

Primaljska skrb kod postporođajne depresije

Buzov, Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:037328>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-12**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
STUDIJ PRIMALJSTVO

Marija Buzov

**PRIMALJSKA SKRB KOD POSTPOROĐAJNE
DEPRESIJE**

Završni rad

Split, 2021

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
STUDIJ PRIMALJSTVA

Marija Buzov

**PRIMALJSKA SKRB KOD POSTPOROĐAJNE
DEPRESIJE
OBSTERTICS SERVICE IN POSTPARTUM DEPRESSION**

Završni rad/Bachelor's Thesis

Mentor:

Jelena Jerković, mag. forens.

Split, 2021.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

ZAVRŠNI RAD

Sveučilište u Splitu

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija

Primaljstvo

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Mentor: Jelena Jerković, mag. forens.

PRIMALJSKA SKRB KOD POSTPOROĐAJNE DEPRESIJE

Marija Buzov, 211128

Sažetak:

Porod i majčinstvo za sobom nose mnoge izazove i promjenu u načinu života. Roditelji maštaju o prvom kontaktu sa svojim novorođenčetom i očekuju najbolji ishod. No zbog različitih situacija s kojim se susrećemo, sve češća je pojava postporođajne depresije. Nažalost majke se često ne mogu suočiti s tim. Stoga je važno da primalja bude upoznata s bolešću kako bi na vrijeme spriječila loše ishode.

Ključne riječi: postporođajna depresija, psihoza, roditelja, babinje

Rad sadrži: 32 stranica, 2 slike, 29 literaturnih referenci

Jezik izvornika: Hrvatski jezik

BASIC DOCUMENTATION CARD

BACHELOR THESIS

University of Split
University Department of Health Studies
Midwifery Studies

Scientific area: Biomedicine and health care

Scientific field: Clinical medicine science

Supervisor: Jelena Jerković, mag forens.

OBSEPTICS SERVICE IN POSTPARTUM DEPRESSION

Marija Buzov, 211128

Summary:

Childbirth and motherhood bring with them many challenges and lifestyle changes. Parents dream of the first contact with their newborn and expect the best outcome. But because of the different situations we face, postpartum depression is becoming more common. Unfortunately, mothers are often unable to cope with this. It is important for the midwife to be aware of the disease in order to prevent bad outcomes in time.

Keywords: postpartum depression, psychosos, mother, accouchement

Thesis contains: 32 pages, 2 pictures, 29 references

Original in: Croatian

Sadržaj

SAŽETAK:.....	I
SUMMARY:	II
SADRŽAJ.....	III
1.UVOD.....	1
1.1.PUERPERIJ.....	2
1.1.1. Involucijski procesi	2
1.1.2. Proces cijeljenja rane	3
1.1.3. Početak i održavanje laktacije	3
1.1.4. Uspostava ovarijske funkcije.....	4
1.1.5. Aktivnosti primalje u babinju	4
1.2. PSIHIČKE REAKCIJE I POREMEĆAJI NAKON POROĐAJA.....	5
1.2.1.Baby blues	5
1.2.1.1.Simptomi postporođajne tuge.....	6
1.2.2. Postporođajna depresija.....	7
1.2.2.1. Faktori rizika	7
1.2.2.1.1.Psihološki faktor.....	8
1.2.2.1.2.Biološki faktori.....	8
1.2.2.1.3.Socijalni faktori	9
1.2.2.1.4.Porođajni faktor	9
1.2.2.1.5.Način života.....	10
1.2.2.2.Simptomi postporođajne depresije	10
1.2.2.3. Screening postporođajne depresije	11
1.2.2.4.Liječenje postporođajne depresije	14
1.2.2.4.1. Psihoterapija	14
1.2.2.4.2. Farmakologija postporođajne depresije.....	15

1.2.2.4.3. Ostali pristupi liječenju.....	18
1.2.3. Postporođajna psihoza	19
1.2.3.1. Simptomi postporođajne psihoze	20
1.2.3.2. Screening i evaluacija postporođajne psihoze	21
1.2.3.3. Liječenje postporođajne psihoze	22
2. CILJ RADA	23
3. RASPRAVA.....	24
3.1. PRIMALJSKE DIJAGNOZE.....	24
3.1.1. Anksioznost	24
3.1.2. Smanjena mogućnost brige o sebi – higijena	25
3.1.3. Poremećaj spavanja	26
3.1.4. Socijalna izolacija.....	26
3.2. EDUKACIJA OBITELJI.....	27
3.2.1. Smisao i sadržaj edukacije obitelji	27
4. ZAKLJUČAK.....	29
5. LITERATURA	30
6. ŽIVOTOPIS	32

1.UVOD

Mnoštvo različitih emocija poput veselja, straha, brige, ljubavi pojavljuju se pri porodu ne samo kod žena nego i kod cijele obitelji. Također majka može osjetiti različite emocije i nakon poroda, kako pozitivne tako i negativne [1]. Svaka roditeljica je individualna i na svoj način doživljava takvu situaciju. Zbog toga je bitno utvrditi individualan način pristupa svakoj majci u intervencijama koje će pridonijeti adekvatnom doživljavanju emotivnih stanja [2].

Majčinstvo se u svim sferama društva smatra najvažnijom ulogom žene [3]. Uloga majke je zahtjevna i često zahtjeva mnoga odricanja za što je potrebno mnogo vremena u prilagodbi žene novonastaloj situaciji. Takve situacije adaptacije na nove životne situacije mogu biti razlog promjenama raspoloženja [4].

Trudnoća je vrijeme fizičkih i psihičkih promjena. Često se roditelje odnose prema svojoj djeci onako kako su se i njihove majke odnosile prema njima. Također kod nekih trudnica prisutna je ravnodušnost, a kod nekih pak strah prema novonastaloj situaciji. Oba stanja i pojavnost različitih emocija smatraju se normalnom reakcijom i najčešće ne bi trebala remetiti kvalitetu života trudnice [4].

Porod započinje trudovima, pucanjem plodove vode i oskudnim krvarenjem, a završava izlaskom svih dijelova porođajnog objekta. Porođajni objekt čine fetus i posteljica. Razlikuju se četiri porodna doba. Prvo započinje pojavom prvih bolova i traje sve do potpuno otvorenog cervikalnog ušća (10 cm). Nakon potpunog otvaranja u drugom dolazi do izгона ploda i traje maksimalno 2 sata. Ovo doba se još naziva i doba izгона. Trećim porođnim dobom izlazi posteljica i taj period uobičajeno traje pola sata. Popuštanjem kontrakcija prelazi se u četvrto porodno doba i uspostavlja se hemostaza [5].

Babinje je vrijeme koje započinje četvrtim porođnim dobom i traje 6 tjedana nakon poroda. To je vrijeme prilagodbe novonastaloj situaciji. U ovom periodu roditeljica su češće podložne promjenama raspoloženja. Zbog toga bi trebale izbjegavati stres i naporne situacije, kako bi se smanjio rizik nastanka nekog psihičkog poremećaja. Za njih je važno da imaju emocionalnu i društvenu podršku ne samo partnera nego i članova obitelji [6].

Zlostavljanje i zanemarivanje, socioekonomsko stanje, emocionalni status i slično dominantni su čimbenici koji mogu utjecati na razvoj postporođajnih psihičkih bolesti [1].

Postporođajne psihičke bolesti koje se javljaju su:

- Baby blues,
- Postporođajna depresija i
- Postporođajna psihoza [7].

Sva ova stanja mogu se pravovremeno prepoznati i prevenirati tako da se na vrijeme umanje posljedice i spriječi mogući loš ishod. Nedvojbeno je da se kompliciran porođaj te prerano odvajanje djeteta od majke ne smatra idealnim početkom roditeljstava. Često se spominje važnost veze majke i novorođenčeta. Bliskost majke i djeteta može početi tijekom trudnoće, no ponekad ona nastaje tek nakon poroda. Zbog čega su skin to skin kontakt i dojenje važni elementi u stvaranju i poboljšavanju veze između majke i djeteta [2].

1.1.PUERPERIJ

Puerperij ili babinje je period koji započinje dva sata nakon porođaja i traje šest tjedana. Tijekom tog razdoblja svi procesi u organizmu slijede vraćanje u prvobitno stanje tj. stanje prije trudnoće. „Razdoblje babinja obilježavaju involucijski procesi, procesi cijeljenja rane, početak laktacije, održavanje laktacije i uspostavljanje ovarijske funkcije [8].“

1.1.1. Involucijski procesi

Poslije trećeg porodnog doba tj. izlaska posteljice maternica je veličine djetetove glave. Vraćanjem tonusa dna zdjelice fundus maternice ide prema pupku. Odmah poslije porođaja fundus maternice je oko 5 cm ispod pupka, a poslije jednog sata i jednog dana je u visini pupka. Dalje se svaki sljedeći dan spušta za jedan poprečni prst, dok je

četnaestog dana cijela maternica u maloj zdjelici, pa su sveukupno četiri tjedna od poroda su potrebna za povratak u anatomske položaj [8].

Porodom ne završavaju kontrakcije tj. trudovi. Razlikuju se tri tipa trudova u periodu babinja, i to :

- ritmičke kontrakcije - javljaju se spontano tj. povremeno, češće kod višerotkinja,
- trajne toničke kontrakcije - traju kratko, do 5 dana, a maternica je napeta i tvrda,
- podražajni trudovi - javljaju se pri dojenju zbog izlučivanja oksitocina [8].

1.1.2. Proces cijeljenja rane

„Procesi cijeljenja rane nakon poroda odnose se na cijeljenje ozljeda porodnog kanala unutrašnje površine maternične stijenke. Takve ozljede se najčešće saniraju šavovima, a karakteriziraju ih epiziotomija, laceracija cerviksa i rupture [8].“

Lohija je iscjedak iz unutrašnje stijenke maternice koji se stvara tijekom babinja, a boja lohije ovisi o cijeljenju. Od prvog do šestog dana lohija je krvava te malo obilnija nego kod menstruacije. Potom sedmog do četrnaestog dana iscjedak je smeđe boje, a žuti iscjedak se javlja nakon drugog tjedna od poroda i traje do 3 tjedna od poroda pa lohija bude sivo bijele boje sve dok ne prođe vrijeme babinja i prestane cijeljenje rane [8].

1.1.3. Početak i održavanje laktacije

Laktacija je proces koji nastaje zbog izlučivanja hormona prednjeg režnja hipofize odnosno prolaktina. Za proces laktacije važan je i oksitocin. Prolaktin potiče stvaranje mlijeka u mliječnim žlijezdama, a oksitocin izlučuje mlijeko iz mliječnih kanala. Prvo majčino mlijeko se naziva kolostrum, a mnogi kažu da je to i prvo djetetovo cjepivo. Kolostrum se stvara četvrtog dana od poroda, žute je boje i bogat je proteinima. Imunoglobulini, leukociti i antitijela protiv virusa i bakterija sastav su kolostruma koji štiti novorođenče od infekcije. Također važnu ulogu ima i sekretorni imunoglobulin koji štiti od respiratornih infekcija [8].

1.1.4. Uspostava ovarijske funkcije

Izlučivanje gonadotropnih hormona (FSH, LH, TSH) nije zaustavljeno izlaskom posteljice, te za vrijeme laktacije babinjača nema menstruaciju. Ako i dođe do nekakvog vaginalnog krvarenja to je menzulano krvarenje tj. anovulacijski proces. Važno je napomenuti da dojenje nije zaštita tj. kontracepcija te da se nova trudnoća može dogoditi iako nema krvarenja jer ovulacija može nastupiti i prije prvog krvarenja od poroda [9].

1.1.5. Aktivnosti primalje u babinju

Primalja bi trebala biti jako dobro educirana, sposobna i stručna u obavljanju svoga posla. Primaljski dio posla ne završava porođajnim dobima već traje puno duže, čak i kad babinjača više ne boravi u bolnici [10]. Važno je da primalja i tijekom patronažne skrbi na vrijeme prepozna neke patološke promjene kod roditelje. Zdravstvena njega za vrijeme patronaže usmjerena je na:

- praćenje psihičkog i fizičkog stanja babinjače,
- uvjeti i obiteljska situacija u kojima babinjača boravi,
- procjena rizika i
- na vrijeme prepoznavanje i preveniranje komplikacija [11].

Aktivnosti primalje uvelike su usmjerene i na komunikaciju s babinjačom. Primalja bi svakoj roditelji na individualan te razumljiv način trebala pristupiti u davanju različitih informacija vezanih za njeno novonastalo stanje. Komunikacija bi trebala biti uz korištenje verbalnih i neverbalnih znakova te uz dosta empatije. Također važno je da primalja objasni koliko je važna sama prehrana, higijena i dojenje [10].

U puerperiju roditeljama je izuzetno važna primaljska pomoć. Kad je primalja susretljiva i pokazuje empatiju babinjača se osjeća sigurnije te joj je mnogo lakše postaviti pitanja o nekim novim stvarima koje ju zabrinjavaju. „Provodeći postpartalnu skrb primalje doprinose zdravlju žena i osnažuju zajednicu [10].“

1.2. PSIHIČKE REAKCIJE I POREMEĆAJI NAKON POROĐAJA

Loš ishod porođaja, kao što je mrtvorodeno dijete, defektno dijete, mentalno zastalo dijete, uvijek prate vrlo burne i negativne psihičke reakcije koje su u nekim stanjima moguće i kod normalnog ishoda tj. rođenja zdravog djeteta [7].

Važno je znati da se psihičke reakcije na gubitak djeteta ili nenormalno rođenog djeteta javljaju u obliku intenzivne potištenosti te da su takve reakcije normalne. Majkama koje su rodile mrtvo dijete potrebno je vrijeme da se pomire s takvim ishodom porođaja te je od osobite važnosti ne požurivati novu trudnoću kako bi se ovaj događaj potisnuo. Požurivanjem nove trudnoće velika je vjerojatnost da će se majka razočarati ako njena očekivanja ne budu u potpunosti ispunjena [7].

Dok majke koje su rodile nenormalno dijete lakše podnose tu situaciju te one obično pokazuju jake emocije prema toj djeci. U ovakvoj situaciji puno je teže ocu djeteta da se pomiri s tim. Važno je da se roditelje defektnog djeteta savjetuje i upozna s razlozima takvog ishoda osobito ako planiraju imati još djece [7].

Psihološke reakcije na normalan porođaj nisu neuobičajena stvar, važno je da se na vrijeme prepozna i liječi. Većinom kod pozitivne trudnoće, pozitivnog porođaja te pozitivnog ishoda bez nekih težih komplikacija prevladavaju emocije radosti, zadovoljstva, sreće i dr. Nažalost javlja se i kod velikog broja majki loše raspoloženje, potištenost, tuga, umor, nesanica i smetenost. Glavni znak koji ukazuje na takvo stanje je plač [7].

Negativne psihološke reakcije razlikuju se prema ponašanju i trajanju pa ih stoga dijelimo na sindrom tužnog raspoloženja (baby blues), postporođajna depresija i postporođajna psihoza [7].

1.2.1. Baby blues

Uzbuđenje i sreća jedni su od niza različitih osjećaja koje majka proživljava nakon rođenja djeteta. Nakon poroda roditelja osjeća rasterećenje i niz pozitivnih emocija, a potom nastupa umor i potreba za snom. Svaka osoba je individualna i na različite načine doživljava situaciju pa je stoga moguće da se i kod mnogih žena pojavi neki oblik

depresije. Mnoge majke po porodu imaju osjećaj blage depresije odnosno postpartalne tuge (baby blues) [12].

Baby blues je najblaži oblik postpartalnih poremećaja, češće se javlja kod prvorotkinja koje se nalaze u nekoj novoj situaciji. Ovakav oblik depresije je jako čest te zahvaća 50% populacije. Najčešće se javlja u prvom tjednu od poroda. Najčešći simptom je plač, potom razdražljivost i emocionalna labilnost [12].

Na postpartalnu tugu danas se gleda kao jedan normalan ishod poroda kod roditelja. Također prema nekim autorima negativne emocije tijekom trudnoće i poroda, mogu dovesti do ovakvog stanja, čemu uvelike doprinosi fizički umor i malapsorpcija mikronutrijenata [13].

Uzrok postporođajne tuge još uvijek nije određen. Žensko tijelo prolazi kroz niz promjena tijekom trudnoće i poroda. Nakon porođaja dolazi do naglog pada razine hormona progesterona i estrogena. Uz to još se mijenja volumen krvi, metabolizam, krvni tlak i imunološki sustav. Ove promjene mogu biti povezane i sa socioekonomskim stanjem roditelja, bračnim statusom te snalaženju u novonastaloj situaciji [12].

1.2.1.1. Simptomi postporođajne tuge

Najčešći simptomi postpartalne tuge su osjetljivost, česte promjene raspoloženja, tjeskoba i osjećaj nelagode [14]. Pored ovih simptoma navode se još i simptomi kao što su:

- manjak raspoložive energije,
- iritabilnost,
- poremećaj spavanja,
- osjećaji bespomoćnosti, umora popraćeni promjenama u apetitu,
- prenaplašena briga,
- opterećenost fizičkim izgledom,
- osjećaj depersonalizacije,
- nedostatak samopouzdanja i
- osjećaj sputanosti [4].

Većina majki ne priča o ovom stanju i svojim osjećajima jer su očekivanja okoline drugačija. Žena poslije poroda mora biti presretna po pitanju ostalih, a njeni suprotni osjećaji pobuđuju u njoj i osjećaj krivnje. Također mnoge žene žale za svojom slobodom te se osjećaju manje vrijednima [4].

Ti simptomi mogu potrajati samo nekoliko sati do nekoliko dana, a najčešće nestaju sami od sebe. Baby blues može se ponoviti i nakon idućeg poroda ali tad često ima blaži oblik kliničke slike [14].

Važno je da žena ima pomoć i podršku obitelji, okoline te zdravstvenog osoblja. Takve majke trebale bi biti pošteđene obaveza i savjetuje im se izbjegavanje stresnih situacija [15].

1.2.2. Postporođajna depresija

Postporođajna depresija je klinički oblik psihičke bolesti koja remeti normalan i skladan život roditelja i djeteta. Javlja se najčešće nakon četvrtog tjedna od poroda, a simptomi se mogu manifestirati i do godine dana. Čak polovica žena koje boluju od ove psihičke bolesti ostaje neliječena razlog čega je najčešće negativan utjecaja okoline i posljedično tome strah od odbacivanja i samoće. Najčešći razlozi koji dovode do ovog poremećaja mogu biti: hormonski disbalans, psihološki faktori i socioekonomski status [16].

1.2.2.1. Faktori rizika

U provedenim istraživanjima izdvaja se nekoliko faktora rizika koji se mogu dovesti u vezu s potencijalnim nastankom postporođajne depresije, a to su:

1. psihološki faktor
2. biološki faktor
3. socijalni faktor
4. porođajni faktor
5. način života [17].

1.2.2.1.1.Psihološki faktor

Prema nekim istraživanjima utvrđena je poveznica između određenih psihičkih bolesti kao što su depresija, anksioznost i dr. s postporođajnom depresijom. Naime, dokazalo se da će rodilje koje su imale određene psihičke poteškoće prije ili tijekom trudnoće prije razviti kliničku sliku postporođajne depresije od onih koje nikada nisu imale takvu vrstu poteškoća. Također bitno je istaknuti da psihičke poteškoće nisu jedini čimbenici koji utječu na pojavnost ovog stanja; među koje se mogu ubrojiti i različite traume, neželjena trudnoća, uspjeh prilagodbe na novonastale situacije te razina samopouzdanje kod majke. Svi ovi elementi imaju utjecaj na progresiju baby blues-a u postpartalnu depresiju [17].

1.2.2.1.2.Biološki faktori

Spoznaja o tome da različiti biološki procesi i hormonalne promjene mogu uzrokovati antenatalnu depresiju u nekoj mjeri može pomoći u njenoj prevenciji. Na neke se biološke funkcije može efikasno utjecati egzogenim čimbenicima. Neurotransmiteri se sintetiziraju u živčanim završecima. Neurotransmitter serotonin se sintetizira iz l-triptofana i ustanovljeno je da njihova razina u krvi ima utjecaja na nastanak depresije. Razina serotonina i l-triptofana u krvi je usko povezana s prehranbenim navikama majke posebno ako se uzme u obzir da su tvari iz hrane i tvari iz organizma u stalnoj interakciji. Uočeno je da prehrana bogata bjelančevina dovodi do smanjenja razine l-triptofana i serotonina u mozgu, a prehrana bogata složenim ugljikohidratima pridonosi njihovom povećanju. Uočen je porast postporođajnih depresivnih poremećaja za 15% kod žena koje su patile od nedostatka pojedinih nutrijenata ili hranjivih tvari u prehrani odnosno od nutritivnog deficita [17].

Istraživanja neuroendokrinologije na području PPD predstavljaju izazov zbog objašnjenja koja nude u svezi raznih fizioloških promjena tijekom trudnoće i nakon poroda. Posebna pozornost pripada gonadnim hormonima, jer razina estrogena i progesterona značajno padaju nakon poroda, što se često podudara s vremenom pojave postporođajnog bluesa ili PPD simptoma. Estrogen utječe na kvalitetu sna i temperaturu tijela kao i na lučenje serotonina te može utjecati i na obnavljanje oštećenih živčanih

stanica. Promjene u razinama estrogena dovode do hormonalnog disbalansa te posljedično imaju značajan utjecaj na nastanak postporođajne depresije [17].

Oksitocin također može biti jedan od potencijalnih uzročnika pojave PPD-a. Razina oksitocina je obrnuto proporcionalna simptomima depresije i u trećem tromjesečju kao i osam tjedana nakon poroda. Oksitocin, poznat kao i hormon ljubavi proteinski je hormon koji ima vrlo bitnu ulogu u emocionalnom kao i socijalnom ponašanju. Istraživanja su pokazala da povećana količina oksitocina tijekom trudnoće može rezultirati nastankom postporođajne depresije. Postoje pokazatelji da oksitocin pospješuje aktivaciju i oslobađanje serotonina te da ima utjecaj na smanjenje razine stresa i stvaranje otpornosti prema budućim stresnim situacijama [17].

1.2.2.1.3.Socijalni faktori

Socijalni ili društveni faktori česti su razlog nastanka postporođajne depresije, a povezani su s podrškom obitelji i okoline, materijalnom stabilnošću te razumijevanjem i suosjećanjem koje roditelja prima iz svoje okoline. Inače, i smanjena društvena podrška dovodi do pojave depresivnog stanja. Neki od najčešćih socijalnih faktora vezanih s postporođajnom depresijom su: nasilje u obitelji i nasilje partnera ili okoline nad trudnicom, odnosno majkom [17].

Također se smatra da neke ovisnosti spadaju pod ovu skupinu faktora. Dokazano je za roditelje koje puše mogu razviti ovaj oblik depresije čak do 1,7 puta češće u odnosu na one koje ne puše [17].

1.2.2.1.4.Porođajni faktor

Glavno pitanje je postojanje povezanosti porođajnog faktora s postporođajnom depresijom. Prema nekim autorima incidencija postporođajne depresije je veća kod majki koje nikada nisu rađale dok suprotno tome Mayberry navodi istraživanje u kojem je zabilježeno obrnuto. Istraživanja koja navode povezanost postporođajne depresije i višerotkinja objašnjavaju da je najčešći razlog tome stres i suočavanje s izuzetnom odgovornošću koju majčinstvo predstavlja. Porod i majčinstvo nisu jedini čimbenici koji

mogu utjecati na postporođajnu depresiju. Mnogo je bitnije da su majke psihički uravnotežene u doživljavanju novonastale situacije [17].

Rizične trudnoće, hitan carski rez, patološka trudnoća, prolaps pupkovine, opstetrička krvarenja, novorođenčad niske i ekstremno niske porođajne težine i dr., samo su neki od mogućih uzroka nastanka postporođajne depresije [17].

Od velike je važnosti podrška obitelji i okoline, njihov pozitivan stav o trudnoći i njenom ishodu. Komplikacije tijekom poroda ili trudnoće te prevelika očekivanja i želje mogu bitno utjecati na nastanak postporođajne depresije, pogotovo kod lošeg ishoda [17].

1.2.2.1.5. Način života

Različiti elementi svakodnevnog načina života, poput prehrambenih navika, rasporeda spavanja te tjelesne aktivnosti, mogu utjecati na nastanak depresivnih poremećaja. Vitamin B6 ili piridoksin je biokemijski važan za translaciju serotonina iz triptofana iz čega se može zaključiti da smanjeni unos vitamina B6 može imati učinak na pojavnost postporođajne depresije. Mikronutrijenti poput cinka i selena također utječu na pojavu postporođajne depresije; cink utječe na reapsorpciju serotonina, čime pokazuje svoj antidepresivni učinak, dok manjak selena razara štitnjaču i naposljetku dovodi do njezine disfunkcije. Crveno meso, žitarice i riba su dobri izvori cinka [17].

Manjak sna, kao i san loše kvalitete, te loše navike spavanja povećavaju rizik od nastanka postporođajne depresije. Kod žena kod kojih je zabilježena pojava postporođajne depresije zabilježen je i kroničan nedostatak sna. Nedostatak sna može utjecati na metabolizam glukoze, emocionalno zdravlje, međuljudske odnose i općenito na kvalitetu života. Dugoročno uskraćivanje sna se može negativno odraziti na imunološki sustav pri čemu dolazi do porasta markera upalnih procesa što se češće viđa kod majki s postporođajnom depresijom. Manja je vjerojatnost da će se kod žena koje su fizički aktivnije tijekom i nakon trudnoće razviti neki oblik postporođajne depresije [17].

1.2.2.2. Simptomi postporođajne depresije

Dijagnoza postporođajne depresije se postavlja tek kad se pet navedenih simptoma ponavlja kroz 14 dana, a najčešći su:

- „Nesanica ili produženo spavanje
- Gubitak energije ili umor
- Gubitak interesa i zadovoljstva u uobičajenim aktivnostima
- Prisutno depresivno raspoloženje većinu dana
- Psihomotorna agitacija
- Osjećaj krivnje i beskorisnosti
- Suicidalne misli i misli o smrti
- Neodlučnost i smanjena koncentracija
- Promjena u tjelesnoj težini [16].“

Osjećaj usporenosti, depresivno raspoloženje te nedostatak samopouzdanja tri su glavna simptoma koja prate sva tri oblika depresivne epizode. Pojavljuju se kod blagog, umjerenog i teškog oblika depresije. Umor pri nekom lakšem radu obično je popraćen s nedostatkom koncentracije, interesa i poremećajem spavanja [16].

Osim ovih devet simptoma mogu se manifestirati i neki neurološki poremećaji poput manjka pozitivnih emocija, premalo sati sna, neuromotorički nemir, agresivno ponašanje, pad ili porast tjelesne težine i dr [18].

Prema kvaliteti simptoma, tijekom u trajanju bolesti, liječnik postavlja dijagnozu depresije. Postporođajna depresija može biti blaga, umjerena ili teška. Slučajevi kada se ne liječi stručno ili se simptomi pokušavaju ublažavati na druge načine, vrlo je izvjestan posredan utjecaj takve bolesti i na psihofizički rast i razvoj djeteta [18].

1.2.2.3. Screening postporođajne depresije

Screening postporođajne depresije provodi se od dva mjeseca do pola godine nakon poroda na osnovu čega se procjenjuje daljnja terapija pacijentice. Važno je što prije primijeti problem i prevenirati simptomi koji se pojavljuju. Screening može provesti ginekolog, primalja ili liječnik opće prakse ako sumnja, ili ako pacijentica zatraži pomoć kod pojave postporođajne depresije [19].

Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) je obrazac koji se koristi kod otkrivanja postporođajne depresije. Ispunjavanje ovog obrasca traje 10ak minuta i sastoji se od deset kratkih pitanja. Pitanja se odnose na tjedan prije popunjavanja obrasca, a

sastavljena su tako da pacijentica iznese svoje doživljaje i raspoloženje. Za pacijentice s više od 13 bodova postoji velika vjerojatnost pojave nekog oblik postporođajne depresije [19].

Edinburgh Postnatal Depression Scale¹ (EPDS)

Name: _____ Address: _____

Your Date of Birth: _____

Baby's Date of Birth: _____ Phone: _____

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

- Yes, all the time
- Yes, most of the time This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week.
- No, not very often Please complete the other questions in the same way.
- No, not at all

In the past 7 days:

- | | |
|---|---|
| 1. I have been able to laugh and see the funny side of things | *6. Things have been getting on top of me |
| <input type="checkbox"/> As much as I always could | <input type="checkbox"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope at all |
| <input type="checkbox"/> Not quite so much now | <input type="checkbox"/> Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual |
| <input type="checkbox"/> Definitely not so much now | <input type="checkbox"/> No, most of the time I have coped quite well |
| <input type="checkbox"/> Not at all | <input type="checkbox"/> No, I have been coping as well as ever |
| 2. I have looked forward with enjoyment to things | *7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping |
| <input type="checkbox"/> As much as I ever did | <input type="checkbox"/> Yes, most of the time |
| <input type="checkbox"/> Rather less than I used to | <input type="checkbox"/> Yes, sometimes |
| <input type="checkbox"/> Definitely less than I used to | <input type="checkbox"/> Not very often |
| <input type="checkbox"/> Hardly at all | <input type="checkbox"/> No, not at all |
| *3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong | *8. I have felt sad or miserable |
| <input type="checkbox"/> Yes, most of the time | <input type="checkbox"/> Yes, most of the time |
| <input type="checkbox"/> Yes, some of the time | <input type="checkbox"/> Yes, quite often |
| <input type="checkbox"/> Not very often | <input type="checkbox"/> Not very often |
| <input type="checkbox"/> No, never | <input type="checkbox"/> No, not at all |
| 4. I have been anxious or worried for no good reason | *9. I have been so unhappy that I have been crying |
| <input type="checkbox"/> No, not at all | <input type="checkbox"/> Yes, most of the time |
| <input type="checkbox"/> Hardly ever | <input type="checkbox"/> Yes, quite often |
| <input type="checkbox"/> Yes, sometimes | <input type="checkbox"/> Only occasionally |
| <input type="checkbox"/> Yes, very often | <input type="checkbox"/> No, never |
| *5. I have felt scared or panicky for no very good reason | *10. The thought of harming myself has occurred to me |
| <input type="checkbox"/> Yes, quite a lot | <input type="checkbox"/> Yes, quite often |
| <input type="checkbox"/> Yes, sometimes | <input type="checkbox"/> Sometimes |
| <input type="checkbox"/> No, not much | <input type="checkbox"/> Hardly ever |
| <input type="checkbox"/> No, not at all | <input type="checkbox"/> Never |

Administered/Reviewed by _____ Date _____

¹Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786 .

²Source: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Piontek, Postpartum Depression N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199

Users may reproduce the scale without further permission providing they respect copyright by quoting the names of the authors, the title and the source of the paper in all reproduced copies.

Slika 1. Obrazac Edinburgh Postnatal Depression Scale

Izvor: <https://pedsinreview.aappublications.org/content/pedsinreview/38/12/541/F2/graphic-2.large.jpg?width=800&height=600&carousel=1>

1.2.2.4. Liječenje postporođajne depresije

Sve žene oboljele od postporođajne depresije kao i njihovu obitelj, treba educirati o prirodi bolesti i objasniti dostupne metode liječenja, kao i njihove prednosti i nedostatke. Preporuka određenog oblika terapije i intenzitet primjene ovisit će stupnju uznapreovalosti kliničke manifestacije PPD-e [14].

Psihoterapija i farmakoterapija predstavljaju temelje na kojima se bazira liječenje postporođajne depresije. Kod osoba s blagim ili umjerenim oblikom postporođajne depresije može se uspješno primjenjivati psihoterapija bilo kao prva faza liječenja ili kao jedini način liječenja. Mnoge majke s postporođajnom depresijom oklijevaju uzimati antidepressive zbog zabrinutosti za dijete ili zbog potencijalnih nuspojava koje psihofarmaci mogu uzrokovati, pa stoga češće odabiru psihološku terapiju [14].

1.2.2.4.1. Psihoterapija

„Postoje tri pristupa primjeni velikog depresivnog poremećaja u postporođajnom razdoblju, uključujući interpersonalnu terapiju, kognitivno bihevioralnu terapiju i psihodinamičku psihoterapiju (nedirektivna terapija) [20].“

a) Interpersonalna terapija (IPT)

Interpersonalna terapija (u daljnjem tekstu IPT) vremenski je ograničen oblik terapije zasnovan na rješavanju veze između međuljudskih problema i raspoloženja. IPT identificira četiri osnovna problematična područja koja pridonose depresiji. U IPT-i pacijent i terapeut odabiru jedno ili dva problematična područja kao fokus liječenja. Tijekom terapije (obično 12–20 tjedana) provode se strategije za pomoć pacijentima u borbi s problematičnim međuljudskim odnosima i u izgradnji bolje socijalne potpore. IPT je prilagođen rješavanju problematičnih područja relevantnih za postporođajnu depresiju, poput odnosa između majke i djeteta, majke i partnera te povratka na posao. Činjenica da je IPT vremenski ograničen oblik terapije i usmjeren na rješavanje trenutnih probleme dobro se uklapa u zahtjeve majke nakon poroda [20].

Po završetku IPT-e radi se procjena terapijskih učinaka, odnosno procjena ostvarenja glavnih ciljeva, a to su povlačenje ili smanjenje depresivnih simptoma i

poboljšanje međuljudskih odnosa i svakodnevnog funkcioniranja. U slučaju da ciljevi nisu postignuti, treba se razmisliti o alternativnim opcijama liječenja [20].

b) Kognitivno bihevioralna terapija (CBT)

Kognitivno bihevioralna terapija (u daljnjem tekstu CBT) predstavlja dobro proučavan i učinkovit tretman liječenja brojnih psiholoških poremećaja, temelji se na pretpostavci da su i percepcija i ponašanje usko povezani s raspoloženjem; odnosno na međusobnu povezanost misli, ponašanja i osjećaja tako da misli utječu na ponašanje, ponašanje utječe na to kako se pojedinac osjeća i misli, a osjećaji utječu na način razmišljanja. CBT se fokusira na pomaganje pacijentima s depresijom da modificiraju iskrivljene obrasce negativnih misli i da naprave promjene u ponašanju. CBT se kod postporođajne depresije fokusira na pomaganje majkama da prepoznaju svoje problematične misli, izazovu ih i promijene u zdrava uvjerenja [20].

c) Nedirektivno savjetovanje

U usporedbi s IPT-om ili CBT-om, psihosocijalne intervencije su nestrukturirane, a uključuju nedirektivno savjetovanje i davanje podrške. Nedirektivno savjetovanje (poznato i kao „usmjereno na osobu“) temelji se na korištenju empatičnog i neosuđujućeg slušanja i podrške [20].

1.2.2.4.2. Farmakologija postporođajne depresije

U situacijama kada se psihoterapijom ne postiže željeni učinak na simptome kod težih oblika PPD-e, preostaje primjena antidepresiva; samostalno ili zajedno s drugim oblicima liječenja. Unatoč dokazanoj učinkovitosti, razni faktori jedinstveni za trudnoću i postporođajno razdoblje kompliciraju liječenje antidepresivima. Mnogi pružatelji zdravstvenih usluga nerado uključuju pacijente u farmakoterapiju zbog zabrinutosti vezano uz izloženosti utjecaju antidepresiva na razvoj fetusa ili djeteta. S druge strane, tri četvrtine žena kojima je dijagnosticirana PPD ne bude adekvatno liječeno. Podaci o učincima liječenja antidepresivima na majčino funkcioniranje su ograničeni. Samo je jedna studija pružila relevantne podatke, pokazujući da su antidepresivi bili učinkoviti u

povećanju zadovoljstva majke tijekom prve postpartalne godine, ali nije pokazala utjecaj na ukupnu majčinsku ulogu ili kvalitetu odnosa majke i djeteta [21].

Antidepresivi su lijekovi namijenjeni liječenju velikog broja depresivnih poremećaja, a odobreni su za primjenu i kod anksioznih poremećaja. Pokazali su se učinkovitim u liječenju depresije ako se njihova upotreba ima pod kontrolom. Dosljednost u primjeni antidepresiva je od iznimnog značaja za konačan uspjeh ili neuspjeh terapije. Većina antidepresiva zahtjeva dugotrajnu primjenu što zna obeshrabriti pacijente što ne bi trebao biti slučaj [21].

Kod PPD-e su najčešće korišteni SSRI i često upravo oni predstavljaju prvu granu farmakoterapije. Ostale skupine antidepresiva se koriste ako postoji dokazana učinkovitost kod ranijih depresivnih epizoda majke, ili ako su SSRI nedjelotvorni ili teško podnošljivi [21].

a) Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI)

SSRI liječe depresiju povećanjem razine serotonina u mozgu. Serotonin je jedan od kemijskih glasnika (neurotransmitera) koji prenose signale između moždanih živčanih stanica (neurona) [21].

SSRI blokiraju reapsorpciju (ponovnu pohranu) serotonina u neurone. To čini više serotonina dostupnim za poboljšanje prijenosa poruka između neurona. SSRI se nazivaju selektivnim, jer uglavnom utječu na serotonin, a ne na ostale neurotransmitere [20].

b) Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (SNRI)

SNRI ublažavaju depresiju i njene simptome utječući na komunikaciju između neurona posredstvom neurotransmitera. Kao i većina antidepresiva, SNRI djeluju tako što u konačnici utječu na promjene u kemiji mozga i komunikaciji u krugu moždanih živčanih stanica za koje je poznato da reguliraju raspoloženje, pomažući u ublažavanju depresije [21].

SNRI blokiraju reapsorpciju (ponovnu pohranu) neurotransmitera serotonina i norepinefrina u mozgu. I SNRI i SSRI inhibiraju ponovnu pohranu određenih neurotransmitera u moždanim terminalima mozga. SSRI blokiraju ponovnu pohranu serotonina, dok SNRI zaustavljaju ponovnu pohranu serotonina i noradrenalina [21].

c) Ciklički antidepresivi (CA)

Triciklički i tetraciklički antidepresivi koji se nazivaju i ciklički antidepresivi, među najranijim su antidepresivima koji su se razvili. Učinkoviti su, ali su ih uglavnom zamijenili antidepresivi koji uzrokuju manje nuspojave. Međutim, ciklički antidepresivi mogu biti dobra opcija za neke ljude [21].

Ciklički antidepresivi označeni su kao triciklički ili tetraciklički, ovisno o broju prstenova u njihovoj kemijskoj strukturi - tri ili četiri [21].

Ciklički antidepresivi olakšavaju depresiju utječući na komunikaciju između neurona posredstvom neurotransmitera. Kao i većina antidepresiva, ciklički antidepresivi djeluju tako što u konačnici vrše promjene u kemiji mozga i u komunikaciji moždanih živčanih stanica za koje je poznato da reguliraju raspoloženje, pomažući ublažavanjem depresije [21].

Ciklički antidepresivi blokiraju reapsorpciju odnosno ponovni unos neurotransmitera serotonina i noradrenalina, povećavajući razinu ova dva neurotransmitera u mozgu. Ciklički antidepresivi utječu i na druge kemijske glasnike, što može dovesti do brojnih nuspojave. Zbog toga, ali i zbog veće propusnosti u mliječko u odnosu na SSRI, njihova primjena se izbjegava u liječenju [21].

d) Brexanolon

Za pacijentice s teškom postporođajnom depresijom razvijen je poseban lijek pod nazivom Brexanolon kako bi se suprotstavio jedinstvenim fiziološkim promjenama koje mogu izazvati postporođajnu depresiju. „Brexanolon je prvi lijek odobren od strane The United States Food and Drug Administration (FDA ili USFDA) koji se koristi u liječenju postporođajne depresije.“ Njegova primjena je dostupna samo kroz ograničen program, kod pacijentica na koje antidepresivi nisu imali neki učinak ili ako ni primjena EKS nije dovela do značajnih pomaka. Brexanolon ima intravenoznu primjenu i bioraspoloživost mu je 100%. Rezultati različitih kliničkih ispitivanja pokazali su dobar utjecaj Brexanolona na odrasle žene koje boluju od PPD i postoji očigledan pomak kad je u pitanju liječenje umjerene do teške depresije. Brexanolon je pokazao antidepresivne učinke vrlo brzo nakon početka terapije što mu daje malu prednost pred klasičnim antidepresivima kojima treba barem nekoliko tjedana za postizanje punog terapijskog učinka [16].

1.2.2.4.3. Ostali pristupi liječenju

Ostale metode koje se primjenjuju u liječenju su transkranijalna magnetska stimulacija i elektrokonvulzivna stimulacija.

a) Transkranijalna magnetska stimulacija (TMS)

„Transkranijalna magnetska stimulacija (TMS) je neinvazivna metoda koja se koristi kako bi se odaslali električni impulsi preko tjemena na glavi kod budnog pacijenta[22].“ Najčešće se primjenjuje kod liječenja afektivnih, anksioznih poremećaja, depresivnih poremećaja, kao i postporođajne depresije. Predstavlja učinkovit i siguran način liječenja kod pacijenata koji odbijaju farmakološko liječenje. Njena svrha je stimulirati aktivaciju moždanih stanica i drugih promjena u moždanome tkivu [16].



Slika 2. Prikaz uređaja za provođenje transkranijalne magnetske stimulacije (TMS)

Izvor: <https://bolnica-vrapce.hr/wp-content/uploads/2021/04/TMS-tretman-maski.jpg>

b) Elektrokonvulzivna stimulacija (EKS)

„Elektrokonvulzivna stimulacija (EKS) predstavlja terapijski postupak kojom se mozak pacijenta stimulira kratkotrajnim električnim impulsima. Provođenje impulsa postiže se korištenjem elektroda smještenih na unaprijed određenim točkama na glavi bolesnika.“ EKS se koristi kod bolesnika kod kojih nema konkretnog odgovora na farmakoterapiju ili psihoterapiju. Koristi se kod bolesnika koje pokazuju simptome depresivne psihoze te zahtijevaju hitnu medicinsku intervenciju zbog rizika od samoubojstva. Premda je primjena EKS kontroverzna, nekoliko je studija potvrdilo djelotvornost EKS kod i kod žena koje doje. Korištena anestetička sredstva u ECT-u se obično brzo metaboliziraju, a rizik od prijenosa u majčino mlijeko može se umanjiti vremenskim usklađivanjem dojenja [16].

1.2.3. Postporođajna psihoza

Postporođajna psihoza je najteži i najopasniji oblik depresije koji se pojavljuje kod žena nakon poroda. Kod ovakvog oblika depresije život djeteta, a i život majke je ugrožen.

Ovakav oblik bolesti javlja se u 1-2 poroda na 1000 žena. Postotak oboljenja prvorotkinja i višerotkinja je sličan, ali istraživanja su dokazala da će ipak nešto većem postotku prvorotkinje razviti kliničku sliku postporođajne depresije. Kod 0,1-0,2 % žena u prvih 20 dana od poroda može se razviti izrazito teško stanje postporođajne depresije. Različita stanja mogu pospješiti nastanak postporođajne psihoze, neka od tih stanja su:

- Primipare,
- Multipare koje su imale postporođajnu psihozu nakon prethodnih poroda,
- Genetika,
- Trudnice i rodilje koje su bolovale od shizofrenije ili bipolarnog poremećaja [23].

Postporođajna psihoza je zapravo poremećaj raspoloženja koji pripada u skupinu bipolarnih poremećaja. „Incidencija javljanja poremećaja raspoloženja u obitelji bolesnica s postpartalnom psihozom, slična je incidenciji u obitelji kod žena koje boluju od bipolarnog poremećaja [15].“

U nekim iznimnim situacijama postporođajna depresija može biti uvjetovana i zbog nekih medicinskih razloga, a to su:

- infekcije,
- trovanjem lijekovima,
- otrovanje krvi (toksemija),
- značajan gubitak krvi [15].

Stres u svakodnevnom životu te nagli pad estrogena i progesterona pri porodu također može znatno utjecati na pojavu postporođajne psihoze. Najčešće stresne situacije koje dovode do ovakvog stanja su:

- gubitak bliske osobe,
- bračne razmirice,
- socioekonomski status,
- bolest,
- novo okruženje,
- nedostatak podrške od strane obitelji,
- zlostavljanje,
- neke ovisnosti [23].

1.2.3.1. Simptomi postporođajne psihoze

Simptomi postporođajne psihoze uvijek se javljaju u periodu do 2 mjeseca od poroda, a najčešće prvih 20 dana nakon poroda. Prvi simptomi na koje se rodilje tuže su:

- kronični umor,
- poremećaj spavanja,
- tjeskoba,
- plač,
- emocionalna rastrojenost,
- nepovjerenje,
- dezorijentiranost,
- afazija,

- „zaštitnički stav“ prema djetetu [15].

Nadalje, kod ove bolesti postoji još niz simptoma koji se pojavljuju. Bolesnice haluciniraju, paranoične su, svoje dijete doživljavaju kao opasnost te se žele te opasnosti riješiti što se naočigled može činiti kao demonsko ponašanje. Također majke koje boluju od postporođajne psihoze često znaju negirati postojanje odnosno rođenje njihovog djeteta. Često mogu biti prisutne različite vrste halucinacija koje u ekstremnim situacijama imaju imperativni karakter tako da majku dovedu u situaciju počinjenja čedomorstva ili pak drugih oblika zlostavljanja odnosno zanemarivanja djeteta [23].

Unatoč bliskoj vezi majke i djeteta njihov kontakt bi trebao biti nadziran kako ne bi došlo do lošeg ishoda po majku i dijete [23].

1.2.3.2. Screening i evaluacija postporođajne psihoze

Ne postoji određeni screening kao kod postporođajne depresije, ali se pomoću obrazaca kao što su Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) i Mood disorder questionnaire (MDQ) može ispitati radi li se o kliničkoj slici postpartalne depresije i koliko je napredovala [24].

Kod sumnje na postporođajnu psihozu liječnik obično pacijenticu šalje na niz pretraga, kao što su:

- „kompletna krvna slika (KKS)
- hormoni štitnjače
- glukoza u krvi
- razina elektrolita
- jetreni enzimi
- CT/MR mozga [24].“

Pomoću ovih pretraga lakše se dijagnosticira hipotermija i hipertermija, hipotireoidizam i hipertireoidizam, te hepatalna encefalopatija. Ovakva stanja su usko povezana s pojavom postporođajne psihoze te su nam zbog toga od iznimne važnosti u ranom prepoznavanju i preveniranju ove bolesti [24].

1.2.3.3. Liječenje postporođajne psihoze

Postporođajna psihoza je teško stanje za pacijenticu ali i za njeno dijete, stoga ovakav tip psihičke bolesti spada pod hitna stanja. Pacijentice kod kojih se pojavi i prepoznata klinička slika postporođajne psihoze obično budu hospitalizirane te u postupku liječenja. Ovakve pacijentice često su asocijalne te su sklone ozljeđivanju sebe i djeteta. Najčešći lijekovi koji se koriste u terapijske svrhe su:

- antipsihotici,
- litij,
- stabilizatori raspoloženja,
- benzodiazepini [19].

Od izuzetne je važnosti da se ovakav tip bolesti prepozna i prevenira na vrijeme tj. na početku same bolesti [19].

Preporuka je da žene koje su već prije nove trudnoće bolovale od postporođajne psihoze ili od bipolarnog poremećaja da odmah poslije porođaja počnu uzimati litij. Zbog prevelikog unosa litija preporuka pacijenticama je da provjeravaju razinu litija u krvi četiri puta u četrnaest dana odmah nakon poroda [19].

Pacijentice koje uzimaju litij ne bi trebale, a ni smjele doći jer tim ugrožavaju vlastito dijete koje nije naviklo na unos takvih tvari [24].

Ostali gore navedeni lijekovi mogu se primijeniti i uz njih pacijentice mogu doći svoje dijete. Dojenje je važno za majku i za dijete ne samo što se dijete na ovaj način prehranjuje nego i zbog njihove povezanosti. Nažalost postoje i loše strane dojenja kad govorimo o postporođajnoj psihozi, a to je iscrpljenost i neispavanost što može dovesti do pogoršanja već postojećeg hitnog stanja [19].

Zbog toga važno je da primalja i liječnik upute pacijenticu i njenu obitelj o mogućim problemima s kojima se može susresti. Obitelj bi također trebala biti informirana o mogućim posljedicama za dijete kod uzimanja različitih lijekova. „Psihoterapija je uspješna kao dodatna terapija uz farmakološku terapiju dok elektrokonvulzivna stimulacija je utvrđena kao sigurna metoda liječenja tijekom akutnih psihoza tijekom trudnoće [19].“

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je opisati postporođajne bolesti te objasniti aktivnosti primalje kod žena koje su razvile neki tip postporođajnih bolesti.

3. RASPRAVA

Primaljska skrb kod pacijentica s postporođajnim psihičkim bolestima je karakteristična i individualna te je potrebno da primalja posjeduje dosta znanja i vještina kako bi na adekvatan način mogla pristupiti nekoj situaciji. Također važno je da pacijentica osjeti empatičnost primalje kako bi joj se mogla povjeriti i dopustiti da joj se pruži pomoć.

Važno je da je primalja jako dobro educirana, da ima znanja i vještine kako bi na pravi način mogla pomoći pacijentici. Nadalje primalja treba biti empatična, ali i profesionalna kako bi joj pacijentica koja boluje od postporođajne depresije vjerovala te kako bi primaljska skrb bila provedena na najbolji mogući način. Dužnost primalje je da sastavi individualan plan zdravstvene njege pacijentice koja se sastoji od medikamentne i psihološke terapije, ali uključuje i aktivnosti koje bi trebale pomoći pacijentici da povрати samostalnost u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Da bi sastavile kvalitetan plan zdravstvene njege potrebno je odrediti primaljsku dijagnozu, imati u vidu narav njene bolesti i pratiti podatke o aktivnostima koje pacijentica izvodi i kako ih podnosi.

3.1. PRIMALJSKE DIJAGNOZE

3.1.1. Anksioznost

Anksioznost se može pojaviti kod roditelja koje boluju od postporođajne depresije, a isto tako i kod onih kod kojih nije razvijena klinička slika postporođajne depresije. Najčešće se javlja poslije porođaja i bilježi se kao primaljska dijagnoza. Također majčinstvo, nova uloga za ženu, neke psihijatrijske dijagnoze često su u svezi s pojavom simptoma anksioznosti. Aktivnosti primalje su prepoznavanje simptoma te pružanje podrške pacijentici, a ciljeve bi trebala prilagoditi situaciji i dijagnozi. Glavni cilj kod baby blues-a i postporođajne depresije je da pacijentica pozitivno prihvati svoju situaciju, a kod postporođajne psihoze da ne ugrozi nikoga [19].

„Intervencije koje je potrebno provesti:

- stvoriti osjećaj sigurnosti

- opažati neverbalne izraze anksioznosti
- stvoriti osjećaj povjerenja i izgraditi empatijski odnos
- bolesnicu upoznati s njezinom okolinom i aktivnostima, odrediti određenu rutinu
- osigurati mirnu i tihu okolinu
- omogućiti bolesnici da sudjeluje u donošenju odluka (ako je mentalno sposobna)
- potaknuti bolesnicu da potraži pomoć od medicinske sestre kada osjeti simptome anksioznosti
- potaknuti bolesnicu da izrazi svoje osjećaje i trenutno raspoloženje
- izbjegavati površnu potporu
- pomoći i podučiti bolesnicu načinima kako da kontrolira ili smanji simptome anksioznosti
- provoditi vježbe dubokog disanja
- poučiti bolesnicu pravilnom uzimanju anksiolitika i terapije
- nadzirati uzimanje terapije [25].“

3.1.2. Smanjena mogućnost brige o sebi – higijena

Često zbog umora pacijentice koje boluju od postporođajnih bolesti zanemare higijenske navike. Nemaju potrebu ni motivaciju za provođenjem osobne higijene. Aktivnosti primalje su da pomogne te da motivira pacijenticu kako bi obavljala svoje higijenske potrebe poput pranja zubi, tuširanja, umivanja i dr. Glavni cilj je da pacijentica svoje higijenske potrebe počne obavljati samostalno uz minimalnu pomoć primalje [19].

„Intervencije koje je potrebno provesti:

- Procijeniti stupanj samostalnosti
- Definirati situacije kada bolesnica treba pomoć
- S bolesnicom dogovoriti na koji način ćemo održavati osobnu higijenu
- Napraviti dnevni i tjedni plan održavanja osobne higijene u dogovoru s bolesnicom
- Osigurati potreban pribor za obavljanje osobne higijene i poticati je da ih koristi
- Osobnu higijenu izvoditi uvijek u isto vrijeme te tijekom izvođenja aktivnosti poticati bolesnicu na povećanje samostalnosti
- Osigurati privatnost tijekom obavljanja osobne higijene

- Osigurati optimalnu temperaturu prostora gdje se provodi osobna higijena
- Osigurati zvono na dohvata ruke bolesnici ako joj je potrebna pomoć
- Biti u blizini ili uz bolesnicu tijekom obavljanja osobne higijene (kupanja)
- Objasniti bolesnici da izrazi pomoć kada joj je potrebna [25].“

3.1.3. Poremećaj spavanja

Poremećaj spavanja jedan je od najčešćih simptoma koji se pojavljuju kod žena koje boluju od postporođajne depresije i postporođajne psihoze. Također se smatra da je kvalitetan san ključni element zdravlja, što znači da je za neometano obavljanje svakodnevnih fizičkih i psihičkih radnji potreban odmor i san. Razumijevajući značaj sna na kvalitetu života i zdravlje, zadatak je primalje pravovremeno prepoznati simptome poremećaja spavanja [19].

„Intervencije koje je potrebno provesti:

- ukloniti čimbenike iz okoline koji otežavaju spavanje
- osigurati bolesnici aktivnost koja će je opustiti prije spavanja (kupanje, masaža, slušanje glazbe)
- dogovoriti s bolesnicom vođenje dnevnika spavanja
- objasniti bolesnici kako se provode vježbe opuštanja
- savjetovati bolesnici da promijeni prehrambene navike npr. umjesto kave preporučiti konzumiranje čaja kako bi se smanjio dnevni unos kofeina
- omogućiti bolesnici da izrazi svoje brige i strahove koji priječe usnivanje
- poticati bolesnicu na dnevnu aktivnost
- primijeniti lijekove za spavanje prema odredbi liječnika [26].“

3.1.4. Socijalna izolacija

Čovjek je društveno biće te bilo kakav oblik socijalne izolacije na njega ima negativan utjecaj što se osobito uočava kod stanja psihijatrijske bolesti, pa samim tim i kod postporođajne depresije. U pružanju cjelovite primaljske skrbi, aktivnosti primalje obuhvaćaju poticajne mjere uključivanja u društvene aspekte života, što podrazumijeva socijalizaciju u širu društvenu sredinu [19].

„Intervencije koje se provode uključuju :

- uspostaviti profesionalni i suradnički odnos s bolesnicom
- poticati bolesnicu na izražavanje emocija i potreba
- poticati bolesnicu na razvijanju međuljudskih odnosa i na razmjenu iskustava i
- doživljaja s drugim pacijentima
- podučiti pasivne bolesnice asertivnom ponašanju
- ohrabrivati i pratiti napredak
- osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba i obitelji, osigurati obiteljsku terapiju
- upoznati bolesnicu s grupama za podršku
- uključiti bolesnicu u grupnu terapiju
- uključiti bolesnicu u okupacijsku terapiju [27].“

3.2. EDUKACIJA OBITELJI

Edukacija obitelji predstavlja značajan čimbenik u liječenju i prevenciji većine bolesti, a osobito psihijatrijskih stanja, u koja spada i postporođajna depresija. Vrlo važno je trudnicu i članove njezine obitelji upoznati s osnovnim simptomima postporođajne depresije. Nažalost to u stvarnosti nije tako. Danas su još uvijek psihijatrijske bolesti tabu tema. Praksa pokazuje da je nedovoljan broj ljudi upoznat s mogućim postporođajnim bolestima, njihovim simptomima te načinu liječenja što otežava oporavak pacijentice. Mediji, novine i javnost slabo, skoro minimalno pričaju o ovim temama. Stoga je od iznimne važnosti da primalja ili liječnik provedu edukaciju trudnice i njene obitelji kako bi pridonijeli ranom prepoznavanju postporođajne depresije te potaknuli obitelj na pružanje podrške trudnici odnosno mladoj majci [28].

3.2.1. Smisao i sadržaj edukacije obitelji

U sadržaju edukacijskih programa za trudnice i buduće majke obitelj se trebala upoznati s općim pojmovima ove bolesti, njezinim simptomima, načinima prevencije, liječenje te učestalosti kako bi na vrijeme mogli reagirati [19].

Važno je da članovi obitelji prate stanje pacijentice kako bi mogli prepoznati moguće pogoršanje ili poboljšanje pacijentičinog stanja i na osnovi opservacija obavijesti liječnika radi adekvatne skrbi [19].

Za većinu ljudi higijena podrazumijeva svakodnevne zadatke poput pranja zubi, pranja kose i presvlačenja. Ti su zadaci često autonomne prirode, ali za one koji se bore s mentalnim ili emocionalnim poremećajima ti zadaci mogu predstavljati velike prepreke. Upravo tu je bitna uloga primalje koja kroz razgovor može istaknuti važnost tih zadataka. Primalja bi trebala članovima bliže obitelji objasniti da je nedostatak osobne higijene i manjak volje za uobičajenim aktivnostima zapravo simptom traume i koliki utjecaj mogu imati angažiranost i suosjećajnost najbližih na razvoj bolesti i vrijeme oporavka [19].

Idealno bi bilo kad bi obitelj preuzela na sebe primjenu lijeka te u svakom trenutku primjene bila prisutna. Primalja bi trebala educirati obitelj kako i kada primijeniti određeni lijek te na koji način prepoznati je li pacijentica uzela taj lijek [19].

Nakon što je pacijentici dijagnosticirana postporođajna depresija važna je adekvatna reakcija obitelji. Pretjerana briga ili negativne emocije neće pridonijeti oporavku ni kvalitetnom liječenju. Pacijenticu treba usmjeriti ka što većoj samostalnosti u izvršavanju uobičajenih životnih aktivnosti, bez da drugi preuzimaju poslove koje njeno stanje dopušta obavljati [19].

Kod pacijentice koja boluje od postporođajne bolesti moguća je pojava suicidalnih misli. Nažalost zbog nedostatne edukacije obitelj često ne primjećuje ili ne želi primijetiti ovaj težak simptom. S obzirom na to da je to razdoblje u kojem je žena najranjivija važno je da se na vrijeme prepoznaju moguće negativne misli i suicidalne sklonosti te da se stvori sigurno okruženje za takve pacijentice [29].

Najvažnije je da se pacijentica osjeća sigurno i prihvaćeno u svojoj okolini. Članovima obitelj bi prilikom razgovora trebalo ukazati na kvalitetu i sadržaj doživljavanja vezanih uz stanje bolesti jednako kao i na potrebe žene koja boluje od postporođajne depresije kako svojim ponašanjem pridonijeli bržem i kvalitetnijem oporavku [19].

4. ZAKLJUČAK

Polazeći od činjenica iznesenih u radu kao glavni problem ističe se nedostatna edukacija o pojavnosti postporođajne depresije. Općenito je malo roditelja, a posebice budućih majki upoznato sa simptomima i neželjenim učincima ove bolesti, koja ima direktan utjecaj, jednako pacijenticu i na dijete.

Ovisno o obliku postporođajne bolesti simptomi se mogu razlikovati, od blagih pa sve do izraženih koji nužno zahtijevaju adekvatnu psihijatrijsku skrb takvih pacijentica. Kod postporođajne tuge simptomi koji se pojavljuju najčešće su blagi i traju u pravilu do nekoliko sati, dok se kod postporođajne psihoze pojavljuju izrazito teški i složeni simptomi koji bitno utječu na kvalitetu života i funkcioniranje, a takvi su da najčešće traže dugoročnu psihijatrijsku skrb. Važno je da se ovakva pacijentica ne doživljava kao nestabilna i loša majka već kao žena koja ima ozbiljan psihički problem. Obitelj bi trebala biti upućena u njeno stanje te joj na najbolji mogući način pružiti podršku u liječenju.

Primalja mora biti educirana u vođenju dobre komunikacije i komunikacijskih vještina što je osnova za ispravan pristup pacijentici. Pored komunikacijskih vještina trebala bi znati prepoznati simptome postporođajnih psihičkih bolesti kao i patološke promjene na pacijentici i njenom djetetu. Dobre komunikacijske vještine, cjeloviti i individualni pristup pomažu u ranom prepoznavanju postporođajnih psihičkih bolesti. Suosjećajnost, aktivno i pozorno slušanje pacijentice, razumijevanje problema i strahova, uključujući i članove njezine obitelji koji se zajedno s njom suočavaju s novonastalim situacijama, temelj su svake pozitivne komunikacije i ujedno poželjne osobne karakteristike svake odgovorne primalje, koja svoj posao može doživjeti i kao poziv.

5. LITERATURA

1. Buljan D.(ur): Konzultativno – suradna psihijatrija – vodič za dijagnostiku i liječenje psihičkih smetnji u somatskoj medicini, Naklada Slap, Zagreb, 2016
2. Gregurek R. i sur.: Suradna i konzultativna psihijatrija – psihijatrijski i psihološki problemi u somatskoj medicini, Školska knjiga, Zagreb, 2006
3. Mrđenović S. Emocionalne reakcije straha u prvorođkinja za vrijeme trudnoće i nakon porođaja, Medicinski Vjesnik, br. 19, kolovoz 1987, str. 83-85.
4. Finderle B, Tomić S. Sindrom tužnog raspoloženja ili baby blues, Primaljski vjesnik, br. 18, svibanj 2015, str. 36-41
5. Aračić N. Primaljska skrb kod komplikacija u porodu nastavni materijal. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Sveučilište u Splitu, 2021
6. Habek D. Porodništvo i ginekologija, Školska knjiga, Zagreb, 2005
7. Antičević V. Zdravstvena psihologija [nastavni materijal]. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Sveučilište u Splitu, 2019.
8. Aranza D, Dolić M. Primaljska skrb u babinju i komplikacijama u babinju [nastavni materijal]. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Sveučilište u Splitu, 2020.
9. Pecigoš – Kljuković K. Zdravstvena njega trudnice, roditelje i babinjače, Školska knjiga, Zagreb, 2005.
10. Huzanić M. Sestrinska skrb za babinjaču Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2017.
11. Živoder I. Postpartalni period [nastavni materijali], Sveučilište sjever, Varaždin, 2016.
12. Kurjak A. i sur. Očekujući novorođenče, Itro Naprijed, Zagreb, 1987
13. Dijanek Ž. Zdravstvena njega bolesnica s postpartalnom psihozom [završni rad], Sveučilište sjever, Varaždin, 2017.
14. Jakovljević M. Depresivni poremećaji od ranog prepoznavanja do uspješnog liječenja, Pro Mente, Zagreb, 2004
15. Kuvačić I, Kurjak A, Đelmiš J. i sur.; Porodništvo, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.
16. Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Postpartum depression. StatPearls Publishing. 2020.
17. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. Journal of Education and Health Promotion. Vol. 6. No. 1. 60. str. 2017.

18. ICD- 10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. WHO. 2019.
19. Kusanović MG. Skrb za bolesnice s postporođajnom depresijom [završni rad], Sveučilište u Dubrovniku 2020
20. Fitelson E, Kim S, Baker AS, Leight K. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *Int J Womens Health*. 2010 Dec 30;3:1-14. doi: 10.2147/IJWH.S6938. PMID: 21339932; PMCID: PMC3039003.
21. Khushboo SB. Antidepressants: mechanism of action, toxicity and possible amelioration. *J Appl Biotechnol Bioeng*, 2017; 3(5), 437–448.
22. Klomjai W, Katz R, Lackmy-Vallée A. Basic principles of transcranial magnetic stimulation (TMS) and repetitive TMS (rTMS). *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. Vol. 4. No. 4. 208-213. str. 2015.
23. Belošević A, I. Podhorsky Štorek I. Puerperalna psihoza, *Primaljski vjesnik*, br. 18, svibanj 2015, str. 42-46.
24. Raza SK, Raza S. *Postpartum Psychosis*. StatPearls Publishing. 2020
25. Šepec S, Kurtović B, Munko T, Vico M, Abou Aldan D, Babić D, Turina A. *Sestrinske dijagnoze*. Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb, 2011.
26. Režić S, Kurtović B, Kadović M, Vico M, Abou Aldan D, Babić D, Rotim C. *Sestrinske dijagnoze III*. Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb, 2015.
27. Piškorjanac S, Kurtović B, Kadović M, Vico M, Abou Aldan D, Babić D. *Sestrinske dijagnoze II*. Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb, 2013.
28. Hrastinski N, Salopek M. Edukacija bolesnika i obitelji. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*. Vol. 4. No. 14. 2008.
29. Depression: supporting a family member or friend. [Mayoclinic.org](https://www.mayoclinic.org).

6. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci

Ime i prezime: Marija Buzov

Adresa: Ispod sv. Lovre 12, Split

e-mail: marijabuzov5@gmail.com

Datum rođenja: 13.11.1998.

Mjesto rođenja: Split

Obrazovanje

2018.-2021. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Split, Primaljstvo

2013.-2017. Zdravstvena škola Split, Dentalni asistent

2005.-2013. Osnovna škola Mertojak

Postignuća

2020. Edukacija „Prevenција ruptura međice“

2021. Tečaj reanimacije

Dodatne informacije

2017. Pripravnički staž u ordinaciji dentalne medicine

Poznavanje rada na računalu u MS Office-u

Poznavanje engleskog jezika