

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Věra Stískalová

**Stavy psychiky žen v těhotenství, při porodu a
v šestinedělí**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Radka Kozáková

Olomouc 2014

ANOTACE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce v ČJ: Stavby psychiky žen v těhotenství, po porodu a v šestinedělí

Název práce v AJ: Mental condition of women during pregnancy, the childbirth and the puerperium

Datum zadání: 2014-01-30

Datum odevzdání: 2014-05-07

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav porodní asistence

Autor práce: Věra Stískalová

Vedoucí práce: Mgr. Radka Kozáková

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce se zabývá problematikou patologických psychických stavů v těhotenství, při porodu a v poporodním období. Věnuje se komplexně studii diagnostiky, příčin a dopadu psychických změn, které u žen mohou nastat během gravidity a po ní. V první části jsou prokázány poznatky o příčinách změn stavu žen psychiky a jejich vlivu na ženu v těhotenství. Dále se bakalářská práce zaměřuje na stav psychiky žen při přípravě na porod a vliv porodu na stav psychiky. V závěrečném cíli je z dostupných studií poukázáno, jak lze ovlivnit psychiku žen po porodu a její schopnost péče o rodinu a dítě.

Abstrakt v AJ:

The bachelor thesis deals with negative mental conditions during the pregnancy, childbirth and the puerperium. It is devoted to a comprehensive study of the diagnosis, causes and the impact of psychological changes that can appear at women during pregnancy and after. In first part there is demonstrated knowledge about the causes of

changes in the psyche and their impact on a woman during pregnancy. Second part of the work is focusing on the mental condition of women in preparation for the childbirth and its effect on mental condition of women. The final goal refers how is possible affect the psyche of women after childbirth, and her ability to care for the family and the child on the basis of available studies.

Klíčová slova v ČJ:

těhotenství, rodina, porod, stres, deprese, poporodní psychóza, laktace, halucinace, poporodní blues,

Klíčová slova v AJ:

pregnancy, family, childbirth, stress, depression, postnatal psychosis, lactation, hallucinations, puerperium blues,

Rozsah: 43 stran + 2 přílohy

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 1. května 2014

Věra Stískalová

Poděkování

Děkuji Mgr. Radce Kozákové za vstřícný přístup, odborné vedení a cenné rady, které mi poskytla při zpracování této bakalářské práce.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ANOTACE | 2 |
| ÚVOD..... | 8 |
| 1 ASPEKTY OVLIVŇUJÍCÍ PSYCHIKU ŽENY BĚHEM TĚHOTENSTVÍ. | 11 |
| 1.1 Aspekty biologicko-hormonální..... | 11 |
| 1.2 Aspekty psychosociální..... | 12 |
| 1.3 Ostatní aspekty..... | 14 |
| 1.4 Psychické potíže a rizikové faktory jejich vzniku v těhotenství | 15 |
| 1.4.1 Těhotenské deprese | 17 |
| 1.4.2 Těhotenství jako životní krize | 19 |
| 1.5 Psychika muže v období těhotenství partnerky | 22 |
| 1.6 Přístup společnosti k prožívání těhotenství..... | 23 |
| 2 STAV PSYCHIKY ŽENY PŘI PORODU | 24 |
| 2.1 Fyziologický porod, narození živého plodu..... | 24 |
| 2.1.1 Perinatální psychologie..... | 25 |
| 2.2 Porod mrtvého plodu, zásah do psychiky ženy | 26 |
| 2.3 Psychologický aspekt přítomnosti otce u porodu | 27 |
| 3 CHARAKTERISTIKA A PŘÍČINY OVLIVŇUJÍCÍ PSYCHIKU ŽEN V POPORODNÍM OBDOBÍ | 29 |
| 3.1 Vliv laktace na psychiku ženy..... | 29 |
| 3.1.1 Psychické změny v šestinedělí | 29 |
| 3.2 Poporodní psychózy..... | 30 |
| 3.2.1 Poporodní „blues“ | 31 |
| 3.2.2 Poporodní deprese | 32 |
| 3.2.3 Poporodní psychóza | 32 |
| 3.3 Poporodní péče..... | 33 |

| | |
|--|----|
| ZÁVĚR..... | 35 |
| POUŽITÉ BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE | 38 |
| PŘÍLOHY | 43 |
| A.1.1 Projevy deprese | 43 |
| A.1.2 Žena (35 let) s laktací indukovanou osteoporózou a poporodními depresemi..... | 44 |

ÚVOD

Mateřství je pro ženu významnou životní změnou. Těhotenství, porod a první týdny po narození novorozence jsou obdobím s velmi výraznými změnami ve fyziologii, tělesné hmotnosti ženy, tvarech postavy, ale zejména psychiky. Narození dítěte je pro ženu zátěžové, bolestmi provázející, vedoucí k pocitu zodpovědnosti, ale i občasným úzkostem. (Roztočil et al., 2008, str. 359)

Je až s podivem, jak málo se mluví o psychice žen, jejíž různé formy mohou vyústit až do patologického stavu, kdy matka není schopna se o své vlastní dítě postarat. Psychický stav žen již během těhotenství a hlavně po porodu může mít několik podob, jejich příčiny mohou vznikat latentně již během těhotenství. Ne vždy je těhotenství žádané a ne vždy má pohodový průběh. Od toho se odvíjí i psychická pohoda žen, mající vliv na klidný život rodiny a správný vývoj dítěte.

Záměrem této bakalářské práce je nalezení aspektů, které mohou ovlivnit změnu psychiky ženy v období těhotenství, porodu či šestinedělí. Cílem bakalářské práce je především nalezení odpovědi na otázku: „V jaké míře ovlivňuje těhotenství, porod a šestinedělí nástup a rozvoj poruch psychiky u žen, a lze jim předejít?“

Z daného záměru jsou za účelem vyhotovení bakalářské práce stanoveny tyto cíle:

Cíl 1.

Předložit poznatky o aspektech, které mohou ovlivnit psychický stav ženy během těhotenství.

Cíl 2.

Předložit poznatky o stavu psychiky ženy při porodu.

Cíl 3.

Předložit poznatky o stavu psychiky ženy v poporodním období.

Základní bibliografické citace vstupní literatury:

- JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. s. 147. ISBN : 80-7169-938-1
- PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. 1. vyd. Praha : Triton, 2002. s.113. ISBN : 807254-216-8
- PRAŠKO, J. *Úzkostné poruchy, klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha : Portál, 2005. s.416. ISBN : 80-7178-997-6
- RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: 2008, s. 106. ISBN: 978-80-254-2186-4
- ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008, 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

Vyhledávací strategie:

K vyhledávání relevantních článků v podobě textů byly použity tyto zdroje informací:

- Databáze BMČ (BibliographiaMedicaČechoslovaca)
- Katalogy VKOL (<http://KAT.VKOL.CZ>)
- Databáze Národní lékařské knihovny ([www. nkl. cz](http://www.nkl.cz))
- EBSCO
- Databáze diplomových prací ([www. theses. cz](http://www.theses.cz))
- Vyhledávač Google – rozšířené vyhledávání
- Web of Knowledge

Vyhledávání odborných strukturovaných plno textů probíhalo od října 2013 do ledna 2014. Kritéria pro výběr textů byla následující: český, slovenský a anglický jazyk, publikování po proběhlém recenzním řízení, bez omezení roku vydání.

Přehled klíčových slov: těhotenství, aspekty psychiky žen, rodina, plod, porod, stres, poporodní blues, poporodní deprese, laktace, muž u porodu, (laktiční) psychóza, halucinace.

Výsledkem vyhledávání bylo nalezeno 75 rešerší článků. Dále bylo vyhledáno 12 monografií, které se na základě klíčových slov daného tématu dotýkaly.

V samotné práci bylo pak z těchto nalezených zdrojů použito celkem 37 článků a 7 monografií, které odpovídaly zvoleným cílům této bakalářské práce. Z toho bylo celkem 24 zdrojů v českém jazyce, 9 v anglickém jazyce a 2 v jazyce slovenském.

Bakalářská práce je *rozdělena do tří základních kapitol*. Každá z nich se věnuje jednomu ze tří cílů. *První kapitola* analyzuje aspekty ovlivňující psychiku ženy během těhotenství, přičemž jednotlivé aspekty a potíže jsou rozděleny do skupin podle jejich zdroje a charakteru. *Druhá kapitola* analyzuje psychiku žen při porodu a doporučuje vhodné metody jak pro případ narození živého či mrtvého plodu s ohledem na zásah obou eventualit do psychiky rodičů. *Třetí kapitola* se věnuje aspektům ovlivňujícím psychiku žen v šestinedělí a poporodním období jako celku a rozděluje následky negativních vlivů podle typu a vážnosti výsledného stavu. Na závěr jsou popsána i doporučená preventivní opatření v oblasti poporodní péče.

Součástí práce jsou pak i přílohy s bibliografickými a elektronickými zdroji, tabulkou s konkrétními projevy depresí a jedním případem z praxe.

1 ASPEKTY OVLIVŇUJÍCÍ PSYCHIKU ŽENY BĚHEM TĚHOTENSTVÍ

Fedor-Freybergh považuje těhotenství za aktivní dialog mezi matkou a dítětem. Jedná se o velmi aktivní a vzájemně propojené procesy, probíhající na několika úrovních: psychologické, emoční, biochemické a psychoneuroendokrinnologické. (Fedor-Freybergh, 2002, s. 39-41)

Tato práce člení v první fázi aspekty ovlivňující psychiku žen během těhotenství do dvou logických skupin a to na aspekty biologicko-hormonální a psycho-sociální.

1.1 Aspekty biologicko-hormonální

Autoři tvrdí, že hormonálně-metabolické pochody v těhotenství, připravují k adaptaci matku i plod na nové hormonální prostředí, jejich funkce umožňuje vývoj plodu, řídí a udržuje těhotenství. V těhotenství se v první řadě začne zvyšovat denní produkce estradiolu, estriolu a progesteronu a pravděpodobně i TRH. Přesto, že má placenta schopnost vyrovnávat hormonální prostředí mezi plodem a matkou, může dojít v těhotenství ke stavům, které zasahují do tvorby či účinku hormonů a změny psychiky ženy. (Heresová et al., 2001, s. 1)

Lazar poukazuje na hormonální změny objevující se krátce po porodu, upozorňuje hlavně na změny koncentrace steroidních hormonů progesteronu a estrogenů. Proto, je oprávněná hypotéza, která předpokládá, že poporodní chorobné změny nálady jsou podmíněny právě těmito hormony. (Lazar, 2005, s. 26-31) Experimentální studie prokázaly, že progesteron má anxiolytický účinek a ovlivňuje serotonergní receptory (5HT1 a 5HT2). Ovlivňuje i vazbu kyseliny g - aminomáselné (GABA) na příslušné receptory s následným anxiolytickým efektem. Pokles hladiny progesteronu bezprostředně po porodu je asociován s anxiétou a depresí. (Bitran, Shiekh, McLeod, 1995, s. 171-177)

Naopak studie se syntetickými progestiny aplikovanými brzy po porodu potvrdily, že progestiny nemají preventivní účinek na vznik poporodní deprese, ale mohou ji naopak zhoršit. Dalton, jako dlouletá propagátorka progesteronové terapie, předpokládá, že relevantní rozdíl mezi progesteronem a syntetickými progestiny je ve způsobu vstřebávání

metabolismu. Syntetické progestiny totiž nejsou metabolizovány na kortikosteroidy. (Lazar, 2005, s. 26-31)

Jelikož porod je primárně biologický jev, předmětem zkoumání jsou i masivní hormonální rozdíly v době před porodem a po porodu spolu s činností neuroendokrinních os. Dále se v patogenezi afektivních poporodních poruch uvažuje o účasti dopaminu a serotoninu a zvažují se i možné genetické vlivy. (Lazar, 2005, s. 26-31)

1.2 Aspekty psychosociální

Žena sama sebe při těhotenství vnímá jako matku, zvyká si na tuto svou sociální úlohu a identifikuje se s ní. Prvorodičky zažívají v průběhu těhotenství i změnu sociální struktury svých blízkých. Více se sblíží a přijímají za přítelkyně ostatní ženy ze svého okolí, které již děti mají. Mateřství se s postupujícím těhotenstvím přirozeně stává jejich prioritou a potřebují sdílet své zážitky a zkušenosti s ostatními ženami se stejnými zájmy. I s postupným ukončováním pracovních vazeb a změnách v příjmech a budoucím zajištění rodiny mění své sociální vazby a se všemi těmito změnami se musí vypořádat.

Těhotná žena byla dříve ve většině civilizací středem pozornosti celé rodiny, která se o ni starala a dávala jí pocit jistoty a bezpečí. K těhotenství se vázalo i mnoho zvyků a rituálů, které ženám pomáhaly toto složité období překonat a zvládnout. V dnešní moderní individualizované společnosti, kdy od sebe jednotlivé generace a členové rodiny žijí mnohdy značně odděleně a nezávisle, je situace pro rodičky zcela jiná. *Dnešní novoroďčky se mohou cítit relativně osamělé, chybí jim ochrana, ale i tak jsou utvrzovány v důležitosti své role matky.* (Praško, Látalová, Grambal, 2011, s. 19).

Lazar na základě výzkumů potvrzuje, že v etiologii poporodních duševních poruch mají nesporně důležitou roli psychosociální faktory. (Lazar, 2005, s. 26-31)

Výzkumný tým katedry psychologie FF UK realizoval v letech 2010–2012 výzkum zaměřený na psychosociální aspekty péče v českých porodnicích. Z výsledků výzkumu vyplývá, že se české porodnictví i přes svou vysokou kvalitu potýká s některými závažnými nedostatky v psychosociální oblasti. Týkají se především neposkytování dostatečných informací a nerespektování přání žen ohledně způsobu vedení jejich porodu. Mezi

nejslabší stránky dále patří malá psychická podpora žen v průběhu porodu i v poporodním období a neosobní, nadřazený a rutinní přístup některých zdravotníků, a to zejména ve fakultních porodnicích a v porodnicích s více než 800 porody za rok. Nadprůměrné hodnocení porodnic bylo zjištěno v Olomouckém, Zlínském a Středočeském kraji, naopak významně nižší (oproti celorepublikovému průměru) byla spokojenost s poporodní péčí (tj. s péčí na oddělení šestinedělí) v pražských porodnicích. (Takács a kol., 2012. s.12)

Franke ve své publikaci zmiňuje spojitost konfliktního prožívání poruch ve vztahu mezi člověkem či jeho prostředím, kdy může dojít na základě podrážděného a chybně řízeného vegetativního systému ke gynekologickým symptomům a poruchám v těhotenství. Gynekologické symptomy a každý příznak nemoci narušeného těhotenství vedou k psychosomatickému onemocnění na základě rozvrácené psychiky. (Franke, 2010, s. 10-18) *Samotné těhotenství může být zdrojem zvýšené úzkosti. Psychoterapeutická podpora ženám, které se obávají porodu, může snížit počet porodů císařským řezem až o 50%. (Sjostrom et al., 1997).*

Franke pak uvádí hlavní gynekologické klinické obrazy nemoci, které jsou uspořádány tak, že podíl psychické etiopatogeneze se u dané poruchy směrem dolů stále zvětšuje:

- poruchy krvácení a poruchy cyklu
- premenstruační syndrom
- sterilita
- fluor
- pruritus vulvae (v pohlavní zralosti)
- pelipathia vegetativa
- sekundární amenorea
- juvenilní krvácení
- příliš silné klimakterické obtíže
- dysmenorea
- dyspareunie (bolesti při styku)
- vaginismus
- grossesse nervuese (Franke, 2010, s. 10-18)

Honzák se ve své studii zabývá účinkem oxytocinu na těhotnou a rodící ženu. Obecně lze říci, že oxytocin podporuje prosociální chování. Tým vědců ve Švýcarsku sledoval pomocí magnetické rezonance účinek oxytocinu v pokusu kontrolovaném placebem. Placebo i oxytocin byly podávány ve slepém pokusu. Léky byly podány intranazálně, což je aplikační cesta umožňující proniknutí aktivní substance do centrálního nervového systému. Osoby po oxytocinu, i když jim bylo podáno několikrát i placebo, neztratily důvěru vůči experimentátorovi, zatímco u osob po placebo se objevila přiměřená skepse a nedůvěra v experiment. Po podání oxytocinu ve srovnání s placebem se v amygdale specificky snížila aktivita mezimozku a dorzálním striatu. Lze tedy říci, že podáváním oxytocinu se snižuje strach a obavy z dalšího vývoje a jeho vliv dovoluje ženě nepřipomínat zklamání z předchozích traumatických zkušeností. (Honzák, 2009, s. 44-47)

Psychosociálními aspekty, které mohou ovlivnit spokojenost rodiček s perinatální péčí, se ve své publikované studii zabývaly rovněž Takács a Kodyšová. Cílem studie bylo předložit spojitost vztahu mezi rodící ženou a chováním ošetřujícího personálu, protože se ukazuje tento fakt jako rozhodující a zásadní pro psychiku ženy. Do výzkumu bylo zapojeno 188 porodních příběhů a 44 rozhovorů s rodičkami. Uvedená data, byla zpracována pomocí kvalitativní metody, kde ženy hodnotily přístup a chování zdravotníků, komunikaci zdravotníků s rodičkou, podporu včasného kontaktu s dítětem a jiné. *Závěrem lze říci, že psychosociální aspekty jsou (mimo jiné) rozhodujícím kritériem pro spokojenost rodiček s perinatální péčí.* (Takács, Kodyšová, 2011, s. 199-204)

Sjostrom uvádí, že psychoterapeutická podpora ženám, které se obávají porodu, může snížit počet porodů císařským řezem až o 50%. (Sjostrom et al., 1997).

1.3 Ostatní aspekty

V oblasti molekulární genetiky, se Lazar zaměřuje na identifikaci genu pro poporodní psychózu. Uvažuje o genech kódujících dopaminový receptor a o genech souvisejících s činností estrogenů. Existují však i jiné pohledy na etiologii poporodní deprese s preferencí sociologického přístupu, kde se deprese po porodu u nových matek považuje za logický důsledek stresu, vyčerpání, obav ze zvládnutí nových okolností a v neposlední řadě též schopnosti přizpůsobení se novým životním podmínkám. Porod dítěte a pobyt v nemocnici

je sociálně a psychicky stresujícím zážitkem, při kterém žena prožívá bolest a nejistotu, zvláště pokud je porod protražovaný a komplikovaný. Proto všechny emocionální reakce, je třeba považovat za logické a nikoli pouze za důsledek masivních hormonálních poporodních změn. Bylo pozorováno, že rozvoj deprese během těhotenství je spojen s opakovanou hospitalizací, špatnými sociálními a ekonomickými podmínkami a při neplánovaném těhotenství. Nedávné studie prováděné v Turecku zaznamenaly, že starší vícerodičky, dále krátký interval mezi těhotenstvími a nízký stupeň vzdělání mají důležitou roli při vzniku poporodního "blues" nebo deprese. Přesné příčiny rozvoje deprese v postpartálním období zůstávají nejasné. *Častější výskyt postnatální deprese v pokrevním příbuzenstvu postižené ženy předpokládá účast genetických vlivů.* (Lazar, 2005, s. 26-31)

1.4 Psychické potíže a rizikové faktory jejich vzniku v těhotenství

Pažinková uvádí, že z důvodů fyzických adaptačních změn během těhotenství dochází k hlubokým a razantním změnám v psychické oblasti, kdy dochází k intenzivnímu emocionálnímu prožívání citových oblastí. Změny psychiky jsou ovlivněny osobností těhotné ženy, jejím věkem, vzděláním, momentální životní situací a prostředím ve kterém žije. Autorka však tvrdí, že lze vymezit určité základní vzory psychické adaptace. Během těhotenství prvním trimestru dochází k prohlubování uvědomování si gravidity a změn s tím spojených. V důsledku těhotenských obtíží (nauzea, vomitus), mohou ženy trpět neurózou. Ve druhém trimestru již žena intenzivně vnímá plod. Těhotenství v tomto období prožívají ženy většinou pozitivně, se zesílením sensorických vjemů a emocionálních zážitků. V posledním stádiu gravidity, se dostává do popředí strach, nejistota a pocity úzkosti. Zesilují se i obavy z očekávaného porodu a starosti, zda se dítě narodí zdravé. (Pažinková, 1999, s. 84-87)

Moreira se ve svém článku věnuje psychickým změnám již na začátku těhotenství. Dříve než začne být těhotenství na ženě fyzicky patrné, mohou u ní nastat psychické změny. Vliv hormonů působí na psychický i fyzický stav těhotné ženy velmi intenzivně. Ženy mohou prožívat pocit štěstí, ale i úzkosti, nejistoty, deprese a strachu. Zvládnutím těchto pocitů se projevuje jejich zralost a vyspělost pro mateřství. Úzkost a nejistota z adaptace se objevuje obvykle v prvním stádiu těhotenství. Nejstabilnější, bývá druhý trimestr. Na konci

těhotenství mohou převládat obavy z průběhu porodu, z porodních bolestí, ale také ze zvládnutí nové situace v rodině a výchovy dítěte. (Moreira, 2013.[online] [cit. 2014-03-01])

Lazar říká, že riziko vzniku poporodní duševní poruchy je nejvyšší u žen, které prodělaly duševní poruchu v minulosti. Ženy, u kterých se objeví deprese v těhotenství nebo " blues " po porodu, jsou z hlediska možného rozvoje závažnější afektivní poruchy vysoce rizikové. (Lazar, 2005, s. 26-31).

Líbalová a Čepický se ve svém tvrzení shodují s Lazarem a přidávají, že poporodní blues se může vyskytovat až u osmdesáti procent žen v šestinedělí. (Líbalová, Čepický, 2009, s. 14). Na stejném procentuálním zastoupení se shoduje i Simočková, která tvrdí, že poporodní blues je nejčastější poporodní porucha. (Simočková, 2010, s. 16-18)

Moreira zmiňuje, že kromě již zmíněných hormonů, které těhotnou ženu emočně ovlivňují, se mohou objevit i jiné nepříznivé okolnosti, které formují psychiku v těhotenství:

Sociální postavení a vztahy v rodině - Psychiku těhotné ženy může ovlivnit náhlá změna sociálního postavení, ztráta ekonomické soběstačnosti a závislost na příjmu partnera.

Věkově nevyzrálé versus starší matky - Ženy kolem dvaceti let věku a mladší se mohou s danou situací vyrovnávat hůře.

Starší rodičky, ženy okolo 35 let a výše - Tady může převládat přílišná úzkost z možných zdravotních rizik a problémů, jejichž výskyt je u rodiček v tomto věku pravděpodobnější.

Finanční nouze, předchozí potrat a lékařská vyšetření - Psychické potíže mohou nastat i u žen, které po nedávném potratu znovu rychle otěhotněly, aniž by se již úplně vyrovnaly s předchozí ztrátou. Také svobodné matky se často ocitnou ve velmi stresující situaci kvůli finanční nejistotě.

Množství lékařských vyšetření - běžných i méně standardních, které musí ženy v těhotenství podstoupit, může negativně ovlivnit psychiku budoucích maminek. (Moreira, 2013.[online] [cit. 2014-03-01])

Z dalších rizikových faktorů vzniku poporodní deprese platí vynechání udržovací léčby, sebevražedné pokusy v anamnéze, duševní porucha v příbuzenstvu, abúzus alkoholu a drog, porucha osobnosti, podvýživa, mladší věk, omezená sociální podpora, větší počet dětí, manželský konflikt, život o samotě, ambivalentní vztah ke graviditě. Na základě metaanalýzy 43 studií zkoumajících psychosociální aspekty porod císařským řezem lze

učinít závěr, že spontánní vaginální porod byl pro ženy méně stresujícím faktorem než porod císařským řezem. Na vzniku poporodní deprese po ukončení těhotenství císařským řezem se účastní několik faktorů, které mohou vést k rozvoji vzniku poporodní duševní poruchy:

- poporodní psychóza 70 %
- poporodní deprese 50 %
- bipolární porucha 20-50 %
- velká deprese 30 %

Ukončení těhotenství císařským řezem, je výkon, který s sebou nese i určité riziko komplikací, což u 55 % žen vytváří obavy a strach o vlastní život, jakož i o život dítěte. Existuje několik důkazů o častějším nástupu postnatální deprese a puerperální psychózy po císařském řezu, jakož i o výskytu problémů ve vztahu mezi matkou a dítětem, spolu s obtížemi při kojení dítěte s pocitem viny a selhání ze strany matky. Nežádoucí psychologické symptomy vznikají častěji důsledkem urgentní sekce jako plánované sekce a sekce realizované v celkové anestezii oproti epidurální. (Lazar, 2005, s. 26-31)

1.4.1 Těhotenské deprese

Podle Agency for Healthcare Research and Quality postihuje deprese 14–23 % těhotných žen a 11–32 % žen v prvních třech měsících po porodu nebo začíná již v těhotenství. Ženy s velkou depresivní poruchou v anamnéze mají v těhotenství velké riziko recidivy, zejména pokud přeruší léčbu. Ve studii zahrnující 201 pacientek, které v době otěhotnění netrpěly depresí, došlo k recidivě u 68 % žen, jež během těhotenství léčbu přerušily, v porovnání s pouhými 26 % žen, které v léčbě pokračovaly. Těhotné pacientky neochrání před recidivou ani pokračování farmakoterapie. (tabulka č. 1 v příloze A). (SHARI I. Lussskin, 2008, s. 34)

Fertalová et al. se ve své studii shodují s výše uvedeným autorem a dále popisují depresi jako stav, kdy se matka nedokáže postarat o své dítě a trpí pocitem méněcennosti. (Fertalová et al., 2004, s. 9-10)

Žena s depresí nemusí pociťovat pouto k plodu a může mít obsedantní myšlenky na poškození plodu, které mnohdy tají. Ženy s depresí mohou trpět i obsedantně

kompulsivními příznaky nebo panickými záchvaty. Diferenciální diagnostika zahrnuje rovněž bipolární depresi, generalizovanou úzkostnou poruchu, obsedantně kompulsivní poruchu, panickou poruchu a poruchy příjmu potravy. Zachytit depresi v těhotenství, mohou pomoci screeningové dotazníky, např. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Postpartum Depression Screening Scale a Beck Depression Inventory. Kompletní psychiatrické vyšetření zahrnuje toxikologický screening moči a vyšetření základních laboratorních hodnot (thyreotropní hormon, kompletní metabolický profil a kompletní krevní obraz). Také je třeba se zeptat pacientky, zda užívá vitaminové, bylinné nebo volně prodejné přípravky a další léky. Ty mohou totiž vyvolávat změny nálady nebo interakce s psychofarmaky. (Shari I. Lussskin, 2008, s. 34)

Megan et al. ve své studii rozděluje pojem deprese na dvě skupiny:

- **Diagnóza velké deprese** - je charakteristická známkami přetrvávajících depresivních nálad, žena ztrácí zájem nebo uspokojení z činností či vztahů, popř. obojí. Diagnostika depresivní poruchy (major depressive disorder) vyžaduje, aby osoba trpěla alespoň pěti z devíti možných příznaků, přičemž alespoň jeden z nich musí být depresivní nálada nebo pokles zájmu a uspokojení.
- **Diagnóza malé deprese** - Její podmínkou pro diagnostiku (minor depressive disorders) je výskyt tří ze čtyř příznaků a i když je obvykle méně závažná, je vždy provázena značným zhoršením stavu. Aby mohla být u pacientky diagnostikována velká či malá depresivní porucha, je nutné, aby příznaky přetrvávaly minimálně dva týdny, obě poruchy obvykle trvají od jednoho do několika měsíců (6–8 měsíců). (Megan et al., 2004, s. 1-13)

Lussskin pak rozlišuje skupiny pacientek celkem tři:

1. Ženy s depresí v anamnéze, které v současné době užívají antidepresiva a nejsou depresivní.
2. Ženy s depresí v anamnéze, které jsou bez příznaků i bez medikace.
3. Ženy s depresivními příznaky.

Autor uvádí, že při výběru léku je nutný rozbor anamnézy, reakce ženy na léčbu. Jedna meta analýza klade antidepresiva do souvislosti se spontánními potraty. Nicméně žádná z analyzovaných studií dostatečně nekontrolovala anamnézu potratů ani závažnost duševního

onemocnění matky. Žádná ze starších studií nekontrolovala závažnost deprese matky, která mohla ovlivnit vývoj plodu přímo prostřednictvím neurochemických změn při depresi nebo nepřímo prostřednictvím negativních zdravotních návyků matky (jako je kouření nebo užívání nedovolených léků). Jedna skupina odborníků, která se pokusila zjistit vliv závažnosti matčiny deprese podle propojených kanadských zdravotních databází, došla k závěru, že deprese matky souvisela s mírným zvýšením výskytu nízké porodní hmotnosti (< 10). Neexistuje možnost nulového vlivu na plod – plod bude ovlivněn buď onemocněním, nebo farmakoterapií. (Shari I. Lussskin, 2008, s. 34)

V další výzkumné studii předkládají autoři predisponující faktory, které ovlivňují vznik předporodní deprese. Do studie bylo vzato 367 těhotných žen od 26. - 32. týdne gravidity. Ukázalo se, že významný podíl na vzniku předporodní deprese mají tyto ukazatele: sexuální zneužívání dětství, těhotenství u velmi mladých dívek, socioekonomický status atd. Alarmující výsledky této studie poukazují na fakt, že deprese před porodem, dává základ pro rozvinutí deprese i po porodu. (Bronwyn, Milgrom, 2008, s. 1-10)

Tomu by odpovídala i další čísla autorů Janů a Rackové, kteří tvrdí, že v průběhu života trpí klinicky vyjádřenou depresi celkem 9–26 % žen a 5–12 % mužů. Tento počet stále roste. Deprese je přítomna u cca 5–10 % hospitalizovaných pro tělesné onemocnění a u 9–16 % pacientů v ordinacích praktických lékařů. Mezi častými konzumenty zdravotní péče trpí zhruba 2/3 pacientů depresivní poruchou. Diagnostikována je však cca 1/4–1/3 pacientů s klinicky významnými projevy deprese. (Janů, Racková, 2007, s. 24 – 27)

1.4.2 Těhotenství jako životní krize

Těhotenství je odborníky pokládáno za jednu z vývojových životních krizí v životě ženy. Mezi další krize patří puberta a klimakterium. Krizí se rozumí jaký si stav vnitřní disharmonie, který je způsoben neobvyklými událostmi, které si vyžadují zásadní změny a řešení. Krize není žádné onemocnění či nedostatek psychické odolnosti, je to přirozená reakce na neběžnou situaci, kterou není člověk schopen zvládnout obvyklými způsoby a při jejím nezvládnutí se může se projevovat stresem. (Moreira, 2013.[online] [cit. 2014-03-01])

Stres pak definuje ve své publikaci Větr jako schopnost organismu se adaptovat nebo odpovídat na zevní stimuly k udržení homeostázy. Pochopením patogenezi a vlivu stresu na

zdravotní stav zahrnuje i efekty na snížení imunitních reakcí. Úzkostné stavy a deprese vyvolávají změny ve funkci T a B lymfocytů, NK buněk a monocytů. (Větr, 2001, s. 10)

Cheng a Pickler udávají, že stres a únava jsou běžné stížnosti těhotných žen. Studií, kterou se zabývali, bylo prozkoumat vztah mezi stresem, únavou, depresí a cytokiny, jako markery imunitní modulace, převážně v prenatálním období a měsíc po porodu. Ženám na základě vyplněných dotazníků, které poskytly i vzorky krve v pozdní fázi těhotenství. Znovu došlo k opakování odběrů po šestinedělí. Krev byla analyzovaná na cytokiny, jako opatření imunitní modulace. Stres, únava, deprese byly zaznamenány na středně vysoké úrovni, spolu s vyššími úrovněmi únavy a deprese v poporodním období. Nejvyšší hodnoty byly prokázány v prenatálním období. Ze studie vyplývá, že stres a deprese jsou spojeny více s prenatálním obdobím než obdobím v šestinedělí. (Cheng, Pickler, 2014, s. 1-3)

Pojem stres je citován v populární literatuře jako významné riziko pro matku a dítě. Výzkumy, které byly prováděny v současné době, tento účinek nepotvrdily. V odborné literatuře, která popisuje vztah stresu k výsledku těhotenství a porodu není jednoznačná. Pokud se jedná o mateřský emoční distres, lze ho spojovat s horším perinatologickým výsledkem. Vlivem fyzického i psychického stresu může dojít k ovlivnění nízké porodní hmotnosti. Stres jako psychosociální faktor bývá však častěji spojován s předčasným porodem plodu. Stres ovlivňuje výsledek těhotenství přímo (z aspektu fyziologie) a nepřímo (aspekt zdravotního chování). Fyziologicky je stres spojován s úzkostí a depresí. Kdy se předpokládá, že úzkost může zvýšit metabolický výdej a vést k nižšímu nárůstu hmotnosti v těhotenství nebo úzkostí vyvolané změny neuroendokrinních funkcí a imunitního systému vedou k provokaci předčasného porodu. (Větr, 2001, s. 10)

Někteří odborníci, ale i ženy se bohužel stále domnívají, že těhotné ženy závažnou depresí nemohou trpět. Statistické údaje dokazují, že zhruba u jedné ze čtyř žen se během těhotenství příznaky deprese objeví. Snížená schopnost ženy normálně fungovat a snížená kvalita jejího života, může poškodit také jejího potomka. (Yonkers, nepublikovaný rukopis).

Autoři popisují skutečnost, že se deprese v těhotenství skutečně vyskytuje, a to nejen u žen s poruchami nálady. Poukazují na důležitost, tuto chorobu zachytit, a dále rozhodnout, kdy pacientku doporučit ke specialistovi, protože právě porodník či porodní asistentka mohou být jediné osoby, se kterými je těhotná nebo rodící žena

v kontaktu. Cílem studie bylo zvýšit povědomí porodníků, gynekologů a porodních asistentek o prevalenci a příznacích malé a velké deprese před těhotenstvím, v jeho průběhu a po porodu. Vyzdvihnout význam screeningu v těhotenství a následné poskytnutí léčby. Pokud bude zvykem provádět screening, bude možné pacientku doporučit ke specialistovi nebo alespoň konzultovat svou terapeutickou snahu. Těhotná žena nebo žena po porodu, která je postižená depresí, trpí úzkostí, pocitem viny a mučivě špatnou náladou. Kromě deprese je posedlá strachem o dítě, co všechno by se mu mohlo stát. Mohou u ní nastat i vtíravé myšlenky ublížit sama sobě nebo svému dítěti. Takto postižená žena má poruchy spánku a po porodu u ní dojde k nesladění chování s následnou péčí o dítě. Depresivní žena přichází o zkušenosti, radost, která by měla provázet její nové mateřství. Vztahy s ostatními členy rodiny tím trpí. Vliv perinatální depresivní příhody může mít na ženu tak velký dopad, že celá třetina těchto žen se rozhodne změnit své plány a nemít další dítě. Depresivními příznaky trpí v těhotenství okolo 25 % žen, jejich incidence je ale ještě vyšší u adolescentek a v nejnižší sociální vrstvě, kdy v této skupině prodělá v určité fázi těhotenství úplný syndrom velké deprese 2 až 11 % žen. Prozkoumané důkazy potvrzují, že velká i malá deprese nebo depresivní příznaky jsou u těhotných žen minimálně stejně časté jako v šestinedělí, nebo mimo těhotenství. Jedna ze studií ukázala, že přes 30 % žen trpí depresí minimálně tři měsíce a další výsledky pak ukazují, že u velkého procenta žen (25 %) se deprese objeví jen v rámci jednoho trimestru. (Yonkers, nepublikovaný rukopis).

Podle Smithe, který ve své studii hodnotil depresivní poruchy v celém průběhu těhotenství, prodělalo velkou depresi 15 % žen, kdy u jedné třetiny z těchto 15 % se tato porucha rozvinula až po prvním trimestru. Podle již uvedených informací je známo, že výskyt unipolární poruchy nálady během těhotenství je obdobný jako u žen v šestinedělí. O výskytu depresivních příznaků a poruch v šestinedělí jsou doposud informace mnohem obšírnější a dostupnější než během těhotenství. V prvních šesti měsících po porodu prodělá depresivní příhodu přibližně 10 až 20% žen. I přes různorodé výsledky vykazují studie, že ženy po porodu mají o 12 až 15 % vyšší riziko vzniku závažné depresivní poruchy než ženy, které neprodily. Podle nedávné velké studie zahrnující 6 000 žen se prevalence vzniku velké deprese během dvou měsíců po porodu vyčísluje na 15 %. I podle další studie je odhadovaná prevalence velké deprese krátce po porodu 15 %, kdy zmíněná nemoc postihla v této studii téměř polovinu těchto žen i před porodem. (Smith et al., 2004,s. 1-13)

Lazar uvádí, že poporodních duševních poruch dramaticky narůstá v prvních týdnech po porodu. Riziko vzniku duševní poruchy během prvních 3 měsíců po porodu je přibližně 12krát vyšší a během prvních 4 týdnů po porodu až 21krát vyšší než v ostatní populaci žen. Na základě epidemiologických výzkumů bylo zjištěno, že až 65% žen s poporodními duševními poruchami překonalo v minulosti afektivní poruchu a přibližně u poloviny těchto žen byl zjištěn výskyt duševní poruchy v příbuzenstvu. Lze tedy konstatovat, že dědičná a genetická predispozice u těchto žen je vyšší než v ostatní populaci. Výsledky dlouhodobých (follow-up) studií, poukazují na vysokou frekvenci poporodních relapsů u postižených žen, jakož i na výskyt duševních poruch mimo poporodního období. (Lazar, 2005, s. 26-31)

1.5 Psychika muže v období těhotenství partnerky

Důvodů, díky kterým se o psychice muže v době partnerčina těhotenství nemluví, je mnoho. Postavení společnosti v dnešní době se vůči mužské roli během těhotenství váže s očekáváním na roli ochránce a vůdce. Od budoucího otce, je očekáváno takové chování, které bude sebejisté, vyrovnané a jisté, což povede k naplnění představy o muži, který má být své těhotné partnerce oporou a jistotou. Ženy očekávají v těhotenství od svého partnera kromě opory hlavně porozumění, pochopení a něhu.

Ratislavová ve své studii uvádí, že nejdůležitější je komunikace mezi partnery. Na zjištění o těhotenství své partnerky mohou muži reagovat různě – od pocitů naprostého štěstí po pocity šoku a popření. Vše záleží na mnoha okolnostech (ekonomická situace, rodinná situace) a na osobním postoji ke své rodičovské roli. S uvědoměním si své nastávající role otce se pojí také vědomí toho, že nic již nebude jako dříve. Nastávajícímu otci se změní životní styl, očekává se od něj, že se postará o svou partnerku i o dítě, pozmění se jeho dosavadní postavení v partnerském životě. Je tedy zřejmé, že se otec potřebuje na těhotenství adaptovat, musí si na něj zvyknout, proto může docházet k žárlivosti na dítě a ke strachu o své postavení v rodině. Tzv. „těhotenství mužů“, které reprezentuje termín COUVADE, jež prvně použil antropolog E. B. Taylor, se dotýká okolo 11-35% mužů, kdy se obvykle v období 3. – 4. měsíce těhotenství partnerky u mužů mohou objevovat tyto tělesné příznaky: bolesti zubů, tloustnutí, zvracení, průjem či zácpa. „Těhotenství mužů“ se častěji objevuje u mužů s těsnou vazbou k matce a u partnerů úzkostných žen (Ratislavová, 2008, s. 46-47)

1.6 Přístup společnosti k prožívání těhotenství

Autorka poukazuje na fakt, že problematikou subjektivního hodnocení zdraví žen v plodném věku, se v České republice doposud nikdo nezabýval. Brněnská studie ELSPAC zahrnuje do svého výzkumu těhotné ženy, které hodnotily své zdraví za dobu před otěhotněním, v prvních měsících gravidity a v polovině gravidity. Do tohoto výzkumu bylo zahrnuto přes 3500 nastávajících matek. Svě zdraví před těhotenstvím hodnotily ženy tím hůře, čím byly starší, pokud měly vyšší hmotnost, byly častěji nemocné, měly více úrazů, či více užívaly léky. (Bouchalová et al., 2012, s. 524-539)

Při vyplňování prenatalních dotazníků v druhé polovině gravidity, ženy hodnotily svůj zdravotní stav lépe, než na začátku gravidity, ale hůře než za dobu před otěhotněním. Před otěhotněním se špatně zdravotně cítilo 10% žen, v prvních měsících gravidity se špatně cítilo 40 % žen, v pozdějším stadiu gravidity se nárůst potíží o polovinu zmenšil. V dotazníkovém šetření byla ženám kladena otázka, zda těhotenství bylo plánované, kladně odpovědělo 50,9 % žen. Ženám, které uvedly svůj zdravotní stav jako dobrý, se podařilo otěhotnět do 6 měsíců 1,52krát častěji než ženám, které své zdraví uvedly jako špatné. Tyto ženy častěji otěhotněly po delší době, z toho za půl roku jich bylo 2,92 za jeden až dva roky 1,93krát. Za dobu delší, jak dva roky to bylo 1,45 krát. Z výsledků Evropského sociálního průzkumu se 38,5 tisíc probantek vyplynulo, že vzorek 1317 českých žen do tohoto výzkumu zařazených se umístil jako osmnáctý před respondenty ze Slovenska, Polska a Maďarska. *Tato studie zjistila, že subjektivní pocit zdraví se dále zhoršuje s věkem, je závislé na počtu dětí v rodině a nezaměstnanosti. Zlepšuje se dosaženým vzděláním respondentek, jejich postavením povolání, ekonomickou situací a dále sociálním a partnerským životem.* (Bouchalová et al., 2012, s. 524-539)

2 STAV PSYCHIKY ŽENY PŘI PORODU

2.1 Fyziologický porod, narození živého plodu

Kodyšová a Mrowetz uvádějí ve své studii, že porodní proces a jeho prožívání má hlubokou a spleťovou provázanost. Na prvním místě v porodním procesu je samotná rodící žena a její způsob, jak reaguje a prožívá sociální interakce s okolím. Tyto faktory určují, do jaké míry žena zhodnotí prostředí, ve kterém bude rodit, jako pro ni a dítě bezpečné. Pokud se žena při porodu cítí bezpečně, mohou se začít optimálně vyplavovat hormony oxytocin a endorfin, které následně porodní proces spouští a podporují a vedou ho k jeho plynulosti. Naopak, když dochází u ženy k pocitům strachu z jakéhokoliv důvodu, při porodu (ať už reálného, nebo jen představovaného) dochází u ženy k vyplavování katecholaminů (stresových hormonů), které mohou porodní proces či první dobu porodní, zpomalit či zastavit. (Kodyšová, Mrowetz, 2010, s. 37-44)

Samotné těhotenství může být zdrojem zvýšené úzkosti. A jak píše Sjostrom včasná a důsledná psychoterapeutická podpora ženám, které se obávají porodu, může snížit počet porodů císařským řezem až o 50%. (Sjostrom et al., 1997).

Obdobný vliv na rodičku, má i činnost neokortexu, který zprostředkovává racionální myšlení a seberegulaci. Dojde-li ke stimulaci neokortexu (světlem, otázkami, vyrušováním), porod se může začít komplikovat či zpomalovat. Z důvodů těchto vyplavených hormonů, je žena ve stavu tzv. „porodního transu“, a tedy velmi citlivá vůči reakcím personálu. Ve své publikační a osvětové práci často zdůrazňují autoři toto „vědomí sugestibility rodičky“. Výzkumy prokázaly, že ženy si ještě po mnoho let pamatují negativní zážitky či projevy jednotlivých porodních asistentek nebo lékařů a ty, které měly negativní postoj k se zdravotníkům, si s větší pravděpodobností uchovávají špatný porodní zážitek i po několika letech. Úzkost a pocit ohrožení v průběhu porodu mohou vyvolat komplikace a vést až k ohrožení plodu. Pokud u rodičky nastane psychický či fyzický blok, který je vyvolaný strachem a úzkostí stoupá riziko hypoxie plodu či zpomalení porodu a tím pádem je porod ukončen častěji císařským řezem. Odloučení novorozence od matky, kdy v českém porodnictví se provádí ošetření obou odděleně je z psychologického hlediska velmi zásadní

pro citový vztah mezi matkou a dítětem a ohrožuje i včasné zahájení laktace. (Kodyšová a Mrowetz, 2010, s. 37-44)

2.1.1 Perinatální psychologie

Kohoutek ve svém článku poukazuje na význam perinatální psychologie, která je součástí vývojové psychologie. Dále se zabývá porodními traumaty ve smyslu posttraumatické stresové poruchy (PTSD), ale ne ve smyslu somatickém (tělesném či fyzickém), ale traumaty způsobených porodem. Dále uvádí, že je nutné pomáhat některým nastávajícím maminkám, které prožívají poměrně často (asi v 80%) projevující se poporodní blues, což je lehká, krátkodobá a přechodná deprese nebo subdeprese po porodu. (Kohoutek, 2013, s. 5-9)

Psychologové dále podporují celodenní pobyt matky s novorozencem v jedné místnosti tj. *rooming in*, jenž má pozitivní vliv jak na rozvoj vzájemných vztahů mezi matkou a dítětem tak na laktaci matky. Již od roku 1940 mělo hnutí *rooming* v USA své zastánce a bylo reakcí na symptomy emocionální sterility tehdejších porodnic. V Československu byl *rooming in* postupně zaváděn až od 70. let dvacátého století. Autor rozlišuje *full rooming in*, tj. plný či úplný *rooming in* zdravého novorozence se zdravou matkou v jedné místnosti v celodenním kontaktu a dále tzv. *half rooming in*, tj. částečný *rooming in*, kdy je novorozenec s matkou v jedné místnosti pouze přes den a v noci je umístěn na novorozenecké oddělení. Tento způsob péče je považován za méně přínosný než je *full rooming in*. Protože dlouhodobé odloučení novorozence od matky může u ní vyvolat špatnou nebo pozdní interakci s dítětem. (Kohoutek, 2013, s.5-9)

Mrowetz a Peremská se s Kohoutkem shodují, a tvrdí, že je nesmírně důležitý pro psychiku ženy včasný kontakt (*bonding*) s dítětem ihned po porodu. Kdy dochází ke vzniku fyziologických, imunologických, biologických a psychologických procesů. Pro matku i dítě má nevyčíslitelnou hodnotu. Autorky navíc dodávají, že záleží velmi na přístupu zdravotnického personálu, zejména na chování k rodičce. Klidný a uvážlivý přístup zdravotnického personálu, zajišťuje rodičí matce větší psychickou pohodu. (Mrowetz, Peremská, 2013, s.201-204)

2.2 Porod mrtvého plodu, zásah do psychiky ženy

Porodem mrtvého plodu, nebo časným novorozeneckým úmrtím plodu v České republice je postiženo asi 300 - 400 žen ročně.¹ Velmi záleží na přístupu porodních asistentek a lékařů a jejich komunikací s klientkami, aby mohly tuto těžkou situaci zvládnout. (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012, s. 505-508), (Hájek, 2004).

Vzhledem k přídatným kritériím je mrtvorozenost stanovena pro plody u dokončeného 28. týdne gravidity a délky 35 a více centimetrů. V ČR je již několik let stabilní a pohybuje se mezi 2 a 3 promile. Příčinu úmrtí plodu nelze až v 50 % porodů zjistit. (Lomíčková, 2006, s. 1-4)

Roztočil doporučuje informovat dostatečně oba rodiče a zodpovědět jim všechny příslušné informace. Dopřát rodičům kontakt s mrtvým novorozencem, pokud si ho přejí. Dále doporučuje zkrácenou délku hospitalizace ženy. (Roztočil et al, 2008, s.130-131)

Stejně tak Beran, Ratislavová i Kašová zastávají názor, že by se ženám po perinatální ztrátě měla věnovat vyšší pozornost. V letech 2007-2012 probíhal výzkum, jehož cílem bylo zjistit využívání a způsob rituálů rozloučení s dítětem. Soubor tvořilo 83 žen, které prožily perinatální ztrátu. Většina z těchto žen po porodu mrtvého plodu své dítě neviděla, 69% těchto žen toho lituje. Na rozdíl od 100 % žen po perinatální ztrátě, které své dítě viděly, a které byly rády, že tak učinily. Zásadním zjištěním této studie, byl fakt, že ženám nebyla jakákoliv možnost rozloučení s dítětem vůbec nabídnuta. Vzpomínku na své dítě má jen 17,5% žen po porodu mrtvého plodu, 52 % žen ze souboru využilo podporu stejně postižených žen, 44,5% vyhledalo následnou odbornou pomoc psychologa či psychiatra. (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012, s. 505-508)

Také Lomíčková doporučuje, aby těhotná byla dostatečně a srozumitelně informovaná o úmrtí plodu. Dále klade důraz na následnou péči o takovouto ženu a doporučuje nabídnout spolupráci psychologa či psychiatra. (Lomíčková, 2006, s. 1-4)

Spontánní potrat nebo narození mrtvého plodu mají tedy pro ženu významné psychické následky, ale ty jsou časově limitované. Pokud žena otěhotní více než 12 měsíců od potratu, pak je míra její úzkosti srovnatelná s ostatní populací (Hughes et al., 1999)

¹ Ve statistikách se toto číslo se výrazně liší zdroj od zdroje v závislosti na minimální přípustné váze mrtvého plodu (500 či 1000g) a stanovené maximální délce života plodu po porodu (7 – 28 dní), proto byl v textu uveden pouze interval, ve kterém se nacházejí nejčastěji udávané hodnoty.

2.3 Psychologický aspekt přítomnosti otce u porodu

Stackeová a Böhmová se zabývaly otázkou asistence otců u porodu, která se podle nich jeví jako aktuální problém. Na rozdíl od doby před rokem 1989, je nyní přítomnost otce, nebo jiné osoby z řad „nezdavotníků“ u porodu běžná, otázkou však je, zda je tato přítomnost vhodná či přínosná ve všech případech. Cílem analýzy bylo předložení faktů, které dokazují pozitiva či negativa doprovodu k porodu. Autorky ve své odborné publikaci vyzdvihují význam v předporodní přípravě otců, přičemž nepovažují asistenci otce u porodu za významně pozitivní a přikládají nutnost respektovat psychologickou individualitu partnerů i jejich vztahu. Předpokládá se, že přítomnost otce u porodu se pozitivně promítne do psychiky rodičky i do samotného průběhu porodu a ovlivní to budoucí vztah mezi otcem a dítětem. Studie ukázaly, že přítomnost otce u porodu nemusí mít vždy jen kladný vliv. Díky tomu se začali formovat zastánci a odpůrci přítomnosti otce u porodu. Cílem předložené studie ale nebylo přiklánět k žádné z těchto skupin, naopak jejím cílem byla úvaha nad tím, jak posílit pozitivní vlivy této účasti a potlačit její negativní dopady. (Stackeová, Böhmová, 2010, s. 253-278)

Kuželová se ztotožňuje s názorem výše uvedených autorek, že otcové stále častěji dochází s těhotnou partnerkou do poradny a živě se zajímají o vše, co souvisí s těhotenstvím a porodem. Značná část budoucích otců bere svou přítomnost u porodu jako samozřejmou podporu své těhotné partnerky. Považují za samozřejmost účastnit se předporodních kurzů pro načerpání informací o problematice a dozvědět se, jak nejúčinněji pomoci a podpořit partnerku při porodu. Partneři, kteří se rozhodnou dobrovolně k účasti u porodu tvoří nejaktivnější složku předporodní přípravy, hodně se ptají a zamýšlejí nad tím, co je při porodu s partnerkou čeká a jak být prospěšný. Někteří otcové potvrzují, že společné zážitky při porodu prohloubily vzájemný vztah mezi partnery i vztah otce k dítěti. *Existují samozřejmě i muži, kteří partnerku milují, ale u porodu být nechtějí. Úkolem zdravotnického personálu je, vysvětlit ženě, že přítomnost takového partnera nebude přínosná.* Proto autorka upřednostňuje předporodní přípravu, která by měla být dostupná všem ženám (párům), vede ji vyškolená porodní asistentka z terénu či z porodnice. Obě připravují (pár) na porod v jednotlivých porodnicích. Během předporodní přípravy se pár dozví mnoho užitečných informací, čímž se zamezí nežádoucím reakcím ze strany otců. (Kuželová, 2003, s.1)

3 CHARAKTERISTIKA A PŘÍČINY OVLIVŇUJÍCÍ PSYCHIKU ŽEN V POPORODNÍM OBDOBÍ

Samotná gravidita může být zdrojem zvýšené úzkosti. Další rizikovou periodou pro počátek úzkostných poruch je období po porodu. Roli zde hrají jak faktory fyziologické hormonální změny v graviditě a puerperiu tak i psychosociální - zvýšená míra stresu, malá sociální podpora, problém s přijetím nové role, nemocnění dítěte, negativní pocity vůči dítěti apod. Nebyly jednoznačně potvrzeny předpoklady, že vysoká míra úzkosti matky zodpovídá za nižší porodní hmotnost dítěte. Byla však popsána změna distribuce krevního oběhu u plodu ve prospěch mozkové cirkulace u úzkostných žen (Sjostrom et al., 1997).

3.1 Vliv laktace na psychiku ženy

Schöndorfová uvádí, že hormonální změny v období šestinedělí se významně podílejí na psychickém i fyzickém stavu ženy. V průběhu šestinedělí dochází k anatomické i funkční přestavbě, ke které došlo během těhotenství, a tělo se postupně navrácí do stavu jako před otěhotněním. Během šestinedělí dochází k involučním změnám pohlavních orgánů, ke změnám extragenitálních orgánů, celkovým změnám v organismu ženy a k zahájení laktace. Laktace neboli tvorba vylučování mateřského mléka, je ovlivňovaná působením těchto hormonů: především estradiolu, progesteronu, prolaktinu, oxytocinu, inzulínu, kortizonu a tyroxinu. (Schöndorfová, 2009, s. 189-193).

Fait se ve své studii zabývá přetrvávajícím mýtem pojmu tzv. laktační psychózy. Výraz „laktační psychóza“ zahrnuje různé typy poporodních psychóz, u kterých dochází ke zlepšení po zástavě tvorby mléka. Pojem „LAKTAČNÍ PSYCHÓZA“ nepoužívají ani klasické učebnice porodnictví první poloviny 20. století, ani učebnice recentní. Stejně tak se neuvádí zastavení laktace jako specifická léčba poporodních psychóz. (Fait, 2008, s. 1-4)

3.1.1 Psychické změny v šestinedělí

Autoři označují období od ukončení III. doby porodní zhruba do 6-8 týdnů po porodu za šestinedělí (puerperium). Z fyziologického hlediska se dělí na :

- dobu poporodní (tj. 2 hodiny po porodu placenty)
- časně šestinedělí (první týden puerperia)
- pozdní šestinedělí (do 8. poporodního týdne) (Roztočil, Calda, 2013, s. 51)

Kašpárek uvádí, že k nejčastějším duševním poruchám v poporodním období se kromě relapsů, již existujícího duševního onemocnění, vyskytují nejčastěji přechodné depresivní příznaky. Nejčastějším je poporodní blues, depresivní porucha, laktační psychóza a úzkostná porucha. Dále uvádí, že poporodní duševní poruchy jsou takové, u kterých se psychické potíže projeví poprvé v životě klientky. Část případů poporodních duševních poruch může mít spojitost s první manifestací chronického psychického onemocnění. (Kašpárek, 2011, s. 23)

Raboch rozebírá období puerperia, jako nejnáchylnější etapu, kdy mohou vzniknout duševní poruchy. (Raboch, 2002, s. 1)

Některé studie ukazují, že se ve 25 % případů, může běžné kolísání emotivity, které je přítomno v prvních dnech po porodu u 50-80% rodiček, může plně rozvinout do depresivní fáze. Mezi rizikové faktory se řadí zejména rodinná anamnéza depresivní poruchy, premenstruační dysforická porucha a dále také nepříznivé psychosociální okolnosti. Včasnou známkou poruchy je často zmatenost, paronoidita, žena má obavy z budoucnosti, trpí pocitem beznaděje, bezmocnosti, má strach o dítě pečovat. (Kašpárek, 2011, s. 23)

3.2 Poporodní psychózy

Výskyt poporodních psychóz je 1 na 400 porodů zejména u prvorodiček ve věku 25-35 let. Klinické projevy jsou nejednotné. V prvních dvou dnech po porodu není popsán žádný výskyt, po 3. – 4. dnu se u většiny žen objevuje psychická labilita zvaná *poporodní blues*. Mohou se projevit i stavy amentní, delirantní a expresivně manického charakteru a exogenní psychózy. Těžké psychózy uvedených typů mohou trvat až 3 měsíce. K dalším projevům může dojít 10–30 den po porodu, kdy se objeví psychózy typu *endogenní deprese*. Pozdní typ psychózy nastupuje 3–4 měsíc po porodu a mívá *schizofrenní* podobu. Pokud dojde u ženy k preventivnímu zastavení laktace, může to mít negativní vliv na psychiku ženy. U duševních poruch je nutná spolupráce s psychiatrem. Výslovné přání matky ukončit kojení a

nebo předejít jeho nástupu, je důsledkem patologických společenských norem, nebo selhání edukačního procesu. Ukončení laktace, pokud žena odmítá dítě, je obdobné stavům při jeho nechtěné ztrátě. (Fait, 2008, s. 1-4)

Rozvinutou poporodní psychózou trpí 0,1-0,2 % žen. Jsou zde typické halucinace, paranoidní megalomaničké bludy, ženy jsou zmatené, průběh je často kolísavý, někdy dochází k prudkým změnám v průběhu dne. Nejčastěji se vyskytuje v prvních dvou týdnech po porodu, prognóza u žen bývá příznivá. Velmi důležitá je spolupráce rodinných příslušníků, žena musí být hospitalizovaná a mít farmakologickou léčbu. (Kašpárek, 2011, s. 23)

Izáková et al. klinicky rozlišují u žen v poporodním období tři kategorie:

- poporodní skleslost (poporodní blues)
- postnatální depresi
- puerperální psychózu.

Autoři uvádějí, že i když je většina těchto symptomů mírná a přechodná, u 10-15% žen se může rozvinout v klinicky významné známky deprese. Do výzkumné prezentace v nemocnici Sv. Cyrila a Metoda v Bratislavě, byla do realizace sledování výskytu depresivních žen v šestinedělí zařazeno 200 žen. Výsledkem šetření, bylo zjištění, že i když se depresivní příznaky v poporodním období i u psychiatricky neléčených klientek vyskytují poměrně často, tak jde většinou o izolované příznaky, které nedosahují hloubky duševní poruchy. Nevyžadují tedy psychofarmaceutickou léčbu. (Izáková et al., 2011, s. 23-24)

3.2.1 Poporodní „blues“

Lazar ve své studii charakterizuje poporodní skleslost následovně: Poporodní "blues" představuje z poporodních duševních poruch nejlehčí, zároveň však nejčastěji se vyskytující poruchu, která nevyžaduje léčbu. Doprovodnými somatickými obtížemi jsou nejčastěji bolesti zad, hlavy, palpitace, dysfagie. Obraz připomíná neurastenické syndromy bez deprese. Symptomy vrcholí 3. až 6. den po porodu a do 10. dne vymizí. V raném poporodním období se mohou vyskytnout kognitivní poruchy. (Lazar, 2005, s. 26-31)

S dobou trvání symptom souhlasí i autoři Líbalová, Čepický, kteří popisují poporodní blues jako několikadenní depresivní epizodu, která se vyskytuje až u 80% šestinedělek a tvrdí, že ji lze považovat za fyziologickou reakci poporodního období s projevy smutku, plačtivosti a labilitou nálady. Jak dále uvádí, tento smutek nevyžaduje léčbu, ale je vhodné psychologické poučení ženy a partnera (Líbalová, Čepický, 2009, s. 14).

Autoři se shodují v tom, že poporodní blues se vyskytuje v prvních dnech po porodu až u 50-85 % žen. Problém nepředstavuje jen samotná diagnostika poruchy nálad, ale i terapeutické ovlivnění v době laktace. (Izáková et al., 2011, s. 23-24), (Líbalová, Čepický, 2009, s. 14).

3.2.2 Poporodní deprese

Poporodní depresi popisuje Lazar jako stav, který se klinicky nachází mezi poporodním "blues" a poporodní psychózou. Vzniká kdykoliv během prvních šesti měsíců po porodu (i později, zde je však označení "poporodní"). Sebevražedné myšlenky jsou vzácné, mezi somatické projevy patří obtíže gastrointestinálního traktu. Depresivní ženy méně kojí, přičemž rozvoj deprese předchází zastavení kojení. (Lazar, 2005, s. 26-31)

Lussskin pak považuje za poporodní depresi každou depresi zjištěnou v prvním roce po porodu. *Lékaři a pacientky často špatně přičítají příznaky deprese, jako je nespavost, nedostatek energie a změna chuti k jídlu nebo tělesné hmotnosti, očekávaným změnám v těhotenství. Smutek, sklíčenost, beznaděj nebo pocit bezmoci jsou příznaky možné poruchy nálady; myšlenky na sebevraždu nejsou normální nikdy.* (tabulka č. 1 v příloze A). (SHARI I. Lussskin, 2008, s. 34)

3.2.3 Poporodní psychóza

Poporodní (historicky a nesprávné "laktační", s laktací nemající nic společného) psychóza vzniká náhle, po asymptomatických prvních 2-3 dnech, obvykle v prvním týdnu (resp. v prvních 3 týdnech) po porodu. Klinický obraz odpovídá psychotické depresi, mánii, schizofrennímu obrazu nebo amentnímu stavu. Vliv na kojence je až překvapivě malý, zejména důsledkem oddělení matky od kojence. (Lazar, 2005, s. 26-31)

Rastislavová říká, že psychické změny v pozdním šestinedělí jsou závislé na osobnosti ženy a na zkušenostech s péčí o dítě. K rizikovým faktorům, které ovlivňují psychiku ženy v šestinedělí, patří somatické potíže (zotavování se po těžkém porodu, anémie, poruchy funkce štítné žlázy a jin.), ale především narůstá riziko pro dispozici k psychickému onemocnění. Mohou vzniknout poporodní deprese. Výskyt depresivních symptomů po porodu je pomalý a plíživý, proto jsou i obtížně rozpoznatelné a oddělitelné od běžných potíží žen v šestinedělí (únava, poruchy spánku, ztráta váhy, sexuální nezájem). Déletrvajícím zhoršením nálady (různého stupně a délky trvání) postihuje 10–15 % žen v poporodním období. Nástup poporodní deprese se může vyskytnout kdykoliv během prvních šesti měsíců (někteří autoři uvádějí až jeden rok) po porodu. Prvním rizikovým obdobím je příchod ženy s dítětem z porodnice. Dalším obdobím, které může následovat, jsou 2–3 týdny po příchodu domů, kdy klesá pomoc a podpora rodiny. (Rastislavová, 2008, s. 1-4)

Praško ve své studii uvádí, výskyt obvykle v intervalu za 6–12 týdnů po porodu. Pro diagnostiku poporodních depresí se nedoporučuje používat běžných testů na depresivitu, protože v nich šestinedělky dosahují často patologických hodnot. Celosvětově je v gynekologických praxích doporučeno, využívat screeningové instrumenty jako je EPDS (Edinburghská škála postnatální deprese). *Cílem studií je zavést screeningové vyšetření již při první kontrole ženy po šestinedělí.* Rastislavová mezi příznaky poporodní deprese řadí kromě depresivní sklíčenosti a pláče také pocity insuficience, nerozhodnosti, úzkosti, strachu ze samoty, bezmoci, beznaděje, ztráty zájmu a potěšení, katastrofické obavy z budoucnosti a další tělesné symptomy. Jiný názor a rozdělení zastávají Rohde a Dorn, kteří rozlišují tři základní typy postnatální deprese a odlišují je svými příznaky (insuficientní typ, postpartální deprese, nutkavý typ, panický záchvat. (Rastislavová, 2008, s. 1-4)

3.3 Poporodní péče

Ústav pro péči o matku a dítě provedl v letech 1980-2000 retrospektivní analýzu problematiky poporodního období z hlediska psychologie. Rozbor problematiky se týkal poporodního období z psychologického hlediska za posledních dvacet let v ČR. Během dvaceti let došlo v poporodní péči k velkým změnám, zejména v souvislosti se

zavedením společného ošetřování matky a novorozence, tzv. systémem ROOMING-IN. Tento typ péče, má velmi příznivý vliv na vytváření vzájemné vazby ihned po porodu mezi matkou a dítětem, na kojení a ženami je převážně kladně přijímán. Bohužel se doposud málo pozornosti věnovalo poporodním psychickým poruchám žen, tzv. poporodní či postnatální depresi, která se vyskytuje až u 10-15% šestinedělek a velmi nepříznivě, tak působí na vytvářející se vztahy matky a dítěte. Cílem studie bylo upozornit na včasný záchyt těchto žen poskytnout jim dostatečnou psychosociální podporu. (Sobotková, Štembera, 2003, s. 385-38).

V letech 2006-2007 probíhala ve Svitavské a Pardubické nemocnici, studie, jejímž cílem bylo upozornit odbornou zdravotnickou veřejnost na význam a závažnost psychických poruch po porodu, podnítit ji v psychoprofylaktickém přístupu a chování k ženám v období těhotenství, porodu a poporodního období, a začlenit screeningové vyšetření poporodní deprese jako součást standardního vyšetření v gynekologických ordinacích i na oddělení. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že v průměru 22 % žen je předurčeno k dalšímu odbornému vyšetření, nejlépe psychiatrem. Výsledky studie upozorňují na to, že důsledkem poporodní deprese mohou nastat alterace celkového zdravotního stavu, psychické poruchy až suicidium, které jsou spíše založené na nerozpoznaných příznacích než na nevhodně zvolené léčbě. (Jedličková, 2008, s. 86-90)

ZÁVĚR

Záměrem této přehledové bakalářské práce bylo dohledání, srovnání a prezentace názorů jednotlivých autorů odborných periodik zabývajících problematikou psychických stavů žen v těhotenství, při porodu a v šestinedělí a odpověď na otázku „Zda se odborná literatura věnuje těmto tématům, dokáže na ně reagovat a navrhnout příslušná řešení.“

Dle rozsahu tématu a základní otázky bakalářské práce byly stanoveny cíle specifikující oblasti dané problematiky. Následně dohledané poznatky byly zpracovány podle chronologického měřítka jednotlivých cílů a práce je shrnuje do kapitol věnovaných aspektům a poznatkům ovlivňujícím psychický stav žen v průběhu těhotenství, během porodu a v období poporodním.

Z kapitoly číslo jedna, která odpovídá na první cíl, tedy vyplývá, že vliv na psychiku ženy mají v průběhu těhotenství s jistotou vliv hormonálně-metabolické pochody (Heresová et al., 2001, s. 1) a v období porodu změny koncentrace steroidních hormonů progesteronu a estrogenů, z čehož Lazar usuzuje, že poporodní chorobné změny nálady jsou podmíněny právě těmito hormony. Podle Praška, Látalové a Grambala, mají významný vliv na etymologii duševních poruch dnešních novoroďček i psychosociální faktory, ať už díky segregaci generací a blízkých v dnešní individualizované společnosti a také díky neosobnímu přístupu a nedostatečné psychoterapeutické podpoře, které se dostává rodičkám v dnešních porodnických zařízeních, což potvrzují rovněž Lazar (2012) a Takacs (2012).

Na základě dosud provedených studií se autoři shodují, že součástí nutné prevence negativních psychosociálních aspektů ovlivňujících psychiku ženy je výborná perinatální péče. (Takács, Kodyšová, 2011, s. 199-204), (Franke, 2010, s. 10-18). Mezi další rizikové faktory, které mohou přispívat k poruchám psychiky, patří tragické události, prožitky, negativní postoj rodiny, stres. Všichni uvedení autoři se v tomto názoru shodují. (Lazar, 2005, s. 26-31), (Bernazzani et. al, 2004, s. 144 – 155), (Čech, 2006, s. 86)

Změny psychiky jsou ovlivněny osobností těhotné ženy, jejím věkem, vzděláním, momentální životní situací a prostředím ve kterém žije. (Moreira, 2013), (Pažinková, 1999, s. 84-87), (Wiklund et. al, 2014).

Druhým cílem práce bylo předložit poznatky o stavu psychiky ženy při porodu nebo těsně po něm. Na tento cíl odpovídá druhá kapitola. Jelikož je porod primárně biologický jev, předmětem zkoumání byly i masivní hormonální změny objevující se krátce po porodu, spolu s činností neuroendokrinních os. (Franke, 2010, s. 10-18). Pokud se žena při porodu cítí bezpečně, mohou se začít optimálně vyplavovat hormony oxytocin a endorfin, které následně porodní proces spouští a podporují a vedou ho k jeho plynulosti. Naopak, když dochází u ženy k pocitům strachu z jakéhokoliv důvodu, při porodu (ať už reálného, nebo jen představovaného) dochází u ženy k vyplavování katecholaminů (stresových hormonů), které mohou porodní proces, zvláště pak první dobu porodní, zpomalit či zastavit. (Kodyšová a Mrowetz, 2010, s. 37- 44)

Všichni uvedení autoři se shodují v podpoře celodenního pobytu matky s novorozencem v jedné místnosti tj. *rooming in*, jenž má pozitivní vliv jak na rozvoj vzájemných vztahů mezi matkou a dítětem tak na laktaci matky. (Kohoutek, 2013, s. 5-9) S autorem Kohoutkem se v názoru shodují i Mrowetz a Peremská , které tvrdí, že je nesmírně důležitý pro psychiku ženy včasný kontakt (bonding) s dítětem ihned po porodu a přidávají názor, na velkém podílu vztahu mezi rodičkou a personálem. (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 201-204)

Při porodu mrtvého plodu nebo časnému novorozeneckému úmrtí velmi záleží na přístupu lékařů, porodních asistentek a veškerého personálu vůbec a jejich komunikací s klientkami, aby mohly tuto těžkou situaci zvládnout. Beran, Ratislavová i Kašová zastávají názor, že by se ženám po perinatální ztrátě měla věnovat vyšší pozornost. (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012, s. 505-508) Autoři v tomto případě doporučují rodičům kontakt s mrtvým novorozencem, pokud si ho přejí, zkrácenou délku hospitalizace ženy, která by navíc měla probíhat odděleně od ostatních matek. (Roztočil et al, 2008, s. 130-131) Dále se klade důraz na následnou péči o takovouto ženu a nabídnutí spolupráce psychologa či psychiatra. (Lomíčková, 2006, s. 1-4)

V rámci třetí kapitoly, která se věnuje třetímu cíli a tedy šestinedělí a dalšímu poporodnímu období bylo zjištěno, že k rizikovým faktorům, které ovlivňují psychiku ženy v šestinedělí, patří somatické potíže (zotavování se po těžkém porodu, anémie, poruchy funkce štítné žlázy a jin.), ale především narůstá riziko pro dispozici k psychickému onemocnění. (Ratislavová, 2008, s. 1-4)

Bohužel se doposud málo pozornosti věnuje poporodním psychickým poruchám žen, tzv. poporodní či postnatální depresi, která se vyskytuje až u 10-15% šestinedělek a velmi nepříznivě, tak působí na vytvářející se vztahy matky a dítěte. (Jedličková, 2008, s. 86-90), (Sobotková, Štembera, 2003, s. 385-38). Dalším kritickým obdobím ženy, kdy může dojít ke vzniku psychických poruch je šestinedělí a nástup laktace. (Schöndorfová, 2009, s. 189-193). Výskyt poporodních psychóz je 1 na 400 porodů zejména u prvorodiček ve věku 25–35 let. Klinické projevy jsou nejednotné. V prvních dvou dnech po porodu není popsán žádný výskyt, po 3. – 4. dnu se u většiny žen objevuje psychická labilita zvaná poporodní blues. K dalším projevům může dojít 10–30 den po porodu, kdy se objeví psychózy typu endogenní deprese. 3–4 měsíc po porodu se může objevit i pozdní typ psychózy nastupuje a mívá schizofrenní podobu. (Fait, 2008, s. 1-4). Roztočil, Calda, 2013, s. 51), (Kašpárek, 2011, s. 23), (Raboch, 2002, s. 1) Izáková et al. klinicky rozlišují u žen v poporodním období tři kategorie: Poporodní skleslost (poporodní blues), postnatální depresi a puerperální psychózu. Většina těchto symptomů je mírná a přechodná, u 10-15% žen se může rozvinout v klinicky významné známky deprese.

Výsledkem šetření, bylo i zjištění, že i když se depresivní příznaky v poporodním období i u psychiatricky neléčených klientek vyskytují poměrně často, tak jde většinou o izolované příznaky, které nedosahují hloubky duševní poruchy. Nevyžadují tedy většinou psychofarmaceutickou léčbu. (Izáková et al., 2011, s. 23-24)

K závěru můžeme dodat snad jen, že všechny tři cíle byly splněny.

POUŽITÉ BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE

Literatura

HÁJEK, Z. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8.

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

PRAŠKO, J. 2002. Psychoterapie poporodních depresí. *Psychiatrie supplementum 2*. 1.vydání. Praha: Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, roč. 6, 39-44s.

ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008, 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: 2008, s. 106. ISBN: 978-80-254-2186-4.

TAKÁCS, L., SEIDLEROVÁ, J., HORÁKOVÁ HOSKOVCOVÁ, S., ŠULOVÁ, L., ŠTĚTOVSKÁ, I., ZEJDOVÁ, H., KOLUMPKOVÁ, M. 2012. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví. Kvalita perinatální péče očima rodiček*. Praha: Vydavatelství FF UK.

TRESS, W., KRUSSE J., OTT, J. *Základní psychosomatická péče: Psychosomatische Grundversorgung*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 394 s. ISBN 978-80-7367-309-3.

Periodika

BITRAN, D., SHIEKH, M., MCLEOD, M. 1995. Anxiolytic effect of progesterone is mediated by the neurosteroid alloprenanolone at brain GABA (A) receptors. *J. Neuroendocrinol.* 1995. s. 171-177

BRONWYN, L., MILGROM, J. 2008. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. 2008. s. 1-13

DALTON K. *The Premenstrual Syndrome and Progesterone Therapy*. William Heinemann Books. London 1977

- DUGRAVIER, R. et al., 2013. Impact of a Manualized Multifocal Perinatal Home – Visiting Program Using Psychologists on Postnatal Depression : The CAPEDP Randomized Controlled Trial. 2013. s. 1-10
- FAIT, T. Zástava laktace. *Moderní babičtví*. 2008, č. 15, s. 1-4 ISSN 1214-5572
- FEDOR-FREYBERGH, P. G. Prenatální a perinatální psychologie a medicína: nový přístup k primární prevenci. In: *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět*. Praha: Aperio, 2002, s. 39-41. ISBN 80-903-0871-6
- FERTALOVÁ, T., et al. Poporodní deprese. *Medicínské ošetrovatelské listy Šariše*. 2004, s. 9-10. ISBN 80-8068-248-8
- FRANKE, P. Gynekologické a porodnické klinické obrazy nemoci. *Psychosom*. 2010, č. 1., roč. 8, s. 10-18. ISSN 1214-6102
- GLAVIN, K., LEAHY- WARREN, P. 2013. Postnatal Depression Is a Public Health Nursing Issue: Perspectives from Norway and Ireland. 2013. s. 1-7
- HERESOVÁ, J. et al. Hormonální a metabolické změny v těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2001, č. 1, roč. 10, s. 1. ISSN 1211-1058
- HONZÁK, R. Oxytocin-některé novější poznatky. *Psychosom*. 2009, roč. 7, č. 1, s. 44-47. ISSN 1214-6102
- HOWARD, M. L. et al., 2013. The prevalence of suicidia ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the RESPOND trial. 2013. s. 1-10
- CHENG, Cy., PICKLER, R.h.. 2014. *Perinatal stress, fatigue, depressive symptoms, and imune modulation in late pregnancy and one month postpartum*. Scientific World Journal. 22. ledna 2014. Art. 652630, s. 7
- JANŮ, L., RACKOVÁ, S. Jak správně rozpoznat a léčit depresi. *Medicína pro praxi*. 2007, č. 1, s. 24-27. ISSN 1214-8687
- JEDLIČKOVÁ, M. Obecný náhled na problematiku deprese po porodu z hlediska gynekologicko-porodnického. *Praktická gynekologie*. 2008, roč. 6, č. 2, s. 86-90. ISSN 1211-6645
- KODYŠOVÁ, Eva, Michaela, MROWETZ. Psychologie porodu, chiméra nebo realita. *Psychosom*. 2010, roč. 8, č. 1, s. 37-44. ISSN 1214-6102
- KOHOUTEK, R. Psychologie perinatální a raně postnatální. *Psychologie v teorii a praxi*, 2013, č.6. ISSN

- KUŽELOVÁ, M. Předporodní příprava. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2003, roč.12, č.2, s.1, ISSN 1211-1058
- LAZAR, Ivan. Poporodná depresia. *Slovenská gynekológia a porodnictví*, 2005, č. 12, s. 26-31.
- LÍBALOVÁ, Z., ČEPICKÝ, P. Poporodní blues. *Bulletin*. 2009, roč. 18, č. 3, s. 14-15. ISSN 1212-6152
- LOMÍČKOVÁ, Taťána. Porod mrtvého plodu. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2006, vol. 15, č. 4, s. 1-4. ISSN 1211-1058
- MROWETZ, Michaela, Eva, PEREMSKÁ. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma - chiméra, či realita budoucnost?. *Pediatric pro praxi*, 2013, roč.14, č.3, s.201-204. ISSN 1213-0494
- RABOCH, J. Poporodní a pooperační psychiatrické komplikace. *Moderní gynekologie porodnictví*. 2002, roč. 11, č. 1, s. 72-81. ISSN 1211-1058
- RASTISLAVOVÁ, K. Psychologie pozdního šestinedělí. *Moderní babičtví*. 2008, roč. 16, s. 1 – 4. ISSN 1214-5572
- ROZTOČIL, Aleš, Pavel, CALDA. Doporučená péče ve fyziologickém puerperiu. *Česká gynekologie*. 2013, č. Supplementum, s. 51. ISSN 1210-1783
- SHARI I. LUSSKIN. *Gynekologie po promoci*. č. 3, 2008, s. 34. ISSN 0090-3159
- SCHÖNDORFOVÁ, D. Komplikace šestinedělí a laktace. *Moderní gynekologie a porodnictví*. vol. 18, č. 2, 2009, s. 189-193. ISSN 1211-1058
- SIMOČKOVÁ, Viera. Poporodní psychické poruchy v intencích ošetřovatelství. *Florenc*. roč. 6, 1. vydání, 2010, s. 16-18. ISSN 1801- 464X
- SJOSTROM K., Valentin L., Thelin T., Marsál K. (1997). Maternal anxiety in late pregnancy and fetal hemodynamics. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*74, s. 49–55.
- SMITH, V. Megan et al., Perinatální deprese- čím dříve jí poznáme, tím lépe. *Gynekologie po promoci*. 2004, roč. 4, č. 6., s. 1-13. ISSN 0090-3159
- STACKEOVÁ, Daniela, Michaela BÖHMOVÁ. Psychologické aspekty přítomnosti otce u porodu. *Psychosom*. 2010. roč. 8, č. 4, s. 253-278. ISSN 1214-6102
- TAKÁCS, Lea, Eva, KODYŠOVÁ. Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost rodiček s perinatální péčí. *Česká gynekologie*. 2011, č. 3, s. 199 - 204. ISSN 1210-1783.
- VĚTR, Miroslav. Psychosociální rizika těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2001, č. 1, s. 10. ISSN 1211-1058

Ostatní

JANŮ, Luboš. *Medicína pro praxi*, 2007, č. 1, ISSN 1214-8687

LABUSOVÁ, Eva. Jak se rodí matka. (online). (cit. 2014-02-24). Dostupné z www:
http://www.evalabusova.cz/clanky/jak_se_rodí_matka.php

MOREIRA, Veronika. Psychické potíže v těhotenství. *Psychika ženy v těhotenství* [online].
[cit.2014-03-01]. Dostupné z: <http://tehotenstvi.zdrave.cz/psychicke-potize-v-tehotenstvi/>

STRUNZOVÁ, Věra. 2005. Farmakoterapie úzkostných poruch a nespavosti v graviditě a laktaci. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen,s.r.o., 2005, 3, 116-119
[cit.12.3.2012]. ISSN 1803-5272. Dostupné z:
<http://www.solen.cz/pdfs/psy/2005/03/02.pdf>

PŘÍLOHY

A.1.1 Projevy deprese

Tabulka č. 1 – projevy deprese

| Projevy deprese | | |
|------------------------|---|----------------------------|
| Psychické | Somatické | Znaky těžších forem |
| Zhoršení soustředění | Bolesti hlavy | Pocity viny, zbytečnosti |
| Snížení zájmu aktivit | Bolesti zad | Úvahy o sebevraždě |
| Neschopnost se radovat | Zažívací potíže | Bludná přesvědčení |
| Únava, nevykonnost | Bušení srdce | Paranoidní obsah myšlení |
| Nezájem o sex | Sucho v ústech | Zpomalení, oploštění, |
| Beznaděj, marnost | Nespavost, ospalost | Uzavírání se do sebe |
| Neschopnost odpočinku | Změny chuti k jídlu, hmotnostní úbytek | Stupor, halucinace |

Zdroj: JANŮ, Luboš. Medicína pro praxi, 2007, č. 1, ISSN 1214-8687, s. 27 – 29

A.1.2 Žena (35 let) s laktací indukovanou osteoporózou a poporodními depresemi

Poporodní deprese postihují jednu z osmi žen, a to v různém časovém horizontu během prvního roku po porodu. Prezентují se četnými somatickými příznaky, typicky únavou, bolestí v zádech a muskuloskeletálními obtížemi. Klinickým obrazem vázaným k muskuloskeletálním obtížím je také osteoporóza spojená s těhotenstvím a laktací. Tento typ osteoporózy je poměrně vzácný, etiologie není známá a obvykle vede k bolestem zad, kyčlí a kolen, vertebrálním zlomeninám a ztrátě tělesné výšky. V následujícím textu je prezentována kazuistika mladé ženy, u které byla zjištěna koincidence obou zmíněných diagnóz.

Jednalo se o ženu ve věku 35 let, primiparu, kterou gynekolog 4 týdny po porodu odeslal k podrobnějšímu vyšetření pro projevy deprese a nezáměrnou ztrátu zájmu o dítě. Pacientka si stěžovala na únavu a ztrátu energie, udávala, že se cítí nemocná a neschopná postarat se řádně o dítě. Neustále plakala, neměla chuť k jídlu a nespala ani ve chvílích, kdy spalo její dítě. Dle jejího sdělení se první depresivní symptomy objevily již několik dní po porodu zdravé holčičky.

Zpočátku se jednalo o vágní bolesti zad a kolem pasu, ovšem po 4 týdnech se charakter bolesti změnil – jednalo se o bolesti intenzivní, lokalizované v dolní části zad. Kromě toho začala uvažovat o sebevraždě a její depresivní nálada se zhoršovala spolu se zhoršováním bolesti.

Při vyšetření byla žena smutná, odpovídala neochotně. Popřela předcházející psychiatrickou anamnézu kromě dysmenorey a premenstruačního syndromu s afektivní labilitou, napětím v prsou, nespavostí, bolestí kolen a únavou. Z rodiny byla její teta ze strany matky před rokem hospitalizována s diagnózou bipolární poruchy a od té doby užívá lithium. Těhotenství i postnatální období pacientky byly nekomplikované, nedošlo k významnějšímu váhovému přírůstku, ani během gravidity nadměrně necvičila. Plně kojila. Neužívala steroidy, nekouřila, nepila alkohol.

Podle škály EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) dosáhla 18 bodů. Na škále od 0 do 10 udávala intenzitu bolesti na bodě 9. Vyšetření štítné žlázy bylo v normě. Pro trvající bolesti byla vyšetřena rentgenologicky a byly zjištěny vertebrální kompresivní fraktury obratle L3. Denzitometrie (DXA) odhalila nízkou denzitu kostního minerálu v oblasti

bederní páteře (L1 T-skóre: 2,0 SD; L2 T-skóre: 2,9 SD; L3 T-skóre: 2,7 SD; L4 T-skóre: 4,1 SD). Průměrné celkové T-skóre proximálního femuru bylo normální.

Nebyla zastižena malignita ani infekce, vyloučena byla osteomalacie. Dále byly vyloučeny ostatní sekundární příčiny osteoporózy, laboratorní údaje včetně analýzy kolagenu a kalciového metabolismu byly v normě. Byla stanovena diagnóza osteoporózy vázané ke graviditě a laktaci a potvrzena typickým MRI obrazem (mnohočetné dorzolumbální netraumatické vertebrální fraktury).

Pacientka přerušila laktaci a zahájila terapii kalcie (1 000 mg denně), vitamínem D (0,5 mg denně), kalcitoninem (200 IU/ml denně) a alendronátem (70 mg týdně). K fixaci byl doporučen korzet. Bolesti postupně ke konci druhého týdne vymizely. Kromě toho byla zahájena léčba deprese venlafaxinem.

Zdroj: Psychosomatics 2009, 50: 155–158.