



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Psychické změny u žen v poporodním období a jejich
vliv na péči o dítě**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Pavlína Janečková

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem *Psychické změny u žen v poporodním období a jejich vliv na péči o dítě* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13. 8. 2018

.....

Pavčina Janečková

Poděkování

V první řadě bych chtěla poděkovat především vedoucí mé diplomové práce Mgr. Haně Hajduchové Ph.D. za cenné rady a připomínky při jejím psaní. Další poděkování věnuji všem zúčastněným sestrám a porodním asistentkám, které přispěly do výzkumné části mé diplomové práce a umožnily mi tak sesbírat potřebná data pro její zpracování.

Psychické změny u žen v poporodním období a jejich vliv na péči o dítě

Abstrakt

Cíl práce:

Cílem výzkumné části je zmapovat informovanost a profesní přístup nelékařských zdravotnických pracovníků k matkám, u kterých došlo k psychickým změnám po porodu. Prvním cílem bylo zjistit znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti psychických změn u matek. Druhý cíl se týkal profesní zkušenosti dotazovaných k matkám s psychickými změnami. Třetí cíl se týkal zmapování profesního přístupu k těmto matkám. Posledním cílem bylo zaměřením se na profesní zkušenosti nelékařských zdravotníků psychiatrického oddělení při péči o dítě.

Způsob dosažení cíle:

Pro výzkumné šetření jsme zvolili kvalitativní výzkumnou strategii. Použili jsme metodu sběru dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Poskytnuté rozhovory byly nahrávány na diktafon, přepsány a pomocí kódovací techniky tužka a papír byla data uspořádána do kategorií. Při kódování rozhovorů byly vytvořeny 4 kategorie u rozhovorů se sestrami psychiatrie, 5 kategorií u rozhovorů s porodními asistentkami a u rozhovorů se sestrami 5 kategorií. Výběr respondentů byl záměrný. Výzkumné šetření probíhalo ve dvou zdravotnických zařízeních v období od února do března 2018. Celkem nám bylo poskytnuto 12 rozhovorů.

Získané poznatky a závěry:

Z prováděného výzkumu vyplynulo, že znalosti spolu s profesním přístupem dotazovaných sester jsou dostačující k tomu, aby byly schopny odhalit počínající příznaky poporodní deprese nebo jiné duševní poruchy. Určitou nejistotu vyjádřily sestry v oblasti přístupu k matkám. Ocenily by více seminářů na téma psychických změn u matek po porodu.

Vědecké přínosy práce:

Práce mapuje přehled znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků a oblastí, které by se měly do praxe zlepšit. Jedná se o oblast komunikace a práce s matkami

s psychickými změnami. Práce může být využita v oboru neonatologie a oboru psychiatrie.

Klíčová slova

Psychické změny; poporodní období; vliv; péče o dítě a ženu.

Psychological changes in postpartum women and their influence on child care

Abstract

Objective:

The aim of the research section is to map the awareness and professional approach of non-medical healthcare workers to mothers who have experienced psychological changes after childbirth. The first objective was to determine the knowledge of non-medical healthcare workers in the area of mental changes in mothers. The second objective concerned the professional experience of the interviewed mothers with psychological changes. The third objective was to map out the professional approach to these mothers. The ultimate goal was to focus on the professional experience of non-medical psychiatrists in the care of children.

The way of achieving the objective:

For research, we have chosen a qualitative research strategy. We used the data collection method using a semi-structured interview. The interviews provided were recorded on the dictaphone, overwritten, and the pencil and paper coding techniques were organized into categories. 4 categories were interviewed with psychiatric nurses, 5 categories were interviewed with midwives interviews and 5 interviews with nurses. The selection of respondents was intentional. The research was conducted in two health facilities between February and March 2018. We were given 15 interviews in total.

The knowledges gained and their conclusions:

Research has shown that knowledge, along with the professional approach of the nurses surveyed, is sufficient to be able to detect the onset of postpartum depression or other mental disorders. Certain uncertainty was expressed by nurses in the field of access to mothers. More seminars on psychological change in mothers after delivery would be appreciated.

Scientific benefits:

The paper maps the knowledge of non-medical healthcare professionals and areas that should be improved in practice. This is an area of communication and work with

mothers with psychic changes. The work can be used in the field of neonatology and psychiatry.

Key Words

Psychological changes; postpartum period; influence; child and woman care.

Obsah

ÚVOD.....	10
1 SOUČASNÝ STAV	12
1.1 Prenatální období	12
1.2 Perinatální období	13
1.3 Období šestinedělí.....	14
1.3.1 Psychické změny u žen v šestinedělí	15
1.4 Poporodní blues.....	18
1.5 Poporodní deprese	19
1.5.1 Dělení poporodní deprese	21
1.6 Poporodní psychózy	22
1.7 Posttraumatické stresové poruchy.....	23
1.8 Léčba poporodní deprese	24
1.8.1 Farmakoterapie	25
1.8.2 Psychoterapie	26
1.8.3 Další možnosti terapie	28
1.9 Dopad deprese po porodu na vývoj dítěte.....	29
1.10 Ohrožení vztahu matky a dítěte.....	31
1.11 Faktory ovlivňující budoucí vývoj dítěte	32
1.11.1 Bonding.....	33
1.11.2 Věk těhotné matky	34
1.11.3 Vliv kojení	36
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	38
2.1 Cíle práce	38
2.2 Výzkumné otázky.....	38
3 METODIKA	39
3.1 Charakteristika výzkumných metod.....	39

3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	40
3.3	Operacionalizace pojmů.....	41
4	VÝSLEDKY.....	42
4.1	Analýza rozhovorů se sestrami psychiatrického oddělení.....	42
4.2	Analýza rozhovorů s porodními asistentkami.....	50
4.3	Analýza rozhovorů se sestrami.....	60
5	DISKUZE.....	72
6	ZÁVĚR.....	84
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	86
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	93
9	SEZNAM PŘÍLOH.....	94

ÚVOD

Těhotenství a narození dítěte bude v životě matky a celé rodiny úplně nová etapa života a bude patřit mezi nejzásadnější okamžiky života. Přinese s sebou nová úskalí, se kterými se bude muset matka vypořádat a bude se muset naučit s nimi pracovat. Celý dosavadní život ženy se od této doby bude měnit, bude nastavovat novou roli matky, měnit rodinné uspořádání, bude docházet ke změnám jak psychickým, tak fyzickým. Poporodní období bude v životě ženy časem zvýšeného rizika vzniku psychického onemocnění. Jejich projevy budou mít u matky následný vliv také na vývoj dítěte. Všechny prožitky spolu s psychosociálním vývojem a také charakterem a osobností ženy budou ovlivňovat celkové prožívání těchto událostí a ovlivňovat možné emoční poruchy, které se mohou vyskytnout po porodu. Může se jednat o poporodní depresi a na ni navazující změny. Je důležité si uvědomit, že období mateřství bude pro mnoho matek náročným obdobím a zásadně jejich prožívání a fungování bude ovlivňovat další pokračující život dítěte.

Téma diplomové práce se týká právě psychických změn, které se mohou objevit v poporodním období. Ženy se s těmito změnami mohou setkat krátce po porodu a v některých případech mohou přecházet i do chronického stavu. Proto bychom více rozebrali, jaký dopad mohou mít změny nejen na ženu, ale i celé její okolí, hlavně pak na samostatný vývoj dítěte, o jaké konkrétní změny se jedná a jak při pozorování příznaků s těmito stavy pracovat. Na samotný vznik těchto poruch navazuje celá řada vlivů, které bychom také podrobněji rozebrali a popsali. Téma diplomové práce jsme zvolili z důvodu mého profesního zaměření na oblast porodnictví a neonatologie, kdy mám možnost se v praxi setkávat s matkami stejně jako s novorozenci v jejich poporodním a pozdějším období a myslím si, že chování matek v tomto období působí na novorozence více, než si některé matky zpočátku uvědomují.

Teoretická část práce se bude zaměřovat na období před porodem, bude definovat období dle různých autorů i samotné důležitosti aktivit jedince v tomto období. Popíšeme období před i po porodu, jejich definice dle jednotlivých autorů, dělení, zdůrazníme vliv zdravotníků v perinatální péči, význam paraverbální komunikace s matkami, navážeme obdobím šestinedělí, které je právě tím citlivým obdobím na vznik duševních poruch.

V další kapitole se budeme snažit nastínit problematiku poporodních změn nálad i jejich vážnější formy a zdůrazníme, jaké jsou další možnosti léčby a terapie při vážných změnách psychiky matky. Jaký může mít na samotný vznik poporodní deprese vliv hormonálních změn v těle matky, fyzické změny po porodu i změna životní role. Dle jednotlivých autorů uvedeme hlediska klasifikace poporodních poruch.

Třetí kapitola mé práce se začne více zabývat dopadem psychického nastavení matky na vývoj dítěte. Zaměříme se na to, jak mohou psychické změny matky souviset s problémy chování dítěte i např. s obezitou. Velkou důležitost hraje při vývoji dítěte také separace novorozence od matky, a proto více rozebereme i tzv. bonding a k čemu může při separaci dítěte od matky docházet. V poslední kapitole se zastavíme u toho, jakou roli zaujímá samotný nelékařský pracovník při bondingu. Jedna z podkapitol se bude zabývat také důležitostí manželského vztahu v souvislosti s depresí, tak jako věkem matky i délkou kojení.

Výzkumná část diplomové práce bude potom směřována ke zjištění toho, jaké jsou znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti problematiky psychických změn u žen v poporodním období, jejich profesními zkušenostmi i přístupem z praxe k těmto matkám. Prováděné rozhovory s nelékařskými zdravotnickými pracovníky se budou také zabývat schopností matky postarat se o své dítě, u které došlo k poporodní změně nálady či k vážnějším formám psychických změn.

1 SOUČASNÝ STAV

Už obecně se ví, že poporodní období je pro matku i pro její organismus velice zatěžující, při přihlédnutí na duševní stránku je tomu tak stejně. Zvyšuje se riziko projevu duševních poruch, důvodem je samotná psychosociální situace. K těm etiologickým faktorům spadají hormonální změny, příprava na roli matky, zátěž, která vzniká v péči o dítě. I přesto poporodní depresivní poruchy zůstávají často nedagnostikované a nepříznivě působí na celé fungování a život nejen matky ale celé její rodiny, jak dokládá Izáková et al. (2013). Při přidružení se dalších faktorů riziko vzniku stoupá. Mezi další faktory uvádí Honzák (2010) nízkou úroveň vzdělání, chudobu a sociální uspořádání. Zároveň poukazuje na to, že studium zabývající se poporodní depresí, má často tendence sledovat matku ihned nebo několik týdnů po porodu, zapomíná se ale na skutečnost, že deprese může probíhat dlouhodobě, v některých případech také periodicky či chronicky. Pokud je však matka dostatečně informována o tom, co se děje s ní i s dítětem během těhotenství, jak se její dítě vyvíjí, může to pozitivně působit na to, jak se vyrovná nejen s fyzickými, ale i s emocionálními změnami, ke kterým v průběhu těhotenství dojde. Důležité je si uvědomit, že každé těhotenství je individuální, jak podotýká Mackonochie (2009).

1.1 Prenatální období

Jak uvádí Sedlářová (2008), jedná se o období od oplození vajíčka do porodu lidského plodu. Prvních 8 týdnů, kdy dochází k nitroděložnímu vývoji, označuje jako období embryonální (neboli zárodečné), kdy v tomto období dochází k diferenciaci jednotlivých částí těla, utvářejí se všechny orgány a tělní systémy. Období fetální neboli období vývoje plodu nastává od 9. týdne do narození.

Klíma (2016) označil prenatální období jako období, které trvá od početí do porodu, v případě fyziologických podmínek trvá kolem 40 týdnů s přihlédnutím plus minus 2 týdny. Prenatální období končí vypuzením plodu z těla matky, tedy porodem. Uvádí také, že prenatální období je obdobím nitroděložního vývoje. Toto období zahrnuje také období organogeneze, které končí po 12. týdnu, kdy je založena většina důležitých orgánů a nežádoucí působení různých látek a vlivů, již nemá tak výrazný dopad na jejich vývoj. Samotným porodem a přerušením pupečníku už začíná samostatný postnatální život jedince.

Jak uvádí Kopecká (2011) ve své publikaci, již v tomto období získává jedinec schopnosti sociální interakce, dochází k aktivnímu kontaktu plodu s matkou. Jde o tzv. prenatální komunikaci mezi matkou a dítětem, psychology je toto období považováno za počátek vnitřního prožívání, dochází k významnému vývoji psychiky dítěte. Základ pro zdravý vývoj psychiky dítěte je dobrý psychický stav matky.

Plevová (2010) poukazuje na to, že na zmiňovaný vývoj sociální interakce má velký vliv nálada a výraznější emoční reakce matky jako například radost a hněv, které jsou spojené také s biochemickými změnami, které se poté krví přenášejí na zárodek a plod. Vymětal (2010) považuje za velmi důležité vztah rodičů ke graviditě a k nenarozenému dítěti, kdy se už od začátku gravidity u matky i otce vytváří velmi individuální a stále sílící vztah k dítěti, který může být žádoucí ale také nežádoucí.

1.2 Perinatální období

Perinatální období dle Roztočila (2017) začíná 22. dokončeným týdnem těhotenství a končí 7. dokončeným dnem po porodu.

Podle MUDr. Stanislava Grofa se dá perinatální období rozdělit do 4 stadií - tzv. bazálních perinatálních matic. I. matrice je období od početí do začátku děložních kontrakcí, jedná se o období symbiózy matky s plodem. V tomto období je důležité psychické i fyzické rozpoložení matky, které dítě cítí a vnímá. Pokud je tato matrice radostná, vytváří kvalitu bezpečí, jistoty a pevné půdy pod nohama v dalším životě a schopnost překonávat problémy. Jestliže je však dítě nechtěné, pokud jej matka vnitřně odmítá, pak je toto základ depresí bez dalšího smyslu žití. II. matrice začíná porodními stahy dělohy, z pohledu dítěte je tato fáze nepříjemná. Neví, co se s ním děje, navíc je vystaveno silným tlakům. Pokud porod probíhá fyziologicky 8-12 hodin, pak je pro dítě tato matrice výchovná a posiluje jeho odolnost, trvá-li déle, pak toto celé psychika dítěte nezpracuje a je zárodkem těžkých depresí. III. matrice začíná momentem otevření porodních cest a dítě začíná sestupovat, toto období přináší úlevu, je ovšem fyzicky náročná pro matku i pro dítě. Nekomplikovaný průběh III. matrice znamená smysluplnost, pevnost a vnitřní sílu do budoucna. IV. matrice trvá od narození k přestřižení pupečníku a u dítěte dochází ke spoustě smyslových změn. V této matrici se dítě snaží ztotožnit s přijetím sebe sama. Při průběhu bez komplikací je dítě v budoucnu schopno mentální dospělosti a člověk dokáže nést odpovědnost za to,

co dělá. V opačném případě se v dospělosti často objevuje časté upadání do sklíčenosti a přílišné odevzdání se (Juřínková, 2007).

V tomto období je také velmi důležitý psychologický aspekt péče o rodičku, jak shrnula Fejfarová (2016) ve své publikaci sestavila 11 kapitol, které mají být praktickou pomůckou pro všechny kategorie zdravotnických pracovníků přicházejících do kontaktu s těhotnými nebo již rodičícími ženami. Právě první kapitola její publikace se zabývá komunikací v perinatální péči. Zdůrazňuje empatickou komunikaci lékařů a zdravotníků, čímž může docházet ke snížení stresu. Velký význam má v perinatální péči i neverbální a paraverbální komunikace, kde je důležitý správný tón hlasu, komunikace zvolená vhodnou rychlostí a hlasitostí mluvy, intonace a pauzy v řeči, vliv má rovněž vhodné prostorové uspořádání místnosti.

1.3 Období šestinedělí

Pokud hovoříme o šestinedělí, jedná se o období šesti týdnů po porodu. V tomto období dochází k silnému spojení novorozeného miminka s matkou, tělo matky se snaží fyziologickými procesy navrátit do původního stavu před porodem a vyvíjí se ve velké míře činnost mléčné žlázy. Konkrétně začíná šestinedělí porodem placenty, a poté je ještě počítáno po dobu 42 dnů. Lze ho dělit na šestinedělí časná a pozdní. Rozdělení je dáno tím, že během prvního týdne v těle matky dochází spíše ke změnám funkčním, jedná se především o činnost oběhového a dýchacího systému a až později dochází k méně výraznějším změnám anatomickým (Gregor et al., 2011).

Při psychologickém pohledu Roztočil (2008) zdůraznil zvýšené riziko pro matku pro vznik duševních poruch. Mohou se objevovat mírné projevy depresivity nebo neurotické projevy, které nemusí být brány jako charakteristika pro určitou chorobu. Mezi mírné duševní poruchy a poruchy, které jsou spojené s obdobím šestinedělí, jsou však považovány poporodní mírná deprese a deprese s neurotickými projevy. Poporodní lehká deprese je také nazývána jako poporodní blues a jejím hlavním projevem je bezdůvodná plačtivost. Výskyt této poporodní blues bývá v některých případech brán jako maladaptivní reakce na období mateřství po porodu a na roli matky.

Také Gregor (2011) zmiňuje problematiku poporodního blues, které se může objevit po porodu u velkého množství žen provázené několikadenním obdobím plačtivosti,

špatné nálady, smutku, únavy a neklidu. Zdůrazňuje důležitost dostatku spánku a možnosti si odpočinout, za neméně důležitou označil přítomnost někoho blízkého.

1.3.1 Psychické změny u žen v šestinedělí

Dle Dušová (2010) je poporodní období obdobím, kdy se poměrně často objevují depresivní obtíže, které mohou být různého charakteru a intenzity. Je proto považováno jako nejrizikovější období pro matku. Různé příznaky mírné depresivity nebo neurotických projevů jsou do značné míry adekvátní. Jedná se o takzvané behaviorální syndromy, které jsou spojené s poruchami psychickými ale také somatickými. Významným faktorem, který ovlivňuje vznik, je osobnost matky. Určitou roli hraje také vliv osobní, sociální a ekonomická situace rodičky. Jako prevence emočních změn slouží dobrá a kvalitní příprava na rodičovství, stabilní partnerský vztah a podpora ze strany rodiny.

Hormonální změny po porodu (pokles hladiny estrogeneru a progesteronu, sekrece prolaktinu a oxytocinu), samotný průběh porodu, fyzické změny po porodu (změna tělesného uspořádání, změna tělesné váhy), nová role matky, nový životní styl (nedostatek spánku, únava, vyčerpání), předchozí zkušenosti s vývojem dítěte i samotná spolupráce otce považuje Ratislavová (2008) za hlavní faktory, které budou ovlivňovat psychický stav matky v šestinedělí. Do té doby, než si dokáže matka na tyto nové zkušenosti zvyknout, může prožívat stavy neschopnosti. Největší vliv na psychiku matky mají náhle změny v hladině hormonů. Období po porodu se vyznačuje velikou radostí, jedná se ale o období přechodné, které je brzy střídáno pocity úzkosti, obavami a narušenými emocemi.

Roztočil (2008) popisuje šestinedělí jako období, kdy dochází k navracení hormonálního i fyzického období před těhotenství. Toto období je rizikovějším pro vznik duševní poruchy, ovšem v určité míře mohou být přítomny mírné neurotické projevy, které ještě nesplňují projevy duševních poruch.

Klasifikace poruch, které spadají do období těhotenství až po období jednoho roku po porodu, však není jednotná. Proto lze poruchy z pohledu etiologie neboli vzniku dělit na poruchy organické, psychogenní a endogenní. Mezi psychické poruchy z organického důvodu řadí Izáková (2013) post-eklamptické, infekční a cévní. Kategorie psychogenních poruch zaujímá tokofobie neboli chorobný strach

z těhotenství, reaktivní deprese po potratu, respektive po porodu mrtvého dítěte, poporodní deprese u otců a jiné. Do poslední skupiny endogenních poruch řadí poporodní depresi, poporodní psychózu, endogenní afektivní poruchu, schizofrenii a jiné další poruchy. Z časového hlediska se pak dají rozdělit na poruchy prenatální a postnatální neboli poporodní nebo se používá také souhrnné označení a to perinatální. Poruchy se mohou vyskytovat i tzv. „de novo“ a to v případě, že se endogenní psychická porucha projevuje poprvé až v zátěžovém období a probíhá pak podle známých charakteristik. Odlišuje se pak od psychických poruch, které jsou typické jen pro toto období. Může se také jednat o relaps neboli dekompenzaci již existujících duševních poruch.

Ratislavová (2008) také uvádí, že třetí až šestý den po porodu se může vyskytnout přechodná subdepressivní epizoda zvaná také jako poporodní blues, baby blues, poporodní dysforie. Procentuální zastoupení tohoto stavu u žen po porodu se pohybuje kolem 50 až 70 %, zbylé procento žen může dle některých autorů trpět manickou formou tohoto stavu. V zásadě se jedná o neškodné změny nálad, o kterých by měla být každá žena informována a poučena. Citlivý přístup a empatické zacházení by měla být v případě ženy po porodu samozřejmostí, pozornější bychom měli být v tom případě, že tento stav přetrvává déle jak 14 dní po porodu. V tomto případě bychom měli vyhledat odbornou pomoc, protože z těchto stavů by se mohl vyvinout dlouhodobější depresivní stav.

Z výzkumu prováděného ve více než 2200 těhotenstvích je zřejmé, že 23 % sledovaných s bipolární poruchou prodělalo epizodu během těhotenství, kdežto 52 % až v období po porodu. Výzkum poukazuje na působení poporodních vlivů. U žen s unipolární poruchou mělo 4,6 % epizodu během těhotenství a 30 % v období po porodu. Výzkum tedy dokazuje, že epizody byly třikrát častější v období po porodu než během těhotenství a riziko bylo trvale vyšší u bipolární poruchy. Deprese byla nejčastější nemocí během a po těhotenství. U žen s velkými afektivními poruchami bylo riziko onemocnění mnohem větší během poporodního období než během těhotenství. Nemoc se týkala především deprese a byla silně spojena s mladším věkem na počátku onemocnění, bipolární poruchou a vysokými výskyty celoživotního výskytu (Viguera et al., 2011).

Psychické problémy bývají stejně časté jak v průběhu těhotenství, tak po narození potomka. Těžké deprese se objevují u 10 % žen v průběhu těhotenství a 12-15 % jimi trpí v období po porodu. U úzkostných poruch je tomu spíše naopak, jelikož více procent, a to konkrétně 15 %, jimi trpí v období před porodem, u 10 % se tyto poruchy objevují až po porodu (Ayers et al., 2015). Samotné hormonální a somatické změny po porodu a adaptace na novou roli matky způsobují změnu psychiky. Zatímco první dny po porodu se vyznačující pocity uvolnění, zvýšené sebevědomí v pozdějším období se může objevovat na přechodnou dobu vegetativní a emocionální labilita, jak uvádí Slezáková (2013).

Edinburská škála poporodních depresí (Edinburgh Postnatal Depression Scale) může pomoci jako nástroj k rozpoznání poporodní deprese. Až na základě výzkumu, který prováděla Katerina Dalton v porodnici, se došlo k závěru, že postpartum depression je závažnější a je potřebné její určení. Poté, co byl vydán článek v British Journal of Psychiatry, který se týkal stanovení standardů péče pro screening poporodní deprese, se zavedla Postnatale Depression Scale (EPDS) (viz příloha č. 2) jako standardní screeningový prostředkem pro zjištění PPD (Cox et al., 1987). Je však nutné dodat, že tento dotazník neslouží k určení úzkostné poruchy, fobie či poruch osobnosti.

Dalším možným nástrojem k posouzení, který slouží k diagnostikování deprese, se nazývá Screeningová škála poporodní deprese. U této škály máte k dispozici celkem 35 položek, kdy skóre 35-59 svědčí o normálním průběhu poporodní adaptace, skóre 60-79 poukazuje na mírnou poporodní depresi a skóre 80-175 svědčí na depresivní poruchu a vyžaduje psychiatrickou pomoc (Takács et al., 2015).

Je zřejmé, že při výskytu poporodní deprese, sehrává svou roli také spokojenost v manželském vztahu. Důkazem je toho výzkum z roku 2016 prováděný skupinou polských psychiatrů. Do jejich studie bylo zapojeno celkem 100 žen v prvním měsíci po porodu. Z výsledků prováděného výzkumu je zřejmé, že vyšší výskyt stavů emoční labilita, duševního zmatku, sebevražedných myšlenek, úzkosti a nejistoty se vyskytoval u žen, které byly s jejich vztahem méně spokojeny, ty, u kterých zaznamenaly sníženou úroveň intimity, hlubší pocit zklamání, zhoršené uspokojení sebe sama. Zároveň se nevyskytovala žádná souvislost se sociodemografickými faktory, jako jsou věk, úroveň vzdělání a místo pobytu. Výsledek nebyl ovlivněn ani počtem těhotenství, typem

porodu, stavem novorozence po narození či metodou kojenecké výživy (Malus et al., 2016).

Talová et al. (2014) zdůrazňují stabilní partnerský vztah a sociální podporu jako důležité prvky pro plynulý přechod ženy do role matky.

Roztočil (2017) klasifikoval psychický stav nedělky do tří stupňů, které mezi sebou mohou přecházet. První skupinu tvoří ženy, které z psychologického hlediska nevybočují z normálu netěhotné ženy. Tyto ženy prožívají pocit štěstí a spokojenosti a jsou dobře nastaveny na roli matky. Druhý stupeň označil jako poporodní blues, poté poporodní depresi a do poslední skupiny zařadil puerperální psychózy.

1.4 Poporodní blues

Tento syndrom se obvykle vyvíjí 3. až 6. den po porodu a může trvat 2 až 6 týdnů. Je charakterizován sníženou náladou, mentální a fyzickou únavou, úzkostí, podrážděností, plačtivostí, spánkovou poruchou. Někteří autoři ji popisují také jako emoční labilitu, kdy dochází od pocitů smutku k nárůstu pozitivní nálady. Někteří autoři interpretují tento blues jako přechodný fenomén, který může trvat několik dní nebo dokonce i jen několik hodin a může postihnout mezi 50 %-80 % nových matek. Ostatní autoři se shodují na procentu výskytu mezi 33,7 %-35 % žen (Koshchavtsev, 2008).

Podle Ratislavové (2008) je poporodní blues přechodná subdepresivní epizoda, která vzniká 3. až 6. den po porodu, nazývaná také baby blues či poporodní dysforie. Vyskytuje se mezi 50-70 % žen po porodu, u zbylého procenta žen se někteří autoři přiklání k názoru, že prožijí manickou formu toho stavu. Poporodní blues se nepovažuje za patologickou změnu v psychice ženy ale za přirozenou adaptační reakci, která vzniká po porodu a většinou mizí do 10. dne po porodu. Je provázena pocity podrážděnosti, úzkosti, plačtivosti, zmatenosti, únavy, neklidem, pocity nejistoty, někdy dochází ke střídání pocitů euforie s pláčem. Pokud však tyto stavy přetrvávají déle než 14 dnů, mohou být příznaky provázející poporodní blues považovány za příznaky vážnější poporodní deprese.

O přenesení dotazníku maternity blues pro populaci českých žen v časném poporodním období, popsání charakteristik české verze tohoto dotazníku, a především ověření její efektivity pro určení rizika poporodní deprese, se pokusil kolektiv autorů (Takács et al., 2016) z katedry psychologie. Česká verze tohoto dotazníku byla

testována na 1093 ženách. Dotazník ukázal postupné navyšování procent žen s poporodním blues do 4. dne po porodu ze 7,3 % na 14,55 %. Jako nejčastější stavy, které ženy po porodu prožívaly, se ukázala únava (61 % žen), nejistota a snížená sebedůvěra (30 % žen), přecitlivělost (26 % žen) a tenze (19 % žen); pocity skleslosti a smutku udalo 6,5 %. Mezi významné ukazatele, které hrály roli při silných poporodních blues, patřily skutečnosti, zda se jedná o prvoroďičku či víceroďičku, typ porodu a také deprese v anamnéze ženy. Studie tedy potvrdila fakt, že dotazník Maternity Blues Questionnaire (MBQ) je vhodný nástroj pro screening poporodních blues s využitím v klinické praxi i ve výzkumu k identifikaci žen se silnými blues a s vyšším rizikem poporodní deprese.

1.5 Poporodní deprese

Pojem poporodní deprese by podle Pařízka (2008) neměl být z psychiatrického hlediska používán, proto se často užívají slova jako splín či sklíčenost. Není tomu tak dávno, kdy se považoval poporodní splín jako výmysl rodiček, dnes se však pohled na tento problém změnil, a nebere se na lehkou váhu. Při ignorování projevu spojených s prožíváním sklíčenosti může v horších případech končit i smrtí, sebevraždou matky nebo ublížením dítěte.

Definice perinatální deprese se liší od ostatních forem deprese pouze z hlediska časování. Klinicky je však PPD často diagnostikována v okamžiku, kdy se objeví příznaky během 12 měsíců po narození (DelRosario et al., 2013).

Hlavní roli při poporodní depresi hraje jednak pozadí psychické ale také fyziologické. Na pozadí vzniku stojí až padesátinásobné snížení množství hormonů, dochází k odeznění prvotní euforie, přetrvávající slabost ženy (Wessels et al., 2009).

Jak uvádí Tomáš (2014), ženy mají větší dispozice k poruchám nálady, zvláště pak k depresím, častěji trpí poruchami štítné žlázy, užíváním antikoncepce, okolnosti spojené s menstruačním cyklem a s tím vším související hormonální nerovnováha může u mnoha žen způsobit tzv. poporodní skleslost neboli post partum blues. Vliv na vznik mají také faktory genetické. Deprese je častější u mnoha somatických chorob, jako jsou metabolické, endokrinní poruchy, infekční choroby, degenerativní nemoci, stavy po mozkových příhodách.

Také Jedličková (2008) uvádí, že jsou ženy obecně geneticky náchylnější ke vzniku deprese oproti mužům. Prevalence mezi dospělými je 5-9 % u žen a 2-3% u mužů s tím, že některé zdroje uvádějí u mužů 9-20 %. Až 42 % mužů postihuje deprese v případě, že jejich ženy trpí poporodní depresí, v tomto případě se pak hovoří o mužském šestinedělí, kdy otec přebírá nové role, povinnosti a zodpovědnost stejně jako žena.

Náhlá změna hladiny hormonů je to hlavní, co ovlivňuje psychiku matky v prvních dnech po porodu. Poporodní deprese se objevuje obvykle mezi 2. a 6. týdnem po porodu s trváním až 2 let, bývá popisována jako ochromující porucha nálady, která ženě může způsobit úzkost a zmatek (Zauderer, 2009). Poporodní deprese představuje závažnou a potencionálně život ohrožující psychickou nemoc, která se může vyskytovat v jakémkoliv období po ukončení těhotenství, ať už se jedná o potrat (tzv. postaborční syndrom), mimoděložní těhotenství nebo spontánní či operativní porod. Samotným těhotenstvím a porodem dochází k zásahu do fungování organismu, dochází k změně aktivace hormonů, mění se stav vnitřního prostředí. Tím, že dochází zároveň ke kombinaci stresu, stává se žena náchylnější ke vzniku některého typu deprese (Jedličková, 2008).

Dalším stresujícím faktorem je podle Talové (2014) spánková deprivace matky, která se objevuje běžně, ale ne vždy musí u matky přítomna. Důvodem je, že novorozencům chybí cirkadiánní rytmus. Průměrně trvá 12 týdnů, než si dítě dokáže nastavit vlastní cirkadiánní rytmus. Tato spánková deprivace poté může negativně navazovat na psychickou nepohodu laktace.

Studie prováděná ve Švédsku se snažila zjistit, zda se liší osobnostní rysy žen s poporodní depresí od zdravých žen po porodu. Výzkumu se zúčastnilo 45 žen s depresí po porodu a 62 zdravých žen. U depresivních žen byla zjištěna vyšší míra HA v překladu vyhnutí se poškození, oproti nižší míře SD, tedy sebeovládání, což souvisí se sníženou schopností přizpůsobit chování podle situace. Ženy s poporodní depresí dosahují v ukazatelích celkové podobnosti jako ženy s významnou depresí. Vysoká hladina HA a nízká hladina SD se mohou považovat za faktory zranitelnosti při vývoji deprese, a zvláště při stresové události, jako je porod (Josefsson et al., 2007).

Podle kanadské studie je důležitým faktorem souvisejícím s poporodní depresí místo pobytu. Výzkumu, který se touto spojitostí s místem bydliště zabýval, se zúčastnily ženy žijící ve venkovských oblastech, v městysích a poslední skupinu tvořily ženy

z větších měst. Převaha poporodní deprese byla vyšší u žen, které žijí v městech (Vigod et al., 2013).

Jak uvádí americké psychologického sdružení APA (2015), je běžné, že žena může po narození dítěte prožívat pocity smutku, úzkosti, osamělosti, únavy, někdy však může docházet k vážnějším poruchám nálady označované jako poporodní deprese PPD neboli postpartum depression. Zdůrazňuje však fakt, že na rozdíl od baby blues však PPD samo nezmizí, může trvat i mnoho týdnů nebo měsíců především pokud zůstane neléčeno. Je nebezpečná také v tom, že může ovlivňovat schopnost matky postarat se o sebe sama, a především pak zajištění péče o dítě. Při prvních příznacích by měla žena vyhledat pomoc psychologa, kontaktovat svého lékaře, přátelé a příbuzné. Důležitou součástí řešení je také své pocity rozebrat s partnerem, popřípadě s jinými matkami či příbuznými. Velkou roli hraje dostatek spánku nebo odpočinku i v případě, že musí matka požádat o pomoc s dítětem. V žádném případě by však neměla vyčkávat. Měla by učinit opatření a vyhledat léčbu, jakmile zaznamená některý z těchto fyzických nebo emočních příznaků, protože PPD se může začít bez léčby zhoršovat.

Jak upozorňuje Takács et al. (2015), může být součástí klinického obrazu poporodní deprese také výskyt obsedantních myšlenek, kde se vtíravé myšlenky neboli obsese týkají nejčastěji zdraví novorozence a vše může vypsět až do heteroagresivní obsese spojené s ublížením dítěti spolu s obavami ze ztráty kontroly s následnou realizací toho, že se matka může kojenci vyhýbat a zanedbávat péči o něj.

Podle Praška (2009) se ve výjimečných případech může objevit psychotická deprese, kdy u matky dochází ke ztrátě kontroly s realitou a převládá u ní představa, že dítě je podvrženo, ďáblové a podobně. V těchto případech je pak nutná urgentní hospitalizace, jinak jsou matka i dítě v ohrožení života. DelRosario (2013) upozorňuje na výskyt a postupný vývoj paranoidních, bizarních iluzí, změny nálad, zmatené myšlení, neorganizované chování. V mnoha případech je poporodní psychóza projev bipolární poruchy.

1.5.1 Dělení poporodní deprese

Pod pojmem poporodní deprese obvykle spadá tzv. velká i malá deprese, tyto dva typy se odlišují svou závažností i prognózou a jejichž kombinovaný výskyt dosahuje 7 %-15 % v prvních třech měsících po porodu. Celková incidence poporodní velké

deprese v prvních třech měsících po porodu je 5 %-7 %, což znamená, že ženy po porodu mají četnost velké deprese podobnou, jaká je v celé populaci. V některých případech však existují rizikové faktory, které četnost poporodní velké deprese u žen výrazně zvyšují. Podle provedených studií se objeví poporodní velká deprese u 25-50 % žen, které ji prodělaly po předchozím porodu, anamnestický údaj o poporodní depresi je tedy nejsilnějším rizikovým faktorem (Kathryn et al., 2011).

Poruchy chování a duševní poruchy, které jsou spojené s psychiatrií, dělíme na mírné, závažné, jiné a nespecifikované. Tradiční poporodní psychiatrické poruchy jsou klasifikovány jako těhotenské blues, puerperální psychózy a postnatální deprese. Škála postnatálních jevů je však velmi široká, ať už se jedná o přechodné labilitu nálady, podrážděnost, vyčerpanost, výrazné vzrušení, bludy, zmatek, deliria. Neléčené psychiatrické poruchy mohou mít dalekosáhlé následky jak pro rodinu, tak negativně ovlivňují vzájemný vztah mezi matkou a dítětem, důležitá je proto včasná diagnostika a následná léčba (Rai et al., 2015).

Z pohledu gynekologicky porodnického, jak uvádí Jedličková (2008), přechovává rozdělení na poporodní blues, poporodní deprese a poporodní psychózy, které se odlišují v závažnosti příznaků. Nejsilnější deprese se objevují po porodu. V rozmezí od dvou týdnů do jednoho roku po porodu se začínají objevovat ty méně intenzivnější.

1.6 Poporodní psychózy

Jak uvádí Earls (2010), poporodní psychóza postihuje přibližně 1 až 3 matky z 1000 porodů a vyskytuje se nejčastěji během prvních 4 týdnů po porodu. Matky s poporodní psychózou jsou vážně narušeny a mohou mít paranoiu, změny nálady, halucinace, bludy, sebevražedné a vražedné myšlenky. Jde o závažný stav, kde je potřeba okamžitá lékařská péče a obvykle hospitalizace. Preexistující bipolární porucha je rizikovým faktorem pro rozvoj poporodní psychózy.

Dle Ratislavové (2008) se poporodní psychóza vyskytuje většinou v prvním týdnu po porodu a vyskytuje se u 0,1 % až 0,2 % nedělek. Při rozvoji psychotické reakce se často objevují akutní projevy s bouřlivým průběhem, jako je například mánie, schizofrenie, schizoafektivní psychóza. V opačném případě se u matky objevují stavy bezmoci, neschopnosti postarat se o dítě, plačtivosti, v některých případech může být i paranoidní. Nebezpečné mohou být sluchové halucinace a bludy, které se vztahují

k dítěti nebo porodu. Může pak docházet k poškození sebe sama nebo ublížení dítěti. Velkou roli při rozvoji této psychózy hraje náchylnost k psychotickým onemocněním, spouštěcím faktorem se stává somatické, psychické a hormonální zatížení porodem.

Poporodní psychózy nebo také tzv. puerperální psychózy lze podle Izákové (2013) rozdělit na časně, které vznikají krátce po porodu často ještě v období, kdy se nachází matka v porodnici a pozdní, které se vyvíjejí pomaleji a v minulosti byly také označovány jako laktační psychózy. U časných psychóz dominuje amentně delirantní syndrom, kde se vyskytují sluchové a zrakové halucinace, paranoidní bludy, zmatenost a vyskytovat se mohou i katatonické příznaky. Tyto symptomy mají během dne undulující charakter. U pozdních bývá přítomen amentně-delirantní průběh, typické jsou bipolární a schizofrenické podtypy. Tyto poruchy je diferenciaciálně diagnosticky obtížně odlišit od porodem provokovaných endogenních duševních poruch, jako je například schizofrenie či bipolární afektivní porucha. Vždy záleží na průběhu. Poporodní psychózy se mohou projevit pouze jedenkrát nebo po každém porodu. Například incidenci rekurence poporodní psychózy je až 20 % v dalším poporodním období. Z hlediska rekurence psychotického onemocnění v průběhu dalšího života pacientky se uvádí až 90 % výskytu.

1.7 Posttraumatické stresové poruchy

Tímto termínem se rozumí souhrn různých poruch chování a prožívání, spadají sem i somatické reakce jako například poruchy spánku, třes, nevolnost, které vznikají důsledkem velmi stresového prožitku, které přesahuje běžnou lidskou zkušenost. Důležitý je ale fakt, že tyto příznaky mohou propuknout až po delším časovém úseku od prožité krize (Vitoušová, 2007).

Tato porucha se může objevit jako následek komplikovaného, ale i na první pohled bezproblémového porodu, po spontánním potratu, předčasném porodu či porodu mrtvého plodu. Může se také objevit po invazivních lékařských zákrocích či bolestivých prožitcích. Mezi typické příznaky patří vzpomínání na událost, noční můry, vyhýbání se situacím, které událost připomínají, podrážděnost, nespavost, emoční otupělost či nespavost a deprese. Ženy, které trpí touto poruchou, se mohou začít vyhýbat novorozenci, jejich vztah k dítěti je narušený, trpí sexuálními poruchami a mohou se také vyhýbat sexuálnímu kontaktu s partnerem (Takács et al., 2015).

Posttraumatická stresová porucha se nejčastěji objevuje u žen, které nedokázaly dítě donosit, nebo došlo po porodu k úmrtí dítěte. Často také dochází k nástupu PTSD v případě, že byl porod pro ženu velmi bolestný. Ojedinelé nejsou ani případy, kdy hlavním spouštěčem PTSD byly okolnosti běžného života jako například tragédie v rodině (Talová, 2014).

Prováděný výzkum dokazuje také fakt provázanosti partnerské podpory ve vztahu k symptomům posttraumatického stresu a poporodní deprese u párů v prvních 3 měsících. V tomto výzkumu bylo prováděno dotazníkové šetření týkající se pocitu úzkosti, symptomu akutního posttraumatického stresu a vnímání podpory partnera. Výsledky ukázaly, že symptomy byly v rámci párů významně spojeny. Symptomy akutního traumatu u mužů předpovídaly následné symptomy posttraumatického stresu svého partnera. Menší pozornost a nespokojenost s podporou partnerů byly spojeny s vyššími úrovněmi poporodní deprese a posttraumatického stresu (Illes et al., 2011).

1.8 Léčba poporodní deprese

Pokud má žena pocit, že se u ní projevy poporodní deprese objevily, měla by začít mluvit o tomto problému se svým okolím, především se svým partnerem, jak uvádí Pařízek (2008).

Terapie často zahrnuje hospitalizaci, farmakologickou léčbu a důležitou součástí je spolupráce s dalšími členy rodiny (Kašpárek, 2011). DelRosario (2013) poukazuje při léčbě poporodní deprese na možnosti farmakologie, psychologické terapie a další terapeutické přístupy dostupné pro léčbu PPD. Poradenství nebo používání léků jsou často považována za první jemnou terapii s dalšími možnostmi jako adjuvantní terapie. Psychologické nebo psychosociální možnosti psychoterapie je účinná léčba PPD, zvláště u žen s mírně až středně závažnými příznaky.

Jak uvádí Praško (2009) v dnešní době spočívá příčina deprese v kombinaci působení mnoha příčin. Některé jsou vrozené, zděděné, jiné jsou způsobeny vlivy prostředí, životosprávou, kterou si zvolil, událostmi, které prožil a sociálním prostředím, ve kterém se vyskytuje.

Vždy je důležité mít na paměti, že u ženy trpící poporodními depresemi, mohou ublížit na zdraví sobě nebo i svému dítěti. Proto matky i jejich děti a rodiny potřebují specifickou komunitní ošetrovatelskou péči (Lorenzová et al., 2016).

Důležité je, aby žena problém neřešila sama, neuzavřela se do sebe, ze všeho nejvíce potřebuje v této situaci pochopení okolí, schopnost vcítit se do situace. Pokud se ženě nedaří ani nadále minimalizovat negativní pocity, měla by využít možnosti konzultace s odborníkem. Když se nedaří ani nadále snižovat negativní pocity provázející poporodní deprese, jsou na řadě antidepressivní léky, které potlačují pouze příznaky, neznamená to tedy vyléčení (Pařízek, 2008).

Neméně důležitá je také úloha porodní asistentky, porodní asistentka je první odborník, se kterým se žena po porodu setkává, proto je třeba vytvořit s matkou důvěryhodný vztah pomocí podpůrné a otevřené komunikace. Sleduje u matky všechny patologické psychické projevy, na které může posléze upozornit lékaře. Matka by tak domů měla odcházet s novorozencem dobře připravená s možností obrátit se kdykoliv na porodní asistentku, zdravotní sestru, gynekologa či laktační poradkyni (Ratislavová, 2008).

Jak uvádí Sedlářová (2008), péče o novorozence vyžaduje péči sester a celého ošetrujícího týmu, věnujeme se mu od prvních okamžiků po narození až do doby propuštění z porodnice. Sledujeme jeho adaptaci na nové prostředí, vývoj a uspokojujeme jeho potřeby. U matky během jejího setrvání v porodnici upevňuje zdravotnický personál citové pouto mezi ní a dítětem.

1.8.1 Farmakoterapie

Kolem 3,7 % těhotných žen užívá antidepressiva v 1. trimestru. Většina medikace psychotropního rázu je schopna procházet placentou, proto je důležité zvažovat rizika léčby antidepressivy během těhotenství. Prvotní volbou lékaře by měla být kognitivně-behaviorální terapie. Jedná se o zcela bezpečnou formu terapie (Talová, 2014).

Výhodou u farmak je rychlý nástup účinků, větší spolehlivost ve snížení a v prevenci co se týká atak (Kosová, 2010).

Mírnější a středně těžké formy deprese se léčí psychoterapeuticky, u těch závažnějších je potřeba podávat antidepressiva v kombinaci s intenzivní psychoterapií. Příznaky poté odeznívají za 3 až 14 měsíců (Ratislavová, 2008).

K léčbě depresivní poruchy se volí často možnost psychoterapie a podávání psychofarmak, popřípadě kombinace obou možností. Z pohledu bezpečnosti

antidepresiv tak nejvíce studií bylo provedeno s léčivými ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), proto se jejich působení na plod považuje za nejlépe prozkoumané. Z pohledu vývoje nervového systému u dítěte po narození, nebyla prokázána škodlivost podávání léčiv ze skupiny SSRI, naopak bylo konstatováno, že neléčená deprese u matky nepříznivě ovlivňuje vývoj dítěte v předškolním věku. Podávání léčiv ze skupiny SSRI během laktace způsobuje poměrně nízkou hladinu v organismu kojenců. Podle některých doporučení je z tohoto hlediska výhodným léčivem v laktaci sertralin. Je důležité mít na paměti, že riziko neléčené deprese lze vnímat jako větší než případné riziko, které může přinést léčba (Maršálek, 2007).

Také DelRosario (2013) poukazuje z farmakologických možností především na inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) jako prvotní volbu pro poporodní depresi. Do této skupiny patří např. fluoxetin, sertralin, citalopram, escitalopram a fluvoxamin (Kostyuk, 2009). Tricyklická antidepresiva jsou dobře studována a prokázala účinnost u mnoha případů. Nicméně zůstávají léky druhé řady z důvodu obav o bezpečnost, jako je riziko předávkování. Třetí třídou léčby je hormonální terapie. Protože může přispět k poporodnímu poklesu hladin estrogenu, je potřeba však více dat před klinickým doporučením (DelRosario, 2013).

1.8.2 Psychoterapie

Nejvíce úspěchů u psychoterapie je zaznamenáno v kognitivně – behaviorální terapii. Kognitivně behaviorální terapie má zase výhodu ve snižování vyhýbavého chování, nevyskytují se nežádoucí účinky a závislosti, učí pacienta novým dovednostem a sebedůvěře, snižuje návrat k relapsu a po jejím přerušení nedochází k rozvoji syndromu z vysazení (Kosová, 2010).

Při kognitivně-behaviorální terapii vzniká chování na základě myšlení, pacient tedy na základě rozhovoru dostává behaviorální úkoly. Jedná se o terapii časově omezenou a zaměřenou na konkrétní cíl (Dušek et al., 2015). Tato terapie staví na mínění, že člověk se depresivnímu myšlení učí sám, a proto je možné tento způsob myšlení postupně přeučit na konstruktivní. Způsoby, které se během terapie naučí, mu pak zůstávají (Praško, 2009).

Podle Talové et al. (2014) je psychoterapie u úzkostných poruch v těhotenství i v poporodním období prozatím nejúčinnější léčbou. Důvodem je, že nedochází k zatěžování ani ženy, ani dítěte a mívá zpravidla stabilnější výsledky než farmakoterapie. Účinky psychoterapie mohou být také velmi ovlivněny tím, zda bylo dítě chtěné či nechtěné. Některé ženy proto vyžadují dlouhodobou psychoterapeutickou péči.

U gravidních žen chybí dostatečně průkazné studie o účinnosti psychoterapie, v případě deprese v poporodním období jsou však prokázány účinky, jak uvádí Maršálek (2007).

Účinnost psychoterapie u depresí, které probíhají lehkým nebo středně závažným obrazem dokládá i Praško (2009). Potvrzuje, že psychoterapeut napomáhá opravit naše depresivní myšlenky, porozumět našim vztahovým problémům, pomůže nám v řešení každodenních problémů, je to lidský průvodce, které nás vede k tomu postupně rozumět všem souvislostem. Tzv. podpůrná psychoterapie by měla být prováděna nejen psychology a psychiatry, ale měla by být prováděna také lékaři a zdravotními sestrami, kteří mají odborné znalosti. K jejím základním rysům patří naslouchání, vcítění, podpora, vedení, podávání informací, vysvětlení, povzbuzení, umožnění vyjádřit emoce, které člověk prožívání.

Velmi přínosnou může být také psychoterapeutická pomoc zdravotníky. Při vzdělávání všeobecných sester je kladen důraz na odbornost, oblast psychoterapeutických dovedností a komunikačních dovedností zůstává však na okrajových částech vzdělávání, přestože především praktická zkušenost z poznávání a porozumění sebe sama i psychického prožívání nemoci pacientem, je to, co nelze ničím nahradit. Psychoterapeutická pomoc a psychoterapeutické přístupy je velmi účinná metoda, jak může zdravotník pomoci nejen v subjektivním prožívání pacienta, ale můžeme jím ovlivnit i vlastní průběh nemoci. Cílem psychoterapie a psychoterapeutického přístupu je vrátit nemocnému jeho důstojnost, sebeúctu a respekt. Je důležité vytvořit atmosféru spolupráce, aby se pacient sám v co největší míře aktivně podílel na procesu léčby, a zároveň je pro pacienta velmi důležitý pocit jistoty, že nestojí proti svým obtížím osamocen. Proto je v dnešní době možné absolvovat certifikovaný kurz pod názvem psychoterapeutické přístupy, který je určen všeobecným sestram i porodním asistentkám, které pak mohou pomoci v psychoterapeutických přístupech ke klientovi, jak uvádí Jičínská (2007).

1.8.3 Další možnosti terapie

Další možností, která by podle Pastuchy (2007) neměla zůstat opomíjena, patří anaerobní cvičení. Uvádí, že v běžné klinické praxi, se tělesná aktivita využívá především jako přídatná terapeutická metoda, její výhoda spočívá v tom, že kromě minima nežádoucích účinků (při správné indikaci a volbě parametrů) má i pozitivní vliv na další komorbidní somatická onemocnění a zároveň může vést k úspoře nákladů na léčbu. Ve většině dosavadních studií byla v léčbě deprese využívána aerobní fyzická aktivita jako běhání, jízdy na rotopedu nebo chůze. Jako účinná se však jeví rovněž pohybová aktivita anaerobní, a to charakteru posilování.

Jak dokládá Honzák (2010) ve výzkumu, který sledoval 71 vybraných matek ze 731 matek dětí, které byly starší než jeden rok a mladší než 4 roky, u nichž byla nejprve screeningem a posléze klinickým vyšetřením zjištěna deprese, se zaměřením na depresi zvolila možnost kognitivně behaviorální terapie (KBT) v první skupině matek a u druhé skupiny byla zajištěna standardní péče, která spočívala v odkázání na sociální pracovnice. Jak dokládá výzkum, matky v obou skupinách vykázaly zlepšení, ale jen u skupiny KBT byl patrný také pokles problémů vycházejících z chování dítěte. Zároveň uvádí, že u některých matek může být také užitečná rodinná terapie.

Rodinnou terapií se podle Roubala (2008) rozumí terapeutický přístup, který se zaměřuje na změnu interakcí mezi členy rodiny a snaží se o zlepšení fungování rodiny jako celku nebo jeho subsystémů zároveň s fungováním individuálních členů rodiny. Mezi další možnosti terapie uvádí psychoanalytickou psychoterapii a především psychoanalýzu, která se zaměřuje na ovlivnění osobnosti depresivního pacienta a nezaměřuje se primárně na zmírnění symptomů. Klíčový význam však připisuje raným mezilidským vztahům, a to především kvalitě vztahu mezi matkou a dítětem. V psychoanalýze se snažíme narušit bludný kruh deprese zaměřením na osobnostní strukturu pacienta. Autor pak potvrzuje, že krátká psychodynamická psychoterapie má stejné účinky jako kognitivně behaviorální terapie. Papežová (2010) poukazuje na účinnost interpersonální terapie, která byla vytvořena pro léčbu deprese. Tato terapie zahrnuje 3. fáze. Ve fázi první dochází k identifikaci vztahových problémů, které vedly ke vzniku potíží. Fáze druhá uzavírá terapeutickou smlouvu o řešení interpersonálních problémů. V poslední fázi dochází k vyústění a ukončení terapie.

U hlubokých depresí odkazuje Raboch et al. (2009) na účinky elektrokonvulzivní léčby. Tato léčba patří mezi nejúčinnější metody léčby deprese. Provádí se v celkové narkóze, kdy dochází k elektrické stimulaci určitých oblastí mozku pomocí elektrod přiložených na kůži hlavy. Následně dochází k elektrické synchronizaci v mozku.

Dle Anokye et al. (2018) se jako velice účinná jeví také psychosociální intervence, mezi které můžeme zařadit podpůrné skupiny. Návštěva této skupinové terapie může dát matkám pocit naděje tím, že si uvědomí, že nejsou na všechno samy. Skupina může matce pomoci naučit se strategii zvládnání a nabízí jí podporu. Zároveň poskytuje matkám i párům možnost vyjádřit potřeby a obavy, které vyvstaly. Důraz je v této terapii kladen především na mezilidské vztahy a nově vzniklé role, které doprovázejí rodičovství než na samotnou depresi. Studie, kterou Anokye et al. (2018) prováděl ve Velké Británii, je důkazem toho, že tři krátké návštěvy v této podpůrné skupině byly úspěšné pro navrácení fyziologického stavu u žen, které trpěly PPD.

1.9 Dopad deprese po porodu na vývoj dítěte

Potenciální dopady poporodní deprese na duševní a fyzické zdraví matka a její dítě mohou být hluboké a celoživotní stejně jako preventivní péče a péče o zdraví často nadcházející během několika prvních kritických měsíců života, uvádí Joy (2017). Při depresi matky po porodu dochází k narušení kvality připoutávající vazby, jak zdůrazňuje Honzák (2010). Poukazuje na to, že matka pak není schopna se pozitivně projevit, hrát si s dětmi, číst jim či zpívat. Problém pak nastává také s běžnou péčí, což se dlouhodobě může projevit při vyžadování kázně či vytváření návyků. Když matka nereaguje dobře na potřeby dítěte, dítě nereaguje dobře na matku, což zvedá úroveň úzkosti, agrese a dalších nepříznivých emocí.

Výzkum prováděný americkým psychiatrickým sdružením se zaměřuje na skutečnost negativního působení poporodní deprese na vývoj dítěte. Dle prováděného výzkumu dokáží deprimované matky hůře vyjádřit radost směřující k jejich dětem a častěji vyjadřují negativní výraz v mimice obličeje. Kromě toho matky s příznaky deprese častěji přeruší kojení již brzy v poporodním období. Tato včasná porucha vazby mezi matkou a dítětem může mít hluboký dopad na vývoj dítěte. Děti matek s poporodní depresí mají častěji problémy s chováním ve smyslu potíží při spánku a jídle, hyperaktivity, záchvatů vzteku, zpoždění v kognitivním vývoji, v emočním a sociálním vývoji a rychlejší začátek depresivních onemocnění. Děti u depresivních matek navíc

ukázaly mírněji zvýšený přírůstek hmotnosti po šesti měsících života, což může vést k vyššímu riziku obezity v pozdějším věku. Americká pediatriká akademie (AAP) uvedla, že více než 400 000 dětí narozených každý rok je narozeno depresivním matkám (Joy, 2017).

U žen, které trpí poporodní velkou depresí, se mohou objevovat sebevražedné myšlenky nebo nutkavé myšlenky, které vedou k tomu ublížit svému dítěti. Pokud s nimi tento problém blíže nikdo neřeší, obvykle se s těmito myšlenkami nikomu samy nesvěří. Proto je vhodné využít psychoterapii spolu s nasazením antidepresiv při středně těžké a těžké poporodní depresi. Pokud není velká poporodní deprese léčena, může vést k narušení pouta mezi matkou a dítětem. Může vést ke zpomalení růstu a vývoje dítěte a ke zvýšenému riziku vzniku úzkostných a depresivních příznaků u dítěte v pozdějším životě (Kathryn et al., 2011).

Také psychická nepohoda těhotné ženy či příznaky psychické poruchy mohou podle Talové et al. (2014) ovlivňovat vývoj dítěte. Uvádí se tři možné důvody: mohou mít přímý efekt na dítě, které je dáno psychickým onemocněním matky, nepřímý dopad rodičovského onemocnění na interpersonální vztahy a přítomnost problematiky běžně spojované s psychickým onemocněním.

Děti, které žijí v depresivním prostředí, se pravděpodobně projeví narušením sociální interakce a zpožděním ve vývoji. Osvojování si jazyka závisí na počtu slov, které rodina používá, dále na hraní, mazlení se s dítětem, se v rodině depresivní matky tyto interakce s dítětem vyskytují méně často. Už u dítěte starší 2 měsíce se dá rozpoznat deprimovaná matka, a to menší závislostí na věcech, sníženou aktivitou, kojenci jsou ohroženi narušeným prospíváním a vývojovým zpožděním. Takové děti jsou ohroženy pozdějšími poruchami chování a problémy s chováním. Deprese u matek narušuje dovednosti rodičů a může ovlivňovat pozornost a úsudek při bezpečnosti a ochrany zdraví dětí. Důležitá je také zmínka o otcovské depresi, která se odhaduje na 6 % a častá je návaznost na depresi matky. Míra otcovské deprese je vyšší, když má matka poporodní depresi, což ovlivňuje účinky na děti (Earls, 2010).

Výzkum prováděný Vaever et al. (2015) dokazuje, že kojenci depresivní matky vykazovali obecně nižší hladiny aktivity během interakce s jejich matkou. Důvodem snížené aktivity může být vysvětlení, že kojenci deprimovaných matek převezmou

depresivní chování jejich matek. Současně může snížená aktivita pohledu také odrážet sníženou úroveň aktivity u matek.

1.10 Ohrožení vztahu matky a dítěte

Dobrý psychický stav těhotné a rodící ženy se podle Zacharové (2014) pozitivně podílí na fyziologickém průběhu gravidity a porodu a má následně velkou měrou vliv na samotná psychosomatický stav novorozence. Jak zdůrazňuje Delavari et al. (2017), je důležité také klást větší důraz na přípravu těhotných žen na přijetí jejich nové role matky, aby se zvýšil vztah mezi matkou a novorozencem a následně se snížila deprese po porodu. Důkazem toho je i teorie vazby mezi matkou a plodem, která byla navržena v 70. letech 20. století.

Problémem je také časná separace novorozence od matky, která je u nás způsobená ošetřováním obou odděleně. Z psychologického hlediska tato separace zásadně negativně ovlivňuje navázání vztahu mezi matkou a dítětem a z hlediska fyziologického ohrožuje zahájení laktace. Období po porodu je z hlediska psychologie velmi citlivé, především pak čtvrtá doba porodní, tzv. bonding (připoutání k matce, hlavně prvních 12 hodin po porodu, okamžité přiložení dítěte k matčinu prsu bezprostředně po porodu). Prožívání pocitu kontroly nad porodním procesem závisí na podpoře rané vazby mezi matkou a dítětem. Podle závěrů pozorování odborníků z oblasti klinické psychologie se u nás při narození dítěte stále staví do popředí nutnost hygieny a klasické zdravotnické postupy, které způsobují separaci dítěte od matky před psychologickými potřebami matky a dítěte. Personál provádí ošetřování, které je dáno strachem o novorozené dítě a provádí zajišťování základních fyziologických potřeb (např. potřeby tepelné pohody) technickými postupy (vyhřívané podložky) namísto využití tepla z matčina těla a podporování vzájemné vazby matky a dítěte (bonding). Mateřské chování přitom stimuluje i oční kontakt matky s dítětem (Zacharová, 2014).

Existuje podstatné a stále se rozšiřující výzkumy o emocionálním vztahu, který se rozvíjí mezi matkou a jejím dítětem. Kvalita vztahu mezi matkou a dítětem je rozhodující pro podporu vývoje dítěte. Jejich vztah závisí na způsobu, jakým dítě odpovídá potřebám a schopnost reagovat, na poskytování potřebných zkušeností matce a emocionálním působení jejich interakcí. Článek se snaží poukázat na důležitost tzv. Dyadické emoční dostupnosti (EA). Operační proces sdílených emočních procesů

odkazuje na kvalitu emočních výměn mezi matkou a jejich dětmi. Emocionální dostupnost se hodnotí pomocí pozorování a hodnocení interakce matky a kojence.

Studie dohromady vytvářejí EA jako důležitý faktor ve vztazích matky a dítě, které lze spolehlivě posoudit pomocí Emocionální dostupnosti (Bornstein, 2012).

1.11 Faktory ovlivňující budoucí vývoj dítěte

Většina psychických problémů vzniká v raném dětství, a to při porodu anebo před ním zmiňuje Rheinwaldová (2014). Na všem se podílejí vlivy genetické, spolu s vlivy prostředí a výchovy na osobnost dítěte, a to už ode dne početí. Vzájemný vztah dítěte a rodičů (bonding), především k matce, podle nejnovějších studií začíná už ve chvíli početí. Zvláště důležité je duševní a fyzické zdraví matky. Dalšími důležitými faktory jsou manželský vztah a rodinná situace. Ke zdravému vývoji dítě potřebuje stimulaci, pozornost, pocit bezpečí, lásku a obohacené prostředí.

Také Ratislavová (2008) potvrzuje, že byl zjištěn důležitý vztah mezi nechtěným otěhotněním a sníženou sociabilitou a zvýšeným rizikem schizofrenního onemocnění u nechtěných dětí. Důležitou stránku tvoří podpora rodičky, a to nejen ze strany porodní asistentky, ale důležitá je také podpora blízké osoby, se kterou se rodička cítí dobře.

Pro interakci matky a dítěte je pro vývoj nejlepší, pokud mezi matkou a dítětem funguje tzv. synchronie pozornosti a afektu, který je definován jako „žádoucí soulad navzájem zaměřené pozornosti a společně sdílených emocí“, jak uvádí Langmeier (2013).

Důležitým prvkem je také komunikace, která nastává mezi matkou a plodem, protože již před narozením se vytváří určitý dialog mezi matkou a dítětem. Tento dialog se po narození rychle rozvíjí ve smysluplnou neverbální komunikaci, jak dodává Langmeier et al. (2013). Podle Hoskovcové et al. (2009) především kvalitní a bezpečný vztah mezi matkou a dítětem pomáhá dítěti si vybudovat důvěru ve svět a vytvořit si vztah jistoty a bezpečí, což je spolu s vrozenými dispozicemi a temperamentem důležitý základ psychické odolnosti jedince. K psychické odolnosti dítěte je zároveň důležité přijetí temperamentu dítěte a vytváření specifického pevného vztahu mezi dítětem a pečující osobou. Nejvýhodnější podmínkou vývoje dítěte je, pokud má od počátku jednu osobu, která se mu věnuje s nerozdělenou pozorností, která se nechává vést svým potěšením a empatií. Pokud je však matka citově chladná a odmítavá, nebude se dítěti dostatečně věnovat a nebude na něj přiměřeně reagovat,

bude dítě ve vztahu k ní nejisté a nebude vědět, co může očekávat. Při tomto stavu bude dítě nejisté ve vztahu k sobě a bude se považovat za bezcenné a neschopné. Zafixovaná představa matky i vlastní osoby se stane základem dalšího očekávání a bude mít vliv nejen na chování dítěte, ale také na jeho psychosociální vývoj, jak zdůrazňuje Vágnerová (2012). Zároveň je pro dítě důležitá mezilidská interakce, tedy jeho socializace, začleňování do společnosti, prostřednictvím kterého se dítě učí. Důležitý je přitom vztah matky a dítěte, který je, pokud správně funguje, pro dítě také zdrojem pocitu bezpečí a jistoty, jež ovlivňuje rozvoj osobnosti dítěte. Jak upozorňuje také výzkum Dila Top et al. (2016), neméně důležitá je i role otce, kdy bylo v této souvislosti zjištěno, že otcovská deprese v prenatálním a poporodním období ovlivňuje negativně péči o dítě a vazbu a tyto děti měly depresi, úzkost, hyperaktivitu, behaviorální / emocionální poruchu nebo psychiatrické problémy v budoucnu.

Prenatální a poporodní psychické strádání matky působí dle Kingstona (2012) především na těchto 5 oblastí dětského vývoje. Jedná se o celkové, poznávací, behaviorální, sociálně emocionální a psychomotorické působení.

1.11.1 Bonding

Potřeba dítěte nacházet se po porodu v blízkosti matky je určena jak s potřebou biologické homeostázy, tak potřebou bezpečí a citového zázemí. Novorozenec má schopnost rozlišit hlas své matky od hlasu cizí ženy a při poslechu matčina hlasu se zklidňuje. Dále rozpozná svou matku podle vůně. Novorozenci, kteří měli během první hodiny po porodu kontakt s matkou „kůže na kůži“, byli i po třech měsících po porodu klidnější, více se smáli a méně plakali. Podle prováděné analýzy pláče novorozence 90 minut po porodu vyplývá, že novorozenec reaguje na oddělení od matky specifickým druhem pláče, který vykazuje znaky fenoménu „separation distress call“ (úzkostné volání mláděte odděleného od matky), který se vyskytuje u některých druhů savců. Jedná se pravděpodobně o geneticky zakódovanou reakci mláděte na postpartální separaci od matky (Takács, 2012).

Důležitá je zde také role zdravotníka, protože právě on může podat pomocnou ruku, když se stane něco, co mamince a jejímu narozenému dítěti zamezuje, aby byli ihned spolu. Zdravotník poté může vytvořit tzv. sociální dělohu, jak popisuje Mrowetz et al. (2011).

Podle Mazuchové (2015) lze bonding označit jako intenzivní zážitek bezprostředního a ničím nerušeného spojení mezi matkou a dítětem v prvních minutách a hodinách po porodu. Dítě je v nepřerušovaném kontaktu s nahou pokožkou své matky a všechny potřebná vyšetření se provádějí na těle matky. Jedná se o silný fyzický a emocionální zážitek, který je umocněn působením hormonů, a díky němu žena prožívá pocity hlubokého spojení se svým narozeným dítětem. Vrcholem všeho je první nakojení dítěte. Jedná se o pouto navázané bezprostředně po porodu a během prvního roku života, během kterého má dítě tendenci připoutat se hlavně k jedné osobě, zpravidla na matku.

Dítě má těsně po porodu neobyčejný behaviorální potenciál, umožňuje mu slyšet, vidět, a dokonce se pohybovat do rytmu slov vyřčených matkou, jedná se o tzv. oslavný tanec zrodu, dítě je biologicky připraveno navázat vztah s matkou. Hodiny po narození jsou životně důležité jak pro matku, tak pro dítě. Správně probíhající bonding má velký význam nejen pro fyziologii matky a dítěte, ale má zásadní psychologické důsledky, které se mohou projevit v dalších obdobích života. Nejznámější z nich je u dítěte projevující se separační úzkost, tedy panický strach ze vzdálení se matky od něj v dětském věku, neurotické poruchy a také border-line poruchy osobnosti s narušeným vztahem k mateřskému objektu (Mrowetz, 2009).

1.11.2 Věk těhotné matky

Optimální věk pro první otěhotnění je z biologického i genetického pohledu rozmezí mezi 20. a 24. rokem. S postupným přibýváním věku ženy pravděpodobnost prvního otěhotnění klesá. Pokud otěhotní žena starší 35 let je těhotenství spojeno se zvýšeným rizikem těhotenských komplikací. Těhotenskými komplikacemi je míněno například preeklampsie, samovolný potrat, vysoký krevní tlak, metabolické poruchy, poruchy nitroděložního vývoje plodu. Při otěhotnění po 35. roce života je riziko vývojových vad plodu 1 %, po 40. roce je procento vyšší 1,8 % a nejrizikovějším je těhotenství po 45. roce, které je až 6 %. Věk partnera má na vznik vývojových poruch plodu také vliv, ale ne tak významný, jako je tomu u ženy. U starších žen se také častěji rodí děti s Downovým syndromem (Pařízek, 2015). To, že věk hraje roli při vzniku poporodní deprese, dokládá také výzkum Delavari et al. (2017), ze kterého jasně vyplývá, že největší výskyt deprese byl pozorován ve věkové skupině 15 až 20 let oproti výzkumu Muraca a Josepha (2014) možná kvůli rozdílům ve vyšetřovaných věkových

skupinách. Ve studii Delavari et al. (2017) byla deprese pozorována většinou ve věkové skupině 15 až 20 let, zatímco Muraca a Joseph studovali věkovou skupinu 20 až 44 let. Matky uvědomění a schopnost péče o dítě se s věkem zlepšuje, a právě to může vysvětlit nižší míry deprese ve srovnání starších matek k mladším.

Více než polovina patologických nálezů zjištěných při invazivní prenatalní diagnostice ze standardní indikace vyššího věku matky (věk 35 let v době porodní) tvoří trizomie 21, tedy Downův syndrom (Hájek, 2008).

Pokud žena otěhotní v adolescentním věku, často jsou tato těhotenství nechtěná. V některých případech však může docházet k záměrnému otěhotnění, kdy se chce dívka osamostatnit od původní rodiny, kde nenachází dostatek lásky a porozumění. Konečným výsledkem však bývají pocity samoty, zlosti, dochází k oddělení od svých vrstevníků, pocitu neschopnosti. V tomto případě není psychika matky dostatečně připravena obstarat všechny potřeby narozeného dítěte (Ratislavová, 2008).

U žen, které jsou mladší 20 let, jsou podle Hanuščákové (2008) specifické motivace k těhotenství. Tyto ženy často žijí v rodinách se špatnými rodinnými vztahy, bývají sociálně izolované a neuznávány. V těhotenství pak nachází snahu odpoutat se od rodiny, zvýšit svou sebeúctu a prestiž a stát se dospělou ženou. Často ale dochází naopak k pocitům samoty, ohrožení a bezmoci. Naopak ženy starší 35 let už našly cestu k vyřešení vztahu s vlastní matkou, proto jsou lépe připraveny na vlastní mateřství. Problém nastává spíše v koordinaci vlastních potřeb s potřebami dítěte.

Cílem výzkumu prováděného u 79 žen po porodu bylo zjistit výskyt emočních změn u žen v časném šestinedělí, dále zjistit vliv sociodemografických faktorů, jako jsou věk rodičky, sociální status ženy, počet těhotenství na vznik postnatální deprese. K hodnocení výsledků byla použita Edinburská škála postnatální deprese. Z výsledků výzkumu je patrné, že největší ohrožení postnatální depresí v našem souboru 79 žen po porodu měly nejmladší rodičky (21-29 let). Z pohledu stavu ženy se nejohroženější skupinou stala skupina svobodných respondentek. Největší sklon ke vzniku postnatální deprese měly dle prováděného šetření ženy prvorodičky se získaným průměrným hodnocením 13,5 bodů. Pouze dvě respondentky dosáhly kritické hranice 20 bodů (Dušová et al., 2010).

1.11.3 Vliv kojení

Kojení patří mezi přirozený způsob výživy novorozenců a malých dětí a má také pozitivní vliv na zdraví matky i dítěte. Kromě nutritivní funkce má i psychologický a psychosociální význam. Sladká chuť mateřského mléka působí na novorozence tišivě stejně jako samotné sání. Pocit emocionální stability a sociálního zázemí je upevňován fyzickým kontaktem s matkou, poslechem jejího hlasu a tlukotu jejího srdce. Matka, která kojí, navazuje také častější oční a taktilní kontakt s dítětem, a díky prolaktinu pak dokáže být matky klidnější a odolnější vůči stresu. Kojení je proto považováno jako jeden z nejdůležitějších bodů při navázání vztahu mezi matkou a dítětem a upevňování jejich citového pouta. Rozhodnutí matky, zda bude kojit, je spojena se sociodemografickými charakteristikami, jako je věk, vzdělání, sociální status a manželský vztah. Velkou roli v oblasti kojení zaujímají také zdravotníci a jejich vztah k rodičce. Je dokázáno, že psychická podpora rodičky po porodu pozitivně ovlivňuje nástup laktace, mateřské pečovatelské chování. Stres, který mohou matky prožívat po porodu, naopak může způsobit oddálení laktace. Zde je na vině oxytocin, který ovlivňuje sekreci mléka z prsních žláz (Takács, 2012).

Dle agentury pro výzkum a kvalitu ve zdravotnictví vyplývá, že podle studií týkajících se poporodní deprese a kojení existuje souvislost mezi nekojením nebo předčasným ukončením kojení a poporodní depresí. Z článku vyplývá, že je možné, že poporodní deprese vedla k brzkému zastavení kojení na rozdíl od kojení, která mění riziko deprese (Earls, 2010).

Nejoptimálnější výživou pro kojence je mateřské mléko. Z pohledu nutričního obsahu je mateřské mléko nahraditelné, ale z pohledu imunologie a dlouhodobého prospívání však nikoliv. Kojení je spojené s řádným psychosociálním vývojem jedince. Preventivní zástava laktace může mít i negativní vliv na psychiku ženy (Fait, 2006).

Na samotný porod a období po porodu se žena připravuje už během těhotenství, v organismu ženy dochází k mnoha hormonálním změnám, které závisejí jak na samotné osobnosti matky, tak na partnerském vztahu, prostředí, ve kterém žena žije a na ekonomických a sociálních faktorech. Celé období je provázené pocity náladovosti, zmatenosti, úzkosti, stesku, obavami o dítě a přecitlivělosti. Tyto stavy se však nemusejí vyskytovat u všech žen, některé prožívají těhotenství pocity vyrovnanosti a jsou optimistické. Samotný psychický a fyzický stav matky velkou

měrou ovlivňuje průběh celé období před i po porodu, dále psychický a somatický stav novorozeného dítěte (Zacharová, 2014).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků vybraných zdravotnických zařízení v oblasti problematiky psychických změn u žen v poporodním období.

Cíl 2: Zjistit profesní zkušenosti nelékařských zdravotnických pracovníků vybraných zdravotnických zařízení s psychickými změnami u žen v poporodním období.

Cíl 3: Zjistit profesní přístup nelékařských zdravotnických pracovníků vybraných zdravotnických zařízení k ženám trpícím psychickými změnami v poporodním období.

Cíl 4: Zjistit profesní zkušenosti nelékařských zdravotnických pracovníků psychiatrického oddělení s dopadem psychických změn u žen na péči o novorozence či kojence.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou znalosti porodních asistentek a sester vybraných zdravotnických zařízení v oblasti problematiky psychických změn u žen v poporodním období?
2. Jaké jsou profesní zkušenosti porodních asistentek a sester vybraných zdravotnických zařízení s psychickými změnami u žen v poporodním období?
3. Jaký je profesní přístup porodních asistentek a sester vybraných zařízení k ženám trpícím psychickými změnami v poporodním období?
4. Jaké jsou profesní zkušenosti nelékařských zdravotnických pracovníků psychiatrického oddělení s dopadem psychických změn u matek na péči o novorozence či kojence?

3 METODIKA

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaká je aktuální informovanost a také vědomosti nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti psychických změn u žen v období po porodu. Dále bylo cílem zjistit, jaké zkušenosti mají zdravotníci s matkami, které tyto psychické změny postihly, k jakým změnám docházelo v péči o dítě, jak jsou schopni s takovými matkami spolupracovat, a jakým způsobem k nim přistupují. Zároveň jsme se snažili zmapovat, jakým přínosem by byla pro zdravotníky větší informovanost v této problematice.

3.1 *Charakteristika výzkumných metod*

Vzhledem k povaze výzkumných otázek jsme přistoupili ke kvalitativně orientovanému výzkumu. Význam kvalitativního výzkumu spočívá dle Kutnohorské (2009) v analýze zkoumaných jevů, v odhalení jejich elementárních složek, odhalení spojení a závislostí, které jsou mezi nimi, zároveň umožňuje poznání širšího kontextu jevů, které nás zajímají a jejich poznání v přirozených podmínkách.

Tento druh výzkumu jsme zvolili z několika důvodů. Hlavním důvodem bylo, že téma diplomové práce se zabývá psychickými změnami u žen v období po porodu včetně žen, u kterých se vyskytla poporodní psychóza, která se vyskytuje zhruba u 1 % nedělek. I když je poporodní období spjaté s určitými psychickými změnami, přechod na úroveň závažnosti poporodní psychózy už tak častý není. Metoda kvantitativního výzkumu nám tedy nepřišla jako vhodná.

Data jsme získávali pomocí polostrukturovaného rozhovoru s cílovou skupinou. Ve svém výzkumném šetření jsme zastávali roli dotazovatele. Jak popisuje Kutnohorská (2009), u polostrukturovaného interview je zásadní, že máme definované tzv. jádro, což je minimum témat a otázek, které chceme probrat. Proto u této metody máme určitou jistotu, že všechna témata budou skutečně probrána. Tato metoda nám umožňuje zjistit u zpovídaných osob skutečně to, co potřebujeme vědět a zároveň tak nedochází k nedorozumění v pokládaných otázkách.

Individuální rozhovory probíhaly v období od února 2018 do března 2018 ve dvou zdravotnických zařízeních. Celé šetření probíhalo zcela anonymně z důvodu větší otevřenosti zdravotnických pracovníků. Pro zdravotnické pracovníky jsme měli předem připravené rámcové otázky, které jsme doplňovali dotazováním (viz Příloha 1).

Otázky se týkaly třech zásadních oblastí – a sice znalostí a informovaností s danou problematikou, zkušenostmi se zkoumanou problematikou z jejich osobní praxe a také návaznosti daného problému na péči o novorozence. Rozhovory jsme z důvodu velkého množství informací nahrávali na mobilní zařízení. Jednotlivé rozhovory byly přepsány přímým přepisem (viz Příloha 3), vytištěny a metodou otevřeného kódování uspořádány do jednotlivých kategorií a podkategorií. V rozhovorech jsme vyhledávali nejčastější používaná slova, kterými respondentky odpovídaly vzhledem k jednotlivým podkategoriím.

Rámcové otázky k rozhovoru byly vypracovány na základě načtení odborné literatury. Z důvodu rozdělení dotazovaných na sestry s porodními asistentkami a sestry psychiatrického oddělení jsme vytvořili seznam otázek ve dvou formách (viz Příloha 1). Některé otázky zůstaly u obou skupin dotazovaných shodné, u všeobecných sester psychiatrického oddělení jsme vycházeli ze skutečnosti, že na tomto druhu oddělení se matky s psychickými změnami vyskytují častěji, a tudíž dotazované sestry mají s těmito matkami osobní zkušenost a jsou tak schopny k této problematice poskytnout více informací. Polostrukturovaný rozhovor pro sestry a porodní asistentky zahrnuje 18 otázek, pro sestry psychiatrického oddělení pak otázek 19.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření probíhalo u výzkumného souboru, který tvořily sestry šestinedělí, porodní asistentky a sestry psychiatrického oddělení. Respondenti byli vybráni pomocí záměrného výběru. Výzkumný soubor byl tvořen sestrami z oddělení šestinedělí Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze, porodními asistentkami působící na porodních sálech téhož zařízení a sestrami psychiatrického oddělení, kde jsme zvolili lůžkovou část psychiatrického oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze. Věk respondentek byl rozdílný, délku praxe vybraných respondentek jsme zvolili záměrně, minimálně 10 let, z důvodu větších zkušeností vybraných respondentek, a tím se zvyšující pravděpodobnost se zkušeností s dotazovanou problematikou. Zařízení Ústav pro péči o matku a dítě jsme zvolili z důvodu, že pracují na stanici intermediální péče v této porodnici. Psychiatrické oddělení ÚVN bylo vybráno záměrně. Celkem nám bylo poskytnuto 12 rozhovorů, tedy rozhovor se 4 respondentkami z každé skupiny.

Před samotným zahájením jsme provedli pilotní studii pomocí jednoho rozhovoru z každé skupiny respondentek. Na základě této pilotní studie jsme některé otázky přeformulovali a upřesnili.

3.3 Operacionalizace pojmů

Nelékařský zdravotnický pracovník

Nelékařským zdravotnickým pracovníkem se rozumí fyzická osoba, která vykonává zdravotnické povolání podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních (zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

Psychika

Kopecká (2011, s. 19) uvádí: *„Lidská psychika je souhrn psychických jevů, které jsou funkcí mozku. Podává nám obraz o psychických procesech, stavech a vlastnostech člověka.“*

Poporodní období

Roztočil (2017, s. 216) uvádí: *„Ke své délce trvání se v češtině nazývá šestinedělí. Jeho počátek je charakterizován porodem placenty. Ukončené je pak v době, kdy dochází k zastavení involučních změn organismu matky a obnovením menstruačního cyklu.“*

4 VÝSLEDKY

4.1 Analýza rozhovorů se sestrami psychiatrického oddělení

Tabulka 1 Identifikační údaje sester psychiatrického oddělení

Sestry psychiatrického oddělení	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
Věk	34 let	32 let	47 let	54 let
Vzdělání	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	Dětská sestra	Všeobecná sestra
Praxe ve zdravotnictví	15 let	10 let	28 let	30 let
Praxe na psychiatrickém oddělení	10 let	10 let	22 let	15 let

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)

Z tabulky je patrné, že věkové rozmezí dotazovaných sester je od 32 -54 let. Doba praxe ve zdravotnictví dotazovaných sester je v rozmezí od 10-30 let, doba praxe na psychiatrickém oddělení se pohybuje v rozmezí od 10-22 let. Mezi dotazovanými byly jak všeobecné sestry, tak jedna specializovaná dětská sestra.

Přehled stanovených kategorií:

- Schéma č. 1 Kategorie povědomí o psychických změnách
- Schéma č. 2 Kategorie psychické změny
- Schéma č. 3 Kategorie zkušenosti z praxe
- Schéma č. 4 Kategorie péče o novorozence

Schéma č. 1 Kategorie povědomí o psychických změnách

Podkategorie	
Baby blues	Neznámý pojem, poporodní splín
Zdroj informací	Knihy, lékaři, praxe, studium, internet
Poporodní psychóza	Odmítání dítěte, ublížení dítěti, přehnaný strach, sebevražedné myšlenky, psychotické projevy, narušení reality, úzkostné stavy

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)

Povědomí o psychických změnách

Kategorie povědomí o psychických změnách zahrnuje informace, které poskytly sestry psychiatrického oddělení. Všechny tyto informace týkající se povědomí o psychických změnách jsme podrobně zanalyzovali a vytvořili jsme kategorie s názvem povědomí o psychických změnách. K této kategorii jsme následně vytvořili tři podkategorie s názvem: baby blues, zdroj informací a poporodní psychóza. Do těchto vytvořených podkategorií jsme zakódovali výrazy, které sestry psychiatrického oddělení nejčastěji použily v souvislosti s povědomím o psychických změnách.

Z poskytnutých rozhovorů vyplývá, že při dotazování na význam pojmu baby blues většina sester psychiatrického oddělení zareagovala odpovědí, že neví, co daný pojem znamená. Sestra 1 uvádí: „*Neslyšela jsem o tom. Nevím ani nemám tento pojem odnikud načtený, možná kdyby to bylo v češtině, tak bych dokázala říct jo, slyšela jsem ho ale v angličtině ne.*“ Pouze Sestra 2 dokázala tento pojem blíže určit a vyjádřila se takto: „*Je to český ekvivalent, něco jako poporodní splín a může se stát, že žena je po porodu lítostivější, anebo má smutnější náladu.*“

Při dotazování odkud získávají nejvíce informací do praxe, jsme se nejčastěji setkali s odpovědí, že informace získávají z knih, z průběhu praxe a také od lékařů z oddělení jako odpověděla Sestra 1: „*Asi nejvíce z nějakých knih, člověk čerpá informace, když se takový pacient nachází na našem oddělení a určitě také od lékařů, protože to s nimi často člověk probere.*“

Při dotazování na pojem poporodní psychóza jsme se dočkali velké škály definic tohoto termínu. Sestra 1 se vyjádřila takto: *„To je stav matky, kdy dojde většinou k tomu, že odmítá svoje dítě a jsou tam i myšlenky na to, tomu svému dítěti ublížit a nemůže to nějak ovlivnit. Je to stav, kdy jí to ovládá a ona sama to vědomě ovlivnit nemůže.“* Sestra 4 při dotazování na pojem poporodní psychóza uvedla případ z praxe: *„Změny, které nastávají u matky po porodu, dochází k narušenému vnímání reality, hodně obav, že ta matka nemůže zvládnout tu péči o to dítě, že je špatná matka, k tomu se přidávají úzkostné stavy, někdy ty matky uvažovaly o tom, že skočí z okna nebo, že se jinak zabijí, byla nutná hospitalizace, jelikož hrozilo, že ublíží sobě nebo dítěti nebo oběma. Měly jsme tu případ, matka zhruba kolem 30 let, byl to dost masivní nástup po porodu, že chtěla skočit z okna a byla k nám přivezena v poslední chvíli. Někdy to má velice dramatický průběh a někdy to nastupuje pozvolna a může to přijít i několik týdnů po porodu. Ta žena upadne do deprese, je nevyspalá a začne mít plíživé myšlenky, že ona to nezvládne a někdy je ten stav tak špatný, že když se to nepodchytí včas, tak ty ženy mohou zabít i své dítě.“* Také sestra 3 uvedla, že měla tu možnost se setkat s klientkami, které se léčí i mnoho let po prodělání poporodní psychózy: *„Někdy se může stát, že těhotenství a porod spustí psychotické reakce, psychotické projevy, může to rozjet klasickou psychózu, kdy se ta žena potom léčí napořád, bere léky nebo se jí ty psychotické stavy vracejí a někdy to může být jen poporodní psychóza, že to odezní a ta žena funguje už normálně a už se nikdy s psychiatrií neseťká. Nikdy nevíme, jestli to bude po porodu jenom jednorázová ataka. Zním klientky, které se psychoticky rozjely po porodu a léčí se doted', jsou to už ženy v důchodovém věku a znám i ženy, které měly po porodu takové stavy a pak už žily normální život bez kontaktu s psychiatrií.“*

Schéma č. 2 Kategorie psychické změny

Podkategorie	
Hlavní znaky	Změny nálad, strach, špatná matka, bludy, halucinace, snížená komunikace, úzkost, deprese, nejistota
Působící faktory	Hormonální působení, vyčerpání, nedostatek spánku, psychotické a genetické dispozice
Příčiny vzniku	Dědičnost, frustrační tolerance, hormonální změny, únava, vyčerpanost
Konkrétní psychické změny	Halucinace, bludná projekce, porucha myšlení

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)

Psychické změny

Kategorie psychické změny se blíže věnuje výpovědím sester z psychiatrického oddělení, které mají blíže specifikovat tyto psychické změny a snažit se určit zdroj vzniku těchto poruch. Veškeré poskytnuté informace byly vystaveny analýze dat, ze kterých byla vytvořena kategorie Psychické změny. Z této kategorie jsme následně vytvořili čtyři podkategorie s názvem: hlavní faktory, působící faktory, příčiny vzniku a konkrétní psychické změny. Všechna zanalyzovaná data lze vidět v souhrnném přehledu schématu 2.

Jako hlavní znaky psychické změny sestry uvedly nejčastěji změny nálad, úzkost, depresi a některé také do hlavních znaků zahrnuly bludy a halucinace. Jak uvedla Sestra 1: „*Tak určitě bych uvedla pokles nálady, větší strach, někdy až opravdu nezdravý strach, obavy, pocit neschopnosti postarat se o dítě, hodně mívají pocit toho, že jsou hodně špatné matky a ještě se to znásobí tím, že mají opravdu špatné myšlenky, že tomu dítěti chtějí ublížit, že jsou v takovém stavu, že je třeba napadne, že to dítě například hodí o zem a nebo o zed', ale jenom v těch myšlenkách a pak si to zpětně strašně vyčítají až jsou z toho úplně rozhozený, že vůbec takové myšlenky mají.*“ Na podobné výpovědi se shodla i Sestra 3: „*Většinou porucha myšlení, porucha vnímání, halucinace, bludy, hlavní příznak, že jsou špatné matky, že se něco děje, že za něco můžou, je to kolikrát,*

že vidí něco v televizi a stáhnou to na sebe, bludná projekce, někdy to dospěje do stádia, že ta žena dokoná nebo je schopná ublížit sobě nebo tomu dítěti, co mám zkušenost, tak nejvíc žen vyskočilo z okna s dítětem nebo i bez něj nebo alespoň chtěly něco udělat. Je to neovlivnitelné vůlí. Primárně nechtějí spáchat sebevraždu, ale chtějí uniknout z toho nepříjemného stavu. V nebezpečí není tedy jen ta žena, ale i to miminko.“

Mezi působící faktory, které nejvíce ovlivňují psychiku matky v poporodním období Sestra 1 uvedla: „Hodně hormonální zvraty v těle včetně těch chemických pochodů v mozku a je to těžký, jak se s tím to tělo musí vyrovnávat. Takže i celkově ta matka, mění se ten její pohled na sebe samotnou, často se ty ženy nevidí ani atraktivní a hodně si jich neužívá to těhotenství.“ Sestra 3 působící faktory komentuje takto: „Hlavně ty vnější faktory jako strach o to miminko, psychotické dispozice, kdy se to často čeká, genetika, stresory jsou v tom šestinedělí asi největším faktorem, které ovlivňují.“

Příčiny vzniku Sestra 1 komentuje: „Něco je dědičné, nějaká dispozice, může to být citlivostí člověka, každý má jiný práh, důležitý je také vztah matky a dcery. Říkáme tomu frustrační tolerance.“ Na otázku uvedení konkrétních psychických změn Sestra 3 zareagovala takto: „Halucinace méně, spíše se více objevuje bludná produkce, že se něco stane, porucha myšlení, někdy jim hlasy říkají, že je špatná matka, skončí to tak, že sluchová halucinace je často dovede k sebeobviňování, že je to špatná matka.“

Schéma č. 3 Kategorie zkušenosti z praxe

Podkategorie	
Četnost výskytu	Jak často se s matkami s psychickými změnami v praxi setkávají
Přístup k matkám	Empatie, důvěra, trpělivost, zvýšená pozornost, edukace, medikace
Věková kategorie	20-35 let
Průběh léčby	Průběh další terapie

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)

Zkušenosti z praxe

Kategorie zkušenosti z praxe se zaměřuje blíže na informace sester z psychiatrického oddělení, které se blíže věnují četnosti výskytu, přístupu zdravotníků k těmto matkám, věkové kategorie a tomu, jaký je průběh další léčby. Ze získaných dat jsme provedli analýzu a na základě této analýzy jsme vytvořili kategorii Zkušenosti z praxe. K návaznosti na tuto kategorii jsme vytvořili čtyři podkategorie: četnost výskytu, přístup k matkám, věková kategorie a průběh léčby.

Při otázce četnosti výskytu matek s psychickými změnami na psychiatrické oddělení Sestra 1 uvedla, že za celou dobu desetileté praxe se setkala se zhruba pěti až šesti maminkami. Sestra 3 se svojí dvaadvacetiletou praxí vypovídala, že se setkala celkem s deseti matkami. Sestra 4 odpověděla, že se setká s těmito matkami tak jednou dvakrát do roka.

Z pohledu přístupu zdravotnic k těmto matkám se často opakoval pojem empatie a velká míra trpělivosti. Sestra 1 popsala návaznost přístupu k těmto matkám takto: *„Je potřeba hodně empatie, nechat tu matku mluvit o tématech, které chce probírat a postupně ty otázky naklánět k dítěti, abychom zjistili, jestli se ta matka cítí na to, se o dítě starat a vůbec jak ho vnímá a postupně o tom začít mluvit, jelikož ty matky jsou docela dost staženy do sebe a moc o tom mluvit nechtějí, takže je důležitý pomaličku navázat tu důvěru, aby se ta maminka začala svěřovat i s těmi obavami. Když je to ventilačně podpůrný rozhovor, tak to může dělat i sestřička, když je to terapeutický tak tu máme terapeutickou sestřičku a ještě psycholožku, takže ve spolupráci s ní se snažíme rozvést to, jak se ta matka cítí.“* Z pohledu Sestry 2 je důležité si vytvořit vztah zdravotník-pacient, aby matka sestře důvěřovala a svěřovala se jí se všemi problémy. Sestra 3 uvedla, že je důležité k matce přistupovat s klidným přístupem: *„Je důležité, aby se matka zklidnila, takže k ní přistupovat s klidem, zajištění medikace, mluvit pomalu, nevyvolávat tenzi, kolikrát ani neporozumí všemu, co jim říkáme, takže je důležitý klidný přístup.“*

Ze čtyř dotazovaných sester se všechny shodly na mladší věkové kategorie těchto matek. Věkové rozmezí, které sestry vypověděly, by se tedy dalo zahrnout od 20 do 35 let.

K průběhu léčby Sestra 4 uvedla: „*Po hospitalizaci jsme tyto matky pouštěli do domácí péče, když už lékař posoudil, že je stav stabilizovaný, byla poučena rodina, manžel především. Je jim doporučena ambulantní péče po sledování, do domácí péče bývají propuštěny zhruba po 14 dnech až měsíci.*“ Sestra 3 uvedla, že se všem matkám doporučuje ambulantní psychiatr podle místa bydliště a doporučuje se, aby po dobu minimálně dvou roků k psychiatrovi docházely. Vždy ale záleží na samotném rozhodnutí matek.

Schéma č. 4 Kategorie péče o novorozence

Podkategorie	
Odlíšnosti v péči o novorozence	Pomoc rodiny, nezájem o novorozence, neschopnost postarat se, pocity neschopnosti v péči
Působení na okolí	Narušení vztahů, pochopení partnera, ekonomická náročnost, narušení komunikace, nepřijetí problému rodinou

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)

Péče o novorozence

Kategorie péče o novorozence se věnovala výpovědím sester z psychiatrického oddělení a týkala se odlišností v péči o novorozence při psychóze matky a na působení jejího stavu na nejbližší okolí. Veškeré získané informace k této kategorii jsme podrobili analýze dat, ze kterých jsme následně vyvodili tyto dvě podkategorie: odlišnosti v péči o novorozence a působení na okolí. Všechna analyzovaná data jsme zahrnuli ve schématu č. 4.

Všechny respondentky se převážně shodly na tom, že při péči o novorozence nebyla matka schopna se postarat o novorozence. Uvedly, že byla potřeba pomoc nejbližší rodiny ať už babičky či manžela, kteří zastali péče za matku a převzali veškerou péči s tím, že matky se začaly už v rámci psychiatrického oddělení na péči o novorozence pomalu zaučovat. Sestra 1 uvedla: „*U nás se přistupovalo opatrně. Když ta matka už porodila miminko, tak týden strávila s tím miminkem v porodnici a pak nastoupila sem k nám. Takže tam hodně fungovala pomoc manžela nebo tchýně, popřípadě maminky, babičky. Ležely u nás a měly možnost návštěvy. Měly proto možnost se naučit*

s tím miminkem zacházet, postupně si k němu začaly vytvářet vztah, přebalovat je, takový ty klasický věci, některé to dělat nechtěly, protože se na to ještě necítily. Postupně se jim začalo to jejich dítě vsouvat do té jejich reality s tím vědomím, že se musejí o někoho starat, častokrát se pak nastartoval i ten vztah s tím dítětem. Nejdříve z toho byly dost unavený, měly pocit, že to vůbec nezvládnou, když se nějaká drobnost nepovedla, tak to braly hodně vážně a hodně si to vyčítaly, že jsou neschopné. Byly chvíle, že ho nechce, měla výčitky ze špatných myšlenek, ale chyběl tam ten okamžik, kdy se na to dítě těší. Během dvou až tří týdnů se podařilo tento vztah nastartovat, záleží podle závažnosti, ale většinou to měsíc trvalo, než se ten vztah stabilizoval.“ Sestra 3 uvedla na otázku týkající se odlišnosti v péči toto: *„Když už byla hospitalizována, tak ten stav byl vážný a péče o dítě schopna nebyla. Někdy ta matka měla dokonce stavy, že jí to dítě zničilo celý život.“* Někdy rodina nechtěla vůbec přijmout, že by matka měla nějaký problém, jak popsala Sestra 3: *„Záleželo hodně na chápání partnera a opoře okolí, rodiny. Někdy to ta rodina nechce přijmout, snaží se žít v přesvědčení, že to zvládnou sami bez pomoci. Ale i dva roky po té atace by měla být rodina ve střehu a žena by měla užívat určenou medikaci. Důležité je, když ta matka kojí, tak ukončit laktaci nebo upravit antipsychotickou léčbu.“* Sestra 4 uvedla: *„Ta rodina nejdříve utrpěla šok, co to naši dceru postihlo a pak přichází fáze, že je už v péči lékařů a dostane se z toho a musí se dost zapojit. Kolikrát ji sem dostala rodina, že zpozorovala, že je něco špatně. Jednou se tady ocitla maminka, která vlastně hned po porodu pronesla, že chce skočit z okna a ta byla k nám ihned přijata. A v jednom případě byla ta maminka už doma a začala být dost plačtivá, a bála se, že dítěti ublíží.“* Sestra 1 uvedla, že v některých případech je také zpočátku najít cestu zpátky k manželovi, protože dojde k narušení vztahu mezi nimi, když je pak partnerství v pořádku, tak se manžel stane tím tahounem. Sestra 2 uvedla, že pro některé páry je to také dost ekonomicky náročné, protože manžel si musí vzít dovolenou a o dítě se postarat sám. Také uvedla, že dost v této situaci vážně komunikace a při psychických problémech žena nedokáže zpočátku navázat kontakt a hledání cesty k sobě zpátky může trvat delší dobu.

4.2 Analýza rozhovorů s porodními asistentkami

Tabulka 2 Identifikační údaje porodních asistentek

Porodní asistentky	PA 1	PA 2	PA 3	PA 4
Věk	37 let	37 let	40 let	38 let
Vzdělání	Porodní asistentka	Porodní asistentka	Porodní asistentka	Porodní asistentka
Praxe ve zdravotnictví	10 let	12 let	15 let	12 let
Praxe na porodních sálech	10 let	12 let	12 let	12 let

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)

Z tabulky je patrné, že věkové rozmezí dotazovaných porodních asistentek je od 37-40 let. Doba praxe ve zdravotnictví dotazovaných porodních asistentek je v rozmezí od 10-15 let, doba praxe na porodních sálech se pohybuje v rozmezí od 10-12 let. Všechny dotazované byly vystudované porodní asistentky.

Přehled stanovených kategorií:

- Schéma č. 5 Kategorie Prožívání po porodu
- Schéma č. 6 Kategorie Povědomí o poporodních změnách
- Schéma č. 7 Kategorie Osobní přístup
- Schéma č. 8 Kategorie Zkušenosti z praxe
- Schéma č. 9 Kategorie Péče o novorozence

Schéma č. 5 Kategorie Prožívání po porodu

Podkategorie	
Pocity po porodu	Radost, vyčerpání, úleva, bolest, strach, zmatenost, nedostatek informací, zármutek, euforie
Převládající pocity	Úleva, radost, štěstí, radost i obava, vzrušení

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)

Prožívání po porodu

Kategorie prožívání po porodu se zaměřuje na výpověď porodních asistentek a blíže se věnuje pocitům, které prožívají matky po porodu a tím, které pocity jsou po porodu častější. Do podkategorií jsme zařadili nejčastěji zodpovídané výrazy a následně jsme vyvodili tyto dvě podkategorie: pocity po porodu a převládající pocity. Všechna analyzovaná data jsou zahrnuta ve schématu č. 1.

Respondentky se shodly na tom, že pocity, které prožívají matky po porodu, jsou nejčastěji radost, vyčerpání, úleva a určitá euforie. PA 3 zmínila, že ženy prožívají často po porodu pocity zmatenosti z nedostatku informací: *„Ženy často po porodu prožívají zmatenost. Pocit, že mají nedostatek informací, nevěří si, že se dovedou o své miminko správně postarat – zda mají veškeré vybavení, jak správně kojit, jak manipulovat s miminkem, jak nastavit režim u děťátka – spaní, koupání, kojení. Měly bychom zajistit psychickou podporu od zdravotnického personálu, podporu od neblíží rodiny, zapojovat tatínka do péče. Často je to také strach, až budou s miminkem doma samy. A to vše je spojené s určitou radostí z narozeného dítěte.“* PA 4 uvedla, že po porodu často matky pociťují radost a štěstí a zároveň pocit euforie způsobený hormony, který je však brzy utlumen únavou a vyčerpáním. PA 1 uvedla: *„Ženy po porodu prožívají velikou radost, že je miminko na světě a že začíná něco nového v jejich životě. Zároveň na ženy brzy po porodu dolehla silná únava a vyčerpání, zvláště pokud porod probíhal delší dobu.“*

Při otázce převaha, který z pocitů je po porodu častější, porodní asistentky často uváděly úlevu, radost, štěstí a často v kombinaci s určitými obavami. PA 3 uvedla: *„Z mé praxe musím říct, že je to dost vyvážené radost versus obavy z následujících*

několika měsíců.“ PA 4 uvedla, že se najdou ženy, které jsou po porodu velice optimistické a věří, že vše půjde tak jak by si přály a užívají si pouze pocity euforie, který v danou chvíli prožívají a všemu nechávají volný průběh. PA 1 se vyjádřila takto: *„Měly jsme také u nás v porodnici také plno žen, které byly po porodu plné obav a měly mnoho otázek a nechtěly nám dát miminko ani k ošetření, jak se o něj bály. Často v takové situace pomůže větší informovanost těchto matek a poskytnutí nutných odpovědí, které tyto maminky alespoň na určitou chvíli uklidní.“*

Schéma č. 6 Kategorie Povědomí o poporodních změnách

Podkategorie	
Baby blues	Negativní pocity, podrážděnost, úzkost, strach, nervozita, smutek, přecitlivělost, plačtivost, nevím, poporodní splín, vyčerpání, nevyspání
Poporodní psychóza	Zmatenost, paranoia, halucinace, bludy, iracionální jednání, ohrožení života, vyčerpanost, omezený kontakt s realitou, ublížení dítěti, rozladěnost hormonů, únava, výkyvy nálad, přecitlivělost, osamělost
Znaky psychických změn	Nestálé emoce, disharmonie s dítětem, plačtivost, náladovost, odmítání dítěte, nespavost, nechutenství, nepřijetí nové role, změna chování, nepříjemné pocity, strach, vystrašenost
Příčiny vzniku	Průběh porodu, psychiatrická anamnéza, hormonální změny, vyčerpanost, citlivost, odolnost
Vlivy na psychiku	Hormonální stav, změna životní role, okolí a rodina, zdravotní stav

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)

Povědomí o poporodních změnách

Kategorie povědomí o poporodních změnách se zaměřuje na poskytnuté informace z oblasti poporodních změn a s tím spojené prožívání. Všechny informace, které jsme získali od porodních asistentek, jsme podrobili důkladné analýze a vznikla

kategorie povědomí o poporodních změnách. K této kategorii jsme vytvořili pět podkategorií s názvem: baby blues, poporodní psychóza, znaky psychických změn, příčiny vzniku a vlivy na psychiku. Do jednotlivě vytvořených kategorií jsme zakódovali výrazy, které byly v souvislosti s jednotlivými podkategoriemi nejvíce použity. Všechna zanalyzovaná data jsou shrnuta ve schématu č. 2.

Při dotazování se na význam pojmu baby blues byly všechny porodní asistentky, s výjimkou jedné, která nevěděla, co daný pojem znamená, schopné popsat význam daného pojmu. PA 4 reagovala na daný pojem takto: *„O tomto pojmu už jsem párkrát slyšela i v souvislosti s mojí praxí. Myslím, že se jedná o krátkodobý poporodní splín, kdy jsou pocity radosti vystřídány pocity zmatenosti a naprostého vyčerpání a nevyspaní. Takové matky na tom nebývají určitou dobu moc dobře psychicky. Mělo by se však jednat o přechodné období.“* PA 1 reagovala takto: *„Jde o poporodní směr negativních pocitů menší závažnosti, která je dána hormonálními změnami. Podrážděnost, úzkost, strach, nervozita, přecitlivělost a smutek jsou často pocity, které tento stav provázejí.“* Pouze PA 3 nebyla schopna na tento pojem reagovat a odpověděla, že neví, co daný pojem znamená.

Pojem poporodní psychóza byl znám všem PA a byly schopny tento termín vysvětlit. Velmi často byl v souvislosti s tímto termínem použit výraz blud nebo halucinace, ublížení dítěti, vyčerpání. PA 1 odpověděla: *„Poporodní psychóza je závažný stav způsobený hormonálními změnami po porodu. Proměnlivé pocity zmatenosti a paranoia jsou často přítomny, vyskytují se také halucinace nebo bludy a nutkavé iracionální jednání. V závažných případech může žena ohrozit zdraví a život svůj nebo dítěte.“* Také PA 4 použila v souvislosti s tímto termínem pojem halucinace, vyjádřila se takto: *„Tento pojem je spojen s velkými výkyvy nálad, depresemi, rozrušením. Matky v tomto stavu jsou vyčerpané, neprožívají radost z narozeného potomka a u některých matek může docházet i k halucinacím. Matka je více přecitlivěla a prožívá pocity osamělosti a toho, že nic nezvládne.“*

Mezi nejčastější znaky psychických změn PA označily nestálé emoce, disharmonie s dítětem, plačtivost, náladovost, odmítání dítěte, nespavost, nechutenství často také jako jeden ze znaků popisovaly problém s přijetím nové role. PA 3 uvedla: *„Důležitým znakem psychických změn je u matek to, že se nedokáže smířit s nově přijatou rolí matky. Prožívá negativní pocity, že má málo času na sebe, že se vše točí jen kolem*

miminka a ona sama ztrácí svůj osobní život, na všechny starosti se cítí být sama, že ji manžel v ničem nepomáhá.“ PA 4 si myslí, že znakem psychických změn u matek je změna chování, náladovost a nepříjemné pocity, které prožívá, reagovala na tuto otázku následovně: „Podle mě jsou to v první řadě změny chování a celková skleslost matky, která je spojená s nevyspáním a náladovostí. Někdy jsou to nepříjemné pocity, které matka nikdy neprožívala, které jsou spojené se strachem a vystrašeností. Strach je často spojen s péčí o dítě.“ Podle PA 1 jsou to hlavně změny prožívání a emoci: „Hlavním znakem psychické změny jsou nestálé emoce matky, dochází k rozjitřením pocitům, jsou to často pocity, které matky nikdy předtím neprožívaly, a to v negativním slova smyslu. To vše se začne postupně promítat do disharmonického vztahu s dítětem a matka se začne dostávat do bludného kruhu, ze kterého neví, jak vystoupit ven.“

U otázky, která se týkala toho, co si myslí PA, že hraje hlavní roli při vzniku těchto psychických změn, se většina PA shodla na hormonálních změnách, určitou spojitostí s průběhem porodu a také psychiatrickou anamnézou matky, jak uvedla PA 1 a 4. PA 4 také uvedla, že je důležité celkové psychické nastavení matky a její odolnost k zátěžovým situacím, mezi které řadí i porod, vyjádřila se takto: „Při vzniku hraje roli celkové psychické nastavení matky, její citlivost a odolnost k zátěžovým situacím. Pokud je matka už před porodem psychicky nestálá, porod může tento její psychický stav v některých případech zhoršit.“

Při otázce na to, co ovlivňuje psychiku matky v poporodním období, označily PA opět působení hormonů a změna životní role. PA 3 uvedla: „Psychika je ovlivněna rozladěností hormonů, zásadní je změna životních priorit, tedy nutnost zaměřit se více na dítě než např. na partnera. Dojde k celkové změně života-jeho rytmus ohledně narození miminka. Matka již není středem pozornosti, středem zájmu se pro ni stává potomek. Některé matky se s touto skutečností zpočátku ale nedokáží vyrovnat.“

Schéma č. 7 Kategorie Osobní přístup

Podkategorie	
Přístup k matkám	Komunikace, kontakt psychologa, odborná pomoc, citlivost, upřímnost, opatrnost, empatie, podpora v péči novorozence, zajištění dostatku spánku, zapojení partnera do péče, psychická podpora, dostatek informací
Podpora psychického stavu	Podpoření mateřských kompetencí, poskytnout jistotu a uklidnění, poradit, možnost svěřit se, zajistit dostatek spánku, zapojení rodiny, odborná psychická podpora, informovanost, dodání odvahy, podpoření laktace, komunikace s ostatními
Informace do praxe	Lepší identifikace psychických změn, adekvátní reagování, poskytnutí odborné péče, lepší komunikace, zlepšení strategie péče, zlepšení připravenosti, techniky přístupu, větší množství informací

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)

Osobní přístup

Kategorie osobní přístup se blíže věnuje poskytnutým informacím z oblasti komunikace a přístupu k matkám. Všechny informace, které jsme získali od porodních asistentek, jsme podrobili důkladné analýze a vytvořili jsme kategorii osobní přístup. K této kategorii jsme vytvořili tři podkategorie s názvem: přístup k matkám, podpora psychického stavu, informace do praxe. Do jednotlivě vytvořených kategorií jsme zakódovali výrazy, které byly v souvislosti s jednotlivými podkategoriemi nejvíce použity. Všechna zanalyzovaná data jsou shrnuta ve schématu č. 3.

Otázka číslo 9. mého dotazníku směřovala k popsání přístupu k matkám, které vykazovaly znaky změněné psychiky. PA v tomto přístupu nejvíce zdůrazňovaly citlivost, empatii, podpora jak v péči o novorozence, tak psychickou, zajištění dostatku informací. PA 3 se vyjádřila takto: „*Dle mého názoru je důležité zajistit mamince větší psychickou podporu, záleží také, kde se nachází zdroj problému, ten bych se v první řadě snažila odhalit a podle toho najít společné řešení nebo se podle ohniska problému*

zajistit odbornou pomoc.“ Podle PA 2 je především důležité zaměřit se na podpoření péče o novorozence: *„V první řadě bych se snažila podpořit matku v péči o dítě, protože to je v této chvíli prvořadé. Pokud by to bylo možné tak alespoň do určité míry se snažit zajistit dostatek spánku a odpočinku, s tím bych dítě předávala na oddělení fyziologie, kde je možné mít novorozence u sestřiček a umožnit tak matce alespoň trochu odpočinku. Snažila bych se jí poradit v oblastech, ve kterých matka tápá a zapojit do péče také rodinu, hlavně partnera. Hlavní je o všem s matkou komunikovat, co ji trápí a z čeho má strach.*“ Neméně důležitá je podle PA 4 vysoká míra empatie a k těmto matkám přistupovat s opatrností a také zmiňuje podání dostatečného množství informací pro zmírnění matčin obav. Matka by se dle jejích slov měla ze všech obav především vyzpovídat.

Ve směru zlepšení psychického stavu matky by se PA opět zaměřily na soustředění podpory matčiných mateřských povinností, s tím související podpora laktace, v případě možnosti zajistit odbornou psychickou podporu, jak uvádí PA 3: *„Pro zlepšení psychického stavu je určitě přínosem psychická podpora odborná tak nejbližší rodiny, která může zjistit, v jakém směru se cítí matka nestálá a co ji trápí. Ke zlepšení stavu matky může v některých případech pomoci také dostatečná informovanost a zodpovězení nejasných otázek.*“ PA 4 se vyjádřila takto: *„Měly bychom dodat matce dostatečnou odvalu a umožnit ji přítomnost blízké rodiny, dále si myslím, že je pro matku velkým úspěchem nastartovaná laktace a vytvoření si tak pevnějších vazby k dítěti. V rámci oddělení by některým matkám mohla pomoci komunikace nejen se zdravotníky ale také s ostatními matkami na oddělení, kdy se mohou navzájem svěřit se svými obavami.*“ PA zdůraznila důležitost podpoření mateřských povinností a navození příjemné atmosféry s poskytnutím dostatečné jistoty a klidu. Vždy by měl být matce někdo na blízku, aby nedošlo k vytvoření stavu, kdy se matka cítí být na všechno úplně sama, a to pak může být zdroj vzniklých nepříjemných pocitů.

Při dotazování, v jakém směru by porodním asistentkám pomohlo, kdyby je někdo více informoval o problematice psychických změn u matek v poporodním období, uvedly, že by pak byly schopny lépe identifikovat vzniklé psychické změny, mohly adekvátně zareagovat a mohly by tak zlepšit strategii v péči o novorozence. PA 3 uvedla: *„Určitě by se mi do praxe hodila větší informovanost, zdravotnice by byly více připravené a seznámené se různými stavy, které se mohou u matek po porodu vyskytnout a věděly bychom alespoň rámcově jak postupovat a jak s matkou komunikovat.*“ PA 1: *„Já bych*

velice uvítala více informací z důvodu lepší a přesnější identifikace psychických změn, mohla bych adekvátně zareagovat, poskytnout ženám odbornou péči podle jejich individuálních potřeb.“ PA 4 by ocenila určité techniky přístupu a celkově větší informovanost o této ne tak diskutované problematice.

Schéma č. 8 Kategorie Zkušenosti z praxe

Podkategorie	
Znaky psychických změn	Zmatenost, matka si nevěří, naštvání, zlost, plačtivost, matka nekomunikuje, odmítání dítěte, podrážděnost, nechut', neklid, neopodstatněné obavy, roztrženost, nestálý vztah k dítěti, absence radosti a těšení, skleslost, pocit nezvládnutí péče
Četnost výskytu	Dle výpovědí porodních asistentek: P1- cca jedna matka za 2 měsíce, P2- celkem 3 matky, P3- jedna matka, P4- 5 matek
Věková kategorie	30-40 let

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)

Zkušenosti z praxe

Kategorie zkušenosti z praxe se blíže věnuje osobnímu setkání s matkami s psychickými změnami a přiblížení četnosti výskytu a věkové kategorii těchto matek. K této kategorii jsme vytvořili tři podkategorie s názvem: znaky psychických změn, četnost výskytu, věková kategorie. Do vytvořené kategorie jsme zakódovali výrazy, které byly v souvislosti s jednotlivými podkategoriemi nejvíce použity. Všechna zanalyzovaná data jsou shrnuta ve schématu č. 4.

V případě popsání znaků, které charakterizují psychické změny, porodní asistentky nejčastěji volily znaky jako podrážděnost, nechut', neklid, absence pozitivních emocí, vysoká míra obav a pocitů nezvládnutí péče o novorozence, jak popisuje PA 4: „U těchto žen chybí počáteční radost a těšení se na miminko a péči o něj. Tyto matky bývají často bez energie, jsou skleslé a unavené. Měly jsme také případ, kdy byla matka už od počátku zoufalá, že nezvládne péči o dítě a začala vynášet verdikty, že nic nemá smysl a že je na vše sama a nezvládne to.“ PA 1 uvedla, že ty typickým znakem je vysoká roztržitost a neklid a veliká míra obav spojená s náladovostí matky: „Matka

je často neklidná, její myšlenky se hýří, občas má neopodstatněné obavy, a naopak nevěnuje pozornost důležitějším věcem, je velice roztržitá. K dítěti má velice nestálý vztah, který se projevuje tím, že v jednu chvíli se s ním mazlí a v další chvíli nereaguje na jeho potřeby. Dalo by se to charakterizovat vysokou náladovostí matky.“ PA 3 zdůrazňuje tyto znaky: *„Popsala bych to jako zmatenost, matka si nevěří, velká míra naštvanosti a zlosti, samozřejmě záleží, do jaké míry se projevuje změna psychiky, zda jde o normální změny či psychiatrické.“* PA 2 uvedla, že se u matek vyskytuje častá plačtivost, problém v komunikaci, je uzavřená do sebe a odmítá péči o své dítě, které někdy považuje za zdroj všeho špatného, co se v tuto chvíli děje. Tyto matky bývají podrážděné, často odmítají jíst a pocítují velikou nechuť.

Při otázce, jak často se s těmito matkami setkávají, jsem došla k závěru, že každá z mých oslovených respondentek se alespoň jednou za svoji praxi s matkou s psychickými změnami setkala. PA 1 uvedla, že nejčastěji se setkává s matkami, které trpěly baby blues, se ženami s vážnějšími poruchami zhruba s jednou za dva měsíce. PA 3 uvedla: *„Myslím, že u každé matky se změni tak trošku psychika poté, co se stane matkou, protože dochází ke změně životní role. Přimo s matkou s psychiatrickými změnami jsem se setkala pouze jednou.“* PA 2 za celou dobu své praxe měla možnost setkat se 3 matkami, které vykazovaly znaky změněné psychiky. Nejvíce zkušeností měla s matkami PA 4, která během své praxe zažila zhruba pět matek se změnou psychiky.

Při vyhranění věkové kategorie jsme z výpovědí porodních asistentek dospěli k závěru, že věkové rozmezí těchto matek bylo v rozsahu 30-40 let.

Schéma č. 9 Kategorie Péče o novorozence

Podkategorie	
Pocity matky při péči	Úzkost, nejistota, pocit selhání, nezvládnutí péče, odmítání dítěte, riziko ublížení
Odlišnosti v péči	Svěření do péče sester, převzetí péče členy rodiny, nezvládnutí péče

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)

Péče o novorozence

Kategorie péče o novorozence se blíže věnuje změnám v péči o novorozence při změněném psychickém stavu matky. K této kategorii jsme vytvořili dvě podkategorie s názvem: pocity matky při péči a odlišnosti v péči. Do této kategorie jsme zakódovali výrazy, které byly v souvislosti s danými podkategoriemi nejvíce použity. Všechna zanalyzovaná data jsou shrnuta ve schématu č. 5.

Poslední okruh otázek pro porodní asistentky se týkal odlišností v péči o novorozence. Jako první jsme se porodních asistentek dotazovali na pocity, které matky s narušenou psychikou prožívaly při péči o novorozence. Nejčastější pocity, které mi respondentky popsaly, byly úzkost, nejistota, pocit selhání a toho, že matka nezvládne péči o dítě. PA 4 se vyjádřila takto: *„Přímo ze své praxi jsem se u nás v porodnici setkala s matkou, která začala mít po porodu viditelně změněný psychický stav a začala vykřikovat, že péči o dítě nezvládne. Co vím, tak byla v porodnici zhruba dva dny a dítě si pak do péče převzal otec a matka byla převezena na psychiatrické oddělení. Péče o dítě nebyla možná, matka prý nebyla v tomto stavu ani schopná dítě přebalit a nakrmit, se vším se jí snažily pomoci sestřičky.“* PA 3 uvedla: *„Zase bych určitě nejprve rozlišila, o jaké změny v psychice jde, zda jsou v rámci nějaké přirozenosti, mírných obav po porodu, jak se má postarat o miminko nebo zda jde o silné změny, že matka není vůbec schopná se o miminko postarat. Není schopná ani spolupráce s odborným personálem.“* PA 1 uvedla, že matky, které po porodu postihla baby blues, bývají často úzkostné a nejisté a je u nich těžké posilovat mateřské kompetence, jelikož snaha o uklidnění a ujištění má míjí účinek. Matky s poporodní depresí se často uchylují k tomu, že svěří své dítě do péče sester či někoho z rodiny.

Při dotazování, o jaké konkrétní změny v péči se jednalo, reagovala PA 2 takto: *„Setkala jsem se s matkou, která v tomto směru své dítě odmítala. Považovala ho totiž za něco, co způsobilo všechny změny, a myslela si, že je to právě způsobené tím dítětem. U těchto matek může dojít i k riziku ublížení sebe sama či nebezpečí směřované právě k dítěti.“* PA 4 uvedla: *„U těchto matek se změněným stavem psychiky nebylo vidět pouto k dítěti, matka se na dítě ani tolik nesmála, byla neustále zamyšlená a zahloubaná do sebe. Nebyla vidět ta závislost na dítěti, která je u čerstvých matek do určité míry přirozená.“*

Podle PA 3 matky, které nemají tak veliký zásah do psychiky, se samozřejmě nějakým způsobem postarají o miminko, i když třeba o něco obtížněji, dokážou s ním manipulovat, lépe spolupracují s personálem, rychleji se přizpůsobí životní změně. Matky, které však mají výraznější změny v psychice, potřebují velikou podporu personálu či rodiny.

4.3 Analýza rozhovorů se sestrami

Tabulka 3 Identifikační údaje sester

Sestry šestinedělí	S 1	S 2	S 3	S 4
Věk	50 let	35 let	45 let	38 let
Vzdělání	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	Dětská sestra	Všeobecná sestra
Praxe ve zdravotnictví	25 let	10 let	20 let	13 let
Praxe jako sestra	25 let	10 let	15 let	13 let

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)

Z tabulky je patrné, že věkové rozmezí dotazovaných sester je v rozmezí od 35-50 let. Doba praxe ve zdravotnictví dotazovaných sester je v rozmezí od 13-25 let, doba praxe sester je v rozmezí od 10-25 let. Mezi dotazovanými byly jak všeobecné sestry, tak jedna specializovaná dětská sestra.

Přehled stanovených kategorií:

- Schéma č. 10 Kategorie Prožívání po porodu
- Schéma č. 11 Kategorie Povědomí o poporodních změnách
- Schéma č. 12 Kategorie Osobní přístup
- Schéma č. 13 Kategorie Zkušenosti z praxe
- Schéma č. 14 Kategorie Péče o novorozence

Schéma č. 10 Kategorie Prožívání po porodu

Podkategorie	
Pocity po porodu	Radost, štěstí, uspokojení, vyčerpání, únava, plačtivost, obavy, pláč, euforie, vzrušení, deprese, zklamání, očekávání, méněcennost, úzkost, přehnaná přecitlivělost
Převládající pocity	Radost, úleva, střídání štěstí s vyčerpáním, převaha kladných, převaha radosti a spokojenosti, kombinace obou pocitů

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)

Prožívání po porodu

Kategorie prožívání po porodu se zaměřuje na výpověď sester a blíže se věnuje pocitům, které vypověděly respondentky jako nejčastější u matek po porodu, a tím, které pocity jsou po porodu častější. Do této kategorie jsme zahrnuli nejčastěji zodpovídané výrazy v návaznosti na tyto dvě podkategorie: pocity po porodu a převládající pocity. Všechna analyzovaná data jsou zahrnuta ve schématu č. 1.

Při popisování pocitů po porodu uváděly sestry pocity jako radost, štěstí, uspokojení ale na druhé straně také obavy, pocity méněcennosti někdy také přílišná přecitlivělost, jak uvádí S 4: „*Po porodu prožívají matky pocit úlevy a zároveň radosti, euforie, ale na druhé straně mohou po nějaké době dolehnout pocity vyčerpání a někdy to může být také pocit úzkosti či přehnané přecitlivělosti.*“ S 1 uvádí, že pocity se mohou často také střídat: „*Po porodu je to pro matku pocit velké radosti a uspokojení, které se střídají s určitou mírou vyčerpanosti a určitých obav, jestli bude vše tak jak si matka přeje a jak si představovala. Setkala jsem se také s matkou, která po porodu často brečela a nemohla to zastavit.*“ Jak uvádí S 2, z pozitivních jsou určitě přítomné vzrušení a určitá euforie umocněna přívalem hormonů, to vše je spojené s radostí a pocity štěstí. Tyto pocity však časem vyprchají a potom záleží na psychické stabilitě matky, jsou i takové, u které časem může veškeré vyčerpání a únava vést až k depresi či pocitům méněcennosti.

U převládajících pocitů se S nejčastěji shodly na tom, že kladné prožívání je po porodu v převážné většině, bývá také často v kombinaci s vyčerpáním. Jak popisuje S 1:

„Převažují alespoň z mé praxe určitě ty kladné hlavně z počátku nebo v krátké poporodní době. S postupem času jsou prostoupeny určitými obavami a starostmi, když je ale matka psychicky vyrovnaná, tak tyto negativní pocity dokáže potlačit a prožívá jen ty kladné. Žádné mateřství není provázené jen kladným prožíváním.“

IS 4 se ve výpovědi shoduje v tom, že je po porodu převaha toho pěkného a příjemného, ale vše je postupně protkané nepříjemnými pocity, které způsobuje vyčerpání a únava, jak dodává, negativní pocity často vznikají také z důvodu obav. S 2 uvádí: „Jak už jsem uvedla, myslím si, že pocity štěstí a všeho pěkného, tedy ty kladné, se v mnoha případech střídají s těmi méně příjemnými, které jsou spojené s mateřstvím, jako je únava, obavy, ale z praxe bych řekla, že převaha toho pěkného je alespoň z počátku výraznější.“

Schéma č. 11 Kategorie Povědomí o poporodních změnách

Podkategorie	
Baby blues	Změny nálad, poporodní splín, bezdůvodná plačtivost, hormonální rozladěnost, poporodní rozladěnost, vyčerpání, citlivost,
Poporodní psychóza	Psychické změny, změněné vnímání a prožívání, apatie, halucinace, negativní pohled na věci kolem, hormonální změny, narušená psychika, nevyspání, fyzické vyčerpání, úzkost, utkvělé představy, ublížení dítěti, sebevražda ženy, únava, výčitky svědomí, poruchy spánku, pocit osamělosti, pocit nezvládnutí péče
Znaky psychických změn	Změna osobnosti matky, změna chování a prožívání, nejistota matky, citlivost, ztráta kontaktu s realitou, absence kladných pocitů, změna nálad, pocit odmítání, strach, delší trvání úzkosti, změna smýšlení matky, přílišné obavy, myšlenky na ublížení dítěte

Příčiny vzniku	Psychické nastavení matky před porodem, návykové látky před porodem, dřívější psychická porucha, nepříjemné prožívání průběhu porodu, zázemí, rodina, genetická predispozice, stresující a vyčerpávající průběh porodu, hormonální rozladěnost
Vlivy na psychiku	Hormonální změna, okolí matky, spojení matky s dítětem, zdravotní stav matky, prožívání a průběh poporodního období, přístup k těhotenství, průběh porodu, finanční situace, laktace

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)

Povědomí o poporodních změnách

Kategorie povědomí o poporodních změnách se zaměřuje na informace, které sestry poskytly z oblasti poporodních změn a s tím spojeného prožívání. Všechny informace, které jsme od sester získali, jsme důkladně zanalyzovali a vznikla kategorie povědomí o poporodních změnách. K této kategorii jsme vytvořili pět podkategorií s názvem: baby blues, poporodní psychóza, znaky psychických změn, příčiny vzniku, vlivy na psychiku. Do jednotlivě vytvořených kategorií jsme zakódovali výrazy, které byly v souvislosti s jednotlivými podkategoriemi nejvíce použity. Všechna zanalyzovaná data jsou shrnuta ve schématu č. 2.

První otázkou z této oblasti byla povědomost o pojmu baby blues. Všechny sestry dokázaly na tuto otázku poskytnout odpověď a už někdy o tomto pojmu slyšely. S 1 úplně přesně pojem nedokázala vysvětlit, ale nějaké povědomí spojené s tímto termínem měla: „*Tento pojem jsem už někdy určitě slyšela, ale úplně asi nedokážu vysvětlit, co znamená. Podle mého názoru se jedná o určité změny nálad spojené s porodem.*“ S 2 už se k tomuto pojmu dokázala vyjádřit přesněji: „*Jedná se o určitý poporodní splín, který se vlivem hormonů může, vyskytnou u každé matky, většinou se dostaví pár dní po porodu, těžším stavem je potom přechod do poporodní deprese, kdy tyto stavy smutku přetrvávají delší dobu, může to trvat měsíce, roky a někdy se matky s tímto stavem vyrovnávají ještě dlouhou dobu po porodu.*“ Zbylé dotazované sestry tento stav spojily s hormonální rozladěností a často provázející plačtivostí.

Pojem poporodní psychóza také nebyl sestřím neznámý. S 3 uvedla: „*Pod pojmem poporodní psychóza si představuji vážnější stav, než je poporodní baby blues, plačtivost*

matky trvá delší dobu, matka má nepříjemné pocity, že nic nezvládá a že nezvládne péči o dítě, že je na všechno kolem dítěte sama a tyto pocity mohou trvat delší dobu, ale mohou se rozvinout také po delší době od porodu.“ Také S 4 dokázala zareagovat podrobněji na pojem poporodní psychóza: *„Jedná se o nepříjemný stav matky, který vznikne v důsledku hormonální disharmonie, vyčerpání, unavenosti, kdy matku provázejí pocity úzkosti, začne přemýšlet o tom, jestli je dobrá matka, mohou se u ní objevit výčitky svědomí a vše může být umocněno poruchami spánku.*“ S 1 si pod tímto pojmem představuje určité psychické změny u matky, které jsou spojené se změnou vnímání a prožívání až určitou apatií, u matek se objeví černé vnímání reality a negativní pohled na věci kolem ní. S 2 spojila tento stav s halucinacemi, úzkostí a utkvělými představami: *„Jde o stav u matky, který může být způsoben hormonálními změnami, narušenou psychikou matky v období před porodem, nevyspáním, celkovým fyzickým vyčerpáním, matka může trpět halucinacemi, úzkostí, utkvělými představami, pokud nedojde k léčbě, může tento stav dospět až do fáze, že ublíží dítěti, popřípadě se pokusí ohrozit sebe. Tento stav nemusí být přítomen ihned po porodu, někdy k němu dojde až po delším časovém období od porodu.*“

Mezi hlavní znaky psychických změn u matek sestry uvedly změnu osobnosti matky a změnu chování, jak uvedla S 1: *„Hlavním znakem je celková změna osobnosti matky a změna jejího chování i celkového prožívání a jednání, matka si není často jistá v tom, co dělá kolem svého dítěte a jestli je vše prováděno správně, to vše je doprovázeno tím, že u matky chybí vůbec jakýkoliv náznak radosti a kladných emocí, které úplně vymizí.*“ Dalšími znaky, které se vyskytují, jsou změny nálad a pocity strachu, úzkosti, které jsou neoprávněné, jak uvádí S 2: *„V psychice žen dochází ke změně nálad, u ženy se objevuje pocit strachu, který nemá důvod, důležité je, aby matka přijala novou realitu, která je tvořena samotnou matkou a novorozencem. Častým znakem je také úzkost, která přetrvává delší dobu.*“ Podle S 3 je hlavním znakem psychických změn větší citlivost matky na jakýkoliv nezdár, úzkost, smýšlí nad každou věcí příliš negativně a většinou má pocit, že nic nezvládne, v těžších případech může ztratit kontakt s realitou. S 4 uvedla: *„Hlavním znakem je celková změna nastavení smýšlení matky, myšlenky o pečování jsou vystřídány obavami a někdy také myšlenkami, které mohou vést i k tomu, že matka chce dítěti ublížit. Celkově dojde ke změně osobnosti matky.*“

Jako příčinu vzniku těchto psychických změn sestry nejčastěji uvedly průběh porodu, psychické nastavení matky či psychická porucha, která se vyskytla již v období před porodem. S 1 se k tomu vyjádřila následovně: *„Myslím, že jádro vzniku už může být v celkovém psychickém nastavení ženy v období před porodem, takže i například užívání návykových látek před porodem. Některé ženy se mohou léčit po psychické stránce už dlouho před plánovaným otěhotněním a budoucí porod vše může znovu probudit a umocnit.“* S 2 sdílí podobný názor jako S 1 s tím, že dodává, že k psychickému stavu před porodem je důležité také zázemí a rodina, která matku obklopuje. S 3 uvedla: *„Myslím si, že velká část těchto žen už má genetické predispozice ke vzniku této psychické poruchy a nepříznivě určitě působí také stresující a vyčerpávající průběh porodu, který nezanechá v matce pouze kladné emoce. Matka se k této události neustále vrací, a to určitě nepříznivě působí na její psychický stav.“* Také S 4 se shoduje ve výpovědi s tím, že je toho názoru, že velkou roli hraje psychika matky ale také její postoje, chování, velkou měrou působí na psychiku také rozladěnost hormonů.

Největšími faktory, které ovlivňují psychiku matky v poporodním období, považuje S 1: *„Nejvíce je v tomto období psychika ovlivněna změnou hormonů, které působí i některé změny nálad, do jisté míry je psychika také ovlivněna okolím matky, které jí může poskytnout stabilitu a pocit jistoty.“* S 2 uvedla, že psychika matky má také určitou spjatost s kojením: *„Psychika je v tomto období nejvíce ovlivněna hormonálními změnami. Myslím si, že velká část prožívání a jednání je tímto faktorem silně ovlivněna. Dále je důležité spojení s dítětem, důležitou roli zde může hrát kojení a to, jak se matce daří nastartovat úspěšnou laktaci. Také zdravotní stav po porodu a celkový průběh poporodního období je silným působícím faktorem na psychiku matky.“* I S 3 se shodla na tom, že rodina a okolí matky a v neposlední řadě průběh porodu a následného těhotenství je důležitým faktorem psychického nastavení matky. S 4 uvedla také určitou spjatost s kojením: *„Psychika matky je dána celkovým psychickým stavem matky již v období před porodem, při nepříznivém stavu se může následně narušená psychika přenést i do období po porodu. Důležité je to, jak matka prožívá celé těhotenství, jaký je jeho průběh, těšení se na miminko, rodinné zázemí, finanční situace a v neposlední řadě také laktace, která navodí důležitý vztah matka-dítě.“*

Schéma č. 12 Kategorie Osobní přístup

Podkategorie	
Přístup k matkám	Citlivost, vnímavost, ohleduplnost, prostor svěřit se, pocit důvěry, prostor ke komunikaci, kontaktovat rodinu, odkázání na psychiatra, empatie, více prostoru k odpočinku,
Podpora psychického stavu	Citlivý přístup, pomoc s péčí o dítě, dostatečně informovat, ukázat ji pomalu základy péče o novorozence, možnost doptat se na nejasnosti, zajistit odpočinek, nabídnout pomoc laktační sestry, informovat rodinu v případě nutnosti, umožnit vycházku
Informace do praxe	Techniky přístupu, seminář k dané problematice, efektivní metody komunikace, možnosti zdravotníka při pomoci, zdůraznění příznaků psychických změn

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)

Osobní přístup

Kategorie osobní přístup se blíže věnuje informacím, které sestry poskytly v oblasti komunikace a přístupu k matkám. Všechny informace, které jsme získali od sester, jsme podrobili důkladné analýze a vytvořili jsme kategorii osobní přístup. K této kategorii jsme vytvořili tři podkategorie s názvem: přístup k matkám, podpora psychického stavu, informace do praxe. Do vytvořené kategorie jsme zakódovali výrazy, které byly v souvislosti s jednotlivými podkategoriemi nejvíce použity. Všechna zanalyzovaná data jsou shrnuta ve schématu č. 3.

Při přístupu k matce, která vykazuje znaky změněné psychiky, S 1 zdůrazňuje ohleduplný, citlivý a vnímavý přístup: „Podle mého názoru je k takové matce důležitý ještě citlivější, vnímavější a ohleduplnější přístup než k ostatním matkám bez narušené psychiky. Tento přístup by nám mohl třeba i pomoci zjistit, co je tím hlavním činitelem, který působí negativně na psychiku matky. Určitě bychom měly dát takové ženě prostor se vyzpovídat a svěřit se nám s jejími obavami, k tomu, aby se nám však svěřila, je právě důležité přistupovat k ní hned od začátku citlivě.“ S 3 by se snažila kontaktovat rodinu, která by ji v této situaci mohla zajistit oporu a jistotu, popřípadě ji následně

odkázat do správných rukou psychiatra, který by ji v této situaci mohl být nápomocen. S 4 uvedla: „*V této situaci matka určitě nejvíce ocení komunikaci a vstřícný, empatický přístup, určitě bych se snažila do celého procesu zapojit rodinu. V rámci porodnice bych se snažila ženě dopřát dostatek času k odpočinku a v případě nutnosti přenechat dítě do rukou sester. Matka by měla mít pocit, že je tu někdo pro ni a má kdykoliv možnost se někomu svěřit.*“ S 2 by se snažila v přístupu k matce vytvořit pocit důvěry ke zdravotníkovi, aby matka v případě potřeby mohla svěřit. Zároveň by se snažila vytvořit dostatek prostoru ke komunikaci, protože u některých matek může docházet ke ztrátě veškeré aktivity a spolupráce s personálem.

K otázce, co by mohly sestry udělat pro zlepšení psychického stavu matky v šestinedělí, se S 2 vyjádřila takto: „*Zajistit matce dostatečný klid a odpočinek, pokud je s dítětem něco v nepořádku nebo jsou problémy s krmením nabídnout ji pomoc, popřípadě je možnost pomoc laktační sestry. Myslím si, že dostatečná informovanost matky, je také důležitá pro její celkové zklidnění.*“ S 1 uvedla: „*Já bych se pokusila přistupovat k matce dostatečně citlivě a snažila bych se jí pomoci s péčí o dítě ve směrech, ve kterých si není úplně jistá nebo není dostatečně informována. Ukázala bych jí základní péči o novorozence a řekla bych ji, že pokud si není v některých ohledech jistá, tak se na mě může kdykoliv obrátit.*“ Také S 4 je toho názoru, že je důležité jako zdravotník zajistit dostatek informací a poskytnout matce odpovědi na všechny její otázky, důležitost vidí také v návštěvě rodiny, která může v určitém směru pomoci v psychickém nastavení matky, a pokud si to matka přeje, umožnit ji vycházku.

Také S 3 by pro zlepšení psychiky matky zvolila přístup dostatečné informovanosti, ze které v případě nedostatku informací můžou vyplývat určité činnosti, kde si matka neví rady a z toho plynoucí nejistota. V případě potřeby by informovala rodinu o nutnosti pomoci a častějšího kontaktu.

K otázce, v jakém směru by sestrám pomohlo do praxe více se dozvědět o problematice psychických změn u matek, reagovaly tři sestry ze čtyř výpovědí, že by ocenily určité techniky přístupu k těmto matkám především v rámci komunikace, jak uvádí S 1: „*Určitě bych se do praxe ráda přiučila některé techniky přístupu k těmto matkám, jelikož si myslím, že z důvodu, že se s takovými matkami nemáme možnost setkávat denně, nemáme ještě úplně dostatek zkušeností, jak k nim přistupovat. Někdy se musíme*

radit i více sester dohromady, jak s takovou matkou jednat, když se takový případ objeví. Ocenila bych například nějaký seminář na toto téma, kde by se zdůraznily důležité aspekty, které když se u matky vyskytnou, tak mohou signalizovat určitou psychickou poruchu.“ S 4 zareagovala takto: „Jako sestra, která pracuje s matkami, bych ocenila alespoň základní informace o této problematice, abych mohla dále tento stav patřičně efektivně řešit a doporučit matce patřičnou péči. Když je například matka uzavřená a zároveň unavená a vyčerpaná, není možné tento stav během tak krátké doby rozpoznat, pokud se tedy rozvine ještě u nás v porodnici. Vše se může pak ve velkém měřítku rozjet až po příchodu domů, kde už ji nepomůžeme.“

Schéma č. 13 Kategorie Zkušenosti z praxe

Podkategorie	
Znaky psychických změn	Nedůvěra matky v sebe sama, strach ze samoty, pocit nezvládnutí péče, uzavřenost, malá komunikace se sestrami, zamyšlenost do sebe, nepříjemné pocity, neprožívání radosti, pocit, že se nepostará o dítě, porucha soustředit se jen na dítě, výpadky paměti, proměnlivost nálad, sluchové halucinace, netečnost
Četnost výskytu	Dle výpovědí sester: S1- 2 matky, S2- 4 matky, S3- 3 matky, S4- 3 matky
Věková kategorie	25-40 let

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)

Zkušenosti z praxe

Kategorie zkušenosti z praxe se zaměřuje na osobní setkání s matkami s psychickými změnami a zmapování četnosti výskytu a věkové kategorii těchto matek. K této kategorii jsme vytvořili tři podkategorie s názvem: znaky psychických změn, četnost výskytu, věková kategorie. Do vytvořené kategorie jsme zakódovali výrazy, které byly v souvislosti s jednotlivými podkategoriemi nejvíce použity. Všechna zanalyzovaná data jsou shrnuta ve schématu č. 4.

Při otázce, jak by popsaly sestry matku, která vykazovala znaky změněné psychiky, se vyjádřila S 4 takto: „*Takové matky jsou většinou zahloubané do sebe, příliš přemýšlí nad jednoduchými věcmi. Přijde mi, že nedokážou prožívat radost, někdy jsou úplně*

netečné, co jsem měla možnost zažít v praxi tak tyto matky byly celkově nestabilní nálady.“ S 3 uvedla: „Za svoji praxi jsem se setkala asi se třemi takovými matkami a tyto matky nebyly většinou schopné se plně věnovat dítěti, měly narušenou schopnost se plně soustředit například na věc, kterou jsem se snažila jim vysvětlit, jedna matka měla výpadky paměti, něco jsem ji vysvětlovala a odpoledne se mě dokázala zeptat znovu na to samé, pozorovala jsem u nich výraznou proměnlivost nálad. Také S 2 popsala, že matky se změněnou psychikou byly zamyšlené do sebe a nedokázaly vyjádřit radost ani z věcí, které se týkaly jejich dítěte. S 1 se vyjádřila následovně: „S takovými matkami nemám příliš zkušeností, ale i přesto jsem měla zkušenost asi dvou matek s narušenou psychikou. Na první pohled bylo vidět, že tyto matky si v ničem nevěřily, bály se, že se nedokážou dostatečně postarat o své dítě. U těchto žen byl problém v komunikaci, byly uzavřeny do sebe, příliš s námi nekomunikovaly, nespěchovaly se nám se svými problémy. Sice tu byly přítomny pro dítě, ale vypadaly, že jsou myšlenkami úplně někde jinde.“

Při otázce, jak často se s těmito matkami sestry v praxi setkávají, vyplývá, že minimálně jednou se každá sestra za dobu své praxe s matkou s narušenou psychikou setkala. Nejvíce matek za svoji praxi zažila S 2: „Za celou dobu své praxe jsem zažila tak 4 matky, u kterých by se dalo říci, že zažívaly určité psychické změny po porodu. Celkově musím říct, že moc často se u nás tyto matky nevyskytují, je to spíše výjimečné.“ S 3 uvedla: „Matky s tímto průběhem po porodu nejsou moc časté, za svoji praxi jsem se setkala tak se 3 takovými matkami, a to v rámci i jiného zařízení, než pracuji momentálně.“

Věková kategorie matek s narušenou psychikou by se podle výpovědi respondentek dala zahrnout do věkového rozmezí 25-40 let.

Schéma č. 14 Kategorie Péče o novorozence

Podkategorie	
Pocity matky při péči	Náladovost, unavenost, problém s pravidelností režimu, nesměřování veškeré pozornosti na dítě, nezvládnutí péče, neprožívání radosti
Odlíšnosti v péči	Pomoc a asistence sester, pomoc rodinného příslušníka

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)

Péče o novorozence

Kategorie péče o novorozence se blíže věnuje změnám, které nastaly v péči o novorozence při změněném psychickém stavu matky a také prožívání matky s narušenou psychikou. K této kategorii jsme vytvořili dvě podkategorie s názvem: pocity matky při péči a odlišnosti v péči. Do této kategorie jsme zakódovali výrazy, které byly v souvislosti s danými podkategoriemi nejvíce použity. Všechna zanalyzovaná data jsou shrnuta ve schématu č. 5.

Při dotazování na pocity matky při péči vypověděly respondentky následující tvrzení, například S 1 vypovídala: *„U matky, u které jsme předpokládaly narušenou psychiku, byla nutná větší pomoc a asistence sester, protože matka trpěla velikou úzkostí a vyčerpáním, které se promítala do péče o novorozence. Nebyla schopna si nastolit pravidelný režim krmení dítěte, potřebovala častou asistenci při plnění potřeb dítěte. S 2 uvádí: „Zažila jsem pár maminek, kde byla následně diagnostikována poporodní deprese. U nás v porodnici měly tyto matky problém se především vyrovnat s nově nastaveným režimem, tyto matky měly pocit, že se samy nezvládnou o novorozence postarat a že veškeré povinnosti a péče o dítě je jenom na nich a s tím se těžce vyrovnávaly.“ S 4 vypovídala, že pocity a prožívání matky bylo dost citově neutrální, neprojevovaly příliš emocí a nebyla vidět radost a uspokojení, která je obvyklé u maminek, když mohou pečovat o své novorozence.*

V odlišnostech při péči o novorozence sestry často uváděly fakt, že byla nutná dopomoc a častá spolupráce sestřiček. S 2 uvedla: *„U těchto matek se veškerá pozornost nesusoustředí jen na dítě, ale v první řadě se snaží vyrovnat samy se sebou a péče o miminko zůstává až na druhém místě. Kolikrát pro ně bylo velmi náročné i pouhé přebalení a zvážení novorozence, často jsme musely těmto matkám pomáhat, dokonce jsme i volaly na pomoc manžela nebo babičku, kteří by dokázali v naučení těchto běžných úkonů pomoci.“ S 1 uvedla: „Byla zde nutná větší pomoc okolí a větší dohled, aby bylo zajištěno vše, co dítě potřebuje. Zažila jsem maminku, která pokaždé, když novorozenec začal plakat, upadala do deprese, že je špatnou matkou a že je u ní dítě nespokojené a nebude se o něj moci postarat.“ Také S 3 uvedla, že bylo často nutné požádat o pomoc někoho z rodiny, aby byl stav matky a prováděná péče co nejvíce pod kontrolou a zároveň se tak snažili obnovit vztah mezi matkou a dítětem. U jedné matky byla po propuštění z porodnice do domácí péče doporučena návštěva*

psychoterapeuta, aby byla pod kontrolou odborníka a aby ji doporučil vhodné řešení její situace.

5 DISKUZE

Cílem diplomové práce bylo pomocí polostrukturovaného rozhovoru zjistit, jaké jsou profesní znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti problematiky psychických změn u matek v období po porodu. Zároveň jsme zjišťovali, jaký bude jejich profesní přístup v případě, že se s matkou s narušenou psychikou v rámci svého pracoviště setkají. Rozhovory se zdravotníky jsme se pokusili zaměřit blíže na to, jaký dopad může mít takto narušená psychika matky na její vztah k novorozenci a péči o něj.

První cílem výzkumné části diplomové práce bylo zjistit znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti problematiky psychických změn u žen v poporodním období. Je důležité podotknout, že duševní poruchy a poruchy chování spojené se šestinedělním se v gynekologii a porodnictví rozdělují na poporodní blues, poporodní depresi a poporodní psychózy. Rozdíl mezi nimi je v závažnosti příznaků, které nejsou odlišné od příznaků v jiném období života, ale s důrazem na přítomnost novorozence, jak dokládá i Jedličková (2008). Jak uvádí Lorezová et al. (2016) poporodní deprese se vyskytuje zhruba u 10-15 % žen po porodu. Výskyt těchto matek tedy není úplně běžný, dopad působení této psychické poruchy na prožívání matky je ale jev velice závažný a schopnost matky postarat se o dítě často klesá (Jedličková, 2008). První cílem výzkumné části bylo zjistit znalosti zdravotníků v oblasti problematiky psychických změn u matek. Pokud se podíváme na výsledky výpovědí sester psychiatrického oddělení, je zřejmé, že znalost spojená s termínem baby blues je nízká (viz schéma č. 1). Toto tvrzení lze dobře doložit výpovědí jedné ze sester, která uvedla: „*Neslyšela jsem o tom. Nevím, ani nemám tento pojem odnikud načtený, možná kdyby to bylo v češtině, tak bych dokázala říct jo, slyšela jsem ho ale v angličtině ne.*“ Pouze sestra 2 dokázala na tento termín reagovat: „*Je to český ekvivalent, něco jako poporodní splín a může se stát, že žena je po porodu lítostivější, anebo má smutnější náladu.*“ Při dotazování na pojem poporodní psychóza už sestry reagovaly informovaněji (viz schéma č. 1). Tento náš názor lze doložit na odpovědi sestry 3, která uvedla následující: „*Někdy se může stát, že těhotenství a porod spustí psychotické reakce, psychotické projevy, může to rozjet klasickou psychózu, kdy se ta žena potom léčí napořád, bere léky nebo se jí ty psychotické stavy vracejí a někdy to může být jen poporodní psychóza, že to odezní a ta žena funguje už normálně a už se nikdy s psychiatrií nesetká. Nikdy nevíme, jestli to bude po porodu jenom jednorázová ataka...*“ Nyní se zaměříme na výpovědi, které jsme obdrželi od sester z oddělení

šestinedělí. Při dotazování na pojem baby blues jsme došli k závěru, že všechny sestry dokázaly reagovat. Například sestra 2 se dle výpovědi s tímto pojmem už někdy dříve setkala: „*Jedná se o určitý poporodní splín, který se vlivem hormonů může vyskytnout u každé matky, většinou se dostaví pár dní po porodu, těžším stavem je potom přechod do poporodní deprese, kdy tyto stavy smutku přetrvávají delší dobu, může to trvat měsíce, roky a někdy se matky s tímto stavem vyrovnávají ještě dlouhou dobu po porodu.*“ Také pojem poporodní psychóza nebyl sestřám šestinedělí neznámý (viz schéma č. 11). Například S 4 dokázala reagovat velmi informovaně: „*Jedná se o nepříjemný stav matky, který vznikne v důsledku hormonální disharmonie, vyčerpání, unavenosti, kdy matku provázejí pocity úzkosti, začne přemýšlet o tom, jestli je dobrá matka, mohou se u ní objevit výčitky svědomí a vše může být umocněno poruchami spánku.*“ Poslední skupinou dotazovaných byly porodní asistentky. Také jich jsme se dotazovali, zda mají povědomí o pojmu baby blues (viz schéma č. 6). Kromě jedné porodní asistentky dokázaly reagovat všechny z dotazovaných. Porodní asistentka 4 zareagovala takto: „*O tomto pojmu už jsem párkrát slyšela i v souvislosti s mojí praxí. Myslím, že se jedná o krátkodobý poporodní splín, kdy jsou pocity radosti vystřídány pocity zmatenosti a naprostého vyčerpání a nevyspaní. Takové matky na tom nebývají určitou dobu psychicky moc dobře. Mělo by se však jednat o přechodné období.*“ Také pojem poporodní psychóza porodním asistentkám nebyl neznámý, odpovědět dokázaly všechny z dotazovaných.

Baby blues neboli maternity blues (používaný výraz v anglosaských zemích) se vyskytuje v poporodním období, jak uvádějí Praško et al. (2009) a zároveň uvádějí, že se jedná o krátkou epizodu zhoršené nálady, která se projevuje podrážděností, kolísáním nálady a epizodami pláče. U některých žen se mohou vyskytovat pocity zmatenosti, které nejsou patrně objektivně. Podotýkají, že se jedná v zásadě o neškodný stav, který spontánně odeznívá, déletrvající zhoršení nálady neboli poporodní deprese se obvykle objevuje 2 týdny po porodu, ale v některých případech také až po půl roce.

Jak ve své studii popisují Anokye et al. (2018), jsou často příznaky poporodní deprese minimalizovány jak matkami, tak poskytovateli péče, tedy zdravotníky, kteří tyto důsledky připisují normálním důsledkům porodu. Zároveň uvedli, že až polovina matek, které byly označeny za depresivní, nebyly detekovány zdravotnickými pracovníky. Poporodní deprese je závažným sociálním problémem kvůli jeho následkům včetně zvýšeného rizika sebevraždy u matky. PPD je často nedostatečně diagnostikována

a léčena, proto je potřeba vyvinout větší úsilí ke zlepšení perinatální péče o duševní zdraví matek, jak dodávají Anokye et al. (2018). Dle mého názoru lze tedy říci, že je důležité, aby zdravotníci, vyskytující se v prostředí porodnictví a gynekologie, tuto problematiku znali a byli s ní více obeznámeni pro případné identifikování včasných příznaků. Z našeho dotazování k pojmům týkající se poporodní deprese a poporodního blues, je patrné, že převážná většina sester a porodních asistentek byla schopna na tyto pojmy zareagovat.

K tomu, abychom mohli utvořit ucelenější pohled na úroveň informovanosti dotazovaných zdravotníků, je potřeba zjistit profesní zkušenosti nelékařských zdravotnických pracovníků s psychickými změnami u žen v poporodním období. A právě to bylo naším druhým výzkumným cílem. Oslovených sester psychiatrického oddělení jsme se dotazovali na hlavní a působící faktory vzniku poporodní deprese, na příčiny vzniku a znalost konkrétních psychických změn (viz schéma č. 2). Jejich výpovědi jsou založeny na zkušenostech, které během setkání s těmito matkami načerpaly. Před samotnou interpretací výpovědi sester psychiatrického oddělení bychom uvedli příznaky poporodní deprese popisované Praškem et al. (2009, s. 88) *poporodní deprese se projevuje hlavně nadměrnou únavou a vyčerpaností, podrážděností, sebevýčitkami, úzkostí, pocity nejistoty a strachu, někdy se dostaví fobické příznaky. Smutná nálada bývá zpočátku v pozadí obrazu, ovšem postupně se může rozvíjet do deprese různé hloubky.* V kategorii sester psychiatrického oddělení jsme se při dotazování na hlavní faktory provázející poporodní depresi dočkali odpovědí, které zahrnovaly pojmy změny nálad, pocity strachu, úzkost, nejistota, snížená komunikace. Sestry často uváděly špatné myšlenky matky, bludnou projekci, halucinace. Dle našeho názoru sestry psychiatrického oddělení dokáží rozpoznat některé z příznaků, které poporodní depresi provázejí. Mezi další působící faktory, které nejvíce ovlivňují psychiku matky v poporodním období a mohou mít tedy určitý podíl na vzniku PPD, sestry psychiatrie uváděly poruchy spánku, vliv působících hormonů či genetickou predispozici matky (viz schéma č. 2). Za příčiny vzniku sestry označovaly dědičnost, hormonální změny, únavu a vyčerpanost. Sestra 3 to okomentovala takto: „*Něco je dědičné, nějaká dispozice, může to být citlivostí člověka, každý má jiný práh, důležitý je také vztah matky a dcery. Říkáme tomu frustrační tolerance.*“ Také Schub (2017) dokládá, že mezi rizikové faktory pro vznik PPD patří předchozí anamnéza deprese, nedostatečná sociální podpora, předčasná ztráta těhotenství, nižší

socioekonomický status, perinatální stresory. Zvláště rizikové je, když se stresory překrývají v různých životních situacích (např. finanční, fyzické) či pokud u matky došlo někdy v minulosti ke zneužívání. Zároveň uvádí, že přítomnost sociální podpory je nezávislým ochranným faktorem pro PPD. Změna v množství hladiny hormonů je typicky popsána spíše u krátkodobých změn nálad, jako je tomu u baby blues, jedná se o prudký pokles estrogenů a progesteronů, jak dokládají Praško et al. (2009). Při popsání konkrétních psychických změn (viz schéma č. 2) se sestry psychiatrického oddělení nejčastěji shodly na halucinacích, bludné projekci spojené s poruchami myšlení. Přítomnost halucinací a bludů popsána sestrami psychiatrického oddělení byla u poporodní deprese opravdu výrazným provázejícím jevem. Také Seifertová et al. (2009) uvádějí, že mezi první příznaky poporodní psychózy patří neklid, podrážděnost, poruchy spánku, uzavřenost nebo naopak euforie. S postupem času však dochází k rozvoji závažnějších příznaků, jako je dezorientace, bludy, halucinace, výpadky paměti, a v některých případech agresivní chování matky vůči sobě nebo okolí. Dále uvádějí, že se může jednat o halucinace zrakové, čichové, sluchové a hmatové, které může způsobovat neustálé rozptýlení ženy. Typickým bludem, který se u matky může rozvinout ohledně dítěte, je tzv. Capgrasův syndrom, kdy má žena pocit, že její dítě je vyměněné nebo že je to „dítě ďáblov“. Ve vážných případech může žena dítěti ublížit a v nejvážnějších případech pak dítě i zabít. Podle klinických výzkumů až 53 % matek s prokázanou poporodní psychózou někdy napadla myšlenka, že by usmrtily své dítě, jak uvádějí Chandra et al. (2009). U porodních asistentek byly otázky k druhému výzkumnému cíli směřovány na popsání znaků psychických změn, příčin vzniku a možných vlivů na psychiku matky (viz schéma č. 6). Mezi znaky psychických změn porodní asistentky zařadily nestálé emoce, disharmonii s dítětem, plačtivost, náladovost, odmítání dítěte, nespavost, nechutenství, často také jako jeden ze znaků popisovaly problém s přijetím nové role. Také Praško et al. (2009) popisují, že postižená matka se při poporodní depresi odsuzuje za to, že k dítěti nic necítí, je přesvědčená, že jako matka selhala. V souvislosti s příčinami vzniku porodní asistentky popisovaly důležitou souvislost s hormonálními změnami, zmínily také, že v některých případech může existovat určitá spojitost s průběhem porodu a velkou roli může hrát také psychiatrická anamnéza matky. PA 4 se vyjádřila následovně: *„Při vzniku hraje roli celkové psychické nastavení matky a její citlivost a odolnost k zátěžovým situacím. Pokud je matka už před porodem psychicky nestálá, porod může tento její psychický stav v některých případech zhoršit.“* Jak jsme uvedli výše,

anamnéza matky před porodem je důležitým znakem, který se musí vzít v potaz při vzniku poporodní deprese. Tento fakt sestry psychiatrického oddělení zdůrazňovaly velmi často. Při otázce na to, co ovlivňuje psychiku matky v poporodním období, označily PA působení hormonů a změnu životní role, se kterou se matka často nedokáže po porodu vyrovnat. Z výpovědí porodních asistentek jsme došli k závěru, že alespoň v každé z jedné dotazované oblasti dokázala některá z porodních asistentek zareagovat správně. Poslední skupinu tvořily sestry, kterých jsme se dotazovali na otázky, které byly shodné s otázkami pro porodní asistentky. Mezi hlavní znaky psychických změn u matek sestry uváděly často změnu osobnosti a chování matky, vymizení kladných pocitů, přílišné obavy. Často popisovanými znaky byly od poslední skupiny dotazovaných sester také změny nálad a pocity strachu. Odpovědi sester se dost odlišovaly od výpovědí porodních asistentek. Sestry z oddělení šestinedělí například nezdůrazňovaly problém s přijetím nové role matky, naopak při výpovědi používaly spíše označení změnu osobnosti matky. Oproti porodním asistentkám zdůraznily jako jeden ze závažných znaků psychických změn u matek myšlenky na ublížení dítěte, které jsou u poporodní deprese ve vážnějších případech popisovány.

Jako příčiny vzniku těchto psychických změn sestry uváděly průběh porodu, psychické nastavení matky či psychickou poruchu, která se u matky může vyskytovat již v období před porodem. Sestra 1 a 2 se shodly na názoru, že je důležité také zázemí a rodina, které matku obklopují. To, že důležitým faktorem vzniku těchto potíží je kromě osobnosti rodičky, také osobní, sociální a ekonomická situace samotné rodičky, dokládají i Dušová et al. (2010). Obecně jsme tedy z výpovědí sester došli k závěru, že dokázaly vyjádřit některé z důležitých faktorů, které jsou považovány za faktory vzniku PPD. V porovnání s porodními asistentkami vyjádřily sestry více možných faktorů vzniku, porodní asistentky zdůrazňovaly jeden z významných faktorů, a to psychiatrickou anamnézu matky.

Za nejdůležitější faktory, které ovlivňují psychiku matky v poporodním období, považují sestry změnu hormonů, okolí a rodinu působící na psychiku matky, průběh porodu. S 2 uvedla také určitou spojitost psychického uspokojení s kojením, které je důležité pro navázání spojení s dítětem. Problémy s kojením mohou zapříčinit vznik spíše přechodného poporodního blues, jak uvádí ve své práci Žáková (2013), než že by stály za samotným vznikem PPD. Oproti porodním asistentkám ani jedna sestra nezmiňovala změnu životní role, více se sestry zaměřovaly na laktaci a na samotný vliv

prožívání, průběh porodu a následného těhotenství. Ratislavová (2008) zdůrazňuje fakt, že mezi rizikové faktory ovlivňující psychiku matky v šestinedělí patří somatické obtíže, mezi které zahrnula zotavování se po těžkém porodu, anémii a další. Jako největší riziko označila dispozici k psychickému onemocnění v rodinné či osobní anamnéze.

Z poskytnutých odpovědí můžeme tedy alespoň do určité míry zhodnotit profesní zkušenosti porodních asistentek, sester z oddělení šestinedělí i sester psychiatrického oddělení. Z každé skupiny dotazovaných je podle výpovědí zřejmé, že existují určité zkušenosti s problematikou psychických změn u matek. Každá z dotazovaných skupin respondentek zdůraznila vždy alespoň jeden z významných rizikových faktorů popsány i autory zabývající se problematikou poporodního blues a poporodní deprese.

K tomu abychom mohli vytvořit ucelenější pohled na to, jaký je profesní přístup dotazovaných porodních asistentek a sester k ženám trpícími psychickými změnami v poporodním období, jsme položili otázky nejprve sestřím psychiatrického oddělení. Pokládané otázky se blíže věnují četnosti výskytu matek s psychickými změnami, následně přístupu sester k těmto matkám, věkové kategorii těchto matek a průběhem další terapie těchto matek (viz schéma č. 3). Při vyjadřování sester psychiatrického oddělení, jak často se s matkami s psychickými změnami po porodu setkaly, jsme usoudili, že nejméně se matkami setkala S 4, která uvedla výskyt matek trpícími psychickými změnami po porodu na oddělení psychiatrie jednou až dvakrát za rok. Oproti tomu S 3 se za celou dobu své praxe setkala s deseti matkami, což je největší počet ze všech výpovědí, které jsme od sester psychiatrie obdrželi. Při zmapování četnosti výskytu s těmito matkami jsme se sester také dotazovali, jaký přístup při setkání s matkami s psychickými změnami po porodu zvolily. Jako nejdůležitější faktory využívané při práci s těmito matkami označovaly sestry využití dostatečné míry empatie, velkou míru trpělivosti a klidu.

Ratislavová (2008) zdůrazňuje, že pokud se u matky objeví jakékoliv patologické projevy, měli by zdravotníci dávat ženě cílené otázky a snažit se o zjištění co největšího množství informací. V tomto období jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci ženě nápomocní, a sice v tom směru, že se snaží ženu vyslechnout, pomoci jí pochopit, že existuje řešení jejího problému. Ratislavová (2008) dále uvádí, že bychom jí však neměli podsouvat názor, že to všechno překoná, ale důležité je se snažit aktivně

do léčby začlenit její nejbližší okolí. Poslední okruh otázek se týkal věkové kategorie matek s narušenou psychikou. Z výpovědí je patrné, že se jednalo o matky mladší věkové kategorie. Věkové rozmezí by se z výpovědí sester psychiatrického oddělení dalo vyhranit mezi 20 až 35 let. Podle Světové zdravotnické organizace je za rizikovou skupinu žen se sklonem ke vzniku poporodní deprese považována věková hranice pod 20 let, jak publikuje ve svém článku Jedličková (2008). Dušová et al. (2010) prováděli výzkum na oddělení šestinedělí dvou českých porodnic, kde jedním z cílů bylo zjistit, zda má věk rodičky vliv na vznik postnatální deprese. Z výsledků výzkumu vyplývá, že největší ohrožení postnatální depresí v jejich souboru měly nejmladší rodičky, a to ve věkové kategorii 21-29 let. Dle výpovědí sester psychiatrického oddělení bylo věkové rozmezí matek s psychickými změnami širší a dosahovalo věkové hranici 35 let. Mladší věkové složení matek, které tyto poporodní změny mohou postihnout, dle mého názoru úzce souvisí se sociálním začleněním. V dnešní době je většina mladých žen ve věkové kategorii 25-30 let směřována cestou kariérního postupu. Pokud však z nějakého důvodu tuto roli naplnit nemohou, uchylují se často k rodinnému životu a k mateřství. K tomuto kroku často přistupují matky s nižším sociálním postavením, nevyrovnané či depresivní. S tím následně souvisí i vznikající psychiatrická anamnéza, která se může následně promítnout i do období po porodu a zapříčinit následné poporodní změny. Ovšem v dnešní době není výjimkou, že deprese a stres postihuje také starší, úspěšné a kariérně založené matky, které teprve po vybudování kariéry přistoupí k porození potomka. Také u této skupiny žen se i vzhledem k věku mohou v období po porodu promítnout určité psychické změny do celkové poporodního prožívání a mohou zapříčinit určité změny psychiky.

Přístup k dalšímu průběhu léčby při diagnostikování poporodní psychózy sestry specifikovaly na ambulantního psychiatra po dobu alespoň dvou let, jak dokládá S 3. Zároveň S 4 uvádí důležitost poučení rodiny při propuštění ženy do domácí péče: *„Po hospitalizaci jsme tyto matky pouštěly do domácí péče, když už lékař posoudil, že je stav stabilizovaný. Byla poučena rodina, manžel především. Je jim doporučena ambulantní péče pro sledování, do domácí péče bývají propuštěny zhruba po 14 dnech až měsíci.“* U porodních asistentek jsme kategorie otázek, které směřují k zjištění profesního přístupu, rozdělili na kategorii samotného osobního přístupu k matkám s psychickými změnami a na kategorii, která se stejně jako u otázek sester psychiatrie věnuje přímé specifikaci četnosti výskytu matek na daném oddělení, na bližší určení

věkové kategorii matek a na popsání přímých znaků psychických změn (viz schéma č. 8). Při dotazování porodních asistentek na otázky z okruhu osobního přístupu jsme se zaměřovali na otázky, týkající se přístupu k matkám, možnosti podpory psychického stavu matky a zdroje získávání informací do praxe. Při popsání přístupu k matkám, které vykazovaly znaky změněné psychiky, zdůrazňovaly porodní asistentky stejně jako sestry psychiatrie empatii, podporu v péči o novorozence, podání dostatečného množství informací pro lepší informovanost matek. Jak vypověděly porodní asistentky, podporu matky by se snažily zajistit především ze strany rodiny, ale také ze strany odborníka. Jak dokládá samotný článek Jedličkové (2008), základem léčby poporodní deprese je psychoterapie, která může být zároveň léčbou i prevencí, proto by měl každý zdravotník ovládat alespoň základy psychoterapie. Také pouhý rozhovor může ženě pomoci k přijetí vzniklé situace. Při zlepšování psychického stavu matky by se porodní asistentky zaměřily na podpoření laktace a PA 3 by svou pomoc matce opět směřovala k zajištění psychické odborné pomoci a podporu matce by se snažila hledat v rodině, která hraje při těchto psychických změnách důležitou roli. Samotný názor toho, že kvalita partnerství a emocionální opory v rodině je důležitým faktorem, který ovlivňuje samotný psychický stav matky, sdílí také Ratislavová (2008). Uvádí, že matky trpící depresí v šestinedělí pociťují často stavy nedostatku podpory ze strany rodičů, příbuzných a přátel, ale nejvíce jim záleží na samotné podpoře partnera, který je u nás brán jako nejdůležitější pomocník ženy v rodině. Porodní asistentky jsou toho názoru, že by měl být vždy matce někdo na blízku, aby nedošlo k vytvoření stavu, kdy se matka cítí být na všechno úplně sama. Právě samota pak může být zdrojem vzniklých nepříjemných pocitů. Poslední otázka v kategorii osobního přístupu nám měla přiblížit, v jakém směru by porodním asistentkám pomohlo, kdyby je někdo více informoval o problematice psychických změn u matek v poporodním období. Uvedly, že by díky většímu množství informací mohly lépe identifikovat vzniklé psychické změny a následně mohly adekvátně zareagovat. Zároveň by jim do praxe pomohlo samotné zvýšení informovanosti v této ne tak často diskutované problematice. Zároveň jsme se porodních asistentek stejně jako sester psychiatrie dotazovali na četnost výskytu matek s psychickými změnami na daném oddělení a na bližší určení věku matek (viz schéma č. 8). U četnosti se z výpovědi porodních asistentek dá vyvodit závěr, že alespoň jednou se každá porodní asistentka za dobu své praxe setkala s matkou s psychickými změnami. Výpověď PA 1 dokládá, že má zkušenost spíše s matkami, u kterých se po porodu projeví změny nálad

v podobě baby blues. Se ženami s vážnějšími poruchami se setkala zhruba jednou za dva měsíce. Nejvíce zkušeností měla s matkami PA 4, která během své praxe zažila zhruba pět matek se změnou psychiky. Ve srovnání s výpověďmi sester psychiatrie je četnost matek s psychickými změnami častější u sester psychiatrického oddělení, což jsme také předpokládali a sestavovali jsme podle toho samotné znění pokládaných otázek. Věková kategorie matek s psychickými změnami, se kterými se setkaly porodní asistentky, by se dala zahrnout do rozhraní 30-40 let, což je ve srovnání s výpověďmi sester oddělení psychiatrie starší skupina matek. Poslední skupinou dotazovaných byly sestry šestinedělí, kde jsme se v kategorii osobního přístupu také ptali na samotný přístup k matkám, na podporu psychického stavu matky a na přínos větší informovanosti do praxe. U přístupu k matce s psychickými změnami sestry zvolily ohleduplný, citlivý a vnímavý přístup. Podobně jako porodní asistentky také S 3 vypovídala, že by pomoc pro matku hledala nejprve v rodině, a poté až přistoupila k možnosti přenechat matku do další péče psychiatra. S 2 by zvolila správný prvotní přístup ve vytvoření pocitu důvěry ke zdravotníkovi, aby se matka v případě potřeby mohla následně svěřit se svými obavami. Také S 4 je toho názoru, že je důležité jako zdravotník zajistit dostatek informací a poskytnout matce odpovědi na všechny její otázky. Důležitost vidí také v návštěvě rodiny, která může v určitém směru pomoci v psychickém nastavení matky, a pokud si to matka přeje, umožnit jí vycházku. Tento fakt dokládá i Takács (2015), která je toho názoru, že ženy o svých psychických problémech často nechtějí hovořit, a to z důvodu strachu, že budou označeny za špatné matky, že jsou „bláznivé“ nebo ze strachu ze stigmatu duševních nemocí. Proto uvádí, že je důležité kromě zjišťování přítomnosti typických příznaků také edukace ženy o příznacích deprese a úzkosti, která vede k samotnému snížení obav a porozumění vzniklých příznaků. Ke zlepšení psychického stavu matky v šestinedělí se S 2 vyjádřila takto: „Zajistit matce dostatečný klid a odpočinek, pokud je s dítětem něco v nepořádku nebo jsou problémy s krmením, nabídnout jí pomoc, popřípadě je možnost pomoci laktační sestrou. Myslím si, že dostatečná informovanost matky je také důležitá pro její celkové zklidnění.“ Další z otázek se týkala toho, jak by sestry do praxe využily více se dozvědět o problematice psychických změn u matek v poporodním období. Sestry vypověděly, že největší přínos by přineslo školení v komunikaci a získání více informací pro určení těchto změn u matek. Stejně jako u dvou předchozích dotazovaných skupin sester jsme se i sester z oddělení šestinedělí dotazovali na četnost výskytu těchto matek v jejich praxi a bližší určení věkové kategorie matek

(viz schéma č. 13). Z výpovědí sester oddělení šestinedělí je zřejmé, že alespoň jednou měla každá sestra možnost se setkat s matkou, u které byla narušena psychika. Nejvíce setkání zažila S 2, jak dokládá její výpověď: „*Za celou dobu své praxe jsem zažila tak 4 matky, u kterých by se dalo říci, že zažívaly určité psychické změny po porodu. Celkově musím říct, že moc často se u nás tyto matky nevyskytují, je to spíše výjimečné.*“ Jak uvedla S 3, tak i ona nějaké zkušenosti s matkami s narušenou psychikou má, ale často se u nich tyto matky nevyskytují. Ve srovnání s předchozími dvěma skupina je počet matek s narušenou psychikou, se kterými se mohly v rámci své praxe setkat, nejmenší. Věkové rozmezí matek, se kterými měly zkušenost, spadá dle výpovědí sester 25-40 let.

Náš poslední cíl se týkal toho, abychom zjistili profesní zkušenosti nelékařských zdravotnických pracovníků psychiatrického oddělení s dopadem psychických změn u žen na péči o novorozence či kojence. Jelikož doba, kterou sestry z psychiatrie stráví s matkami s duševní poruchou, je nejdelsí, zajímali nás především jejich poznatky. Pro srovnání jsme se na otázky ve směru péče doptali i porodních asistentek a sester z oddělení šestinedělí. V kategorii péče o novorozence jsme se sestry z psychiatrie ptali na to, jaké vnímají odlišnosti v péči o novorozence matkami s narušenou psychikou a jaký je následný vliv na nejbližší okolí těchto matek. Všechny dotazované sestry z psychiatrie se shodly na tvrzení, že tyto matky nebyly schopné se samostatně postarat o své dítě. Všechny matky, které byly na jejich oddělení hospitalizovány s psychickými změnami po porodu, potřebovaly v první řadě pomoc některého člena rodiny pro zvládnutí vzniklé situace. Vytvoření pevného vztahu k novorozenci a získání ztracené jistoty v péči o novorozence trvalo matkám např. dle výpovědi jedné ze sester dva až tři týdny. S 4 uvedla, že často bylo pro rodinu těžké vůbec přijmout, že by u jejich dcery či manželky mohlo vůbec dojít k nějakým změnám, ale v mnoha případech byla rodina právě tím, kdo začal situaci řešit.

Poporodní duševní poruchy nepříznivě ovlivňují kvalitu života pacientky, ale také celé její rodiny. Jak dokládají Izáková et al. (2013), i přesto, že mohou mít počáteční příznaky poporodní deprese mírnou intenzitou, mohou nepříznivě ovlivnit schopnost ženy v časném poporodním období postarat se o sebe a dítě. Mohou ohrozit vytvářející se vztah matka a dítě, stejně jako začátek laktace a zhoršit poporodní adaptaci dítěte. Proto uvádějí, že je důležitý podpůrný přístup jak ze strany zdravotnického personálu, tak ze strany rodiny.

Jak uváděly sestry psychiatrie při otázce působení psychických změn na okolí matky, nastává problém v narušení vztahů s partnerem, ale také nepřijetí problému partnerem a narušení komunikace s blízkým okolím. Jak uvedla S1, nastává v mnoha případech problém při zpětném navázání kontaktu, kde často vážne komunikace a celý tento proces obnovy může trvat delší dobu. Tento fakt podkládá i tvrzení Widerové (2009), která tvrdí, že problém může v této situaci nastat na straně partnera v otázce pochopení, kdy partner nemusí celou vzniklou situaci pochopit. Pokud se deprese dostane i do partnerského vztahu muže a ženy, může dojít k tomu, že deprese bude přetrvávat nebo se bude ještě více zhoršovat. V návaznosti na problematiku v péči matky s narušenou psychikou o novorozence jsme se dotazovali také porodních asistentek a sester z oddělení šestinedělí, jaké prožívají pocity matky při péči o novorozence a jaké shledají ony odlišnosti v péči o novorozence. Nejčastější pocity, které porodní asistentky popsaly, byly úzkost, nejistota, pocit selhání a toho, že matka nezvládne péči o dítě. V návaznosti na baby blues porodní asistentky často u matek pozorovaly úzkost a nejistotu, u poporodní deprese nebyly matky schopny péči obstarat a dítě tak směřovalo do péče sester a později do péče členů rodiny. U konkrétních odlišností porodní asistentky vypověděly, že matka začala své dítě odmítat a považovala ho za zdroj veškerých problémů. Sestry při popisování pocitů matky s narušenou psychikou uváděly náladovost, unavenost, neprožívání radosti a problém s nastavením pravidelného režimu. To, že nadměrná úzkost a vzniklé obavy, které u matky vznikají, jsou zapříčiněny odpovědností matek za péči o novorozence, dokládají i Takács et al. (2015), kteří zároveň dodávají, že právě i v tomto směru pozitivně působí podpora ze strany rodiny a bezprostředního okolí. Problém pak nastává u matek, které takovou podporu nemají. S 4 také zdůrazňuje, že pocity a prožívání matky byly dost citově neutrální a matky neprojevovaly příliš emocí. To, že vliv emocí poporodně depresivní matky souvisí s obtížným temperamentem dítěte, nedostatečným emočním prožíváním a podrážděností kojenců, popisují ve svém výzkumu také Rode et al. (2016). V odlišnostech při péči o novorozence matkami se změněnou psychickou stránkou uváděly sestry důležitost nutné dopomoci zdravotnického personálu při běžných úkonech. Zároveň je u matek s narušenou psychikou změněné prožívání při kontaktu s novorozencem a častým projevem změněné psychiky matky v poporodním období je pocit selhání při každodenním fungování, jak dokládají výpovědi respondentek.

Z výsledků námi provedeného výzkumu jsme názoru, že problematika změněné psychiky u matek v období po porodu není dotazovaným skupinám nelékařských zdravotnických pracovníků neznámá. Ve směrech určení příznaků poporodní deprese všechny dotazované skupiny dokázaly vyjádřit důležité příznaky nastávající poporodní deprese nebo jiné duševní poruchy. Stav, který může předcházet samotnému přechodu do poporodní deprese, poporodní splín neboli baby blues, u zdravotníku až tak známý není. Správně ale dokázaly dotazované zareagovat na otázky týkající se zdroje vzniku poporodní deprese. Výzkum nám také pomohl zmapovat věkovou kategorii matek v rámci jednotlivých zařízení a četnost výskytu těchto matek v rámci jednotlivých zařízení. Velkým přínosem by v otázce přístupu nelékařských zdravotnických pracovníků k těmto matkám bylo definování strategie při komunikaci a následného přístupu, kdy si často nelékařští zdravotničtí pracovníci nejsou jisti správností svého dalšího jednání. Dotazované by ocenily více seminářů na toto téma, aby posléze mohly o této problematice lépe informovat i samotné matky. Můžeme také konstatovat, že péče těchto matek je do velké míry omezena a matky nejsou schopny fungovat a provádět běžnou péči o novorozence bez pomoci někoho dalšího. Při péči matky o novorozence tvoří nelékařští zdravotničtí pracovníci a rodina velkou pomoc. A to také z důvodu vznikající samostatnosti matek. Je tedy zřejmé, že nejen pediatři, psychiatři, sociální pracovníci, ale také hlavně sestry a porodní asistentky hrají důležitou roli při řešení problému matky, kterou postihla některá z poporodních změn. Ať už se jedná o změny začínající ihned po porodu či změny závažnější.

6 ZÁVĚR

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku psychických změn u matek v poporodním období, zdůrazňuje nejčastější změny, které mohou matky v poporodním období postihnout a narušit tak jejich fungování a vztah s dítětem. Zároveň se snaží zmapovat informovanost a jednání zdravotníků v návaznosti na tuto problematiku.

V rámci výzkumné části byly stanoveny čtyři výzkumné cíle. Prvním cílem diplomové práce bylo zjistit znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků vybraných zdravotnických zařízení v oblasti problematiky psychických změn u žen v poporodním období. Druhý cíl byl směřován k zjištění profesní zkušenosti nelékařských zdravotnických pracovníků. Třetí cíl se týkal profesního přístupu nelékařských zdravotnických pracovníků k ženám trpícím psychickými změnami. Úkolem posledního, a tedy čtvrtého cíle bylo zjistit, jaké jsou profesní zkušenosti nelékařských zdravotnických pracovníků psychiatrického oddělení u žen na péči o novorozence či kojence.

Výzkumné šetření, které bylo zaměřené na sestry, které pracují na psychiatrickém lůžkovém oddělení, na sestry oddělení šestinedělí a porodní asistentky, nám přineslo zjištění, že všechny skupiny dotazovaných mají určité znalosti o problematice poporodní deprese a poporodních změn nálad. Tyto znalosti nebyly však úplné. Mezi dotazovanými byly sestry z oddělení psychiatrie tak i respondentky z řad porodních asistentek, které nedokázaly vysvětlit, co znamená pojem baby blues. Nejistota zavládla také při otázce, jak jednat s matkami, u kterých mají podezření na poporodní psychózu či jaké jsou příčiny vzniku těchto změn u matek. Minimálně jedna z každé skupiny dotazovaných vyjádřila nedostatečné informace k této problematice a chybějící znalosti v komunikaci a jednání s matkami, které jsou takto postihnuty. Velká část z dotazovaných ale dokázala vyjmenovat nejdůležitější projevy poporodní deprese a stejně tak dokázaly rozpoznat, jaký je rozdíl v přístupu těchto matek k novorozenci. V některých jejich odpovědích chyběla jistota k dané otázce, o kterou by se při zodpovídání mohly opírat. Můžeme tedy konstatovat, že veškeré znalosti, které sestry nabyly, pocházely ze srovnání těchto matek, u kterých došlo k psychické změně s matkami, u kterých bylo poporodní období bez vážných problémů. U sester z oddělení psychiatrie je situace trochu odlišná z důvodu, že se s těmito matkami v rámci svého oddělení setkávají častěji. Jak vypovídaly i samotné sestry při dotazování, informace

si většinou musely dohledávat a zjišťovat samy. Tuto odpověď vypověděly dvě ze sester psychiatrie. Jedna z dotazovaných uvedla, že potřebné informace se snaží získat od lékařů na jejich oddělení. Důležité je ale především to, že sestry mají o tomto ne tak často diskutovaném problému povědomí a snaží se více se o něm dozvědět. Zároveň by ocenily, kdyby informovanost k poporodní depresi a poporodním změnám u matek byla větší a častější, a tím by i ony samy mohly tyto změny lépe identifikovat. Samy sestry uvedly, že by v rámci svého pracoviště ocenily více seminářů, kde by se tato problematika psychických změn matek důkladněji probírala. Mohly by pak u matek lépe určit počínající příznaky. V mnoha případech se stává, že ke zjištění, že matka trpí poporodními psychickými změnami, dochází až v domácím prostředí rodinnými příslušníky. V této době může už být ohrožena nejen matka, ale i samotné dítě. Přitom právě zdravotnický pracovník, který přichází do kontaktu s matkou v rámci zdravotnického zařízení, by měl být tím prvním, který zaznamená u matky změny chování a nálad. Ani samotné matky často netuší, že je nějaké podobné změny mohou v poporodním období postihnout. Samotné sestry chápou tyto změny jako změny v náladovosti žen, v jejich chování a přístupu k ostatním, v nedostatečném fungování ženy jako matky, změny, kdy se veškerá radost kolem dítěte obrátí ve starost a vyčerpání. Díky výsledkům výzkumu tak můžeme jednoznačně konstatovat, že chybí vyšší informovanost zdravotnických pracovníků, kteří přicházejí po porodu do kontaktu nejen se samotnými matkami ale také s novorozenci. Na téma poporodní deprese jsme se snažili více zaměřit z pohledu nelékařského zdravotnického personálu, který je v rámci svého povolání schopen matce nabídnout určitou pomoc a je schopen využít své vědomosti k prospěchu matek. Bylo by proto přínosem do praxe co nejvíce prohlubovat vědomosti nelékařských zdravotnických pracovníků o problematice poporodní deprese a jiných psychických poruch po porodu.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ANOKYE, R. et al., 2018. Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. *Annals of General Psychiatry*. 9(18), 198- 210, doi: 10.1186/s12991-018-0188-0.
2. AYERS, S., VISSER, R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada. 552 s. ISBN 978-80-247-5230-3.
3. BORNSTEIN, M. et al., 2012. Emotional Relationships between Mothers* and Infants: Knowns, Unknowns, and Unknown Unknowns. *Dev Psychopathol*. 24(1), 113-23, doi: 10.1017/S0954579411000708.
4. COX, J.L. et al., 1987. Detection of postnatal depression: development of the 10- item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 150(6), 782-6. doi: 10.1192/bjp.150.6.782.
5. ČECH, E. et al., 2014. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada. 1599 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
6. DELAVARI, M. et al., 2018. The relationship of maternal – fetal attachment and postpartum depression: a longitudinal study. *Arch Psychiatr Nurs*. 32(2), 263-67, doi: 10.1016/j.apnu.2017.11.013. Epub 2017 Nov 8.
7. DELROSARIO, G. et al., 2013. Postpartum depression: Symptoms, diagnosis, and treatment approaches. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*. 26(2), 50-54, doi: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2006.163.9.1549>
8. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vydání. Praha: Grada. 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
9. DUŠOVÁ, B., MONIAKOVÁ, N., 2010. Emoční změny u žen v období šestinedělí. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 1(4). 121-123. ISSN 1804-2740.
10. EARLS, M., 2010. Incorporating Recognition and Management of Perinatal and Postpartum Depression Into Pediatric Practice. *Pediatrics*. 126(5), 1032-9, doi: 10.1542/peds.2010-2348.

11. FALLON, V. et al., 2018. *Postpartum-specific anxiety as a predictor of infant-feeding outcomes and perceptions of infant-feeding behaviours: new evidence for childbearing specific measures of mood*. *Womens mental health*. 21(2), 181-191, doi: <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0775-0>.
12. Fancourt, D. et al., 2017. Association between singing to babies and symptoms of postnatal depression, wellbeing, self-esteem and mother-infant bond. *Public health*. 17(145), 149-152, doi: 10.1016/j.puhe.2017.016.
13. FEJFAROVÁ, J., 2016. Psychologie v perinatální péči. *Zdravotnictví a medicína*. 16(2), 31, ISSN 2336-2987.
14. GEISEL, E., 2004. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press. 254 s. ISBN 80-86356-32-9.
15. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
16. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2013. *Čekáme dítětko*. 2. vydání. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
17. HANÁKOVÁ, T., CHVÍLOVÁ WEBEROVÁ, M., VOLNÁ, P., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. vydání. Brno: CPress. 256 s. ISBN 978-80-264-0755-3.
18. HÁJEK, Z., 2008. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.
19. HIRST, K., MOUTIER, CH., 2011. Poporodní velká deprese. *Gynekologie po promoci*. 11(1), 30-36. ISSN 1213-2578.
20. HONZÁK, R., 2010. Léčení deprese matky má smysl nejen po porodu. *Psychosom*. 8(2), 81-83. ISSN 2336-7741.
21. HOSKOVCOVÁ, S., SUCHOCHLEBOVÁ RYNTOVÁ, L., 2009. *Výchova k psychické odolnosti dítěte: Silní pro život*. Praha: Grada. 218 s. ISBN 978-802-4722-061.

22. CHMEL, R., 2008. *Otázky a odpovědi o porodu*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 8024721422.
23. ILES, J. et al., 2011. Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: the role of partner support and attachment. *Anxiety disord.* 25(4), 520-30, doi: 10.1016/j.janxdis.2010.12.006.
24. IZÁKOVÁ, L., 2013. Duševné zdravie počas tehotenstva a po pôrode. *Psychiatrie pro praxi.* 14(4), 161-163. ISSN 1213-0508.
25. IZÁKOVÁ, L. et al., 2013. Výskyt depresívnych príznakov v popôrodnom období. *Psychiatrie pro praxi.* 14(1), 26-29. ISSN 1213-0508.
26. JEDLIČKOVÁ, M., 2008. Obecný náhled na problematiku deprese po porodu z hlediska gynekologicko-porodnického. *Praktická gynekologie.* 12(2), 86-90. ISSN 1211-6645.
27. KAŠPÁREK, T., 2011. Duševní poruchy v poporodním období. *Psychiatrie pro praxi.* 12(11). 23-24. ISSN 1803-5914.
28. KELNAROVÁ, J. et al., 2014. *Psychologie 2. díl. Po studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
29. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2010. *Psychologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3270-1.
30. KINGSTON, D. et al., 2012. Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev.* 43(5), 683-714, doi: 10.1007/s10578-012-0291-4.
31. KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
32. KOPECKÁ, I., 2012. *Psychologie 2.díl. Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978- 80-247-3876- 5.

33. KOSHCHAVTSEV, A. et al., 2008. Baby Blues Syndrome as an Adaptation Disorder in the Early Stages of Formation of the Mother–Child System. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 38(4), 439–442, doi: <https://doi.org/10.1007/s11055-008-0063-6>.
34. KOSOVÁ, J., 2010. Co opravdu funguje u úzkostných poruch: k terapeutickým kombinacím přidáme cvičení. *Psychiatrie pro praxi*. 11(1), 11-14. ISSN 1213-0508.
35. KOSTIUK, P., 2009. Deprese v těhotenství: možnosti farmakoterapie. *Farmi News*. 6(5), 9. ISSN 1214-5017.
36. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2013. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
37. LORENZOVÁ, E. et al., 2016. Péče komunitní porodní asistenty o šestinedělku s poporodní depresí. *Pediatric pro praxi*. 17(5), 322-25. ISSN 1213-0494.
38. MOCKONCHIE, A., LEWIS, S., 2009. *Těhotenství, výživa a péče o miminko*. Praha: Svojtko & Co. 511 s. ISBN 978-80-256-0155-6.
39. MALUS, A. et al., 2016. Incidence of postpartum depression and couple relationship quality. *Psychiatri Polska*. 50(6), 1135–1146, doi: <https://doi.org/10.12740/PP/61569>.
40. MAZUCHOVÁ, L. et al., 2015. Prežívanie žien vo vzťahu k popôrodnému bondingu. *PsychoSom*. 13(3), 178-186. ISSN 2336-7741.
41. MROWETZ, M., 2009. Bonding neboli děti chtějí být připoutány k matkám! *Sestra*. 19(11), 30-31. ISSN 1210-0404.
42. MROWETZ, M. et al., 2011. *Bonding — porodní radost Podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?* Praha: DharmaGaia. 368 s. ISBN 978-80-7436-014-5.
43. PAŘÍZEK, A., HONZÍK, T., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 3. vydání. Praha: Galén. 384 s. ISBN 978-80-7492-216-9.

44. PASTUCHA, P., 2007. Pohybová aktivita v léčbě úzkostných a depresivních poruch. *Psychiatrie pro praxi*. 8(5), 206-207. ISSN: 1213-0508.
45. PETR, T., MARKOVÁ, E. et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
46. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
47. PRAŠKO, J. et al., 2009. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. 2. vydání. Praha: Galén. 91 s. ISBN 978-80-7262-656-4.
48. RAI, S. et al., 2015. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry*. 57(2), 216-221, doi: 10.4103/0019-5545.161481.
49. RATISLAVOVÁ, K., 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Area. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
50. RATISLAVOVÁ, K., 2008. Psychologie časného poporodního období. *Moderní babičtví*. 8(15), 27-31. ISSN 1214-5572.
51. RHEINWALDOVÁ, E., 2010. *Jak vychovat šťastné dítě*. Praha: Motto. 256 s. ISBN 978-80-7246-509-5.
52. RODE, J. et al., 2016. The mediated effects of maternal depression and infant temperament on maternal role. *Womens Ment Health*. 19(1), 133-40, doi: 10.1007/s00737-015-0540-1.
53. ROUBAL, J., 2008. Fenomén bludného kruhu deprese z pohledu pěti psychoterapeutických směrů. *Československá psychologie*. 52(6), 615-24. ISSN 0009-062X.
54. ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
55. ROZTOČIL, A., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. 408 s. ISBN 9788024719412.

56. RUSH, P., 2010. The experience of maternal and child health nurses responding to women with postpartum depression. *Matern child health*. 16(2), 322-327, doi: 10.1007/s10995-010-0688-2.
57. SEIFERTO VÁ, D., MOHR, P., 2009. Psychiatrické komplikace v šestinedělí. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 18(1), 14–21. ISSN 1214 – 5272.
58. SEIFERTO VÁ, D. et al., 2007. Léčba psychofarmaky v těhotenství a laktaci. *Psychiatrie pro praxi*. 8(3), 119-25. ISSN 1213-0508.
59. SCHUB, T. et al., 2017. *Postpartum Depression: Assessment and Screening* [online]. California: Glendale Adventist Medical Center [cit. 2018-06-06]. Dostupné z: <file:///C:/Users/Pavl%C3%ADna/Desktop/ContentServer.pdf>
60. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2013. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III - gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 3. vydání. Praha: Grada. 244 s. ISBN 978-80-247-4341-7.
61. SOBOTKOVÁ, D. et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80- 247-5127-6.
62. Takács, L. et al., 2016. Poporodní blues - česká adaptace dotazníku „Maternity blues questionnaire“. *Pro Lékaře*. 81(5), 355-368. ISSN 1210-7832.
63. TAKÁCS, L., SOBOTKOVÁ, D., ŠULOVÁ, L., 2015. *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-9716-8.
64. TALOVÁ, B. et al., 2014. Úzkost a úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu. *Česká a slovenská psychiatrie*. 110(1), 29-37. ISSN 1212-0383.
65. TOP, E. et al., 2016. Paternal Depression Rates in Prenatal and Postpartum Periods and Affecting Factors. *Archives of Psychiatric Nursing*. 30(16), 747-52, doi: 10.1016/j.apnu.2016.07.005.
66. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. 536 s. ISBN 978- 80- 246-2153- 1.

67. VAVEVER, M. et al., 2015. Infants of depressed mothers show reduced gaze activity during mother-infant interaction at 4 months. *International Society on Infant Studies*. 20(4), 445–454, doi: 10.1111/infa.12082.
68. VIGOD, S.N. et al., 2013. Relation between place of residence and postpartum depression. *Canadian Medical Association Journal*. 185(13), 1129-1135, doi: 10.1503/cmaj.122028.
69. VIGUERA, A. et al., 2011. Episodes of mood disorders in 2,252 pregnancies and postpartum periods. *Am J Psychiatry*. 168(11), 1179-85, doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11010148.
70. VYMĚTAL, J., 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0.
71. WIDEROVÁ, J., 2009. *Pomoc! Jak se nezbláznit po porodu*. Praha: Metafora. 240 s. ISBN 978-80-7359-202-8.
72. ZACHAROVÁ, E., 2014. Specifika psychosociálního přístupu v porodnictví. *Zdravotnictví a medicína*. 14(19), 5-6. ISSN 2336-2987.
73. ZAUDERER, CH., 2009. Postpartum Depression: How Childbirth Educators Can Help Break the Silence. *The journal of perinatal education*. 18(2), 23-31, doi: 10.1624/105812409X426305.
74. ŽÁKOVÁ, M., 2013. *Porodní deprese v profesi porodní asistentky*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AAP	americká pediatriká akademie
KBT	kognitivně behaviorální terapie
PPD	postpartum depression
PTSD	posttraumatická stresová porucha
SSRI	inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

9 SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1** Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro porodní asistentky a sestry šestinedělí
- Příloha 2** Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro sestry z oddělení psychiatrie
- Příloha 3** Edinburgh postnatal depression scale
- Příloha 4** Žádost o povolení výzkumného šetření v Ústavu pro péči o matku a dítě
- Příloha 5** Žádost o povolení výzkumného šetření v zařízení Ústřední vojenské nemocnice v Praze
- Příloha 6** Přepis polostrukturovaných rozhovorů na CD nosiči

Příloha 1: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru pro porodní asistentky a sestry šestinedělí

- 1 Kolik je Vám let?
- 2 Jaké máte vzdělání?
- 3 Jak dlouhou máte praxi v oboru porodní asistentky/sestry?
- 4 Jak byste popsala nejčastější pocity, které prožívají matky po porodu?
- 5 Převaha, kterých pocitů je po porodu častější?
- 6 Dokázala byste vysvětlit pojem baby blues?
- 7 Co si představíte pod pojmem poporodní psychóza?
- 8 Co si myslíte, že jsou hlavní znaky psychických změn u matek v poporodním období?
- 9 Co si myslíte, že hraje hlavní roli při vzniku těchto psychických poruch po porodu?
- 10 Co podle Vás nejvíce ovlivňuje psychiku matky v poporodním období?
- 11 Jak byste přistupovala k matce, která po porodu vykazuje znaky změněné psychiky?
- 12 Co podle Vás můžete udělat pro zlepšení psychického stavu matky v šestinedělí?
- 13 V jakém směru by Vám pomohlo do praxe, kdyby Vás někdo více informoval o problematice psychických změn u matek?
- 14 Jak byste popsala matku, která po porodu vykazovala znaky změněné psychiky?
- 15 Jak často se s takovými matkami se změněnou psychikou setkáváte?
- 16 Jakého věku jsou tyto matky nejčastěji?
- 17 Pozorovala jste, že by docházelo u matek se změněnou psychikou v šestinedělí ke změně v péči o novorozence? K jakým změnám docházelo?

18 V čem se podle Vás odlišovala péče o novorozence u matek s narušenou psychikou oproti matkám s běžným stavem po porodu?

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)

Příloha 2: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru pro sestry z oddělení psychiatrie

- 1 Kolik je Vám let?
- 2 Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
- 3 Jak dlouhou máte praxi v oboru sestry?
- 4 Jak dlouhou máte praxi na tomto oddělení?
- 5 Jak byste vysvětlila pojem baby blues?
- 6 Odkud získáváte nejvíc informací do praxe týkajících se psychických změn u matek?
- 7 Jak byste vysvětlila pojem poporodní psychóza?
- 8 Jak byste popsala hlavní znaky psychických změn u matek v poporodním období?
- 9 Co podle Vás nejvíce ovlivňuje psychiku matky v poporodním období?
- 10 Co si myslíte, že hraje hlavní roli při vzniku psychických poruch po porodu?
- 11 Jakými psychickými změnami matky trpěly?
- 12 Jak přistupujete k matce, která vykazuje znaky změněné psychiky?
- 13 Jakého věku jsou tyto matky nejčastěji?
- 14 Jak často jsou u vás tyto matky se změněnou psychikou hospitalizovány?
- 15 Kam směřuje další cesta těchto matek po propuštění z vašeho oddělení?
- 16 K jakým odlišnostem docházelo u matek s psychickými změnami v péči o dítě?
- 17 Jakým způsobem byla narušena schopnost matek s duševní poruchou samostatně pečovat o dítě?

18 Jaký dopad měla tato duševní porucha na její okolí?

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)

Příloha 3: Edinburgh postnatal depression scale

Při celkovém součtu 12 a více bodů je důvod se domnívat, že trpíte depresí. V posledních sedmi dnech:

I. Dokázala jsem se smát a vnímat komickou stránku věcí:

- tak jako doposud (0)
- ne úplně tak jako dřív (1)
- rozhodně ne tolik jako doposud (2)
- vůbec ne (3)

II. Těšila jsem se na některé věci:

- stejně jako dřív (0)
- asi méně než obvykle (1)
- rozhodně méně než doposud (2)
- skoro ne (3)

III. Když se mi něco nedařilo, cítila jsem neopodstatněný pocit viny:

- ano, většinou (3)
- ano, občas (2)
- ne příliš často (1)
- ne, nikdy (0)

IV. Měla jsem strach nebo jsem se cítila bezdůvodně znepokojená:

- ne, vůbec ne (0)
- téměř ne (1)
- ano, občas (2)
- ano, velmi často (3)

V. Bála jsem se nebo propadala bezdůvodně panice:

- ano, velmi často (3)
- ano, příležitostně (2)
- skoro ne (1)
- vůbec ne (0)

VI. Bylo toho na mě moc:

- ano, většinou jsem situaci neuměla zvládnout (3)
- ano, občas jsem situaci neuměla zvládnout tak jako jindy (2)
- ne, většinou jsem situaci zvládla (1)
- ne, zvládám situaci stejně dobře jako vždy (0)

VII. Byla jsem tak nešťastná, že jsem nemohla spát:

- ano, většinou (3)
- ano, občas (2)
- ne, nijak zvlášť často (1)
- vůbec ne (0)

VIII. Cítila jsem se smutně nebo na dně:

- ano, většinou (3)
- ano, občas (2)
- ne, nijak často (1)
- vůbec ne (0)

IX. Byla jsem tak nešťastná, že jsem plakala:

- ano, většinu času v tom období (3)
- ano, velmi často (2)

- jen občas (1)

- ne, nikdy (0)

IX. Byla jsem tak nešťastná, že jsem plakala:

- ano, většinu času v tom období (3)

- ano, velmi často (2)

- jen občas (1)

- ne, nikdy (0)

Zdroj: Geisel (2004)

Příloha 4: Žádost o povolení výzkumného šetření v Ústavu pro péči o matku a dítě

SOUHLAS S ÚČASTÍ NA VÝZKUMU

Informace o výzkumu

Žádám Vás o poskytnutí souhlasu s účastí ve výzkumu zaměřeném na problematiku psychických změn u žen v poporodním období s ohledem na péči o dítě. Výzkum je realizován v rámci mé diplomové práce jako studentky ošetrovatelství na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Díky informacím získaným z rozhovorů se zdravotnickými pracovníky bych ráda zmapovala, jak jsou zdravotníci informováni a jaké jsou znalosti v této oblasti. V rozhovorech se budu ptát na otázky týkající se přístupu k matkám v poporodním období. Bude mě také zajímat, jaké znalosti mají zdravotníci v oblasti psychických změn u matek v poporodním období, jaké mají zkušenosti z praxe s matkami, které trpěly psychickými změnami. Získaná data budou použita do výzkumné části mé diplomové práce. Rozhovory budou nahrávány a přepsány do písemné podoby a budou součástí přílohy práce, bude však zcela zachována anonymita.

Bc. Pavlína Janečková

Autorka práce

Mgr. Hana Hajduchová Ph.D.

Vedoucí práce

Souhlasím s uskutečněním výzkumu v Ústavu pro Péči o Matku a Dítě

Vrchní sestra: Mgr. Ilona Křižanová

Datum *17.2.2018*

Podpis *[Signature]*

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ
Podolské nábřeží 157
PSČ 147 00 Praha 4 - Podolí
vrchní sestra pediatrie

Mgr. Ilona Křižanová

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)

Příloha 5: Žádost o povolení výzkumného šetření v zařízení Ústřední vojenské nemocnice v Praze

Pavlna Janeckova <janecpav@gmail.com>

8. 2. ☆



komu: tomas.petr ▾

Dobrý den,

jsem studentka 2. ročníku kombinovaného studia oboru ošetrovatelství se specializací v pediatrii na Jihočeské univerzitě. Snažím se nyní posbírat potřebná data k mému výzkumu, který se zaměřuje na to, jaké jsou znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků, konkrétně všeobecných sester, porodních asistentek a sester psychiatrického oddělení v oblasti problematiky psychických změn u žen v poporodním období a profesní zkušenosti nelékařských zdravotnických pracovníků s dopadem psychických změn u žen na péči o novorozence či kojence. Tímto jsem Vás chtěla požádat, zda by bylo možné udělat krátký dotazník s některými vašimi sestrami, nejlépe pokud by se mezi vašimi sestrami našly ty, které měly možnost se setkat s matkou, která měla diagnostikovanou poporodní psychózu. Pokud byste s výzkumem souhlasil, zaslala bych Vám otázky, které bych sestrami pokládala. Pokud byste měl zájem, můžu Vám po zpracování diplomové práce zaslat výsledky mého výzkumu.

Předem moc děkuji za odpověď
Pavlna Janečková

Tomáš Petr <Tomas.Petr@uvn.cz>

8. 2. ☆



komu: mně ▾

Dobrý den, s výzkumem souhlasím, některé sestry určitě takové zkušenosti mají T.Petr

Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.
psychiatrické oddělení
Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha
Tel: 725768425
E-mail: tomas.petr@uvn.cz
Fax: 224316228

Zdroj: Vlastní výzkum (2018)