

# Pojavnost depresivnih simptoma kod trudnica

---

**Mikelec Milić, Tea**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2024**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:243:443358>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-01-22**

*Repository / Repozitorij:*

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek  
Repository](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU  
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO  
OSIJEK**

**Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo**

**Tea Mikelec Milić**

**POJAVNOST DEPRESIVNIH SIMPTOMA  
KOD TRUDNICA**

**Diplomski rad**

**Sveta Nedelja, 2024.**

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU**  
**FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO**  
**OSIJEK**

**Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo**

**Tea Mikelec Milić**

**POJAVNOST DEPRESIVNIH SIMPTOMA**  
**KOD TRUDNICA**

**Diplomski rad**

**Sveta Nedelja, 2024.**

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.

Mentor rada: prof.prim,dr.sc. Igor Filipčić, dr.med., specijalist psihijatar, subspecijalist biologijske i socijalne psihijatrije

Mentorica rada 2: Ingrid Marton, izv. prof. dr. sc., spec. ginekologije i porodništva, subspec. ginekološke onkologije

Neposredni voditelj: Kristina Bosak, mag. med. techn.

Lektor hrvatskog jezika: Mirela Baltić, magistar edukacije kroatologije

Lektor engleskog jezika: Nika Kovačev Međimorec, magistar edukacije engleskog jezika i književnosti

Rad ima 38 listova i 10 tablica.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Hvala mentoru, prof.prim.dr.sc. Igoru Filipčiču i mentorici, izv. prof. dr. sc. Ingrid Marton, na ukazanom povjerenju te stručnoj pomoći i vodstvu pri izradi diplomskog rada.

Zahvaljujem neposrednoj voditeljici Kristini Bosak, univ.mag.med.techn. te asistentici Iris Topolić šestan, univ.mag.med.techn. na strpljenju, savjetima i pomoći tijekom studiranja.

Veliko hvala „Veličanstvenima“ i mojoj kolegici i kumi Mirti Nikši Papić koji su bili moje veselje i podrška u zahtjevnim danima studiranja.

Zahvaljujem mom ocu što me uvijek potiče na rast i razvoj, mojoj majci na neumornom bodrenju i sestri na svakodnevnom smijehu. Podrška moje obitelji učinila je moj profesionalni rast i razvoj prostorom za cjeloživotni napredak.

Najveću zahvalnost upućujem mojem kolegi i suprugu Ivanu Miliću na nepopustljivoj podršci na mome putu u stručnom usavršavanju, emocionalnoj podršci i vjeri u moje težnje.

## SADRŽAJ

1. UVOD .....	1
1.1. Mentalno zdravlje.....	1
1.2. Mentalno zdravlje trudnica.....	2
1.3. Stigmatizacija osoba koje boluju od psihičkih bolesti .....	3
1.4. Depresija.....	4
1.5. Depresija u trudnoći .....	6
2. HIPOTEZA .....	8
3. CILJ.....	9
4. ISPITANICI I METODE.....	10
4.1. Ustroj studije .....	10
4.2. Ispitanici .....	10
4.3. Metode.....	10
4.4. Statističke metode .....	12
5. REZULTATI .....	13
5.1. Sociodemografski podaci ispitanica.....	15
5.2. Klinički podaci ispitanica.....	16
6. RASPRAVA.....	19
7. ZAKLJUČAK .....	22
8. SAŽETAK.....	23
9. SUMMARY .....	25
10. LITERATURA .....	27
11. ŽIVOTOPIS .....	31

## POPIS TABLICA

Tablica 1. Odgovori na pitanja Zungove skale u odnosu na Likterovu skalu uz prosječni rezultat Zungove skale.....	13
Tablica 2. Značenje rezultata Zungove skale u odnosu na broj rezultata skale ispitanica.....	14
Tablica 3. Ispitanice prema mjestu stanovanja.....	15
Tablica 4. Povišeni rezultati Zungove skale s obzirom na mjesto stanovanja.....	15
Tablica 5. Ispitanice po broju trudnoća.....	16
Tablica 6. Rezultati Zungove skale s obzirom na broj trudnoća ispitanica.....	17
Tablica 7. Ispitanice po broju spontanih pobačaja.....	17
Tablica 8. Rezultati Zungove skale s obzirom na broj spontanih pobačaja.....	18
Tablica 9. Ispitanice po načinu začeća sadašnje trudnoće.....	19
Tablica 10. Rezultati Zungove skale s obzirom na način začeća sadašnje trudnoće.....	19

## 1. UVOD

### 1.1. Mentalno zdravlje

Svjetska zdravstvena organizacija definira mentalno zdravlje kao stanje dobrobiti u kojemu pojedinac ostvaruje svoje potencijale, uspješno se nosi sa svakodnevnim životnim stresovima, u stanju je raditi produktivno te može doprinosti svojoj zajednici (1). To je sastavni dio zdravlja i dobrobiti koji podupire naše individualne i kolektivne sposobnosti za donošenje odluka, gradnju odnosa i oblikovanje svijeta u kojem živimo. Mentalno zdravlje predstavlja mnogo više od odsustva mentalnih poremećaja. Ono postoji u složenom kontinuumu koji se drugačije doživljava od pojedinca do pojedinca, pri čemu su stupnjevi poteškoća i nevolja različiti i potencijalno predstavljaju nejednake društvene i kliničke ishode (2). Suprotno navedenom, mentalni poremećaj definiramo kao postojanje klinički prepoznatljivog skupa simptoma ili ponašanja povezanih u velikom postotku s teškoćama u raznim područjima psiholoških funkcija, kao što su razmišljanje, osjećanje, opažanje i djelovanje u različitim područjima života. Svjetska zdravstvena organizacija ističe da području mentalnog zdravlja moramo pridati više pozornosti, vrijednosti i ulaganja te se ona odnosi na sve razine, obuhvaćajući time pojedince, zajednice i vlade (2). Za boljitak zajednice nužno je ojačati skrb za mentalno zdravlje na razini koja je dostupna zajednici, i to osiguravanjem mreže lokacijski i financijski dostupnih usluga i podrške iz područja mentalnog zdravlja (1). U bilo kojem trenutku različit se skup pojedinačnih, socijalnih i strukturnih čimbenika može kombinirati kako bi zaštitio ili oštetio mentalno zdravlje. Osobe koje su izložene nepovoljnim okolnostima, poput siromaštva, nasilja, invaliditeta i nejednakosti imaju povećan rizik za pojavu narušenog mentalnog zdravlja.

Mnoga stanja mentalnog zdravlja mogu se učinkovito liječiti uz relativno niske troškove, ali zdravstveni sustavi i dalje nemaju dovoljno resursa, a praznine u liječenju uočljive su u cijelome svijetu. Skrb za mentalno zdravlje, kada se pruža, često je loše kvalitete. Osim toga, osobe sa psihičkim problemima često doživljavaju stigmatu, diskriminaciju i kršenja ljudskih prava. Rizici za narušeno mentalno zdravlje mogu se pojaviti u svim životnim razdobljima, no posebno su štetni oni koji se javljaju u razvojno osjetljivim fazama, posebice u ranom djetinjstvu. Poznato je da autoritarni stil odgoja i fizičko kažnjavanje narušavaju zdravlje djeteta, a zlostavljanje čini vodeći čimbenik rizika za poremećaje psihičkog spektra. Nasuprot rizičnim, literatura navodi zaštitne čimbenike koji se na sličan način pojavljuju u životu pojedinca i služe jačanju njegove otpornosti. Oni uključuju naše individualne socijalne i emocionalne vještine i atribute, kao i



pozitivne društvene interakcije, kvalitetno obrazovanje, siguran posao, sigurno susjedstvo te koheziju zajednice (2).

Rizici za narušavanje mentalnog zdravlja i zaštitni čimbenici mogu se pronaći u društvu na različitim razinama. Lokalne prijetnje povećavaju rizik za pojedinca, obitelj i zajednicu. Globalne prijetnje povećavaju rizik za čitavo stanovništvo i uključuju ekonomske padove, epidemije bolesti, humanitarne situacije i prisilno raseljavanje, uz rastuću klimatsku krizu. Ključni aspekti u zaštiti mentalnog zdravlja sastoje se od emocionalnog blagostanja koje uključuje sposobnost upravljanja emocijama, izražavanje emocija na odgovarajući način i razvijanje zdrave slike o sebi. Uz emocionalno, nalazimo i psihološko blagostanje koje se odnosi na mentalne funkcije kao što su učenje, pamćenje, kreativnost, razmišljanje te sposobnost rješavanja problema i donošenja odluka. Treći ključni aspekt mentalnog zdravlja čini socijalno blagostanje koje uključuje sposobnost stvaranja i održavanja odnosa, efektivnu komunikaciju i sposobnost prilagođavanja društvenim situacijama (3).

Odnos društva prema mentalnom zdravlju i poremećajima psihijatrijskog spektra te sustav zaštite istog uvelike utječu na očuvanje mentalnog zdravlja i pojavnost mentalnih poremećaja, kao i na liječenje i oporavak osoba koje imaju mentalne poremećaje. Odgovornost za mentalno zdravlje ljudi od zdravstvenog se sustava proširuje na cijeli društveni sustav jer se čimbenici rizika za mentalno zdravlje i oporavak od mentalnih poremećaja karakteriziraju okolinskim i socijalnim utjecajima tijekom cjeloživotnog ciklusa (4). Mentalno zdravlje odnosi se na emocionalno, psihološko i socijalno blagostanje osobe. Ono utječe na to kako mislimo, osjećamo i postupamo u svakodnevnom životu. Također, pomaže u određivanju načina na koji se nosimo sa stresom, komuniciramo s drugima i donosimo odluke. Mentalno zdravlje važno je u svakoj fazi života, od djetinjstva i adolescencije, do odrasle dobi i starosti. Pritom je od velike važnosti da uz navedene faze života posebnu pozornost obratimo na fazu trudnoće, kada se cilj zaštite mentalnog zdravlja odnosi na dva života istovremeno. Tri su glavne točke skrbi o mentalnom zdravlju: osiguravanje prevencije problema mentalnog zdravlja, osnaživanje i uključivanje osoba u donošenju odluka o njihovom mentalnom zdravlju te ciljane skrbi i pomoć za mentalno zdravlje tijekom cijeloga života (4).

## **1.2. Mentalno zdravlje trudnica**

Trudnoća nastaje oplodnjom ženske jajne stanice za vrijeme ovulacije. Ona traje 40 tjedana, odnosno 280 dana od prvog dana zadnje menstruacije. Žena za vrijeme trudnoće doživljava

psihološke i fizičke promjene koje se događaju zbog prilagodbe organizma na trudnoću te sam porođaj i dojenje. Period trudnoće u većini je slučajeva obilježen kaosom misli u kojem je često prisutno sanjarenje o djetetu, razvoj pozitivnih želja, ali istovremeno i zabrinutost, anksioznost, sniženo raspoloženje, opsesivno-kompulzivni simptomi, depresija i psihoza. Povećanje svijesti o važnosti optimalnog funkcioniranja trudnica nužno je za izgradnju adekvatnog sustava skrbi za sve žene koje se nalaze u periodu trudnoće i periodu nakon poroda. Mentalno zdravlje trudnica izuzetno je važna tema, a uključuje psihičku dobrobit žena tijekom trudnoće. Kod žena se mentalni poremećaji najčešće pojavljuju u reproduktivnom razdoblju (18 – 45 godina) te je u tom velikom dijelu njihova života prisutno susretanje s različitim psihološkim poremećajima (5).

Žene u trudnoći doživljavaju niz promjena na svome tijelu i u umu. Na mentalno zdravlje žena u trudnoći, tijekom porođaja i daljnjoj brizi o novorođenčetu utječu razni faktori, kao što su: značenje majčinstva na osobnoj razini sustava vrijednosti, kvaliteta odnosa s partnerom, pozitivno ili negativno doživljavanje trudnoće te pozitivna ili negativna iskustva iz prijašnjih trudnoća. Navedeni faktori utječu na osjećaj stresa, anksioznosti i depresije, a oni mogu dodatno utjecati na period trudnoće (6). Stav i podrška partnera i obitelji bitan su faktor za očuvanje mentalnog zdravlja trudnice. Zdravim psihološkim okruženjem trudnice možemo osigurati i dobrobit djeteta, čiji je psihološki razvoj od prvog dana usko vezan uz majku. Sretna, zadovoljna, prisutna i uključena majka preduvjet je stvaranja zdrave privrženosti kod djeteta, što je važna osnova svih njegovih budućih odnosa.

### **1.3. Stigmatizacija osoba koje boluju od psihičkih bolesti**

U modernom pristupu svijetu psihologije sve se više naglašavaju ugodne emocije, poput sreće ili uzbuđenja, dok se istovremeno neugodne emocije, poput tuge, straha ili srama, nerijetko nađu zanijekane i prikrivene (7). I dok se širenje optimizma pokazuje kao pozitivan faktor utjecaja na mentalno zdravlje, važno je zadržati svjesnost i o pojavnosti simptoma mentalnih poremećaja kako bi pravovremeno mogli utjecati na liječenje i oporavak. Otpisivanjem negativnih emocija ne prihvaćamo njihovu pojavnost te samim time ostavljamo prostor za razvoj stigme. Podložnost stigmatizaciji danas je veća nego ikada, poglavito zbog visoko postavljenih standarda društvene prihvatljivosti (8).

Kroz povijest je riječ „stigma“ mijenjala svoje značenje. Danas tu riječ uglavnom određujemo u negativnoj konotaciji te ona predstavlja znak srama i diskreditacije. Povezujemo je s

negativnim stavovima koji su utemeljeni na činjenicama koje nisu provjerene i često su pogrešne (9). Stigmatizaciju ujedno opisujemo i kao pripisivanje atributa koji svode pojedinca sa svim njegovim osobinama na bezvrijednog i lošeg pojedinca (10).

Stigmatizacija osoba koje boluju od psihičkih poremećaja negativno je marginaliziranje i klasificiranje tih osoba kao manje vrijednih. Ona je sveprisutna te sa sobom donosi uobičajeno uvjerenje da su osobe oboljele od psihičkog poremećaja nasilne, nepredvidljive i agresivne. Takav način klasifikacije može imati negativne posljedice za oboljelu osobu, njene članove obitelji te za psihijatriju kao struku i cijelu zajednicu (11).

Strah od stigmatizacije, potencijalno oduzimanje djeteta kada se rodi i često neprepoznavanje simptoma dovode do situacije u kojoj trudnice ne brinu o svom mentalnom zdravlju. Zbog navedenog često ne uspijevamo pristupiti trudnicama i provesti prevenciju usmjerenu ka zaštiti mentalnog zdravlja. Istraživanja pokazuju da će čak više od polovice žena samoinicijativno prekinuti terapiju psihofarmacima, čime se istovremeno povećava rizik od relapsa psihičke bolesti i time nepovoljnog ishoda za trudnicu i fetus (12). Do prekida terapije dolazi zbog straha od učinka psihofarmaka na fetus. Nekoliko nedavnih sustavnih pregleda i meta-analiza postojeće literature naglašavaju da postoji minimalan broj konačnih zaključaka koji bi vodili preporuke za liječenje. Međutim, struka tvrdi da je liječenje psihofarmacima u trudnoći moguće, uz naglasak na pojačan nadzor majke i fetusa (12).

#### **1.4. Depresija**

Svjetska zdravstvena organizacija spominje depresiju kao jedan od glavnih zdravstvenih problema današnjice (13). Dodatno, statistika Svjetske zdravstvene organizacije pokazuje da 29 % žena ima mentalne poremećaje, u odnosu na 17 % muškaraca (14).

Depresivno stanje često je povezano s biološko kriznim razdobljima u kojima nastupaju hormonalne promjene poput puberteta, trudnoće, postpartuma i razdoblja menopauze. U literaturi se navode četiri tipa depresivnog poremećaja vezana uz cikličko djelovanje hormona: predmenstrualni disforični poremećaj, depresija u trudnoći, postpartalna depresija i depresivni poremećaj u menopauzi (15). Istraživanja procjenjuju da između 8,3 % i 16 % trudnica ima iskustvo depresivnih simptoma tijekom razdoblja trudnoće (16).

Depresija se često manifestira fizičkim simptomima, prvenstveno umorom, bolom ili poremećajem sna. Savjetovanje, psihoterapija i farmakoterapija učinkovitiji su od bilo kojeg

drugog modaliteta pojedinačno. Depresija se smatra kroničnom bolešću, a vjerojatnost recidiva raste s brojem epizoda, što često zahtijeva produljeno liječenje lijekovima (17).

Danas je na području psihijatrije na svjetskoj razini u uporabi više klasifikacijskih modela, no najvažnije su dvije klasifikacije: ona Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) - MKB-10 i Američke psihijatrijske asocijacije (APA) - DSM-V. Dijagnoza depresivnog poremećaja prema MKB-10 uključuje depresivnu epizodu (F32), ponavljani depresivni poremećaj (F33) i distimiju (F34.1). Dijagnoza depresivne epizode postavlja se kada su zadovoljeni svi kriteriji definirani u klasifikaciji, bez obzira na okolnosti nastanka poremećaja (18).

U ovom će se radu govoriti o dijagnozi depresije prema MKB-10, s obzirom na to da se navedena klasifikacija upotrebljava na europskom području.

Dijagnoza depresivnog poremećaja postavlja se na osnovi svih raspoloživih podataka koje prikupljamo putem anamneze, heteroanamneze i drugih sličnih postupaka. Pri postavljanju dijagnoze potrebno je sagledati sve navedeno: broj prisutnih simptoma, trajanje simptoma, utjecaj poremećaja na sve aspekte funkcioniranja (socijalno, obiteljsko i radno), diferencijalno-dijagnostičke kriterije i okolnosti pojave simptoma (19).

Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB) navodi sljedeća tri tipična simptoma depresije: depresivno raspoloženje, gubitak interesa i uživanja te smanjenje energije, obično uz povećani umor i smanjenu aktivnost (19).

Uz navedene tipične simptome, postoje i opći te somatski simptomi koji otkrivaju depresiju. Opći su simptomi depresije: smanjena koncentracija i pažnja, smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje, osjećaj krivnje i bezvrijednosti, pesimistični pogledi na budućnost, ideje o samoozljeđivanju i/ili suicidu te poremećaj spavanja i apetita (20).

Somatski simptomi u depresiji jesu: izostanak interesa i zadovoljstva u aktivnostima koje su prethodno bile ugodne, izostanak emocionalnih reakcija na događaje i aktivnosti koje normalno proizvode emocionalni odgovor, promjena navike jutarnjeg buđenja, simptomi depresije teži izjutra, izražena psihomotorna retardacija ili agitacija, značajan gubitak apetita, pad tjelesne težine (od 5 % ili više u posljednjih mjesec dana) te izrazit gubitak libida (21). Pravovremeno prepoznavanje depresije, razumijevanje njenih simptoma, uzroka i tretmana može pomoći u upravljanju ovim stanjem. Podizanje svijesti o važnosti mentalnog zdravlja za svakog pojedinca i istovremeno smanjenje stigme oko traženja pomoći ključni su za podršku osobama s depresijom.

### 1.5. Depresija u trudnoći

Depresija koja se javlja u trudnoći poznata je kao prenatalna ili antenatalna depresija te ona predstavlja veliku depresivnu epizodu tijekom trudnoće ili unutar četiri mjeseca do godinu dana nakon poroda (20). Depresiju karakteriziraju tužno, razdraženo ili prazno raspoloženje, uz somatske i kognitivne promjene poput gubitka koncentracije, anhedonije, beznada, gubitka apetita, poremećaja spavanja i suicidalnih ideja. Sve navedeno ima negativan utjecaj na sposobnost funkcioniranja pojedinca (20). Danas znamo da je prenatalna depresija jedan od najvećih globalnih javnozdravstvenih problema, s većom učestalošću u zemljama u razvoju i negativnim utjecajem na zdravlje trudnica i njihove djece (22).

Simptomi depresije dokazano se u trećem trimestru povećavaju, a prevalencija depresivnih poremećaja u trudnoći iznosi oko 10 % (23). Do nedavno se smatralo da je trudnoća vrijeme emocionalne stabilnosti, no sada znamo da ona zapravo predstavlja stanje velikih bioloških i psiholoških promjena koje trudnicu postavljaju u mentalno osjetljivu ulogu (24). Rezultati svjetskih istraživanja dokazuju da dvije trećine trudnica u prvom i trećem trimestru imaju psihološke smetnje koje upućuju na anksioznost, razdražljivost i labilno raspoloženje (25).

Depresija je najčešći psihičkih poremećaj u trudnoći, a istovremeno je manje proučavana od postporođajne depresije, unatoč znanju o posljedicama koje može imati na trudnicu i fetus (26). Majčin stres, anksioznost i depresija tijekom trudnoće mogu biti dugotrajno povezani s razvojem djeteta. Izloženost majčinoj anksioznosti ili depresiji u maternici povezana je s većim rizikom od emocionalnih problema, problema u ponašanju djeteta, kliničkih razina anksioznosti i depresija u odrasloj dobi (27). Ipak, praksa pokazuje da prenatalna depresija često ostaje nezapažena od strane zdravstvenih djelatnika, dok istovremeno pravovremenim otkrivanjem i liječenjem simptoma u prenatalnoj fazi možemo spriječiti nastanak poslijeporođajne depresije (28).

Izražene promjene raspoloženja u trudnoći mogu biti jedan su od najjačih prediktora za razvoj poslijeporođajne depresije (29). Trudnoća potencijalno predstavlja psihički i emocionalno ranjivo razdoblje, a istraživanja pokazuju da trudnice imaju veću prevalenciju simptoma depresije, razbijajući sada već dugovječan mit da hormonalne promjene povezane s trudnoćom štite majku (30).

Depresija u trudnoći može biti uzrokovana kombinacijom bioloških, psiholoških i socijalnih faktora. Navedeni faktori uključuju hormonalne promjene, prijašnju dijagnozu depresije, stresne životne okolnosti, komplikacije tijekom trudnoće i nedostatak socijalne podrške.

Depresivni simptomi koji se javljaju tijekom trudnoće često su nalik očekivanim simptomima trudnoće, poput poremećaj obrasca spavanja, smanjenja energije i promjene apetita i libida (31). Zanimljiva su istraživanja koja pokazuju da su poremećaji raspoloženja u trudnoći češći nego preeklampsije, eklampsije, porođaj prije 37. tjedna gestacije ili gestacijskog dijabetesa (32).

Dokazano je da ovaj mentalni poremećaj ima negativne učinke na kvalitetu života majki i njihove intimne odnose, ishode poroda i vjerojatnost dojenja, kao i dugoročne učinke na kognitivni i emocionalni razvoj djece (33). Iz navedenog zaključujemo da se pojava depresivnih simptoma u trudnoći ne smije zanemariti jer ona mogu rapidno postati rizik, kako za majku, tako i za dijete (34). Njegovanje mentalnog zdravlja kontinuirani je proces koji je ključan za održavanje općeg blagostanja i kvalitete života.

## **2. HIPOTEZA**

Rezultat ovog istraživanja otkriti će nam da se postojanje i težina depresivnih simptoma razlikuju u trudnica različitih sociodemografskih i kliničkih karakteristika.

### 3. CILJ

Cilj istraživanja je ispitati prisutnosti i pojavnosti depresivnih simptoma kod trudnica na području Zagreba i Zagrebačke županije, kako bi podigli svijest o ovom problemu te utjecali na način da se na vrijeme pruži potrebna podrška trudnici i njenoj okolini.



## 4. ISPITANICI I METODE

### 4.1. Ustroj studije

Presječna studija (35).

### 4.2. Ispitanici

Kriterij za sudjelovanje u istraživanju bio je pozitivna trudnoća, uključujući svih 9 mjeseci, odnosno 42 tjedna trudnoće, pa i nakon 42. tjedna u slučaju prenesene trudnoće. Uz samo stanje trudnoće, kriterij za sudjelovanje bilo je mjesto stanovanja ispitanica. Ispitanice ovog istraživanja bile su trudnice kojima je mjesto stanovanja Grad Zagreb ili Zagrebačka županija. Svih 126 trudnica, obuhvaćenih u istraživanju, u njemu je sudjelovalo anonimno i svojevoljno.

### 4.3. Metode

Vremenski okvir za prikupljanje podataka za ovo presječno istraživanje bio je šest mjeseci, od 1. srpnja do 31. prosinca 2023. godine. U istraživanje su bile uključene trudnice iz 12 ginekoloških ambulanta primarne zdravstvene zaštite žena domova zdravlja u Gradu Zagrebu i 7 ginekoloških ambulanta primarne zdravstvene zaštite žena domova zdravlja Zagrebačke županije.

Na području Grada Zagreba u istraživanje su bili uključeni Dom zdravlja Zagreb Zapad, Dom zdravlja Zagreb Centar i Dom zdravlja Zagreb Istok, svi redom sa svoje četiri lokacije. Ispostave koje smo uključili u istraživanje birane su na osnovu dostupnosti istraživaču. Na području Zagrebačke županije u istraživanje je bilo uključeno svih 7 domova zdravlja koji u svojim ispostavama imaju Zdravstvenu zaštitu žena, odnosno ginekološku ambulantu. S područja Zagrebačke županije u istraživanje su uključeni sljedeći domovi zdravlja: Dom zdravlja Zaprešić Sjever, Dom zdravlja Samobor, Dom zdravlja Velika Gorica, Dom zdravlja sv. Ivan Zelina, Dom zdravlja Ivanić Grad, Dom zdravlja Vrbovec i Dom zdravlja Jastrebarsko.

Za potrebe ovog istraživanja u vlastitom angažmanu konstruiran je anketni upitnik te je isti proveden putem distribuiranog online komunikacijskog kanala Google Forms. Anketni upitnik pred trudnice je postavljen u obliku QR koda koji se nalazio u ginekološkim čekaonicama navedenih lokacija. Kod se mogao skenirati putem pametnih telefona te je na sebi imao

napisanu i nacrtanu uputu za korištenje, odnosno očitavanje. Ovakav je način anketnog upitnika osigurao da djelatnici zdravstvene zaštite žena ne budu opterećeni sudjelovanjem u istraživanju te da samo istraživanje pokaže i zadrži ekološku osviještenost u smislu ispisivanja materijala i trošenja papira za ispunjavanje upitnika.

Anonimni upitnik na temelju kojeg je provedeno ovo istraživanje sadržavao je Zungovu skalu za samoprocjenu depresije, čije je glavno obilježje mogućnost diferenciranja depresije od drugih psihičkih poremećaja. Zungova SDS skala objavljena je 1965. godine u časopisu Arch Gen Psychiatry te je ona javno dostupna i njeno je korištenje besplatno.

Danas su mjerni instrumenti u psihijatriji neizbježni u svim vrstama psihijatrijskih kliničkih istraživanja, a mnogi se od njih sve češće upotrebljavaju u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Naime, mnogi se terapeuti po uzoru na razvoj znanosti odbijaju oslanjati isključivo na svoj dojam i osjećaj, već prilikom liječenja nastoje dobiti što vjerodostojnije dijagnostičke podatke, težine i frekvencije simptoma te terapijskog odgovora. Pritom je svrha takvog pristupa učinkovitije odrađivanje njihove uloge u zdravstvenom sustavu (20).

Zungova skala samoprocjene depresivnosti kvantitativna je mjera depresivnih simptoma koja mjeri kognitivne, emocionalne, fiziološke i bihevioralne oblike depresije. Podaci su prikupljeni na temelju dijagnostičkih kriterija depresije te, iako su neki autori prilikom faktorske analize utvrdili višedimenzionalnost ove skale (36), ona se u većini istraživanja ipak koristi kao jednodimenzionalna mjera depresivnosti (37). Na skali se nalazi 20 tvrdnji, pri čemu je pola njih oblikovano kao negativni, a pola kao pozitivni odgovori. Potrebno je da ispitanici pomoću Likertove skale od 1 („nikada ili vrlo rijetko“) do 4 („većinom ili uvijek“) procijene i odgovore koliko često navedena tvrdnja opisuje njihove osjećaje i misli u proteklih nekoliko dana. Na taj način izbjegnuta je mogućnost da ispitanice izaberu srednju ocjenu (38). Ukupan rezultat dobiva se zbrajanjem odgovora na svakoj od tvrdnji, na način da veći rezultat ukazuje na višu izraženost depresivnih simptoma. Bodovanje samih odgovora podijeljeno je u dva dijela. Pritom je ključ za bodovanje za pitanja 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15 i 19 sljedeći: rijetko = 1 bod, ponekad = 2 boda, često = 3 boda, većinom = 4 boda (39). S druge strane, za pitanja 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18 i 20 primjenjuje se obrnuto bodovanje: rijetko = 4 boda, ponekad = 3 boda, često = 2 boda, većinom = 1 bod (39).

Upitnik je sadržavao:

1. Suglasnost da se odgovori koje trudnice unose u anketu koriste u svrhu istraživanja naslovljenog Pojavnost depresivnih simptoma kod trudnica.

2. Sociodemografski podatak - mjesto stanovanja: Zagrebačka županija, Zagreb Zapad, Zagreb Istok ili Zagreb Centar.
3. Kliničke podatke: paritet, broj spontanih pobačaja, je li trudnoća dobivena spontanim putem ili umjetnom oplodnjom.
4. Zungovu skalu samoprocjene depresije.

Literatura korištena za izradu ovog rada bila je na hrvatskom i engleskom jeziku, a znanstvene baze korištene za pretraživanje podataka uključuju PubMed, Google Scholar i Hrčak srce.

#### **4.4. Statističke metode**

Podaci su prikazani apsolutnim (n) i relativnim frekvencijama (%) za svaku istraživanu skupinu, deskriptivno i tablično.

Statistička obrada provedena je uporabom ANOVA testa. Vrijednost  $P < 0,05$  smatrana je statistički značajnom. Podaci su analizirani pomoću statističkog programa IBM SPSS Statistics 26.0. za Windows, verzija 0.0.1., IBM, USA, Software inc; 2021.

## 5. REZULTATI

Bodovanjem svih anketa Zagreba i Zagrebačke županije dobiven je prosječni rezultat od 41,75 bodova, što po Zungovoj skali samoprocjene depresivnosti predstavlja normalan nalaz, odnosno nalaz u kojem prisutnost depresivnih simptoma nije povišena.

Tablica 1. Odgovori na pitanja Zungove skale u odnosu na Likterovu skalu uz prosječni rezultat Zungove skale

Pitanja Zungove skale	Likterova skala							
	Rijetko		Ponekad		Često		Većinom	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Osjećam se tužno i potišteno.	54	42,86	56	44,44	11	8,73	5	3,97
2. Najbolje se osjećam ujutro.	31	24,60	42	33,33	29	23,02	24	19,05
3. Plačem i često sam na rubu suza.	54	42,86	45	35,71	20	15,87	7	5,56
4. Imam problema sa spavanjem.	29	23,02	48	38,1	34	26,98	15	11,90
5. Jedem uobičajeno kao i ranije.	16	12,71	34	26,98	34	26,98	42	33,33
6. Uživam u seksu kao prije.	41	32,54	36	28,57	32	25,40	17	13,49
7. Primjećujem da gubim na težini.	103	81,75	15	11,90	5	3,97	3	2,38
8. Imam problema s konstipacijom/zatvorom.	63	50	42	33,33	14	11,11	7	5,56
9. Srce mi kuca brže nego inače.	36	28,57	46	36,51	32	25,40	12	9,52
10. Umaram se bez razloga.	21	16,67	51	40,48	36	28,57	18	14,28
11. Misli su mi bistre kao i ranije.	17	13,49	41	32,54	36	28,57	32	25,40
12. S lakoćom obavljam stvari koje sam i prije obavljala.	28	22,22	46	36,51	40	31,75	12	9,52
13. Nemiran/na sam i ne mogu se umiriti.	56	44,45	50	39,68	15	11,90	5	3,97
14. Nadam se svijetloj budućnosti.	9	7,14	18	14,29	35	27,78	64	50,79
15. Razdražljiviji/ja sam nego inače.	33	26,19	42	33,33	32	25,40	19	15,08
16. Lako donosim odluke.	20	15,87	40	31,75	47	37,30	19	15,08

n - broj ispitanika; % - postotak

Pitanja Zungove skale	Likterova skala							
	Rijetko		Ponekad		Često		Većinom	
	n	%	n	%	n	%	n	%
17. Osjećam se korisnim/om i potrebnim/om.	12	9,52	27	21,44	45	35,71	42	33,33
18. Moj život je prilično ispunjen.	2	1,59	26	20,63	50	39,68	48	38,10
19. Drugima bi bilo bolje kada bih ja bio/bila mrtva.	116	92,06	7	5,56	2	1,59	1	0,79
20. Još uvijek uživam u stvarima u kojima sam i prije uživao/la.	14	11,11	37	29,37	38	30,15	37	29,37
Prosječni rezultat Zungove skale	41,75							

n - broj ispitanika; % - postotak

Od N = 126 (100 %) ispitanih trudnica, njih N = 24 (19,05 %) ima rezultat bodovanja koji ukazuje na povišene simptome depresivnosti po Zungovoj skali samoprocjene depresivnosti (< 50). Rezultati pokazuju da N = 21 (16,67 %) ispitanica pokazuje rezultate >50 i <60 bodova, a koji predstavljaju blagu depresivnost. Njih N = 3 (2,38%) pokazuje rezultate >60 i <70, a isti ukazuju na umjerenu depresivnost, te kako Zungova skala objašnjava, takav rezultat može biti indikativan za veliku depresiju.

Tablica 2. Značenje rezultata Zungove skale u odnosu na broj rezultata skale ispitanica

Značenje rezultata Zungove skale	n	%
< 50 bodova = normalno	102	80,95
>50 i <60 bodova = blaga depresivnost	21	16,67
>60 i <70 = umjerena depresivnost	3	2,38
ukupno	126	100

n - broj ispitanika; % - postotak

### 5.1. Sociodemografski podaci ispitanica

Od N = 126 (100 %) trudnica uključenih u ovo istraživanje, njih N = 48 (38,1%) za mjesto stanovanja označilo je Zagrebačku županiju, N = 33 (26,2 %) Zagreb Istok, N = 24 (19 %) Zagreb Zapad i N = 21 (16,7 %) Zagreb Centar.

Tablica 3. Ispitanice prema mjestu stanovanja

Mjesto stanovanja	n	%
Zagrebačka županija	48	38,1
Zagreb Istok	33	26,2
Zagreb Zapad	24	19
Zagreb Centar	21	16,7
Ukupno	126	100%

n - broj ispitanika; % - postotak

Izračunom prosjeka rezultata Zungove skale i uspoređivanjem razlike između sociodemografskog podatka mjesta stanovanja utvrđeno je da od N = 24 (19 %) ispitanica s označenog područja Zagreb Zapad, njih N = 4 (16,67 %) ima povišene simptome depresivnosti (< 50). Na području Zagreb Istok od N = 33 (26,2 %) ispitanica, njih N = 3 (15,15 %) ima prisutne povišene simptome depresivnosti. Za područje Zagreb Centar izračunato je da od N = 21 (16,7%) anketirane trudnice, njih N = 6 (28,87 %) ima povišene simptome depresivnosti. U Zagrebačkoj je županiji anketu ispunilo N = 48 (38,1 %) trudnica te njih N = 11 (22,92 %) ima povišene simptome depresivnosti. Nakon provedenog istraživanja utvrđena je statistički značajna razlika u povišenim rezultatima Zungove skale s obzirom na mjesto stanovanja ( $F = 9,85e+29$ ;  $P = < 0,001$ ).

Tablica 4. Povišeni rezultati Zungove skale s obzirom na mjesto stanovanja

Mjesto stanovanja	n	%	df	F	P
>50 bodova Zungova skala					
Zagreb Zapad	4	16,67	125	9,85e+29	< 0,001*
Zagreb Istok	3	15,15			
Zagreb Centar	6	28,87			
Zagrebačka županija	11	22,92			
ukupno	24	100			

n - broj ispitanika; % - postotak; df – stupanj slobode ; F – empirijski omjer, P – statistička značajnost

## 5.2. Klinički podaci ispitanica

U istraživanje je bilo uključeno N = 126 (100 %) trudnica s područja Grada Zagreba i Zagrebačke županije, od kojih je N = 67 (53,17 %) trudnoću označilo kao prvu, N = 44 (34,92 %) kao drugu, N = 11 (8,73 %) kao treću, N = 3 (2,38 %) kao četvrtu i N = 1 (0,79 %) kao petu trudnoću po redu.

Tablica 5. Ispitanice po broju trudnoća

Broj trudnoća	n	%
Prva trudnoća	67	53,17
Druga trudnoća	44	34,92
Treća trudnoća	11	8,73
Četvrta trudnoća	3	2,38
Peta trudnoća	1	0,79
Ukupno	126	100

n - broj ispitanika; % - postotak

Zungova skala samoprocjene depresivnosti koristila se i u procjeni pojave depresivnosti s obzirom na broj prethodnih trudnoća. U skladu s time dobiveni su sljedeći rezultati: od N = 67 (53,17 %) trudnica koje su ovu trudnoću označile kao prvu, njih N = 12 (17,91 %) ima rezultat bodovanja koji ukazuje na povišene simptome depresivnosti (< 50); od N = 44 (34,92 %) ispitanica koje su ovu trudnoću označile kao drugu po redu, njih N = 8 (18,18 %) ima povišene rezultate; od N = 11 (8,73 %) trudnica koje ovu trudnoću navode kao treću po redu, njih N = 3 (27,27 %) pokazuju povišene rezultate na skali; od N = 3 (2,38 %) trudnica koje ovu trudnoću navode kao četvrtu po redu, njih N = 1 (33,33 %) ima povišene rezultate depresije. Rezultat bodovanja N = 1 (0,79 %) trudnica koja trudnoću označuje kao petu po redu ne ukazuje na povišene vrijednosti, odnosno N = 0 (0 %). Nakon provedenog istraživanja utvrđena je statistički značajna razlika u povišenim rezultatima Zungove skale s obzirom na broj trudnoća ( $F = 1,39e+29$ ;  $P = < 0,001$ ).

Tablica 6. Rezultati Zungove skale s obzirom na broj trudnoća ispitanica

Broj trudnoća	n	< 50 bodova Zungova skala	>50 bodova Zungova skala	% < 50 bodova Zungova skala	% >50 bodova Zungova skala	df	F	P
Prva trudnoća	67	55	12	82,09	17,91	125	1,39e+29	< 0,001*
Druga trudnoća	44	36	8	81,82	18,18			
Treća trudnoća	11	8	3	72,7	27,27			
Četvrta trudnoća	3	2	1	66,67	33,33			
Peta trudnoća	1	1	0	100	0			
Ukupno	126	102	24					

n - broj ispitanika; % - postotak; df – stupanj slobode ; F – empirijski omjer, P – statistička značajnost

Uz navedeno, trudnice su u anketama označile broj spontanih pobačaja, ukoliko ih je bilo. Rezultati pokazuju da od N = 126 (100 %) trudnica, njih N = 95 (75,40 %) nije nikada imalo spontani pobačaj, njih N = 24 (19,05 %) imalo je jedan, N = 5 (3,97 %) dva, N = 1 (0,79 %) tri i N = 1 (0,79 %) četiri je puta imalo spontani pobačaj.

Tablica 7. Ispitanice po broju spontanih pobačaja

Broj spontanih pobačaja	n	%
0	95	75,40
1	24	19,05
2	5	3,97
3	1	0,79
4	1	0,79
Ukupno	126	100

n - broj ispitanika; % - postotak



Od N = 95 (75,40 %) trudnica koje nikada nisu imale spontani pobačaj, njih N = 19 (20 %) imalo je rezultat bodovanja koji ukazuje na povišene rezultate po Zungovoj skali samoprocjene depresivnosti (< 50). Od N = 24 (19,05 %) ispitanica koje su imale jedan spontani pobačaj, za njih N = 3 (12,5 %) rezultat bodovanja ukazuje na povišene depresivne simptome (< 50). Za N = 5 (3,97 %) trudnica koje su dva puta u životu imale spontani pobačaj, rezultati su otkrili da njih N = 2 (40 %) ima povišene vrijednosti na Zungovoj SDS. Trudnica koja je spontani pobačaj imala tri puta prije sadašnje trudnoće, N = 1 (0,79 %), ne pokazuje povišene rezultate na skali, odnosno N = 0 (0 %). Trudnica koja je spontani pobačaj imala četiri puta prije sadašnje trudnoće, N = 1 (0,79 %), također ne pokazuje povišene rezultate, odnosno N = 0 (0 %). Nakon provedenog istraživanja utvrđena je statistički značajna razlika u povišenim rezultatima Zungove skale s obzirom na broj spontanih pobačaja ( $F = 6.87e+28$ ;  $P = < 0,001$ ).

Tablica 8. Rezultati Zungove skale s obzirom na broj spontanih pobačaja

Broj spontanih pobačaja	n	< 50 bodova Zungova skala	>50 bodova Zungova skala	% < 50 bodova Zungova skala	% >50 bodova Zungova skala	df	F	P
0	95	76	19	80	20	125	6,87e+28	< 0,001*
1	24	21	3	87,5	12,5			
2	5	3	2	60	40			
3	1	1	0	100	0			
4	1	1	0	100	0			
Ukupno	126	102	24					

n - broj ispitanika; % - postotak; df – stupanj slobode ; F – empirijski omjer, P – statistička značajnost

Od N = 126 (100 %) ispitanica, njih N = 118 (93,7 %) označilo je da je sadašnja trudnoća uspostavljena spontanim putem, a njih N = 8 (6,3 %) sadašnju je trudnoću začelo umjetnom oplodnjom.

Tablica 9. Ispitanice po načinu začeća sadašnje trudnoće

Način začeća sadašnje trudnoće	n	%
Trudnoća je dobivena spontanim putem	118	93,7
Trudnoća je dobivena umjetnom oplodnjom	8	6,3
Ukupno	126	100

n - broj ispitanika; % - postotak

Od N = 118 (93,7 %) trudnica koje su trudnoću začele spontanim putem, njih N = 23 (19,49 %) ima rezultat bodovanja koji ukazuje na povišene simptome depresivnosti po Zungovoj skali samoprocjene depresivnosti (< 50). Od N = 8 (6,3 %) trudnica koje su trudnoću začele umjetnom oplodnjom, N = 1 (12,5 %) ima rezultat bodovanja koji ukazuje na povišene simptome depresivnosti po istoj skali samoprocjene depresivnosti (< 50). Nakon provedenog istraživanja utvrđena je statistički značajna razlika u povišenim rezultatima Zungove skale s obzirom na način začeća ( $F = 9.13e+27$ ;  $P = < 0,001$ ).

Tablica 10. Rezultati Zungove skale s obzirom na način začeća sadašnje trudnoće

Način začeća sadašnje trudnoće	n	< 50 bodova Zungova skala	>50 bodova Zungova skala	% < 50 bodova Zungova skala	% >50 bodova Zungova skala	Ukupno %	df	F	P
Trudnoća je dobivena spontanim putem	118	95	23	80,51	19,49	100	125	9,13e+27	< 0,001*
Trudnoća je dobivena umjetnom oplodnjom	8	7	1	87,5	12,5	100			
Ukupno	126	102	24						

n - broj ispitanika; % - postotak; df – stupanj slobode ; F – empirijski omjer, P – statistička značajnost

## 6. RASPRAVA

Rezultati istraživanja Pojavnost depresivnih simptoma kod trudnica pokazuju da 19,05 % ispitanica na području Grada Zagreba i Zagrebačke županije ima prisutne simptome iznad granica normalnih rezultata Zungove skale samoprocjene depresivnosti.

Prevalenciju depresivnih simptoma kod trudnica u Republici Hrvatskoj mjerilo je 2013. godine istraživanje u kojem su sudjelovale 272 trudnice Kliničkog bolničkog centra Sestre milosrdnice. Rezultati istraživanja pokazali su da je čak 31 % trudnica imao prisutne simptome depresije. Simptomi depresije mjerili su se Beckovim testom depresije koji sadrži 21 pitanje usredotočeno na kognitivno-somatske poteškoće, te u istraživanju naglašavaju da neki somatsko-depresivni simptomi predstavljaju normalne fiziološke promjene tijekom trudnoće, kao što su umor, niži libido, promjene u apetitu i promjene u obrascima spavanja (40).

Zungova skala, koja je upotrijebljena u ovom istraživanju, također bilježi kognitivno-somatske simptome depresije te se i za nju može reći da se pojedini simptomi mogu predstaviti kao normalne fiziološke promjene tijekom trudnoće, kao što su umor, snižen libido, promjene u tjelesnoj težini i obrascu spavanja.

Još jedno istraživanje, mjereno na 110 trudnica Beckovim testom depresije, provedeno 2018. godine na području zdravstvene zaštite žena u Đakovu, otkriva da su kod 26,36 % trudnica prisutni simptomi depresije (41).

Iako se trudnoća smatra normalnim psihosocijalnim događajem za žene, ona ipak može rezultirati velikim psihološkim promjenama i dovesti do niza depresivnih simptoma kod trudnica (42). Trudnoća predstavlja izazovno razdoblje u životu svake žene. S obzirom na to da je trudnoća sa svojim promjenama stresno razdoblje, povezano s novim brigama i često anksioznim stanjem, ona može potaknuti pojavu depresivnih simptoma po prvi puta ili povratak prijašnjih simptoma u slučaju ranije postavljene dijagnoze depresije. Pojava depresivnih simptoma u trudnoći čest je problem mentalnog zdravlja žena s procijenjenom prevalencijom na području Grada Zagreba i Zagrebačke županije 19,05 %. Dok o prediktorima poslijeporođajne depresije postoje opsežna istraživanja, istodobno su prediktori depresije u trudnoći znatno manje izučavani. Unatoč tome što je dijagnoza depresije prepoznata kao važan zdravstveni problem u životu svake žene, a posebice majke, ona je i dalje relativno zanemarena preventivna komponenta prenatalne skrbi (43).

Pojava depresivnih simptoma kod trudnica može biti pokazatelj razvitka ozbiljnog mentalnog stanja žene. Prenatalna skrb razvijena je kako bi zaštitila majku i dijete, stoga je od iznimne važnosti da se simptomi depresije kod trudnica prestanu prikazivati kao neznatne promjene u trudnoći koje su zbog svoje normalizacije zanemarene i samim time otpisane kao problem i kao razlog traženja podrške i pomoći. Na Zungovoj se skali nalaze elementi koji prikazuju promjene tijekom trudnoće, navedene kao promjene karakteristične za tijek trudnoće, no to ih ne čini manje izazovnim za mentalno zdravlje trudnice. Stoga su daljnja statistička mjerenja u ciljanoj populaciji, pravovremeno prepoznavanje pojavnosti simptoma i pravovremeno pružanje psihološke podrške glavni zadatci zdravstvenog sustava u prenatalnom razdoblju.

## 7. ZAKLJUČAK

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati prisutnosti i pojavnosti depresivnih simptoma kod trudnica na području Zagreba i Zagrebačke županije, te je on i ostvaren.

Temeljem provedenoga istraživanja i dobivenih rezultata može se zaključiti da prevalencija pojavnosti depresivnih simptoma kod trudnica na području Grada Zagreba i Zagrebačke županije iznosi 19,05 %.

## 8. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Ispitati prisutnosti i pojavnosti depresivnih simptoma kod trudnica na području Zagreba i Zagrebačke županije, kako bi podigli svijest o ovom problemu te utjecali na način da se na vrijeme pruži potrebna podrška trudnici i njenoj okolini.

Nacrt studije: Presječno istraživanje.

Ispitanici i metode: Ciljana populacija u ovom istraživanju obuhvaća žene s pozitivnom trudnoćom, uključujući svih 9 mjeseci, odnosno 42 tjedna trudnoće, pa i nakon 42. tjedna u slučaju prenesene trudnoće. Uz samo stanje trudnoće, kriterij za sudjelovanje bilo je mjesto stanovanja ispitanica. Ispitanice ovog istraživanja bile su trudnice kojima je mjesto stanovanja Grad Zagreb ili Zagrebačka županija.

Materijal i metode: Ovo presječno istraživanje provelo se u razdoblju od 6 mjeseci, od 1. srpnja do 31. prosinca 2023. godine na području Grada Zagreba i Zagrebačke županije. U istraživanje su bile uključene trudnice iz 12 ginekoloških ambulanta primarne zdravstvene zaštite žena domova zdravlja u Gradu Zagrebu i 7 ginekoloških ambulanta primarne zdravstvene zaštite žena domova zdravlja Zagrebačke županije. Istraživanje se sastojalo od upitnika koji je sadržavao Zungovu skalu za samoprocjenu depresije, sociodemografske podatke i kliničke podatke.

Rezultati: Istraživanjem je utvrđena pojavnost depresivnih simptoma kod trudnica. Utvrđena je statistički značajna razlika u postojanju i težini depresivnih simptoma kod trudnica različitih sociodemografskih i kliničkih karakteristika. Nakon provedenog istraživanja utvrđena je statistički značajna razlika u povišenim rezultatima Zungove skale s obzirom na sve kliničke karakteristike i sociodemografske karakteristike ( $P = < 0,001$ ).

Zaključak: Pojava depresivnih simptoma kod trudnica može biti pokazatelj razvitka ozbiljnog mentalnog stanja žene. Prenatalna skrb razvijena je kako bi zaštitila majku i dijete, stoga je od iznimne važnosti da se simptomi depresije kod trudnica prestanu prikazivati kao neznatne promjene u trudnoći koje su zbog svoje normalizacije zanemarene i samim time otpisane kao problem i kao razlog traženja podrške i pomoći. Glavni su zadatci zdravstvenog sustava u prenatalnom razdoblju daljnja statistička mjerenja u ciljanoj populaciji, pravovremeno prepoznavanje pojavnosti simptoma i pravovremeno pružanje psihološke podrške.

Ključne riječi: depresija; depresivni simptomi; mentalno zdravlje; pojavnost; trudnoća;  
Zungova skala

## 9. SUMMARY

### **Occurrence of depressive symptoms in pregnant women**

**Objective:** To examine the presence and occurrence of depressive symptoms in pregnant women in the area of Zagreb and Zagreb County, in order to raise awareness of this problem and influence the way to provide the necessary support to pregnant women and their environment in time.

**Study Design:** Cross-sectional study.

**Participants and Methods:** The target population in this research includes women with a confirmed pregnancy, including all 9 months or 42 weeks of pregnancy, and beyond 42 weeks in the case of a post-term pregnancy. In addition to the pregnancy status, a criterion for participation was the place of residence of the participants. The subjects of this research were pregnant women residing in the City of Zagreb or Zagreb County.

**Materials and Methods:** This cross-sectional study was conducted over a period of 6 months from July 1 to December 31, 2023, in the City of Zagreb and Zagreb County. The study included pregnant women from 12 gynaecological clinics providing primary healthcare for women in the City of Zagreb and 7 gynaecological clinics providing primary healthcare for women in Zagreb County. The study consisted of a questionnaire containing the Zung Self-Rating Depression Scale, sociodemographic data, and clinical data.

**Results:** The study determined the incidence of depressive symptoms in pregnant women. A statistically significant difference was found in the existence and severity of depressive symptoms in pregnant women with different sociodemographic and clinical characteristics. After conducting the research, a statistically significant difference was found in the increased results of the Zung Scale scores concerning all clinical characteristics and sociodemographic characteristics ( $P = < 0.001$ ).

**Conclusion:** The occurrence of depressive symptoms in pregnant women can be an indicator of the development of a serious mental condition in women. Prenatal care was developed to protect both the mother and the child, so it is extremely important that symptoms of depression in pregnant women stop being presented as minor changes in pregnancy that are normalized, neglected, and thus dismissed as a problem and a reason to seek support and help. The main tasks of the health system in the prenatal period are further statistical measurements in the target



population, timely recognition of the incidence of symptoms, and timely provision of psychological support.

Keywords: depression, depressive symptoms, mental health, incidence, pregnancy, Zung Scale

**10. LITERATURA**

1. Muslić Lj, Znete li što je mentalno zdravlje? 1. izd. Rukavina T, Raguž PB. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2024, str. 40
2. World Health Organization. Mental health. [Internet]. 2022. [pristupljeno 29.05.2024.] Dostupno na adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
3. Zdunić T., Suvremeni aspekti mentalnog zdravlja mladih i školske djece [diplomski rad]. [Rijeka]: Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet; 2022. str. 49
4. Štrkalj Ivezić S. Mentalno zdravlje u zajednici. *Epoha zdravlja*. 2022;15(1):9-11.
5. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science*. 1995 Aug 11;269(5225):799-801. doi: 10.1126/science.7638596. PMID: 7638596.
6. Kok Petrak R. Utjecaj postpartalne depresije na mentalno zdravlje žena i dojenje [Diplomski rad]. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija; 2020 [pristupljeno 21.05.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:575990>
7. Kosovel I. Tugovanje u funkciji gubitka. *Psychē* [Internet]. 2023 [pristupljeno 21.05.2024.];6(1):239-254. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/310914>
8. Breček A, Canjuga I, Herceg V. Stigmatizacija i stereotipizacija oboljelih od epilepsije. *Socijalna psihijatrija* [Internet]. 2018 [pristupljeno 21.05.2024.];46(1):77-101. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/200580>
9. Babić D. i sur. *Psihijatrija*. Mostar: Sveučilište u Mostaru; 2018.
10. Penava I, Barać K, Begić A, Babić D. Stigmatizacija psihički oboljelih osoba. *Zdravstveni glasnik* [Internet]. 2022 [pristupljeno 21.05.2024.];8(2):46-58. <https://doi.org/10.47960/2303-8616.2022.16.46>
11. Jerončić Tomić I. Stigma – mitovi i predrasude depresivnog poremećaja – uloga videa kao medija u psihoedukaciji (Boli me – video za promociju mentalnog zdravlja). In *Medias Res: časopis za filozofiju medija* 2016; 6 (11): 1689-1693.

12. Živković M, Marinović P, Mihaljević-Peš A. Antipsihotici u trudnoći i dojenju. *Medicus* [Internet]. 2023 [pristupljeno 21.05.2024.];32(1. Psihoze):121-126. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/308628>
13. Ljubičić Đ. Duhovnost i psihijatrija, Suicid i duhovnost, Depresija i duhovnost. *Medicus* [Internet]. 2010 [pristupljeno 13.05.2024.];19(1\_Adolescencija\_2):109-112. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/60300>
14. World Health Organization. Gender and women's health [Internet]. 2011. [pristupljeno 16.04.2024.] Dostupno na adresi: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/genderwomen/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/)
15. Lederer P. Gender differences in the prevalence of depression. Diss. Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, 2014.
16. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta –analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(10):1012-1024.
17. Rakel RE. Depression. *Prim Care*. 1999 Jun;26(2):211-24. doi: 10.1016/s0095-4543(08)70003-4. PMID: 10318745.
18. Folnegović-Šmalc V, Mimica N, Henigsberg N. Klasifikacijske i dijagnostičke ocjenjske skale. U: Gregurek R, Folnegović-Šmalc V, ur. Metode ispitivanja psiholoških funkcija i ponašanja. Priručnik. Zagreb: Medicinska naklada; 2002, str. 26-30.
19. Kuzman M, ur. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema: MKB-10 - deseta revizija, svezak 1. Zagreb: Medicinska naklada; 1994.
20. Mimica N, Folnegović-Šmalc V, Uzun S, Makarić G. Suvremena klasifikacija depresije i mjerni instrumenti. *Medicus* [Internet]. 2004 [pristupljeno 16.04.2024.];13(1\_Depresija):19-2. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/19802>
21. Jahan N, Went TR, Sultan W, Sapkota A, Khurshid H, Qureshi IA, Alfonso M. Untreated depression during pregnancy and its effect on pregnancy outcomes: a systematic review. *Cureus*. 2021 Aug 17;13(8).
22. Tuxunjiang X, Li L, Zhang W, Sailike B, Wumaier G, Jiang T. Mediation effect of resilience on pregnancy stress and prenatal depression in pregnant women. *Zhong nan da xue*

- xue bao. Yi xue ban= Journal of Central South University. Medical Sciences. 2023 Apr 1;48(4):557-64.
23. Savitz DA, Stein CR, Ye F, Kellerman L, Silverman M. The epidemiology of hospitalized postpartum depression in New York State, 1995-2004. *Ann Epidemiol.* 2011; 21(6): 399-406.
24. Degmečić D. *Mentalno zdravlje žena*. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
25. Hirst, K.P, Moutier CY. Postpartum major depression. *Am Fam Physician.* 2010; 82(8): 926-933. Dostupno na: <http://www.aafp.org/afp/990415ap/2247.html> Datum pristupa: 28.12.2015.
26. Míguez MC, Vázquez MB. Risk factors for antenatal depression: A review. *World Journal of Psychiatry.* 2021 Jul 7;11(7):325.
27. Mareckova K, Mareček R, Jani M, Zackova L, Andryskova L, Brazdil M, Nikolova YS. Association of maternal depression during pregnancy and recent stress with brain age among adult offspring. *JAMA Network Open.* 2023 Jan 3;6(1):e2254581-.
28. Mikšić Š. Povezanost psihičkog stanja zdravih roditelja s duljinom dojenja i napredovanjem djeteta [doktorska disertacija ]. [Osijek]: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku Medicinski fakultet Osijek; 2016. 114 p.
29. Myers ER, Aubuchon-Endsley N, Bastian LA, Gierisch JM, Kemper AR, Swamy GK, Wald MF, McBroom AJ, Lallinger KR, Gray RN, Green C, Sanders GD. Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013 Apr. Report No.: 13-EHC064-EF. PMID: 23678510.
30. Răchită AI, Strete GE, Sălcudean A, Ghiga DV, Rădulescu F, Călinescu M, Nan AG, Sasu AB, Suci LM, Mărginean C. Prevalence and Risk Factors of Depression and Anxiety among Women in the Last Trimester of Pregnancy: A Cross-Sectional Study. *Medicina.* 2023 May 24;59(6):1009.
31. Dorheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Can Insomnia in Pregnancy Predict Postpartum Depression? A Longitudinal, Population-Based Study. *PLoS ONE.* 2014; 9(4):e94674.
32. Gluckman PD, Hanson MA, Cooper C, Thornburg KL. Effect of in utero and early life conditions on adult health and disease. *N Engl J Med.* 2008;359(1):61-73.

33. Dagher RK, Bruckheim HE, Colpe LJ, Edwards E, White DB. Perinatal Depression: Challenges and Opportunities. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021 Feb;30(2):154-159. doi: 10.1089/jwh.2020.8862. Epub 2020 Nov 6. PMID: 33156730; PMCID: PMC7891219.
34. Palladino CL, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold KJ. Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstet Gynecol*. 2011;118:1056-63.
35. Marušić M., Petrovečki M., Petraj J., Marušić A. Uvod u znanstveni rad u medicini. 5. izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
36. Kitamura T, Ohashi Y, Kita S, Haruna M, Kubo R: Depressive mood, bonding failure, and abusive parenting among mothers with three-month-old babies in a Japanese community. *Open Journal of Psychiatry* 2013; 3: 1-7
37. Jandrić D. Spolne razlike u odnosu između agresivnosti i depresije [diplomski rad]. [Zagreb]: Hrvatski studij Sveučilište u Zagrebu; 2009. 45 p.
38. Zung WW. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965 Jan;12:63-70. doi: 10.1001/archpsyc.1965.01720310065008. PMID: 14221692.
39. Tomić D. Perfekcionizam i depresivnost: Medijacijska uloga bezuvjetnog prihvatanja [diplomski rad]. [Sarajevo]: Univerzitet u Sarajevu Filozofski fakultet; 2018. 56 p.
40. Nakić Radoš S, Tadinac M, Herman R. Učestalost depresije u trudnoći i nakon porođaja u uzorku hrvatskih žena. *Klinička psihologija* [Internet]. 2013 [pristupljeno 18.04.2024.];6(1-2):93-93. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/167456>
41. Mikšić Š, Miškulin M, Juranić B, Rakošec Ž, Včev A, Degmečić D. Depression and suicidality during pregnancy. *Psychiatria Danubina* [Internet]. 2018 [pristupljeno 18.04.2024.];30(1):85-90. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.85>
42. Silva MM, Serrano TB, Porcel GD, Monteiro BB, Clapis MJ. Risk of depression during pregnancy in usual risk antenatal care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2023 Jul 21;31:e3962.
43. Žutić M. Prediktori depresivnosti u trudnoći [Diplomski rad]. Zagreb: Hrvatsko katoličko sveučilište; 2018 [pristupljeno 09.05.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:224:096724>