

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

MAGISTRSKO DELO

DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI, PORODA IN
POPORODNEGA OBDOBJA V ČASU OBDOBJA
EPIDEMIJE KORONAVIRUSA (COVID-19)

MAŠA HVALA

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Magistrsko delo

**Doživljanje nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja v času
obdobja epidemije koronavirusa (COVID-19)**

(Experiencing pregnancy, childbirth and the postpartum period during
coronavirus (COVID-19) epidemic)

Ime in priimek: Maša Hvala

Študijski program: Biopsihologija, 2. stopnja

Mentorica: prof. dr. Vlasta Novak Zabukovec

Somentorica: asist. dr. Tina Tinkara Peternej

Koper, 2024

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici prof. dr. Vlasti Novak Zabukovec za predano mentorstvo, podane nasvete in strokovno vodstvo pri pripravi magistrskega dela. Njena podpora in konstruktivne kritike so bile ključnega pomena pri oblikovanju kakovostnega raziskovalnega dela.

Prav tako se iskreno zahvaljujem somentorici asist. dr. Tini Tinkari Peternej, ki je s svojim strokovnim znanjem in nasveti pripomogla k širšemu razumevanju tematike in celoviti izvedbi raziskave. Hvaležna sem za njeno prisotnost in strokovno podporo, ki sta močno prispevali k uspešnemu zaključku magistrskega dela.

Hvala tudi vsem sodelujočim v raziskavi, ki so s svojim sodelovanjem prispevali k obogatitvi podatkovnega materiala.

Zahvalila bi se rada tudi svoji družini, ki mi je ves čas študija stala ob strani, me spodbujala in mi pomagala do zastavljenega cilja. Posebna zahvala gre mojemu partnerju Tadeju in hčerkama za vso podporo, razumevanje in pomoč.

Hvala tudi vam, prijateljice in sošolke, za vse vzpodbudne besede, za vso pomoč v času študija, in tudi po njem. Hvala, da ste mi stale ob strani. Še posebej hvala tebi, Klavdija, za vso pomoč.

Brez vas mi ne bi uspelo.

Hvala vam!

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Maša HVALA

Naslov magistrskega dela: Doživljanje nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja v času obdobja epidemije koronavirusa (COVID-19)

Kraj: Koper

Leto: 2024

Število listov: 56

Število slik: 3

Število tabel: 31

Število referenc: 87

Mentorica: prof. dr. Vlasta Novak Zabukovec

Somentorica: asist. dr. Tina Tinkara Peternej

Ključne besede: ženske, nosečnost, porod, poporodna depresija, COVID-19

Izvleček:

Nosečnost za ženske predstavlja edinstveno in čudovito obdobje v življenju. Pomembno je razumeti, da so individualne izkušnje nosečnosti zelo različne in se lahko med ženskami razlikujejo. Poporodno obdobje vključuje fizične, čustvene in družbene prilagoditve na materinstvo. Epidemija koronavirusne bolezni (COVID-19) je imela različne vplive na nosečnice in njihovo doživljanje nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. Namen magistrskega dela je bil dobiti vpogled v doživljanje nosečnic v času epidemije COVID-19, in sicer smo se osredotočili predvsem na pregled dostopnosti oskrbe in spoprijemanje nosečnic z ukrepi. Cilj naloge je bil ugotoviti, kakšno je bilo psihično počutje nosečnic v Sloveniji med epidemijo COVID-19, kakšno je bilo njihovo telesno stanje, kako so zaznavale ukrepe in se njimi spoprijemale, kakšna je bila dostopnost oskrbe v ginekološki ambulanti v času epidemije COVID-19 ter kako je odsotnost partnerja pri porodu zaradi ukrepov omejitve širjenja COVID-19 vplivala na izkušnjo poroda. Poleg tega smo želeli oceniti, kolikšna je bila pojavnost poporodne depresije in tesnobe med ženskami, ki so rodile med letoma 2020 in 2021 v času epidemije COVID-19. V raziskavi je sodelovalo 69 žensk, ki so rodile med letoma 2020 in 2021. Odgovarjale so na spletni vprašalnik, ki je zajemal demografska vprašanja, vprašanja o psihičnem in fizičnem doživljanju žensk v času COVID-19, Beckov vprašalnik depresivnosti (krajša različica) in Edinburško lestvico postnatalne depresije. Ukrepa omejitve stikov in gibanja sta negativno vplivala na telesno in psihično počutje udeleženk, prisotnost partnerja pri porodu pa je pozitivno vplivala na zaznavanje občutka varnosti nosečnice pri porodu. Pridobljeni podatki v raziskavi nudijo vpogled v doživljanje nosečnic med epidemijo COVID-19 v slovenskem prostoru, kar bi lahko prispevalo k boljšemu razumevanju kompleksnosti teh situacij ter vodilo k prilagojenim in bolj učinkovitim načinom podpore, ob

upoštevanju specifičnih izzivov, s katerimi se soočajo nosečnice v času epidemije, kot so omejitve prisotnosti partnerja pri porodu, strah pred okužbo, omejen dostop do zdravstvenih storitev ter povečan občutek osamljenosti in tesnobe.

Key document information

Name and SURNAME: Maša HVALA

Title of the thesis: Experiencing pregnancy, childbirth and the postpartum period during coronavirus (COVID-19) epidemic

Place: Koper

Year: 2024

Number of pages: 56

Number of figures: 3

Number of tables: 31

Number of references: 87

Mentor: Prof. Vlasta Novak Zabukovec, PhD

Co-Mentor: Asist. Tina Tinkara Peternelj, PhD

Keywords: women, pregnancy, childbirth, postpartum depression, COVID-19

Abstract:

Pregnancy represents a unique and wonderful time in women's life. It is important to understand that individual experiences of pregnancy are very different and can vary between women. The postpartum period includes physical, emotional and social adjustments to motherhood. The epidemic of the coronavirus disease (COVID-19) had different impacts on pregnant women and their experience of pregnancy, childbirth and the postpartum period. The aim of this research was to examine experiences of pregnant women during COVID-19. We focused on the availability of care during COVID-19 epidemic and how pregnant women confronted epidemic restrictions. The aim of the thesis was to explore the psychological well-being and physical state of pregnant women in Slovenia during the epidemic COVID-19, how they perceived the measures and coped with them, what was the availability of care in the gynecological clinic during the COVID-19 epidemic, and how the absence of partner at birth affected women's childbirth experience. In addition, we evaluated the occurrence of postpartum depression and anxiety among women who gave birth between 2020 and 2021. The sample included 69 women, who gave birth between 2020 and 2021. They completed an online questionnaire that included demographic questions, questions about psychological and physical experiences of women during the COVID-19 period, Beck Depression Inventory (short form) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Our results show the contact and movement restrictions negatively influenced the physical and psychological well-being of the participants, and that the presence of a partner during childbirth had a positive effect on women's sense of safety during childbirth. The research findings offer valuable insights into how pregnant women experienced the COVID-19 epidemic in Slovenia, which could contribute to a better understanding of the complexity of these situations and lead to adapted and more effective methods of support,

considering the specific challenges faced by pregnant women during the pandemic, such as restrictions on partner presence during childbirth, fear of infection, limited access to health services, and increased feelings of loneliness and anxiety.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
1.1	NOSEČNOST	1
1.1.1	Spremembe med nosečnostjo.....	2
1.2	POROD	3
1.3	POPORODNO OBDOBJE.....	6
1.4	COVID-19	7
1.5	FIZIOLOŠKE PRILAGODITVE NA NOSEČNOST IN POSLEDICE COVID-19	8
1.6	POPORODNA DEPRESIJA.....	11
1.6.1	Simptomi poporodne depresije	12
1.6.2	Dejavniki tveganja za razvoj poporodne depresije	13
1.6.3	Zgodnje odkrivanje poporodne depresije v Sloveniji	14
1.6.4	Nevrobiološko ozadje poporodne depresije	15
1.6.5	Zdravljenje poporodne depresije.....	17
1.7	NAMEN IN CILJ MAGISTRSKEGA DELA	18
1.8	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA IN HIPOTEZE	19
2	METODA	21
2.1	VZOREC	21
2.2	PRIPOMOČKI	23
2.3	POSTOPEK.....	25
2.4	METODA OBDELAVA PODATKOV	26
3	REZULTATI.....	27
3.1	PSIHIČNO IN FIZIČNO POČUTJE UDELEŽENK RAZISKAVE V ČASU EPIDEMIJE COVID-19.....	27
3.2	OPISNA STATISTIKA BECKOVEGA VPRAŠALNIKA DEPRESIVNOSTI IN EDINBURŠKE LESTVICE POSTNATALNE DEPRESIJE	35
3.3	RAVEN DEPRESIVNEGA STANJA PRI UDELEŽENKAH V ČASU NOSEČNOSTI IN DO ŠEST MESECEV PO PORODU GLEDE NA OMEJENOST STIKOV IN GIBANJA MED REGIJAMI V ČASU EPIDEMIJE COVID-19.....	37
3.4	TELESNO IN PSIHIČNO POČUTJE ŽENSK V ČASU NOSEČNOSTI IN DO ŠEST MESECEV PO PORODU GLEDE NA OMEJENOST STIKOV IN GIBANJA MED REGIJAMI V ČASU EPIDEMIJE COVID-19.....	42
3.5	DOSTOP DO OSKRBE V GINEKOLOŠKI AMBULANTI V ČASU EPIDEMIJE COVID-19	45
3.6	PRISOTNOST PARTNERJA PRI PORODU IN ZAZNAVANJE PORODNE BOLEČINE	46
3.7	PRISOTNOST PARTNERJA PRI PORODU IN OBČUTEK VARNOSTI MED PORODOM	47

3.8	POJAVNOST POPORODNE DEPRESIJE V ČASU EPIDEMIJE COVID-19 NA VZORCU.....	48
4	RAZPRAVA.....	49
5	SKLEPI.....	55
6	LITERATURA IN VIRI.....	57

KAZALO TABEL

Tabela 1: Opisna statistka za starost udeleženk.....	21
Tabela 2: Opisna statistika za demografske značilnosti udeleženk: leto poroda udeleženk, statistična regija bivanja, zakonski status, zaposlitveni status in najvišja dosežena izobrazba udeleženk.....	21
Tabela 3: Opisna statistika značilnosti bivalnega okolja in bivalnega prostora udeleženk ter njihovo zadovoljstvo z bivalnim prostorom v času epidemije COVID-19.....	27
Tabela 4: Opisna statistika telesnega in psihičnega počutja udeleženk med epidemijo COVID-19 v primerjavi z obdobjem pred epidemijo.....	28
Tabela 5: Opisna statistika mnenja o vplivu ukrepov med epidemijo COVID-19 na pogostost osebnih stikov, pogostost stikov v primerjavi s časom pred epidemijo COVID-19, pogrešanje osebnih stikov z drugimi osebami in najpogostejši stiki v zasebnem času med epidemijo COVID-19.....	28
Tabela 6: Opisna statistika pogostosti stikov med epidemijo COVID-19.....	29
Tabela 7: Opisna statistika telesnega in psihičnega počutja udeleženk v času omejitve gibanja med epidemijo COVID-19.....	30
Tabela 8: Opisna statistika iskanja psihološke pomoči v preteklosti in/ali v času epidemije COVID-19.....	32
Tabela 9: Opisna statistika dostopnosti do ginekološke oskrbe in prisotnosti partnerja pri porodu v času epidemije COVID-19.....	32
Tabela 10: Opisna statistika pomembnosti izkušnje, da je bil lahko partner prisoten pri porodu, želje, da bi bil pri porodu prisoten partner, ter ocene porodne bolečine in varnosti pri porodu.....	33
Tabela 11: Opisna statistika lajšanja porodne bolečine.....	34
Tabela 12: Opisna statistika Beckovega vprašalnika depresije – kratka oblika (BDI-SF) in Edinburške lestvice postnatalne depresije (EPDS).....	35
Tabela 13: Opisna statistika Beckovega vprašalnika depresije – kratka oblika (BDI-SF) in Edinburške lestvice postnatalne depresije (EPDS) po skupinah.....	35
Tabela 14: Opisna statistika o ravni depresije med nosečnostjo in po porodu glede na pogostost osebnih stikov med epidemijo COVID-19.....	37
Tabela 15: Opisna statistika za raven depresije med nosečnostjo in po porodu glede na pogostost osebnih stikov med epidemijo COVID-19.....	39
Tabela 16: Shapiro-Wilkov test za raven depresije med nosečnostjo in po porodu glede na pogostost osebnih stikov med epidemijo COVID-19.....	40
Tabela 17: Spearmanov test za raven depresije med nosečnostjo in po porodu glede na pogostost osebnih stikov med epidemijo COVID-19.....	40
Tabela 18: Opisna statistika za raven depresije med nosečnostjo in po porodu glede na pogostost stikov med epidemijo COVID-19 v primerjavi s časom pred epidemijo.....	41

Tabela 19: Shapiro-Wilkov test za raven depresije med nosečnostjo in po porodu glede na pogostost stikov med epidemijo COVID-19 v primerjavi s časom pred epidemijo	41
Tabela 20: Spearmanov test za raven depresije med nosečnostjo in po porodu glede na pogostost stikov med epidemijo COVID-19 v primerjavi s časom pred epidemijo	42
Tabela 21: Shapiro-Wilkov test telesnega in psihičnega počutja udeleženk glede na pogostost osebnih stikov v času epidemije COVID-19	43
Tabela 22: Spearmanov test telesnega in psihičnega počutja udeleženk glede na pogostost osebnih stikov v času epidemije COVID-19	43
Tabela 23: Opisna statistika telesnega in psihičnega počutja udeleženk glede na pogostost stikov v času epidemije COVID-19.....	44
Tabela 24: Shapiro-Wilkov test telesnega in psihičnega počutja udeleženk glede na pogostost stikov v času epidemije COVID-19.....	44
Tabela 25: Spearmanov test telesnega in psihičnega počutja udeleženk glede na pogostost stikov v času epidemije COVID-19.....	45
Tabela 26: Shapiro-Wilkov test za nemoten dostop do ginekološke oskrbe v času epidemije COVID-19.....	45
Tabela 27: Opisna statistika zaznavanja porodne bolečine glede na prisotnost partnerja pri porodu v času epidemije COVID-19	46
Tabela 28: Shapiro-Wilkov test zaznavanja porodne bolečine glede na prisotnost partnerja pri porodu v času epidemije COVID-19 z Mann-Whitneyjevim U-testom	46
Tabela 29: Opisna statistika občutka varnosti pri porodu glede na prisotnost partnerja v času epidemije COVID-19.....	47
Tabela 30: Shapiro-Wilkov test občutka varnosti pri porodu glede na prisotnost partnerja v času epidemije COVID-19 z Mann-Whitneyjevim U-testom.....	48
Tabela 31: Shapiro-Wilkov test pojavnosti poporodne depresije pri udeleženkah v času epidemije COVID-19.....	48

KAZALO SLIK

Slika 1: Mnenje udeleženk o vplivu epidemije COVID-19 na njihovo življenje	30
Slika 2: Skrb za fizično in psihično počutje v času epidemije COVID-19	31
Slika 3: Vrsta poroda pri udeleženkah v času epidemije COVID-19	34

SEZNAM KRATIC

ARDS	sindrom akutne respiratorne stiske	Acute respiratory distress syndrome
BDI	Beckov vprašalnik depresivnosti	Beck Depression Inventory
BDI-SF	Beckov vprašalnik depresivnosti krajša verzija	Beck Depression Inventory short form
CBG	kortikosteron vezujoč globulin	corticosterone binding globulin
CORT	kortikosteron	
COVID-19	koronavirusna bolezen 2019	Coronavirus disease 2019
CRH	kortikotropin sproščujoči hormon	corticotropin releasing hormone
DIK	diseminirana intravaskularna koagulopatija	
EPDS	Edinburška lestvica postnatalne depresije	Edinburgh Postnatal Depression Scale
FIGO	Mednarodna zveza za ginekologijo in porodništvo	The International Federation of Gynecology and Obstetrics
HAM-D	Hamiltonova ocena depresije	Hamilton Depression Rating Scale, HDRS ali HAM-D
HCG	humani horionski gonadotropin	Human chorionic gonadotropin
HCS	humani horionski somatomamotropin	Human chorionic somatomammotropin
HPA os	os hipotalamus-hipofiza- nadledvične žleze	Hypothalamic-pituitary-adrenal axis
HPG os	os hipotalamus-hipofiza-gonade	The hypothalamic-pituitary-gonadal axis
HR	razmerje ogroženosti	hazard ratio
IZ	interval zaupanja	
MERS	bližnjevzhodnim respiratornim sindromom	Middle East Respiratory Syndrome
PNAS	pediatrični akutni nevropsihiatrični sindrom	pediatric acute neuropsychiatric syndrome
RNK	ribonukleinska kislina	
PNTML	motorične latence pudendalnega živčnega terminala	pudendal nerve terminal motor latencies
PPD	poporodna depresija	postpartum depression
PTSM	posttravmatska stresna motnja	
SARS	hud akutni respiratorni sindrom	Severe acute respiratory syndrome
SARS-CoV-2	hud akutni respiratorni sindrom coronavirus 2	Severe acute respiratory syndrome Coronavirus-2

SD	standardna deviacija	
SP-A	surfaktant protein A	
SSRI	selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina	Selective serotonin reuptake inhibitors
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija	

1 UVOD

Med nosečnostjo in po porodu se pri ženskah lahko pojavijo različne spremembe razpoloženja in duševne stiske (Kotar idr., 2019). Nekatere stiske, ki se lahko pojavljajo tako med nosečnostjo kot tudi po porodu, so zgolj prehodne in velikokrat minejo same od sebe, druge pa lahko trajajo tudi dalj časa (Kotar idr., 2019). Pred porodom se lahko pri nosečnicah pojavi hud strah, ki je vezan na porod, po rojstvu pa se lahko pojavi strah, ki je vezan na težave pri ustvarjanju vezi z otrokom. Znak, da ženska potrebuje pomoč pri razreševanju duševnih težav, so že pretirana jokavost in vztrajajoče črne misli. Glede duševnega zdravja žensk po porodu je najpogostejša težava poporodna otožnost, dokaj pogosti sta tudi poporodna depresija (angl. postpartum depression, v nadaljevanju PPD) in tesnoba oziroma anksioznost, redkejši je posttravmatski stresni sindrom, najredkejša pa psihoza (Kotar idr., 2019).

1.1 NOSEČNOST

Nosečnost povzroči fiziološke spremembe v skoraj vseh organskih sistemih v telesu, za katere so odgovorni predvsem ženski spolni hormoni (Suresh in Radfar, 2004). Nosečnost vključuje kompleksne hormonske interakcije, ki povzročajo globoke fiziološke spremembe. Nekatere spremembe so bolj očitne kot druge. Spremembe, ki nastanejo, so posledica vse večjih materinih in plodovih potreb po rasti ploda in pripravi matere na porod. Za normalen potek nosečnosti je pomembno povečanje izločanja ženskih spolnih hormonov, kjer pride do povečanja izločanja estrogena za 10-krat in progesterona za 30-krat (Suresh in Radfar, 2004).

Prvi znaki nosečnosti so izostanek menstruacije, občutljivost dojk, slabost in bruhanje, utrujenost, pogosto uriniranje, spremembe pri okušanju in vohu, rahlo zamegljen vid, zamašen nos in pogostejše krvavitve iz nosu, hitrejši srčni utrip, bolečine v križu, zgaga, zaprtost ter nihanje razpoloženja (Clinic, 1994; Mlakar, 2006). Med nosečnostjo lahko ženske zaznajo enega ali več navedenih simptomov. Nosečnost pri ženski traja od 259 do 280 dni (od 37 do 40 tednov), kar se šteje od prvega dne zadnje menstruacije (Žgajnar Meze, 2007). Na predviden datum poroda se zgodi le 5–6 % porodov (Mlakar, 2006). Otrok je zrel oziroma razvit za rojstvo od dopolnjenega 37. tedna do 42. tedna nosečnosti, zato se pričakuje porod v tem časovnem razponu. V nosečnosti pride do številnih fizioloških sprememb ženskega telesa, ki so potrebne za razvoj ploda (Mlakar, 2006). Te spremembe so lahko na področju: hormonov, žlez z notranjim izločanjem, rodil, presnove vode, srčno-žilnega sistema, sečil in ledvic, prebavil, dihal, mišično-skeletnega sistema, dojk in kože, živčnega sistema in čutil.

1.1.1 Spremembe med nosečnostjo

Že od spočetja se začnejo pri ženskah tako notranje kot zunanje spremembe, kjer se prične telo prilagajati nalogam, kot sta vzdrževanje in prehranjevanje rastočega otroka (Clinic, 1994; Mlakar, 2006). Med notranje spremembe spadajo hormonske spremembe, spremembe v krvnem obtoku, spremembe pri dihanju in spremembe prebavil. Med zunanje spremembe pa uvrščamo napet trebuh, povečane in polne prsi, spremembe na koži, zobeh, rokah, nogah ter v rasti nohtov in las (Clinic, 1994; Mlakar, 2006).

V nosečnosti pride do sprememb v delovanju pri številnih hormonih, vključujoč humani horionski gonadotropin (angl. Human chorionic gonadotropin, v nadaljevanju HCG), progesteron, estrogen, humani horionski somatomotropin (angl. Human chorionic somatomammotropin, v nadaljevanju HCS), kalcitonin, tiroksin, relaksin, inzulin, oksitocin, eritropoetin in kortizol (Clinic, 1994; Mlakar, 2006). HCG se imenuje tudi nosečniški hormon, saj se njegova prisotnost v urinu preverja pri nosečniških testih. Ta hormon proizvaja posteljica v maternici in HCG sproži delovanje mnogo drugih hormonov, ki so pomembni za vzdrževanje nosečnosti in preprečevanje menstruacije. Progesteron je že normalno prisoten pri vsaki ženski, vendar se v nosečnosti njegova koncentracija občutno poveča. Najprej ta hormon proizvajajo jajčniki, nato pa ga med 8. in 9. tednom nosečnosti začne proizvajati tudi posteljica. Vloga progesterona med nosečnostjo je, da vzdržuje nosečnost, preprečuje krčenje maternice, vzdržuje funkcije posteljice, krepi medenične stene (jih pripravlja na porod), sprošča določene mišice in vezi v telesu ter pripomore k pripravi dojk na proizvodnjo in izločanje mleka. Estrogen je prav tako prisoten pri vsaki ženski in v nosečnosti močno povišan. V zgodnji nosečnosti v maternici pripomore k povečanemu številu krvnih žil in žlez ter tako pripravi maternično sluznico na nosečnost. Zaradi delovanja estrogena se poveča tudi količina krvi v telesu, kar lahko privede do krvavečih dlesni, krvavitvev iz nosu, zardevanja ali rdečice na koži (Clinic, 1994; Clinic, 1994; Mlakar, 2006).

Spremembe v krvnem obtoku se začnejo kmalu po zanositvi (Clinic, 1994; Mlakar, 2006). Glavna sprememba je povečanje volumna krvi. To je posledica več dejavnikov, vključno s povečanjem plazemskega volumna (tekoči del krvi) in povečanjem števila rdečih krvnih celic. Srce začne črpati več krvi, da zagotovi zadostno oskrbo s kisikom in hranili za rastoči plod, rastočo posteljico in povečano maternico. Srčni utrip se poveča, da se spopade s povečanim volumnom krvi. Poleg tega pride tudi do spremembe v krvnem tlaku. V prvem trimesečju se lahko krvni tlak nekoliko zmanjša, nato pa se postopoma vrne na normalno raven, pri nekaterih pa se poviša in priporočljivo je nadaljnje spremljanje (Clinic, 1994; Mlakar, 2006).

Spremembe pri dihanju ženske opazijo predvsem ob koncu nosečnosti, saj jim večkrat zmanjka sape (Clinic, 1994; Mlakar, 2006). Do tega pride, ker otrok preprečuje, da bi se pljuča do konca

razpela. V zvezi s prebavo pa ženske opazijo, da so velikokrat lačne, zlasti proti večeru. Otrok iz krvnega obtoka črpa glukozo in druge hranilne snovi, saj jih potrebuje za svojo rast (Clinic, 1994; Mlakar, 2006).

1.2 POROD

Kljub desetletjem raziskav ostajajo dogodki, ki vodijo do začetka poroda, precej nepojasnjeni (Beck, 2022). Raziskave kažejo, da biokemične snovi, ki jih proizvaja plod, sprožijo porod. Med najbolj raziskanimi snovmi so fetalni hormoni, kot je oksitocin, in placentne vnetne molekule. Povečana proizvodnja vnetnih molekul v telesu matere (bolj natančno v placenti) v pozni nosečnosti je bila močno povezana z začetkom poroda (Beck, 2022). Hormonom podobne snovi, imenovane prostaglandini, ki jih proizvaja posteljica kot odziv na različne biokemične signale, lahko povzročijo vnetje in so med porodom prisotne v večjih količinah. Oksitocin, poleg drugih biokemičnih snovi, poveča proizvodnjo prostaglandinov, ki spodbujajo moč in pogostost kontrakcij maternice. V tem procesu sodeluje tudi fetalni pljučni protein, imenovan surfaktant protein A (SP-A). Proizvodnja surfaktanta v plodovih pljučih se začne šele v zadnjih fazah gestacije, ko se plod pripravlja na dihanje zraka; ta sprememba lahko deluje kot pomemben sprožilec za začetek poroda (Beck, 2022).

Poznamo tri faze poroda: dilatacijo, iztis in placentno fazo. Na začetku poroda se kontrakcije maternice ali porodne bolečine pojavljajo v intervalih od 20 do 30 minut in trajajo približno 40 sekund (Beck, 2022). Nato jih spremlja rahla bolečina, ki se običajno čuti v križu. Ko porod napreduje, ti popadki postanejo intenzivnejši in pogostejši, dokler se na koncu prve stopnje, ko je dilatacija končana, ne ponovijo vsake tri minute in so precej močni. Pri ženskah, ki rodijo prvič, je povprečni čas, ki je potreben za dokončanje faze dilatacije, 13–14 ur, medtem ko je pri ženskah, ki so že rodile otroke, povprečje 8–9 ur. Ne samo, da prejšnji porod običajno skrajša to fazo, ampak se težnja pogosto poveča z naslednjimi nosečnostmi, zaradi česar lahko pri ženski, ki je rodila tri ali štiri otroke, pri naslednjem porodu prva faza traja eno uro ali manj (Beck, 2022).

Pri ženskah, ki so prvič zanosile po 35. letu starosti, je prva porodna doba opazno daljša, ker se maternični vrat težje razširi (Beck, 2022). Podobno zamudo je pričakovati v primerih, ko je maternični vrat obsežno zabrazgotinjen zaradi prejšnjih porodov, amputacije, globoke kauterizacije ali kateregakoli drugega kirurškega posega na materničnem vratu. Celo ženska, ki je rodila več otrok in bi se ji maternični vrat zato moral takoj razširiti, lahko ima podaljšano prvo fazo, če so kontrakcije maternice šibke in redke ali če otrok leži v neprimernem položaju za porod in kot neposredna posledica tega ne more potisniti v materino medenico. Po drugi strani pa zgodnje raztrganje amniona pogosto poveča moč in pogostost porodne bolečine in s

tem skrajša fazo dilatacije; občasno prezgodnja izguba amnijske tekočine vodi do oblikovanja maternice okoli otroka in s tem upočasnijo dilatacijo, saj prepreči otrokov normalen spust v medenico. Tako kot lahko nenormalen položaj otroka in oblikovanje maternice preprečita normalno spuščanje otroka, lahko nenormalno velik otrok ali nenormalno majhna medenica ovirata spuščanje otroka in podaljšata prvo porodno obdobje (Beck, 2022).

Način prehoda otroka skozi porodni kanal v drugi fazi poroda je odvisen od položaja, v katerem leži otrok, in oblike materine medenice (Beck, 2022). Za zaključek drugega obdobja poroda pri ženskah, ki prvič rodijo, je v povprečju potrebna približno ena ura in 45 minut. Pri naslednjih porodih je povprečno trajanje faze iztisa nekoliko krajše (Beck, 2022).

Zadnja oziroma tretja faza – placentna faza – se začne, ko se otrok že rodi. Z iztisom otroka se maternična votlina močno zmanjša (Beck, 2022). Posledično se mesto pritrditve posteljice izrazito zmanjša, kar povzroči, da je posteljica na mnogih mestih ločena od membrane, ki obdaja maternico. V nekaj minutah posledično kontrakcije maternice dokončajo ločitev in potisnejo posteljico v nožnico, iz katere se izloči s pritiskom navzdol. Tretja porodna doba je torej kratkotrajna, redko traja dlje kot 15 minut. Občasno pa se ločitev lahko zakasni in jo spremlja krvavitev, v tem primeru je potrebna kirurška odstranitev posteljice (Beck, 2022).

Ženske največkrat potrebujejo podporo in pomoč pri porodu. Čustveno podporo v porodni sobi lahko nudijo babica, medicinska sestra ali zdravnik, lahko pa jo nudijo izkušene obporodne strokovnjakinje (doula), prijateljice ali kdo od sorodnikov, družinskih članov ali partner nosečnice (Bruggemann idr., 2007; Salehi, Fahami in Beigi, 2016). Glavni cilj te čustvene podpore je zmanjšati stres in tesnobo matere med porodom (Salehi, Fahami in Beigi, 2016). Tudi Svetovna zdravstvena organizacija je priporočila, da naj nosečnico spremlja oseba, ki ji ta zaupa in se ob njej počuti varno (prijatelj, življenjski partner, babica, medicinska sestra, babica s spremstvom ali partner). Na splošno so ženske pokazale, da zelo cenijo družbo in socialno podporo pri porodu (Price, Noseworthy in Thornton, 2007). Izbira žensk, kdo bo prisoten, je bila pogosto povezana s tem, kdo jih »najbolje pozna«. Ženske so verjele, da so odločitve glede porodniškega spremljevalca njihove, zato o svojih odločitvah pogosto niso predhodno razpravljale z zdravstvenimi delavci. Ugotovitve vplivajo na družinsko osredotočeno materinstvo in razvoj politike obiskov. Medicinske sestre, ki delajo z ženskami v rodni dobi, se morajo zavedati želja žensk po prisotnosti podpornih prijateljev in sorodnikov med porodnim procesom ter si prizadevati, da bi ženskam pomagale doseči njihove cilje glede podporne porodne izkušnje (Price, Noseworthy in Thornton, 2007).

Podatki študije kažejo, da so učinki podpore povezani z zmanjšanjem nezadovoljstva žensk ali negativnega doživetja poroda, zmanjšanjem uporabe analgezije/anestezije, instrumentalnega vaginalnega poroda (klešče in vakuumska ekstrakcija) in carskega reza (Hodnett idr., 2003).

Ugotovitve kažejo tudi to, da je podpora moškega partnerja pri ženskah vzbudila zelo pozitivne odzive med porodom (Somers-Smith, 1999). Ženske so poročale o šibkejših bolečinah in manjših potrebah po zdravljenih ter izražale bolj pozitiven odnos do poroda in nosečnosti. Očetje so zaznali, da so svoji partnerki med porodom zelo pomagali. Čeprav so se nekatere ženske počutile, da je bil porod preprost, so bile izkušnje nekaterih očetov kljub temu stresne (Bruggemann idr., 2007). To poudarja, da se dojemanje poroda med ženskami in njihovimi partnerji lahko razlikuje. *Vloga podporne skupine*: na splošno so ženske, ki so imele podporno skupino, bolj zadovoljne s potekom poroda in rojstvom otroka. To lahko vključuje prisotnost očeta ali drugega spremljevalca. *Zadovoljstvo med porodom*: med porodom so bile ženske bolj zadovoljne, če so imele ob sebi spremljevalca po lastni izbiri. Prisotnost tega spremljevalca ni ovirala drugih dogodkov, posegov, neonatalnih izidov ali dojenja. *Povezanost zadovoljstva z dejavniki*: med porodom so se ključni dejavniki zadovoljstva nanašali na prisotnost spremljevalca, prejeto oskrbo in zdravniško vodstvo. *Zadovoljstvo med rojstvom otroka*: med rojstvom otroka so bili ključni dejavniki zadovoljstva povezani s spremljevalcem, prejeto nego in vrsto poroda (vaginalni način poroda) (Bruggemann idr., 2007). Pomembno je razumeti, da so izkušnje med porodom zelo individualne in različni dejavniki lahko vplivajo na zadovoljstvo posameznika. Prav tako je ključno zagotoviti podporo ženskam in njihovim partnerjem ter spoštovati njihove želje in potrebe med porodom. V raziskavi, ki so jo leta 2010 izvedli Chunuan idr. na 114 nosečnicah, so ugotovili, da sta prisotnost in podpora spremljevalca med porodom zmanjšali zaznavanje bolečine, povečali občutek varnosti in zadovoljstva pri materi, izboljšali duševno in fizično zdravje matere ter povečali zadovoljstvo matere ob izkušnji poroda (Chunuan idr., 2010).

Ena od pomembnih ugotovitev je, da laični spremljevalec na mestih, kjer njegova prisotnost prej ni bila dovoljena, ne vpliva na rutino oskrbe (Bruggemann idr., 2007). Dejstvo, da so ženske s podporo poročale o višjih stopnjah zadovoljstva z zdravstvenimi informacijami/smernicami, ki so jih prejele, kaže, da je morda prišlo do spremembe v odnosu med žensko in zdravstvenimi delavci. Morda zato, ker je bil v sobi še nekdo drug, je bilo medicinsko osebje bolj ustrezljivo in uporabniku prijazno kot takrat, ko ni bilo prisotne osebe za podporo (Bruggemann idr., 2007).

Prisotnost očeta ob porodu v Sloveniji je od leta 2015 naraščala do leta 2019 (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2024). Leta 2015 je bilo pri porodu prisotnih 77,9 % očetov, leta 2017 78,9 % in leta 2019 81 %. Leta 2020 pa je odstotek prisotnih očetov pri porodu padel na 72,3 %, saj je bila prisotnost partnerja pri porodu v času epidemije COVID-19 nekaj časa onemogočena. Leta 2021 pa je ponovno narasel odstotek prisotnih očetov pri porodu, in sicer kar na 83,2 % (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2024).

1.3 POPORODNO OBDOBJE

Poporodno obdobje se imenuje tudi četrta faza poroda in ima tri ločene, a neprekinjene faze (Brown idr., 1999; Romano idr., 2010). *Začetno ali akutno obdobje* zajema prvih 6–12 ur po porodu. To je čas hitrih sprememb z možnostjo kriznih dogodkov, kot so poporodna krvavitev, inverzija maternice, embolija z amnijsko tekočino in eklampsija. *Druga faza je subakutno poporodno obdobje*, ki traja 2–6 tednov. V tej fazi telo doživlja velike spremembe v smislu hemodinamike, okrevanja genitourinarnega sistema, metabolizma in čustvenega stanja. Kljub temu so spremembe počasnejše kot v akutni poporodni fazi in mati je praviloma sposobna sama prepoznati težave. Te lahko obsegajo vse od običajnih skrbi glede perinealnega nelagodja do peripartalne kardiomiopatije ali hude PPD. *Tretja faza je zapoznelo poporodno obdobje*, ki lahko traja tudi do 6 mesecev (Brown idr., 1999). Spremembe v tej fazi so postopne, patologija pa redka (Romano idr., 2010). To je čas, ko se mišični tonus in vezivno tkivo povrneta v stanje pred nosečnostjo. Čeprav so spremembe med to fazo subtilne, se morajo negovalci zavedati, da se žensko telo kljub temu v celoti povrne na fiziologijo pred nosečnostjo šele približno 6 mesecev po porodu. Nekatere spremembe genitourinarnega sistema se rešujejo veliko dlje, nekatere pa se morda nikoli ne vrnejo v stanje pred nosečnostjo. Številne spremenljivke vplivajo na trajanje in resnost teh stanj, vključno s pacientovo intrinzično kolagensko podporo, velikostjo dojenčka, potjo poroda in stopnjo poškodbe presredka, ki se pojavi bodisi naravno (raztrganine) bodisi iatrogeno (epiziotomija). Umik kolagenske podpore, ki jo zagotavlja estrogen, lahko povzroči težave, tudi če se je zdelo, da je celovitost medeničnega dna bila obnovljena po porodu (Albers idr., 1999). Čeprav o kirurškem posegu ne bi smeli razmišljati pred 6 meseci po porodu (to je čas za popolno vzpostavitev podpore vezivnega tkiva), se lahko kadarkoli med predporodnim ali poporodnim potekom predpiše agresiven program vaj za medenično dno. Te vaje so lahko koristne in so usmerjene v krepitev mišic, izboljšanje tonusa in funkcije medeničnega dna, kar lahko pomaga pri zmanjšanju morebitnih težav, povezanih s poškodbami ali oslavitvijo medeničnega dna (Romano idr., 2010). Epiziotomija in operativni vaginalni porod povečata incidenco hude poškodbe medeničnega dna in sta dokazana dejavnika tveganja za kasnejšo disfunkcijo medeničnega dna. Raztrganine genitalnega trakta se ocenjujejo na lestvici od 1 do 4 (Rogers in Leeman, 2007). Raztrganine prve stopnje zajamejo samo vaginalno sluznico ali perinealno kožo. Raztrganine druge stopnje zajamejo mišice perinealnega telesa, ne da bi prestopile analni sfinkterski kompleks. Med raztrganine tretje stopnje štejemo vse raztrganine zunanje analne mišice zapiralke, četrte stopnje pa raztrganine notranje in zunanje analne mišice zapiralke ter rektalne sluznice. Raztrganina sfinktra je povezana tudi s povečanjem bolečine med spolnimi odnosi po porodu v primerjavi z ženskami, ki so rodile brez raztrganine presredka (Signorello idr., 2001). Ženske, ki so rodile s spontanimi raztrganinami, poročajo o manjši bolečini med spolnim odnosom kot ženske, ki so podvržene epiziotomiji (Romano idr., 2010). Vpliv raztrganin na delovanje medeničnega dna ni znan.

Pudendalni živec (*živec v predelu medeničnega dna*) je pomemben tudi za genitourinarne spremembe; potuje vzdolž zadnje stene medenice in končno zapusti medenico, da inervira zunanje genitalije, zaradi svoje dolžine in položaja pa je občutljiv na stiskanje in raztezanje (Snooks idr., 1984; Snooks idr., 1990). Med porodom lahko pride do poškodb pudendalnega živca, zlasti če je prisoten pritisk ali stiskanje medeničnega dna, kot se zgodi med iztisom plodove glavice skozi porodni kanal. Ocena motoričnih latenc pudendalnega živčnega terminala (pudendal nerve terminal motor latencies, PNTML) pred in po porodu kaže spremembe pri ženskah po vaginalnem porodu ali porodu s carskim rezom po porodu (Romano idr., 2010). Te spremembe se med nosečnostjo ne pojavijo (Tetzschner idr., 1997) in pogosto izzvenijo 6 mesecev po porodu (Sultan idr., 1994).

1.4 COVID-19

Decembra 2019 je Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju SZO) prijavila skupino štirih primerov pljučnice neznane etiologije v Wuhanu na Kitajskem (Wastnedge idr., 2021). Koronavirusna bolezen 2019 (v nadaljevanju COVID-19), ki jo povzroča virus SARS-CoV-2, lahko vodi tudi v hud akutni respiratorni sindrom (angl. Severe acute respiratory syndrome, v nadaljevanju SARS). SZO je 12. marca 2020 izbruh opredelila kot epidemijo in 31. maja 2020 preklicala razglasitev. Epidemijo so ponovno razglasili 18. oktobra 2020 in je trajala vse do 14. maja 2021. Številne države so se z namenom omejitve širjenja virusa odzvale z omejevanjem svobode gibanja in nenujnega zdravstvenega varstva, da bi se osredotočile na sredstva za zagotavljanje oskrbe ljudi, ki so zboleli za COVID-19, ter tudi omejile stike in s tem potencialni prenos virusa. Ker so nosečnice izpostavljene večjemu tveganju zapletov in hude bolezni zaradi okužbe z drugimi koronavirusi, vključno s SARS in bližnjevzhodnim respiratornim sindromom (angl. Middle East Respiratory Syndrome, MERS), so bile v času epidemije COVID-19 opredeljene kot ranljiva skupina. Da bi zmanjšali tveganje prenosa, tako za nosečnice kot za zdravstvene delavce, je Mednarodna zveza za ginekologijo in porodništvo (angl. The International Federation of Gynecology and Obstetrics, v nadaljevanju FIGO) priporočila prekinitev večine rutinske predporodne oskrbe in nadomestitev z video ali telefonskimi posvetovanji, kjer je bilo to mogoče (Wastnedge idr., 2021).

Med epidemijo COVID-19 je bilo za nosečnice veliko neznank (Wastnedge idr., 2021). Fiziološke spremembe med nosečnostjo pomembno vplivajo na imunski sistem, dihala, delovanje srca in ožilja ter koagulacijo krvi pri nosečnici. Te lahko imajo pozitivne ali negativne učinke na napredovanje bolezni COVID-19. Asimptomatska okužba predstavlja nadaljnji izziv pri zagotavljanju storitev, preprečevanju in obvladovanju bolezni in nosečnosti. Poleg neposrednih učinkov bolezni množica posrednih posledic epidemije negativno vpliva na zdravje mater, vključno z zmanjšanim dostopom do storitev ginekološkega zdravja, povečano

obremenitvijo duševnega zdravja in povečanim socialno-ekonomskim pomanjkanjem (Wastnedge idr., 2021).

Virusna bolezen med nosečnostjo poveča tveganje za vrsto neželenih izidov tudi za otroka (Wastnedge idr., 2021). Študija, v kateri so bili uporabljeni podatki iz registra rojstev v Združenih državah Amerike, je pokazala, da je prisotnost sezonske gripe v zgodnji nosečnosti pomembno povezana s prezgodnjim porodom, neonatalno smrtjo in umrljivostjo dojenčkov (Dorélien, 2019). Trinajstletna kohortna študija v Novi Škotski je pokazala, da je bila pri ženskah, ki so bile med nosečnostjo hospitalizirane zaradi gripe, znatno večja verjetnost, da bodo imele otroka, ki bo premajhen za svojo gestacijsko starost (McNeil idr., 2011). Okužba z gripo je bila povezana tudi s prirojenimi nepravilnostmi, kot so razcep neba, nepravilno razvita nevronska cev in prirojene srčne napake (Mosby, Rasmussen in Jamieson, 2011). Virusi lahko imajo dolgotrajne škodljive učinke na plod (Wastnedge idr., 2021). Visoke stopnje materinega vnetja kot odgovor na virusno okužbo lahko vplivajo na več vidikov razvoja možganov ploda, kar vodi do obsežnih nevroloških posledic (Liu, 2020). Gripa med nosečnostjo je povezana z višjimi stopnjami bipolarnosti (Canetta idr., 2014; Machön, Mednick in Huttunen, 1997) in shizofrenije (Mednick idr., 1988) pri potomcih. Pri analizi podatkov velike švedske kohortne študije so ugotovili, da je izpostavljenost mater katerikoli virusni okužbi med nosečnostjo povečala tveganje za pogostost diagnoze avtizma (*hazard ratio* (HR): 1,79; 95 % *interval zaupanja* (IZ): 1,34–2,40) in diagnozo depresije (HR: 1,24; 95 % IZ: 1,08–1,42) (Al-Haddad idr., 2019).

V raziskavi Iyengar idr., ki je bila izvedena leta 2021, so ugotovili, da sta bili nizka socialna podpora in socialna izolacija povezani s povečano prisotnostjo psiholoških simptomov (status matere samohranilke, predhodna zgodovina travmatičnega poroda ali splava, psihiatrična zgodovina pred epidemijo, stresne izkušnje v zadnjem mesecu in zgodovina zlorabe) v obdobju nosečnosti. Povečana socialna podpora pa je delovala kot zaščitni dejavnik (Iyengar idr., 2021). Zaskrbljenost nosečnic glede zdravja in strah pred okužbo COVID-19 naj bi prispevala k večji tesnobi nosečnic in preventivnemu vedenju, kot sta povečana higienska praksa in socialna distanca. Ženske, ki so strogo upoštevale pravila in varnostna priporočila, so poročale o večji pojavnosti že prej naštetih psiholoških simptomov (Iyengar idr., 2021).

1.5 FIZIOLOŠKE PRILAGODITVE NA NOSEČNOST IN POSLEDICE COVID-19

COVID-19 je kapsuliran RNA-virus (Wastnedge idr., 2021). Posameznikov imunološki odziv na COVID-19 je, tako kot pri drugih virusih, odvisen od delujočega imunskega sistema. Okužba s COVID-19 lahko povzroči blago bolezen, pri kateri imunski sistem učinkovito odstrani virus.

Imunski sistem žensk se med nosečnostjo prilagodi, da omogoči rast ploda, kar ima za posledico spremenjen imunski odziv na okužbe med nosečnostjo. Za razumevanje fenotipa COVID-19 med nosečnostjo je pomembno razumeti patofiziologijo in molekularne mehanizme COVID-19 ter jih proučiti v kontekstu moduliranega imunskega odziva matere (Wastnedge idr., 2021).

Poleg sistemskih imunoloških sprememb v nosečnosti, ki lahko vplivajo na delovanje pljuč, so prisotne tudi anatomske spremembe v dihalih (Govind idr., 2020). Fiziološke spremembe oblike prsnega koša in dvig diafragme zaradi diafragmalne opornice nosečnicam povzročajo spremembe v dihalni funkciji. Čeprav se dihalni volumen poveča za 30–40 %, zmanjšanje volumna prsnega koša vodi do zmanjšanja zmogljivosti funkcionalnega preostanka, volumna ob koncu izdiha in preostalega volumna pri zgodnji nosečnosti. Zmanjšanje skupne zmogljivosti pljuč in nezmožnost čiščenja izločkov lahko povzročita, da so nosečnice bolj dovzetne za hude okužbe dihal (Govind idr., 2020).

V splošni populaciji je COVID-19 povezan z visoko stopnjo tromboemboličnih zapletov, pri čemer študija, ki je vključevala 184 kritično slabih bolnikov (24 % žensk), poroča, da jih je 31 % imelo trombotične dogodke (Knight idr., 2020). To je posledica aktivacije koagulacijskih poti in možnega napredovanja v diseminirano intravaskularno koagulopatijo (DIK) in fibrinolizo s posledično dinamično hiperkoagulacijo, ki se pojavi poleg trombocitopenije (Jamieson, Theiler in Rasmussen, 2006).

Smrtnost pri COVID-19 je pretežno posledica sindroma akutne respiratorne stiske (angl. Acute respiratory distress syndrome, v nadaljevanju ARDS) (Wastnedge idr., 2021). Pojavljajo se dokazi, ki kažejo, da ima disfunkcija pljučnih endotelijskih celic pomembno vlogo pri nastanku in napredovanju ARDS (Weatherbee, Glover in Zernicka-Goetz, 2020; Wong idr., 2004). Pri zdravih ljudeh so endotelijske celice obkrožene z muralnimi celicami (periciti) in omejujejo vnetje z omejevanjem vstopa imunskih celic in preprečujejo koagulacijo z izražanjem antikoagulantnih faktorjev. Pri ARDS je ta endotelna pregrada poškodovana, kar vodi do edema tkiva, prekomernega vnetja in hiperkoagulabilnosti. Dejavniki tveganja za COVID-19 (starost, debelost, diabetes mellitus ter bolezni srca in ožilja) so vsi povezani z disfunkcijo endotelijskih celic (Li, Sun in Carmelie, 2019).

Vloga placente oziroma posteljice pri okužbi s SARS-CoV-2 je trenutno slabo razumljena (Wastnedge idr., 2021). Čeprav se zdi, da lahko pride do vertikalnega prenosa, so mehanizmi, na katerih temelji ta vrsta prenosa, negotovi. V večini študij, ki poročajo o neonatalnih izidih, niso opazili resnih neželenih izidov pri novorojenčkih, rojenih SARS-CoV-2-pozitivnim materam. V študijah, v katerih so primerjali nosečnice, ki so bile bolne s potrjeno boleznijo COVID-19, in nosečnice, ki so bile bolne, vendar negativne na SARS-CoV-2, ni bilo

pomembnih razlik v stopnjah neželenih neonatalnih izidov. Trinajst študij je novorojenčke testiralo na SARS-CoV-2 in le tri študije so odkrile pozitivne primere. Tudi ko so bili novorojenčki pozitivni na SARS-CoV-2, so bili večinoma asimptomatski ali pa so imeli blage simptome. Tri študije so poročale o smrti novorojenčkov. Pri dveh od teh vzrok ni bil ugotovljen (Wastnedge idr., 2021).

Nenamerne posledice epidemije COVID-19, kot so omejitve dostopa do zdravstvene oskrbe, psihološki vpliv, finančne stiske, omejitve socialne podpore, možnost okužbe s COVID-19 itd., ogrožajo zdravje nosečnic (Wastnedge idr., 2021). Kot smo opazili že pri izbruhu ebole, bodo ženske in dekleta verjetno nosile večje breme zdravstvenih, socialnih in gospodarskih posledic te epidemije.

Iz trenutne baze dokazov je težko narediti absolutne zaključke o tem, ali so nosečnice izpostavljene povečanemu tveganju za hude posledice COVID-19 (Wastnedge idr., 2021). Večina žensk bo doživela blago ali asimptomatsko bolezen brez trajnih posledic; vendar so v nekaterih centrih opazili povečano število sprejemov v intenzivno nego in potrebo po mehanski ventilaciji pri nosečnicah. Pomanjkanje univerzalnega testiranja na COVID-19 pomeni, da je verjetno, da večina primerov ostane neodkritih. Vertikalni prenos je verjeten, vendar se zdi redek in ima pri večini novorojenčkov minimalen vpliv. Obstajajo številne neznanke, zlasti, ali je COVID-19 neodvisen dejavnik tveganja za prezgodnji porod, ali bo okužba med nosečnostjo povzročila dolgotrajne škodljive učinke na potomce in ali je ta učinek odvisen od gestacijske starosti ob okužbi (Wastnedge idr., 2021).

Obdobje nosečnosti in poporodno obdobje sta verjetno najpomembnejši in najboljčutljivejši obdobji v življenju matere in otroka. Depresija in anksioznost v tem času prizadeneta vsako 6–7 žensko (Jelenko Roth idr., 2022). Analizi, ki sta bili izvedeni leta 2020, kažeta, da sta bila med epidemijo najmočnejša dejavnika tveganja za pojav simptomov depresije ženski spol (Mazza idr., 2020) in starost, nižja od 40 let (Ozamiz-Etxebarria idr., 2020). Dvainosemdeset odstotkov nosečnic in 57 % žensk po porodu je poročalo, da so v času nosečnosti imele od začetka epidemije dobro zdravstveno podporo (Anderson idr., 2022). Najpogostejša sprememba je bila povezana s prepovedjo spremljevalca pri porodu. Študija Iyengar idr. potrjuje opažanje, da se je s pojavom koronavirusa povečala pojavnost simptomov depresije in anksioznosti (Iyengar idr., 2021). Rezultati kažejo, da je bilo pri 21,7 % nosečnic ugotovljeno, da trpijo za povečano simptomatologijo depresije, 15,7 % jih je poročalo o visoki stopnji anksioznosti in 12,5 % o visoki nagnjenosti k anksioznosti (Podvornik, Globevnik Velikonja in Praper, 2015).

V raziskavi, ki je bila izvedena v letih 2020–2021 in je zajemala 64 držav, je bilo ugotovljeno, da je 43 % nosečnic in žensk po porodu dosegalo ali presevalo klinične kriterije za

posttravmatsko stresno motnjo (v nadaljevanju PTSM), 31 % za anksioznost in depresijo ter 53 % za osamljenost (Basu idr., 2021). Šestnosemdeset odstotkov žensk je poročalo, da so nekoliko ali zelo zaskrbljene zaradi COVID-19. Najpogostejše skrbi so bile povezane z nosečnostjo in porodom. Podatki študije Basu idr. kažejo, da je 55 % nosečnic skrbelo, da med porodom ne bodo imele spremljevalca, 41 % žensk pa je skrbelo, da bodo zaradi COVID-19 morale spremeniti porodni načrt (Basu idr., 2021). Devetinpetdeset odstotkov žensk je skrbelo, da jih družina po porodu ne bo mogla obiskati ter da bo njihov otrok zbolel za COVID-19. Metaanaliza, ki je bila izvedena na podlagi 81 raziskav o vplivu epidemije na obporodno duševno zdravje, je pokazala, da je bila v prvem trimesečju največja incidenca anksioznosti in depresivne motnje (Iyengar idr., 2021). V tretjem trimesečju pa so nosečnice največ pozornosti posvečale svojemu duševnemu zdravju.

1.6 POPORODNA DEPRESIJA

Depresija je pogost zaplet nosečnosti in poporodnega obdobja (Becker idr., 2016). Perinatalna ali obporodna depresija je izraz za pojav depresije med nosečnostjo ali po porodu, saj težko ločimo, ali se depresija pojavi med nosečnostjo ali po njej. Obstaja več dejavnikov tveganja za postnatalne motnje razpoloženja, od katerih je najpomembnejši predhodna anamneza depresije (Becker idr., 2016).

V času nosečnosti in po porodu se lahko pojavijo duševne motnje, kot so depresija, tesnoba, poporodna otožnost (blažja oblika depresivnosti) ali poporodna psihoza (Kotar idr., 2019). Večina žensk po porodu doživi nekatere občutke otožnosti, izčrpanosti ali nihanja razpoloženja, kar je lahko običajen odziv na hormonske spremembe, prilagajanje na novo vlogo matere, pomanjkanje spanja in druge izzive, povezane z materinstvom. Najpogosteje nastopi okrog tretjega dne po porodu in večinoma izzveni v nekaj dneh. Poporodna otožnost velikokrat izzveni brez zdravljenja, lahko pa se razvije tudi v PPD. Ustrezno strokovno pomoč je treba poiskati, če so simptomi prisotni več kot dva tedna (Kotar idr., 2019).

Dokaj pogosta je tudi depresija, ki pa je lahko prisotna tako v času nosečnosti kot po porodu (Kotar idr., 2019). Za njo trpi kar vsaka šesta ženska, ki je rodila (ocena pogostosti se giblje med 3 in 33 %, najpogosteje med 10 in 20 % (Koprivnik in Plemenitaš, 2009)), v hujši obliki pa doživlja depresijo kar ena tretjina. O depresiji lahko govorimo, kadar težave oziroma simptomi trajajo več kot dva tedna. Težave oziroma simptomi, ki vodijo k razvoju depresije, so izguba veselja in zanimanja za druženje in hobije, dolgotrajna žalost, pretirana zaskrbljenost, otopelost, črnogledost glede svoje in otrokove prihodnosti, težave s spanjem in koncentracijo, nezanimanje za dojenčka, razdražljivost in v hudih primerih tudi razmišljanje o samomoru. Prvi vrh pojavnosti PPD je v drugem in tretjem mesecu po porodu, drugi vrh pa sledi v sedmem in

osmem mesecu po porodu. Zelo pomembno je, da ženska poišče ustrezno pomoč in zdravljenje, ker če PPD ni zdravljena, lahko traja več mesecev ali celo leta ter tako posledično slabo vpliva na zdravje ženske, in tudi njenega otroka. PPD lahko uspešno zdravimo z zdravili, različnimi oblikami psihoterapije ali kombinacijo obeh možnosti. Med zdravila sodijo tudi takšna, ki jih ženske lahko jemljejo v nosečnosti ali med dojenjem (Kotar idr., 2019).

Tesnoba oziroma anksioznost se prav tako kot depresija lahko pojavi v nosečnosti ali po porodu (Kotar idr., 2019). Ocenjujejo, da naj bi za tesnobo trpelo 15–20 % žensk v tem obdobju, pogosto pa je pridružena tudi depresiji. Anksioznost nekatere posameznice doživljajo kot izjemno neprijetne telesne občutke, kot so mrazenje, mravljinčenje v rokah in nogah, navali vročine, oteženo dihanje, drgetanje, pospešen in/ali nereden utrip srca ali celo napadi panike. Pojavijo se lahko tudi vsiljive misli ali podobe, ki so ženski tuje in neprijetne.

Redkejša oblika duševne motnje, ki se pojavi pri 0,1–0,2 % žensk po porodu, pa je poporodna psihoza, ki zahteva takojšnje zdravljenje (Kotar idr., 2019). Navadno se pojavi v nekaj dneh po porodu, in sicer med tretjim in štirinajstim dnevom po porodu, lahko tudi kasneje. Je veliko bolj nenadna in očitna kot PPD. Za poporodno psihozo so značilne vznemirjenost, nerazumljiva, zmedena govorica, izguba stika z resničnostjo (pri ženski opazimo neskladje mišljenja in vedenja z resničnostjo, lahko vidi, sliši ali čuti stvari, ki ne obstajajo), pretirano dobro razpoloženje, pretirano nezaupanje in neutemeljen strah zase ali za dojenčka. Če se pojavijo katerikoli od prej naštetih simptomov, je v takšnem primeru nujno takoj poiskati zdravniško pomoč. Zdravljenje je pogosto učinkovito (Kotar idr., 2019).

1.6.1 Simptomi poporodne depresije

Opozorilni znaki so različni za vsakogar, vendar lahko vključujejo (National Institutes of Mental Health, 2022):

- izgubo užitka ali zanimanja za stvari, v katerih je ženska uživala, vključno s spolnostjo,
- več ali manj apetita kot običajno,
- anksioznost – ves čas ali večino časa – ali napadi panike,
- strašljive misli,
- občutek krivde ali ničvrednosti – obtoževanje sebe,
- prekomerna razdražljivost, jeza ali vznemirjenost – nihanje razpoloženja,
- žalost, nenadzorovano jokanje zelo dolgo časa,
- strah, da ne bi bila dobra mati,
- strah, da bi ostala sama z otrokom,
- beda/stiska/trpljenje,
- nezmožnost spanja, preveč spanja, težave s pretirano zaspanostjo,

- nezanimanje za otroka, družino in prijatelje,
- težave s koncentracijo, težave s sprejemanjem odločitev,
- misli, da bi poškodovala sebe ali otroka.

Za diagnosticiranje PPD mora biti vsaj pet simptomov, ki so prisotni vsaj dva tedna, večinoma skoraj vsak dan (Stewart in Vigod, 2016). En simptom mora vključevati depresivno razpoloženje in izrazito zmanjšano zanimanje ali zadovoljstvo pri vseh ali večini dejavnosti. Drugi simptomi pa so klinično pomembna izguba telesne mase brez diete ali klinično pomembno povečanje telesne mase ter povečanje ali zmanjšanje apetita, nespečnost ali hipersomnija, psihomotorična agitacija ali retardacija, utrujenost ali izguba energije, občutki ničvrednosti ali pretirane oziroma neprimerne krivde, zmanjšana sposobnost razmišljanja ali koncentracije, neodločnost, ponavljajoče se misli o smrti ali samomorilne misli (z ali brez posebnega načrta) (Stewart in Vigod, 2016).

1.6.2 Dejavniki tveganja za razvoj poporodne depresije

V poporodnem obdobju so ženske dovzetne za klinično depresijo, za katero so značilni depresivno razpoloženje, vznemirjenost, razočaranje in motnje spanja (Abdollahi in Zarghami, 2018). Predhodne raziskave so odkrile številne biološke, psihološke, družbeno-ekonomske in kulturne dejavnike, ki so bili povezani z razvojem PPD (Liang idr., 2020). Pogosti dejavniki tveganja za razvoj PPD so: slaba ekonomska situacija, nizka izobrazba, nezaposlenost, neustrezna socialna podpora družinskih članov, izolacija in pomanjkanje socialne podpore, zapleti, povezani z nosečnostjo, nenačrtovana nosečnost, hranjenje otroka s formulo (Skočir, 2005). Poleg tega so ostali dejavniki tveganja še: finančne ali zaposlitvene težave, izolacija in pomanjkanje socialne podpore, prejšnje izkušnje depresije ali anksioznosti, družinska anamneza depresije ali druge duševne bolezni, sprememba ravni hormonov po porodu, prvo materinstvo, zelo nizka ali zelo visoka starost matere ob porodu, stres pri skrbi za novorojenčka in obvladovanju novih življenjskih sprememb, imeti zahtevnega otroka, ki joče bolj kot običajno, ga je težko potolažiti ali katerega potrebe po spanju in lakoti so neredne in jih je težko predvideti, imeti otroka s posebnimi potrebami (prezgodnji porod, zdravstveni zapleti, bolezen) ter drugi čustveni stresorji, kot so smrt ljubljene osebe ali družinske težave (Skočir, 2005).

Med epidemijo COVID-19 je nujno razumeti kompleksno medsebojno delovanje teh dejavnikov pri razvoju PPD (Chen idr., 2020; Liang idr., 2020). Ljudje, ki jih je prizadel COVID-19, so se vedli bolj zadržano in konzervativno, na primer ostajali so doma z družino ter zmanjšali število druženj s prijatelji in sorodniki (Schaller idr., 2015). Po drugi strani pa so lahko politika omejenih potovanj in predpisi o samoizolaciji vodili v bolj pasiven življenjski slog in posledično poslabšanje duševnega zdravja (Schaller idr., 2015).

Slaba ekonomska situacija in zapleti med nosečnostjo so v metaanalizi pokazali pomembno razmerje s PPD (Skočir, 2005). Kljub pogostemu pojavu obstaja veliko ovir pri zagotavljanju optimalne klinične oskrbe žensk s PPD (Sharma in Sharma, 2012). Zaradi stigme duševne bolezni in občutkov krivde lahko ženske pomoči ne poiščejo pravočasno. Doječe ženske morda nerade preizkušajo zdravila zaradi skrbi glede njihove varnosti med dojenjem. Nazadnje, zdravniki morda ne povprašajo o simptomih PPD ali simptome zavrnejo kot klinično nepomembne, kar povzroča premalo diagnozo ali zdravljenje (Sharma in Sharma, 2012).

Farmakološko (antidepresivi) in nefarmakološko (psihoterapevtske metode) zdravljenje sta najučinkovitejša terapevtska posega za zdravljenje depresije (Brown idr., 2021; Skočir, 2005). Glede na potencialno resne posledice nezdravljene depresije za žensko in njeno družino je pomembno, da si zdravstveni delavci prizadevajo za zgodnje odkrivanje in zdravljenje PPD (Brown idr., 2021; Sharma in Sharma, 2012). Več pozornosti bi bilo treba nameniti izboljšavam intervencij za PPD (Skočir, 2005). Nosečnice z anamnezo PPD je treba oceniti glede na potrebe po preventivnem zdravljenju po porodu (Brown idr., 2021; Sharma in Sharma, 2012). Razpoložljivi dokazi kažejo, da so antidepresivi, ki se običajno uporabljajo za zdravljenje depresije, učinkoviti tudi pri akutnem, vzdrževalnem in preventivnem zdravljenju PPD. Ženskam z blago do zmerno depresijo lahko koristi psihoterapija, vključno s kognitivno-vedenjsko terapijo, medosebno terapijo, psihodinamično psihoterapijo ali nedirektivnim svetovanjem (Sharma in Sharma, 2012).

1.6.3 Zgodnje odkrivanje poporodne depresije v Sloveniji

V Sloveniji poteka aktivnost zgodnjega odkrivanja PPD pod okriljem projekta »Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih«, v katerega je vključenih 27 zdravstvenih domov (Kotar idr., 2019). Ko patronažne medicinske sestre obiščejo mamo in dojenčka na domu, je eden od obiskov namenjen samo mamicam, kjer jih med drugim povprašajo tudi o počutju in jim ponudijo vprašalnik o počutju (t. i. Edinburški vprašalnik). Vprašalnik se nanaša na počutje v zadnjih sedmih dneh in služi kot presejalno orodje, kar pa pomeni, da z njim poskušajo zaznati prisotnost težav na duševnem področju, predvsem poskušajo odkriti ženske, pri katerih bi zasledili prisotnost PPD. Patronažna medicinska sestra potem na podlagi dobljenih rezultatov svetuje ženski ali pa ji pomaga poiskati pomoč, če je ta potrebna (Kotar idr., 2019).

Raziskava Podvornik, Globevnik Velikonja in Praper, ki je bila izvedena leta 2015, je zajela vzorec 348 žensk v treh trimesečjih nosečnosti, ki so bile deležne rutinske porodniške oskrbe na Kliniki za porodništvo in ginekologijo v UKC Ljubljana (Podvornik, Globevnik Velikonja

in Praper, 2015). Anketirane ženske so izpolnile vprašalnik o sociodemografskih spremenljivkah, lestvico depresije Centra za epidemiološke študije CES-D in popis anksioznosti stanja STAI. Rezultati kažejo, da je bilo pri 21,7 % nosečnic ugotovljeno, da trpijo za povečano simptomatologijo depresije, 15,7 % jih je pokazalo visoko stopnjo anksioznosti in 12,5 % visoko stopnjo nagnjenosti k anksioznosti. Med trimesečji nosečnosti niso ugotovili pomembnih razlik v depresiji in anksioznosti. Ženske, ki so v prejšnjih nosečnostih imele zdravstvene zaplete, so pokazale večjo stopnjo anksioznosti, tiste, ki so imele zaplete med trenutno nosečnostjo, pa so poročale o nagnjenosti k visoki anksioznosti (intenzivnejši simptomi depresije ter anksioznosti zaradi stanja in lastnosti kot ženske brez zapletov). Nižja stopnja izobrazbe, nižji dohodkovni razred in večje število otrok so v tretjem trimesečju nosečnosti prispevali k intenzivnejšim simptomom depresije in nagnjenosti k visoki anksioznosti. Rezultati opozarjajo na potrebo po zgodnjem odkrivanju in zdravljenju depresije in anksioznosti med nosečnostjo (Podvornik, Globevnik Velikonja in Praper, 2015).

1.6.4 Nevrobiološko ozadje poporodne depresije

Študije na živalih kažejo, da se v možganih samice v zgodnjem poporodnem obdobju pojavijo strukturne spremembe v regijah, kot so hipotalamus, amigdala, parietalni reženj in prefrontalna skorja, in takšne spremembe so povezane s spremembami v vedenju samice (Kim idr., 2010). Da bi razumeli nevroplastičnost, povezano z materinim vedenjem v zgodnjem poporodnem obdobju, so izvedli MRI-študijo, kjer so proučevali strukturne spremembe v možganih človeških mater od 2–4 tedne do 3–4 mesece po porodu. Ugotovili so povečanje volumna sive snovi v prefrontalnem korteksu, parietalnih režnjih in območjih srednjih možganov (Kim, 2010). Povečan volumen sive snovi v srednjih možganih, vključno s povečanim hipotalamusom, črno substanco in amigdalo, je bil povezan z materinim pozitivnim zaznavanjem svojega otroka. Ti rezultati kažejo, da prve mesece materinstva pri ljudeh spremljajo strukturne spremembe v možganskih regijah, ki so vpletene v materino motivacijo, vedenje, empatijo, občutek povezanosti in navezanosti na otroka (Kim idr., 2010).

Nosečnost in poporodni čas sta povezana tudi z občutnimi spremembami steroidnih in peptidnih hormonov, katerih delovanje se spremeni zaradi osi hipotalamus-hipofiza-nadledvična žleza (angl. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, v nadaljevanju HPA) in hipotalamus-hipofiza-gonade (angl. The hypothalamic-pituitary-gonadal axis, v nadaljevanju HPG) (Brummelte in Galea, 2016). Motnje v teh nevroendokrinih oseh so povezane z motnjami razpoloženja in zato ne bi smelo biti veliko presenečenje, da lahko nosečnost in poporodno obdobje močno vplivata na razpoloženje mater. Visoka stopnja stresa med nosečnostjo je povezana s številnimi neugodnimi psihološkimi in fiziološkimi posledicami za mater in otroka (La Marca-Ghaemmaghami in Ehlert, 2015). Zdi se, da se ti učinki delno prenašajo prek enega od glavnih

sistemov stresnega odziva, HPA-osi, ki vključuje hormon kortizol kot končni produkt. Rezultati kažejo, da izhodiščne ravni kortizola postopoma napredujejo med nosečnostjo, verjetno zato, da pripravijo mater in plod na porod, medtem pa so odzivi na akutni stres vse bolj oslabljeni (La Marca-Ghaemmaghami in Ehlert, 2015). Če povzamemo, mater ni tako občutljiva na prehodne, akutne stresorje, prisotna pa je splošna porast kortizola kot del priprave organizma na porod.

Nosečnost in poporodni čas sta dejansko povezana s povečanim tveganjem za razvoj simptomov depresije pri ženskah (Brummelte in Galea, 2016). PPD prizadene približno 10–15 % žensk in poslabša interakcije med materjo in dojenčkom, ki so pomembne za razvoj otroka. Interakcija med materjo in dojenčkom je običajno opisana kot vedenje, ki ga mati in dojenček izkazuje kot odziv drug na drugega in se na primer meri z materino občutljivostjo in odzivnostjo pri reagiranju na dojenčkove znake in vedenje. Materinska navezanost, občutljivost in starševski slog so bistvenega pomena za zdravo dozorevanje dojenčkovih socialnih, kognitivnih in vedenjskih spretnosti. Na drugi strani pa depresivne matere pogosto kažejo manj navezanosti, občutljivosti in bolj ostro ali moteno starševsko vedenje, kar lahko prispeva k poročanju o neugodnih posledicah pri otrocih mater z depresijo, kot so pomanjkljivosti v kognitivnem in socialno-čustvenem razvoju, pojavnost gastrointestinalnih simptomov ali driske ipd. (Brummelte in Galea, 2016).

Glukokortikoida, ki sta skupaj z nihanji steroidov v jajčnikih prisotna pri depresiji, sta kortizol (glavni glukokortikoid pri ljudeh) in kortikosteron (CORT – glavni glukokortikoid pri podganah) (Brummelte in Galea, 2016). Stres in os HPA sta tesno povezana z etiologijo depresije (Bale, 2006; Brummelte in Galea, 2016). Bolniki, ki trpijo za depresijo, vključno s tistimi s PPD, kažejo nenormalno delovanje osi HPA, kot sta prekomerno izločanje kortizola in nenormalno dnevno izločanje kortizola (Glynn, Davis in Sandman, 2013; Jolley idr., 2007). Pravzaprav je normalizacija osi HPA eden od glavnih ciljev novejših terapij (Ising idr., 2007b). Normalizacija osi HPA z antidepresivi je povezana z izboljšanjem razpoloženja (Ising idr., 2007a). Zanimivo je, da moški in ženske kažejo različno normalizacijo osi HPA kot odziv na zdravljenje z antidepresivi, kar dokazuje obstoj spolnih razlik v delovanju osi HPA pri depresiji in zdravljenju (Binder idr., 2009).

Nosečnost in poporodno obdobje sta povezana z neravnovesji v ravneh glukokortikoidov pri ljudeh (Glynn, Davis in Sandman, 2013) in glodavcih (Lightman idr., 2001; Pawluski idr., 2009). Opažen je podoben hormonski profil kot pri osebah z depresijo, kar kaže na drug možen mehanizem za večjo ranljivost za depresijo med nosečnostjo in po porodu (Brummelte in Galea, 2016). Zgodnji porod naj bi bil povezan z oslajeno negativno povratno zanko osi HPA, saj deksametazon (zdravilo – sintetičen stresni hormon) ni uspel ustrezno zmanjšati ravni kortizola pri 80 % zdravih žensk po porodu brez depresije (Maes idr., 1992). Ženske po porodu so

pokazale pomembno negativno razmerje med razpoložljivostjo L-triptofana v možganih in poporodnim razpoloženjem, merjeno z Zungovimi lestvicami depresije in anksioznosti ter popisom stanja anksioznosti. V tej študiji so ugotovili znatno povečane vrednosti kortizola v plazmi pri ženskah, ki so prejemale dolgotrajno kontracepcijsko zdravljenje. Povečane koncentracije kortizola v serumu so lahko posledica neposrednega stimulativnega učinka estrogenov na os HPA in stimulacije globulina, ki veže kortizol (Maes idr., 1992). Dokazi kažejo, da so ravni kortikosteron vezavnega globulina (angl. corticosterone binding globulin, v nadaljevanju CBG) pri podganah ves čas po porodu nizke, kar nakazuje, da so ravni prostega CORT med porodom višje v primerjavi s kontrolami, saj se CBG veže s CORT (Pawluski idr., 2009). Dve študiji sta ugotovili, da je bil pri ženskah placentni kortikotropin sproščujoči hormon (angl. corticotropin releasing hormone, v nadaljevanju CRH) sredi nosečnosti (25–32 tednov) pomemben napovedovalec simptomov PPD v 2–3 mesecih, ne pa tudi 6 mesecev po porodu (Glynn in Sandman, 2014; Yim idr., 2009), čeprav druge študije niso odkrile povezav (Meltzer-Brody idr., 2011; Rich-Edwards idr., 2008). Poleg tega so ženske, ki so prej trpele za PPD, poročale o več depresivnih simptomih in so pokazale večje odzive na kortizol med izpostavljenostjo hormonsko simulirani nosečnosti (Bloch idr., 2005), kar nakazuje, da sta pri ranljivih ženskah os HPA in razpoloženje spremenjena kot odziv na nosečniške hormone. Hormoni osi HPA, morda v interakciji z drugimi nosečniškimi hormoni, so torej očitno povezani s simptomi PPD.

1.6.5 Zdravljenje poporodne depresije

Depresija matere je povezana s prezgodnjim porodom, nizko porodno težo, omejitvijo rasti ploda ter postnatalnimi kognitivnimi in čustvenimi zapleti (Becker idr., 2016). Izpostavljenost antidepresivom pa je povezana s prezgodnjim porodom, zmanjšanjem porodne teže, vztrajno pljučno hipertenzijo in pediatričnim akutnim nevropsihiatričnim sindromom (angl. Pediatric acute neuropsychiatric syndrome, v nadaljevanju PNAS) ter možno povezavo z motnjo avtističnega spektra. Ženske morda nerade jemljejo farmakološke antidepresive med nosečnostjo in/ali po porodu, saj le 18 % mater z depresijo poišče zdravljenje (Marcus, 2009). Paroksetin (antidepresiv iz razreda SSRI – selektivnih zaviralcev ponovnega privzema serotonina) je bil povezan s srčnimi malformacijami. Farmakološki posegi lahko pri ženskah s PPD vplivajo na novorojenčke (Brummelte in Galea, 2016). Večina antidepresivov se v majhnih količinah izloča v materino mleko in je na splošno združljiva z dojenjem (Becker idr., 2016), vendar pa lahko nekateri antidepresivi, kot so SSRI, ostanejo aktivni v materinem mleku in lahko potencialno vplivajo na razvoj otroka (Wisner, Perel in Findling, 1996). Uporabo antidepresivov med nosečnostjo in po porodu je treba pretehtati glede na tveganje za nezdravljeno depresijo pri materi. Vsak primer je edinstven, zato je pomembno individualno oceniti koristi in tveganja za vsako mater in otroka. Zdravnik mora upoštevati resnost depresije ali druge duševne težave pri materi, možne učinke zdravila na otroka in druge dejavnike. Čeprav

klinični dokazi kažejo, da nizke ravni SSRI prehajajo v materino mleko (Wisner, Perel in Findling, 1996), je uporaba antidepresivov pri materi še vedno sporna (Ornoy in Koren, 2014). Uporaba antidepresivov je za mater lahko koristna prek terapevtskega učinka, a škoduje razvoju otroka. Poleg tega sistematični pregledi kliničnih preskušanj kažejo, da farmakološki antidepresivi niso tako učinkoviti za mater v poporodnem obdobju (Brown idr., 2021; Brummelte in Galea, 2016; De Crescenzo idr., 2014; Molyneaux idr., 2014). V randomizirani, s placebom nadzorovani dvojni slepi preskušnji so pokazali učinkovitost sertralina (antidepresiv iz razreda SSRI) pri ženskah s PPD, ki se je pojavila v prvih 4 tednih po porodu (Hantsoo idr., 2014). Ženske v tej študiji pa so se na začetku razlikovale v rezultatih Hamiltonove ocene depresije (angl. Hamilton Depression Rating Scale, v nadaljevanju HDRS ali HAM-D), pri čemer je randomizirana skupina, ki je jemala sertralin, kazala nižje ocene na HAM-D od začetka in po 6 tednih zdravljenja. Opozoriti je treba, da PPD pogosto mine sama od sebe v 12 mesecih po porodu (Horowitz idr., 2013; Klier idr., 2008).

Poudariti je treba, da naj ženske ne skrivajo in trpijo duševne stiske ter naj si poiščejo pomoč, podporo, nasvete, zdravljenje ali samo usmeritve, če to potrebujejo (Kotar idr., 2019). PPD je bolezen, ki se jo lahko pozdravi ob pravočasnem odkritju in pravi strokovni pomoči, zato je zelo pomembno, da se jo pravočasno prepozna in zdravi. Ob zaznavi morebitnih simptomov, ki bi lahko kazali na prisotnost PPD, se lahko ženske obrnejo na svojega osebnega zdravnika ali ginekologa, ki jih bosta po potrebi napotila k specialistu, kot sta klinični psiholog ali psihiater (Kotar idr., 2019).

1.7 NAMEN IN CILJ MAGISTRSKEGA DELA

Namen magistrskega dela je bilo dobiti vpogled v doživljanje nosečnic v času epidemije COVID-19. Osredotočili smo se predvsem na pregled dostopnosti oskrbe in spoprijemanje nosečnic z ukrepi, kot so omejenost stika z drugimi osebami, omejenost gibanja, omejenost dostopa do ginekološke oskrbe in omejenost prisotnosti partnerja pri porodu. Cilj naloge je bil ugotoviti, kakšno je bilo psihično in fizično stanje nosečnic, kako so zaznavale zgoraj naštetih ukrepe in se z njimi spoprijemale. Poleg tega smo želeli proučiti, kakšna je bila pojavnost poporodne depresije in tesnobe med ženskami, ki so rodile med letoma 2020 in 2021, v času epidemije COVID-19.

1.8 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA IN HIPOTEZE

Na podlagi pregledane literature smo postavili tri raziskovalna vprašanja in iz njih oblikovali osem hipotez.

Raziskovalna vprašanja:

1. Kakšen psihofizični vpliv so imele epidemija COVID-19 in z njo povezana omejenost stikov in gibanja ter omejena dostopnost ginekološke obravnave na doživljanje v času nosečnosti in do šest mesecev po porodu?
2. Kako je prisotnost ali odsotnost partnerja pri porodu vplivala na izkušnjo poroda?
3. Kolikšna je bila pojavnost poporodne depresije med ženskami, ki so rodile med letoma 2020 in 2021, v času epidemije COVID-19?

Hipoteze:

Hipoteza H1a: Omejenost stikov z drugimi osebami je bila povezana z depresivnimi stanji pri ženskah v času nosečnosti in do šest mesecev po porodu.

Hipoteza H1b: Omejenost stikov z drugimi osebami je bila povezana s slabšim telesnim počutjem pri ženskah v času nosečnosti in do šest mesecev po porodu.

Hipoteza H1c: Omejenost gibanja med regijami je bila povezana z depresivnimi stanji pri ženskah v času nosečnosti in do šest mesecev po porodu.

Hipoteza H1d: Omejenost gibanja med regijami je bila povezana s slabšim telesnim počutjem pri ženskah v času nosečnosti in do šest mesecev po porodu.

Hipoteza H1e: Nosečnice so v času epidemije COVID-19 imele omejen dostop do oskrbe v ginekološki ambulanti v primerjavi z obdobjem pred epidemijo.

Zaradi uvedenih omejitvenih ukrepov in povečane nevarnosti okužbe z virusom COVID-19 je med epidemijo pri nosečnicah opaziti povečano število stresorjev, s katerimi so se morale soočati (Jelenko Roth idr., 2022). Pri tistih, ki se težje prilagajajo novim okoliščinam, so lahko dodatni stresorji prispevali k poslabšanju telesnega počutja ter povečanju tveganja za razvoj PPD in anksioznosti (Jelenko Roth idr., 2022).

Nosečnice so v obdobju epidemije COVID-19 predstavljale posebno ranljivo skupino, saj so bile izpostavljene večjemu tveganju za zaplete in hujši potek bolezni, kar je bilo že opazno pri preteklih okužbah z drugimi koronavirusi, vključno s SARS in MERS (Wastnedge idr., 2021). V Sloveniji je bil med epidemijo COVID-19 omejen dostop do oskrbe v ginekološki ambulanti (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2022). Omejitev stikov, gibanja in omejen dostop do ginekološke oskrbe so vplivali na negativno doživljanje nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja pri ženskah (Wastnedge idr., 2021; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2022).

V nekaterih ameriških državah je prišlo do zmanjšanja števila ginekoloških pregledov (Jelenko Roth idr., 2022), v Sloveniji pa predvsem v prvem valu epidemije COVID-19, saj je zdravstvena infrastruktura doživela preobremenitev (Jelenko Roth idr., 2022). Omejena udeležba na ambulantnih pregledih v Sloveniji, ki vključujejo redno spremljanje fizičnega in psihičnega stanja nosečnic, je bila posledica omejitev stikov in gibanja (Jelenko Roth idr., 2022).

Hipoteza H2a: Porodnice, ki so rodile ob prisotnosti partnerja, so zaznale manjšo porodno bolečino kot tiste, pri katerih je bil partner odsoten.

Hipoteza H2b: Porodnice, ki so rodile ob prisotnosti partnerja, so se med porodom počutile bolj varne kot tiste, pri katerih je bil partner odsoten.

Ugotovitve kažejo, da ima podpora moškega partnerja med porodom izjemno pozitiven vpliv (Somers-Smith, 1999). Ženske so poročale o manjših bolečinah, zmanjšanih potrebah po zdravilih ter izkazovale bolj pozitiven odnos do poroda in nosečnosti. V študiji iz leta 2010, ki so jo izvedli Chunuan idr. na 114 nosečnicah, so ugotovili, da prisotnost in podpora spremljevalca med porodom ne le zmanjšata dožemanje bolečine, ampak tudi povečata občutek varnosti in zadovoljstva pri materi. Poleg tega izboljšata duševno in fizično zdravje matere ter povečata zadovoljstvo matere z izkušnjo poroda (Chunuan idr., 2010).

Hipoteza H3: Pojavnost poporodne depresije v Sloveniji se je v času epidemije COVID-19 povečala.

Depresija in tesnoba v času nosečnosti ter po njej prizadeneta vsako šesto do sedmo žensko (Jelenko Roth idr., 2022). V raziskavi, izvedeni v letih 2020 in 2021 in zajemajoči 64 držav, je bilo ugotovljeno, da je 43 % nosečnic in žensk po porodu dosegalo ali presevalo klinične kriterije za PTSM, 31 % za PPD in 53 % za občutek osamljenosti (Basu idr., 2021). Pojavnost PPD in tesnobe na našem vzorcu bomo primerjali z javno dostopnimi podatki o pojavnosti PPD pri ženskah v Sloveniji, ki so rodile pred letom 2020 (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2022).

2 METODA

V tem poglavju so opisane metode naše raziskave, in sicer vzorec, pripomočki in postopek raziskave ter metoda obdelava podatkov.

2.1 VZOREC

V vzorec smo zajeli ženske, starejše od 18 let, ki so rodile med letoma 2020 in 2021. V vzorec smo vključili 69 oseb.

Tabela 1

Opisna statistika za starost udeleženk

	Povprečna vrednost	Standardna deviacija	Minimum	Maksimum	Modus
Starost udeleženk (v letih)	32	4,27	24	45	29

Povprečna starost udeleženk je bila 32 let, pri čemer je bila standardna deviacija (SD) 4,27 leta. Najmlajša udeleženka je bila stara 24 let, najstarejša pa 45 let.

Tabela 2

Opisna statistika za demografske značilnosti udeleženk: leto poroda udeleženk, statistična regija bivanja, zakonski status, zaposlitveni status in najvišja dosežena izobrazba udeleženk

Merjena spremenljivka		N	%
Leto poroda	2020	27	39,13
	2021	42	60,87
	Skupaj	69	100
Statistična regija	Gorenjska regija	2	2,90
	Goriška regija	17	24,64
	Obalno-Kraška regija	2	2,90
	Primorsko-Notranjska regija	6	8,70
	Osrednjeslovenska regija	22	31,88
	Jugovzhodna regija	5	7,25
	Srednjeposavska regija	1	1,45
Zasavska regija	1	1,45	

Merjena spremenljivka	N	%	
	Savinjska regija	9	13,04
	Koroška regija	0	0
	Podravska regija	3	4,35
	Pomurska regija	1	1,45
	Skupaj	69	100
Zakonski status	V partnerski zvezi	39	56,52
	Poročena	30	43,48
	Samska	0	0
	Skupaj	69	100
Zaposlitveni status	Zaposlena za polni delovni čas	51	73,91
	Zaposlena za krajši delovni čas	5	7,25
	Brezposelna	10	14,49
	Študentka	3	4,35
	Skupaj	69	100
Stopnja izobrazbe	I. stopnja (nekodončana osnovnošolska izobrazba)	0	0
	II. stopnja (osnovnošolska izobrazba)	3	4,35
	III. stopnja (nižja poklicna izobrazba)	1	1,45
	IV. stopnja (srednje poklicna izobrazba)	6	8,70
	V. stopnja (gimnazijsko, srednja poklicno-tehniška izobrazba, srednje tehniška oz. druga strokovna izobrazba)	14	20,29
	VI/1. stopnja (višješolski program (do 1994), višješolski strokovni program)	6	8,70
	VI/2. stopnja (specializacija po višješolskem programu, visokošolski strokovni programi / visokošolski strokovni in univerzitetni program (1. bol. st.))	15	21,74
	VII. stopnja (specializacija po visokošolskem strokovnem programu, univerzitetni program / magisterij (2. bol. st.))	22	31,88
	VIII/1. stopnja (specializacija po univerzitetnem programu, magisterij znanosti)	0	0
	VIII/2. stopnja (doktorat znanosti / doktor znanosti (3. bol. st.))	2	2,90
	Skupaj	69	100

Opombe. N = število udeleženk.

V raziskavi so sodelovale udeleženke, ki so rodile v letih 2020 ali 2021. Večina udeleženk v naši raziskavi je rodilo leta 2021 (60,87 %). Največ udeleženk (31,88 %) izvira iz Osrednjeslovenske regije. Kar 56,52 % udeleženk je bilo v partnerski zvezi, medtem ko je bilo 43,48 % poročenih. V raziskavi ni sodelovala nobena samska ali razvezana udeleženka. Glede zaposlitvenega statusa je največ udeleženk (73,91 %) bilo zaposlenih za polni delovni čas. Zaposlenih za krajši delovni čas je bilo 7,25 %, 14,49 % jih je bilo brezposelnih, medtem ko je 4,35 % bilo še študentk. Glede izobrazbene ravni je največ udeleženk (31,88 %), ki so imele zaključeno VII. stopnjo izobrazbe (specializacija po visokošolskem strokovnem programu, univerzitetni program / magisterij (2. bol. st.)).

2.2 PRIPOMOČKI

Vsem udeleženkam smo prek socialnega omrežja Facebook poslali povezavo do spletnega vprašalnika, na katerega so pisno odgovarjale prek internetne platforme IKA. Na začetku smo postavili demografska vprašanja, ki se nanašajo na spol in starost posameznice, datum rojstva otroka, v katero statistično regijo Slovenije spadajo, v katerem bivalnem okolju živijo, kakšen je njihov zakonski in zaposlitveni status ter kakšna je njihova najvišja dosežena izobrazba. Nato smo zastavili vprašanja, ki se nanašajo na psihofizično doživljanje počutja v času epidemije COVID-19, nadaljevali z Beckovim vprašalnikom depresivnosti (angl. Beck Depression Inventory, v nadaljevanju BDI) ter Edinburško lestvico postnatalne depresije (angl. Edinburgh Postnatal Depression Scale, v nadaljevanju EPDS). V nadaljevanju so predstavljeni vsi uporabljeni vprašalniki.

Demografska vprašanja

Vprašanja so vključevala starost, statistično regijo, bivalno okolje, zakonski status, zaposlitveni status in stopnjo izobrazbe.

Vprašanja o psihičnem in fizičnem doživljanju žensk v času COVID-19

Spletni vprašalnik smo oblikovali s pomočjo informacij o že znanih vplivih epidemije in poročilih o izkušnjah ljudi o psihičnem in fizičnem počutju med epidemijo COVID-19 (Ahrendt idr., 2021; Gabrovec idr., 2021; Hočevnar Grom idr., 2021). Vprašanja so se nanašala na: psihično in fizično počutje nosečnic v času nosečnosti in šest mesecev po porodu, socialne stike, skrb za fizično in psihično počutje ter to, kako so poskrbele za svoje fizično in psihično počutje v času epidemije. Primeri vprašanj: Kakšno je bilo vaše telesno počutje med epidemijo COVID-19 v primerjavi z obdobjem pred epidemijo? Kakšno je bilo vaše psihično počutje med epidemijo COVID-19 v primerjavi z obdobjem pred epidemijo? Ali ste med epidemijo COVID-19 imele stike z drugimi osebami (ne samo z družinskimi člani)? Če so odgovorile z DA na prejšnje vprašanje: Kako pogosti so bili stiki v primerjavi s časom pred epidemijo

COVID-19? Ali ste med epidemijo COVID-19 pogrešale osebne stike z drugimi osebami? Na katera področja vašega življenja je vplivala epidemija COVID-19? Ali je na vaše telesno in psihično počutje vplival ukrep omejitve gibanja? Če so odgovorile z DA na prejšnje vprašanje: Na kakšen način? Kako ste poskrbele za svoje fizično in psihično počutje v času epidemije COVID-19? Ali ste kdaj v preteklosti (pred epidemijo COVID-19) zaradi duševnih motenj ali stisk iskale psihološko pomoč (npr. psihološko svetovanje, psihoterapija, telefonski pogovor s svetovanjem)? Ali ste v času epidemije COVID-19 zaradi duševnih stisk iskale kakršnokoli obliko pomoči (npr. pogovor z bližnjo osebo, psihološko svetovanje/psihoterapija, podpora/informacije na spletu)? Ste imele v času epidemije COVID-19 nemoten dostop do ginekološke oskrbe? Je bil pri porodu med epidemijo COVID-19 prisoten partner? Če so na prejšnje vprašanje odgovorile z DA: Koliko (0–10) vam je bila pomembna izkušnja, da je bil lahko partner prisoten pri porodu? Če so na prejšnje vprašanje odgovorile z NE: Kako močna (0–10) je bila vaša želja, da bi bil pri porodu prisoten partner? Kakšen je bil vaš porod (vrsta poroda)? Kako (0–10) bi ocenile bolečino, ki je bila prisotna pri vašem porodu? Ste si s čim lajšale porodno bolečino? Če so na prejšnje vprašanje odgovorile z DA: S čim? Kako varno (0–10) ste se počutile pri porodu?

Beckov vprašalnik depresivnosti

BDI sestavlja 21 postavk z več možnostmi, od katerih ima vsaka štiri možne odgovore. Vsako vprašanje je točkovano z 0–3 točkami (Skočir, 2005). Višji rezultat odraža večjo depresivno simptomatiko, ki ustreza kriterijem za diagnosticiranje depresivnih motenj, navedenih v DSM IV (Diagnostični in statistični priročnik za duševne motnje, peta izdaja). Od 1 do 10 zbranih točk nakazuje odsotnost depresije, 11–16 zbranih točk nakazuje blago motnjo razpoloženja, 17–20 srednje močno, 21–30 zmerno oziroma srednje močno do resno, 31–40 resno in 40–63 zbranih točk nakazuje zelo hudo izraženo simptomatiko depresije. Pomanjkljivosti BDI so visoka težavnost postavk, pomanjkanje reprezentativnih norm in s tem dvomljiva objektivnost interpretacije, kontroverzna factorska veljavnost, nestabilnost rezultatov v kratkih časovnih intervalih (v 1 dnevu) (Richter, 1998). Prednosti vprašalnika depresivnosti so visoka notranja doslednost, visoka vsebinska veljavnost, veljavnost pri razlikovanju med subjekti z depresijo in tistimi, ki ne kažejo znakov depresije, občutljivost na spremembe in mednarodno širjenje (Richter, 1998). Beckova študija je poročala o veljavnosti in zanesljivosti tega vprašalnika, kjer so ocenili koeficient alfa 0,92 za ambulantne bolnike in 0,93 za vzorce študentov (Beck, Steer in Carbin, 1998). V naši raziskavi smo uporabili krajšo različico Beckovega vprašalnika depresivnosti (*Beck Depression Inventory short form* – BDI-SF), saj menimo, da bi bil celoten vprašalnik preobsežen, če bi uporabili prvotno različico BDI. BDI-SF je kratka oblika BDI in je sestavljen iz 13 postavk (Beck in Beck, 1972). Stopnja notranje konsistentnosti (koeficient alfa) BDI-SF je primerljiva z dolgo obliko (Beck, Steer in Garbin, 1988, Chibnall in Tait, 1995). Pearsonovi korelacijski koeficienti produkt-moment med BDI in BDI-SF so se gibali od 0,89 do 0,97, kar kaže, da je kratka oblika sprejemljiv nadomestek za dolgo (Beck, Rial in Rickets,

1974). Točkovanje je enako kot pri BDI, in sicer 4-točkovna lestvica (0–3 točke), seštevek vseh točk pa je 39 (Chibnall in Tait, 1995). Od 0 do 4 točke ustreza odsotnosti depresije ali minimalni depresiji, 5–7 točk blagi depresiji, 8–15 točk zmerni depresiji in 16 ali več hudi depresiji (Beck in Beck, 1972).

Edinburška lestvica postnatalne depresije

EPDS je niz 10 presejalnih trditev, ki lahko pokažejo, ali ima porodnica simptome, ki so pogosti pri ženskah z depresijo in tesnobo med nosečnostjo in v letu po rojstvu otroka (Cox, Holden in Sagovsky, 1987). Ni namenjena postavljanju diagnoze – to lahko storijo samo usposobljeni zdravstveni delavci. EPDS je bila razvita za pomoč zdravstvenim delavcem pri odkrivanju mater, ki trpijo za PPD. Lestvica je sestavljena iz 10 kratkih trditev. Udeleženka izbere enega od štirih možnih odgovorov, ki je najbližji njenemu počutju v zadnjem tednu. Odgovori so ocenjeni z 0, 1, 2 in 3 glede na resnost simptoma. Postavke 3, 5 in 10 se točkujejo obratno (tj. 3, 2, 1 in 0). Skupno oceno dobimo tako, da seštejemo ocene za vsako od 10 postavk. Vseh točk je tako 30. Točke znotraj razpona od 0 do 9 kažejo na nizko verjetnost depresije, kjer so lahko prisotni nekateri simptomi stiske/stresa, za katere je tako manj verjetno, da ovirajo vsakodnevno funkcioniranje doma ali na delu. Od 10 do 12 točk predstavlja večjo vrednost depresije, kar kaže na prisotnost simptomov stresa, ki so lahko neprijetni in vplivajo na vsakodnevno funkcioniranje. Od 13 do 30 doseženih točk pa predstavlja visoko verjetnost depresije, kar pa zahteva dodatno ocenjevanje in spremljanje. Za potrditev diagnoze in pripravo načrta zdravljenja je potrebna skrbna klinična ocena zdravstvenega delavca (Cox, Holden in Sagovsky, 1987).

2.3 POSTOPEK

Uporabili smo baze podatkov, kot so Google Učenjak, Science, ScienceDirect.com in PubMed. Ključne besede, ki smo jih uporabili za iskanje v bazah podatkov, so *pregnancy, pregnancy and psychology, birth, the postnatal period, postpartum depression, COVID-19, COVID-19 and pregnancy, the presence of a partner during childbirth, stress in pregnancy, symptoms postpartum depression*.

Pridobivanje udeleženk in reševanje spletnega vprašalnika je potekalo od 24. 7. 2023 do 9. 10. 2023 prek socialnega omrežja Facebook, kjer smo v različne skupine, v katere so vključene mlade mamice (npr. Mamice 2020, Mamice 2021, Mamice na porodniški), objavili ter delili vabilo in internetno povezavo do vprašalnika. Vprašalnik je bil posredovan udeleženkam v digitalni obliki (1KA). Zaprti tip spletnega vprašalnika je najprej vseboval opis in namen raziskave ter privolitev k raziskavi v obliki obveščene soglasja, kjer so obkljukale in potrdile trditve in šele nato nadaljevale z reševanjem vprašalnika. Sledila so demografska

vprašanja, ki so se nanašala na spol in starost posameznice, datum rojstva otroka, v katero statistično regijo Slovenije spadajo, v katerem bivalnem okolju živijo, kakšen je njihov zakonski in zaposlitveni status ter kakšna je njihova najvišja dosežena izobrazba. Nato so sledila vprašanja, ki se nanašajo na ukrepe med epidemijo COVID-19, zatem je bil vključen vprašalnik BDI-SF in na koncu vprašalnik EPDS. Ob zaključku spletnega vprašalnika je bil naveden elektronski naslov avtorice, na katerega so se udeleženske lahko obrnile v primeru vprašanj in iskanja pomoči oziroma podpore. Poleg tega smo ponudili, da se lahko obrnejo na pomoč tudi na psihologe ali psihoterapevte, ter podali enega od možnih internetnih virov, kjer lahko poiščejo pomoč (<https://zdt.si/>). Navedene so bile tudi nekatere telefonske številke za pomoč v stiski, kot so zaupni telefon Samarijan, klic v duševni stiski, ženska svetovalnica – krizni center in Prislunhem ti. Spletne vprašalnike, ki niso bili rešeni v celoti, smo izločili iz obdelave in v raziskavo vključili samo tiste udeleženske, ki so v celoti rešile spletni vprašalnik. Pridobljene podatke hranimo samo na osebni računalniku raziskovalke, v zaklenjeni oziroma z geslom zaščiteni mapi, kjer ima dostop do njih samo avtorica magistrskega dela. Javno bodo objavljeni in dostopni le skupinski rezultati. Pridobljene podatke bomo uporabili samo za namen pisanja magistrskega dela in bodo hranjeni eno leto po zaključku naloge.

2.4 METODA OBDELAVA PODATKOV

Za statistično analizo podatkov smo uporabili program Microsoft Excel 2016 for Mac, IBM SPSS Statistics 26 ter statistični program R in Rstudio (različica R 3.6.3).

Najprej smo opravili opisno statistično analizo podatkov, nato pa smo za vsako hipotezo posebej izvedli ustrezne statistične teste. Na podlagi naših podatkov smo izvedli Shapiro-Wilkov test za preverjanje normalnosti porazdelitve rezultatov. Glede na rezultate tega testa smo se odločili uporabiti Spearmanov test ali pa Mann-Whitneyjev U-test. Neparametrični test za neodvisne vzorce se uporablja za preverjanje razlik med dvema neodvisnima skupinama na podlagi ordinalnih ali neobičajnih zveznih podatkov.

3 REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo 119 udeleženk, od tega 50 udeleženk ni rešilo vprašalnika do konca, zato smo jih izločili iz analize podatkov. V analizo smo tako vključili odgovore 69 udeleženk, ki so v celoti rešile vprašalnik.

V nadaljevanju je predstavljena osnovna opisna statistika za posamezne dimenzije spletnega vprašalnika.

3.1 PSIHIČNO IN FIZIČNO POČUTJE UDELEŽENK RAZISKAVE V ČASU EPIDEMIJE COVID-19

Tabela 3

Opisna statistika značilnosti bivalnega okolja in bivalnega prostora udeleženk ter njihovo zadovoljstvo z bivalnim prostorom v času epidemije COVID-19

Spremenljivka		N	%
Bivalno okolje	Mestno	23	33,33
	Primestno	10	14,49
	Manjši kraj	10	14,49
	Vaško okolje	26	37,68
	Skupaj	69	100
Vrsta bivalnega prostora	Enodružinska hiša	27	39,13
	Večstanovanjska hiša	27	39,13
	Stanovanje v bloku	15	21,74
	Skupaj	69	100
Zadovoljstvo z bivalnim prostorom	Prijetno, saj se nismo počutili omejene (dovolj prostora, ukrepi gibanja in stikov niso bili moteči)	45	65,22
	Neprijetno, ker smo se počutili omejene (malo prostora, ukrepi gibanja in stikov)	24	34,78
	Skupaj	69	100

Opombe. N = število udeleženk.

Udeleženke raziskave so v večjem deležu (37,68 %) v obdobju epidemije COVID-19 prebivale v vaškem okolju, medtem ko je 33,33 % udeleženk živelo v mestnem okolju. Glede na stanovanjske pogoje je bilo 39,13 % udeleženk v enodružinskih hišah, enak odstotek pa jih je bivalo v večstanovanjskih hišah, medtem ko jih je 21,74 % živelo v stanovanjih v bloku.

Več kot polovica udeleženk (65,22 %) je svoje bivalno okolje v času epidemije COVID-19 ocenila kot prijetno, brez občutka omejenosti (zagotovljeno dovolj prostora, ukrepi glede gibanja in stikov niso povzročali težav).

Tabela 4

Opisna statistika telesnega in psihičnega počutja udeleženk med epidemijo COVID-19 v primerjavi z obdobjem pred epidemijo

Merjena spremenljivka		N	%
Opis telesnega počutja	Počutje se je občutno poslabšalo.	1	1,45
	Počutje se je poslabšalo.	22	31,88
	Počutje se ni spremenilo.	39	56,52
	Počutje se je izboljšalo.	5	7,25
	Počutje se je občutno izboljšalo.	2	2,90
	Skupaj	69	100
Opis psihičnega počutja	Počutje se je občutno poslabšalo.	9	13,04
	Počutje se je poslabšalo.	23	33,33
	Počutje se ni spremenilo.	30	43,48
	Počutje se je izboljšalo.	5	7,25
	Počutje se je občutno izboljšalo.	2	2,90
	Skupaj	69	100

Opombe. N = število udeleženk.

Med obdobjem epidemije COVID-19 je 56,52 % udeleženk izrazilo mnenje, da se njihovo telesno počutje ni spremenilo v primerjavi z obdobjem pred epidemijo. Kar zadeva psihično počutje, je 33,33 % udeleženk izjavilo, da se je to poslabšalo, kar je nekoliko več kot pri telesnem počutju (31,88 %).

Tabela 5

Opisna statistika mnenja o vplivu ukrepov med epidemijo COVID-19 na pogostost osebnih stikov, pogostost stikov v primerjavi s časom pred epidemijo COVID-19, pogrešanje osebnih stikov z drugimi osebami in najpogostejši stiki v zasebnem času med epidemijo COVID-19

Merjena spremenljivka		N	%
Ali so ukrepi med epidemijo COVID-19 vplivali na pogostost osebnih stikov?	DA	59	85,51
	NE	10	14,49
	Skupaj	69	100
Pogostost stikov	Manj pogosti	60	86,96
	Enako pogosti	7	10,15

Merjena spremenljivka		N	%
	Pogostejši	2	2,90
	Skupaj	69	100
Ali ste med epidemijo COVID-19 pogrešali osebne stike z drugimi osebami?	DA	56	81,16
	NE	13	18,84
	Skupaj	69	100
Vrsta stika	S sorodniki	60	86,96
	S prijatelji	6	8,70
	S sodelavci	3	4,35
	Drugo	0	0
	Skupaj	69	100

Opombe. N = število udeleženk.

Večina udeleženk (85,51 %) meni, da so ukrepi med epidemijo COVID-19 vplivali na zmanjšanje pogostosti osebnih stikov. Hkrati jih je približno enak delež (86,96 %) prepričanih, da so se ti stiki zmanjšali v primerjavi s časom pred epidemijo COVID-19. Med obdobjem epidemije je 81,16 % udeleženk izrazilo pogrešanje osebnih stikov z drugimi ljudmi. Kar zadeva najpogostejše stike v zasebnem času med epidemijo COVID-19, so udeleženke najpogosteje navedle sorodnike (86,96 %).

Tabela 6

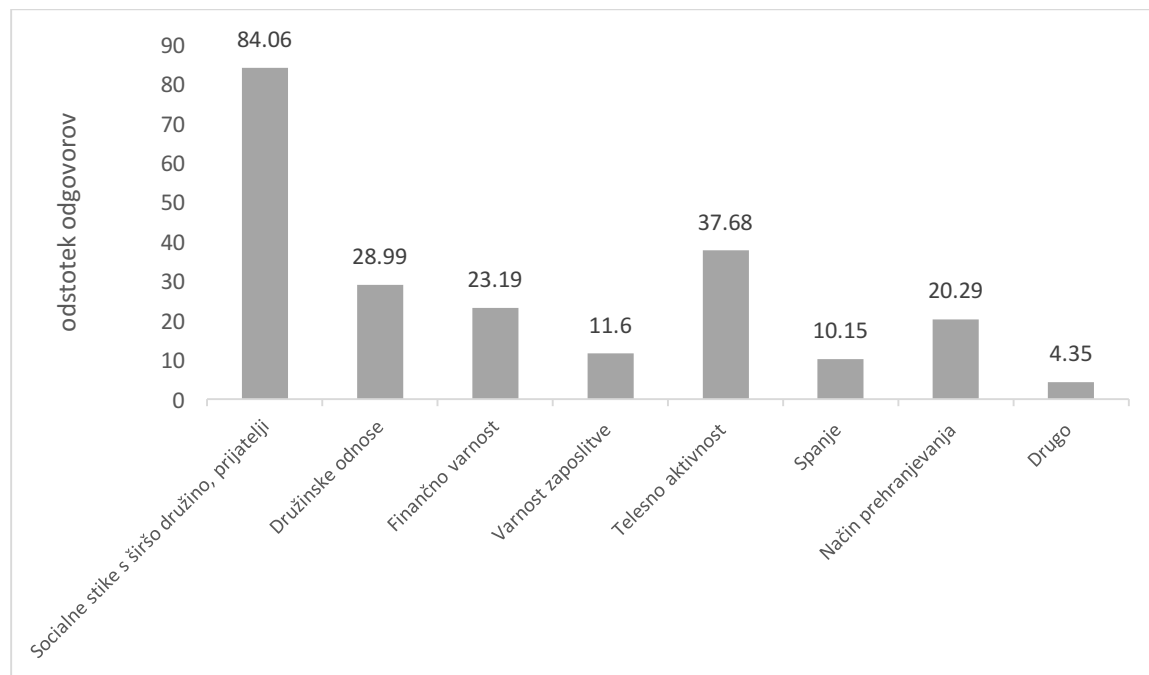
Opisna statistika pogostosti stikov med epidemijo COVID-19

	Povprečna vrednost	Standardna deviacija	Minimum	Maksimum	Modus
Pogostost stikov	2,71	0,99	1	5	3

Povprečna ocena, podana na 5-stopenjski lestvici (0 – brez stikov, 1 – zelo redki stiki, 2 – redki stiki, 3 – občasni stiki, 4 – pogosti stiki, 5 – zelo pogosti stiki), je znašala 2,71, pri čemer je standardni odklon znašal 0,99, najpogostejša ocena je bila 3.

Slika 1

Mnenje udeleženk o vplivu epidemije COVID-19 na njihovo življenje



Udeleženke so lahko izbrale več odgovorov, ki so opisovali njihovo mnenje o vplivu epidemije COVID-19 na njihovo življenje. Iz slike 1 je razvidno, da je večina udeleženk (84,06 %) izrazila, da je epidemija COVID-19 vplivala na njihove socialne stike s širšo družino in prijatelji. Opaziti je tudi, da je znaten delež udeleženk (37,68 %) poročal o vplivu epidemije na njihovo telesno aktivnost, medtem ko jih je 28,99 % navedlo, da je vplivala na družinske odnose. Nekatere udeleženke (1,45 %) so dodale, da je epidemija COVID-19 vplivala tudi na prve mesece z novorojenčkom, medtem ko je enak odstotek udeleženk (1,45 %) menil, da epidemija ni vplivala na nobeno področje njihovega življenja.

Tabela 7

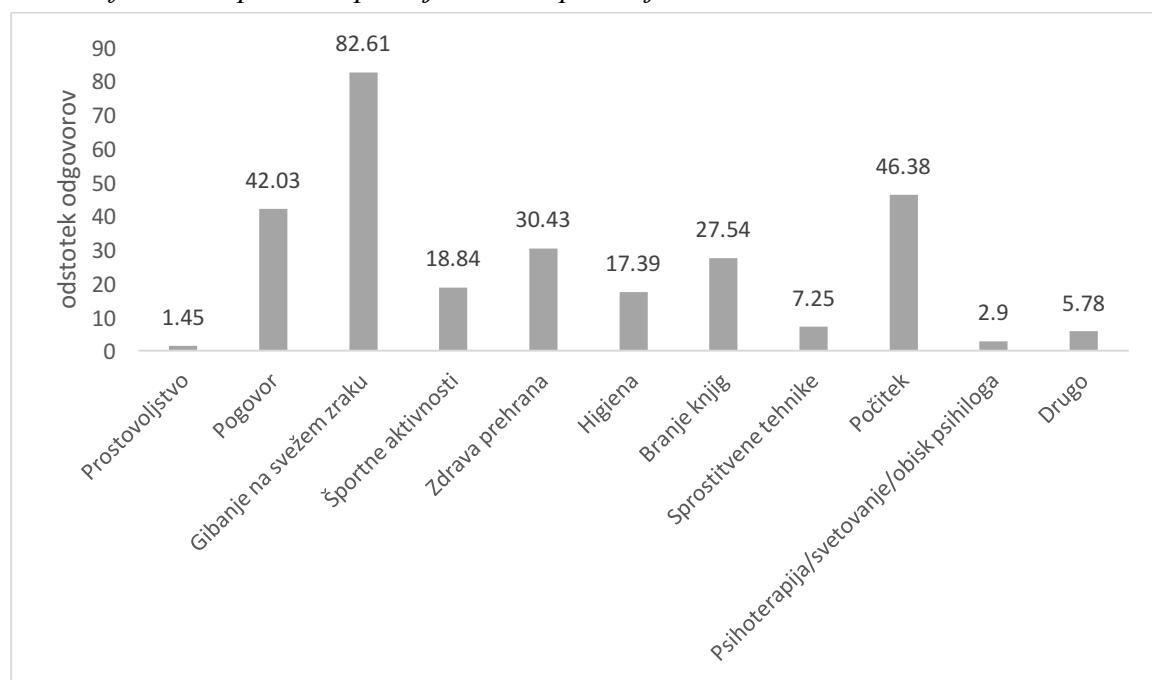
Opisna statistika telesnega in psihičnega počutja udeleženk v času omejitve gibanja med epidemijo COVID-19

	Povprečna vrednost	Standardna deviacija	Minimum	Maksimum	Modus
Kako močno je na vaše telesno in psihično počutje vplival ukrep omejitve gibanja?	4,78	2,71	0	10	5

Na lestvici od 0 do 10, kjer je 0 pomenilo brez vpliva in 10 izredno močan vpliv, so udeleženske ocenjevale, kako intenzivno je ukrep omejitve gibanja vplival na njihovo telesno in psihično počutje. Povprečna ocena je bila 4,78, pri čemer je standardni odklon znašal 2,71. Najpogostejša ocena, ki so jo udeleženske podale, je bila 5 (49 %). Nekatere udeleženske niso občutile posledic omejitve gibanja na svoje fizično in psihično počutje. Medtem pa so se druge spopadale z negativnimi vplivi omejitve gibanja. Nekatere so se počutile tesnobno, osamljeno ali celo depresivno, medtem ko so druge opazile zmanjšano energijo, osamljenost, stres in težave pri dostopu do potrebnih nakupov, ki so jih nadomestile s spletnimi naročili. Nekatere udeleženske pa so menile, da je bil ukrep pozitiven za njihovo počutje, saj so imele več časa za zunanje dejavnosti, kar je koristilo tudi zdravju njihovih otrok.

Slika 2

Skrb za fizično in psihično počutje v času epidemije COVID-19



Udeleženske so imele možnost izbire več odgovorov, ki opisujejo, kako so skrbele za svoje fizično in psihično počutje v času epidemije COVID-19. Iz slike 2 je razvidno, da je 82,61 % udeleženk za svoje fizično in psihično dobro počutje skrbelo z gibanjem na svežem zraku. Poleg tega je 46,38 % udeleženk omenilo, da so za svoje počutje poskrbele s počitkom, medtem ko jih je 42,03 % navedlo, da so se posluževale pogovora. Dodatnih 5,78 % udeleženk je navedlo lastne pristope, med katerimi so se nekatere družile s svojimi otroki ali ohranjale družabne aktivnosti na običajen način.

Tabela 8

Opisna statistika iskanja psihološke pomoči v preteklosti in/ali v času epidemije COVID-19

Merjena spremenljivka		N	%	Mediana
Iskanje psihološke pomoči v preteklosti	Nikoli	62	89,86	1,00 (nikoli)
	Redko	7	10,14	
	Občasno	0	0	
	Pogosto	0	0	
	Skupaj	69	100	
Iskanje psihološke pomoči v času epidemije COVID-19	Nikoli	52	75,36	1,00 (nikoli)
	Redko	14	20,29	
	Občasno	3	4,35	
	Pogosto	0	0	
	Skupaj	69	100	

Opombe. N = število udeleženk.

V preteklosti niso nikoli iskale psihološke pomoči zaradi duševnih stisk ali motenj je poročalo 89,86 % udeleženk. Kar zadeva duševne stiske v času epidemije COVID-19, je 75,36 % udeleženk poročalo, da niso iskale nobene oblike pomoči, kot so pogovor z bližnjo osebo, psihološko svetovanje, psihoterapija ali podpora in informacije na spletu. Redko je zaradi duševnih stisk iskalo pomoč 20,29 % udeleženk, medtem ko je 5,78 % udeleženk to počelo občasno. Pri obeh skupinah je bila mediana odgovor nikoli.

Tabela 9

Opisna statistika dostopnosti do ginekološke oskrbe in prisotnosti partnerja pri porodu v času epidemije COVID-19

Merjena spremenljivka		N	%
Nemoten dostop do ginekološke oskrbe	DA	59	85,51
	NE	10	14,49
	Skupaj	69	100
Prisotnost partnerja pri porodu	DA	52	75,36
	NE	17	24,64
	Skupaj	69	100

Opombe. N = število udeleženk.

V obdobju epidemije COVID-19 je 86 % udeleženk poročalo o nemotenem dostopu do ginekološke oskrbe. Pri 75 % udeleženk je bil partner prisoten pri porodu.

Tabela 10

Opisna statistika pomembnosti izkušnje, da je bil lahko partner prisoten pri porodu, želje, da bi bil pri porodu prisoten partner, ter ocene porodne bolečine in varnosti pri porodu

	Povprečna vrednost	Standardna deviacija	Minimum	Maksimum	Modus
Koliko (0–10) vam je bila pomembna izkušnja, da je bil lahko partner prisoten pri porodu?	8,12	2,62	1	10	10
Kako močna (0–10) je bila vaša želja, da bi bil pri porodu prisoten partner?	8,29	2,27	5	10	10
Kako (0–10) bi ocenili bolečino, ki je bila prisotna pri vašem porodu?	6,41	2,53	0	10	5
Kako varno (0–10) ste se počutili pri porodu?	6,93	2,39	3	10	5

Pri tistih udeleženkah, pri katerih je bil partner prisoten pri porodu (75 %), je bila ta izkušnja zaznana kot pomembna, saj je povprečna ocena znašala 8,12 na 10-stopenjski lestvici. Večina odgovorov se je gibala med ocenami 10 in 5, pri čemer je le 2 % udeleženk navedlo oceno 0 ali 7. Najpogostejša ocena je bila 10.

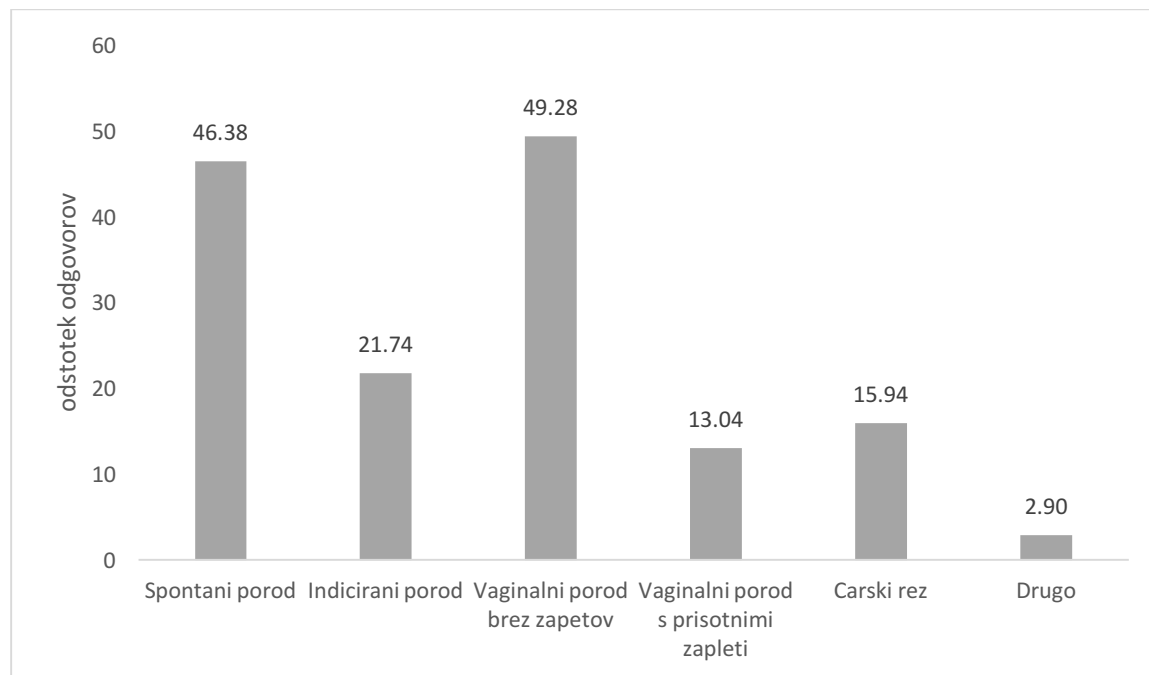
V primeru udeleženk, katerih partner ni bil prisoten pri porodu (25 %), je bila močna želja po tem, da bi partner lahko bil prisoten, kar je povprečno ocenjeno z 8,29 na 10-stopenjski lestvici. Vsi odgovori so se gibali med ocenami 5 in 10, pri čemer je bila najpogostejša ocena 10.

Povprečna ocena bolečine, prisotne pri porodu, na 10-stopenjski lestvici (0 – nič bolečine; 10 – izredno močna bolečina) je znašala 6,41, s standardnim odklonom 2,53. Najpogostejša ocena je bila 5.

Povprečna ocena varnosti pri porodu na isti lestvici (0 – nisem se počutila varno; 10 – počutila sem se zelo varno) pa je bila 6,93, s standardnim odklonom 2,39. Najpogostejša ocena je bila 5. To pomeni, da so se udeleženke pri porodu v večji meri počutile varno.

Slika 3

Vrsta poroda pri udeleženkah v času epidemije COVID-19



Udeleženke so lahko izbrale več odgovorov, ki opisujejo vrsto njihovega poroda. Iz slike 3 je razvidno, da so udeleženke v 49 % primerov imele vaginalni porod brez zapletov (ki ni nujno, da se je sprožil spontano) in v 46 % primerov spontani porod. Indicirani porod je imelo 22 % udeleženk. Dodatnih 3 % udeleženk, ki so odgovorile na vprašanje z odgovorom »drugo«, so navedle, da so doživele urgentni carski rez.

Tabela 11

Opisna statistika lajšanja porodne bolečine

Merjena spremenljivka		N	%
Lajšanje porodne bolečine	DA	41	59,42
	NE	28	40,58
	Skupaj	69	100
Vrsta lajšanja porodne bolečine	Epiduralna analgezija	19	85,51
	Ultiva	11	14,49
	Dušikov oksid (smejalni plin)	7	10,25
	Opioidi (petindin, fentanil, morfij, meperidin, remifentanil itd.)	1	1,45
	TENS (angl. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation; transkutana električna stimulacija živcev)	0	0

Merjena spremenljivka	N	%
Drugo	3	4,35
Skupaj	41	100

Opombe. N = število udeleženk.

Porodno bolečino si je lajšalo 59 % udeleženk. Med tistimi, ki so se odločile za lajšanje bolečine, jih je 46 % uporabilo epiduralno analgezijo, medtem ko si jih je 27 % pomagalo z ultivo. Dodatnih 7 % udeleženk je navedlo uporabo drugih metod za lajšanje bolečine, kot sta kisik in anestezija.

3.2 OPISNA STATISTIKA BECKOVEGA VPRAŠALNIKA DEPRESIVNOSTI IN EDINBURŠKE LESTVICE POSTNATALNE DEPRESIJE

Tabela 12

Opisna statistika Beckovega vprašalnika depresije – kratka oblika (BDI-SF) in Edinburške lestvice postnatalne depresije (EPDS)

	Povprečna vrednost	Standardna deviacija	Minimum	Maksimum	Modus
BDI-SF	4,32	5,24	0	29	0
EPDS	7,51	5,66	1	24	2

Povprečna vrednost, dosežena na vprašalniku BDI-SF, ki meri stopnjo izraženosti depresije med nosečnostjo, je znašala 4,32 točke (standardni odklon 5,24). Modus na tem vprašalniku je bil 0 točk.

Glede vprašalnika EPDS, ki meri stopnjo izraženosti depresije v poporodnem obdobju (6 mesecev po porodu), pa je povprečna vrednost znašala 7,51 točke (standardni odklon 5,66). Modus na tem vprašalniku pa je bil 2 točki.

Tabela 13

Opisna statistika Beckovega vprašalnika depresije – kratka oblika (BDI-SF) in Edinburške lestvice postnatalne depresije (EPDS) po skupinah

Merjena spremenljivka	N	%
BDI-SF 0–4 T Odsotnost ali minimalna depresija	48	69,67

Merjena spremenljivka	N	%
5–7 T	8	11,59
Blaga depresija		
8–15 T	11	15,94
Zmerna depresija		
16 ali več T	2	2,90
Huda depresija		
Skupaj	69	100
EPDS		
0–9 T	49	71,01
Nizka verjetnost depresije		
10–12 T	8	11,59
Večja vrednost depresije		
13–30 T	12	17,39
Visoka verjetnost depresije		
Skupaj	69	100

Opombe. N = število udeleženk. T = točke.

Skupine so določene na podlagi vira Beck in Beck (1972) za vprašalnik BDI-SF ter vira Cox, Holden in Sagovsky (1987) za vprašalnik EPDS.

V naši raziskavi 69,67 % udeleženk ni izražalo znakov depresije, 11,59 % pa jih je doseglo blago stopnjo izraženosti depresije. Stopnjo zmerne depresije je doseglo 15,94 % udeleženk, 2,90 % pa jih je izrazilo hudo stopnjo depresije.

Ugotovili smo, da je pri 71,01 % udeleženk zaznana nizka verjetnost depresije. Pri 11,59 % udeleženk je bila opazovana povečana vrednost depresije, medtem ko je bila pri 17,39 % udeleženk zaznana visoka verjetnost depresije.

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati preverjanja hipotez, ki smo jih postavili na začetku raziskave. Po začetni analizi osnovne opisne statistike smo preverili normalno porazdelitev spremenljivk s pomočjo Shapiro-Wilkovega testa. Rezultati testa za vse spremenljivke kažejo, da je porazdelitev nenormalna (P-vrednost Shapiro-Wilkovega testa je manjša od 0,05). Zaradi ugotovljene nenormalnosti smo se v nadaljnji analizi odločili uporabiti neparametrične teste, bodisi Spearmanov test za preverjanje povezanosti ali pa Mann-Whitneyjev U-test za preverjanje statistično pomembnih razlik med spremenljivkami, odvisno od narave podatkov.

3.3 RAVEN DEPRESIVNEGA STANJA PRI UDELEŽENKAH V ČASU NOSEČNOSTI IN DO ŠEST MESECEV PO PORODU GLEDE NA OMEJENOST STIKOV IN GIBANJA MED REGIJAMI V ČASU EPIDEMIJE COVID-19

Spodaj so predstavljeni rezultati opisne statistike in rezultati statistične analize, kot sta Shapiro-Wilkov test in Spearmanov test, s katerimi smo preverili hipotezo H1a: Omejenost stikov z drugimi osebami med epidemijo COVID-19 je bila povezana z depresivnimi stanji pri ženskah v času nosečnosti in do šest mesecev po porodu.

Tabela 14

Opisna statistika o ravni depresije med nosečnostjo in po porodu glede na pogostost osebnih stikov med epidemijo COVID-19

Spremenljivka		Vpliv ukrepov na pogostost osebnih stikov											
		DA				NE							
Pogostost stikov	Manj pogosti	85,51				14,49							
		Enako pogosti				Pogostejši				Manj pogosti			
Pogrešanje osebnih stikov z drugimi osebami	DA	81,16				2,90				5,80			
		NE				Enako pogosti				Pogostejši			
Raven depresije med nosečnostjo in po porodu:		DA	NE	DA	NE	DA	NE	DA	NE	DA	NE	DA	NE
Nizka/blaga D	53,62	5,80	1,45	0	1,45	0	1,45	0	1,45	2,90	0	0	0
Nizka/visoka D	8,70	2,90	0	0	0	0	1,45	0	0	0	0	0	0
Zmerna/nizka D	0	0	0	0	0	0	0	1,45	0	1,45	0	0	0
Zmerna/večja D	5,80	0	0	0	1,45	0	0	1,45	0	2,90	0	0	0
Zmerna/visoka D	1,45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Visoka/visoka D	2,90	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Opombe. D = depresija. Ocene so podane v odstotkih.

Udeleženke, ki so bile v večini (85,51 %) mnenja, da so ukrepi med epidemijo COVID-19 vplivali na pogostost osebnih stikov, so v 81,16 % primerov dejansko poročale o manj pogostih stikih v primerjavi s časom pred epidemijo COVID-19. Med temi udeleženkami jih je 72,46 % pogrešalo osebne stike z drugimi osebami, 8,70 % pa jih teh stikov ni pogrešalo.

Med udeleženkami, ki so pogrešale osebne stike, jih je 53,62 % doživljalo nizko ali blago depresijo med nosečnostjo in v obdobju šestih mesecev po porodu. Ugotovljeno je bilo tudi, da 8,70 % udeleženk, ki so doživljale nizko ali blago depresijo med nosečnostjo, izkazuje zelo visoko verjetnost depresije v obdobju šestih mesecev po porodu. Zmerno depresijo med nosečnostjo in večjo verjetnost depresije v obdobju šestih mesecev po porodu je imelo 5,80 % udeleženk, medtem ko je 1,45 % udeleženk doživljalo zmerno depresijo med nosečnostjo in zelo visoko verjetnost depresije v obdobju šestih mesecev po porodu. Skupaj 2,90 % udeleženk pa je izkazovalo hudo stopnjo depresije med nosečnostjo in zelo visoko verjetnost depresije v obdobju šestih mesecev po porodu. Ti dve skupini, ki kažeta na kritične ravni depresivnega stanja med udeleženkami, sta obenem tudi tisti, pri katerih so ukrepi med epidemijo COVID-19 vplivali na njihove stike z drugimi osebami.

Med udeleženkami jih je 1,45 % ohranilo enako pogoste stike in potrdilo, da so pogrešale osebne stike z drugimi osebami med epidemijo COVID-19. V tej skupini je bila nizka ali blaga depresija med nosečnostjo in v obdobju šestih mesecev po porodu prisotna pri 2,90 % udeleženk. Med temi udeleženkami pa jih je 1,45 % imelo nizko ali blago depresijo med nosečnostjo in v obdobju šestih mesecev po porodu ter 1,45 % zmerno depresijo med nosečnostjo in večjo verjetnost depresije v obdobju šestih mesecev po porodu.

Udeleženke, ki so bile mnenja, da ukrepi med epidemijo COVID-19 niso vplivali na pogostost osebnih stikov (14,49 %), so imele v 8,70 % enako pogoste stike. Med temi udeleženkami jih je 1,45 % pogrešalo osebne stike z drugimi osebami med epidemijo COVID-19, 7,25 % pa ne. Od tistih, ki so pogrešale osebne stike, jih je 1,45 % imelo nizko ali blago depresijo med nosečnostjo in v obdobju šestih mesecev po porodu. Udeleženke, ki niso pogrešale osebnih stikov z drugimi osebami, so v 2,90 % imele nizko ali blago depresijo med nosečnostjo in v obdobju šestih mesecev po porodu ter enak odstotek zmerno depresijo med nosečnostjo in večjo verjetnost depresije v obdobju šestih mesecev po porodu. Zmerno depresijo med nosečnostjo in nizko verjetnost depresije v obdobju šestih mesecev po porodu pa je imelo 1,45 % udeleženk.

Udeleženke, ki so bile mnenja, da ukrepi med epidemijo COVID-19 niso vplivali na pogostost osebnih stikov (14,49 %), so imele v 5,80 % manj pogoste stike v primerjavi s časom pred epidemijo COVID-19. Polovica teh (2,90 %) je pogrešala osebne stike z drugimi osebami, medtem ko druga polovica (2,90 %) teh stikov med epidemijo COVID-19 ni pogrešala. Med udeleženkami, ki so pogrešale osebne stike, jih je 1,45 % imelo nizko ali blago depresijo med nosečnostjo in v obdobju šestih mesecev po porodu, 1,45 % pa nizko ali blago depresijo med nosečnostjo, vendar z zelo visoko verjetnostjo depresije v obdobju šestih mesecev po porodu. Udeleženke, ki teh stikov niso pogrešale, so v istem odstotku (1,45 %) imele zmerno depresijo med nosečnostjo in nizko verjetnost depresije v obdobju šestih mesecev po porodu, 1,45 % pa

jih je imelo zmerno depresijo med nosečnostjo in večjo verjetnost depresije v obdobju šestih mesecev po porodu.

Nobena udeleženka, ki je bila mnenja, da ukrepi med epidemijo COVID-19 niso vplivali na pogostost osebnih stikov, ni imela pogostejših stikov z drugimi osebami med epidemijo COVID-19.

V tabeli 15 so predstavljeni podatki o povprečnem številu točk na BDI-SF in EPDS glede na mnenje udeleženk o vplivu ukrepov med epidemijo COVID-19 na pogostost osebnih stikov.

Tabela 15

Opisna statistika za raven depresije med nosečnostjo in po porodu glede na pogostost osebnih stikov med epidemijo COVID-19

Spremenljivka	Q12_Ali so ukrepi med epidemijo COVID-19 vplivali na pogostost osebnih stikov?	Povprečje	Standardna deviacija
BDI-SF	DA	4,59	5,40
	NE	2,70	4,06
	Skupaj	4,32	5,24
EPDS	DA	7,58	5,86
	NE	7,10	4,46
	Skupaj	7,51	5,66

Udeleženke, ki so menile, da so ukrepi med epidemijo COVID-19 vplivali na pogostost osebnih stikov, so na BDI-SF povprečno dosegle 4,59 točke. Nasprotno pa so udeleženke, ki so menile, da ukrepi niso vplivali na pogostost osebnih stikov, v povprečju dosegle 2,70 točke. Obe skupini udeleženk spadata v kategorijo odsotnosti depresije ali minimalne depresije glede na povprečno doseženo število točk.

Na EPDS so udeleženke, ki so bile mnenja, da so ukrepi med epidemijo COVID-19 vplivali na pogostost osebnih stikov, v povprečju dosegle 7,58 točke. Po drugi strani pa so udeleženke, ki so bile mnenja, da ukrepi niso vplivali na pogostost osebnih stikov, v povprečju dosegle 7,10 točke. Povprečje obeh skupin je zelo podobno, pri čemer ni opaziti bistvenih razlik. Udeleženke v obeh skupinah se po povprečnem številu točk uvrščajo v kategorijo nizke verjetnosti depresije.

Za preverjanje normalnosti pridobljenih podatkov za analizo prve hipoteze (H1a) smo izvedli Shapiro-Wilkov test. Rezultati testa so predstavljeni v tabeli 16.

Tabela 16

Shapiro-Wilkov test za raven depresije med nosečnostjo in po porodu glede na pogostost osebnih stikov med epidemijo COVID-19

Spremenljivka	Q12_Ali so ukrepi med epidemijo COVID-19 vplivali na pogostost osebnih stikov?	Shapiro-Wilkov test		
		Statistika	N	p
SKUPAJ: BDI-SF	DA	0,74	59	<0,001*
	NE	0,72	10	0,002*
SKUPAJ: EPDS	DA	0,86	59	<0,001*
	NE	0,86	10	0,072

Opombe. N = 69. * = $p < 0,05$.

Rezultati niso normalno porazdeljeni.

Tabela 17

Spearmanov test za raven depresije med nosečnostjo in po porodu glede na pogostost osebnih stikov med epidemijo COVID-19

Spremenljivka	Q12_Ali so ukrepi med epidemijo COVID-19 vplivali na pogostost osebnih stikov?	
BDI-SF	Korelacijski koeficient	-0,18
	p	0,14
	N	69
EPDS	Korelacijski koeficient	0,02
	p	0,86
	N	69

Opombe. N = število udeleženk.

Iz rezultatov Spearmanovega testa lahko sklepamo, da je med ukrepi in BDI-SF ali EPDS neznatna povezanost, saj je korelacijski koeficient med 0,01 in 0,19. P-vrednosti obeh skupin presegajo 0,05, kar kaže, da korelacije niso značilne.

Na naslednji strani so predstavljeni rezultati opisne statistike in rezultati statistične analize, kot sta Shapiro-Wilkov test in Spearmanov test, s katerimi smo preverili hipotezo H1c: Omejenost gibanja med regijami med epidemijo COVID-19 je bila povezana z depresivnimi stanji pri ženskah v času nosečnosti in do šest mesecev po porodu.

Tabela 18

Opisna statistika za raven depresije med nosečnostjo in po porodu glede na pogostost stikov med epidemijo COVID-19 v primerjavi s časom pred epidemijo

Spremenljivka	Q13_Kako pogosti so bili stiki v primerjavi s časom pred epidemijo COVID-19?	Povprečje	Standardna deviacija
BDI-SF	Manj pogosti	4,55	5,38
	Enako pogosti	2,71	4,75
	Pogostejši	3,00	1,41
	Skupaj	4,32	5,24
EPDS	Manj pogosti	7,67	5,89
	Enako pogosti	5,86	4,10
	Pogostejši	8,50	2,12
	Skupaj	7,51	5,66

Udeleženske, ki so poročale o manj pogostih stikih v primerjavi s časom pred epidemijo COVID-19, so v povprečju na BDI-SF dosegale 4,55 točke, na EPDS pa 7,67 točke. Tiste, ki so imele enako pogoste stike v primerjavi s prejšnjim obdobjem, so v povprečju dosegle 2,71 točke na BDI-SF in 5,86 točke na EPDS. Tiste, ki so imele pogostejše stike v primerjavi s časom pred epidemijo COVID-19, so v povprečju dosegle 3 točke na BDI-SF in 8,50 točke na EPDS.

Tabela 19

Shapiro-Wilkov test za raven depresije med nosečnostjo in po porodu glede na pogostost stikov med epidemijo COVID-19 v primerjavi s časom pred epidemijo

Spremenljivka	Q13_Kako pogosti so bili stiki v primerjavi s časom pred epidemijo COVID-19?	Shapiro-Wilkov test		
		Statistika	N	p
BDI-SF	Manj pogosti	0,74	60	<0,001*
	Enako pogosti	0,66	7	0,001*
	Pogostejši	/	2	/
EPDS	Manj pogosti	0,87	60	<0,001*
	Enako pogosti	0,87	7	0,181
	Pogostejši	/	2	/

Opombe. N = 69. * = $p < 0,05$.

Rezultati niso normalno porazdeljeni.

Tabela 20

Spearmanov test za raven depresije med nosečnostjo in po porodu glede na pogostost stikov med epidemijo COVID-19 v primerjavi s časom pred epidemijo

Spremenljivka	Q13_Kako pogosti so bili stiki v primerjavi s časom pred epidemijo COVID-19?	
BDI-SF	Korelacijski koeficient	-0,16
	p	0,20
	N	69
EPDS	Korelacijski koeficient	-0,02
	p	0,87
	N	69

Opombe. N = število udeleženk.

Na podlagi rezultatov Spearmanovega testa povezanosti opazimo, da je med pogostostjo stikov in rezultati BDI-SD ter EDPS neznatna povezanost (saj je korelacijski koeficient med 0,01 in 0,19). P-vrednost pri obeh skupinah je večja od 0,05, kar pomeni, da podatki niso značilni.

3.4 TELESNO IN PSIHIČNO POČUTJE ŽENSK V ČASU NOSEČNOSTI IN DO ŠEST MESECEV PO PORODU GLEDE NA OMEJENOST STIKOV IN GIBANJA MED REGIJAMI V ČASU EPIDEMIJE COVID-19

Spodaj so predstavljeni rezultati opisne statistike in rezultati statistične analize, kot sta Shapiro-Wilkov test in Spearmanov test, s katerimi smo preverili hipotezo H1b: Omejenost stikov z drugimi osebami med epidemijo COVID-19 je bila povezana s slabšim telesnim počutjem pri ženskah v času nosečnosti in do šest mesecev po porodu.

Pri 21,74 % udeleženk ukrep omejitve gibanja ni imel vpliva na njihovo telesno in psihično počutje. Za 14,50 % udeleženk je imel negativen vpliv, medtem ko je za 5,78 % udeleženk ta vpliv bil izjemno močan. Le 2,90 % udeleženk je navedlo, da ukrep omejitve gibanja ni vplival na telesno počutje, temveč le na psihično počutje.

Pri 5,78 % udeleženk je ukrep omejitve gibanja pozitivno vplival na telesno in psihično počutje, saj so imele več časa za gibanje na prostem, manj obiskov pa je prispevalo k boljšemu zdravju novorojenčkov. Za 10,15 % udeleženk je bil ta vpliv tak, da so se počutile tesnobno, osamljeno ali celo depresivno. Nekatere udeleženke so izpostavile, da je ukrep omejitve gibanja imel vpliv

na njihovo telesno in psihično počutje v smislu, da so se zaradi omejitev manj gibale, kar je vodilo v zmanjšanje kondicije in energije. Poleg tega so se soočale z manjšim druženjem in stiki s sorodniki, občutkom manjše varnosti ter občutkom ujetosti in pomanjkanjem svobode ter kontrole. Posledično so doživljale več stresa, omejen dostop do nakupovanja pa so nekatere reševale s spletnimi nakupi.

Tabela 21

Shapiro-Wilkov test telesnega in psihičnega počutja udeleženk glede na pogostost osebnih stikov v času epidemije COVID-19

Spremenljivka	Q12_Ali so ukrepi med epidemijo COVID-19 vplivali na pogostost osebnih stikov?	Shapiro-Wilkov test		
		Statistika	N	p
Q17_Kako močno je na vaše telesno in psihično počutje vplival ukrep omejitve gibanja?	DA	0,88	59	<0,001*
	NE	0,65	10	<0,001*

Opombe. N = 69. * = $p < 0,05$.

Rezultati niso normalno porazdeljeni.

Tabela 22

Spearmanov test telesnega in psihičnega počutja udeleženk glede na pogostost osebnih stikov v času epidemije COVID-19

Spremenljivka	Q12_Ali so ukrepi med epidemijo COVID-19 vplivali na pogostost osebnih stikov?	
Q17_Kako močno je na vaše telesno in psihično počutje vplival ukrep omejitve gibanja?	Korelacijski koeficient	-0,45
	p	<0,001*
	N	69

Opombe. N = 69. * = $p < 0,05$.

Iz korelacijskega koeficienta pri Spearmanovem testu povezanosti je razvidno, da obstaja srednja oziroma zmerna povezanost med spremenljivkama. Povezanost je negativna, kar pomeni, da če so bile udeleženske mnenja, da so ukrepi med epidemijo vplivali na pogostost osebnih stikov, so višje ocenile moč vpliva ukrepa omejitve gibanja na telesno in psihično počutje ter obratno. P-vrednost nam pove, da so podatki statistično značilni.

Spodaj so predstavljeni rezultati opisne statistike in rezultati statistične analize, kot sta Shapiro-Wilkov test in Spearmanov test, s katerimi smo preverili hipotezo H1d: Omejenost gibanja med regijami med epidemijo COVID-19 je bila povezana s slabšim telesnim počutjem pri ženskah v času nosečnosti in do šest mesecev po porodu.

Tabela 23

Opisna statistika telesnega in psihičnega počutja udeleženk glede na pogostost stikov v času epidemije COVID-19

Spremenljivka	Q13_Kako pogosti so bili stiki v primerjavi s časom pred epidemijo COVID-19?	Povprečje	Standardna deviacija
Q17_Kako močno je na vaše telesno in psihično počutje vplival ukrep omejitve gibanja?	Manj pogosti	5,13	2,61
	Enako pogosti	2,00	2,31
	Pogostejši	4,00	1,41
	Skupaj	4,78	2,71

Udeleženke, ki so imele manj pogoste stike v primerjavi s časom pred epidemijo COVID-19, so v povprečju ocenile vpliv ukrepa omejitve gibanja s 5,13 točk na lestvici od 0 do 10, kjer 0 pomeni brez vpliva, 10 pa izredno močan vpliv. Ta ocena kaže, da so mnene, da je ukrep srednje močno vplival na njihovo telesno in psihično počutje. Udeleženke, ki so imele enako pogoste stike kot v času pred epidemijo COVID-19, so v povprečju ocenile vpliv ukrepa z 2 točkama. To pomeni, da menijo, da je imel ukrep omejitve gibanja majhen vpliv na njihovo telesno in psihično počutje. Udeleženke, ki so imele pogostejše stike v primerjavi s časom pred epidemijo COVID-19, so vpliv ukrepa v povprečju ocenile s 4 točkami. Tudi te udeleženke menijo, da je imel ukrep srednje močan vpliv na njihovo telesno in psihično počutje.

Tabela 24

Shapiro-Wilkov test telesnega in psihičnega počutja udeleženk glede na pogostost stikov v času epidemije COVID-19

Spremenljivka	Q13_Kako pogosti so bili stiki, v primerjavi s časom pred epidemijo COVID-19?	Shapiro-Wilkov test		
		Statistika	N	p
Q17_Kako močno je na vaše telesno in psihično počutje vplival ukrep omejitve gibanja?	Manj pogosti	0,86	60	<0,001*
	Enako pogosti	0,80	7	0,039*
	Pogostejši	/	2	/

Opombe. N = 69. * = $p < 0,05$.

Rezultati niso normalno porazdeljeni.

Tabela 25

Spearmanov test telesnega in psihičnega počutja udeleženk glede na pogostost stikov v času epidemije COVID-19

Spremenljivka	Q13_Kako pogosti so bili stiki v primerjavi s časom pred epidemijo COVID-19?	
Q17_Kako močno je na vaše telesno in psihično počutje vplival ukrep omejitve gibanja?	Korelacijski koeficient	-0,35
	p	0,003*
	N	69

Opombe. N = 69. * = $p < 0,05$.

Iz korelacijskega koeficienta pri Spearmanovem testu povezanosti lahko razberemo, da gre za nizko oziroma šibko povezanost med spremenljivkama. Povezanost je negativna, kar pomeni, da če so bile udeleženske mnenja, da so bili stiki med epidemijo COVID-19 manj pogosti kot pred epidemijo, so višje ocenile moč vpliva ukrepa omejitve gibanja na telesno in psihično počutje ter obratno. P-vrednost nam pove, da so podatki značilni.

3.5 DOSTOP DO OSKRBE V GINEKOLOŠKI AMBULANTI V ČASU EPIDEMIJE COVID-19

Spodaj so predstavljeni rezultati statistične analize, kot je Shapiro-Wilkov test s katerim smo preverili hipotezo H1e: Nosečnice so v času epidemije COVID-19 imele omejen dostop do oskrbe v ginekološki ambulanti v primerjavi z obdobjem pred epidemijo.

Tabela 26

Shapiro-Wilkov test za nemoten dostop do ginekološke oskrbe v času epidemije COVID-19

Spremenljivka	Shapiro-Wilkov test		
	Statistika	N	p
Q21_Ste imeli v času epidemije COVID-19 nemoten dostop do ginekološke oskrbe?	0,42	69	<0,001*

Opombe. * = $p < 0,05$.

Rezultati niso normalno porazdeljeni.

3.6 PRISOTNOST PARTNERJA PRI PORODU IN ZAZNAVANJE PORODNE BOLEČINE

Spodaj so predstavljeni rezultati opisne statistike in rezultati statistične analize, kot sta Shapiro-Wilkov test in Mann-Whitneyjev U-test, s katerimi smo preverili hipotezo H2a: Porodnice, ki so rodile ob prisotnosti partnerja med epidemijo COVID-19, so zaznale manjšo porodno bolečino kot tiste, pri katerih je bil partner odsoten.

Tabela 27

Opisna statistika zaznavanja porodne bolečine glede na prisotnost partnerja pri porodu v času epidemije COVID-19

Spremenljivka	Q22_ Je bil pri porodu med epidemijo COVID-19 prisoten partner?	Povprečje	Standardna deviacija
Q24_ Kako (0–10) bi ocenili bolečino, ki je bila prisotna pri vašem porodu?	DA	6,67	2,61
	NE	5,59	2,12
	Skupaj	6,41	2,53

Pri udeleženkah, pri katerih je bil partner prisoten pri porodu, je povprečna ocena porodne bolečine 6,67 na desetstopenjski lestvici (0 – nič bolečine; 10 – izredno močna bolečina). To kaže, da so bile mnenja, da je bila med porodom prisotna močna bolečina. Nasprotno pa so udeleženske, pri katerih partner ni bil prisoten pri porodu, porodno bolečino v povprečju ocenile s 5,59, kar pomeni, da so mnenja, da je bila pri porodu prisotna srednje močna bolečina.

Tabela 28

Shapiro-Wilkov test zaznavanja porodne bolečine glede na prisotnost partnerja pri porodu v času epidemije COVID-19 z Mann-Whitneyjevim U-testom

Spremenljivka	Q22_ Je bil pri porodu med epidemijo COVID-19 prisoten partner?	Shapiro-Wilkov test			Mann-Whitneyjev U-test	
		Statistika	N	p	U	p
Q24_ Kako (0–10) bi ocenili bolečino, ki je bila prisotna pri vašem porodu?	DA	0,89	52	<0,001*	342,50	0,15
	NE	0,86	17	0,013*		

Opombe. N = 69. * = p < 0,05.

Rezultati niso normalno porazdeljeni. U je 342,50, p vrednost pa je 0,15, zato hipoteze ne moremo sprejeti.

3.7 PRISOTNOST PARTNERJA PRI PORODU IN OBČUTEK VARNOSTI MED PORODOM

Spodaj so predstavljeni rezultati opisne statistike in rezultati statistične analize, kot sta Shapiro-Wilkov test in Mann-Whitneyjev U-test, s katerimi smo preverili hipotezo H2b: Porodnice, ki so rodile ob prisotnosti partnerja med epidemijo COVID-19, so se med porodom počutile bolj varne kot tiste, pri katerih je bil partner odsoten.

Tabela 29

Opisna statistika občutka varnosti pri porodu glede na prisotnost partnerja v času epidemije COVID-19

Spremenljivka	Q22_ Je bil pri porodu med epidemijo COVID-19 prisoten partner?	Povprečje	Standardna deviacija
Q26_ Kako varno (0–10) ste se počutili pri porodu?	DA	7,33	2,45
	NE	5,71	1,76
	Skupaj	6,39	2,39

Pri udeleženkah, kjer je bil partner prisoten pri porodu, je povprečna ocena občutka varnosti med porodom znašala 7,33 (SD 2,45) na desetstopenjski lestvici (0 – nisem se počutila varno; 10 – počutila sem se zelo varno). To kaže, da so bile mnenja, da so se med porodom počutile varno. Nasprotno pa pri udeleženkah, kjer partner ni bil prisoten pri porodu, povprečna ocena občutka varnosti znaša 5,71 (SD 1,76), kar pomeni, da so bile mnenja, da so se počutile srednje varno med porodom.

Tabela 30

Shapiro-Wilkov test občutka varnosti pri porodu glede na prisotnost partnerja v času epidemije COVID-19 z Mann-Whitneyjevim U-testom

Spremenljivka	Q22_ Je bil pri porodu med epidemijo COVID-19 prisoten partner?	Shapiro-Wilkov test			Mann-Whitneyjev U-test	
		Statistika	N	p	U	p
Q26_ Kako varno (0-10) ste se počutili pri porodu?	DA	0,81	52	<0,001*	282,50	0,019*
	NE	0,71	17	<0,001*		

Opombe. N = 69. * = p < 0,05.

Rezultati niso normalno porazdeljeni. U je 282,50, p vrednost pa je 0,019, zato sprejmemo hipotezo.

3.8 POJAVNOST POPORODNE DEPRESIJE V ČASU EPIDEMIJE COVID-19 NA VZORCU

Spodaj so predstavljeni rezultati statistične analize, kot je Shapiro-Wilkov test, s katerim smo preverili hipotezo H3: Pojavnost poporodne depresije v Sloveniji se je v času epidemije COVID-19 povečala.

Glede vprašalnika EPDS, ki meri stopnjo izraženosti depresije v poporodnem obdobju (6 mesecev po porodu), je povprečna vrednost točk, ki so jih dosegle udeleženke znašala 7,51 točke (standardni odklon 5,66). Ugotovili smo, da je pri 71,01 % udeleženk bila zaznana nizka verjetnost depresije. Pri 11,59 % udeleženk je bila opažena povečana vrednost depresije, medtem ko je bila pri 17,39 % udeleženk zaznana visoka verjetnost depresije.

Tabela 31

Shapiro-Wilkov test pojavnosti poporodne depresije pri udeleženkah v času epidemije COVID-19

Spremenljivka	Shapiro-Wilk test		
	Statistika	N	p
EPDS	0,88	69	<0,001*

Opombe. N = 69. * = p < 0,05.

Rezultati niso normalno porazdeljeni.

4 RAZPRAVA

V okviru magistrskega dela smo raziskovali, kako so udeleženke doživljale nosečnost, porod in poporodno obdobje v času epidemije koronavirusa (COVID-19). V nadaljnji razpravi bomo podrobno pregledali in komentirali pridobljene rezultate ter obravnavali postavljene hipoteze.

Udeleženke naše raziskave so v povprečju imele 32 let, pri čemer je večina rodila v letu 2021. Največ udeleženk prihaja iz Osrednjeslovenske regije. V raziskavi so sodelovale udeleženke, ki so bile v partnerski zvezi ali poročene. Največ udeleženk je zaposlenih za polni delovni čas, večina pa jih ima dokončano VII. stopnjo izobrazbe (specializacija po visokošolskem strokovnem programu, univerzitetni program / magisterij (2. bol. st.)).

Med epidemijo COVID-19 je večina udeleženk živela v vaškem okolju, kjer so večinoma ocenile svoje bivalno okolje kot prijetno, neomejujoče, z dovolj prostora za gibanje, brez motečih omejitev gibanja in stikov. Udeleženke so večinoma menile, da so ukrepi med epidemijo COVID-19 vplivali na zmanjšanje pogostosti osebnih stikov. Kot pričakovano, so udeleženke kot najpogostejše stike v zasebnem času med epidemijo COVID-19 navedle sorodnike. Hkrati so poudarile, da so bili ti stiki redki. Epidemija COVID-19 je najbolj vplivala na socialne stike s širšo družino in prijatelji. Povzamemo lahko, da je ukrep omejitve gibanja srednje močno vplival na telesno in psihično počutje udeleženk. Če primerjamo psihično in telesno počutje med epidemijo COVID-19 z obdobjem pred epidemijo, ugotavljamo, da je večina udeleženk poročala o nespremenjenem telesnem počutju med epidemijo. Malo manj pa jih je poročalo o nespremenjenem psihičnem počutju med epidemijo COVID-19. Večina udeleženk, tako v preteklosti kot tudi v času epidemije COVID-19, ni nikoli iskala psihološke pomoči zaradi duševnih stisk ali motenj. Kljub izzivom epidemije COVID-19 je večina udeleženk poročala o nemotenem dostopu do ginekološke oskrbe, vendar pa je približno ena sedmina udeleženk v času epidemije COVID-19 doživljala otežen dostop do ginekoloških pregledov. Redno spremljanje nosečnosti in razvoja otroka v času nosečnosti je zelo pomembno. Pri večini udeleženk je bil partner lahko prisoten pri porodu in posameznice so to doživele kot pomembno izkušnjo. Pri tistih udeleženkah, kjer partner ni bil prisoten pri porodu, je bila prisotna močna želja, da bi bil partner vključen v ta pomemben trenutek. Večina udeleženk je imela vaginalni porod brez zapletov in/ali spontani porod. Ocena bolečine med porodom je v povprečju znašala 6,41 na desetstopenjski lestvici (0 – nič bolečine; 10 – izredno močna bolečina). Zanimivo je, da si je kar 59 % udeleženk lajšalo porodno bolečino, pri čemer je večina posegla po epiduralni analgeziji. Povprečna ocena občutka varnosti med porodom, izražena na 10-stopenjski lestvici (0 – nisem se počutila varno; 10 – počutila sem se zelo varno), je bila 6,93. To pomeni, da so se udeleženke pri porodu večinoma počutile varno.

Z uporabo vprašalnika BDI-SF smo raziskovali, kako so se udeleženke počutile med nosečnostjo v času epidemije COVID-19. Večina udeleženk spada v prvo skupino, kar pomeni, da niso imele izražene depresije. S pomočjo vprašalnika EPDS smo preverjali prisotnost simptomov čustvene stiske ali depresije pri udeleženkah v obdobju šestih mesecev po porodu oziroma v poporodnem obdobju. Rezultati so pokazali, da je pri večini udeleženk zaznana nizka verjetnost depresije.

Pri prvih petih hipotezah smo se osredotočili na psihofizični vpliv epidemije COVID-19 in z njo povezane omejenosti stikov in gibanja ter omejene dostopnosti ginekološke obravnave na doživljanje v času nosečnosti in do šest mesecev po porodu.

V hipotezi H1a smo predvidevali, *da je bila omejenost stikov z drugimi osebami povezana z depresivnimi stanji pri ženskah v času nosečnosti in do šest mesecev po porodu, v hipotezi H1c pa smo predpostavljali, da je bila omejenost gibanja med regijami povezana z depresivnimi stanji pri ženskah v času nosečnosti in do šest mesecev po porodu.* V vseh skupinah je bilo opaziti nizko povprečno število točk, kar nakazuje, da je večina udeleženk izkazovala odsotnost simptomov depresije ali prisotnost blage depresije med nosečnostjo in/ali v poporodnem obdobju. Kljub temu smo, kot prikazano v tabeli 14, opazili nekaj udeleženk v našem vzorcu, ki so imele izražene simptome depresije med nosečnostjo ali po njej. Opazili smo, da so omejitve gibanja med regijami vplivale na pogostost stikov z drugimi osebami in so povezane s pojavnostjo depresije med nosečnostjo in šest mesecev po njej. Hkrati pa smo opazili, da ni velike razlike v povprečju doseženih točk med skupinami. Rezultati kažejo, da ukrepi med epidemijo v povprečju niso bistveno vplivali na prisotnost depresije med nosečnostjo ali v poporodnem obdobju. Ugotavljamo, da podatki niso normalno porazdeljeni v populaciji. Prav tako so opazne razlike med skupinami, vendar so te razlike zelo majhne in statistično neznačilne. Na podlagi tega ne moremo sklepati, da sta omejitvi stikov in gibanja vplivali na pojav simptomov depresije med nosečnostjo in v poporodnem obdobju pri naših udeleženkah v času epidemije COVID-19. Zato naših hipotez ne moremo potrditi. Nasprotno od naše raziskave je analiza podatkov velike švedske kohortne študije pokazala, da je izpostavljenost mater katerikoli virusni okužbi med nosečnostjo povečala diagnozo depresije (HR: 1,24; 95 % IZ: 1,08–1,42) (Al-Haddad idr., 2019). Raziskava, izvedena v letih 2020–2021 v 64 državah, je pokazala, da je 43 % nosečnic in žensk po porodu doživljalo anksioznost/depresijo, medtem ko jih je 53 % poročalo o občutku osamljenosti (Basu idr., 2021). Kar 86 % žensk je izrazilo zaskrbljenost zaradi COVID-19, pri čemer so se najpogosteje pojavljale skrbi v zvezi z nosečnostjo in porodom. Številne države so se odzvale na širjenje virusa z omejevanjem svobode gibanja in nenujnega zdravstvenega varstva s ciljem zagotoviti oskrbo ljudi, ki so zboleli za COVID-19, ter zmanjšati stike in potencialni prenos virusa (Wastnedge idr., 2021). Nosečnost in poporodno obdobje sta verjetno najpomembnejši in

najobčutljivejši obdobji v življenju matere in otroka. Depresija in anksioznost v tem času prizadeneta vsako šesto do sedmo žensko (Jelenko Roth idr., 2022).

V hipotezi H1b smo predpostavljali, *da je bila omejenost stikov z drugimi osebami povezana s slabšim telesnim počutjem pri ženskah v času nosečnosti in do šest mesecev po porodu*, v hipotezi H1d pa smo predpostavljali, *da je bila omejenost gibanja med regijami povezana s slabšim telesnim počutjem pri ženskah v času nosečnosti in do šest mesecev po porodu*. Povzamemo lahko, da je ukrep omejitve gibanja imel zmerni vpliv na telesno in psihično počutje udeleženk. Ugotovili smo zmerno oziroma srednjo povezanost med spremenljivko, ki meri moč vpliva ukrepa na telesno ali psihično počutje, ter mnenjem udeleženk, da so ukrepi med epidemijo COVID-19 vplivali na pogostost osebnih stikov. Podatki so statistično pomembni, kar nakazuje obstoj povezave med tema dvema spremenljivkama. Zaznana povezava je negativna, kar implicira, da se ob povečevanju vrednosti pri spremenljivki, ki meri moč vpliva ukrepa na telesno ali psihično počutje, hkrati povečuje tudi mnenje udeleženk, da so ukrepi med epidemijo COVID-19 vplivali na zmanjšanje pogostosti osebnih stikov. Opazili smo nizko oziroma šibko povezanost med spremenljivko, ki meri moč vpliva ukrepa na telesno ali psihično počutje in pogostostjo stikov. S pomočjo p-vrednosti smo potrdili, da so rezultati statistično značilni, kar pomeni, da sta spremenljivki povezani. Ker je povezava negativna, to pomeni, da se ob povečanju vrednosti pri spremenljivki, ki meri moč vpliva ukrepa na telesno ali psihično počutje, zmanjšuje pogostost stikov udeleženk. Statistična analiza je pokazala, da porazdelitev podatkov v populaciji ni normalna in da med spremenljivkama obstaja povezava. Na tej osnovi lahko sprejmemo obe hipotezi H1b in H1d, kar kaže na to, da sta ukrepa omejitve stikov in gibanja vplivala na telesno in psihično počutje udeleženk. To pomeni, da so udeleženske, ki so menile, da so ukrepi med epidemijo vplivali na pogostost osebnih stikov, višje ocenile moč vpliva ukrepa omejitve gibanja na svoje telesno in psihično počutje. Enako velja tudi za tiste, ki so menile, da so bili stiki med epidemijo COVID-19 manj pogosti kot pred njo. Telesne manifestacije tesnobe vključujejo neprijetne občutke, kot so mraženje, mravljinčenje v rokah in nogah, navali vročine, oteženo dihanje, drgetanje, pospešen in/ali nereden utrip srca in celo napadi panike (Kotar idr., 2019). Poleg tega se lahko pojavijo vsiljive misli ali podobe, ki so ženski tuje in neprijetne. Za tiste, ki se težje prilagajajo novim okoliščinam, bi dodatni stresorji lahko prispevali k poslabšanju telesnega počutja in povečanju tveganja za razvoj PPD ter anksioznosti (Jelenko Roth idr., 2022).

Mednarodna zveza za ginekologijo in porodništvo (FIGO) je v času epidemije COVID-19 predlagala prekinitve večine rutinske predporodne oskrbe in nadomestitev z video ali telefonskimi posvetovanji, kadar je to izvedljivo. Glavni cilj teh ukrepov je bil zmanjšati tveganje prenosa okužbe tako za nosečnice kot tudi za zdravstvene delavce (Wastnedge idr., 2021). Na podlagi teh informacij smo oblikovali peto hipotezo. V hipotezi H1e smo predpostavljali, *da so nosečnice v času epidemije COVID-19 imele omejen dostop do oskrbe v*

ginekološki ambulantni v primerjavi z obdobjem pred epidemijo. Ugotovitve naše raziskave kažejo, da je večina udeleženk v času epidemije COVID-19 nemoteno dostopala do ginekološke ambulante. Kljub temu pa je pomembno omeniti, da je 14 % udeleženk doživelo omejen dostop do ginekološke ambulante. Ta podatek je zaskrbljujoč, saj je nujno, da nosečnice prejemajo redno spremljanje v času nosečnosti, kar omogoča ohranjanje in krepitev zdravja tako nosečnice kot tudi otroka. Prav tako omogoča pravočasno prepoznavanje morebitnih zdravstvenih težav in v primeru njihovega pojava ustrezno ukrepanje ali zdravljenje. Na osnovi izvedenih testov lahko vidimo, da naši rezultati verjetno niso normalno porazdeljeni v populaciji. Glede na ugotovitve lahko sprejmemo hipotezo H1e in sklepamo, da je epidemija COVID-19 kljub temu imela majhen vpliv na dostopnost ginekološke oskrbe.

V naši študiji smo proučevali, kako prisotnost ali odsotnost partnerja vpliva na izkušnjo poroda. Glede na zgodovino prisotnosti očetov pri porodu v Sloveniji je bilo opaziti naraščanje od leta 2015 do leta 2019 (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2024). Leta 2015 je bilo prisotnih 77,9 % očetov pri porodu, leta 2019 pa 81 %. Pomembnost podpore in pomoči med porodom za ženske je dobro znana, vendar se je v letu 2020 v Sloveniji opazno zmanjšala prisotnost očetov pri porodu, in sicer na 72,3 %, kar predstavlja upad v primerjavi s prejšnjimi leti (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2024). Ta padec je predvsem posledica omejitev, uvedenih med epidemijo COVID-19. S pozitivnim trendom se je leto kasneje, leta 2021, odstotek prisotnosti očetov pri porodu ponovno dvignil, in sicer na visokih 83,2 % (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2024). V hipotezi H2a smo predvidevali, *da so porodnice, ki so rodile ob prisotnosti partnerja, zaznale manjšo porodno bolečino kot tiste, pri katerih je bil partner odsoten.* Na osnovi rezultatov, pridobljenih s Shapiro-Wilk testom in Mann-Whitneyjevim U-testom ne moremo sprejeti hipoteze H2a. Na podlagi dobljenih rezultatov lahko sklepamo, da prisotnost partnerja pri porodu ni nujno vplivala na ocenjeno porodno bolečino. Čustveno podporo v porodni sobi lahko nudijo različni skrbniki, vključno z babico, medicinsko sestro, zdravnikom ali usposobljenimi ženskami, imenovanimi doule. Prav tako lahko to podporo zagotovi tudi kdo izmed prijateljev, sorodnikov ali družinskih članov nosečnice (Bruggemann idr., 2007; Salehi, Fahami in Beigi, 2016). Glavni cilj čustvene podpore je zmanjšanje stresa in tesnobe matere med porodom (Salehi, Fahami in Beigi, 2016). Študije so pokazale, da prisotnost partnerja med porodom pozitivno vpliva na doživljanje žensk. Porodnice so poročale o manjših bolečinah, manjši potrebi po zdravilih ter izražale bolj pozitiven odnos do poroda in nosečnosti (Somers-Smith, 1999).

Svetovna zdravstvena organizacija je priporočila, naj nosečnico spremlja oseba, ki ji ta zaupa in se ob njej počuti varno (prijatelj, življenjski partner, babica, medicinska sestra, babica s spremstvom ali mož) (Bruggemann idr., 2007; Price, Noseworthy in Thornton, 2007; Salehi, Fahami in Beigi, 2016). Zato smo ob tem, kako je prisotnost ali odsotnost partnerja pri porodu vplivala na izkušnjo poroda, postavili še drugo hipotezo. V hipotezi H2b smo predpostavljali,

da so se porodnice, ki so rodile ob prisotnosti partnerja, med porodom počutile bolj varno kot tiste, pri katerih je bil partner odsoten. Rezultati so pokazali pozitiven vpliv prisotnosti partnerja pri porodu na občutek varnosti ženske med porodom, kar omogoča potrditev hipoteze H2b. V raziskavi iz leta 2010, ki so jo izvedli Chunuan idr. na vzorcu 114 nosečnic, so ugotovili, da prisotnost in podpora spremljevalca med porodom pozitivno vplivata na različne vidike izkušnje poroda. Konkretno so opazili, da je prisotnost spremljevalca zmanjšala zaznavanje bolečine, povečala občutek varnosti in zadovoljstva pri materi, prispevala k izboljšanju duševnega in fizičnega zdravja matere ter povečala zadovoljstvo matere ob celotni izkušnji poroda (Chunuan idr., 2010).

Opažena je bila večja pojavnost simptomov depresije in anksioznosti ob izbruhu virusa COVID-19 (Iyengar idr., 2021). Rezultati še ene raziskave (Podvornik, Globevnik Velikonja in Praper, 2015) so pokazali, da je 21,7 % nosečnic doživljalo povečano simptomatologijo depresije, 15,7 % jih je poročalo o visoki stopnji anksioznosti, medtem ko jih je 12,5 % izrazilo visoko nagnjenost k anksioznosti. V mednarodni raziskavi, ki je zajemala obdobje 2020–2021 v 64 državah, je bilo ugotovljeno, da je 31 % nosečnic in žensk po porodu dosegalo ali presevalo klinične kriterije za anksioznost/depresijo, medtem ko se jih je 53 % soočalo z občutki osamljenosti (Basu idr., 2021). Metaanaliza, ki temelji na 81 raziskavah o vplivu epidemije na obporodno duševno zdravje, je pokazala največjo incidenco anksioznosti in depresivnih motenj v prvem trimesečju (Iyengar idr., 2021). V tretjem trimesečju so nosečnice pokazale največjo pozornost do svojega duševnega zdravja. Glede na to raziskavo in druge študije (Chen idr., 2020; Liang idr., 2020), kjer so ugotovili, da so se osebe, ki so se soočale s posledicami COVID-19, obnašale bolj previdno in konzervativno. Osebe so na primer ostajale doma z družino ter zmanjšale število srečanj s prijatelji in sorodniki. Na podlagi tega smo proučili pojavnost PPD in tesnobnosti med nosečnicami na našem vzorcu. V hipotezi H3 smo predvidevali, *da se je pojavnost poporodne depresije v Sloveniji v času epidemije COVID-19 povečala.* S pomočjo Shapiro-Wilkovega testa smo opazili, da je p-vrednost manjša od 0,05, kar nakazuje na to, da rezultati niso normalno porazdeljeni. Kljub dobljenim podatkom pa ne moremo trditi, da je bila pojavnost PPD v Sloveniji v času epidemije COVID-19 višja kot v obdobju pred epidemijo. Podatki tudi ne potrjujejo povečane pojavnosti PPD v Sloveniji med epidemijo COVID-19, kar je tudi v skladu z ugotovitvami Nacionalnega inštituta za javno zdravje (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2024).

Pridobljenih podatkov v naši raziskavi ne moremo posploševati na celotno populacijo, ker je naš vzorec premajhen, saj šteje samo 69 udeleženk. To je ena izmed pomanjkljivosti naše raziskave. Poleg tega je bil vprašalnik aktiven od 24. 7. 2023 do 9. 10. 2023. Objavljen je bil ravno v času avgustovske ujme, kar bi lahko vplivalo tudi na število udeleženk v raziskavi. Poleg tega je vredno vzeti v obzir, da je od epidemije COVID-19 minilo nekaj časa in ljudje bi lahko bili tudi že nasičeni z vprašanji in podatki v zvezi z epidemijo, kar bi lahko prispevalo k

manjši udeležbi v raziskavi oziroma doslednosti odgovorov. Pri opravljeni raziskovalni nalogi smo se soočali s selektivnostjo vzorca, saj smo udeleženke iskali preko socialnih omrežij, kar je privedlo do omejenega števila sodelujočih, omejenih na uporabnice Facebooka. Prav tako je treba omeniti, da smo udeleženke spraševali o tematiki, o kateri morebiti nočejo vse govoriti in lahko zaradi tega pride do popačenih rezultatov, bodisi manjše iskrenosti ali slabšega odziva na sploh. Pomembno je tudi opozoriti na občutljivost teme, kjer ranljiva skupina predstavlja omejitev samo po sebi in je posebej pomembno upoštevati njihovo počutje. To vključuje spoštljiv pristop in pozornost do potreb in varnosti udeleženk, da preprečimo pojav neprijetnega počutja in stisk.

5 SKLEPI

Nosečnost je čudovito obdobje, ki prinaša radost in izzive. Čustvena povezanost med materjo in otrokom ustvarja občutke ljubezni, a lahko se prepletajo s strahovi in anksioznostjo. Fizične spremembe vplivajo na samopodobo. Pomembna je podpora partnerja, družine in zdravstvenega osebja. Poporodno obdobje zahteva prilagoditve na materinstvo, podporo ter pravo oskrbo, saj lahko nekatere ženske doživijo PPD. Epidemija COVID-19 je močno vplivala na nosečnice, ki so se srečevale z večjimi skrbmi glede okužbe, omejitvami dostopa do zdravstvene oskrbe in pomanjkanjem socialne podpore. Študije so pokazale, da so omejitve glede ginekoloških pregledov otežile spremljanje razvoja otroka in načrtovanje poroda, medtem ko je izolacija povečala občutek osamljenosti in tveganje za PPD. Pomembno je, da ženske iščejo pomoč pri strokovnjakih za duševno zdravje in ohranjajo odprto komunikacijo z zdravstvenim osebjem.

Na osnovi rezultatov te raziskave je težko pisati zaključke o tem, kakšen je bil vpliv epidemije COVID-19 na doživljanje udeleženk v Sloveniji. Namen magistrskega dela je bil dobiti vpogled v doživljanje nosečnic v času epidemije koronavirusne bolezni (COVID-19), in sicer smo se osredotočili predvsem na pregled dostopnosti oskrbe in spoprijemanje nosečnic z ukrepi. Cilj naloge pa je bil ugotoviti, kakšno je bilo psihično stanje nosečnic, kakšno je bilo njihovo telesno stanje, kako so zaznavale ukrepe in se z njimi spoprijemale, kakšna je bila dostopnost oskrbe v ginekološki ambulanti v času epidemije COVID-19 ter kako je odsotnost partnerja zaradi ukrepov vplivala na izkušnjo poroda. Poleg tega smo želeli oceniti tudi, kolikšna je bila pojavnost perinatalne depresije in tesnobe med ženskami, ki so rodile med letoma 2020 in 2021 v času epidemije COVID-19. Za slednje nismo dobili dovolj podatkov, da bi lahko podali zaključke in pomembne ugotovitve. Ugotovili pa smo, da če so bile udeleženke mnenja, da so ukrepi med epidemijo vplivali na pogostost osebnih stikov, so višje ocenile moč vpliva ukrepa omejitve gibanja na telesno in psihično počutje ter obratno. Poleg tega smo ugotovili tudi, da če so bile udeleženke mnenja, da so bili stiki med epidemijo COVID-19 manj pogosti kot pred epidemijo, so višje ocenile moč vpliva ukrepa omejitve gibanja na telesno in psihično počutje ter obratno. Naši rezultati kažejo tudi na to, da so imele udeleženke večji občutek varnosti pri porodu, če je pri tem bil prisoten njihov partner. Poleg tega pa lahko iz ugotovitev tudi sklepamo, da je epidemija COVID-19 kljub temu imela majhen vpliv na dostopnost ginekološke oskrbe.

Raziskava nam je omogočila omejen, a vseeno smo dobili vpogled v izkušnje nosečnic med epidemijo COVID-19. Kljub našim predvidevanjem ugotovitve kažejo, da je epidemija sicer vplivala na doživljanje nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja, a ne v tako veliki meri, kot smo pričakovali. Ukrepa omejitve stikov in gibanja sta imela zaznaven negativen vpliv na telesno in psihično počutje udeleženk, medtem ko je prisotnost partnerja pri porodu pozitivno

vplivala na zaznavanje občutka varnosti nosečnice pri porodu. Nadaljnje raziskovanje bi se lahko razširilo s povečanjem vzorca udeleženk, kar bi omogočilo pridobitev bolj poglobljenega vpogleda v izkušnje nosečnic med epidemijo COVID-19. Globinska analiza dolgoročnih učinkov epidemije na doživljanje materinstva bi nudila dragocene informacije o trajnih vplivih na čustveno stanje in splošno blagostanje žensk. Raziskava, osredotočena na vpliv podpornih ukrepov na čustveno blagostanje nosečnic, bi predstavljala korak k oblikovanju učinkovitih intervencij za izboljšanje podpore v prihodnosti. Analiza drugih dejavnikov, ki lahko vplivajo na izkušnje nosečnic med epidemijo, bi pripomogla k boljšemu razumevanju kompleksnosti teh situacij in vodila k diferenciranim pristopom k podpori. Primerjava rezultatov z drugimi geografskimi regijami bi dodala globalni kontekst, kar bi omogočilo boljšo interpretacijo lokalnih izsledkov in identifikacijo univerzalnih trendov. Hkrati bi bila primerjava doživljanja nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja v času epidemije COVID-19 z obdobjem pred in/ali po epidemiji COVID-19 zanimiv prispevek k razumevanju teh ključnih življenjskih faz.

6 LITERATURA IN VIRI

- Abdollahi, F. in Zarghami, M. (2018). Effect of postpartum depression on women's mental and physical health four years after childbirth. *East Mediterr Health J*, 24(10), 1002–1009.
- Albers, L., Garcia, J., Renfrew, M., McCandlish, R. in Elbourne, D. (1999). Distribution of Genital Tract Trauma in Childbirth and Related Postnatal Pain. *Birth*, 26(1), 11–17.
- Al-Haddad, B. J. S., Jacobsson, B., Chabra, S., Modzelewska, D., Olson, E. M., Bernier, R., Enquobahrie, D. A., Hagberg, H., Östling, S., Rajagopal, L., Adams Waldorf, K. M. in Sengpiel, V. (2019). Long-term risk of neuropsychiatric disease after exposure to infection in utero. *JAMA Psychiatry*, 76(6), 594–602.
- Anderson, R. M., Salisbury, L. A., Uebelacker, A. L., Abrantes, M. A. in Battle, L. C. (2022). Stress, coping and silver linings: How depressed perinatal women experienced the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 298, 329–336.
- Bale, T. L. (2006). Stress sensitivity and the development of affective disorders. *Hormones and Behavior*, 50(4), 529–533.
- Basu, A, Kim, H. H., Basaldua, R., Choi, K. W., Charron, L., Kelsall, N., Hernandez-Diaz, S., Wyszynski, F. D. in Koenen, C. K. (2021). A cross-national study of factors associated with women's perinatal mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE* 16(4).
- Beck, A. C. (2022, September). *Birth: biology*. Britannica. <https://www.britannica.com/science/birth>
- Beck, A. T in Beck, R. W. (1972). Screening depressed patients in family practice: A rapid technique. *Postgraduate Medicine*, 52, 85.
- Beck, A. T., Rial, W. Y., Rickets, K. (1974). Short form of Depression Inventory: Cross-validation. *Psychological Reports*, 34(3), 1184–1186.
- Beck, A. T., Steer, R. A. in Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100.
- Becker, M., Weinberger, T., Chandy, A. in Schumker, S. (2016). Depression During Pregnancy and Postpartum. *Curr Psychiatry Rep*, 18(32).
- Binder, E. B., Künzel, H. E., Nickel, T., Kern, N., Pfennig, A., Majer, M., Uhr, M., Ising, M. in Holsboer, F. (2009). HPA-axis regulation at in-patient admission is associated with antidepressant therapy outcome in male but not in female depressed patients. *Psychoneuroendocrinology*, 34(1), 99–109.
- Bloch, M., Rubinow, D. R., Schmidt, P. J., Lotsikas, A., Chrousos, G. P. in Cizza, G. (2005). Cortisol Response to Ovine Corticotropin-Releasing Hormone in a Model of Pregnancy and Parturition in Euthymic Women with and without a History of Postpartum Depression. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 90(2), 695–699.

- Brown, J. S., Posner, S. F. in Stewart, A. L. (1999). Urge Incontinence: New Health-Related Quality of Life Measures. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(8), 980–988.
- Brown, J. V. E., Wilson, C. A, Ayre, K., Robertson, L., South, E., Molyneaux, E., Trevillion, K., Howard, L. M. in Khalifeh, H. (2021). Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(2).
- Bruggemann, O. M., Parpinelli, M. A., Osis, M. J., Cecatti, J. G. IN Neto, A. S. C. (2007). Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. *Reproductive Health*, 4(1), 4–5.
- Brummelte, S. in Galea, A. M. L. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, 77, 153–166.
- Canetta, S. E., Bao, Y., Co, M. D. T., Ennis, F. A., Cruz, J., Terajima, M., Shen, L., Kellendonk, C., Schaefer, C. A. in Brown, A. S. (2014). Serological Documentation of Maternal Influenza Exposure and Bipolar Disorder in Adult Offspring. *American Journal of Psychiatry*, 171(5), 557–563.
- Chen, H., Selix, N. in Nosek, M. (2020). Perinatal Anxiety and Depression During Covid-19. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(1), 26–31.
- Chibnall, J. T. in Tait, R. C. (1995). The short form of the Beck Depression Inventory: Validity issues with chronic pain patients. *Clinical Journal of Pain* 10(4), 261–266.
- Chunuan, S., Somsap, Y., Pinjaroen, S., Thitimapong, S., Nangham, S. in Ongpalanupat, F. (2010). Effect of the Presence of Family Members during the first stage of labor on childbirth outcomes in a provincial hospital in Songkhla province, Thailand. *Thai Journal of Nursing Research*, 13, 16–27.
- Clinic, M. (1994). *Complete Book of Pregnancy and Baby's First Year*. Mayo Foundation of Medical Education and Research.
- De Crescenzo, F., Perelli, F., Armando, M. in Vicari, S. (2014). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for post-partum depression (PPD): A systematic review of randomized clinical trials. *Journal of Affective Disorders*, 152–154, 39–44.
- Dorelien, A. (2019). The effects of in utero exposure to influenza on birth and infant outcomes in the US. *Population and Development Review*, 45, 489–523.
- Glynn, L. M., Davis, E. P. in Sandman, C. A. (2013). New insights into the role of perinatal HPA-axis dysregulation in postpartum depression. *Neuropeptides*, 47(6), 363–370.
- Glynn, L. M. in Sandman, C. A. (2014). Evaluation of the Association Between Placental Corticotrophin-Releasing Hormone and Postpartum Depressive Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 76(5), 355–362.
- Govind, A., Essien, S., Karthikeyan, A., Fakokunde, A., Janga, D., Yoong, W. in Nakhosteen, A. (2020). Re: Novel Coronavirus COVID-19 in late pregnancy: Outcomes of first nine cases in an inner city London hospital. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 251, 272–274.

- Hantsoo, L., Ward-O'Brien, D., Czarkowski, K. A., Gueorguieva, R., Price, L. H. in Epperson, C. N. (2014). A randomized, placebo-controlled, double-blind trial of sertraline for postpartum depression. *Psychopharmacology*, 231(5), 939–948.
- Henriksen, T. (2006). Nutrition and Pregnancy Outcome. *Nutrition Reviews*, 64(2), 19–23.
- Horowitz, J. A., Murphy, C. A., Gregory, K., Wojcik, J., Pulcini, J. in Solon, L. (2013). Nurse Home Visits Improve Maternal/Infant Interaction and Decrease Severity of Postpartum Depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 42(3), 287–300.
- Ising, M., Horstmann, S., Kloiber, S., Lucae, S., Binder, E. B., Kern, N. Künzel, H. E., Pfennig, A., Uhr, M. in Holsboer, F. (2007a). Combined Dexamethasone/Corticotropin Releasing Hormone Test Predicts Treatment Response in Major Depression—A Potential Biomarker? *Biological Psychiatry*, 62(1), 47–54.
- Ising, M., Zimmermann, U. S., Künzel, H. E., Uhr, M., Foster, A. C., Learned-Coughlin, S. M., Holsboer, F. in Grigoriadis, D. E. (2007b). High-Affinity CRF1 Receptor Antagonist NBI-34041: Preclinical and Clinical Data Suggest Safety and Efficacy in Attenuating Elevated Stress Response. *Neuropsychopharmacology*, 32(9), 1941–1949.
- Iyengar, U., Jaiprakash, B., Haitsuka, H. in Kim, S. (2021). One Year Into the Pandemic: A Systematic Review of Perinatal Mental Health Outcomes During COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 12.
- Jamieson, D. J., Theiler, R. N. in Rasmussen, S. A. (2006). Emerging infections and pregnancy. *Emerging Infectious Diseases*, 12(11), 1638–1643.
- Jelenko Roth, P., Curk Fišer, N., Dreu, L., Drglin, Z., Drobnič Radobuljac, M., Globevnik Velikonja, V., Hriberšek, D., Kotar, S., Lipovšek-Mešanovič, T., Lovrečič, B., Lovrečič, M., Ponikvar, M., Rus Makovec, M., Serbec, K., Terzić, T., Tomšič, S. in Vidmar Šimic, M. (2022). Duševno zdravje v obporodnem obdobju: druga, posodobljena izdaja. *Nacionalni inštitut za javno zdravje*. Pridobljeno 6. 2. 2023 na [https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/kb - dusevno zdravje v obporodnem obdobju 11 - web.pdf](https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/kb_-_dusevno_zdravje_v_obporodnem_obdobju_11_-_web.pdf)
- Jolley, S. N., Elmore, S., Barnard, K. E. in Carr, D. B. (2007). Dysregulation of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Postpartum Depression. *Biological Research For Nursing*, 8(3), 210–222.
- Kim, P., Leckman, F. J., Mayes, C. L., Feldman, R., Wang, X. in Swain, E. J. (2010). The plasticity of human maternal brain: longitudinal changes in brain anatomy during the early postpartum period. *Behavioral Neuroscience*, 124(5), 695–700.
- Klier, C. M., Rosenblum, K. L., Zeller, M., Steinhardt, K., Bergemann, N. in Muzik, M. (2008). A multirisk approach to predicting chronicity of postpartum depression symptoms. *Depression and Anxiety*, 25(8), 718–724.
- Knight, M., Bunch, K., Vousden, N., Morris, E., Simpson, N., Gale, C., O'Brien, P., Quigley, M., Brocklehurst, P. in Kurinczuk, J. J. (2020). Characteristics and outcomes of

- pregnant women hospitalised with confirmed SARS-CoV-2 infection in the UK: a national cohort study using the UK Obstetric Surveillance System (UKOSS). *BMJ*, 369.
- Koprivnik, P. in Plemenitaš, A. (2009). Zakaj tudi v Sloveniji ne izvajamo presejanja na poporodno depresijo? [Screening for Postpartum Depression – Why is it not implemented in Slovenia?]. *Zdravniški vestnik*, 78, 261–264.
- Kotar, S., Mihevc Ponikvar, B. in Drglin, Z. (2019). *Duševno zdravje v obporodnem obdobju*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 24. 4. 2021 na <https://www.nijz.si/sl/dusevno-zdravje-v-obporodnem-obdobju>
- La Marca-Ghaemmaghami, P. in Ehlert, U. (2015). Stress During Pregnancy. *European Psychologist*, 20(2).
- Li, X., Sun, X. in Carmeliet, P. (2019). Hallmarks of Endothelial Cell Metabolism in Health and Disease. *Cell Metabolism*, 30(3), 414–433.
- Liang, P., Wang, Y., Shi, S., Liu, Y. in Xiong, R. (2020). Prevalence and factors associated with postpartum depression during the COVID-19 pandemic among women in Guangzhou, China: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 557.
- Lightman, S. L., Windle, R. J., Wood, S. A., Kershaw, Y. M., Shanks, N. in Ingram, C. D. (2001). Peripartum plasticity within the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *Progress Brain Research*, 133, 111–129.
- Liu, H., Wang, L.-L., Zhao, S.-J., Kwak-Kim, J., Mor, G. in Liao, A.-H. (2020). Why are pregnant women susceptible to COVID-19? *An immunological viewpoint*. *Journal of Reproductive Immunology*, 139, 103122.
- Machön, R. A., Mednick, S. A. in Huttunen, M. O. (1997). Adult major affective disorder after prenatal exposure to an influenza epidemic. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 322–328.
- Maes, M., Claes, M., Schotte, C., Delbeke, L., Jacquemyn, Y., Verkerk, R., De Meester, I. in Scharpé, S. (1992). Disturbances in dexamethasone suppression test and lower availability of L-tryptophan and tyrosine in early puerperium and in women under contraceptive therapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(2), 191–197.
- Marcus, S. M. (2009). Depression during Pregnancy: Rates, Risks and Consequences. *The Canadian journal of clinical pharmacology*, 16(1), 15–22.
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C. in Roma, P. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3165.
- McLeod, S. A. (2019). What are Confidence Intervals in Statistics? *Simply psychology*: <https://www.simplypsychology.org/confidence-interval.html>
- McNeil, S. A., Dodds, L. A., Fell, D. B., Allen, V. M., Halperin, B. A., Steinhoff, M. C. in MacDonald, N. E. (2011). Effect of respiratory hospitalization during pregnancy on infant outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 204(6), S54–S57.

- Mednick, S. A. Machön, R. A., Huttunen, M. O. in Bonett, D. (1988). Adult Schizophrenia Following Prenatal Exposure to an Influenza Epidemic. *Archives of General Psychiatry*, 45(2), 189–192.
- Meltzer-Brody, S., Stuebe, A., Dole, N., Savitz, D., Rubinow, D. in Thorp, J. (2011). Elevated Corticotropin Releasing Hormone (CRH) during Pregnancy and Risk of Postpartum Depression (PPD). *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 96(1), E40–E47.
- Mlakar, A. (ur.). (2006). *Vse o nosečnosti in porodu*. Izola: Založba Meander.
- Molyneaux, E., Howard, L. M., McGeown, H. R., Karia, A. M. in Trevillion, K. (2014). Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9.
- Mosby, L. G., Rasmussen, S. A. in Jamieson, D. J. (2011). 2009 pandemic influenza A (H1N1) in pregnancy: a systematic review of the literature. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205(1), 10–18.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (2024). Zdravstveno stanje prebivalstva. *Zdravstveni statistični letopis slovenije 2015–2020*. Pridobljeno 24. 2. 2024 na <https://nijz.si/podatki/podatkovne-zbirke-in-raziskave/perinatalni-informacijski-sistem/>
- National Institutes of Health: National Cancer Institute (2022). *Hazard ratio*. Pridobljeno 21. 11. 2022 na <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/hazard-ratio>
- National Institutes of Mental Health (2022). *Perinatal Depression*. Pridobljeno 24. 5. 2022 na <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression>
- Ornoy, A. in Koren, G. (2014). Selective serotonin reuptake inhibitors in human pregnancy: On the way to resolving the controversy. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 19(3), 188–194.
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M. in Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4).
- Pawluski, J. L., Brummelte, S., Barha, C. K., Crozier, T. M., in Galea, L. A. M. (2009). Effects of steroid hormones on neurogenesis in the hippocampus of the adult female rodent during the estrous cycle, pregnancy, lactation and aging. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 30(3), 343–357.
- Podvornik, N., Globevnik Velikonja, V. in Praper, P. (2015). Depression and Anxiety in Women During Pregnancy in Slovenia / Depresija In Anksioznost Pri Ženskah Med Nosečnostjo V Sloveniji. *Slovenian Journal of Public Health*, 54(1), 45–50.
- Price, S., Noseworthy, J. in Thornton, J. (2007). Women's Experience With Social Presence During Childbirth. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(3), 184–191.

- Rich-Edwards, J. W., Mohllajee, A. P., Kleinman, K., Hacker, M. R., Majzoub, J., Wright, R. J. in Gillman, M. W. (2008). Elevated Midpregnancy Corticotropin-Releasing Hormone Is Associated with Prenatal, But Not Postpartum, Maternal Depression. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 93(5), 1946–1951.
- Rogers, R. G. in Leeman, L. L. (2007). Postpartum Genitourinary Changes. *Urologic Clinics of North America*, 34(1), 13–21.
- Romano, M., Cacciatori, A., Giordano, R. La Rosa, B. (2010). Postpartum period: three distinct but continuous phases. *Journal of Prenatal Medicine*, 4(2), 22–25.
- Salehi, A., Fahami, F. in Beigi, M. (2016). The effect of presence of trained husbands beside their wives during childbirth on women's anxiety. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(6), 611–615.
- Schaller, M., Murray, D. R. in Bangerter, A. (2015). Implications of the behavioural immune system for social behaviour and human health in the modern world. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 370(1669), 1–10.
- Sharma, V. in Sharma, P. (2012). Postpartum Depression: Diagnostic and Treatment Issues. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(5), 436–442.
- Signorello, L. B., Harlow, B. L., Chekos, A. K. in Repke, J. T. (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(5), 881–890.
- Skočir, A. P. (2005). Glavne značilnosti poporodne depresije. *Obzornik zdravstvene nege*, 39, 119–129.
- Snooks, S. J., Swash, M., Mathers, S. E. in Henry, M. M. (1990). Effect of vaginal delivery on the pelvic floor: A 5-year follow-up. *British Journal of Surgery*, 77(12), 1358–1360.
- Snooks, S. J., Swash, M., Setchell, M. in Henry, M. M. (1984). Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *The Lancet*, 324(8402), 546–550.
- Somers-Smith, M. J. (1999). A place for the partner? Expectations and experiences of support during childbirth. *Midwifery*, 15(2).
- Stewart, D. E. in Vigod, S. (2016). Postpartum Depression. *New England Journal of Medicine*, 375(22), 2177–2186.
- Sultan, A. H., Kamm, M. A. in Hudson, C. N. (1994). Pudendal nerve damage during labour: prospective study before and after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 101(1), 22–28.
- Suresh, L. in Radfar, L. (2004). Pregnancy and lactation. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 97(6), 672–682.
- Tetzschner, T., Sørensen, M., Lose, G. in Christiansen, J. (1997). Pudendal nerve function during pregnancy and after delivery. *International Urogynecology Journal*, 8(2), 66–68.

- Wastnedge, A. N. E., Reynolds, M. R., Boeckel, R. S., Stock, J. S., Denison, C. F., Maybin, A. J. in Critchley, O. D. H. (2021). Pregnancy and COVID-19. *Physiological Reviews*, 101, 303–318.
- Weatherbee, B. A. T., Glover, D. M. in Zernicka-Goetz, M. (2020). Expression of SARS-CoV-2 receptor ACE2 and the protease TMPRSS2 suggests susceptibility of the human embryo in the first trimester. *Open Biology*, 10.
- Williamson, C. S. (2006). Nutrition in pregnancy. *Nutrition Bulletin*, 31(1), 28–59.
- Wisner, K. L., Perel, J. M. in Findling, R. L. (1996). Antidepressant treatment during breastfeeding. *American Journal of Psychiatry*, 153(9), 1132–1137.
- Wong, S. F., Chow, K. M., Leung, T. N., Ng, W. F., Ng, T. K., Shek, C. C., Ng, P. C., Lam, P. W. Y., Ho, L. C., To, W. W. K., Lai, S. T., Yan, W. W. in Tan, P. Y. H. (2004). Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191, 292–297.
- Yim, I. S., Glynn, L. M., Dunkel Schetter, C., Hobel, C. J., Chicz-DeMet, A. in Sandman, C. A. (2009). Risk of Postpartum Depressive Symptoms With Elevated Corticotropin-Releasing Hormone in Human Pregnancy. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 162 – 169.
- Žgajnar Meze, S. (ur). (2007). *Enciklopedija sodobne medicine: Uradna in alternativna medicina za vse starosti*. Založba Meander.

IZJAVA O AVTORSTVU

Obr. Izjava o avtorstvu magistrskega dela

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
UNIVERSITÀ DEL LITORALE / UNIVERSITY OF PRIMORSKA

FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE
FACOLTÀ DI SCIENZE MATEMATICHE NATURALI E TECNOLOGIE INFORMATICHE
FACULTY OF MATHEMATICS, NATURAL SCIENCES AND INFORMATION TECHNOLOGIES

Glagoljaška 8, SI – 6000 Koper
Tel.: (+386 5) 611 75 70
Fax: (+386 5) 611 75 71
www.famnit.upr.si
info@famnit.upr.si



UNIVERZA NA PRIMORSKEM
UNIVERSITÀ DEL LITORALE
UNIVERSITY OF PRIMORSKA

Titov trg 4, SI – 6000 Koper
Tel.: + 386 5 611 75 00
Fax.: + 386 5 611 75 30
E-mail: info@upr.si
<http://www.upr.si>

IZJAVA O AVTORSTVU MAGISTRSKEGA DELA

Spodaj podpisani/a Maša Hvala, z vpisno številko 89192022,

vpisan/-a v študijski program Biopsihologija,

sem avtor/-ica magistrskega dela z naslovom:

Doživljanje nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja v času obdobja epidemije

koronavirusa (COVID-19)

S svojim podpisom zagotavljam, da je predloženo magistrsko delo izključno rezultat mojega lastnega dela. Prav tako se zavedam, da je predstavljanje tujih del kot mojih lastnih kaznivo po zakonu.

Soglašam z objavo elektronske verzije magistrskega dela v zbirki »Dela FAMNIT«.

v Kopru, dne 09.05.2024

Podpis avtorja/-ice: 