor odojčeta i adekvatno reaguje na poteze i signale odojčeta; više informacija tome navodi se u Modulu 4 o zaljubljanju – podsticanju povezivanja roditelja i deteta),
- razumevanje onoga što odojče ume da radi na osnovu uzrasta, faze razvoja i motivacije (deprimirana majka ili otac možda ne mogu, na primer, da razumeju zašto im jednomesečno odojče ne dopušta da prespavaju noć bez prekida i mogu pomisliti da odojče namerno plače),
- sposobnost roditelja da vidi odojče u pozitivnom svetlu,
- roditeljsku procenu onoga što odojčetu treba u pogledu zdravlja, bezbednosti i nege,
- majčinu ili očevu toleranciju okruženja, stepen apatije i emocionalnu reakciju na dete.

Ako ste već proučavali Modul 4 o zaljubljanju, videli ste da su fizički rast, razvoj i ponašanje odojčeta i malog deteta usko povezani sa ponašanjem osoba koje neguju dete, kao i da se razvoj najbolje podstiče u kontekstu toplih, responzivnih i brižnih odnosa. Nedostatak responzivnosti ili neadekvatna (npr. nepredvidiva) responzivnost aktiviraju kod odojčeta fiziološku stresnu reakciju. To se čak dešava u kratkim epizodama, kao što ste mogli da vidite u video klipu – *still face experiment* (eksperiment sa mirnim/neresponzivnim licem), u Modulu 4 o povezivanju (<https://www.youtube.com/watch?v=bF3j5UVCSCA>). Kada su majka ili otac deprimirani, to može ozbiljno da utiče u negativnom smislu na razvoj mozga odojčeta, a samim tim i na sve oblasti kognitivnog i socio-emocionalnog razvoja, uključujući veštine obavljanja izvršnih funkcija.

Možda ćete moći da uočite neke znake posmatrajući kako roditelj drži odojče, kako priča o potrebama i razvoju odojčeta i do koje mere se čini da su roditelj i odojče usklađeni u svojim interakcijama.

Šta znamo?

Istraživanja pokazuju da su i majčina i očeva depresija i anksioznost povezani sa problemima u razvoju deteta, kao i da utiču na socio-emocionalno i kognitivno funkcionisanje, planiranje, organizaciju i kontrolu ponašanja u skladu sa kontekstom. Istraživanja takođe ukazuju na to da deca majki koje pate od perinatalne bolesti češće imaju probleme koji se navode u tabeli u nastavku. Iako je rađeno manje istraživanja o uticaju očeve depresije na decu, u njima su otkriveni neki isti negativni ishodi (Ramchandani, P.G. & Stein A., 2008).

Oblasti funkcionisanja na koje utiču depresija i anksioznost roditelja**Socio-emocionalno funkcionisanje**

- izražavanje negativnog afekta
- teškoće pri kontrolisanju besa
- nesiguran ili dezorganizovan obrazac afektivnog vezivanja
- slabije veštine komunikacije u međuljudskim odnosima
- povišeni nivo stresa

Kognitivno funkcionisanje

- manje razvijene jezičke veštine
- slabiji uspeh u školi
- manje samopoštovanje
- podložnost depresiji ili drugim poremećajima

**Izvršne funkcije/ponašanje
(planiranje, organizacija i kontrola ponašanja)**

- veći problem sa spavanjem
- manja kooperativnost
- smanjeni nivo pažnje / hiperaktivnost
- teškoće pri kontrolisanju agresije
- povišeni rizik od pojave depresije i problema u ponašanju

Međutim, svako dete različito doživljava perinatalni mentalni poremećaj roditelja i različito reaguje na njega, u zavisnosti od ozbiljnosti i trajanja poremećaja, faze razvoja, prisustva drugog deteta i porodičnih varijabli (na primer, temperamenta deteta, prisustva drugog brižnog staratelja, tj. drugog roditelja ili bake/deke). Utvrđeno je da sukob između roditelja smanjuje sposobnost deteta da se prilagodi i može dovesti do uspostavljanja dezorganizovane privrženosti (vidi Modul 4 o zaljubljivanju). Može se desiti da takva deca nemaju „mehanizam preživljavanja“ i neurološku „tampon-zonu“ pa su stoga osetljivija na emocionalne i mentalne probleme kasnije u životu, a mogu imati i teškoće u uspostavljanju odnosa sa drugim osobama u svom okruženju.



4

KAKO SE MOŽE OTKRITI PERINATALNA MENTALNA BOLEST?

Normalno je da majke i očevi budu vrlo emotivni nakon rođenja deteta. Hormonalne promene, nedostatak sna, prilagođavanje na život sa novorođenčecom te njihova sopstvena očekivanja i očekivanja drugih u vezi sa njihovom novom roditeljskom ulogom mogu biti previše zahtevni. Ogromna većina žena prolazi kroz period naglih promena raspoloženja, koje se teško mogu objasniti tokom prvih dana nakon porođaja. Međutim, ako su majke ili očevi tužni, uznemireni, mrzovoljni, imaju osećaj krivice ili beznačajnosti duže od par nedelja nakon porođaja, to bi moglo da ukaže na postporođajnu depresiju ili neki drugi perinatalni mentalni poremećaj. Neke žene i muškarci izjavljuju da ne osećaju nikakvu radost niti uzbuđenje zbog dolaska bebe na svet i da više ne uživaju u stvarima koje su im nekad prijale. Ponekad se na samom početku čini da se dobro prilagođavaju, ali depresija nastupi kasnije, često između trećeg i šestog meseca posle porođaja.

Postoji nekoliko skrining instrumenata (instrumenti za rano otkrivanje simptoma perinatalnih bolesti) koji su u širokoj upotrebi. Saznajte šta se u vašoj sredini koristi na različitim nivoima zdravstvenog sistema i proverite da li bi neki od tih instrumenata bili korisni tokom vaših poseta. Kada se oni rutinski integrišu u kućne posete, mogu omogućiti vama, majci ili ocu da pokrenete ovu delikatnu temu i razgovarate o njoj kao i o svakoj drugoj temi ili izazovu sa kojim se porodica suočava.

a. Pitanja dr Vuli. Dr Vuli (*Whooley*) koristi sledeća tri pitanja.

- 1) Da li su vas tokom proteklog meseca često mučila osećanja neraspoloženja, depresije ili beznađa?
- 2) Da li ste tokom proteklog meseca često imali osećaj da vas slabo šta interesuje ili da ne uživate u obavljanju aktivnosti?
- 3) Da li je zbog toga mislite da vam treba pomoć?

Pitanja dr Vuli mogu se postavljati nakon kratke obuke, ali su veoma ograničena i nisu proverena u istraživanjima. Patronažna sestra ova pitanja može postavljati kao uvod kako bi stekla bolji uvid u majčino ili očevo raspoloženje i snalaženje u roditeljstvu i, na osnovu odgovora, može porodici pružiti neophodnu pomoć.

b. Edinburška skala postnatalne depresije. To je skala od deset stavki koja je odobrena je za procenu eventualnog postojanja depresivnih simptoma kod majki i očeva tokom prenatalnog i postnatalnog perioda (Matthey, S. et al., 2001). Edinburška skala postnatalne depresije primenjivana je u mnogim globalnim istraživanjima i besplatna je. Pomoću ovog instrumenta možete proceniti opšte raspoloženje majke ili oca. Često je bolje i lakše imati u vidu sva pitanja iz skale i kroz neformalan razgovor obratiti pažnju (opservacijom i pitanjima) na psihološke teškoće, koje se tako mogu registrovati i pratiti tokom sledećih poseta patronažne sestre.

Edinburška skala (postnatalne) depresije (Institut za patronažu (2013), modul 2)

- Sastoji se od 10 pitanja koja opisuju stanje u periodu od nedelju dana pre primene upitnika.
- Odgovori se ocenjuju na skali od 0 do 3.
- Pitanja 1, 2 i 4 označavaju se sa 0, 1, 2 ili 3, počev od prvog odgovora u nizu (broj 0) do poslednjeg (broj 3).
- Pitanja 3, 5, 6, 7, 8, 9 i 10 označavaju se obrnuto u odnosu na prethodne – prvi odgovor u nizu (broj 3), a poslednji na dnu (broj 0).
- Skor veći od 12 ukazuje na moguće prisustvo depresivnih simptoma i potrebu za dodatnom kliničkom procenom (može se primeniti i širi kriterijum koji podrazumeva skor od 10 poena).
- Kod žena koje imaju skor između 8 i 12 poželjno je ponoviti test za dve do četiri nedelje.

1. Smejem se i vidim smešnu stranu situacije

- Kao i uvek
- Ne baš toliko sada
- Definitivno ne toliko sada
- Uopšte se ne smejem

2. Radujem se unapred nekim događajima (nečemu)

- Kao i uvek
- U manjoj meri nego ranije
- Znatno manje nego ranije
- Veoma retko

3. Nepotrebno krivim sebe kad nešto krene naopako

- Da, najčešće
- Da, ponekad
- Ne baš često
- Ne, nikad

4. Uznemirena sam ili zabrinuta bez nekog velikog razloga

- Ne, uopšte nisam
- Veoma retko
- Da, ponekad
- Da, vrlo često

5. Plašim se ili paničim bez nekog velikog razloga

- Da, često
- Da, ponekad
- Ne baš često
- Uopšte se ne plašim / ne paničim

6. Ne postizem da uradim sve što treba

- Da, uglavnom ništa ne stižem
- Da, ponekad ne uspevam da postignem sve kao inače
- Ne, uglavnom se vrlo dobro snalazim
- Ne, dobro se snalazim kao i uvek

7. Tako sam nesrećna da teško zaspim

- Da, najčešće je tako
- Da, ponekad
- Ne tako često
- Uopšte nemam tih problema

8. Tužna sam ili depresivna

- Da, veći deo vremena
- Da, vrlo često
- Ne tako često
- Uopšte se tako ne osećam

9. Toliko sam nesrećna da moram da plačem

- Da, veći deo vremena
- Da, vrlo često
- Tek povremeno
- Ne, nikad

10. Poželim da naškodim sebi

- Da, vrlo često
- Ponekad
- Skoro nikad
- Nikad

Procenite šta je u vašoj sredini prihvatljivije:

- majka ili otac mogu sami popuniti ovaj upitnik, a zatim ćete vi sa njima pogledati odgovore, stavku po stavku,
- vi možete da postavljate pitanja i da direktno razgovarate o problemima sa roditeljem, posle svakog pitanja,
- obradićete sva pitanja kroz neformalni razgovor, bez ocenjivanja na licu mesta, a kasnije ćete dati ocenu radi planiranja daljih koraka (za to je potrebna rutina u vođenju razgovora i proceni rizika).

*** Preporučuje se, kao što je već navedeno, da ovaj alat bude dobra polazna tačka za postavljanje pitanja, a iz odgovora možete saznati nešto više tome kako se otac li majka osećaju i snalaze u novoj ulozi.**

U nastavku se navode primeri koji ilustruju šta Institut za patronažu (Rahman, A. et al., 2013) predlaže u pogledu načina na koji patronažne sestre mogu da iskoriste pitanja iz Edinburške skale kako bi stekle uvid u neka osećanja oca ili majke (parafraza pitanja).

B. **Rekli ste da** ste u poslednje vreme tužni ili deprimirani.

- Da li se sećate kad je to počelo?
- Da li to osećanje dugo traje?
- Kada ste deprimirani, da li to traje skoro ceo dan?
- Da li ste tužni skoro svakog dana?

A. **Rekli ste da** je bilo trenutaka u proteklih nekoliko nedelja kad vam je bilo teško da se za nešto zainteresujete.

- U čemu je teško uživati, npr. u onome što radite za svoju bebū?
- A održavanje kontakta sa prijateljima?

Izgleda da je najteže postaviti poslednje pitanje iz Edinburške skale, tj. da li su majka ili otac poželeli sebi da naškode. Međutim, osoba koja je u velikoj depresiji često će osetiti olakšanje ako neko pomene ovu temu i želi da razgovara o tome. Kao što znate, ogroman je pritisak društva na žene i muškarce da budu srećni nakon rođenja bebe, tako da se roditelji mogu plašiti da pomenu da su nesrećni, da nemaju nikakva osećanja prema bebi ili da se plaše da bi mogli na neki način da ugroze bezbednost bebe. Kada majke ili očevi novorođenčadi priznaju kako se osećaju, obično ih krive da su „loši roditelji“, „nenormalni“ i nedovoljno sposobni. Ako otvoreno pričate sa roditeljima o ovoj temi, vi im na neki način dajete „dozvolu“ da iskreno pričaju o svojim osećanjima i da zatraže pomoć. Radi dobrobiti bebe, majke ili oca, važno je da u ozbiljnijim situacijama uputite roditelja/roditelje (ponekad se oba roditelja loše osećaju) na lečenje i postarate se da oni zaista i završe terapiju, kao i da dobiju podršku kod kuće. Ponekad je dovoljno otići u nekoliko dodatnih poseta tokom kojih ćete saslušati roditelje i dati im informacije o roditeljskim grupama za podršku.

Ograničenja. Edinburška skala postnatalne depresije možda ne može da vam pomogne da otkrijete slučajeve žena obolelih od postpartalne psihoze, a možda nećete moći da otkrijete ni sve slučajeve žena ili muškaraca koji su u depresiji (lažno negativni rezultati). Pored toga, možda ćete zaključiti da su neki roditelji deprimirani, ali oni u stvari nisu, već samo normalno reaguju na posebne izazove ili stres u svom okruženju.



Zapamtite da nikada ne treba da date majci ili ocu da popuni ovaj upitnik samo da biste ga posle arhivirali; drugim rečima, uvek morate sa njima da porazgovarate o njihovim odgovorima i da se pozabavite konkretnim potrebama koje se pojave.

c. Upitnik SZO od 20 pitanja, koji popunjava sam ispitanik (SRQ-20). Ovaj instrument Svetske zdravstvene organizacije za skrining psiho-emocionalnih poremećaja (20 pitanja) koristi se i za skrining perinatalnih poremećaja.

Upitnik SZO od 20 pitanja, koji popunjava sam ispitanik (SRQ-20)

WHO/MNH/PSF/94.8

1.	Da li često imate glavobolje?	da/ne
2.	Da li vam je apetit loš?	da/ne
3.	Da li loše spavate?	da/ne
4.	Da li se lako uplašite?	da/ne
5.	Da li vam se tresu ruke?	da/ne
6.	Da li ste nervozni, napeti ili zabrinuti?	da/ne
7.	Da li vam je varenje loše?	da/ne
8.	Da li se teško koncentrišete?	da/ne
9.	Da li ste nesrećni?	da/ne
10.	Da li plaćete više nego obično?	da/ne
11.	Da li vam je teško da uživate u svakodnevnom aktivnostima?	da/ne
12.	Da li vam je teško da donosite odluke?	da/ne
13.	Da li trpi vaš svakodnevni posao?	da/ne
14.	Da li ste onemogućeni da date svoj doprinos svakodnevnom aktivnostima?	da/ne
15.	Da li ste izgubili interesovanje za ono što se dešava oko vas?	da/ne
16.	Da li mislite da ste bezvredni kao osoba?	da/ne
17.	Da li vam je palo na pamet da oduzmete sebi život?	da/ne
18.	Da li ste sve vreme umorni?	da/ne
19.	Da li osećate nelagodu u stomaku?	da/ne
20.	Da li se lako zamarate?	da/ne



Za razmišljanje i diskusiju

Pročitajte studiju slučaja u nastavku teksta i porazgovarajte o njoj sa kolegama ili razmislite o sledećim pitanjima:

1. Šta su faktori rizika kada je u pitanju mentalno zdravlje ove majke?
2. Koje Mašine kvalitete možete iskoristiti kao osnov za napredovanje?
3. Šta biste vi preduzeli?



Studija slučaja

Maša je profesor univerziteta i konačno je zatrudnela u 40. godini. Živi sa mužem i njegovom dvogodišnjom kćerkom. Dolazite joj u drugu posetu u osmom mesecu njene trudnoće. U trenutku kad vam otvara vrata primećujete da je vidno uznemirena. Upravo se vratila od pedijatra, koji joj je rekao da je njena pastorka oslabila i da se čini da je nesrećna, kao i da treba da se potruži da nauči kako da je bolje hrani. Kad vas ugleda, Maša počinje da jeca. Pita se zašto je uopšte napustila svoj posao i otišla na trudničko bolovanje, kako je uopšte mislila da može da postane majka i da se brine o bebi kad ugrožava život svoje pastorka, kako će njen muž uopšte moći da joj veruje kad beba dođe na svet, kao i da bi on i njegova kćerka bili srećniji kad bi se vratili njegovoj bivšoj ženi. Nakon što smestite devojčicu (koja je zagrlila maćehu oko vrata i pokušavala da je uteši) u njenu ogradicu u susednoj sobi, sednete sa Mašom i slušate je. Jedna od prvih tema koje pominje jesu kritički komentari svekrve u vezi sa njenim odnosom sa pastorkom. Ona voli svog muža, ali vam kaže da je on nedavno pomenuo kako bi ona, kao stručnjak, trebalo da bude više nego kvalifikovana da izađe na kraj sa devojčicom, domaćinstvom i trudnoćom.

Predloženi odgovori

1. Faktori rizika. Maša vrlo verovatno doživljava umereni oblik anksioznosti u vezi sa predstojećim porođajem i svojom novom ulogom. Iako je dobro obrazovana, roditeljstvo je za nju nešto novo, a nema ni podršku svekrve u svojoj novoj ulozi maćeha. Pošto muž nije prisutan tokom ove patronežne posete, njegova uloga u povećanju ili smanjenju rizika nije jasna; on možda ne razume u potpunosti koliko je roditeljstvo zahtevno za Mašu niti koliko joj je teško da se privikne na ovu veliku promenu u životu.

2. Kvaliteti koje treba iskoristiti kao osnov. Na osnovu načina na koji devojčica pokušava da uteši maćehu, vidite da su one počele da razvijaju odnos koji treba dalje ojačati. Muž ima visoko mišljenje o stručnim sposobnostima supruge; ona je svesna situacije i traži pomoć od vas – dobro je obrazovana, ima posao...

3. Kako ćete postupiti? Čini se da su maćeha i pastorka razvile siguran oblik privrženosti. Ističući Maši kako je pastorka pokušavala da je uteši, možete da joj ukažete na to kako se ona za nju vezala; saznajte u kojoj se oblasti roditeljstva Maša oseća sigurno, kao i šta joj zadaje veće teškoće. U razgovoru možete saznati u kojim aktivnostima ona i pastorka uživaju i kako Maša može da pomogne pastorki i sebi da se pripreme za novu bebu; možete joj predložiti neke materijale o dvogodišnjacima i onome što oni vole.

Zakažite posetu u vreme kad možete da sretnete i oca i tako saznate još ponešto o porodičnoj situaciji (tj. zašto devojčica ne živi sa svojom majkom, kakav je njen odnos sa biološkom majkom, kakva je očeva uloga u gajenju ove devojčice, kakva su njegova očekivanja od sadašnje supruge u vezi sa roditeljstvom). Objasnite mu da očevo takođe daju veliki doprinos kao roditelji, pa i u pružanju emocionalne podrške svojim trudnim ženama. Ukažite mu na novi odnos koji se uspostavlja između njegove ćerke i sadašnje žene i pitajte ga šta on predlaže kako bi se podstakao dalji razvoj tog odnosa; razmotrite njegovo angažovanje sa porodicom i načine jačanja njegove podrške.

KAKO MOŽETE DA PRUŽATE PODRŠKU PORODICAMA KOJE POSEĆUJETE?



Upamtite – ako vam se u bilo kojem trenutku učini da trudnica ili porodilja predstavlja ozbiljan rizik za samu sebe, fetus, odojče i/ili svoju porodicu, morate odmah preduzeti odgovarajuće mere u skladu sa važećim protokolom zdravstvene ustanove u kojoj radite, obavestiti nadležnog lekara ili uputiti tu trudnicu u bolnicu. Ako imate nekih nedoumica, upamtite da je vaša prva obaveza da se brinete o zdravlju i dobrobiti odojčeta.

Neki znaci upozorenja:

- majka ima istoriju mentalne bolesti,
- čini se da je epizoda bolesti kod majke naglo nastupila,
- čini se da majka paranoična u pogledu same sebe ili odojčeta, ne shvata šta je stvarno, a šta nije,
- majka pričao o samoubistvu ili nanošenju povreda sebi ili bebi,
- majka konzumira alkohol ili droge,
- majka kod kuće nema podršku ili joj okruženje čak i škodi (npr. član porodice se drogira ili opija ili ima mentalni poremećaj, postoji nasilje (opasnost od nasilja) u porodici).

Ako bilo ko od žena ili očeva za koje ste nadležni pati od **blagog ili umerenog postpartalnog poremećaja**, imajte na umu da postoji niz proverenih pristupa za koje je utvrđeno da su od koristi (Rahman, A. et al., 2013). Šta ćete konkretno uraditi, to zavisi od smernica koje ste dobili od zdravstvene ustanove u kojoj radite i obuke koju ste prošli.

Za neke (ali ne sve) pristupe možda je potrebna dodatna obuka, često i praktičan rad sa kolegicama, kao i podrška u vidu nadzora kako biste porodicama mogli da pružite što bolju pomoć.

1. Psiho-edukativni pristup. Tokom *prenatalnog perioda* možete pripremiti majke i očeve za roditeljstvo, podstaći realistična očekivanja, razmotriti sa njima na koji način će dolazak bebe promeniti njihov život i život porodice (ako već imaju dete/decu). Možete sa njima podeliti neka pozitivna, ali i neka izazovna iskustva roditeljstva i dati im bolji uvid u prevalencu i simptome depresije, anksioznosti i opsesivno-kompulzivnih poremećaja tokom perinatalnog perioda. Morate roditeljima naglasiti da nije samo „u redu“ da traže pomoć, nego da je veoma važno da to i učine. Ako se čini da jedan od roditelja pati od depresije ili nekog drugog mentalnog poremećaja, objasnite da je to izlečiva bolest, kao i svaka fizička bolest.

Tokom *postnatalnog perioda* vaš pristup može da se fokusira na edukovanje majke i oca o razvoju deteta, o načinu angažovanja i stimulisanja odojčeta, o responzivnosti na signale odojčeta i o pokazivanju ljubavi. Roditeljima možete pokazati kako odojče reaguje („odgovara“) i tako ojačati vezu svakog roditelja sa odojčetom i pritom im pomoći da zajedno obavljaju roditeljske obaveze, tj. da dele odgovornost, da međusobno podržavaju svoje roditeljske odluke, razvijaju veštine i jačaju samopouzdanje kao roditeljski „tim“. Takvi pristupi poboljšavaju raspoloženje majke i oca te zdravlje i razvoj odojčeta.

Istraživanja pokazuju da intervencije imaju bolje ishode kada se fokusiraju na raspoloženje roditelja, zajedničko obavljanje roditeljskih dužnosti i njihove veze sa odojčetom.

Pristup koji podrazumeva uključivanja cele porodice daje najbolje ishode.

Masaža odojčeta se ponekad primenjuje kako bi se majci/ocu pomoglo da počnu bolje da „osluškiju“ reakcije odojčeta i doprinosi uspostavljanju veza.

Kad vide pozitivnu reakciju odojčeta na masažu, roditelji stiču samopouzdanje i osećanje kompetentnosti.

2. Poseta tokom koje se slušaju majčini problemi. Jedan od pristupa koji primenjuju patronažne sestre u Velikoj Britaniji (Rahman, A. et al., 2013) sa ženama koje boluju od blagog ili umerenog perinatalnog poremećaja jeste **odlazak u posete tokom kojih se majke slušaju**; to je jedan od vidova savetovanja bez usmeravanja.

U idealnim uslovima, patronažna sestra dolazi u posetu 4-8 puta na oko 45 minuta i pomaže majci da istraži svoja osećanja, ne usmeravajući razgovor i bez direktnog davanja sugestija.

Kada se majci posveti pažnja i time se pokaže da su i njena osećanja važna, ona oseća da ima bolju podršku u razmatranju problema, u pronalaženju načina za njihovo rešavanje i u donošenju odluka.

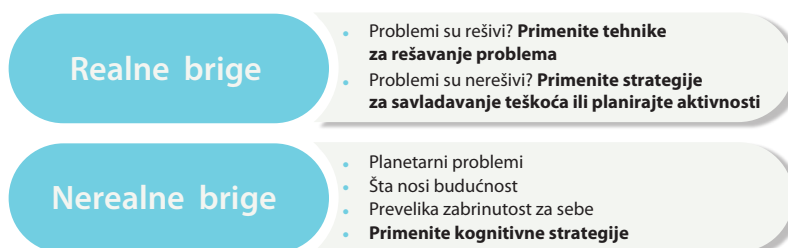
4 FAZE POSETE TOKOM KOJE SE SLUŠAJU MAJČINI PROBLEMI



Patronažna sestra sluša majku i primenjuje niz tehnika koje ne podrazumevaju usmeravanje, tj. parafrizira ono što je majka rekla i tako joj, kao u ogledalu, daje odraz onoga što majka misli o nečemu, rezimirajući ono što majka oseća.

To može pomoći majci da sagleda stvari sa novog aspekta. Nema razloga zašto takav pristup ne bi funkcionisao i kod deprimiranih ili anksioznih očeva.

Prvo saznajte nešto više o majčinim ili očevim brigama. Da li su te brige specifične i rešive ili odražavaju opšti povišeni nivo uznemirenosti zbog problema u životu i svetu koji su van kontrole roditelja? Pomozite roditelju da napiše spisak svojih problema i da izabere jedan problem koji će se razmatrati tokom konkretne sesije slušanja.



Važno je upamtiti da vaša uloga nije da nudite gotova rešenja roditeljima, već da roditelju pomognete da preuzme inicijativu, krene u akciju ili napravi neke promene, tj. da napravi prvi korak ka preuzimanju neke kontrole nad svojim životom. Pomozite roditelju da napravi realan plan akcije. Ako problem ne može rešiti pojedinac (npr. majka trpi zbog muževljeve ljutnje ili žalosti zbog nekog gubitka, možda posla ili deteta iz prethodne veze), proverite da li majka može da osmisli strategije koje bi joj pomogle da se izbori sa tim problemom. I, naravno, pokušajte da se sretnete sa ocem i da sa njim porazgovarate.

Patronažne sestre mogu da preduzmu sledeće korake kada rade sa roditeljem koji u perinatalnom periodu boluje od mentalnog poremećaja:

- definisanje problema,
- razmatranje opcija,
- poređenje razloga koji idu ili ne idu u prilog primene svake od opcija,
- roditelj bira željenu opciju,
- zajedničko razmatranje najgore moguće posledice primene izabrane opcije,
- detaljno razmatranje svakog koraka neophodnog za sprovođenje izabrane opcije.

Na kraju posete uverite majku ili oca da ćete tokom sledeće posete razgovarati o tome kako se situacija odvijala, kao i da ćete zajedno razmotriti još neki problem.

Ovo su neke od aktivnosti koje možete da predložite:

- **Pojačana podrška porodice.** Iako može biti korisno da drugi supružnik ili neko od rođaka pruži podršku depresivnom roditelju tako što će preuzeti više obaveza, trebalo bi da se postarate da to ne pojača osećaj nemoći i slabog samopoštovanja kod ugroženog roditelja ili da ne dovede do stvaranja zavisnosti.
- **Strukture vršnjačke i društvene podrške.** Ako postoje grupe za podršku roditeljima odojčadi, proverite da li možete da zainteresujete majku/oca da im se pridruži. Ponekad je svrha ovakvih grupa druženje, učenje o roditeljskim veštinama ili konkretnoj roditeljskoj veštini (npr. masaža odojčeta, podrška dojljama), a ponekad i terapijska podrška. Utvrđeno je da su svi ovi pristupi korisni.
- **Učešće u aktivnostima koje organizuju centri za razvoj u ranom detinjstvu ili centri za roditeljstvo.** Pošto u ovim centrima verovatno dominiraju majke, što je slučaj kod već pomenutih grupa za odojčad/roditelje, potrebna je posebna podrška učešću očeva. Mnogi očevi će se odlučiti da uzmu učešće ako im se naglase koristi od toga za njihove bebe.
- **Fizičke vežbe.** Džogiranje, brzi hod, samostalno izvođenje bebe u šetnju u kolicima ili izlet sa drugim roditeljima te kvalitetan odmor i zdrava ishrana mogu doprineti da se spreči razvijanje perinatalne bolesti.
- **Upućivanje** roditelja izabranom lekaru na sistematski pregled, praćenje i lečenje, po potrebi.

Ponekad ćete posumnjati da majka ili otac boluju od perinatalne mentalne bolesti, ali da daju sve od sebe da prikriju taj problem. Više informacija o tome kako postupiti u tom slučaju navodi se na kraju ovog modula, u odgovarajućem informativnom listu i dodatnim resursima.

6

REZIME

Trudnoća i postporođajni period su posebno zahtevni za oba roditelja. Oni u tom periodu mogu doživeti veliku radost, ali i veliku zbunjenost, osetljivost i uznemirenost.

U ulozi patronažne sestre i stručnog prijatelja roditelja, primetićete kada im je potrebna dodatna pomoć (od saosećajnog slušanja do davanja konkretnijih saveta i podrške).

Povremeno će biti neophodno da se neka žena hitno uputi na lečenje. Ukoliko otac ima ozbiljan mentalni poremećaj, to je verovatno bolest koja je i ranije postojala pa ga treba povezati sa njegovim lekarom ili ustanovom za mentalno zdravlje koja ga je ranije lečila.

U svim situacijama vaš prioritet je malo dete. Ako ne reagujete na pravi način, to može ugroziti opšte zdravlje i dobrobit deteta.

Sa druge strane, vaša podrška majci i ocu, kao i njihovoj međusobnoj vezi i vezi sa detetom, verovatno će doprineti uspostavljanju sigurnih veza i dobrostanju.



© UNICEF SRBIA/Szabo

DODATAK



INFORMATIVNI LIST – PERINATALNI SIMPTOMI I POREMEĆAJI

Poremećaj	Simptomi
„Baby blues“	Između 1. i 3. nedelje nakon porođaja pogađa do 80% porodilja. Karakteristike su: - promenljivost raspoloženja, - povišena osetljivost, - plačljivost, često bez vidljivog razloga, - nemir, osoba je stalno u pokretu, - loša koncentracija, - anksioznost i nervoza, - poremećen san, - ponekad i osećaj nedovoljne zainteresovanosti za bebu.
Perinatalna depresija	Utiče na jednu od deset ili više žena (i do jednog od 10 muškaraca), bez prestanka prisutna najmanje dve nedelje. Fizički simptomi: osoba je sve vreme umorna, ima probleme sa spavanjem koji nisu povezani sa bebinim rasporedom spavanja, osoba nema energije, plače, tužna je i gubi ili dobija na težini. Psihološki simptomi: osoba krivi samu sebe, nervozna je, oseća da je fizički i emocionalno preopterećena, ne uspeva da se izbori sa svakodnevnim aktivnostima, oseća pesimizam, krivicu, povlači se od porodice i prijatelja, gubi interesovanje i motivaciju, može joj pasti na pamet i samoubistvo, gubi samopouzdanje i samopoštovanje. Ponašanje: zapušten izgled, izbegavanje, nervoza, slabo pamćenje, loša koncentracija.
Anksioznost	Može biti akutna, javlja se u epizodama ili je stalno prisutna, može obuhvatiti panične napade, specifične strahove, strah od odlaska u društvo, može da se javi u isto vreme kad i depresija. Fizički simptomi: lupanje srca, bol u grudima, ubrzan puls, jeza ili talasi vrućine, ubrzano/površno disanje praćeno strahom, vrtoglavica, glavobolja, znojenje, bockanje i obamrlost, gušenje, gađenje, povraćanje, dijareja, razni bolovi, nemir, podrhtavanje i drhtanje. Psihološki simptomi: nerealni ili preterani strah ili briga, ubrzan govor ili usporen sa blokadama, smanjena koncentracija i smanjeno pamćenje, smanjena jasnoća razmišljanja, strah od samoće, strepnja ili strah, neodlučnost, zbunjenost, osećanje kao da je „na ivici“, potreba za preteranim redom i proveravanjem da li je osoba nešto učinila kako treba ili ne, gubitak samopouzdanja i samopoštovanja. Ponašanje: izbegavanje određenih situacija, preterana čistoća, rituali vezani za čistoću, uznemirenost u društvu drugih ljudi.

Postporođajna psihoza

Redak poremećaj, 1-2 žene na 1000 porođaja. Ozbiljna mentalna bolest koje može ugroziti život majke i/ili deteta. Rizik je povećan kod narednih trudnoća. Ovo su neke od karakteristika bolesti:

- intenzivno, ponekad iznenadno (češće postepeno, ali neprepoznato) javljanje simptoma,
- čudno ponašanje,
- raspoloženja se brzo menjaju, uključujući ushićenje i tugu,
- nesređene misli,
- paranoične misli (misli koje se ne zasnivaju na realnosti),
- halucinacije (čini se kao da čuju nešto što drugi ne čuju ili vide nešto što niko ne vidi, može se odnositi na sva čula),
- konfuzija, nema uvida u sopstveno ponašanje.

Bipolarni poremećaj (ranije poznat pod nazivom manično-depresivni poremećaj)

- Psihoza sa ekstremnim promenama raspoloženja – od ushićenja do najdublje tuge.





INFORMATIVNI LIST – ŠTA UČINITI KADA MAJKA NE PRIZNAJE DA PATI OD POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE

(Preuzeto sa sajta http://raisingchildren.net.au/articles/acknowledging_postnatal_depression_panda.html/context/305)

Razlozi zbog kojih žena može poricati da pati od postporođajne depresije

- Mnoge žene i njihovi partneri ne znaju šta je to postporođajna depresija (PPD) niti kako da prepoznaju njene znake.
- Stigma povezana sa depresijom sprečava žene da zatraže pomoć. Potreba žene da je doživljavaju kao normalnu i dobru majku veoma je jaka. Simptomi PPD-a se mogu maskirati uz ogroman napor, a ponekad to čini čak i ženin partner.
- Ženi koja pati od PPD teško je da prizna da ne uspeva da se sama izbori i da joj je potrebna pomoć. To bi podrazumevalo priznanje da ne uspeva da upravlja svojim osećanjima i da nešto zaista nije kako bi trebalo da bude. Međutim, **poricanje je neprijatelj oporavka.**
- Depresija uništava ženinu sposobnost da komunicira, donosi odluke i pomaže sama sebi.
- Za ženu može biti preteško da nađe prave reči i progovori o svojim bolnim i negativnim mislima. Razlog za to je što ona možda misli da je niko neće razumeti ili da će ljudi biti šokirani i uplašeni kad čuju kakve su joj misli.
- U prvih nekoliko nedelja nakon porođaja dešavaju se i mnoge druge stvari. Žena bi mogla njih da navede kao razlog za svoja osećanja (na primer, bebino spavanje, njeno spavanje se menja, uticaj na njenog partnera). Ona pretpostavlja da će se situacija popraviti kad se stvari uhodaju.
- Žena je možda pokušala da saopšti svoja osećanja ili da zatraži pomoć od porodice, odnosno neke ustanove, ali joj možda niko ništa nije odgovorio ili joj je rekao da njena osećanja nisu tako zabrinjavajuća. To dovodi do sve većeg osećanja neuspeha, neadekvatnosti i krivice, posebno ako joj je rečeno da bi trebalo da bude srećna ili da je njena majka bila jaka i da je sve bilo u redu. U tom slučaju žena možda neće opet pokušati da zatraži pomoć sve dok depresija ne smanji njenu sposobnost da obavlja svakodnevne poslove.
- Žena može kriviti i svog partnera za to kako se oseća, što može dovesti do velikog sukoba između roditelja novorođenčeta.
- Žena možda nema poverenja da će zdravstveni radnici čuvati njene mračne tajne pa će možda namerno odglumiti da je raspoložena i kompetentna u prisustvu medicinske sestre ili lekara. To radi zato što očajnički ne želi da oni saznaju do koje mere se ona loše oseća.
- Žena se možda plaši da joj ne prepišu antidepresive ako bude pričala o svojim osećanjima. Možda je brine i kako bi lekovi mogli da utiču na njenu trudnoću ili dojenje.
- Žena se možda plaši da bi nadležna ustanova mogla da joj oduzme bebu ako se ustanovi da pati od PPD i da ne uspeva da se izbori s tim poremećajem. Možda je brine da je okolina ne doživi kao lošu majku. Taj strah se pojačava ako dođe do teškog raskida sa partnerom pa se žena plaši da joj bivši partner ne oduzme bebu.
- Čak i najiskusnijem zdravstvenom radniku može promaći PPD, posebno ako žena ne pokazuje jasno ili otvoreno kako se oseća.
- Žena možda ne zna koje su joj usluge podrške dostupne ili možda oseća da niko ne može da joj pomogne.

Kada žena ne priznaje postporođajnu depresiju

Ponekad ženin partner, porodica ili prijatelji prvi prepoznaju da su se stvari promenile kada je ona u pitanju ili da se ona ne snalazi dobro u majčinstvu. Takve promene se ponekad teško uočavaju, a ljudi iz okruženja ne znaju kako se one mogu savladati, naročito ako žena nije spremna da razgovara o problemima ili nije spremna da prihvati pomoć.

Kada majka novorođenčeta oseća da nešto nije u redu, bilo bi **idealno da porazgovara o tome sa partnerom, porodicom, prijateljima i zdravstvenim radnicima** i da se pregleda.

Međutim, ima žena koje se neverovatno trude da izbegnu razgovor o svojim mentalnim problemima i njihovom lečenju. Vremenom se stanje takvih majki može znatno pogoršati, a njeni odnosi sa bebom, detetom, partnerom i porodicom mogu postati veoma napeti. Njihov partner, porodica i prijatelji postaju sve više zabrinuti.

Takve žene se mogu naljutiti i zauzeti odbrambeni stav ako im ljudi iz bliskog okruženja pomenu svoju zabrinutost. One tvrdoglavo mogu odbijati da zatraže pomoć ili da nastave da koriste odgovarajuće usluge.

Kakve su posledice za partnera, porodicu i prijatelje

Ako žena nastavi da poriče da pati od postporođajne depresije (PPD), troškovi **za ženinog partnera, porodicu i prijatelje se povećavaju**. Njen partner će možda morati da odsustvuje sa posla kako bi joj pomagao oko bebe i pružao podršku. Povećava se i zabrinutost za dobrobit i bezbednost žene, bebe i njene starije deca, ako ih ima.

Žena možda krivi partnera, porodicu ili prijatelje za sve što joj se dešava. U krajnjoj liniji, ona bi mogla da prekine vezu sa porodicom i prijateljima ili da natera partnera da ode. Može misliti je partner izvor njene uznemirenosti i da se ne bi osećala tako da nije njega. Ona se može fokusirati na aspekte njihove veze koji su u prošlosti bili problematični i može pomisliti da će joj biti bolje ako partner ode.

U takvoj situaciji partner može biti veoma nesrećan. Iako zna da njegovoj partnerki nije dobro, ona možda ne želi da prihvati nikakvu pomoć. To bi značilo da ponekad partner ne može ništa da uradi kako bi sprečio potpuni raspad porodice. Tada se i kod partnera javlja rizik od depresije i anksioznosti. On se može suočiti sa gubitkom samopouzdanja i vere da je sposoban da tačno proceni situaciju.

Raspad partnerske veze i nove porodice jedna je od komplikacija do kojih može doći zbog nepriznate i nelečene PPD.

Strategije za podršku ženama sa postporođajnom depresijom i njihovim partnerima

Partneri, porodica i prijatelji mogu primeniti sledeće strategije kako bi dobili podršku i pomoć za ženu koja pati od postporođajne depresije (PPD), kao i za brigu o sebi samima.

- **Saznajte što više o PPD.** Što se žena više upozna sa fiziologijom normalne trudnoće i porođaja, to će lakše i brže prepoznati teškoće i uvremenjeno se obratiti odgovarajućem stručnjaku. Upoznavanje sa PPD-om roditeljima pomaže da utvrde kakav je uticaj bolesti na emocije, ponašanje i odluke porodilje. Pokušajte da ne povezujete to sa onim kakva je partnerka bila pre nego što je pala u depresiju.

Osim toga, teme koje se obrađuju u „školama“ za buduće roditelje podižu nivo svesti o ulozi majke u ranom odnosu majka–dete kao zaštitnom faktoru za dobro mentalno zdravlje deteta.

- **Briga žene o sebi i sopstvenim potrebama.** Žena treba da napravi zdrav izbor aktivnosti (dovoljno odmora, šetnje u prirodi, zdrava hrana, izbegavanje alkohola), da postavlja realne ciljeve, da ostavi prostora samo za sebe i svog partnera, da izbegava izolaciju.
- **Nađite podršku i za sebe.** Pričajte sa nekim o tome kako se osećate i brinite se o sebi tako što ćete se odmarati, raditi fizičke vežbe i provoditi neko vreme odvojeno od obolelog člana porodice.

- **Pokušajte da izbegnete donošenje značajnih odluka** tokom ovog perioda. Vi i vaša partnerka možda ne možete jasno da razmišljate. Upamtite da PPD verovatno doprinosi njenom nezadovoljstvu vašom vezom. Ako ona ipak zatraži pomoć i oporavi se, najveći razlozi za vaš sukob u vezi verovatno će nestati.
- **Pokušajte da budete strpljivi sa njom.** Ona se trenutno ne ponaša kao u redovnim okolnostima ili ne može jasno da razmišlja. Možda morate da saslušate njene brige i da joj pružite podršku čak i ako ona ne sluša vaše brige ili ne traži stručnu pomoć. To je veoma teško i frustrirajuće pa je važno da o tome razgovarate sa porodicom i prijateljima.
- **Pokušajte da izbegnete sukob.** Vaša partnerka će možda reći i uraditi neke stvari da bi vas povredila ili da bi započela svađu – verovatno je veoma ljuta i nije u pravu. Vi ćete pomisliti da to uopšte nije fer i bićete zbunjeni. Pokušajte da se u tom trenutku izmestite ili da ne doprinosite nastavku sukoba. Ako to ne pomogne, ako se sukob pojača ili ako ona postane nasilna prema vama ili deci, vreme je da zatražite pomoć od porodice i nadležnih službi koje vam mogu pružiti podršku.
- **Veruje svojim instinktima i svojoj zabrinutosti za nju.** Možda kratkoročno rizikujete sukob sa njom ako joj potražite pomoć. To je posebno važi ukoliko ste veoma zabrinuti za nju i bebu. Možete da se obratite njenom lekaru ili pedijatrijskoj sestri, da im izložite svoju zabrinutost i da zatražite savet od njih. Ako je potrebno, možete se obratiti i hitnim službama za mentalno zdravlje ili otići u lokalnu službu za hitnu pomoć.
- U nekim slučajevima **možda će morati da se uključe i službe za zaštitu deteta.** To može da se desi kada žena odbija da zatraži pomoć i bori se da se brine o bebi i starijoj deci ili ako su deca izložena majčinom nestabilnom mentalnom zdravlju, odnosno alkoholu i drogama. Dobrobit bebe i starije dece je izuzetno važna. U takvim situacijama službe za zaštitu deteta pokušaću da se postaraju da žena dobije potrebnu pomoć, koja će joj omogućiti da se oporavi, kao i da porodica ostane na okupu.

Kako podstaći ženu da priča o svojim osećanjima

Nagovestite da je u redu da razgovarate o tome

Započnite razgovor tako što ćete potvrditi da je situacija teška. Nagovestite da je u redu da žena govori o svojim komplikovanim osećanjima, npr. navodeći ono što predstavlja izazove majčinstva za sve žene i konkretne probleme sa kojima se bori ta žena. Možete da kažete nešto poput ovoga: „Prilagođavanje majčinstvu jedna je od najvećih promena sa kojima se žena suočava u životu, ali se obično ipak ne priča o tome koliko to može da bude teško“.

Podržite je

Možda ćete osetiti da ona ne sluša vaše pokušaje da je podržite. Saopštite joj da razumete da se njoj njena osećanja čine realnim, ma kako vam loše ili nerazumno zvučala. Pokušajte da joj ne kažete kako bi trebalo da se oseća. Budite pozitivni čak i kada je o malim stvarima koje pravilno radi. Na primer, možete joj reći: „Boriš se sa puno problema (ne spava dovoljno, nema dovoljnu podršku i odvojena je od porodice). Svakome bi bilo teško u tvojoj situaciji“. Ili: „Stvarno ti odlično ide“.

Podstičite je da priča o svojim osećanjima

Žena možda oseća mnoge različite stvari i razmišlja o njima dok se oporavlja od porođaja i bori se sa nedostatkom sna i majčinskim brigama. Postavljajte joj „otvorena“ pitanja, koja je podstiču da vam da više informacija, tj. da joj odgovori ne budu samo „da“ ili „ne“. Pokušajte sledeće:

- „Ne bi me čudilo da se tako osećaš.“
- „Pitam se da li se i ti možda tako osećaš.“
- „Kako se osećaš kao majka?“
- „Kako se stvarno osećaš?“

Saslušajte je

Pokušajte da saslušate šta govori o svojim brigama bez prekidanja, odnosno bez davanja ideja ili saveta (možda ćete biti u iskušenju da joj date neki savet i da joj kažete šta vi mislite da bi trebalo da uradi). Samo pokušajte da joj stavite do znanja da je slušate.

Oснаžite je da sama donosi odluke

Istovremeno, treba da je podstičete da zatraži pomoć. Dok drugome priča o svojim problemima, žena sama sebi razjašnjava neke stvari, a to je prvi korak u donošenju odluke šta treba da učini da bi ih rešila. Ponekad je korisno da žena sazna kakve opcije ima na raspolaganju. U nekim drugim slučajevima biće potrebno da se vi više angažujete u donošenju odluke.

Recite joj da verujete da će se oporaviti

Pomozite joj da i sama razvije očekivanje da će joj biti bolje tako što ćete joj reći kako vi očekujete da će se ona (uz podršku) izboriti s problemima. Ženi je uglavnom teško da poveruje da će joj opet biti dobro. Vi možete da joj date zračak nade govoreći joj da će se oporaviti. Sama ta činjenica joj može pomoći da načini ogroman napor na putu ka ozdravljenju.

Brinite se o sebi i svojoj deci

Ponekad vam se možda čini kao da ništa ne radite kako treba. Možda ćete morati da sačekate da se partnerka otvori i kaže da joj je potrebna podrška. Ako vas brine njeno zdravlje ili zdravlje bebe, odnosno starije dece, morate da preduzmete akciju i potražite pomoć, čak i ako rizikujete da uđete u sukob sa partnerkom.

Za više informacija o ovoj temi, uključujući i postporođajnu depresiju kod muškaraca, posetite sajt http://raisingchildren.net.au/postnatal_depression/pnd.html



INFORMATIVNI LIST – EDINBURŠKA SKALA POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE

(COX, HOLDEN, SAGOVSKY, 1987)

1. Smejem se i vidim smešnu stranu situacije

- Kao i uvek
- Ne baš toliko sada
- Definitivno ne toliko sada
- Uopšte se ne smejem

2. Radujem se unapred nekim događajima (nečemu)

- Kao i uvek
- U manjoj meri nego ranije
- Znatno manje nego ranije
- Veoma retko

3. Nepotrebno krivim sebe kad nešto krene naopako

- Da, najčešće
- Da, ponekad
- Ne baš često
- Ne, nikad

4. Uznemirena sam ili zabrinuta bez nekog velikog razloga

- Ne, uopšte nisam
- Veoma retko
- Da, ponekad
- Da, vrlo često

5. Plašim se ili paničim bez nekog velikog razloga

- Da, često
- Da, ponekad
- Ne baš često
- Uopšte se ne plašim / ne paničim

6. Ne postizem da uradim sve što treba

- Da, uglavnom ništa ne stižem
- Da, ponekad ne uspevam da postignem sve kao inače
- Ne, uglavnom se vrlo dobro snalazim
- Ne, dobro se snalazim kao i uvek

7. Tako sam nesrečna da teško zaspim

- Da, najčešće je tako
- Da, ponekad
- Ne tako često
- Uopšte nemam tih problema

8. Tužna sam ili depresivna

- Da, veći deo vremena
- Da, vrlo često
- Ne tako često
- Uopšte se tako ne osećam

9. Toliko sam nesrečna da moram da plačem

- Da, veći deo vremena
- Da, vrlo često
- Tek povremeno
- Ne, nikad

10. Poželim da naškodim sebi

- Da, vrlo često
- Ponekad
- Skoro nikad
- Nikad



INFORMATIVNI LIST – SRQ-20 WHO/MNH/PSF/94.8

1.	Da li često imate glavobolje?	DA / NE
2.	Da li vam je apetit loš?	DA / NE
3.	Da li loše spavate?	DA / NE
4.	Da li se lako uplašite?	DA / NE
5.	Da li vam se tresu ruke?	DA / NE
6.	Da li ste nervozni, napeti ili zabrinuti?	DA / NE
7.	Da li vam je varenje loše?	DA / NE
8.	Da li se teško koncentrišete?	DA / NE
9.	Da li ste nesrećni?	DA / NE
10.	Da li plaćete više nego obično?	DA / NE
11.	Da li vam je teško da uživate u svakodnevnim aktivnostima?	DA / NE
12.	Da li vam je teško da donosite odluke?	DA / NE
13.	Da li trpi vaš svakodnevni posao?	DA / NE
14.	Da li ste onemogućeni da date svoj doprinos svakodnevnim aktivnostima?	DA / NE
15.	Da li ste izgubili interesovanje za ono što se dešava oko vas?	DA / NE
16.	Da li mislite da ste bezvredni kao osoba?	DA / NE
17.	Da li vam je palo na pamet da oduzmete sebi život?	DA / NE
18.	Da li ste sve vreme umorni?	DA / NE
19.	Da li osećate nelagodu u stomaku?	DA / NE
20.	Da li se lako zamarate?	DA / NE

SARADNICI

Bettina Schwethelm

Glavni autor

*Specijalista za razvoj i zdravlje u ranom
detinjstvu*

Kancelarija UNICEF-a za region Centralne i Istočne Evrope
i Zajednice nezavisnih država (CEE/CIS)



Adrienne Burgess

*Glavni izvršni direktor i rukovodilac
istraživačkog odeljenja*

Institut za očinstvo, Velika Britanija



Zorica Trikić

Viši rukovodilac programa

International Step by Step Association (ISSA), Holandija



Jane Fisher

Direktor istraživačkog centra pri Fondaciji Jean Hailes

Rukovodilac odeljenja za mentalno zdravlje žena

Profesor Fakulteta za javno zdravlje i preventivnu medicinu
Univerziteta Monaš



Prim. dr Olivera Aleksić Hil, mr sci.

*Specijalista dečje psihijatrije, šef odeljenja za
specijalističko-konsultativne preglede*

Klinika za decu i omladinu, Institut za mentalno zdravlje,
Srbija



REFERENCE

- Barlow J, Coe C(2013). 'New ways of working: promotional interviewing in health visiting practice', *Journal of Health Visiting*, 1 (1), (2050-8719).
- Bauer, A. et al. (2014). The costs of perinatal mental health problems. London School of Economics.
- Burgess, A. (2011). Fathers' roles in perinatal mental health: causes, interactions and effects. New Digest 53. The Fatherhood Institute.
- http://www.nct.org.uk/sites/default/files/related_documents/burgess-fathers-roles-in-perinatal-mental-health-24-9-.pdf
- De Mendonça, J.S. et al. (2015). Father-child interactional synchrony in Brazilian families with maternal depression. *The International Society for Human Ethology*, 30(1).
- Fatherhood Institute UK: <http://www.fatherhoodinstitute.org/2010/fatherhood-institute-research-summary-fathers-and-postnatal-depression/>
- Fisher, J. et al (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low and lower-middle income countries: A systematic review. *WHO Bulletin*, 90, 139-149.
- Goodman, S.H. et al (2014). Maternal depression in association with fathers' involvement with their infants: spillover or compensation/buffering? *Infant Mental Health Journal*, 35(5), 495-508.
- Gere, J.K. et al. (2012). Fathers' mental health as a protective factor in the relationship between maternal and child depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 30(1), 31-38.
- Howard, L.M. et al. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384, 1775-1788.
- Institute of Health Visiting (2013), modules 1-3
http://cs1.e-learningforhealthcare.org.uk/public/BCC/BCC_iHV/module1/index.htm
http://cs1.e-learningforhealthcare.org.uk/public/BCC/BCC_iHV/module2/index.htm
http://cs1.e-learningforhealthcare.org.uk/public/BCC/BCC_iHV/module3/index.htm
- Jones, I. et al. (2014). Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *The Lancet*, 384, 1789-1799.
- Learning for Health Care:
http://cs1.e-learningforhealthcare.org.uk/public/BCC/BCC_iHV/module2/index.htm
http://cs1.e-learningforhealthcare.org.uk/public/BCC/BCC_iHV/module2/index.htm
http://cs1.e-learningforhealthcare.org.uk/public/BCC/BCC_iHV/module3/index.htm
- Matthey, S. et al. (2001). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorder*, 64(2-3), 175-84.
- Mezulis, A.H. et al (2004). Father involvement moderates the effect of maternal depression during a child's infancy on child behaviour problems in kindergarten. *Journal of Family Psychology*, 18(4), 575-588.
- Raising Children: Postnatal depression in men http://raisingchildren.net.au/articles/men_and_postnatal_depression.html
- Ramchandani, P.G. & Stein A. (2008). Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 47(4), 390-398.
- Rahman, A. et al (2013). Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries : A systematic review and meta-analysis. *WHO Bulletin*, 91, 593-601.
- Sethna, V. et al. (2015). Paternal depression in the postnatal period and early father-infant interactions. *Parenting: Science & Practice*. 1(1), 1-8.

WHO: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/

Patronažne sestre mogu takođe koristiti štampane i video materijale sa sajta i YouTube kanala UNICEF-a:
<https://www.unicef.org/serbia/materijali>

<https://www.youtube.com/channel/UCQYrR9NUnproCeOvkQ89vaw/videos>



© UNICEF SRBIJA / Szabo

