

Zdravstvena njega bolesnica s mentalnim poremećajima u postpartalnom razdoblju

Šturlan, Laura

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:122:178995>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-29**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





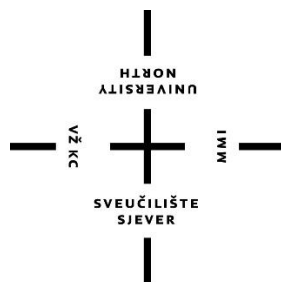
Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1057/SS/2018

Zdravstvena njega bolesnica s mentalnim poremećajima u postpartalnom razdoblju

Laura Šturlan, 0662/336

Varaždin, rujan 2018. godine



**Sveučilište
Sjever**
Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 1057/SS/2018

**Zdravstvena njega bolesnica s mentalnim poremećajima u
postpartalnom razdoblju**

Student

Laura Šturlan, 0662/336

Mentor

Marija Božičević, mag.med.techn.

Varaždin, rujan 2018. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestринство		
PRISTUPNIK	Laura Šturlan	MATIČNI BROJ	0662/336
DATUM	23.08.2018.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Zdravstvena njega bolesnica s mentalnim poremećajima u postpartalnom razdoblju		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Health care for patients with mental disorders in the postpartum period		
MENTOR	Marija Božičević, mag. med. tech.,	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Ivana Živoder, dipl.med.techn., presjednik		
	2. Marija Božičević, mag. med. tech., mentor		
	3. doc.dr.sc. Špiro Janović, član		
	4. Irena Canjuga, mag.med.techn., zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ 1057/SS/2018

OPIS

Rođenje djeteta može izazvati buru snažnih emocija, od uzbuđenja i radosti do straha i tjeskobe. No, također može dovesti i do nečega što se možda i ne očekuje, a to je depresija. Mnoge majke su doživjele „baby blues“ nakon porođaja, koji se manifestira kao promjene raspoloženja i plakanje, ali takva pojava kod mnogih mama ubrzo nestaje. No, neke majke dožive teži, dugotrajan oblik depresije, poznat kao postporođajna depresija. Rijetko se razvije ekstremniji oblik promjene raspoloženja nakon porođaja, poznat kao postporođajna psihoza.

U ovom radu će se:

- definirati pojam postporođajne tuge, postpartalne depresije i psihoze
- 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 mentalnim poremećajem u postpartalnom razdoblju
- prikazati liječenje poremećaja
- prikazati slučaj bolesnice s mentalnim poremećajima u postpartalnom razdoblju

ZADATAK URUČEN

19. 9. 2018.

POTPIS MENTORA

Marija Božičević



Predgovor

Zahvaljujem se mentorici mag. med. techn. Mariji Božičević na velikom trudu i pomoći te na stručnom vodstvu tijekom pisanja završnog rada. Također se zahvaljujem na strpljenju i potpori koju mi je pružila, te na savjetima i smjernicama.

Najveće hvala mojoj obitelji koja mi je bila najveći oslonac i potpora kroz život i kroz ove tri godine studija. Hvala im na odricanju, pruženoj ljubavi, podršci, savjetima i na razumijevanju.

Hvala onim starim i onim novim prijateljima koji su bili uz mene i koji su vjerovali da ću uspjeti.

Sažetak

Rođenje djeteta može izazvati buru snažnih emocija, od uzbuđenja i radosti do straha i tjeskobe. No, također može dovesti i do nečega što se možda i ne očekuje, a to je depresija. Mnoge mame su doživjele „baby blues“ nakon porođaja, koji se manifestira kao promjene raspoloženja i plakanje, ali takva pojava kod mnogih mama ubrzo nestaje. No, neke mame dožive teži, dugotrajan oblik depresije, poznat kao postporođajna depresija. Rijetko se razvije ekstremniji oblik promjene raspoloženja nakon porođaja, poznat kao postporođajna psihoza.

Porođaj može biti iskustvo koje će osnažiti ženu. Osjećaj zadovoljstva i velikog postignuća javlja se odmah nakon djetetova rođenja, osobito ako žena zna da je svojim vlastitim snagama donijela djetešce na svijet. Žensko je tijelo građeno za rađanje, a spoznaja o toj istini duboko mijenja duhovnu dimenziju života. Promatrati i pomagati u tom intimnom trenutku u životu žene i njezine obitelji posebna je zadaća medicinske sestre. Ona ostvaruje partnerski odnos sa ženom, pruža informacije i time pomaže trudnicama u ostvarivanju prava na izbor. Upravo medicinska sestra je osoba koja treba prenijeti znanje, savjete, ljubav, poštovanje i poticaj. Ona je nazočna najljepšemu i najmoćnijem događaju kojim je priroda obdarila čovjeka.

Ključne riječi: baby blues, postporođajna depresija, postpartalna psihoza, zdravstvena njega

Summary

Childbirth can cause a burden of strong emotions, from excitement and joy to fear and anxiety. But it can also lead to something that may not be expected, which is depression. Many moms have experienced "baby blues" after childbirth, which manifests itself as mood swings and crying, but such an occurrence in many moms soon disappears. However, some mothers experience a tough, long-lasting form of depression, known as postpartum depression. There is a rare development of an extreme form of mood change after childbirth, known as postpartum psychosis.

Birth can be an experience that will empower a woman. A sense of satisfaction and great achievement occurs immediately after the child's birth, especially if a woman knows that she has brought her children into the world with her own strength. The female body is built for birth, and the knowledge of this truth deeply changes the spiritual dimension of life. To observe and assist in this intimate moment in the life of a woman and her family is a special task of a nurse. She realizes a partnership with a woman, provides information and thus helps pregnant women in exercising their right to choice. The nurse is exactly the person who needs to pass knowledge, advice, love, respect and encouragement. She is present in the most beautiful and most powerful event that nature has endowed with man.

Keywords: baby blues, postpartum depression, postpartum psychosis, health care

Popis korištenih kratica

sur – suradnici

ur – urednik

HPA – Hitna psihijatrijska ambulanta

EEG – Elektroencefalografija

EKG – Elektrokardiografija

CT - Računalna tomografija

tj – to jest

tzv – takozvano

EST – elektrostimulativna terapija

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Puerperij.....	4
2.1. Zdravstvena njega babinjača	7
3. Mentalni poremećaji u postpartalnom razdoblju	8
3.1. Postpartalna tuga	8
3.2. Postpartalna depresija.....	9
3.3. Postpartalna psihoza	13
3.4. Zdravstvena njega bolesnica	16
4. Prikaz slučaja	17
5. Sestrinska dijagnoza.....	21
6. Zaključak.....	23
7. Literatura.....	24
Popis slika	26

1. Uvod

Sam čin poroda predstavlja za cijelu obitelj, a posebno za roditelje značajan emocionalni događaj u kojemu se sukobljavaju sreća, strah, briga, neizvjesnost i ispunjenje velikih iščekivanja. Porod zapravo predstavlja čin ispunjenja nagona i želje za nastavkom osobnog života i sebe samog [1]. Iskustvo porođaja izrazito je važan događaj za ženu s obzirom na to da može imati kratkotrajne i dugotrajne posljedice [2]. Svaka žena ima svoj način reagiranja i svoje crte osobnosti. Mnogi događaji iz okoline utječu na nju i pokreću njezine nove reakcije i mijenjaju je [3].

Majčinstvo se opisuje kao integrativni stadij u životu žene, na najvišoj mogućoj razini. To je znak progresivnog razvoja koji doseže vrhunac u odnosu majka – dijete. Upravo uloga majke pokreće one psihičke procese koji se mogu usporediti s adolescencijom [4]. Svaka žena ima posve individualna iščekivanja od poroda i majčinstva. Ulogu majke treba smatrati izazovom za koji ne treba biti potpuno spremna i kojem se ne mora brzo i prirodno prilagoditi. Trudnoća utječe na promjenu dosadašnjeg života žene, ali i mijenja njezin budući život kada postane majka [5].

Trudnoća je vrijeme fizioloških i psiholoških promjena. Za neke trudnice, to je vrijeme kada dolazi do razvoja krize. Biti *dobra* majka je često povezano s osjećajem sigurnosti u djetinjstvu, ali i sa harmoničnim odnosom s vlastitom majkom. Ambivalentan odnos prema trudnoći, anksioznost u svezi vlastitog zdravlja i zdravlja djeteta, zabrinutost zbog promjena u načinu života nakon poroda te strah zbog novonastale situacije su tipični i normalni [6]. Tako pojam trudnoće upućuje na to da se sa ženom događaju stanja koja nisu tipična za njezin redoviti život. To je stanje koje je za ženu teže nego ono izvan trudnoće, stanje posebnog napora i truda [5].

Porod je niz mehaničkih i fizioloških zbivanja kojima se roditelj oslobađa svih pet elemenata ploda vaginalnim putem. Porod dijelimo na četiri porodna doba: prvo porodno doba ili oba otvaranja ušća, drugo porodno doba ili doba izгона čeda, treće porodno doba ili doba rađanja posteljice te četvrto porodno doba ili doba hemostaze. Prvo porodno doba započinje prvim trudovima ili prsnućem vodenjaka s otjecanjem plodove vode do potpuno otvorenog ušća maternice [7]. Drugo porođajno doba počinje s potpuno otvorenim ušćem te završava porođajem djeteta. U trećem, posteljičnom dobu, dolazi do ljuštenja i istiskivanja posteljice, traje 10 – 20 minuta te se naziva i kratkotrajno doba. Četvrto porođajno doba ili doba ranih babinja, traje oko dva sata nakon izlaska posteljice [8].

Puerperij, postpartalno razdoblje, označava razdoblje od šest do osam tjedana nakon poroda i karakterizira ga visoki rizik za razvoj psihičkih simptoma kod žena [9]. To razdoblje je

potrebno da se svi procesi u organizmu vrata u prvobitno stanje [8]. U njemu je žena tjelesno umorna i potreban joj je odmor i odgovarajuća njega. Donosi velik broj fizioloških i hormonskih promjena uz koje nosi i visok rizik od razvoja nekih mentalnih poremećaja.

Trudnoća i porođaj izazivaju pojavu brojnih psiholoških i fizioloških promjena [10]. Nerijetke su situacije u kojima se radi o neželjenim trudnoćama, vođenju trudnoća u ambivalentnosti i osjećaju nesigurnosti te situacije gdje je trudnica često stigmatizirana, materijalno nezbrinuta ili napuštena. Uz takve situacije, hormonalna bura tijekom porođaja i obično vrlo jaki bolovi, dovode do brojnih psihičkih promjena i poremećaja kod majke [1].

Poslijeporođajne mentalne smetnje kod majke nisu rijetkost. Pravovremenim dijagnosticiranjem i liječenjem mogu se smanjiti negativne posljedice koje mogu utjecati na cijelu obitelj, ali i na razvoj djeteta [11]. Prvi korak jest pomoći ženi da spozna svoje probleme i suoči se sa svojim osjećajima.

Prema nekim istraživanjima nakon poroda može doći do naglog pada razine hormona u tijelu majke što dovodi do mentalnih poremećaja u postpartalnom razdoblju, kao što su:

- postporođajna tuga,
- postporođajna depresija i
- postporođajna psihoza [12].

Iznimno je važno razlikovati ovakva stanja koja se pojavljuju do šest mjeseci nakon poroda [10]. Autori naglašavaju kako su amniotomija, bolan porođaj i doza petidina povezani s osjećajem ravnodušnosti prvorodilja prema djetetu te da se obavezno treba isključiti organski uzrok poremećaja.

Na mentalno zdravlje žene u trudnoći i porodu utječu raznovrsni čimbenici kao što su: značenje majčinstva u sustavu vrijednosti žene i njezine okoline, kvaliteta bračnih ili partnerskih odnosa, doživljaj trudnoće, definiranje trudnoće i porođaja kao prirodnog procesa te ranija iskustva namjernih ili spontanijih pobačaja. Ujedno se i stres, anksioznost i depresija smatraju bitnim za period trudnoće [6].

Također, traumatski porođaj i nepotrebno odvajanje djeteta od majke u prvim trenucima nakon porođaja nije dobar početak roditeljstva. Razdoblje nakon poroda je osjetljivo razdoblje u kojem majka i dijete trebaju biti zajedno. Razvojem rane bliskosti potiče se razvoj urođene privrženosti djeteta kao i majčina intuitivna i biološka skrb nad djetetom [3].

Zavisno od psihofizičkog stanja, uvjeta življenja i rada, prilagodba na ove promjene je individualna i specifična, a činjenica je da veliki broj različitih faktora može utjecati na zdravstveno stanje i kvalitetu života trudnice, a i nakon trudnoće. Tradicionalno mišljenje je da

su trudnoća i porođaj vrijeme radosti i dobrog raspoloženja, ali stavovi pojedinih kultura nose sa sobom povećani rizik od oboljevanja, dok druge imaju protektivne običaje.

2. Puerperij

„Babinje ili puerperij je razdoblje od šest tjedana poslije porođaja koje je potrebno da se procesi u organizmu ponovno vrate u isto stanje i kolotečinu kao i prije trudnoće. Započinje dva sata poslije porođaja i to je vrijeme intenzivnog nadzora majke, a potom se javljaju procesi, koji se po svojoj aktivnosti mogu mjeriti s trudnoćom, ali su sada okrenuti u obrnutom smjeru.“ [8].

Puerperij obilježavaju involucijski procesi, procesi zacjeljivanja rane, početak laktacije, održavanje laktacije te uspostavljanje ovarijske funkcije. Involucijski procesi najizrazitiji su na uterusu. Odmah nakon poroda uterus je težak 1000 grama, a kroz šest tjedana vraća se na prvobitnu težinu od 50 grama. „Osim na maternici, involucijski se procesi očituju i na mišićima zdjeličnog dna, trbušne stijenke, mokraćnog mjehura i crijeva. Nakon izlaska posteljice urinom se gube hormoni trudnoće iz ženine krvi. Oni vežu vodu tako da babinjača više i češće mokri.“ [13].

„Nakon poroda javlja se lagano sanjarenje i potreba za snom, no već nakon nekoliko sati dolazi do ponovne boli, poput slabijih trudova koji se i zovu trudovi u babinjama.“ [8]. Javljaju se kao trajne kontrakcije, spontane ritmičke kontrakcije te podražajni trudovi. Trajne kontrakcije traju četiri do pet dana nakon poroda, gdje je uterus tvrd i napet. Spontano i povremeno se javljaju ritmičke kontrakcije koje prvorotkinje ne osjete, a višerotkinje ih opisuju kao neugodne bolove koji se šire od leđa prema naprijed. Podražajni trudovi su vezani uz dojenje koje babinjače navode kao bolove, a radi se o oksitocinu koji izaziva istodobnu kontrakciju mliječnih žlijezda i uterusa [13].

„Trudovi u puerperiju uzrokuju kontrakcije mišića maternice, te se javlja kontrakcijska ishemija koja uzrokuje degeneraciju i autolizu suvišnih mišićnih vlakana stijenke uterusa. Vanjsko ušće cervikalnog kanala razlikuje se nulipare, ušće je okruglo i ne zjapi, razlikuje se kod multipare gdje je ušće poprečno ovalno, zjapi i vide se ožiljci od razdora vrata maternice. Endocerviks (cilindrični epitel) izađe na egzocerviks (pločasti epitel) i vide se kao crvena mrlja koja se naziva *erythroplakia*. Trudovi u babinju zaustavljaju krvarenje iz vulnerabilne površine uterusa zbog miotamponade i trombotamponade te ubrzavaju izlaz čistila tj. sekreta iz maternične šupljine koje se stvara tijekom babinja.“ [13].

Proces koji teče vrlo brzo je formiranje cervikalnog kanala. Već drugog dana puerperija počinje se formirati vrat maternice, trećeg dana babinja formiran je portio vaginalis uteri, a od osmog do desetog dana potpuno je formiran cerviks. Cervikalni kanal ostaje prohodan samo za lohije.

„Za vrijeme dojenja žena osjeća jače kontrakcije, ali ti trudovi postaju neobično važni jer omogućuju smanjenje volumena kontrakcije.“ [8]. Maternica se po porodu može napipati u visini

pupka, nakon izlaska placente, fundus uteri je između simfize i pupka kod prvototkinja, odnosno u visini pupka kod višerotkinje. „24 sata nakon poroda fundus uteri je u visini pupka ili malo niže, visina dna maternice svakim je danom za jedan poprečni prst manja tako da je petog dana između simfize i pupka, a između desetog i četrnaestog dana ulazi u malu zdjelicu i više se ne može napipati kroz trbušnu stijenku. Odstupanje je moguće nakon višeploidne trudnoće, u višerotkinja, i to zbog hidramniona, nakon carskog reza i nesposobnosti dojenja, odnosno ablaktacije. Visina fundusa uteri tada je viša od opisane.“ [13].

Procesi cijeljenja rane nakon poroda odnose se na cijeljenje ozljeda porodnog kanala te na cijeljenje unutrašnje površine maternične stijenke. Ozljede porodnog kanala su epiziotomija, laceracija cerviksa i rupture. Epiziotomija je vaginoperianalni oštri rez kojim se proširuje introitus vagine i skraćuje koljeno mekog porodnog kanala. Cilj epiziotomije jest zaštita međice i dna zdjelice, dijeli se na lateralnu, mediolateralnu te medijalnu. „Ozljede se saniraju u šavovima, zacijele srastanjem od prve, per primam ili per granulationem u slučaju dehiscencije ili raspada epiziotomijskog reza, i to vrlo brzo. Unutrašnja stijenka maternice zacijeljuje tako da se nekrotični sloj decidue ljušti. Iza decidue nalaze se velike količine leukocita koji čine obrambeni bedem rane koji posjeduje antibakterijsku i antitoksičnu snagu. Trajne kontrakcije mišića maternice zatvaraju krvne žile odnosno dolazi do miotamponade i pukotine, stvaraju se krvni ugrušci tj. trombotamponada. Time se zatvaraju ulazna mjesta za mikroorganizme. Slijedi epitelizacija odnosno zacjeljivanje unutrašnje maternične stijenke. Epitelizacija se ostvaruje obnavljanjem endometrija iz ostataka endometrijskih otočića, i to stimulacijom hormona estrogena te završava nakon šest tjedana puerperija.“ [13].

Lohije su sekret iz velike rane unutrašnje stijenke uterusa koji se stvara tijekom babinja. Boja sekreta odraz je cijeljenja unutrašnje površine maternične stijenke. Prvi dan po porođaju iscjedak je još uvijek krvav, a krvarenje je po jačini nešto obilnije nego krvarenje kod menstruacije i traje do šest dana nakon poroda. Od sedmog do četrnaestog dana javlja se puerperalni iscjedak smeđe boje, od 14 – 21 dana lohije su prljavo žute boje, a potkraj trećeg tjedna sivo – bijeli puerperalni iscjedak. Nakon šest tjedana cijeljenje je završeno i nema više iscjetka. Lohije koje izlaze kroz cervikalni kanal imaju karakterističan kiselkasti miris te su dobro hranilište za mikroorganizme.

Laktacija je posljedica izlučivanja prolaktina, hormona prednjeg režnja hipofize. Prolaktin omogućuje stvaranje mlijeka u mliječnim žlijezdama. Oksitocin omogućuje izlučivanje mlijeka iz mlijećnih žlijezda, spremnika mlijeka i mlijećnih kanala. Prvo majčino mlijeko, kolostrum, stvara se od četvrtog dana nakon poroda [14]. On je bogat proteinima i sadrži:

- vitamin A,
- karoten – koji daje žutu boju,

- vitamin E,
- soli,
- laktozu, te
- malo masnoća.



2.1. Dojenje

Izvor: https://www.google.com/search?q=dojenje&client=firefox-b&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwidjv2Zvr3dAhVJXCwKHSTyAv4Q_AUICigB&biw=1366&bih=671#imgrc=zYOfXG0GGtkmoM

Važan sastojak kolostruma su: imunoglobulini, leukociti i antitijela protiv virusa i bakterija koji novorođenče štite od infekcija. Posebno je važan sekretorni imunoglobulin A koji štiti od respiratornih i intestinalnih infekcija. Upravo to je razlog zbog kojega mnogi ljudi upravo kolostrum nazivaju *prvim cjepivom* [14].

„Prestankom laktacije i uspostavom novog menstrualnog ciklusa, uterus se vraća na fiziološku veličinu. Podražaj sisanja na bradavici dovodi do pojačanog izlučivanja oksitocina koji pobuđuje podražajne trudove.“ [13]. Za vrijeme laktacije žena obično nema menstruaciju, a ako se i pojavi neko krvarenje to su tzv. menzualna krvarenja. Ponekad se događa ovulacija i to prije prvog krvarenja, no sve ovisi o individualnim hormonskim funkcijama žene, čime se zapravo upozorava kako dojenje nije zaštita od zanošenja [13].

2.1. Zdravstvena njega babinjača

Zanimanje medicinske sestre temelji se na spretnosti, znanju, stručnosti te dobroj namjeri u njezi babinjače. Zadaća medicinske sestre vrlo je složena i višestruka. Nakon poroda javlja se period velikih promjena te je važna sestrinska skrb u kojoj prevladava tolerancija i sigurnost. Provodeći zdravstvenu njegu, medicinska sestra utvrđuje prioritete skrbi, procijenjuje važnost i težinu problema te omogućuje rješavanje istih. Zdravstvena njega babinjače započinje odmah iza poroda te se nastavlja u kućnoj posjeti patronažne sestre. Medicinska sestra mora dobro poznavati fiziologiju i patologiju puerperija kako bi znala prepoznati moguće rizike na fizičkom, psihičkom i socijalnom području funkcioniranja [15].

„ Procjena u postpartalnom periodu treba biti usmjerena na:

- praćenje zdravstvenog stanja, tjelesnih i psihičkih promjena tijekom babinja,
- procjenu obiteljske situacije,
- procjenu rizika te
- rano prepoznavanje zdravstvenih komplikacija“ [16].

Zadaće medicinske sestre u babinjama usmjerene su na održavanju dobre komunikacije. Komunikacija se upotpunjuje gestama kao što su susretljivost, gostoljubivost i naravno osmijeh. Ona treba kontrolirati vitalne znakove, dojke te pratiti tehniku dojenja, davati babinjači savjete vezane uz prehranu, pratiti uspostavu mokrenja i defekacije, poticati rano ustajanje iz kreveta te pružati pomoć kod provođenja osobne higijene [15].

Medicinske sestre u puerperiju omogućuju majkama da lakše uspostave laktaciju i zajednički životni ritam koji se prvih dana sastoji od dojenja i spavanja. Medicinske sestre su najprikladnije za pružanje skrbi ženama u postpartalnom periodu, jer upravo one dovode do osjećaja sigurnosti i povjerenja. Provodeći postpartalnu skrb medicinske sestre doprinose zdravlju žena i osnažuju zajednicu [15].

3. Mentalni poremećaji u postpartalnom razdoblju

Postpartalno razdoblje je razdoblje koje započinje porodom djeteta, dok završetak tog razdoblja nije strogo definiran. To je razdoblje koje uz velik broj fizioloških i hormonskih promjena nosi i visok rizik od razvoja nekih mentalnih poremećaja [11]. Dolazi do naglog snizivanja razine estrogena, progesterona, kortizola i hormona štitnjače, a pojavljuju se i različite psihičke promjene i smetnje [17].

Kada se govori o smetnjama koje nisu bile prisutne ranije u životu, svrstavaju se u kategoriju postpartalnih poremećaja koji obuhvaćaju:

- postpartalnu tugu (baby blues),
- postpartalnu depresiju i
- postpartalnu psihozu [17].

3.1. Postpartalna tuga

Rođenje djeteta popraćeno je jakim osjećajima, poput uzbuđenja ili sreće. Majka ponajprije osjeća olakšanje i radost, a javljaju se i sanjarenje i potreba za snom [8]. S druge strane, rođenje djeteta može biti popraćeno i osjećajem koji mnoge mlade majke ne očekuju, a to je depresija. Nakon porođaja, mnoge majke osjećaju blaže depresivno raspoloženje, što se katkad naziva postpartalna tuga ili baby blues.

Postpartalna tuga može trajati nekoliko sati do dva tjedna nakon porođaja [18]. Najveći intenzitet se opisuje tri do pet dana po porođaju, a žene s postpartalnom tugom češće plaču, razdražljivije su i emocionalno labilnije [2]. Tu se zapravo radi o normalnoj reakciji na novu i nepoznatu situaciju i češća je kod prvorotkinja koje su bez iskustva [1]. Također, postpartalna tuga je toliko uobičajena da se prezentira kao normalan ishod poroda. Neki stručnjaci je objašnjavaju kao posljedicu povećanog negativnog stresa tijekom trudnoće i poroda, koji su potaknuti promijenjenim hormonalnim stanjem, čemu još doprinosi tjelesna iscrpljenost, umor i anemija [11].

Postpartalna tuga je najblaži oblik postpartalnih poremećaja, a karakteriziraju ju emocionalne promjene u prvom tjednu puerperija. Obično se javlja trećeg do petog dana nakon porođaja te se javlja u gotovo 50% žena [8].

Nije u potpunosti razjašnjen točan uzrok poslijeporođajne depresije. Vjerojatno nastaje međudjelovanjem različitih bioloških, psiholoških i društvenih čimbenika. Žensko tijelo prolazi kroz velike promjene tijekom trudnoće i porođaja. Razine hormona estrogena i progesterona dramatično se smanjuju, odmah nakon porođaja. Također, promjene nastaju u volumenu krvi, krvnom tlaku, imunološkom sustavu i metabolizmu. Sve te promjene mogu utjecati na doživljaj

vlastitoga tjelesnog i psihičkog stanja. Također, povezuje se s lošijom socijalnom prilagodbom, poremećenim bračnim odnosima, zabrinutošću i napetošću tijekom trudnoće [8].

Veliki utjecaj na ovo stanje imaju i umor i neispavanost, bol uzrokovana epiziotomijom ili carskim rezom, mastitis, ili bilo koji drugi problemi vezani uz zdravlje mame ili bebe [19].

Najčešći simptomi postpartalne tuge su plačljivost, labilnost raspoloženja, anksioznost i depresivni afekt [20]. Također, autorice navode i simptome poput:

- manjak životne snage,
- razdražljivost,
- loš san,
- osjećaji osamljenosti, umora i poremećena teka,
- pretjerana zabrinutost,
- preokupacija tjelesnim promjenama,
- osjećaj to nisam ja,
- manjak samopouzdanja i
- osjećaj zatrpanosti obvezama [5].

Mnoge majke o tome ne govore jer su njihove emocije u suprotnosti s uvriježenim stavom i očekivanjem okoline da žena nakon poroda mora biti presretna pa su tužne majke zbunjene i osjećaju krivnju [5]. Također, mnoge žene osjećaju da je beba prevelika odgovornost za njih, te oplakuju gubitak svoje slobode ili su uvjerenе da ih nitko ne voli i ne može voljeti [19].

Ovi simptomi traju od nekoliko sati do nekoliko dana i ponekad se negativno odražavaju na odnos majke prema novorođenčetu i na zadovoljavanje njegovih potreba. Spontane remisije se obično događaju unutar 3 do 14 dana. Premda se postpartalna tuga može ponoviti nakon sljedećeg porođaja, tada je obično blaže izražena [20].

Baby blues obično nestaje sam od sebe u roku od nekoliko dana do dva tjedna. Od iznimne je važnosti prihvatiti pomoć obitelji i prijatelja te prihvatiti podršku i razumijevanje liječnika [20]. Žene u takvom stanju najviše trebaju mirno okruženje te poštedu od aktivnosti i obveza [10].

3.2. Postpartalna depresija

Postpartalna depresija je poseban oblik psihičke smetnje koja neke žene pogađa obično tri ili četiri dana nakon poroda i može trajati nekoliko dana ili duže. U nekim slučajevima manifestira se kao prava depresija praćena različitim oblicima psihoza. Mnoge pacijentice

osjećaju krivnju zbog emocionalnog stanja u kojemu se nalaze jer vjeruju da bi trebale biti vesele i sretne [10]. Žene mogu osjećati određenu odgovornost ili krivnju zbog simptoma postpartalne depresije te doživljavati simptome kao osobnu slabost pa je važno naglasiti kako se ona ne događa kao rezultat vlastitih postupaka i krivnje [9].

Postpartalna depresija javlja se kod 8 do 15% žena. Tri puta češće se javlja u prva tri mjeseca puerperija u odnosu na razdoblje od 6 mjeseci i godinu dana po porodu [20].

Etiopatogeneza je vrlo složena i nije posve razjašnjena. Prvih nekoliko dana nakon poroda, razina progesterona, estradiola i slobodne frakcije estradiola pada i to za oko 95% [20]. Mnogi stručnjaci povezuju depresiju s endokrinološkim promjenama u postpartalnom razdoblju. Promjene estrogena i progesterona u većim količinama djeluju kao depresori središnjeg živčanog sustava i oni se manifestiraju kroz pojavu simptoma naglog pada raspoloženja kod žena [21]. Također, bitan je i prolaktin čija razina doseže najviše vrijednosti potkraj trudnoće, dok je smanjenje njegove koncentracije nakon porođaja znatno sporije u usporedbi s gonadalnim hormonima. Žene koje nisu trudne, a imaju visoku razinu prolaktina razvijaju simptome anksioznosti, disforije i depresije [10].

Prema nekim studijama hipotiroidizam se povezuje s nastankom postpartalne depresije, dok druge studije dokazuju kako žene s pozitivnim antitijelima na tiroidne hormone imaju također povećanu učestalost postpartalne depresije [20]. Tiroksin koji je visok tijekom trećeg tromjesečja, nakon porođaja naglo pada. Dolazi se do zaključka da oko 10% žena ima poslijeporođajni hipotiroidizam što utječe na niz somatskih i psihičkih simptoma [10].

Veliki broj studija ukazuje na povezanost nepovoljnih maritalnih ili partnerskih odnosa tijekom trudnoće s rizikom nastanka postpartalne depresije. Loš odnos buduće majke s vlastitom majkom važan je rizični čimbenik. On se tumači usađenom krivom percepcijom vrijednosti majčinstva koje se doživljava kao izvor frustracija jer je programiran negativni obrazac očekivanja svoje uloge nakon porođaja [18]. Isto tako, žene koje imaju pozitivnu psihijatrijsku anamnezu prije trudnoće imaju rizik nastanka depresije nakon poroda [10].

Ostali čimbenici koji pridonose razvoju poslijeporođajne depresije u mladih majki uključuju:

- depresiju u obitelji ili ranije u životu,
- porođaj kao nezadovoljavajuće iskustvo,
- bolove ili komplikacije nakon porođaja,
- dijete kojemu je potrebna pojačana briga,
- iscrpljenost zbog njege novorođenčeta ili više djece,
- tjeskoba ili nerealna očekivanja od majčinstva,

- stres zbog promjene kod kuće ili na radnom mjestu,
- osjećaj gubitka identiteta,
- nedostatak potpore drugih,
- problem u emocionalnoj vezi [21].

Kod postpartalne depresije nije samo riječ o navali hormona, već i o nastanku posve nove situacije i doživljavanja materinstva. Postpartalne depresije se često očituju atipičnim i miješanim simptomima kao što su anksioznost, iritabilnost, fobične smetnje koje prevladavaju nad temeljnim depresivnim raspoloženjem i afektom [20].

Simptomi postpartalne depresije slični su znakovima prave depresije, a to su:

- osjećaj bespomoćnosti i beznadnosti,
- nedostatak energije i motivacije,
- poremećaji hranjenja i spavanja,
- nedostatak interesa za seksualne odnose,
- osjećaj nesposobnosti za nošenje sa zahtjevima okoline,
- razdražljivost,
- plačljivost,
- anksioznost te
- osjećaj krivnje [19].

Nadalje, promjenjiv tijek i labilnost raspoloženja češći su u postpartalnim depresivnim epizodama i mogu biti prisutne:

- suicidalne ideje,
- opsesivne misli da se nanese zlo djetetu,
- gubitak koncentracije,
- anksioznost i psihomotorička agitacija,
- panični napadaji,
- izražena plačljivost,
- nedostatak ili gubitak interesa za novorođeno dijete [20].

Liječenje se temelji prema općim načelima po kojima se liječe depresivni poremećaji i oni uključuju specifičnu prilagodbu kontekstu u kojem se pacijentica nalazi. Postoje dva načina liječenja, a to su psihoterapija i farmakoterapija [20].

Kod žena koje imaju postpartalnu depresiju primjenjuju se raznovrsne tehnike od suportivnih pa do intersuportivnih, kognitivno – emocionalnih i bihevioralnih, a rjeđe i psihoanalitičke tehnike [10]. Psihoterapija se temelji na pretpostavci da način na koji pojedinac strukturira i objašnjava svoja iskustva određuje njegovo raspoloženje i ponašanje. Cilj te terapije je promijeniti negativne načine mišljenja i osjećanja majki te ih naučiti da razmišljaju pozitivno i konstruktivno [21]. Nužno je da terapeut uspostavi kvalitetan odnos sa ženom koju liječi, kako bi se psihijatrijski postupak mogao uspješno odvijati. Prema jednoj kanadskoj studiji u kojoj je ispitan utjecaj socijalnih suportivnih grupa na žene s postpartalnom depresijom, utvrđeno je da što se tiče simptoma depresije nije bilo značajnog poboljšanja no postignut je bio pomak u interakciji majka-dijete [10].

Bez obzira na odabir terapije, pravodobno djelovanje je presudno važno, kako za majku, tako i za dijete. Skrb za dijete, osjećaj povezanosti s njime, užitak samog majčinstva – to je cilj terapije i rezultat njezinog djelovanja [21].

Prema nekim istraživanjima žene s postpartalnom depresijom koje su šest mjeseci primale estradiolnu transdermalnu terapiju, imale su značajno brži i kvalitetniji oporavak u odnosu na žene koje su bile na placebo. Što se tiče primjene antidepresiva, treba biti oprezan jer unatoč tome što je neosporna djelotvornost i korist uporabe antidepresiva kod žena s postpartalnom depresijom, treba upozoriti žene da se lijek izlučuje u majčinom mlijeku te da je ukoliko žena doji moguće nepoželjno djelovanje lijeka na dijete. Ženama koje primaju antidepresive, u principu se savjetuje da ne doje djecu. Od antidepresiva kao prvi izbor preporučuju se selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina [10].

U slučaju da postoji sumnja u pojavu postporođajne depresije od velike pomoći mogu biti članovi obitelji koji o pojavi simptoma i znakova trebaju pravovremeno obavijestiti liječnika. Bitno je da što ranije reagiranje i djelovanje jer će tako tijekom oporavka biti brži. Nadalje, treba imati na umu da je takva vrsta depresije privremena i da to nije znak slabosti. Nikada ne treba potiskivati osjećaje. Borba s njima nekada može biti dugotrajna i nesavladiva. Osjećaju shrvanosti, treba se suprotstaviti prihvaćajući pomoć, odbacujući krivnju i sumnju u vlastitu ulogu majke, omogućivši sebi zadovoljstvo tek započetog majčinstva [21].



Slika 3.2.1. Postpartalna depresija

Izvor: https://www.google.com/search?q=postpartalna+depresija&client=firefox-b&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjknrjlvb3dAhVliCwKHSgICy0Q_AUICigB&biw=1366&bih=671#imgrc=wcZ22C0dNIYsXM

3.3. Postpartalna psihoza

Postpartalna psihoza je sindrom koji se javlja nakon poroda i obilježen je sumanutostima i/ili halucinacijama. Može se pojaviti kao dio poremećaja raspoloženja, kratkotrajnog psihotičnog poremećaja ili sekundarnog psihotičnog poremećaja [22].

Javlja se u 1 – 2% slučajeva na tisuću poroda. U 50 – 60% slučajeva javlja se kod prvorotkinja, a oko 50% tih žena ima pozitivnu obiteljsku anamnezu poremećaja raspoloženja. U gotovo 50% slučajeva radi se o pozitivnom psihijatrijskom hereditetu [10]. Kod 0,1% do 0,2% žena u prva 4 tjedna nakon poroda može se javiti vrlo ozbiljno i kritično stanje postporođajne psihoze [19]. Povećan rizik za javljanje postpartalne psihoze imaju:

- žene koje su prethodno doživjele epizodu bipolarnog poremećaja, shizofrenije ili shizoafektivnog poremećaja,
- žene čije su bliske srodnice (majka ili sestra) bolovale od puerperalne psihoze,
- prvorotkinje i

- višerotkinje koje su imale puerperalnu psihozu nakon prvog poroda [22].

Postoje slučajevi u kojima se postpartalna psihoza razvija u očeva koji se osjećaju odbačenima i natječu se s djetetom za majčinu ljubav i pažnju [10].

Epizoda postpartalne psihoze je u biti epizoda u sklopu poremećaja raspoloženja, obično bipolarnog afektivnog poremećaja, a moguće je i ponavljajući (unipolarni) depresivni poremećaj. „Incidencija javljanja poremećaja raspoloženja u obitelji bolesnica s postpartalnom psihozom, slična je incidenciji u obitelji kod žena koje boluju od bipolarnog poremećaja“ [10]. Smatra se kako proces porođaja predstavlja značajan nespecifični stres po ženu te se razvoj epizode poremećaja raspoloženja povezuje s bipolarnim promjenama.

U rijetkim slučajevima je postpartalna psihoza posljedica općih medicinskih razloga kao što su:

- infekcije,
- intoksikacije lijekovima,
- toksemija i
- gubitak krvi [10].

Iznenadni pad koncentracije estrogena i progesterona neposredno nakon porođaja može također pridonijeti nastanku psihičkih smetnji, kao i životni stresovi poput:

- težak gubitak (smrt jako bliske osobe i slično),
- raspad braka,
- nezaposlenost,
- bolest,
- selidba u novu okolinu,
- manjak podrške,
- fizičko, emocionalno i seksualno zlostavljanje te
- konzumiranje droge i alkohola [22].

Simptomi se najčešće pojavljuju u drugom ili trećem tjednu, ali uvijek unutar osam tjedana. Najprije se bolesnice tuže na umor, nesanicu i nemir te su emocionalno nestabilne i plačljive. Nakon toga se pojavljuju sumnjičavost, smušenost, nepovezani govor i opsesivna briga za djetetovo zdravlje [10]. Nadalje, javljaju se i:

- povišeno (manično) raspoloženje,
- teža konfuzija,

- nemir i agitacija,
- bujica misli,
- ponašanje koje nije sukladno karakteru,
- povećana govorljivost i aktivnost,
- povlačenje i smanjena komunikacija s okolinom,
- paranoja,
- halucinacije usmjerene ideji da je dijete zlo,
- demonsko ponašanje,
- razmišljanje o djetetovoj smrti, te
- sklonost ranjavanju i ozljeđivanju same sebe, bebe ili ostalih ljudi u svojoj okolini [9].

Sumanute ideje prisutne su kod 50% pacijentica, a halucinacije kod oko 25% pacijentica s poremećajem raspoloženja. Pacijentice mogu imati osjećaje kako ne žele svoje dijete ili da ga ne vole. Čedomorstvo je često povezano s postpartalnim psihotičnim epizodama koje uključuju naređujuće halucinacije da se ubije dijete ili sumanutosti da je dijete opsjednuto i da je u njemu zlo koje treba uništiti. Sumanutosti mogu uključivati ideju da je dijete mrtvo ili defektno, da je opsjednuto đavlom, da mu je predodređena strašna sudbina, ili pak da ima posebne sposobnosti. Kao psihotični simptomi može se javiti i negacija rođenja djeteta te progonsvene i druge sumanute ideje. Halucinacije su obično slušne i često su imperativnog karaktera kada glas traži od žene da ubije svoje dijete, ali mogu imati i druge vrlo bizarne i neugodne sadržaje [10].

Postpartalna psihoza se mora pravovremeno prepoznati i što prije liječiti. Postpartalna psihoza je ozbiljno i kompleksno mentalno stanje kod kojeg mora biti provedeno liječenje od strane psihijatra stručnjaka te uz kontinuirani nadzor stanja pacijentice. Ključno je za dobrobit žene i djeteta hitno potražiti liječničku pomoć [22].

Prvi korak u liječenju je isključivanje mogućeg uzroka poput Sheehanov sindrom ili tireotoksikoza, a drugi korak je rano prepoznavanje. Postpartalne psihoze, u načelu, zahtijevaju psihijatrijsku hospitalizaciju, osobito ako je izražena suicidalnost ili infanticidnost, a ne rijetko se može primijeniti i EST što je i jedan od uspješnih načina liječenja [10].

Savjetuje se da se majka i dijete ne razdvajaju, no to je zapravo nemoguće [22]. Kontakt s djetetom bi trebao biti omogućen samo uz stalni nadzor i pri tome treba posebno pripaziti na eventualni simptom i žalju za samoozljeđivanjem ili ozljeđivanjem djeteta [10]. Također, poželjna je promjena okolinskih čimbenika, velika potpora partnera i ostalih bliskih osoba.

U načelu je potrebno od 3 do 12 mjeseci kako bi se žena oporavila od postpartalne psihoze. Iznimno je važno da žena shvati kako ona nije kriva za svoju bolest. Nakon prvotnog

oporavka, mnoge žene iskuse razdoblje tuge, depresije i manjka samopuzdanja. Također, većina žena tuguje zbog propuštanja ranog majčinstva i brige za dijete. Većina žena se na kraju potpuno oporavi [22].

3.4. Zdravstvena njega bolesnica

„Medicinska sestra svakodnevno prati bolesnikovo stanje, ponašanje i promjene ponašanja. Rad na psihijatrijskom odjelu zahtjeva veliko znanje, zalaganje, snalažljivost i naravno veliku želju da se pomogne bolesniku.“ [23]. Medicinska sestra najviše boravi uz bolesnika, time njezina uloga postaje izrazito značajna. Zauzima se profesionalan stav i bolesniku se daje do znanja koja je uloga medicinske sestre.

Jedna od glavnih zadaća medicinske sestre je pružati pomoć u svakodnevnim aktivnostima, biti strpljiv i osigurati dovoljno vremena, prihvatiti bolesnicu kao vrijedno biće i podržati samopoštovanje. Vrlo važno je da medicinska sestra izradi pozitivan stav prema psihijatrijskim bolesnicima, bez straha i predrasuda. Najvažnije odlike medicinske sestre su strpljivost, tolerancija, humanost i odgovornost. Zadaća medicinske sestre je uspostavljanje dobre komunikacije, provođenje ablaktacije te odvojiti bolesnicu od novorođenčeta [23].

4. Prikaz slučaja

Pacijentica M.F. rođena 1995. godine, neudana, po zanimanju medicinska sestra, ne radi u struci, trenutno na porodiljnom dopustu. Radi se o pacijentici koja je u 41. tjednu trudnoće rodila svoje drugo dijete. Tokom trudnoće pacijentici je otkrivena hipotireoza, inače je cijela trudnoća protekla mirno. Trudovi su krenuli spontano u 42. tjednu trudnoće te je pacijentica rodila vaginalnim putem. S ginekološke strane postpartalni tijek je krenuo uredno, a laktacija uspješno uspostavljena. Otpust babinjače bio je četiri dana nakon poroda. Otpuštena je kući u klinički i subjektivno dobrom općem stanju uz preporuku kontrola nadležnog ginekologa 6 tjedana nakon poroda.

Deset dana nakon otpusta babinjače iz rodilišta, javlja se u HPA u pratnji svekrve. Heteroamnestički se od svekrve saznaje za pogoršanje bolesničinog psihičkog stanja unazad 10-tak dana prije poroda koje se dodatno intenziviralo nakon samog poroda. Prema navodu svekrve, bolesnica je pred porod bila pojačano anksiozna – nakon što je u jednom navratu slučajno popila duplu dozu propisanog joj Euthyroxa te je bila u izrazitom strahu da će to naštetiti djetetu. Nakon poroda se „zatvorila u sebe“, u nekim navratima je iznosila strahove vezane uz brigu oko djeteta te njezinu sposobnost da bude majka. Saznaje se da je inače vedra osoba, no aktualno kao da je u „nekom svojem svijetu“, praktički ne komunicira s ukućanima, daje vrlo kratke odgovore na postavljena direktna pitanja, ne uspijeva verbalizirati kako se osjeća, no povremeno navodi kako se osjeća psihički loše. Saznaje se za izražene poteškoće usnivanja i prosnivanja unazad oko 3 tjedna. U vezi je sa sadašnjim partnerom oko godinu dana te imaju dijete.

Pacijentica je prije dvije godine hospitalno liječena u Psihijatrijskoj bolnici „Sv. Ivan“, navodno zbog psihotične dekompenzacije, ali ne prilaže dokumentaciju. Ranije je od terapije uzimala risperidon te kasnije aripiprazol. Navodno je terapiju prestala uzimati u dogovoru s nadležnim psihijatrom kod kojega je posljednji put bila na kontroli prije više od 6 mjeseci.

Zaprimljena na odjel intenzivne skrbi Klinike za psihijatriju. Prilikom pregleda bolesnica kroz vrlo šтору verbalnu produkciju daje osobne podatke. Navodi kako je prije deset dana rodila djevojčicu. Na upit zbog čega se obratila po psihijatrijsku pomoć ne odgovara, šuti i zabrinuto gleda u daljinu. Na direktan upit navodi kako je u jednom navratu liječena psihijatrijski zbog psihotične dekompenzacije. Negira obmane osjetila, no iste se sa sigurnošću ne mogu isključiti. Negira auto i heteroagresivne misli i nakane. Cijelo vrijeme ponavlja kako je u strahu.

Kod primitka pacijentice uzeta je i sestrinska anamneza:

- Osobni podaci
- Medicinske dijagnoze
- Alergije: da – prašina, pelud

- Procjena samostalnosti: 2 – ovisna u višem stupnju
- Samozbrinjavanje: higijena (2), hranjenje (2), eliminacija (2), oblačenje (2)
- Fizičke aktivnosti – 0
- Oprema i pomagala – nema
- Prehrana: bez ograničenja
- Apetit: normalan
- Gutanje i žvakanje: bez teškoća
- Procjena sluznice: bez oštećenja
- Eliminacija: stolica – 27.05.2018. ; mokrenje: normalno
- Znojenje – normalno
- Kašalj: ne
- Iskašljavanje: ne
- Perceptivne sposobnosti: vid i sluh – dobar
- Bol – ne
- Govor: bez teškoća
- Spavanje: nesanica, poremećaj usnivanja
- Svijest: očuvana
- Seksualnost – 2x porod, 2 porod – 22.05.2018.
- Aktivnosti koje utječu na zdravlje – ne puši, ne pije alkoholna pića, ne koristi droge trenutno (kanabis prije trudnoće)
- Prihvatanje zdravstvenog stanja – prihvaća, ali se boji
- Vjerska uvjerenja – bez ograničenja i potreba
- Samopercepcija – zabrinuta je za sebe (navodi strah)
- Doživljavanje hospitalizacije – suglasna za hospitalizaciju
- Fizikalni pregled: afebrilna, RR 120/75, puls 68/min, ostali fizikalni nalaz uredan
- Lijekovi: Aripiprazol (prije godinu dana ukinuto na njen zahtjev)
- Znanje o bolesti, terapiji, načinu života – djelomično stečeno
- Sestrinske dijagnoze:
 - Anksioznost
 - Visok rizik za ozljede
 - Poremećaj spavanja
 - Nesanica
 - Poremećaj misaonog procesa

- Visok rizik za neuzimanje terapije
- Strah
- Usamljenost
- Smanjena mogućnost održavanja domaćinstva

Kod pacijentice se započelo s procesom ablaktacije, poticana je na izdajanje, stavljeni hladni oblozi te prsa čvrsto podvezana zavojem. Tokom hospitalizacije izvađene laboratorijske pretrage, snimila EEG i EKG, a u EKG-u sinus bradikardija te konzultiran vodeći liječnik koji je pozvao internistu. Konzilijarni pregled interniste protekao uredno, pacijentica je dobro. U sklopu obrade obavila pregled oftalmologa te snimila CT mozga; nalazi uredni. Pacijentica upućena i na konzilijarni pregled ginekologa, utvrđen normalan tijek babinja. Kroz nekoliko dana nakon prijema pacijentica odbija obroke, ali ordiniranu terapiju uzima. Dobila je dozvolu za kratki izlaz u krugu bolnice te se svaki put vratila u dogovoreno vrijeme, kroz noć spavala, uredno jela, uzimala ordiniranu terapiju. Nekoliko dana prije otpusta pacijentica je dobila dozvolu za odlazak kući te se vratila u dogovoreno vrijeme, susret s obitelji protekao uredno. Nakon četrnaest dana provedenih na Klinici za psihijatriju pacijentica je u pratnji otpuštena kući, dobila upute, otpusno pismo i lijekove.

Tijekom liječenja pacijentica se opservira, vrše se dijagnostičke pretrage te se ordinira i titrira psihofarmakoterapija. Provedena ablaktacija. Zbog dizurije te promijenjenog nalaza urina ordinira se nitrofurantoin u trajanju od tri dana te se potom zamjenjuje cefuroksimom 2 x 500 mg per os; na to dizurične tegobe prestaju, ali i dalje se prate promjene u nalazima urina. Pacijentica je isprva dezorganizirana, u terapiju se uvodi i titrira flufenazin i olanzapin uz diazepam. Tokom hospitalizacije aplicirao se flufenazin depo 25 mg i.m. te pacijentica postaje spontanija u kontaktu, samostalno započinje razgovor, smanjuje se dezorganiziranost, a misaoni tok postaje koherentniji. Provođi dva terapijska vikenda u kućanstvu, a heteroamnestički se potvrđuje kako su protekli zadovoljavajuće. Postignuto stanje zadovoljava potrebe ambulantnog praćenja pacijentice uz psihofarmakoterapiju:

- flufenazin 2,5 mg (0, 0, 2)
- Olanzapin 10 mg (0, 0, 1)
- Diazepam 10 mg (½, 0, 1)
- Flufenazin depo 25 mg i.m. (svaka 4 tjedna).

Otpusno pismo zdravstvene njege sadrži:

- Opći i identifikacijski podaci
- Socijalni status: živi s partnerom, nije korisnik socijalne pomoći, partner joj može pružati pomoć po otpustu iz bolnice, u skrbi do prijema u bolnicu bili su uključeni članovi obitelji

- Provedena zdravstvena njega u bolnici/postupci – njega babinjače, praćenje vitalnih funkcija, poticanje na samozbrinjavanje, nadzor nad redovitim uzimanjem terapije, praćenje ponašanja pacijentice, planiranje dnevnih aktivnosti, pacijentica bolje surađuje sa osobljem, pacijentica je potpuno informirana i educirana o svom zdravstvenom stanju; u procesu samozbrinjavanja je potpuno samostalna
- Fizičko stanje dobro, mentalno stanje – pri svijesti, aktivnost – pokretna, pokretljivost – puna, inkontinencija – nije, prehrana i tekućina – dobro
- Sestrinske dijagnoze pri otpustu iz bolnice:
 - Anksioznost
 - Visok rizik za ozljede
 - Poremećaj spavanja
 - Nesanica
 - Poremećaj misaonog procesa
 - Visok rizik za neuzimanje terapije
 - Strah
 - Usamljenost
 - Smanjena mogućnost održavanja domaćinstva
- Preporuke zdravstvene njege – pratiti oporavak babinjače, 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:
 - flufenazin 2,5 mg (0, 0, 2)
 - Olanzapin 10 mg (0, 0, 1)
 - Diazepam 10 mg (½, 0, 1)
 - Flufenazin depo 25 mg i.m. (svaka 4 tjedna)
- 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.

5. Sestrinska dijagnoza

ANKSIOZNOST U / S MAJČINSTVOM

Ciljevi:

- Pacijentica će se pozitivno suočiti s anksioznosti
- Pacijentica će znati opisati smanjenu razinu anksioznosti
- Pacijentica neće ozlijediti sebe ili druge osobe [25].

Intervencije:

- Stvoriti profesionalan empatijski odnos - pacijentu pokazati razumijevanje njegovih osjećaja
- Stvoriti osjećaj sigurnosti, biti uz pacijenta kada je to potrebno
- Opažati neverbalne izraze anksioznosti, izvijestiti o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost do agresije...)
- Stvaranje odnosa povjerenja tijekom hospitalizacije
- Osigurati mirnu i tihu okolinu: smanjenje buke, primjena umirujuće glazbe i sl.
- Prihvatiti i poštivati pacijentove kulturološke razlike pri zadovoljavanju njegovih potreba
- Potaknuti pacijenta da potraži pomoć od sestre ili bližnjih kada osjeti anksioznost
- Potaknuti pacijenta da prepozna situacije (činitelje) koji potiču anksioznost
- Potaknuti pacijenta da izrazi svoje osjećaje
- Izbjegavati površnu potporu, tješjenje i žaljenje
- Pomoći i podučiti pacijenta vođenju postupaka smanjivanja anksioznosti:
- vođena imaginacija/vizualizacija ugodnih trenutaka
- vježbe dubokog disanja i mišićne relaksacije
- okupacijska terapija (glazboterapija, likovna terapija)
- humor
- terapijska masaža i dodir
- Poučiti pacijenta pravilnom uzimanju anksiolitika
- Kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije
- Predložiti psihijatrijsku procjenu i tretman ukoliko su simptomi anksioznosti i dalje prisutni
- Stvoriti sigurnu okolinu za pacijenta (ukloniti predmete kojima bi pacijent mogao nanijeti ozljede...) [25]
- Planiranje dnevnih aktivnosti [24].

Evaluacija:

- Pacijent prepoznaje znakove anksioznosti i verbalizira ih
- Pacijent se pozitivno suočava s anksioznosti
- Pacijent se negativno suočava s anksioznosti
- Pacijent opisuje smanjenu razinu anksioznosti
- Pacijent opisuje povećanu razinu anksioznosti
- Tijekom boravka u bolnici nije došlo do ozljeda
- Tijekom boravka u bolnici je došlo do ozljeda [25].

6. Zaključak

Mnogo je različitih uzroka koji dovode do nastanka postporođajne depresije, a većina je psihičkog porijekla neposredno povezana s događanjima uz sami porođaj, kao što su promjena društvenog položaja, strah od predstojećih obaveza ili neprihvatanje vlastitog fizičkog izgleda. Simptomi postporođajne depresije mogu se pojaviti u blagom obliku i isto tako mogu nestati nakon nekoliko dana, ali ako potraju, zahtijevaju intervenciju liječnika, pogotovo ako se javljaju u obliku takozvane postporođajne psihoze. Tipovi depresije koje se obično nazivaju postporođajnom, javljaju se u tri oblika: baby blues, postporođajna depresija i postporođajna psihoza.

Važno je da depresivne žene ne misle da su učinile nešto loše ili da nisu normalne jer ne mogu voljeti svoje dijete. Veza između majke i djeteta mora polagano rasti kao i veza između partnera. Oboljele nisu loše osobe, već samo bolesne. Trebale bi se obratiti partneru, obitelji ili prijateljima, a potom i liječniku ili psihoterapeutu. U psihoterapiji je za majke važno raditi na odnosu prema samoj sebi.

Veliku ulogu imaju i medicinske sestre koje najprije uspostavljaju dobru komunikaciju s roditeljom te pružaju znanje i vještine. Također, medicinska sestra mora pravodobno prepoznati simptome depresije i obavijestiti liječnika. Uloga medicinske sestre je uvelike bitna jer ona mora uočiti moguće patološke promjene na ženi i djetetu. Time zaključujemo da je potrebno da medicinska sestra svoj posao obavlja humano, stručno i odgovorno. Holističkim pristupom i dobrom komunikacijom postiže se kvalitetan uvod roditelje u postpartalni period.

U Varaždinu, _____

Laura Šturlan

7. Literatura

- [1] https://www.cybermed.hr/clanci/poslijeporodajni_psihicki_poremecaji, dostupno 09.09.2018.
- [2] D. Buljan (ur): Konzultativno – suradna psihijatrija – vodič za dijagnostiku i liječenje psihičkih smetnji u somatskoj medicini, Naklada Slap, Zagreb, 2016.
- [3] R. Gregurek i sur.: Suradna i konzultativna psihijatrija – psihijatrijski i psihološki problemi u somatskoj medicini, Školska knjiga, Zagreb, 2006.
- [4] S. Mrđenović: Emocionalne reakcije straha u prvorotkinja za vrijeme trudnoće i nakon porođaja, Medicinski Vjesnik, br. 19, kolovoz 1987, str. 83-85.
- [5] B. Finderle i S. Tomić: Sindrom tužnog raspoloženja ili baby blues, Primaljski vjesnik, br. 18, svibanj 2015, str. 36-41.
- [6] V. Medvjedović – Marčinko: Izraženost simptoma anksioznosti i depresije u trudnica s pozitivnom i negativnom anamnezom ranijih spontanijih pobačaja, Disertacija, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, 2016.
- [7] D. Habek: Porodništvo i ginekologija, Školska knjiga, Zagreb, 2005.
- [8] A. Kurjak i sur.: Očekujući novorođenče, Itró Naprijed, Zagreb, 1987.
- [9] <https://www.zdravobudi.hr/strucni-clanci/1262/psihicki-poremecaji-u-postpartalnom-razdoblju>, dostupno 08.09.2018.
- [10] I. Kuvačić, A. Kurjak, J. Đelmiš i sur.: Porodništvo, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.
- [11] Ž. Dijanek: Zdravstvena njega bolesnica s postpartalnom psihozom, Završni rad, Sveučilište sjever, Varaždin, 2017.
- [12] <http://www.lazalazarevic.rs/index.php/info-kutak teme-iz-psihijatrije/401-postpartalna-psihoza>, dostupno 09.09.2018.
- [13] K. Pecigoš – Kljuković: Zdravstvena njega trudnice, roditelje i babinjače, Školska knjiga, Zagreb, 2005.
- [14] <https://www.mojedijete.com/zasto-je-vazan-kolostrum/>, dostupno 13.09.2018.
- [15] <https://zir.nsk.hr/islandora/object/zvu%3A1226>, dostupno 13.09.2018.
- [16] I. Živoder: Postpartalni period – nastavni materijali, Sveučilište sjever, Varaždin, 2016.
- [17] D. Begić: Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [18] D. Habek: Ginekologija i porodništvo, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
- [19] <http://www.roda.hr/portal/porod/nakon-poroda/baby-blues-poslijeporodajna-depresija-i-psihoza.html> (dostupno 09.09.2018.)
- [20] M. Jakovljević: Depresivni poremećaji – od ranog prepoznavanja do uspješnog liječenja, Pro Mente, Zagreb, 2004.

- [21] Đ. Andrić: Postporođajna depresija, Primaljski vjesnik, br. 18, svibanj 2015, str. 33-35.
- [22] A. Belošević i I. Podhorsky Štorek: Puerperalna psihoza, Primaljski vjesnik, br. 18, svibanj 2015, str. 42-46.
- [23] M. Kolak i K. Mešin: Zdravstvena njega kod depresivnog bolesnika, Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika, Zbornik radova, br. 17, lipanj 2011, str. 97-107.
- [24] I. Vuković: Sestrinske dijagnoze kod oboljelih od shizofrenije s posebnim osvrtom na žene, Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika, Zbornik radova, br. 17, lipanj 2011, str. 80-81.
- [25]http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf, dostupno 15.09.2018.

Popis slika

2.1. Dojenje, Izvor: https://www.google.com/search?q=dojenje&client=firefox-b&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwidjv2Zvr3dAhVJXCwKHSTyAv4Q_AUICigB&biw=1366&bih=671#imgrc=zyOfXG0GGtkmoM:

3.2.1. Postpartalna depresija, Izvor: https://www.google.com/search?q=postpartalna+depresija&client=firefoxb&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjknrjlvb3dAhVliCwKHSgICy0Q_AUICigB&biw=1366&bih=671#imgrc=wcz22C0dN1YsXM:



**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, LAURA ŠTURLAN (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom IZJAVLJIVANJE O ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNICA S MENTALNIM POREMEĆAJIMA U POSTPARTALNOM RAZDOBKU (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Šturlan Laura
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti u 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, LAURA ŠTURLAN (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom IZJAVLJIVANJE O ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNICA S MENTALNIM POREMEĆAJIMA U POSTPARTALNOM RAZDOBKU (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Šturlan Laura
(vlastoručni potpis)