

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Problematika psychiky ženy v šestinedělí, adaptace na roli matky**

Bakalářská práce

Vedoucí práce  
Mgr. Andrea Festová

Autor  
Magdalena Dihlová

2010

## **Mental Condition of a Woman During Puerperium and her Adaptation to Motherhood**

Pregnancy, childbirth and the period after childbirth are important stages in the life of a woman and her family. Even healthcare professionals may not realize that mental disorders quite often appear or become worse during pregnancy and the period after childbirth. A woman tends to be tired during the first days following childbirth. People do not usually understand that she may experience different emotions from feeling positive and happy as a result of delivery. Disorders during the period after childbirth include mental disorders affecting the woman during the neonatal period, breastfeeding and until her child is one year old. They may be associated with physiological changes after childbirth or problems related to adaptation to motherhood. Being a mother is quite an important role in the life of a woman: while playing that role, she learns to be in harmony with a new member of her family and assume responsibility for him or her. Biocultural relationships, such as the role of a wife and mother and the structure of the family, obviously play an important part.

A quantitative survey was employed to produce the bachelor thesis, using interviews and questionnaires to collect data. The questionnaires were distributed to mothers who had completed their lying-in periods in randomly selected gynecologists' offices in Prague. Each questionnaire contained 34 questions. The poll took place in March. A total of 94 mothers completed the questionnaires, which resulted in a return rate of 71.6%.

The objective of the bachelor thesis was to find out about the role played by birth assistants in caring for the mental needs of women during puerperium. That objective was associated with the first assumption, which confirmed that care provided by birth assistants focused on satisfying biological rather than mental needs. The other objective was to determine the amount of information women had about mental changes during puerperium. That objective was accompanied by the second hypothesis that women were informed about mental changes during puerperium. The hypothesis was confirmed. The third objective was to examine how women adapted to their roles as

mothers. That objective was tied to the third hypothesis which was concerned with planned parenting. The hypothesis confirmed that women who planned to be mothers accepted their roles as mothers better than those who did not. The fourth assumption, which dealt with a smoother adaptation to being a mother before the age of 30, was not confirmed.

The bachelor thesis will help birth assistants caring for mothers in postnatal wards and child nurses and doctors as well as gynecologists whom women see after puerperium. The thesis could be a source of information and used by birth assistants and student birth assistants as an educational material.

#### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Problematika psychiky ženy v šestinedělí, adaptace na roli matky“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 6.5.2010

.....

Podpis studenta

### Poděkování

Děkuji Mgr. Andree Festové za odborné vedení, cenné a praktické rady při zpracovávání bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat psycholožce Gynekologicko-porodnické kliniky FN Motol PhDr. Lence Mrlinové, za cenné připomínky při konzultaci.

## Obsah

Úvod .....	3
<b>1. Současný stav</b> .....	5
<i>1.1 Šestinedělí</i> .....	5
<i>1.2 Problematika časného šestinedělí</i> .....	8
<i>1.2.1 Poporodní blues</i> .....	9
<i>1.2.2 Poporodní psychóza</i> .....	9
<i>1.2.3 Úloha porodní asistentky v časném šestinedělí</i> .....	11
<i>1.3 Problematika pozdního šestinedělí</i> .....	12
<i>1.3.1 Poporodní deprese</i> .....	12
<i>1.3.2 Úzkostné poruchy a jejich rozvoj v poporodním období</i> .....	18
<i>1.3.3 Úloha porodní asistentky v pozdním šestinedělí</i> .....	22
<i>1.4 Šestinedělí po operačním porodu</i> .....	23
<i>1.5 Šestinedělí po perinatálním úmrtí</i> .....	24
<i>1.6 Role matky</i> .....	26
<i>1.7 Psychosomatika</i> .....	28
<i>1.8 Opora ženy v mateřství</i> .....	28
<b>2. Cíle práce a hypotézy</b> .....	31
<i>2.1 Cíle práce</i> .....	31
<i>2.2 Hypotézy práce</i> .....	31
<b>3. Metodika</b> .....	32
<i>3.1 Metodika práce</i> .....	32
<i>3.2 Charakteristika výzkumného souboru</i> .....	32
<b>4. Výsledky výzkumného šetření</b> .....	33

<i>4.1 Interpretace výsledků dotazníkového šetření</i> .....	33
<i>4.2 Grafy pro srovnání výsledků</i> .....	52
<b>5. Diskuse</b> .....	56
<b>6. Závěr</b> .....	60
<b>7. Seznam použitých zdrojů</b> .....	62
<b>8. Klíčová slova</b> .....	65
<b>9. Přílohy</b> .....	66

## Úvod

*„Stále o sobě neumím uvažovat jako o matce, i když ona už je tady.*

*Nemyslím na ni jako na svou – svou dceru.*

*Ale vlastně ano, myslím na ni jako na svou, ale ne na sebe jako matku.*

*Víte jak to myslím? Je to trochu těžké tomu uvěřit.*

*Myslím, že to ještě chvílku potrvá, než mi to dojde (19, s. 11).“*

Těhotenství, porod a poporodní období jsou důležité etapy v životě ženy a celé její rodiny. Chtěné těhotenství je pokládáno za radostnou událost a lidé věří, že je spojeno s klidem, vnitřním vyrovnáním, že vede k dozrání ženy, nárůstu sebezvědomí a sebeúcty. U nejistých a úzkostných žen rodina doufá ve zlepšení, protože se předpokládá, že příchod dítěte znamená nalezení smyslu života a seberealizace. Je příjemné, když se to podaří, bohužel je opak často pravdou. To, že během těhotenství i poporodního období dochází relativně často ke zhoršení nebo objevení se psychických poruch, si nemusí uvědomit ani profesionálové.

Být matkou je role velice důležitá v životě ženy, ve které se učí souznění s novým členem rodiny a zodpovědnosti vůči němu. Úzkostná reakce na tuto situaci je pochopitelná. Biokulturální vztahy, jako role manželky, matky, struktura rodiny, mají zjevně důležitou úlohu. V minulosti v klasické velké patriarchální rodině znamenalo přivádění dětí na svět obrovskou hodnotu pro všechny. Žena, jako dárkyně života, byla oceňována a náležitě chráněna. S těhotenstvím, porodem a šestinedělím byla ve všech kulturách spjata celá řada užitečných rituálů, které pomáhaly toto období překonat. O ženu pečovala celá široká rodina. Cítila se bezpečně a okolí dávalo najevo, že její stav je požehnáním. V moderní západní rodině, s velkou migrací a oddělením jednotlivých generací od sebe, s uvolněním tradičních rodinných vazeb a důrazem na výkonnost a soběstačnost každého jedince, je těhotná žena a zejména prvorodička relativně osamělá. V dnešní době chybí ochrana a potvrzování významu ženské role, přítomna je i ambivalence v hodnotovém měřítku. Žena je vržena do nejistoty, neví zda je důležitější pečování o děti nebo vlastní svoboda, nezávislost a individuální pracovní



kariéra. Bojuje se strachem z bolesti, z tělesných změn, ze ztráty zájmu partnera, že nedokáže naplnit svou roli matky a zároveň manželky. V neposlední řadě i ekonomické důsledky mohou vést k nejistotě a tedy úzkosti. Muž, v té době zpravidla živitel rodiny, intenzivně shání prostředky k obživě a jeho kapacita coby ochránce a pečovatele je minimální. Jiní členové rodiny, kteří by mohli přispět v péči nejen o novorozeně ale i samotnou matku jsou buď daleko, pracují, věnují se vlastní kariéře, nebo nemají pocit, že je pomoc nutná (21, 22).

Téma „Problematika psychiky ženy v šestinedělí, adaptace na roli matky“ jsem si vybrala proto, že pracuji na oddělení šestinedělí, kde vidím, jak je úloha porodní asistentky důležitá. Porodní asistentka je ta, se kterou se žena setkává 24 hodin. Pokud je navázán od prvopočátku důvěryhodný vztah mezi porodní asistentkou a rodičkou, může být porodní asistentka správná osoba, které se žena svěří nejen s fyzickými, ale také psychickými problémy.

## **1. Současný stav**

### ***1.1 Šestinedělí***

Šestinedělí (puerperium) je období po ukončení těhotenství a porodu. Časné šestinedělí zahrnuje prvních 7 dní po porodu, pozdní šestinedělí je doba nutná k involuci těhotenských změn pohlavních orgánů, 42. dnem šestinedělí končí. Anatomické a fyziologické těhotenské změny mizí, organismus se vrací do stavu jako před otěhotněním. Po porodu zahájí svou činnost mléčná žláza, období mateřství je dovršeno tvorbou mléka. Těhotenství a porod zanechávají u ženy v tělesné a psychické složce dalekosáhlé změny, takže úplný návrat do původního stavu nenastane téměř nikdy.

Involuční změny v šestinedělí postihují téměř všechny orgány neděvky a navracejí její organismus do původního předporodního stavu. Stavů identického před otěhotněním zcela nedosáhnou, a tak na konci šestinedělí je možno charakterizovat organismus ženy jako organismus rodičky. Na reprodukčních orgánech jsou v šestinedělí nejvýrazněji patrné regresivní involuční změny. Děloha ihned po porodu placenty váží přibližně 1000 g, je kontrahovaná a fundus dosahuje vzdálenosti asi 12 cm nad horní okraj symfýzy. Za hodinu dosahuje fundus děložní úrovně pupku a na této úrovni zůstává 24 hodin. V průběhu prvního poporodního týdne poklesne váha dělohy na 500 g a na konci šestého týdne váží 60 g. Od druhého dne sestupuje fundus děložní denně o 1 cm. Devátý den by již neměl být děložní fundus za symfýzou hmatný. Endometrium se po porodu placenty diferencuje během tří dnů na dvě vrstvy. Povrchová vrstva nekrotizuje a je odloučena a vypuzena z dělohy ve formě očítků - lochií, vnitřní vrstva je základem pro růst nového endometria. To začíná růst třetí týden po porodu. V oblasti inzerce placenty je endometrium úplně vystavěno za 6 týdnů. Očítky, které odcházejí z dutiny děložní, obsahují povrchovou nekrotickou vrstvu endometria s lymfatickou tkání a krví. Typ očítků se mění v průběhu šestinedělí. Vrchol odchodu očítků je 3. a 4. poporodní den. Vylučování je silnější, pokud žena vstane z lůžka, při zvýšené tělesné činnosti nebo při kojení. Porod plodu

rozepíná stěny poševní, které jsou po porodu oteklé a zhmožděné. K ústupu dochází rychle, vzhledem k její dobré vaskularizaci. Na vaginální sliznici jsou rychle vytvořeny záhyby, tři týdny po porodu u vícerodiček není znovuvytvoření vaginálních záhybů výrazné. Také na hrázi dochází po porodu plodu k otoku měkkých tkání a k různému stupni spontánního nebo iatrogenního (epiziotomie) poranění. Po ošetření poranění nastupuje rychle tonus perianálního svalstva.

Přítomnost laktace je determinující faktor nástupu první poporodní ovulace a menstruace. Hladiny prolaktinu, které jsou stimulovány drážděním prsní bradavky, potlačují sekreci folikulostimulačního (FSH) a luteinizačního (LH) hormonu, a tím ovariální steroidogenezu a folikulogenezu. Hladiny prolaktinu mají antikoncepční účinek. Na jeho účinnost však nelze spoléhat. Po porodu placenty dochází u ženy ke změnám v endokrinním systému, které jsou způsobené náhlým snížením hladin estrogenů a progesteronu a nárůstem hodnot prolaktinu. U nekojících žen dochází k normalizaci endokrinních funkcí šest týdnů po porodu. Hladiny prolaktinu jsou závislé na frekvenci kojení a v závislosti na jejich snižování se reaktivuje sekrece FSH a LH. Do 6 týdnů po porodu dochází k normalizaci sekrece hormonů štítné žlázy a nadledvinek. Kojení prošlo v průběhu dějin různými stupni hodnocení, po tisíciletí bylo považováno ve všech lidských kulturách za jedinou přijatelnou a možnou metodu výživy novorozence. Po porodu placenty dochází k prudkému poklesu hladin estrogenů a progesteronu, to vede k uvolnění sekrece prolaktinu z adenohipofýzy, který stimuluje produkci mléka. Dráždění bradavky ústy novorozence vede ke zvýšení sekrece prolaktinu, i oxytocinu z neurohipofýzy. Oxytocin stimuluje kontrakce myoepiteliálních buněk, které vedou k eejkci mléka z alveolů do duktálního systému, tento mechanismus se nazývá spouštěcí reflex. Výhody kojení oproti umělé výživě jsou v oblasti psychické i fyziologické. Kojení vyvolává mnoho pozitivních emočních změn jak u matky, tak i u dítěte. Prolaktin má euforizační a uklidňující vliv, který snižuje poporodní blues, vyvolává u matky příjemné pocity a zvyšuje sebedůvěru matky. Plnohodnotný vztah matka — dítě je posilován blízkým tělesným kontaktem, různými sensorickými podněty jako je kontakt kůže s kůží, pach matky, chuť bradavek a pohled z očí do očí. Děti, které jsou kojeny déle než 6 měsíců, mají méně špatných povahových

vlastností, jsou méně úzkostlivé, jsou sebejistější. Pravidelné kojení vede ke zrychlení děložní involuce. S kojením je nutno začít co nejdříve, ihned jak to dovolí stav matky a novorozence, důraz se klade na první poporodní přiložení.

Puerperální psychická adaptace probíhá ve dvou fázích. Ihned po porodu nastupuje pasivní fáze. Je to období trvající 2 - 3 dny charakterizované pasivitou matky a její závislostí na okolí. Nedělka se řídí doporučeními a pokyny, váhá s rozhodnutími a její pozornost je obrácená k vlastním potřebám. Hlavními zájmy jsou potrava a spánek. Aktivní fáze nastupuje druhý nebo třetí den, kdy žena již zažila svůj prožitek z porodu, dostatečně si odpočinula a začíná se přizpůsobovat své nové životní situaci, aktivně si organizuje kontakt s okolím (2, 20, 28, 30).

Žena bývá v prvních dnech unavená. Málokoho napadne, že následkem porodu může pociťovat jiné emoce, než ty pozitivní a radostné. Poruchy v období po porodu, jsou psychické poruchy, které se vyskytují u ženy během neonatálního období, v období laktace nebo do jednoho roku věku dítěte. Mohou souviset s fyziologickými změnami po porodu nebo s problémy spojenými s přizpůsobením se mateřství. Poporodní poruchy jsou spuštěny fyziologií rození, pocity zodpovědnosti za dítě, lítostí nad ztrátou dítěte při jeho úmrtí, darování k adopci nebo změnami vztahů v rodině způsobenými příchodem dítěte. V minulosti tyto poruchy byly označovány jako laktační psychózy. To bylo nepřesné, protože to naznačovalo určitou specifickou onemocnění, která neodpovídá skutečnosti. Termín poporodní poruchy je vhodný, zdůrazňuje možnost podobných diagnóz, i když se v poporodní době může vyskytnout jakákoli psychická porucha. Poporodní psychické poruchy se dělí podle závažnosti do tří skupin. První nejméně závažnou poruchou je poporodní blues, druhou skupinu tvoří poporodní deprese. Třetí a nezávažnější skupinou jsou psychotická onemocnění (9, 30, 35).

## **1.2 Problematika časného šestinedělí**

*„Mám všechno, co jsem kdy chtěla:  
skvělého manžela a nádherné nové miminko – proč se cítím tak sklesle (18, s. 413)?“*

Časné poporodní období zahrnuje prvních 7 dnů po porodu a žena je hospitalizována v nemocnici na oddělení šestinedělí. Toto období je provázeno dramatickými změnami. Mezi poruchy časného šestinedělí řadíme poporodní blues a poporodní psychózu. Psychika žen v období šestinedělí je vystavena vysoké zátěži, která pramení z hormonálních změn, fyzických změn a z adaptace na novou roli matky. Citové pohnutky i všechny ostatní vlivy, které působí na průběh těhotenství a porodu, se uplatňují i v období po porodu a navíc k nim přistupují nové zážitky spojené s porodem. To, jak bude psychika ženy na zátěž v období šestinedělí reagovat, je podmíněno multifaktoriálně. Za hlavní faktory, které psychiku ženy v časném období šestinedělí ovlivní, považujeme náhlé hormonální změny po porodu (pokles hladiny progesteronu a estrogeneru, sekrece prolaktinu, oxytocinu), průběh porodu, fyzické změny po porodu (pokles hmotnosti, zavinování dělohy, nástup laktace, změny tělesného schématu), novou sociální roli matky, změnu životního stylu (únava, vyčerpání, nedostatek spánku, neustálá pohotovost k péči o dítě). Dále osobnostní vlastnosti a zkušenosti s péčí o dítě, ale také vliv sociální opory (partnera, zdravotnického personálu).

Po porodu se mísí únava a vyčerpání s pocity štěstí a psychické úlevy. Žena několik hodin po porodu i přes vyčerpání nemůže často usnout, v představách se znovu odehrává celý porod. Psychika se vyrovnává také s přijetím novorozence jako samostatné bytosti, který existuje nezávisle na matčině těle. V prvních dnech po porodu upevňuje matka citový vztah k novorozenci během péče o něj a kojení, začíná být v zajetí myšlenek na dítě. Narůstá pocit odpovědnosti za dítě, jeho zdraví a výchovu. Matka je stále v pohotovosti a s nedostatkem spánku se stupňuje únava a fyzická vyčerpání. Než si nedělka na tuto trvalou zátěž zvykne a ověří si, že je schopna se o dítě postarat, může prožívat stavy neschopnosti a nedostačivosti (8, 10, 26).

### ***1.2.1 Poporodní blues***

Jedná se o přechodnou subdepresivní epizodu, která se objevuje u 50-80% žen. I když se to málo ví, v poporodním období se velmi často objevuje zhoršená nálada. První den po porodu se někdy pozoruje vzestup radostné nálady. Jde o přechodné období, které je vystřídáno obavami, emocionální labilitou a úzkostí. Poporodní blues, se nepovažuje za změnu patologickou, ale přirozenou adaptační reakci organismu ženy po porodu, která se objevuje ve všech kulturách. Projevuje se labilitou nálady, podrážděností, únavou, neklidem, úzkostností, plačtivostí, zmateností pocitu nejistoty a osamělosti, sníženou sebeúctou. Stavby euforie se někdy střídají s pláčem, u kterého není důvod znám ani samotné ženě. Spouštěcím momentem mohou být také problémy s kojením, obavy o novorozence, pocitu nedostačivosti. Objevují se také somatické obtíže jako bolesti v zádech, bolesti hlavy, poruchy spánku, snížená chuť k jídlu, palpitace nebo dysfagie. Symptomy vrcholí 3. - 6. poporodní den, většinou mizí do 10. dne po porodu. Příznaky, které trvají déle, než 14 dnů mohou znamenat riziko rozvoje vážnější poporodní deprese.

Podle některých studií je blues častější u prvorodiček. Je dáno do souvislosti s manželskou disharmonií, psychosexuálními problémy, s bolestí bradavek, s premenstruační tenzí, neplánovaným těhotenstvím, úzkostí a depresí v těhotenství, větším strachem z porodu, ale také spánkovou deprivací. Poporodní změny nálad jsou v zásadě neškodné, spontánně odeznívají a nevyžadují terapii. Žena by měla být na oddělení šestinedělí poučena o tom, že pokud potíže neodezní do 14 dnů po porodu, je vhodné vyhledat pomoc odborníka, který posoudí závažnost poruchy (16, 21, 25, 26, 31).

### ***1.2.2 Poporodní psychóza***

V časném šestinedělí se setkáváme i s velmi závažnou psychickou poruchou, poporodní psychózou. Vzniká náhle, nejčastěji v prvním týdnu po porodu, vzestup začíná 3. až 4. den a vyskytuje se u 0,1-0,2% nedělek. Pokud dojde k rozvoji

psychotické reakce, jde o projevy akutní s bouřlivým průběhem. Nedělka se může cítit naopak bezmocná, není schopna o dítě pečovat, je plačtivá, opakovaně se dotazuje na drobné zdravotní problémy, je paranoidní. Nebezpečné jsou sluchové halucinace a bludy, které se většinou vztahují k porodu a k dítěti. Je zde možnost, že matka poškodí sebe nebo ublíží dítěti. Poporodní psychóza je podmíněna multifaktoriálně. Velkou roli zde hraje náchylnost k psychotickému onemocnění a spouštěcím faktorem se stává somatické, psychické a hormonální zatížení porodem. Vysoké riziko recidivy v poporodním období mají pacientky s psychotickým onemocněním v anamnéze. Terapie probíhá jako u jiných psychotických onemocnění. Zástava laktace je nutná jen, pokud léky přestupují do mateřského mléka a hrozí intoxikace kojence. U rizikových žen je možné profylaktické podávání psychofarmak po porodu, ale zástava laktace není nutná. Potřebná je psychosociální podpora celé rodiny (5, 16, 21, 26).

Podle symptomů se dají rozdělit psychózy na amentní, manické, schizofrenní a endogenní deprese.

*Amentní psychózy* mají náhlý začátek, průběh bouřlivý, silný neklid a rozrušení, zmatené mluvení a jednání, dezorientace, výrazné paranoidní a halucinační rysy. Bludy vztažené k mateřství, porodu, dítěti, smrti. Nebezpečí sebepoškození a následná amnezie.

*Manické psychózy*, nedělky jsou méně pomatené, psychicky nadnesené až nadšené, odblokované, rozdávané, megalomanské, se zpočátku nezastřeným vědomím. Možný je pozdější přechod v amentní formu. Obě formy mají dobrou prognózu, i když dlouhodobý průběh. Vyskytují se většinou u prvorodiček, mizí náhle, bez trvalých následků. Neopakují se v další graviditě.

*Endogenní depresivní a schizofrenní formy* mají horší prognózu. Objevují se až po 4. dni puerperia, velmi často vystupují až těsně před propuštěním a v prvních dnech v domácím prostředí. Ženy mají pocit bezmoci, neschopnosti starat se o dítě a vyrovnat se s běžnými životními problémy. Zpočátku se projeví změny v chování, ženy jsou přehnaně starostlivé, opakovaně se dotazují na běžné zdravotní problémy. Tyto stavy jsou často provázeny poruchou laktace, které zdravotníci v porodnici nevěnovali

dostatečnou pozornost. Nedělka je plačtivá, apatická, trpí nespavostí, mohou se objevit i paranoidní stavy všech typů, s možností poškození sebe i dítěte (2, 25).

### ***1.2.3 Úloha porodní asistentky v časném šestinedělí***

Porodní asistentka bývá prvním odborníkem, se kterým se žena po porodu setkává po převozu na oddělení z porodního sálu. Porodní asistentka pracující na oddělení šestinedělí, která o ženu po porodu pečuje, může být oporou pro matku v tomto období plném změn. Je potřeba, aby budovala důvěryplný vztah s nedělkou již od prvního kontaktu pomocí podpůrné a otevřené komunikace. Porodní asistentka radí nedělce při řadě potíží, edukuje o kojení, je oporou ženě při „emočních turbulencích“, vede ji postupně k samostatné péči o novorozence, povzbuzuje v nové mateřské roli. Porodní asistentka může na oddělení zachytit atypické projevy euforie u ženy, psychické nadnesenosti, rozdávatosti, snížené potřeby spánku, podivného chování. Na oddělení je zaveden režim matka-dítě, tzv. rooming-in, kdy jsou na společném pokoji. Rooming-in má navodit pevné vztahy mezi matkou a dítětem, způsobit rychlejší rozvoj biologických a psychických funkcí dítěte a naučí ženu starat se o novorozence bezprostředně po porodu. Oba jsou pod stálou kontrolou dětských sester a porodních asistentek.

V poporodním období tvoří významnou složku edukace ženy v oblasti duševního zdraví. Edukace zahrnuje tyto okruhy: fyziologické změny v oblasti somatické, psychické, sociální, duchovní, péči o sebe, péče o dítě, význam a technika kojení, vhodná životospráva (výživa, odpočinek, spánek, relaxace, absence alkoholu, kouření). Aby byla edukace efektivní, měla by sestra citlivě zvážit obsah, metody, pomůcky, čas, místo edukace na základě věku, vzdělání, počtu dětí, existujících vědomostí a zručnosti ženy, problémů, ženou vyjádřených požadavků. Nesystematická edukace případně její deficit se může projevit v různých oblastech života ženy.

Porodní asistentka sleduje všechny patologické psychické projevy ženy, na které upozorní lékaře. Monitorování duševního stavu zahrnuje symptomy jako je citová



labilita, plačtivost, snížená sebeúcta, poruchy spánku, narušená koncentrace, úzkost, strach o dítě, pocity nejistoty a osamělosti, podrážděnost, snížená chuť k jídlu, bolest hlavy, bolesti zad. Pokud symptomy přetrvávají, je žádoucí, aby porodní asistentka zkontaktovala lékaře, který posoudí závažnost poruchy. Na oddělení šestinedělí by měla mít každá matka možnost využít konzultaci s psychologem (Příloha 2). Žena by měla odcházet domů s novorozencem dobře připravená, poučená. Měla by mít možnost kdykoliv se obrátit na porodní asistentku v primární nebo sekundární péči, gynekologa či laktačního poradce (2, 26, 29, 30, 33).

### ***1.3 Problematika pozdního šestinedělí***

Sedmým dnem končí časně šestinedělí a začíná šestinedělí pozdní, které trvá do 42 dne. Je charakteristické tím, že je žena s novorozencem propuštěna z nemocnice do domácího prostředí. V pozdním poporodním období záleží na osobnosti ženy, na zkušenostech s péčí o dítě, na kvalitě rodinné podpory, jak bude žena toto období prožívat. Rysy osobnosti jako je perfekcionismus, vysoká potřeba kontroly, vysoké nároky na sebe, přispívají k počátku psychické nestability a potížím v pozdním šestinedělí. Dále špatná kvalita partnerského vztahu, těžká socioekonomická situace, nebo současně se vyskytující jiné těžké životní situace jsou rizikovými faktory. Příčinou neuspokojení z péče o dítě a narůstající nejistoty v mateřské roli může být i neklidné dítě. Matka jeho signály obtížně vyhodnocuje, jsou pro ni nesrozumitelné a její reakce nepřináší dítěti útěchu (27).

#### ***1.3.1 Poporodní deprese***

Jedná se déletrvající zhoršení nálady, které postihuje 10–15 % žen v poporodním období. Postihuje až 45% mužů, jejichž ženy mají poporodní depresi. Poporodní deprese se může objevit kdykoliv během prvních šesti měsíců po porodu. První rizikové období nastává po příchodu ženy s dítětem z porodnice domů.

Další období je 2–3 týdny po příchodu domů, kdy klesá pomoc a podpora rodiny, život se vrací do normálních kolejí. Již v době Hippokratově si lékaři povšimli spojení mezi obdobím po porodu a poruchami nálad. Do psychiatrické terminologie tento vztah vstoupil v roce 1994. Po porodu se depresivní symptomy objevují plíživě, proto jsou obtížně rozpoznatelné a oddělitelné od běžných potíží žen v šestinedělí. Za rizikové skupiny s větším sklonem ke vzniku poporodní deprese se podle Světové zdravotnické organizace považuje věk pod 20 let, svobodné, se zdravotním handicapem, základním vzděláním, počet sourozenců nad 5. Narušený vztah k rodičům, k otci dítěte, ekonomické problémy, problémy s bydlením, selhání v péči o dítě a problémy s kojením. Pro diagnózu poporodní deprese se nedoporučují běžné testy na depresivitu, šestinedělky v nich dosahují často patologických hodnot. Ve světě se používá metoda EPDS (Edinburghská škála postnatální deprese). Mezi příznaky poporodní deprese patří depresivní sklíčenost a pláč, pocity insuficience, nerozhodnost, úzkost, strach ze samoty, bezmoc, beznaděj, ztráta zájmu a potěšení, katastrofické obavy z budoucnosti, doprovodné funkční poruchy trávicího traktu, poruchy spánku, chuti k jídlu, koncentrace a další tělesné symptomy (1, 12, 13, 15, 25, 27).

Rozlišují se tři základní typy postnatální deprese, které se odlišují svými symptomy a vyžadují odlišný léčebný přístup.

*Insuficientní typ* je nejčastější. Projevuje se pocity nedostačivosti, pocitem „jsem špatná matka“. Symptomy se rozvíjí ze zcela normálního pocitu nejistoty, zesilují se a rozšiřují, až se dostanou do sebepojetí ženy. Vyskytují se pocity neschopnosti milovat své dítě. Takové myšlenky mohou vést až k sebevražedným úmyslům. Sebevražedné tendence je důležité brát v úvahu v souvislosti s dalšími projevy. Nutná je antidepresivní medikace, která je většinou dobře účinná. Pokud je podezření na sebevražedné tendence, patří žena do rukou psychiatra. Takovému vývoji se dá zabránit včasnou intervencí, léčbou antidepresivy a léčba pak může probíhat ambulantní formou.

*Nutkavý typ.* Hlavním příznakem této formy jsou nutkavé myšlenky. Myšlenky s nepříjemným obsahem se vnucují ženě proti její vůli a nahánějí ji strach, vyvolávají pocity viny a studu. Pro ženu je obtížné o svých myšlenkách mluvit

a pro zdravotnický personál není lehké se o nich dozvědět. Nutkavé myšlenky nevedou ženu k činům.

*Panický typ.* Panický záchvat se projevuje pocitem úzkosti až hrůzy. Vzniká náhle a je doprovázen vegetativními symptomy, jako je napětí ve svalech, zrychlený dech, roztřesenost, bušení srdce, pocení apod. Tato forma je zatěžující pro ženu i jejího partnera. Během záchvatu může mít žena strach ze smrti, ze ztráty sebeovládání, z omdlení nebo ze zešílení (25, 27).

Depresivní stavy jsou nepříjemnou komplikací poporodního období. Zasahují do života matky, novorozence, partnera i blízkého okolí. Život matky a novorozence mohou také ohrožovat. Proto jejich diagnostika a léčba má být samozřejmostí. Psychoterapie může zmírnit nebo odstranit depresi, upravit partnerský vztah a vztahy s dalšími blízkými. Zároveň může zvýšit odolnost pacientky k jiným stresorům pro další život. Léčba poporodních depresí záleží na typu a závažnosti příznaků. U lehčích depresivních stavů, kde deprese příliš neinterferuje s mateřským fungováním, může psychoterapie velmi pomoci. Pokud jsou však příznaky závažnější, je důležité nasadit antidepresivní medikaci a domluvit se s pacientkou na zastavení kojení.

Jednou z alternativ farmakoterapie je u mírných příznaků *interpersonální psychoterapie (IPT)*. Je to krátkodobá terapie zaměřující se na současné vztahy. IPT prokázala svoji efektivitu u lehkých a středně těžkých depresí, kde je její účinnost podobná jako účinnost psychofarmak. Nejčastějším problémem, na který se IPT poporodních depresí zaměřuje, je změna role ženy po porodu, druhým jsou interpersonální konflikty. Prvním cílem, který si léčba klade, je redukovat depresivní symptomy a zvýšit sebehodnocení a druhým pak pomoci rozvinout efektivní strategie v jednání. Žena je informována o klinických symptomech deprese po porodu. Terapeut zdůrazňuje, že deprese je nemoc známá a s dobrou prognózou. U poporodních depresí jsou nejčastěji neshody v interpersonálních rolích a změny v rolích. Výběr strategií závisí na problémové oblasti, která je definována jako nejvíce závažná.

*Zármutek* - často nemá přímý vztah s předešlou ztrátou. Je nutné zjistit z minulosti důležité vztahy s osobami, které jsou buď mrtvé, nebo vztahově nepřítomné z jiného důvodu. U poporodních depresí se zármutek týká předešlých ztrát těhotenství,

úmrtí dětí, nebo se může týkat rozchodu s partnerem, úmrtí dalších blízkých. Důležité je probrat s pacientkou okolnosti ztráty, její reakci v chování a v emočním prožívání.

*Neshody v interpersonálních rolích* - cílem je rozpoznat a modifikovat vzorce v komunikaci a přehodnotit očekávání. Probíhá to v rozhovoru o problému, ale také často při hraní rolí. Terapeut zde střídá roli pacientky i důležité osoby, jako je partner, matka nebo tchýně. Terapeut také pomáhá hledat obdoby v předešlých vztazích. Pacientka se učí důležité osobě projevit své potřeby přímo a hledat řešení.

*Změny v interpersonálních rolích* - pro prvorodičku je mateřství novou rolí. Reakce na požadavky rychlé adaptace na dítě, se může objevit ve zhoršení sociálního fungování, zejména u změn, které pacientka prožívá jako ztrátu. Ta může být zjevná (rozvod s partnerem) nebo subtilní (ztráta svobody, ztráta zaměstnání, kontaktu s lidmi apod.). Aby se přechod v rolích zvládnul, je potřeba soustředit se na 4 úkoly. Vzdát se staré role. Projevit pocity viny, hněvu a ztráty. Naučit se nové dovednosti. Navázat nové interpersonální vazby.

*Interpersonální deficit* - bývá u pacientek, které jsou v sociální izolaci, bez partnera, přátel. Při chybění obvyklého vztahu se diskutuje o pozitivních a negativních rysech minulých vztahů. Léčba se může soustředit na vztah pacient – terapeut, protože terapeut může být jedinou blízkou osobou v celém okolí pacientky (svobodná matka, bez přátel).

Interpersonální přístup užívá složky jak psychodynamické, tak kognitivní. Důraz klade na řešení interpersonálních problémů a používá jak podpůrnou tak behaviorální strategii. Spojuje jak direktivní tak nedirektivní metody. První fáze interpersonální terapie se zaměřuje na přímé depresivní symptomy, informační shrnutí a měření, které dělá terapeut i pacientka. Pacientka je informována o poporodním období a o depresi jako klinickém stavu, pomocí písemných materiálů, a také dostává odkazy na literaturu. Všechny tyto zásahy jsou direktivní. Během první fáze terapeut zjišťuje současné interpersonální vztahy a specifické problémové oblasti. Prostřední fáze je základní pro léčbu, je v ní adresován identifikovaný primární problém. Každá ze 4 problémových oblastí má vlastní terapeutické úkoly a strategie. Při práci s problémy v sociálních rolích (mateřskou, partnerskou, širší rodičovskou,

zaměstnaneckou), je prvním úkolem zjištění, o jaký problém v roli jde. Tomu pomůže popis role, požadavky od sebe i požadavky ostatních, jaké je očekávání od nové role, časové návaznosti nebo odpovědnost za rozhodování. Zde je často zjištěna extrémní situace a zkrácené porozumění očekávání druhých. Terapeut pomáhá objasňovat a vést pacientku v novém pohledu na vztahy k druhým. Hlavní strategie je vést pacientku k opuštění staré role a přípravě na roli novou. Terapeut je advokátem, není neutrální. Jeho základní role je umožnit a podporovat pomocí přímých rad a ujišťování. Interpersonální terapeut povoluje uvolnění přímého tlaku, své pozice mění, kolísá podle potřeby mezi vysoce aktivní a vysoce reaktivní. Terapeutický vztah není interpretován jako přenos, je namířený na řešení problémů, nedochází zde k upadnutí do závislosti či ústupu.

*Kognitivně behaviorální terapie (KBT)* se zaměřuje na vztah mezi prožíváním pacientky a prostředím. Učí pacientku, jak pozitivně všechny faktory změnit. Terapie bývá používána jako alternativa medikamentózní léčby u pacientek s lehkou nebo středně závažnou depresivní epizodou nebo v kombinaci při farmakoterapii. Při prvním vyšetření pacientky je kladen důraz na co nejlepší vytvoření terapeutického spojení, posílení naděje na vyléčení i zvládnutí situace. Terapeut se obrací také na partnera a blízké k získání podpory. Diagnostické hodnocení je zaměřeno na hloubku deprese, její příznaky a důsledky, dále na automatické myšlenky, emoce, tělesné reakce a chování pacientky, interpersonální kontext, instrumentální a sociální dovednosti potřebné pro zvládnutí situace, modifikující faktory (co zlepšuje stav a co naopak zhoršuje), očekávání a postoje, které se týkají péče o dítě, rodinu a podpory od okolí.

Terapeut se nejdříve rozhoduje, zda je KBT vhodným postupem při léčbě. Nebo zda je vhodná další léčba či dokonce nutná hospitalizace. Když se rozhodne pro KBT přístup, informuje pacientku a příbuzné. Po vyšetření terapeut s pacientkou a s nejbližší osobou stanoví nejdůležitější problémy a cíle, na které se terapie zaměří. Prvním krokem je edukace, kdy je pacientka informována o tom, co to poporodní deprese je. Na příznacích pacientky terapeut ukazuje vztah mezi myšlenkou, emoční reakcí, chováním a tělesnými příznaky deprese.

Kromě edukace o povaze poruchy terapeut s pacientkou probere vše, co s poporodním obdobím souvisí. Pacientka dostává informace, jak bude léčena, a je jí vysvětlen smysl jednotlivých kroků léčby. Při edukaci je vhodná přítomnost nejbližší osoby pacientky, s níž je probrána možná instrumentální a emoční podpora. Zaměření léčby je pak již na stanovené problémy a cíle. Prvním problémem, se kterým je potřeba pracovat, je depresivní prožívání a chování. Začíná se změnou depresivního chování. Běžný denní domácí program bývá rozpadlý, bez rytmu. Jedná se o chaotické přebíhání z jedné aktivity do druhé, nebo naopak polehávání na lůžku v nečinnosti. Terapeut s pacientkou nejdříve probere běžnou denní činnost a po té spolu diskutují o tom, jak ji uspořádat do smysluplného programu. Plánují následující dny s tím, že je důležité přihlédnout, k tomu, co pacientka zvládá. Rodinný příslušník je požádán o podporu. Denní plán se pravidelně sleduje a pacientka je povzbuzována k přidávání dalších činností. Terapeut i rodinní příslušníci posilují každý úspěšný krok.

Dalším krokem je práce s depresivními myšlenkami. V domácích cvičeních se pacientka snaží sama zachycovat svoje depresivní myšlenky. Týkají se témat jako vlastní selhání, pochybnosti o zvládnutí role matky a o vztahu k dítěti, pochybnosti o vlastním vzhledu a přitažlivosti, obvinění blízkých z nedostatečné podpory, ztráty budoucích perspektiv. Většinou jde o katastrofická tvrzení, která jsou založená na nedostatečných faktech. Co se týče vztahu s partnerem a podpory ze strany okolí, bývá v myšlenkách řada tvrzení, která zachycují situaci pravdivě. Pokud je podpora okolí velmi malá, je na místě začlenit partnera nebo matku do terapie.

Prostřední fáze léčby začíná v době, kdy došlo k počáteční úlevě v depresivní symptomatice a pacientka má dost energie na to, aby se mohlo přistoupit k řešení problémů, které souvisí s poporodní depresí. Když je provedena behaviorální, funkční a kognitivní analýza problému, jsou v diskuzi probrána všechna možná řešení, včetně nesmyslných. Dále se zváží všechny možné přístupy, jejich výhody a nevýhody a vyberou se nejjednodušší a nejúčinnější řešení. Ty pacientka krok za krokem provádí za domácí cvičení. Nejčastějším problémem bývá v této fázi komunikace s okolím.

V závěrečné fázi léčby terapeut s pacientkou shrnuje společnou práci, co vše se v terapii pacientka naučila. Úkoly se týkají přípravy do budoucna, plánů na další měsíc

a rok, ale také přípravě na možné stresující události, jako je nástup do práce. Terapeut je v roli učitele, který nedává rady, ale vede pacientku k tomu, aby si hledala řešení sama. Poskytuje informace o tom, jak situaci, příznakům a problémům rozumět a jak s nimi dále zacházet. Podobně jako učitel požaduje, aby pacientka v domácích úkolech provedla, co se naučila (4, 19, 21, 23, 31).

### ***1.3.2 Úzkostné poruchy a jejich rozvoj v poporodním období***

Úzkostné poruchy jsou skupinou poruch, kde úzkost je buď hlavním příznakem, nebo k ní dochází, když se postižený snaží kontrolovat určité maladaptivní chování. Specifickou poruchou je posttraumatická stresová porucha. Velmi významnou roli hrají sociální a psychologické faktory, které souvisí se změnou společenské role, závažnými nároky, které na ženu klade mateřství. Úzkost je běžný stav organismu, normální reakce na nebezpečí a stres. Působí člověku problémy tehdy, když trvá příliš dlouho. Úzkost se rozvíjí jako důsledek traumatické události. Velmi silným faktorem je ztráta dítěte nebo narození postiženého dítěte. Na prvním místě zvýšeného rizika je přítomnost psychické poruchy v anamnéze (deprese, úzkostné poruchy, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, premenstruačního syndromu, poruchy osobnosti). Další skupinu tvoří stresující faktory spojené s těhotenstvím, porodem a poporodním obdobím. Patří sem somatické potíže v těhotenství, jako je zhoršené dýchání, únava, vegetativní symptomy, bolest, námaha, projevy rychlých hormonálních změn, nedostatku spánku, nutnosti neustálého udržování zvýšené pozornosti a navýšení domácích povinností. Osobnost ženy je důležitým činitelem, její očekávání od sebe, partnera a rodiny. To, jak je matka schopna vyrovnat se změnami, rozhoduje o její emoční stabilitě. Úzkostné poruchy v tomto životním období souvisí také s očekávanými požadavky na role žen a mužů a na mateřské role. Ty se v posledních 50 letech dramaticky měnily. Postoje k těhotenství, jako ambivalence, ústup z kariéry, sexuální identita, spokojenost s váhou, sebevědomí, vztah matka-dcera, smysluplná sociální síť v rodině nebo mezi přáteli. To vše má významný dopad na emoční rovnováhu ženy během těhotenství

a po porodu. Závažná úzkostná porucha v těhotenství nebo poporodním období může ohrožovat nejen matku, ale i dítě a celou rodinu (17, 22, 24).

Klinické projevy jednotlivých úzkostných poruch v poporodním období (Příloha 3).

*Generalizovaná úzkostná porucha* se v těhotenství a po porodu projevuje epizodami obav a starostí. Tyto epizody jsou spojeny s celodenní úzkostí, často nedůtklivostí, pohotovostí k výčitkám nebo naříkání si, neschopností si odpočinout, soustředit se, plánovat si čas.

*Panická porucha* se projevuje záchvaty intenzivního strachu se silným vegetativním doprovodem. Strach zůstat sama doma vede často k povolání dalšího příbuzného, aby ženu zabezpečoval.

*Specifické fobie* jsou poruchy, které se táhnou od dětství. Typickou specifickou fobií, je fobie z porodu, může se objevit již v pubertě, tedy dávno před prvním otěhotněním. Někdy souvisí s nadměrným strachem z bolesti nebo s doslechnutím se o tom, že nějaká žena zemřela při porodu, občas je spouštěčem zhlédnutí filmu s porodem. Nejčastější je strach, že porod bude tak bolestný a nepříjemný, že to nepůjde vydržet.

*Sociální fobie* se neprojevuje žádnými významnějšími nápadnostmi. Samotné těhotenství ani poporodní období zpravidla na sociální fobii nemá vliv. Někdy dochází k zesílení příznaků během mateřské dovolené. Zesílí vyhybavé chování a poté i úzkost v sociálních situacích. Reakce na stres a poruchy přizpůsobení jsou v tomto období nejčastěji spojeny s komplikovaným porodem. Ale mohou být také reakcí na stresující zevní podmínky, jako je rozchod s partnerem, úmrtí v rodině, ztráta zaměstnání, finanční krize. Jedná se o přechodné psychické poruchy trvající dny až týdny.

*Reakce na stres a poruchy přizpůsobení* jsou v tomto období spojeny s rizikovým těhotenstvím nebo komplikovaným porodem. Mohou být také reakcí na stresující zevní podmínky, jako je rozchod s partnerem, ztráta zaměstnání, úmrtí v rodině, finanční krize a jiné životní události. Jedná se o přechodné psychické poruchy, které trvají dny až týdny.



*Posttraumatická stresová porucha (PTSD)* se objevuje nejčastěji u žen v poporodním období, pro které byl porod nadměrně komplikovaný a bolestný.

*Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD)*. Nejčastějším obsahem obsesí jsou agresivní nutkavé myšlenky zaměřené na novorozence, méně často vůči dalším dětem nebo manželovi (22).

Jednou z možností, jak pomoci ženě trpící v poporodním období úzkostnou poruchou, je farmakoterapie. Všechny léky ale procházejí do mléka. Vždy se musí zvážit, zda je farmakoterapie opravdu nutná. Nejvhodnější léčbou u úzkostných poruch po porodu je psychoterapie. Nezatěžuje ženu ani dítě, má stabilnější efekt. Na rozdíl od farmakoterapie je schopna cíleně ovlivnit nejen ženu, ale i fungování celé rodiny a má pozitivní vliv i na další těhotenství. Je vždy nutné přihlídnout ke konkrétnímu případu. Psychoterapie je zcela na místě tam, kde je šance na dobrý terapeutický vztah a spolupráci. U pacientky bez premorbidní závažnější poruchy osobnosti, průměrně inteligentní, se zájmem o psychotherapeutickou práci. Léky jsou vhodnější při závažnější psychopatologii s těžkým narušením kvality života. U hrozící sebevraždy, partnerského rozvratu, přítomnosti komorbidní depresivní poruchy, jakékoliv potřebě rychlé kontroly stavu pro rizika z prodlení, a když pacientka psychoterapii odmítá.

Stejně jako u poporodních depresí se provádí léčba pomocí *kognitivně-behaviorální terapie (KBT)*. Terapeutický proces je složen z pěti základních kroků: zahájení léčby, identifikace problémových vzorců chování a myšlení, terapeutická změna pomocí cílených strategií, upevnění nových vzorců, ukončení a příprava na budoucnost. Před zahájením léčby je nutné posoudit, jestli je pacientka vhodná pro specifickou KBT terapii. Pokud terapeut rozhodne, že pacientka je vhodná, oznámí jí to, vysvětlí důvody a seznámí ji s podmínkami léčby. Základní terapeutický proces na začátku léčby je cílený na posílení motivace pacientky ke spolupráci, zvýšení naděje na změnu, vytvoření léčebného kontraktu, konstruktivního terapeutického vztahu a mobilizaci podpůrné sítě mezi příbuznými pacientky. Pacientka je informována o četnosti úzkostných poruch po porodu, základních společenských okolnostech zvýšeného napětí v tomto období a mylných očekáváních, které činí ženy zranitelnými. Je výhodné, když touto edukací může projít také partner.

Terapeutický vztah je od počátku definován jako spolupráce. Terapeut i pacientka budou soustředit síly a energii na terapeutické cíle, na kterých se dohodnou. Dohoda o terapii může být písemná, nebo probrána ústně. Je v ní stanoven počet společných setkání, jejich délka, domácí cvičení. Od počátku je důležité mluvit o domácích cvičeních. Pacientka dostává příručku jako pomůcku o své poruše a její léčbě. Při spolupráci s partnerem nebo rodinou je důležité mít od začátku léčby vytvořenou dohodu o sociální podpoře, kterou pacientka od okolí bude získávat. Dohoda se týká definovaného chování partnera v různých oblastech, jako je emoční podpora partnerky, naslouchání, finanční podpora, pomoc v domácnosti, dělba práce po porodu a v šestinedělí, výchova větších dětí, trávení volného času. Pomocí standardní strukturované behaviorální, kognitivní a funkční analýzy se děje zmapování problémových vzorců chování a myšlení.

Důležité je zmapovat jednotlivé příznakové vzorce v myšlenkách a představách, emocionálních stavech, tělesných příznacích a chování. Jejich spouštěče, okolnosti, měnící faktory a důsledky, kdy, kde, jak, jak často a jak dlouho, s kým a s kým ne se příznakové vzorce objevují. Životní problémy, důsledky příznaků a problémů, jejich dopad na pracovní aktivitu, rodinnou situaci a volný čas. Interpersonální situaci, s mírou sociální podpory. Očekávání od sebe i sociální sítě, jejich naplňování ve skutečnosti. Zkušenosti a dovednosti, které žena má a mohla by je pro řešení situace použít. Po zmapování příznaků a problémů terapeut s pacientkou určují cíle, kterým se budou v terapii věnovat. Cíle se vztahují ke kontrole příznaků úzkostné poruchy a k problémům v životě, které pacientka má. Cíle mohou být různé, ale je důležité, aby se terapeut s pacientkou na nich shodli. K jednotlivým cílům pak terapeut s pacientkou uvažují o nejefektivnější strategii, jak jich dosáhnout. Strategie se zaměřují na ty, které kontrolují příznaky, a na ty, které se zaměřují na řešení životních problémů. Podle jednotlivých příznaků jsou plánovány kroky léčby. Všeobecně se u všech úzkostných poruch nacvičuje relaxace, plánování času a kognitivní rekonstrukce. Nutně pak zvládnutí panických záchvatů, expoziční terapie v postupné hierarchii stále náročnějších situací, zábrana kompulzivní odpovědi.

Relaxace je vhodná při zahájení každého sezení. Pokud terapeut pravidelně relaxaci nedělá a nekontroluje její nácvik, pacientka ji přestane považovat za důležitou a necvičí ji. Plánování času je důležité po porodu, protože priority a denní režim se mění. Důležité je ujasnění si životních rolí. Z nich vycházející priority umožňují pacientce stanovit si konkrétní, denní, týdenní a měsíční plán. Kognitivní rekonstrukce pomáhá dostat pod volní kontrolu přehnané úzkostné automatické myšlenky a představy. Probíhá v rozhovoru s terapeutem i za domácí cvičení. Kognitivní rekonstrukce je výhodná strategie, protože kromě příznaků pomáhá upravit i nadměrná očekávání od sebe a od vztahů. Řešení životních problémů se zaměřuje na konkrétní problémy pacientky a její rodiny. Mezi takové problémy patří problémy ve vztahu mezi partnery, chybějící partner, izolace rodiny, nedostatečná sociální podpora, konflikty s matkou nebo jiným příbuzným, nedostatek dovedností v péči o dítě a o rodinu, neschopnost určit si priority, problémy s kariérou, problémy s výchovou starších dětí. K řešení problémů patří nácvik komunikace. Ten je zaměřen na zlepšení sociálních vztahů pacientky tak, aby sociální podpora byla co nejlepší. Pacientka v průběhu nácviku jednotlivých dovedností upevňuje nové vzorce chování ve své životní situaci. Rozšíření dovedností výrazně posiluje sebevědomí pacientky a vede ke zlepšení situace v rodině.

Před ukončením terapie rekapituluje terapeut s pacientkou dovednosti, které se naučila. Probírají možné budoucí stresory, které může v budoucnu očekávat a způsoby, jak mohou naučené strategie v těchto situacích pomoci. Pacientka si připravuje plán na 6 měsíční období. V něm zohlední naučené plánování času, které vycházejí z rolí v životě a priorit, i možné zátěžové situace v budoucnu (22, 24).

### ***1.3.3 Úloha porodní asistentky v pozdním šestinedělí***

Po návratu z porodnice do domácího prostředí je šestinedělka zatížena péčí o dítě, prací v domácnosti, chybí možnost konzultovat problémy s odborníkem. Důležitá je včasná detekce symptomů duševní poruchy. Měla by se zjišťovat přítomnost depresivní nálady, plačtivosti, citové lability, snížené sebedůvěry a sebeúcty, ztráty

zájmu, neschopnosti vykonávat domácí práce, poruch spánku, narušené koncentrace, strachu, úzkosti, pocitů nejistoty a osamělosti, snížené chuti k jídlu. Pokud jsou symptomy zjištěny, doporučit ženě vyhledat odborného lékaře, psychiatra. Při holistickém pojetí člověka, který se v ošetrovatelství preferuje, je péče o duševní zdraví zahrnuta do celkové péče o ženu po porodu. Její součástí je také detekce symptomů duševních poruch. V naší společnosti chybí kvalitní následná domácí péče o matku a dítě, je nedostatek porodních asistentek pracujících v komunitní péči.

Psychosociální prevence poruch v poporodním období je zaměřena na potenciální rizikové faktory. Týká se ohrožených žen, zejména těch, které trpěly v minulosti úzkostnými poruchami, premenstruálním syndromem, premenstruální dysforickou poruchou nebo jejich předešlé těhotenství, poporodní období bylo komplikované některou z psychických poruch nebo těžkou životní událostí. Další rizikovou skupinu tvoří ženy s komplikovaným těhotenstvím.

Strategie můžeme rozdělit na dvě základní oblasti. Strategie prevence u budoucích rodičů a strategie prevence u zdravotnických profesionálů. Mezi kroky, které snižují rozvoj rizika úzkostných poruch a mohou je podstupovat oba nastávající rodiče, řadíme získávání informací, učení, zajištění pomoci okolí (pomoc blízkých, hlídání dítěte), vytváření nových vztahů (s podobnými páry), přehodnocení nepotřebných úkolů a plánů, nepřehánět starosti o vzhled a pořádek, neodmítat vnější příjemné aktivity, po porodu klidový režim, hodně odpočinku a spánku, nepřebírat zodpovědnost za druhé, konzultovat cokoli s celou rodinou a přáteli, zajistit rodinného lékaře. Mezi strategie prevence u zdravotnického personálu řadíme hlavně vzdělávání budoucích rodičů a jejich rodin, snahu o redukci všech „somatických“ rizikových faktorů, citlivý přístup k budoucím a nezkušeným rodičkám (21, 22, 27, 33).

#### ***1.4 Šestinedělí po operačním porodu***

Operační ukončení porodu je náročnou situací, která představuje závažný stres nejen z možných následků pro matku, ale také pro dítě. Žena je náhle vystavená úzkosti z neznámé situace, má strach z různých nástrojů, z neznámého prostředí operačních

sálů, strach z porodního poranění, z bolesti. V neposlední řadě strach jak dopadne operace pro ni a dítě. Ženám po porodu císařským řezem chybí prožitek přirozeného ukončení těhotenství, situace je psychologicky nekompletní, vytváří se vnitřní napětí.

Operace je přijímaná ambivalentně, na jedné straně jako osvobození od bolesti a utrpení, na straně druhé jako nenaplnění touhy porodit spontánně. V případě plánované operace je čas pacientku co nejlépe připravit fyzicky a psychicky. Načasovat výkon tak, aby představoval co nejmenší možné riziko. Pacientka je dobře obeznámená s důvody nevyhnutelné operace, s riziky a následky. Žena má dostatek času na duševní předoperační přípravu, je vyrovnaná s následující operací. Situace je horší při urgentní operaci. Naléhavá operace je indikována pro stav vyžadující neodkladný výkon, nebo z indikace ze strany matky či dítěte. Žena v krátké době nemůže zpracovat akutní stres. Z toho vyplývají negativní psychické zážitky a možný rozvoj posttraumatického stresu. Udává se, že žena na přípravu potřebuje alespoň 2 hodiny, jinak může dojít až k panickému stavu. Ženy mají pocity selhání, zklamání, frustrace, pocity viny za nesplněné sociální očekávání. Psychologické rozdíly mezi ženami, které porodily spontánně a ženami které porodily císařským řezem, mizí během jednoho roku. Ženy po operačním porodu mají v tomto období víc psychosomatických symptomů, jsou zaměřeny více na sebe, cítí se méně schopné pečovat o dítě. Při opakovaném operačním porodu jsou negativní pocity menší (3, 17).

### ***1.5 Šestinedělí po perinatálním úmrtí***

První fáze psychické reakce na perinatální úmrtí je šok, období neschopnosti realitě uvěřit. Trvá několik hodin až dva týdny. Po té následuje období akutního zármutku, které je charakterizované bolestivým smutkem, epizodami hněvu, touhy, těžké psychické bolesti. Mohou být přítomny halucinatorní myšlenky na dítě, provázené zoufalstvím a pláčem. Častým příznakem je hněv, pocity nespravedlnosti a podvedení. Ustupuje akutní fáze truchlení a nastává návrat k obvyklým aktivitám, narušení normálního života však zůstává patrné. Je patrný smutek, snížená sebeúcta, lhostejnost,

pocity bezcitnosti, sociální izolace. V posledním období dojde k přijetí smrti dítěte a stabilizaci rodinných vztahů.

Zvláštními rysy truchlení jsou pocity viny, zvláště když příčina události zůstala neznámá. Je-li perinatální úmrtí neočekávané, prodlužuje to počáteční fázi nevíry, normální truchlení je ztíženo. Navíc je porod provázen stresem a často i celkovou anestezií, což zvyšuje pocit nerealit událostí. Nejtraumatičtěji je pocíťováno náhle úmrtí plodu při porodu, nebo krátce po porodu. Je-li úmrtí očekáváno, vzniká prostor pro truchlení, ale situace v sobě nese ambivalenci. Matka doufá, že dítě přežije, zároveň si přeje skončit s nejistotou. Rodiče mrtvého dítěte jsou citliví na reakci a chování lékaře a ostatního personálu. Žena chce informace, které by jí umožnily pochopit příčinu úmrtí a tím snížily pocity viny. Délka života novorozence po narození nemá vliv na intenzitu mateřského smutku, ale přizpůsobení je snažší u žen, jejichž dítě nějakou dobu žilo. U žen, které porodily mrtvé dítě, převládají pocity viny, selhání. U žen, jejichž dítě žilo, převládají pocity hořkosti, hněvu, protestu proti události. Sociální podpora je v této situaci důležitá. Avšak mnohé ženy uvádějí, že se cítí opuštěny rodinou, která jim nerozumí. Perinatální úmrtí není pro okolí důvodem k velkému smutku. Intenzita a hloubka zármutku ženy je často podceněna. Dochází k patologickým reakcím, mezi které patří inhibovaný smutek, opožděný smutek, chronické truchlení, patologické symptomy. Taková reakce je častá, obvykle krátkodobá. Deprese a úzkost se objevují u třetiny žen, většinou mizí během dvou měsíců. K patologické reakci v akutní fázi, přispívá předčasný porod, neočekávaná smrt, nemožnost dítě vidět. Průběh pozdní fáze souvisí se sníženou komunikací s manželem a okolím (3).

## **1.6 Role matky**

*„Stát se matkou neznamena jen porodit (6, s. 27).“*

„Role vyjadřuje očekávání sociálního okolí, že se bude jedinec chovat způsobem odpovídajícím určitému umístění, mají v rámci skupiny hierarchickou povahu, spoluvytvářejí hodnotové orientace osobnosti (34, s. 149).“

Konvergentní role jedinci vyhovuje, identifikuje se s ní. Role divergentní nevyhovuje, a buď ji jedinec přijme, nebo nepřijme. Dochází k rolovým interpersonálním konfliktům mezi dvěma, nebo více rolemi. Intrapersonální konflikt je konflikt osobnosti a role, odmítnutí role, konflikt uvnitř role, konflikt mezi jednotlivými rolemi (34).

Přechod do mateřství, je významným obdobím v životě ženy, jeho přirozenou součástí. Je jasné, že je obtížným posláním, které nelze zvládnout dokonale. Adaptace na roli matky, prožívání mateřství, zvládnutí zátěžových situací má vliv na kvalitu vztahu matky a dítěte, na péči a výchovu dítěte a tím ovlivňuje duševní vývoj dítěte. Mezi významné faktory, které mají vliv na adaptaci a zvládnutí zátěže patří stupeň zralosti ženy v oblasti biologické, psychické, sociální a duchovní. Dále motivace, sociální podpora, kvalita vztahu s partnerem, informovanost, příprava na mateřství, samotné dítě, preferované hodnoty, aktuální zdravotní stav.

Na úspěch v dosažení mateřské role má vliv edukace ženy. Edukace tvoří významnou složku v podpoře zdraví, konkrétně v podpoře duševního zdraví žen v souvislosti s mateřstvím, který je možné rozdělit z časového hlediska na dlouhodobou a krátkodobou. Podpoře duševního zdraví žen by měla předcházet dlouhodobá podpora duševního zdraví, která je založena na předpokladu, že pro úspěšné zvládnutí zátěže, vyplývající z mateřství, je důležitá dlouhodobá příprava. Měla by být realizována od dětského věku v rodině prostřednictvím výchovy, ve škole prostřednictvím edukace. Obsah by měli tvořit oblasti jako je manželství, rodina, zodpovědné a plánované rodičovství, životospráva z hlediska duševní hygieny, komunikace. Podpoře duševního zdraví po porodu by měla v rámci krátkodobé podpory duševního zdraví předcházet

podpora v období gravidity. Obsah edukace tvoří následné oblasti: fyziologické změny somatické, psychické, sociální a duchovní, životospráva, péče o sebe, vývoj plodu, psychofyzická příprava na porod, porod, péče o novorozence, význam přirozené výživy.

Přerod ženy v ženu – matku, nebo matky jednoho dítěte v matku více dětí mění vztahy ženy, identitu a její chování. Jedná se o hluboce osobní prožitek. Na porod dítěte a mateřství se pohlíží jako na přirozenou funkci ženského těla z hlediska fyzického i společenského. Má však také stinné stránky. S přijetím nové role dochází k pocitu bezradnosti, osamělosti, sociální izolace, vyčerpání. Žena je stále sama sebou, ale také matkou a to jí ukládá další role. Představa, že se žena stane matkou, je od dětství součástí ženské identity. Vztah mezi matkou a dítětem vzniká již v těhotenství. Narození dítěte a mateřská role nejsou stejným druhem prožitku. Každé dítě přijde do jiného období v životě ženy, je jinou zkušeností, za jiné situace. Přejít od mateřství je průsečíkem biologického, psychologického a sociálního hlediska. Narození dítěte je šokující, bolestné, fyzicky náročné, vede k úzkosti a pocitu zodpovědnosti. Ale má i své kouzlo a přináší radosti. Okamžik, kdy matka poprvé spatří své dítě, je klíčový, neopakovatelný a nezapomenutelný zážitek.

Mateřství vyvolává radost, štěstí a něhu, přináší pocit uspokojení. Mateřství je nejvyšší hodnota, největší životní výhra. V prvních dnech po porodu si každá novopečená matka a to zejména ta, která rodila poprvé, začíná uvědomovat nový rozměr svého života. Dítě představuje závažnou změnu. Na jedné straně je zdrojem radosti a štěstí, na straně druhé příčinou strachu, často až přehnaného pocitu zodpovědnosti. K tomu všemu se přidává poporodní vyčerpání a únava, které se po několika probdělých nocích dále zintenzivňuje. Narozením prvního dítěte se z manželství stává rodina. Manželé vedle své dosavadní role přijímají nové úkoly spojené s rolí otce nebo matky. Rodičovství přináší do života mladých rodičů uspokojení životní potřeby. Dítě vnáší do života rodičů řadu nových pozitivních prožitků, stimuluje jejich osobnostní vývoj. Na druhé straně přináší dítě i nové nároky do dosud pohodlného životního způsobu. Vyžaduje změnu denního rozvrhu rodičů, znamená pro ně řadu povinností, nedovoluje volné sledování vlastních zájmů, vyvolává mnoho starostí, obav a konfliktů (6, 7, 8, 14, 19, 32).



## ***1.7 Psychosomatika***

Psychosomatická medicína se nezaměřuje na nemoc, ale na pacienta v celé bio-psycho-sociální rovině. V šestinedělí se dají rozdělit poruchy na symptomy vytvářené:

*Dyskoordinací matky a dítěte*, kdy matka i dítě jsou v pořádku, ale neumí sladit své potřeby. Když má dítě hlad, matka spí, když chce krmit matka, tak spí dítě. Mezi příznaky patří porucha nástupu laktace, poruchy chování, poruchy spánku.

*Poruchou kontaktu matky a dítěte*, především v oblasti doteků, vede nejistota k problematickému přilnutí dítěte k matce. Matka se bojí dotýkat svého dítěte. Mezi časné příznaky u dítěte patří atopický ekzém, později rozvoj astmatu, neklid dítěte. U matky se objevuje úzkost a nejistota.

*Poruchou koordinace matky a dítěte s bezprostředním okolím*, zvláště s otcem a babičkami. Projeví se deprese nebo psychotická reakce matky, poruchy pohybového aparátu (11, 25).

## ***1.8 Opora ženy v mateřství***

Při prvním těhotenství probíhá proměna vztahu mezi partnery. Vztah, který byl do té doby spojením získaným, se stává vrozeným skrze společné dítě. Získané vztahy lze ztratit nebo najít, ale vrozený vztah lze hůře nebo lépe naplnit. Příchod dítěte mění organizaci rodinných povinností a ovlivňuje i psychologickou strukturu rodiny. Někteří muži nesou s pocitem křivdy, že se jim partnerka nevěnuje tak jako dříve, někdy mají dokonce pocit, že jsou doma cizinci. Otcem se muž nestává jen narozením dítěte, jedná se o dlouhodobý proces, který začíná před porodem a pokračuje mnoho let po něm. Intuitivní rodičovské schopnosti umožňují mužům zapojit se do péče o dítě a být tak partnerce oporou. Kvalita partnerství a emocionální opory v rodině je důležitým faktorem, který ovlivňuje psychický stav ženy. Sociální opora, kterou má žena v partnerovi, v rodině, přátelích snižuje ve stresových momentech riziko vzniku deprese. Depresivní nedělnky pociťují nedostatek podpory od rodičů, příbuzných a

přátel. Patří sem projevy partnera, jako je třeba pomoc v domácnosti, důvěrnost nebo empatické naslouchání steskům. Nejvíce jim záleží na podpoře partnera, partnerský vztah prochází často první zatěžkávací zkouškou. Partner je brán v naší moderní kultuře jako nejdůležitější pomocník ženy v rodině. To na něj klade velké nároky, jeho psychika reaguje jinak než psychika ženy po porodu (1, 25, 26).

Gravidita může přinést ženě řadu psychických problémů. Jaké dítě bude, zda bude pro partnera i nadále přitažlivá, jestli nedojde k těhotenským a poporodním komplikacím s postižením dítěte nebo matky. Tíživější situace je u matek neprovdaných. Některé ženy gravidita žene do manželství, které nemá dobré perspektivy, jen proto, aby dítě nezůstalo bez otce. Do poporodního období může vstoupit navíc řada psychosociálních stresorů, mezi typické zvýšené množství životních událostí v posledním roce, nedostatečná sociální podpora, chybějící partner, konfliktní partnerský vztah, psychosexuální nevyzrálость rodičky, předchozí či současné nemoci. Partnerský vztah v poporodním období je vyostřen faktem, že partner si myslí, že rodičku podporuje dostatečně. Podpůrné vztahy během perinatálního období zlepšují výrazně příjemné prožitky rodičky a chrání před negativními poporodními změnami nálady. Kultura ovlivňuje významně poporodní situaci rodičky, protože sociální podpora snižuje rozvoj depresivních symptomů. V původních kulturách jsou zachovány rituály, které rodičku a novorozence chrání před zevním stresem. Žena je potvrzena rituálem ve své nové roli. Incidence emočních komplikací v poporodním období je zde minimální. Žena je s dítětem běžně 40 (až 100) dní chráněna před nároky zevního prostředí, příbuzné ženy přicházejí po porodu s radami a praktickou pomocí, tím prvorodička nebývá ponechána sama sobě a dítěti napospas. U afrických původních kultur pomáhají i sousedky nebo celá vesnice. Migrace z farem do měst a emigrace do vyspělých zemí, ekonomický tlak na rodiče, očekávání, že matka se brzy vrátí do zaměstnání, kombinované s odlučováním od původní rodiny, souvisí s nárůstem incidence poporodních depresí.

Očekávání od těhotenství, porodu, chování partnera a rodiny mohou být různá. Pokud jsou rigidní, nereálná, nebo naopak negativní, často v konfrontaci se skutečností, vedou k nadměrnému stresu, který působí při rozvoji úzkostné poruchy.

Dysfunkční očekávání a postoje se týkají následujících oblastí: zvládnání těhotenství, porodu a poporodního období, prožívání citů, blízkosti a bezpečí, sociální podpory, vlastních hodnot, vztahu k vlastnímu tělu, očekávání nepříjemných příznaků. Taková očekávání se vytváří kdykoliv v průběhu života. Mohou souviset s klimatem v rodině, ve které žena vyrůstala. Pokud otec matku po porodu opustil nebo se k ní začal chovat hrubě, může se objevit strach z opakování situace ve vlastním vztahu. Ženě se může ulevit, pokud pochopí, že tyto postoje byly do současné situace přeneseny ze situací jiných, a ty nemusí s aktuální souviset.

K dalším psychosociálním faktorům, které mají vliv na rozvoj poruch v poporodním období, patří úroveň interpersonálních vztahů. Odráží se z podmínek původních rodin obou partnerů. Jejich zvyků a rituálů, postojů, také od schopností a sociálních dovedností. Kromě základních rodinných interakcí (partnerství či manželství), je důležitá interakce matka – dcera v původní rodině. Dostatečná sociální podpora snižuje možnost psychických komplikací v poporodním období, protože dává ženě pocit bezpečí a jistoty, že na zátěžové období a úkoly není sama. Sociální podpora může být zajišťována řadou blízkých osob jako je partner, matka, sestra, širší rodinou ale i dalšími lidmi, jako jsou přítelkyně nebo sousedky. Do pomoci v šestinedělí se zapojují i babičky. Mohou být pro ženu velkou oporou. Nejvýraznější vliv má vztah ženy s vlastní matkou. Příchod nového člena rodiny, ovlivňuje chování sourozenců v rodině. Může se objevit žárlivost na sourozence, který upoutává pozornost matky na úkor staršího dítěte. Jednou z okolností, která vede k frustraci a současně i k nedostatečné sociální podpoře, je nechtěné těhotenství. Někdy i vytoužená gravidita může vést k nadměrnému stresu (1, 21, 22, 25).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

#### *Cíl 1*

Zjistit úlohu porodní asistentky v oblasti péče o psychické potřeby žen v období šestinedělí.

#### *Cíl 2*

Zjistit informovanost žen o psychických změnách v období šestinedělí.

#### *Cíl 3*

Zmapovat, jak se ženy adaptují na roli matky.

### **2.2 Hypotézy práce**

#### *Hypotéza 1*

Ženy uvádí, že péče porodních asistentek je více soustředěna na uspokojování biologických potřeb, než potřeb psychických.

#### *Hypotéza 2*

Ženy mají informace o změnách psychiky v období šestinedělí.

#### *Hypotéza 3*

Ženy, které plánovaly mateřství, lépe přijímají roli matky, než ty, které jej neplánovaly.

#### *Hypotéza 4*

Na roli matky se snadněji adaptují ženy do 30 let.

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Metodika práce***

Bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření, sběr dat metodou dotazování, technikou dotazníků. Dotazník (Příloha 1) obsahoval 34 otázek. Z toho bylo 16 otázek uzavřených, 8 polouzavřených, 6 otázek otevřených a 4 filtrační. První otázky byly identifikační, další se týkaly problematiky v souvislosti s obdobím šestinedělí a rolí matky.

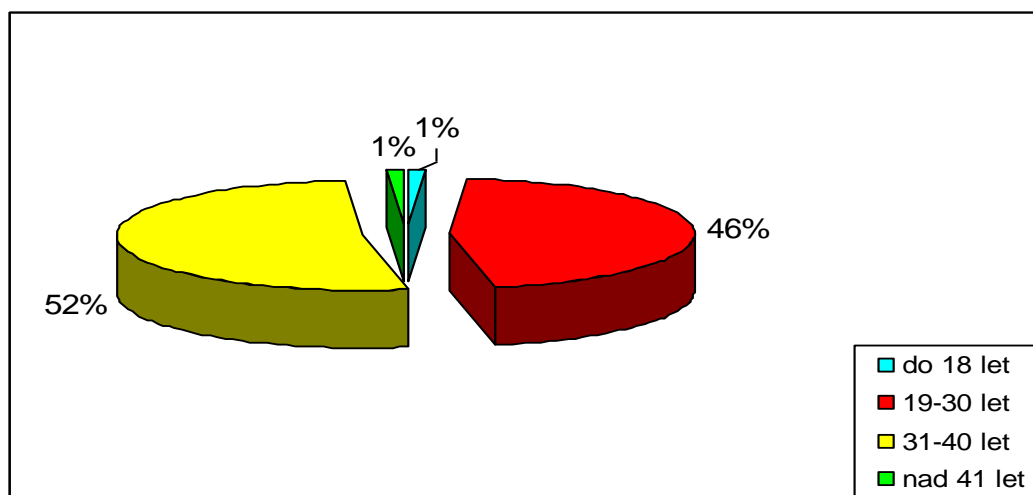
#### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Dotazníky byly rozdány matkám po ukončení období šestinedělí v gynekologických ordinacích, které byly v Praze náhodně vybrány. Výzkum byl proveden během měsíce března. Dotazník vyplnilo 94 matek. Z celkového počtu 120 rozdaných dotazníků, se jich 11 nevrátilo vůbec, 94 se vrátilo vyplněných, 9 se vrátilo špatně vyplněných a 6 prázdných. Návratnost tedy činila 71,6%.

## 4. Výsledky výzkumného šetření

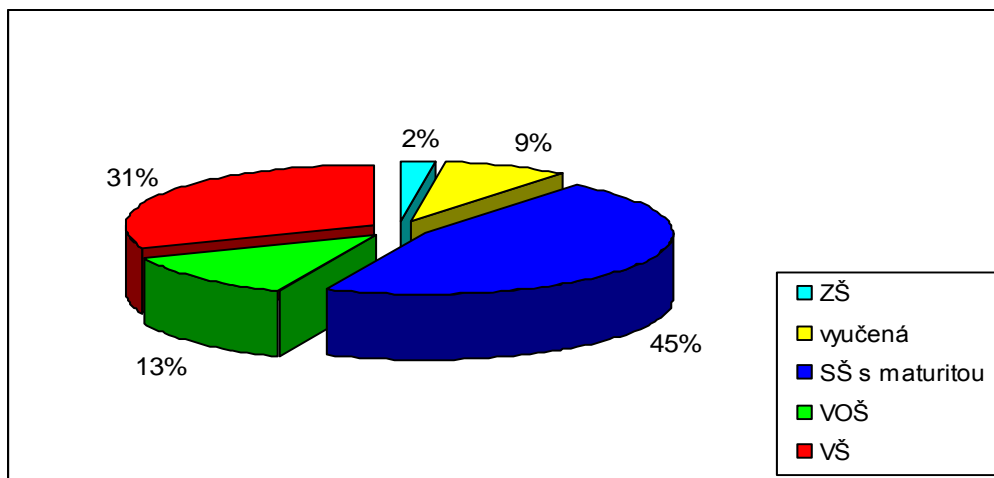
### 4.1 Interpretace výsledků dotazníkového šetření

Graf 1 Věk respondentek



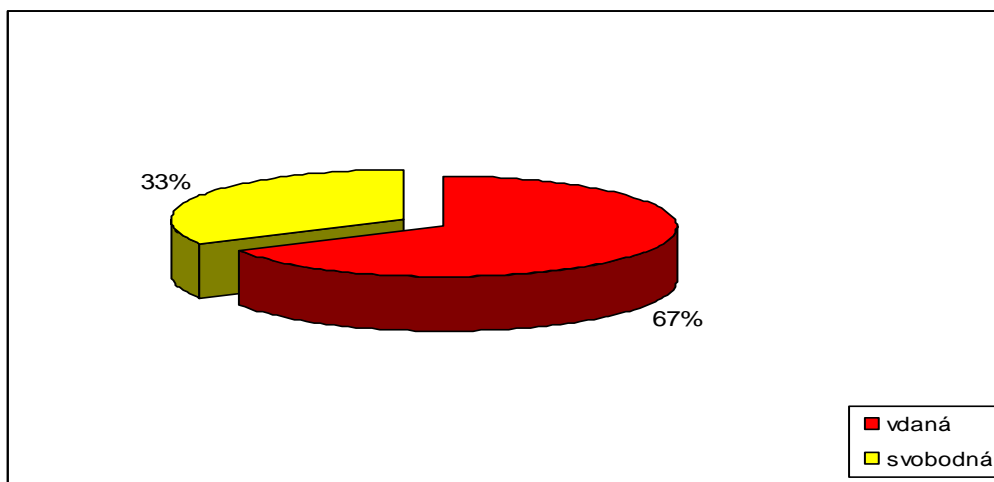
Z celkového počtu 94 respondentek, patřila do věkové kategorie do 18 let 1 (1%) žena, do kategorie 19-30 let 43 (46%) žen, ve věku 31-40 let bylo 49 (52%) žen. Do věkové kategorie nad 41 let byla 1 (1%) žena.

**Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání**



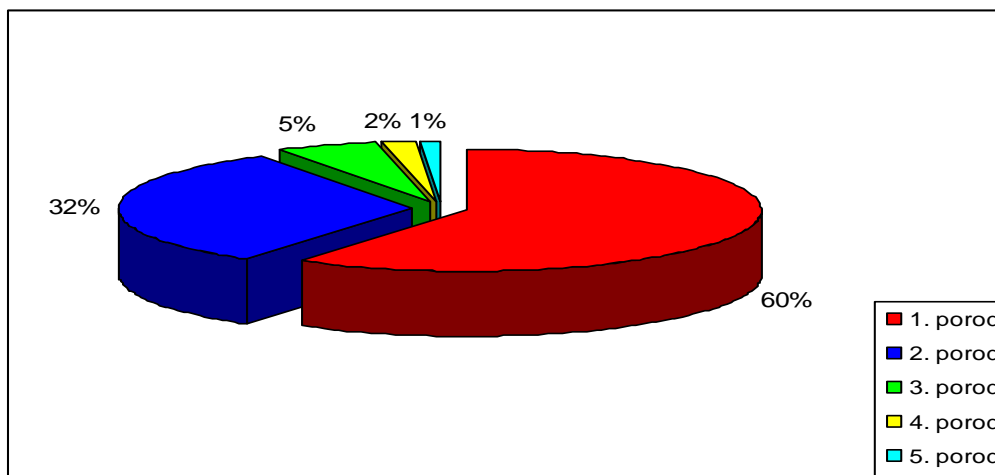
2 (2%) ženy měly ukončené základní vzdělání, 8 (9%) žen bylo vyučených, 43 (45%) dokončilo střední školu s maturitou, vyšší odborné vzdělání mělo 12 (13%) žen, vysokoškolské vzdělání dokončilo 29 (31%) žen.

**Graf 3 Stav respondentek**



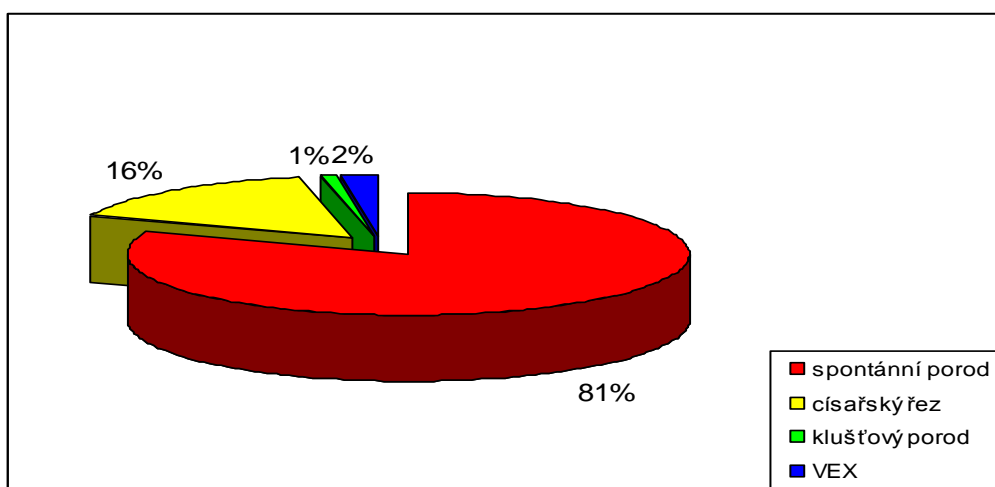
Z 94 dotazovaných respondentek bylo 63 (67%) žen vdaných a 31 (33%) žen svobodných.

**Graf 4 Počet porodů**



Tento graf ukazuje, že z 94 dotazovaných žen rodilo poprvé 56 (60%), podruhé rodilo 30 (32%) žen, 5 (5%) žen rodilo potřetí, počtvrté rodily 2 (2%) ženy a popáté rodila 1 (1%) žena.

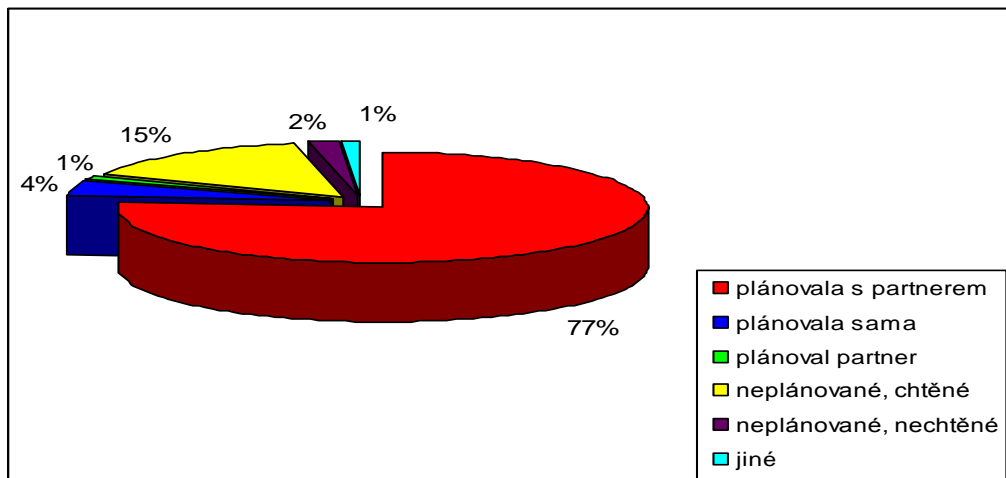
**Graf 5 Způsob porodu**



Po spontánním porodu bylo 76 (81%) žen, po císařském řezu 15 (16%) žen, 1 (1%) žena uvedla, že je po klešťovém porodu a 2 (2%) ženy po vakuumextraktoru.

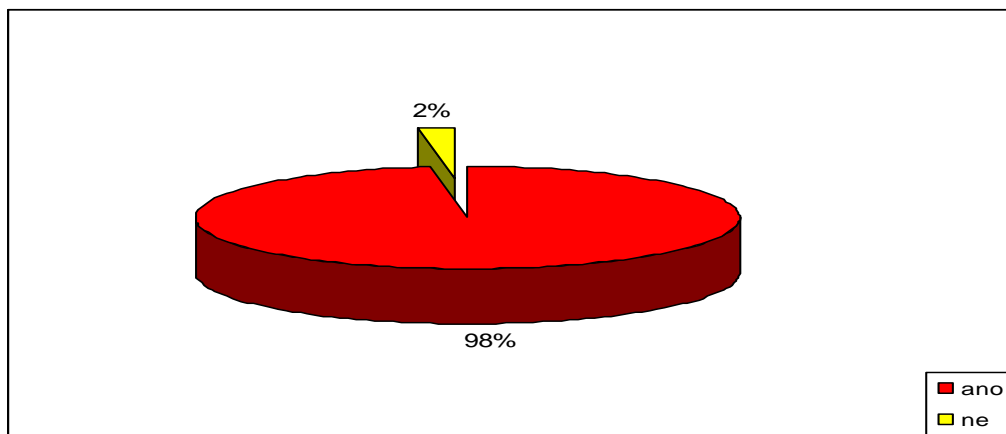


**Graf 6 Plánování těhotenství**



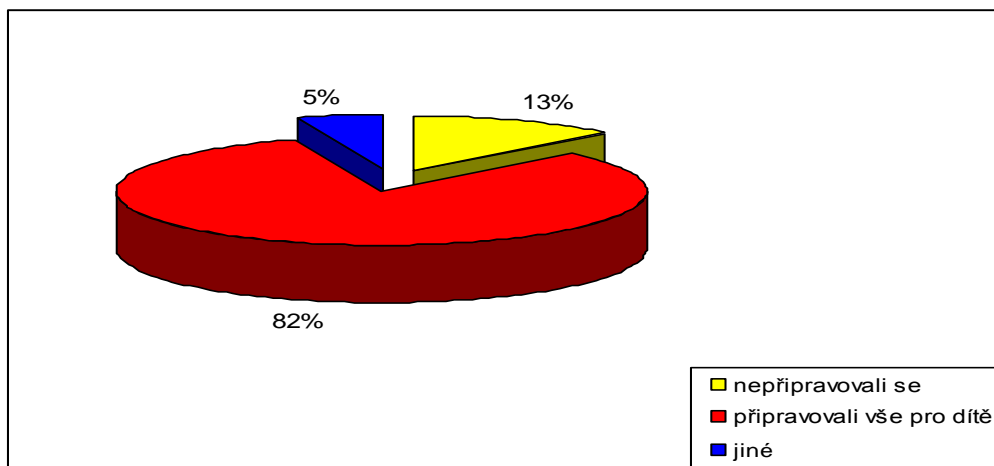
Podle tohoto grafu plánovalo těhotenství společně s partnerem 72 (77%) žen. 4 (4%) ženy plánovaly těhotenství více samotné, že těhotenství plánoval více partner uvedla 1 (1%) žena. Neplánované těhotenství, ale chtěné uvedlo 14 (15%) žen, neplánované, nechtěné uvedly 2 (2%) ženy a 1 (1%) žena uvedla jinou odpověď (neplánované, ale z její strany chtěné, partner ji opustil).

**Graf 7 Společná péče o dítě s partnerem**



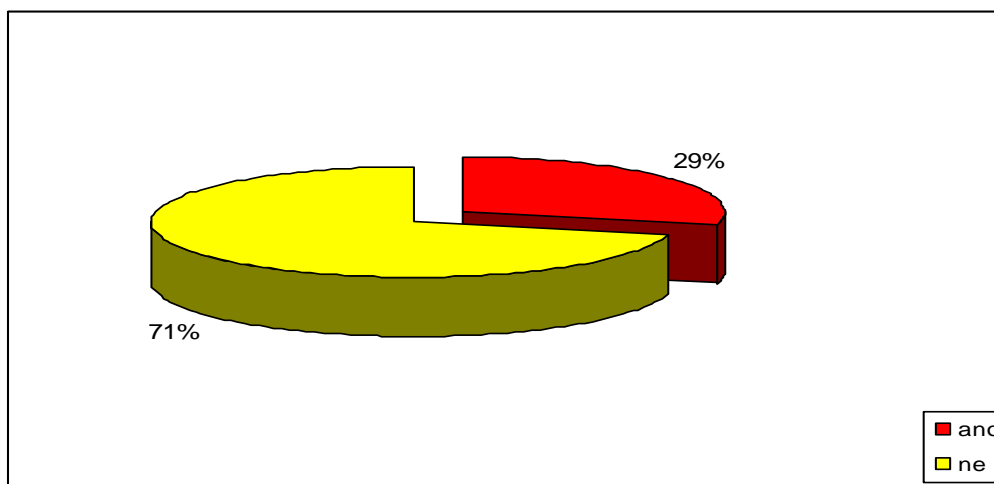
92 (98%) dotazovaných žen uvedlo, že bude partner společně o dítě pečovat, 2 (2%) ženy uvedly zápornou odpověď.

**Graf 8 Příprava na nadcházející změny**



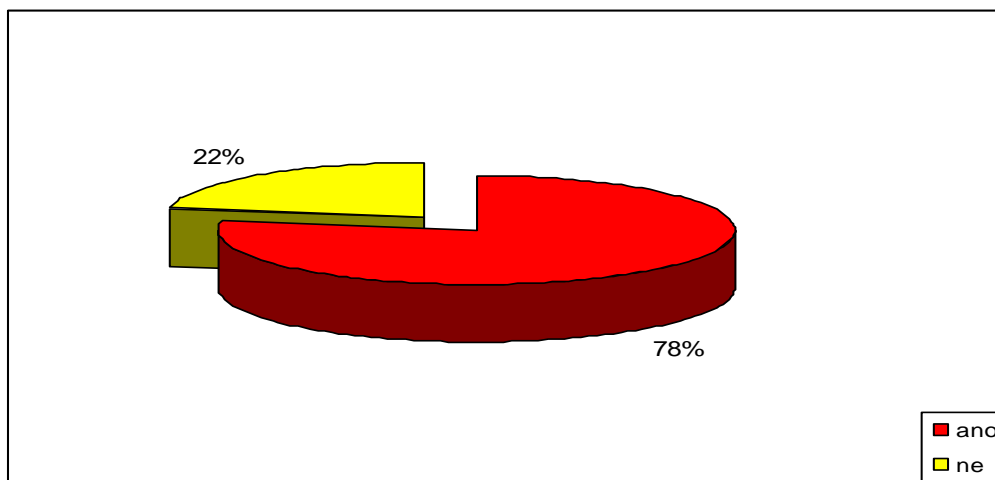
Z grafu vyplývá, že na nadcházející změny se s partnerem 12 (13%) žen nepřipravovalo, 77 (82%) dotazovaných žen připravovali s partnerem vše pro dítě, 5 (5%) žen uvedlo jinou odpověď (příprava staršího dítěte na sourozence, rekonstrukce bytu).

**Graf 9 Návštěva předporodního kurzu**



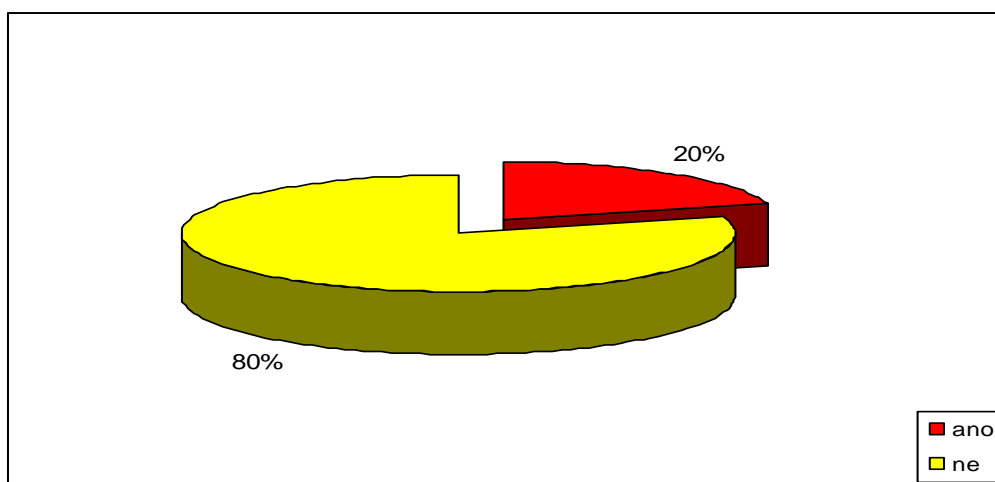
27 (29%) žen navštěvovalo předporodní přípravný kurz, 67 (71%) žen uvedlo, že kurz nenavštěvovaly.

**Graf 10 Návštěva předporodního kurzu společně s partnerem**



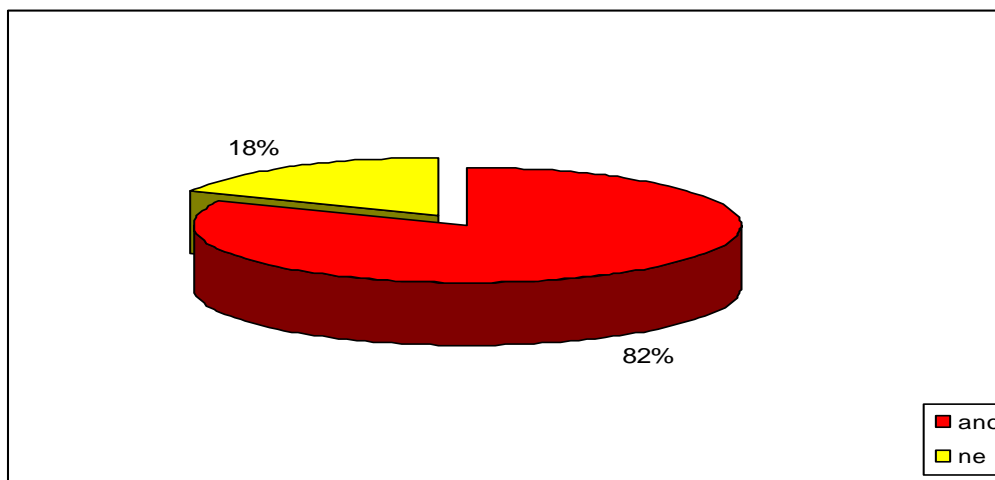
Z 27 respondentek, které uvedly v předchozím grafu, že navštěvovaly předporodní kurz odpovědělo 21 (78%) žen, že kurz navštěvoval také partner, 6 (22%) žen uvedlo, že kurz navštěvovaly bez partnera.

**Graf 11 Zaskočená rolí matky**



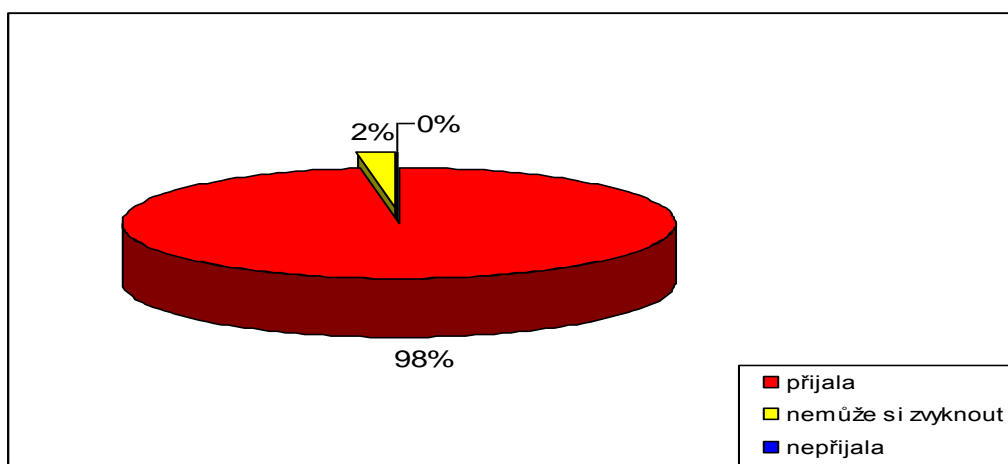
Zaskočeno, že bude matkou bylo 19 (20%) žen, 75 (80%) žen zaskočeno nebylo.

**Graf 12 Připravena na mateřství**



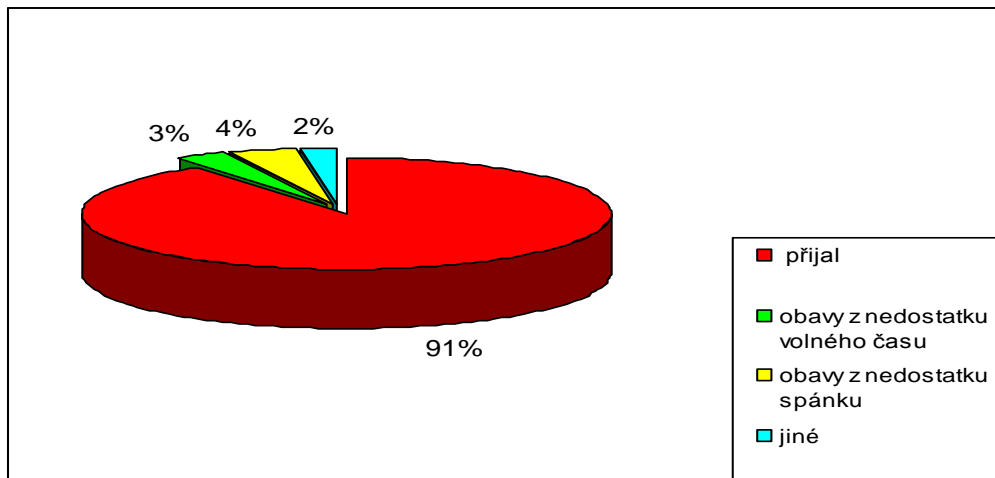
77 (82%) dotazovaných žen uvedlo, že se cítily v průběhu těhotenství na mateřství připravené, 17 (18%) žen se na mateřství připraveno necítily.

**Graf 13 Adaptace na roli matky**



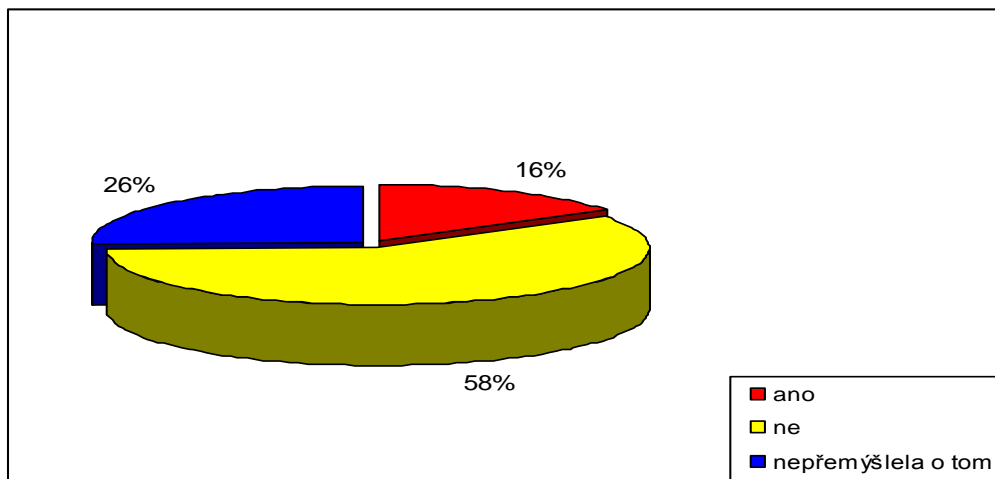
Tento graf znázorňuje adaptaci na roli matky, 92 (98%) žen uvedlo, že roli matky přijaly jako přirozenou součást života. 2 (2%) ženy si nemůžou na roli matky zvyknout, žádná žena neodpověděla, že svou roli nepřijala.

**Graf 14** Adaptace partnera na roli otce



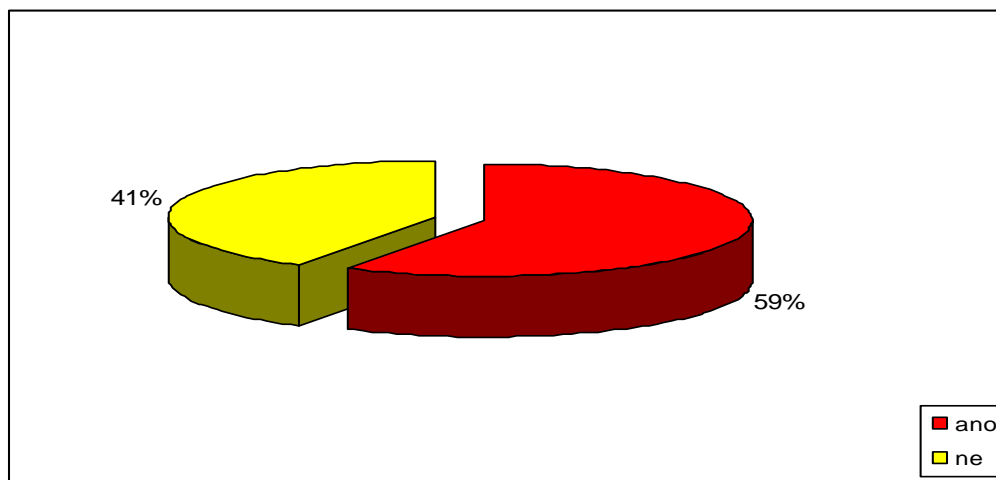
85 (91%) žen si myslí, že partner svou roli přijal, 3 (3%) ženy uvedly, že má partner obavy z nedostatku volného času, 4 (4%) ženy uvedly, že se partner obává nedostatečného spánku, 2 (2%) ženy uvedly jinou odpověď (bez partnera, partner se své role vzdal).

**Graf 15** Ztráta na přitažlivosti



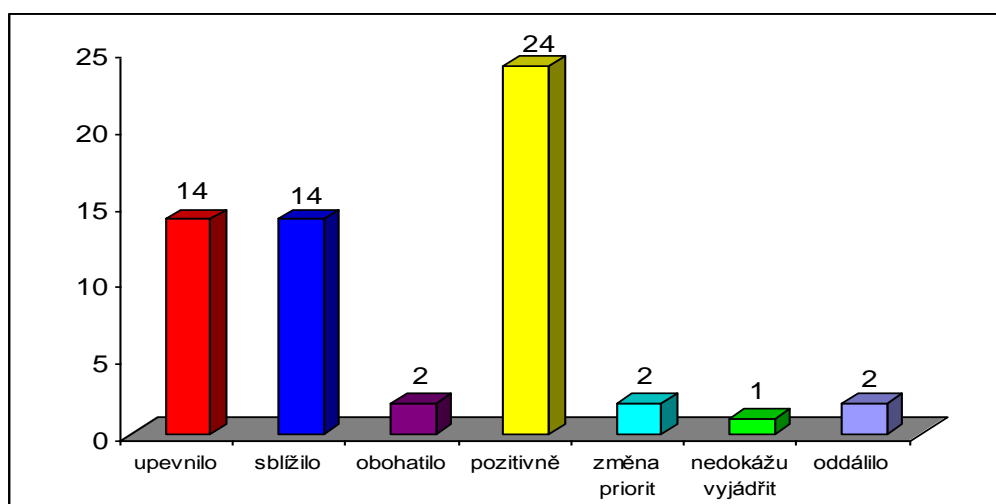
15 (16%) žen si myslí, že ztratí během mateřství na své přitažlivosti, 55 (58%) žen nemá obavy ze ztráty na přitažlivosti, 24 (26%) žen o tom nepřemýšlelo.

**Graf 16 Ovlivnění vztahu s partnerem**



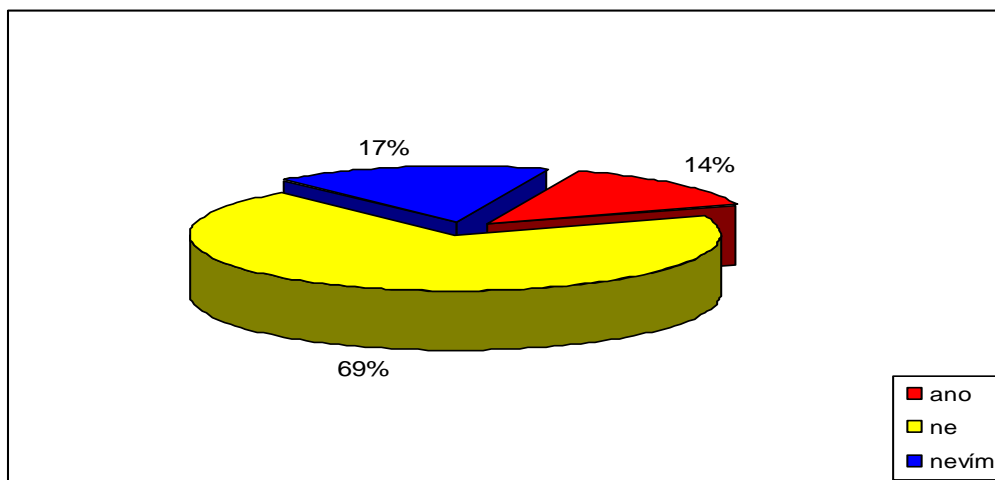
Z 94 respondentek 55 (59%) žen udává, že těhotenství ovlivnilo vztah s partnerem, 39 (41%) žen uvedlo, že to jejich vztah neovlivnilo.

**Graf 17 Způsob ovlivnění vzatu s partnerem**



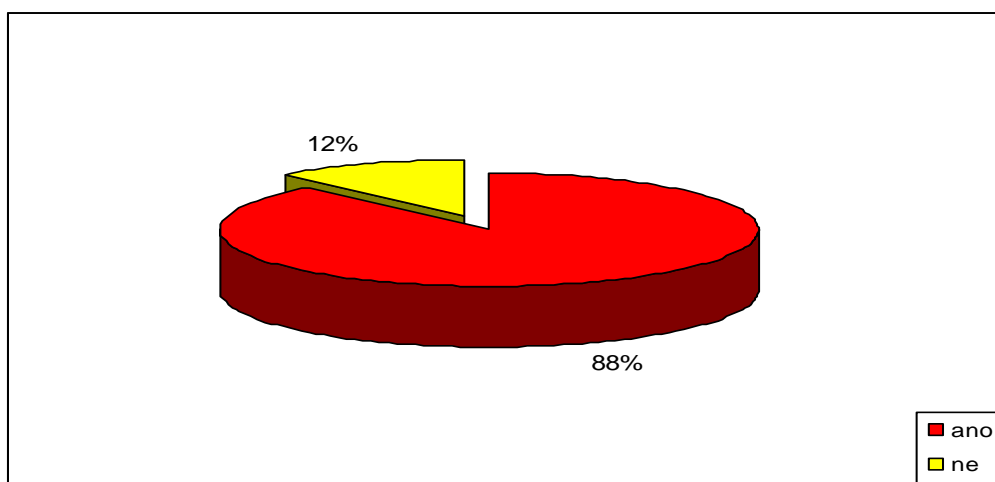
V tomto grafu měly možnost respondentky vyjádřit, jak těhotenství ovlivnilo vztah s partnerem. Ženy uváděly více odpovědí. Z 55 respondentek 14 žen odpovědělo, že se jejich vztah upevnil, 14 žen uvedlo sblížení, 2 ženy uvedly obohacení vztahu, u 24 žen těhotenství ovlivnilo vztah pozitivně, 2 ženy uvedly změnu priorit, 1 žena nedokáže vyjádřit, jak to vztah ovlivnilo, 2 ženy uvedly oddálení ve vztahu.

**Graf 18 Snížení životní úrovně**



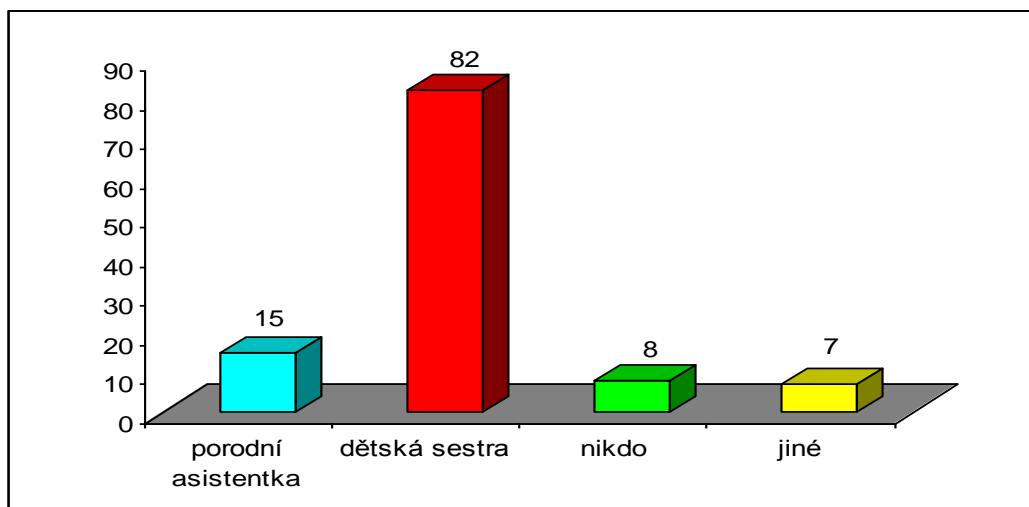
13 (14%) respondentek má strach, že se sníží během mateřství životní úroveň, 65 (69%) žen uvedlo, že nemá strach ze snížení životní úrovně, 16 (17%) žen uvedlo, že neví.

**Graf 19 Rooming-in na šestinedělí**



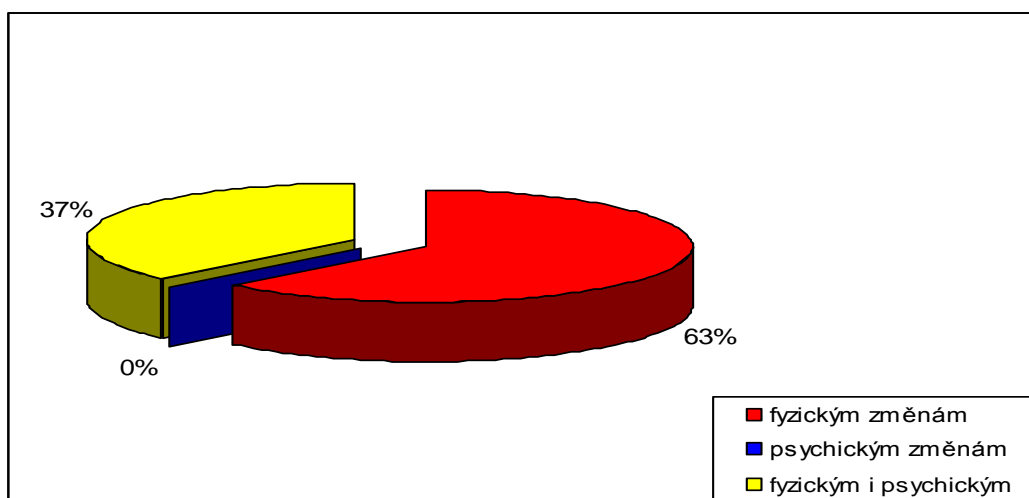
Z celkového počtu 94 respondentek, bylo na oddělení šestinedělí s dítětem 83 (88%) žen, 11 (12%) žen uvedlo, že nebylo na pokoji s dítětem.

**Graf 20 Pomoc s dítětem na oddělení šestinedělí**



Z tohoto grafu vyplývá, kdo pomáhal ženě na oddělení šestinedělí s dítětem. Respondentky uváděly více množností. 15 žen uvedlo porodní asistentku, 82 žen dětskou sestru, 8 žen uvedlo, že jim nikdo s dítětem nepomáhal, 7 žen uvedlo jinou odpověď (lékař, rodina, studentky, matka, partner).

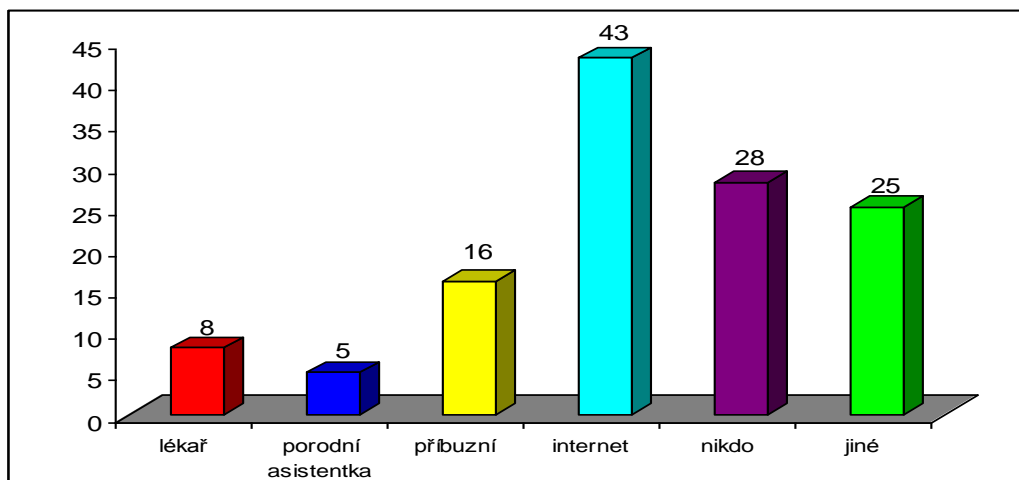
**Graf 21 Věnování pozornosti změnám ze strany porodní asistentky**



Tento graf znázorňuje, jakým změnám se porodní asistentka věnovala. 59 (63%) žen uvedlo, že se porodní asistentka věnovala pouze fyzickým změnám, pouze psychickým změnám neuvedla žádná respondentka, 35 (37%) dotazovaných žen uvedlo, že se porodní asistentka věnovala fyzickým i psychickým změnám.

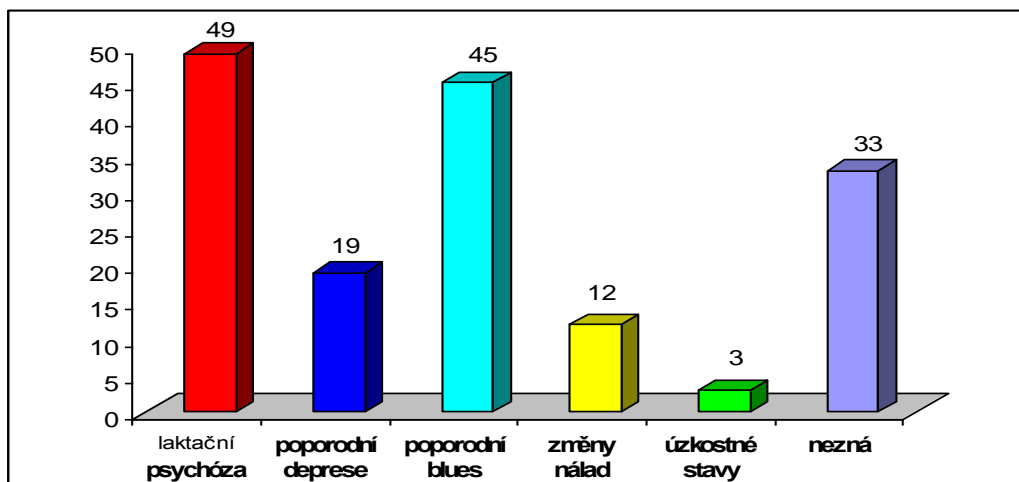


**Graf 22 Zdroj informací o psychických poruchách v šestinedělí**



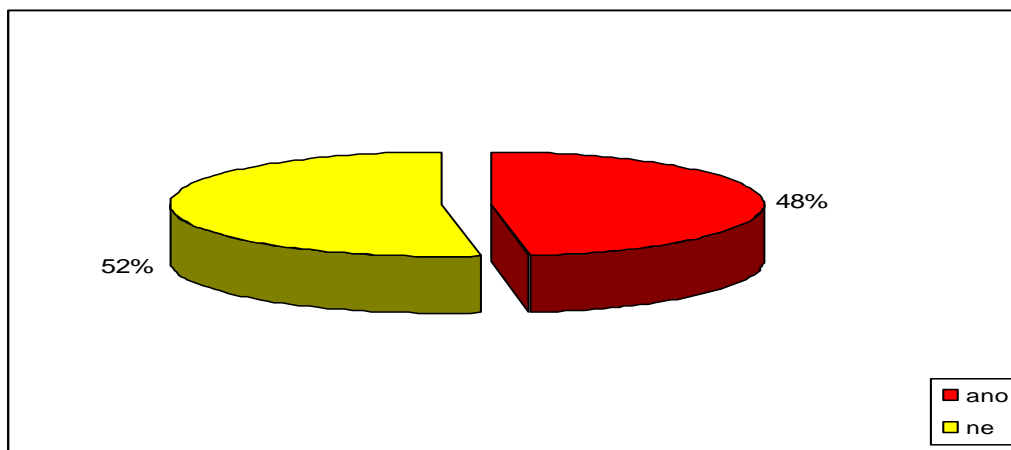
V tomto grafu mohly respondentky uvést více odpovědí. Poskytnuté informace lékařem uvádí 8 žen, 5 žen uvádí, že jim informace poskytla porodní asistentka, 16 žen se dozvědělo o psychických poruchách od příbuzných, z internetu má informace 43 dotazovaných žen, 28 žen uvedlo, že je nikdo o psychických poruchách neinformoval. 25 žen uvedlo jinou odpověď (literatura, tisk, časopisy, předporodní kurz, kamarádky, jiné maminky, ve škole).

**Graf 23 Znalost psychický poruch**



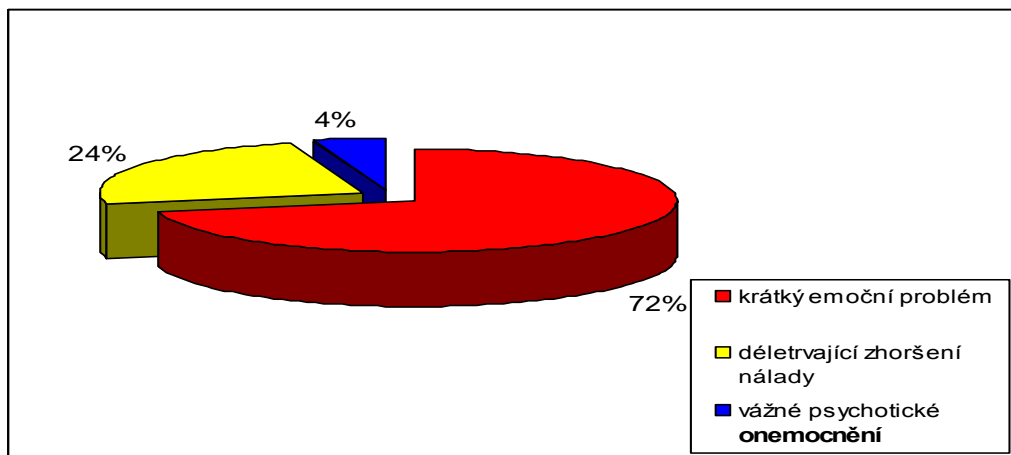
Tento graf znázorňuje, jaké psychické poruchy respondentky znají. Ženy uváděly více odpovědí. Laktační psychózu uvedlo 49 žen. Poporodní depresi zná 19 žen, poporodní blues 45 žen, změny nálad uvedlo 12 žen, úzkostné stavy znají 3 ženy a 33 žen nezná žádnou psychickou poruchu.

**Graf 24 Poporodní blues**



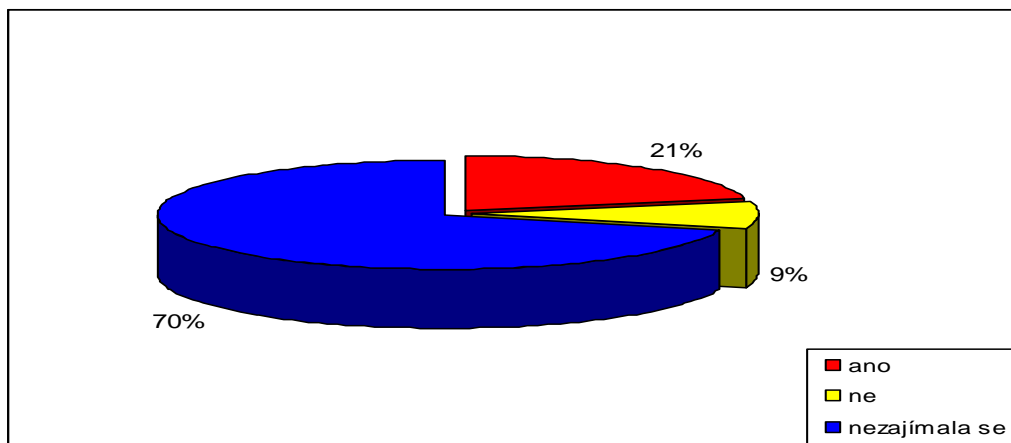
45 (48%) žen uvedlo, že ví co znamená poporodní blues, 49 (52%) žen tento termín nezná.

**Graf 25 Znalost pojmu poporodní blues**



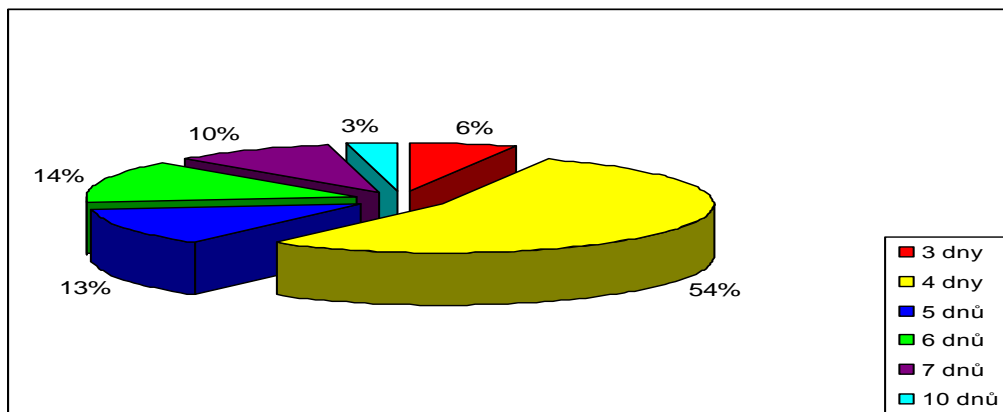
Ze 45 respondentek, které odpověděly v předchozím grafu, že znají poporodní blues 33 (72%) žen uvedlo, že se jedná o krátký emoční problém, 11 (24%) žen si myslí, že je to déletrvající zhoršení nálady a 2 (4%) ženy uvedly vážné psychotické onemocnění.

**Graf 26 Konzultace s psychologem**



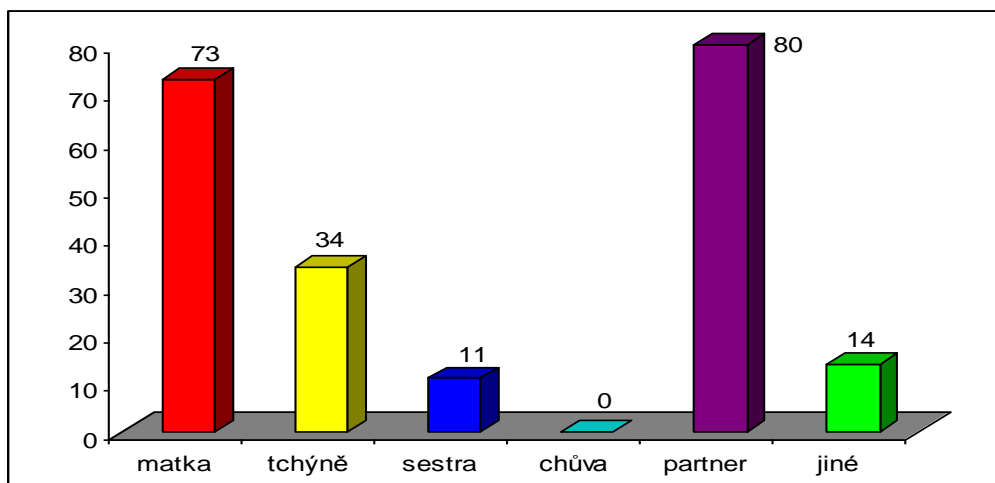
V tomto grafu je uvedeno, jestli měla respondentka možnost využít konzultaci s psychologem. 20 (21%) žen udává, že tuto možnost měla, 8 (9%) žen nemělo, 66 (70%) žen se nezajímalo.

**Graf 27 Počet dnů v porodnici**



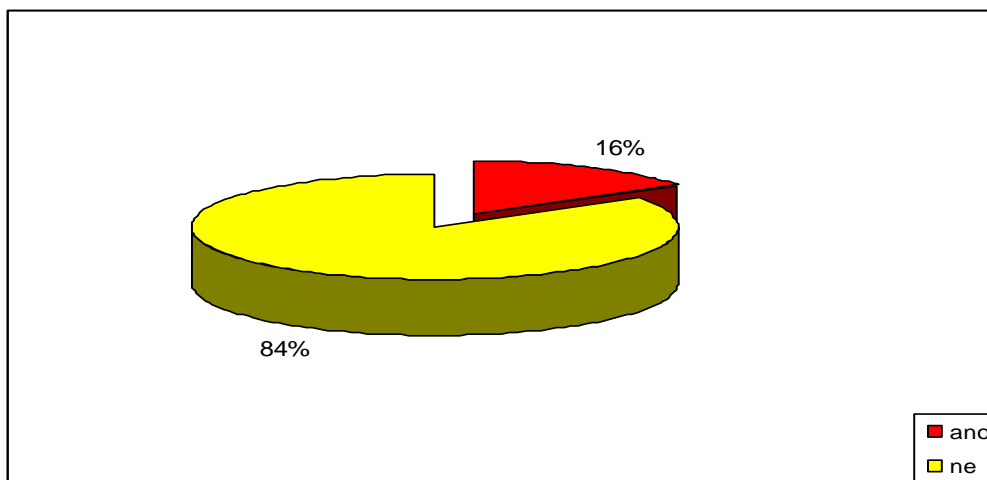
6 (6%) žen bylo propuštěno 3 den po porodu, 51 (54%) žen 4 den, 12 (13%) žen bylo v porodnici 5 dnů, 6 den bylo propuštěno 13 (14%) žen, 9 (10%) žen odcházelo domů 7 den po porodu a 3 (3%) ženy byly propuštěny 10 den.

**Graf 28 Pomoc po porodu**



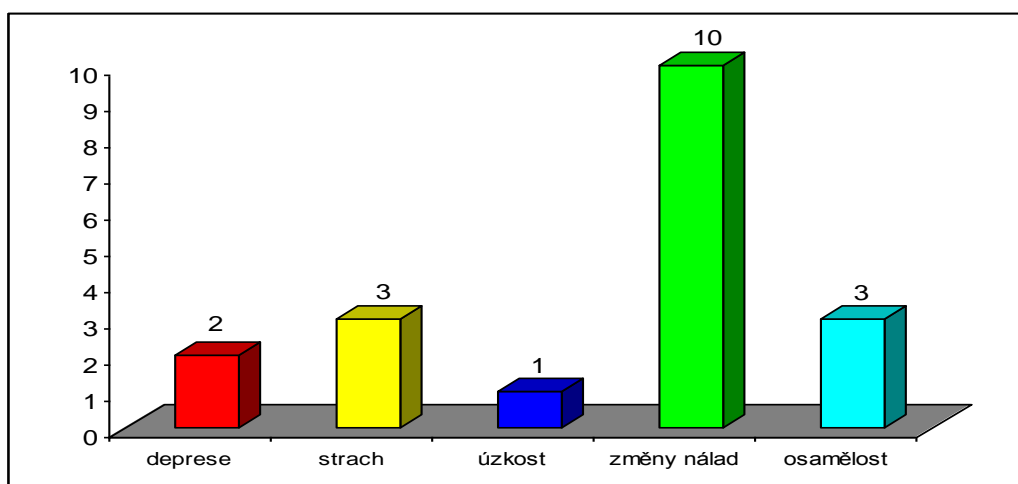
Z grafu vyplývá, s čí pomocí mohly ženy od porodu počítat. Respondentky měly možnost uvést více možností. 73 žen uvedlo pomoc matky, 34 žen počítalo s pomocí tchýně, se setrou 11 žen, chůvu neuvedla žádná respondentka. Pomoc partnera uvedlo 80 žen, 14 žen uvedlo jinou odpověď (švagrová, babička, otec, dcera).

**Graf 29 Psychické potíže před porodem**



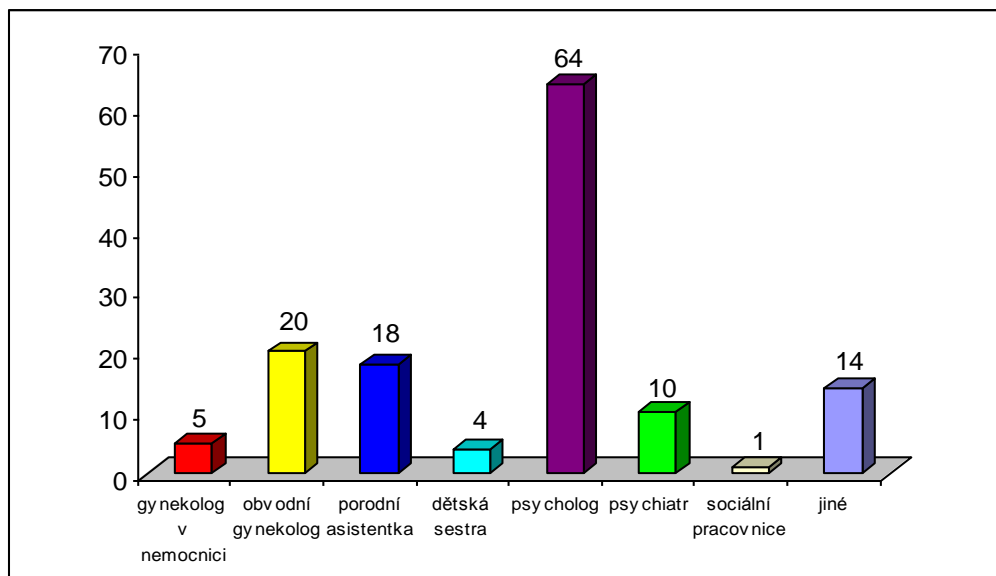
15 (16%) žen uvedlo, že před porodem trpěly nějakou psychickou poruchou, 79 (84%) žen žádnou psychickou poruchou netrpělo.

**Graf 30 Druhy psychických poruch před porodem**



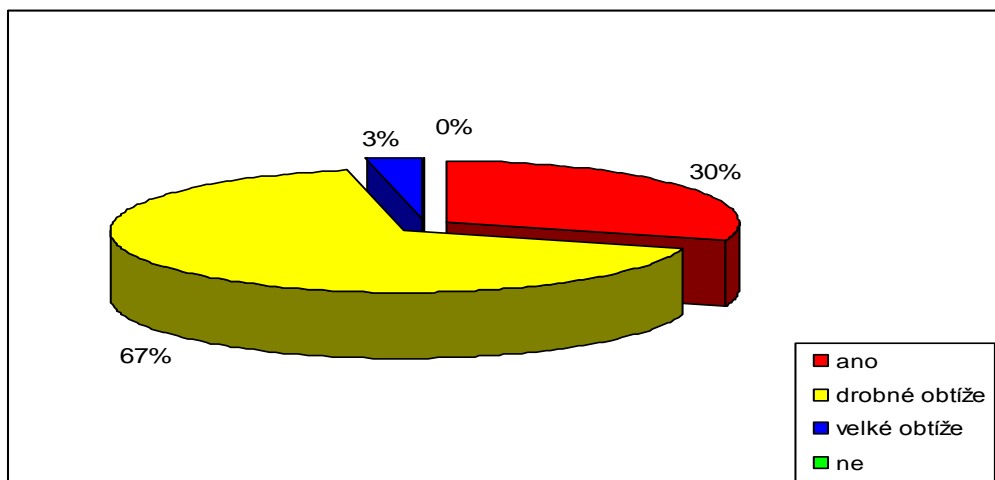
Z 15 respondentek, které v předchozím grafu odpověděly, že v těhotenství trpěly psychickou poruchou, uvedly 2 ženy, že trpěly depresí. Strach uvedly 3 ženy, úzkost 1 žena, 10 žen uvedlo změny nálad, 3 ženy osamělost.

**Graf 31 Pomoc při vyskytnutí psychické poruchy**



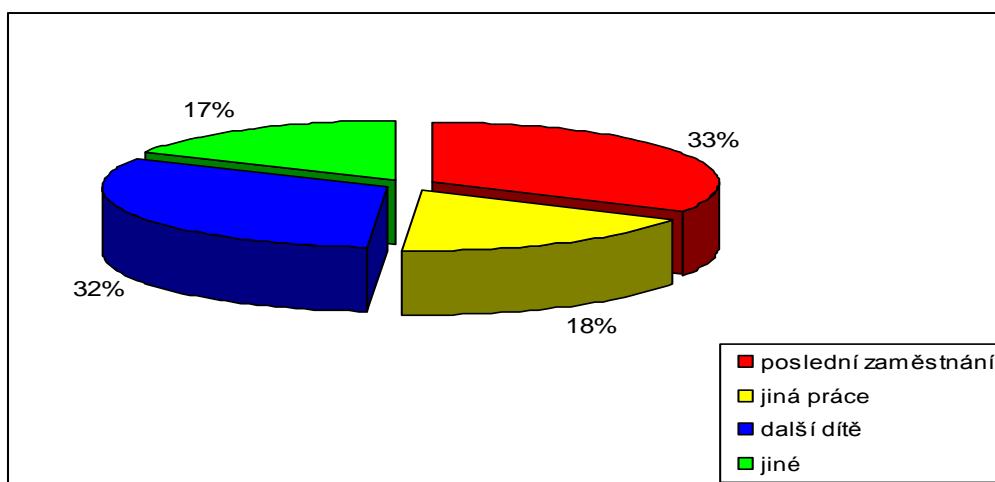
Tento graf znázorňuje, na koho by se respondentky obrátily, v případě vyskytnutí psychické poruchy. Ženy měly možnost uvést více možností. 5 žen uvedlo gynekologa v nemocnici, na obvodního gynekologa by se obrátilo 20 žen, 18 žen na porodní asistentku, na dětskou sestru 4 ženy, 64 žen by se obrátilo na psychologa, na psychiatra 10 žen. 1 žena uvedla sociální pracovníce, 14 žen uvedlo jinou odpověď (rodina, matka, partner, homeopat, rodinný lékař, nevím).

**Graf 32 Zvládnutí domácnosti po propuštění**



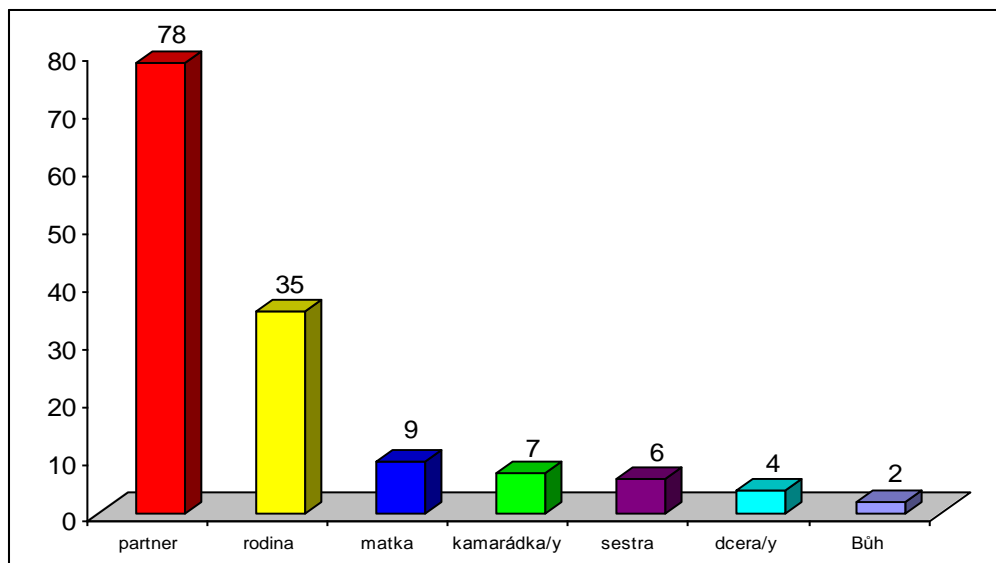
Z celkového počtu 94 respondentek, 28 (30%) žen uvedlo, že po propuštění zvládly provoz celé domácnosti. S drobnými obtížemi uvedlo 63 (67%) žen, 3 (3%) ženy s velkými obtížemi, žádná žena neuvedla, že domácnost nezvládla.

**Graf 33 Plán po mateřské dovolené**



Do posledního zaměstnání se chce vrátit 31 (33%) žen, 17 (18%) žen si najde jinou práci, další dítě by chtělo 30 (32%) žen, 16 (17%) žen uvedlo jinou odpověď (nevím, neřeším, studium, práce z domova, zůstanu doma).

**Graf 34 Opora ženy**

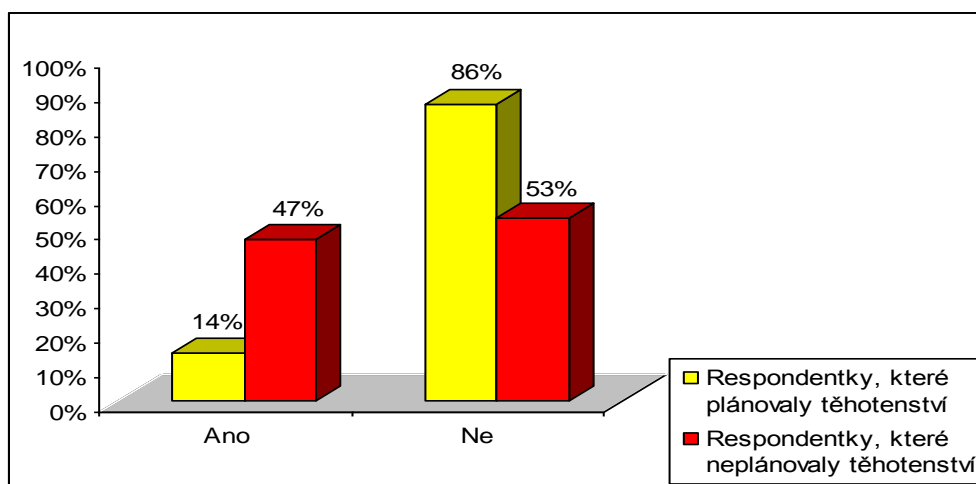


Tento graf znázorňuje, kdo je ženě oporou. Respondentky uváděly více odpovědí 78 žen odpovědělo, že je jejich oporou partner, 35 žen uvedlo rodinu, oporu v matce má 9 žen, 7 žen uvedlo kamarádku/y, 6 žen má oporu v sestře, 4 ženy uvedly dcera/y a 2 ženy mají oporu v Bohu.



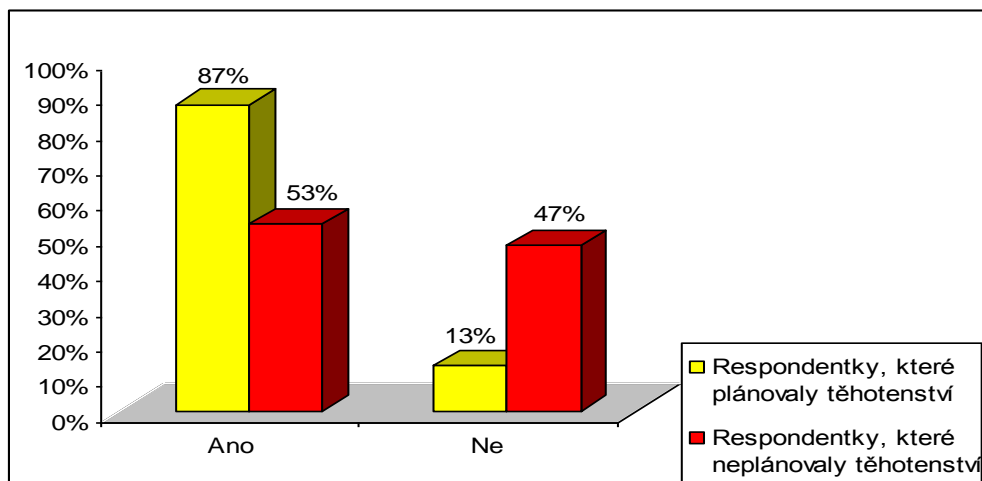
## 4.2 Grafy pro srovnání výsledků

**Graf 35 Zaskočená rolí matky vzhledem k plánování těhotenství**



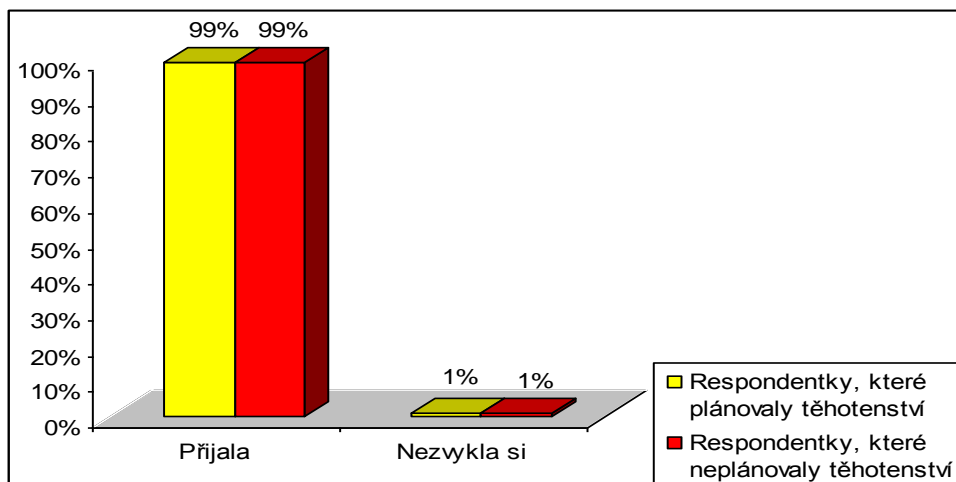
Zaskočeno rolí matky bylo 14% žen, které těhotenství plánovaly a 47% žen, které těhotenství neplánovaly. 86% žen, které plánovaly těhotenství zaskočeno nebylo a 53% žen, které těhotenství neplánovaly.

**Graf 36 Připravena na mateřství vzhledem k plánování těhotenství**



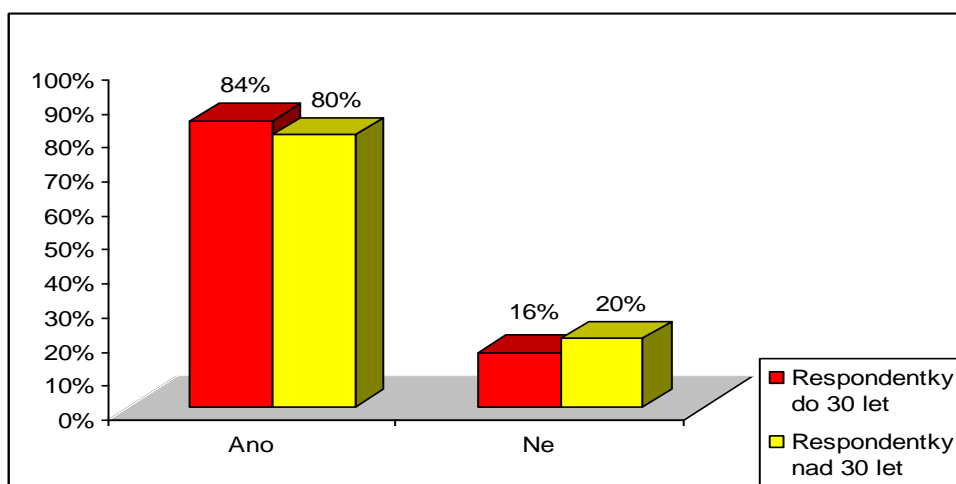
Tento graf nám ukazuje připravenost na mateřství. 87% žen, které těhotenství plánovaly, bylo na mateřství připraveno a 53% žen, které neplánovaly těhotenství. Nepřipraveno se cítilo 13% žen, které plánovaly těhotenství a 47% žen, které těhotenství neplánovaly.

**Graf 37 Přijetí role matky vzledem k plánování těhotenství**



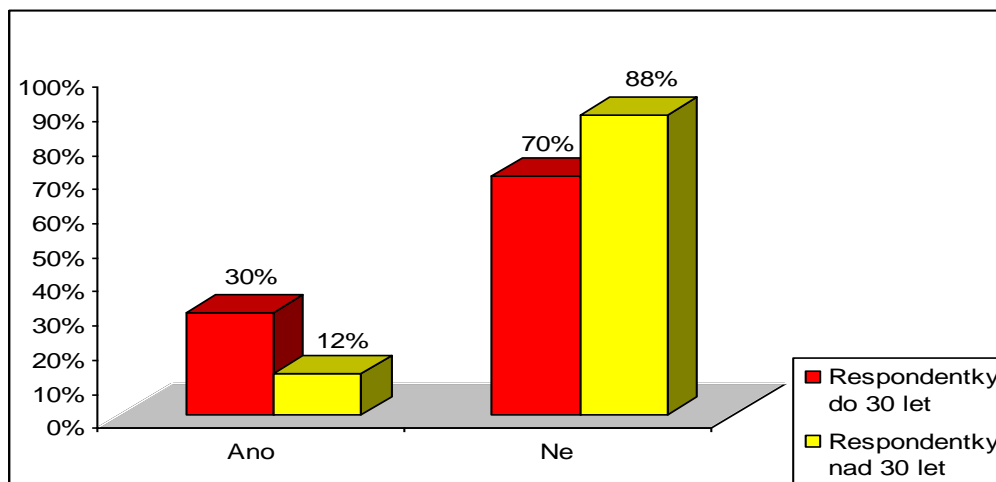
99% žen, které plánovaly i neplánovaly těhotenství roli matky přijaly a 1% žen roli matky nepřijaly.

**Graf 38 Plánování těhotenství dle věkové kategorie**



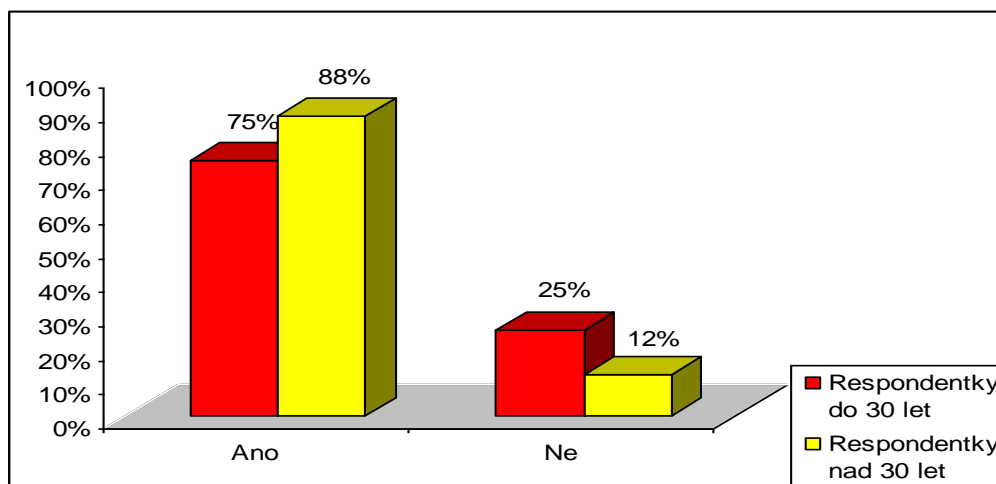
Tento graf nám znázorňuje plánování těhotenství. Do 30 let plánovalo těhotenství 84% žen, nad 30 let 80% žen, neplánovalo těhotenství do 30 let 16% žen a nad 30 let 20% žen.

**Graf 39 Zaskočená rolí matky dle věkové kategorie**



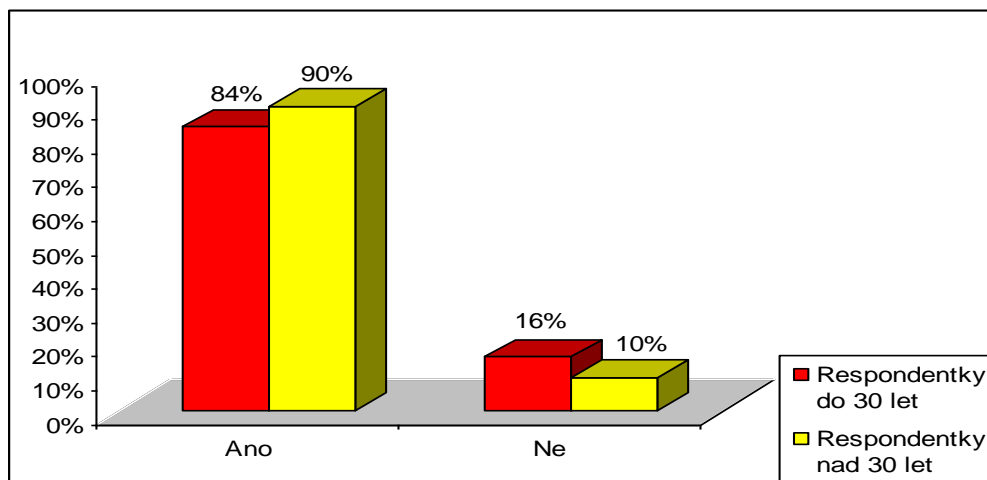
Zaskočeno rolí matky bylo do 30 let 30% žen, nad 30 let 12% žen. 70% žen do 30 let a nad 30 let 88% žen zaskočeno nebylo.

**Graf 40 Připravena na mateřství dle věkové kategorie**



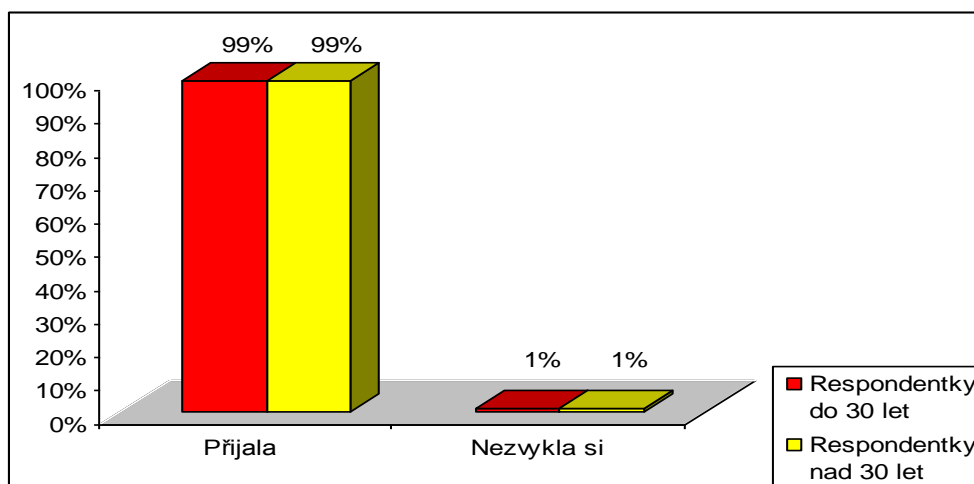
Z grafu vyplývá, že připraveno na mateřství bylo do 30 let 75% žen, nad 30 let 88% žen. 25% žen do 30 let se na mateřství necítilo připraveno a 12% žen nad 30 let.

**Graf 41 Připravena na změny dle věkové kategorie**



84% žen do 30 let bylo připraveno na změny, nad 30 let 90% žen. Nepřipravovalo se na změny 16% žen do 30 let a 10% žen nad 30 let.

**Graf 42 Přijetí role matky dle věkové kategorie**



Roli matky přijalo 99% žen do 30 i nad 30 let. 1% žen si nezvykly na roli matky.

## 5. Diskuse

Šestinedělí je nejkrásnějším a zároveň nejnáročnějším obdobím každé novopečené matky. Přináší s sebou řadu úskalí a problémů, které se velmi těžko zdolávají. Proto bylo výzkumné šetření zaměřeno na psychiku ženy v šestinedělí a adaptaci na roli matky. V bakalářské práci byly stanoveny tři cíle a čtyři hypotézy,

Úvodní část výzkumného šetření se týkala věku matek, jejich vzdělání, stavu a parity (Grafy 1, 2, 3, 4). Nejvíce žen bylo ve věkové kategorii 31-40 let, bylo jich 49 (52%), druhou největší věkovou skupinou byly ženy ve věku 19-30 let, 43 (46%). Ve věkové kategorii do 18 let, byla 1 (1%) žena a nad 41 let také 1 (1%) žena. Většina žen, 63 (67%) bylo vdaných a 31 (33%) žen svobodných. Ukončené základní vzdělání měly 2 (2%) ženy, 8 (9%) žen bylo vyučených. Střední školu s maturitou dokončilo 43 (45%) žen, vyšší odborné vzdělání mělo 12 (13%) žen, vysokoškolské vzdělání dokončilo 29 (31%) žen. Více než polovina žen, byly prvorodičky 56 (60%), druhorodiček bylo 30 (32%), 5 (5%) žen rodilo po třetí, po čtvrté rodily 2 (2%) ženy a 1 (1%) žena rodila po páté.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit úlohu porodní asistentky v oblasti péče o psychické potřeby žen v šestinedělí. K tomuto cíli se vztahovala první hypotéza. *Ženy uvádí, že péče porodních asistentek je více soustředěna na uspokojování biologických potřeb, než potřeb psychických. Hypotéza se potvrdila, což je patrné z grafu 21, většina žen uvedla, že porodní asistentka věnuje pozornost pouze fyzickým změnám 59 (63%). Ostatní ženy 35 (37%) uvedly péči porodních asistentek o změny fyzické i psychické. Ženy ihned po porodu řeší fyzické změny, jako je bolest, krvácení, epiziotomie. Mají obavy, zda je s jejich tělem vše v pořádku. Jak uvádí také ve své publikaci Roztočil (28), že puerperální psychická adaptace probíhá ve dvou fázích. Ihned po porodu nastupuje pasivní fáze, která trvá 2 - 3 dny, je charakterizovaná pasivitou matky a její závislostí na okolí. Nedělka se řídí doporučeními a pokyny, váhá s rozhodnutími a její pozornost je obrácená k vlastním potřebám. Aktivní fáze nastupuje druhý nebo třetí den, kdy žena již zažila svůj prožitek z porodu, dostatečně si odpočinula a začíná se přizpůsobovat své nové životní situaci. Žena si začne všimnat*

jiných pocitů, je citlivější, plačtivá a neví si sama se sebou rady, to se samozřejmě stydí komukoliv říci, protože si připadá divná, o to více se tím ale trápí. Často se stává, že se žena před porodní asistentkou rozpláče, aniž by znala důvod. Stejný názor uvádí Ratislavová (25). Zde nastává příležitost pro porodní asistentku, aby využila své znalosti a empatii k psychické podpoře ženy. Při zhoršení stavu a neschopnosti ženě pomoci, ji nabídnout konzultaci s psychologem, který by měl být součástí ošetrovatelského týmu gynekologicko - porodnické kliniky.

Z výzkumného šetření jsme také zjistili informovanost žen o psychických změnách v období šestinedělí. K tomuto cíli se vztahovala druhá hypotéza, že *ženy mají informace o změnách psychiky v období šestinedělí. Tato hypotéza byla potvrzena grafy 22, 23, 24, 25.* Z grafu 22 vyplývá, že 43 dotazovaných žen se dovědělo o psychických poruchách z internetu. Poskytnuté informace lékařem uvádí 8 žen, 5 žen uvádí, že jim informace poskytla porodní asistentka, 16 žen se dovědělo o psychických poruchách od příbuzných, 25 žen uvedlo jinou odpověď (literatura, tisk, časopisy, předporodní kurz, kamarádky, jiné maminky, ve škole). V této moderní době přesto 28 žen uvedlo, že je nikdo o psychických poruchách neinformoval.

Na otázku jaké znají ženy psychické poruchy (Graf 23), 49 žen uvedlo laktační psychózu, poporodní depresi zná 19 žen, poporodní blues 45 žen, změny nálad uvedlo 12 žen, úzkostné stavy znají 3 ženy a 33 nezná žádnou psychickou poruchu.

Graf 24 znázorňoval, zda ženy znají poporodní blues. 45 (48%) žen uvedlo, že tento termín zná a 49 (52%) žen nezná. Aby se potvrdila u žen, které uvedly, že znají poporodní blues, pravdivost odpovědi, byla v následujícím grafu 25 položena kontrolní otázka se třemi možnostmi. Z 45 žen uvedlo 33 správnou odpověď, že se jedná o krátký emoční problém, projevující se změnou nálady, podrážděností, plačtivostí, únavou a neklidem. 11 žen se domnívalo, že je to déletrvající zhoršení nálady, které se může objevit během prvních šesti měsíců po porodu. Vážné psychotické onemocnění ohrožující život matky a dítěte uvedly 2 ženy.

V dnešní době navštěvují ženy kurzy přípravy k porodu, jsou hodně informované z internetu, přesto si myslím, že se více zabývají fyziologickým těhotenstvím, fyziologickým porodem a fyziologickým šestinedelím.

Z grafu 26 je patrné, že se ženy nezajímaly v porodnici o možnost využít psychologa, 66 (70%) žen uvedlo tuto možnost, 20 (21%) žen uvedlo, že měly možnost využít konzultaci s psychologem a 8 (9%) žen nemělo. I přesto, že ženy uvedly, že se o psychologa nezajímaly, většina žen uvedla, že v případě psychických komplikací by se obrátila právě na něj 64 (Graf 31). Z výsledků je vidět, že psycholog má nezastupitelnou roli. Kdyby se ženy o psychologa v porodnici zajímaly, jistě by jim pomohl překonat náročné chvíle, které již v časném šestinedělí mohou nastat.

Třetím cílem bylo zmapovat, jak se ženy adaptují na roli matky. K tomuto cíli se vztahovaly dvě hypotézy. První, že *ženy, které plánovaly mateřství, lépe přijímají roli matky, než ty, které jej neplánovaly*. O výsledcích nás informuje graf 35, 36, 37, *hypotéza byla potvrzená*. 77 žen uvedlo, že těhotenství plánovaly, neplánované těhotenství bylo u 17 žen z celkového počtu 94 respondentek. Zaskočeno rolí matky bylo 14% žen, které těhotenství plánovaly a 47% žen, které těhotenství neplánovaly. 86% žen, které plánovaly těhotenství zaskočeno nebylo a 53% žen, které těhotenství neplánovaly (Graf 35). 87% žen, které těhotenství plánovaly, bylo na mateřství připraveno a 53% žen, které neplánovaly těhotenství. Nepřipraveno se cítilo 13% žen, které plánovaly těhotenství a 47% žen, které těhotenství neplánovaly (Graf 36).

Dá se předpokládat, že již od dětství je každá žena na mateřství připravována. Jak uvádí Stromková (32), je od dětství součástí ženské identity. I přesto, že se tato hypotéza potvrdila, může plánované i neplánované těhotenství přinést překvapení ženě i celé její rodině. I když je těhotenství plánované, může dojít k zásahu prarodičů do soukromí nastávajících rodičů, a tím k nepříjemným rozporům. Největší význam má kvalita vztahu, mezi mužem a ženou, kteří dítě čekají. Jedině tak mohou zvládnout problémy, které mohou nastat. Těhotnou ženu nejvíce zatěžuje negativní reakce ze strany partnera. Ten potřebuje čas, aby vše zpracoval a těhotenství přijal. Jak uvádí Ratislavová (25), kvalita partnerství a emocionální opory v rodině je důležitým faktorem, který ovlivňuje psychický stav ženy. Samozřejmě ať už je těhotenství plánované nebo ne.

Další hypotézou, která se vztahovala k třetímu cíli bylo, *že se na roli matky snadněji adaptují ženy do 30 let*. Do 30 let bylo 44 respondentek a nad 30 let

50 respondentek z celkového počtu 94. Po rozdělení žen dle věkových kategorií a posouzení jednotlivých grafů (38, 39, 40, 41, 42) je zřejmé, že *hypotéza nebyla potvrzena*.

Zaskočeno rolí matky bylo do 30 let 30% žen, nad 30 let 12% žen, 70% žen do 30 let a nad 30 let 88% žen zaskočeno nebylo (Graf 39). Připraveno na mateřství bylo do 30 let 75% žen, nad 30 let 88% žen, 25% žen do 30 let se na mateřství necítilo připraveno a 12% žen nad 30 let (Graf 40). 84% žen do 30 let bylo připraveno na změny, nad 30 let 90% žen. Nepřipravovalo se na změny 16% žen do 30 let a 10% žen nad 30 let (Graf 41).

Větší skupinou byly ženy nad 30 let. V minulosti bylo pohlíženo na třicetiletou ženu, která se chystá přivést na svět své první dítě, s jistou dávkou pohoršení a s nepochopením, dnes je to zcela běžné. V dnešní moderní době je těhotenství často odkládáno. Nejprve vystudovat, najít si perspektivní zaměstnání, udělat kariéru, dosáhnout určitého společenského postavení, zařídit si vlastní bydlení, cestovat, užít si života, počkat na toho správného partnera nebo jen vospět, to všechno mohou být důvody, proč ženy na děti nespěchají. Příčinou mateřství ve vyšším věku může být také touha dokázat si, že žena může být stále plnohodnotnou ženou. Tyto ženy ale mohou mít více obavy o zdraví svého dítěte a také přemýšlejí, jestli zvládnou svojí roli matky než mladší ženy. Psychika se mění a ubírá jiným směrem. Na druhou stranu si myslím, že matky v pozdějším věku jsou více rozvážené, psychicky i materiálně připravené, usedlé a ví, co chtějí. Lépe se vyrovnají se změnami, jako třeba přerušování kariéry. Tyto ženy mají dostatek zkušeností, srovnané priority a jejich zodpovědnost je na vyšší úrovni než u mladých matek. Žena často otěhotní právě proto, že cítí, že je na mateřství vhodná doba. Tak si může radosti s dítětem lépe užít, stejně tak se lépe vyrovnat se situacemi, které k mateřství patří.

Důvodem těhotenství v pozdějším věku, může být i to, že až v tomto věku ženy potkaly toho pravého partnera, se kterým chtějí založit rodinu. Dříve neměly tyto ženy čas, aby si hledaly stálého partnera, nebo na něj prostě neměly štěstí. Výhodou je, že jsou finančně zajištěné a nemusí se obávat, že po ukončení rodičovské dovolené přijdou o zaměstnání.



## 6. Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou psychiky ženy v šestinedělí, adaptaci na roli matky. Psychika ženy v období šestinedělí je vystavena vysoké zátěži, která pramení z hormonálních změn probíhajících v organismu po porodu, fyzických změn a z adaptace na novou roli matky.

První cíl bakalářské práce, zjišťující úlohu porodní asistentky v oblasti péče o psychické potřeby žen v šestinedělí, byl splněn. Druhý cíl zaměřený na informovanost žen o psychických změnách v období šestinedělí byl také splněn, stejně jako třetí cíl, který nám zmapoval, jak se ženy adaptují na roli matky.

První hypotéza, že péče porodních asistentek je více soustředěna na uspokojování biologických potřeb než potřeb psychických, se potvrdila. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že 63% žen uvádí, že porodní asistentka věnuje pozornost pouze fyzickým změnám. Druhá hypotéza nám potvrdila, že ženy mají informace o změnách psychiky v období šestinedělí. 49 žen uvedlo, že znají laktační psychózu, 45 žen poporodní blues, 19 žen poporodní depresi, 3 ženy úzkostné stavy. Nejčastěji mají ženy informace o psychických poruchách z internetu 43. Třetí hypotéza se týkala plánování mateřství. V hypotéze se potvrdilo, že ženy, které plánovaly mateřství, lépe přijímají roli matky, než ty, které jej neplánovaly. Při neplánovaném těhotenství bylo 47% žen zaskočeno rolí matky. U plánovaného těhotenství 14% žen. Nepřipraveno na mateřství bylo 13% žen u plánovaného těhotenství a 47% žen u neplánovaného těhotenství. Čtvrtá hypotéza, která se zabývala snadnější adaptací na roli matky do 30 let, nebyla potvrzena. Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že se lépe adaptují na roli matky ženy nad 30 let.

Z výzkumného šetření je zřejmé, že porodní asistentky na oddělení šestinedělí nevěnují dostatečnou pozornost změnám psychiky. Nejvíce času se ženami tráví právě porodní asistentka, proto by měl být vztah již od začátku budován na důvěře. Často se pouhým zájmem a rozhovorem problémy odstraní. Je samozřejmostí, že se porodní asistentka věnuje fyzickým změnám, ale při každodenním zjišťování těchto problémů se může zeptat, jak se žena cítí po psychické stránce. Důležité je věnovat zvýšenou

pozornost plačtivým ženám. Eventuálně nabídnout pomoc psychologa, který by měl být součástí ošetrovatelského týmu. Ke zlepšení situace by pomohl informační leták na každém oddělení šestinedělí o možnosti kontaktovat psychologa. Ne každá žena osloví ošetrovatelský personál. Díky informačnímu letáku s kontaktem na psychologa, by žena měla možnost jej oslovit soukromně.

Bakalářská práce bude prospěšná porodním asistentkám, které pracují s matkami na oddělení šestinedělí, ale také dětským sestřám a lékařům. Naproti tomu také pro gynekologické ambulance, kde chodí ženy na kontrolu po ukončení šestinedělí. Lze se domnívat, že by mohla sloužit jako zdroj informací a mohla by být využita ke studijním účelům pro porodní asistentky a studentky porodní asistence.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BŘICHÁČEK, V. *Edinburghská škála postnatální deprese: ověření v České republice*. 1. vyd. Praha: Iga MZ ČR, 2000. 185 s.
2. ČECH, E, et al. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 434 s. ISBN 80-7169-355-3.
3. ČEPICKÝ, P. Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 1999, roč. 8, č. 3, s. 163-250.
4. ČERŇANOVÁ, A. Psychické poruchy v těhotnosti a v poporodním období. *Praktická gynekológia*. 2009, roč. 16, č. 1, s. 19-23. ISSN 1335-4221.
5. FORGÁČOVÁ, L. Poporodné poruchy nálady: Poporodná depresia. *Všeobecné lékařstvo*. 2005, roč. 5, č. 9, s. 5515-518. ISSN 1335-8359.
6. GEISEL, E. *Slzy po porodu: Jak překonat depresivní nálady*. Hilská Veronika. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004. 253 s. ISBN 80-86356-32-9.
7. HAŠKOVÁ, H, POMAHAČOVÁ, J. *Rodičovství a bezdětnost - studie ve vybraných časopisech pro ženy a muže*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2006. 107 s. ISBN 80-7330-111-3.
8. CHMEL, R. *Otázky a odpovědi o porodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 116 s. ISBN 80-247-1124-9.
9. CHMEL, R. *Průvodce těhotenstvím*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 140 s. ISBN 80-247-0962-7.
10. CHROMÝ, K., et al. *Somatizace a funkční poruchy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 216 s. ISBN 80-247-1473-6.
11. CHVÁLA, V. Psychosomatická gynekologie a sexuologie, část II. *Psych@Som: Psychosomatická medicína*. 2006, roč. 4, č. 2, s. 61-70. ISSN 1214-6102.
12. JANÁČKOVÁ, L. Aplikovaná zdravotnická psychologie v gynekologii. *Medical tribune*. 2009, roč. 5, č. 5, s. B7. ISSN 1214-8911.

13. JEDLIČKOVÁ, M. Obecný náhled na problematiku deprese po porodu z hlediska gynekologicko-porodnického. *Praktická gynekologie*. 2008, roč. 12, č. 2, s. 86-90. ISSN 1211-6645.
14. LANGMEIER, J, KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
15. LAURA, J, MILLER, MD. Poporodní deprese. *J.Amer.med.Ass.- CS*. 2002, roč. 10, č. 4, s. 292-300. ISSN 1210-4124.
16. LAZAR, I. Poporodná depresia. *Slov. Gynek. Porod*. 2005, roč. 12, č. 1, s. 26-31. ISSN 1335-0862.
17. MICHALOVIČOVÁ, S. Poporodné a pooperačné psychiatrické komplikácie. *Slovak Academic Press*. 2006, roč. 13, č. 3, s. 108-115. ISSN 1335-0862.
18. MURKOFFOVÁ, H, EISENBERGOVÁ, A, HATHAWAYOVÁ, S. *Co čekat v radostném očekávání*. Praha: Slovart, 2004. 595 s. ISBN 80-7209-457-2.
19. NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Kubátová J. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 146 s. ISBN 80-7169-938-1.
20. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vyd. Praha: Galén, 2008. 685 s. ISBN 978-80-7262-594-9.
21. PRAŠKO, J. Psychoterapie poporodních depresí. *Psychiatrie*. 2002, roč. 6, č. 2, s. 41-46. ISSN 1211-7579.
22. PRAŠKO, J, et al. Psychoterapie úzkostných poruch v těhotenství a poporodním období. *Psychiatrie*. 2002, roč. 6, č. 2, s. 47-57. ISSN 1211-7579.
23. PRAŠKOVÁ, H. Depresivní porucha v graviditě a šestinedělí. *Diagnóza*. 1999, roč. 2, č. 38, s. 5. ISSN 1212-3595.
24. RABOCH, J. Poporodní a pooperační psychiatrické komplikace. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2002, roč. 11, č. 1, s. 72-81. ISSN 1211-1058.
25. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186.

26. RATISLAVOVÁ, K. Psychologie časného poporodního období. *Moderní babictví*. 2008, č. 15, s. 27-31. ISSN 1214-5572.
27. RATISLAVOVÁ, K. Psychologie pozdního šestinedělí. *Moderní babictví*. 2008, č. 16, s. 26-30. ISSN 1214-5572.
28. ROZTOČIL, A., et al. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.
29. SOBOTKOVÁ, D, ŠTEMBERA, Z. Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980-2000 : III. poporodní období. *Čes. Gynek.* 2003, roč. 68, č. 6, s. 385-389. ISSN 1210-7832.
30. *Strategické dokumenty (3) : Praktické příručky pro porodní asistentky*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. 159 s. Bezpečné mateřství. ISBN 80-85047-22-5.
31. STRAUSS, A. *Geburtshilfe Basics*. Heidelberg: Springer, 2006. 464 s. ISBN 987-3-540-25668-7.
32. STROMKOVÁ, M. Význam edukace v podpoře duševního zdraví žien po porode. *Info sestra*. 2000, roč. 3, č. 4, s. 11-12. ISSN 1335-4132.
33. TOMAGOVÁ, M, HRUBÁ, S. Úloha sestry v detekci symptomů duševních poruch v souvislosti s porodem a mateřstvím. *Sestra: Psychiatrie/tématický sešit*. 2001, č. 4, s. 42.
34. ZUBÍKOVÁ, Z, DRÁBOVÁ, R. *Společenské vědy v kostce pro střední školy*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Fragment, 2007. 188 s. ISBN 978-80-253-0190-6.
35. ZWINGER, A., et al. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9.

## **8. Klíčová slova**

Matka

Partner

Porodní asistentka

Psychika

Role matky

Šestinedělí

## **9. Přílohy**

Příloha 1 Dotazník pro ženy po ukončení šestinedělí

Příloha 2 Informační leták – konzultace s psychologem

Příloha 3 Nejčastější projevy vybraných úzkostných poruch v období těhotenství a po porodu z hlediska KBT

## Příloha 1

### Dotazník pro ženy po ukončení šestinedělí

Milá maminko,  
jmenuji se Magdalena Dihlová a v současné době studuji třetím rokem obor Porodní asistentka na JU v Českých Budějovicích. Chtěla bych vás požádat o vyplnění dotazníku zaměřeného na problematiku psychiky ženy v šestinedělí, adaptaci na roli matky. Dotazník, který jste obdržela, je anonymní a slouží k výzkumu uvedené problematiky. Pokud není uvedeno jinak, uveďte pouze jednu odpověď.

Děkuji za vaši ochotu, čas a spolupráci.

#### **1. Kolik je Vám let?**

- a) do 18 let
- b) 19-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41 let a více

#### **2. Jaké máte ukončené vzdělání?**

- a) ZŠ
- b) vyučená
- c) SŠ s maturitou
- d) VOŠ
- e) VŠ

#### **3. Uveďte Váš stav:**

- a) vdaná
- b) svobodná

#### **4. Po kolikáté jste rodila?**

.....

#### **5. Jste po porodu:**

- a) spontánním
- b) císařským řezem
- c) po klešťovém porodu
- d) VEX (vakuumextraktor)



**6. Vaše těhotenství bylo:**

- a) plánovali jsme ho s partnerem
- b) plánovala jsem ho více sama
- c) plánoval ho více partner
- d) neplánovali jsme ho, ale bylo chtěné
- e) neplánovali jsme ho, bylo nechtěné
- f) jiné: uveďte.....

**7. Bude otec dítěte s Vámi o dítě pečovat?**

- a) ano
- b) ne

**8. Připravovali jste se s partnerem na nadcházející změny?**

- a) nepřipravovali jsme se
- b) připravovali jsme vše pro dítě
- c) jiné: uveďte.....

**9. Navštěvovala jste předporodní přípravný kurz?**

- a) ano
- b) ne

**10. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla, že jste navštěvovala předporodní kurz, absolvoval ho také Váš partner?**

- a) ano
- b) ne

**11. Zaskočilo Vás, že budete matkou?**

- a) ano
- b) ne

**12. Cítila jste se v průběhu těhotenství na mateřství připravená?**

- a) ano
- b) ne

**13. Roli matky jsem:**

- a) přijala jako přirozenou součást mého života
- b) nemůžu si na ni zvyknout
- c) zatím nepřijala

**14. Jak se adaptoval na roli otce Váš partner?**

- a) myslím, že svou roli přijal
- b) má obavy z nedostatku volného času
- c) obává se nedostatečného spánku
- d) jiné: uveďte.....

**15. Myslíte si, že jste v souvislosti s mateřstvím ztratila na své přitažlivosti?**

- a) ano
- b) ne
- c) nepřemýšlela jsem o tom

**16. Ovlivnilo těhotenství Váš vztah s partnerem?**

- a) ano
- b) ne

**17. Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, jak to Váš vztah ovlivnilo?**

.....

**18. Máte strach, že se sníží během mateřství Vaše životní úroveň?**

- a) ano            b) ne            c) nevím

**19. Byla jste na šestinedělí na pokoji s dítětem (rooming-in)?**

- a) ano            b) ne

**20. Kdo Vám pomáhal na šestinedělí s péčí o dítě? (Můžete uvést více odpovědí)**

- a) porodní asistentka  
b) dětská sestra  
c) nikdo  
d) jiné: uveďte.....

**21. Porodní asistentka na oddělení šestinedělí věnovala pozornost:**

- a) pouze fyzickým změnám (bolest, krvácení, péče o šití, kojení, péče o prsy, výživa)  
b) pouze psychickým změnám (plačtivost, změny nálady, podrážděnost, neklid, únava, pocit nejistoty a osamělosti, poruchy spánku)  
c) všem mým problémům, fyzickým i psychickým

**22. Kdo Vás informoval o psychických poruchách, které během šestinedělí mohou nastat? (Můžete uvést více odpovědí)**

- a) lékař  
b) porodní asistentka  
c) příbuzní  
d) dočetla jsem se na internetu  
e) nikdo mne neinformoval  
f) jiné: uveďte.....

**23. Jaké znáte poporodní psychické poruchy? (vyjmenujte)**

.....

**24. Slyšela jste pojem poporodní blues?**

- a) ano            b) ne

**25. Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, víte, co tento termín znamená?**

- a) krátký a mírný emoční problém, projevující se změnou nálady, podrážděností, plačtivostí, únavou, neklidem  
b) déletrvající zhoršení nálady, které se může objevit během prvních šesti měsíců po porodu  
c) vážné psychotické onemocnění ohrožující život matky a dítěte

**26. Měla jste v porodnici možnost využít konzultaci s psychologem?**

- a) ano            b) ne            c) nezajímala jsem se

**27. Po kolika dnech jste byla propuštěna z porodnice? (doplňte)**

.....

**28. S čí pomocí jste od porodu mohla počítat? (Můžete uvést více odpovědí)**

- a) matka
- b) tchýně
- c) sestra
- d) chůva
- e) partner
- f) jiné: doplňte.....

**29. Trpěla jste před porodem nějakými psychickými potížemi?**

- a) ano
- b) ne

**30. Pokud jste odpověděla v předchozí otázce ano, vypište, jakými potížemi jste trpěla.**

.....

**31. V případě psychických komplikací, bych se obrátila na:**

(Můžete uvést více odpovědí)

- a) gynekolog v nemocnici
- b) obvodní gynekolog
- c) porodní asistentka
- d) dětská sestra
- e) psycholog
- f) psychiatr
- g) sociální pracovnice
- h) jiné: doplňte.....

**32. Zvládla jste po propuštění z porodnice provoz celé domácnosti?**

- a) ano
- b) s drobnými potížemi
- c) s velkými potížemi
- d) ne

**33. Co plánujete po mateřské dovolené?**

- a) vrátím se do posledního zaměstnání
- b) najdu si jinou práci
- c) další dítě
- d) jiné: uveďte.....

**34. Kdo je Vaší oporou?**

.....

**MILÉ PACIENTKY,**

**ZA DOBY VAŠÍ  
HOSPITALIZACE  
NEVÁHEJTE  
VYUŽÍT MOŽNOSTI**



**PSYCHOLOGICKÝCH KONZULTACÍ**

**K SEZENÍ SE PROSÍM OBJEDNEJTE  
PŘÍMO TELEFONICKY,  
NEBO SE OBRAŤTE NA KOHOKOLI  
Z LÉKAŘŮ NEBO SESTER, DĚKUJI.**

**Budu se těšit na setkání,  
PhDr. Lenka Mrlinová  
psycholožka  
Tel.: 774 86 85 81  
224 434 256**

*(Zdroj: PhDr. Lenka Mrlinová, psycholog Gynekologicko-porodnické kliniky FN Motol).*

Příloha 3

Nejčastější projevy vybraných úzkostných poruch v období těhotenství a po porodu z hlediska KBT

	<b>GAD</b>	<b>panická porucha</b>	<b>agorafobie</b>	<b>sociální fobie</b>	<b>specifická fobie</b>	<b>OCD</b>	<b>PTSD</b>
<b>typické spouštěče epizod frustrace</b>	Každodenní činnosti, kontakt s partnerem, uvědomění si budoucnosti, tělesné příznaky, období „volna“	tělesné příznaky	vzdálení se z místa bezpečí nebo od ochrany důležitou osobou, anticipace expozice	sociální situace, jejich anticipace či vzpomínky na ně	specifický spouštěč: zvíře, situace, anticipace situace	kontakt s předměty (nůž, polštář, „kontaminované“ věci) nebo situací, která navozuje obsese	předměty a situace připomínající traumatickou událost
<b>kognice</b>	mnohočetné obavy a starosti, týkající se zvládnutí těhotenství, porodu, mateřské role, domácnosti, vztahu s partnerem, podpory okolí, finanční situace, tělesných a psychických příznaků; nedokončené katastrofické scénáře	zemřu, udusím se, ztratím nad sebou kontrolu, zblázním se, potratím, ublížím dítěti; musím mít rychle pomoc; nesmím být sama	určitě mi bude špatně v té nebo oné situaci; příznaky budou stále narůstat až to nepůjde vydržet; ohrozím dítě i sebe; musím mít stále někoho u sebe, kdo mi pomůže; musím se vyhnout těmto situacím	budu trapná, zesměšním se a znemožním; nejsem schopna, se normálně chovat mezi lidmi; všichni uvidí moje příznaky; pomlouvají mě proto	situaci nevydržím, zblázním se z toho nebo v ní umřu, potratím, ztratím nad sebou kontrolu	co když ublížím dítěti, blízky, sobě; musím se vyhnout nebo situaci kontrolovat předem nebo zpětně pomocí toho, že se umyji, pomodlím, ujistím nebo jinak zabezpečím, aby se to hrozné nestalo	Už je to zase tady! Je to strašné. Ty vzpomínky nevydržím. Musím odvést pozornost někam jinam. Proč, se to stalo právě mně? Určitě se to stane znovu. Musím se před tím zabezpečit.
<b>metakognice</b>	<b>negativní:</b> uškodím dítěti, sobě, manželství, pokud budu takto myslet <b>pozitivní:</b> musím na to myslet, aby se to nestalo, jen tak to můžu kontrolovat a zajišťovat, když na to myslet nebudu, stane se něco strašného	Nebývají	nebývají	<b>negativní:</b> když si to budu říkat, bude to ještě horší, zničím si sebevědomí a nikdy to nepůjde <b>pozitivní:</b> musím si toho všimnout, jinak bych se totálně znemožnila, tak se před tím chráním	nebývají	<b>negativní:</b> když mám tyto nápady, jsem divná, hrozná matka, zrůda, úplně mně to zničí <b>pozitivní:</b> kdyby mě to nenapadlo, stalo by se něco hrozného (zabila bych dítě, těžce onemocněla nebo někdo jiný)	Nebývají

<b>Typické emoce</b>		úzkost, anticipační úzkost, strach, záchvaty paniky, tenze, vztek, iritabilita, podrážděnost, kolísání nálady, zlost na sebe, bezmoc, sebelítost					
<b>tělesné příznaky</b>		stěhovavé vegetativní příznaky: palpitace, nevolnosti, slinění, rozmazané vidění, tíha v končetinách, šumění nebo pískání v uších, červenání, třes, parestezie, dechové potíže, „knedlík v krku“, píchání u srdce, vertigo, napětí svalstva apod.					
<b>chování</b>	chaotické, chybí systematickosti, detailismus vzdávání, náhražkové činnosti, odkládání, zabezpečovací chování, nesystematické vyhýbání se domnělému ohrožení	zabezpečovací chování, ujišťování, vyhledávání vyšetření	vyhýbavé chování a vyhledávání pomoci druhých	vyhýbavé chování	vyhýbavé chování	rituály, vyhýbavé chování, zabezpečování, ujišťování	kognitivní vyhýbání, vyhýbavé chování, zabezpečování, hádavost, „hlídání“
<b>očekávání, postoje, odvozená schémata</b>	Musím to zvládnout perfektně, všem musím ukázat, jak dobře to zvládnu, jinak si mě přestanou vážit.	Zdravý člověk nemá žádné příznaky. Tělesné příznaky znamenají vážnou nemoc.		Člověk se musí umět vždy chovat perfektně. Každé selhání v sociální situaci všichni odsoudí.	Tuto situaci zvládnout nikdy nejde.	Všechno musím mít na 100 % pod kontrolou, jinak hrozí tragedie.	Svět je nebezpečný a tragedie se může kdykoliv zopakovat. Jsem obět, a mně se to stane znovu.
<b>kognitivní procesy</b>	Selektivně abstrahuje ze skutečnosti jakékoliv náznaky ohrožení, amplifikuje je pomocí katarzního úzkostného zpracování, generalizuje i na jiné situace, dělá závěry „skokem“ při nedostatečném podložení fakty						

(Zdroj: PRAŠKO, J, et al. *Psychoterapie úzkostných poruch v těhotenství a poporodním období. Psychiatrie. 2002, roč. 6, č. 2, s. 47-57. ISSN 1211-757).*