

КОЈ СЕ ГРИЖИ?

МАЈЧИНСТВО, МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ

И

НЕВИДЛИВИОТ ТОВАР НА ОЧЕКУВАЊАТА



КОЈ СЕ ГРИЖИ?

Мајчинство, ментално здравје и невидливиот товар на очекувањата



Наслов на оригиналот:

Who Cares? Motherhood, Mental Health, and the Invisible Weight of Expectations

Наслов:

Кој се грижи? Мајчинство, ментално здравје и невидливиот товар на очекувањата

Издавач: Реактор - Истражување во акција

За издавачот: Тања Иванова

Уредник: Тања Иванова

Автори: Ана Бојчевска Митревска, Гаја Смилевска

Превод од англиски: Маја Трајаноска Ивановска

Скопје, 2025

Бесплатен/Некомерцијален тираж

Ова истражување е дел од проектот „Соработка во областа на здравството со Северна Македонија“, финансиран од Француското Министерство за Европа и надворешни работи.

CIP - Каталогизација во публикација

Национална и универзитетска библиотека „Св. Климент Охридски“, Скопје

613.86-055.26(497.7) „2024“ (047.31)

613.86-055.26(497.7) „2024“ (047.31)

БОЈЧЕВСКА Митревска, Ана

Кој се грижи? [Електронски извор]: мајчинство, ментално здравје и невидливиот товар на очекувањата / [автори Ана Бојчевска Митревска, Гаја Смилевска; превод од англиски Маја Трајаноска Ивановска]. - Скопје: Реактор - истражување во акција, 2025

Начин на пристапување (URL):

<https://reactor.org.mk/publication-all> Превод на делото: Who cares? : motherhood, mental health, and the invisible weight of expectations. - Текст во ПДФ формат, содржи [68] стр., илустр. - Наслов преземен од екранот. - Опис на изворот на ден 23.12.2025. - Фусноти кон текстот. - Библиографија: стр. [64-68]

ISBN 978-608-4684-61-9

а) Ментално здравје -- Мајчинство -- Македонија -- 2024 -- Истражувања

COBISS.MK-ID 67832837

„Ако угледен лекар, како и сопствениот сопруг, ми ги уверуваат пријателите и роднините дека навистина не ми е ништо, освен привремена нервна депресија – лесна хистерична склоност – што можам да направам? И брат ми е лекар, исто така угледен, и го вели истото.

Па така, пијам фосфати или фосфити, што и да е, и тоници, и патувања, и воздух, и вежбање, и ми е апсолутно забрането да „работам“ додека не оздравам.

Лично, не се согласувам со нивните идеи.

Лично, верувам дека соодветна работа, со возбуда и промена, би ми годела.“

Шарлот Перкинс Гилман,
Жолтиот тапет



1. Вовед

6

Кој се грижи?
Мајчинство,
ментално здравје
и невидливиот
товар на
очекувањата

Депресијата и анксиозноста се меѓу најчестите ментални растројства на глобално ниво, кои значително придонесуваат кон севкупната оптовареност со болести. Пред пандемијата предизвикана од КОВИД-19, проценетата преваленција достигнуваше до 20,8% за депресија и 28,8% за анксиозност (*Универзитетска клиника за психијатрија – Скопје, 2023*). Податоците поделени по род од Институтот за јавно здравје (2024) покажуваат дека жените во Северна Македонија почесто се дијагностицираат со овие состојби отколку мажите, што одразува пошироки обрасци на родова ранливост (Институт за јавно здравје на Република Северна Македонија, 2024).



Перинаталното ментално здравје се однесува конкретно на ментални состојби што се појавуваат за време на бременоста или во првата година по породувањето.

Тука спаѓаат, меѓу другото, перинаталната депресија и перинаталната анксиозност. Иако причините се повеќеслојни — од хормонални промени до психосоцијални стресори — постои широк консензус дека социјалните и психолошките фактори играат клучна улога. Третирањето на овие фактори може да ги намали и тежината и времетраењето на перинаталните нарушувања на расположението.

Во 2022 година, постпородилна депресија се манифестирала кај 27,6% од младите мајки во Северна Македонија, додека 27,8% биле погодени од умерена до екстремна анксиозност (Универзитетска клиника за психијатрија и сораб., 2023).

И покрај тоа што се препознава важноста на менталното здравје на мајките, националните политики во Северна Македонија сè уште не одговараат соодветно на различните потреби на мајките. Со само една група за поддршка за менталното здравје на мајките во земјата, пристапот до грижа е сериозно ограничен, особено за жените надвор од главниот град.¹

Истражувањата доследно покажуваат дека стигмата, ограничената достапност на услугите и отсуството на редовен скрининг за постпородилно ментално здравје спречуваат многу жени навреме да добијат поддршка. Пристапот до финансиски достапна, хуманистичка психотерапија е ограничен, а недоволните опции за згрижување на децата дополнително го засилуваат психолошкиот товар кај новите мајки. Истражувањата и експертските согледувања исто така укажуваат дека политиките што овозможуваат споделено, непреносливо родителско отсуство придонесуваат за поправедна распределба на обврските за грижа, го зголемуваат учеството на жените на пазарот на трудот и го намалуваат психолошкиот притисок врз мајките (Бојчевска Митревска, 2024).

Иако во јавниот дискурс на владата сè повеќе се нагласува потребата од зголемување на наталитетот, овој политички фокус не е проследен со суштински инвестиции во здравјето и благосостојбата на мајките. Жените се поттикнуваат да раѓаат деца, но структурните услови што ги обликуваат нивните репродуктивни искуства — поддршката за менталното здравје, достапната здравствена грижа, социјалната заштита — во голема мера остануваат нерешени. Транзицискиот здравствен систем, нерамномерниот пристап до услуги и недостигот на родово сензитивни политики во земјата дополнително го продлабочуваат проблемот. Со само една група за поддршка на менталното здравје на мајките во земјата, повеќето жени, особено оние надвор од главниот град, остануваат без вистински опции.

Овој образец на занемарување не е уникатен, но јазот меѓу политичките амбиции за зголемување на наталитетот и недостигот на структурна поддршка за менталното и општото здравје на жените е многу индикативен. Без континуирани инвестиции во благосостојбата на мајките, повиците за зголемување на наталитетот делуваат неискрено. Справувањето со перинаталното ментално здравје не е прашање на индивидуална издржливост или лична одговорност, туку прашање на јавна одговорност, како и на тоа во колкава мера институциите се заинтересирани да ги стават потребите на жените во центарот на политиките што најчесто се потпираат врз нивниот неплатен труд и врз нивната репродуктивна способност.

8

Кој се грижи?
Мајчинство,
ментално здравје
и невидливиот
товар на
очекувањата





2. Методологија

Оваа контекстуална анализа е спроведена со употреба на квалитативен, комбиниран пристап кој обединува desk истражување, консултации со експерти и анализа на политики. Целта беше да се изработи преглед заснован на докази за детерминантите, тековните практики и системските празнини во грижата за перинаталното ментално здравје во Северна Македонија, и да се сместат овие наоди во рамките на глобалните и регионалните трендови во политиките.

Преглед на литература

Спроведен беше сеопфатен преглед на психолошка, психијатриска, социолошка и феминистичка литература за да се испитаат факторите на ризик, практиките на скрининг, терапевтските пристапи и родовите димензии на перинаталното ментално здравје. Изворите вклучуваа рецензирани научни статии, книги, институционални извештаи и сива литература. Прегледот обезбеди теоретска и емпириска основа за разбирање на перинаталното ментално здравје како клинички и општествен феномен.

Консултации со експерти

Беа одржани полуструктурирани интервјуа со практичари и претставници на институции што директно или индиректно работат со жени за време на бременоста и постпородилниот период.

Консултациите опфатија:		
II	двајца гинеколози што работат на породилни оддели,	I една претставничка од граѓанска организација што обезбедува услуги за ментално здравје и учествува во изработката на националната стратегија за СРЗ,
II	двајца психијатри,	I една претставничка од Институтот за психологија што работи на докторско истражување за концептот на матресценција. ²
II	две претставнички од УНФПА,	

Преглед на политики и упатства

Анализата вклучуваше преглед на национални правни документи и политики релевантни за менталното здравје и сексуалното и репродуктивното здравје, како што се: Законот за ментално здравје, Националната стратегија за унапредување на менталното здравје (2018–2025) и Нацрт-стратегијата за сексуално и репродуктивно здравје. Истовремено беа испитани и глобалните и регионалните упатства, вклучувајќи го упатството на СЗО за перинатално ментално здравје и компаративните анализи на политиките низ европскиот регион на СЗО, за да се оцени усогласеноста на националните системи со меѓународните стандарди.

Аналитички пристап

Анализата се спроведе со квалитативен, тематски пристап. Прегледани беа литературата, политичките документи и интервјуата со експерти за да се идентификуваат повторувачки обрасци поврзани со перинаталното ментално здравје, со посебно внимание на структурните, релационите и родовите димензии на ис-

2 Матресценција (Matrescence) е термин воведен од Дејна Рафаел во 1970-тите за да се опише комплексната физичка, емоционална и социјална транзиција при станувањето мајка.

куствата на мајките. Темите беа определени и индуктивно (директно од разговорите со експертите и текстовите на политиките) и дедуктивно (во согласност со постојното феминистичко знаење за мајчинството, медиализацијата на искуството и родовата нееднаквост). Интегрирањето на овие два пристапи овозможи материјалот да се организира во кохерентни тематски целини, без претходно да се предодредува содржината. Во целиот процес беше применет феминистички аналитички пристап, насочувајќи го вниманието кон тоа како институционалните практики, културните норми и односите на моќ влијаат врз емоционалната и психолошката благосостојба на жените за време на бременоста и постпородилниот период. Податоците од литературата, политиките и консултациите со експерти беа триангулирани за да се осигури дека анализата ќе ги опфати не само клиничките и теоретските перспективи, туку и реалните аспекти на обезбедувањето услуги и поширокиот социополитички контекст во кој се наоѓа перинаталното ментално здравје.

Ограничувања

Методологијата е подложна на ограничувања карактеристични за квалитативно-то истражување и за контексти со ограничени достапни податоци, вклучувајќи го ограничениот број консултирани експерти и отсуството на сеопфатни национални индикатори за перинаталното ментално здравје. Овие ограничувања беа земени предвид, но не го ограничија опсегот на анализата.





3. Фактори на ризик, скрининг и психолошки интервенции за нарушувањата на перинаталното ментално здравје

Еден од најчестите фактори што придонесуваат за лоши исходи поврзани со перинаталното ментално здравје е перинаталната депресија.

*Перинаталната депресија обично се дефинира како непсихотична депресивна епизода од блага до тешка сериозност што се јавува или за време на бременоста, или постпартално.
(Gelaye, Rondon, Araya, & Williams, 2016).*

Овие депресивни епизоди може да траат од 4 недели до повеќе од 6 месеци и можат да се повторуваат. Иако постпородилната депресија добива поголемо внимание, депресија може да се јави и кај жените во пренаталниот период. Пренаталната депресија може да остане препознаена, бидејќи нејзините симптоми честопати се припишуваат на непријатноста и емоционалното прилагодување поврзани со бременоста.

Исто така, често се среќаваат мајки што страдаат од перинатална депресија и што имаат една или повеќе коморбидни психијатриски состојби. Најчесто забележаните коморбидитети вклучуваат анксиозни растројства, како што се генерализирано анксиозно растројство, панично растројство, социјална фобија и опсесивно-компулсивно растројство.

Во литературата постојат различни податоци за инциденцијата на перинаталната депресија. Некои истражувања покажуваат дека перинаталната депресија погодува една од седум мајки во перинаталниот период (*Moore Simas, Whelan, & Byatt, 2023*), додека други студии ја проценуваат преваленцијата на дури една од пет мајки (*Gelaye et al., 2016*). Дополнителни извори укажуваат дека тешка депресија во постпородилниот период може да се појави кај 8%–15% од сите нови мајки (*Clark, Tluczek, & Wenzel, 2003*).

Тешко е да се утврди конзистентна стапка на преваленција бидејќи перинаталната депресија често останува препозната, непријавена и нелекувана. Повеќе од 75% од мајките кои имаат позитивен наод на скрининг инструментот за перинатална депресија не добиваат третман (*Moore Simas et al., 2023*).

Овие бројки варираат во зависност од социоекономскиот статус на учесниците. Инциденцијата на постпартална и препартална депресија е повисока во земјите со пониски и средни приходи, зафаќајќи приближно 20% од жените во овие земји, во споредба со 10% во земјите со високи приходи (*Gelaye et al., 2016*).

3.1. Фактори на ризик

Во повеќето истражувања, интервјуа и сведоштва, неколку вообичаени фактори се поврзуваат со зголемен ризик од развој на перинатална депресија, како и со повеќе коморбидитети што можат да се појават со неа.

Недостиг на социјална поддршка

За да се израсне дете, потребна е колективна поддршка.

Општо земено, социјалната поддршка може да го намали степенот до кој одредени ситуации се доживуваат како стресни. Истражувањата покажуваат дека мајките што имаат добро развиени мрежи на поддршка се справуваат подобро отколку оние што немаат. Социјалната поддршка, особено поддршката од други жени што нудат некритички, интимен однос, може да помогне за ублажување на стресот во време на промени и тешкотии, кои мајчинството обично ги носи. Колинс и сораб. (1993, цитирано во *Arnold-Baker, 2023*) утврдиле дека мајките што имале добра социјална поддршка за време на бременоста имале подобар напредок при породувањето.

Јасен пример за тоа како социјалната изолација влијае за време и по бременоста се гледа во студиите спроведени по глобалната пандемија предизвикана од КОВИД-19 вирусот. Студијата на Роики (2024) покажала дека жени од различни расни и социоекономски потекла доживеале социјална изолација како резултат

на пандемијата, што се покажало како значаен предиктор за развој на перинатална депресија. Пандемијата ги засилила постоечките симптоми, го зголемила стресот и социјалната изолација, и го отежнала пристапот до услуги за менталното здравје. Во оваа студија, мнозинството жени споделиле дека пандемијата ги спречила пријателите и семејството да ги посетуваат за време на бременоста и постпородилниот период. Ваквата намалена социјална поддршка имала значително влијание врз нивната способност да се справат со симптомите на постпородилната депресија.

Сиромаштија / низок социоекономски статус

Исто така, како резултат на пандемијата предизвикана од КОВИД-19, финансиските предизвици беа зголемени и претставуваа дополнителен извор на стрес за новите родители. Ваквата загуба на приходи силно влијаеше врз менталната благосостојба на новите мајки и на родителите воопшто. На пример, една жена која доживеала бездомништво за време на бременоста и постпородилниот период опиша како КОВИД-19 ги влошил и онака големите предизвици за пронаоѓање достапно сместување (*Rokicki, 2024*).

Поради системски и структурни фактори, малцинските групи се изложени на поголем стрес, што придонесува за поголема зачестеност на симптоми и состојби поврзани со перинаталното ментално здравје. Дополнително, нерамномерните стапки на третман за овие состојби, особено за перинаталната депресија, меѓу различните расни и етнички групи само го продлабочуваат овој јаз (*Deichen Hansen et al., 2023*).

Неколку истражувања укажуваат и на културно-специфични фактори што придонесуваат за развој на перинатална депресија. Во некои култури, особено азијски, но и во нашата источноевропска култура, постои родова пристрасност во корист на машко првородено дете. Оваа родова преференција претставува значаен извор на стрес за дел од жените, бидејќи машките деца се сметаат за носители на семејното име и наследство. Оттаму, мајките што родиле женско дете често се обвинувани за исходот на породувањето и се изложени на поголем ризик од депресија во споредба со мајките што родиле машко дете (*Gelaye et al., 2016*).

Задоволство од партнерската врска

Наодите во поновите истражувања ја истакнуваат поврзаноста меѓу квалитетот на партнерската врска и перинаталното ментално здравје. Шварц и сораб. (2024) укажуваат дека општата брачна нестабилност и слабото интерперсонално функционирање во периодот на преминот кон родителство се поврзани со зголемени депресивни симптоми кај мајките. Утврдено е дека квалитетот на врската значително опаѓа во овој период. Иако студијата не воспоставува јасна причинско-последична насока, наодите сугерираат дека намалената поддршка од партнерот може да ги засили перинаталната депресија и анксиозност.

Како надополнување на ова, Карона и сораб. (2024) укажуваат дека поголемото задоволство од партнерската врска е поврзано со помалку постпартални психо-

лошки тешкотии и подобро ментално здравје, при што самоефикасноста и психолошката флексибилност на мајката дејствуваат како посредувачки фактори. Овие резултати укажуваат дека поддржувачките партнерски односи може да ја зголемат самовербата на мајката и нејзината способност за справување, што придонесува кон подобри исходи поврзани со менталното здравје во перинаталниот период.

Злоупотреба во детството и последователно насилство од интимен партнер

Злоупотребата во раното детство е силен прогностички фактор за физички и психички последици подоцна во животот. Во својата студија од 2015 година со бремени Мексиканки, Лара и сораб. утврдиле дека историја на сексуална злоупотреба во детството е поврзана со 2,49 пати поголеми шанси за развој на антепартална депресија.

Насилството од интимен партнер опфаќа физичко, психолошко и сексуално насилство. Бидејќи лицата што доживеале злоупотреба во детството почесто доживуваат насилство од интимен партнер подоцна во животот, комбинацијата на овие два фактори ја зголемува веројатноста за нарушено ментално здравје во перинаталниот период. Изложеноста на насилство од интимен партнер доведува до социјална, емоционална и физичка изолација, разделба, загуба и непредвидлива/небезбедна домашна средина, а сето тоа значително ја влошува перинаталната депресија.

Историја на депресија / Депресија и анксиозност за време на бременоста

Жените што претходно доживеале епизоди на депресија, било хронични или повременни, имаат зголемен ризик да развијат перинатална депресија. Претходни искуства со психијатрискиот систем и последователната стигматизација, исто така, може да претставуваат бариера за натамошен третман на нарушеното перинатално ментално здравје, било поради страв од стигма или за да се избегне дополнително разочарување и траума од неадекватни психијатриски интервенции. Купер и Мареј (1995) утврдиле дека жените кај кои првата појава на депресија се јавила во постпарталниот период имаат поголем ризик за идни епизоди на постпартална депресија, но не и за депресивни епизоди што се јавуваат надвор од постпарталниот период.

Ненамерна бременост

Дури и кај планираните бремености, нарушувањето на вообичаениот тек на животот може да ги преплави новите мајки (Arnold-Baker, 2021). Кај непланираните или непосакуваните бремености, дополнителните стресори можат уште повеќе да го зголемат ризикот од постпородилна депресија. Жените кај кои бременоста е ненамерна често се соочуваат со психосоцијален стрес поврзан со неочекувани прекини во образованието, кариерата или други животни планови. Допол-

нително, внатрешниот конфликт околу одлуката дали да ја продолжат или прекинат бременоста може да создаде дополнителен емоционален притисок (Qiu, Zhang, Sun, Li и Wang, 2020).

Како што подоцна ќе разгледаме во анализата, превентивната пренатална грижа овозможува рано откривање и третирање на постојните ментални состојби што може да се влошат во постпарталниот период. Сепак, во споредба со жените со посакувана бременост, оние со ненамерна бременост почесто започнуваат со пренатална грижа подоцна и имаат помалку можности да добијат навремена поддршка и третман за овие состојби. Некои, исто така, живеат во средини што не се поволни за бременост, како нестабилни семејни односи, несигурно домување или економски притисок, што може да придонесе за напнатост, емоционални флукутации и намалена психолошка резилиентност за време на бременоста.

Хормонални промени (биолошка основа)

Некои жени можат да бидат особено подложни на депресија во постпарталниот период поради биолошка чувствителност на променливите нивоа на хормоните.

18

Кој се грижи?
Мајчинство,
ментално здравје
и невидливиот
товар на
очекувањата

Истражувањата на Блох и сораб. (2000) сугерираат дека промените во нивоата на гонадалните стероиди за време на породувањето може да придонесат за развивање депресивни симптоми.

Новите истражувања за профилите на генската експресија покажуваат потенцијал во разликувањето на депресивни од недепресивни лица, при што некои студии пријавуваат точност на класификацијата од околу 84%. Сепак, перинаталните психијатриски состојби се мултифакторски, а тековните докази не ја потврдуваат тезата дека само генетските фактори се одговорни за нивната појава (O'Hara, 2013).

Во практична смисла, многу од овие фактори на ризик може лесно да се идентификуваат, а здравствените работници можат повнимателно да ги следат овие жени во постпарталниот период за да го спречат или рано да интервенираат во развојот на постпартална депресија. Не е потребно да се чека постпарталниот период за жената да се подготви за можни проблеми со менталното здравје поврзани со породувањето. Периодот пред породувањето може да биде клучен за поставување заштитни мерки и градење систем за поддршка за претстојниот период.

Затоа, скринингот и раното откривање се од суштинско значење.

Сепак, *постпарталната депресија често не може да се предвиди*. Дури и мајки без претходни случаи на депресија, без акушерски компликации и со лесни породувања можат да развијат антепартална или постпартална депресија. Таа може да се појави и по второ или трето дете, иако првата бременост поминала без проблеми.

*Затоа е потребен универзален скрининг со стандардизирани алатки – барем еднаш за време на бременоста и повторно во постпарталниот период.
(American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], n.d.).*

3.2. Скрининг на перинаталното ментално здравје

Мајчинството често се претставува како период кога се очекува жените да бидат најсреќни, да ја прифатат својата нова улога и да се справуваат со сите проблеми што би можеле да се појават како целиот живот да се подготвувале за улогата на мајка. Дополнително, мајчинството и сите одлуки поврзани со родителството се гледаат како да се дел од јавната сфера, каде што сите можат да дадат свое мислење и критика за начинот на одгледување на детето.

Токму во овој период, кога општеството очекува жените добро да се справуваат и да изгледаат задоволно, се чини дека се зголемува перципираната стигма поврзана со менталните заболувања. Меѓу перинаталните популации, бариерите за пристап до услуги за менталното здравје вклучуваат психосоцијална комплексност, историја на траума, страв од стигма, финансиска достапност на услугите и ограничено знаење (како кај пациентите, така и кај давателите на услуги) за тоа како да го навигираат системот за грижа за менталното здравје.

За да се решат овие предизвици поврзани со перинаталното ментално здравје, потребни се интервенции на ниво на пациентот, на клиничко и практично ниво, а најважно, на ниво на заедницата.

Па зошто тогаш скринингот претставува толкав предизвик?

Во студијата на Џемили и соработниците (2006), истражувачите ги испрашувале жените за нивните искуства со програмите за скрининг на перинаталното ментално здравје, односно дали го сметаат процесот за удобен и неопходен. Од 472 испитанички, само 18,8% пријавиле некаква непријатност, а 97% се согласиле дека скринингот е добра идеја.

Од друга страна, квалитативно истражување спроведено во Обединетото Кралство покажува дека 46% од интервјуираните жени пријавиле ниска прифатливост на скринингот за депресија (*Shakespeare, Blake, & Garcia, 2003*). Жените што изразиле непријатност најчесто ја поврзувале со клиничката средина и со чувствителноста на лицето што го спроведува скринингот. Многу од нив претпочитале да разговараат за своето расположение и симптоми во форма на разговор, наместо преку прашалник.

Програмите за обука за скрининг, кога се применуваат редовно и систематски, можат да го зголемат чувството на сигурност кај давателите на услуги при неговото спроведување. Сепак, обуката треба да вклучува следење и континуиран надзор за да се обезбеди постојана ревизија и усогласеност со прифатливите и ефективни практики за имплементација на скринингот.

Постојат бројни инструменти за скрининг на перинаталната депресија. Најчесто проучувани и користени се „Прашалникот за здравјето на пациентот“ (Patient Health Questionnaire – PHQ-9, со 9 прашања) и „Единбуршката скрининг-скала за постнатална депресија“ (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS, со 10 прашања). Овие инструменти се самопополнувачки, лесни за оценување, содржат прашања поврзани со самоповредување и се стандардизирани на повеќе јазици. Како и кај секој самопополнувачки прашалник за ментално здравје, потребна е отвореност и искреност за да се обезбеди точен скрининг и соодветна последователна грижа.

3.3. Третман на предизвици поврзани со перинаталното ментално здравје

Иако постојат многу пристапи за третман на постпарталната депресија, четири главни модели се најчесто истражувани: општо советување (познато и како „слушачки посети“), интерперсонална психотерапија, когнитивно-бихејвиорална терапија (КБТ) и психодинамска терапија.

СЛУШАЧКИ ПОСЕТИ: РАНА ПСИХОСОЦИЈАЛНА ИНТЕРВЕНЦИЈА

Слушачките посети претставуваат не директивна форма на советување, препорачана од Националниот институт за здравје и клиничка извонредност (NICE) во водичите од 2007 година, за жени што доживуваат блага до умерена депресија во перинаталниот период. Овие сесии, кои ги спроведуваат здравствени работници во домашна посета, овозможуваат скрининг и третман дури и кога стручните лица имаат ограничено формално образование во областа на менталното здравје (Milgrom & Gemmill, 2015).

ОНЛАЈН ПОДДРШКА ЗА МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ

Покрај традиционалните интервенции, **е-менталното здравје** претставува брзо растечки сектор. Онлајн програмите за скрининг и третман можат да го следат напредокот на клиентите и да понудат прилагодена поддршка, со што потенцијално се подобрува откривањето на перинаталната депресија и се зголемува свеста за достапните ресурси.

ВНАТРЕШНИ РЕСУРСИ И СОЦИЈАЛНА ПОДДРШКА

Внатрешните ресурси и социјалната поддршка исто така играат клучна улога во закрепнувањето. Жените со постпартална депресија често се соочуваат со самокритичност и чувство на морална слабост, дополнително поттикнати од општествената стигма поврзана со нивните емоционалните состојби. Психотерапевтски интервенции што ги валидираат овие доживувања и обезбедуваат можности за процесирање на тагата, загубата на автономијата и промените во партнерските односи се од суштинско значење. Социјалната поддршка е особено важна во комплексни случаи, како кај жени што доживеале траума поврзана со породувањето, претходна загуба на бременост или амбивалентност во однос на непланирана бременост. За жал, токму во овие периоди социјалната поддршка често се намалува, бидејќи пријателите и семејството може да се чувствуваат несигурни околу тоа како најсоодветно да помогнат (Arnold-Baker, 2021).

ПСИХОТЕРАПИЈА

Психотерапијата обезбедува структурирана рамка во која жените можат да добијат емоционална поддршка и да развијат компетенции во својата мајчинска улога. Истражувањата покажуваат дека индивидуалните или групните психосоцијални интервенции може ефикасно да ги намалат симптомите на постпартална депресија. Пристапите што го вклучуваат и односот мајка–бебе, како што се групите за терапија мајка–бебе (M-ITG), комбинираат меѓусебна поддршка помеѓу мајките, интервенции за развој на бебето и интерактивни активности помеѓу мајката и бебето. Вклучувањето на бебињата и партнерите во третманот покажало дека го намалува стресот и ја зголемува способноста на мајката, што може да обезбеди заштита од повторни епизоди на депресија (*Clark, 2003; NICHD, 2006*).

ФАРМАКОЛОШКИ ТРЕТМАНИ

Фармаколошките третмани и натаму се најчеста интервенција за постпартална депресија, иако жените често претпочитаат психотерапија (*Pearlstein et al., 2006*). Селективните инхибитори на повторно преземање серотонин (SSRI) и инхибиторите на серотонин/норепинефрин (SNRI) се покажуваат како ефективни, вклучително и за време на доење, при што nortriptyline, paroxetine и sertraline се сметаат за препорачани опции (*Simas, 2023; Scalea & Wisner, 2009; O'Hara, 2014*). Иако фармакотерапијата може да биде многу ефективна, пристапот до психотерапија и поддржувачки интервенции често е ограничен, особено во земјите со ниски и средни приходи.

Една од главните бариери во земјите со ниски и средни приходи е недоволното препознавање на нарушувањата на менталното здравје од страна на примарните здравствени работници, што е дополнително усложнето поради недостигот на специјалисти. Светската здравствена организација препорачува интегрирање на услугите за менталното здравје во примарната здравствена заштита како начин за затворање на овој јаз во пристапот до третман. Пристапите во рамки на заедницата, кои вклучуваат здравствени работници и работници од заедницата без специјализирана обука, а кои спроведуваат интервенции за ментално здравје, покажале значителни подобрувања во исходите за мајката и за детето во првите две години по породувањето (*Rahman et al., 2013*). Овие интервенции се особено ефективни кога се прилагодени на локалните услови и интегрирани во рутинската работа, со што се намалува стигмата во споредба со самостојните програми.

**Таквите пристапи
укажуваат дека
терапијата со разговор,
меѓусебната поддршка
и интервенциите
во заедницата
можат да бидат
многу ефективни за
постпартална депресија
и постпартална
анксиозност, но
пристапноста останува
предизвик во многу
земји, вклучувајќи ја и
Северна Македонија.**





4. Менталното здравје на мајките како родово прашање

4.1. Перцепцијата на мајчинството во патријархалните системи

Иако мајчинството секој го доживува и дефинира на свој начин, тоа не може да се разбере одделно од општеството во кое се одвива (Ehrenreich & English, 1978).

Мајчинството постои колку и човештвото, но и перцепцијата и практиката на мајчинството, како и неговите различни облици, се менувале низ вековите. Родовите студии и социолошките теории за мајчинството во голема мера се фокусираат токму на влијанието на општествениот контекст и општествените аспекти на мајчинството како институција, но и како лично животно искуство.

Во своето дело *The Myths of Motherhood*, Шари Турер (1994, цитирано во Боровска, 2022, стр. 15) дава историски преглед на промените во положбата на жените и практиката на мајчинските улоги низ времето. Неолитскиот период, или Новата камена доба, често се смета за ера на поголема родова еднаквост, бидејќи потеклото и наследството се следеле преку мајката, доде-

ка концептите како татковство и моногамија останале непознати сè до појавата на патријархатот кон крајот на овој период. Општествената положба на жените директно влијаела на перцепцијата и практиката на мајчинството.

Со појавата на патријархалната општествена организација, претходно егалитарните односи меѓу мажите и жените почнале да се нарушуваат. Женската честност и верност станале задолжителни вредности, а жените сè повеќе се третираше како материјална сопственост, користена за размена меѓу племињата. Овие промени ја поставиле основата за потчинетоста на жените. Следствено на тоа, се променил и статусот на мајките: потеклото, кое порано се следело преку мајката, почнало да се определува преку таткото. Во рамките на овој нов поредок, мајката и нејзините деца биле социјално ограничени на домашната сфера, додека таткото ја преземал улогата на отсутен снабдувач и надворешен авторитет.

Идеалот за „добра мајка“ останува една од најраспространетите и психолошки најстроги идеологии што го обликуваат женскиот идентитет.

Како што опишуваат Даглас и Мајклс во *The Mommy Myth* (2004), современото мајчинство се води според логиката на „новиот мамизам“ — збир културни норми и практики што навидум ја слават слободата на жените да го изберат мајчинството, но всушност наметнуваат невозможни стандарди на совршенство. Оваа идеологија го претставува мајчинството како врвно и најисполнувачко животно искуство за жените, кое бара целосна несебичност, емоционална посветеност и стручна компетентност. Во рамките на оваа логика, единствениот „правилен“ избор за жените е да станат мајки и да ја извршуваат улогата со неуморен ентузијазам и морална чистота. Даглас и Мајклс истакнуваат дека ваквиот „нов мамизам“ функционира како суптилен отпор против феминизмот, повторно воведувајќи ги традиционалните родови хиерархии под превезот на оснажувањето.

Мајчинството стана психолошка полициска држава.

Слични идеолошки механизми функционираат и во македонскиот контекст, каде мајчинството продолжува да биде длабоко поврзано со моралната вредност и општествениот идентитет на жената. Како што забележува Боровска во своето дело од 2022 година, митот за „добрата мајка“ се темели на културни претпоставки за мајчинскиот инстинкт и за вродената биолошка способност на жените за грижа.

Мајчинството се идеализира како највозвишената цел на жената, додека оние што не се вклопуваат во овој модел — затоа што немаат деца, изразуваат амбивалентност или се соочуваат со емоционални тешкотии — често се стигматизираат.

Идеологијата на хегемонистичкото мајчинство (*Goodwin & Huppatz, 2010, цитирано во Боровска, 2022, стр. 33*) го зајакнува овој образец, пропишувајќи интензивно и пожртвувано мајчинство како единствен легитимен облик на грижа. Таа го конструира мајчинството како морална хиерархија што ја мери вредноста на жената според нејзината жртва, трпеливост и способност да ги сокрие „негативните“ емоции како лутина, исцрпеност или каење.

Овие културни идеали создаваат психолошка средина во која многу мајки чувствуваат постојана вина и сомнеж во себе. Реториката на мајчинската вина ги позиционира мајките како лично одговорни за секој исход во развојот и благосостојбата на нивните деца.

*Како што тврди Адриен Рич (1976) во **Of Woman Born**, ваквата вина не е предодредена за мајчинското искуство, туку е производ на мајчинството како институција — патријархален конструкт што диктира што мајките треба да чувствуваат и како треба да се однесуваат.*

Рич прави разлика меѓу мајчинството како институција, кое ги дисциплинира и ограничува жените, и мајчинството како искуство, кое може да биде оснажувачко и релациско. Сепак, институционализираниот идеал на „совршената мајка“ остава мал простор за автентична емоционална сложеност, со што се создава состојба на постојан самонадзор и внатрешен конфликт.

Како што дополнително забележува Турер (1994, цитирано во Боровска, 2022, стр. 42-43), ваквите очекувања вршат притисок врз мајките не само да се справуваат добро, туку и да уживаат во мајчинството безусловно — да ја потиснат амбивалентноста, фрустрацијата или заморот во корист на општествено прифатливата слика на мајчинска среќа. Резултатот е она што таа го нарекува „бурна внатрешна војна“, во која жените се обидуваат да го усогласат своето реално искуство со недостижните идеали што им се наметнуваат. Овој конфликт често води до чувства на неадекватност и личен неуспех, кои можат да се манифестираат како депресија, анксиозност или емоционална исцрпеност. Во клинички услови, овие симптоми често се интерпретираат како постпартална депресија, одвоени од нивните социјални и културни корени. Сепак, како што истакнуваат и феминистичките теоретичари и практичари, ваквото страдање не е само лична патологија, туку реакција на репресивните барања на идеализираното мајчинство и на недостигот на структурна и емоционална поддршка за мајките.

Понатаму, еден од најупорните митови што го одржуваат идеалот за „добрата мајка“ е верувањето во природен, универзален мајчински инстинкт. Оваа идеја претпоставува дека жените поседуваат вродена, биолошки одредена способност за грижа и емоционална чувствителност кон своите деца. Како што забележува Боровска (2022), мајчиното однесување често се толкува како манифестација на овој инстинкт, кој се претпоставува дека се појавува спонтано во моментите по породувањето. Таквата идеја го засилува есенцијалистичкиот став дека жените се природно предиспонирани за мајчинство и дека мајчинската

љубов и компетентност произлегуваат без напор од биологијата, наместо да се обликуваат преку општествени, психолошки и контекстуални фактори. Митот за мајчинскиот инстинкт, оттаму, има моќна идеолошка функција: ја прикажува улогата на жената како биолошки определена и ги прикрива структурните и емоционалните предизвици на мајчинството под превезот на биолошката предодреденост.

Истражувањата за преминот кон родителство конзистентно покажуваат дека мајките и татковците го доживуваат овој период на сосема различни начини. Додека мајките често добиваат длабоко чувство на задоволство и смисла од својата нова улога, тие истовремено се соочуваат со поширок спектар на предизвици, особено во првите месеци по породувањето. Овие разлики во голема мера произлегуваат од традиционалните родови норми, кои ги позиционираат жените како примарни негуватели. Мајките обично земаат подолго породилно отсуство, поминуваат повеќе време со новороденчето и носат најголема одговорност за секојдневната грижа и домашните задачи.

Ова нерамномерно распределување на обврските ги изложува мајките на поголемо физичко, емоционално и социјално оптоварување, додека ги ограничува можностите за одмор, социјални контакти и личен развој.

Низа студии ги истакнуваат емоционалните последици од ваквата нерамноерна распределба на обврските. Рос и Ван Вилинцер (1996, цитирано во Боровска, 2022) откриле дека родителските обврски значително го зголемуваат нивото на лутина и фрустрација кај мајките – речиси двојно повеќе отколку кај татковците – при што овој ефект се засилува со секое дополнително дете. Овие чувства најмногу се поврзуваат со два извори: економскиот стрес и нерамномерната распределба на обврските за грижа за децата. Во семејствата каде мајките носеле поголем дел од родителските обврски, тие пријавувале повисоко ниво на емоционален стрес и чувство на неправда, што укажува дека родителската фрустрација е тесно поврзана со структурните нееднаквости, а не со индивидуалните недостатоци.

4.2. Феминистички перспективи за идеолошката конструкција на перинаталната депресија

Иако мајчинството честопати се идеализира како инстинктивно и универзално задоволувачко, феминистичките истражувања нагласуваат како ваквите културни митови ги прикриваат социјалните, економските и политичките услови што го обликуваат перинаталното искуство и емоционалната благосостојба на жените. Конвенционалната психологија и психијатрија често ги концептуализираат перинаталните тешкотии како патологија – индивидуална неспособност за справување – наместо како разумен одговор на интензивните промени и предизвици што ги носи новата улога на родител. Овој пристап придонесува кон стигмата, оставајќи ги жените со чувство дека се „дефектни“ наместо поддржани. Како што истакнува ван Дурзен (1998), општеството има тенденција да претпоставува дека луѓето треба да бидат имуни на тешкотиите на кои ги изложува животот, и дека ако не се справуваат добро, проблемот е кај нив, а не во самата ситуација.

Британскиот психолог Пола Николсон (1999-2, цитирано во Боровска, 2022, стр. 49) критички го испитува митот за „добрата мајка“ преку своето истражување за постнатална депресија, тврдејќи дека широко распространетата претпоставка за мајчинскиот инстинкт ја искривува нашата перцепција за емоционалната реалност на мајките.

28

Кој се грижи?
Мајчинство,
ментално здравје
и невидливиот
товар на
очекувањата

Според Николсон, постпарталната депресија не треба да се гледа како патолошко отстапување од „нормалното“ мајчинство, туку како честа и разбирлива реакција на длабоките животни промени и социјалната изолација што често го придружуваат раниот постпартален период.

Таа посочува дека ваквото емоционално страдање е, всушност, многу поприродно мајчинско искуство отколку целосното отсуство на какви било тешкотии. Сепак, во рамките на културниот контекст каде мајчинството се идеализира како исклучиво радосно и исполнувачко искуство, мајките што доживуваат амбивалентност, тага или исцрпеност се чувствуваат како да не успеваат да го достигнат биолошкиот и моралниот стандард.

Анализата на Николсон истакнува еден суштински парадокс: ако природниот мајчински инстинкт навистина гарантира дека жените беспрекорно ќе се прилагодат на мајчинството, тогаш високата застапеност на постнаталната депресија би сугерирала на широко распространето потфрлање на овој инстинкт — тврдење што е и емпириски и концептуално неодржливо. Наместо тоа, Николсон (1998, 1999) тврди дека постпарталната депресија не е индивидуална патологија, туку психосоцијална реакција на контрадикторните очекувања на современото мајчинство. Таа посочува дека жените стануваат депресивни не затоа што им недостасува инстинкт, туку затоа што преминот во мајчинството често подразбира губење на автономијата, идентитетот и општественото признание (цитирано во Боровска, 2022, стр. 51).

Во патријархалните и капиталистичките општества, мајките се слават реторички, додека им е ускратена вистинска структурна поддршка. Оваа дисонанца помеѓу идеализираната слика на мајчинска среќа и реалното искуство на изолација и обеснажување создава услови за психолошко страдање.

Во овој контекст, митот за мајчинскиот инстинкт функционира и како механизам за општествена контрола и како извор на вина. Притоа, грижата за децата се претставува како инстинктивна, со што се делегитимира потребата за поддршка, учење и заедница, и се трансформираат мајчинските предизвици во личен неуспех.

Во македонскиот контекст, каде што родовите норми продолжуваат да ја истакнуваат примарната одговорност на жените за грижа за децата, отсуството на споделено родителско отсуство, ограничениот пристап до достапни услуги за згрижување и недоволните услуги за перинатално ментално здравје ја зајакнуваат идеализацијата на мајчинството и концептот за „идеална мајка“.

Во комбинација со доминантниот јавен дискурс што ја слави плодноста, а имплицитно ги обвинува жените за нискиот наталитет, овие очекувања создаваат огромен општествен притисок врз мајките. Во овој контекст, верувањето во природниот мајчински инстинкт дополнително ги изолира жените, претставувајќи ги нивните предизвици во мајчинството како лични пропусти, наместо како одраз на системска родова нееднаквост и недостиг на структурна поддршка.

Од феминистичка перспектива, терминологијата поврзана со емоционалните и психолошките искуства на жените во перинаталниот период – особено терминот постпартална депресија – долго време е предмет на критика. Ен Оукли (1980, цитирано во Боровска, 2022, стр. 77) е една од првите што тврди дека овој термин, иако на прв поглед клинички и објективен, носи длабока идеолошка тежина. Наместо да биде неутрален медицински опис, „постпартална депресија“ ја одразува и зајакнува доминантната патријархална норма според која успешно-то мајчинство значи способност да се исполни одреден идеал на женственост:

грижлива, самопожртвувана и емоционално исполнета. Во овој контекст, секое отстапување од овој идеал – тага, исцрпеност, амбивалентност или отсуство на поврзаност – се толкува како форма на неуспех или патологија. Оукли укажува дека медицинскиот пристап кон овие искуства, конструиран претежно од машки експерти, ја прикрива идеолошката осуда зад „технички“ научен поим: мајката што се соочува со тешкотии се претставува како „дефектна“ наместо да се преиспита општествената структура и очекувањата што придонесуваат за нејзиното страдање.

Ли (2006, цитирано во Боровска, 2022, стр. 83-84) ја проширува оваа критика, истакнувајќи ја „досега невидената медиализација на општествените искуства на жените“, при што секојдневните предизвици на мајчинството се интерпретираат како симптоми на болест, наместо како одраз на културни, економски и политички услови.

Пола Николсон (1998; 1999, цитирано во Боровска, 2022, стр. 86) нуди подетално и поемпатично разбирање на постпарталната депресија.

Наместо да се третира како патолошка состојба со корени во женската биологија, таа предлага перинаталната депресија да се гледа како нормална и честопати здрава емоционална реакција на големите загуби и промени што го придружуваат мајчинството.

30

Кој се грижи?
Мајчинство,
ментално здравје
и невидливиот
товар на
очекувањата

Таа ги опишува овие реакции како „потенцијално здрави реакции на тагување поради загуба“, тврдејќи дека очекувањето за непрекината среќа кај новите мајки ги заматува вистинските искуства на жените. Николсон идентификува неколку форми на загуба што често се појавуваат при преминот кон мајчинството: губење на автономијата и времето за себе, промени во телесниот изглед и сексуалниот идентитет, губење на професионалниот идентитет или континуитет на кариерата, како и поширокото чувство на губење на поранешното јас. Иако мајчинството носи признание и ценета социјална улога, тоа истовремено ги лишува жените од одредени слободи и идентитети што порано ги дефинирале — парадокс што е во сржта на многу тешкотии со кои се соочуваат мајките.

Николсон исто така ја истакнува улогата на интернализацијата на медицинските и културните наративи што ги охрабруваат жените да ги интерпретираат своите тешкотии како биолошки слабости, наместо како последици на социјалната нееднаквост или структурното занемарување. Доминантниот биомедицински дискурс ги претставува жените како природно ранливи, ирационални и нестабилни, наспроти рационалниот, самоконтролиран машки субјект. Оваа рамка ги одвраќа жените од можноста да ги препознаат социокултурните димензии на нивното страдање: изолацијата во нуклеарното семејство, нееднаквата распределба на грижата и недостигот на институционална поддршка за мајките. Во овој контекст, перинаталната депресија не е само медицински проблем, туку и длабоко политички. Таа го отсликува судирот помеѓу реалното искуство на мајчинството и општествено конструираните идеали што определуваат како мајките треба да се чувствуваат и да се однесуваат.

Надоврзувајќи се на овие феминистички перспективи, Боровска (2022) дополнително нагласува дека перинаталната депресија, гледана низ призмата на општествените науки и феминистичката теорија, треба да се разбере како последица на губењето на идентитетот, автономијата, независноста, моќта и приhodот, што често го придружува мајчинството. Историски, жените живееле во пошироки семејни структури и тесно поврзани заедници каде породувањето и преминот во мајчинството биле придружени со колективни ритуали и споделена женска поддршка, со што се олеснувало приспособувањето на мајчинската улога. Меѓутоа, во современите општества, жените го доживуваат мајчинството во услови на социјална изолација, нуклеарни семејни структури и зголемена индивидуална одговорност, често без соодветна системска поддршка или поддршка од заедницата. Додека некои наративи сугерираат дека еманципацијата на жените и нивното учество во јавниот живот придонеле за повисоки стапки на постпартална депресија, Боровска тврди дека обвинувањето на женската слобода за нивното страдање истовремено е регресивно и опасно. Таквата логика имплицира дека ограничувањето на правата на жените и нивното повторно ограничување на домашни улоги би послужило како „решение“ за перинаталната депресија — идеја застапена во пронаталистичките политики кои го вреднуваат мајчинството како примарна улога на жената.

Во реалноста, истражувањата покажуваат дека сведувањето на идентитетот на жената на улоги на грижа и одземањето на можноста за лично и професионално самоостварување често ги засилува симптомите на депресија. Боровска заклучува дека вистинската превенција не се состои во ограничување на еманципацијата на жените, туку во развивање на поширокиот социјален контекст на родителството—преку еднакво вклучување на родителите, поддршка од заедницата и системски мерки кои ја прераспределуваат емоционалната и практичната работа поврзана со одгледувањето деца меѓу семејствата, партнерите и општеството.

4.3. Импликации за терапевтската пракса: Феминистички ориентирани пристапи

Иако мајчинството може да биде длабоко значајно искуство, многуте фактори што го обликуваат не оставаат простор за какво било „нормативно“ верување за тоа какво тоа треба да биде. Во секоја терапевтска средина, терапевтите треба да бидат во состојба да ги доведат во прашање често идеализираните претпоставки за „добрата мајка“ и за наводната доволност на мајчинскиот инстинкт. Овие нереални очекувања од мајките и мајчинството често водат до чувство на неуспех, сомнеж во себе и перцепција дека нормалното однесување на новороденчето е одраз на неадекватноста на мајката, кои се чести фактори во негативното постнатално искуство на многу нови мајки (Donaghy, 2001).

Централно во овие дискусии е клучното прашање за тоа како искуствата на жените со менталното здравје културно се дефинираат и се толкуваат како лични проблеми, наместо како „јавни чувства“ длабоко поврзани со историските, социокултурните, економските и политичките услови (Цветковиќ, 2012).

32

Кој се грижи?
Мајчинство,
ментално здравје
и невидливиот
товар на
очекувањата

Не можеме да ги одвоиме институционалните практики, културните контексти и афективните односи што ја обликуваат разновидноста на животите на жените и директно влијаат врз нивното искуство при обидите да добијат помош за перинаталното ментално здравје.

Потребен е поцелосен и сеопфатен пристап. Феминистички ориентираните терапевтски интервенции се темелат на уверувањето дека психолошкиот стрес што го доживуваат жените во овие ситуации не може да се разбере без осврт кон политичките контексти во кои жените и девојките го живеат својот живот. Феминистички ориентираните терапевтски интервенции посебно внимание посветуваат на влијанието на патријархатот врз насилството и процесот на оздравување, со разбирање дека насилството што жените и девојките го доживуваат – како и чувствата на самообвинување и многуте други реакции што следат по изложеноста на насилство – се вкоренети во структурната родова нееднаквост. Овие терапевтски интервенции, кои не ги занемаруваат социјалните и политичките реалности во кои живееме, се покажуваат како посебно корисни за олеснување на чувството на осаменост, срам и вина кај жените. Во овој контекст, ваквите терапевтски интервенции можат да им помогнат на жените на начини на кои другите интервенции не можат.





5. Глобален преглед

5.1. Глобална преваленција на нарушувања на менталното здравје на мајките

Како што веќе беше споменато, нарушувањата на перинаталното ментално здравје—најчесто депресивни и анксиозни растројства, но и потешки состојби како биполарно растројство и постпартална психоза—се широко распространети и недоволно третирани.

Светската здравствена организација (СЗО) проценува дека околу 10% од бремените жени и 13% од жените во првата година по породувањето доживуваат некое ментално нарушување, со повисоки стапки во земјите со ниски и средни приходи (околу 15,6% пренатално и 19,8% постнатално).

Последните систематски прегледи и мета-анализи пријавуваат големи варијации според контекстот и методите на мерење, но комбинираниите проценки покажуваат дека кај значителен дел од жените се јавуваат пренатални и постнатални депресивни симптоми, често надминувајќи 15–25% во многу студии и уште повисоки стапки кај ранливите популации и за време на кризи како што беше пандемијата предизвикана од КОВИД-19. Овие бројки го потценуваат проблемот затоа што многу

студии користат само скрининг-алатки наместо дијагностички интервјуа, а во многу средини мал е бројот на жени што доаѓаат во контакт со услугите и на кои навистина им се утврдува состојбата. (C3O; Howard & Khalifeh, 2020; Woody et al., 2017).

Последиците не се гледаат само во индивидуалното мајчинско страдање: перинаталните ментални нарушувања имаат јасно докажани влијанија врз функционирањето на мајката, интеракцијата меѓу мајката и бебето, развојот и однесувањето на детето и благосостојбата на семејството. Нетретираната депресија и анксиозност кај мајката се поврзани со полоши акушерски исходи, пократко траење на доењето, задоцнувања во когнитивниот и емотивниот развој на децата и зголемен ризик од проблеми со однесувањето подоцна во детството. На ниво на население, овие ефекти се преточуваат во зголемена побарувачка за здравствени, социјални и образовни услуги и во долгорочни загуби на човечки капитал. Меѓугенерациската димензија, во која предизвиците во менталното здравје на мајката го менуваат капацитетот за грижа и раниот развој на детето, значи дека влијанието се акумулира со текот на времето, наместо да се реши со завршувањето на перинаталниот период (Stein et al., 2014; Bauer et al., 2016).

Значителен и мерлив е и економскиот товар.

Истражувањата на ниво на земја и по сектори покажуваат дека нетретираните перинатални нарушувања на расположението и анксиозноста генерираат директни трошоци за здравствена заштита (дополнителни консултации, специјалистичка нега, фармакотерапија, хоспитализација во сериозни случаи) и индиректни трошоци преку изгубена продуктивност, користење социјални услуги и зголемени расходи поврзани со здравјето и специјалното образование на децата.

Проценките од земји со високи приходи и неодамнешните моделирања применети на други места укажуваат дека општествените трошоци од нарушувањата на перинаталното ментално здравје достигнуваат стотици милиони или милијарди долари по земја кога ќе се вклучат загубите на продуктивноста и долгорочните влијанија врз децата. Студиите за трошоците поврзани со болестите исто така конзистентно покажуваат дека трошоците од неактивност значително ги надминуваат средствата потребни за обезбедување основни интервенции за перинатално ментално здравје во поголем обем (Luca et al., 2020; Margiotta et al., 2022).

Решавањето на прашањата поврзани со перинаталното ментално здравје претставува и здравствен приоритет и развоен императив.

Јакнењето на услугите за перинатално ментално здравје (во натамошниот текст може да се сретне и како ПМЗ) директно придонесува кон остварување на Целите за Одржлив Развој – ЦОР 3 (обезбедување здрав живот и промовирање на благосостојбата за сите, на сите возрасти), преку намалување на морбидитетот и морталитетот кај мајките и подобрување на исходите кај децата во раното детство. Дополнително, има меѓусекторска релевантност за ЦОР 1 (намалување на сиромаштијата), ЦОР 4 (квалитетно образование, преку раниот детски развој) и ЦОР 5 (родова еднаквост, преку подобрување на здравјето и оснажување на жените). Интегрирањето на ПМЗ во редовните платформи за здравствена заштита на мајките и на децата, преку валидирано идентификување, протоколи на степенувана грижа, споделување на одговорностите и јасни патеки за упатување, може да биде исклучително корисно за намалување на човечките и економските трошоци и за остварување повеќе ЦОР.

5.2. Глобални политики и насоки

И покрај високата инциденција на предизвиците поврзани со перинаталното ментално здравје и нивното значително влијание врз исходите кај мајките и новороденчињата, интегрирањето на грижата за перинаталното ментално здравје во националните здравствени системи и натаму е нерамномерно низ европскиот регион на СЗО. Неодамнешна компаративна анализа имаше цел да ги мапира постојните празнини во грижата за ПМЗ и да ги идентификува водечките земји во обезбедувањето услуги (*Horakova et al., 2024*). Студијата применува петстепен систем за оценување за да ја процени инфраструктурата за ментално здравје во секоја земја, доделувајќи еден поен за присуство на: (1) општа национална политика за ментално здравје; (2) конкретна политика за перинатално ментално здравје; (3) услуги за скрининг за перинатално ментално здравје имплементирани на национално ниво; (4) опции за третман на состојбите поврзани со перинатално ментално здравје базирани на докази; и (5) официјални насоки за грижата за перинатално ментално здравје, кои вклучуваат дијагностика, превенција, третман, скрининг или фармакотерапија.

Од 53 оценети земји, само седум го постигнале максималниот број поени, што укажува на постоење на сеопфатни и интегрирани системи за ПМЗ.³ Наспроти тоа, пет земји освоиле нула поени, што одразува целосно отсуство на формална инфраструктура за ПМЗ.⁴ Иако 48 земји пријавиле дека имаат општа политика за ментално здравје, само 25 развиле конкретна политика за ПМЗ. Услуги за скрининг постојат во само 10 земји, а само 11 нудат каков било вид третман специфичен за ПМЗ. Дополнително, помалку од половина (23/53) имаат објавено насоки што се однесуваат на кој било аспект од грижата за ПМЗ.

Водечките земји во областа на перинаталната ментална здравствена заштита применуваат структурирани пристапи базирани на докази што ставаат акцент на рано идентификување, стандардизиран скрининг и интегрирани процедури за грижа.

БЕЛГИЈА



Белгија користи повеќестепен скрининг, спроведен од акушери со валидирани алатки како прашањата на *Whooley*,⁵ *GAD-2*,⁶ *EPDS*⁷ и *GAD-7*,⁸ при што упатувањето кон стручњаци за ментално здравје е интегрирани во службите за здравствена грижа за мајките.

-
- 3 Белгија, Финска, Ирска, Малта, Холандија, Шведска и Обединетото Кралство
 - 4 Казахстан, Киргистан, Сан Марино, Таџикистан и Туркменистан
 - 5 Краток инструмент за скрининг за депресија со две прашања во примарната здравствена заштита, кој го оценува депресивното расположение и анхедонијата во последниот месец.
 - 6 Прашалник со две прашања изведен од скалата за генерализирано анксиозно растројство-7 (*GAD-7*), кој се користи за скрининг на основните симптоми на генерализирана анксиозност.
 - 7 Единбуршка скала за постнатална депресија (*EPDS*): Самопополнувачки прашалник со 10 прашања за идентификување симптоми на постнатална депресија кај жени, со фокус на емоционални и когнитивни аспекти, а не на соматски симптоми.
 - 8 Генерализирано анксиозно растројство-7 (*GAD-7*): Самопополнувачка скала со 7 прашања со која се мери сериозноста на симптомите на генерализираното анксиозно растројство во последните две недели.
-

ФИНСКА



Финска ги интегрира оценките на менталното здравје во редовната пренатална и постнатална грижа, користејќи инструменти како EPDS и *Beck Anxiety Inventory*,⁹ и обезбедува континуитет на грижата преку тесна соработка меѓу пренаталните и детските здравствени служби.

ИРСКА



Во **Ирска**, централна улога имаат акушерите специјализирани за перинатално ментално здравје, кои спроведуваат скрининг, психоедукација и упатување до матични лекари, кои понатаму го координираат пристапот до степенувани услуги за ментално здравје.

ХОЛАНДИЈА

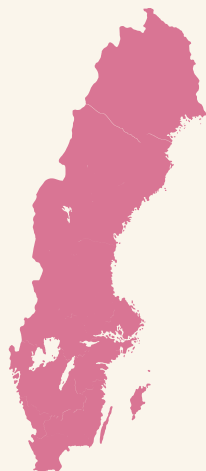


Во **Холандија**, акушерите во примарната здравствена заштита користат стандардизирани дигитални алатки за скрининг, развиени од Националниот центар на знаења во областа на психијатријата и бременоста, за следење на менталното здравје на мајките и олеснување на упатувањата.

9

Самопополнувачки прашалник со 21 прашање со кој се оценува интензитетот на симптомите на анксиозност, со нагласок на соматските манифестации.

ШВЕДСКА



Шведска нуди универзален пристап до перинатална грижа преку службите за пренатално и детско здравје, со сеопфатни протоколи за скрининг и последователно советување за жените кај кои е утврден зголемен ризик.

ОБЕДИНЕТОТО КРАЛСТВО



Обединетото Кралство, водено од клиничките насоки на NICE,¹⁰ препорачува редовен скрининг во раната бременост и во постнаталниот период, со користење на алатки како прашањата на Whooley, GAD-2, EPDS и PHQ-9,¹¹ по што следи упатување во примарна или специјалистичка грижа, зависно од тежината на симптомите. Заедничко за овие системи е повторената употреба на валидирани алатки за скрининг, интегрирањето на менталното здравје во рамките на службите за грижа на мајките и примарните здравствени услуги и мултидисциплинарните модели на грижа што овозможуваат навремена интервенција и поддршка.

39

Кој се грижи?
Мајчинство,
ментално здравје
и невидливиот
товар на
очекувањата

10 Препораки базирани на докази од Националниот институт за здравје и клиничка извонредност во Обединетото Кралство (NICE) за најдобри практики во здравствената и социјалната заштита, вклучително и за перинатално ментално здравје.

11 Самопополнувачки прашалник со 9 прашања за скрининг на депресија и проценување на нејзината сериозност во последните две недели.

Иако овие примери илустрираат ефективни национални практики, студијата на Хоракова и сораб. (2024) укажува дека многу земји сè уште немаат формални политики, услуги за скрининг или насоки за третман. Водичот за интеграција на перинаталното ментално здравје (2022), изработен од СЗО, обезбедува сеопфатна рамка за надминување на овие празнини, нудејќи препораки базирани на докази за интегрирање на ПМЗ во услугите за мајчино и детско здравје. Во фокусот на пристапот на СЗО е моделот со протоколи на степенувана грижа, кој обезбедува интервенциите да бидат сразмерни на тежината на потребите на жените и изводливи во рамките на постојните ресурси на здравствениот систем. Моделот ги организира интервенциите во различни нивоа на интензитет, при што жените „се качуваат“ или „слегуваат“ на повисоко или пониско ниво на грижа во зависност од нивниот одговор на третманот.

Поддржувачки средини

Според овој водич, создавањето **поддржувачки средини** е основен предуслов за безбедна и ефективна грижа за перинаталното ментално здравје (ПМЗ). Во водичот се нагласува дека жените мора да се чувствуваат **почитувани, сослушани и безбедни** за да можат отворено да разговараат за своето ментално здравје и да ги користат достапните услуги. Без таква средина, стигмата, стравот или недовербата можат да ги одвратат жените од барање помош.

Намалување на стигматизацијата

Затоа, еден од најважните аспекти е **намалувањето на стигматизацијата**. Состојбите поврзани со менталното здравје често се силно стигматизирани, при што жените се соочуваат со стереотипи дека се „лоши“ или „неспособни“ мајки. Ова ги обесхрабрува да споделат како се чувствуваат и да ги користат услугите. Со интегрирањето на ПМЗ во услугите за мајчино и детско здравје и со отворање простор за разговор за менталното здравје при секој контакт, давателите на услуги можат да помогнат да се нормализираат овие прашања, со што ќе станат рутински дел од грижата, а не извор на срам.

Уважувачка грижа

Подеднакво важна е **уважувачката грижа**, која ги гарантира правата на жените на **приватност, достоинство, автономија и почитување на нивните преференции и убедувања**. Уважувачката грижа во мајчинското и менталното здравје подразбира добивање информирана согласност, обезбедување доверливост и градење доверба меѓу жените и давателите на услуги. Злоупотребата и неуважувањето — било физички, вербално, преку занемарување, дискриминација или спроведување постапки без согласност — и понатаму се чести во мајчинската грижа на глобално ниво.

СЗО нагласува дека ваквите практики мора активно да се спречуваат и дека треба да постојат механизми за одговорност. Дополнително, жените треба да бидат запознаени со своите права и да имаат **безбеден, анонимен начин да пријават неадекватно постапување**.

Овој водич, исто така, предлага план за интегрирање на менталната здравствена заштита во перинаталниот период во услугите за мајчино и детско здравје, кој опфаќа: 1) скрининг на сите жени за состојби поврзани со ПМЗ, 2) идентификација на жени што би имале корист од поддршка за менталното здравје и 3) упатување кон други услуги што можат да обезбедат дополнителна поддршка.

Откако ќе се утврдат потребите и можностите, водичот на СЗО нагласува дека успешната интеграција на перинаталното ментално здравје (ПМЗ) во услугите за мајчино и детско здравје (МДЗ) зависи и од внимателната имплементација.

Прилагодувањето на контекстот и културата е од клучно значење.

Постоечките услуги за мајчинско и детско здравје, локалните практики и ставовите на жените, семејствата и здравствените работници влијаат врз начинот на кој може да се интегрира заштитата. Културните норми можат да одредат кога и каде жените можат да пристапат до услуги (на пример, ограничувања на движењето по породувањето во одредени култури) или кој носи здравствени одлуки во семејството. Стигмата поврзана со менталното здравје може да го одложи или да го спречи барањето помош од страна на жените. Имплементацијата затоа мора да се темели на анализа на состојбата и да се прилагоди на конкретната културна, правна и политичка средина.

Развојот на работната сила е втор клучен предуслов.

Посветените даватели на услуги за ПМЗ можат да го зајакнат континуитетот на грижата, но вработувањето честопати е ограничено поради финансии и поради мал број на кадар обучен за ментално здравје. СЗО препорачува споделување на одговорностите, каде неспецијалистички работници како здравствени работници во заедницата или други жени во заедницата обезбедуваат поддршка за здравјето, психоедукација и скрининг, и префрлање задачи, каде одредени одговорности се пренесуваат од специјалисти на даватели на услуги со пониско ниво на квалификација. Овие мерки бараат консултации со персоналот за да бидат изводливи и прифатливи.

Обуката треба да се базира на компетенции и да биде усогласена со избраните интервенции и со вештините на работната сила. Потребно е да опфати откривање, психосоцијална поддршка, основни психолошки интервенции, препишување лекови (по потреба), упатување и следење. Се препорачуваат парципативни пристапи—како студии на случаи, играње улоги и надгледувана пракса—со користење стандардизирани методи за оценување на компетенциите. Обуката треба да се интегрира во едукацијата пред стапување во служба, каде што е можно, а за проширување може да се користат **каскадни модели**, каде што специјалисти ги обучуваат здравствените работници, кои понатаму ги обучуваат работниците во заедницата. Континуирани можности за учење, супервизија и сесии за освежување на знаењата се неопходни за одржување на стекнатите вештини.

Супервизија и поддршка

Супервизијата и поддршката се неразделен дел од имплементацијата. Клиничката супервизија обезбедува простор за давателите на услуги да ги разгледуваат случаите, да добијат повратни информации и да се справат со стресот при работа со жени во тешка состојба. Менторската супервизија ги поврзува помалку искусните работници со поискусните клиничари, додека поддржувачката супервизија, обично обезбедена од менаџери, се фокусира на подобрување на праксата, тимската работа и отчетноста. Каде што има ограничен број специјалисти, супервизијата може да се организира по каскаден модел.

Координација на здравствена грижа.

Конечно, ефективната имплементација бара **координација на здравствената грижа**. Жените со состојби поврзани со ПМЗ често имаат потреба од услуги надвор од МДЗ, вклучувајќи социјална заштита, вработување, домување, поддршка за родово насилство и специјализирана ментална здравствена грижа. Треба однапред да се воспостават јасни патеки на грижа, со дефинирани механизми за упатување и одговорности за управување со случаите. Упатувањата мора да бидат доверливи за да се одржи довербата и вклученоста на жените. Управувањето со случаите, спроведено од акушери, медицински сестри, лекари или обучени специјалисти за ментално здравје, овозможува жените да бидат поддржани во различните услуги и да не се остават сами да се снаоѓаат во системот.

Добро осмислениот механизам на грижа затоа претставува централен дел од препораките на СЗО. Ова подразбира мапирање на местата на влез во системот на грижа – било да се тоа антенатални прегледи, породилни одделенија, амбуланти за деца или здравствени услуги во заедницата – и обезбедување жените да можат да бидат идентификувани и поддржани на секоја од овие точки.

Оттаму, моделот на степенувана грижа ја обезбедува структурата за интервенција: универзално унапредување на здравјето и превенција за сите, психолошки интервенции со низок интензитет за жени со полесни тешкотии и упатување кон специјалистички служби за ментално здравје за оние со умерени до тешки состојби. Секое ниво на грижа мора да биде поврзано преку јасни системи за упатување и повратно упатување, поддржани со лесно достапни директориуми на услуги и редовна комуникација меѓу давателите на услуги. Без вакви механизми, постои ризик жените да „паднат меѓу пукнатините“ на фрагментираниот систем. Со нив, грижата за перинаталното ментално здравје станува предвидлива, достапна и усогласена со потребите, наместо да зависи од случајни средби со поединечни даватели на услуги.



6. Анализа на националната состојба

6.1. Родова еднаквост во национален контекст

Во 2024 година, во Северна Македонија имало 400.502 жени на репродуктивна возраст (15–49 години), што претставува 22% од вкупното население. Во истата година, на жените од оваа возрасна категорија им се родиле 16.040 деца. Иако околу половина од сите породувања се случуваат во главниот град, две третини од децата родени во 2024 година се родени кај родители што живеат надвор од Скопје. Ова е во согласност со фактот дека две третини од жените на репродуктивна возраст живеат надвор од главниот град (Државен завод за статистика, 2024).

Економската нееднаквост меѓу жените и мажите во Република Северна Македонија останува висока. Според официјалната државна статистика, 38% од жените на работоспособна возраст се вработени, во споредба со 56% од мажите. Повеќето жени на работоспособна возраст во земјата не се ниту вработени, ниту невработени, туку се класифицирани како економски неактивни. Меѓу економски неак-

тивните жени, 41% се официјално евидентирани како домаќинки. Како споредба, 0% од економски неактивните мажи се наведени како домаќини (Државен завод за статистика, 2024).

Одговорностите за домаќинството и грижата за децата и натаму остануваат „исклучиво“ обврски на жените и продолжуваат да бидат главната причина за исклучување на жените на работоспособна возраст од пазарот на трудот.

Со достапна и квалитетна рана грижа и образование, обезбедени преку градинки и дневни центри, може да се овозможи прераспределба на обврските за грижа и да се зголемат можностите за вработување на жените.

Поголемата достапност на системски решенија за квалитетна и достапна рана грижа и образование би создала еднакви можности за жените и мажите да воспостават рамнотежа помеѓу приватниот и професионалниот живот.

Ова исто така би придонело за унапредување на кариерните можности на жените и намалување на родовите разлики во платите и пензиите. Бројни студии и извештаи од светски рамки ја потврдуваат (каузалната) врска помеѓу пристапот до квалитетна и достапна рана грижа и образование и економското оснажување на жените и подобрените можности за вработување (Лешоска & Бојчевска Митревска, 2024).

Исто така, дискусиите за споделено родителско отсуство се водат повеќе од една деценија, без да се преземат конкретни напори од која било влада. Важноста од воведување модели на родителско отсуство што ги вклучуваат и двајцата родители во правото на платено отсуство по раѓањето на детето е препознаена во клучните меѓународни конвенции и декларации за унапредување на правата на жените и родовата еднаквост, како што се Пекиншката декларација и Платформа за акција (1995) и Конвенцијата за елиминација на сите форми на дискриминација врз жените (CEDAW, 1979) на Обединетите нации (ОН). Потребата за политики како што е споделеното родителско отсуство, со цел прераспределба на неплатениот домашен труд (грижа за децата и домашни обврски) и балансирање на обврските помеѓу професионалниот и приватниот живот на жените, исто така е дел од Целите за одржлив развој на Обединетите нации (2015–2030), конкретно Цел 5 – Родова еднаквост. Меѓународната организација на трудот

(МОТ) во своите истражувања и препораки исто така ја истакнува потребата од воведување породилно, татковско и родителско отсуство како мерки за подобрување на рамнотежата помеѓу професионалниот и приватниот живот, зголемување на пристапот на жените до пазарот на трудот и намалување на родово базираната дискриминација (*Реактор – истражување во акција, 2019*).

Конечно, важно е да се спомене дека вклучувањето на татковците во грижата за децата преку политики за споделено родителско отсуство има значителни придобивки што можат да придонесат за општата ментална благосостојба на новите мајки.

46

Who Cares?
Motherhood,
Mental Health,
and the
Invisible
Weight of
Expectations

Тоа вклучува поправедна распределба на домашните обврски, промени во родовите норми и зголемено учество на жените на пазарот на трудот, што поттикнува економски раст и го намалува родовиот јаз во платите и пензиите, истовремено намалувајќи ја дискриминацијата врз жените. Покрај тоа, ваквите политики им помагаат на двајцата родители да ја одржат врската со пазарот на трудот, додека истовремено придонесуваат за подобра рамнотежа помеѓу работата и приватниот живот, што може да го намали стресот. Дополнително, татковците што земаат отсуство од две или повеќе недели веднаш по раѓањето на детето имаат повеќе шанси да останат активно вклучени во грижата за децата и во домашните обврски и потоа. Една од најнепосредните придобивки од споделеното родителско отсуство е намалувањето на стресот поврзан со нерамнотежата во извршувањето на домашните обврски. Ваквата споделена одговорност им овозможува на мајките физички и емоционално да закрепнат од породувањето, што е од суштинско значење за спречување на постпородилната депресија и други проблеми со менталното здравје. Споделеното родителско отсуство, исто така, ги подобрува брачните односи и дава време за грижа за себе и за реализирање на личните планови, кои се клучни за одржување на менталното здравје во текот на напорните рани месеци од родителството (*Бојчевска Митревска, 2024*).

Од општествена перспектива, непреносливото споделено родителско отсуство ги менува родовите норми со вклучување на мажите во грижата за децата, со што се намалува традиционалната перцепција на мајките како примарни негуватели. Ваквата нормализација на вклученоста на татковците помага да се намали општествениот притисок врз жените и создава поподржувачка средина за мајките. Дополнително, во земјите каде што татковското отсуство е вообичаено доаѓа до намалување на дискриминацијата врз жените на работното место и до намалување на родовиот јаз во платите. Истражувањата од Шведска покажу-

ваат дека за секој месец татковско отсуство, платата на жената се зголемува за 7% (Johansson, 2010, цитирано во Реактор – истражување во акција, 2019).

Во Северна Македонија, изготвен беше предлог-закон за работни односи кој вклучуваше споделено, непреносливо родителско отсуство со намера да се зајакне родовата еднаквост и да се поддржат двајцата родители во обврските поврзани со грижата за децата. Меѓутоа, законот се соочи со значителен отпор од приватниот сектор и од конзервативните сили што се противат на родовата еднаквост, обидувајќи се да ги ограничат улогите на жените надвор од домаќинството. Како резултат на тоа, законот никогаш не беше изнесен на гласање и беше вратен во работна процедура (Бојчевска Митревска, 2024).

6.2. Контекстот на перинаталното ментално здравје

Во 2022 година, постпородилна депресија се манифестирала кај 27,6% од младите мајки во Северна Македонија, додека 27,8% биле погодени од умерена до тешка анксиозност (Универзитетска клиника за психијатрија., 2023). И покрај тоа што се препознава важноста на менталното здравје на мајките, националните политики во Северна Македонија сè уште не одговараат соодветно на различните потреби на мајките. Со само една група за поддршка за менталното здравје на мајките во земјата, пристапот до грижа е сериозно ограничен, особено за жените надвор од главниот град. Дополнително, отсуството на сеопфатни политики за родителско отсуство што промовираат споделена одговорност дополнително го зголемува товарот врз менталното здравје на мајките.

Наодите од интервјуата со гинеколозите што работат на породилните оддели во Скопје, спроведени за потребите на оваа анализа, укажуваат на значителни празнини во формалните механизми за идентификување и поддршка на жените со проблеми со перинаталното ментално здравје во Северна Македонија. Увидите од еден од стручните соговорници откриваат трајни недостатоци во препознавањето и поддршката на психолошката добросостојба за време на бременоста и по породувањето. Емоционалната вознемиреност е честа, особено кај прворотките, кои често пријавуваат стравови поврзани со самото породување и болката. Сепак, овие грижи ретко се адресираат во рамките на рутинската грижа. Менталното здравје останува маргинализирана тема во службите за мајки, а разговорите за психолошката добросостојба често се премолчуваат поради стигма.

Нема формални системи за идентификување или упатување на жените што се соочуваат со тешкотии, а стручњаци за ментално здравје обично не се присутни во или во близина на породилните одделенија.

Медицинскиот персонал, како акушерки и медицински сестри, речиси и да не добиваат обука за емоционална поддршка на мајките, а нивниот капацитет дополнително е ограничен поради административниот притисок. Координацијата меѓу гинеколозите, матичните лекари и педијатрите е минимална, а упатувањата најчесто се засноваат на неформални мрежи наместо на структурирани протоколи.

Друг гинеколог што работи на породилно одделение во главниот град истакна дека жените често се испишуваат многу брзо (24–48 часа по вагинално породување и 4–5 дена по царски рез) и најчесто им се советува самостојно да побараат психијатриска помош, со минимално насочување или следење. Ваквата ситуација остава многу жени, особено оние надвор од главниот град, без достапна поддршка. Според нив, значителен дел од жените влегуваат во бременоста со претходни психолошки ранливости, при што се проценува дека околу 15–20 % од жените може да доживеат одредено ниво на психолошки тешкотии уште на почетокот на бременоста. Овие предизвици често остануваат препознаени, бидејќи здравствениот систем нема систематски скрининг за време на антенаталните прегледи. Континуираната психолошка проценка за време на бременоста е ограничена, а постоечките контролни листи, прашалници и водичи за подигнување на свесноста за гинеколозите и матичните лекари се релативно нови и нерамномерно се применуваат во клиниките. Следствено на тоа, антенаталната поддршка за менталното здравје и натаму е недоволна, а првиот структуриран контакт со услуги за ментално здравје најчесто се случува по породувањето.

Двајцата клиничари нагласија дека постои итна потреба од национални програми за скрининг, специјализирана обука за персоналот во породилните одделенија, јасни процедури за упатување и посилна интердисциплинарна соработка преку заеднички работилници и едукација.

Општествената стигматизација на нетрадиционалните гледишта и искуства во мајчинството останува длабоко вкоренета во македонското општество и често е интернализирана од самите мајки.

Во квалитативната студија спроведена од Боровска во 2018 година, со 27 мајки на деца од различна возраст од Скопје, беше откриено дека значајна карактеристика на мајчинството кај интервјуираните жени, кои доаѓаат од контекст што е повеќе патријархален отколку демократски кога станува збор за приватниот живот, е токму нивниот отпор да зборуваат за тешкотиите на мајчинството. Според Боровска, и самиот поим „тешкотија“ е исклучително тежок за мајките да го „проголтаат“ и да го интегрираат во личните наративи. Причините за оваа неагодност лежат во митовите за „добрата“ и „лошата“ мајка. За „добрата“ мајка, што сите се стремат да бидат, не смее да биде тешко дури и кога навистина е, затоа што признавањето на тежината би значело дека таа не го инкорпорира мајчинството како што треба или, уште полошо, дека негува негативни чувства кон своето дете или не ужива целосно во мајчинската улога, што се смета за целосно неприфатливо за „добрата“ мајка. Сепак, и покрај нивниот почетен отпор, токму за тешкотиите мајките зборуваат најдетално, бидејќи нагласувањето на предизвиците со кои се соочуваат им дава дополнително значење и вредност на нивниот мајчински ангажман.

На национално ниво, дискурсот за перинаталното ментално здравје се прошири во изминатите години, но и натаму го доминира перспективата на медиализацијата што го ограничува поширокото разбирање на искуството. Дискусиите и натаму ја патологизираат состојбата, оставајќи малку простор за егзистенцијалистички пристапи што ја нормализираат оваа критична транзиција кон нова улога што системски останува неподдржана. Според Ли (2016, цитирано во Боровска, 2022, стр. 84), голем број жени ширум светот добиваат некаков вид дијагноза или, како што таа вели, „животите на овие жени се предмет на невидено ниво на медиализација на едно општествено искуство“. Истото може да се забележи и на национално ниво, во контекст што не охрабрува разговор за трансформациите што го придружуваат родителството и за потребата од систематска, достапна и финансиски прифатлива поддршка.

6.3. Национални политики за ментално здравје

Актуелниот политички пристап кон перинаталното ментално здравје во Северна Македонија се карактеризира со системско занемарување на оваа тема во рамките на националното здравствено планирање и креирање политики.

50

Who Cares?
Motherhood,
Mental Health,
and the
Invisible
Weight of
Expectations

Законската рамка за ментално здравје се темели на Законот за ментално здравје (2005), кој главно ја истакнува заштитата на човековите права на лицата со ментално заболување, нивната дијагноза и пристап до третман. Меѓутоа, законот не ја става во преден план превентивната грижа, психосоцијалната поддршка и менталната хигиена – елементи што се од суштинско значење за перинатално ментално здравје.

Националната стратегија за унапредување на менталното здравје (2018–2025) претставува попрогресивен политички документ. Таа повикува на деинституционализација на психијатриската грижа и развој на услуги за ментално здравје во заедницата, базирани на национални и меѓународни добри практики. Стратегијата промовира разновиден модел на третман, кој вклучува индивидуална и групна психотерапија, окупациона терапија, рехабилитација и психосоцијална поддршка за поединци и семејства. Исто така, се залага за редефинирање на финансирањето на психијатриските установи и воведување ажурирани дијагностички и терапевтски протоколи. И покрај својата амбиција, стратегијата нема издвоен буџет за имплементација, што ја прави нејзината реализација зависна од променливата политичка волја и институционалните приоритети.

Новиот нацрт на стратегијата за сексуално и репродуктивно здравје претставува умерен напредок кон признавање на потребите за перинатално ментално

12 Нацрт-националната стратегија за репродуктивно и сексуално здравје, која се споменува во овој документ, е необјавена и сè уште не е финализирана. Цитираната верзија беше достапна за јавни коментари и придонес, од каде се добиени информациите за оваа анализа.

здравје.¹² Иако нацрт-документот накратко го споменува перинаталното ментално здравје, тој не содржи конкретни мерки или планови за имплементација. Сепак, самото вклучување претставува отстапување од претходните стратегии, кои сосема го занемаруваа ова прашање, и е усогласен со пошироките напори за почитување на меѓународните стандарди за перинатална грижа. Нацрт-стратегијата е дел од обврските на Владата во рамките на Мастер планот за ефективна перинатална грижа, а нејзиното изготвување е поддржано од канцеларијата на УНФПА во Северна Македонија. Ова институционално признавање на перинаталното ментално здравје, кое недостасуваше во претходните стратегии за СРЗ, е одраз на зголемената свест поттикната од пандемијата на КОВИД-19 и нуди стратешки рамки за идни активности.

Отсуството на кохерентна рамка за перинатално ментално здравје во Северна Македонија се усложнува од неколку длабоко вкоренети бариери. Прво, јавната и професионалната свест за психолошките потреби на мајките во перинаталниот период е минимална. Менталното здравје и натаму е силно стигматизирано, а здравствените работници во првите редови, вклучувајќи ги гинеколозите, педијатрите и матичните лекари, често немаат обука за препознавање и реагирање на проблемите поврзани со ПМЗ. Дури и кога се воведуваат иницијативи за зголемување на свеста, нивната ефективност ја поткопуваат структурни недостатоци во обезбедувањето услуги. УНФПА започна да го адресира овој јаз преку специјализирана обука за гинеколози и акушери, во соработка со Македонската асоцијација на гинеколози и акушери. Овие сесии имаат цел да ја зголемат компетентноста на гинеколозите и наскоро треба да се прошират за да ги вклучат и матичните лекари и педијатрите, поддржувајќи мултидисциплинарен пристап кон грижата за перинаталното ментално здравје. Дополнително, Универзитетската клиника за психијатрија изготви прирачник за здравствени работници за препознавање и откривање тешкотии со менталното здравје, кој се дистрибуира до здравствените работници што имаат директен контакт со новите мајки во постпарталниот период.¹³ Сепак, со овие обуки не се решава недостигот на јасен механизам за грижа, како што препорачува СЗО, и иако чувствителноста на лекарите кон менталното здравје на новите мајки се зголемува, сè уште не постојат систематски опции за упатување или услуги кон кои овие жени можат да бидат насочени.

Увидите од психолог што работи во граѓанското општество дополнително ги нагласуваат системските празнини во достапноста и видливоста на услугите за ментално здравје. Иако примарната здравствена заштита треба да вклучува

13 „Прирачник за скрининг и дијагностика на нарушувањата на менталното здравје во претконцепциски и перинатален период“, МАГО, 2025. <https://www.agom.org.mk/2025/10/22/mentalnozdravjevoperipartalenperiod/>, последно пристапено на: 16.12.2025

психолози, во пракса овие позиции често се номинални или политички именувани, а пациентите обично се упатуваат директно на психијатрија, каде примаат фармаколошка терапија наместо психосоцијална поддршка. Постоечките центри за ментално здравје, иако се промовираат како функционални, често работат супстандардно, и повеќе наликуваат на дневни болници отколку на советувашишта. Постои потреба за систематско мапирање на достапните ресурси, зајакнување на постојните капацитети и воспоставување одржливи механизми за упатување, вклучително и за превентивна и психосоцијална грижа. Граѓанските организации, универзитетите и советувашиштата во болниците би можеле да придонесат за воспоставување мрежа на обучени даватели на услуги способни да обезбедат континуирана поддршка за жените во перинаталниот период.

Една од најкритичните празнини е недостигот на патронажни медицински сестри и домашна грижа за жените во перинаталниот период. Во земјите со развиени системи за перинатално ментално здравје, како што се Шведска и Обединетото Кралство, бабиците и патронажните медицински сестри играат клучна улога во раното идентификување, психосоцијалната поддршка и упатувањето на понатамошна грижа. Меѓутоа, во Северна Македонија, овие професии се соочуваат со хронична недоволна признаеност, неодреден правен статус и системско потценување. Според националните стандарди, земјата би имала потреба од најмалку 367 патронажни медицински сестри за адекватно да се опфати населението, но во 2023 година во сите единици биле вработени само 258 (*Институт за јавно здравје на Република Северна Македонија – Скопје, 2024*). Во тек се законодавни и регулаторни реформи за решавање на овие прашања, но напредокот и натаму е бавен и нерамномерен.

Од интервјуата спроведени за потребите на оваа студија исто така произлегува дека одржливите услуги за перинатално ментално здравје бараат интеграција со постојните здравствени механизми, вклучувајќи ја примарната здравствена заштита и патронажната служба. Ресурсите мора да се мапираат, капацитетите да се зајакнат, а механизмите за упатување јасно да се воспостават, така што здравствените работници што ги идентификуваат потребите за ментално здравје ќе имаат пристапни точки за грижа. Иницијативи за групна поддршка за мајките можат да се воспостават паралелно со имплементацијата на протоколите, но без државна координација, постои ризик да останат фрагментирани и неодржливи.

Дополнително, лекарите што редовно комуницираат со новите мајки – особено гинеколозите, матичните лекари и педијатрите – се оптоварени со голем број пациенти и административни обврски. Ваквите големи барања, во рамки на капиталистичкиот систем, не се во согласност со концептот на давање доволно време и внимание на секој пациент за квалитетно следење и лекување. Оттаму, постои мал простор за превентивна грижа или психолошко советување, што дополнително ја маргинализира перинаталната ментална здравствена заштита во рамки на рутинската клиничка пракса. Иако напорите на УНФПА ги подобрија

капацитетите за рано откривање, тие исто така забележаа дека не постои систематско следење откако ќе се идентификува проблем со перинаталното ментално здравје, со што се остава критична празнина помеѓу скринингот и третманот.

Консултираните експерти за ментално здравје дополнително истакнуваат дека самите психолози имаат потреба од обука за да можат ефективно да пружаат психосоцијална поддршка, како и дека е потребно застапување за да се обезбеди нивна интеграција во здравствениот систем, наместо да останат маргинализирани. Мапирањето и зајакнувањето на овие услуги, во комбинација со јасно дефинирани механизми за упатување, се од суштинско значење за да се овозможи жените кај кои се идентификувани потреби поврзани со менталното здравје да можат да добијат соодветна грижа.

Справувањето со овие недостатоци бара не само законски и институционални реформи, туку и културна промена насочена кон дестигматизација на менталното здравје и признавање на психосоцијалните аспекти на благосостојбата на мајките. Менталното здравје и натаму е силно стигматизирано, а психолошката поддршка (за сите граѓани, вклучувајќи ги и мајките) ретко се признава како здравствена потреба. Здравствените работници што се во блиска интеракција со жените за време на бременоста и по породувањето сè уште не се обучени да ги препознаваат и да реагираат на тешкотиите поврзани со менталното здравје. Исто така, ограничената достапност на услугите дополнително ги усложнува овие предизвици: единствената специјализирана служба за менталното здравје на мајките се наоѓа во главниот град, Скопје, иако околу 70 % од жените на репродуктивна возраст живеат надвор од градот. Ваквата географска концентрација на здравствената заштита ги остава мнозинството жени без пристап до навремена или соодветна поддршка. Финансиските бариери дополнително го ограничуваат пристапот, бидејќи услугите за ментално здравје не се конзистентно интегрирани во примарната здравствена заштита и често носат значителни лични трошоци. За многу жени, особено за оние во руралните или економски ранливите средини, овие трошоци се непристапни, што ефективно оневозможува грижа. Резултатот е систем што не само што го занемарува менталното здравје на мајките, туку и активно ги зајакнува нееднаквостите во пристапот и исходите.

7. Заклучоци

**Во 2022 година,
постпородилна
депресија се
манифестирала кај
27,6% од младите
мајки во Северна
Македонија,
додека 27,8% биле
погодени од умерена
до екстремна
анксиозност.**



Перинаталните нарушувања на расположението можат да се појават кај секого, но на нивната појава влијае комбинација на физички, психолошки, релациски и структурни фактори. Тешкотијата при прилагодувањето на новата улога може да биде поврзана со претходни предизвици со менталното здравје, но еден од најголемите прогностички фактори за

перинатални нарушувања на расположението е недостигот од социјална поддршка и чувство на заедништво.

Современото општество често ги остава жените изолирани од мрежите што би можеле да го олеснат овој премин. Индивидуалистичките животни стилови и ерозијата на колективната грижа ја продлабочуваат оваа изолација. Патријархатот и натаму претставува первазивна структурна сила што ги обликува условите во кои настануваат и опстојуваат тешкотиите со менталното здравје на мајките. Во перинаталниот период, неговото влијание се остварува преку културните норми, институционалните практики и интерперсоналните динамики што ја поткопуваат автономијата на жената, го обезвреднуваат емоционалниот труд и го ограничуваат пристапот до грижа. Идеализираната слика за несебичната, радосна мајка, вкоренета во патријархалните очекувања, создава тесна рамка за тоа што се смета за прифатливо мајчинско искуство. Кога жените ќе отстапат од овој идеал преку депресија, анксиозност, амбивалентност или траума, тие честопати се соочуваат со стигма или игнорирање, што го засилува нивното страдање.

Еден од најштетните ефекти на патријархатот во овој контекст е медиализацијата на мајчинското искуство, при што емоционалните, релациските и егзистенцијалните димензии на бременоста и раното мајчинство се редефинираат како клинички растројства. Наместо перинаталното страдање да се гледа како реакција на општествените, структурните и релациските притисоци, доминантните биомедицински рамки често го сведуваат на индивидуална патологија. Овој пристап го толкува страдањето на жените низ призма на дисфункција, а не на контекст, прикривајќи ги системските сили што придонесуваат за него.

Клиничките системи, обликувани од патријархални логики на контрола и ефикасност, имаат тенденција да ги приоритизираат дијагнозите и фармаколошките интервенции наместо релациската грижа и структурните промени. Ова може да го претвори перинаталниот период во простор на надзор и корекција, каде што отстапувањата од „нормативните“ емоционални реакции брзо се медиализираат. Последиците се особено штетни за жените од маргинализираните заедници, чии изрази на болка или отпор почесто се патологизираат или се игнорираат. Концептуализирањето на перинаталното ментално здравје како нарушување што треба да се „менаџира“, наместо како сигнал за незадоволени потреби или структурно насилство, им овозможува на институциите да избегнат одговорност за условите што придонесуваат за страдањето на мајките.

Отсуството на форми на грижа кои се сензибилизирани за трауматски искуства, свесни за разликите во културолошките контексти и кои потекнуваат од самата заедница, ја одразуваат пошироката девалвација на репродуктивниот труд.

Кога страдањето на мајките се третира како нарушување, наместо како последица на недоволна поддршка во грижата, економска несигурност или наметнати

родови очекувања, товарот паѓа врз самата жена. Ова ги изолира мајките и го оправдува повлекувањето на структурната поддршка, како што се платено породилно отсуство, финансиски достапна грижа за децата и услуги во заедницата под превезот на клиничко управување.

На тој начин, патологизирањето на перинаталното искуство ги зацврстува патријархалните норми и ја прикрива системската негрижа зад јазикот на дијагнозата.

Во Северна Македонија, овие динамики се особено видливи со оглед на економската нееднаквост, недоволната социјална заштита, ограничениот пристап до услуги за грижа и недоволната вклученост на мажите во грижата за семејството. И покрај усогласеноста на земјата со меѓународните рамки за родова еднаквост, сè уште недостасуваат или не се спроведуваат политики што би можеле да ги намалат структурните корени на страдањето на мајките, како што се споделено родителско отсуство, финансиски достапна грижа за децата и достапна поддршка за менталното здравје. Континуираната висока стапка на економска неактивност кај жените, во комбинација со културниот идеал за пожртвувана мајка, ја засилуваат зависноста на жените од неплатената грижа и ја ограничуваат нивната социјална и психолошка автономија. Во исто време, недостигот на системска поддршка за мајките надвор од главниот град ја продлабочува територијалната нееднаквост и ги остава мнозинството жени без пристап до квалитетни услуги. Во овој контекст, медиализацијата на постпородилните тешкотии ги замаглува родовите и структурните димензии на мајчиното страдање, прикажувајќи го како индивидуална патологија наместо како колективен општествен проблем. Овој процес ги изолира мајките и го одржува циклусот во кој грижата недоволно се вреднува, емоционалниот труд останува невидлив, а менталното здравје на жените продолжува да се третира како второстепено во однос на нивната репродуктивна функција. Во крајна линија, менталното здравје на мајките во Северна Македонија е одраз на пресекот меѓу родовите очекувања, социоекономската несигурност и институционалната негрижа, како и показател за механизмите преку кои недостигот на поддршка за мајките ја репродуцира пошироката нееднаквост.

Состојбата во Северна Македонија ја одразува пошироката глобална слика во која менталното здравје на мајките е недоволно вреднувано и недоволно интегрирано во здравствените и социјалните политики. Во светски рамки, нарушу-

вањата на перинаталното ментално здравје се меѓу најчестите компликации при бременост и породување, но сепак и натаму се недоволно дијагностицирани и лекувани. Светската здравствена организација проценува дека околу една од пет жени во земјите со ниски и средни приходи доживува депресија или анксиозност за време на бременоста или по породувањето, со длабоки последици не само врз мајката, туку и врз развојот на детето и благосостојбата на семејството. Последиците се пренесуваат низ генерациите, влијаејќи на емоционалниот и на когнитивниот развој на децата и одржувајќи циклуси на нееднаквост и нарушено здравје. Овие исходи не се неизбежни, а произлегуваат од системски пропусти во препознавањето и поддршката на психолошките и социјалните аспекти на мајчинството. На глобално ниво, како и во Северна Македонија, политиките за перинатално ментално здравје остануваат фрагментирани, при што само мал број земји нудат сеопфатни системи за скрининг, упатување и третман.

Моделот на степенувана грижа на СЗО и акцентот на уважувачка, културно чувствителна и интегрирана грижа обезбедуваат рамка за напредок, но реализацијата бара политичка волја и континуирани инвестиции.

Прашањето на менталното здравје на мајките не е само здравствен проблем; туку и на родова правда. Оваа свесност подразбира признавање на репродуктивниот труд како клучна општествена инфраструктура, инвестирање во политики како споделено родителско отсуство, обезбедување финансиски достапна грижа за децата и достапна психосоцијална поддршка, со цел да се потврдат правата и благосостојбата на жените како колективна општествена одговорност, а не како индивидуална борба.



8. Препораки

За подобрување на перинаталното ментално здравје во Северна Македонија потребно е координирано дејствување во рамки на здравствените и социјалните системи и заедницата. Инспирирани од Водичот на СЗО за интеграција на перинаталното ментално здравје во здравствените услуги за мајките и децата, следните препораки даваат преглед на главните чекори за креирање праведен и родово сензитивен систем на грижа.

1. ПОЛИТИКИ

- ≡ **Интегрирање на менталното здравје на мајките во националната стратегија за здравство (висок приоритет):** Перинаталното ментално здравје треба експлицитно да биде признаено во рамките на националните стратегии за здравство и родова еднаквост како приоритет за јавното здравје и социјалната правда. Политиките, буџетите и институционалните мандати треба да ја одразуваат важноста на психолошката благосостојба паралелно со физичката грижа за мајките. Националната програма за ментално здравје треба да се ревидира за да вклучи мерливи одредби за менталното здравје на мајките, а исто така



треба да се изготви и да се донесе национален протокол за поддршка на менталното здравје на мајките, вклучувајќи и постпородилни групи за поддршка. Усогласеноста со моделот на степенувана грижа на СЗО ќе овозможи диференцирани услуги според сериозноста и видот на тешкотиите.

- ≡ **Обезбедување осигурување за психосоцијална поддршка (висок приоритет):** Услугите за ментално здравје за мајките треба да бидат вклучени во пакетите на јавно здравствено осигурување, со што ќе се намалат финансиските бариери и ќе се подобри правичниот пристап до услуги во урбаните и руралните средини.
- ≡ **Промовирање на споделувањето обврски и интерсекторска соработка (среден приоритет):** Поттикнување соработка меѓу Министерството за здравство, Министерството за социјална политика, демографија и млади и граѓанските организации за координирање на механизмите на грижа, обезбедувањето услуги и развојот на политики. Организациите од граѓанскиот сектор треба да бидат признаени како официјални даватели на услуги во рамките на превентивните здравствени програми.
- ≡ **Мапирање и зајакнување на работната сила за ментално здравје (висок приоритет):** Спроведување национално мапирање на психолози и професионалци за ментално здравје во примарната здравствена заштита за идентификување на постоечките ресурси и празнини и обезбедување видливост и пристапност на услугите за жените за време на бременоста и постпородилниот период. Вклучување на психолозите и психотерапевтите во официјалната систематизација на сите центри за примарна здравствена заштита за формализирање на нивната улога во обезбедувањето услуги и создавање одржливи механизми на грижа.

2. УСЛУГИ

- ≡ **Воведување универзален скрининг за перинатално ментално здравје (висок приоритет):** Скринингот за менталното здравје на мајките треба да стане стандарден дел од антенаталната и постнаталната грижа. Скринингот треба да ги вклучува мајките и, каде е можно, партнерите, да се повторува во клучните перинатални фази и да биде поврзан со јасни механизми за упатување за да се обезбеди навремена грижа. Треба да се развијат јасни механизми за упатување од матичните лекари и патронажните сестри до услугите за ментално здравје, за да се избегнат непотребни упатувања до психијатрија.
- ≡ **Зајакнување на капацитетите на здравствените работници (висок приоритет):** Сите здравствени работници вклучени во здравствената заштита на мајките и децата, вклучувајќи општи лекари, педијатри, гинеколози, акушери и медицински сестри, треба да добијат обука базирана на компетенции за препознавање, интервенирање и упатување на случаи поврзани со тешкотии со перинаталното ментално здравје. Обуката треба да биде континуирана, да вклучува супервизија и менторство и да ги следи

упатствата на СЗО за културно чувствителна грижа. Постоечките професионалци за ментално здравје треба да се поддржат за обезбедување терапевтски (не само дијагностички) услуги. Патронажните сестри треба да бидат обучени за извршување основна проценка на менталното здравје на мајките и за нивно насочување кон соодветна поддршка.

- ≡ **Обезбедување достапност и пристапност на психосоцијалните услуги за поддршка (среден приоритет):** Спроведување национално мапирање на постоечките услуги за идентификување празнини и нееднаквости. Врз основа на тоа, развивање нови мултидисциплинарни услуги во заедницата, обезбедени од професионалци обучени за перинатално ментално здравје, пристапи чувствителни на траума и родово чувствителна грижа. Услугите треба да бидат достапни за сите жени, вклучително и за оние во руралните средини. Пилотирање на советодавните услуги за менталното здравје на мајките во избрани центри за примарна здравствена заштита, со цел нивно проширување на национално ниво. Услугите треба да бидат достапни за сите жени и да се финансираат на одржлив начин преку националниот буџет за здравство или преку интегрирани програми.

3. ЗАЕДНИЦА

- ≡ **Развивање и спроведување кампањи за намалување на стигмата (висок приоритет):** Јавните кампањи треба да ја нормализираат емоционалната сложеност на бременоста и на раното мајчинство, да ги преиспитаат идеализираните патријархални норми за мајчинството и да го охрабрат барањето помош како знак на сила, а не на неуспех.
- ≡ **Воведување програми за меѓусебна поддршка на мајките (среден приоритет):** Групите за меѓусебна поддршка треба да бидат достапни за сите жени, вклучително и за оние што живеат во руралните средини. Групите треба да се организираат во здравствените центри, локалните заедници и на онлајн платформи, и да бидат под надзор на професионалци за ментално здравје согласно упатствата на СЗО за безбедност и ефективност.

4. ИСТРАЖУВАЊЕ И ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА

- ≡ **Пилот-програми за популации со високи потреби (висок приоритет):** Иницирање пилот-проекти насочени кон идентификувани популации, како што се мајки во рурални средини или оние што доживуваат економска несигурност.
- ≡ **Собирање податоци и следење на исходите (висок приоритет):** Вклучување индикатори за менталното здравје на мајките во националните информациски системи за здравство што ќе се користат при креирање политики, распределба на ресурси и подобрување на услугите.
- ≡ **Проширување на услуги базирано на докази (среден приоритет):** Користење податоци од пилот-проектите и истражувањата за креирање на националните политики, проширување на услугите, планирање на работната сила и распределба на ресурсите, со цел создавање одржлив, културно адаптиран и родово чувствителен систем за перинатално ментално здравје.



Референци

Американски колеџ на акушери и гинеколози. (n.d.). *Имплементација на скрининг за перинатално ментално здравје*. <https://www.acog.org/programs/perinatal-mental-health/implementing-perinatal-mental-health-screening>

Бајрактаров, С., Стефановски, Б., Милошева, Л., Панова, Н., Бацановик, А., Димитровски, С., Ралева, М., Филипче, А., Пецева, С., Лазова, С., Јеремиќ, М., Хаџихамза, К., Каркалашева, Д., Талеска, В., Танеска, Б., и Иваноска, С. (2018). *Национална стратегија за унапредување на менталното здравје во Република Македонија септември 2018–2025 со акциски план*. Министерство за здравство.

Bauer, A., Knapp, M., & Parsonage, M. (2016). *Доживотни трошоци од перинатална анксиозност и депресија*. *Journal of Affective Disorders*, 192, 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.005>

Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., Klein, E., & Kaplan, Z. (2012). *Ефектот од додавање сертралин кон кратка динамска психотерапија во третманот на постпородилна депресија: Рандомизирана, двојно-слепа, плацебо-контролирана студија*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(2), 235–241.

Бојчевска Митревска, А. (2024). *Кој се грижи? Унапредување на менталното здравје на мајките преку интегрирани, мултидимензионални, системски интервенции* [Позиционен документ]. Реактор–Истражување во акција.

Боровска, В. (2022). *Траектории на мајчинството: Феминистичка перспектива и демистификација на идеологиите*. Институт за општествени и хуманистички науки – Скопје.

Clark, R., Tluczek, A., & Wenzel, A. (2003). *Психотерапија за постпородилна депресија: Прелиминарен извештај*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(4), 441–454. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.4.441>

Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. C. (1993). *Социјална поддршка во бременоста: Психосоцијални корелати на исходите од породувањето и постпородилната депресија*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1243–1258. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.6.1243>

Carona, C., Monteiro, F., Canavarro, M. C., & Ferreira, N. (2024). *Каскадни ефекти од задоволството во партнерската врска врз целокупното перинатално ментално здравје: Експлоративна серијска медијациска анализа*. *Current Psychology*, 43, 2315–2326. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04442-2>

Claire Arnold-Baker. (2021). *Егзистенцијалната криза на мајчинството*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-56498-8>

Cooper, P. J., & Murray, L. (1995). *Тек и повторување на постнаталната депресија: Докази за специфичноста на дијагностичкиот концепт*. The British Journal of Psychiatry, 166(2), 191–195. <https://doi.org/10.1192/bjp.166.2.191>

Cust, F. H. (2017). *Идентификување на перинаталната депресија и анксиозност: Практика базирана на докази во скринингот, психосоцијалната проценка и управувањето*. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 35(3), 318–319. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1328317>

Deichen Hansen, M. E., Londoño Tobón, A., Kamal Haider, U., Moore Simas, T. A., Newsome, M., Finelli, J., Boama-Nyarko, E., Mittal, L., Tabb, K. M., Nápoles, A. M., Schaefer, A. J., Davis, W. N., Mackie, T. I., Flynn, H. A., Byatt, N., & Byatt, N. (2023). *Улогата на програмите за пристап до перинатална психијатрија во унапредувањето на еднаквоста во менталното здравје*. General Hospital Psychiatry, 82, 75–85. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.03.001>

Douglas, S. J., & Michaels, M. W. (2004). *Митот за мајката: Идеализацијата на мајчинството и како таа им наштети на сите жени*. Free Press.

Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. (2016). *Епидемиологија на мајчинската депресија, фактори на ризик и исходи кај децата во земји со ниски и средни приход*. The Lancet Psychiatry, 3(10), 973–982. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)

Gemmill, A. W., и сораб. (2006). *Истражување за клиничката прифатливост на скринингот за постнатална депресија кај депресивни и недепресивни жени*. BMC Public Health, 6, 211. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-211>

Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). *Перинатално ментално здравје: Преглед на напредокот и предизвиците*. World Psychiatry, 19(3), 313–327. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>

Институт за јавно здравје на Република Северна Македонија. (2024). *Извештај за ментални нарушувања во Република Северна Македонија*. Скопје.

Институт за јавно здравје на Република Северна Македонија. (2024). *Анализа на трендовите во капацитетите и функционирањето на патронажната служба и здравствената заштита на мајки и деца*. Скопје: Институт за јавно здравје на Република Северна Македонија.

- Lara, M. A., и сораб. (2015). *Злоупотребата во детството го зголемува ризикот од депресивни и анксиозни симптоми и историја на суицидално однесување кај бремени жени во Мексико*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(3), 203–210. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1696>
- Лешоска, В., и Бојчевска Митревска, А. (2024). *Достапноста на градинките и родовата еднаквост на пазарот на трудот: Корелациска анализа на општинско ниво* (Т. Иванова, ур.; З. Ѓорѓиевска, прев.). Реактор – Истражување во акција.
- Margiotta, C., Gao, J., O'Neil, S., и сораб. (2022). *Економското влијание на нелекуваните состојби на менталното здравје кај мајките во Тексас*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 700. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05001-6>
- Milgrom, J., & Gemmill, A. W. (2015). *Идентификување на перинатална депресија и анксиозност: Практики засновани на докази во скринингот, психосоцијалната проценка и управувањето*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118899422>
- Moore Simas, T. A., Whelan, A., & Wyatt, N. (2023). *Постпартална депресија — Нови препораки за скрининг и третмани*. *JAMA*, 330(23), 2295–2296. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.21311>
- Nicolson, P. (1998). *Постнатална депресија: Психологија, наука и транзиција кон мајчинство*. Routledge.
- Nicolson, P. (1999). *Загуба, среќа и постпартална депресија: Ултимативниот парадокс*. *Canadian Psychology*, 40(2), 162–178. <https://doi.org/10.1037/h0086950>
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). *Перинатални ментални заболувања: Дефиниција, опис и етиологија*. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- Pearlstein, T. B., Zlotnick, C., Battle, C. L., Stuart, S., O'Hara, M. W., Price, A. B., Grause, M. A., & Howard, M. (2006). *Избор на третман од пациентите за постпартална депресија: Пилот студија*. *Archives of Women's Mental Health*, 9(6), 303–308. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0145-9>
- Rahman, A., Fisher, J., Bower, P., Luchters, S., Tran, T., Yasamy, M. T., Saxena, S., & Waheed, W. (2013). *Интервенции за чести перинатални ментални нарушувања кај жени во земји со ниски и средни приходи: Систематски преглед и мета-анализа*. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 593–601. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.109819>

Scalea, T. L., & Wisner, K. L. (2009). *Користење антидепресиви за време на доењето*. Clinical Obstetrics and Gynecology, 52(3), 483–497. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e3181b52fbd>

Schwarze, C. E., Lerche, V., Wallwiener, S., и сораб.
(2024). *Квалитетот на партнерскиот однос и депресивните симптоми кај мајките во транзицијата кон родителството: Проспективна кохортна студија*. BMC Pregnancy and Childbirth, 24, 664. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06757-9>

Shakespeare, J., Blake, F., & Garcia, J. (2003). *Квалитативна студија за прифатливоста на рутинскиот скрининг на жени во постнаталниот период користејќи ја Edinburgh Postnatal Depression Scale*. British Journal of General Practice, 53(493), 614–619. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314675/>

Simas, T. A. M. (2023, 23 август). *Дали Золофт и другите антидепресиви се безбедни за време на доењето?* GoodRx Health. <https://www.goodrx.com/classes/ssris/are-zoloft-prozac-ssris-safe-while-breastfeeding>

Државен завод за статистика. (2021). *Индикатори за родови статистики: Работна сила*. https://makstat.stat.gov.mk/PXWeb/pxweb/en/MakStat/MakStat__PazarNaTrud__Polindikatori__PazarNaTrud/999_PoloviStatistikiARS_ml.px/table/tableViewLayout2/?rxid=46ee0f64-2992-4b45-a2d9-cb4e5f7ec5ef

Државен завод за статистика. (2024a). *Проценета вкупна бројност на жители на Република Северна Македонија во 2024 година. Население, домаќинства и станбени единици, попис 2021*. https://makstat.stat.gov.mk/PXWeb/pxweb/mk/MakStat/MakStat__Naselenie__ProcenkiNaselenie__ProcenkiPopis2021__Proceni30Juni/30062021_MKD_Za_PX.px/table/tableViewLayout2/?rxid=46ee0f64-2992-4b45-a2d9-cb4e5f7ec5ef

Државен завод за статистика. (2024b). *Живородени по возраст на мајката, по општина, 2005–2024*. https://makstat.stat.gov.mk/PXWeb/pxweb/en/MakStat/MakStat__Naselenie__Vitalna/175_VitStat_Op_RodMajka_ml.px/table/tableViewLayout2/?rxid=46ee0f64-2992-4b45-a2d9-cb4e5f7ec5ef

Државен завод за статистика. (2024c). *Неактивно население по категории и возраст, 2024 [Ревидирани податоци врз основа на пописот од 2021, за периодот 2017–2021]*. https://makstat.stat.gov.mk/PXWeb/pxweb/en/MakStat/MakStat__PazarNaTrud__PazarTrudRevizija__NeaktivnoNaselenie/052_PazTrud_Mk_NeaNasPoKatVoz_ml.px/table/tableViewLayout2/?rxid=46ee0f64-2992-4b45-a2d9-cb4e5f7ec5ef

Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M., & Pariante, C. M. (2014). Ефекти на перинаталните ментални нарушувања врз плодот и детето. *The Lancet*, 384(9956), 1800–1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)

Министерство за здравство и човечки услуги на САД, Национални институти за здравје, Национален институт за здравје на децата и развој (NICHD). (2006). *Студијата на NICHD за рана детска грижа и развој на младите (SECCYD): Наоди за деца до 4½ години (NIH Publication No. 06 1234)*. https://www.nichd.nih.gov/sites/default/files/publications/pubs/documents/seccyd_06.pdf

van Deurzen, E. (1998). *Секојдневни мистерии: Прирачник за егзистенцијална психотерапија*. Routledge.

Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). Систематски преглед и мета-регресија на преваленцијата и инциденцијата на перинатална депресија. *Journal of Affective Disorders*, 219, 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>

Светска здравствена организација. (2022). *Прирачник за интеграција на перинаталното ментално здравје во услугите за мајки и деца*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/63b2d474-202f-45d8-84fa-e80762ec86cc/content>

Светска здравствена организација. *Ментално здравје на мајките*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>