

Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju pacijentica sa postporođajnom depresijom

Majhen, Sanjana

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Technical College in Bjelovar / Visoka tehnička škola u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:550646>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-04**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU

STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**NJEGA PACIJENTICA OBOLJELIH OD POSTPOROĐAJNE
DEPRESIJE**

Sanjana Majhen

Bjelovar, listopad 2016.

ZAHVALA

Zahvaljujem svim profesorima i predavačima Stručnog studija sestrinstva na prenesenom znanju, posebno svojoj mentorici dipl. med. techn. Tamari Salaj na stručnoj pomoći tijekom izrade ovog rada kao i na izrazitoj motivaciji i strpljenju.



Visoka tehnička škola u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Majhen Sanjana**

Datum: 21.07.2016.

Matični broj:000837

JMBAG: 0314008472

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 1**

Naslov rada (tema): **Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju pacijentica sa postporođajnom depresijom**

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za završni rad:

1. **Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **Tamara Salaj, dipl.med.techn., mentor**
3. **Mirna Žulec, dipl.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 63/SES/2016

Studentica će u radu objasniti postporođajnu depresiju, specifičnost zdravstvene njege kod postporođajne depresije i ulogu medicinske sestre u provođenju iste.

Zadatak uručen: 21.07.2016.

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**



SADRŽAJ

1. UVOD	3
1.1. Depresija – bolest našeg vremena	3
1.3. Postporođajna depresija – ideja primarne majčinske preokupacije.	12
2. CILJ I METODE RADA.....	15
3. DOSADAŠNJI REZULTATI	16
3.1. Postporođajna depresija.....	16
3.1.3. <i>Postpartalna psihoza</i>	21
3.2. Sestrinska dijagnoza – anksioznost.....	24
3.3. Uloga sestre u liječenju postporođajne depresije	31
4. RASPRAVA.....	33
5. ZAKLJUČAK	38
6. SAŽETAK	39
7. LITERATURA	40

1. UVOD

1.1. Depresija – bolest našeg vremena

Za depresiju je bitno istaknuti kako se radi o bolesti sadašnjice i ona kao takva predstavlja izazov za svakog liječnika. Sa sobom nosi duboku patnju, radi se o bolnom iskustvu za bolesnika i njegovu obitelj. Depresija je prije bila dosta podcijenjena i zapostavljena te neprimjereno liječena. U liječenju depresije sudjeluju osim psihijatara i psiholozi, socijalni radnici, svećenici, medicinske sestre, njegovateljice i sve one koji se pružajući različite vrste profesionalne pomoći, susreću s depresivnim osobama, te svojim pristupom mogu odigrati bitnu ulogu pri ranom prepoznavanju i upućivanju bolesnika na pravodobno liječenje (1). Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, depresija će do 2020. godine postati najčešći uzrok bolesti na svijetu od svih tjelesnih ili mentalnih zdravstvenih stanja (2).

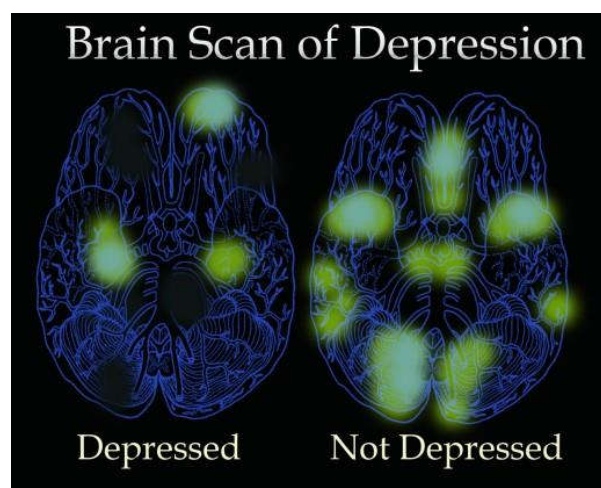
U većini literature koja se koristi pri dijagnosticiranju depresivnog poremećaja spominje se devet ključnih simptoma: (3)

1. depresivno raspoloženje veći dio dana, gotovo svaki dan (raspoloženje se opisuje kao depresivno, tužno, beznadno, obeshrabreno ili utučeno),
2. značajno smanjeno zanimanje i uživanje u svim ili gotovo svim aktivnostima veći dio dana (gubitak zanimanja ili uživanja gotovo je uvijek prisutan),
3. značajan gubitak tjelesne težine bez dijete ili dobivanje na težini (više od 5% unutar mjesec dana),
4. nesanica ili hipersomnija,
5. psihomotorička agitacija ili retardacija,
6. umor ili gubitak energije,
7. osjećaj bezvrijednosti ili krivnje,
8. smanjena sposobnost mišljenja ili koncentracije,
9. ponavljajuća razmišljanja o smrti.

Nacionalni institut za mentalno zdravlje (*National Institute of Mental Health*) (1) depresiju generalizira kao osjećaj tuge koji ometa svakodnevne aktivnosti. Postoji nekoliko različitih kategorija depresije koje se razlikuju po težini i simptomima. Neke kategorije depresije uključuju:

1. glavnu depresiju,
2. konstantne depresivne poremećaje,
3. psihotičnu depresiju,
4. postporođajnu depresiju,
5. sezonski afektivni poremećaj
6. i drugo. (1)

Prema istraživanju od strane *Harvard Medical School*, (1) depresija može biti uzrokovana "neispravnoj regulaciji raspoloženja od strane mozga, genetičkom ranjivosti, stresnim događajima i medicinskim problemima. Slika 1. prikazuje skeniranje mozga depresivne osobe i one osobe koja ne pati od depresivnog poremećaja.



Slika 1. Mozak depresivne i nedeprativne osobe

Izvor: <https://sites.jmu.edu/nursing490/mental-illnessdepression> (15.09.2016.)

Depresija je bolest koja uzrokuje znatne promjene raspoloženja, volje, mišljenja, ponašanja i drugih psihičkih funkcija, a odraz je narušene kemijske ravnoteže u mozgu i promijenjene komunikacije između živčanih stanica u čemu važnu ulogu igra genetska predispozicija, stres, životna filozofija i stil života. Posljedice su velika subjektivna patnja, smanjena radna sposobnost i kvaliteta življenja, narušen obiteljski život i socijalno funkcioniranje, a česta je opasnost po život zbog samoubilačkih poriva. Primarno se depresija liječi psihofarmakoterapijom uz kombinaciju psihoterapije i socioterapije. Bitno je naglasiti kako su antidepresivi samo temeljna terapija, a veća se uspješnost i dugotrajnost učinka postiže integrativnim, multidimenzionalnim i komplementarnim terapijskim pristupom (1).

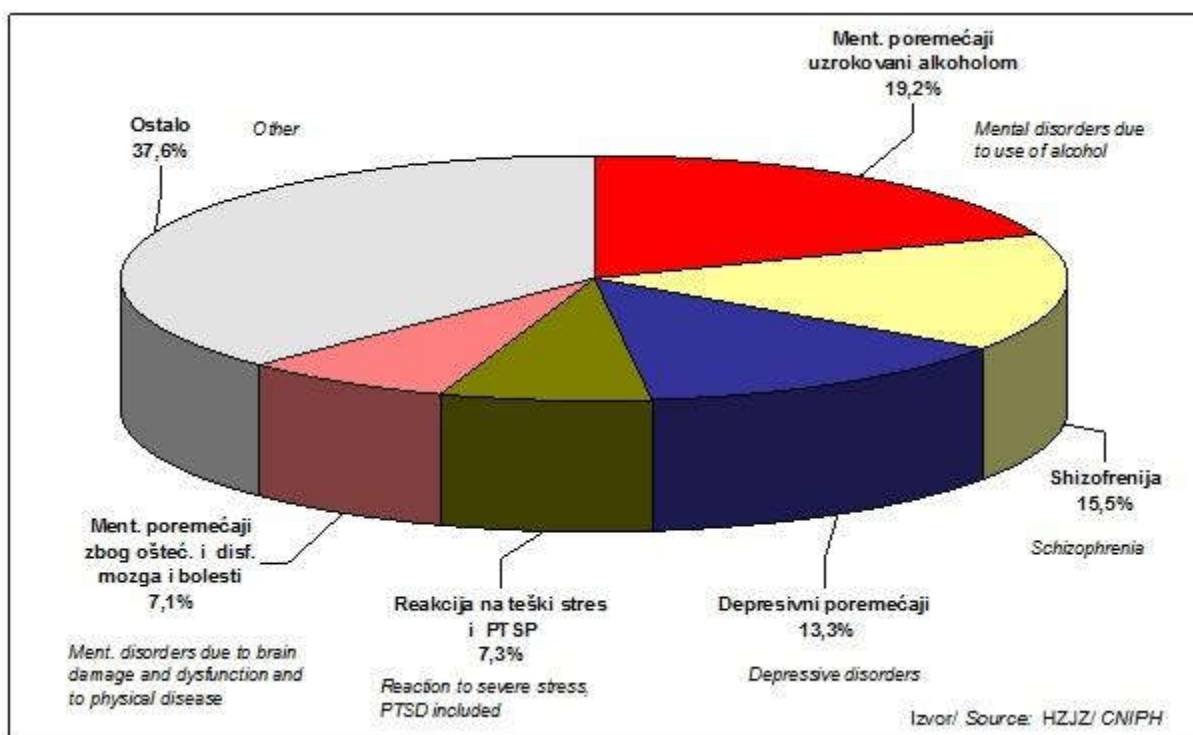
Epidemiološka istraživanja (1) pokazuju kako svaka peta žena i svaki deseti muškarac tijekom života dožive barem jednu ozbiljnu depresivnu epizodu. Rezultati istraživanja (1) govore kako je učestalost depresivnih poremećaja u općoj populaciji 3,6-6,8 %, a po nekima čak i veća, barem u europskim zemljama. Čini se kako je broj depresivnih poremećaja u kontinuiranom porastu od 1910. godine u svim industrijaliziranim zemljama. Graf 1. prikazuje učestalost depresije u Hrvatskoj 2002. godine u uzorku od 476 ispitanika primjenom dijagnostičkog upitnika za depresivne poremećaje (1).

Graf 1. Učestalost depresije – Hrvatska



Izvor: autorski rad (2016) prema Jakovljević, M., Depresivni poremećaji, Pro Mente, Zagreb, 2004. str., 18

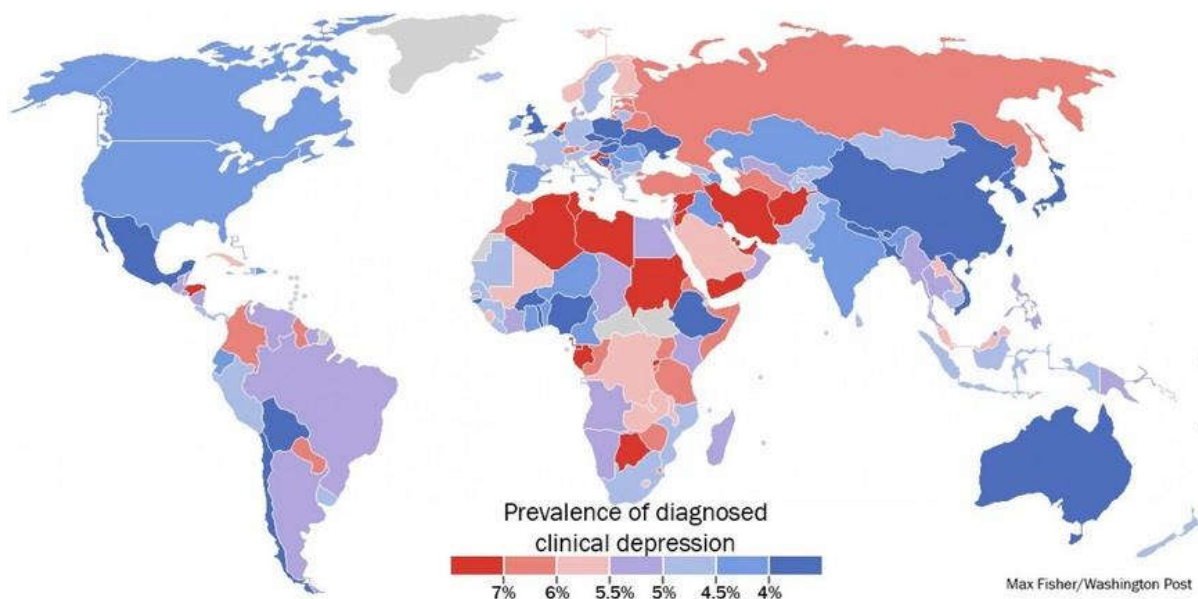
Podaci iz 2013. godine od strane Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo pokazuju kako su najčešći uzroci hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja u 2013. godini (Slika 2.) bili mentalni poremećaji uzrokovani alkoholom s udjelom 19,2%, shizofrenija (15,5%), depresivni poremećaji (13,3%), reakcije na teški stres uključujući posttraumatski stresni poremećaj (7,3%) i mentalni poremećaji zbog oštećenja i disfunkcije mozga i tjelesne bolesti (7,1%) (3).



Slika 2. Vodeće dijagnoze u hospitalizacijama zbog mentalnih poremećaja u Hrvatskoj 2013. godine

Izvor: <http://www.hzjz.hr/sluzbe/sluzba-za-epidemiologiju/odjel-za-nadzor-i-istrazivanje-ne-zaraznih-bolesti/odsjek-za-mentalne-poremecaje-s-registrom-za-psihoze-i-registrom-izvršenih-samoubojstava/?print=print> (15.09.2016.)

Slika 3. prikazuje raspostranjenost dijagnosticirane kliničke depresije za 2015. godinu u Svijetu i u tom pogledu može se vidjeti kako se Hrvatska nalazi među onim zemljama koja ima veliki broj osoba kojima je dijagnosticirana depresija (4).



Slika 3. Raspostranjenost dijagnosticirane kliničke depresije

Izvor: <https://yaleglobalhealthreview.com/2015/05/16/depression-in-developing-countries> (15.09.2016.)

1.2. Specifična i opća psihopatologija depresijske epizode

Specifične depresijske epizode su:

Tužno, depresivno ili disforično raspoloženje

Na upit kako se osjećaju, depresivne osobe svoje raspoloženje opisuju kao loše, tužno, jadno, bijedno, utučeno, beznadežno, bespomoćno, obeshrabreno, izgubljeno, nesretno, depresivno. Neke se osobe osjećaju „prazno“, žale se da nemaju osjećaja, a druge da su tjeskobne i uznemirene.

O prisutnosti depresivnog raspoloženja može se zaključiti po tužnom i zabrinutom izrazu lica i pogledu, takve osobe čine se kao da će zaplakati. Neke osobe u prvi plan stavljaju različite tjelesne simptome, npr. bolove (1).

Gubitak interesa i/ili zadovoljstva (anhedonija)

Zanimanje za različite aktivnosti i uživanje u njima odlika su zdravlja tako da su njihovo smanjenje ili gubitak u pravilu pokazatelj mentalnog poremećaja. U depresivnih osoba gubitak interesa i zadovoljstva gotovo je uvijek prisutan u manjem ili većem stupnju a može ići do potpune apatije, ravnodušnosti i otupjelosti (1).

Gubitak energije i zamor

Smanjenje životne energije i brzo zamaranje česti su simptomi. Depresivnim osobama sve se čini teškim, i najmanji zadaci za njih predstavljaju veliki napor, za uobičajene dnevne aktivnosti treba im mnogo više vremena. Stalno se žale na osjećaj umora, čak i kad nisu bili izloženi tjelesnom naporu (1).

Poremećaj apetita

Želja za hranom obično je smanjena. Depresivne osobe moraju se prisiljavati kako bi jele. U blažim slučajevima uzimaju hranu, ali je ona neukusna i ne uživaju u njoj kao ranije. Prema *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV* značajna promjena tjelesne težine jest najmanje 5% od normalne tjelesne težine tijekom mjesec dana (1).

Poremećaj spavanja

Dok su za anksiozne poremećaje karakteristične smetnje uspavljivanja (inicijalna insomnija), za depresiju su karakteristična buđenja nakon što je osoba zaspala. U nekih su osoba prisutna učestala noćna buđenja nakon kojih imaju teškoća s ponovnim usnivanjem (središnja insomnija), a drugih rana jutarnja buđenja nakon kojih više ne mogu zaspati (terminalna insomnija) pa je spavanje skraćeno. U nekih oblika depresije može biti prisutna i pretjerana potreba ili želja za spavanjem (hipersomnija) (1).

Psihomotoričke promjene

Psihomotoričke promjene mogu se očitovati kao nemir (agitacija) ili usporenost i smanjena aktivnost (retardacija). Osobe u psihomotornom nemiru ne mogu mirno sjediti na jednom mjestu, stalno su u pokretu, krše ruke, čupkaju i trljaju dijelove tijela odjeće i ostalo (1).

Pesimizam, osjećaj bezvrijednosti i krivnje

Pesimizam glede budućnosti i osjećaj manje vrijednosti gotovo su redovita sastavnica depresije. Prema *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10* osjećaj manje vrijednosti i gubitak samopoštovanja odijeljen je od osjećaja neprimjerene krivnje, tako da *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10* kriteriji sadrže deset simptoma za depresivnu epizodu, a *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -IV* kriteriji 9 depresivnih simptoma (1).

Misli o smrti i samoubojstvu

U depresiji su često prisutna razmišljanja o bezvrijednosti života, želja za smrću, samoubilačke misli i pokušaji samoubojstva. Suicidalna razmišljanja su prisutna u gotovo 80 posto depresivnih osoba (1).

Smetnje koncentracije i pamćenja

Mnoge depresivne osobe žale se na osjećaj da ne mogu misliti kao prije, da se teško mogu koncentrirati, da im je teško donijeti bilo kakvu odluku, da slabo pamte da se ne mogu sjetiti nekih događaja i slično. Zbog ovih simptoma u diferencijalnoj dijagnostici starijih osoba uvijek treba misliti na demenciju (1).

Opće depresijske epizode su:

Svijest

Svijest je u pravilu očuvana, orijentacija nije oštećena. Katkada zbog gubitka interesa za zbivanja oko sebe depresivni pacijent ne zna dan i datum. Vanjski izgled i držanje vrlo je karakteristično, lice je tužno, zabrinuto, potišteno, što se ogleda u borama, znaku omega na čelu, spuštenim kutovima usana, duplim naborom na gornjem kapku, mogu biti pognutog držanja, zapuštene vanjštine. Bolesnik se lako rasplače (tzv. „mokre depresije“). Postoje i tzv. „suhe depresije“ kada bolesnik ne može plakati iako bi to želio (1).

Afektivnost i raspoloženje

Depresivno raspoloženje karakterizira bezrazložna žalost, potištenost, utučenost, osjećaj bespomoćnosti i beznadnosti uz sniženo samopoštovanje ili osjećaj manje vrijednosti, grižnju savjesti i samopredbacivanje.

Depresivni bolesnici ispunjeni su strahom od budućnosti, ništa ih ne može obradovati, gube sposobnost uživanja i interes za uobičajene aktivnosti (1).

Psihomotorika

Može biti zakočena ili retardirana (tzv. mirna ili pasivna depresija) ili otkočena ili agitirana (tzv. nemirna ili aktivna depresija). Psihomotorna inhibicija ispoljava se usporenim kretnjama, oskudnom mimikom i gestikulacijama, tihim, usporenim i monotonim govorom, a može progredirati sve do depresivnog stupora (1).

Mišljenje

Misaoni tijek je usporen ili blokiran, često je cirkularnog tipa, odgovori na pitanja su spori, s dugom latencijom, mišljenje je otežano, asocijacije su oskudne, a u sadržaju dominiraju pesimističke teme smrti, bezvrijednosti života, samoubojstva, krivice (1).

Kritičnost

Bolesnici mogu biti pretjerano strogi ili „bolesno kritični“ prema sebi i okolini zbog strogog superega (1).

Pažnja

Obično je hipovigilna uz pojačan tenacitet za depresivne sadržaje tako da su bolesnici zaokupljeni sami sobom i pesimističkim sadržajima (1).

Perceptivne funkcije

Obično su u nepsihotičnih depresija očuvane, dok se u psihotičnim depresijama bolesniku može činiti kako i drugi govore da je on grešan i bezvrijedan, da je najbolje da umre i da nije zaslužio da mu oprostite (1).

Pamćenje

Može biti promijenjeno po tipu alomnezija ili izvrnutog sjećanja. Pod utjecajem depresivnog raspoloženja bolesnici falsificiraju prošlost negativno je interpretirajući (1).

Volja

Voljni dinamizmi mogu biti sniženi (hipobulija) sve do potpunog odsustva (abulija). Hipobulija ili abulija povezani su sa smanjenjem životne energije, nesposobnošću uživanja i gubitkom osjećaja smisla (1).

Nagoni

Nagonske funkcije su u pravilu oštećene i povezane su s padom životne energije i životne radosti (1).

Uvid u bolest

Obično je očuvan u blagim i umjereno teškom depresivnim epizodama. Pacijenti znaju da su bolesni, ali nerijetko imaju krive predodžbe o bolesti (1).

Somatovegetativne funkcije i somatizacija

često se susreću promjene srčanog ritma, opstipacija, suhoća usta; cijanoza i Hladnoća ekstremiteta, poremećaj menstrualnog ciklusa. Važno je poznavati činjenicu da se depresija može doživljavati pretežito somatiziranjem, a ne osjećajem tuge ili krivnje (1).

Anksioznost

Velika većina, po nekim i preko 60%, depresivnih osoba pokazuje istovremeno i simptome anksioznosti. Katkada je teško odrediti radi li se primamo o anksioznom ili depresivnom poremećaju, pa tada govorimo o miješanom anksiozno-depresivnom poremećaju (F41.2). Utvrđen je i čest komorbiditet između depresivnih i anksioznih poremećaja. Tako primjerice u oko 25 posto osoba koje ispunjavaju kriterije za primarnu depresiju može se utvrditi i prisustvo paničnog poremećaja. Treba imati na umu kako su anksiozni poremećaji često razvojna faza u oblikovanju depresivnog poremećaja (1).

1.3. Postporođajna depresija – ideja primarne majčinske preokupacije

Fiziološki faktori igraju veliku i važnu ulogu u pokretanju postporođajne depresije. Češće je kod žena koje su imale dugi ili kompliciran porod.

Prema ideji „primarne majčinske preokupacije“ Donalda Winnicotta, razmišljanje i djelovanje usmjereni su isključivo na novorođenče. Majčino iskustvo majčinstva je probuđeno kroz „implicitno sjećanje“ ili „sjećanje tijela“. Ako su ta sjećanja problematična, na primjer, kroz depresiju u ulozi bake ili referenciodvajanje, to može utjecati na sljedeći naraštaj. U postporođajnoj depresiji, majka može smatrati da je nesposobna i da joj nedostaje „majčinskih osjećaja“, neprijateljski se ponaša prema novorođenčetu ili se boji da će ga ozlijediti. Uloga oca i/ili bake u osiguravanju sigurne sadržavajuće mreže oko majke koja doji također je važna - depresija nakon poroda češća je ako takve potpore nema. Ti osjećaji ponekad mogu prijeći u psihotične razmjere. Sama činjenica roditeljstva izraz je narcisoidnosti, ali istodobno zahtijeva njezino nadilaženje. Ponosne majke moraju zanemariti svoje potrebe da bi se brinule za svoju djecu. Jedna novopečena majka koja je bolovala od opsesivno-kompulzivnog poremećaja postala je depresivna i puna osjećaja krivnje, dok se borila sa svojim prijezirom prema bebi, koja je unijela, kako je majka to shvaćala, kaos u njezin uredno posložen svijet (5).

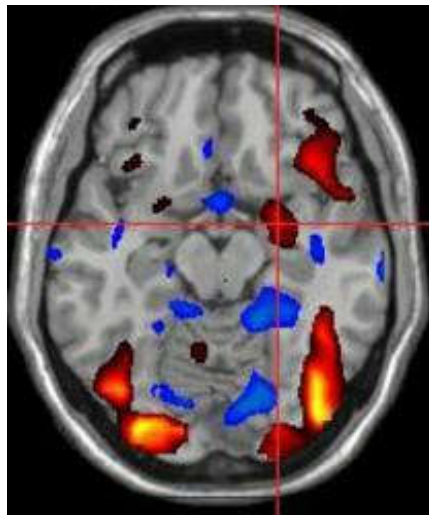
Jedan od deset ženskih mozgova postat će deprimiran u prvoj godini nakon porođaja. Iz nekog razloga mozgovi tih 10 posto žena ne vrate se u potpunosti u ravnotežu nakon golemih hormonalnih promjena koje se događaju nakon porođaja. Psihijatrijske promjene nakon porođaja mogu varirati od potištenosti do psihoze, no najčešća je postporođajna depresija. Smatra se da su žene koje pate od toga stanja genetski podložnije depresiji izazvanoj hormonalnim promjenama. Ken Kendler sa Sveučilišta Virginia Commonwealth (5) otkrila je da možda postoje geni koji mijenjaju rizik od depresije u reakciji žene na ciklično lučenje spolnih hormona, osobito u razdoblju nakon porođaja. Takvi bi geni utjecali na rizik od teže depresije kod žena, no ne bi bili aktivni kod muškaraca jer se kod njih ne događaju relevantne hormonalne promjene. Ti rezultati ukazuju na to da promjene u razinama estrogena i progesterona imaju udjela u pojavi simptoma naglog pada raspoloženja kod žena s postporođajnom depresijom. Tijekom trudnoće, u mozgu su bile aktivirane „kočnice“ za reagiranje na stres; odjednom, nakon porođaja, one su ponovo deaktivirane (5).

Kod 90 posto žena mozak se u stanju vratiti na normalnu reakciju na stres, no kod genetski podložnih žena to mu ne uspijeva. Mozak genetski podložne žene na kraju postane hiperreaktivan na stres i ona počne proizvoditi previše stresnog hormona kortizola. Njezin refleks plašenja (*startle reflex*) bit će pojačan, ona će biti napeta, a sitnice će joj se činiti golemim problemima. Bit će pretjerano zaštitnički nastrojena prema djetetu, hiperaktivna i neće moći zaspati nakon što noću nahrani dijete. Danonoćno će se vrzmati uokolo previše napregnutih živaca, kao da je pod naponom, premda je iscrpljena. Dobro poznati pretkazatelji depresije nakon porođaja uključuju prethodnu depresiju, depresiju u trudnoći, nedostatak odgovarajuće emocionalne potpore i visoku razinu stresa u domu. Žene s postporođajnom depresijom također su imale problema s identitetom zbog svoje nove uloge majke. Kod njih se javljaju osjećaji gubitka jer više ne znaju tko su kao pojedinci. Smatraju da nisu dorasle odgovornosti za dijete. Bore se s osjećajem napuštenosti od strane svojih partnera i drugih bliskih osoba koje im dovoljno ne pomažu, nerazumno zabrinutošću da će njihovo dijete umrijeti i problemima s dojenjem. Smatraju se „lošim majkama“, no nikada ne krive svoje dijete. Većina majki nerado govori o svojim osjećajima i svoja će raspoloženja pripisati osobnoj slabosti, a ne bolesti. Ulažu velike napore kako bi sačuvale ravnopravnost s partnerom i uključile oca u brigu o djetetu. Prijelaz u roditeljstvo često je popraćen depresijom i stresom. To je posve nov život i nova stvarnost, stoga je razumljivo da se zbog toga osjećaju uznemireno (5).

Ženama koje su podložne depresiji i stresu možda će bih teže ponovo uspostaviti hormonalnu ravnotežu nakon tih promjena. A ako postoji problem s ponovnom uspostavom ravnoteže, bučno dijete i nedostatak sna samo će doprinijeti podložnosti depresiji. Kod nekih žena taj osjećaj stresa doseže vrhunac tek dvanaest mjeseci nakon porođaja. Osim toga, simptomi postporođajne depresije često ostaju skriveni. Žene se osjećaju postićeno jer se od njih očekuje da budu sretna zbog rođenja djeteta. Stoga je složenost postporođajnog depresivnog raspoloženja važno shvatiti kao hrvanje s ponovnom uspostavom hormonalne ravnoteže u mozgu, novim identitetom, dojenjem, spavanjem, djetetom i partnerom. Neki znanstvenici smatraju da bi kod nekih žena dojenje moglo štititi od postporođajne depresije. Za vrijeme laktacije, majke

pokazuju slabije neuroendokrine i ponašajne reakcije na neke vrste stresora, osim možda na one koji predstavljaju prijetnju za dijete (5).

Ta sposobnost filtriranja relevantnih od irelevantnih podražaja smatra se adaptivnom za par majka-dijete, a nesposobnost filtriranja stresnih podražaja može se povezati s razvojem postporođajne depresije. Dobro je to što je liječenje dostupno, i što je učinkovito. Razine kemikalija u mozgu koje potiču dobro raspoloženje i osjećaj zadovoljstva poput serotonina, nakon porođaja su niske, a u mozgovima depresivnih majki vlada njihov manjak. Lijekovi i hormoni mogu pomoći da se njihovi mozgovi vrate u normalu. Stručnjaci za postporođajnu depresiju jednoglasno preporučuju - kod žena s ozbiljnim simptomima - antidepresive u kombinaciji drugim načinima liječenja poput suportivne razgovorne terapije (5).



Slika 4. Magnetska rezonancija mozga u periodu postporođajne depresije
Izvor: <http://www.prweb.com/releases/2011/7/prweb8605625.htm> (15.09.2016.)

2. CILJ I METODE RADA

Cilj rada je opisati postupke zdravstvene njege pacijentica oboljelih od postporođajne depresije s naglaskom na korištenje općih planova zdravstvene njege (sestrinske dijagnoze) prilikom anksioznog stanja pacijentice. U radu je opisano stanje depresije kao bolesti našeg vremena i navesti specifičnu i opću psihopatologiju depresijskih epizoda. U tom kontekstu prikazuje se i stanje postporođajne depresije kao ideja primarne majčinske preokupacije. Dosadašnji rezultati istraživanja i analiza u vezi postporođajne depresije definirat će se na temelju najnovijih stručnih saznanja.

3. DOSADAŠNJI REZULTATI

3.1. Postporođajna depresija

Babinje predstavljaju razdoblje, čak i do 18 puta povećanog rizika od razvoja psihijatrijskih poremećaja. Postpartalni poremećaji označavaju psihijatrijske poremećaje koji započinju unutar 12 tjedana od poroda, premda definicije variraju od 6 tjedana do godine dana. Prema *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV* klasifikaciji (1) u postpartalne poremećaje ubrajaju se epizode psihičke izmijenjenosti koje nastaju unutar 4 tjedna od porođaja. Drži se kako je manja vjerojatnost da se radi o postpartalnom psihičkom poremećaju ako je pri pojavi simptoma dulje vrijeme proteklo od poroda (1). Postporođajnu depresiju treba razlikovati od *baby bluesa* - *baby blues* su prolazne smetnje raspoloženja čiji se simptomi javljaju 3 do 4 dana nakon poroda i u većini slučajeva radi se promjenjivom raspoloženju, plaču, anksioznosti, bolovima u glavi, lošem spavanju i ostalo (6). Osim toga, postporođajnu depresiju bitno je razlikovati i od postporođajne psihoze. Postporođajna psihoza je vrlo slična maničnoj epizodi te se u većini slučajeva smatra manifestacijom bipolarnog poremećaja (7).

3.1.1. Postpartalna tuga (*Baby Blues*)

Postpartalna tuga najblaži je od postpartalnih poremećaja, a očituje se prolaznim emocionalnim promjenama u prvom tjednu puerperija.

Epidemiologija

Javlja se u gotovo 50 posto žena, obično trećeg do petog dana nakon porođaja.

Etiopatogeneza

Premda je nedvojbeno postpartalna tuga povezana s endokrinološkim i neurofiziološkim promjenama u postpartalnom razdoblju kao što su pad razine progesterona i estrogena te porast razine prolaktina, etiopatogeneza nije posve razjašnjena. Postoji povezanost s lošijom socijalnom prilagodbom, poremećenim bračnim odnosima, visokim skorom na skali neuroticizma, zabrinutošću i napetošću tijekom trudnoće.

Klinička slika

Simptomi postpartalne tuge su plačljivost, labilnost raspoloženja, anksioznost i depresivni afekt. 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 i nakon sljedećeg porođaja, tada je obično blaže izražena.

Diferencijalna dijagnoza

Uvijek treba imati u vidu mogućnost razvoja depresivnog poremećaja.

Terapija

Podrška i razumijevanje liječnika, obitelji i prijatelja od velike je važnosti (1).

3.1.2. Postpartalna depresija – F53.0

Postpartalna depresija je psihički poremećaj koji se javlja nakon poroda a očituje se simptomima disforičnog ili depresivnog raspoloženja, uz poremećaj sna i apetita, psihomotorni nemir, zamor, osjećaj krivnje suicidalna promišljanja.

Epidemiologija

Prevalencija postpartalne depresije je između 8 i 15 posto. Drži se kako razdoblje puerperija samo po sebi nije rizično za nastanak depresije, jer su kontrolirana klinička ispitivanja pokazala kako ne postoji signifikantna razlika u učestalosti depresije kod žena u puerperiju u usporedbi sa ženama koje nisu rodile. Depresija se tri puta češće javlja u prva tri mjeseca puerperija u odnosu na razdoblje od 6 mjeseci i godinu dana po porodu.

Etiopatogeneza

Vrlo je složena i nije posve razjašnjena. Hipoteza hormonalne podloge postpartalne depresije slična je hipotezi o hormonalnoj bazi promjena raspoloženja u PMS-u i menopauzi. Prvih nekoliko dana nakon poroda razina progesterona, estradiola i slobodne frakcije estradiola značajno pada, za oko 90-95 posto.

U periodu ovih hormonalnih promjena, žene, međutim, klinički često imaju simptome postpartalne tuge, znatno češće nego sliku početka postpartalne depresije. Neke su studije pokazale da nivo estrogena pokazuje signifikantno niže vrijednosti u 36. tjednu trudnoće i 2. dana nakon poroda kod depresivnih žena u usporedbi s onima koje nisu pokazivale znakova depresije. Interakcija hiperprodukcije vezanog slobodnog kortizola pred porođaj i nagli pad vrijednosti kortizola nakon poroda, također se smatraju mogućim uzrokom postpartalne promjene raspoloženja. Razina prolaktina dostiže najviše vrijednosti krajem trudnoće, nakon porođaja je pad prolaktina značajno sporiji u odnosu na gonadalne hormone (1).

Prema nekim studijama hipotiroidizam se povezuje s nastankom postpartalne depresije osobito onda kada ona počinje više od 2 tjedna nakon porođaja. Također je pokazano kako žene s pozitivnim antitijelima na tiroidne hormone imaju u usporedbi sa ženama koje imaju negativna antitijela, povećanu učestalost postpartalne depresije, neovisno o tiroidnoj disfunkciji. Novija istraživanja pokazuju signifikantnu povezanost razine testosterona i depresivnosti kod žena u kasnoj trudnoći i babinju (1).

Ginekološki i opstetrički faktori - jedna studija pokazala je da kod žena s izraženim PMS-om postoji signifikantno veći rizik od nastanka postpartalne depresije kasnijih godina. Pri tome, se navodi i sličnost simptoma premenstrualne tenzije i simptoma postpartalne tuge i depresije. Opstetričke komplikacije kod poroda drže se značajnim stresogenim životnim čimbenicima i predisponiraju nastanak postpartalnih promjena raspoloženja. Više studija pokazuje kako su stresogeni životni događaji tijekom trudnoće i nakon poroda rizični čimbenik za nastanak postpartalne depresije, te da kod žena koje su prije trudnoće bolovale od neke forme afektivnog poremećaja, postoji povećan rizik relapsa bolesti nakon porođaja (1).

Bračni, partnerski i obiteljski odnosi - 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 što se tumači usađenom krivom percepcijom vrijednosti majčinstva koje se doživljava kao izvor frustracija jer je programiran negativni obrazac očekivanja svoje uloge nakon porođaja (1).

Osobna i obiteljska psihopatologija - žene koje imaju pozitivnu psihijatrijsku anamnezu prije trudnoće, imaju povećan rizik nastanka postpartalne depresije. Novije metaanalize ukazuju na vezu pozitivne obiteljske psihijatrijske anamneze, osobito prisutnosti depresije u majki porodilja, i nastanka postpartalne depresije (1).

Klinička slika

Postpartalna depresija može se očitovati vrlo dramatično. Nije riječ samo o hormonalnoj buri, nego i o sučeljavanju s posve novom situacijom i doživljajem materinstva. Postpartalne depresivne epizode pokazuju često drugačije simptome od depresivnih epizoda koje se javljaju neovisno o porodu, ali drži se kako nema suštinskih razlika (1).

Prema nekim istraživanjima depresije koje se javljaju tri tjedna po porodu, imaju znatno viši skor na skali ispitivanja depresivnih simptoma. Postpartalne depresije se često očituju atipičnim i miješanim simptomima kao što su anksioznost, iritabilnost, fobične smetnje, koje prevladavaju nad temeljnim depresivnim raspoloženjem i afektom. Promjenjiv tijek i labilnost raspoloženja češće su u postpartalnim depresivnim epizodama i u psihotičnim i u nepsihotičnim kliničkim slikama mogu biti prisutne suicidalne ideje, opsesivne misli da se nanese zlo djetetu, gubitak koncentracije, anksioznost, psihomotorička agitacija, panični napadaji, izražena plačljivost, nesаница koja se češće očituje u vidu otežanog uspavljivanja nego kao rano buđenje, te nedostatak ili gubitak interesa za novorođeno dijete. Mnoge pacijentice osjećaju krivnju zbog emocionalnog stanja u kojemu se nalaze jer vjeruju da bi trebale biti sretnе i vesele. Sumirajući sva provedena ispitivanja, postpartalna depresija pokazuje dosta zajedničkih osobina s nepostpartalnim depresijama i uvijek zahtijeva stručni psihijatrijski nadzor i tretman. Trajanje epizoda postpartalne depresije se ne razlikuje značajno od trajanja nepostpartalne depresivne epizode, a prema težini poremećaja razlikujemo blage, umjerene i teške nepsihotične i psihotične depresivne epizode. Žene koje su bolovale od postpartalne depresije, u usporedbi sa ženama koje nisu imale postpartalnu depresiju, imaju povećan rizik javljanja nove depresivne epizode kroz period od pet godina. Patnje depresivne majke imaju izravne implikacije i na rani razvoj djeteta što ukazuje koliko je bitno pravovremeno dijagnosticiranje i liječenje ove bolesti (1).

Dijagnoza

Za postavljanje dijagnoze postpartalne depresije, uvjet je da žena kroz period od najmanje tjedan dana, ima psihičke smetnje koje je čine disfunkcionalnom. Prema Američkom psihijatrijskom udruženju (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders--IV*) (1) potrebno je prisustvo najmanje pet simptoma za dijagnozu velike depresivne epizode, a ako je prisutan manji broj simptoma radi se o maloj depresivnoj epizodi. U *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems -10* (1) ne postoji specifični dijagnostički kriterij za postpartalnu depresiju, pa se koriste uobičajeni kriteriji za procjenu depresivne epizode (1).

Liječenje

Temelji se na općim načelima liječenja depresivnih poremećaja koji uključuju specifičnu prilagodbu kontekstu u kojemu se nalazi pacijentica.

Psihoterapija - kod žena koje imaju postpartalnu depresiju, primjenjuju se raznovrsne tehnike, od suportivnih pa do interpersonalnih, kognitivno-emocionalno-bihevioralnih, a rjeđe i psihoanalitičke tehnike. Nužno je da terapeut uspostavi kvalitetan terapijski odnos sa ženom koju liječi, kako bi se psihoterapijski postupak mogao uspješno odvijati. Prema jednoj kanadskoj studiji u kojoj je ispitivan utjecaj socijalnih suportivnih grupa na žene s postpartalnom depresijom, utvrđeno je da što se tiče simptoma depresije nije bilo značajnog poboljšanja, no postignut je bitan pomak u interakciji majka – dijete (1).

Farmakoterapija - prema nekim istraživanjima žene s postpartalno depresijom, koje su 6 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 preporučaju se selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina.

Kako je primjećeno da ima razlika u njihovom izlučivanju u majčino mlijeko, pri izboru lijeka treba imati u vidu rezultate kliničkih studija koje su pokazale kako najmanje koncentracije u majčinom mlijeku pokazuju fluvoksamin i sertralin, pa se tako savjetuje i njihova primjena (1). Valja još spomenuti i elektrokonvulzivnu stimulaciju (EKS), gdje dolazi do stimulacije mozga električnom strujom putem elektroda.

Prevenција

Može se usmjeriti na žene koje su pod rizikom od psihičke bolesti tijekom trudnoće i ranog puerperija. Preventivne strategije uključuju niz praktičnih aktivnosti (kako da si žena sama pomogne, ali i dobije pomoć nakon poroda, posebice glede brige o djetetu) i terapijskih aktivnosti (učenje relaksacijskih tehnika i rad u grupi). Ustanovljeno je da žene koje sudjeluju u provođenju preventivnih aktivnosti, imaju bolji emocionalni status u razdoblju nakon porođaja. Unatoč tomu što neke studije nisu potvrdile estrogensku hipotezu nastanka postpartalne depresije, postoje razmišljanja i o estrogenskoj profilaktičkoj terapiji postpartalne depresije (1).

3.1.3. Postpartalna psihoza

To je sindrom koji se javlja nakon poroda i obilježen je sumanutostima ili halucinacijama. Može se pojaviti kao dio poremećaja raspoloženja, kratkotrajnog psihotičnog poremećaja ili sekundarnog psihotičnog poremećaja.

Epidemiologija

Javlja se u 1-2 slučaja na 1.000 poroda. U 50-60% slučajeva javlja se kod prvotkinja, a oko 50 posto tih žena ima pozitivnu obiteljsku anamnezu poremećaja raspoloženja. U gotovo 80 posto slučajeva radi se o afektivnim psihozama (1).

Etiopatogeneza

Veliki broj podataka govori kako je epizoda postpartalne psihoze u biti epizoda u sklopu poremećaja raspoloženja, obično bipolarnog afektivnog poremećaja, a moguć 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. Smatra se kako proces porođaja predstavlja značajan nespecifični stres po ženu, te se razvoj epizode poremećaja raspoloženja povezuje s hormonalnim promjenama.

U rijetkim slučajevima, postpartalna psihoza je posljedica općih medicinskih razloga povezanih s perinatalnim periodom, kao što su infekcije, intoksikacije lijekovima (primjerice skopolamin ili meperidin), toksemija i gubitak krvi. Iznenadni pad koncentracije estrogena i progesterona neposredno nakon porođaja može također pridonijeti nastanku psihičkih smetnji, ali terapija tim istim hormonima pokazala se kao neučinkovita (1).

Klinička slika

Simptomi postpartalne psihoze obično nekoliko dana nakon porođaja, srednje vrijeme javljanja je 2-3 tjedna po porodu, a računa se da može početi unutar 8 tjedana nakon porođaja. Poremećaj se očituje s pretjeranim umorom, insomnijom, epizodama plača i emocionalne labilnosti. Uz to ide sumnjičavost, konfuzija, inkohherentnost mišljenja, iracionalni zaključci, a česta su opsesivna razmišljanja vezana uz zdravlje djeteta. Sumanute ideje prisutne su kod 50 posto pacijentica, a halucinacije kod oko 25 posto pacijentica s poremećajem raspoloženja (1).

Čest je simptom nemogućnosti pokretanja, stajanja i hodanja. Pacijentice mogu imati osjećaje kako ne žele svoje dijete, da ga ne vole, ponekad se kao simptom javlja želja za samoozlijeđivanjem i/ili ozlijeđivanjem djeteta. 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 i slično. 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 (1).

Dijagnoza

Specifični dijagnostički kriteriji za postpartalnu psihozu nisu uključeni u psihijatrijske klasifikacije, kako u *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems -10* tako i *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*. Dijagnoza se postavlja kada se kod žene koja je nedavno rodila pojave simptomi psihoze. Karakteristični simptomi uključuju sumanutosti, kognitivne deficite, poremećaje raspoloženja i ponekad halucinacije (1).

Diferencijalna dijagnoza

Diferencijalno dijagnostički moguć je poremećaj raspoloženja s postpartalnim početkom, zatim kratkotrajni, prolazni psihotični poremećaj, te razvoj shizofrene psihoze. Mogući su psihotični poremećaji zbog općih medicinskih uzroka, primjerice hipotireoza i Cushingov sindrom. Od lijekovima uzrokovanih psihotičnih poremećaja, navodi se uporaba analgetika kao što je pentazocin ili antihipertenziva tijekom trudnoće. Drugi potencijalni medicinski uzroci uključuju infekcije, pre/eklampsiju i neoplazme. Kod žena koje od ranije imaju dijagnozu poremećaja raspoloženja, epizoda bolesti nakon poroda klasificira se kao pogoršanje stanja u okviru osnovne bolesti. Diferencijalno dijagnostički, postpartalna psihoza ne smije se miješati s postpartalnom tugom (postpartum blues), koja je prisutna kod 50 posto žena po porodu i traje od nekoliko sati do nekoliko dana (1).

Tijek i prognoza

Floridni psihotični simptomi, obično se javljaju nakon prodromalnih simptoma kao što su insomnija, nemir, agitacija, labilnost raspoloženja i blaži kognitivni deficiti. Kada se pojave psihotični simptomi, pacijentica može biti opasna po sebe i novorođenče, ovisno o intenzitetu i sadržaju sumanutih ideja i stupnju agitiranosti. Prema nekim istraživanjima 5 posto žena sa simptomima postpartalne psihoze počini suicid, a 4 posto počini infanticid. Povoljni prognostički čimbenici uključuju dobro premorbidno funkcioniranje i adekvatni suport obitelji. Veliki broj studija pokazuje kako se uz adekvatnu terapiju, najveći postotak žena s postpartalnom psihozom potpuno oporavi i vrati u normalan život. S obzirom da epizoda postpartalne psihoze po simptomima i tijeku bolesti slični afektivnim psihozama, često se javi i druga epizoda, unutar 1-2 godine od poroda. Daljnje trudnoće povezane su s povećanim rizikom javljanja nove epizode bolesti (1).

Liječenje

Postpartalna psihoza mora se pravovremeno prepoznati i što prije liječiti. Farmakoterapija se sastoji u racionalnim kombinacijama antipsihotika, antidepresiva i stabilizatora raspoloženja. U načelu postpartalne psihoze zahtijevaju psihijatrijsku hospitalizaciju, osobito ako je izražena suicidalnost ili infanticidnost.

Ako tijekom bolničkog liječenja, pacijentica zažele vidjeti svoje dijete, savjetuje se posjet uz nadzor, pri tome treba posebno paziti na eventualni simptom i želju za samoozlijeđivanjem ili ozlijeđivanjem djeteta. Psihoterapija je indicirana nakon perioda akutne psihoze i obično je usmjerena na rješavanje konflikta koji u radu s pacijenticom treba evaluirati. Pri tome je važno raditi i na jačanju suporta od strane supruga pacijentice i cijele obitelji (1).

3.2. Sestrinska dijagnoza – anksioznost

Definicija – nejasan osjećaj neugode i / ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetecom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti (8).

Da bi se dijagnosticirao anksiozni poremećaj, potrebno je utvrditi sljedeće: (9)

1. ima li osoba simptome anksioznosti koji su prikazani u Tablici 1. - potrebno je utvrditi točan broj simptoma,

Tablica 1. Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja

<p><i>I. Simptomi podražaja vegetativnog sustava</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. lupanje srca, „težina“ oko srca ili ubrzanje pulsa2. znojenje3. tremor ili drhtanje tijela4. suha usta (nije povezano s lijekovima ili dehidracijom) N (I) =
<p><i>II. Simptomi koji se odnose na grudni koš i abdomen</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. teškoće pri disanju2. osjećaj gušenja, davljenja/stiskanja3. bol ili nelagoda u grudnom košu4. mučnina ili nelagoda u abdomenu (npr. bućkanje u želucu)

III. Simptomi povezani s mentalnim stanjem

1. osjećaj omamljenosti, nestabilnosti, nesvjestice, slabosti, smušenosti
2. osjećaj da objekti nisu stvarni (derealizacija) ili distanciranost osobe od sebe same
(“kao da stvarno nije prisutna”, derealizacija)
3. strah da će izgubiti kontrolu, poludjeti ili nestati
4. strah od smrti

IV. Opći simptomi

1. navala topline ili navala hladnoće
2. osjećaj obamrlosti ili senzacije šumljenja/zvonjave (I do IV)

V. Simptomi tenzije

1. mišićna napetost i bolovi
2. fizički nemir i nemogućnost opuštanja
3. osjećaj napetosti, psihičke napetosti
4. doživljaj knedle u grlu ili teškoća gutanja

VI. Drugi nespecifični simptomi

1. pretjerani odgovor na minimalna iznenađenja ili osjećaj da će svaki čas doživjeti neugodno iznenađenje
2. teškoće koncentracije, kao da je mozak prazan, poteškoće u mišljenju zbog briga i
anksioznosti
3. stalno prisutna razdražljivost
4. teškoće pri usnivanju zbog stalne zabrinutosti N = (I-VI)

VII.

1. crvenjenje i drhtanje,
2. strah od povraćanja,
3. nagon za mokrenjem ili strah od mogućnosti mokrenja ili defekacije N VII =

Izvor: Štrkalj - Ivezić, S., Folnegović - Šmalc, V., Mimica, N., Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, Medix, srpanj, 2007, godina XIII, Broj 71 (15.09.2016.)

2. postoje li situacije u kojima se javljaju simptomi, javljaju li se povremeno bez obzira na situaciju, ili su kontinuirano prisutni tijekom dulje vremena,

3. postoji li stresni događaj nakon kojeg su se javili simptomi (vidi poremećaje prilagodbe u tekstu), jesu li povezani s nekomtjelesnom bolesti (Tablica 2.), ili su posljedica nuspojava lijekova (Tablica 3.) (9)

Tablica 2. Medicinska stanja koja mogu prouzročiti stanja slična anksioznosti

Srčani poremećaji: aritmije, koronarna insuficijencija, prolaps mitralne valve, srčana greška
Endokrinološki: hipo i hipertireodizam, hipoparatiroidizam, hipoglikemija
Neurološki: temporalna epilepsija, poremećaj vestibularnog živca
Respiratorni sistem: astma, hipoksija, hiperventilacija, opstruktivna plućna bolest, pulmonarna embolija
Druga stanja: porfirija, neoplazma, feokromocitom, sistemski lupus eritematodus,

Izvor: Štrkalj - Ivezić, S., Folnegović - Šmalc, V., Mimica, N., Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, Medix, srpanj, 2007, godina XIII, Broj 71 (15.09.2016.)

Tablica 3. Lijekovi koji mogu prouzrokovati simptome slične anksioznosti

<p>Psihofarmaci:</p> <p>antidepresivi, antipsihotici (akatzija), sedativi – hipnotici (simptomi sustezanja), disulfiram</p>
<p>Respiratorni sistem:</p> <p>beta-adrenergički stimulansi, bronhodilatatori</p>
<p>Kardiovaskularni:</p> <p>antiaritimici, antihipertenzivi</p>
<p>Neurološki:</p> <p>antikonvulzivi, antikolinergici, L-dopa</p>
<p>Anestetici:</p> <p>preanestetik, opći anestetici (postanestetički sindrom)</p>
<p>Drugi lijekovi:</p> <p>hormon štitnjače, antibiotici, nestereoidni antiupalni lijekovi, antikancerogeni lijekovi, psihoaktivne supstance (npr. kokain, amfetamini, kofein, kanabis, sustezanje od alkohola, benzodiazepina</p>

Izvor: Štrkalj - Ivezić, S., Folnegović - Šmalc, V., Mimica, N., Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, Medix, srpanj, 2007, godina XIII, Broj 71 (15.09.2016.)

Prikupljanje podataka

1. Procijeniti stupanj anksioznosti pacijenta (simptomi mogu biti od smanjene komunikativnosti do napada panike praćeno fiziološkim obilježjima).
2. Procijeniti pacijentove metode suočavanja s anksioznošću i stresom - kroz razgovor, od pacijenta i obitelji saznati prethodna suočavanja sa sličnim stanjem.
3. Saznati od pacijenta povezanost između pojave anksioznosti i činitelja koji do nje dovode.
4. Fizikalni pregled – utvrditi postoje li znaci samoozljeđivanja (8).

Kritični čimbenici (8)

1. Dijagnostičke i medicinske procedure/postupci.
2. Prijetnja fizičkoj i emocionalnoj cjelovitosti.
3. Promjena uloga.
4. Promjena okoline i rutine.
5. Izoliranost (osjećaj izolacije).
6. Smanjena mogućnost kontrole okoline.
7. Strah od smrti .
8. Prijetnja socioekonomskom statusu.
9. Interpersonalni konflikti.
10. Nepoznati čimbenici – nema razloga za nastajanje vodećih obilježja.

Vodeća obilježja (8)

1. Hipertenzija, tahikardija ili tahipneja
2. Razdražljivost
3. Umor
4. Verbalizacija straha i napetosti
5. Osjećaj bespomoćnosti

6. Otežana koncentracija
7. Otežano suočavanje s problemom
8. Smanjena komunikativnost
9. Glavobolja
10. Mučnina i/ili proljev
11. Otežan san
12. Plačljivost
13. Vrtoglavica
14. Pojačano znojenje
15. Učestalo mokrenje
16. Sklonost ozljeđivanju.

Mogući ciljevi (8)

1. Pacijent će moći prepoznati i nabrojiti znakove i čimbenike rizika anksioznosti.
2. Pacijent će se pozitivno suočiti s anksioznosti.
3. Pacijent će znati opisati smanjenu razinu anksioznosti.
4. Pacijent neće ozlijediti sebe ili druge osobe.

Intervencije (8)

1. Stvoriti profesionalan empatijski odnos - pacijentu pokazati razumijevanje njegovih osjećaja.
2. Stvoriti osjećaj sigurnosti. Biti uz pacijenta kada je to potrebno.
3. Opažati neverbalne izraze anksioznosti, izvijestiti o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost do agresije...).
4. Stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost.
5. Pacijenta upoznati s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima.
6. Redovito informirati pacijenta o tretmanu i planiranim postupcima.
7. Dogovoriti s pacijentom koje informacije i kome se smiju reći.
8. Poučiti pacijenta postupcima/procedurama koje će se provoditi.
9. Koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju pacijenta.
10. Održavati red i predvidljivost u planiranim i svakodnevnim aktivnostima.
11. Osigurati mirnu i tihu okolinu: smanjenje buke, primjena umirujuće glazbe i sl.
12. Omogućiti pacijentu da sudjeluje u donošenju odluka.
13. Prihvatiti i poštivati pacijentove kulturološke razlike pri zadovoljavanju njegovih potreba.
14. Potaknuti pacijenta da potraži pomoć od sestre ili bližnjih kada osjeti anksioznost.
15. Potaknuti pacijenta da prepozna situacije (činitelje) koji potiču anksioznost.
16. Potaknuti pacijenta da izrazi svoje osjećaje.
17. Izbjegavati površnu potporu, tješjenje i žaljenje.
18. 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*
 - *terapeutska masaža i dodir*
19. Poučiti pacijenta pravilnom uzimanju anksiolitika.
20. Kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije.
21. Predložiti psihijatrijsku procjenu i tretman ukoliko su simptomi anksioznosti i dalje prisutni.
22. Stvoriti sigurnu okolinu za pacijenta (ukloniti predmete kojima bi pacijent mogao nanijeti ozljede...).

Mogući ishodi / Evaluacija (8)

1. Pacijent prepoznaje znakove anksioznosti i verbalizira ih.
2. Pacijent se pozitivno suočava s anksioznosti - *opisati*
3. Pacijent se negativno suočava s anksioznosti - *opisati*
4. Pacijent opisuje smanjenu razinu anksioznosti.
5. Pacijent opisuje povećanu razinu anksioznosti.
6. Tijekom boravka u bolnici nije došlo do ozljeda.
7. Tijekom boravka u bolnici je došlo do ozljeda (*opisati ozljede*).

Od ostalih dijagnoza mogu se nabrojati velike promjene u raspoloženju, od vrlo dobrog raspoloženja do velike tuge. Također, primjetno je pretjerano spavanje ili nesanica (nevezana uz djetetove potrebe). Dolazi do promjena u apetitu, pacijentica se kronično iscrpljuje ili je hiperaktivna. Javlja se osjećaj nemogućnosti suočavanja sa svakodnevnim problemima i dolazi do razdražljivosti. Pacijentica može imati negativne misli i teškoće u pamćenju i koncentraciji. Pojavljuje se i gubitak samopouzdanja, osjećaji krivnje, nemoći, osamljenosti, plakanje bez razloga i strah od kontakata s drugim ljudima.

3.3. Uloga sestre u liječenju postporođajne depresije

Uloga sestre prilikom liječenja postporođajne depresije očituje se, u prvome redu, u pružanju podrške pacijentici. Bitno je da sestra ostvari empatijski odnos sa pacijenticom i pokaže brigu za njezino emocionalno stanje. Razumijevanje osjećaja i stvaranje sigurnosnog okruženja je od velike važnosti. Valja naglasiti da sestra pokaže svoju stručnost pacijentici što će na kraju rezultirati povjerenjem od strane pacijenta. Aktivno sudjelovati pri raznim postupcima koji doprinose smanjenju postporođajne depresije kao što su vježbe disanja i opuštanja, terapija glazbom i likovnim izražavanjem, masaže i ostalo. Naravno, sestra treba znati prepoznati simptome

postporođajne depresije i o tome odmah obavijestiti liječnika. Od posebnog je značaja da sestra potakne pacijenticu da izrazi svoje osjećaje, da ih ne potiskuje u sebi. Obavezno mora izbjegavati površnost prilikom pružanja potpore. Pacijentica treba osjetiti da nije „jedan od brojeva“ u bolnici nego da joj se posvećuje briga za njezino zdravlje i zdravlje djeteta. Također, ako pacijentica uzima određene lijekove sestra je treba educirati na koji način to treba raditi i obavezno je kontrolirati da ne bi došlo do predoziranja ili izbjegavanja uzimanja lijekova.

4. RASPRAVA

Za ženu u trudnoći karakteristično je kako doživljava niz bioloških i psiholoških promjena. Žene koje su psihološki zdrave, doživljavaju trudnoću kao pozitivno iskustvo i samoispunjenje. No, postoji i dio žena koje ne doživljavaju trudnoću na taj način. Naime, određeni broj žena ima negativne stavove i strahove. Najveći broj strahova odnosi se na moguće malformacije ploda, komplikacije pri porođaju i na brigu o novorođenčetu. Na mentalno zdravlje žene u trudnoći i porodu utječu raznovrsni čimbenici kao što su: (1)

1. značenje materinstva u sustavu vrijednosti žene i njezine okoline, te pozitivnog ili negativnog identiteta žene,
2. kvaliteta bračnih ili partnerskih odnosa,
3. doživljaj trudnoće kao željene ili neželjene, iz ljubavi ili bez ljubavi, planirane ili neplanirane,
4. definiranje trudnoće i porođaja kao prirodnog procesa ili onesposobljavajućeg procesa opasnog po život,
5. ranije iskustvo namjernih ili spontanih pobačaja.

Pojavljuju se nove spoznaje kod žene u trudnoći, a jedna od njih je fizička spoznaja kako je tijelo nešto u čemu se događaju promjene koje će rezultirati novim životom. U kasnijim stadijima trudnoće, kako se fizičko i psihičko stanje trudnice mijenja, ona sve više postaje svjesna djeteta koje se razvija u njoj. U tom pogledu, to utječe na njezin identitet i njezine osjećaje da će postati majka. Zanimljiva su istraživanja koja pokazuju kako se tijekom trudnoće mijenja se i seksualno ponašanje. Dio trudnica ima pojačan seksualni nagon što se objašnjava vazokongestijom u zdjelici, dok druge pokazuju smanjenu želju ili gube interes za intimne odnose. Tumačenja gubitka seksualnog interesa su raznolika, od doživljaja psihičke izmijenjenosti žene do stavova da dolazak majčinstva nakratko potiskuje seksualnu dimenziju osobnosti trudnice.

U trudnoći je izuzetno važan stav i ponašanje partnera prema trudnici, te njihova integriranost i kvaliteta sveukupnih odnosa u obitelji. Zanimljivo je da se normalna trudnoća, premda se ubraja u tzv. velike životne događaja, smatra razdobljem s bitno manjim rizikom od razvoja psihijatrijskog poremećaja, hospitalizacije ili suicida, u usporedbi s drugim životnim razdobljima žene (1). Tvrdi se i kako trudnoća u normalnim uvjetima u cjelini gledano štiti žene od mentalnih bolesti, uključujući i depresiju. Objašnjenje leži u povišenoj razini progesterona tijekom trudnoće što ima smirujući i blago euforični učinak, povišenom stupnju tolerancije okoline prema budućoj majci, te u psihologiji „da nose nešto dobro unutar sebe“. Međutim, čak do dvije trećine trudnica pokazuje neke psihološke simptome, posebice u prvom i trećem trimestru trudnoće, u vidu anksioznosti, razdražljivosti, labilnog raspoloženja i sklonosti depresiji (1).

Prema istraživanju od strane *Harvard Medical School*, (1) depresija može biti uzrokovana "neispravnom regulacijom raspoloženja od strane mozga, genetičkom ranjivosti, stresnim događajima i medicinskim problemima. Nakon što prođe porod, veći broj majki imat će promjene raspoloženja zbog hormonalne neravnoteže. Događa se proces pri kojemu dolazi do padanja razine hormona progesterona i estrogena koji su u međusobnoj vezi s hormonom serotonin zaduženog za regulaciju našeg raspoloženja (10). Oko 80% žena će doživjeti blagi oblik promjene raspoloženja koji se naziva *baby blues*.

Simptomi su:

1. plačljivost,
2. osjećaj tuge,
3. iritabilnost,
4. hipohondrija,
5. nemogućnost spavanja,
6. smanjena koncentracija,
7. osjećaj izolacije i
8. glavobolja.

Simptomi najčešće traju od nekoliko sati do nekoliko dana, a ozbiljniji oblik promjene raspoloženja je *postporođajna ili postpartalna depresija (PPD)*. Baby blues i postporođajna depresija se razlikuju u trajanju i intenzitetu. Postporođajna depresija je prolongiran osjećaj tuge koji traje dva tjedna ili duže. PPD se može pojaviti tokom prve godine djetetovog života i imate će je od 10 do 20% žena. Žene koje imaju postporođajnu depresiju su zbunjene, duboko uvjerenе da nisu dobre majke što utječe na njihov odnos s novorođenčeta, na sam razvoj bebe, te na odnos s partnerom (10).

Istraživanja su pokazala da ženama s PPD-om poteškoće započinju umorom i problemima u brizi oko djeteta koje postepeno prerastu u jak osjećaj nesposobnosti što rezultira očajem i udaljavanjem od drugih. Postporođajna depresija najčešća komplikacija poroda. (11, 12) U pogledu prevalencije, ona ovisi o dijagnostičkim kriterijima i instrumentima i ona nešto veća kod primjene skala samoprocjene nego dijagnostičkog intervjua (3- 40 posto) (13, 6). Znanstvenici ističu kako nisu poznati svi uzroci postporođajne depresije. Biološki uzroci, odnosno hormonalna neravnoteža ne objašnjava u cijelosti pojavu PPD-a. Međutim, pronađeni su neki faktori koji mogu predvidjeti nastanak PPD-a: (10)

- loš partnerski odnos,
- niska socijalna podrška,
- subjektivan doživljaj da je porod bio jako bolan,
- dugotrajan porod (duže od 12h),
- prerani porod (prije 36. tjedna) u kombinaciji s bolesti djeteta,
- rođenje blizanaca ili više djece odjednom,
- povijest osobne ili obiteljske depresije,
- pušenje cigareta,
- nisko samopouzdanje,
- stresni životni događaji tijekom trudnoće i neposredno prije poroda,
- trudnoća u adolescenciji,
- depresija tijekom trudnoće,
- anksioznost tijekom trudnoće,
- stresan život,
- neusklađenost majčinog i djetetovog temperamenta / djetetovi grčevi,
- samohrani roditelj,

- niski socioekonomski status,
- neplanirana/neželjena trudnoća.

Simptomi postporođajne depresije se mogu pojaviti tokom prve godine djetetovog života i mogu uključivati sljedeće: (10)

- osjećaj bespomoćnosti,
- tugu,
- nisko samopouzdanje,
- osjećaj krivnje,
- osjećaj preokupiranosti,
- poteškoće u spavanju i jelu,
- nemogućnost opuštanja,
- iscrpljenost,
- osjećaj praznine,
- socijalna povučенost,
- osjećaj manjka energije,
- niska tolerancija na frustracije,
- osjećaj neadekvatnosti u brizi za dijete,
- smanjena mogućnost govora i pisanja,
- osjećaj ljutnje prema drugima,
- povećana anksioznost ili panični napadaji,
- smanjena potreba za seksom.

Upravo je povećana anksioznost najčešći simptom kod postporođajne depresije. Njega pacijentica kod postporođajne depresije i anksioznosti temelji se na stvaranju profesionalnog empatijskog odnosa. Bitno je da pacijentica dobije odgovor kako se razumiju njezini osjećaji i da je sigurna. Obavezno treba biti uz pacijenticu kada je to god moguće i pokazati joj da nije sama i kako o njoj vodi brigu stručan i profesionalan tim njegovatelja. Pacijenticu se treba obavijestiti i informirati s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima te o tretmanu i planiranim postupcima.

Bitno je da pacijentica dobije informacije o postupcima/procedurama koje će se provoditi te da se pri tome koristi razumljiv jezik. Nikako se ne smije davati površna

potpora, tješjenje i žaljenje te joj treba omogućiti da sudjeluje u donošenju odluka. Treba joj osigurati mirnu i tihu okolinu i stvoriti sigurnu okolinu. Osim toga, važno je pučiti pacijenticu pravilnom uzimanju anksiolitika te kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije. Obavezno treba predložiti psihijatrijsku procjenu i tretman ukoliko su simptomi anksioznosti i dalje prisutni. Uloga sestre je da daje podršku pacijentici i to prije svega razgovorom i aktivnim sudjelovanjem prilikom raznih terapija koje se primjenjuju kako bi se smanjila postporođajna depresija.

5. ZAKLJUČAK

Fiziološki faktori su ti koji imaju značajnu i bitnu ulogu u procesu pokretanja i razvoja postporođajne depresije. Postporođajna depresija najčešća je kod žena koje su imale dugi ili kompliciran porod, a prema ideji „primarne majčinske preokupacije“ Donalda Winnicotta, razmišljanje i djelovanje usmjereni su isključivo na novorođenče. Rezultati istraživanja i analize koje su do danas provedene u pogledu postporođajne depresije mogu se definirati kroz tri stanja:

1. Postpartalna tuga (*Baby Blues*),
2. Postpartalna depresija – F53.0,
3. Postpartalna psihoza.

Postpartalna tuga spada u najblaži postpartalni poremećaj, a manifestira se kroz prolazne emocionalne promjene u prvom tjednu puerperija. Postpartalna depresija je psihički poremećaj koji se javlja nakon poroda a očituje se simptomima disforičnog ili depresivnog raspoloženja, uz poremećaj sna i apetita, psihomotorni nemir, zamor, osjećaj krivnje suicidalna promišljanja. Postpartalna psihoza je sindrom koji se javlja nakon poroda i obilježen je sumanutostima ili halucinacijama. Anksioznost je najčešći simptom kod postporođajne depresije i njega oboljelih pacijentica sastoji se u tome da se prvo treba procijeniti stupanj anksioznosti pacijenta i njegove metode suočavanja s anksioznošću i stresom. Njega se bazira na odnosu između pacijenta i sestre na način da se razvije profesionalan empatijski odnos. Nakon toga, važno je da pacijent ima osjećaj sigurnosti, zaštite, dobivanja pravodobnih informacija te brige za njega. Nakon svakodnevne brige za pacijenta, sestra bi trebala predložiti psihijatrijsku procjenu i tretman ako su simptomi anksioznosti i dalje prisutni.

6. SAŽETAK

Depresija je bolest sadašnjice te će u budućnosti postati najčešći uzrok bolesti na svijetu. Depresivna stanja uzrokuju znatne promjene raspoloženja, volje, mišljenja i ponašanja. To je odraz narušene kemijske ravnoteže u mozgu zbog promijenjene komunikacije između živčanih stanica. Oboljeli od depresije imaju simptome podražaja vegetativnog sustava, boli i nelagode u tijelu, simptome tenzija i druge nespecifične simptome.

Kod njege oboljelih od postporođajne depresije prije svega je važan empatijski odnos, stvoriti osjećaj povjerenja i sigurnosti.

Cilj medicinske sestre je da prepozna znakove i čimbenike bolesti te da pacijenticu uputi u bolest kako ne bi ozljedila sebe i druge.

Ključne riječi

Postporođajna depresija, depresija, postpartalna tuga, postpartalna psihoza, sestrinska dijagnoza, anksioznost

SUMMARY

Depression is a disease of our time and it will be the most common cause of illness in the world. Depression causes changes in the mood, thinking and behavior because of disturbed chemical balance in the brain. Patient who suffering from depression have symptoms tension, pain and discomfort in the whole body and others non-specific symptoms. Empathic relationship is very important with the patient and it is necessary to create trust and confidence. Nurses had to recognize the symptoms of the disease, so patient would not hurt themselves or others.

Keywords

Postpartum depression, depression, postpartum sadness, postpartum psychosis, nursing diagnosis, anxiety

7. LITERATURA

1. Jakovljević, M., Depresivni poremećaji, Pro Mente, Zagreb, 2004.
2. Holmes, J., Depresija, Jesenski & Turk, Zagreb, 2006.
3. Hrvatski zavod za javno zdravstvo - <http://www.hzjz.hr/sluzbe/sluzba-za-epidemiologiju/odjel-za-nadzor-i-istrazivanje-ne-zaraznih-bolesti/odsjek-za-mentalne-poremecaje-s-registrom-za-psihoze-i-registrom-izvršenih-samoubojstava/?print=print> (15.09.2016.)
4. Yale - <https://yaleglobalhealthreview.com/2015/05/16/depression-in-developing-countries> (15.09.2016.)
5. Brizendine, L., Ženski mozak, Profil, Zagreb, 2008.
6. Seyfried, L. S. i Marcus, S. M. Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry*, 2003; 15: 231–242.
7. Clay, E. C. i Seehusen, D. A. A Review of Postpartum Depression for the Primary Care Physician. *Southern Medical Journal*, 2004.; 97(2).
8. Sestrinske dijagnoze, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara – Zagreb, 2011.
9. Štrkalj - Ivezić, S., Folnegović - Šmalc, V., Mimica, N. Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, Medix, 2007; srpanj, 2007, godina XIII, Broj 71
10. Gjurković, T., Patnja u tišini – postporođajna depresija. 2013 - <http://ordinacija.vecernji.hr/budi-sretan/upoznaj-sebe/patnja-u-tisini-postporodajna-depresija-1-dio> (15.09.2016.)

11. Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. i Stewart, D. E. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 2004; 26: 289-295.
12. Josefsson, A., Angelsioo, L., Berg, G., Ekström, C., Gunnervik, C., Nordin, C. i Sydsjö, G. Obstetric, Somatic and Demographic Risk Factors for Postpartum Depressive Symptoms. *Obstetrics & Gynecology*, 2002; 99 (2): 223–8.
13. Bowen, A., Bowen, R., Butt, P., Rahman, K. i Muhajarine, N. Patterns of Depression and Treatment in Pregnant and Postpartum Woman. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2012; 57(3): 161-167.
14. LaMonde, L. (n.d.). *A Comprehensive Review of Postpartum Depression (PPD) for Healthcare Providers*.
https://www.mostonline.org/PPD_Comprehensive_Review.pdf. (15.09.2016.)
15. Sedić, B., *Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika*, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2007.

Prema Odluci Visoke tehničke škole u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Visoke tehničke škole 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

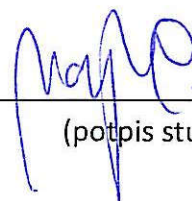
SANJANA MAJHEN

(Ime i prezime)

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, 25 listopada 2016



(potpis studenta/ice)