

Zdravstvena njega pri psihičkim poremećajima u babinju

Paunović, Monika

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:555194>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-13**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**ZDRAVSTVENA NJEGA PRI PSIHIČKIM
POREMEĆAJIMA U BABINJU**

Završni rad br. 21/SES/2019

Monika Paunović

Bjelovar, srpanj 2019.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Paunović Monika** Datum: 11.04.2019. Matični broj: 001563

JMBAG: 0314015260

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA MAJKE I NOVOROĐENČETA**

Naslov rada (tema): **Zdravstvena njega pri psihičkim poremećajima u babinju**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo** Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Mirna Žulec, mag.med.techn.** zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. Goranka Rafaj, mag.med.techn., predsjednik
2. Mirna Žulec, mag.med.techn., mentor
3. Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., član

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 21/SES/2019

Studentica će analizom recentne stručne i znanstvene literature opisati uzroke te patofiziologiju psihičkih poremećaja u babinju, suvremene smjernice za liječenje te ulogu medicinske sestre u zdravstvenoj njezi.

Zadatak uručen: 11.04.2019.

Mentor: **Mirna Žulec, mag.med.techn.**



Zahvala

Zahvaljujem se svojoj mentorici dipl. med. techn. Mirni Žulec na usmjeravanju i pomoći za izradu ovog završnog rada. Svim profesorima Veleučilišta u Bjelovaru veliko hvala na prenesenom znanju. Najviše se zahvaljujem svojoj obitelji na velikoj podršci i strpljenju kroz ove tri godine studiranja.

Sadržaj

1. UVOD.....	1
2. CILJ RADA	2
3. BABINJE ILI PUERPERIJ.....	3
3.2. Cijeljenje rane	4
3.3. Uspostavljanje funkcije jajnika i početak laktacije.....	4
4. ETIOLOGIJA I FAKTORI RIZIKA ZA NASTANAK PSIHIČKIH POREMEĆAJA U BABINJU.....	5
4.1. Uzroci nastanka.....	5
4.2. Rizični faktori	5
5. PSIHIČKI POREMEĆAJI U BABINJU	6
5.1. Postpartalna tuga (postpartalni “Baby Blues“)	6
5.1.1. Epidemiologija	6
5.1.2. Etiologija i faktori rizika	6
5.1.3. Klinička slika i liječenje.....	7
5.1.4. Uloga medicinske sestre.....	7
5.2. Postpartalni anksiozni poremećaj.....	7
5.2.1. Epidemiologija	7
5.2.2. Etiologija i faktori rizika	8
5.2.3. Klinička slika i liječenje.....	8
5.2.4. Uloga medicinske sestre.....	9
5.3. Postpartalna depresija.....	9
5.3.1. Epidemiologija	9
5.3.2. Etiologija i faktori rizika	9
5.3.3. Klinička slika i liječenje.....	10

5.3.4. Očeva postpartalna depresija.....	10
5.3.5. Uloga medicinske sestre.....	11
5.4. Postpartalna psihoza.....	14
5.4.1. Epidemiologija	14
5.4.2. Etiologija i faktori rizika	14
5.4.3. Klinička slika i liječenje.....	14
5.4.4. Uloga medicinske sestre.....	15
6. UZIMANJE PSIHOFARMAKA I DOJENJE	16
7. KAZNENO DJELO ČEDOMORSTVA	17
8. PREVENCIJA PSIHIČKIH POREMEĆAJA U BABINJU	18
9. SESTRINSKE DIJAGNOZE I INTERVENCIJE.....	19
10. ZAKLJUČAK	26
11. LITERATURA	27
12. OZNAKE I KRATICE	29
13. SAŽETAK.....	30
14. SUMMARY	31

1. UVOD

Općenito kada se govori o depresiji misli se na poremećaj raspoloženja tj. afektivni poremećaj koji je u današnje vrijeme sve više prisutan. Glavni problem je u tome što je raspoloženje patološki sniženo, osoba ima manje energije za obavljanje svakodnevnih aktivnosti, javlja se potištenost, smanjenje volje i interesa. Svi navedeni simptomi popraćeni su smetnjama u koncentraciji, snu, apetitu, osjećajem krivnje i samooptuživanja te se često javljaju misli o pokušaju suicida (1).

Potrebno je razlikovati tugu od depresije po tome što tuga obično ne traje duže od dva tjedna, svaka tuga koja traje duže mora biti medicinski popraćena. Depresija se dvostruko češće javlja kod žena za što se smatra da su uzroci najčešće hormonske promjene, stresni događaji, te porođaji (1). Najveću pažnju istraživača i kliničara privlači upravo period nakon porođaja koji se naziva period babinja, a žena koja je rodila naziva se babinjača. Period babinja traje oko 6 tjedana. U tom periodu veliki je rizik za početak poremećaja raspoloženja ili pogoršanje kliničke slike ako već postoje određeni poremećaji kao što su opsesivno kompulzivni poremećaj, anksiozni poremećaj, shizofrenija, depresija i neki drugi. Sve te promjene nastaju zbog raznih organskih i hormonalnih promjena te vremena prilagodbe kroz koji babinjača prolazi nakon poroda.

Promjene u raspoloženju najčešće se javljaju u mlađih majki nakon prvog porođaja koji su bili bolni, dugi ili je došlo do određenih komplikacija s novorođenčecom ili majkom. Promjene raspoloženja nakon porođaja dijele se na postpartalnu tugu (postpartalni baby blues) koji je blagi duševni poremećaj povezan s puerperijem, postpartalni anksiozni poremećaj, postpartalnu depresiju i postpartalnu psihozu koja se klasificira kao teški duševni poremećaj i poremećaj raspoloženja (2,3).

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je objasniti uzroke i patofiziologiju psihičkih poremećaja u razdoblju babinja, suvremene smjernice za njihovo liječenje te ulogu medicinske sestre u zdravstvenoj njezi.

3. BABINJE ILI PUERPERIJ

Babinje ili puerperij je razdoblje koje započinje nakon izlaska posteljice, a traje šest tjedana. U tom razdoblju dolazi do involucijskih procesa koji su najjače izraženi na uterusu koji nakon poroda obično teži oko 1000 grama, a nakon šest tjedana vraća se na svoju normalnu težinu od 50-70 grama. Dolazi do involucijskih procesa i na zdjeličnim mišićima, dnu trbušne stijenke, crijevima i mokraćnom mjehuru (4). U razdoblju puerperija također dolazi do cijeljenja rane, početka i održavanja laktacije te uspostave funkcije jajnika. Javljaju se i karakteristični trudovi u babinju koji mogu biti u obliku:

- trajnih kontrakcija- traju 4-5 dana iza poroda pri čemu je uterus stalno napet i tvrd
- spontanih ritmičkih kontrakcija- javljaju se povremeno, žene koje rađaju prvi put tzv. prvotkinje ih ne osjete dok višerotkinje to opisuju kao neugodne bolove koji se šire od leđa prema naprijed
- podražajni trudovi - trudovi koji su vezani za dojenje, dolazi do otpuštanja hormona oksitocina koji je odgovoran za nastanak trudova i mliječnih žlijezda, babinjača ih opisuje kao bolove koji se javljaju pri dojenju djeteta (4,5)

Trudovima u babinju dolazi do kontrakcijske ishemije koja dovodi do degeneracije i autolize mišićnih vlakana maternične stijenke. Vidi se jasna razlika u izgledu vanjskog ušća cervikalnog kanala kod nulipara (žena koje nisu rađale) ušće nije otvoreno i okruglo je, a kod multipara (višerotkinja) ušće zjapi, poprečno ovalnog je oblika, vidljivi su ožiljci razdora vrata maternice gdje cilindrični epitel (endocerviks) izađe na pločasti epitel (egzocerviks) i vidi se kao crvena mrlja (erythroplakia). Trudovima dolazi i do zaustavljanja krvarenja iz uterusa zbog procesa trombotamponade i miotamponade, te izlaska lochia odnosno sekreta iz šupljine maternice koji se stvara tijekom perioda babinja. Boja tog sekreta razlikuje se iz tjedna u tjedan nakon poroda pa prema promjeni boje razlikujemo:

- krvavu lochium (lochia rubra ili lochia cruenta)- od 1. do 6. dana
- smeđu lochium (lochia fusca)- od 7. do 14. dana
- prljavo žutu lochium (lochia flava)- od 14. do 21. dana
- sivobijelu lochium (lochia alba)- pred kraj 3. tjedna (4)

3.1. Visina fundusa uteri u babinju

Nakon što posteljica izađe iz maternice fundus odnosno dno maternice u prvorotkinje se nalazi između pupka i simfize. Kada prođe 24 sata od poroda fundus je u visini pupka ili niže. Svakim danom visina fundusa maternice manja je za jedan poprečni prst te nakon 10-14 dana ulazi u malu zdjelicu i više nije pipljiv preko trbušne stijenke. Moguća su i određena odstupanja ako je u pitanju višeplovna trudnoća, višerotkinja, povećana količina plodne vode, porod carskim rezom te nesposobnost dojenja te je u tim slučajevima visina fundusa maternice viša (4).

3.2. Cijeljenje rane

Proces cijeljenja rane odnosi se na cijeljenje ozljede porodnog kanala te na cijeljenje unutrašnje površine stjenke maternice. Razlikujemo epiziotomiju, laceraciju cerviksa i rupturu koje se smatraju najčešćim ozljedama porodnog kanala. Epiziotomija je oštri vaginoperinealni rez kojim se skraćuje koljeno mekog porodnog kanala. Laceracija cerviksa se najčešće javlja kod poroda djeteta velike porođajne težine, a ruptura cerviksa je razdor cerviksa za vrijeme poroda. Navedene ozljede se saniraju šavovima. Zacjeljivanje unutrašnje površine stjenke maternice naziva se epitelizacija kojom dolazi do obnavljanja tj. regeneracije endometrija pomoću hormona estrogena te završava nakon šest tjedana babinja (6).

3.3. Uspostavljanje funkcije jajnika i početak laktacije

Neposredno nakon izlaska posteljice vraća se izlučivanje folikulostimulirajućeg hormona (FSH), luteinizirajućeg hormona (LH) i luteotropnog hormona (LTH). Kada žena doji ona obično nema menstruaciju, međutim mogu se pojaviti krvarenja koja su uzrok anovulacijskog ciklusa. Do procesa ovulacije može doći i prije prvog krvarenja iza poroda ovisno o hormonskih funkcijama od žene do žene. Što znači da iako nema krvarenja za vrijeme dojenja ono nije sigurna zaštita od novog začeća (4). Izlučivanjem hormona prolaktina i oksitocina započinje dojenje. Prolaktin je zaslužan za stvaranje mlijeka dok oksitocin služi za otpuštanje mlijeka iz mliječnih kanalića dojke. Prvo majčino mlijeko naziva se kolostrum, stvara se do četvrtog dana nakon poroda, bogato je kalorijama, solima i bjelančevinama koje su potrebne djetetu za normalan rast i razvoj. Kolostrum sadrži i razna antitijela protiv bakterija i virusa koja štite djetetov organizam od infekcije (5,6).

4. ETIOLOGIJA I FAKTORI RIZIKA ZA NASTANAK PSIHIČKIH POREMEĆAJA U BABINJU

4.1. Uzroci nastanka

Najčešće su psihički poremećaji u babinju uzrokovani utjecajem hormonalnih promjena (snižena razina progesterona, estrogena, hormona štitnjače i kortizola), genetske osjetljivosti i raznih psihosocijalnih faktora poput neuroendokrinih i duševnih smetnji u obiteljskoj anamnezi, zahtjevnosti djeteta (hranjenje, spavanje i dr.), teškim nemogućnostima adaptacije majke na njenu novu ulogu u životu (3,7).

4.2. Rizični faktori

Rizični faktori za nastanak psihičkih poremećaja nakon poroda su:

- komplikacije u trudnoći
- komplikacije za vrijeme poroda
- izostanak emocionalne, financijske, socijalne podrške supruga
- samohrana majka
- dugi period pokušaja začeca
- mlada dob majke
- loša financijska situacija
- nezaposlenost
- neželjena trudnoća
- izostanak dojenja
- loši odnosi u budućoj obitelji novorođenog djeteta (7)

5. PSIHIČKI POREMEĆAJI U BABINJU

Porod je značajan emocionalni događaj kako za buduće roditelje tako i za cijelu obitelj. To je događaj u kojem su izraženi neizvjesnost, briga, strah te ispunjenje velikih iščekivanja. U suvremenom društvu pretporođajna i porođajna atmosfera zavisno od slučaja do slučaja može poprimiti sasvim suprotne predznake. Nije rijetkost da u današnjem svijetu ima trudnoća koje su neželjene, da trudnica kroz trudnoću prolazi u jako lošim socijalnim i ekonomskim uvjetima, da se radi o trudnoći koja je visoko rizična, da je trudnica nezbrinuta, napuštena od strane supruga ili obitelji i sl. Kada se svemu tome još dodaju i hormonalne promjene nije čudo da dolazi do psihičkih poremećaja u babinju pa ih tako dijelimo na:

- postpartalnu tugu (“Baby Blues“)
- postpartalni anksiozni poremećaj
- postpartalnu depresiju
- postpartalnu psihozu (8).

5.1. Postpartalna tuga (postpartalni “Baby Blues“)

5.1.1. Epidemiologija

Smatra se najblažim, najčešćim i najmanje opasnim poremećajem. Javlja se u 50% do 80% roditelja obično od dva do četiri dana nakon poroda, a ne traje dugo (ne duže od dva tjedna) i ne zahtijeva psihijatrijsku pomoć. Naziva se još i majčinskom melankolijom (2).

5.1.2. Etiologija i faktori rizika

Uzroci postpartalne tuge su nepoznati, ali provedena su razna istraživanja kojima je dokazano da postoji povezanost sa velikim biološkim promjenama tijekom trudova, poroda i postpartalnog perioda. Smatra se da uzrok leži u naglom padu hormona progesterona, stresu zbog poroda i razmišljanju o odgovornosti koje nosi majčinstvo, razočarenje roditelje u to što nisu imale savršen porod, reakcija na neugodnost ili bol nakon poroda, razočarenje zbog pojave nekog napetog događaja, briga oko bebe ili samo iznenađenje oko toga koliko je zapravo posla pri odgajanju djeteta (3,9). Rizični faktori za nastanak najčešće su pojava osjećaja ambivalencije

prema samoj trudnoći, postojanje predmenstrualne napetosti, biološki i psihosocijalni faktori, osobnost roditelja te strah od poroda. Smatra se da roditelja kod koje se javi postpartalna tuga kasnije u životu ima povećani rizik za nastanak depresije. Campbell i suradnici proveli su istraživanje koje govori da oko 20% žena s postpartalnom tugom u prvoj postnatalnoj godini doživi veliku depresivnu epizodu (2).

5.1.3. Klinička slika i liječenje

Postpartalna tuga prepoznaje se prema simptomima koji se javljaju. Rodilja najčešće postane plačljiva, razdražljiva, anksiozna, često mijenja raspoloženje, zaboravljiva je, umorna, zbunjena, blago depresivna, uznemirena, žalosna, iscrpljena i ima osjećaj manje vrijednosti. To je zapravo normalna reakcija na novu i nepoznatu životnu situaciju te se viđa češće kod prvorotkinja koje nemaju iskustva. Zbog prolaznosti stanja nisu potrebne psihijatrijske i medicinske intervencije, dovoljna je edukacija, nadzor i podrška roditelji kako simptomi ne bi prerasli u postpartalnu depresiju (2,5).

5.1.4. Uloga medicinske sestre

Medicinska sestra sudjeluje prvenstveno u prevenciji nastanka psihičkih poremećaja prije poroda tako što educira trudnice i članove obitelji o prirodi porođaja, mogućim komplikacijama i ishodu istog, savjetuje i pruža podršku trudnici. Nakon poroda medicinska sestra mora osigurati mirno okruženje roditelji i djetetu, poštediti roditelju pretjerane aktivnosti i obaveza te pratiti njezino stanje kako ne bi došlo do ozbiljnijeg poslijeporođajnog poremećaja (10).

5.2. Postpartalni anksiozni poremećaj

5.2.1. Epidemiologija

Postoje podaci sa studija Kesslera i suradnika koji ukazuju na to da postoji visoki komorbiditet anksioznog poremećaja i depresije. Pogoršanje anksioznih simptoma javlja se u prvih 12 tjedana nakon poroda (11).

5.2.2. Etiologija i faktori rizika

Na nastanak poremećaja utječu genetski faktori, hormonalne promjene, problemi u obitelji, neželjena trudnoća, nespremnost majke na ulogu majčinstva i sl.

5.2.3. Klinička slika i liječenje

Anksiozni poremećaj se dijeli na nekoliko kliničkih oblika:

- Opsesivno- kompulzivni poremećaj
- Panični poremećaj
- Posttraumatski stresni poremećaj

Opsesivno kompulzivni poremećaj prate simptomi poput odbojnih ili užasnih opsesija, neželjenih ideja, misli, nagona i slika koji izazivaju tjeskobu i nemir. Osoba ima potrebu stalno nešto raditi da bi se umanjila nelagoda uzrokovana opsesijom te su osobe svjesne svog ponašanja. Velik broj slučajeva ovog poremećaja tijekom trudnoće i nakon nje se uopće ne dijagnosticira jer se navedeno ponašanje smatra pod normalnim i uobičajenim za trudnoću i period babinja. Žene koje imaju ovaj poremećaj najčešće prikrivaju smetnje zbog osjećaja srama i krivnje te pokušavaju ostaviti dojam da su zapravo sretne zbog uloge majke (11). Panični poremećaj se očituje velikim strahom, nelagodom i napadima panike koji su neočekivani te se s njima javljaju lupanje srca, pritisak u prsima, drhtanje, gubitak daha, gušenje i strah od smrti. Posttraumatski stresni poremećaj u većini slučajeva se javlja nakon nekog traumatskog događaja kojeg prate strah i očaj i osoba osjeća napetost i strah. Proces trudnoće i porođaja mogu biti okidači ovog poremećaja osobito ako se radi o trudnoći koja je posljedica seksualnog nasilja ili čina silovanja. U slučaju da se navedeni poremećaji ne liječe može doći do neželjenih posljedica kako za majku tako i za dijete i cijelu obitelj u obliku razvitka određenih psihičkih smetnji koje ako se razvijaju negativno utječu na emocionalni, intelektualni i socijalni razvoj djeteta. Na majku simptomi utječu tako da ne može adekvatno skrbiti za sebe i svoje dijete (zadovoljavanje potreba djeteta, neadekvatna prehrana, higijena, spavanje, odlazak liječniku i dr.) (11).

Ako su simptomi navedenih poremećaja blažeg oblika potrebno je liječenje suportivnim tehnikama i psihoterapijom (bračne, obiteljske i individualne), elektrokonvulzivnom terapijom, dok se lijekovi izbjegavaju, ali ipak ukoliko se radi o situacijama kada je liječenje lijekovima

nezaobilazno kod majki koje doje dojenje je potrebno prekinuti zbog negativnih utjecaja lijekova na dijete (11).

5.2.4. Uloga medicinske sestre

Potrebno je educirati obitelj i buduću majku, pružati im podršku i savjetovati ih, ukazati im na važnost planiranja roditeljstva i prilagodbu na nove uloge u životu i svu odgovornost koja ide uz nju (11).

5.3. Postpartalna depresija

5.3.1. Epidemiologija

Postpartalna depresija se javlja kod svake desete roditelje, točnije u 6,8% do 15,5% roditelja. Javlja se u razdoblju od prvih 24 sata pa sve do godine dana iza poroda. Češća je u roditelja nakon drugog poroda nego kod prvorođene (7).

5.3.2. Etiologija i faktori rizika

Postpartalna depresija može biti uzrokovana padom hormona nakon poroda. Progesteron nakon poroda pada za čak 95%, pada razina estradiola, i prolaktina. Povećana razina hormona štitnjače također može uzrokovati pojavu depresije u roditelja zbog pada razine tiroksina. Žene koje imaju izraženije simptome predmenstrualnog sindroma imaju veći rizik za nastanak depresije (10). Na pojavnost također utječu i stresne situacije tijekom života i same trudnoće, nepovoljni partnerski odnosi, loš odnos sa članovima obitelji osobito vlastitom majkom koja postaje izvor frustracije zbog negativnog obrasca očekivanja svoje vlastite uloge nakon poroda, žene koje su i prije poroda bolovale od određenih psihičkih poremećaja ili su imale pojavnost poremećaja ranije u obitelji (10).

5.3.3. Klinička slika i liječenje

Rodilja s postpartalnom depresijom pokazuje simptome kao što su strah, iritabilnost, anksioznost, poremećaj spavanja, osjećaj krivnje, tuga, mrzovolja, usporenost, gubitak energije, smanjenje interesa, prekomjeran umor i pospanost, opsesivne misli, gubitak koncentracije, panični napadaji i plačljivost. Najčešće velike depresivne epizode započinju mislima roditelje o tome da ne prihvaća ulogu majke, mislima o odbacivanju djeteta. Mogu se javiti i dezorganizirano mišljenje i ponašanje te misli o počinjenju samoubojstva. Pri pojavi takvih simptoma neophodan je psihijatrijski pristup (10). Liječenje ovisi koliko su teški navedeni simptomi, a najčešće se radi kombinacija psihoterapije i farmakoterapije. Od farmakoterapije koriste se sedativi, antidepresivi i stabilizatori raspoloženja. Posebnu pozornost treba usmjeriti na izbor lijekova koji nemaju negativnih utjecaja na majku i dijete. Ukoliko roditelj koristi antidepresive savjetuje joj se da ne doji dijete jer se lijek izlučuje u majčino mlijeko te tako može imati negativne utjecaje na dijete (10). Što se tiče psihoterapije da bi liječenje bilo uspješno potrebno je steći kvalitetan odnos između roditelje i terapeuta. Terapeut pristupa raznim tehnikama psihoterapije: interpersonalnom, kognitivno-bihevioralnom, psihoanalitičkom i potpornom. U interpersonalnoj terapiji primjenjuje se aktivni terapijski pristup gdje je potrebno istaknuti ulogu sadašnjeg stanja roditelje i potrebu za odgovarajućim socijalnim funkcioniranjem. U kognitivno-bihevioralnoj terapiji uklanjaju se negativne misli, potiče pozitivnije razmišljanje te se utječe na promjenu ponašanja što je i ključ za uklanjanje depresije (10).

5.3.4. Očeva postpartalna depresija

Kako kod majki tako se i kod očeva može razviti postpartalna depresija. Pojavnost varira, od 4 do 25% svih novih očeva u prvoj postpartalnoj godini. Za razliku od majki kod kojih postpartalna depresija započinje rano iza poroda kod očeva se javlja nešto kasnije. Očevi najvjerojatnije doživljavaju prvo pojavljivanje postpartalne depresije u prvih tri do šest mjeseci nakon rođenja djeteta (12). Istraživanja pokazuju kako velik dio saznanja o pojavi postpartalne depresije u muškaraca proizlazi iz studija majki koje razviju postpartalnu depresiju. Isto tako pokazuju da pojavnost depresije u jednog partnera korelira s depresijom kod drugog partnera (24%-50%). Tako dolazi do veće vjerojatnosti da će se djeca nalaziti u obiteljima u kojima su depresivne osobe s više skrbnika, što kod djeteta može izazvati veće poremećaje u razvoju. Istraženo je kako muški partneri depresivnih žena osjećaju više frustracije, ljutnje, zbunjenosti, neizvjesnosti i straha. Do depresije mogu dovesti i činjenice da očevi manje spavaju, imaju veću

odgovornost i brigu oko djeteta što izaziva veliki strah, zabrinutost i stres (12). Muškarci koji su i prije bolovali od depresije imaju povećani rizik za ponovni nastanak. Većinom očevi ne priznaju da imaju simptome i pokušavaju ih prikriti zato jer se to ne uklapa u koncept muževnosti. Simptomi koji se najčešće javljaju u očeva s postpartalnom depresijom su:

- bespomoćnost
- osjećaj bijesa
- strah
- frustracija
- razdražljivost
- bračni sukobi
- nasilje
- neodlučnost
- napadaji ljutnje
- povlačenje u sebe
- probavne smetnje
- glavobolja
- nesаница (12)

5.3.5. Uloga medicinske sestre

Kao i kod postporođajne tuge medicinska sestra provodi razne oblike prevencije nastanka poremećaja smjernicama za samopomoć i pomoć nakon poroda posebice o skrbi za dijete, edukacijama o relaksacijskim tehnikama, ranim otkrivanjem prvih simptoma čemu će pomoći Edinburška poslijeporođajna depresijska ljestvica (EPDS) (tablica 1.) čiji se odgovori boduju s 0, 1, 2 ili 3 boda, ovisno o učestalosti. Pitanja označena zvjezdicom (*) boduju se obratno (3, 2, 1, 0); bodovi se zbroje iz svih odgovora (1-10). Navedeni test se može primjenjivati 6-8 tjedana kako bi se pratilo stanje roditelja u periodu babinja, ukoliko je rezultat 12/30 ili niži to upućuje na veliku mogućnost postojanja postpartalne depresije. Navedena ljestvica spada u jednu od metoda skrininga postpartalne depresije (13). Metode skrininga odnosno probira koriste se kako bi se utvrdilo ima li roditelj postporođajnu depresiju. Probir se može napraviti kao dio rutinskog pregleda nakon poroda ili nekoliko tjedana nakon ako roditelj pokazuje znakove teške depresije. Probir se radi ukoliko roditelj ima određene faktore rizika ili pokazuje znakove dva ili više

tjedana nakon poroda. Potrebno je majku dodatno savjetovati ukoliko uzima antidepresive, a doji dijete, objasniti joj negativne učinke takvih postupaka, pružati joj podršku kroz cijelo vrijeme liječenja psihoterapijom i farmakoterapijom, osigurati joj mir i privatnost, pomoći joj oko skrbi za dijete ukoliko ona sama nije sposobna skrbiti o djetetu, educirati obitelj roditelje posebice supruga o potpori kroz cijelo vrijeme trajanja depresije, o njezi djeteta, dohrani ukoliko majka nije sposobna ili ne želi dojiti dijete ili postoje određene kontraindikacije za dojenje, o potrebnom nadzoru roditelje kako ne bi naudila sebi ili djetetu (10,13).

Tablica 1. Edinburška poslijeporođajna depresijska ljestvica (10)

Molim vas podcrtajte kako ste se najbliže osjećali posljednjih 7 dana
<p>1. Mogla sam se smijati i vidjeti smiješnu stranu stvari i događaja</p> <ul style="list-style-type: none"> • jednako kao što sam i uvijek mogla • ne više toliko kao nekad • definitivno ne toliko kao nekad • nikako to nisam mogla
<p>2. S užitkom sam očekivala i planirala stvari i događaje</p> <ul style="list-style-type: none"> • jednako kao i uvijek • relativno manje nego prije • definitivno manje nego prije • gotovo da i nisam
<p>3. Nepotrebno sam krivila samu sebe ako bi nešto pošlo krivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • da, većinu vremena • da, nekoliko puta • ne baš često • da, vrlo često
<p>4. Bila sam uznemirena ili zabrinuta bez opravdanih razloga</p> <ul style="list-style-type: none"> • ne, uopće • gotovo da nisam • da, katkad • da, vrlo često

5.* Bila sam preplašena ili uspaničena bez opravdana razloga

- da, poprilično mnogo
- da, katkad
- ne, ne mnogo
- ne, uopće

6.* Imala sam osjećaj da stvari izmiču kontroli

- da, većinu se vremena nisam uopće mogla nositi time
- da, katkad se nisam s tim nosila kao obično
- ne, većinu sam se vremena nosila s time sasvim dobro
- ne, nosila sam se s time kao uvijek

7.* Bila sam toliko nesretna da sam imala teškoće sa spavanjem

- da, većinu vremena
- da, katkad
- ne prečesto
- ne, uopće

8.* Osjećala sam se tužno i jadno

- da, većinu vremena
- da, prilično često
- ne prečesto
- ne, uopće

9.* Bila sam toliko nesretna da sam plakala

- da, većinu vremena
- da, prilično često
- samo povremeno
- ne, nikad

10.* Imala sam misli o samoozljeđivanju

- da, prilično često
- katkad
- gotovo da nisam
- nikad

5.4. Postpartalna psihoza

5.4.1. Epidemiologija

Postpartalna psihoza najrjeđi je i najteži psihički poremećaj u babinju. Javlja se u 1-2 žene na 1000 porođaja, točnije oko 0,25%. Obično započinje nekoliko dana nakon poroda, a u većini slučajeva u prva tri tjedna od poroda. Najčešće zahvaća prvorotkinje, približno od 50%-60% te 50% u žena koje imaju pozitivan psihijatrijski hereditet. Više od 70% psihoza manifestiraju se kao bipolarni poremećaji s psihotičnim simptomima ili kao depresivne epizode s pripadajućim psihotičkim oznakama. U vrlo rijetkim slučajevima se mogu javiti shizofrenija i psihotične epizode kratkog vijeka (6,10).

5.4.2. Etiologija i faktori rizika

Smatra se da na pojavnost postpartalnih psihoza značajno utječe povijest bipolarnog poremećaja (26%-35%) te žene koje su već imale psihozu imaju šansu od 38% do 50% za ponovni nastanak psihoze nakon novog poroda. Osim bipolarnog afektivnog poremećaja može se javiti i unipolarni poremećaj. Također se rizik za nastanak povećava ako je u obitelji bilo osoba u kojih se pojavila postpartalna psihoza ili ukoliko se radi o prvom porodu. Pojava shizofrenije u obiteljskoj povijesti ne povećava rizik. Mogući su razni organski uzroci kao što su pojava postpartalnog tireoiditisa, stanja intoksikacije, Sheehanovog sindroma, simptoma sustezanja, intracerebralne tvorbe, autoimune bolesti povezane sa trudnoćom, gubitak krvi, naglo smanjenje koncentracije estrogena i progesterona. Ne treba zanemariti i činjenicu da se postpartalna psihoza može razviti i u očeva jer se smatraju odbačenima zbog djeteta te se sa djetetom natječu za majčinu pažnju i ljubav. Isto tako kod takvih muškaraca je vjerojatno postojao neki od oblika psihičkog poremećaja koji je samo uznapredovao stresom zbog očinstva (3,10).

5.4.3. Klinička slika i liječenje

Znakovi i simptomi postpartalne psihoze su vrlo ozbiljni. Javljaju se dezorijentacija, slušne halucinacije (koje im govore da usmrte svoje dijete), zbunjenost, poremećaji spavanja, umor, nemir, smušenost, sumnjičavost, nepovezani govor praćen neracionalnim izjavama, opsesivne misli o bebi, paranoja, pretjerana uznemirenost i energija, smanjen osjećaj realiteta,

nagle promjene raspoloženja, deluzije, pokušaj samoozljeđivanja pa sve do pokušaja samoubojstva ili pokušaja nanošenja štete svom novorođenom djetetu (čedomorstvo), nesposobnost obavljanja svakodnevnih poslova. Takvo stanje zahtijeva hitno liječenje (14). Prvenstveno je potrebno isključenje organskih uzroka (Sheehanov sindrom ili tireotoksikoza) ako se radi o simptomima koji su se javili unutar mjesec dana od poroda te osobito u onih bolesnica bez prethodnih psihičkih poremećaja. Drugi korak je rano prepoznavanje poremećaja. Poremećaj će se prepoznati po tome što bolesnica pokazuje gubitak interesa za dijete, povlači se u svoj svijet i osjeća udaljenost od djeteta. Ukoliko se navedeni simptomi odmah prepoznaju liječenje se započinje malim dozama antipsihotika. Antipsihotici se mogu kombinirati sa litijem i antidepresivima i smatraju se izborom liječenja (10). U slučaju konzumacije antipsihotika biraju se antipsihotici druge generacije kao što su risperidon, kvetiapin, olanzapin, ziprasidon i dr. Kod terapije antidepresivima potrebna je pažnja pri uvođenju jer se mogu javiti komplikacije u vidu razvoja kliničke slike brzo izmjenjujućeg tijeka bolesti. Liječenje se provodi i elektrostimulativnom terapijom koja je izrazito uspješan način liječenja. Hospitalizacija se provodi kod postojanja rizika za samoozljeđivanje i ozljeđivanje djeteta. Bolesnica se hospitalizira na zatvoreni odjel gdje joj se ograničava kretanje i provodi stalni nadzor nad njom (10).

5.4.4. Uloga medicinske sestre

Potrebno je stvoriti empatijski odnos sa roditeljom, pokazati brigu za njezino stanje, pružati podršku kako njoj tako i članovima njezine obitelji, stvoriti odnos povjerenja. Od velike važnosti je da medicinska sestra prepozna simptome na vrijeme kako bi se moglo pravodobno reagirati, da educira roditelju i obitelj o redovitosti uzimanja lijekova, pojavama mogućih nuspojava i obavijesti liječnika o javljanjima istih (15).

6. UZIMANJE PSIHOFARMAKA I DOJENJE

Procjene pokazuju da oko 50% majki doji svoju djecu nakon rođenja. Sam proces dojenja pojačava povezanost između djeteta i majke i uvelike ima zdravstvenu korist za dijete zato što majčino mlijeko sadrži enzime, protutijela, hormone, faktor rasta, masti, bjelančevine i druge komponente koje su važne za pravilan rast i razvoj djeteta, djetetovog probavnog trakta i za zaštitu djeteta od patogenih tvari. Problem se nalazi u tome što se vrlo malo zna o rizicima za dijete koje je izloženo medikamentima koji se izlučuju u majčinom mlijeku te se zbog toga u kliničkoj praksi vrlo često preporučuje da majka prekine sa dojenjem djeteta.

Novije studije pokazuju da korištenje psihofarmaka ne utječe i ne ostavlja nuspojave u dojene djece, ali naravno u takvim situacijama je svakako važno kontaktirati liječnika i nakon toga donijeti odluku o tome hoće li roditelj nastaviti sa dojenjem i istovremeno koristiti psihofarmake ili ne. Važno je napraviti pedijatrijsku obradu djeteta prije nego se donese odluka o korištenju psihofarmaka i dojenju. S obzirom na pojavnost postpartalne depresije podaci govore o relativno sigurnom korištenju antidepresiva pri dojenju (2). Lijekovi za prvu liniju korištenja kod žena koje doje djecu su oni lijekovi koji imaju najsigurnije i najopsežnije podatke kao što su citalopram, sertralin i paroksetin. Zbog rizika od nastanka hipertenzije u djeteta ne preporučuje se korištenje inhibitora monoamino oksidaze.

Kod roditelja koje boluju od bipolarnog poremećaja najbolje se liječe stabilizatorima raspoloženja, međutim u postpartalnih žena koje doje je to problematično jer su ti lijekovi povezani s ozbiljnim posljedicama dojene djece. Npr. lijek valproat je povezan s pojavom trombocitopenije i hepatotoksičnosti, karbamazepin je povezan s disfunkcijom jetre, litij s dehidracijom, kardiotoksičnosti i toksičnosti samog litija. Postpartalna psihoza je stanje koje je potrebno neophodno liječiti antipsihoticima i drugim psihotropnim lijekovima. Radi se najčešće o ženama koje nisu sposobne održavati pažnju tijekom dojenja svog djeteta i njima se preporučuje da ne doje svoju djecu uopće (2).

7. KAZNENO DJELO ČEDOMORSTVA

Čedomorstvo je fenomen ubojstva novorođenčeta za vrijeme poroda ili neposredno nakon poroda od strane majke koja bi ga zapravo trebala štititi. Najčešće majke koje počine ovakav oblik kaznenog djela boluju od postporođajne psihoze te od drugih oblika psihičkih poremećaja, ako se radi o niskom stupnju obrazovanja, lošoj financijskoj situaciji, velikom pritisku okoline na trudnicu, stresu, neželjenoj trudnoći, trudnoći u slučaju silovanja ili incesta.

Gledano sa kriminalističkog aspekta potrebno je razlikovati kada se radi o plodu ili o djetetu jer o tome ovisi i kvalifikacija samog kaznenog djela. Gledano sam medicinskog aspekta novorođenčetom se smatra dijete od početka poroda pa do presijecanja pupkovine odnosno prekida fiziološke veze s majkom (16). Sa sudskog aspekta plod postaje dijete kada počne proces rađanja. Kako bi se čedomorstvo shvatilo kao kazneno djelo nije potrebno potpuno odvajanje majke i djeteta jer se ono može počinuti za vrijeme poroda, nakon izlaska glavice djeteta ili neposredno iza poroda (unutar 24 sata od poroda). Kada nastupi smrt bilo koje osobe potrebno je utvrditi radi li se o prirodnoj smrti, ubojstvu, samoubojstvu, nesretnom slučaju. Isto tako i čedomorstvo može biti posljedica nesretnog slučaja, prirodne smrti i teškog ubojstva (16). U slučajevima kada je novorođenče usmrtila druga osoba (djed, baka, otac novorođenčeta, primalja i dr.) a ne njegova majka, ako do usmrćenja dođe prije ili kasnije, a ne za vrijeme poroda ili neposredno nakon poroda tada se to ne smatra čedomorstvom i osobe koje su počinile kazneno djelo optužuju se za kazneno djelo teškog ubojstva, kazneno djelo počinjenja smrti iz nehaja ili kazneno djelo protupravnog prekida trudnoće.

Krivnja počiniteljice ne postoji ukoliko se radilo o prirodnoj smrti novorođenog djeteta ili u slučaju da je smrt nastupila kao posljedica nesretnog slučaja. Potrebno je ispitati namjeru počiniteljice gdje je moguć nalaz smanjene ubrojivosti koji se ne bi trebao uzeti kao osnova za ublažavanje kazne jer je psihičko stanje u trenutku počinjenja kaznenog djela predviđeno kao osnova privilegiranja djela čedomorstva dok bi se intenzitet poremećaja trebalo uzeti u obzir prilikom iznošenja kaznene mjere. Potrebno je psihijatrijskim vještačenjem utvrditi utjecaj psihičkog poremećaja ili nekog drugog oblika duševne poremećenosti, smetnje ili bolesti kod majke u trenutku počinjenja čedomorstva jer smatra se da pod takvim utjecajem nije bila u stanju shvatiti značaj svojeg postupanja, nije vladala svojom voljom i ne smatra se krivom te se za nju primjenjuje smještaj u psihijatrijsku ustanovu ili joj se izriče kaznenopravna sankcija (16).

8. PREVENCIJA PSIHIČKIH POREMEĆAJA U BABINJU

Kako bi se prevenirao nastanak postpartalnih psihičkih poremećaja potrebne su intervencije od strane medicinske sestre, budućih roditelja djeteta i njihove obitelji. Medicinske sestre prije rođenja djeteta educiraju buduće majke i članove njihovih obitelji o djetetovom rastu i razvoju od same trudnoće do porođaja, o prehrani djeteta s posebnim naglaskom na kvalitetu majčinog mlijeka, o njezi pupka djeteta, kupanju, cijepljenju, o važnostima redovitih pregleda u trudnoći i nakon nje, o mogućnostima i prirodi nastanka postpartalnih psihičkih poremećaja, njihovim simptomima i znakovima.

Osim što medicinska sestra educira, isto tako sudjeluje u razgovorima o planiranju obitelji, spremnosti roditelja na sve obaveze vezane za dolazak djeteta. Ako se radi o ženama koje imaju visok rizik za nastanak psihičkih poremećaja prije ili nakon trudnoće njih je potrebno posebno motriti i monitorirati znakove koji vode prema nastanku postpartalnih psihičkih poremećaja (4). Isto tako i roditelje koje su u prethodnim trudnoćama imale pojavu nekog od postpartalnih psihičkih poremećaja. Potrebno je da medicinska sestra savjetuje buduću majku i obitelj o utjecaju stresa, načinu života roditelje, o utjecaju obiteljske situacije, utjecaju komplikacija u trudnoći, koliko je važna podrška i kreiranje atmosfere prihvatanja, okolnostima koje donosi trudnoća te o određenim specifičnim problemima vezanima za trudnoću (samohrana majka, silovanje, maloljetna roditelja).

Koliko je važna uloga medicinske sestre u prevenciji postpartalnih psihičkih poremećaja toliko je uloga budućih roditelja i njihove obitelji od još veće važnosti. S njihove strane je potrebno prihvatiti nove uloge u životu, prihvatiti činjenicu da nisu više sami, da uvide da s novim ulogama u životu dolazi i do velike odgovornosti za dijete (4). Vrlo je korisno da budući roditelji ispitaju vlastite osjećaje jer ako se javljaju osjećaji neprihvatanja situacije, neizmjernog straha vezanog za roditeljstvo, nesigurnosti i nemogućnosti izvršavanja obaveza potrebno je pohađati bračnu, obiteljsku ili individualnu psihoterapiju koja će pomoći u rješavanju negativnih osjećaja i mišljenja koja se javljaju. Puno roditelja stvara određene fantazije vezane za ulogu roditelja i ponašanja djeteta pri čemu je potrebno pronaći kompromise između fantazije o idealnoj i stvarnoj obitelji (4).

9. SESTRINSKE DIJAGNOZE I INTERVENCIJE

1. DUŠEVNI NEMIR U/S POSTPARTALNIM PSIHIČKIM POREMEĆAJEM

Cilj:

- Pacijentica će osjećati duševni mir i imat će pozitivne misli o budućnosti (17)

Intervencije:

- Uključiti obitelj u pružanje pomoći i razgovor s pacijenticom
- Poticati pacijenticu na pozitivne misli u pogledu na budućnost (obitelj, muž, djeca)
- Poticati pacijenticu na razgovor s drugim ljudima i obitelji
- Od strane obitelji osigurati izlazak na svjež zrak
- Obitelj i medicinsko osoblje sluša pacijenticu na način na koji će vidjeti da nam je stalo do njezinih misli i osjećaja
- Provesti obiteljsku edukaciju o obilježjima psihičkih poremećaja i njihovim manifestacijama na pacijenticu
- Ohrabrivati pacijenticu od strane obitelji i prijatelja
- Pružati joj pomoć i podršku
- Poticati pacijenticu na razne tjelesne aktivnosti s kojima bi fokusirala misli na nešto drugo
- Ne požurivati pacijenticu u razgovoru
- Provesti edukaciju pacijentice o njezinom zdravstvenom stanju
- Poštivati mišljenje pacijentice
- Omogućiti pacijentici prakticiranje religije i privatnost prilikom njenog prakticiranja (17)

Evaluacija:

- Pacijentica osjeća duševni mir i ima pozitivne misli o budućnosti (17)

2. NISKO SAMOPOŠTOVANJE U/S POSTPARTALNIM PSIHIČKIM POREMEĆAJEM

Cilj:

- Samopoštovanje će kod pacijentice biti povećano (17)

Intervencije:

- Uključiti pacijenticu i obitelj u izradu plana aktivnosti tijekom dana i u slobodno vrijeme
- Uključiti obitelj u razgovor s pacijenticom
- Educirati obitelj o načinima pozitivne interakcije s pacijenticom
- Pružati podršku pacijentici
- Poticati pacijenticu na izražavanje vlastitih emocija
- Osigurati prostoriju u kojoj će se razgovor s pacijenticom odvijati u miru i tišini
- Pokazati empatiju i zainteresiranost za razgovor i tegobe pacijentice
- Tijekom razgovora ohrabrivati pacijenticu kako bi što više saznali o njezinim mislima (suicidalnost, namjere samoozljeđivanja)
- Za vrijeme razgovora pratiti neverbalnu komunikaciju
- U razgovoru procjenjivati stanje pacijentice (17)

Evaluacija:

- Pacijentica ima povećanu razinu samopoštovanja (17)

3. POREMEĆAJ MISAONOG PROCESA U/S POSTPARTALNIM PSIHIČKIM POREMEĆAJEM

Cilj:

- Pacijentici će se poboljšati tijekom misli (17)

Intervencije:

- Ukazivati obitelji na važnost pružanja podrške
- Poticati pacijenticu i obitelj pacijentice na izlazak u prirodu
- Educirati obitelj da je potrebno u razgovoru koristiti jednostavne i što kraće izraze
- Omogućiti pacijentici ravnotežu između aktivnosti i odmora
- Pacijenticu i njezinu obitelj educirati o njezinom zdravstvenom stanju i njegovog utjecaja na misli
- Uključiti obitelj u pružanje pomoći i razgovor s pacijenticom
- Poticati pacijenticu na razgovor i izražavanje emocija
- Ne požurivati razgovor
- Dati pacijentici vremena u tijeku razgovora
- Potrebno je govoriti tako da pacijentica razumije sve što se kaže (17)

Evaluacija:

- Tijek misli se poboljšao (17)

4. BESPOMOĆNOST U/S POSTPARTALNIM PSIHIČKIM POREMEĆAJEM

Cilj:

- Pacijentica se neće osjećati bespomoćno (17)

Intervencije:

- Pomoći pacijentici prilikom uključivanja u komunikaciju s drugim ljudima i članovima obitelji
- Izgraditi kvalitetan odnos s pacijenticom te obitelji i pacijentice u kojem vladaju poštovanje, povjerenje i jednakost
- Poticati obitelj na ohrabrivanje pacijentice
- Poticati obitelj na pomoć i razumijevanje
- Omogućiti pacijentici putem obitelji razne oblike razonode (glazba, izleti i sl.)
- Organizirati zajedničke obiteljske radne aktivnosti
- Organizirati zajedničke obiteljske aktivnosti u slobodno vrijeme
- Uključiti obitelj u komunikaciju s pacijenticom
- Ukazivati obitelji na pokazivanje empatije
- Obitelj poštuje svaku odluku pacijentice
- Pružati podršku
- Poticati pacijenticu na komunikaciju
- Poticati pacijenticu na izražavanje vlastitih osjećaja
- Educirati pacijenticu o načinima komuniciranja
- Poticati pacijenticu na šetnju i obnovu prijateljstva
- Educirati pacijenticu o važnostima tjelesne aktivnosti
- Ukazivati pacijentici na negativne stavke u komunikaciji (17)

Evaluacija:

- Pacijentica ne osjeća bespomoćnost (17)

5. POREMEĆAJ SEKSUALNE FUNKCIJE U/S POSTPARTALNIM PSIHIČKIM POREMEĆAJEM

Cilj:

- Pacijentica će ponovno imati normalnu seksualnu funkciju (17)

Intervencije:

- Educirati partnera pacijentice o utjecaju zdravstvenog stanja na seksualnost
- Poticati partnera na pružanje podrške pacijentici
- Poticati pacijenticu i njezinog partnera na međusoban razgovor o problemu
- Educirati pacijenticu o prirodi njezinog zdravstvenog stanja i utjecaja na seksualnu funkciju
- Poticati pacijenticu na izražavanje emocija
- Osigurati mirnu i tihu prostoriju za razgovor s pacijenticom
- U razgovoru s pacijenticom saznati razloge seksualne disfunkcije
- Doznati faktore koji negativno utječu na seksualnost
- Educirati pacijenticu o mogućnosti utjecaja lijekova na seksualnost (17)

Evaluacija:

- Pacijentica ima normalnu seksualnu funkciju (17)

6. VISOK RIZIK ZA SAMOOZLJEĐIVANJE

Cilj:

- Pacijentica neće ozlijediti samu sebe (17)

Intervencije:

- Educirati obitelj o prirodi zdravstvenog stanja pacijentice
- Educirati obitelj o znakovima koji navode na samoozljeđivanje
- Poticati obitelj na pružanje podrške pacijentici
- Poticati obitelj na to da ne trebaju osuđivati ponašanje već je potrebna velika podrška
- Poticati obitelj na razgovor s pacijenticom o problemu
- Poticati pacijenticu na izražavanje osjećaja
- Odnositi se prema pacijentici s poštovanjem
- Izgraditi kvalitetan odnos temeljen na povjerenju
- Osigurati razgovor u privatnosti
- Procjenjivati stanje pacijentice
- Procjenjivati znakove koji bi navodili na samoozljeđivanje
- Iz okoline pacijentice maknuti sve oštre predmete i predmete kojima bi se mogla ozlijediti (17)

Evaluacija:

- Pacijentica nije ozlijedila samu sebe (17)

7. VISOK RIZIK ZA SAMOUBOJSTVO

Cilj:

- Pacijentica si neće nauditi (17)

Intervencije:

- Educirati obitelj o zdravstvenom stanju pacijentice
- Reći članovima obitelji da u bolnicu ne nose nikakve oštre predmete i sl.
- Ukazivati obitelji na organizaciju obiteljskih druženja
- Educirati obitelj o tome koliko je važna njihova podrška, pogotovo podrška partnera pacijentice
- Pružati podršku pacijentici u ustrajanju i posjedovanju pozitivnih misli (misli o obitelji)
- Poticati pacijenticu na izražavanje emocija
- Poticati pacijenticu na otvorenu komunikaciju
- Doznati razloge zbog kojih bi učinila samoubojstvo
- Uspostaviti odnos povjerenja
- U blizini pacijentice ukloniti sve predmete kojima bi mogla nauditi samoj sebi
- Svaki dan provjeravati stvari pacijentice ako je hospitalizirana
- Poticati pacijenticu na komunikaciju i druženje s drugim ljudima (17)

Evaluacija:

- Pacijentica nije naudila samoj sebi (17)

10. ZAKLJUČAK

Postpartalni psihički poremećaji javljaju se zbog raznih faktora kako genetskih tako i psihosocijalnih te hormonalnih promjena. Obiteljska anamneza od izrazite je važnosti kako bi se moglo procijeniti ima li roditelj obiteljsku podlogu za nastanak nekih od oblika psihičkih poremećaja u babinju. To ne znači da će se određeni poremećaj javiti samo u slučaju pozitivne obiteljske anamneze već se oni mogu javiti zbog utjecaja raznih rizičnih faktora, od neimaštine, nespremnosti buduće majke na promjenu stila života i adaptaciju na buduće dijete, same dobi trudnice, pogotovo ukoliko se radi o trudnicama maloljetnicama koje u većini slučajeva nemaju podršku obitelji i bližnjih, trudnice starije životne dobi, žene koje su pokušavale zatrudnjati godinama, trudnoća koja je neželjena i sl.

Moguća je pojava od najmanje teškog oblika psihičkog poremećaja „Baby Blues“ odnosno postpartalne tuge, preko postpartalnog anksioznog poremećaja kojeg prate određeni oblici (PTSP, OKP, panični poremećaj), pa sve do postpartalne depresije i postpartalne psihoze. Potrebno je da roditelje oboljele od postpartalnih psihičkih poremećaja shvate kako nisu krive za svoju bolest te kako su dobre majke bez obzira na to što trenutno nisu u stanju skrbiti o djetetu. Od itekakve važnosti je i da shvate da im je potrebna stručna pomoć, velika podrška od strane obitelji, supružnika i prijatelja kako bi ponovno mogle potpuno sigurno funkcionirati i brinuti o svom djetetu.

U cijelom procesu skrbi za roditelja važna je uloga medicinske sestre koja izrađuje cjelokupni proces zdravstvene njege, mora imati potrebno znanje i kompetencije kojima će prepoznati znakove i simptome postpartalnih psihičkih poremećaja i o njima obavijestiti liječnika. Bitno je naglasiti da je potreban izrazito dobar empatijski i profesionalan pristup medicinske sestre koja će pridobiti povjerenje roditelja i moći je kroz komunikaciju educirati, pružiti joj potporu, davati joj sve potrebne informacije vezano za njeno stanje, terapiju i brigu oko djeteta. Ukoliko se svi navedeni uvjeti ispune i roditelj prihvati sve oblike pomoći i stvori uzajaman odnos sa medicinskom sestrom nema sumnje da će se njeno stanje popraviti te da će moći bezbrižno uživati u najljepšoj ulozi na svijetu- ulozi majke.

11. LITERATURA

1. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika: Zdravstveno Veleučilište Zagreb; 2007.
2. Degmenčić D. Mentalno zdravlje žena: Medicinska naklada Zagreb; 2014.
3. Begić D. Psihopatologija: Medicinska naklada Zagreb; 2011.
4. Kecigoš-Kljuković K. Zdravstvena njega trudnice rodilje i babinjače: Školska knjiga Zagreb; 1998.
5. Šturlan L. Zdravstvena njega bolesnica s mentalnim poremećajima u postpartalnom razdoblju (završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever; 2018.
6. Habek D. Ginekologija i porodništvo: Medicinska naklada Zagreb; 2013.
7. Mojsović Z. i sur. Sestrinstvo u zajednici 1: Visoka zdravstvena škola Zagreb, 2005.
8. Folnegović Šmalc V. Poslijeporođajni psihički poremećaji (Online) 2015. Dostupno na:
https://www.cybermed.hr/clanci/poslijeporodajni_psihicki_poremecaji (15.03.2019.)
9. Johnson R. Klinika Mayo sve o trudnoći i prvoj godini života djeteta: Meandar Zagreb, 1996.
10. Delmiš J, Orešković S. i sur. Fetalna medicina i opstetricija: Medicinska naklada Zagreb; 2014.
11. Pauković M. Psihičke poteškoće u razdoblju babinja (završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever, 2017.
12. Slamek S. Postporođajna depresija (diplomski rad). Zagreb: Medicinski fakultet, 2017.
13. Cooper C. Njega majke i djeteta: Mozaik knjiga, 2009.
14. Mayo Clinic, Postpartum depression (Online) Dostupno na:
https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/postpartum-depression/symptoms-causes/syc-20376617?fbclid=IwAR3ft1srFQk0tp4iNaWVPGt8LozaOooB4BgnlFR_9snKFOAnxgVYDH35gQw (25.03.2019.)
15. Majhen S. Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju pacijentica sa postporođajnom depresijom (završni rad). Bjelovar: Visoka tehnička škola u Bjelovaru (Stručni studij sestrinstva), 2016.

16. Vulama G. Kriminalističko istraživanje kaznenog djela čedomorstva: primjeri iz prakse (Online) 2009. Dostupno na :

file:///C:/Users/Ivica/Desktop/10_gordana_vulama_krim_istrazivanje.pdf (5.04.2019.)

17. Abou Aldan D, Babić D, Kadović M, Kurtović B, Režić S, Rotim C, Vico M. Sestrinske dijagnoze 3: HKMS Zagreb, 2015.

12. OZNAKE I KRATICE

dr.- drugo

FSH- folikulostimulirajući hormon

itd.- i tako dalje

LH- luteinizirajući hormon

LTH- luteotropni hormon

EPDS- Edinburška poslijeporođajna depresijska skala

OKP- opsesivno kompulzivni poremećaj

PTSP- posttraumatski stresni poremećaj

sl.- slično

sur.- suradnici

tj.- to jest

tzv.- takozvano

13. SAŽETAK

Porod kao veliki emocionalni događaj ima značajan utjecaj na buduće roditelje i njihovu obitelj, ali najveći utjecaj ima na buduću majku. Dolazak djeteta na svijet sa sobom donosi kako lijepe osjećaje tako i miješanje osjećaja straha, uzbuđenja, velike odgovornosti i nespremnosti majke na novu ulogu.

Navedeni faktori i hormonalne promjene mogu dovesti do raznih poremećaja psihe u postpartalnom periodu. Jedna od njih je postpartalna tuga ili „Baby Blues“ koja je najmanje težak i najmanje opasan poremećaj u kojem roditelje postaju previše plačljive, blago depresivne, zbunjene, zaboravljive i iscrpljene. Može doći do anksioznog poremećaja u kojem roditelje osjećaju jaki strah, imaju opsesivne misli i napadaje panike. Ukoliko se navedeni poremećaji zanemare dolazi do postpartalne depresije koja se smatra ozbiljnijim poremećajem jer roditelja može zanemariti dijete ili čak razviti misli o samoubojstvu, ima osjećaj velike krivnje i tuge te joj je potrebna psihološka pomoć i u nekim slučajevima farmakološka terapija. Nije zanemariva i pojava očeve depresije. Najteži i najopasniji poremećaj je postpartalna psihoza u kojoj dolazi do promjena u orijentaciji, mislima o samoubojstvu i čedomorstvu pa je u tim slučajevima nužna psihoterapija, farmakoterapija i hospitalizacija.

Za pružanje pomoći, edukaciju i njegu zadužena je medicinska sestra koja mora stvoriti odnos povjerenja pun razumijevanja te bez stigme i sa znanjem koje posjeduje pomoći roditelji da se osamostali i nastavi živjeti sigurno uz svoje dijete.

Ključne riječi: postpartalna tuga, postpartalni anksiozni poremećaj, postpartalna depresija, postpartalna psihoza, zdravstvena njega

14. SUMMARY

The birth as a big emotional event has a significant impact on future parents and their families, but also has the greatest influence on the future mother. The arrival of a child into the world brings with it a sense of well-being, as well as mixing the feelings of the fear, excitement, the great responsibility and the unwillingness of the mother to play a new role.

These factors and hormonal changes may lead to various psychiatric disorders in the postpartum period. One of them is postpartal sadness or "Baby Blues" which is the least difficult and least dangerous disorder in which mother of the child become overwhelming, mildly depressed, confused, forgetful and exhausted. Anxiety disorder can occur where mother of the child feel strong fear, obsessive thoughts and panic attacks. If the mentioned disturbance disorders come to postpartum depression considered a more serious disorder, mother of the child can ignore the child or even develop thoughts of suicide. It is not negligible and the appearance of the father's depression. The most difficult and most dangerous disorder is a postpartal psychosis that changes in orientation, thoughts of suicide and infanticide, and in such cases psychotherapy, pharmacotherapy and hospitalization are necessary.

To provide help, education and care, a nurse is responsible for creating a relationship of trust full of understanding and with no stigma and with the knowledge that is available to help the mother of the child independent and continue to live safely with her child.

Key words: postpartal grief, postpartum anxiety disorder, postpartal depression, postpartum psychosis, health care

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>M. 7. 2019.</u>	Monika Paunović	Monika Paunović

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

Monika Paunović

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 11.7.2019.

Monika Paunović
potpis studenta/ice