

Mentalno zdravlje - poslijeporodna depresija multidisciplinarna skrb u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Božena Vrabec¹, Elizabeta Radonjić², Danijela Kutija², Lestovšek Ireneja Jurković², Dolores Štefančić³

¹*Dom zdravlja Zagreb Zapad, Pomoćnik ravnatelja za sestринство*

²*Dom zdravlja Zagreb Zapad, Centar za mentalno zdravlje*

³*Klinička bolnica Sveti Duh - rodilište*

Sažetak:

Suvremeni pristup zaštiti duševnog zdravlja, prema preporukama SZO, potiče razvoj izvanbolničkih psihijatrijskih djelatnosti te nastoji ujediniti sve oblike psihijatrijske zaštite i povezati cjelokupnu mrežu psihijatrijskih ustanova. Smjernice upućuju na prevenciju, rano otkrivanje i pojačanu skrb za sve vulnerabilne skupine stanovništva u zajednici, s ciljem da se liječenje provodi na razini primarne zdravstvene zaštite.

Za sada jedini u Hrvatskoj, Centar za mentalno zdravlje Doma zdravlja Zagreb-Zapad upravo je i osnovan s ciljem razvoja modela primjene suvremenih metoda zaštite mentalnog zdravlja u zajednici integriran s postojećim sustavom primarne zdravstvene zaštite.

Multidisciplinarni tim zdravstvenih profesionalaca omogućava vertikalni i horizontalni kontinuitet usluge jer pojedini specijalisti rade u sustavu institucionalne skrbi te na taj omogućuju mobilnost u korištenju zdravstvene zaštite. Centar je dobro integriran sa svim djelatnostima doma zdravlja, a sa patronažnom službom razvio je Projekt „Rodilje sa duševnim smetnjama, probir, rana intervencija i psihološka podrška obitelji“

Ključne riječi: poslije porodna depresija, rana intervencija

Uvod

Dom zdravlja Zagreb Zapad primjenjuje specifičan pristup u zaštiti roditelja i njihovih obitelji. U dijelu redovitog kućnog posjeta neposredno iza izlaska iz rodilišta patronažna medicinska sestra osim anatomskih i funkcionalnih promjena u babinju procjenjuje i obiteljske odnose sa posebnim osvrtom na promjene ili smetnje raspoloženja majke uz mogućnost preporuke

specijalističke intervencije već u sklopu Doma zdravlja u Centru za zaštitu mentalnog zdravlja.

Metode rada multidisciplinarnog tima (liječnici specijalisti psihijatrije, psiholog, radni terapeut i medicinske sestre) u Centru za mentalno zdravlje primjenjuju individualni i obiteljski pristup koji obuhvaća dijagnostičke i terapijske postupke, ambulantno liječenje te savjetovanje članova obitelji uključujući i djecu tijekom prve tri godine života. Cilj cjelovite skrbi je u ranom novorođenačkom i dojenačkom razdoblju je isključivo dojenje te razvijanje sigurne socioemotivne veze između roditelja i djeteta. Iz godine u godinu povećava se broj mladih obitelji koji koriste ovaj vid integrirane skrbi, patronažnih sestra i Centra za mentalno zdravlje. Posebice ističu povjerenje u patronažnu službu i dostupnost specijalističkog liječenja u sklopu Doma zdravlja, što im s obzirom na specifičnost situacije (malo dijete, stigma koja prati duševne bolesti) pomaže u odluci da ipak potraže pomoć. .

Poslijeporodna tuga („baby blues“) javlja se kod 20-40 % žena (prema nekim istraživanjima čak 80 % majki imalo je smetnje raspoloženja) u prvom tjednu nakon poroda i traje nekoliko dana do 2 tjedna. Ne predstavlja ozbiljnu opasnost, osim u smislu povećanog rizika da se poslije nje razvije poslijeporodna depresija. U razdobljima poslijeporodne tuge, osim tužnog raspoloženja, žena može biti tjeskobna, razdražljiva, plakati bez vidljivog razloga, imati problema sa spavanjem i koncentracijom. Najvažnija razlika, osim u težini i trajanju smetnji, jest da poslijeporodna tuga ne umanjuje ženinu sposobnost da se brine za dijete, dok je kod poslijeporodne depresije ta sposobnost bitno umanjena.

Poslijeporodna depresija je poremećaj raspoloženja koji teško opterećuje pacijenticu i njezinu obitelj i negativno utječe na kognitivni, emocionalni i socijalni razvoj djeteta. Kod dugotrajnih smetnji može biti povećavajući rizik pojave duševnih smetnji novorođenog djeteta. U razdoblju poslije poroda 20 do 40% žena ispoljava emocionalne ili kognitivne smetnje, 10% ima depresivni poremećaj koji se može javiti u obliku velike depresivne epizode unutar 6-12 tjedana nakon poroda. Bolest često ostaje neprepoznata, a samo 20 % žena traži liječničku pomoć. Ključni simptomi su depresivno (sniženo) raspoloženje i gubitak interesa. Ponekad je prisutna smanjena ili pojačana psihomotorna aktivnost (u ekstremima od nepomičnog ležanja u krevetu do hiperaktiviteta i nemogućnosti smirivanja), pretjerano spavanje ili nesanica (nevezano uz djetetove potrebe), promjene apetita, umor, somatske smetnje, npr. pritisak u prsištu, bolovi u želucu, glavobolja, smetnje koncentracije i suočavanja sa svakodnevnim problemima, gubitak samopouzdanja, tjeskoba, razdražljivost, ponekad i

opsesivnost, strah do razine panike, osjećaj krivnje, nemoći, beznada, povlačenje i izbjegavanje komunikacije s obitelji i prijateljima, osjećaj nepostojanja ljubavi prema djetetu ili pretjerana zabrinutost za djetetovo zdravlje i dobrobit, negativne misli o djetetu i strah da mu se ne naudi i suicidalna promišljanja

Poremećaj je važno liječiti jer ne utječe samo na osobni život i zdravlje žene, nego i na rani razvoj djeteta, obiteljski život i društvene odnose.

Poslijeporodna psihoza javlja se najčešće u prvih 2-4 tjedna nakon poroda u otprilike 1-3 slučaja na 1000 roditelja. Može se raditi o kratkom psihotičnom poremećaju, ali najčešće je to epizoda u okviru bipolarnog poremećaja ili depresije. U 2/3 slučajeva nakon godine dana slijedi druga epizoda osnovnog poremećaja. Početak je obično nagao, prvi simptomi su nespecifični (nemir, nesanica, plačljivost, pretjerani umor).

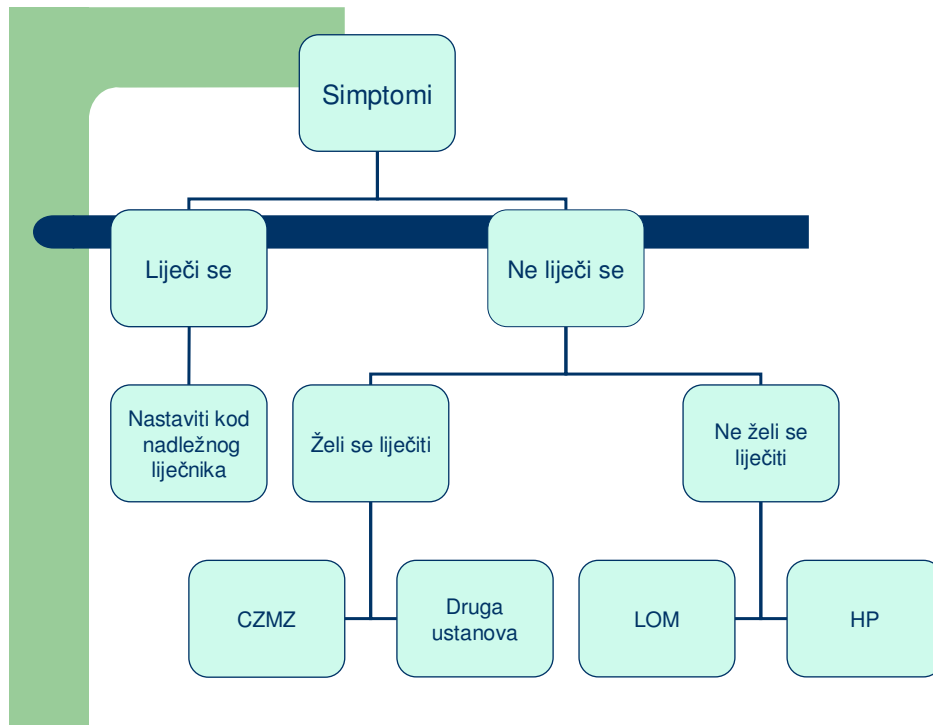
Tipični simptomi uključuju sumnjičavost i nepovjerenje, konfuziju, smeteni govor, dezorganizirano ponašanje, depersonalizaciju, a kod težih slučajeva su prisutne halucinacije (obmane osjetila, npr. glasovi koji mogu pacijentici govoriti da ubije svoje dijete - 4% počinjenih infanticida ili sebe - 5 % suicida). Ovaj poremećaj zahtijeva neodložno liječenje.

Integrativni organizacijski model rada

Kompetencije patronažne medicinske sestre u periodu nakon porođaja su kontrola i praćenje fizioloških zbivanja te edukacijske i suportivne potrebe majci u samozbrinjavanju, samokontroli zdravlja i postizanju fizičke i emocionalne ravnoteže. Procjenom promjena u individualnom ili obiteljskom funkcioniranju koji prema simptomima upućuje na teže oblike i bolesna stanja te smanjenje socioemocionalne veze djeteta sa roditeljima ukazuje na potrebu uključivanja u dijagnostičko terapijske postupke Centara za mentalno zdravlje.

Nakon provedenih dijagnostičkih postupaka ovisno o težini problema, pacijentice se lijeće na razini primarne zdravstvene zaštite korištenjem raznih terapijskih postupaka i savjetovanja te medikamentoznom terapijom koju na preporuku specijaliste psihijatra propisuje liječnik obiteljske medicine. Temeljem procjene zdravstvenih problema određeni broj majki upućuje se na liječenje u stacionarnu ustanovu. Ukoliko majka ili obitelj ne prihvaća preporuke patronažne sestre za konzultacijom sa nadležnim psihijatrom slučaj se prijavljuje liječniku obiteljske medicine ili ovisno o težini stanja, poziva se Hitna medicinska pomoć sa svrhom prisilne hospitalizacije. U posebno indiciranim slučajevima u kućnu posjetu uz patronažnu sestru u obitelj ulazi i liječnik specijalista iz Centra za mentalno zdravlje.

Statističkom analizom vidljivo je da su u 2009 godini patronažne sestre uputile u Centar za mentalno zdravlje 12 slučajeva poslije porođajnih depresija, u 2010. 8 slučajeva. Deset osoba se uključilo u različite terapijske postupke u Centru, a 10 ih je upućeno na liječenje u stacionarnu ustanovu.



Slika 1. Shema organizacije rada u Centru za mentalno zdravlje

Drugi vid suradnje patronažnih sestara i Centra za mentalno zdravlje je suočavanje sa problemima rane interakcije majke, djeteta, obitelji.

Odnos s majkom ili drugom osobom koja brine o djetetu u socijalnom okruženju i okruženje u kojem se taj odnos odvija imaju najveći utjecaj na razvojni ishod djeteta. Majke s psihičkim poremećajem mogu biti emocionalno nedostupne i ne reagirati na potrebe djeteta. Kod dječije su majke imale poslije porođajnu depresiju 2-5 puta je veći rizik pojave dugoročnih poremećaja ponašanja. Stoga se uz liječenje osnovnog poremećaja majke preporučuje i savjetovanje na području roditeljskih vještina, kao i praćenje rane interakcije.

Dolaskom u savjetovalište provodi se rana razvojna procjena kojom dobivamo informacije o osjetljivosti roditelja na djetetove potrebe kao i odgovor djeteta na roditeljsku pažnju (smirivanje, reakcija na glas i dodir). Analiza usklađenosti njihovih reakcija i kvaliteta

njihove interakcije (uspostavljanje dnevnih rutina) uz pokazatelje neverbalne komunikacije (izraz lica, dodir) i verbalne komunikacije provodi se uz pomoć video snimke („video feedback“). Rezultati koji proističu iz analize video snimaka koriste se u osvještavanju (ne)adekvatnih komunikacijskih obrazaca te podučavanju i osnaživanju roditeljskog povjerenja u vlastite sposobnosti.

Tijekom 2009 i 2010. godine kod 56 majki procijenjen je problem rane interakcije majke i djeteta. Kod 12 slučajeva se problem riješio psihološkim savjetovanjem dok su ostale intervencije bile potpomognute i drugim terapijskim postupcima.

U 2011. godini, uvodi se novi pristup praćenju uključenih majki, upućenih u Centar za mentalno zdravlje od patronažne sestre. Kroz dvije godine rada na slučajevima spoznalo se da bez obzira na primarni problem uvijek postoji potreba za provedbom cjelovitog pristupa usklađenosti odnosa majke i djeteta u cilju stvaranja sigurne privrženosti.

Iz petomjesečne analize vidljivo da su 144 osobe bile uključene u skrb Centra za mentalno zdravlje koristeći specijalističke liječničke usluge, psihoedukaciju, psihološku podršku i praćenje rane interakcije roditelja i djeteta.

Integracijom patronaže u procese skrbi i liječenja Centra za mentalno zdravlje postignuta je maksimalna pomoć majkama i obiteljima u suočavanju s bolešću, postignuto je uzajamno povjerenje i motivacija za liječenje, a u dijelu sigurne privrženosti i dobre integracije majke i djeteta uložio se i veliki napor za održavanje isključivog dojenja.

Zaključak

Sve brojniji poremećaji u poslijeporodnom razdoblju prisutni u svim segmentima današnjeg društva pravovremenim uočavanjem promjena i upućivanjem na korištenje profesionalnih oblika pomoći bitno smanjuju dužinu u rehabilitacijskom procesu, utječu na postizanje socijalne integracije i smanjuju poteškoće u emocionalnom kognitivnom i socijalnom razvoju djeteta.

Nažalost, prema rezultatima provedenih istraživanja, manje od 20% žena s navedenim smetnjama zatraži medicinsku pomoć, što ukazuje na potrebu za povećanjem dostupnosti dijagnostičkih i terapijskih postupaka u ovom osjetljivom razdoblju. Stoga je od izuzetne važnosti suvremeni pristup u liječenju, usmjeravati na usluge u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, čime se povećava dostupnost usluga i smanjuje stigma vezana uz pojavu duševnih smetnji.

Poslije porodna depresija je relativno čest poremećaj, koji se može uspješno liječiti imajući u vidu specifične situacije kroz koje žena prolazi u ovom osjetljivom periodu života. Pri izboru terapijskih metoda i planiranju socijalno psihijatrijskih i preventivnih aktivnosti potrebno je voditi brigu o dobrobiti za majku, dijete i obitelj kao cjelinu. Zahvaljujući smjernicama Projekta i postignutim rezultatima integracijom patronaže i Centra za mentalno zdravlje postignut je zadovoljavajući nadzor i suport koji omogućuje boravak majki sa svojom djecom u vlastitom domu, kako zbog bolesti ne bi bio narušen odnos majke i novorođenčice što je bitno kako za majku, tako i za dijete u njegovoj najranijoj fazi razvoja.

Literatura:

1. Zorka Mojsović i suradnici, Zdravstvena njega u zajednici, Visoka zdravstvena škola, 2005.
2. Biserka Sedić, Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Priručnik za studij sestinstva, Zdravstveno Veleučilište, Zagreb, 2006.
3. M Stanojević i suradnici, Priručnik za predavače na trudničkim tečajevima, Unicef, Zagreb, 2010.
4. Elizabeta Radonić i suradnici, Priručnik za sudjelovanje u programu rane intervencije, Centar mentalnog zdravlja, Zagreb, 2009-2011.