Zdravstvena njega bolesnice s postpartalnom psihozom

Dianek, Željka

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:018482

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

Sveučilište Sjever

Završni rad br. 907/SS/2017

Zdravstvena njega bolesnice s postpartalnom psihozom

Željka Dianek, 0201/336

Varaždin, rujan 2017. godine

Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 907/SS/2017

Zdravstvena njega bolesnice s postpartalnom psihozom

Student

Željka Dianek, 0201/336

Mentor

Marija Božičević, mag. med. techn.

Varaždin, rujan 2017. godine

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR–42000 Varaždin

UNIVERSITY NORTH

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za biomedicinske znanosti

PRISTUPNIK: Željka Dianek | MATIČNI BROJ: 0201/336

DATUM: 20.07.2017. | KOLEGIJ: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

NASLOV RADA: Zdravstvena njega bolesnice s postpartalnom psihozom

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Health care for patient with postpartal psychosis

MENTOR: Marija Božičević, mag. med. techn. | ZVANJE: predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA:

1. Ivana Živoder, dipl.med.techn., predsjednik
2. Marija Božičević,mag. med. techn., mentor
3. Marijana Neuberg, mag. med. techn., član
4. Melita Sajko, dipl.med.techn., zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 907/SS/2017

OPIS:

Poslijeporodno razdoblje nosi najveći rizik za razvoj psihoze kod žena u odnosu na bilo koji drugi period života.
Postpartalna psihoza predstavlja hitno stanje u psihijatriji, sa vrlo naglim i često burnim početkom, unutar dva tjedna od poroda.
Kliničku sliku obilježavaju ozbiljni psihotični simptomi, kao što su sumanute ideje, halucinatorna doživljavanja, dezorganizirano ponašanje i dublji otkloni raspoloženja, uz rizik za čedomorstvo.
Kvalitetna i pravovremena zdravstvena skrb za bolesnice s postpartalnom psihozom proizlazi iz specifičnih znanja i kompetencija medicinske sestare iz područja zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika, kao i zdravstvene njege pacijentica u babinju (puerperij, poslijeporodno razdoblje), stoga će ta znanja, kompetencije i intervencije biti prikazane u ovom radu.

U ovom radu će se:

- definirati pojam postpartalna psihoza
- prikazati epidemiologija i etiologija poremećaja
- prikazati dijagnostički kriteriji i klinička slika
- opisati kompetencije i intervencije medicinske sestre te prikazati specifičnosti psihijatrijske zdravstvene njege i poslijeporodne zdravstvene njege kod pacijentica s postpartalnom psihozom
- prikazati liječenje poremećaja
- prikazati slučaj bolesnice s postpartalnom psihozom

REPUBLIKA HRVATSKA 5 SVEUČILIŠTE SJEVER KOPRIVNICA SVEUČILIŠTE SJEVER

ZADATAK URUČEN: 31.08.2017. | POTPIS MENTORA: Marija Božičević

Predgovor

Temu diplomskog rada odabrala sam na temelju osobnog iskustva višegodišnjeg rada s rodiljama te nedovoljnog prepoznavanja poteškoća s kojima se rodilje susreću neposredno nakon poroda. Navedeno me je potaknulo da kroz ovaj rad upozorim na važnost skrbi o mentalnom zdravlju rodilja te senzibiliziranje svekolike javnost na ovaj problem.

Zahvaljujem se na potpori svojoj mentorici mag. med. techn. Mariji Božičević, koja je svojim savjetima i smjernicama pratila cijeli proces nastajanja diplomskog rada te mi je odobravanjem teme rada dala mogućnost da na temelju znanstvenih činjenica i osobnog iskustva upozorim koliko je važna uloga sestara prilikom njege bolesnica s postpartalnom psihozom.

Od srca zahvaljujem svojoj obitelji i prijateljima na pruženoj potpori tijekom studija, kao i svom radnom kolektivu na razumijevanju tijekom akademskih godina i ispitnih rokova.

Sažetak

Razdoblje nakon poroda često je obilježeno naglim promjenama raspoloženja, koja su najčešće uzrokovana hormonskom neravnotežom. Rođenje djeteta je stresogeni događaj koji u ranjivih žena može biti i precipitirajući za razvoj psihičkih poremećaja u babinju (razdoblju nakon poroda). Razdoblja naizmjenične tuge i ushićenosti ne traju dulje od tjedan dana, a ukoliko simptomi ne jenjavaju i nastave se produbljivati, tada se govori o pojavi težih psihičkih poslijeporođajnih poremećaja. U tu skupinu ubrajamo postpartalnu (poslijeporođajnu) depresiju i postpartalnu (poslijeporođajnu) psihozu te različite inačice navedenih dijagnoza obzirom na težinu kliničke slike.

Postpartalna psihoza, koja je ujedno i glavna tema ovog rada kao i prikazanog slučaja, karakterizirana je naglom i dramatičnom promjenom u funkcioniranju žene. Smatra se hitnim stanjem i zahtijeva neodgodivo psihijatrijsko liječenje i intenzivnu psihijatrijsku skrb. Najčešće se javlja u prva dva do četiri tjedna od poroda.

Uloga medicinske sestre u timu koji skrbi o bolesnicama oboljelima od postpartalne psihoze je vrlo značajna. Medicinska sestra provodi najviše vremena s oboljelom osobom, skrbi o njoj i kao rodilji i kao psihijatrijskom bolesniku. Zbog zahtjevnosti navedenog zdravstvenog stanja od medicinske sestre se očekuju educiranost, znanje i kvalitetne komunikacijske vještine.

Ključne riječi: postpartalna psihoza, babinje, zdravstvena njega, medicinska sestra

Summary

There are often sudden mood changes in postpartum period, which are mostly caused by hormonal imbalances. Childbirth is a stressful event that vulnerable women can lead to the development of psychiatric disorders (post-natal period). The intervals of alternating sadness and thrill do not last more than a week. If the symptoms do not fade and continue to deepen, then it leads to the occurrence of the more severe mental disorder. This group includes postpartum depression and postpartum psychosis, as well as variations of the aforementioned diagnostics with regard to the severity of clinical images.

Postpartum psychosis, which is the main topic of this work and the presented case is characterized by sudden and dramatic changes in the women's functioning. It is considered as an emergency condition and requires urgent psychiatric treatment and intensive psychiatric care. It usually occurs in the first two to four weeks of delivery.

The role of nurses as a part of team dealing with postpartum psychosis is very significant. The nurse is spending the most time with the patient taking care for her as a puerperal as well as a psychiatric patient. Due to the complexity of mentioned medical condition, nurses are expected to be well educate with great knowledge together with great communication skills.

Key words: postpartum psychosis, postpartum period, health care, nurse

Sadržaj

1. Uvod 1
2. Psihički poremećaji u babinju 3
2.1. Etiologija 3
2.2. Epidemiologija 4
2.3. Podjela psihičkih poremećaja 4
2.3.1. Postpartalna tuga 4
2.3.2. Postpartalna depresija i tjeskoba 5
2.3.3. Postpartalna psihoza 6
2.4. Liječenje 8
3. Prikaz slučaja 9
4. Zdravstvena njega u babinju 13
4.1. Period babinja (puerperij) 13
4.1.1. Involucija maternice 13
4.1.2. Rane od epiziotomije i razdora međice 14
4.1.3. Rana od carskog reza 14
4.1.4. Dojenje 15
4.1.4.1. Ablaktacija 15
4.2. Intervencije medicinske sestre u babinju 16
4.2.1. Održavanje dobre komunikacije 16
4.2.2. Kontrola vitalnih znakova 16
4.2.3. Kontrola dojki i pokazivanje tehnike dojenja 16
4.2.4. Uspostava mokrenja i defekacije 17
4.2.5. Provođenje osobne higijene i rano ustajanje iz kreveta 17
4.2.6. Savjeti vezani za prehranu za vrijeme babinja 18
4.2.7. Savjeti za odmor i samokontrolu zdravlja 18
5. Zdravstvena njega bolesnice s postpartalnom psihozom 20
5.1. Kompetencije medicinske sestre za vrijeme hospitalizacije 20
5.2. Kompetencije patronažne sestre 21
5.3. Uloga obitelji i partnera 22
5.4. Sestrinska dijagnoza 23
5.5. Izazovi i mogućnosti unaprjeđenja skrbi 24

6. Zaključak.....27
7. Literatura.....28

1. Uvod

Trudnoća je u životu svake žene i njene obitelji poseban događaj. Trudnoća je iščekivanje novog bića, novih odnosa i nove ljubavi [1]. Rođenje djeteta je najljepši trenutak u životu svake žene. Unatoč tome često se zna dogoditi upravo suprotno te žene znaju biti obuzete osjećajem žalosti, ljutnje, pa čak i depresije. Očekivanja okoline, poglavito obitelji i partnera te medijska slika koja uvijek prikazuje žene /majke preplavljene srećom, ljubavlju i smiješkom spram djeteta, dovodi do toga da se žene često boje priznati svoje negativne emocije. Potrebno je biti svjestan kako uvijek postoji mogućnost da sretan događaj kao što je rođenje djeteta, u majci izazove osjećaje žalosti, osamljenosti i nemoći [2]. Kod navedenih rodilja pojavljuju se žalost i plačljivost, iscrpljenost, ona ne može ustati iz kreveta, u potpunosti je bez energije, muče ju teški snovi, teško usniva, rano se budi i ne može ponovno zaspati [3].

Poslijeporođajne psihičke smetnje kod majke nisu rijetkost, no unatoč tome nisu uvijek i na vrijeme prepoznate. Pravovremenim dijagnosticiranjem i liječenjem moguće je bitno smanjiti patnju i negativne, pa čak i tragične posljedice navedenih poremećaja koji utječu na cijelu obitelj te na zdrav razvoj djeteta [4]. Majka je često nakon poroda tjelesno umorna te joj je potreban odmor i odgovarajuća njega. Brine o novorođenčetu starom tek nekoliko dana. Partner nije uvijek do kraja sposoban spoznati kompleksnost odnosa majke i novorođenog djeteta kao ni njezine promjene raspoloženje koje su uvjetovane što hormonskom neravnotežom, što tjelesnom iscrpljenošću. Prvi korak jest pomoći ženi da spozna svoje probleme i suoči se sa svojim osjećajima.

Vjerojatnost pojavljivanje psihičkih poremećaja veća je u rodilja koje su i u razdoblju prije trudnoće i poroda bile sklone pojavi depresije, kao i kod žena koje su ostale same, bez potpore partnera, obitelji i šire društvene zajednice. U ovu ranjiviju skupinu žena, također, ubrajamo i one koje su imale spontani pobačaj, kao i planirani prekid trudnoće te poteškoće prilikom poroda, rađanje bolesnog ili mrtvog djeteta te slučaj iznenadne smrti djeteta [5].
Psihičke bolesti koje se javljaju nakon poroda značajnu utječu i na majku i na dijete. S jedne strane majku sprječavaju da uživa u djetetu, s druge pak strane djetetu onemogućuju ranu povezanost s majkom. Sa psihodinamskog stajališta to je ključno, jer utječe na daljnji razvoj djetetove osobnosti [3].

Začarani krug poslijeporođajnih duševnih problema moguće je prekinuti pravovremenim prepoznavanjem problema, pravilnim dijagnosticiranjem i liječenjem te prevencijom. U zdravstvenom sustavu poslijeporođajne probleme mogu i moraju prepoznati primalja, medicinska sestra i ginekolog u rodilištu, patronažna sestra koja posjećuje rodilju u njenom

domu te dijelom pedijatar i liječnik obiteljske medicine. Zdravstveni radnici koji sa ženom dolaze u doticaj za vrijeme trudnoće i samog poroda, također imaju značajnu ulogu kako u prevenciji tako i u ranom prepoznavanju razvoja psihičkih poremećaja. Imalo bi smisla da se procjena rizika od nastanka poslijeporodnih psihičkih poremećaja, pa tako i postpartalne psihoze, izvodi prilikom ginekoloških kontrola tijekom trudnoće te nakon 6 tjedana od poroda [6].

Cilj ovog rada je prikazati zahtjevnost sestrinske skrbi za bolesnice oboljele od postpartalne psihoze. Također je prikazana etiologija, učestalost pojavljivanja, klinička slika i načini liječenja postpartalne psihoze s osvrtom i na druge poslijeporođajne psihičke poremećaje. U radu se nalazi i prikaz slučaja s ciljem opisa procesa zdravstvene njege za bolesnicu oboljelu od postpartalne psihoze. Poslijeporođajni psihički poremećaji kod majki imaju utjecaj i na njihovu djecu, što je također prikazano s ciljem da se važnost ovih dijagnoza naglasi i s tog gledišta.

Medicinske sestre i liječnici imaju važnu ulogu u prevenciji, otkrivanju i liječenju poslijeporođajnih psihičkih poremećaja, pod uvjetom da su za tu vrstu djelatnosti primjereno informirani i osposobljeni. Svrha ovog rada je dodatno osvijestiti i educirati stručnu, ali i širu javnost, jer neki oblici poslijeporođajnih psihičkih poremećaja imaju relativno veliku pojavnost. Posebnu ulogu kod savladavanja ovih poremećaja imaju partner i obitelj puna ljubavi i razumijevanja te je stoga potrebno stalno djelovati na edukaciju ljudi u zajednici.

2. Psihički poremećaji u babinju

2.1. Etiologija

Poslijeporođajno razdoblje jest razdoblje koje započinje porodom djeteta, dok završetak istog nije strogo definiran. Smatra se da traje 6 do 8 tjedana. Razdoblje je to koje uz velik broj fizioloških i hormonskih promjena nosi i visok rizik od razvoja nekih psihičkih poremećaja.
Unatoč nekolicini hipoteza, trenutno ne postoji opće prihvaćena teorija o uzrocima i mehanizmima nastanka postpartalnih mentalnih poremećaja. Etiologija ovih poremećaja je više uzročna, uz genetsku predispoziciju i nagle hormonalne promjene, značajnu ulogu imaju i psihosocijalni čimbenici rizika. Smatra se kako su ovi poremećaji povezani s iznenadnim promjenama u produkciji hormona koji utječu na živčani sustav i sa sposobnošću receptorskog sistema da se prilagodi tim promjenama [7]. Estrogen se smatra prirodnim psihoprotektivnim hormonom. Razdoblje babinja karakterizira nagli pad steroidnih hormona, kada nedostatak estrogena ima veliki utjecaj na raspoloženje i mentalno stanje djelujući na "klasične" monoaminske i neuropeptidne transmiterske sisteme u mozgu [8].

Pored bioloških i psihosocijalni čimbenici rizika svakako imaju ulogu u nastanku ovih poremećaja, jer je rođenje djeteta značajan stresogeni čimbenik koji u ranjivih žena može biti i precipitirajući.

Povišene čimbenike rizika imaju:

- prvorotke
- samohrane majke
- žene koje su rodile carskim rezom
- žene sa pozitivnom anamnezom psihičkih bolesti uključujući prethodni postpartalni poremećaj, pozitivan hereditet (naročito ako su majka ili sestra imale postpartalni poremećaj)
- stresan životni događaj tijekom trudnoće i/ili porođaja
- seksualno zlostavljanje u anamnezi
- osobe koje imaju vulnerabilne crte ličnosti
- nedostatak podrške, bračne razmirice, nezaposlenost
- neplanirana trudnoća
- mlađa životna dob majke.

2.2. Epidemiologija

Otprilike 85% žena u navedenom razdoblju ima jedan od simptoma psihičkog poremećaja. Sukladno istraživanjima smatra se da je 10% do 15% žena razvije ozbiljnije i dugotrajnije kliničke slike, dok su kod ostalih simptomi kratkotrajni i relativno blagi [9].

2.3. Podjela psihičkih poremećaja

Poslijeporođajni duševni poremećaji se s obzirom na njihovu težinu dijele u nekoliko kategorija: postpartalna tuga, postpartalna depresija, postpartalna psihoza i ostali psihički poremećaji [10].

2.3.1. Postpartalna tuga

Postpartalna tuga je prolazno stanje blage depresije. Radi se o povremenom padu raspoloženja koji se pojavljuje drugi do sedmi dan nakon poroda [11]. Toliko je uobičajena da se prezentira kao normalan ishod poroda. Prema istraživanjima kao rizični čimbenici za pojavu postpartalne tuge ističu se stres vezan uz sami porod i pristup zdravstvenog osoblja tijekom poroda. Prolazi bez liječenja unutar nekoliko dana ili do dva tjedna. Postpartalnu tugu neki stručnjaci objašnjavaju kao posljedicu povećanog negativnog stresa tijekom trudnoće i tijekom poroda, koji su potaknuti promijenjenim hormonalnim stanjem, čemu još doprinosi tjelesna iscrpljenost, umor i anemija. Na prvi pogled čini se kako je ovo stanje povezano s velikim hormonalnim promjenama koje nastaju tijekom poroda i nakon njega, premda su dokazi za to za sada nedostatni. Količina estrogena, progesterona i drugih hormona, koji sudjeluju u reprodukciji i utječu na emocije, nakon poroda se brzo i drastično smanjuje [12].

Simptomi postpartalne tuge su zapravo simptomi blaže depresivne simptomatike. Najčešće se pojavljuju:

- žalost
- nesposobnost koncentracije
- osjetljivost
- razdražljivost
- plačljivost
- emocionalna labilnost

- zbunjenost
- zabrinutost
- nervoza
- nepovezanost s djetetom [5].

Ova klinička slika spontano prolazi za nekoliko dana kada se uspostavi hormonalna ravnoteža. Ukoliko simptomi traju dulje može prijeći u postpartalnu depresiju, stoga je rodiljama potrebno omogućiti psihološku potporu. Potrebno je s majkama razgovarati, objasniti im simptome i pravilno ih usmjeravati. Ovakvim pristupom ujedno se sprječava nastanak ozbiljnijih depresivnih stanja.

2.3.2. Postpartalna depresija i tjeskoba

Postpartalna depresija je stanje koje se po ozbiljnosti uvrštava između postpartalne tuge i postpartalne psihoze te može biti različitog intenziteta. Znaci se pojavljuju kasnije od postpartalne tuge, obično oko četvrtog do šestog tjedna nakon poroda. Najčešće traje do šest mjeseci, a ukoliko nije liječena može trajati i nekoliko godina te se onda govori o kroničnom depresivnom stanju. Pravi uzrok joj nije poznat, ali se najvjerojatnije radi o međusobnom djelovanju različitih čimbenika, kao što su:

- hormonske promjene
- osobne karakteristike
- naučene reakcije na stresne okolnosti
- kemijska neravnoteža u tijelu
- novi, ponekad nepredvidljivi, zahtjevi majčinstva.

Važno je razlikovati postpartalnu depresiju i običnu promjenu raspoloženja nakon poroda, gdje se simptomi depresije pojavljuju kao reakcija na zahtjeve novorođenčeta i promijenjen hormonalni status. Ovdje pripadaju umor, nedostatak apetita, nedostatak sna ili predugo spavanje, smanjen libido i iscrpljenost.

Značajni simptomi postpartalne depresije na tjelesnoj razini su:

- motorna usporenost (usporene mimike i geste)
- umor ili gubitak energije; ili eksplozivnost i razdražljivost
- nesanica ili pretjerana želja za snom, somatske poteškoće
- gubitak teka i smanjenje tjelesne težine ili povećanje apetita i tjelesne težine [13].

Značajni simptomi na emocionalno–misaonoj razini su:

- smanjena sposobnost mišljenja, odnosno usmjeravanja misli i neodlučnost

- razne brige, razdražljivost
- smanjeno zanimanje ili zadovoljstvo u gotovo svim aktivnostima
- smanjen libido i nezanimanje za dijete
- psihomotorna uznemirenost, unutarnja praznina, apatija, pesimizam
- osjećaj bezvrijednosti ili prekomjerne teške krivnje
- nisko samopoštovanje, samoobožavanje ili samokažnjavanje
- nihilizam, beznađe, novi strahovi i fobije, emocionalna labilnost
- osjećaj bezvrijednosti, gubitak zanimanja za okolinu
- noćne more, socijalna izolacija.

Simptomi u odnosima prema novorođenčetu i partneru prikazuju se kao:

- negativni ili izrazito ambivalentni osjećaji prema djetetu (taj osjećaj u rodilji izaziva dodatan strah i sram)
- pretjerana briga za djetetovo, ponekad i partnerovo zdravlje
- osjećaj nesposobnosti i nemogućnosti nošenja za majčinskim, domaćinskim i drugim svakodnevnim aktivnostima
- samooptuživanje
- agresija prema djetetu (pri čemu se pobuđuje strah da će zaista izgubiti kontrolu nad sobom)
- osjećaji krivnje, samokritičnost
- čedomorstvo (dijete doživljava kao zlo ili kao zlo doživljava svijet u kojemu se nalaze te majka čini „uslugu“ djetetu tako da ga „štiti“ od svijeta).

2.3.3. Postpartalna psihoza

Postpartalna psihoza je najteži psihički poremećaj koji se pojavljuje u poslijeporođajnom razdoblju. Javlja se kod 1 do 2 žene na 1.000 poroda. U navedenom razdoblju smatra se kako je rizik razvoja manične ili psihotične epizode 22 puta veći nego u bilo kojem drugom životnom razdoblju [10].

Majka može imati znakove manije, teške depresije ili se prezentira kao akutna polimorfna psihoza [14].

Pojavljuje se iznenada, najčešće u prvome tjednu nakon poroda i zahtijeva hitnu psihijatrijsku intervenciju, liječenje psihotropnim lijekovima i posljedično tome prekidanje dojenja.

Uzroci postpartalne psihoze su:

- psihički poremećaji u osobnoj i/ili obiteljskoj anamnezi
- carski rez
- stresni životni događaji
- pomanjkanje socijalne potpore.

Simptomi se najčešće pojavljuju u prva dva tjedna nakon poroda, teži su od postpartalne depresije i traju dulje, premda i relativno blagi simptomi mogu dovesti do teške emocionalne disfunkcije. Ti simptomi su sljedeći:

- potištenost, konfuznost
- značajna agitacija
- dezorijentacija, delirij
- samooptuživanje
- manične epizode
- gubitak pamćenja
- nerazgovijetan i nerazumljiv govor
- motorna nespretnost
- halucinacije, sumnjičavost
- neprikladne izjave i reakcije
- gubitak dodira s realnosti
- mogućnost samoubojstva i čedomorstva [15].

Takve majke osjećaju da nisu u mogućnosti brinuti za sebe i dijete, preplavljene su nepodnošljivim osjećajem krivnje. Ponekad i ne prepoznaju svoje bližnje. To je ozbiljan upozoravajući znak da je potrebno majku i dijete zaštititi, a majku hospitalizirati. Ponekad se dogodi da mentalno oboljela majka ozlijedi ili čak ubije vlastito dijete. Majka je pod utjecajem zablude da je primjerice njeno dijete „zli duh“ ili nešto slično te pod utjecajem takve zablude odluči oduzeti život djetetu i sebi. Posebno je potrebno naglasiti da je i nakon liječenja ponašanje majke nepredvidljivo.

Po Brockingtonu postoje dvije forme ovih psihoza: organske i psihogene. Organske psihoze uključuju postekplamptičnu i infektivnu psihozu, a manifestiraju se kao organski delirij. Psihogene psihoze imaju formu manije, depresije (sa stuporom) ili akutne polimorfne (cikloidne) psihoze [13].

Mnogi autori smatraju da je postpartalna psihoza zapravo vrsta bipolarnog afektivnog poremećaja. Nesumnjivo najdrastičnije posljedice postpartalne psihoze su infanticid i suicid. Majke uzimaju živote svojih beba zbog deluzija o sigurnosti djece.

2.4. Liječenje

Ovisno o vrsti poremećaja i težini simptoma određuje se liječenje: psihoterapijske metode i/ili farmakoterapija.

Općenito, farkamoterapijski pristup je isti kao za entitete van poslijeporođajnog razdoblja. Nortriptilin, paroksetin i sertralin se mogu smatrati poželjnim izborom u žena koje doje djecu, jer se obično ne detektira njihova razina u krvi dojenčadi. Preporučuje se započinjanje manjim dozama. Atipičnim antipsihoticima se daje prednost i zbog njihovih psihostabilizirajućih svojstava te manjeg rizika od ekstrapiramidnih neželjenih učinaka. Uglavnom se u liječenju koriste kombinacije antipsihotika, antidepresiva i stabilizatora raspoloženja.

Psihoterapija s pacijenticom provodi se nakon razdoblja akutne psihoze. Također, radi se i na jačanju podrške od strane partnera , ali i cijele obitelji [16].

3. Prikaz slučaja

Bolesnica D.E., rođena 1978.godine, prvorotka, rodila u 42.tjednu trudnoće, planiranim elektivnim carskim rezom. Trudnoća je protekla uredno. Pred kraj trudnoće uočen je manjak plodne vode (oligohydramnios) te je zbog toga hospitalizirana na Odsjeku za patologiju trudnoće. Kako porod ni u 42.tjednu trudnoće nije spontano započeo, rodila je carskim rezom. Zahvat je protekao uredno, majka i dijete su bili dobro. Oporavak od operacije je bio uobičajen, a i laktacija je uspješno uspostavljena.

Treći dan od carskog reza dolazi do naglog pogoršanja psihičkog stanja rodilje. Izrazito je napeta, „čudno“ se ponaša, cijelu prethodnu noć nije uopće spavala, promjenjivog je raspoloženja te misli da ju „netko“ prati, prisluškuje i uzima njene osobne stvari. Konzilijarno je pozvan psihijatar, koji ju premješta u Jedinicu pojačanog nadzora Odjela socijalne psihijatrije, pod sumnjom na dijagnozu postpartalne psihoze.

Pri dolasku pacijentica je uredno svestrano orijentirana, urednog misaonog tijeka, u sadržaju paranoidne interpretacije sadržaja, nepovjerljiva, podozriva, disimulativna, održanog raspoloženja, slabije moduliranog afekta, psihomotorno blaže napeta, hipobulična, očuvanih voljno nagonskih dinamizama, jasno distancirana od suicidalnih misli, ideja i pulzija, kognitivno mnestičke funkcije blaže reducirane u sklopu psihotičnog procesa, opažanje uredno, djelomičnog uvida i kritičnosti, djelomično suradljiva. Nikad do sad nije bila psihijatrijski liječena. Negira psihijatrijski hereditet.

Po dolasku na odjel psihijatrije uzeta je i sestrinska anamneza:

- Osobni podaci
- Medicinske dijagnoze
- Alergije: ne
- Procjena samostalnosti: 2 – ovisna u višem stupnju
- Samozbrinjavanje: higijena (2), hranjenje (2), eliminacija (2), oblačenje (2)
- Fizičke aktivnosti – 0 (nije ovisan)
- Oprema i pomagala – nema
- Podnošenje napora: ne (prije 3 dana rodila carskim rezom)
- Prehrana: bez ograničenja
- Apetit: normalan
- Gutanje i žvakanje: bez teškoća
- Procjena sluznice: bez oštećenja
- Eliminacija: stolica 4.7.; mokrenje: normalno

- Znojenje - normalno
- Iskašljavanje: ne
- Perceptivne sposobnosti: vid i sluh – dobar
- Bol – da, ima ranu od carskog reza, povremeno jače boli
- Govor: bez teškoća
- Spavanje: nesanica, poremećaj usnivanja
- Svijest: očuvana; ima ideje proganjanja
- Seksualnost – rodila prije 3 dana, carskim rezom
- Aktivnosti koje utječu na zdravlje – ne puši, ne pije alkoholna pića, ne koristi droge
- Prihvaćanje zdravstvenog stanja – neprihvaćanje, želi ići kući
- Vjerska uvjerenja – bez ograničenja i potreba
- Samopercepcija – zabrinuta je za bebu
- Doživljavanje hospitalizacije – ne razumije zašto mora ostati u bolnici (na psihijatriji) i želi ići kući
- Fizikalni pregled: afebrilna, RR 110/80, puls 88/min, abdomen: rana od carskog reza, ostali fizikalni nalaz uredan
- Lijekovi: Azolar, Normabel, Ferrumlek, Bromergon
- Znanje o bolesti, terapiji, načinu života – nije stečeno
- Sestrinske dijagnoze:

a) Anksioznost
b) Nesanica
c) Nedostatak uvida i kritičnosti
d) Visok rizik za neuzimanje terapije
e) Bol u/s carskim rezom
f) Zabrinutost za dijete

Liječenje je započeto unutar jedinice pojačanog nadzora Odjela socijalne psihijatrije, gdje je uz stalnu opservaciju uvedena psihofarmakoterapija aripiprazolom (Azolar) uz konkomitantnu terapiju anksiolitikom (Normabel) . S obzirom da se uz ovu terapiju ne može dojiti, uveden je i Bromergon (zaustavlja laktaciju) i hladni oblozi na dojke. 12. dan hospitalizacije se premješta na stacionarni odjel. U pratnji supruga svakodnevno obilazi svoje novorođeno dijete, koje je cijelo vrijeme njenog boravka na psihijatriji bilo smješteno u rodilištu. Po djelomičnoj stabilizaciji psihičkog stanja, liječenje se nastavilo unutar socioterapijske zajednice, metodama grupne i individualne psihoterapije, uz daljnju titraciju psihofarmakoterapije (Azolar, Normabel). Tijekom boravka učinjena je indicirana kliničko-laboratorijska obrada (pregled interniste,

ginekologa, CT mozga, EEG i psihologijsko testiranje). EEG u granicama normale, CT mozga uredan, rana od carskog reza zarasta per primam, dojke b.o. (bez znakova zastoja i mastitisa). Prema mišljenju psihologa bolesnica je ekstrovertirana, pasivno ovisna i impulzivna osoba, sniženog uvida u vlastito psihičko stanje, aktualna intelektualna efikasnost je prosječna.

U tretman bolesnice uključena je i socijalna radnica. Ona donosi zaključak, nakon višekratnih razgovora s pacijenticom i njenim suprugom, da nema potrebe za daljnjim intervencijama socijalne službe nakon otpusta iz bolnice. Obiteljski odnosi su skladni, socioekonomske prilike su zadovoljavajuće. Socijalna radnica je kontaktirala nadležnu patronažnu sestru te s njom dogovorila svakodnevni obilazak pacijentice barem prvih 15 do 30 dana nakon otpusta iz bolnice, a sve u svrhu pružanja stručne pomoći i podrške.

Pri otpustu je vidljivo poboljšanje psihičkog stanja, povlačenje produktivne simptomatologije, umanjivanja psihomotornog nemira, povećanje uvida i kritičnosti u svoje stanje te se preporuča vanbolničko ambulantno psihijatrijsko liječenje. Od terapije se primjenjuje: Azolar 10 mg, Ferum 100 mg, Normabel 10 mg.

Zbog potrebe nastavka zdravstvene njege i nakon otpusta iz bolnice, nadležnoj patronažnoj sestri upućeno je Otpusno pismo zdravstvene njege. Ono sadrži:

- Opći i identifikacijski podaci
- Socijalni status: živi s partnerom, nije korisnik socijalne pomoći, partner i roditelji joj mogu pružati pomoć
- Provedena zdravstvena njega u bolnici/postupci – njega operativne rane od carskog reza, praćenje vitalnih funkcija, pomoć pri samozbrinjavanju, nadzor nad redovitim uzimanjem terapije, nadzor nad redovitim pohađanjem psihoterapijskih grupa; pacijentica je potpuno informirana i educirana o svom zdravstvenom stanju; u procesu samozbrinjavanja je popuno samostalna
- Utvrđivanje potreba za kontinuiranom zdravstvenom njegom u kući – informacije se upućuju nadležnoj patronažnoj sestri, pacijenticu treba posjetiti vrlo hitno (na dan otpusta)
- Fizičko stanje dobro, mentalno stanje – pri svijesti, aktivnost – pokretna, pokretljivost – puna, inkontinencija – nije, prehrana i tekućina – dobro
- Sestrinske dijagnoze pri otpustu iz bolnice:
  - VR za nepridržavanje zdravstvenih preporuka (neredovito uzimanje lijekova)
- Preporuke zdravstvene njege – pratiti oporavak pacijentice nakon carskog reza, educirati i dalje pacijenticu o potrebi redovitog uzimanja terapije, educirati obitelj o nadzoru nad uzimanjem terapije, pratiti psihičko stanje pacijentice; potrebni svakodnevni obilasci patronažne sestre 15 do 30 dana

- Potrebni materijali/pomagala za zdravstvenu njegu
- Potrebna terapija/lijekovi kod kuće – Azolar 10 mg per os, Ferrumlek 1 tbl, Normabel 10 mg per os navečer
- Mogućnost uzimanja/primjene lijekova – potrebna kontrola kod uzimanja lijekova
  Pacijentovo doživljavanje otpusta (i njegovih značajnih osoba) – pacijentica želi ići kući, dobro se osjeća, misli da je spremna brinuti se za dijete; i njena obitelj želi otpust, spremni su pomoći pacijentici.

4. Zdravstvena njega u babinju

Vrijeme u kojem se nakon poroda povlače promjene nastale u tijelu za vrijeme trudnoće i poroda nazivamo babinje (puerperij) [7]. Babinje počinje nakon izlaska posteljice i traje šest do osam tjedana. Obilježavaju ga involucijski procesi, procesi zacjeljivanja rane, početak i održavanje laktacije (dojenja) te uspostavljanje funkcije jajnika. U prvim mjesecima nakon poroda prisutan je niz promjena koje su fiziološke.

4.1. Period babinja (puerperij)

4.1.1. Involucija maternice

Involucija maternice je proces u kojem se maternica, ali i ostali genitalni organi vraćaju u stanje prije trudnoće. Maternica se vraća na svoju veličinu i položaj u zdjelici prije trudnoće te vraća svoj mišićni tonus. Rodnica, ligamenti maternice i mišići dna zdjelice se, također, vraćaju u svoje stanje prije trudnoće.

Tijekom trudnoće maternica se povećava zbog rasta i rastezanja mišića maternice. Mišići se povećavaju i u veličini i u broju. Neposredno nakon poroda maternica ima dva cilja: kontrola krvarenja i povratak u prvotno stanje. Krvarenje se kontrolira kontrakcijama mišića. Ovo je rani stadij involucije maternice. U ovom periodu maternica je u visini pupka i osjetljiva je na dodir. Involucija započinje procesima autolize i fagocitoze. Autoliza se odnosi na destrukciju stanica upotrebom vlastitih enzima. Autoliza se odvija zbog smanjenja količine hormona posteljice. Postepeno smanjenje veličine maternice nastaje zbog smanjenja veličine mišića maternice. Nakon otprilike 6 tjedana involucija maternice je potpuna. Maternica, koja pred kraj trudnoće teži oko 900 grama, nakon 6 tjedana teži oko 40 – 60 grama.

Brzina procesa involucije je najbrža u prvih pet dana od poroda (oko 1 cm na dan) te se postupno usporava. Oko sedmog dana maternica je mnogo manja te se njena granica može osjetiti na razini simfize. Epitelizacija je zacjeljivanje unutrašnje maternične stjenke [17]. Završava nakon šest do osam tjedana babinja. Iz velike rane unutrašnje stjenke maternice tijekom babinja se stvara lohija, iscjedak iz maternice. Boja lohija je odraz cijeljenja unutrašnje površine maternične stjenke. Prema boji, lohija se dijele na: krvava lohija ili cruenta (1. i 2.dana), sukrvava ili rubra (3. i 4. dan), smeđa ilifusca (od 4. do 12. dana), prljavo žute boje; lohijaflava, a od 13. ili 17. dana je bijela ili alba. U zdrave babinjače lohije nemaju neugodan miris. Lohija će najvjerojatnije biti pojačana ujutro, kada je pojačana tjelesna aktivnost, ili tijekom dojenja. Žene

koje su se rodile carskim rezom imaju manju količinu lohija nakon 24 sata od poroda nego one koje su rodile vaginalnim putem. Krvarenje obično prestaje između četvrtog i šestog tjedna nakon poroda. Tijekom puerperija, u normalnim okolnostima, u šupljini maternice nema bakterija.

Bolovi i grčevi nakon poroda mogu biti uzrokovani kontrakcijama maternice, koje zaustavljaju krvarenje. Ovi bolovi su češći kod žena koje su rađale više nego jednom. Nelagoda se intenzivira u razdoblju od pet minuta, naročito tijekom dojenja, a zatim se postupno smanjuje. Involucijski su procesi najizrazitiji na maternici. Očituju se i na mišićima trbušne stjenke, zdjeličnog dna, mokraćnog mjehura i crijeva. Trudovi u babinjama se javljaju kao trajne kontrakcije, spontane ritmičke kontrakcije i podražajne kontrakcije maternice. Svakim danom visina maternice je za jedan poprečni prst manja, petog dana se nalazi između simfize i pupka, a 10.- 14. dana ulazi u malu zdjelicu te ju više nije moguće napipati kroz trbušnu stjenku. Moguća su odstupanja te je tada visina fundusa viša od opisane, npr. kod višeplodne trudnoće, višerotkinja, nakon carskog reza i nesposobnosti dojenja. Vrat maternice se počinje formirati drugog dana babinja. Stjenka rodnice je izrazito stanjena, crvena, ranjiva i osjetljiva. Sve te promjene rodnice, kao i involucija maternice posljedica su nedostatka steroidnih hormona (estradiola i progesterona), čije lučenje koči prolaktin.

4.1.2. Rane od epiziotomije i razdora međice

Procesi cijeljenja rane nakon poroda odnose se na cijeljenje rane porodnog kanala. U ozljede porodnog kanala uvrštavaju se epiziotomija, razdor međice i laceracija cerviksa . Ozljede se saniraju šavovima i zarastaju *per primam,* a u slučaju dehiscencije ili raspada epiziotomijskog reza *per granulationem*. Ukoliko je učinjena epiziotomija, koža između vagine i anusa može biti veoma bolna i osjetljiva. Kako bi se umanjila nelagoda, rodiljama se preporuča češće tuširanje perianalne regije i učestalo mijenjanje predložaka. Potrebno je perianalnu regiju uvijek održavati čistom, kako bi se smanjila bolnost i nelagoda te prevenirao razvoj infekcije.

4.1.3. Rana od carskog reza

Ukoliko je rodilja imala carski rez, normalno je da se pojavi mala količina ružičastog i vodenog sadržaja iz samog reza. Preporuka je da se rez održava čistim i suhim. Rez treba prati samo toplom vodom ili vodom i blagim sapunom. Rana se može ispirati blagom otopinom

hipermangana. Tuširanje i kupanje može se obavljati neometano. Ukoliko dreniranje rane ne prestaje, potrebno je učiniti daljnju obradu rodilje.

4.1.4. Dojenje

Laktacija ili izlučivanje mlijeka posljedica je izlučivanja hormona prednjeg režnja hipofize prolaktina [18]. On omogućuje stvaranje mlijeka u mliječnim žlijezdama. Izlučivanje mlijeka iz mliječnih žlijezda i kanalića omogućuje hormon oksitocin. Podražaj sisanja dovodi do pojačanog lučenja oksitocina koji pobuđuje podražajne trudove.

Laktacija počinje dva do tri dana nakon poroda. Dojenjem se pospješuje involucija maternice. Prestankom laktacije te uspostavom novog menstruacijskog ciklusa maternica se smanji na fiziološku veličinu. Izostankom podražaja sisanja i ne ispražnjavanjem dojki izaziva se atrofija mliječnih žlijezdi i prestanak izlučivanja mlijeka, tj. ablaktacija.

Ukoliko žena doji, dojke mogu izlučivati mlijeko i van samog procesa dojenja. Ukoliko žena iz bilo kojeg razloga ne doji dijete, ovo curenje mlijeka iz dojki javljati će se u početku te prestaje između prvog i drugog tjedna nakon poroda.

Zastoj mlijeka dovodi do otoka dojke, koji je praćen osjećajem topline, težine u grudima, tvrde su. Otok dojki nastaje pojačanom cirkulacijom u grudima, kada mlijeko nadolazi ili ako se propustilo dojenje. Može se spriječiti čestim hranjenjem bebe ili izdajanjem mlijeka. Babinjači se savjetuje da stavlja tople komprese na grudi ili se istuširа toplom vodom kako bi potpomogla izlučivanje mlijeka. Odmah nakon toga pristupa se dojenju bebe ili se mlijeko izdoji. Izdajanje se može učiniti ručno ili pomoću pumpice za izdajanje.

Nakon što placenta izađe nije više zaustavljeno izlučivanje gonadotropnih hormona (FSH, LH i LTH). Žena obično nema menstruaciju za vrijeme laktacije. Međutim, ovulacija se može dogoditi i prije prvog krvarenja nakon poroda. Sve ovisi o hormonskim funkcijama žene. To znači da dojenje i dalje nije sigurna zaštita od novog zanošenja.

4.1.4.1. Ablaktacija

Ablaktacija je zaustavljanje izlučivanja mlijeka. Provodi se kad postoji kontraindikacija za dojenje. Kod bolesnica s postpartalnom psihozom se gotovo uvijek provodi ablaktacija, zbog neodgodive potrebe uzimanja psihofarmaka, uz koje se ne smije dojiti. Ablaktacija se može provoditi na dva načina, pomoću lijekova i fizikalnim metodama.

Od lijekova se koristi Bromergon; on sadrži aktivnu tvar bromokriptin, koji sprječava izlučivanje hormona prolaktina (utječe na stvaranje majčinog mlijeka). Međutim, ovaj lijek može dodatno nepovoljno utjecati na psihičko stanje te se njegovo djelovanje na bolesnicu mora strogo nadzirati [19]. Ukoliko se ablaktacija provodi na ovaj način, dojke se ne smiju masirati niti izdajati. Samo se na dojke stavljaju hladni oblozi.

Fizikalne metode kojima se provodi ablaktacija su: izdajanje (ručno ili pomoću pumpice), hladni oblozi na dojke, nošenje čvrstog grudnjaka.

4.2. Intervencije medicinske sestre u babinju

4.2.1. Održavanje dobre komunikacije

Medicinska sestra mora imati odgovarajuće znanje i vještine kako bi mogla odgovoriti na postavljena pitanja babinjače i samim time održavati dobru komunikaciju. Od izuzetne je važnosti s babinjačom ostvariti dobar i povjerljiv odnos, kako bi se pravovremeno mogle uočiti bilo kakve promjene u njenom ponašanju i funkcioniranju.

4.2.2. Kontrola vitalnih znakova

Tijekom babinja vitalne funkcije poprimaju fiziološke vrijednosti. Normalna aksilarna temperatura iznosi 36– 37,2^{0}C. Puls je u prvih par dana usporen od 50 - 70/min, a poslije 60-90/min. Frekvencija disanja iznosi 16-24/min. Krvni tlak nije bitno promijenjen osim ako je rodilja imala hipertenziju u trudnoći te krvni tlak varira. Nagli pad krvnog tlaka uglavnom je pokazatelj obilnijeg krvarenja (vanjskog ili unutrašnjeg). Temperatura veća od 38 ^{0}C uzrokovana je najčešće infektivnim procesom i potrebno je odmah pozvati liječnika zbog sumnje na moguću infekciju. Najčešće su infekcije dojke, genitalnih organa i urinarnog trakta.

4.2.3. Kontrola dojki i pokazivanje tehnike dojenja

Babinjača prije i nakon dojenja mora oprati ruke, dojke i bradavice tekućom toplom vodom. Babinjača za dojenje zauzima najpovoljniji položaj. Potrebno ju je poučiti kako će dojiti dijete, držati ga te mijenjati strane za vrijeme dojenja (lijevu i desnu dojku). Savjetovati da prsa trebaju biti mekana te da obavezno treba izmasirati dojke i izdojiti zaostalo mlijeko nakon dojenja.

Preporučiti majci da nosi čvrsti grudnjak koji podupire grudi, a dobro je i staviti tople obloge na grudi neposredno prije dojenja što pomaže otvaranju mliječnih kanalića. Na taj način se sprječava nastanak zastojne dojke.

Sisanje je poticaj za izlučivanje mlijeka te je važno staviti novorođenče na prsa već u prvih sat vremena po porodu. Dojenje iziskuje strpljenje i vještinu, stoga moramo vlastitom strpljivošću pružiti priliku novorođenčetu da nauči dojiti.

Babinjači koja je rodila carskim rezom moguće je kasnije uspostavljanje laktacije zbog sedativa koji su korišteni za vrijeme operacije. Problem može biti i teža pokretljivost zbog boli u području operativne rane i stoga je babinjači teže postaviti se u udoban položaj [18]. Najpovoljniji je položaj "ragbi lopte", jer tako dijete nije na majčinom trbuhu te se postavljanjem jastuka na trbuh mogu se smanjiti bolovi u/s operativne rane. Majke koje su rodile carskim rezom mogu učinkovito dojiti, kao i majke koje su rodile vaginalno te ih je stoga potrebno motivirati i potaknuti [18].

4.2.4. Uspostava mokrenja i defekacije

Zbog lezija koje nastaju pri porodu mokrenje može biti otežano. Prilikom spontanog mokrenja babinjače dolazi do dodira mokraće s ranom od epiziotomije, što uzrokuje osjećaj pečenja i prestanak mokrenja, odnosno dolazi do refleksnog grča sfinktera uretre.

Prvih dana nakon poroda rodilja izmokri oko 2-2,5 l urina dnevno. Potrebno je mokriti svakih 4-6 sati, jer se praznim mjehurom pospješuje involucija maternice. Ponekad se kod babinjače pojavi retencija urina nakon poroda. Prepoznaje se po jakoj boli iznad simfize, znojenju, mučnini te bolovima u donjem dijelu leđa. Liječenje se provodi kateterizacijom mokraćnog mjehura po odredbi liječnika.

Nakon poroda prva spontana stolica se javlja drugi ili treći dan, zatim se redovito javlja svaki dan. Kod obavljanja velike nužde treba izbjegavati napinjanje, jer isto može izazvati hemoroide ili pogoršati postojeće. Opstipacija je najčešće nastavak opstipacije tijekom trudnoće, jer je uvjetovana hormonima. Pražnjenje crijeva se pospješuje laksativima koji se daju drugi dan nakon poroda.

4.2.5. Provođenje osobne higijene i rano ustajanje iz kreveta

Ustajanje nakon poroda je najbolje nakon 6 sati, odnosno najkasnije nakon 12 do 24 sata u slučaju rađanja carskim rezom. Prva dva tjedna babinjača koja je imala epiziotomiju u porodu

ne smije sjediti, jer može puknuti ožiljno tkivo i dovesti do raspada epiziotomijskog šava, ali može hodati, ležati i „polusjediti“ na boku suprotno od epiziotomijske rane. Ranim ustajanjem iz kreveta preveniraju se tromboembolijske komplikacije i lohiometra (zastoj lohija u maternici).

Zbog mogućnosti nastanka infekcije babinjača se šest do osam tjedana nakon poroda ne smije kupati u kadi, ali se obavezno mora svakodnevno tuširati. Babinjača toaletu spolovila obavlja dva puta dnevno, a higijenske uloške mijenja više puta dnevno.

Posebnu pažnju treba obratiti njezi rane od epiziotomije pranjem toplom vodom bez sapuna i dobrim sušenjem. Potrebno je istaknuti da je velika mogućnost infekcije zbog blizine analnog otvora te je posebno važan smjer brisanja toaletnim papirom nakon stolice. Pravilan način je sprijeda prema straga. Time se sprječava širenje infekcije od rektuma prema vagini.

Dojke treba redovito prati, osobito bradavice, s običnom vodom, prije svakog podoja. Važno je prati ruke, jer neopranim rukama babinjača može prenijeti infekciju na novorođenče.

Kod babinjača koje su slabije pokretne, bilo nakon vaginalnog poroda ili carskog reza, osobnu higijenu provodi medicinska sestra.

4.2.6. Savjeti vezani za prehranu za vrijeme babinja

U prvim danima babinja preporučuje se lako probavljiva hrana bez upotrebe oštrih nadražujućih začina. Važno je uzimati raznovrsnu hranu s dosta životinjskih i biljnih bjelančevina, osobito mlijeka. Jesti mnogo voća, povrća i salata. Ne preporučuju se nepasterizirani mliječni proizvodi, sirevi s plijesni, sirovi morski plodovi, stroga vegetarijanska prehrana, dijeta za mršavljenje. Ograničiti unos plave ribe na 1-2 puta tjedno.

Zbog dojenja preporuča se dodati 500 kalorija u dnevnu prehranu. Važno je piti dovoljno tekućine, barem 2-3 l dnevno. Najbolje je piti vodu. Treba biti oprezan sa voćnom sokovima i čajevima, jer uglavnom sadrže puno tanina. Svakako se ne preporuča uzimanje alkoholnih i duhanskih proizvoda.

Ukoliko je rodilja u trudnoću ušla s manjkom željeza, da bi se to nadoknadilo potrebno je uzimati preparate željeza, prema odredbi liječnika.

4.2.7. Savjeti za odmor i samokontrolu zdravlja

U prvim danima i mjesecima nakon poroda žena se osjeća umorno i iscrpljeno zbog premalo sna i nedovoljno odmora. Umoru pridonose često dojenje, plač i noćno buđenje djeteta te briga oko starije djece (ukoliko ih ima) i ostali kućni poslovi. Majci treba savjetovati da

preraspodijeli poslove u kući sa svojim bližnjima te da se što više odmara. Stvaranje uvjeta za dovoljno sna i odmora te prilagodba na novonastalu situaciju od velike je važnosti i nikako se ne smije zanemariti.

Šest do osam tjedana od poroda preporuča se kontrolni pregled kod nadležnog ginekologa. Kontrolni pregled potreban je osobito ako je žena imala epiziotomiju nakon vaginalnog poroda ili je rodila carskim rezom.

5. Zdravstvena njega bolesnice s postpartalnom psihozom

5.1. Kompetencije medicinske sestre za vrijeme hospitalizacije

Kvalitetna psihijatrijska zdravstvena njega temelji se na načelima kao što su holistički pristup, poštivanje jedinstvenosti ljudskog bića, poštivanje privatnosti i dostojanstva, terapijska komunikacija, bezuvjetno prihvaćanje, uključivanje klijenta, te pomoć pri njegovoj učinkovitoj prilagodbi [20].

Pružanje kvalitetne zdravstvene njege podrazumijeva aktivno i sustavno vođenje sestrinske dokumentacije. Ona predstavlja izuzetno važnu vezu između utvrđivanja pacijentovih potreba, planiranja, pružanja i evaluacije pružene zdravstvene njege. Komunikacija među članovima tima na taj se način olakšava, što je od izuzetne važnosti kada se radi o sestrinskoj skrbi za pacijente koji imaju višestruke probleme i potrebe. Bolesnice s postpartalnom psihozom, kako je već istaknuto, imaju potrebe za zdravstvenom njegom i kao babinjače i kao psihijatrijski bolesnici. Također, važno je spomenuti da sestrinska dokumentacija sadrži podatke za razne medicinsko–pravne analize te se koristi i u edukacijske svrhe.

Po dolasku bolesnice na odjel medicinska sestra uzima detaljnu sestrinsku anamnezu [21, 22]. Izvori podataka mogu biti primarni (sama bolesnica), sekundarni (obitelj) i tercijarni (medicinska dokumentacija). Tehnike kojima se služimo za prikupljanje podataka su intervju, promatranje, mjerenje i analiziranje popratne dokumentacije. Pomoću pravilno i detaljno ispunjene sestrinske anamneze prepoznaju se problemi, ali i uzroci tih problema, iz kojih onda proizlaze pacijentu prilagođeni ciljevi i sestrinske intervencije. Podaci su grupirani u tri skupine: opći podaci, identifikacijski podaci i specifični podaci. Detaljniji pregled sestrinske anamneze opisan je u prikazu slučaja. Podaci moraju biti prikupljeni u roku 24 sata od prijema pacijenta.

Osim anamneze sestrinska lista sadrži i listu za praćenje stanja pacijenta tijekom hospitalizacije (samozbrinjavanje, fizičke aktivnosti), trajno praćenje postupaka (medicinsko–tehnički i dijagnostički postupci) te decursus (trajno praćenje stanja pacijenta tijekom 24 sata – simptomi, znakovi, opisi novih zbivanja i njihovi mogući uzroci). Zadnji obavezni dio za sve pacijente je plan zdravstvene njege, u kojem se definiraju sestrinske dijagnoze te ciljevi i intervencije koje moraju biti prilagođene svakom pacijentu ponaosob. Na listu provedenih sestrinskih postupaka bilježe se svi provedeni postupci koji su zadani planom zdravstvene njega. Na listu također upisujemo i evaluaciju, prema zadanom cilju.

Bolesnicama oboljelima od postpartalne psihoze potrebne su i lista za evidenciju ordinirane i primijenjene terapije te za procjenu bola, ukoliko je porod bio nedavno.

Postoje još neke sastavnice sestrinske dokumentacije (unos i izlučivanje tekućine, lista za praćenje dekubitusa, nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi, izviješće o incidentu), koje se koriste ovisno o potrebama pacijenata.

Prilikom otpusta s odjela izdaje se otpusno pismo zdravstvene njege za one pacijente kojima je potreban nastavak zdravstvene njege. Bolesnice oboljele od postpartalne psihoze zasigurno imaju potrebe za daljnjim pružanjem zdravstvene njege te se ovo otpusno pismo šalje nadležnoj patronažnoj sestri. Otpusno pismo zdravstvene njege detaljnije je opisano u poglavlju „Prikaz slučaja“. Bolesnici je nakon otpusta iz bolnice potrebna podrška i stručna pomoć prvenstveno oko njege novorođenog djeteta, ali je isto tako potrebno i dalje nadzirati njeno psihičko stanje, redovito uzimanje terapije te odnose unutar obitelji.

5.2. Kompetencije patronažne sestre

U rodilje s postpartalnom psihozom važnu ulogu ima patronažna medicinska sestra. Patronažna medicinska sestra pri otpustu iz bolnice prva obilazi babinjaču, novorođenče i njezinu obitelj u njihovom domu. Mora imati široko znanje i stručne sposobnosti koje joj omogućuju prepoznavanje različitih psihičkih poremećaja koje žene nakon poroda mogu razviti.

Stručna zdravstvena njega koju provodi patronažna sestra nije usmjerena samo prema tjelesnom zdravlju majke i novorođenčeta, već se posebna skrb i pozornost posvećuje i psihičkom stanju i emocionalnom doživljaju rodilje kao majke. S majkom uspostavlja prisan međusoban odnos koji se temelji na povjerenju, poštovanju, empatiji, potiče ju na izražavanje emocija, osjećaja i doživljaja [23].

Medicinska sestra mora obratiti pozornost na prethodno navedene znakove i simptome koji bi ukazivali na to da žena ima psihičke probleme, koji se mogu pojaviti i u trudnoći. No ponekad, u rutini svakodnevnog rada i uz brojne obveze može se dogoditi da se previde potrebe majke, a da se usredotoči na potrebe novorođenčeta. Važno je da se simptomi ne podcjenjuju ili precjenjuju [17]. Medicinska sestra mora znati da su neki znaci možda ugrožavajući u određenim okolnostima te svoje sumnje mora provjeriti. Pomno promatra okolinu u kojoj se rodilja nalazi kako bi lakše ocijenila koji su uzroci pojedinačnih pojava.

Velik broj žena, posebice onih koje su prvi puta majke, nesigurne su glede svoje majčinske uloge i djetetova zdravlja. Živimo u društvu u kojemu su negativni osjećaji povezani s majčinstvom poprilično tabuizirani. Neke rodilje zbog takvih osjećaja imaju velik osjećaj krivnje.

Intervencije medicinske sestre su prepoznati znakove problema i svakoj rodilji pojedinačno ponuditi informacije, potporu i usmjerenje prema pomoći ili liječenju.

Medicinska sestra mora obratiti pozornost na znakove koji bi ukazivali na to da rodilja ima psihičke poteškoće i probleme. Neki od njih mogu biti opasni po život i zdravlje rodilje, ali i novorođenčeta [18].

U odnosima medicinske sestre s majkom koja ima poslijeporodne psihičke smetnje medicinska sestra mora preuzeti različite uloge [24]. To su:

- Uloga stranca**:** na početku međusobnog odnosa, kada se još ne poznaju, vrlo je važan prvi kontakt. Od bitnog je značaja da je medicinska sestra pozitivno usmjerena. Medicinska sestra mora prihvatiti obitelj onakvu kakva je.
- Uloga informatora**:** medicinska sestra mora imati veliku količinu znanja, iskustava i komunikacijskih sposobnosti kako bi bila dobar izvor informacija.
- Uloga edukatora**:** tu ulogu preuzima kada obitelj postane svjesna svoje situacije i potreba. U njihovom međusobnom odnosu vlada povjerenje.
- Savjetodavna uloga**:** savjetovanje je usmjereno na određeni problem.
- Uloga vođe, provoditelja zdravstvene njege i zdravstvenog odgoja**:** medicinska sestra poštuje želje i sposobnosti obitelji. Važna je demokratična uloga medicinske sestre.
- Uloga osobe koja nadomješta ili predstavlja drugu osobu u životu obitelji: dobri međusobni odnosi između medicinske sestre i obitelji je poželjan, jer je temelj za uspješnu zdravstvenu njegu.

5.3. Uloga obitelji i partnera

Partner, članovi obitelji i prijatelji bolesnice pomažu tako da prate njeno stanje i o tome obavještavaju zdravstveno osoblje. Isto tako moraju razumjeti da je takvo stanje trenutno i da će uz pravu potporu brže proći.

Vrlo je važno da majke nisu zanemarene od svojih najbližih. Najbolje je da se svi organiziraju tako da majka nije nikada sama, nego da je uvijek netko uz nju i dijete.

Uloga oca djeteta, odnosno partnera je posebice važna. Ukoliko majka ne može gotovo ništa učiniti za dijete, potrebno je oca educirati o dnevnim aktivnostima koje zahtijeva novorođeno biće. Za to vrijeme potrebno je rodilji nuditi fizičku i psihičku potporu. S njom je potrebno razgovarati i ispunjavati joj sve želje te joj omogućiti pružanje stručne pomoći [25].

Medicinska sestra ima veliku ulogu i u edukaciji članova obitelji, koja bi trebala znati pružiti svekoliku potporu bolesnici.

5.4. Sestrinska dijagnoza

VR za nepridržavanje zdravstvenih preporuka (neredovito uzimanje lijekova)

Ciljevi:

- Pacijentica će verbalizirati specifična znanja o svom psihičkom stanju te o potrebi redovitog uzimanja terapije
- Pacijentica će demonstrirati specifične vještine – redovito će uzimati propisanu terapiju
- Obitelj će aktivno sudjelovati u skrbi i pružati podršku pacijentici.

Intervencije:

- Saznati što pacijentica zna o svojoj bolesti i utjecaju terapije na nju
- Saznati zašto se pacijentica ne pridržava zdravstvenih preporuka (zašto ne uzima redovito lijekove)
- Omogućiti pacijentici da ispriča „svoju priču“, slušati ju i pritom ne osuđivati
- Učiniti pacijenticu aktivnim partnerom u njenom zdravstvenom tretmanu
- Procijeniti utjecaj kulturalnih uvjerenja, normi i stavova na pacijenticu – što općenito misli o lijekovima i važnosti redovitog uzimanja lijekova
- Poticati samozbrinjavanje i preuzimanje kontrole nad bolesti
- Educirati obitelj o važnosti redovitog uzimanja terapije, te ih poticati da pomažu pacijentici u svakodnevnom funkcioniranju.

Evaluacija:

- Pacijentica pravilno i redovito uzima terapiju
- Pacijentica razumije da se njena bolest regulira terapijom koja se redovito uzima
- Obitelj aktivno sudjeluje u skrbi oko pacijentice [22].

5.5. Izazovi i mogućnosti unaprjeđenja skrbi

Pravovremeno otkrivanje, liječenje i sukladno potrebama prilagođena zdravstvena njega od temeljne su važnosti za uspješnost liječenja oboljele osobe i njezinu što je ranije moguću integraciju u svakodnevni život.

Brojne studije ukazuju na to da psihički poremećaji u postpartalnom razdoblju ne utječu samo na zdravlje majke, već utječu i na psihičko i tjelesno zdravlje djeteta [26]. Psihički poremećaji ometaju majku da sa svojim djetetom razvije odnos pun ljubavi, brige i poticaja, koji je od velikog značaja. Ujedno mogu nastati problemi s partnerom i/ili s drugim članovima obitelji i okolinom, koji najčešće nisu upoznati s problematikom postpartalnih psihičkih poremećaja te za iste i nemaju razumijevanja [27].

Razvoj mozga u ranom djetinjstvu je intenzivan proces, ne samo u anatomsko-fiziološkom, već i u emocionalnom pogledu. Djeca se rađaju sposobna za emocionalnu interakciju s okolinom, no da bi tu svoju sposobnost do kraja razvila potrebna im je poticajna i brižna okolina, koja potiče unaprjeđenje vještina za savladavanje emocija prema sebi i prema onome što nas okružuje. Djeca majki s postpartalnom psihozom su u različitim istraživanjima pokazala slabije kognitivne sposobnosti, nego li njihovi vršnjaci u kontrolnim skupinama. Nesigurnost u postizanju socijalnih kontakata, problemi s ponašanjem, slabije razvijen rječnik, smanjen emocionalni odaziv na okolinu neke su od smetnji koje se javljaju u djece majki s postpartalnom psihozom.

Pedijatri su, također, ustanovili da dojenče može imati poteškoće s hranjenjem i spavanjem. Smatra se da majke s psihozom imaju emocionalno inhibicijsku ulogu. Inhibiraju djetetovu samostalnost i proces rane socijalizacije. Poremećaj u interakciji između majke i djeteta, koji je posljedica majčine psihoze, je kao začarani krug; njime se povećava mogućnost nastanka kroničnog psihijatrijskog poremećaja, emocionalnih poteškoća i disfunkcionalnosti cijele obitelji [28].

Velik broj istraživanja pokazuju da je brza intervencija ključna ne samo za majke, nego i za djecu majki s postpartalnom psihozom [6,16,29].

Često su obitelji, gdje je prisutan psihijatrijski poremećaj, izložene i drugim čimbenicima rizika, kao što su niži socio–ekonomski položaj, odbijanje, stigmatizacija, slabiji obrazovni status te su češća zanemarivanja i nasilje.

Istraživanja pokazuju da je i do četiri puta češće i ranije pojavljivanje psihičkih smetnji (depresije, fobije, panične smetnje, ovisnosti) u djece roditelja sa psihozom [30].

Problemi na različitim područjima funkcioniranja, koji se ističu u djece, nose posljedice u odrasloj dobi na području ekonomske produktivnosti te u međusobnim i obiteljskim interakcijama.

Novija istraživanja ukazuju da se u potomaka roditelja sa psihozom češće pojavljuju druga kronična oboljenja, prije svega srčano–žilne bolesti i neurološke bolesti, u kojima su depresija i psihoza samostalan čimbenik rizika njihova nastanka [31].

Za smanjenje „tereta“ duševnih bolesti i njihovih posljedica primarna prevencija je prepoznavanje i uspješno liječenje visokorizičnih roditelja, u kasnijim fazama praćenje i rano otkrivanje djece s poremećajima te u završnoj fazi učinkovito liječenje svih potpuno razvijenih psihičkih poremećaja.

Nužno je u sklopu zdravstvenog sustava te redovite prenatalne i postanatalne skrbi majke osigurati odgovarajuće mjere probira i potpore svim potrebitim ženama kako bi se osigurala pravovremena i učinkovita intervencija [32, 33, 34].

Mentalno zdravlje je esencijalni čimbenik za aktivno i neovisno funkcioniranje u svim aspektima života, ono je integralna i temeljna sastavnica općeg zdravlja. Definicija zdravlja podrazumijeva cjelovito tjelesno, mentalno i socijalno blagostanje, a ne samo odsutnost bolesti ili nemoći. Mentalno zdravlje, ovako definirano, više je od same odsutnosti mentalnog poremećaja.

Poremećaji mentalnog zdravlja značajno narušavaju svakodnevno življenje te uzrokuju disbalans u tri područja čovjekovih aktivnosti: samozbrinjavanju, produktivnosti i slobodnom vremenu. Prevencija mentalnih poremećaja provodi se promicanjem pozitivnog duševnog zdravlja i prevencijom duševnih poremećaja. Unaprjeđenje i očuvanje mentalnog zdravlja provodi se smanjenjem čimbenika rizika, a jačanjem čimbenika koji pozitivno utječu na duševno zdravlje.

Učinkovite mjere rezultiraju boljom kvalitetom života, boljim socijalnim funkcioniranjem, boljim uklapanjem u društvo, smanjenjem ljudske patnje te nižom incidencijom i prevalencijom duševnih poremećaja.

Mjere prevencije duševnih bolesti/poremećaja prema tradicionalnom javnozdravstvenom modelu dijele se na tri osnovne razine: primarnu, sekundarnu i tercijarnu [35].

Primarna prevencija usmjerena je smanjenju incidencije (stopa novooboljelih u zajednici) duševnih poremećaja i podrazumijeva suzbijanje čimbenika rizika za razvoj duševnih poremećaja i jačanje zaštitnih čimbenika osiguranjem jednakih prava u obrazovanju, zapošljavanju i stanovanju, učenje roditeljskih vještina, društvene potpore visoko rizičnim skupinama (starije osobe, samohrani roditelji), kao i potpore osobama izloženim stresnim

događajima ili socijalnim nedaćama. Dakle, primarna prevencija usmjerena je na smanjivanje stope novooboljelih u zajednici, odnosno na osobe koje nisu trenutno bolesne, a u kojih postoji rizik razvoja određenog poremećaja. Primarna prevencija usmjerena je na praćenje vulnerabilnih i rizičnih skupina.

Sekundarna prevencija usmjerena je smanjenju prevalencije duševnih poremećaja skraćivanjem njihovog trajanja, ranim otkrivanjem i promptnim liječenjem. Programi sekundarne prevencije usmjereni su na osobe koje pokazuju rane znakove poremećaja, a cilj je skratiti trajanje poremećaja što ranijim otkrivanjem poremećaja i liječenjem.

Tercijarna prevencija namijenjena je smanjivanju težine i onesposobljenosti vezanih za određeni poremećaj. To se postiže liječenjem, medicinskom, radnom i socijalnom rehabilitacijom, skrbi za kvalitetu života te sprječavanjem prijevremenog umiranja, uključujući prevenciju samoubojstava.

Zaštita mentalnog zdravlja u Europi temelji se na zajedničkim vrijednostima i načelima univerzalnosti, solidarnosti, dostupnosti, učinkovitosti, visoke kakvoće i sigurnosti zdravstvene zaštite.

Za provođenje programa promocije iznimno je važno opširno znanje o odrednicama mentalnog zdravlja, ali i zdravlja općenito, kao i čimbenicima koji pridonose mentalnom zdravlju, a koji se mogu grupirati u tri skupine (Herrman i Jané-Llopis, 2012.) [36]:

- osobni čimbenici poput sposobnosti kontrole osjećaja i misli, učenja iz iskustva, uspješnog rješavanja konflikata te tolerancije nepredvidivih situacija
- čimbenici društva kojem pojedinac pripada, a očituju se u sposobnostima komunikacije, pregovaranja i sudjelovanja
- čimbenici kulturnog i političkog okruženja poput pravednih radnih uvjeta, pristupa obrazovanju, zakonskog prava na slobodu od diskriminacije ili slobode općenito.

Navedeni socijalni čimbenici naglašavaju društvenu odgovornost. Unaprjeđenje mentalnog zdravlja podrazumijeva stvaranje individualnih, društvenih i okolišnih uvjeta koji su osnažujući te kao takvi omogućuju optimalno zdravlje i razvoj.

6. Zaključak

U učinkovitom i idealiziranom modernom svijetu vlada diktat uspješnog života i sretnog majčinstva, tu jednostavno nema prostora u kojemu bi majke izrazile svoje probleme i dileme. Upravo zbog toga je potrebno posebnu pozornost posvetiti trudnicama, educirati ih o simptomima i znakovima postpartalne depresije i psihoze, kako bi ih pravovremeno prepoznale. Postpartalnu psihozu je teško spriječiti, ali je moguće podići svijest trudnica i njihove okoline da te emocije, razmišljanja i poremećaje može svatko razviti. Važno je znati da se toga ne smiju sramiti i da moraju potražiti stručnu pomoć kako bi se što prije započelo liječenje. Svrha liječenja je brzo i učinkovito poboljšanje psihičkog stanja, kako bi se majka mogla posvetiti svojoj zadaći – biti majka svome djetetu.

Primalje, medicinske sestre, pedijatri i ginekolozi su prvi u kontaktu s rodiljama, upoznati su s njihovom anamnezom što je od velike pomoći pri ocjenjivanju rizika nastanka postpartalne psihoze. Važno je da partner, obitelj i uži krug društva ne usmjeravaju svu svoju pozornost samo na novorođenče, nego da se posvete i majci, koju je potrebno promatrati, slušati, poticati na aktivnosti koje su ju uveseljavale prije poroda, pomagati im u kućnim aktivnostima te stvoriti okolinu sa što manje stresa. Unatoč svemu može se dogoditi da obitelj ne zamijeti problem. Stoga značajnu ulogu svakako imaju i patronažne medicinske sestre koje se s rodiljom individualno susreću u njenom domu te imaju mogućnost s njom uspostaviti povjerljiv odnos i dobru komunikaciju. Na taj način se na vrijeme mogu otkriti znakovi upozorenja. Ti znaci ne moraju uvijek biti jasni, jer ih zbog srama i straha od stigmatiziranja rodilje često pokušavaju sakriti. Iz tog razloga medicinska sestra mora imati znanje, vještine i kompetencije te biti dobar promatrač.

Važno je u proces zbrinjavanja rodilje s psihičkim poremećajem uključiti i partnera i obitelj, jer oni provode najviše vremena s njom te su prvi koji mogu opaziti neuobičajene promjene u njenom ponašanju.

Sestrinska skrb, s naglaskom na edukaciju, i za same rodilje, ali i njihove obitelji, od neizmjerne je važnosti u ovom izuzetno osjetljivom razdoblju u životu svake majke.

U Varaždinu, _____

Željka Dianek

_____

7. Literatura

[1] J. Heron, M. McGuinness, E. Robertson Blackmore, N. Craddock, I. Jones: Early postpartum symptoms in puerperal psychosis, BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology; 115(3), 2008, str. 348–353.

[2] HF. Butts, PostPartum Psychiatric Problems, A Review of the Literature, Dealing with Etiological Theories, Journal ofthe National Medical Association; 61(2), 1969, str. 136-139.

[3] GF. Blandford, Insanity and its treatment; lectures on the treatment, medical and legal, of insane patients. William Wood & Co, New York, 3ed, 1886, str. 56-57.

[4] SA. Tovino, Scientific Understandings of Postpartum Illness: Improving Health Law and Policy Harvard, Journal of Law&Gender, 33, 2010, str. 103-171

[5] A. Ali Burham Mustafa, Historical perspective of perspective of postpartum depression: Sufferingin Silence. JSZMC, 7(2), 2016, str. 936.

[6] D. Sit, AJ. Rothschild, KL. Wisner, A Review of Postpartum Psychosis, Journal of women's health, 15(4), 2006, str. 352-368.

[7] P. Dillon, Nursing health assessment: A critical thinking, case studies approach. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2003.

[8] C.J. De Frances, K. Cullen, LJ. Kozak, National hospital discharge survey: 2005 annual summary with detailed diagnosis and procedure dana. National Center for health statistics, Boston, Vital health Stat, 2007.

[9] A. Bačeković, Psihički poremećaji u postpartalnom razdoblju https://www.zdravobudi.hr/clanak/205/psihicki-poremecaji-u-trudnoci (dostupno 25.08.2017.)

[10] American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.

[11] R. Sparks, Sadness and Support: A Short History of Postpartum Depression. Mary Becker Rysavy Essay Contest- UI Carver College of Medicine 2013.

[12] I. Brockington, Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. World Psychiatry, 3(2), 2004, 8995. 9. Rai S, Psthak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. Indian J Psychiatry, 57(2), 2015, str. 216–221.

[13] MW. O'Hara, JA. Schlechte, DA. Lewis, MW. Varner, Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Psychological, environmental, and hormonal variables. J Abnorm Psychol, 100, 1001, str. 63–73.

[14] MW. O'Hara, AM Swain, Rates and risks of post-partum depression - A meta-analysis. IntRevPsychiatry, 8, 1996, str. 37.

[15] C. Reck, K. Struben, M. Backenstrass, etal. Prevalence, on set and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. Acta PsychiatrScand, 118(6), 2008, str. 459-468.
[16] D. Ostojić, Suvremeni pristup prvim psihotičnim poremećajima, Medicinska naklada, 2015.
[17] K. Pecigoš - Kljuković, Zdravstvena njega trudnice, rodilje i babinjače. 2. izd. Zagreb: Školska knjiga; 2005.
[18] A. Dražančić i sur, Porodništvo. 2. Izd. Zagreb: Školska knjiga; 1999.
[19] Uputa o lijeku: Informacija za bolesnika, http://www.almp.hr/upl/lijekovi/PIL/UP-I-530-09-08-02-137.pdf (dostupno 27.08.2017.)
[20] Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, https://moodle.vz.unin.hr/moodle/mod/resource/view.php?id=20686 (dostupno 26.08.2017.)
[21] Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011. http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf (dostupno 26.08.2017.)
[22] Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze 2, Zagreb, 2013. http://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.pdf (dostupno 28.08.2017.)
[23] I. Kuvačić, A. Kurjak, J. Đelmiš i sur, Porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
[24] EJ. Russell, JM. Fawcett, D. Mazmanian, Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis, J ClinPsychiatry, 74(4), 2013, str. 377-385.
[25] CF. Zambaldi, A. Cantilino, AC. Montenegro, JA. Paes, TL de Albuquerque T, EB Sougey, Postpartum obsessive - compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics, ComprPsychiatry, 50(6), 2009, str. 503-509.
[26] M. Milosavljevic, D. Lecic Tosevski, I. Soldatovic, etal. Posttraumatic Stress Disorder after Vaginal Delivery at Primiparous Women, Scientific Reports, 6, 27554.
[27] DK. Creedy, IM. Shochet, J. Horsfall, Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors Birth, 27(2), 2000, str. 104-111.
[28] AE. Sved-Williams, Phobic Reactions of Mothers to Their own Babies, Aust NZJ Psychiatry, 26(4), 1992, str. 631-638.
[29] A. Parizek, M. Mikešova, R. Jirak, etal. Steroid Hormones in the Development of Postpartum Depression, PhysiolRes, 63 (2), 2014, str. 277-282.
[30] JS. Abramowitz, SA. Schwartz, KM. Moore, KR. Luenzmann. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. J Anxiety Disord, 17, 203, str. 461– 478.

[31] C. Henshaw, Mood disturbance in the early puerperium: A review, Arch Womens Ment Health, 6(2), 2003, str. 33–42.

[32] LL. Altshuler, L. Cohen, MP. Szuba, VK. Burt, M. Gitlin, J. Mintz, Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: Dilemmas and guidelines, Am J Psychiatr, 153, 1996, str. 592– 606.

[33] F. Uguz, V. Sharma, Mood stabilizers during breast feeding: a systematic review of the recent literature, Bipolar Disord, 18, 2016, str. 325–333.

[34] MG. Spinelli, Postpartum psychosis: detection of risk and management, Am J Psychiatry, 166, 2009.

[35] M. Jakovljević, D. Begić, Socijalna psihijatrija danas: izazovi i mogućnosti, Socijalna psihijatrija, 2013. http://www.hrcak.srce.hr (dostupno 27.08.2017.)

[36] B. Antolić, M. Novak, Promocija mentalnog zdravlja: Temeljni koncepti i smjernice za roditeljske i školske programe, 2016. https://www.hrcak.srce.hr/file/238605 (dostupno 25.08.2017.)

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Željka Dianek pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada pod naslovom *Zdravstvena njega bolesnice s postpartalnom psihozom* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Željka Dianek
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Željka Dianek neopozivo izjavljujem da sam suglasna s javnom objavom završnog rada pod naslovom *Zdravstvena njega bolesnice s postpartalnom psihozom* čija sam autorica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Željka Dianek
(vlastoručni potpis)