

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav porodní asistence

Psychické problémy žen v těhotenství a po porodu
Bakalářská práce

Anna Holinková

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Olomouc 2012

ANOTACE

Bakalářská práce

Název práce v ČJ: Psychické problémy žen v těhotenství a po porodu

Název práce v AJ: Psychological problems of women in pregnancy and after Childbirth

Datum zadání: 2012-01-20

Datum odevzdání: 2012-05-04

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

Autor práce: Holinková Anna

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Oponent práce:

Klíčová slova v ČJ:

porod, těhotenství, šestinedělí, psychické problémy, poporodní blues, poporodní deprese, psychika, kojení, psychosociální vliv kojení, otec u porodu, omega 3, omega 6, nenasycené mastné kyseliny, Edinburská škála

Klíčová slova v AJ:

childbirth, pregnancy, puerperium, mental problems, postpartum blues, postpartum depression, psychological, nursing, psychosocial impact of breast feeding, father at birth, omega 3, omega 6, polyunsaturated fatty acids, Edinburgh scale

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce se zabývá problematikou psychických poruch v těhotenství, po porodu a v období šestinedělí. Předkládá přehled poznatků, které se týkají charakteristiky jednotlivých psychických problémů, zabývá se jejich příčinami, rizikovými faktory, objasňuje způsoby léčby. V neposlední řadě bakalářská práce zdůrazňuje jednotlivé oblasti prevence, které vedou ke snížení výskytu psychických poruch žen v tomto složitém období. Uvedené poznatky byly dohledány za použití elektronických vyhledávacích databází: Medline, Medvik, PubMed, Profeser on-line, Solen cz, Národní lékařská knihovna ČR, google scholar, google cz. Na toto téma jsem si nechala vypracovat ve VKOL dvě rešerše a to za období od roku 1990 – 2010 a od roku 2010 – 2011.

Abstrakt v AJ:

The bachelor work deals with problems in mental disorders during pregnancy, after childbirth and during puerperium. This work presents findings related to characteristics of individual psychological problems, deals with their causes, speaks about risk's factors, explains ways of treatment. Last but not least, the thesis highlights individual areas of prevention, that leads to reduction of incidence various mental disorders of women in this difficult period. These findings were traced electronic search databases: Medline, Medvik, PubMed, Solen cz, Bibliographia Medica Czechoslovaca, google scholar, google com. On this subject I have commissioned two research in the Research Library and for the period from 1990 - 2010 and from 2010 - 2011.

Rozsah práce: 50 stran

Prohlášení

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

Olomouc 30. 4.2012

podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, vstřícnost a ochotu při zpracování této bakalářské práce.

Obsah

Úvod	7
1 Příčiny a rizikové faktory psychických poruch.....	10
1.1. Charakteristika nejčastěji se vyskytujících psychických poruch v těhotenství a v šestinedělí	11
1.1.1 Poporodní blues	11
1.1.2 Poporodní velká deprese	12
1.1.3 Poporodní psychóza.....	13
1.1.4 Úzkostné poruchy v těhotenství a poporodním období	14
1.2. Psychické změny v těhotenství a po porodu.....	15
1.3. Rizikové faktory a příčiny vzniku psychických poruch v těhotenství a v šestinedělí	16
2 Léčba psychických poruch v těhotenství a po porodu	18
2.1. Ošetrovatelská péče porodní asistentky	19
2.2. Diagnostika poporodní deprese pomocí Edinburské škály.....	21
2.3. Psychoterapie.....	22
2.3.1 Interpersonální psychoterapie (IPT).....	23
2.3.2 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT).....	23
2.4. Medikamentózní léčba, elektrokonvulzní léčba	24
2.5. Elektrokonvulzní terapie (ECT)	25
3 Prevence psychických poruch v těhotenství a po porodu	26
3.1. Psychoprofylaxe - účinný lék proti strachu z porodu	28
3.2. Vliv přítomnosti otce u porodu na psychický stav rodičky.....	30
3.2.1 Multikulturní rituály otců spojené s porodem.....	32
3.3 Vliv omega 3 a 6 nenasycených mastných kyselin na těhotenství a vývoj jedince.....	34
3.4. Psychosociální vliv kojení na zdraví a psychiku matky a dítěte.....	36
4 Závěr	38
5 Bibliografické a elektronické zdroje.....	41
6 Přílohy	47
6.1. Deset kroků k úspěšnému kojení.....	47
6.2. Kazuistika.....	48

Úvod

Bakalářská práce se věnuje problematice psychických problémů žen v těhotenství, po porodu a v šestinedělí.

Byl formulován zkoumaný problém v podobě otázky: Jaké existují informace o psychických problémech žen v těhotenství, po porodu a v šestinedělí?

Na základě této otázky a po prostudování vstupní literatury byly stanoveny tři cíle:

Cíl 1: Předložit poznatky o příčinách a rizikových faktorech psychických poruch v těhotenství a šestinedělí

Cíl 2: Předložit poznatky o léčbě psychických poruch v těhotenství a šestinedělí

Cíl 3: Předložit poznatky o prevenci psychických poruch v těhotenství a šestinedělí

Bibliografické citace vstupní literatury:

1. NICOLSON, Paula. Poporodní deprese. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2001.148s. ISBN 80-7169-938-1.
2. WIDEROVÁ, Jennifer. Pozor! Jak se nezbláznit po porodu. Přel. Irena Haasová. 1.vyd. Praha: Metafora,2009.239s. ISBN 978-80-7359-202-8.
3. GIESEL, Elizabeth. Slzy po porodu. Jak překonat depresivní nálady. Přel. Veronika Hilská. 1.vyd. Praha: One Women Press, 2004.256s. ISBN 80-86356-32-9.
4. ENKIN, M., KEIRSE, M.J.N.C., RENFREW, M., NEILSON, J. Efektivní péče v perinatologii. Přel. Karel Mašek. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998.386s. ISBN 80-7169-417-7.
5. PRAŠKO, Ján et al., Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie. 1.vyd. Olomouc:

Univerzita Palackého v Olomouci, 2010.345s. ISBN 978-80-244-2365-4.

6. BEHINOVÁ, Markéta et al., Velká kniha o mateřství. 2.vyd.Praha Mladá fronta, 2007.372s. ISBN 80-204-1749-4.

Na toto téma byly vypracovány ve Vědecké knihovně v Olomouci dvě rešerše a to za období od roku 1990 do roku 2010, pak další, aktuální od roku 2010 do roku 2011. V první z nich bylo nalezeno 287 záznamů dle stanovených klíčových slov. Druhá rešerše našla 29 záznamů dle stanovených klíčových slov.

Přehled klíčových slov: poporodní deprese, poporodní blues, deprese, porod, šestinedělí, otec u porodu, kojení, psychosociální vliv kojení, strach z porodu, úzkost, vliv omega 3 a 6 nenasycených mastných kyselin.

Jednotlivé poznatky byly vyhledávány v recenzovaných časopisech a na webových stránkách:

Profese on-line,

Medvik,

PubMed,

Medline,

Solen cz,

Google scholar,

Google cz.,

kde byly publikovány nejnovější informace k dané problematice. V těchto databázích bylo nalezeno dle zadání jednotlivých klíčových slov 30 235 článků v českém, 4387 v anglickém a 1567 ve slovenském jazyce. Ve většině databází se mnoho použitých článků shodovalo, některé z nich byly vyřazeny, neboť se netýkaly problematiky bakalářské práce a stanovených cílů. Z těchto nalezených zdrojů bylo pro účely bakalářské práce použito 29 v českém jazyce, 2 ve slovenském jazyce a 2 v anglickém jazyce.

Bakalářská práce je členěna na tři kapitoly. První kapitola předkládá nejnovější poznatky o příčinách, rizikových faktorech a psychických změnách v těhotenství a po porodu. Jednotlivé psychické poruchy jsou zde popisovány dle jejich charakteristik.

Druhá kapitola podává informace o nejnovějších diagnostických metodách, léčbě, psychoterapii, ale i možných komplikacích.

Ve třetí kapitole se zabývám sběrem informací, které se týkají prevence, do které patří i psychická podpora matky, rituály otců spojené s porodem, ale také vliv omega 3 a 6 nenasycených mastných kyselin na těhotenství a vývoj jedince. Popisují zde také psychosociální vliv kojení na zdraví a psychiku matky a dítěte. V neposlední řadě jsem zde shromáždila informace, které se vztahují k problematice přítomnosti otců u porodu. Součástí práce jsou přílohy, kde jsou uvedeny bibliografické a elektronické zdroje, ze kterých jsem čerpala, deset kroků k úspěšnému kojení a kazuistika, která se úzce dotýká problematiky popisované v bakalářské práci, jenž mě velmi zaujala.

1. Příčiny a rizikové faktory psychických poruch v těhotenství a po porodu

Praško, Látalová, Grambal uvádí, že těhotná žena byla kdysi téměř ve všech kulturách středem pozornosti celé rodiny, která se o ni starala a dávala jí pocit jistoty a bezpečí. S tím bylo spojeno i množství rituálů, které jí pomáhaly toto složité období překonat a zvládnout. Jinak je tomu ovšem v dnešní moderní společnosti, která je spojena s velkou migrací, oddělením jednotlivých generací od sebe a důrazem na vlastní soběstačnost a individualitu. Dále uvádí, že dnešní *novorodička* se může cítit relativně osamělá, chybí jí ochrana, ale přitom je utvrzována v důležitosti své role matky, však z výsledků výzkumu uveřejněného v Lékařských listech speciál vyplývá, že pro mnoho žen, je těhotenství a období po porodu spojeno se zvýšenou vulnerabilitou k psychickým poruchám, zejména k depresi a úzkostným stavům (Praško, Látalová, Grambal, 2011, s. 19). Také Sobotková, Štembera hovoří o poporodním období jako o čase zvýšeného rizika vzniku psychických onemocnění, kdy v raném šestinedělí se může vyskytnout závažné psychické onemocnění, jakým je například poporodní psychóza, která se vznikne zpravidla do sedmi dnů po porodu a to u 0,1 - 0,2% šestinedělek (Sobotková, Štembera in Dušová, Moniaková, 2010, s. 121). Čech se s výše uvedenými shoduje a rozšiřuje tuto problematiku o další poznatek, že v prvních dnech po porodu se poporodní psychózy zpravidla neobjevují a k jejich vzestupu dochází třetí až čtvrtý den po porodu (Čech in Dušová, Moniaková, 2010, s. 121). K tomuto názoru se přidává i Praško a upozorňuje na přehnaně růžová očekávání od těhotenství a porodu, která mohou být nereálná, rigidní, negativně laděná a jejichž výsledkem je narůstání stresových situací a rozvoj psychických poruch

(Praško, 2011, s. 19). Na tuto skutečnost upozorňuje i Giesel, která popisuje, že depresemi většinou netrpí matky nechtěných dětí, ale právě naopak, jedná se o ženy, které si dítě velmi přály, na svou úlohu a roli matky se velmi těšily a očekávají, že budou perfektní, ale ve skutečnosti to tak vždycky není (Giesel, 2004, s. 25).

Diametrálně odlišný má názor na celou problematiku Nicolson, která chápe poporodní depresi jako součást normálního prožitku téměř každé matky po porodu a doporučuje ženám a mužům, že musí porozumět důsledkům mateřství v kontextu života západní společnosti, kde nejsou přítomny široké příbuzenské vazby a jsou situace, kdy se dostanou do finančních potíží, nebo při generačních konfliktech v rodinných vztazích. Nabádá, aby si ženy uvědomily, že po porodu se jejich hormony bouří a je chyba, když je jejich chování označováno za iracionální, nebo tvrdit, že se může rozvinout celá řada rušivých a nepatřičných citů (Nicolson, 2001, s. 110).

Dušová, Moniaková prezentovaly svoji studii, jejíž cílem bylo zjistit výskyt emočních změn u žen v časném šestinedělí za pomoci Edinburské škály postnatální deprese a zjistily, že větší sklon ke vzniku mají svobodné ženy, prvorodičky a ženy bez rodinného, nebo sociálního zázemí (Dušová, Moniaková, 2010, s. 121).

1.1. Charakteristika nejčastěji se vyskytujících psychických poruch v těhotenství a v šestinedělí

1.1.1 Poporodní blues (poporodní deprese malá, baby blues)

Líbalová, Čepický popisují poporodní blues jako několikadenní depresivní epizodu, která se vyskytuje až u 80% šestinedělek a tvrdí, že ji lze považovat za fyziologickou reakci poporodního období s projevy smutku, plačtivosti, labilitou nálady a vrcholí třetí až šestý den po porodu, nejpozději však do desátého dne od porodu mizí. Jak dále uvádí tento smutek nevyžaduje léčbu, ale je vhodné psychologické poučení ženy a partnera (Líbalová, Čepický, 2009, s. 14). Stejný názor má i Eliášová (Eliášová in Simočková, 2008, s.

85), která se shoduje s 80% výskytem poporodního blues a hovoří o něm jako o nejčastější psychické poruše. Altschuler et al. (in Praško 2002, s. 40) se s projevy poporodního blues také ztotožňují a dále popisují zvýšenou přecitlivělost, úzkostnost, pocity strachu a deficit lásky k novorozenci a tvrdí, že vrchol onemocnění přichází pátý až sedmý den a vymizí do dvacátého dne po porodu.

1.1.2 Poporodní velká deprese

Fertařová, Mrosková a Šimová píší o poporodní depresi jako o stavu, kdy se matka nedokáže postarat o své dítě, má pocity méněcennosti, bezradnosti a smutku. Příčinou je momentální psychický stav, který jí nedovolí plnit svoje mateřské povinnosti. Symptomy, které provází onemocnění, jsou depresivní nálada, ztráta zájmu o vše co jí zajímalo dříve, poruchy spánku, snížení hmotnosti, špatná schopnost koncentrace a myšlení. Tyto stavy se mohou vyskytovat už v těhotenství, dokonce i u chtěných gravidit. Jedná se především o projevy neurotického charakteru, jako je například zvýšená nervozita, nesoustředěnost nebo hypochondrické projevy (Fertařová, Mrosková, Šimová, 2004, s. 9).

Hirst, Moutier popisují poporodní velkou depresi jako psychickou poruchu, která není často rozpoznána od přechodné změny nálad – baby blues a shodují se s názorem Fertařové (2004, s. 9), že velká deprese se může vyskytovat již v graviditě a přetrvávat až do období po porodu. Upozorňují, že poporodní velká deprese je závažná svým průběhem, neboť tyto ženy mohou mít suicidální sklony. Dále pak, si stěžují na problémy se spánkem, mají problém usnout, nebo se opakovaně budí a nedostatek spánku pak vede k přechodným problémům s pamětí a myšlením. Změny chuti k jídlu nejsou spolehlivým ukazatelem při určování diagnózy (Hirst, Moutier, 2011, s. 30).

Praško z psychopatologického hlediska charakterizuje velkou depresi pocity ženy, které nedokážou dítě milovat, ani se o něj starat, mají pocit, že je nechtěné, mají problém se jej dotýkat a pečovat o něj. Trpí pocity ztráty kontroly. Při prohloubení příznaků může hrozit zabití dítěte, nebo sebevražda. Kromě výše uvedených příznaků, se mohou objevovat obscese

a kompulze, panické ataky, abúzus alkoholu. Časově je velká poporodní deprese vymezena výskytem šest až dvanáct týdnů po porodu, ale někdy se může objevit až do jednoho roku (Praško, 2002, s. 40).

1.1.3 Poporodní psychóza (laktační psychóza)

Eliášová a Andraščíková označují poporodní psychózu starším názvem jako laktační, nebo puerperální psychózu, upozorňuje, že se jedná o velmi vážné psychotické onemocnění, které vyžaduje hospitalizaci na psychiatrickém oddělení s neodkladnou psychiatrickou intervencí (Eliášová, Andraščíková in Simočková, 2010, s. 16). S tímto názorem se slučuje i Simočková (2010, s.16), ve svém článku o poporodních poruchách a zdůrazňuje nebezpečí tohoto stavu pro nevypočitatelné chování matky.

Praško et al. dále uvádí, že k rozvoji této choroby dochází nejčastěji v prvních třech dnech po porodu, ale někdy i několik týdnů po něm. Dále uvádí, že častěji vzniká poporodní psychóza po těžkých, komplikovaných, protrahovaných porodech a po porodech s nasedající puerperální infekcí. Jako další ze spouštěcích mechanismů uvádí náhlé hormonální výkyvy v období po porodu, nebo vnitřní konflikt související s mateřstvím, jako je například nechtěné těhotenství, nebo strach z mateřské role. Nabádá, že jako první, co by nás mělo upozornit, je neklid matky po porodu, emoční labilita a problémy se spánkem. Hned potom se objevuje zmatenost, psychotické depresivní, nebo manické příznaky, halucinace a bludy, žena ztrácí kontakt s realitou a je nutná urgentní hospitalizace, jinak je dítě i matka v ohrožení života (Praško et al, 2010, s. 325).

Praško (2010, s. 325) i Simočková (2010, s. 16) se shodují, že v některých případech se může jednat o dosud neprojevenou bipolární, nebo unipolární depresivní poruchu, která se projevila až po porodu jako poporodní psychóza. Podobný názor na tuto problematiku má i Fridrich (2006, s. 88), který udává frekvenci výskytu poporodní psychózy 2/1000 porodů, přičemž riziko se zvyšuje u žen s pozitivní rodinnou anamnézou bipolární afektivní poruchy a obzvláště je vysoké u žen, které v minulosti již poporodní

psychózu prodělaly. Oates publikuje epidemiologickou studii, která měla za cíl zjistit hlavní příčinu úmrtí matek v poporodním období a zjistil, že se jedná právě o sebevraždu a zdůrazňuje, že psychóza je hrozbou nejen pro matku, ale i pro dítě, které se může stát obětí psychoticky motivované agrese (Oates in Fridrich, 2006, s. 88).

1.1.4 Úzkostné poruchy v těhotenství a poporodním období

Praško et al. uvádí, že většina úzkostných poruch se těhotenstvím zhorší, nebo se poprvé projeví, obzvláště to pak platí pro poporodní období. Jedná se zejména o generalizovanou úzkostnou poruchu, obsedantně kompulzivní poruchu a specifické fobie. Mezi nejčastější typy úzkosti v tomto období patří tokofobie, kdy žena má strach z těhotenství a vyhýbá se mu, přesto že děti chce. Dále sem Praško řadí panickou poruchu, která se projevuje na příklad tak, že žena má strach zůstat sama doma, nebo zůstat sama s dítětem. Obsedantní kompulzivní porucha se vyskytuje často již v graviditě, jejím obsahem jsou agresivní, nutkavé myšlenky, obavy z nemocí, špíny, infekce, po porodu jsou myšlenky zaměřeny proti novorozenci (Praško et al., 2010, s. 326). S tímto se shoduje i Čech a dále uvádí, že úzkost týkající se porodu, může být vázána na nedůvěru v porodnici, kde má žena strach porodit, strach z vlastního selhání, strach ze své smrti či dítěte, přičemž poslední z aspektů bývá často spojen s negativními zážitky z minulého porodu a vyskytuje se u 37% partnerů těchto žen. Dále se zde Čech shoduje s Praškem et al. (2010, s. 326), že těhotenství, může být vyvolávající faktor obsesivní nutkavé poruchy, nebo má za následek zhoršení těchto obtíží v těhotenství, což bývá pod vlivem působení steroidních hormonů, nebo serotoninu a dále uvádí, že tyto poruchy se také vyskytují u žen s premenstruačním syndromem. Panické poruchy se mohou těhotenstvím naopak zmírnit vlivem působení progesteronu a jeho metabolitů na kyselinu gama-aminomáselnou. Na závěr udává prokázaný negativní vliv úzkostných stavů matky v průběhu těhotenství na intrauterinní stav plodu, neboť stavy

úzkosti jsou spojeny s vyšším rezistenčním indexem děložní artérie, což má vliv na hypotrofizaci plodu (Čech et al., 2006, s. 303).

1.2. Psychické změny v těhotenství a po porodu

Roztočil et al. rozdělují psychické změny v těhotenství a po porodu z psychologického pohledu na tři trimestry: „V první třetině gravidity je těhotná zaměřena na sebe, stává se introvertní, sleduje vlastní tělo, snaží se zjistit, zda je opravdu těhotná. Úkolem prvního období je přijetí těhotenství. Z hlediska afektivity jsou typické rozladěnost, nejistota a náladovost. Do druhé psychologické třetiny gravidity žena vstupuje tehdy, když vnímá pohyby plodu. V tomto období si plně uvědomuje existenci plodu, cítí se dobře, snaží se všemi způsoby podporovat zdárný průběh těhotenství. Úkolem druhé fáze je přijetí plodu jako nezávislého samostatného jedince. Hranice mezi druhou a třetí psychologickou třetinou je mezi obdobími, kdy se žena obává předčasného porodu a obdobími, kdy by už chtěla porodit co nejdříve. Chování ženy v závěrečném období je charakterizováno *stavěním hnízda*. Součástí afektivní reakce během tohoto časového úseku jsou silné protichůdné pocity zranitelnosti, obavy o osud těhotenství, strach z porodu na jedné straně a na straně druhé těhotenství se stává stále více nepohodlným a soustředění ženy směřuje k termínu porodu. Úkolem třetí fáze je příprava na porod a existenci nového jedince mimo organizmus matky.“ (Roztočil et al., 2001, s. 94)

Faldyna tvrdí, že vlivem hormonálních změn v těhotenství a po porodu se může spustit celá řada psychiatrických onemocnění, nebo mohou vyvolat jejich relaps a zdůrazňuje, že pacientku s pozitivní anamnézou depresivní poruchy je nutno pečlivě sledovat, i když se jedná jen o výskyt deprese v rodinné anamnéze. Dále poukazuje, že v těhotenství se mohou zdát některé projevy deprese jako normální, adekvátně tomuto stavu. Udává projevy únavy, nezáměru o běžné aktivity, potíže se soustředit, nechutenství,

potíže se spánkem, těžkopádnost myšlení. Uvádí výsledky výzkumu prezentovaného v roce 10/2009 v časopise Psychiatrie pro praxi, které prokazují, že 10-15% žen postihuje deprese v poporodním období, ale celá třetina žen depresí trpěla již v době gravidity. Z tohoto výzkumu dále vyplývá, že až 90% depresí v šestinedělí není vhodně diagnostikováno ani léčeno. Přičemž právě deprese narušuje symbiózu mezi matkou a dítětem, což negativně ovlivňuje jeho kognitivní a emoční vývoj (Faldyna, 2009, s. 138). S tímto názorem se shoduje i Praško, Látalová, Grambal a navíc uvádí, že prevalence těhotných žen, které mají projevy depresivní poruchy je 10-16%. Zajímavé je, že tato čísla jsou podobná jako u netěhotných žen. Dále tvrdí, že symptomy deprese vrcholí v prvním trimestru, v průběhu druhého dochází ke zlepšení, ale zhoršení nastává ve třetím trimestru, které je umocněno stresem z blížícího se porodu (Praško, Látalová, Grambal, 2011, s. 21).

Líbalová, Čepický popisují psychické změny matky po porodu, jako důsledek vlivu endokrinních faktorů, kdy po porodu dochází k poklesu estrogenu, progesteronu a naopak v těle matky stoupá hladina prolaktinu a oxytocinu. Jako další pak uvádí fyzické změny, zvýšená únava, nároky na její výkon a vzhled. Za neméně důležité považují i sociální změny, které zahrnují novou roli matky, která s sebou nese zvýšenou úzkost, strach o dítě, smutek, plačtivost a nestabilitu nálady (Líbalová, Čepický, 2009, s. 14).

1.3. Rizikové faktory a příčiny vzniku psychických poruch v těhotenství a v šestinedělí

Roztočil tvrdí, že významnou roli při vzniku těchto potíží hraje osobnost ženy, přičemž záleží na její emoční zralosti a reakcích v náročných životních situacích, jakým porod bezesporu je (Roztočil in Dušová, Moniaková, 2010, s. 122).

Dušová, Moniaková (2010, s. 122) dále uvádí výsledky jejich šetření, ze kterého vyplývá, že největší sklon ke vzniku poporodní deprese měly prvorodičky, mladé ženy ve věku od 21-29 let a svobodné ženy. S výsledky šetření se shoduje Praško a přidává další skupinu žen s rizikovými faktory vzniku poporodní deprese, kterou mohou tvořit ženy s horším sociálním zázemím, nechtěným těhotenstvím, nebo s partnerskými problémy. Dále uvádí, že úzkostné poruchy se těhotenstvím zhoršují, nebo poprvé objevují (Praško, 2011, s. 21).

Giesel považuje první kontakt mezi matkou a novorozencem za velmi důležitý, neměl by být ničím rušen, i WHO doporučuje, aby matka vzala dítě do náruče ještě před prvním ošetřením. Dále však uvádí, že může nastat situace, že toto není možné, je nutné přerušit časný bonding, umístit novorozence na novorozenecké oddělení, což může být jeden ze spouštěcích faktorů poporodní deprese (Giesel, 2004, s. 49).

Stromková rozděluje příčiny vzniku poporodní deprese na několik faktorů. Mezi biologické faktory patří vysoká hladina prolaktinu, nebo porucha regulace neurotransmiterů serotoninu. Psychologické faktory jsou různé negativní životní události během těhotenství, porodu, ale patří sem i nízké sebevědomí, nebo porucha akceptace role matky. Demografický faktor představuje velmi nízký, nebo vysoký věk matky, ekonomické problémy, nebo její nízké vzdělání. Do skupiny interpersonálních faktorů patří manželské problémy, nebo separace matky od dítěte. Porodnické faktory představují komplikace během porodu, nechtěné těhotenství, primiparitu, nebo předčasné propuštění z porodnice (Stromková in Fertařová, Mrosková, Šímová, 2004, s. 9). S posledním z faktorů se shodují i Líbalová, Čepický (2009, s.14), kteří řadí dřívější propuštění z porodnice mezi nezávislé rizikové faktory pro vznik poporodní deprese a jako další faktor udávají také pozitivní korelace s premenstruačním syndromem, strachem z porodu a vlivem spánkové deprivace.

2. Léčba psychických poruch v těhotenství a po porodu

Praško při léčbě poporodních depresivních stavů udává, že léčba se odvíjí od typu a závažnosti symptomů a tvrdí, že poporodní blues se dá zvládnout vhodným psychologickým přístupem, vysvětlením celé situace a nutná je i pomoc s péčí o novorozence. Dále uvádí, že je nutno edukovat šestinedělku o tom, že pokud má příznaky závažnějšího charakteru, nebo trvají déle než dva týdny, tak musí vyhledat lékaře a na místě je psychiatrická léčba. U lehčích depresivních stavů může velmi pomoci psychoterapie, ale pokud jsou však příznaky závažnější je nutná hospitalizace a léčba antidepresivy. Součástí edukace je i problematika zástavy kojení (Praško, 2002, s. 41). Faldynovi (2009, s. 138) obavy z jistého odporu k medikamentózní léčbě poporodní deprese pramení z představy povědomí veřejnosti, že antidepresiva mohou poškodit vývoj plodu, nebo kojeného dítěte a tak je třeba se jim vyhnout. Připomíná však, že pokud tento stav není včas diagnostikován a správně léčen může dojít k silnému narušení vztahu matky s novorozencem a je zde velké suicidální riziko pro matku a život ohrožující stav pro dítě. Je vždy nutné k ženám v této problematice přistupovat individuálně a nelze vytvořit obecný postup, který by se na všech aplikoval stejně. S Faldynou se shoduje i Strunzová, která zdůrazňuje doporučení, kterých léčebných metod a léků se držet a udává, že vždy je nutno zohlednit závažnost stavu, trimestr gravidity, eventuálně předchozí léčbu. Zdůrazňuje, že medikace se určuje uváženě, na základě znalosti problematiky psychofarmak a vždy se kombinuje s psychoterapií, pak je možno říci, že přínos léčby převažuje nad jejím rizikem (Strunzová, 2005, s. 119).

2.1. Ošetrovatelská péče porodní asistentky

„Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit“ (Vránová, 2010, s. 39).

Leifer udává, že většina žen, které se zotavují po těhotenství a po porodu nemá vážnější problémy, mohou však nastat různé komplikace, které negativně ovlivní její tělesné i psychické zdraví a k povinnostem porodní asistentky patří sledovat celkový zdravotní stav ženy, předcházet , eventuálně včas zachytit možné komplikace (Leifer in Charvátová, Filausová, 2010, s. 82).

Simočková (2010, s. 17) zahrnuje do ošetrovatelské péče v poporodním období u žen s poruchami nálad aktuální problémy a potřeby, podle kterých plánuje ošetrovatelské intervence, jsou to:

Potřeba bezpečí

-sesterské diagnózy: bezmocnost, konflikt v rozhodování, riziko úrazu, sebepoškození, riziko násilí vůči jiným osobám, riziko sebevraždy

Komunikace

-sesterské diagnózy: narušená verbální komunikace, narušené smyslové vnímání

Spánek

-sesterské diagnózy: insomnie, spánková deprivace, narušený spánkový vzorec, únava

Výživa

-sesterské diagnózy: nevyvážená výživa, deficit objemu tělesných tekutin

Hygiena

-sesterské diagnózy: deficit sebeděže při oblékání, deficit sebeděže při jídle, deficit sebeděže při koupání

Pohybová aktivita

-sesterské diagnózy: narušená pohyblivost, sociální izolace, únava

Informovanost

-sesterské diagnózy: deficit vědomostí

Sexualita

-sesterské diagnózy: sexuální dysfunkce

Psychický komfort

-sesterské diagnózy: narušená osobní identita, úzkost, smutek, strach

Sociální kontakt

-sesterské diagnózy: narušená sociální interakce, sociální izolace, neefektivní plnění role (Simočková, 2010, s. 17)

Fertařová, Mrosková, Šimová zaměřují ošetrovatelskou péči na důkladné pozorování klientky, ze kterého se odvíjí jednotlivé ošetrovatelské intervence. Upozorňují, že léčba psychofarmaky může způsobovat obstipaci, nebo retenci moče, čemuž se snaží předcházet vhodnou ošetrovatelskou péčí. Dále zdůrazňují, že depresivní matce je třeba dát najevo, že její trápení sdílíme, sní, že na něj není sama a že se jedná o stav přechodný, avšak není vhodné apelovat na její vůli, například slovy *aby se dala dohromady* a poukazovat na pěkné stránky tohoto světa - mohlo by to prohloubit depresi. Uvádí, že klientku musíme naučit, aby v zátěžových situacích sama

od sebe vyhledala pomoc, přestala pasivně čekat, ale aktivně vyhledala pomoc. V neposlední řadě připomíná, že neodmyslitelnou úlohu hraje spolupráce s rodinou a terapeutem (Fertařová, Mrosková, Šímová, 2004, s. 9).

2.2. Diagnostika poporodní deprese pomocí Edinburské škály

„Dotazník EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) byl vyvinut v roce 1980 a je používán jako první nástroj k zachycení stavu matky. Ke stanovení přesnější diagnózy a naplánování adekvátní léčby je samozřejmě třeba provést další kroky. Tento dotazník slouží jako screening, jakási síť a lze jej opakovaně vyplňovat s odstupem dvou týdnů. Test není určen k odhalení úzkostných neuróz, fobií a poruch osobnosti“ (Giesel, 2004, s. 189).

Také Cox pracuje s touto metodou určenou pro screening a diagnostiku poporodní deprese. Popisuje zde standardizovaný dotazník Edinburské škály postnatální deprese, který se skládá z deseti otázek, včetně dotazu na sebevraždu a každá otázka, se hodnotí na škále od nuly do tří. Skóre vyšší než 12 vyjadřuje u žen, které poporodní depresi nikdy neprodělaly, 86% senzitivitu a 78% specificitu pro poporodní velkou depresi (Cox in Hirst, Moutier, 2011, s. 30). Dále Peindl uvádí, že 80% žen, které prodělaly poporodní depresi a znovu se u nich objevila v průběhu jednoho roku po dalším porodu, mělo čtyři týdny po porodu v Edinburské škále skóre menší než 9 (Peindl in Hirst, Moutier, 2011, s.31).

Hirst, Moutier dodávají, že k určení diagnózy velké porodní deprese je třeba přítomnost nejméně pěti hlavních znaků, které trvají nejméně dva týdny po porodu a narušují běžné fungování v životě. K těmto znakům patří depresivní nálada, anhedonie (snížený zájem o příjemné aktivity), snížená míra energie, nespavost-nadměrná spavost, úbytek-přírůstek na váze, pocity viny, bezcennosti, psychomotorický útlum, agitovanost, sebevražedné úvahy (Hirst, Moutier, 2011, s. 31).

Možný (2011, s. 37) nabádá lékaře a porodní asistentky, aby ve svých ambulancích používaly dotazník Edinburské škály poporodní deprese, neboť jak uvádí jedná se o velmi vhodný nástroj k získání podrobných informací o psychickém stavu matky, přičemž otázky v něm jsou citlivě formulovány, takže je zde předpoklad, že pacientky budou odpovídat pravdivě.

Fromm se o Edinburské škále poporodní deprese vyjadřuje jako o screeningové metodě s 92,5% validitou a 88% citlivostí a preferuje jeho použití v běžné primární péči (Fromm in Fertařová, Mrosková, Šimová, 2004, s. 10).

2.3. Psychoterapie

„Kdy použít psychoterapii a kdy léky? Jednoduchá vodítka pravděpodobně vytvořit nejde, je vždy nutné přihlídnout ke konkrétnímu případu. Psychoterapie je zcela na místě tam, kde je šance na dobrý terapeutický vztah a spolupráci, tj. u pacientky bez premorbidní závažnější poruchy osobnosti, alespoň průměrně inteligentní, se zájmem o psychoterapeutickou práci. Léky jsou naopak vhodnější při závažnější psychopatologii s těžkým narušením kvality života, v případě hrozícího suicidia, partnerského rozvratu, přítomnosti komorbidní depresivní poruchy, jakékoliv potřebě rychlé kontroly stavu pro rizika z prodlení a samozřejmě, když pacientka psychoterapii odmítá.“ (Praško, Kosová, Herman, 2002, s. 51)

Hirst a Moutier používají psychoterapii jako prostředek účinné léčby mírné až středně těžké poporodní deprese, ale může být také jako doplněk farmakologické léčby u středně těžké až těžké poporodní velké deprese. Udávají, že nejčastěji se zde využívá interpersonální terapie, nebo kognitivně behaviorální terapie. O léčbě světlem tvrdí, že u pacientek s poporodní velkou depresí je neúčinná. Dále tvrdí, že vliv akupunktury, jógy a tělesného cvičení dosud nebyl dostatečně prověřen, ale mnoho lékařů tyto aktivity

doporučuje jako doplněk ostatních terapeutických postupů (Hirst, Moutier, 2011, s. 33).

2.3.1 Interpersonální psychoterapie (IPT)

Jedná se o krátkodobou psychoterapii zaměřující se na současné vztahy.

V řadě případů byla prokázána jako efektivní u lehkých a středně těžkých depresí, kde je jejich účinnost srovnatelná s psychofarmaky (Elkin et al. in Praško, 2002, s. 41) a dokonce několik studií u pacientek s poporodní depresí ukazuje velmi příznivé výsledky (O'Hara et al. in Praško, 2002, s. 41). Nejčastější problém, na který se IPT zaměřuje je změna role ženy po porodu, dalším pak jsou interpersonální konflikty (Praško, 2002, s. 41).

2.3.2 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

O'Hara et al. (in Praško, 2002, s. 42) popisuje kognitivně-behaviorální terapii jako přístup, který se zaměřuje na prožitky pacientky (emoce, chování, postoje) v souladu s prostředím, ve kterém žije a učí ji způsobům, jak tyto faktory pozitivně změnit. Simpson, Noble (in Praško, 2002, s. 42), uvádí výsledky studie, která porovnávala KBT s účinkem fluoxetinu u poporodních depresí, jenž prokázal, že obě tyto odlišné terapie jsou podobně účinné. Praško o psychoterapii tvrdí, že může depresi nejen zmírnit, ale také úplně odstranit, což napomáhá pozitivně upravit partnerské soužití, mezilidské vztahy a zároveň zvyšuje odolnost pacientky vůči dalším stresům, které ji mohou potkat (Praško, 2002, s. 44).

2.4. Medikamentózní léčba, elektrokonvulzní léčba

Tato podkapitola není věnována podrobné farmakoterapii jednotlivých psychických poruch v graviditě a v šestinedělí, neboť se jedná o široké spektrum farmakologických léčiv, jehož rozbořem se zabývat není v mé kompetenci, ale chci zde uvést několik názorů odborníků, kteří se této problematice věnují. Indikace k medikamentózní, nebo elektrokonvulzní léčbě je výhradně v kompetenci psychiatrů a většinou je spojena s dispenzarizací v psychiatrické ambulanci, nebo s hospitalizací na psychiatrickém oddělení.

Hiirst, Moutier tvrdí, že dříve než lékař doporučí pro léčbu poporodní velké deprese nějaký lék, měl by vědět, zda pacientka má již nějaké zkušenosti s antidepresivy. Pokud ano, a reakce na ně byla příznivá, začíná tímto lékem s nejnižší dávkou. Dále uvádí, že dobré zkušenosti s léčbou středně těžké až těžké poporodní velké deprese mají s inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), které i při předávkování jsou relativně bezpečné a mají jen mírné nežádoucí účinky. Jen okrajově dále udávají, že v terapii velké poporodní deprese byl používán také estrogen, kdy ve třech studiích byly popsány příznivé účinky, ale tyto studie měly nedostatky, takže estrogen se v současnosti k léčbě poporodní deprese se nedoporučuje a je potřeba jeho další výzkum (Hirst, Moutier, 2011, s. 34).

Strunzová ve svém shrnutí pro léčbu úzkostných poruch v graviditě klade důraz na nefarmakologickou léčbu, alespoň v prvním trimestru gravidity a to pomocí intenzivní psychoterapie. Dále tvrdí, že pokud je anxyolytikum nutné, doporučuje u pacientek bez trvalé medikace podávat Guajacuran, který dle dostupné literatury nemá teratogenní účinek. Farmakoterapii v době kojení doporučuje opět kombinovat s psychoterapií a je nutno zvážit kojení po dobu farmakoterapie. Tvrdí, že rozhodnutí je vždy na matce a pokud kojení trvá, pak upřednostňuje oxazepam a to nízkou dávkou podanou po večerním kojení. Z dalších psychofarmak preferuje antidepresiva SSRI pro jejich anxyolytický efekt (Strunzová, 2005, s. 118). Faldyna však po podávání SSRI popisuje syndrom SRI (related neonatal syndrom) u novorozenců, který

se projevuje tremorem, neklidem, podrážděností, agitovaností a rigiditou, méně často se vyskytují křeče, neutišitelný pláč, hyperreflexie, poruchy spánku a udává, že příznaky jsou přechodné a ztratí se do několika hodin až dnů po porodu (Faldyna, 2009, s. 138).

Fecht (in Faldyna, 2009, s.138) se zmiňuje o dalším riziku po podávání SSRI, tím je perzistentní plicní novorozenecká hypertenze, která se naštěstí 99% novorozenců vyhne, dlouhodobé komplikace a narušení psychomotorického vývoje se nepovažují za prokázané riziko léčby antidepresivy.

Simočková tvrdí, že po dobu léčby poporodní deprese je nutná hospitalizace a shoduje se s výše uvedenými autory na kombinaci antidepresiv s psychoterapií. Také tvrdí, že v některých případech je nutná zástava laktace, s čímž musí matka souhlasit a při velmi těžkých stavech se přistupuje k elektrokonvulzní terapii. Na závěr uvádí, že při léčbě poporodní psychózy je reálná naděje, že se vyléčí, ale je tu riziko, že se objeví v další graviditě a tak je nutné, o tom vždy informovat lékaře, aby mohl včas nasadit léčbu (Simočková, 2010, s. 16).

2.5. Elektrokonvulzní terapie (ECT)

Praško, Látalová, Grambal uvádí, že těhotenství obecně není kontraindikace pro aplikaci elektrokonvulzivní terapie, je ale nutno vždy konzultovat porodníka a anesteziologa a je třeba zvážit míru rizika ECT s dalšími alternativami léčby. Komplikací ECT může být uměle vyvolaný epileptický záchvat, nebo komplikace plynoucí z anestezie. Dále se pak mohou vyskytnout poruchy srdečního rytmu u plodu, mírné vaginální krvácení, děložní tonizace a bolesti břicha. Celkem bylo publikováno pět kazuistik, které popisují kongenitální abnormality u dětí vystavených intrauterinně ECT (paličkovitá noha, anencephalie, atrofie nervus opticus, pulmonální cysty,

hypertelorismus), uvádí se však, že tyto abnormality nebyly přímým důsledkem ECT (Praško, Látalová, Grambal, 2011, s. 22).

V další publikaci popisují Praško, Bulíková, Sigmundová stav pacienta po provedení této metody a udávají, že z ECT má většina lidí zbytečně velký strach, neboť se provádí v celkové anestezii a pacient nic necítí. Pouze v několika dalších hodinách po ECT může pociťovat mírnou bolest hlavy a slabost ve svalech, přechodná porucha paměti, avšak zdokonalením této technologie, především zavedením unilaterálních konvulzí, došlo k redukci tohoto přechodného jevu. Dále udávají, že ECT je neúčinnější metodou léčby depresí a její účinek žádná jiná metoda dosud nepřekonala (Praško, Bulíková, Sigmundová, 2009, s. 67).

3. Prevence psychických poruch v těhotenství a po porodu

„Zpráva Světové zdravotnické organizace (WHO) na téma *Poporodní deprese* dochází k překvapivému výsledku, že se vznikem PPD souvisí nikoli skutečné komplikace, ale subjektivní prožívání těhotenství a porodu. Naslouchat těhotným ženám a rodičkám, dát jim prostor pro jejich úvahy, obavy a stížnosti a nabídnout emocionální podporu, to jsou aspekty, které je v rámci účinné prevence nutno vzít v úvahu. Letitá práce lektorek předporodních kurzů je z tohoto pohledu neocenitelným přínosem“ (Giesel, 2004, s.45).

Také Vránová ve své publikaci o výchově k reprodukčnímu zdraví přikládá velký význam roli porodní asistentky, která jak uvádí, plní úlohu psychoedukátora žen a jejich rodin. Dále zde upozorňuje na rizikové faktory, jako je závislost na alkoholu, drogách, nežádoucí těhotenství v mladistvém věku a tvrdí, že vhodnou prevencí a edukací je možné snížit výskyt poporodních psychických poruch. Je přesvědčena, že ošetřující personál, by měl vytvářet příznivou emoční atmosféru, která pomáhá matce

po porodu překonat náročné období plné změn. Důraz klade na přístup k psychicky nemocné ženě a její rodině, který má být empatický a taktní, veškeré ošetrovatelské intervence je třeba vykonávat zodpovědně a vytvářet podmínky pro aktivní spoluúčast ženy a její rodiny (Vránová in Simočková, 2010, s. 18).

Praško, Kosová, Herman tvrdí, že psychosociální prevence úzkostných poruch v graviditě a po porodu se zaměřuje na potencionální rizikové faktory, mezi kterými uvádí například předešlé psychické problémy v těhotenství, nebo po porodu, výskyt premenstruálního syndromu, nebo premenstruální dystrofické poruchy a tvrdí, že v menší míře se můžeme touto prevencí zabývat všichni. Strategii prevence psychických poruch rozdělují na dvě oblasti a to, prevence u nastávajících rodičů a druhou skupinu tvoří strategie prevence u zdravotnických profesionálů. K jednotlivým krokům, které pomáhají snižovat riziko rozvoje úzkostných poruch, a které mohou podstupovat oba partneři patří vysvětlení daného problému k zabránění rozvoje mýtů a dohadů, předem vytvořené dohody o pomoci blízkých osob, vytváření nových vztahů s páry s podobnými problémy, přehodnocení priorit, nepřehánět starosti o svůj zevnějšek, zúčastňovat se příjemných aktivit, po porodu dodržovat klidový režim, dopřát si hodně odpočinku a spánku, nepřebírat zodpovědnost za starosti druhých, konzultovat problémy s celou rodinou a zajistit si spolehlivého rodinného lékaře. Mezi strategie prevence pro zdravotnické profesionály patří hlavně edukace v rámci rodiny, redukce všech somatických rizikových faktorů a citlivý přístup k těhotným a mladým prvorodičkám (Praško, Kosová, Herman, 2002, s. 54).

Všichni autoři uvedení v této kapitole se shodují na empatickém a citlivém přístupu jak k těhotným a šestinedělkám, ale také k jejich rodinným příslušníkům. Velmi také záleží na atmosféře, která panuje na oddělení, na porodním sále, komunikaci a přístupu ostatního pomocného personálu.

3.1. Psychoprofylaxe - účinný lék proti strachu z porodu

Roztočil popisuje psychoprofylaxi jako soubor činností porodní asistentky, porodníka, rehabilitačního pracovníka, psychologa, neonatologa, jenž mají za úkol snížit úzkost, strach z porodu a naučit ženu reálnému pohledu na porod, přičemž cílem tohoto nemůže být odstranění porodních bolestí či komplikací, ale naučit se způsobu, jak je zvládat (Roztočil, 2001, s. 105).

Stackeová, Böhmová analyzují původní termín psychoprofylaxe jako přípravu těhotných žen k porodu, přičemž prvotním záměrem bylo snížení porodních bolestí rodičky. Jak dále uvádí, psychoprofylaxe se vyvinula z hypnosuggestivní metody, respektive ze snah o vedení porodu v hypnóze. Takový porod byl zaznamenán v roce 1833, ale tehdy se tato metoda nazývala magnetismem a o větší rozsah hypnózy do porodnictví se zasloužil von Oenttingen v Heidelbergu (Stackeová, Böhmová, 2010, s.255).

Nezávisle na hypnosugesci, jako jeden z prvních, kdo se systematicky zabýval přípravou ženy na porod, byl ve třicátých letech devatenáctého století angličan Dick Read, jehož přístup k rodičce vychází z kritiky lékařského zasahování do porodního děje, kde popisuje bludný kruh - strach – napětí – bolest. Read doporučoval strach zmírnit poučením rodičky jak ovládnout svalový tonus tělesnou relaxací, dále doporučoval přítomnost manžela u porodu a okamžitý kontakt matky s novorozencem (Roztočil et al., 2001, s.105).

Kuželová, Kopřivová (in Stackeová, Böhmová, 2010, s. 256) se s teoretickým základem Dick Readovy metody shodují s výše uvedeným Roztočilem a navíc objasňují triádu symptomů takto: úzkost aktivuje sympatický nervový systém, což má za důsledek napětí dolního děložního segmentu, jehož výsledkem je ischemie, která způsobuje bolest, na zmírnění úzkosti Read doporučoval, aby porodník trávil u rodičky maximum času, o kontrakcích nemluvil jako o bolestech, ale jako o stazích, na porodním sále neměly být viditelné nástroje určené k porodu a napětí rodiček uvolňovat nácvikem svalové relaxace, která je dnes zjednodušena na tři základní cviky, tj. hluboké dýchání v I. době porodní, rychlé dýchání na konci II. doby porodní

a na závěr nácvik tlačení u porodu (Kuželová, Kopřivová in Stackeová, Böhmová, 2010, s. 256). V dřívějším Československu se tato metoda rozšířila až v padesátých letech, ale nadšení prvních stoupců vedlo k jejímu přecenění a diskreditaci, což mělo za důsledek, že se od ní tiše odstupovalo, ale ve světě nastával její rozkvět (Stackeová, Böhmová, 2010, s. 256).

Druhou metodu psychoprofylaxe vypracoval leningradský psychiatr Vel'vovskij, který použil poznatky I.P.Pavlova tak, že předcházal bolestem zvyšováním aktivity mozkové kůry za účelem vytvoření pozitivního centra dráždění (hlazení břicha, učení se hluboce dýchat, ...), tím mělo dojít k negativní indukci, která vyvolá necitlivost na bolestivé podněty a tyto vzruchy, se tak neměly převést do vědomí rodičky (Ratislavová, 2008, s. 38). Stackeová, Böhmová (2010, s. 256) tvrdí, že později Vel'vovskij vytvořil metodu, která měla oficiální název Psychoprofylaktické přípravy těhotných k porodu, kterou tvořilo šest sezení a skládala se ze tří částí: lékařské celkové a porodnické vyšetření, teoretický kurz a praktické cvičení, fixace naučeného opakování ve stavu polospánku (Stackeová, Böhmová, 2010, s. 256).

Roztočil uvádí, že na myšlenku Vel'vovského a Platonova v padesátých letech navazuje francouz Lamaze, který princip psychoprofylaxe staví na mysli (psýché), která může být cvičena k prevenci (profylaxis) a zdůrazňuje roli manžela, který je ženě průvodcem v těhotenství i u porodu. Dále nedoporučuje užívat termín „bezbolestný porod“, neboť porod je vždy více, či méně bolestivý a žena pak vše vnímá jako zklamání, neúspěch, prohru a má pocit viny. Tato metoda zaznamenala v osmdesátých letech nový rozkvět vzhledem k postupné humanizaci porodnictví a kromě poučení ženy o těhotenství, porodu, šestinedělí, relaxaci a posilování pánevního dna atd., jsou do této kategorie začleňovány i prvky jógy a hypnózy (Roztočil et al., 2001, s. 106).

Kuželová, Kopřivová, Ratislavová (in Stackeová, Böhmová, 2010, s. 257) uvádí, že v České republice je v současnosti předporodní příprava založená

na koncepci, kterou v osmdesátých letech minulého století rozpracovala Psychosomatická sekce a Gynekologická porodnická společnost a nazývá se *Koncepce psychologické přípravy k porodu*, jehož autory jsou Čepický a Pečená.

Z mé vlastní dosavadní praxe porodní asistentky ke všem těmto dílčím součástem psychoprofylaxe přikládám trendy poslední doby, aromaterapie a homeopatie, které mohou také částečně obsáhnout složitou problematiku psychoprofylaktické přípravy těhotných a jejich rodinných příslušníků. Podotýkám, že je nutné odborné vzdělávání personálu v dané problematice, jenž se psychoprofylaktickou přípravou podrobně zabývá.

Roztočil shrnul klady psychoprofylaktické přípravy do několika bodů, jsou to:

- snížení porodní bolesti a úzkosti
- snížení aplikace léků (uterokinetika, spasmolytika, aj.)
- zkracuje se doba porodu
- zvyšuje se sebekontrola rodičky
- psychologicky pozitivní přínos z porodu
- vytvoření pozitivního vztahu matky a novorozence
- žena prožívá radost společně s manželem
- vytváříme si tak předpoklady pro zdárný průběh šestinedělí

(Roztočil et al., 2001, s. 106)

3.2. Vliv přítomnosti otce u porodu na psychický stav rodičky

Stackeová, Böhmová (2010, s. 257) udává, že porodu se mohl účastnit otec jen tehdy, pokud společně s rodičkou absolvoval kurzy předporodní přípravy, bez toho nebyla jeho přítomnost možná. S tímto názorem se neshoduje Roztočil (2001, s. 142), který tvrdí, že ani fakt, že otec neabsolvoval kurzy předporodní přípravy není důvodem k zákazu jeho přítomnosti na porodním sále, však v závěru podotýká, že jeho společná přítomnost na kurzech je ideální.

Z vlastní zkušenosti vím, že je přinejmenším vhodné, aby partneři, či manželé společně tyto kurzy předporodní přípravy absolvovali a to včetně předběžné návštěvy porodnice, která je spojena s předem domluvenou prohlídkou porodního sálu. Učiněním těchto kroků odpadá z obou partnerů zbytečný stres a při té příležitosti se mohou zeptat na spoustu otázek, které oba v souvislosti s blížícím se porodem zajímají.

Pařízek (in Stackeová, Böhmová, 2010, s. 260) uvádí, že v České republice tyto změny v přístupu k fyzické přítomnosti otce plně propukly až po pádu komunismu.

Mlynářová, Tošner (in Stackeová, Böhmová, 2010, s. 260) udávají, že jako první účast otce u porodu byla zaznamenána 29.3.1984 ve znojenské porodnici za účasti porodníků Slezáka a Štimpla. V diskuzi k tomuto článku na toto reaguje Weiss (2011, s. 73), který tvrdí, že sám byl přítomen u porodu svého syna již mnohem dříve a to 17.7. 1983 v porodnici v Krči, avšak dodává, že jeho přítomnost nebyla ještě oficiální. Tento porod byl veden lékařkou, jenž propagovala Leboyerovu alternativu, ovšem v okamžiku, kdy se tato přítomnost prozradila tehdejší žurnální službou, musel ihned porodní sál opustit (Weiss, 2011, s. 73).

Roztočil tvrdí, že v řadě porodic je v současné době přítomnost otců plně zvládnuta, i přes počáteční obavy, které se týkaly zanesení infekce, konfliktního chování, negativního prožitku z porodu, jenž se časem může objevit v sexuální sféře. Podotýká, že je-li společný porod oboustranným přáním, pak otec dítěte poskytuje rodičce nepřekonatelnou oporu a to ve spolupráci s erudovaným, empatickým a asertivním ošetřujícím personálem (Roztočil, 2001, s. 142).

Roztočil definuje klady přítomnosti otce u porodu takto:

- zhruba dvě třetiny rodiček hodnotí svoje zkušenosti s otcem u porodu kladně, ale je pro ně obtížné vyjádřit pocity, které jim toto přineslo, takže emocionální prožitky lze hodnotit jen nepřímou, neboť patří do kategorie hodnot exaktně neměřitelných.
- přítomnost otce přispívá v takovéto stresové situaci ke zvládnání strachu, úzkosti a panických reakcí rodičky, tím urychluje jak fyziologické, tak

patologické porody a přispívá k lepšímu zvládnání bolesti, tudíž i k omezení aplikace analgetik (Roztočil, 2001, s. 142)

- aktivní otec poskytuje ženě na porodním sále řadu služeb, např. měří intervaly mezi kontrakcemi, masíruje ženě Haedovy zóny, pomáhá při kontrolovaném dýchání
- přítomnost otce u porodu císařským řezem vede k uspokojivějšímu vnímání operačního výkonu a snesitelnějšímu vnímání pooperačních bolestí (Roztočil, 2001, s. 142).

3.2.1 Multikulturní rituály otců spojené s porodem

Mlynářová, Tošner (in Stackeová, Böhmová, 2010, s. 260) z hlediska historie v evropském měřítku nahlíží na přítomnost otců u porodu jako na čistě ženskou záležitost, do které nemá muž vůbec vstupovat. Skočovský uvádí, že podobná situace byla i u přírodních národů, kde k fyzické účasti otců u porodu také nedocházelo, neboť žena se uchýlila do porodní chýše za doprovodu zkušených žen ze společenství, ovšem během této doby otec vykonával řadu rituálů, které se označují jako kuvády (z francouzského slova couver, v angličtině užíváno jako couvade syndrome), což v překladu znamená sedět na vejcích (Skočovský in Stackeová, Böhmová, 2010, s. 260). Cichá, Fleišmanová uvádí konkrétní příklady kuvády u šošonských mužů, kteří během manželčina porodu drží přísný půst, živí se jen chlebem a vodou a k jejímu brzkému uzdravení přispívají několikakilometrovým během. Po narození dítěte, se pak šošonští muži musí ponořit do studeného potoka, čímž na sebe symbolicky přebírají roli dítěte, které fyzicky spatří až po obnovení rovnováhy šestinedělky, tj. až za několik týdnů (Cichá, Fleišmanová in Stackeová, Böhmová, 2010, s. 260).

Skočovský nalézá v jiných společenstvích další praktiky kuvády, kdy nastávající otec během porodu má zakázáno jíst některé pokrmy a musí žít odděleně od ostatních členů kmenu. Dále udává, že například v Irsku a Skotsku, muž pomáhal své ženě od porodních bolestí tak, že během

porodu měl na sobě kus jejího oděvu (Skočovský in Stackeová, Böhmová, 2010, s. 261).

Giesel popisuje přeměnu muže v otce pohledem různých kultur a označuje tento proces jako rites de passage (obřady přechodu), také termínem couvade, nebo používá výraz mužské šestinedělí. Jak dále uvádí, některé druhy rituálů se nám mohou nám jevit jako směšné, ale v dané lokalitě světa, je těmto rituálům přikládána velká vážnost. Vše začíná porodem, žena začíná být aktivní, ale muž uléhá, kroutí se a svíjí, jeho obličej je plný bolesti, když je porod za ním, dají mu jeho dítě, se kterým se mazlí, pečuje o něj a ukazuje mu prsa. Dále Giesel popisuje u kmene Arapešů stravu otce po porodu, který konzumuje jen ta jídla jako šestinedělka, aby neublížil dítěti (Giesel, 2004, s. 138).

Frič, Wolf zase popisují, že u některých přírodních národů, jako je například brazilský kmen Boróro, je podoba kuvády ovlivněna představou, že původcem všech nemocí je zlý duch v těle, který nemá kudy uniknout, takže nastávající otec, aby odlákal tyto duchy od rodící ženy, si rozedře kůži a předstírá těžce zraněného člověka, rodička se ale po porodu tváří vesele a bezprostředně po porodu se vrací ke své práci (Frič, Wolf in Stackeová, Böhmová, 2010, s. 261).

Marek zase popisuje, že rodičky tohoto kmene po porodu přeplavou řeku a jdou sbírat jedlé kořeny, mají veselý a spokojený výraz, na rozdíl od jejich mužů, kteří se tváří uboze, leží na lůžku, pláčou, naříkají a všichni členové kmene se ho snaží utěšit, nakonec je prohlášen za těžce nemocného (Marek in Stackeová, Böhmová, 2010, s. 261).

Skočovský, Doležal popisují obdobu této kuvády na území dnešního Španělska a v některých částech Asie, kde ženy rodily na odlehlých místech a mnohdy bezprostředně po porodu odcházely ihned do práce, nastávající otec ležel v posteli, sténal a žena ho po návratu domů nakrmila a utěšila (Skočovský, Doležal in Stackeová, Böhmová, 2010, s. 261).

3.3 Vliv omega 3 a 6 nenasycených mastných kyselin na těhotenství a vývoj jedince

Jiráková, Zeman označují omega-3 a 6 nenasycené mastné kyseliny (dříve vitamín F) jako polynenasycené mastné kyseliny PUFA (polyunsaturated fatty acids), které si tělo nedokáže samo vytvořit, ale pro život jsou nezbytné. Dále uvádí, že lidský metabolismus potřebuje jak omega-3, tak omega-6 kyseliny, které dodáváme do organismu v krizových stavech jako je gravidita, laktace a některé psychické chorobné stavy, přičemž hlavními zdroji PUFA jsou mořské ryby, především z chladných moří (losos, treska), dále plody moře, sojový olej, slunečnicové, dýňové a lněné semínko, listová zelenina, vlašské ořechy, ale důležitý je také jejich vzájemný dodávaný poměr (Jiráková, Zeman, 2007, s. 420). S tímto se shoduje i Vyhnánková (2007, s. 140), která dále tvrdí, že PUFA omega 3 živočišného původu mají pro lidský organizmus větší význam a doporučuje jíst mořské ryby dvakrát až třikrát týdně a to nejen těhotným ženám, ale také lidem, jenž mají problémy s imunitou, s metabolismem cukrů a tuků, a dětem s diagnózou lehké mozkové dysfunkce. Crawford k tomuto dodává, že jejich působení je důležité pro vývoj jedince, přičemž PUFA hrají významnou roli při vývoji nervové soustavy, retiny, spermiogenezi u plodu a tvrdí, že strava z ryb, byla základem pro vývoj mozku, který se skládá z 60% tuku, z toho je 22% zastoupeno DHA - kyselina dokosaheptaenová (Crawford in Vyhnánková, 2007, s. 140). Grofová (2010, s. 390) se shoduje s frekvencí konzumace mořských ryb s Vyhnánkovou (2007, s. 140), ale zdůrazňuje problematiku přítomnosti cizorodých látek v rybách, například methylrtuti a dodává, že dle recentního doporučení Státního zdravotního ústavu má konzumace těchto ryb prokázané pozitivní účinky, které převažují nad potenciálním rizikem, že rybí maso obsahuje minimální množství rtuti, která při příjmu dvě až tři porce týdně člověka neohrožuje. Dále udává, že jisté omezení se týká dětí do tří let, těhotných a kojících a žen, které chtějí otěhotnět, neboť tato riziková

skupina by měla omezit konzumaci mořských ryb jako je žralok a mečoun, ze sladkovodních ryb pak omezit štika, candáta, bolena, sumce, okouna a v neposlední řadě připomíná, že nejsou vhodné ke konzumaci větší a starší kusy ryb v nichž dochází k hromadění cizorodých látek (Grofová, 2010, s. 389).

Kotrbová ve svém článku nazývá esenciální mastné kyseliny dřívějším názvem jako vitamín F a popisuje účinky kyseliny linolové, linolenové a arachidonové jako nezbytné a navíc udává, že tyto kyseliny působí jako růstový faktor, snižují hladinu cholesterolu, ovlivňují správnou funkci buněk a udržují v nich vápník. Dále zdůrazňuje, že v období gravidity je důležitý přísun vhodných olejů (slunečnicový olej, obilné klíčky, arašídý, ořechy, avokádo, mandle), neboť jejich nedostatek může vést k předporodním a poporodním komplikacím (Kotrbová, 2009, s. 33).

Simopoulos (in Mourek et al., 2009, s. 271) udává fakta vycházející z důsledku deficitu zmíněných mastných kyselin a udává, že obzvláště v průběhu vývoje dochází k narušení funkce organismu, včetně tak složitých, jako je imunita. Mourek et al. (2009, s. 271) dále uvádí, že většina rizikových těhotenství, či rizikových novorozenců je spojena s deficitem nenasycených mastných kyselin řady omega-3.

K tomu se přidává i Jiráček a Zeman, kteří zjistili prostřednictvím spánkové analýzy u novorozenců vyšší zralost CNS, která koreluje s vyšší plazmatickou hladinou omega – 3 u jejich matek v průběhu gravidity. Zjistili, že nedostatek PUFA během těhotenství a laktace má velký vliv na rozvoj kognitivních funkcí, nálad a chování jedince (Jiráček, Zeman, 2007, s. 423).

Jiráček, Zeman dále uvádí studii Conklina a spol., kde bylo zjištěno pomocí magnetické rezonance, že u zdravých dobrovolníků, kteří užívali vyšší množství omega-3, došlo ke zvětšení množství šedé mozkové hmoty v oblastech, které jsou důležité pro emotivitu (přední cingulární kortex, pravá amygdala, pravý hipokampus), dále z této studie vyplývá, že osoby s nízkou hladinou omega-3, jsou impulzivnější, ale naopak s vysokou hladinou omega -3, mají menší sklony k depresi a jsou tolerantnější (Jiráček, Zeman, 2007, s. 243).

Vyhnánková uvádí výsledky klinické studie, která se zabývala vlivem PUFA omega-3 na vývoj dítěte v kojeneckém věku, které byly realizovány v Nestle Research Center Lausanne a v University of Alberta, Edmonton a Canada, kde byly porovnávány skupiny kojených dětí se skupinou dětí krmených umělou výživou doplněnou mastnými kyselinami. Cílem bylo zjistit, jaký má vliv dietní režim s obsahem nenasycených mastných kyselin na psychomotorický vývoj, poznávací schopnosti a imunitní systém dítěte. V polovině těchto studií byl nalezen příznivý účinek na zrakové, psychomotorické a mentální funkce dítěte, přičemž koncentrace nenasycených mastných kyselin v plazmě a erytrocytech u dětí krmených umělou výživou s přísadkou omega-3 byla velmi podobná jako u dětí kojených, na rozdíl od těch, které se krmily umělou výživou bez přísadky omega-3 (Auestad et al. in Vyhnánková, 2007, s. 140).

3.4. Psychosociální vliv kojení na zdraví a psychiku matky a dítěte

Na úvod kapitoly chci citovat jeden historický úryvek z *Poučení pro mladé ženy a matky*, který napsal lékař saského krále roku 1860 Dr. Ammon, jenž o kojení mimo jiné píše toto:

„Kojící matka by při jakékoli své činnosti na svého kojence nikdy neměla zapomínat, měla by myslet na to, aby dobře rostl a prospíval, kojit ho vždy s láskou. Neboť právě láska, se kterou matka tuto povinnost plní, je psychickou příčinnou příjemného vnitřního vzrušení, které pociťuje, když dítě pije z jejího prsu. Toto příjemné vzrušení bývá doprovázeno tvorbou mléka, deprimované matky mívají tvorbu mléka zeslabenou. Kojení maminky a zdravý vývoj kojence jsou nepředstavitelné bez klidu, pohody a milé rodinné atmosféry“ (Stollowsky, 2008, s. 122).

Roztočil (2001, s. 151) píše o kojení, že vyvolává mnoho pozitivních emocí jak u matky, tak u dítěte, neboť vyplavující se prolaktin, jenž má euforizační a uklidňující vliv, snižuje riziko vzniku poporodního blues.

Dále uvádí, že plnohodnotný vztah matka – dítě (bonding), je posilován úzkým tělesným kontaktem, různými pachovými vjemy, chutí, pohledem z očí do očí a udává, že děti kojené déle než šest měsíců mají nižší výskyt novorozeneckých kolitid, alergií, ekzémů, obezity, zubního kazu a ortodontických problémů. Krom těchto uvedených pozitiv dále uvádí, že jsou méně úzkostlivé a sebejistější než nekojené děti. V neposlední řadě zmiňuje také zásadní vliv kojení na involuci dělohy v šestinedělí (Roztočil, 2001, s. 151).

Kudlová, Mydlilová (2006, s.42), uvádí statistická data ÚZIS (2003), která nám říkají, že se v České republice narodilo 92 786 živých novorozenců, z toho při odchodu z porodnice bylo kojeno 95,6% novorozenců, do šesti týdnů života bylo kojeno 79,2% novorozenců a déle než šest měsíců je kojeno 35,1% kojenců .

Takács, Kodešová, Kejřová, Bartošová prováděli v roce 2010 výzkumnou studii, která byla uveřejněna v elektronickém časopise roku 2011 ČMPS roč.5, č.1, kde se snaží identifikovat hlavní psychosociální vlivy v rámci perinatální péče, které mohou představovat rizikové či podpůrné faktory v oblasti úspěšného zahájení kojení. Tato studie prokázala, že do kvality kojení se velmi promítá celková atmosféra porodnického oddělení, kterou šestinedělka velmi citlivě vnímá, dále přístup zdravotníků v období porodu (empatie, psychická podpora, kvalita a úroveň komunikace) a samozřejmě aktivní nabízení pomoci s kojením. Dále zde autoři upozorňují na nutnost podpory kojení poskytované šestinedělkám, která by se měla zaměřit nejen na dodržování deseti kroků k úspěšnému kojení (viz. Příloha I.), ale také na psychologické potřeby rodičky v době porodu (Takács, Kodešová, Kejřová, Bartošová, 2011, s. 16).

Roztočil (2001, s. 153) v této problematice nezapomíná na nutnost kojení předčasně narozených, nebo nemocných novorozenců, neboť jak uvádí, výhody mateřského „předčasného mléka“ spočívají v jeho imunologických vlastnostech, obsahem většího množství leukocytů, které chrání tyto novorozence před nekrotizující enterokolitidou.

Dále připomíná, že toto mléko má vyšší obsah proteinů, tuků, iontů železa, ovšem naopak má snížený obsah laktózy, což napomáhá k rychlejšímu rozvoji nezralého novorozence (Roztočil, 2001, s. 153).

Takács, Kodyšová, Kejřová, Bartošová uvádí, že psychosociální faktory, které souvisí s perinatální péčí jsou důležitými prediktory kvality kojení a dle jejich šetření předčí i dopad některých farmakologických zásahů v průběhu porodu, nebo ukončení porodu císařským řezem. Jak dále uvádí, to nejdůležitější pro zahájení úspěšného kojení je psychická podpora rodičky v době porodu, poskytování jasných, srozumitelných a dostačujících informací o kojení a aktivní nabízení pomoci s kojením (Takács, Kodyšová, Kejřová, Bartošová, 2011, s. 28).

4 Závěr

Bakalářské práce shrnuje dohledané poznatky, které se týkají problematiky výskytu psychických poruch v těhotenství a po porodu. Z dohledaných zdrojů, které se této problematice týkají vyplývá, že poporodní blues je více či méně běžným psychickým stavem a to u většiny matek v poporodním období. Tomuto problému se věnuje řada autorů (Praško, Grambal, Látalová, 2011; Roztočil, 2001 ; Nicolson, 2001). Záleží na mnoha faktorech, jak se psychické onemocnění bude vyvíjet dál. Abychom byli schopni ženě včas pomoci, musíme znát, jaké má matka po porodu sociální zázemí, jaké má vzdělání, jaký měla přístup k těhotenství, jaký má vztah s otcem dítěte a zda je pro ni oporou, či ne, ale svou roli hraje i mnoho dalších aspektů, které vedou k rozvoji tohoto onemocnění. Trauma z těžkého porodu může být také jedním ze zdrojů různých psychických onemocnění, jak ale vyplývá z výsledků výzkumů, dá se jim předcházet vhodným, empatickým a odborným přístupem všech zúčastněných pracovníků. Tato problematika se týká lékařů a porodních asistentek, které svým profesionálním chováním mnohdy dokáží tento stav zmírnit, nebo dokonce odvrátit, v tomto názoru se

shoduje Roztočil, (2001), Praško (2010); a Vránová (2010). Téma psychických poruch v období těhotenství je velmi opomíjeno a zasloužilo by si větší pozornost, než mu bylo dosud věnováno. Z dohledaných článků, studií a kazuistik vyplývá, že právě v tomto období se psychické problémy objevují poprvé a není jim věnována dostatečná pozornost. Ve většině případů se těmto poruchám dá předcházet sběrem informací od pacientky, důkladnou rodinnou anamnézou, rozborem sociální situace a psychického stavu ženy.

Při studiu a sbírání poznatků autorku zaujal snadný, finančně a časově nenáročný způsob, jak diagnostikovat u ženy poporodní depresi ještě dříve, než v plné míře propukne. Jedná se o dotazník Edinburské škály postnatální deprese, se kterým se mohou ženy seznámit již v gynekologické, nebo prenatální poradně. Problém totiž nespočívá v samotném psychickém onemocnění, ale v tom, že ženy se snaží svoje psychické problémy skrývat, stydí se za ně, považují se za neschopné a známky deprese zastírají projevy vlastní slabosti. A právě popsany dotazník Edinburské škály může pomoci je včas odhalit, neboť otázky v něm jsou formulovány velmi citlivě a obezřetně. Shodný názor na tuto problematiku má i Hirst, Moutier, Možný, 2011; Giesel, 2004; Dušová, Moniaková, 2010.

Velkou měrou působí preventivně vůči psychickým problémům u porodu přítomnost blízké osoby, či otce u porodu. Stejného názoru jsou i Roztočil, 2001; Giesel, 2004; Stackeová, Böhmová, 2010; Weis, 2010; Mlynářová, Tošner, Gogola, Malý, 2010.

Při sběru informací, jenž se této problematice týkají, mě velmi zaujaly rituály otců rodících žen z různých koutů světa, o kterých se ve své práci zmiňuji. Celý úhel pohledu na problematiku otců u porodu se tak otáčí do úplně jiného světla. Z uvedených materiálů vyplývá, že otcové se vždy porodu zúčastňovali, třeba ne fyzicky, ale mentálně a duchovně byli spojeni s rodící ženou i dítětem.

V neposlední řadě, je nutno připomenout vliv výživových doplňků stravy, konkrétně omega 3 a 6 nenasycených mastných kyselin, neboť poznatky o nich tvoří jednu podkapitolu mé bakalářské práce. Žijeme v 21. století a je

dobře, jak vyplývá z dohledaných zdrojů, že většina žen o své zdraví dbá a zajímá se o správné stravovací návyky a vlivy těchto doplňků stravy, které v období vývoje plodu, ale i v pozdějším věku hrají nezanedbatelnou roli. Jejich vliv se dotýká prevence v rámci psychických poruch, kardiovaskulárních onemocnění, metabolismu, imunity anebo zlepšení výsledků v oblasti problematiky ADHD (Attention Deficit Hyperaktivita Disorder), dříve LMD (lehká mozková dysfunkce). Touto problematikou se zabývají a ve svých názorech se shodují Vyhnánková, 2010; Jiráček, Zeman, 2007; Mourek, Pokorný, Marešová, Paclt, Kotrbová, 2009. Mírně skeptická co se týče příjmu omega 3 a 6 v podobě mořských ryb je Grofová, 2010;, která vymezuje a doporučuje omezení pro těhotné, kojící ženy a děti do tří let, zejména co se týče větších a starších kusů ryb. Z mořských je to žralok a mečoun, ze sladkovodních pak štika, candát, bolen, sumec, okoun. Jak uvádí, je to hlavně z důvodu hromadění se cizorodých látek v tomto mase, zejména methylrtuti.

Práce poskytuje čtenáři souhrnné a nejnovější vědecké informace, které se týkají problematiky psychických poruch v těhotenství, po porodu a může posloužit jako podnět k tomu, aby se toto téma dostalo do podvědomí široké zdravotnické, ale i ostatní veřejnosti. Po prostudování dostupné odborné literatury bylo zjištěno, že problematice psychických poruch těhotných žen není věnována dostatečná pozornost. Pro praxi porodní asistentky lze doporučit, aby se zaměřily na první, mnohdy nenápadné projevy psychických poruch již v prenatální poradně. Jednou z možností screeningu může být i využití Edinburského dotazníku postnatální deprese. Vhodným empatickým a odborným přístupem lze problémy těchto žen, ale i jejich partnerů zmírnit, ne-li odstranit.

5 Bibliografické a elektronické zdroje

1. ČECH, Evžen et al. *Porodnictví*. 2.přepřacované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 544s. ISBN 978-80-247-1303-8
2. NICOLSON, Paula. *Poporodní deprese*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2001. 148s. ISBN 80-7169-938-1.
3. GIESEL, Elizabeth. *Slzy po porodu. Jak překonat depresivní nálady*. Překlad. Veronika Hilská. 1.vydání. Praha: One Women Press, 2004. 256s. ISBN 80-86356-32-9.
4. ENKIN, M., KEIRSE, M.J.N.C., RENFREW, M., NEILSON, J. *Efektivní péče v perinatologii*. Překlad. Karel Mašek. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 1998. 386s. ISBN 80-7169-417-7.
5. PRAŠKO, Ján, BULIKOVÁ, Barbora, SIGMUNDOVÁ, Zuzana. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. 1.vydání. Praha: Galén, 2009. 91s. ISBN 978-80-7262-656-4.
6. VRÁNOVÁ, Věra. *Výchova k reprodukčnímu zdraví*. 1.vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. Ediční řada – Skripta, 107s. ISBN 978-80-244-2629-7.
7. STOLLOWSKY, LILI. *Baby lexikon*. Překlad. Tereza Semotamová. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 336s. ISBN 978-80-247-2104-0.

8. ROZTOČIL, Aleš et al. *Porodnictví*. 1.vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 333s. ISBN 80-7013-339-2.
9. CHARVÁTOVÁ, Jana, FILAUSOVÁ, Drahomíra. 2010. Problematika žen v šestinedělí. In: Jiřina Otásková. *III. Jihočeská konference nelékařských zdravotnických pracovníků. Sborník přednášek*. 1.vydání. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a.s., 96s, 80-85s. ISBN-978-80-254-7919-3.
10. PRAŠKO, Ján et al. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. 1.vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. Ediční řada – učebnice. ISBN 978-80-244-2365-4.
11. LÍBALOVÁ, Z., ČEPICKÝ, P. 2009. Poporodní blues. *Bulletin*. 1.vydání. Praha: Sdružení praktických lékařů České republiky, 18.ročník, 3/2009, 14-15s. ISSN 1212-6152.
12. STACKEOVÁ, D., BŮHMOVÁ, M. 2010. Psychologické aspekty přítomnosti otců u porodu. *Psychosom*. 1.vydání. 2010, 8(4), 252-276s. ISSN 1214-6102.
13. WEIS, P. 2011. Diskuze k článku z Psychosou 4/2010. *Psychosom*. 1.vydání. 2011, 9(1), 73s. ISSN 1214-6102.
14. HIRST, P.K., MOUTIER, CH.Y. 2011. Poporodní velká deprese. *Gynekologie po promoci*. 1.vydání. Praha: Omikron Praha spol. s.r.o., 1/2011, 30-36s. ISSN 1213-2578.

15. MOŽNÝ, Petr. 2011. Poporodní velká deprese. *Gynekologie po promoci*. 1.vydání. Praha: Omikron Praha spol. s.r.o., 1/2011, 37s. ISSN 1213-2578.
16. SIMOČKOVÁ, Viera. 2010. Poporodní psychické poruchy v intencích ošetrovatelství. *Florence*. 1.vydání. Brno, 6/2010, 16-18s. ISSN 1801-464X.
17. DUŠOVÁ, Bohdana, MONIAKOVÁ, Nikola. 2010. Emoční změny žen v období šestinedělí. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. Ostrava: Ostravská univerzita, roč.1, č.4., 121-123s. [cit. 3.1.2012]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc11013213>
18. FERTAĽOVÁ, T., MROSKOVÁ, S., ŠÍMOVÁ, Z. 2004. Poporodní deprese. In: Derňárová et al. *Medicínské ošetrovateľské listy Šariše*. 1.vydání. Prešov: Fakulta zdravotníctví Prešovskej univerzity v Prešove, s.9-10 [cit. 12.11.2011]. ISBN 80-8068-248-8. Dostupné z: <http://scholar.google.cz/scholar?q=+fertaľová%2C+mrosková%2C+šimová&hl=cs&btnG>
19. PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J., HERMAN, E. 2002. Psychoterapie úzkostných poruch v těhotenství a poporodním období. *Psychiatrie supplementum 2*. 1.vydání. Praha: Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, roč.6, 45-55s.
20. PRAŠKO, Ján. 2002. Psychoterapie poporodních depresí. *Psychiatrie supplementum 2*. 1.vydání. Praha: Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, roč. 6, 39-44s.
21. RATISLAVOVÁ, K. Aplikovaná psychologie porodnictví. 1.vydání. Praha: Reklamní ateliér Area, 2008. 106s. ISBN 200-80-930.

22. KOTRBOVÁ, Daniela. 2009. Doplnky stravy v graviditě. *Praktické lékařství* [www.praktickelekarenstvi.cz].Jihlava: Gynekologicko-porodnické oddělení, roč.5(1), 32-35s. [cit. 28.1.2012]. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2009/01/08.pdf>
23. TAKÁCS, L., KODEŠOVÁ, E., KEJŘOVÁ, K., BARTOŠOVÁ, M. 2011. Zahájení kojení z hlediska psychosociálních faktorů perinatální péče. *E-psychologie* [online],5 (4), 16-32 [cit. 3.4.2012]. Dostupný z: <http://e-psycholog.eu/pdf/takacs-et al.pdf>. ISSN 1802-8853.
24. PRAŠKO, Ján, LÁTALOVÁ, Klára, GRAMBAL, Aleš. 2011. Porodnictví a psychiatrie. *Lékařské listy speciál*. 1.vydání. Praha: Centrum neuropsychických studií,9/2011, 19-22 . ISSN 0044-1996.
25. MOUREK, J., POKORNÝ, J., MAREŠOVÁ, D., PACLT, I. 2009. Membrány V–závěr cyklu. *Česká a slovenská psychiatrie*[online]. Praha:Ústav fyziologie 1.LF UK, 2009, 105, 269-274 [cit.5.1.2012]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_6_269_274.pdf
26. JIRÁK, R., ZEMAN, M. 2007. Vliv omega 3 a omega 6 nenasycených mastných kyselin na psychické poruchy. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. Praha: Psychiatrická klinika 1.LF UK, 2007, 103, 420-426 [cit.12.1.2012]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_8_420_426.pdf

27. FRIDRICH, Pavel. 2006. Akutní psychotický stav v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen,s.r.o., 2006, 2, 87-89 [cit.3.4.2012]. ISSN 1803-5310. Dostupnost z: <http://www.solen.cz/artkey/med-200602-0009.pdf>
28. GROFOVÁ, Zuzana. 2010. Mastné kyseliny. *Medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, s.r.o., 2010, 7, 388-390 [cit.3.4.2012]. ISSN 1803-5310. Dostupnost z: : http://www.solen.cz/artkey/med-20-1008-0010_Mastne_kyseliny.pdf
29. PÉREZ, Marek. 2002. Akutní psychotická porucha v poporodním období versus myastenia gravis. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, s.r.o., 2002, 6, 284-286 [cit.3.3.2012]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2002/6/10.pdf>
30. STRUNZOVÁ, Věra. 2005. Farmakoterapie úzkostných poruch a nespavosti v graviditě a laktaci. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen,s.r.o., 2005, 3, 116-119 [cit.12.3.2012]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: : <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2005/03/02.pdf>
31. FALDYNA, Zdeněk. 2009. Psychiatrické konzilium a depresivní porucha. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen,s.r.o., 2009, 10, 135-138 [cit.12.3.2012]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: : <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2009/10/03.pdf>
32. VYHNÁNKOVÁ, Ludmila. 2010. Pufa omega 3 a jejich působení. *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen,s.r.o., 2007, 3, 140-143 [cit.12.3.2012]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/bmc/view.pufa>

33. KUDLOVÁ, E., MYDLILOVÁ, A. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 148s. ISBN 80-247-1039-0.

6. Přílohy

6.1. Deset kroků k úspěšnému kojení

1. mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu
2. školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie
3. informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení
4. umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu
5. ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí
6. nepodávat novorozencům žádnou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů
7. umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně (rooming-in)
8. podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu)
9. nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky apod.
10. povzbuzovat zakládání dobrovolných skupin matek pro podporu kojení a upozorňovat na ně matky při propuštění z porodnice (breast-feeding support groups)

6. 2. Kazuistika

Tento zajímavý případ zveřejňuje Dr. Pérez z Psychiatrického oddělení v Havířově v časopise Psychiatrie pro praxi 2002/6.

Jedná se o případ pacientky, dosud psychiatricky neléčené, primipara, která porodila v 37. týdnu těhotenství spontánní cestou zdravé dítě. Při přijetí na porodnické oddělení si stěžovala na svalovou únavu, slabost rukou, která se postupně stupňovala. Chovala se úzkostně, měla obavy, že se nedokáže postarat o své dítě, bála se, že jej upustí. Podstoupila tedy psychiatrické konzilium, které bylo uzavřeno diagnózou „porucha přizpůsobení, smíšená úzkostná a depresivní reakce“, doporučen byl alprazolam 0,25 mg 3xdenně. Neurologické vyšetření ukazovalo na nespecifické oslabení pletenců horních končetin, současně byla provedena elektromyografie, kde byla shledána snížená aktivita záznamu hodnocená jako následek fyzické námahy u porodu s doporučením kontrolního vyšetření s odstupem času. Dále pacientka absolvovala spirometrické vyšetření, kde byla zjištěna středně těžká ventilační porucha, ale ve srovnání se stavem před porodem byla na lepší úrovni. Při dechových potížích byl doporučen salmeterol spray. Oční vyšetření neshledalo patologie a pacientka byla po té propuštěna z porodnického oddělení domů. Za několik dnů ale přichází na psychiatrickou ambulanci a stěžuje si na úzkost, emoční nezáměr, otupělost, slabost rukou, strach o dítě. Na základě tohoto vyšetření byla odeslána do PL Opava s podezřením na akutní polymorfni psychotickou poruchu v poporodním období. V PL Opava popisuje lékař při přijetí pacientky odtahitost, ochuzení emočního projevu, hypomimii, myšlení logické, bez poruch koheze, stav byl uzavřen jako akutní psychotická porucha s příznaky schizofrenie, terapie olanzapin, klonazepam, salmeterolum a zástava laktace bromocriptinem. Za další dva dny po přijetí má pacientka hlasové halucinace, bojí se o svůj život, obtížně polyká, zvrací. Ten týž den vyšetřena neurologem, který udává dobrou motoriku v ranních hodinách, která se postupně během dne oslabuje, večer již není schopna chodit, její řeč je nesrozumitelná, v případě dalšího

zhoršení je doporučena elektrokonvulze. Terapie byla upravena ve smyslu snížení dávek a obohacena o infuzní hydrataci. V průběhu víkendu se cítila unavená, spavá, slyšela mužské hlasy, obtížně polykala a udávala pocit cizího tělesa v krku. V dalších dnech se pak při snížené terapii cítila lépe, ale přetrvával pocit slabosti. Za čtyři dny byl opět nasazen olanzapin, EEG vyšetření neshledalo patologické mozkové změny. Rodina udávala, že první potíže se objevily už dva měsíce před porodem, nemohla se učesat, stěžovala si na slabost rukou. Na naléhání rodiny byla přeložena na psychiatrii v místě svého bydliště v Havířově, kde při vstupním vyšetření byla zjištěna porucha vnímání, nebyly shledány bludné obsahy myšlení, popsána mírná úzkostná tenze, pacientka mluvila nesrozumitelně, tiše, chovala se odtahově, měla pokleslý levý koutek. Doporučeno bylo zopakovat neurologické konzilium, které bylo uzavřeno s podezřením na počínající myastenii gravis a byly vysazeny benzodiazepiny, jenž jsou v tomto případě kontraindikovány. Ten týž den pak bylo provedeno CT mozku, kde nebyly nalezeny patologické změny denzity tkáně, třetí den hospitalizace si pacientka stěžuje na dvojitě vidění, má klidovou dušnost, možno pozorovat vtahování jugulární jamky, z vyšetření krevních plynů je patrna respirační acidóza, saturace kyslíkem snížena na 87%, neurologem byl stav vyhodnocen jako rozvoj myastenické krize. Pacientka byla přeložena na ARO v Ostravě, dechové potíže se zhoršovaly, tak byla provedena orotracheální intubace a vysazena všechna psychofarmaka. Kontrolní neurologické vyšetření shodně potvrdilo rozvoj myastenické krize, bulbární obrnu a respirační insuficienci. Dále bylo provedeno CT hrudníku, aby se vyloučil tymom, protilátky proti acetylcholinovým receptorům se bohužel neprokázaly, neboť při jejich pozitivitě by byla diagnóza jasně potvrzena (v 15% případů jsou protilátky negativní). EEG měl typický obraz myastenie. Byla upravena léčba na Mestinon, Solu-medrol a plasmaferéza, ventilace stále ještě umělá. V dalších dnech se pak stav pacientky postupně zlepšoval a koncem dubna byla extubována a přeložena neurologii, za nedlouho pak byla propuštěna do domácí péče. V květnu pak byla provedena tymektomie a byla předána do

neurologické ambulance , která se zabývá pacienty s myastenii, v léčbě antipsychotiky nepokračuje (Pérez, 2002, s.284).

Důvod, proč uvádím tuto kazuistiku je upozornit na křehkou a nepatrnou hranici psychických poruch u žen v těhotenství a po porodu, které se mohou zpočátku jevit jako banální a zanedbatelné pocity únavy, strachu a napětí, jenž se mohou časem stupňovat v závažný psychický problém, nebo dokonce onemocnění naprosto jiného rázu, jako je např. myastenia gravis. Profese porodní asistentky je přímo určena k tomu, aby byla těhotným, rodičím a ženám po porodu co nejbližší, naslouchala jejím pocitům, problémům a přáním, pomáhala jí je pochopit a splnit.