

Zdravstvena njega bolesnica s postpartalnom psihozom

Kocijan, Barbara

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:115978>

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

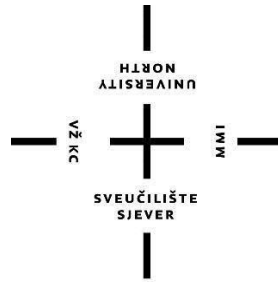
Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-14**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





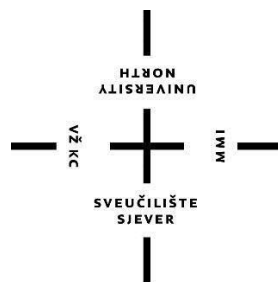
Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1033/SS/2018

Zdravstvena njega bolesnica s postpartalnom psihozom

Barbara Kocijan (0713/336)

Varaždin, rujan 2018. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 1033/SS/2018

Zdravstvena njega bolesnica s postpartalnom psihozom

Student

Barbara Kocijan, (0713/336)

Mentor

Marija Božičević, mag.med.techn.

Varaždin, rujan 2018. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
PRISTUPNIK	Barbara Kocijan	MATIČNI BROJ	0713/336
DATUM	09.07.2018.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Zdravstvena njega bolesnica s postpartalnom psihozom		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Health care for patient with postpartal psychosis		
MENTOR	Marija Božičević, mag. med. tech.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Ivana Živoder, dipl.med.techn., predsjednik		
	2. Marija Božičević, mag. med. tech., mentor		
	3. doc.dr.sc. Hrvoje Hećimović, član		
	4. Jurica Veronek, mag. med. tech., zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ	1033/SS/2018
OPIS	

Babinje ili puerperij je razdoblje od šest tjedana poslije porođaja, koje je potrebno da bi se procesi u organizmu ponovno vratili u stanje kao prije trudnoće.

Započinje dva sata poslije porođaja i to je vrijeme intenzivnog nadzora majke.

Rođenje djeteta stresogeni je događaj koji u žena može biti i percipitirajući za razvoj psihičkih poremećaja u babinju. Ako simptomi traju duže vrijeme te se produbljuju, 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 predstavlja hitno stanje u psihijatriji te zahtjeva neodgodivo psihijatrijsko liječenje i intenzivnu psihijatrijsku skrb.

U radu je potrebno:

- definirati pojam postpartalne psihoze
- prikazati etiologiju i epidemiologiju poremećaja
- prikazati načine liječenja i prevencije poremećaja
- opisati uloge medicinske sestre u liječenju i zdravstvenoj njezi u razdoblju puerperija i specifičnosti psihijatrijske zdravstvene njege kod bolesnica oboljelih od postpartalne psihoze
- prikazati slučaj pacijentica oboljelih od postpartalne psihoze

ZADATAK URUČEN 19.09.2018.



Predgovor

Zahvaljujem se svojoj mentorici, Mariji Božičević, mag.med.techn., na strpljenju, pomoći i vodstvu tijekom stvaranja ovog rada.

Zahvaljujem se obitelji i prijateljima na pruženoj podršci i pomoći tijekom studiranja.

Sažetak

Početak roditeljstva prikazuje se kao razdoblje neviđene sreće- zadovoljno dijete i njegovi roditelji u mjehuriću savršenstva i sreće. No taj savršeni prikaz izostavlja velik dio svakidašnje realnosti: tjelesnu i emocionalnu ranjivost, hormonske uspone i padove, nelagodu, iscrpljenost i golemu odgovornost brige za novorođenče. Rođenje djeteta je stresogeni događaj koji u žena može biti i precipitirajući za razvoj psihičkih poremećaja u babinju (razdoblju nakon poroda). Ako simptomi traju duže vrijeme te se produbljuju, 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.

Kod liječenja psihijatrijskih bolesnica važnu ulogu ima medicinska sestra koja se za njih nalazi svakodnevno ili više puta tjedno. Ona ima ulogu informatora, edukatora, savjetnika, ulogu vođe te provoditelja zdravstvene njege i zdravstvenog odgoja. Kako bi izlječenje bilo što brže i učinkovitije, medicinska sestra mora se pridržavati osnovnih načela zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika a to su: holistički pristup, poštivanje jedinstvenosti ljudskog bića, privatnost i dostojanstvo, terapijska komunikacija, bezuvjetno prihvaćanje uključivanje klijenata te pomoć pri učinkovitoj prilagodbi.

Tema ovog rada jest postpartalna psihoza, koju srećom, danas susrećemo vrlo rijetko, no ono ne umanjuje izazov i težinu psihijatrijskog liječenja te se podrazumijeva hitnim stanjem kod pacijentica koje zahtjeva intenzivnu psihijatrijsku skrb. U radu će se: definirati pojam postpartalne psihoze, prikazati etiologija i epidemiologija poremećaja, načine liječenja, prognozu i prevencije poremećaja, opisati uloge medicinske sestre u liječenju i zdravstvenoj njezi u razdoblju puerperija i specifičnosti psihijatrijske zdravstvene njege kod bolesnica oboljelih od postpartalne psihoze te prikazati slučaj pacijentica oboljelih od postpartalne psihoze.

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

Summary

The beginning of parenthood is shown as a time of unseen happiness - a happy child and his parents in the bubble of perfection and happiness. But this perfect view loses much of everyday reality: physical and emotional vulnerability, hormonal ups and downs, discomfort, exhaustion, and immense responsibility for caring for newborns. Childbirth is a stressful event that women may be experiencing in the development of mental disorders in a father (postnatal period). If the symptoms last for a long time and deepen, then the symptoms of more severe psychological postpartum disorders occur. This group includes postpartum depression and postpartum psychosis, as well as various variations of the aforementioned diagnosis with regard to the weight of the clinical picture.

In the treatment of psychiatric patients, a nurse has an important role to play with them daily or multiple times a week. It has the role of informatics, educators, counselors, the role of leaders and health care providers and health education. In order for the cure to be faster and more efficient, the nurse must adhere to the basic principles of psychiatric care: holistic approach, respect for human being's uniqueness, privacy and dignity, therapeutic communication, unconditional acceptance of customer involvement, and effective adaptation assistance.

The subject of this work is postpartal psychosis, which fortunately today we encounter very rarely, but it does not diminish the challenge and weight of psychiatric treatment and implies urgency in patients requiring intensive psychiatric care. The paper deals with: defining the concept of postpartum psychosis, presenting the etiology and epidemiology of the disorder, methods of treatment, prognosis and prevention of disorders, describing the role of nurses in treatment and nursing care in puffer period and psychiatric care specificity in patients suffering from postpartal psychosis and presenting case a patient suffering from postpartal psychosis.

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

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Psihički poremećaji u babinju.....	3

2.1. Puerperium ili babinje	3
2.2. Povijest postpartalne dijagnoze	3
2.3. Podjela postpartalnih dijagnoza	4
2.3.1. Postpartalna tuga (postpartalni <i>blues</i>)	4
2.3.2. Postpartalna depresija	5
2.3.3. Postpartalni anksiozni poremećaji	5
2.3.4. Postpartalna psihoza	6
2.4. Etiologija	8
2.5. Liječenje	9
2.5.1. Liječenje psihičkih poremećaja	9
2.5.2. Uzimanje psihofarmatika i dojenje	9
2.6. Epidemiologija i klinička slika	10
2.7. Prognoza	11
2.8. Prevencija postpartalnih poremećaja	12
3. Prikaz slučaja	13
4. Zdravstvena njega u babinju	15
4.1. Utvrđivanje prioriteta u zdravstvenoj njezi	15
4.2. Intervencije u postpartalnoj skrbi	16
4.2.1. Vođenje puerperiuma i njega roditelje	16
4.2.2. Pregled roditelje	16
4.2.3. Kontrola općeg i lokalnog stanja roditelje	16
4.2.4. Mokrenje i stolica	17
4.2.5. Higijena roditelje	17
4.2.6. Prevencija infekcije epiziotomije	17
4.2.7. Edukacija majke o dojenju	18
4.2.8. Prehrana roditelje	18
4.2.9. Dodatni savjeti za roditelju	18
5. Zdravstvena njega bolesnica s postpartalnom psihozom	19
5.1. Uloga medicinske sestre kod zdravstvene njege bolesnica s postpartalnom psihozom	19
5.1.1. Uloga medicinske sestre na psihijatrijskom odjelu	19
5.1.2. Osnovna načela zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika	20
5.2. Uloga patronažne sestre kod bolesnica s postpartalnom psihozom	21
5.2.1. Intervencije patronažne sestre	22
5.3. Uloga obitelji i partnera	23
5.4. Sestrinska dijagnoza	24
6. Zaključak	25
7. Literatura	26

1. Uvod

Unatrag nekoliko desetljeća poraslo je zanimanje za mentalno zdravlje žena, koje uključuje zdravstvena pitanja i bolesti koje su jedinstvene za žensku populaciju, bolesti koje se očituju različitom simptomatologijom u muškaraca i žena, imaju različit tijek bolesti ili različito reagiraju na terapijske intervencije. Klinička istraživanja na ženskoj populaciji nisu rađena sve donedavno jer se pretpostavljalo da nema bitnijih razlika u odnosu na spol. No, danas znamo da to nije tako [1].

Hipokrat je 400 godina prije Krista proučavao i opisivao odnos između porođaja i psihičkih poremećaja. Unatoč pretpostavkama znanstvenika da je početak psihijatrijske bolesti tijekom postpartalnog perioda biološki uzrokovan, ne uspijevamo pronaći rezultate studija u dostupnoj literaturi koji bi potvrdili tu pretpostavku. Prva postpartalna godina je označena kao najviša točka u životu po broju hospitalizacija žena u psihijatrijskim ustanovama. Prema podacima studije Duffya čak 12,5% svih hospitalizacija žena događa se u tom periodu. Kendal sa suradnicima 1987. godine opisao je kako postoji zamjetan porast psihijatrijskih hospitalizacija u prva tri mjeseca postpartalnog perioda. Miller 2002. godine ističe značajno povećan rizik za žene u prvih šest mjeseci postpartalnog perioda za razvoj poremećaja raspoloženja u usporedbi s drugim periodom ženina života. To je zabrinjavajući podatak jer majčina psihička bolest može utjecati i na dobrobit djeteta te je stoga vrlo važno identificirati i adekvatno liječiti te tegobe i smetnje u žena. Postpartalni period je također vrijeme povišenog rizika za početak ili pogoršavanje kliničke slike i tijekom paničnog poremećaja i opsesivno kompulzivnog poremećaja [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].

Zahvaljujući naglom razvoju i napretku opće i zdravstvene prosvjećenosti društva postporođajni poremećaji su danas mnogo rjeđi nego prije dvadesetak godina, pa i kada se pojave češće su bez težih posljedica kako za majku (rodilju) tako i za obitelj, a posebno za novorođenče. No, činjenica je da ih još uvijek nalazimo i da su s tim u svezi definirani i u

najrecentnijoj službenoj klasifikaciji pod nazivom "Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja udruženi s puerperijem (babinjama), koji nisu klasificirani na drugom mjestu". Pod tim se poremećajima razumijevaju psihički poremećaji majke u periodu poroda i/ili nakon poroda[3]. U te poremećaje svrstani su: [3] blagi duševni poremećaji koji su u vezi s puerperijem (postpartalna depresija - blaga) teški duševni poremećaji i poremećaji raspoloženja (puerperalna psihoza) ostali duševni poremećaji i poremećaji ponašanja, nespecificirani.

Cilj ovog rada je osvijestiti i educirati zdravstvene djelatnike i roditelje o postpartalnim dijagnozama, njezinim prevencijama i liječenju. Prikazana je sestrinska skrb bolesnica oboljelih od postpartalne psihoze te isto tako i liječenje. U radu je prikazana etiologija bolesti, učestalost pojavljivanja, klinička slika, načini liječenja postpartane psihoze te zdravstvena njega u babinju i postpartalnim dijagnozama.

2. Psihički poremećaji u babinju

2.1. Puerperium ili babinje

Puerperium ili babinje predstavlja doba i stanje organizma žene poslije porođaja u kome se gube promjene nastale za vrijeme trudnoće i porođaja, a svi se organi vraćaju u stanje koje je postojalo prije trudnoće [4].

Porodom posteljice započinje razdoblje puerperia ili babinja koji u prosjeku traje šest sedmica nakon poroda. Kroz to razdoblje dolazi do povlačenja genitalnih i ekstragenitalnih promjena nastalih za vrijeme trudnoće te do oporavka od samog poroda. U svojim fiziološkim okvirima razdoblje babinja obuhvaća sljedeće promjene: - dolazi do postupnog smanjenja maternice i rodnice na veličinu prije trudnoće; - uspostavlja se laktacija, a i sama maternica se obnavlja i priprema za nove cikluse i moguću trudnoću [4].

2.2. Povijest postpartalne dijagnoze

Iako se povezanost postpartalnog perioda i psihijatrijskih poremećaja prepoznala prije gotovo 2000 godina, tek u 19. Stoljeću kliničari su počeli promišljati o pitanjima na koja i danas nemamo odgovor. Esquirol (1845.) je opisao varijacije poremećaja raspoloženja povezane s periodom te raspravljao o njihovoj povezanosti s dojenjem. Nedugo potom, Marce, francuski liječnik, napisao je *Insanity in Pregnant, Puerpal and Lactating Women* (1858.). Marce je opisao da se postpartalni mentalni poremećaji mogu pojaviti s različitim jedinstvenim simptomima koji kad su u kombinaciji s postpartalnim periodom, stvaraju jasne sindrome koji se mogu klasificirati u dvije podgrupe: simptomi s ranim početkom (povećana konfuzija ili delirij) te oni s kasnijim početkom (više tjelesni simptomi). No, godine su odmicala, a jasni opisi postpartalnih sindroma su i dalje bili nedostatni. Dugoročna i dugotrajna rasprava dovela je do pomaka u klasifikacijskim sustavima te je tako Američka psihijatrijska udruga (1968.) u DSM-II klasifikaciju uvela „psihozu povezanu s porođajem“ u poglavlju psihoze uzrokovane organskim stanjima. U DSM-III (APA, 1980.) klasifikaciji i njezinoj reviziji postpartalna psihoza je opisana samo kao primjer atipične psihoze. DSM-IV (APA, 1994.) označuje „postpartalni početak“ kao atipičnu oznaku poremećaja raspoloženja i kratkotrajne reaktivne psihoze. Dakle, ako se simptomi pojave unutar četiri tjedna od porođaja, može se dodati oznaka „s postpartalnim početkom“, što je zadržano i u DSM-V (APA, 2013.) klasifikaciji [1].

Teorije o postpartalnoj mentalnoj bolesti upućivale su na važnost intrapsihičkog konflikta (Zilboorg, 1943.), strukture osobnosti i psihosocijalne prilagodbe (jansson, 1963.). naglašena je multifaktorijalna etiologija koja uključuje individualnu osjetljivost ili predispoziciju za bolest. Postpartalni poremećaji raspoloženja mogu se klasificirati kao postpartalna tuga, postpartalna depresija i postpartalna psihoza. Predstavljaju li ta tri stanja različite sindrome ili su dio kontinuuma, ostaje nejasno [1]. (Str, 41-42)

2.3. Podjela postpartalnih dijagnoza

Donošenje djeteta na svijet je vjerojatno najkompleksniji događaj u životu, psihološki gledano, sa kojim nastaju korijenite promjene u životu žene. Trudnoća i babinje mogu biti okidač za javljanje psihičkog oboljenja, svakako predstavljaju period povećane vulnerabilnosti. Po literaturi žene imaju 22 puta veću šansu da dožive psihotičnu epizodu u prvom mjesecu po porođaju nego bilo kada u životu [5].

Postpartalni poremećaji raspoloženja mogu se podijeliti u tri kategorije: postpartalna tuga, depresija i psihoza.

2.3.1. Postpartalna tuga (postpartalni *blues*)

Postpartalna tuga je najčešća i najmanje ozbiljna postpartalna bolest, a pogađa između 50% i 85% novorotkinja. To stanje nije smatrano poremećajem u kojemu je nužna psihijatrijska pomoć. Postpartalna tuga je kratkotrajna, s akutnim tipičnim početkom u prva dva do četiri dana nakon porođaja i u trajanju do najduže dva tjedna, ali moguće je i trajanje od nekoliko sati do nekoliko dana. Opisani su različiti simptomi, uključujući zaboravljivost, plačljivost, iritabilnost, glavobolje, umor, konfuziju, anksioznost, blagu depresiju i nestabilno raspoloženje[1].

Studija koju je radio O'Hara sa suradnicima proučavala je i biološke i psihosocijalne faktore te stresne životne događaje kao i osobnu ili obiteljsku povijest depresije u odnosu na povezanost s postpartalnom tugom [1].

S obzirom da je postpartalna tuga prolaznog karaktera i nema dugotrajnih posljedica, najčešće nisu nužne medicinske i psihijatrijske intervencije, obično je dovoljna podrška i edukacija te nadzor kako simptomi ne bi prerasli u postpartalnu depresiju [1]. (42)

Ta stanja i nisu previše rijetka, no ne zahtijevaju posebno liječenje [6]. (77)

2.3.2. Postpartalna depresija

Dva ili tri dana nakon porođaja žena se može odjednom početi osjećati plačljivo i depresivno. To je opće poznato kao »treći dan tuge« ili mliječna tuga, zato što se često poklapa s nadolazećim mlijekom. Ti osjećaji posljedica su hormonskih promjena koje se odvijaju u tijelu i trebali bi nestati za nekoliko dana [7].

Korijene depresije trebalo bi tražiti u emocionalnim smetnjama u oralnoj fazi razvoja. Teškoće budućeg depresivnog bolesnika u ovoj fazi razvoja sastojale bi se u uskraćivanju ljubavi. To bi uvjetovalo fiksacije u oralnoj fazi, a to znači povećanu ovisnost pojedinca o svim osobama koje mu mogu pružiti emocionalnu gratifikaciju. Sadomazohistički stav koji je karakterističan za odnos depresivnog bolesnika prema sebi i okolini proizlazio bi iz osnovnog ambivalentnog stava prema izgubljenom objektu. Sadomazohizam uvjetuje pojavu ideja samooptuživanja, samouništenja i osjećaja vlastite bezvrijednosti. Negativan odnos prema sebi i svojoj budućnosti onemogućava bilo kakvu realnu procjenu situacije, odmjeravanja misaonog i realnog. Sama manija nije ništa drugo nego način promicanja depresije. Taj ambivalentni stav osobito je izražen u trudnoći i početak je psihičkih smetnji trudnica [8].⁴²⁵ Dok simptomi postpartane depresije, ako se ne liječe, mogu se oduljiti i nekoliko mjeseci. Simptomi uključuju osjećaj potištenosti i tuge kao i razdražljivost i iscrpljenost te izostanak sna. Može se izgubiti i zanimanje za hranu ili pak previše jesti i nakon toga osjećati krivicu [7]. str. 93)

2.3.3. Postpartalni anksiozni poremećaji

Nema podataka o prevalenciji postpartalnih anksioznih poremećaja. No, postoje brojni prikazi slučajeva koji opisuju pogoršanje anksioznih poremećaja, posebno paničnog poremećaja i opsesivno-kompulzivnog poremećaja, koji se pojavljuju u prvih 12 tjedana nakon porođaja [1].

Najčešća tema opsesivnih misli tijekom postpartalnog perioda je da će se nanijeti šteta djetetu. Za razliku od postpartalne psihoze u kojoj se također mogu javiti opsesivne misli, te opsesije u postpartalnom opsesivno-kompulzivnom poremećaju uzrokuju značajan distress majci, ali nisu rizik za dijete. Pristup liječenju postpartalnih anksioznih poremećaja trebao bi biti multifaktorijalan i uključivati interpersonalnu i kognitivno-bihevioralnu terapiju, a u težim slučajevima farmakoterapiju uobičajenu za anksiozne poremećaje [1]. 45

2.3.4. Postpartalna psihoza

Postpartalna je psihoza najteži i najrjeđi mentalni poremećaj, a pojavljuje se u 1-2 žene na 1000 porođaja. Psihoza počinje brzo nakon porođaja, obično unutar nekoliko dana, te većina slučajeva unutar prva tri postpartalna tjedna. Mnogi istraživači su opisali da je postpartalna psihoza jedna od manifestacija bipolarnog poremećaja. Moguće su kratkotrajne psihotične epizode i shizofrenija, ali mnogo rjeđe [1].

Ima osoba kod kojih su i prije trudnoće postojali psihički poremećaji, a babinje su samo izazvale psihozu. S druge strane, endokrini poremećaji, toksični i infektivni agensi mogu biti pravi uzrok pojave psihoze u babinju.. S gledišta akutne psihotičnosti najvažnija je postpartalna psihoza. Ona se pojavljuje nakon poroda, prvih šest tjedana. Za nastanak takva stanja može biti odgovorno više faktora, što je vrlo važno za prognozu. Naime, osim nezrele ličnosti, koja nije sposobna prevladati otpor prema djetetu ili ocu djeteta, straha od materinstva i budućnosti djeteta u odnosu na svoje sposobnosti stvaranja objektivne relacije, postoje i socijalni faktori kao što su neželjeno dijete, izvanbračno dijete i socijalna neadaptiranost. [8].

Simptomi postpartalne psihoze uključuju deluzije, halucinacije, nedovoljan uvid u realitet, nagle promjene raspoloženja, tešku agitaciju, konfuziju, dezorganizirano razmišljanje, nesanicu te abnormalne ili opsesivne misli.

Značajan rizični faktor za postpartalnu psihozu je povijest bipolarnog poremećaja, a rizik se procjenjuje oko 26%-35% za pojavnost postpartalne psihoze u žena u kojih je postavljena dijagnoza bipolarnog poremećaja[1].

Rane psihoze- nastaju neposredno nakon poroda. Mogu ih uzrokovati akutne upale i septički procesi, pojavljuju se i delirantna stanja, hipotermijom i azotermijom. Prognoza im je loša[8].

Kasnije psihoze- pojavljuju se 12. Do 14. dana puerperija. Dolaze približno jedna na 1000 trudnoća. Najčešće psihotične reakcije su shizofrene i manijakalno-depresivne. U lakšim slučajevima dominira mentalna konfuzija, melankolična depresija i katkada halucinacijski delirij. Kod nekih se osoba redovito pojavljuju recidivi nakon svakog poroda. Takve osobe naginju na suicide i na čedomorstvo, što je važno za sudsku medicinu. Isto tako moramo paziti da se psihotične babinjače odijele od ostalih, pogotovo novorođenčadi i da budu pod stalnom paskom osoblja rodilišta [8].

Shizofrene psihoze u trudnoći i puerperiju kod mladih i odraslih mogu imati porijeklo u djetinjstvu. Uočljivi predznaci početne shizofrene psihoze koja razgrađuje strukture i funkcije ličnosti, u djetinjstvu su najčešće prikriveni i gotovo nevidljivi, pa i onda kada se vrlo pažljivo istražuju, da ih je teško uočiti i dokazati. Uza simptome kao što su emocionalno siromaštvo, uporni i neobični obredi i ponašanja, halucinacije, upadljivo nesvjesno maštanje, jaka intelektualna zakočenost, razne kovanice, mutizam ili druge neobičnosti u govoru, i postavljanje dijagnoze shizofrenije na temelju simptoma manje je sigurno nego na osnovi procjene dinamike i funkcije ličnosti. Kad god se pocijeni da se uspostavlja kompromis između nagonских težnji i stvarnosti, koji ego ostvaruje putem obrana (regresija, projekcija, premještanje, identifikacija) uza simptome kao što su fobički, depresivni, histerički i osobito prisilni, što ljulja i ruši kompromis, postoji sumnja da je otvoren put psihotičnoj odnosno shizofrenoj razgradnji ličnosti. Shizofreni proces prividno se može iskazati u obliku neurotske slike. Dakle, u shizofreniji dolazi dolazi do potpunog povlačenja libida s vanjskih objekata. Shizofrenik regredira do stanja primarnog narcizma u kojem još nije došlo do diferencijacije pojedinih instancija individuuma, niti diferencijacije ja i ne ja, između ličnosti i sredine, između unutrašnjeg i vanjskog [8].

Postoje tri karakteristična psihička profila shizofrene majke: [8] -

dominantna, agresivna, hladna majka

- prezaštitnički raspoložena majka
- majka koja stalno igra ulogu žrtve

Sva tri tipa ometaju da se razvije neovisna i samostalna osoba te tako prođe adekvatni proces identifikacije i prihvati feminina uloga. U takvih žena mogu se pojaviti psihotička stanja u vezi s ovulacijom, oplođenjem, trudnoćom, porodom, dojenjem i klimakterijem [8]. U prošlosti (osobno sam susretala takve kliničke slike još početkom osamdesetih godina prošlog stoljeća) su se postpartalne psihoze češće manifestirale i po tipu akutnog organskog psihosindroma popraćenog često i s febrilnim stanjem. Najčešće nema afektivnog zaravljenja, mišljenje je formalno obično uredno osim sumanutih sadržaja. Obično nema sumanutosti u odnosu na druge osobe osim novorođenčeta i njegovog oca i rijetka je ambivalencija, osoba je najčešće jasno fokusirana na realizaciju događaja koji planira izvesti posebno kada je to sasvim psihotično. Vrlo je čest slučaj u takvim stanjima izvršenje infanticida (čedomorstva) i/ili suicida [3].

Navedene karakteristike i simptomi postpartalne psihoze vrlo su važni i korisni podaci u vršenju vještačenja ubrojivosti počinitelja i omogućuju jasno razlikovanje ubrojivosti počinitelja - roditelja od ubrojivosti eventualnih pomagača u djelu [3].

U novijoj domaćoj pa i stranoj stručnoj literaturi rijetki su opisi postpartalnih psihoza, u starijoj stručnoj literaturi rabi se izraz laktacijske psihoze i čedomorstava, što je vrlo vjerojatno posljedica utjecaja značajnog poboljšanja stručnosti i perinatalne njege i skrbi. To međutim nije opravdanje, jer su s druge strane čedomorstva u forenzičkoj psihijatri i danas često prisutna i opisivana. I ovaj tekst pisan je s namjerom da preveniramo ili bar pravovremeno liječimo sve slučajeve postpartalnih psihoza i prevenciju i kurativu nadredimo forenzičkoj stvarnosti, pa će u takvoj situaciji forenzičkoj literaturi preostati samo da o infanticidu kao posljedici postpartalne psihoze piše samo kao o povijesnim činjenicama i raritetu. Posebno je važno, da liječnici u rodilištu budu oprezni u monitoriranju psihičkog stanja majki koje su rodile dijete s malformacijama ili bilo kakvim oštećenjima, jer to može dovesti do naglih psihičkih dekompenzacija i suicidalnosti majke. To je dodatni razlog, da svako rodilište mora imati psihijatra i da bi psihijatrijski pregled žene u puerperiju trebao biti *conditio sine qua non* [3].

2.4. Etiologija

Psihičke pojave koje se mogu pojaviti u trudnoći i puerperiju kao što su strah i razni neurotski sindromi (fobije, prisilne misli, konverzivne smetnje) nije dovoljno uočiti i opisati, već je potrebno objasniti njihov nastanak. Psihodinamski pristup razumijevanja navedenih smetnji tumači da sve psihičke pojave nastaju u sukobu seksualnih i agresivnih nagona s jedne strane te društvenih normi i zabrana s druge strane, kao posljedica intrapsihičkih i intrapersonalnih konflikata koji u tom sukobu nastaju. To znači da svaki psihički poremećaj u sadašnjosti ima uzrok u prošlosti i može se objasniti samo oslanjanjem na prošlost. Psihodinamsko razumijevanje psihičkih poremećaja poklanja mnogo pažnje razvoju ličnosti i smatra da je nastanak ličnosti rezultat interakcije bioloških, psiholoških i društvenih odrednica, u prvom redu obitelji, koja je stvari prenosilac zbivanja u društvu i kulturi [8].

Usprkos nekolicini hipoteza, trenutno ne postoji prihvaćena teorija o uzrocima i mehanizmima nastanka postpartalnih mentalnih poremećaja. Etiologija ovih poremećaja je multifaktorska: uz genetsku predispoziciju, nagle hormonalne promjene, značajnu ulogu imaju i psihosocijalni faktori. Vjerojatno je da su ovi poremećaji povezani sa iznenadnim promjenama u produkciji hormona koji utiču na nurološki sistem i, sa druge strane, sposobnošću receptorskog sistema da se prilagode tim promjenama [9].

Povišene faktore rizika imaju: prvorođene majke, porođaj per vias abdominalis, zatim žene s povijesti psihičkih bolesti uključujući prethodni postpartalni poremećaj, pozitivan hereditet (naročito ako su majka ili sestra imale postpartalni poremećaj), stresan životni događaj u toku trudnoće i/ili porođaja, seksualno zlostavljanje u anamnezi, vulnerabilne crte ličnosti [10].

2.5. Liječenje

2.5.1. Liječenje psihičkih poremećaja

Liječenje ovih poremećaja uvijek je jako zahtjevno i kompleksno. U prvom redu, ovisno o dominirajućim simptomima, primijenit ćemo gotovo uvijek kombinacije psihofarmatika (antidepresiva, neuroleptika i anksiolitika), vrlo često koristit ćemo se i elektrostimulacijskom terapijom, osobito kod suicidalnih bolesnika [11].

Ne treba zaboraviti da je ovdje vrlo važna individualna psihoterapija s bolesnicom i rad članova obitelji, u prvom redu suprugom, potom s već rođenom djecom, te članovima šire obitelji koji će biti uključeni u cijelo zbrivanje (bake, tete i ostali) [10]. 242-243

U načelu, primjenjuju se tri metode liječenja: [11]

-psihofarmakološko liječenje (antidepresivi, anksiolitici)

-druga farmakoterapija (hormoni, bromkriptinom)

-druge metode liječenja (promjene životnog stila, dodaci hrani, terapija svjetlom)

Ciljevi liječenja postpartalnih duševnih poremećaja je smanjenje simptoma majke i poboljšanje odnosa majke i djeteta kao i međusobno obiteljsko funkcioniranje. Žene i njihove obitelji trebaju dobiti psihoedukaciju o bolesti, uključujući rasprave temeljene na dokazima o rizicima i prednostima svake mogućnosti liječenja. Razvijanje učinkovitih strategija u globalnim okruženjima omogućuju isporuku ciljane terapije ženama s različitim kliničkim fenotipovima i ozbiljnosti postpartalnih duševnih poremećaja [12]

2.5.2. Uzimanje psihofarmatika i dojenje

Procjenjuje se da oko 50% majki doji novorođenčad. Dojenje pojačava povezanost majke i djeteta a ima i zdravstvenu korist za novorođenče. Majčino mlijeko sadrži antitijela, enzime, hormone, faktor rasta i druge komponente važne za pravilan razvoj djetetova digestivnog trakta kao i za zaštitu od patogenih tvari. No, relativno se malo zna o riziku za dijete koje je izloženo

medikamentima kroz majčino mlijeko, te se stoga često u kliničkoj praksi preporučuje prekid dojenja u tim slučajevima. Novije studije pak daju ohrabrujuće rezultate o korištenju psihofarmatika rijekom dojenja bez pojave nuspojava u dojene djece. S obzirom na to da je postpartalna depresija relativno česta, ohrabrujući su podaci o relativno sigurnom korištenju antidepresiva pri dojenju [1].

Lijekovi za prvu liniju korištenja u žena koje doje su oni s najsigurnijim i najopsežnijim podacima. Postpartalna psihoza se mora liječiti i obično zahtijeva uporabu antipsihotika i drugih psihotropnih lijekova. Obično se radi o veoma bolesnim ženama koje najčešće nisu sposobne održavati nužno potrebnu pažnju tijekom dojenja, te se najčešće preporučuje da bolesnice s postpartalnom psihozom ne doje svoju djecu [1] . 45-47

2.6. Epidemiologija i klinička slika

Poremećaj	Pojavnost (%)	Vremenski tijek	Kliničke oznake
Postpartalna tuga	50-85%	Početak unutar prvog postpartalnog tjedna, povlači se za 10-14 dana	Nestabilno raspoloženje, plačljivost, anksioznost, nesаница
Postpartalna depresija	6,8.16,5%	Početak unutar prvog postpartalnog mjeseca, trajanje slično velikoj depresivnoj epizodi	Depresivno raspoloženje, krivnja, anksioznost, strah da se naškodi djetetu
Postpartalna psihoza	0,1-0,2%	Početak unutar prvoh postpartalnog mjeseca, trajanje varijabilno, tjedni do mjeseci	Dezorijentacija, konfuzija, deluzije, halucinacije, česte nagle promjene raspoloženja

Tablica 2.1. Postpartalni psihijatrijski poremećaji [1]. 43)

Različiti psihički poremećaji u žena se češće javljaju u graviditetu, u vrijeme porođaja, u peuperiju i laktaciji. U graviditetu se obično javljaju različiti lakši psihički poremećaji vezani uz gestozevećina psihičkih poremećaja koji se javljaju za vrijeme ili neposredno poslije poroda

pokazuju sliku akutnog egzogenog sindroma (delirij). Pueperalne psihoze općenito se javljaju najčešće u prva dva tjedna nakon porođaja [13].

Neki slučajevi pripadaju u skupinu simptomatskih poremećaja koji prate puerperalnu groznicu. Moderna kemoterapija i antibiotici znatno su smanjili važnost te skupine. Najveći broj puerperalnih psihičkih poremećaja, uz spomenute, ubrajamo u skupinu shizofrenih i afektivnih psihoza [13].

U pueperiju se najčešće pojavljuju ovi klinički sindromi: [13]

1. pojedine su kliničke slike (amentne, delirantne) akutnog egzogenog reaktivnog tipa. Te se kliničke slike najčešće javljaju u prvim danima ili prva dva tjedna poslije partusa.

Karakteriziraju ih smetenost i delirantna stanja. Počinju obično u puerperalnoj infekciji, no mogu se pojaviti naglo i kod bolesnica u kojih do tada nije bilo nikakvih znakova infekcije

2. manično-depresivna psihoza javlja se sa slikom a)manje b)depresije. Manične psihoze veoma su rijetke, za razliku od depresivnih

3. shizofreniformne psihoze

Katkada treba pričekati da prestane djelovanje patoplastičnih faktora, npr. infekcije, pa se tek onda pojavi prava slika shizofrene psihoze. Te bi psihoze bile samo izazvane puerperijem i njegovim popratnim komplikacijama, a poput ostalih shizofrenih psihoza precipitiranih organskim faktorima prognostički su povoljnije. Katkada psihoze u početku pokazuju sliku amentnog sindroma, a tek kasnije umjesto ozdravljenja dolazi do pojave pravih shizofrenih sindroma. Kadkada se krajem puerperija ili u vrijeme laktacije javlja psihički sindrom ljubomornosti. Većina autora drži da je taj sindrom često izazvan dugotrajnom seksualnom apstinencijom [13].

2.7. Prognoza

Karakteristična puerperalna psihoza često recidivira. Postoje jednostavni slučajevi u kojima bolesnice veoma brzo ozdravljaju i bez terapije, tako da je općenito teško ocijeniti vrijednost pojedinog terapijskog postupka. Klasični, shizofreniformni, najčešći oblik puerperalne psihoze traje dugo (2-6 mjeseci), a može potrajati i znatno duže s manjim ili većim brojem recidiva [13]

Važno je napomenuti mogućnost recidive pri sljedećem porođaju. Dok jedni tvrde da je opasnost recidive veoma velika i preporučuju oprez, eventualno prekid sljedeće trudnoće pa i sterilizaciju, drugi navode da se recidive relativno malobrojne. Može se općenito reći da je

opasnost recidive to veća što su u pojedinom slučaju bili izraženiji konstitucijski faktori i što su izraženije bile premorbidne psihičke promjene [13]

2.8. Prevencija postpartalnih poremećaja

Prevencija je prvenstveno psihoprofilaksa trudnoće i porođaja, tzv. porođaja bez boli, predstavljaju fizičku i psihoterapijsku pripremu koja ima određeno preventivno djelovanje. Zatim je važna prevencija i liječenje puerperalnih infekcija i prevencija i liječenje pojedinih gestoza [13].

Pitanje probira i prevencije postpartumnih mentalnih poremećaja je temeljno i zahtijeva uključivanje svih profesionalaca, roditelja i beba nakon rođenja [14].

Najvažnije kod prevencije postpartalne psihoze jest da se prepozna rizična skupina, a to su primjerice osobe koje su predhodno bolovale od postporođajne depresije ili psihoze, osobe koje imaju u obiteljskoj anamnezi neku od psihičkih bolesti te osobe koje su već bile liječene na psihijatrijskom odjelu.

3. Prikaz slučaja

Pacijentice su imale mlađu životnu dob (3 su bile ispod 30 godina, prosjek godina 30.75), sve su bile prvotkinje, 3 su imale visoko rizičnu trudnoću, jedna je imala porođaj per vias abdominalis. Dvije pacijentice imale su stresogeni događaj- jedna se porodila u 7. mjesecu trudnoće, a druga je u period babinja imala stresogenu situaciju u obitelji. Tri pacijentice su imale pozitivan hereditet. Niti jedna pacijentica nije prethodno liječena psihijatrijski, ni seksualno zlostavljana. Sve pacijentice su živjele sa partnerom [5].

Prve psihičke tegobe su nastale kod 3 pacijentice krajem prve i početkom drugog tjedna po porođaju. Samo je jedna pacijentica bila hospitalizirana istog dana kada su se pojavili simptomi, ostale u period od 4 do 14 dana. Sve pacijentice su bile psihotične pri prijemu u Kliniku, jedna je imala pokušaj samoubojstva, jedna je bila u stuporu [5]

Farmakoterpijski režim je uključivao atipične antipsihotike, dvije su imale i podršku psihostabilizatora- valproata. Dvije su bile suglasne sa liječenjem, a dvije prisilno zadržane na liječenju. BPRS skali pri prijemu pokazivala je 46 do 63, pri otpustu se smanjila na 24 do 27. Godinu dana nakon otpusta sve pacijentice su i dalje bile na terapiji atipičnim antipsihoticima. Dvijema pacijenticama su u ambulantnom tretmanu uvedeni antidepresivi (paroksetin i mirtazapin) zbog manifestirane depresivnosti [5]

Sve pacijentice su bile u stanju remisije, tri koje su prije trudnoće bile zaposlene, vratile su se radnim aktivnostima. Jedna od primipara je bila motivirana za narednu trudnoću [5].

	Pacijentica A	Pacijentica B	Pacijentica C	Pacijentica D
Godine	29	27	41	26
Bračni status	Udata	Udata	Udata	U vanbračnoj zajednici
Školska sprema	SSS	SSS	VSS	SSS
Zaposlenost	DA	DA	DA	NE
Broj porođaja	Primipara	Primipara	Primipara	Primipara
Trudnoća-komplikacije	DA	NE	DA	DA
Način porođaja	Per vias naturalis	Per vias naturalis	Per vias naturalis	Per vias abdominalis
Prvi simptomi (br.dana od porođaja)	9. dan	7. dan	33. dan	5. dan
Stresni događaj	NE	NE	DA	DA
Početak hospitalizacije (br. Dana od porođaja)	13. dan	20. dan	40. dan	5. dan
Tip hospitalizacije	Svojevoljo	Svojevoljno	Prisilno	Prisilno
Dužina hospitalizacije	64	56	10	5
Prethodna psihijatrijska liječenja	NE	NE	NE	NE
Seksualno zlostavljanje	DA	NE	DA	DA
Hereditet	NE	DA	/, stupor	NE
Suicidalne misli i namjere	NE	NE	/, stupor	NE
BPRS- prijem	47	56	46	63
BPRS- otpust	24	25	27	27

Tablica 3.1. Prikaz četiri slučajeve bolesnica oboljelih od postpartalne psihoze [5]

4. Zdravstvena njega u babinju

Puno žena izgubi sebe u ulozi majke i bez motiva se predaje životnim situacijama koje katkada nemaju milosti za nju. Potrebno je ženama pružati poticaj da ne zaborave da su osim majki i žene te da preuzmu brigu o vlastitom zdravlju i dobrostanju. Za početak nikad nije kasno. Usprkos svim obavezama, žene se moraju pokušati disciplinirati već od prvih dana poslije porođaja [15].

Zadatak medicinske sestre u babinju je da majkama pruže podršku, pokažu osnovnu zdravstvenu njegu njih samih te novorođenčadi, educirati ih i savjetovati.

4.1. Utvrđivanje prioriteta u zdravstvenoj njezi

Analizirajući podatke, medicinska sestra može zaključiti da kod pacijentice postoji samo jedan problem ili više njih. U drugom slučaju (prepoznato je više problema) procjenjuje se njihova važnost, ozbiljnost i težina te donosi odluku o redosljedu i hitnosti rješavanja. Prioritete utvrđuje medicinska sestra kojoj je povjerena skrb za pacijentice, zajedno s njom, i po potrebi članovima obitelji i drugim članovima tima uključenih u njezino cjelokupno zbrinjavanje. Konačnu odluku donosi na osnovi pacijentičine važnosti i težine problema, hijerarhije osnovnih ljudskih potreba i medicinskih spoznaja te mogućnosti za rješavanje pojedinih problema [16].

Proces zdravstvene njege, koju medicinska sestra provodi prema bolesnicama s postpartalnom psihozom kao i prema svim ostalim bolesnicima, shvaćen je kao sustavan, logičan i racionalan pristup bilo bi dovoljno definirati s obzirom na faze. Međutim shvaćen kao cjeloviti teorijski koncept zahtijeva dodatna objašnjenja koja se odnose na sljedeća načela: [16]

- usmjerenost na pacijenticu
- uvažavanje pacijentice kao subjekta
- cjelovitost zbrinjavanja pacijentice (holistički pristup)

4.2. Intervencije u postpartalnoj skrbi

4.2.1. Vođenje puerperiuma i njega roditelja

Zadaci vođenja puerperiuma i njega porodilje su: [4]

1. ostvariti uslove za normalan tok puerperiuma s očuvanjem zdravlja majke i djeteta;
2. pravovremeno otkrivanje i liječenje oboljenja porodilje i djeteta. Sve se to postiže točnim i najsavjesnijim pregledom, te redovnom kontrolom općeg i lokalnog stanja porodilje. Pregled i kontrolu porodilje ako je puerperium normalan vrši babica, a ukoliko je puerperium patološki, to rade babica i ginekolog.

4.2.2. Pregled roditelja

Pregled porodilje podrazumijeva sveobuhvatni pogled na stanje u kom se porodilja nalazi. Pregled dojki Sastoji se od palpacije obje dojke, da se vidi da li je mlijeko nadošlo, te se moraju pregledati i bradavice. Treba savjetovati majci da obavezno nosi grudnjak koji je ne steže. Koža oko bradavice luči prirodnu masnoću tako da kreme i losioni nisu potrebni. Majka poslije dojenja treba mlakom vodom oprati bradavicu i posušiti je. Majci se savjetuje u većini slučajeva nošenje "štitnika", posebno ukoliko je došlo do pojave ragada. Najvažnije je majku upozoriti da obavezno pere ruke prije podoja jer su one izvor infekcije [4].

Pregledava se i visina fundusa – dno maternice. Drugog dana poslije poroda dno maternice nalazi se u visini pupka pošto se povratio tonus mišića karličnog dna. Petog dana dno maternice se nalazi u sredini između pupka i simfize (stidne kosti), a desetog dana u visini simfize [4].

4.2.3. Kontrola općeg i lokalnog stanja roditelja

Ova kontrola počinje neposredno poslije porođaja, te mora biti urađena u prva tri sata poslije porođaja. U tom periodu treba kontrolirati: stanje maternice, opće stanje roditelja, puls, temperatura, karakter krvavih lohija i epiziotomiju. Maternica je u tom periodu labilna za kontrakcije usljed toga može doći do atoničnog krvarenja. Osim toga može doći do naknadnog krvarenja iz epiziotomije [4].

4.2.4. Mokrenje i stolica

Poslije porođaja može se desiti da žena ne mokri 12 sati jer je prilično dehidrirala i važno je uzimati dovoljno tečnosti. Ako ne dođe do spontanog uriniranja radi se evakuacija urina pomoću katetera. Kad je u pitanju stolica većina žena ima problema da poslije porođaja obavi nuždu, posebno dok je u porodilištu. Često je prisutan strah, ako je rađena epiziotomija da prilikom napinjanja ne dođe do rašivanja. Tako dolazi do nagomilavanja i stvrdnjavanja stolice što vremenom otežava situaciju. Prva stolica se očekuje dva do tri dana poslije porođaja, a 10 ako izostane daju se tablete koje izazivaju pojačan rad crijeva. Majka ne može biti otpuštena iz porodilišta dok se ne regulira rad urinarnog i digestivnog trakta [4].

4.2.5. Higijena roditelje

Higijena roditelje sastoji se od tuširanja, održavanja higijene ruku, kao i higijene usne šupljine. Vanjske genitalije treba redovno prati dva puta dnevno, kao i poslije defekacije. Poslije svakog pranja stavi se čist uložak. Posteljno rublje mora biti čisto i zategnuto da ne bi našuljalo porodilju prilikom ležanja. Babica preuzima brigu o krvarenju iz uterusa, vodi računa o uriniranju porodilje, kao i o tome da li ima redovnu stolicu. Ishrana porodilje treba da bude prva dva dana lagana, uglavnom tečna. Porodilja bi poslije poroda trebala ustati i prošetati pored kreveta, ne treba se forsirati, za početak je dovoljno napraviti nekoliko koraka koji su važni u sprječavanju tromboze i embolije. Babica mora pomoći porodilji prilikom prvog ustajanja nakon poroda zbog iscrpljenosti organizma porodilje. Redovno mijenjanje uložaka, koji mogu izazvati infekciju. Majka leži na boku i ustaje iz kreveta iz bočnog položaja, zbog naprijed opisanih tegoba [4].

4.2.6. Prevencija infekcije epiziotomije

Infekcija se može javiti nekoliko dana nakon poroda. Rodilja osjeća bol, pečenje i nelagodu. Obično dolazi do rašivenosti vanjskog sloja konaca. Ako se na vrijeme ne reagira može se proširiti i na dublje slojeve. U tim slučajevima rana se 14 ispire 3% hidrogenom, zrači, te stavljaju se obloga od 3% acidi-borici, koje se drže 30 minuta. To se ponavlja tri puta dnevno. Ukoliko se stanje ne smiri, stavljati obloge od Rivanola – od 5-10 minuta. Ako se tome pridruži visoka temperatura vezana za epiziotomiju roditelju uputiti ginekologu [4].

4.2.7. Edukacija majke o dojenju

Majku treba educirati o dnevnom čišćenju prsa: majka koja hrani redovito se mora tuširati i održavati higijenu te ju poticati na zračno sušenje bradavica 10-15 minuta nakon dojenja. Educirati o nanošenju blagih krema ili masti na ranjiva mjesta nakon hranjenja. Babinjači treba demonstrirati pravilnu njegu dojki, nošenje potpornih grudnjaka, educirati o udobnom hranjenju novorođenčeta te izdavanje mlijeka (ručno ili pomoću pumpice) [17].

4.2.8. Prehrana roditelja

Prehrana mora biti bazirana na što većem i raznovrsnijem odabiru namirnica potrebnih da zadovolje dnevne potrebe majke i bebe. Ne postoji idealna hrana za pojačanje energetske rezerve. Savjetuje se hrana koja obiluje žitaricama (zbog vlakana), proteinima (mlijeko i mliječni proizvodi), te voćem i povrćem. Hrana koja sadrži kiseline (konzervirano povrće i voće), suhomesnati proizvodi koji imaju veću količinu soli, gazirana pića ili prevelike količine slatkiša, mogu kod porodilje izazvati probleme sa poremećajem probave, regulacijom stolice, te preko mlijeka mogu izazvati grčeve kod bebe [4].

Tokom dojenja roditelj mora voditi računa o dovoljnom unosu količine proteina, masti, ugljikohidrata, vitamina i minerala. Majčino mlijeko je bogato svim ovim sastojcima, pa i ako majka nema dovoljan unos ovih komponenti, beba koja doji dobit će sve što joj je potrebno preko mlijeka. Svakako porodilja treba unositi dovoljnu količinu tečnosti [4].

4.2.9. Dodatni savjeti za roditelja

Porodilja mora imati dovoljno sna, odmora i pomoć u kućnim poslovima. Obavezno je nošenje steznika poslije poroda, čak i nakon sekcije, jer on potpomaže trbušne mišiće da se kontrahuju (koji su izuzetno rastegnuti), kao i zbog involucije genitalnih organa.

Savjetovati ženi da radi Kegelove vježbe nakon poroda, koje se sastoje u tome da se izazove kontrakcija mišića karličnog dna vršenjem stezanja mišića kao da se prekida mlaz mokrenja u trajanju od 5 do 8 sekundi., a nakon 10 sekundi ponoviti kontrakciju. Vježbe izvoditi u seriji od 5 do 10 kontrakcija nekoliko puta na dan, a kada porodilja osjeti da su mišići čvršći pojačati dužinu kontrakcija i broj vježbi. Upozoriti porodilju da ne koristi tampone bar šest nedjelja poslije poroda, zbog mogućnosti unosa infekcije [4].

5. Zdravstvena njega bolesnica s postpartalnom psihozom

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 [18].

Također, važno je spomenuti da sestrinska dokumentacija sadrži podatke za razne medicinsko–pravne analize te se koristi i u edukacijske svrhe [18].

5.1. Uloga medicinske sestre kod zdravstvene njege bolesnica s postpartalnom psihozom

5.1.1. Uloga medicinske sestre na psihijatrijskom odjelu

Dok se bolesnik nalazi na bolničkom liječenju, medicinska sestra provodi znatno više vremena uza nj nego liječnik i ostali članovi stručnog tima. Za vrijeme čitave hospitalizacije sestra promatra bolesnika, sve podatke dobivene promatranjem unosi u dnevnik i redovito upozorava liječnika i terapijski tim na sve važnije promjene koje primijeti u bolesnika.

Međutim, to je samo jedan aspekt rada medicinske sestre [13].

U psihijatrijskoj ustanovi postoje i posebne opasnosti na koje medicinska sestra mora obratiti pažnju. Takva je opasnost npr. sklonost suicidu, osobito u depresivnog bolesnika. Na suicidalne bolesnike sestra specijalno pazi, i ako postoji i najmanja sumnja u pogoršanje stanja, upozorava liječnika i ostale članove terapijskog tima. Sestra redovito kontrolira prehranu pacijenta. Duševni bolesnici mogu odbijati hranu, pa će u tom slučaju trebati primijeniti umjetnu prehranu. I ostale fiziološke funkcije (san, mokrenje, stolica) mogu u duševnog bolesnika biti poremećene [13].

Rad srednjeg i višeg medicinskog osoblja u psihijatrijskoj ustanovi može biti preventivne, dijagnostičke, terapijske i rehabilitacijske naravi, a djelomično je riječ o radu u vanbolničkom postupku kojeg vode psihijatrijske ustanove. Sestra u psihijatrijskoj ustanovi mora obratiti pažnju redovitom kontaktu sa članovima obitelji bolesnika, a često provodi i redovitu obiteljsku

terapiju [13]. Medicinska sestra s rođiljom uspostavlja prislan međusoban odnos koji se temelji na povjerenju, poštovanju, empatiji, potiče ju na izražavanje emocija, osjećaja i doživljaja [19].

5.1.2. Osnovna načela zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika

Načela su opća pravila ili zakonitosti i temeljno su polazište za sve sestrinske intervencije. Ona su svojevrsna pravila ponašanja koja moraju prožimati cjelokupnu sestrinsku praksu. Nijedna sestrinska intervencija u koju nisu uključena načela ne može se smatrati stručnom intervencijom [20].

Holistički pristup je poimanje klijenta kao cjelovitog bića u kontekstu njegova socijalnog i kulturnog okruženja. Ako se razmotri to načelo s aspekta skrbi za psihijatrijskog bolesnika, onda treba reći da psihijatrijski bolesnik ima poremećaj ili bolest čija je biološka osnova u CNS-u. međutim, da bi razumjela njegovo stanje, sestra mora uzeti u obzir biološku cjelovitost ljudskog bića, osnovne ljudske potrebe koji čine središnji dio sestrinske skrbi, a koje imaju svoju biološku, psihološku i socijalnu dimenziju te cjelokupno uže i šire socijalno i kulturalno okruženje [20].

Poštovanje jedinstvenosti ljudskog bića jest poimanje klijenata kao jedinstvene ljudske jedinice, prihvaćanje klijenta onakvoga kakav jest sa svim njegovim vrijednostima, različitostima i osobitostima, primjenjivanje individualiziranog pristupa. Svako ljudsko biće je jedinstveno i neponovljivo. Široko obrazovanje i tolerancija preduvjet su za uočavanje i uvažavanje svih razlika. Važno je naglašavati da različitost ne smiju biti povodom netrpeljivosti i ruganja. One, naime, čine osnovu individualiziranog pristupa [20].

Privatnost i dostojanstvo jest uvažavanje slobode izbora, podržavanje samopoštovanja, čuvanje tajne. Potreba za samopoštovanjem i poštovanjem od drugih ljudi jedna je od osnovnih ljudskih potreba i čini osnovu načela o privatnosti i dostojanstvu. Privatnost i sutjelesna privatnost do etiketiranja i omalovažavanja mentalno bolesnih [20]

Terapijska komunikacija služi razvijanju partnerskog odnosa i odnosa povjerenja: zahtjeva dobro razvijene komunikacijske vještine sestre koje će osigurati bolesniku prihvaćenost, podršku, savjet, uvjete za promjenu stavova i ponašanja itd. sestra komunicira s bolesnikom kad god je uz njega; bilo da razgovara, njeguje ga, priprema pretragu, premješta na drugi odjel i sl. Profesionalnu komunikaciju treba učiti. Profesionalna komunikacija ima jasno definirane ciljeve usmjerene zadovoljenju klijentovih potreba, a one mogu biti višestruke.

Klijent može tražiti mišljenje, uvjeravanje, savjet, samo socijalni kontakt i sl. svaki taj cilj postiže se reakcijama utemeljenim na znanju [20]

Bezuvjetno prihvaćanje je pružanje pomoći bolesniku bez osude. To načelo definira se u mnogobrojnim dokumentima koji definiraju zdravstvenu praksu u cjelini [20].

Uključivanje klijenata je načelo koje naglašava i koje se oslanja na potencijale, mogućnosti i jake strane bolesnika, a ne na slabosti i nedostatke te uključivanje klijenata u sve razine skrbi, od utvrđivanja potreba do evaluacije. Sudionici u zdravstvenoj skrbi su medicinska sestra i bolesnik i njihove se uloge nadopunjuju. Sestra radi ono što pacijent ne može, ne smije ili ne zna. Ne smije se dogoditi da sestra podcijeni sposobnost pacijenta i u svim situacijama treba podržavati aktivnu ulogu pacijenta, oprezno dozirati pomoć i osposobljavati ga za samostalan život u što kraćem vremenu [20].

Pomoć pri učinkovitoj prilagodbi jest načelo koje opisuje pomoć pri usvajanju novih prilagođenih ponašanja i uključuje stvaranje terapijskog okruženja. Već je naprijed rečeno da se osobu promatra kao cjelovito bio-psihosocijalno biće. U tom kontekstu sestra pacijenta doživljava kao člana šire zajednice. Psihijatrijski bolesnici nerijetko su u konfliktu s obitelji, radnom okolinom, često gube prijatelje i dospijevaju u stanje socijalne izolacije. Sestra mora znati prepoznati takvo stanje te potaknuti pacijenta da razvije potrebu za promjenom takvog ponašanja. Socioterapija i bihevioralne tehnike mogući su načini za postizanje cilja.

Terapijsko okruženje jedan je od preduvjeta za početak učenja novih oblika ponašanja [20].

5.2. Uloga patronažne sestre kod bolesnica s postpartalnom psihozom

Patronažni rad bitan je sastavni program svake ustanove koja se bavi duševnim bolesnicima, osobito dispanzersko-psihiatrijske ustanove. Sestra koordinira patronažu s radom ustanove i neprestano surađuje s patronažnom sestrom područnog doma zdravlja. Patronažna sestra bavi se i zdravstvenim odgojem koji se sastoji u objašnjavanju pojma duševne bolesti-suzbijanju predrasuda prema psihijatriji i duševni bolesnicima. Ona uočava i prati emocionalne krize u obiteljskom krugu izazvane stresom, nastoji pružiti adekvatnu pomoć članovima obitelji kako bi oni zrelo reagirali na takve krize te svojim ispravnim stavom prema potištenom, obeshrabrenom šticeniku predusreli teži psihički poremećaj [13]. U roditelje 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 [13].

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 roditelje kao majke [19]

5.2.1. Intervencije patronažne sestre

Patronažna posjeta ima poseban značaj za porodicu jer se bazira na unapređenju što boljeg odnosa između majke i bebe. Posjeta patronažne sestre obuhvaća: dolazak na kućnu adresu, upoznavanje sa roditeljom, uzimanje anamneze, pregled roditelje (pregled dojki, pregled visine fundusa, pregled epiziotomije), prevenciju infekcije epiziotomije, previjanje rane poslije carskog reza, razgovor, savjetovanje i edukaciju. [4].

Osim toga, patronažna sestra mora prepoznati rane znakove psihičkih problema, preporučiti babinjaču ginekologu koji će ocijeniti psihološki status, poticati na redovitu uporabu propisanih lijekova od strane liječnika, podržavati pozitivno roditeljsko razmišljanje i uputiti babinjaču na pomoć psihijatru ukoliko je to potrebno [17]

U odnosima medicinske sestre s majkom koja ima poslijeporodne psihičke smetnje medicinska sestra mora preuzeti različite uloge: [21]

- 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 demokratska 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.

Postpartalna psihoza predstavlja hitno stanje koje zahtijeva neodgodivo pružanje medicinske pomoći. Hospitalno psihijatrijsko liječenje je nužno kako bi se osigurala sigurnost majke i djeteta. Inicijalna klinička evaluacija bolesnica obuhvaća cjelokupnu povijest bolesti,

fizikalni i neurološki pregled i laboratorijske nalaze potrebne za isključivanje organskih uzroka akutne psihoze. Lijekovi prvog izboga su atipični antipsihotici, a u tretmanu agitacije i insomnije i kombinacija sa benzodiazepinima. Ukoliko simptomi perzistiraju, preporuča se i elektrokonvulzivna terapija. Postpartalna psihoza znatno utječe na integritet sigurnog odnosa majka i dijete te posljedično može imati utjecaj i na emocionalni, kognitivni i bihevioralni razvoj djeteta. Stoga je vrlo važan pravovremeni i učinkoviti tretman [22]

Osoblje mora pokazati posebno razumijevanje i saslušati ženine probleme, dati joj odgovarajuće savjete i, što je najvažnije, umiriti je da će sve biti u redu. Reakcija se obično pogošava prvi dan po otpustu iz bolnice, kada slijedi period ugrijavanja i adaptacije kod kuće gdje žena, koja sada mora veći dio posla obaviti sama, a najčešće još nije spremna na to, počinje pomalo „gubiti živce“ jer niti stigne niti znade dobro sve činiti. Zato su dragocjeni tečajevi, koji se organiziraju po bolnicama ili ambulantama opće medicine, gdje sestre podučavaju majke kako postupati s djetetom, kako ga previti, nahraniti i sl. [23].

5.3. Uloga obitelji i partnera

U ovom periodu okolina mora imati posebno razumijevanje za roditelja, koja se katkada ponaša malo čudno i posve neuobičajeno od inače svakodnevnog ponašanja. Žena je plačljiva i često neraspoložena, pogotovo ako je jave problemi oko djeteta [23].

Kako omogućiti i ostvariti da sredina i ozračje u kojem živi trudnica, kasnije dijete sve do svoje predškolske dobi, budu što skladniji? Nepodijeljeno je mišljenje da u omeđenoj zajednici trebaju sudjelovati bračni drugovi kao i cijela društvena zajednica, jer od uzajamnih odnosa ovisi i ravnoteža obitelji iz koje se tada može razviti zdrava jedinka s dobrim mirazom zdravlja za kasnije susrete s mogućim nepogodama u životu, ali i reproducirati zdrave odnose u zajednici [23].

Kada se otac pojavi u životu dojenčeta za majku je to, prema Winnicottu, veliko olakšanje. Sudjelovanje oca u obitelji i u životu djeteta velika je i, štoviše prirodna potreba u današnjoj organizaciji ljudske zajednice. Ova potreba odražava se u više razina- od one socijalne i psihološke do biološke- što predstavlja potpunu egzistencijalnu brigu o djetetu. Otac, kao i majka, obogaćuje život djeteta i upotpunjuje obitelj, u kojoj dijete traži uzor, sigurnost i potporu, pa i oličenje moralnih stavova. Zajedno s majkom održava stabilnost i omogućava povoljnu identifikaciju. Otac donosi u obitelj svoju osobnost i mnoge nerazriješene psihološke stavove, koji porodičnoj psihodinamici poprimaju neočekivana očitovanja od blagih psiholoških odstupanja u vidu jedva zamjetnih smetnji do grubih svakom vidljivih bolesti [24].

5.4. Sestrinska dijagnoza

Visok rizik za nasilje prema sebi ili prema drugim osobama (novorođenčetu).

Cilj: Babinjača i obitelj će prepoznati uobičajene postpartalne promjene; pacijentica neće biti psihološki neprilagođena ili pogođena postpartalnom psihozom, potražiti će medicinsku pomoć ili pomoć obitelji, pridržavati će se propisanog tretmana te će adekvatno funkcionirati kao roditelj. [17]

Intervencije: [17,20]

- Prepoznati rane znakove problema
- Pomno pratiti sve što može upućivati na suicidalnost
- Podržavati pozitivno roditeljsko ponašanje
- Poticati bolesnicu da govori i ohrabrivati ju da verbalizira svoje osjećaje te promicati odgovarajuće i prihvatljive verbalne oduške za izražavanje
- Biti oprezan i paziti na znakove koji upućuju na nasilničko i agresivno ponašanje
- Zagrliti i držati bolesnika ako je potrebno, reći mu da prestane s određenim ponašanjem
- Osigurati sigurno i mirno okruženje, potrebno je reći bolesnici „Sigurni ste“

Evaluacija: Babinjača i obitelj pokazuju očekivane emocionalne promjene; pacijentica prima hitan tretman i podršku za neprilagođene reakcije, tj. psihoze. Pacijentica pokazuje znakove povezivanja s novorođenčecom i pojačane osjećaje vlastite vrijednosti [17].

6. Zaključak

Donošenje djeteta na svijet je vjerojatno najkompleksniji događaj u životu, psihološki gledano, sa kojim nastaju mnoge promjene u životu žene. Psihičke poteškoće i poremećaji u postporođajnom razdoblju jedni su od najčešćih problema s kojima se majke suočavaju. Svrha liječenja je brzo i učinkovito poboljšanje psihičkog stanja, kako bi se žena mogla posvetiti svojoj zadaći, a to je biti majka svome djetetu.

Uloga medicinske sestre u ovom izuzetno osjetljivom razdoblju svake roditelje je od neizmjerne važnosti. Ona educira, pomaže, promatra, liječi, savjetuje te redovito upozorava liječnika i terapijski tim na sve važnije promjene koje primjeti. Budući da medicinska sestra provede podosta vremena s pacijenticama oboljelih od postpartalne psihoze, ona mora imati široko znanje i stručne sposobnosti koje joj omogućuju prepoznavanje različitih psihičkih poremećaja koje žene nakon poroda mogu razviti, prepoznati znakove bolesti, pružiti joj podršku i pomoć te ju educirati kako bi na pravi način riješila ili prevenirala bilo kakav problem.

Također u ovom periodu i okolina mora imati posebno razumijevanje za roditelju, koja se katkada ponaša malo čudno i posve neuobičajeno od inače svakodnevnog ponašanja. Posebno se naglašava uloga partnera i najbližih koji pomažu roditelji u svakodnevnim aktivnostima, te prate njezino fizičko i psihičko stanje i ukoliko uvide na neke promjene, odmah jave zdravstvenom raniku (patronažnoj sestri). Uloga medicinske sestre je educirati partnera i obitelj kako bi znali pružiti potrebnu pomoć i podršku roditelji.

Medicinska sestra s roditeljom uspostavlja prislan međusoban odnos koji se temelji na povjerenju, poštovanju, empatiji, potiče ju na izražavanje emocija, osjećaja i doživljaja i usmjerava roditelju da stvori zdrav odnos sa djetetom i ostalim članovima obitelji, te tako može početi normalno funkcionirati u svakodnevnim životnim aktivnostima.



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, BARBARA KOCIJAN (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ODNOSI MEĐA ŽIGENICAMA S RESTORANIMA I HOBIZI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Kocijan Barbara
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti 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, BARBARA KOCIJAN (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ODNOSI MEĐA ŽIGENICAMA S RESTORANIMA I HOBIZI (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Kocijan Barbara
(vlastoručni potpis)

7. Literatura

- [1] D. Degmenčić: Mentalno zdravlje žena, Medicinska naklada, Zagreb, 2014.; str.11,39 [2] HF. Butts: Post Partum Psychiatric Problems, A Review of the Literature, Dealing with Etiological Theories, Journal of the National Medical Association, 1969, str. 136-139.
- [3] V. Folnegović Smalc, dr.med.: Poslijeporođajni psihički poremećaj, http://www.cybermed.hr/clanci/poslijeporodajni_psihicki_poremecaji (dostupno 11.06.2018.)
- [4] Vodič za postpartalnu njegu majke i novorođenčeta; Sejda Džino, Kadrija Krnić, Afrodita Katava Bašić, <https://mz.ks.gov.ba/sites/mz.ks.gov.ba/files/Njega%20majke%20i%20novorodjenceta.pdf> (dostupno 11.0.2018.)
- [5] S. Jovičić, D. Pavičević: Prikaz četiri slučaja uspješno liječenih žena oboljelih od postpartalne psihoze, Znanstveni rad, Klinika za psihijatrijske bolesti "Dr Laza Lazarević", Beograd, 2016.
- [6] Lj. Moro, T. Frančišković i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [7] Mackonochie: Trudnoća i njega djeteta, Annes publishing Limited, 1996.
- [8] A. Dražančić i suradnici: Porodništvo, Školska knjiga, Zagreb, 1994.
- [9] A. Pařízek, M. Mikešová, R. Jiráček: Steroid Hormones in the Development of Postpartum Depression, *Physiol Res*, 2014 277-82.
- [10] V. Sharma V, D. Mazmanian: Sleep loss and postpartum psychosis, *Bipolar Disord*, 2003 [11] Lj. Hotujac i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006.
- [12] Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V, Vigod S, Jones I, Munk-Olsen T, Honikman S, Milgrom J Postpartum psychiatric disorders.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29695824>, (dostupno 13.06.2018.)
- [13] V. Hudolin: Psihijatrija i neurologija, Školska knjiga, Zagreb, 1987. Str. 71-7532
- [14] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26527020> Postpartum psychological disorders: Screening and prevention after birth. Guidelines for clinical practice, Bydlowski S. (dostupno 14.06.2018.)
- [15] S. Vojvodić-Schuster; Vježbe poslije porođaja; Planetopija; 2008.; str.9) [16] G. Fučkar: Proces zdravstvene njege, Medicinska naklada, Zagreb, 1995.
- [17] V. Turuk; Zdravstvena njega majke i novorođenčeta, Zdravstveno veleučilište studij sestriinstva, Zagreb
- [18] Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze 2, Zagreb, 2013.

http://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.pdf

(dostupno 14.06.2018.)

- [19] I. Kuvačić, A. Kurjak, J. Đelmiš i suradnici: Porodništvo, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.
- [20] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2006.
- [21] 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.
- [22] Psihički poremećaji u postpartalnom razdoblju, Ana Bačeković dr.med. spec.psihijatar, <https://www.zdravobudi.hr/strucni-clanci/1262/psihicki-poremecaji-u-postpartalnomrazdoblju> (dostupno 04.07.2018.)
- [23] A. Kurjak i suradnici: Očekujući novorođenče, Narodne novine, Zagreb, 1990.
- [24] A. Kurjak, V. Latin, Ususret roditeljstvu, Tiskara Tonimir, Varaždinske Toplice, 1998.

