

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

Eva Brejchová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

PSYCHICKÉ PORUCHY V ŠESTINEDĚLÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 25. 3. 2013

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Kateřině Ratislavové za rady a připomínky, které mi po celou dobu zpracovávání této bakalářské práce poskytovala.

Také bych chtěla velice poděkovat mým rodičům a přátelům, kteří mě po celou dobu mého studia podporovali.

Velký dík patří Lence a Markovi.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Eva Brejchová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Psychické poruchy v šestinedělí

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová

Počet stran: 69 / 82

Počet příloh: 0

Počet titulů použité literatury: 40

Klíčová slova: Poporodní deprese, poporodní období, poporodní psychóza, porodní asistentka, žena

Souhrn:

Tato bakalářská práce zpracovává informace ohledně poporodní psychózy a poporodní deprese. V teoretické části je zpracován kompletní popis těchto dvou psychických chorob v poporodním období a v praktické části je formou kazuistiky a kvalitativního výzkumu analyzován konkrétní případ ženy s onemocněním poporodní deprese. Všechny skutečnosti jsou uváděny do souvislosti s péčí porodní asistentky.

ANNOTATION

Surname and name: Eva Brejchová

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Mental disorders in puerperium

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová

Number of pages: 69/82

Number of appendices: 0

Number of literature item used: 40

Key words: Postpartum depression, postpartom psychosis, midwife, woman

Summary:

This bachelor thesis processes information about postpartum psychosis and postpartum depression. Theoretical part contains a complete description of these two mental diseases in the postpartum period. In practical part there is a case study and qualitative research that analyzed the specific case of a woman with the disease postpartum depression. All the facts are put into context with the care of midwife.

OBSAH

1	ÚVOD	1
	TEORETICKÁ ČÁST	3
2	Obecná psychologie šestinedělí.....	3
2.1	Časné šestinedělí	3
2.2	Pozdní šestinedělí	5
3	Deprese obecně.....	6
3.1	Úvod do obecných depresí.....	6
3.2	Vznik depresí	7
3.3	Typy depresí dle intenzity a jejich projevy	8
3.4	Nejčastější mýty o depresích	8
3.5	Léčba depresí	9
4	Poporodní deprese – definice, výskyt, projevy, diagnostika, léčba, prognóza	10
4.1	Definování poporodní deprese.....	10
4.2	Vznik a výskyt poporodní deprese.....	10
4.3	Projevy a typy poporodní deprese	12
4.3.1	Insuficientní typ.....	12
4.3.2	Nutkavý typ	12
4.3.3	Panický typ	13
4.4	Diagnostika poporodní deprese	13
4.5	Léčba, prognóza poporodní deprese	15
4.5.1	Farmakologické léčba.....	15
4.5.2	Nefarmakologická léčba	17
5	Psychózy obecně	18
5.1	Úvod do problematiky psychóz	18
5.2	Vznik psychóz.....	19
5.3	Typy psychóz a jejich projevy	20
5.4	Léčba psychóz.....	22
6	Poporodní psychóza	23
6.1	Definice poporodní psychózy	23
6.2	Vznik a výskyt poporodní psychózy.....	23
6.3	Typy a projevy poporodní psychózy.....	24
6.4	Diagnostika poporodní psychózy.....	25
6.5	Léčba, prognóza poporodní psychózy	26
6.5.1	Farmakologická léčba.....	26
6.5.2	Nefarmakologická léčba.....	27

6.6	Prevence poporodní psychózy	28
7	Forenzní posouzení trestného činu vraždy novorozence	29
8	Možnosti porodní asistentky v této problematice.....	29
PRAKTICKÁ ČÁST		32
9	Výzkumné šetření	32
9.1	Formulace problému a stanovení cíle	32
9.2	Cíl výzkumu.....	32
9.2.1	Dílčí cíle	32
9.3	Druh výzkumu a výběr metodiky	33
9.4	Výběr případu	33
9.5	Způsob získávání informací.....	33
10	Kazuistika případu.....	34
10.1	Anamnéza	34
10.1.1	Osobní anamnéza	34
10.1.2	Rodinná anamnéza	34
10.1.3	Gynekologicko – porodnická anamnéza	35
10.1.4	Sociální anamnéza	35
10.2	Období těhotenství	35
10.3	Období porodu	36
10.4	Období časného šestinedělí.....	36
10.5	Období pozdního šestinedělí.....	37
10.6	Období do jednoho roku po porodu.....	38
11	Přepis rozhovoru, zpracování získaných dat a porovnání s odbornou literaturou.....	40
11.1	Rizikové faktory pro vznik poporodní deprese v anamnéze.....	40
11.2	Období těhotenství	41
11.2.1	Porovnání údajů z období těhotenství s odbornou literaturou.....	42
11.2.2	Analýza získaných dat z období těhotenství	43
11.3	Období porodu	43
11.3.1	Porovnání údajů z období porodu s odbornou literaturou	44
11.3.2	Analýza získaných údajů z období porodu.....	45
11.4	Období časného šestinedělí.....	45
11.4.1	Porovnání údajů z období časného šestinedělí s odbornou literaturou.....	47
11.4.2	Analýza získaných údajů z období časného šestinedělí	48
11.5	Období pozdního šestinedělí.....	49
11.5.1	Porovnání údajů z období pozdního šestinedělí s odbornou literaturou.....	51
11.5.2	Analýza získaných dat z období pozdního šestinedělí	52
11.6	Období do jednoho roku po porodu.....	53

11.6.1	Porovnání údajů z období do jednoho roku po porodu s odbornou literaturou..	56
11.6.2	Analýza získaných dat z období jednoho roku po porodu	56
11.7	Přepis rozhovoru – celkový retrospektivní pohled ženy.....	59
11.7.1	Porovnání údajů retrospektivního pohledu ženu s odbornou literaturou.....	61
11.7.2	Analýza získaných dat retrospektivního pohledu ženu	61
12	Diskuze.....	62
	Cíl 1- Analýza prožitku a porovnání pocitů ženy s odbornou literaturou	62
	Cíl 2- Popis somatického stavu ženy zpracováním kazuistiky.....	62
	Cíl 3- Identifikace potřeb ženy v období od těhotenství do jednoho roku po porodu.....	63
	Cíl 4- Vnímání úlohy porodní asistentky ženou v popisovaných obdobích.....	64
	Cíl 5- Nalezení a navržení efektivního doporučení pro praxi	65
13	ZÁVĚR.....	68

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1 ÚVOD

Mateřství a role matky je velmi zásadní součástí osobnosti každé ženy. Některé ženy tuto roli vnímají jako společností očekávanou nutnost, některé naopak jako poslání. Jedno je však společné; celé těhotenství se žena připravuje na nastávající porod a poporodní období, ve většině případů se žena na nastávající události těší a nemůže se dočkat narození svého potomka. Takto je vnímáno mateřství i dnešní společností. Na mateřství je nahlíženo jako na veskrze pozitivní událost, ke které nepatří jiné pocity, než šťastné. Toto období je sice doopravdy plné radosti a šťastných okamžiků, ale jako všechny události v životě lidském, i toto období má svůj rub a líc. V naší společnosti není dostatečně bráno na zřetel, je fakt, že u všech žen je období porodu a poporodního období spojeno s velkou zodpovědností, sebeomezováním, stresem a přijímání nové role. Je tedy jasné, že tyto skutečnosti jsou pro psychický stav ženy zátěží. Většina žen se s těmito stresovými faktory dříve či později vyrovná a poporodní období překoná bez větších psychických potíží, ovšem vzácností není ani výskyt závažných psychických chorob navazující právě na tento poporodní stres. Dvěma závažnými psychiatrickými chorobami v poporodním období je poporodní deprese a poporodní psychóza. Tyto pojmy jsou v zásadě známé i v laické veřejnosti, avšak interpretace těchto pojmů je často velmi nepřesná, ženy často váhají, zda je nutné vyhledat psychologickou pomoc a mnohdy se za své ambivalentní pocity ke svému dítěti i celé mateřské roli stydí. Myslím, že nejen takto nemocné ženy, ale i ostatní jinak psychicky nemocní lidé se za své onemocnění stydí. A tento jejich stud je jistě zapříčiněn všeobecně rozšířeným pojmem „blázen“, kterým se ve společnosti označují psychicky nemocní lidé. Tento jev můžeme označit jako stigmatizaci takto nemocných, což vnímám jako jev, který by v naší vyspělé společnosti neměl být přípustný.

V této práci bych chtěla důkladně popsat psychotická a depresivní onemocnění se zaměřením na výskyt těchto chorob v poporodním období, dále objasnit některé mýty o depresivním onemocnění, které jsou v laické společnosti rozšířené a v praktické části se zaměřit na potřeby a emoce, které prožívá žena v průběhu onemocnění poporodní depresí. Z výsledků mé práce chci odvodit doporučení pro praktické zacházení s takto nemocnou ženou. Tyto doporučení vztahuji k práci porodní asistentky, ale doufám, že v mé práci naleznou užitečné informace nejen ostatní zdravotničtí pracovníci, ale také každý člověk, kterého tato problematika zajímá.

Toto téma jsem si zvolila z důvodu mého zájmu a neustálého úžasu nad taji a zajímavostmi z oblasti lidské psychiky. A protože právě náš duševní stav je to “něco”, co nás v životě vede určitou cestou, nutí nás dělat jisté věci a nějakým způsobem reagovat na životní události, je nesmírně důležité přikládat této oblasti velký význam.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Obecná psychologie šestinedělí

Pojmem šestinedělí je označováno období dlouhé šest týdnů (resp. 42 dní) od porodu. Můžeme ho dělit na období časné a pozdní. Šestinedělí nikdy nemůžeme hodnotit samostatně, ale pouze v souvislosti s celým průběhem těhotenství a porodem (3 - str. 14). Je to období, v kterém nastávají mnohé psychosomatické změny. Z psychologického hlediska bychom se měli zaměřit zejména na přítomnost psychických problémů ještě před koncepcí, dále pak na průběh těhotenství a samozřejmě i na prožívání samotného porodu. Psychika ženy v šestinedělí je vystavena velké zátěži, ve které hrají roli faktory biologické, psychické a sociální (4 – str. 180). Tato zátěž může vést k úzkostným poruchám, depresím a někdy až k závažným poporodním psychózám. Zejména se jedná o ženy s vyšším rizikem výskytu těchto poruch, ale taktéž i o doposud zdravé ženy bez zatížené psychiatrické anamnézy. V šestinedělí, kterému předcházela operační porod, je výskyt těchto poruch vyšší; tomuto tématu se budu více věnovat v jiné kapitole (1 - str. 82; 2 – str. 150; 3 – str. 14).

2.1 Časné šestinedělí

Termínem časné šestinedělí označujeme období, které trvá 7 dní od porodu. Osmý poporodní den řadíme již do období pozdního šestinedělí. V časném šestinedělí dochází k nejvýraznějším biologickým změnám, organismus se vrací zpátky do podoby před těhotenstvím. Velké změny nastávají také po stránce psychosociální.

Co se biologických změn v časném šestinedělí týče, jsou to zejména změny hormonální. Během 72 hodin po porodu v organismu výrazně klesá hladina progesteronu a estrogenu v souvislosti s odloučením placenty. S nástupem laktace je do krevního oběhu vyplavován prolaktin a oxytocin. Fyzický stav ženy ovlivňuje také únava, která je důsledkem nedostatku spánku a zátěže v souvislosti s péčí o novorozence (1 – str. 82). Ještě náročnější jsou somatické změny u žen po operačních porodech, kdy je přítomná specifická problematika břišní operace (bolest, imobilita, snížená schopnost sebezpěče i péče o novorozence, potíže s vyprazdňováním, pooperační dieta aj.).

Psychosociální změny spočívají v adaptaci ženy na novou roli matky, na nutné změny v rodině a ve vztahu k partnerovi. Žena se dále musí vyrovnat s přijetím novorozence jako samostatně existující bytosti, která žije nezávisle na matce. Již v prvních dnech po porodu se matka ocitá plně v zajetí myšlenek ohledně svého potomka. Uvědomuje si náhlý pocit

odpovědnosti za dítě a výjimkou nejsou ani pocity vlastní neschopnosti a nedostatečnosti, které mají často spojitost s problematikou kojení. V dnešní době je rozšířen názor, že umění kojít je samozřejmostí a přirozeností každé matky, že „na tom přece není nic složitého“, a tak ženy, které s kojením nemají zkušenosti a ještě nezískaly potřebnou zručnost, se často trápí pocity viny a obviňují samy sebe, že jsou špatné matky, a to i při sebemenších nesnázích při nástupu laktace. Tyto pocity většinou vymizí, jakmile si matka ověří, že péči o novorozence zvládá (1 – str. 82 - 85). V myšlenkách se žena vrací také k samotnému porodu. Hodnotí, jak situaci zvládla a zpětně si promítá své chování. Někdy zpětně zhodnotí svůj porod a své chování jako nedostatečné, domnívá se, že vše nezvládla tak, jak by měla a má pocit selhání.

Porodní asistentka na oddělení šestinedělí by každé šestinedělce měla dát možnost otevřeně mluvit o jejích zážitcích z porodu a být jí oporou v tomto nesnadném období, které je pro ženu nové a plné změn (1 – str. 82 - 85).

Způsob, jakým se žena vyrovná s psychickou i fyzickou zátěží související s porodem, je ovlivněn více faktory. Je to průběh porodu a spokojenost ženy s vlastním výkonem, míra fyzických změn (pokles hmotnosti, zavinování dělohy), skutečnosti ohledně zahájení kojení a případné potíže s ním spojené, míra zkušeností s péčí o novorozence, vliv rodiny, partnera a neposlední řadě také přístup zdravotnického personálu (1 – str. 82 – 85; 6 – str. 1).

Celková zátěž organismu rozhodně není zanedbatelná, proto se až u 50 – 80% žen vyskytuje subdepresivní epizoda, kterou označujeme pojmem poporodní blues (Praško J., 2002 in 1, str. 82).

Poporodní blues se objevuje nejčastěji mezi 3. – 6. dnem po porodu. Hlavními příznaky jsou záchvaty pláče, které žena nedokáže vysvětlit, emocionální labilita, přecitlivělost, zmatenost a strach z péče o dítě. Tento stav je mimo jiné zapříčiněn prudkými změnami v koncentraci hormonů, resp. prudkým poklesem estrogeneru a progesteronu. Častěji se poporodní blues objevuje u žen, které před otěhotněním trpěly premenstruační tenzí. Toto období je ve většině případů přechodné a samovolně odezní do 10. dne od porodu. (Čepický P., 1999 in 1, str. 82). Poporodní blues není chápáno jako patologické chování, ale jako adaptační reakce organismu ženy na nedávný porod. Je nutné odlišit, zda se jedná pouze o poporodní blues, které nevyžaduje specializovanou léčbu, nebo o počínající závažnější stav poporodní deprese. Zejména v laické veřejnosti se termíny označující psychické potíže v šestinedělí často zaměňují. Hojně používaným označením pro jakékoliv emoční potíže po porodu je poporodní deprese. V ne odborné literatuře funguje toto označení jako tzv. „všepostihující diagnóza“. Výrazným rozdílem mezi poporodním blues a poporodní depresí je

přítomnost ambivalentních pocitů matky ke svému dítěti a pocit, že jej není schopna milovat. (1 – str. 82 - 85; 12 – str. 34).

Porodní asistentky by měly tyto termíny pečlivě rozlišovat a všechny ženy o možných psychických poruchách v šestinedělí edukovat. Čas na tuto problematiku by měl být vyhrazen jak v předporodních kurzech pro budoucí maminky, tak pro čerstvé matky na oddělení šestinedělí. Při potížích, které trvají více jak 14 dní, nebo při zhoršení psychického stavu ženy, je doporučeno vyhledat odbornou lékařskou pomoc. Z toho důvodu by porodní asistentky, které pracují na oddělení šestinedělí a v gynekologických ambulancích, měly mít kontakt na odborníka, který se touto problematikou zabývá. (1 – str. 82)

Patologickou psychickou poruchou, která se objevuje v časném šestinedělí, je poporodní psychóza.

2.2 Pozdní šestinedělí

Pozdním šestinedělím charakterizujeme období od 8. dne od ukončení těhotenství. V tomto období je již žena většinou propuštěna z porodnice domů. K péči o novorozence ještě navíc přibývá nutnost zajištění domácnosti a v případě, že má žena dětí více, i péče o ně. Pro ženu může být take stresující, po propuštění z porodnice, kde byla celý den po dohledem zdravotníku, najednou v domácnosti nemá bezprostřední možnost konzultovat své problémy s odborníky. V naší společnosti bohužel zcela chybí komunitní péče porodních asistentek, které by byly s matkou a novorozencem v těsném kontaktu i po propuštění z porodnice. V západních zemích (např. v Nizozemsku a Irsku) je standardní péče komunitních soukromých porodních asistentek, které navštěvují ženu v šestinedělí v domácnosti. Šestinedělka tak může své potíže konzultovat s odborníkem bez návštěvy nemocničního zařízení, což bezesporu přispívá k psychické pohodě matky. (5 – str. 1)

V sociální úrovni žena prožívá transformaci vztahu s partnerem, protože okamžikem početí společného potomka se vztah získaný změnil na vztah vrozený. Někteří muži se těžce vyrovnávají s tím, že se jim partnerka již nevěnuje tak, jako dříve, a že na pomyslném prvním místě v žebříčku důležitosti ženy, je nyní novorozenec. Problémy se také mohou vyskytnout se staršími sourozenci, kteří mohou na nového člena rodiny žárlit. Žena je také nucena výrazně se omezit na společenské úrovni, veškerý svůj čas tráví s novorozencem, který má velmi omezené komunikační dovednosti a nemůže tak ženě nahradit dospělý protějšek. Nedostatek kontaktů s dospělými lidmi, ztráta kontaktu se spolupracovníky a omezení matčinych zájmů může vést ke vzniku tzv. emocionálního skleníku. To může mít za následek

přílišné upnutí na partnera, ve smyslu kompenzace nedostatku podnětů ze světa mimo domácnost a kojence (1 – str. 93; 5 – str. 1 - 2).

Další změna v partnerském vztahu se týká sexuálního života. V období šestinedělí se často u žen vyskytuje snížený sexuální apetit. Nejčastějším důvodem tohoto faktu je únava šestinedělky související s péčí o dítě. Z psychologického hlediska bývá pro šestinedělky někdy obtížné fungovat současně jako kojící matka a zároveň jako milenka. Z biologické stránky může být pohlavní život páru obnoven ve chvíli, kdy se žena cítí připravena, což obvykle bývá za 4 – 6 týdnů po porodu, samozřejmě pokud nejsou přítomny komplikace ve smyslu infekce, nedostatečného hojení porodních poranění, bolesti atd. Partner by měl změny v sexuálním chování ženy a případné její potíže tolerovat. Je důležité, aby si uvědomil, že tento stav je ve většině případů pouze dočasný a sexuální život se dříve či později vrátí opět k normal. Bohužel není výjimkou, že narození dítěte může spustit i některé sexuální dysfunkce; proto by se porodní asistentky měly šestinedělky dotazovat i na kvalitu sexuálního života a v případě diagnostikování určitého problému nasměrovat ženu k odborníkovi na tuto problematiku (1 – str. 84; 5 – str. 1 - 2).

Jak bude žena období pozdního šestinedělí prožívat, záleží na mnoha okolnostech. Důležitá je osobnost ženy, míra zkušeností s péčí o novorozence, kvalita rodinného zázemí a vztahu s partnerem. Negativně mohou toto období ovlivnit i další faktory: např. žena, která má sklony k perfekcionismu, si na sebe klade příliš vysoké, tudíž těžko realizovatelné nároky a nesplnění těchto nároků posléze vede k pocitům viny a neschopnosti. Dlouhodobě neřešené potíže v partnerském vztahu, nepříznivé socioekonomické zázemí rovněž mohou fungovat jako spouštěče poporodních psychických problémů. Mezi biologické rizikové faktory, které mohou mít negativní dopad na psychiku šestinedělky, řadíme zotavování organismu ženy po náročném nebo komplikovaném porodu, anémie, dysfunkce štítné žlázy a infekční onemocnění. Zejména u žen, které mají zatíženou psychiatrickou anamnézu, bychom neměli podceňovat sebemenší příznaky počínajících poruch. Do psychiatrických komplikací vznikajících v pozdním šestinedělí řadíme poporodní depresi. (5 – str. 2)

3 Deprese obecně

3.1 Úvod do obecných depresí

Deprese je nemoc, jako každá jiná. A není o nic méně závažná, než např. hypertenze, diabetes mellitus nebo žaludeční vředy. Není to pouze momentální, přechodné zhoršení

nálady, ale nemoc celého organismu. Tato porucha nemusí vždy navazovat na nepříznivé nebo stresové situace v lidském životě, ale v mnohých případech tomu tak doopravdy je. Deprese – nejen poporodní, je u většiny postižených onemocnění léčitelné, ale pokud dojde k zanedbání léčby a deprese není léčena dostatečně nebo vůbec, může vést k celkovému poklesu výkonnosti, k izolaci postiženého od okolí, totální ztrátě radosti ze života a výrazně zhoršuje celý zdravotní stav člověka (7, str. 26 – 27)

Změny nálad, radost i smutek jsou součástí života. Při pocitech štěstí a radosti zažíváme pocit příjemný a všechno nám připadá hezké a příjemné. Opakem tohoto pocitu je smutek, což je normální reakce na nepříjemnou událost. Zásadní rozdíl mezi běžným smutkem a depresí je míra schopnosti fungování v běžném životě. Zatímco lidé s běžným smutkem jsou schopni zastat své zaměstnání a fungovat v rodině, u lidí trpících depresí je smutek prohloubený, představuje velký zásah do každodenního života a míra jejich každodenního fungování je výrazně omezena. (7, str. 26 – 27)

3.2 Vznik depresí

Na otázku, co přesně stojí za vznikem depresí, stále není známá jednoznačná odpověď. Někdy má deprese přímou souvislost s velkou emoční ztrátou, někdy se objeví až poté, když člověk úspěšně překonal náročné období a někdy vzniká bez zjevné příčiny. Někdy není přítomen pouze jeden spouštěč, ale řada nepatrných negativních událostí, stresů a neúspěchů, na které vznik deprese přímo navazuje. (9, str. 47).

Hippokrates připisoval vznik „melancholie“, jak byla tehdy deprese nazývána, nadbytku černé žluči v těle nemocného. Ve středověku byla příčina připisována ďáblům a pekelným mocnostem a Sigmund Freud v 19. století hledal příčinu depresí v potlačované zlosti a vzteku vůči jiným lidem. V současné době se většina psychiatrů shoduje v názoru, že na vzniku depresí se podílí více faktorů společně (9 - str. 47).

V dnešní době se velký význam ve vzniku depresí připisuje neurobiologickým poruchám v mozku, při kterých nedochází ke správnému přenosu nervového signálu. Nervový přenos mezi jednotlivými nervovými buňkami, funguje na základě přenosu jednotlivých signálů pomocí chemických látek - neurotransmiterů. V momentě, kdy elektrický signál dojde až k nervovému zakončení jedné buňky, z tohoto zakončení se vyloučí neurotransmitter a signál se přenesení se dále na další neuron. Odeslaný vzruch z jedné buňky ovlivní činnost druhé buňky tak, že se naváže na její receptor. Neurotransmitery jsou tedy chemické látky, díky kterým spolu nervové buňky navzájem komunikují. (8)

Patofyziologie tohoto jevu při depresivním onemocnění spočívá ve snížené hladině neurotransmiterů v nerovové tkáni. Mezi neurotransmitery patří hormon serotonin, noradrenalin a dopamin a podle provedených studií je depresivní porucha spojena zejména s nedostatečnou koncentrací těchto látek v neuronech. Tato porucha je prokazatelná u všech druhů depresí. Řešením tohoto problému je farmakologická léčba antidepresivy, která plně zajistí nemocnému náhradu za chybějící neurotransmiter. K úpravě narušené rovnováhy v mozku a tím pádem i k vymizení nebo zmírnění příznaků dochází zhruba za 3 – 6 týdnů po zahájení léčby. (9 - str. 51 - 52)

Významným faktorem pro vznik depresivního onemocnění je vliv dědičnosti. V dnešní době k rozvoji tohoto onemocnění také významnou mírou přispívá nevhodné užívání některých farmak, přílišná konzumace alkoholu a psychotropních látek (9 - str. 53).

3.3 Typy depresí dle intenzity a jejich projevy

Deprese podle jejich intenzity můžeme rozlišit do 3 hlavních skupin.

Při mírné intenzitě deprese je nemocný schopen docházet do zaměstnání a fungovat na víceméně normální úrovni. Viditelnou změnou je snížená rychlost všech prováděných činností, zpomalení jsou i reakce postiženého. Brzy se objeví tendence postiženého uzavírat se do sebe a vyhýbat se přátelům. Léčba probíhá většinou ambulantní ve formě psychoterapie (7 - str. 29).

Pacienti, kteří trpí střední intenzitou deprese, už většinou nejsou schopni pracovat. Většinu dne jsou unavení, zpomalení, objevují se potíže se soustředěním, sexuálním životem a prohlubuje se izolace od přátel a společnosti. Léčba je zde farmakologická v kombinaci s psychotherapeutickou, probíhá v pracovní neschopnosti (7 - str. 29).

Třetí formou je těžká deprese. V tomto stupni deprese postižený už není schopen o sebe dostatečně pečovat, má sklony strávit celý den v posteli a praktické činnosti už pacient téměř nevykonává. Postiženému chybí dostatek potřebné energie a chybí mu pocit smysluplnosti všech aktivit. Často jsou přítomné suicidální myšlenky. Léčba je vždy v rámci hospitalizace na psychiatrickém oddělení (7 - str. 29).

3.4 Nejčastější mýty o depresích

V této části bych chtěla zmínit nejčastější mýty, které se vyskytují v povědomí v laické veřejnosti v souvislosti s depresivním onemocněním. Úkolem nejen porodní

asistentky, ale i ostatních zdravotníků, je tyto mýty vyvracet a nahrazovat je správnými informacemi.

- *Deprese ukazuje na nedostatek vůle nemocného, kdyby dotyčný opravdu chtěl je schopen „dát se dohromady a fungovat“.* Lidé, kteří trpí depresemi, se o to samozřejmě pokoušejí, ale bezúspěšně. Přátelé a rodina, která se v dobré víře snaží nemocného takto povzbudit, situaci jen zhoršují. Nemocný má po tomto naléhání ještě větší pocity viny (9 - str. 12).
- *Deprese znamená, že nemocný je slabý, méněcenný a nevléčitelný.* Toto označení si často přisuzují nemocní sami sobě, nebo je jim přisouzeno primitivním okolím. Je to hrubý omyl. Deprese je léčitelné onemocnění. A rozhodně nemá vliv na pokles inteligence či rozumových schopností (9 - str. 12).
- *Deprese se netýká lidí, kteří žijí v rozvojových zemích.* Deprese se vyskytují po celém světě nezávisle na rase, náboženství či životní úrovni. Depresivním onemocněním trpí i lidé v chudých zemích Afriky a Asie, ale významný rozdíl je zde v odlišném vnímání deprese jako onemocnění. Na rozdíl do západních zemí kde je deprese vnímána jako patologický jev, v některých kulturách rozvojových zemí je považován smutek a melancholie za součást stáří (19).
- *Deprese se týká pouze dospělých.* Šťastné, bezstarostné a idylické dětství je obecně zažitá představa ohledně dětského věku, ale bohužel depresivní onemocnění postihuje i děti (19).
- *Antidepresiva způsobují závislost.* Dnešní generace antidepresiv závislost nezpůsobují. K tomuto mýtu zřejmě nahrává fakt, že efekt antidepresiv je zřejmý až po několik týdnech od počátku užívání, proto je užívání dlouhodobé a může vést ke strachu z propadnutí do závislosti (7 - str. 83).

3.5 Léčba depresí

Hlavním cílem při léčbě depresivních poruch je odstranit veškeré příznaky nemoci, eliminovat rizika relapsu nemoci a vrátit nemocnému kvalitu života, kterou disponoval před propuknutím nemoci. Léčba může být farmakologická nebo nefarmakologická.

Farmakologická léčba je nejrozšířenější a nejosvědčenější. Lékem první volby u léčby všech typů depresí jsou antidepresiva, která fungují tak, že upravují koncentraci serotoninu, noradrenalinu a dopaminu a tím podporují fyziologickou rovnováhu na postižených neuronech, kde je těchto látek nedostatek (20 - str. 30).

V nefarmakologických metodách při léčbě deprese, mají své místo různé druhy psychoterapie. Základem všech psychoterapeutických praktik je podpora zdravých částí člověka. Nemocný s pomocí psychoterapeuta opět získává přirozený pocit kontroly nad vlastními myšlenkami, pocity, představami a jednáním. U lehčích forem depresivních poruch může účinně pomoci samotná psychoterapie, ale u závažných stavů je psychoterapie pouze doplňkovou terapií k farmakologické léčbě. Optimální je kombinace léčby farmakologické a nefarmakologické (20 - str. 29).

4 Poporodní deprese – definice, výskyt, projevy, diagnostika, léčba, prognóza

4.1 Definování poporodní deprese

Poporodní deprese je závažné a potencionálně i život ohrožující psychické onemocnění. Můžeme ji definovat jako déletrvající zhoršení nálady různého stupně a délky trvání (10 – str. 86). Většina odborníků se shoduje v tom, že poporodní deprese má s porodem souvislost v tom smyslu, že porod a období šestinedělí fungují jako spouštěče u žen, které mají sklony k psychickým chorobám. Ačkoliv se touto problematikou zabývali odborníci již v devatenáctém století, až do roku 1992 nebyla poporodní deprese uznána Světovou zdravotnickou organizací jako samostatná diagnóza (12 – str. 30). V současné době je v Mezinárodní klasifikaci nemocí dle WHO, aktualizované k 1. 1. 2012, poporodní deprese označena kódem F53.0. (22 – str. 231).

Přístup k psychickým potížím v šestinedělí prošel dlouhým vývojem. Dnes rozlišujeme fyziologické poporodní blues a patologické psychické poruchy, ale ne vždy tomu tak bylo. Například Oakleyová, 1979 poporodní depresi označila jako stavy úzkosti a plačtivosti v období mezi 2. – 10. dnem po porodu a Cox a kol., 1983 depresi charakterizoval jako úzkost z příchodu s dítětem domů, která trvá po dobu jednoho až dvou týdnů (12 – str. 33).

4.2 Vznik a výskyt poporodní deprese

Tento typ deprese postihuje 10 – 15% žen. (Altshuler et al, 2001 in 3, str. 1). Vznik poporodní deprese je nejčastěji popisován v období 6. – 12. týdne po porodu. Někteří autoři uvádějí možný výskyt až do jednoho roku od porodu. Poporodní deprese, jak je z názvu patrné, je známa především v souvislosti s porodem, ale faktem je, že určité formy se mohou

vyskytnout i u ženy po potratu (tzv. postaborční syndrom) a po prodělaném mimoděložním těhotenství (3 – str. 14 – 15).

Prvním rizikovým obdobím pro vznik poporodní deprese, je příchod šestinedělky z porodnice domů. V nemocničním zařízení, kde byla žena hospitalizována na oddělení šestinedělí, mohla veškerou svoji pozornost a péči zaměřit pouze na novorozence. Nyní je navíc zatížena péčí o domácnosti a některé ženy též absencí možnosti konzultovat stav svůj nebo novorozence s porodní asistentkou nebo lékařem. Další krizové období může nastat v období 2 - 3 týdnů po příchodu domů, kdy často klesá intenzivní péče o ženu a pozornost okolí. Žena si zvyká na nový životní styl a zabíhá se v nové roli matky, v tomto období se může cítit osamoceně (5 – str. 2). S touto psychickou poporodní komplikací se můžou setkat všechny ženy, jsou však známy jisté rizikové faktory, predisponující ke vzniku deprese.

Z psychosociálních faktorů jsou to především problémy s partnerem, nepřipravenost na mateřství (může a nemusí souviset s věkem ženy), nedostatečná sociální podpora, nižší vzdělání, finanční potíže, ambivalentní pocity k dítěti a těhotenství v průběhu gravidity. Také je nutné brát v potaz i faktory kulturních rozdílností. V kultuře naší doby není zvykem dodržovat ochranné rituály šestinedělky a novorozence, jak tomu bylo dříve, kdy příbuzné a ženy blízkého okolí chodily ženu navštěvovat v domácnosti. Pomáhaly šestinedělce, předávaly jí své rady a zkušenosti ohledně obtíží v šestinedělí a péče o novorozence. V kulturách, kde jsou tyto tradiční rituály zachovány, je výskyt psychických poruch v šestinedělí výrazně menší. Dnes žijí nové rodiny relativně separované od okolí i od širší rodiny, někdy je dokonce pomoc rodiny zesměšňována (1 - str. 91; 3 – str. 15). Negativní vliv na vznik poporodních depresí má také zatížená psychiatrická anamnéza - až u 30% žen, které v minulosti prodělaly depresi, se rozvine poporodní deprese i v dalším těhotenství. U 52 – 62% žen se poporodní deprese rozvine, pokud se s tímto onemocněním setkaly už v minulém poporodním období. Rizikem je také výskyt depresí u pokrevních příbuzných (Kennedy, 2001 in 18, str. 40).

Biologickým faktorem je porucha sekrece serotoninu a noradrenalinu, patofyziologie tohoto jevu je uvedena v kapitole 2.2. A podle australské studie (Hay, 2003 in 3. str, 97) je prokázáno sedmkrát vyšší riziko vzniku poporodní deprese u žen po urgentním císařském řezu. (1 – str. 91).

4.3 Projevy a typy poporodní deprese

Příznaky poporodní deprese se výrazně neliší od příznaků při depresích obecně (kapitola 2.2). Rozdílem je přítomnost specifických emocí vztahující se k novorozenci a roli matky. Příznaky počínající deprese se po porodu objevují plíživě, a proto není jednoduché je rozpoznat mezi běžnými obtížemi žen v šestinedělí (únava z nedostatku spánku, případně poruchy spánku, úbytek váhy, snížení libida). S postupem času však přibývají pocity nedostatečnosti, obavy z budoucna, strach ze samoty, ztráta dosavadních zájmů a neschopnost radovat se. Rohde, Dorn (2007 in 1, str. 96) člení poporodní deprese na tři základní typy, které se vzájemně odlišují jednotlivými symptomy (5 – str. 3; 10 – str. 86).

4.3.1 Insuficientní typ.

S tímto typem se v praxi můžeme setkat nejčastěji. Typické jsou pocity insuficience a nejistota ohledně „správného“ zvládnání mateřské role. Někdy se vyskytují pocity emoční ambivalence vzhledem k dítěti, což může vyústit až k pocitům neschopnosti milovat své dítě. Což je ve většině případů provázeno pocitem provinění u matky že není správnou matkou. U tohoto typu deprese nejsou ojedinělé suicidální myšlenky, které je vždy nutné brát zcela vážně s tím. Takto postižená žena vždy patří do rukou psychiatra, který neprodleně zahájí příslušnou terapii. Nezbytná je léčba antidepresivy, která je ve většině případů vedena ambulantní formou. Bez vhodné psychologické intervence se příznaky prohlubují, narůstají pocity zoufalství a tento stav může vyústit až ke chronické formě deprese. (5 – str. 3)

4.3.2 Nutkavý typ

Hlavním příznakem tohoto druhu poporodní deprese jsou neodbytné myšlenky, které se ženě vnucují proti její vůli a často se týkají možnosti nějak ublížit dítěti. Ženy mají strach, cítí provinění a za své emoce směřující k dítěti se stydí jak před okolím, tak i před sebou samotnou. Pro takto postižené matky není jednoduché se s těmito myšlenkami někomu svěřit a pro porodní asistentku nebo lékaře může být problematické tyto stavy odhalit. Proto jsou doporučeny otázky typu: „Několik maminek se mi svěřilo, že je někdy napadají myšlenky, že nějak ublíží svému miminku, stalo se Vám to také?“ Žena pochopí, že není jediná, která má podobný problém, zmírní se její pocity studu a viny, což může být samo o sobě pro ženu velice povzbuzující a úlevné. Úkolem lékaře psychiatra je rozpoznat a odlišit, zda jsou to jen myšlenky, nebo akustické halucinace se skutečným imperativním obsahem, které ženě rozkazují, aby daný skutek vykonala, jak tomu bývá u psychóz (5 – str. 3).

4.3.3 Panický typ

U toho typu se objevují panické záchvaty hrůzy a úzkosti. Mohou a často také jsou doprovázeny somatickými symptomy (svalovým napětím, třesem, zrychleným dechem, palpitací atd.). V záchvatech žena prožívá strach ze smrti, ze ztráty sebeovládání (spojené se strachem, že ublíží svému dítěti). Panický záchvat trvá řádově minuty. U poporodních depresí se tato forma vyskytuje vzácně, ale je velmi zatěžující jak pro šestinedělku, tak i pro jejího partnera. Často je tato forma kombinována s typem nutkavým, kdy ženu napadají myšlenky na fyzické ublížení svému dítěti, tento nežádoucí stav si racionálně uvědomuje a proto vyžaduje neustále přítomnost druhé osoby, která by ji kontrolovala a případné agresi směrem k novorozenci zabránila. Jedná se o tzv. zabezpečovací jednání (5 – str. 3).

4.4 Diagnostika poporodní deprese

Včasné rozpoznání a diagnostika depresí může být vzhledem k přítomnosti běžných poporodních psychických potíží v šestinedělí problémem. Vzhledem k době, kdy se příznaky poporodní deprese poprvé objevují, bývá žena už ve většině případů propuštěna z porodnice domů; proto se s takto postiženou ženou mohou setkávat pouze porodní asistentky pracující na gynekologických ambulancích nebo pediatrické sestry v ordinacích dětských lékařů, které ženy po porodu navštěvují se svými dětmi. V těchto případech je ovšem velice těžké nějakou z uvedených poruch rozpoznat vzhledem k malému množství času, který je pro ženu v gynekologicko či pediatrické ordinaci vymezen.

Na rozdíl od somatických onemocnění nejsou v psychiatrii dostupná 100% objektivní kritéria pro hodnocení psychického stavu klienta, jako jsou v jiných medicínských oborech například přesná laboratorní vyšetření, rentgenové či ultrazvukové metody. Úspěšná diagnostika tedy závisí na osobních schopnostech, pečlivosti a vnímavosti osoby, která nemocného vyšetřuje. Důležitou metodou rozhovor, pozorování a důkladné odebrání anamnézy. Vhodnou a často užívanou metodou jsou dotazníky a škály, které objektivizují příznaky nemocného, podobně jako například škály na měření bolesti. Při rozhovoru a pozorování by se porodní asistentka měla zaměřit zejména na tyto příznaky: smutná nálada až melancholie, ztráta schopnosti radovat se z příjemných prožitků, ambivalentní pocity k dítěti až pocit neschopnosti milovat své dítě (pocity viny a sebeobviňování těchto žen, že jsou „špatnými matkami“). Depresivní onemocnění je často spojeno se somatickými příznaky, které by porodní asistentka měla také sledovat. Ženy si stěžují na ztrátu energie, poruchy zažívacího traktu (nechutenství, průjemy, bolesti břicha) a nespavost. Ostatních příznaků, jako je například zvýšená únava, neklid a ztráta koncentrace, by si měla porodní asistentka všimnout i

bez upozornění samotné ženy. Při podezření na poporodní depresi, může být přínosné také spojení se zdravotnickým oddělením, kde žena rodila a byla hospitalizována na oddělení šestinedělí. Pokud porodní asistentka přijímá ženu jako novou pacientku do gynekologické ambulance, při odebírání anamnézy by se kromě somatických onemocnění měla dotazovat také na výskyt depresivní epizody či jiného psychiatrického onemocnění v osobní i rodinné anamnéze (5 – str. 3; 22 – str. 4).

Období šestinedělí je psychicky náročné pro všechny matky, tudíž nejsou k diagnostice doporučeny obecné testy na depresivitu. Výsledky těchto testů by totiž i u zcela zdravých šestinedělek přesahovaly fyziologickou hranici a testy by tak byly falešně pozitivní. Z tohoto důvodu se celosvětově využívá Edinburghská škála postnatální deprese (1 – str. 91).

Cox J.L., Holden J.M. a Sagovsky R. vytvořili EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) v roce 1987 v skotském Edinburgu s cílem usnadnit diagnostiku poporodní deprese. Od té doby byla tato škála prověřována mnohými výzkumnými studiemi, které potvrdily její validitu a citlivost pro danou problematiku. Dotazník, který je zaměřen na pocity ženy za právě uplynulý týden, se skládá z deseti otázek, přičemž každá otázka nabízí 4 možné odpovědi. Odpovědi jsou u jednotlivých otázek ohodnoceny různým počtem bodů, maximum dosažených bodů je 30. Studie určily rozmezí (cut – off), ve kterém jsou ženy pozitivní na výskyt deprese a kdy je doporučeno test opakovat. V případě, že je rozmezí mezi 9 – 13 body, test se opakuje znovu za 14 dní od prvního testu. Když je zisk vyšší než 13 bodů, je ženě doporučena konzultace se specialistou psychologem/psychiatrem. Je doporučeno věnovat zvláštní pozornost otázce číslo 10, která se týká suicidálních myšlenek; v případě pozitivní odpovědi na tuto otázku je ženě doporučena péče specialisty i tehdy, když nedosahuje-celkové skóre ani 9 bodů. Ani v případě nedostatku času lékaře nebo porodní asistentky v ambulanci by neměla žena z ordinace odejít bez zkontrolování právě této desáté otázky. Vyplnění dotazníku je záležitostí několika minut. Tento metoda je rychlá, levná, spolehlivá a vhodná pro domácí i ambulantní použití. Před vypracováním dotazníku by žena měla být poučena, že na otázky má odpovídat samostatně, bez konzultace s druhou osobou. Tato škála je určena pouze pro poporodní depresi, nediagnostikuje tedy úzkostné poruchy, psychózy a poruchy osobnosti (14 – str. 1).

V České republice není tato škála běžně užívána, ačkoliv její užívání je některými psychiatry doporučeno jak lékařům, tak i porodním asistentkám, které pracují na příslušných odděleních. V ambulantní sféře soukromých gynekologů je rozhodnutí zda užívat či nepoužívat tuto škálu na rozhodnutí lékaře, který gynekologickou ambulanci řídí. Pokud se

rozhodne škálu užívat, tuto činnost může zcela předat porodní asistence, která by pouze v případě patologických hodnot informovala lékaře. Poté je nutné zprostředkovat ženě kontakt s psychiatrem či psychologem.

4.5 Léčba, prognóza poporodní deprese

Rozeznáváme dva hlavní druhy terapie poporodní deprese: léčbu farmakologickou (různými typy antidepresiv) a nefarmakologickou (různé typy psychoterapií). Obecně lze říci, že u lehčích typů deprese, které neovlivňují mateřské fungování, je vždy na prvním místě snaha o vyřešení problému nefarmakologickou cestou. Pokud jsou však příznaky závažnější, je třeba se obrátit k farmakologické léčbě antidepresivy, i za cenu nutnosti přerušování laktace z důvodu vysokých dávek psychofarmak nebo hospitalizace. Rozhodujícím faktorem ve volbě vhodné terapie je závažnost psychiatrických symptomů a vždy je nutné zvážit přínos a možná rizika léčby. Rizikem může být na jedné straně výskyt nežádoucích účinků pro matku i kojence, ale na straně druhé je hrozba z neadekvátního a nekompetentního chování matky, v případě neléčených poruch, kterým může žena ohrozit jak sebe samotnou, tak i své dítě. V přístupu k nemocným je vždy nezbytné zohlednit tyto faktory: závažnost příznaků, výskyt sebevražedných myšlenek a tendencí v aktuálním stavu i v anamnéze, schopnost matky postarat se o sebe a dítě a zvážit riziko plynoucí z onemocnění matky pro kojence (3 – str. 15)

4.5.1 Farmakologické léčba.

Léčba antidepresivy po porodu a při laktaci se řídí obecnými doporučeními při léčbě depresí, má však svá specifika. Při volbě vhodného léku je důležité upřednostnit lék s nízkým počtem metabolitů, krátkým poločasem vylučování, nízkým počtem nežádoucích účinků. Při zahájení léčby psychofarmaky je nutné kontaktovat ošetřujícího pediatra a gynekologa. Vzhledem k fyziologickému snížení hepatálního metabolismu u žen v poporodním období je nutné snížit dávku o 1/3 oproti standardní dávce, což je preventivní opatření proti zvýšení koncentrace antidepresiva v séru. Léky by také měly být otestované na bezpečné užívání při laktaci. Nejrizikovějším obdobím pro kojence je léčba antidepresivy do 10. týdne věku, a to z důvodu hromadění léčiva v organismu; toto riziko je rovněž u předčasně narozených dětí. V těchto případech musí být zajištěna dostatečná hydratace kojence. Kontraindikováno je užívání antidepresiv bez současné zástavy laktace u kojenců s neurologickým onemocněním a při onemocnění jater či ledvin. Zde je nutné nahradit mateřské mléko umělou výživou. Převedení na umělou výživu je nutné také při výskytu nežádoucích účinků u kojence. Žena

užívající antidepresiva by měla být vždy poučena, že lék by měla užívat vždy po kojení, které předchází nejdelší spánkové periodě dítěte. (3 – str. 15; 13 – str. 118 - 120).

Preferovaná je monoterapie, kde nejvhodnějším typem jsou inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). SSRI fungují na principu zvyšování koncentrací serotoninu v synapsích mozkových buněk, kterého je při depresivní poruše nedostatek. SSRI jsou vhodné z důvodu nízkého výskytu nežádoucích účinků pro ženu i kojence vzhledem k tomu, že jejich koncentrace v mateřském mléce jsou výrazně nižší než u jiných typů antidepresiv. Jako rizikové množství antidepresiva v organismu u novorozence se udává koncentrace vyšší než 10% z mateřské dávky, ale záleží také na ostatních faktorech (úroveň a rychlost metabolismu kojence, frekvence kojení atd.) Bližší informace nejsou dostupné, protože z etických důvodů tyto výzkumy nebyly provedeny. Jako nejbezpečnější SSRI antidepresiva v poporodním období jsou uváděny tyto: sertralin, amitriptylin, desipramin, clomipramin a nortriptylin. Pokud se matka rozhodne při užívání antidepresiv kojít, je doporučen sertralin v nejmenších možných dávkách. Při kojení je naopak kontraindikováno antidepresivum fluoxetin (také patří do skupiny SSRI) pro závažné nežádoucí účinky pro kojence. Popisovány jsou vodové stolice, záchvaty křiku, úporné zvracení, zvýšený neklid (3 – str. 16).

Jak jsem již uvedla výše, u SSRI psychofarmak se nežádoucí účinky se ve větší míře nevyskytují a léčba je v naprosté většině úspěšná, přesto jsou popisovány možné nežádoucí účinky zejména při zahájení léčby. U žen se mohou objevit potíže v gastrointestinálním traktu v podobě častějších nevolností, průjmů a zvracení. U kojenců (pokud žena pokračuje v kojení) je popisován třes, neutišitelný křik a negativní ovlivnění spánku. V případě, že je žena rozhodnuta pokračovat v kojení, by mělo být provedeno laboratorní vyšetření jater a krevního obrazu kojence; toto vyšetření by mělo být ještě zopakováno minimálně jednou po začátku léčby a mělo by být doplněno o stanovení hladiny antidepresiva v séru kojence. Přírodní alternativou k léčbě deprese je třezalka, v tomto případě je kojení ovšem důrazně nedoporučeno, proto tuto alternativu můžeme doporučit pouze nekojícím matkám. (10 – str. 87; 13 – str. 121; 16 – str. 28 - 29).

Pacientka by měla být vždy informována o všech možných alternativách léčby a současně o možných nežádoucích projevech u kojence v případě léčby antidepresivy. Tento rozhovor a poučení pacientky bychom měli vždy zaznamenat do zdravotnické dokumentace (16 – str. 27).

4.5.2 Nefarmakologická léčba.

Užití nefarmakologické léčby má své místo především u lehčích typů depresí. V první řadě jsou to zejména dva druhy psychoterapie - interpersonální a kognitivně behaviorální. V případě, že u ženy je vážné riziko suicidálního chování, nebo je žena k farmakoterapii rezistentní, může se jako doplňková léčba užít elektrokonvulzivní terapie. (Jedličková M., 2008)

4.5.2.1 Interpersonální terapie

Metoda interpersonální psychoterapie byla vytvořena v 70. letech 20. století Geraldem Klermanem a Myrmou Weissmannovou. Pozornost je zaměřena převážně na současné interpersonální vztahy, které jsou zdroji obtíží. Hlavním úkolem je vést klienta k tomu, aby sám objevil a pochopil souvislosti mezi symptomy, interpersonálními vztahy, a dále pak k poznání, jak se na problémových a traumatizujících interpersonálních vztazích sám podílí. Tato metoda byla ověřena řadou studií, v nichž prokázala efektivitu zejména u lehkých a středně těžkých depresí - její účinnost je srovnatelná s psychofarmaky. (Elkin 1989 in 18, str. 88). Interpersonální psychoterapie v léčbě poporodních depresí se zaměřuje hlavně na poporodní změnu role ženy v matku a dále na interpersonální konflikty. Základní dva cíle, které si léčba klade, je zmírnění depresivních symptomů a zvýšení efektivní strategie v jednání a chování. Při terapii poporodních depresí jsou nejčastější problémové oblasti neshody v interpersonálních rolích a neschopnost přijetí nové role (Stuart, 1999 in 18, str. 86). Neshody v interpersonálních rolích se často týkají partnera, matky nebo tchýně. V této oblasti je cílem terapie popsat vzorce chování problémových osob a přehodnotit klientčino očekávání. Klientka se učí dát najevo své pocity vůči problémové osobě a snaží se najít řešení, které by vyhovovalo oběma stranám. Druhým úkolem terapie je přijetí nové mateřské role klientkou.

Terapeut podává přímé rady, ženu podporuje, umožňuje uvolnění a zabraňuje jí upadnout do regrese či rezignovat před problémem (18 – str. 41).

4.5.2.2 Kognitivně – behaviorální terapie

Tato psychoterapeutická metoda je kombinací kognitivní a behaviorální psychoterapie. Behaviorální psychoterapie má své základy ve studiu učení a chování. Poruchy chování vnímá jako důsledek špatně naučené reakce. Kognitivní psychoterapie je zaměřena na procesy poznávací, čímž je myšleno myšlení. Kombinací těchto dvou metod vznikla kognitivně – behaviorální terapie, která obě hlediska využívá podle aktuální potřeby (17).

Podle kognitivně – behaviorální terapie si člověk, který trpí depresemi, zvykl depresivním způsobem uvažovat a podle toho i jednat. Tato terapie si klade za cíl postupně přeučit chorobné myšlení na konstruktivní. Je zaměřena také na praktickou stránku života, při této terapii se klient společně s psychoterapeutem postupně učí plánovat a měnit své každodenní aktivity. Tato metoda patří k nejúspěšnějším nefarmakologickým způsobům v léčbě deprese. U závažnějších typů depresí však tento přístup nestačí a musí být kombinován s farmakologickou léčbou (9 - str. 66).

Po vstupním vyšetření jsou společně s pacientkou stanoveny hlavní problémy a cíle, na které bude terapie zaměřena. V počáteční fázi léčby je žena informována o povaze depresivního onemocnění v poporodním období a o vedení a smyslu psychoterapeutické léčby. Prvním problémem, který je třeba na počátku řešit, jsou katastrofické myšlenky, které se často týkají témat, jako je selhání v roli matky, pochybnosti o „správném“ vztahu k dítěti, nespokojenost se svým vzhledem aj. Pracuje se také na změně denního a domácího režimu, který je často u těchto pacientek nefunkční (18 – str. 43).

Prostřední fáze léčby nastává tehdy, když došlo k počáteční úlevě a klientka má dostatek energie na řešení problémů, které jsou s depresivní poruchou spojeny. Nejčastěji jsou to problémy v partnerské sféře ve smyslu častých hádek, rozdílném názoru na nový způsob života a neshody spojené s nekvalitním sexuálním životem. Další oblast potíží se týká zvládnutí péče o více dětí, nesouladu s příbuznými a pocit osamělosti matky (18 – str. 44).

V závěrečné fázi terapie klientka a terapeut společně zpětně hodnotí a rekapituluji společnou práci (18 – str. 44).

Léčba poporodní deprese se pohybuje obvykle v řádu měsíců, a to při užití léčby farmakologické i nefarmakologické. Tato doba je ovšem velice individuální a vše záleží na mnoha okolnostech, které ženu ovlivňují.

5 Psychózy obecně

5.1 Úvod do problematiky psychóz

„Psychózou se rozumí těžké duševní onemocnění, při němž nemocný ztrácí kontakt se skutečností, kterou jinak vnímá, jinak ji hodnotí, a jinak se proto chová, přičemž si tuto změnu sám neuvědomuje“ (Vokurka, Hugo et al., 2009, s. 868). Pojem psychóza není označení pouze pro jednu nemoc. Pod tímto pojmem se skrývá několik duševních nemocí, které mají společný výskyt typických psychotických příznaků. Nemocný má zásadním způsobem

porušené vnímání reality, postupně se uzavírá do vlastního světa halucinací a bludů a není schopen rozpoznat skutečné od neskutečného. Charakteristické je, že psychózou trpící člověk tento svůj stav považuje za naprosto normální, což je také zásadní odlišnost od depresivního onemocnění. S tímto faktem souvisí i časté odmítání léčby psychotikem, který je přesvědčen, že je zdravý a žádnou léčbu nepotřebuje. Okolí brzy přestává nemocnému rozumět a i když sám nemocný má v některých okamžicích pocit, že jeho psychický stav není standartní, nedokáže jej popsat a vysvětlit. Stav nemocného však není neměnný, při tomto onemocnění se střídají období akutní ataky psychotického onemocnění a následné remise. Období akutní ataky se vyznačuje tím, že všechny příznaky onemocnění se projevují naplno, naopak obdobím remise označujeme stav nemocného, kdy jeho potíže jsou jen nepatrné nebo žádné (36).

5.2 Vznik psychóz

Psychotické příznaky, kterými jsou halucinace a bludy, vznikají z biologické stránky z důvodu nerovnováhy dopaminu v mozku. Dopamin je nervový přenašeč a jeho úloha spočívá v přenášení nervových vzruchů mezi neurony. U vzniku psychóz je zásadní především jeho nadměrné působení v limbickém systému. Limbický systém pomocí dopaminu rozlišuje důležité a nedůležité vjemy, které musí mozek neustále zpracovávat. Při nerovnováze dopaminu limbický systém nepracuje správně a nedůležitým a nepodstatným vjemům připisuje nesprávný význam, což se při psychotickém onemocnění projevuje halucinacemi a bludy. Takto postižený člověk poté vidí například v dopravních značkách či billboardech skryté významy a poselství, kterým rozumí jenom on sám a své chování tomu zcela podřizuje. V této chvíli se začínají objevovat první neshody v rodině, která se pochopitelně snaží nemocnému pomoci a racionálně mu vymluvit jeho bludné myšlenky. Tato snaha ovšem často vede k uzavření nemocného do svého vlastního světa, rodinu a blízké obviňuje z nepochopení a následovat mohou i další bludy, které se týkají právě rodiny a blízkých. Co přesně stojí za vznikem nerovnováhy dopaminu v limbickém systému, není známo. A není ani pravidlem, že při každé nerovnováze tohoto neurotransmiteru dojde k rozvoji psychózy. Vždy musí být přítomen nějaký spouštěč, který vzniku psychózy napomůže. Tímto nejčastějším spouštěčem je stres, který vzniká buď na podkladě psychického (zásadní životní změny, ztráty) nebo somatického (závažné onemocnění, úraz, porod). Určitou roli ve vzniku psychóz hraje také genetická zátěž v rodině pacienta, tato oblast však není blíže prozkoumána. (35).

5.3 Typy psychóz a jejich projevy

Jak jsem již uvedla, psychóza je nadřazený pojem pro jednotlivé nemoci, pro které jsou společné psychotické příznaky. Avšak jednotné psychóz rozdělení neexistuje, v odborné literatuře je tato problematika zpracována různě. Pro konkrétní představu o rozdílnosti klasifikování psychóz zde uvádím dva příklady.

Možný (1999) rozděluje psychózy takto:

- *Symptomatické*. Jsou způsobeny známými příčinami, které narušují správné fungování mozku. Do této skupiny jsou zařazeny i psychózy toxické, které jsou způsobeny užíváním psychotropních látek či alkoholu a psychózy involuční, které jsou způsobeny degenerativními změnami mozkové tkáně ve stáří.
- *Funkční neboli endogenní*. U těchto typů není současnými metodami možné diagnostikovat poškození mozku, ale jeho funkce je silně porušena. Do této skupiny autor zařazuje čtyři hlavní zástupce chorob, které spadají pod označení funkční typ psychózy. Je to onemocnění schizofrenie, maniodepresivní psychóza, schizoafektivní psychóza a paranoidní psychóza (36).

Autorem druhého rozdělení je Doubek (2008), který dělí psychózy takto:

- *Organické*. Příčina je v poškození mozkové tkáně například úrazem či hypoxií.
- *Toxické*. Činnost mozku je ovlivněna chemikáliemi, nejčastěji drogami a alkoholem.
- *Funkční*. Příčina zde není jednoznačná. Do této skupiny patří schizofrenie, schizotypální porucha a schizoafektivní porucha (37).

Všem typů psychóz jsou však společné některé příznaky. Obecně tyto příznaky můžeme dělit na příznaky negativní a pozitivní. Negativní příznaky jsou něčím, co nemocnému chybí, může to být například ztráta vůle, neschopnost organizace denního režimu, neschopnost dostatečné sebezpečí aj. Ale ani pozitivní příznaky nejsou žádoucí, jak by se z názvu mohlo zdát. Těmito příznaky se rozumí něco, co má nemocný jakoby „navíc“ oproti zdravé populaci. Do těchto příznaků řadíme poruchy myšlení (bludy) a poruchy vnímání (halucinace). (36 – str. 6)

Halucinace jsou poruchy vnímání. Označujeme jimi klamné vjemy, které vznikají bez vnějšího podnětu, působí ale tak skutečně, že nemocný o jejich realitě vůbec nepochybuje a naprosto jim věří. Halucinace mohou ovlivňovat všechny lidské smysly.

Nejčastější jsou halucinace sluchové, u tohoto typu halucinací mohou být nebezpečné tzv. imperativní hlasy, které nemocnému přikazují, co má dělat a jak se chovat, nemocný pak

tento rozkaz splní, i když je v rozporu s jeho morálními zásadami (vražda, násilí, zdemolování majetku). Původ těchto hlasů si psychotik vysvětluje jako hlasy od ukrytých osob, od Boha nebo od ďábla. Dalším typem mohou být halucinace zrakové, které mohou být prosté (záblesky, stíny) nebo složité (postavy, zvířata, náboženská zjevení). Méně časté jsou halucinace čichové, chuťové a hmatové (38 – str. 103).

Bludy řadíme do poruch myšlení. Definujeme je jako klamně přesvědčení, které je logickými argumenty nevyvratitelné a ovlivňuje jednání nemocného. Blud vzniká postupně. V počáteční fázi (tzv. krystalizační fáze bludu) má nemocný jen pocit nebo obavu, že se kolem děje něco, čemu nerozumí. Později se nemocný tento pocit vysvětlí klamným přesvědčením (např. působením nadpozemských sil, přítomností mimozemské civilizace aj). Nemocný je pak přesvědčen o tomto „faktu“, kterému tak přizpůsobí i své jednání. Stejně jako halucinace můžeme i bludy rozdělit na několik typů.

Bludy velikášské (megalomanské) jsou charakteristické nadnesenou až euforickou náladou nemocného. Takový člověk je přesvědčen o vlastních nadprůměrných schopnostech (že rozumí řeči zvířat, dokáže vyvolat zemětřesení, ovládá 20 cizích jazyků aj.) nebo o důležitém poslání, které často souvisí s náboženskou tematikou (nemocný se cítí být synem Božím, novým Mesiášem aj). Opakem těchto megalomanských bludů jsou bludy mikromanické neboli depresivní. Nemocný, který trpí tímto typem bludů, podceňuje své schopnosti, klade si vinu i za zcela neovlivnitelné události (zemětřesení na druhém konci světa, autonehodu aj.) a obviňuje se i z vlastností, které nemá. Časté jsou i bludy hypochondrické, kdy je nemocný přesvědčen o určité somatické chorobě, i když všemi dostupnými vyšetřeními bylo toto podezření vyvráceno. Některé hypochondrické bludy mají reálný rámeček - např. onemocnění rakovinou, ale jiné jsou zcela absurdní – např. přesvědčení nemocného, že v cévách mu koluje voda místo krve (38 - str. 104). Poslední skupinou jsou bludy paranoidní. Vznikají u nemocných, kteří jsou nadměrně vztahovační a podezřívaví. Nemocný má pocit, že je sledován, odposloucháván či filmován. Toto přesvědčení se vyznačuje tím, že nemocný vidí důkazy svého přesvědčení i ve zcela normálních situacích (např. namrzlý chodník je past od nepřátel, aby uklouznul a ublížil si). V první fázi má nemocný z domnělých nepřátel strach, ale tato fáze může přejít i do fáze aktivní obrany, při které napadají svou rodinu a blízké, o kterých je přesvědčen, že mu chtějí ublížit (38 - str. 104).

Dalšími častými projevy psychózy jsou poruchy paměti, které mohou být buď nebo dlouhodobé, dezorganizace (neschopnost nemocného pečovat o svůj zevnějšek, domácnost),

poruchy spánku, změny chutí (nespavost nebo nadměrný příjem potravy) a zvýšená podrážděnost ke svému okolí (35).

5.4 Léčba psychóz

Nezastupitelnou roli v léčbě psychóz představuje farmakologická léčba antipsychotiky. Tento stav je také natolik závažný, že vždy vyžaduje hospitalizaci. Teprve při stabilizaci stavu pacienta, kdy již nehrozí, že pacient ublíží sobě nebo svému okolí, je pacient propuštěn do domácího léčení a je mu doporučena ambulantní léčba. Nefarmakologická léčba se v terapii psychóz užívá také, ale spíše jen doplňkově k léčbě farmakologické nebo v ambulantním léčení, na které pacient dochází po ukončení hospitalizace.

Antipsychotika můžeme rozdělit do dvou hlavních skupin. První skupina antipsychotik jsou typická neboli klasická typická antipsychotika a druhou skupinou jsou antipsychotika atypická. Každá skupina se od sebe liší a má svá specifika, ale společným znakem obou skupin antipsychotik je blokování činnosti dopaminových a serotoninových receptorů. Tyto receptory je nutné blokovat, protože nadměrné množství a působení těchto látek v mozku, je zdrojem halucinací a bludů (28, 29).

Mezi typická (klasická) antipsychotika řadíme Chlopromazin, Thioridazin, Haloperidol či Flufenazin. Tyto antipsychotika jsou dostupná i v depotní lékové formě, která umožňuje dávkování jednou za několik týdnů, ve formě intramuskulární injekce, což může být užitečné především u špatně spolupracujících pacientů. Další výhodou této skupiny antipsychotik je jejich dobrá účinnost na potlačení halucinací a bludů. Nevýhodou jsou časté nežádoucí účinky, nejčastěji třes, sexuální dysfunkce, přílišná sedace pacienta a zvyšování hmotnosti (30).

Atypická antipsychotika, jsou od typických antipsychotik odlišná tím, že působí i na takové receptory, na které klasická antipsychotika nepůsobí. Mezi atypická antipsychotika patří Klozapin, Olanzapin, Quetiapin, Lithium aj. Tato skupina léků nedisponuje tak velkým sedativním účinkem, jako první skupina, ale výhodou je, že jejich podávání nevede k velkému výskytu nežádoucích účinků. Tento typ léčby je používán při specifických psychiatrických indikacích a také může zastoupit léčbu klasickým antipsychotiky v případě, že tato léčba je pacientem, netolerována nebo není dostatečně účinná (30).

Nefarmakologické metody při léčbě psychóz je interpersonální a kognitivně behaviorální terapie (kapitola 3.5.2.). Užívána je také elektrokonvulzivní terapie. Pacient a jeho rodina by měla být vždy informována o hlavních zásadách, které by měl

pacient dodržovat k úspěšnému ukončení léčby. Při užívání antipsychotik je důrazně kontraindikováno užívání drog a alkoholu. Také je nutné užívat vždy přesně takovou dávku léčiva, kterou lékař pacientovi předepsal a ani po odeznění či zmírnění příznaků, kdy se již pacient cítí zdravý, by neměl léčbu ukončovat dle vlastního rozhodnutí, ale až po konzultaci s lékařem (29).

6 Poporodní psychóza

6.1 Definice poporodní psychózy

Poporodní psychóza je nejzávažnější psychiatrickou komplikací v šestinedělí. Dříve bylo toto onemocnění označováno jako laktační psychóza, ačkoliv s laktací nemá žádnou přímou souvislost (15 – str. 7). Neléčená poporodní psychóza může mít tragické následky pro matku i dítě, proto je zde velice významná včasná diagnostika a okamžité poskytnutí odborné psychiatrické péče.

Podobně jako u poporodní deprese nebylo ani uznání poporodní psychózy jako samostatné nemoci jednoduché a dodnes se názory odborníků na toto onemocnění liší. Jedna skupina lékařů označuje poporodní psychózu jako samostatné onemocnění, které postihlo naprosto zdravou ženu výhradně v souvislosti s porodem. Druhá skupina odborníků považuje poporodní psychózu jen jako epizodu jiného psychiatrického onemocnění, nejčastěji bipolární afektivní poruchy, která se buď náhodně poprvé objevila v šestinedělí, nebo žena touto chorobou již trpí a po porodu došlo pouze k relapsu tohoto onemocnění (25 – str. 412).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí, dle upraveného vydání k 1. 1. 2012, je poporodní psychóza zařazena do V. kapitoly s názvem Poruchy duševní a poruchy chování, podkapitoly syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. V této podkapitole je poporodní psychóza označena kódem F.53.1. a zařazena do samostatného okruhu duševních poruch a poruch chování související se šestinedělím (22 – str. 231).

6.2 Vznik a výskyt poporodní psychózy

Výskyt laktační psychózy je poměrně vzácný. Poporodní psychóza se vyskytuje u 0,1 – 0,2 % šestinedělek. Toto onemocnění nejčastěji propuká 3. – 14. den po porodu (Raboch, Zvolský, 2001, str. 554). Větší výskyt je zaznamenán zejména u prvorodiček ve věku 25–35 let (Fait, T. 2006, str. 7). Sit, 2006 ve své práci uvádí, že průměrný věk výskytu poporodní psychózy je 26,3 let. Toto psychiatrické onemocnění se vyskytuje napříč všemi etnickými

skupinami, státy a kulturami. Neliší se ani počet žen, které touto chorobou onemocní (Kumar 1994 in 25, str. 2).

Vznik poporodní psychózy se po biologické stránce neliší od vzniku psychóz jiných. Tedy i zde limbický systém funguje abnormálně pod vlivem nesprávného množství dopaminu. Specifické jsou zde ovšem spouštěcí faktory, které poporodní psychotické onemocnění odstartují. Tímto spouštěčem je samozřejmě psychická i fyzická zátěž ženy po porodu. Touto zátěží procházejí po porodu všechny ženy, ale jak žena tuto zátěž zvládá je velice individuální a záleží zde na mnoha okolnostech. V případě tohoto onemocnění nikdy nelze určit, u které ženy se rozvine či nikoliv, statisticky jsou ovšem známy některé rizikové faktory, které rozvoji psychotickému onemocnění napomáhají.

Významnou rizikovou skupinou jsou ženy, které již v minulosti poporodní psychózu proděly. U těchto žen je riziko výskytu této psychiatrické komplikace 1:7, což je přibližně 14% žen (Sit, Rothschild, Wisner, 2006). Další rizikovou skupinou jsou matky, u kterých je diagnostikovaná bipolární porucha. V těchto případech je riziko výskytu poporodní psychózy až 20% (Raboch, Zvolský, 2001, str. 554). Tyto ženy by porodní asistentka měla v rámci těhotenské poradny nebo předporodních kurzů upozornit na možnost konzultovat svoji situaci s psychiatrem. (26 - str. 353, 354; 24 – str. 554). Do rizikových faktorů patří také náročný nebo operační porod, patologický průběh šestinedělí a stresové situace s partnerem nebo rodinou (1- str. 92).

6.3 Typy a projevy poporodní psychózy

Mezi první příznaky tohoto onemocnění patří neklid, podrážděnost, spánkové poruchy, uzavřenost nebo naopak nadměrná aktivita a euforie. Ovšem velmi rychle se rozvinou závažnější příznaky jako dezorientace, bludy, halucinace, výpadky paměti, ztráta kontaktu se skutečností a také možnost agresivního chování matky vůči sobě nebo okolí. Halucinace mohou být zrakové, čichové, sluchové i hmatové a ženu neustále rozptylují. (3 – str. 18). Pod vlivem bludů žena vykonává nestandardní činnosti. Například bloudí po domě či okolí a po odeznění bludu neví, jak se na ono místo dostala. Nebezpečné je, když se bludy týkají dítěte. Typickým bludem ohledně dítěte je tzv. Capgrasův syndrom, v tomto případě má žena může mít pocit, že její dítě je vyměněné nebo že je to „dítě ďáblov“. V těchto případech může žena novorozenci ublížit a v nejzávažnějších případech dítě i zabít. Podle klinických výzkumů až 53% matek s diagnostikovanou poporodní psychózou někdy napadla myšlenka na usmrcení svého dítěte (Chandra et al in 33, 2009). K samotnému činu úmyslného zabití dítěte dochází

pouze u 4% všech případů (Parry, B., in 33, 2009). K usmrcení dítěte ale může dojít i neúmyslně. Vzhledem k tomu, že žena má porušení kognitivní funkce, nezvládá tak vhodnou péči o dítě a ke smrti dítěte může dojít následkem nesprávné péče (např. zapomenutí dítěte ve vaničce, použití nadměrné síly při manipulaci s dítětem, upuštění dítěte, podchlazení dítěte z důvodu nevhodného oblečení aj.).

U žen se také vyskytují sebevražedné myšlenky, avšak na tisíc žen, které tímto onemocněním trpí, připadají pouze dvě dokončené sebevraždy. Tyto ženy ovšem volí daleko razantnější a nevratné způsoby spáchání tohoto činu (např. skákání z výšky, zastřelení), ve srovnání s ostatními sebevraždami žen, které jsou často označovány jako nenásilné (otravy jedy, předávkování léky). Proto je důležité všechny sebevražedné myšlenky, se kterými se žena svěřila zdravotníkovi nebo okolí brát vážně a vyvarovat se mýtu, že kdo o sebevraždě mluví, nemá doopravdy v úmyslu ji spáchat (25 - str. 354, 33).

Poporodní psychózy je možné podle převažujících příznaků rozdělit na dvě formy. Při formě manické je přítomná euforická nálada, megalomanské bludy a rozdávacost. Druhým typem je amentní forma, která se projevuje náhlým začátkem s nástupem bludů spojené s mateřstvím, halucinací více typů a následnou amnézií. U této formy poporodní psychózy je vyšší nebezpečí sebepoškození (39 – str. 278).

6.4 Diagnostika poporodní psychózy

Stejně jako u poporodních depresí, nejsou ani zde dostupná 100% objektivní kritéria vedoucí ke zhodnocení duševního stavu ženy, proto jsou zdravotníci i v tomto případě odkázáni na výpovědi členů rodiny, nebo blízkých osob, které jsou s ženou v úzkém kontaktu a o všech skutečnostech mohou podat spolehlivou výpověď. V odborné literatuře se uvádí jako možný diagnostický nástroj i EPDS (Edinburská škála postnatální deprese) a MDQ test (Mood Disorder Questionnaire) (26 – str. 355). Edinburská škála je blíže popsána v kapitole 3.4.

MDQ test vypracoval tým psychiatrů a pod vedením psychiatrů Hirschfelda a Chairmana za účelem včasného a přesného diagnostikování bipolární poruchy, která může být velice nebezpečná pro nemocného i pro okolí, pokud se neléčí. První verze dotazníku MDQ vznikla v USA již v roce 1997, ale upravená a dodnes používaná verze byla uveřejněna až v roce 2000. Klinické studie prokázaly, že MDQ má vysokou míru přesnosti a dokáže identifikovat sedm z deseti lidí, kteří trpí bipolární poruchou. I když je tato škála primárně vytvořena k diagnostikování bipolární poruchy, úspěšná je i v diagnostikování poporodní

psychózy. Dotazník je složen z několika málo otázek a jeho vyplnění trvá v řádu několika minut. I samotná interpretace výsledků je velice jednoduchá a jeho vyhodnocení zvládne i zdravotník bez psychiatrické odbornosti. Proto by dotazník mohly použít i porodní asistentky u žen, u kterých mají podezření na výskyt tohoto onemocnění. V případě pozitivního MDQ testu by žena měla co nejdříve být komplexně vyšetřena psychiatrem (27). Česká verze MDQ testu prozatím není k dispozici v klinické praxi.

Ve chvíli, kdy se žena dostane do zdravotnického zařízení, kam ji většinou dovede rodina či blízké osoby, je nutné provést základní vyšetření k vyloučení somatických příčin příznaků, pro které ženu rodina vyhledala lékařskou pomoc. V diferenciální diagnostice je nutné vyloučit některé somatické choroby, které se mohou projevat stejně jako psychiatrické onemocnění. Změny v chování či senzorické poruchy může způsobit také zhoubný novotvar mozku, ruptura aneurysmatu a následné krvácení do mozku, cévní mozková příhoda a dysfunkce štítné žlázy. Vstupní testy proto zahrnují kompletní vyšetření krevního obrazu, biochemické vyšetření krve testy na funkci štítné žlázy a vyšetření moče, kde by měla být zjišťována také přítomnost drog (26 – str. 357).

6.5 Léčba, prognóza poporodní psychózy

V případě diagnostikované poporodní psychózy je hospitalizace a farmakologická léčba nezbytná. Farmakologická léčba se nijak neliší od léčby non – puerperálních psychóz a jako doplnění farmakologické léčby se užívají různé druhy psychoterapie.

6.5.1 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba je v terapii poporodních psychóz velice efektivní. K léčbě se užívají stejná psychofarmaka jako při léčbě bipolární poruchy a schizofrenie. Základem této léčby jsou antipsychotika a antimaničké látky. Rozdílem mezi léčbou poporodních psychóz a non – puerperálních psychóz je nutnost přihlídnutí k tomu, že pacientka je současně čerstvou matkou a po dobu hospitalizace na psychiatrickém oddělení je v izolaci od svého dítěte, což může někdy vést ke zhoršení stavu matky. K tomuto problému je vždy nutné přistupovat individuálně. Je samozřejmé, že po dobu pobytu matky v nemocničním zařízení je kojení přerušeno, ale po ukončení hospitalizace, kdy je matka již doma a v kontaktu s dítětem, chtějí některé matky v kojení pokračovat. V tomto případě je nezbytná konzultace s psychiatrem i pediatrem.

Kojení a současném užívání antipsychotik je možné pouze u některých preparátů. Podle údajů ACOG (American Congress of Obstetrics and gynaecology) z roku 2008 jsou

antipsychotika zařazena do pěti skupin, z nichž první je absolutně bezpečná a pátá skupina je striktně kontraindikovaná. Relativně bezpečná antipsychotika, při jejichž užívání žena v kojení ve většině případů dále pokračuje, jsou například Haloperidol, Chlopromazin, Klozapin, Olanzapin a Flufenazil. Dle domluvy s pediatrem je kojené dítě v určitých intervalech sledováno, zda se u něj neprojeví negativní účinky antipsychotik. Do skupiny rizikových léčiv, kdy je nutné laktaci okamžitě zastavit, patří preparáty Loxapin, Pimozid, Thoridazin a Quetiapin (32).

Prognóza poporodní psychózy je obecně příznivá. Po ukončení léčby, která trvá v řádu týdnů až měsíců, se většina žen vrací zpátky do svého běžného života schopné plnohodnotného sociálního fungování. Prognóza je příznivější u žen, které vyhledaly lékařskou pomoc do jednoho měsíce od prvních příznaků, než u žen, které vyhledaly léčbu později. Žena by ovšem měla být informována, že po dalším porodu bude vystavena vysokému riziku relapsu choroby (25 – str. 412). Rozhodnutí, zda opět otěhotnět je zcela na ženě a jejím partnerovi. Psychiatr nemůže ženě další těhotenství striktně zakázat, musí ovšem ženu objektivně informovat a všech rizikách a potížích, které by mohly v dalším těhotenství a poporodním období nastat. Obecně lze tedy říci, že ve většině případů, se další těhotenství ženě, která v minulosti prodělala závažnou poporodní psychózu, nedoporučuje.

6.5.2 Nefarmakologická léčba

Různé formy psychoterapie začínají již před propuštěním ženy do domácího léčení a pokračují i nadále v ambulantním léčení, na které žena poté dochází. Důraz je kladen zejména na upevnění vztahu s dítětem a nácvik rodičovských dovedností. Podle individuální potřeby může být psychoterapie zaměřena i na problémy v partnerském vztahu, který v mnoha případech prošel po dobu léčby krizí. V léčbě poporodní psychózy se stejně jako při léčbě poporodních depresí osvědčila zejména kognitivně – behaviorální terapie a interpersonální terapie (26). Popisu těchto typů psychoterapií se více věnuji v kapitole 3. 5. 2. 1. a 3. 5. 2. 2.

Další možností je elektrokonvulzivní terapie (ECT). Tato možnost je volena v případech, kde antipsychotika nedosahují požadovaných účinků nebo nežádoucí účinky jsou tak vážné, že v léčbě antipsychotiky nelze nadále pokračovat. K této možnosti se přistupuje také u pacientů, kdy projevy psychózy jsou natolik závažné, že mohou ohrozit samotného pacienta či jeho okolí. V klinických výzkumech je prokázáno, že ženy s poporodní psychózou reagují na elektrokonvulzivní terapii s lepšími výsledky než pacienti, kteří podstoupili elektrokonvulzivní terapii z jiných důvodů (26).

6.6 Prevence poporodní psychózy

Pro ženy s pozitivním výskytem poporodní psychózy v anamnéze nebo s vysokým rizikem vzniku poporodní psychózy existuje v dnešní době možnost preventivní léčby. Tyto ženy by ještě před porodem měly navštívit psychiatra a svůj stav s ním zkonzultovat. Na tento fakt by měla upozornit ženu porodní asistentka, která je s těhotnou ženou v kontaktu.

Velice účinným a užívaným lékem k prevenci poporodní psychózy je lithium, které je s úspěchem užíváno i v léčbě bipolární poruchy. Nejvhodnější je zahájit léčbu až bezprostředně po porodu. Jsou dostupné i výsledky z klinických výzkumů, kdy se lithium podávalo profylakticky již ve III. trimestru. Tento postup se však neužívá, jelikož u novorozenců, jejichž matky užívaly lithium, se častěji objevovaly poruchy štítné žlázy a diabetes insipidus. Podávání lithia matce těsně před porodem vyvolává u novorozence tzv. „floppy infant“ syndrom, který se projevuje sníženým svalovým napětím, cyanózou, hypotermií, bradykardií a kardiorespirační insuficiencí (13 – str. 121, 26).

Je faktem, že lithium přechází do mateřského mléka, avšak v otázce kojení a současného užívání lithia není známá jednoznačná odpověď. Např. Seifertová, D. a kol. v odborném článku z roku 2007 udává, že kojení při užívání lithia je kontraindikováno. Ale naopak Sit D., a kol. v anglickém článku z roku 2006 udává, že výzkumy, z kterých vychází striktní doporučení k zástavě laktace, jsou již staré, data nedostatečná a tento závěr tudíž není relevantní. Sit D., a kol. (2006) tedy doporučuje poučit ženu o přechodu farmaka do mateřského mléka a o možných rizicích pro kojence. A pokud žena chce i přes veškerá upozornění kojít, v tom případě je nutné ženu důkladně poučit o známkách intoxikace kojence, aby zavčas rozpoznaly, kdy kojení ukončit a vyhledat lékařskou pomoc. Fowler, S. (2010) udává, že kojení a současné užívání lithia je vhodnou volbou v těchto případech: Psychický stav matky je stabilní a nehrozí ublížení dítěti, novorozenec je zdravý a donošený, žena podstupuje pouze monoterapii lithiem bez užívání jiných farmak a kojeneček je pod dohledem pediatra, který sleduje jeho zdravotní stav (26, 31, 13 - str. 121).

U žen, které užívají lithium, je vždy nutné kontrolovat stav renálních funkcí, štítné žlázy a hodnoty krevního obrazu. Při výskytu nežádoucích účinků, jako je zvracení, třes a stavech nadměrného útlumu, by žena měla ihned vyhledat svého lékaře (26).

7 Forenzní posouzení trestného činu vraždy novorozence

V zákoně č. 140/1961 Sb., trestního zákona je obsažena Hlava sedmá která se zabývá trestnými činy proti životu a zdraví. Otázce vraždy novorozeného dítěte matkou se věnuje paragraf § 220 a je svým obsahem odlišný než paragraf, který se zabývá vraždami ostatními. Největším rozdílem mezi těmito dvěma paragrafy je výše trestu odnětí svobody, v případě dokonané vraždy novorozence matkou je doba odnětí svobody výrazně kratší než u vražd jiných. V tomto paragrafu je zřejmé, že zákon zde zohledňuje náročný psychický stavu matky po porodu, který může být příčinou jejího abnormálního chování. Paragraf se zabývá specifickou okolností tohoto činu, kterou je tzv. rozrušení způsobené porodem. Podle tohoto ustanovení matka, která v rozrušení způsobeném porodem úmyslně usmrtí novorozence při porodu nebo hned po něm, bude potrestána odnětím svobody na tři léta až osm let, což je výrazně nižší trestní sazba než v případě vraždy za jiných okolností. Soudní znalec z oblasti gynekologie a porodnictví, hodnotí náročnost porodu z biologické stránky a soudní znalec z oboru psychiatrie posuzuje psychický stav ženy a případné psychopatologie, které na tento čin měly vliv. U tohoto trestného činu je velice důležité posoudit odstup mezi porodem a spácháním tohoto činu, protože aby bylo možno přihlédnout ke zohlednění pojmu „rozrušení způsobené porodem“, čin by musela matka spáchat při porodu nebo hned po něm. Ovšem časové označení termínu „hned po něm“ není blíže definován, a proto může docházet k neshodám v posuzování jednotlivých případů, kdy není snadné rozhodnout, zda v době vraždy novorozence rozrušení v důsledku porodu stále trvalo, či nikoliv. Pokud soudní znalec nepředloží, že se matka v době spáchání činu, nacházela ve stavu rozrušení způsobeného porodem, bude tento čin posuzován jako kvalifikovaná vražda, u které je trestní sazba odnětí svobody dvanáct až patnáct let (34 – str. 86). Pachatelkami toho činu bývají často mladé a nezralé ženy, které si těhotenství nepřály a v některých případech těhotenství utajovaly před okolím. Tyto ženy ve většině případů vraždu neplánují (Kříž in Pavlovský, P., 2012).

V případě, že soudní znalec z oblasti psychiatrie prokáže, že žena trpí či v době spáchání činu trpěla poporodní psychózou, která byla příčinou spáchání vraždy novorozeného dítěte, je trestní stíhání pozastaveno, ale ženě je nařízena psychiatrická léčba v nemocničním zařízení.

8 Možnosti porodní asistentky v této problematice

Míra a rozsah možností práce porodní asistentky s ženou trpící poporodní depresí nebo psychózou záleží nejvíce na typu pracoviště, kde porodní asistentka pracuje a kde dochází ke

kontaktem se ženou. Toto platí zejména za podmínek v České republice, kde nejsou běžně rozšířeny soukromé praxe porodních asistentek, které by provázely ženu těhotenstvím, porodem i šestinedělím. Nejvíce porodních asistentek je zaměstnáno v nemocnicích, kde jsou možnosti intervencí porodních asistentek v této problematice omezeny jejich působením pouze na určitých odděleních. Je samozřejmé, že například u porodní asistentky pracující na porodním sále, nemůžeme očekávat spolupráci s rodinou při probíhajícím onemocnění, ale naopak při pečlivém odebrání anamnézy nebo dobře vedeném rozhovoru při příjmu ženy, která je ohrožena vznikem těchto psychiatrických chorob na porodní sál, může být tato porodní asistentka velice užitečná z důvodu předání zjištěných informací na oddělení šestinedělí, kam bude žena po porodu přeložena a je tak možno předejít dalšímu rozvoji onemocnění, nebo napomoci včasné diagnostice těchto chorob.

Možnosti práce porodní asistentky v problematice psychických poruch v šestinedělí můžeme rozdělit do pěti hlavních okruhů. Jak jsem se již zmínila v úvodu této kapitoly, každý okruh je specifickým polem působnosti podle místa působení konkrétní porodní asistentky.

První oblastí, kde může porodní asistentka působit, jsou přípravné kurzy pro těhotné. Toto zaměření se tedy týká porodních asistentek, které vedou předporodní kurzy v soukromé sféře nebo v nemocničním zařízení. Hlavní role těchto porodních asistentek je informovat rodičku i partnera o povaze těchto chorob, prvních projevech a o důležitosti a nezbytnosti odborné léčby a nebezpečí plynoucí ze zanedbávání příznaků těchto chorob.

Dalšími dvěma oblastmi je včasné rozpoznání příznaků poporodní deprese či psychózy a doporučení následující léčby. V případě poporodní deprese, která se rozvíjí až s vyšším časovým odstupem od porodu, je žena již ve většině případů propuštěna z nemocnice, a proto se tato oblast působení se týká především porodních asistentek pracujících v ambulantní sféře v gynekologických ordinacích, kam žena dochází na kontroly v šestinedělí. V případě poporodní psychózy, která se rozvíjí ještě v období, kdy je žena hospitalizovaná na oddělení šestinedělí, je rozpoznání příznaků úkolem porodních asistentek, které na tomto oddělení pracují. V gynekologické ambulanci spočívá práce porodní asistentky ve zprostředkování kontaktu s psychologem či psychiatrem v okolí a v podpoře ženy, aby odbornou pomoc co nejdříve vyhledala. V případě poporodní psychózy, která propukla v nemocničním zařízení, porodní asistentka informuje lékaře, který naváže spolupráci s psychiatry z téže nemocnice.

Důležitá je také oblast práce porodní asistentky s partnerem ženy a rodinou. Léčba může být dlouhá a celková situace pro celou rodinu velice náročná. Zde mohou být nápomocné především soukromé porodní asistentky, které o ženu pečovaly v průběhu celého

těhotenství a porodu a s rodinou tak navázaly úzký a hlubší osobní vztah. V případě hospitalizace ženy na psychiatrickém oddělení je ohledně práce s rodinou velice nápomocná také všeobecná sestra pracující na tomto oddělení.

Poslední oblastí je zvýšené sledování těhotné ženy, která prodělala v minulém poporodním období některé z těchto psychiatrických onemocnění. Zde se uplatní největší počet porodních asistentek, jelikož se tato oblast týká nejvíce gynekologických a porodnických pracovišť. Porodní asistentky pracující na gynekologických ambulancích nebo pracujících v soukromí zvýšeně sledují ženu po celou dobu těhotenství a při dalších kontrolách v šestinedělí, porodní asistentky pracující na porodním sále věnují zvýšenou pozornost odebírání anamnézy a předávají důležité informace na oddělení šestinedělí a porodní asistentky pracující na šestinedělí se zaměřují především na počínající příznaky těchto chorob a jejich včasné zahájení příslušných intervencí a zvýšeně dbají na dodržování zásad správného psychologického přístupu k této ženě.

PRAKTICKÁ ČÁST

9 Výzkumné šetření

9.1 Formulace problému a stanovení cíle

Hlavní problémem, kterým se v této práci zabývám, se týká vlastního prožívání poporodního období ženou, trpící poporodní depresí. Tato složitá situace, která se vyznačuje velice problematickým vztahem ženy k sobě samé, k novorozenci i okolí je natolik závažná, že jistě заслужuje podrobné prozkoumání. V mé práci jsem se rozhodla pro zpracování hloubkové analýzy prožitku ženy a identifikaci zásadních potřeb ženy v průběhu onemocnění poporodní depresí i v období po vyléčení. V praktické části práce si kladu otázku: Jaké jsou prvotní příznaky poporodní deprese u ženy, jaké jsou prožitky ženy během tohoto onemocnění a jak může být porodní asistentka ženě nápomocná? Myslím, že analýza případu do hloubky může pomoci porodním asistentkám lépe porozumět ženám s poporodní depresí. Hlavním cílem je tedy poskytnout porodním asistentkám takové informace a poznatky, díky kterým by porodní asistentka při setkání a práci s takto nemocnou ženou byla ženě oporou. V oblasti lidské psychiky a psychických potíží nás teprve až důkladné poznání problému může dovést ke zvolení vhodných intervencí a zaujetí správného přístupu k nemocným.

9.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je vytvoření retrospektivní analýzy celkového stavu ženy s poporodní depresí. V tomto výzkumném šetření analyzuji somatický i psychický stav ženy v období od otěhotnění do jednoho roku po porodu. Vzhledem k zaměření této kvalifikační práce je zde hlavní důraz kladen zejména na psychický stav ženy a její potřeby.

9.2.1 Dílčí cíle

Vzhledem k tomu, že stanovený hlavní cíl je velice obsáhlý, stanovila jsem si ještě následující dílčí cíle. Toto rozšíření je užitečné zejména z důvodu důkladnějšího popisu hlavního cíle a také rozděluje výzkumné šetření do konkrétních zkoumaných oblastí.

- ✓ Analýza prožitku a porovnání pocitů ženy s odbornou literaturou
- ✓ Popis somatického stavu ženy zpracováním kazuistiky
- ✓ Identifikace potřeb ženy v obdobích od těhotenství do jednoho roku po porodu
- ✓ Vnímání úlohy porodní asistentky ženou v popisovaných obdobích
- ✓ Nalezení a navržení efektivního doporučení pro praxi

9.3 Druh výzkumu a výběr metodiky

Vzhledem ke stanoveným cílům jsem zvolila kvalitativní formu výzkumného šetření. Jako nejvhodnější metodu pro tento výzkum jsem vybrala metodu zpracování kazuistiky. Kazuistiku můžeme charakterizovat jako detailní popis a výklad konkrétního případu. České synonymum pro tento výraz je také případová studie (case study). Hlavní výhodou této metody je především holistické pojetí celého případu, které pomáhá proniknout hluboko do celého problému, což bylo pro mé výzkumné šetření zcela zásadní.

9.4 Výběr případu

Hlavním požadavkem na výběr vhodného případu ke zpracování byla vlastní zkušenost dotazované osoby s poporodní psychózou či poporodní depresí. Můj další požadavek se týkal stáří tohoto případu – případ nesměl být starší deseti let. Toto časové omezení jsem zvolila z důvodu neustálého vývoje medicínských a terapeutických postupů, které jsou zřetelné ve všech medicínských oborech, a v zájmu zachování relevantnosti mé práce jsem chtěla pracovat pouze s aktuálními fakty.

Nalezení vhodného případu bylo mnohem náročnější, než jsem předpokládala. V počátku zpracovávání tohoto výzkumného šetření jsem se snažila nalézt především ženu, která prodělala poporodní psychózu, bohužel neúspěšně. Začala jsem se tedy orientovat i na ženy s diagnózou poporodní deprese v anamnéze. I v tomto případě bylo nalezení tohoto případu poměrně obtížné a ženu se mi podařilo nalézt až po několika měsících.

9.5 Způsob získávání informací

Hlavním a jediným zdrojem informací v tomto výzkumném šetření, byla zvolená žena s diagnózou poporodní deprese v poporodním období. Informace jsem získávala formou nestandardizovaného rozhovoru, odpovědi ženy jsem zaznamenávala elektronickou formou na diktafon. Osobní rozhovory se ženou proběhly celkem tři a pouze ve výjimečných případech byly některé doplňující otázky zasílány emailem. Ženu jsem v úvodu ujistila, že všechny informace, které mi poskytne, budou sloužit výhradně pro potřeby této kvalifikační práce, že nikde v mé práci nebudou uvedeny její identifikační údaje a je tedy zaručena anonymita. Žena s poskytnutím rozhovoru souhlasila a podepsala informovaný souhlas. Byla jsem si vědoma toho, že téma mé práce může být pro ženu velice choulostivé a při retrospektivním prožívání všech negativních pocitů a náročných situací, která žena prožívala v období nemoci, se respondentka nemusí cítit dobře. Proto před zahájením každého rozhovoru byla žena upozorněna, že pokud jí některé otázky budou nepříjemné, nemusí na ně odpovídat, tuto

možnost žena ovšem nikdy nevyužila a na všechny mé kladené otázky mi vždy odpověděla. Také jsem se po celou dobu vedení rozhovoru snažila držet všech zásad správného vedení rozhovoru.

Abych zajistila ochranu identity své respondentky, v popisu celého případu jsou pozměněna jména všech zúčastněných. Pozměněn je také název města, které kromě Plzně zaujímá v případě důležitou roli. Pro zachování objektivitu u případu jsem zvolila město, které je ve zhruba stejné vzdálenosti od Plzně jako město, kterého se případ ve skutečnosti týkal.

10 Kazuistika případu

10.1 Anamnéza

Respondentka, kterou jsem si vybrala pro zpracování své bakalářské práce, se jmenuje Lada Š. Je narozena v roce 1980 a momentálně žije v Písku se svými dvěma dětmi a přítelem.

10.1.1 Osobní anamnéza

V dětství Lada prodělala pouze běžná dětská onemocnění. V pozdějším věku byla v roce 1995 ve Strakonické nemocnici operována pro zánět slepého střeva. Operace proběhla bez známek jakýchkoliv komplikací.

V roce 2004 Lada vyhledala pomoc psychologa. Jako důvod uvádí výskyt depresí z důvodu osobních potíží na pracovišti. Byla zahájena nefarmakologická léčba různými druhy psychoterapie. Asi po roce potíže ustoupily, Lada podala výpověď ze zaměstnání a psychický stav se upravil zpět k normálu.

V roce 2007 se Lada a její přítel rozhodli, že chtějí založit rodinu, Lada tedy vysadila antikoncepci Yadine, kterou do té doby užívala 9 let. Po dvou letech neúspěšné snahy o otěhotnění, byla Lence v roce 2009 za pomoci metody chromopertubace diagnostikována neplodnost z důvodu neprůchodnosti vejcovodu. Ladě bylo poté doporučeno umělé oplodnění, které také podstoupila. Více informací je uvedeno v gynekologicko – porodnické anamnéze.

10.1.2 Rodinná anamnéza

Ladina matka prodělala nádorové onemocnění prsu a následně podstoupila mastektomii. Nyní je bez potíží a bez terapie. Ladin otec má zavedený kardiostimulátor pro

chlopenní vadu srdce, také trpí onemocněním ledvin a musí pravidelně docházet na dialýzu. Lada má jednoho bratra, který je zdravý a jeho dvě děti také. Psychiatrické onemocnění v rodině respondentka neudává.

10.1.3 Gynekologicko – porodnická anamnéza

Žena neudává žádné gynekologické choroby ani častější obtíže. Menstruační cyklus ženy byl vždy pravidelný s větší intenzitou krvácení. Užívala hormonální antikoncepci Yadine 9 let, kterou vysadila dva roky před otěhotněním. V roce 2009 podstoupila diagnostickou laparoskopickou operaci se současnou chromopertubací z důvodu neúspěšné snahy o otěhotnění. Tento diagnostický zákrok byl proveden ve Fakultní nemocnici v Plzni. Ženě byla posléze diagnostikována neprůchodnost vejcovodů a v témže roce byla ženě doporučena asistovaná reprodukce. Lada se společně s partnerem rozhodla využít této metody a v lednu 2009 poté podstoupila klasickou metodu umělého oplodnění in vitro fertilization (IVF), spermie byly do vaječné buňky zavedeny metodou intracytoplazmatické injekce (ICSI). Ženě byly po ukončení kultivace přeneseny do dělohy dvě embrya a obě dvě embrya se také v děloze úspěšně uchytila. Těhotenství ženy bylo po několika týdnech potvrzeno a bylo dále vedeno jako rizikové z důvodu vícečetné gravidity.

10.1.4 Sociální anamnéza

Lada je svobodná, bydlí se svým dlouholetým přítelem a dětmi ve společné domácnosti v Písku Partnerský vztah hodnotí spíše kladně. Národnost Lenky i jejího přítele je česká. Lenka je vysokoškolsky vzdělaná v oboru reklamního designu. Po ukončení studia pracovala jako grafička v reklamní agentuře. Po porodu nastoupila Lada na mateřskou dovolenou na dobu tří let, ale vzhledem k nepříznivému zdravotnímu stavu jednoho z dvojčat nebylo možné, aby se opět vrátila do zaměstnání, takže momentálně je Lada v domácnosti a pobírá příspěvek na péči o osobu blízkou. Rodinu finančně zajišťuje Ladin partner, který pracuje jako obchodní zástupce u zahraniční firmy.

10.2 Období těhotenství

Celé těhotenství probíhalo dle doporučených postupů pro dohled nad rizikovým těhotenstvím z důvodu vícečetné gravidity gemin bichoriati biamniati. Žena nejprve navštěvovala svého obvodního gynekologa v Písku, poté péči o ženu převzalo gynekologicko porodnické oddělení Fakultní nemocnice v Plzni, poradna pro rizikové a patologické těhotenství. Všechna vyšetření byla po celou dobu gravidity zcela v normě. Genetické

vyšetření ani žádné invazivní vyšetření nebylo provedeno. V pozdějších týdnech těhotenství byla ultrazvukem prokázána příčná poloha plodu B a z tohoto důvodu byl naplánovaný porod per sectio caesarea také ve Fakultní nemocnici Plzeň. V tomto období se také žena společně s partnerem přestěhovala do Plzně z důvodu výhodnější pracovní pozice pro Ladina přítele. Změnu bydliště nijak zásadně neprožívala

10.3 Období porodu

Plánované ukončení porodu císařským řezem proběhlo v září 2009 ve Fakultní nemocnici v Plzni v 38. týdnu gravidity. Z dělohy byly vybaveny dva plody – dívka a chlapec. Dívka Petra vážila 2910 gramů a měřila 47 cm, Apgar skóre bylo stanoveno na 8 – 9 – 10. Chlapec Tomáš vážil 3500 gramů a měřil 48 cm, Apgar skóre bylo stanoveno na hodnoty 9 – 10 – 9. Poporodní adaptace obou novorozenců byla fyziologická. Protože výkon nebyl provedený v celkové anestezii, byl kontakt novorozenců s matkou zajištěn ihned po porodu. První přiložení k prsu bylo ovšem provedeno až na pooperačním oddělení. Operace proběhla obvyklým způsobem bez perioperačních komplikací.

10.4 Období časného šestinedělí

Po převozu na intermediální pokoj pooperačního krvácení se u ženy objevilo silné vaginální krvácení. Ladě byla diagnostikována poporodní atonie děložní. I přes farmakologickou léčbu krvácení neustávalo a vzhledem k velkému a stále se prohlubujícímu množství krevní ztráty byla ženě naordinována krevní transfuze s trombonálevy. Stav se poté upravil druhý den po porodu. Jizva po laparotomii byla po celou dobu klidná, bez patologické sekrece. Při pobytu ženy na intermediálním pokoji, který celkem trval dva dny, byly děti Ladě přivázeny ke kojení, avšak přisátí nikdy nebylo úspěšné. Na tomto oddělení se také žena poprvé dozvěděla, že u novorozené dívky Petry si lékaři povšimli degenerativních rysů v obličejí, ale rutinní novorozenecká vyšetření jsou v normě. Ladě tedy bylo oznámeno, že Petra podstoupí další specializovaná vyšetření, která by napomohla její zdravotní stav blíže diagnostikovat. Žena svůj psychický stav při pobytu na intermediálním pokoji hodnotí jako mírně nestabilní. Měla sice starost o dceru, avšak postrádala konkrétní informace k vytvoření určitých závěrů a navíc udává velké vyčerpání a únavu a většinu dne prospala, což jí podle jejích slov neumožňovalo o všech událostech příliš přemýšlet. Třetí den po porodu byla Lada převezena na oddělení šestinedělí.

Na tomto oddělení byl již v prvních dnech somatický stav Lady v normě. Krvácení bylo přiměřené a jizva po laparotomii klidná. Zde byly ženě poprvé přivezeny novorozenci

k celodennímu ošetřování. Ovšem nadále přetrvávaly potíže s nástupem laktace. Ladě bylo řečeno, že nemá dostatek mléka a potíže byly přítomny i ze strany novorozenců. Proto byla žena edukována laktační poradkyní o nutnosti odstříkávání mléka a v dokrmování novorozenců injekční stříkačkou. I přes provádění všech doporučených opatření se 4. den po porodu u ženy vyskytla retence mléka v prsu. Ženě byly přikládány obklady na postižená místa a doporučena masáž prsu při sprchování. Tento problém u ženy přetrvával i po ukončení hospitalizace.

V tomto období byly také Ladě sděleny výsledky doplňkových vyšetření dcery Petry. Bylo provedeno vyšetření centrální nervové soustavy a doplňkové genetické vyšetření. Výsledky vyšetření centrální nervové soustavy bylo se suspektním nálezem v okolí mozkových komor a genetické vyšetření pro stanovení karyotypu dítěte bylo zcela v normě. Lékaři tedy stále nemohli sdělit ženě konkrétnější závěry ohledně zdravotního stavu a prognózy její dcery.

Svůj psychický stav při pobytu na oddělení šestinedělí Lada zpětně hodnotí jako velice neuspokojivý. Neudává sice výskyt depresivních stavů a myšlenek, ale toto období popisuje jako velice stresovou a vyčerpávající situaci. Lada zpětně udává, že prožívala pocity nedostatečnosti z důvodu neúspěšné laktace, nebyla si jistá, zda zvládne péči o dvojčata a k psychické nepohodě přispěl významnou měrou také spánkový deficit, omezená možnost pohybu z důvodu provedené břišní operace, bolest prsou z důvodu retence mléka a samozřejmě nejistota ohledně zdravotního stavu dcery Petry.

Lada byla propuštěna z nemocnice 6. den po porodu s oběma svými dětmi. Syn Tomáš byl v té době stále plně kojen a dcera Petra, která po celou dobu hospitalizace byla v kojení tzv. línější, byla dokrmována alternativně umělou formulí Beba pomocí injekční stříkačky.

10.5 Období pozdního šestinedělí

Při příchodu z nemocnice domů byl Ladin somatický stav zcela v normě. Ustoupily i potíže s retencí mléka v prsech a Lada opět zkusila kojit i dceru Petru, avšak neúspěšně. Petra je tedy stále vyživována umělou formulí Beba a syn Tomáš je i nadále bez problémů kojen. I přes dodržování správných dávek umělé výživy Petra stále nepřibývá na váze. Další specializované genetické vyšetření je naplánované až za delší dobu a žena tedy stále postrádá detailnější informace o prognóze a celkovém zdravotním stavu své dcery.

Psychický stav ženy v tomto období se výrazně zhoršil. Péče o dvojčata Ladu naprosto vyčerpávala a jako zásadní negativní jev vnímá absenci přátel a rodiny v Plzni, kam se

s přítelem přestěhovala v době těhotenství. Obzvláště výrazně pociťuje absenci své matky, která jí kvůli velké vzdálenosti nemůže pomoci s péčí o děti.

Po dobu šestinedělí Lada svůj nestabilní psychický stav přičítala náročné péči o dvojčata, hormonálními změnám v poporodním období, fyzické únavě a nejistotě ohledně zdravotního stavu své dcery. Pomoc psychologa či psychiatra tedy v šestinedělí nevyhledala.

10.6 Období do jednoho roku po porodu

K neprospívání Petry v polovině listopadu 2009 přibylo ještě úporné zvracení a celkové zhoršení zdravotního stavu. Následuje tedy vyšetření a posléze hospitalizace Petry na dětské klinice Fakultní nemocnice Plzeň. Po mnoha vyšetřeních je u dívky prokázána laryngomalacie, absence polykacího a sacího reflexu a gastroezofageální reflux, všechny tyto závěry jsou příčinou uváděných potíží s krmením a neprospíváním u děvčete. Vrozné vývojové metabolické vady jsou vyloučeny. Lékaři doporučují zavedení gastrostomie z důvodu absence uvedených reflexů a fundoplikaci z důvodu gastroezofageálního refluxu. Tento výkon byl proveden ve Fakultní nemocnici Motol v lednu 2010. V této době také přicházejí výsledky specializovaného genetického vyšetření. U Petry je prokázána mikrodelece na 6. chromozomu, která je konečným vysvětlením všech zaznamenaných zdravotních obtíží. Je zahájena symptomatická léčba a doporučená rehabilitace. V roce 2011 je případ uzavřen s diagnózou těžká psychomotorická retardace. Petře je dnes 3, 5 roku, není schopna chůze, nemluví a dodnes je vyživována za pomoci gastrostomie. Tento zdravotní stav je pravděpodobně již konečný.

Ani po uplynutí šestinedělí se Ladin psychický stav nezlepšil. Všechny negativní emoce se naopak stupňovaly. Své přátele a jejich společnost postrádá stále více, pomoc Ladiny matky je stále velice omezena vzdáleností jejího bydliště od Plzně, Ladin přítel je plně zaměstnán zajištěním rodiny a tudíž je veškerá péče o děti pouze na ženě. V tomto období (od 42. dne od porodu do 1 roku po porodu) byla Petra hospitalizována na několika klinikách, z různých důvodů celkem devětkrát a při každé hospitalizaci byla vždy Lada hospitalizována společně s dcerou. Souhra všech těchto událostí měla za následek rozvinutí poporodní deprese. Nelze přesně určit, přesnou dobu, kdy bychom mohli Ladin stav označit jako poporodní depresi, žena ovšem zpětně datuje zřejmé a výrazné zhoršení svého psychického stavu v době, kdy byla hospitalizována společně s dcerou ve Fakultní nemocnici Motol, což bylo na počátku ledna 2010. Tedy necelé 4 měsíce po porodu. Nyní už nedokáže říct, zda se psychický stav objektivně zhoršil, nebo zda si pouze připustila, že tento její stav již není zcela

v pořádku. Žena se v této době cítí stále více izolovaná od svého okolí, se svými psychickými potížemi se nechce nikomu svěřit a poté se zcela se uzavírá do sebe. Vyčítá si, že v období, kdy její stoprocentní péči a podporu potřebuje zejména její těžce nemocná dcera, je psychicky nestabilní a nemůže jí poskytnout takovou péči, jako by si sama představovala.

V této době bylo Ladě poprvé přítelem naznačeno, že by bylo vhodné, kdyby vyhledala odbornou pomoc psychologa či psychiatra. Zpočátku Lada tuto možnost odmítala s argumenty, že je přece dostatečně silná a zvládnout mateřskou roli je přece naprostá přirozenost každé ženy a nepotřebuje pomoc druhých. Ovšem všechny potíže se nadále stupňovaly a Lada po dalším upozornění na její nestandardní psychický stav, tentokrát její matkou, vyhledala pomoc psychologa, kterého navštěvovala již před lety z důvodu potíží v práci a ke kterému měla důvěru, protože už jí jednou pomohl. První návštěva u psychologa proběhla na počátku února 2010.

Psycholog o ženě nejprve shromáždil všechna důležitá fakta, nechal ženu otevřeně pohovořit o svých pocitech a po zhodnocení všech charakteristických i atypických příznaků, uzavřel Ladin stav jako onemocnění poporodní depresí, které vyžaduje farmakologickou léčbu. Ladě tedy doporučil vyhledat psychiatra, který ji bude moci předepsat vhodné léky a zároveň Ladě nabídl, že pokud by měla i nadále zájem, může i nadále jeho praxi navštěvovat a společně se mohou věnovat nefarmakologickým metodám ke zmírnění deprese. Žena souhlasí a vyhledává psychiatrickou pomoc v Plzni.

Po úvodním klinickém vyšetření byly Ladě předepsány antidepressiva Protiaden a Lexaurin. Na sezení s psychiatrem Lada docházela každý měsíc a vždy tuto událost vítala. Žena zpětně udává, že zlepšení jejího psychického stavu nastalo tehdy zhruba v následujících třech měsících od počátku psychiatrické léčby. V tomto období Lada popisuje zejména zmírnění neustálého vnitřního stresu a pnutí. Po půl roce psychiatrické léčby se Ladin stav natolik stabilizoval, že se žena společně s psychiatrem dohodla na postupném snižování terapeutických dávek a postupně již antidepressiva přestala užívat zcela. Ale i nadále bylo ženě doporučeno docházet na psychiatrická sezení po dobu dvou měsíců. I po vysazení medikace byl nadále Ladin psychický stav stabilní, a proto byla léčba po osmi měsících zcela ukončena. Lada byla psychiatrem poučena, že v případě opětovného výskytu depresivních příznaků, je vhodné opět vyhledat odbornou pomoc. Ladin stav byl označen jako stabilní za 14 měsíců od porodu.

Zhruba za tři měsíce od ukončení psychiatrické léčby se u ženy začaly opětovně projevovat depresivní epizody z důvodu pocitu sociální izolace. Žena podle svých slov začala

nadmíru užívat alkoholické nápoje a kouřit marihuanu. Toto období trvalo po dobu čtyř měsíců, poté se žena odstěhovala zpět do Písku, kde pocity sociální izolace ustoupily, díky přítomnosti Ladiných přátel a rodičů a Ladin životní styl se opět vrátil k normálu. Během tohoto pravděpodobného relapsu poporodní deprese žena svého psychiatra již nenavštívila.

Nyní je tedy Lada 3, 5 roku od porodu a 2, 5 roku od ukončení psychiatrické léčby. Poslední depresivní epizody týkající se mateřství se naposledy objevily při čtyřměsíčním relapsu choroby před dvěma lety. Nyní již netrpí dlouhými a hlubokými depresivními epizodami, avšak stále uvádí, že v některých zátěžových obdobích mívá pocit, že se depresivní stavy navrací, avšak nikoliv v takové intenzitě jako dříve. Avšak tyto menší depresivní epizody už podle informací od ženy už nesouvisí s mateřskou rolí a poporodním obdobím tak, jako tomu bylo v předešlých letech, ale spíše s běžnými problémy v osobním životě.

11 Přepis rozhovoru, zpracování získaných dat a porovnání s odbornou literaturou

Všechny otázky byly formulovány tak, abych co nejpřesněji splnila hlavní i dílčí cíle, které jsem si v této práci stanovila a dokázala odpovědět na otázky, které jsou s nimi spojené. Celý rozhovor a tedy i jednotlivé otázky jsem z důvodu zachování přehlednosti rozdělila do pěti skupin, které se vždy zabývají konkrétním obdobím – od těhotenství do období jednoho roku po porodu. Analýza získaných dat a porovnání s odbornou literaturou bude prováděno jednotlivě na závěr u každého popisovaného období.

11.1 Rizikové faktory pro vznik poporodní deprese v anamnéze

Ratislavová (2008) uvádí jevy, jejichž výskyt v těhotenství může předznamenávat riziko výskytu poporodní deprese. Jako možné prediktory jsou uváděny potíže v partnerském vztahu, příliš nízký nebo naopak vysoký věk těhotné ženy, nedostatečné sociální zázemí, nižší vzdělání a nechtěné těhotenství. Ani jeden z těchto faktorů nebyl v tomto případě přítomen. Žena se společně s partnerem rozhodla založit rodinu, z čeho usuzuji, že pár neřešil závažné potíže v jejich partnerském vztahu. Ženě bylo v době otěhotnění 29 let, což rozhodně není věk, který by vybočoval z dnešního věkového průměru rodiček. Oba partneři byli zaměstnaní a sociálně zajištěni. Žena je vysokoškolsky vzdělaná a vzhledem k podstoupenému umělému oplodnění, bylo jisté těhotenství zajisté chtěné. Z těchto údajů, které se výrazně liší od údajů uváděných v odborné literatuře, můžeme usoudit, že porodní depreseí můžou trpět i ženy, u

kterých bychom ani po důkladném odebrání anamnézy nepředpokládali vznik této poporodní komplikace. Proto bychom tento potencionální problém nikdy neměli bagatelizovat ani u takových žen, kde dopředu tomuto onemocnění nic nenasvědčuje a všechny náznaky počínající deprese bychom měli zavčas analyzovat a příslušně řešit.

Nejvýznamnějším rizikovým faktorem u této případové studie, který mohl být prediktorem pro vznik poporodní deprese v poporodním období je v tomto případě výskyt depresivní epizody v anamnéze ženy. Avšak tato epizoda, která se týkala problémů na pracovišti, nevyžadovala dle odborníka farmakologickou léčbu, z čehož můžeme usuzovat, že závažnost této depresivní epizody nebyla velká. Odborná literatura uvádí zvýšený výskyt poporodní deprese u žen s výskytem depresí v minulosti, ale vzhledem k nízké intenzitě prodělané depresivní epizody a nulovému výskytu psychiatrických onemocnění v rodině ženy, hodnotím riziko výskytu poporodní deprese v tomto případě jako středně vysoké.

11.2 Období těhotenství

- Bylo Vaše těhotenství chtěné?

Ano. S přítelem jsme si děti moc přáli. Myslím, že to je zřejmé i díky tomu, že jsem podstoupila umělé oplodnění, když jsme zjistila, že děti mít nemůžu. Celá ta akce byla poměrně náročná, bylo to náročné časově i psychicky, ale po celou tu dobu jsem věděla, že to bude stát za to.

- Jaké byly Vaše první pocity, když jste se dozvěděla, že čekáte dvojčata?

Nebyl to pro mě úplný šok. Tušila, jsem, že bych mohla čekat dvojčata, protože při umělém oplodnění mi dali lékaři na výběr, kolik chci zavést vajíček a já jsem po dohodě s nimi a s přítelem zvolila dvě. Upřímně řečeno, dvojčata jsem samozřejmě nechtěla, ale ty dvě vajíčka mi byla doporučena, pro případ, že by se jedno neuchytilo. Když mi to lékaři oznámili, bylo mi jasné, že to bude velice náročné. Měla jsem strach, ale zároveň jsem se hrozně těšila. Dnes už vím, jak jsem byla naivní, když jsem sama sebe ujišťovala, že to nebude tak hrozné.

- Pozorovala jste na sobě již v těhotenství výskyt depresivních nálad?

Ne. Těhotenství jsem si užívala a všechno bylo v pohodě. Zpočátku byl tedy partner trošku v šoku, že čekáme dvojčata, ale pak se s tím smířil a těšil se stejně jako já. A ohledně dvojčat jsem si ani já jsem nepřipouštěla, že by něco mohlo být špatně.

Vlastně mě ani nenapadlo, že jsem těhotenství bylo vedeno jako rizikové z důvodu dvojčat. Byla jsem pozitivní a předpokládala jsem, že bude všechno v pořádku. Hodně jsem změnila i svoji životosprávu. Jedla jsem absolutně zdravě, přestala jsem úplně kouřit, nechodila jsem do zakouřených hospod, navštěvovala jsem těhotenské kurzy. A hrozně mě bavilo sledovat, jak se děti týden po týdnu vyvíjí, dívala jsem se do knížek, jak už by měly být velké, jestli už mají končetiny, oči, prsty a tak.

- Jedno z Vašich dětí má chromozomální vadu, která způsobila Vaší dcera velké množství zdravotních komplikací. Byla Vám tato informace sdělena z výsledků prenatalních vyšetření?

Ne, vše jsem se dozvěděla až po porodu z výsledků genetiky. A zpětně to asi hodnotím, že to tak bylo dobře. Vůbec si neumím představit, že bych se tu informaci dozvěděla v těhotenství a musela bych se rozhodovat o dalším osudu těhotenství, což v mém případě bylo o osudu dvou dětí zároveň. Nevím, co bych dělala. Takhle to bylo taky hrozné, ale alespoň už jsem neměla na výběr.

- Při návštěvách Vašeho obvodního gynekologa v průběhu těhotenství jste se jistě setkala i s porodní asistentkou. Jak byste popsala její roli?

Ani nevím, jestli to byla porodní asistentka. Vnímala jsem ji jako sestru a nenapadlo mě, že to je porodní asistentka. Ale byla hodná, vždycky udělala všechna vyšetření, která dělat měla.

- Povídalas si s Vámi například o tom, jak se máte a zda Vás něco netrápí?

Ne, já jsem se spíše bavila s paní doktorkou. Ale s porodními asistentkami jsem byla v užším kontaktu spíše na tom těhotenském kurzu, kde mi porodní asistentky poskytly hodně informací, ale že by si se mnou nějak povídaly o tom, jak se mám, to ne. Bylo to hlavně informativní. Ale nic jiného jsem ani nečekala.

11.2.1 Porovnání údajů z období těhotenství s odbornou literaturou

Seifertová (2009) uvádí, že výskyt poporodní deprese je vyšší u žen, které v těhotenství prožívaly ambivalentní pocity ke svému dítěti a k těhotenství obecně. Z údajů ženy je zřejmé, že si těhotenství opravdu po celou dobu přála a pocity ambivalence netrpěla. Toto tvrzení potvrzují dva základní fakty: Prvním faktem je, že i v okamžiku, kdy žena

zjistila, že čeká dvojčata, která jsou pro prvorodičku jistě velkou zátěží, byla její reakce přiměřená a rozhodně nebyla negativní. A druhým faktem je radikální změna životosprávy, žena ze dne a den přestala kouřit, i když do té doby byla poměrně silným kuřákem. A také aktivní zájem o těhotenství v podobě navštěvování těhotenských kurzů a vyhledávání informací o prenatálním vývoji plodů. Silné ambivalentní pocity by jistě mohly nastat v okamžiku zjištění, závažnosti zdravotního stavu u jednoho z plodů je, ale vzhledem k vzácnému výskytu tohoto onemocnění, jehož přítomnost nediodnostikují běžné prenatální testy, tato informace nemohla být ženě poskytnuta. Tyto fakta opět potvrzují doporučení pro porodní asistentky, které jsem uvedla v analýze rizikových faktorů vzniku poporodní deprese, o nutnosti pečlivého sledování psychického stavu matky v poporodním období, i bez zjevného podezření na možný vznik poporodní deprese.

11.2.2 Analýza získaných dat z období těhotenství

Péče porodní asistentky byla ženou vnímána pozitivně, ale sama také udává, že od porodní asistentky nečekala nic jiného, než provádění rutinních vyšetření v základní prenatální péči. Žena tedy disponovala pouze laickými informacemi o možných psychických potížích v šestinedělí. Podle mého názoru by porodní asistentka měla nejpozději před předáním ženy do péče porodnice informovat ženu o možných psychických potížích, které se mohou v poporodní období vyskytnout. A to zejména u ženy prvorodičky s vícečetnou graviditou, kde můžeme předpokládat jisté problémy se zvládnutím náročné péče o dvě děti se současným nestabilním psychickým stavem v šestinedělí, kterým prochází téměř všechny ženy v poporodním období. Kdyby žena tyto informace dostala, je možné, že by vyhledala odbornou pomoc psychiatra již dříve, což by mělo jistě pozitivní dopad na její duševní zdraví.

11.3 Období porodu

- Rodila jste plánovaným císařským řezem z důvodu nepříznivé polohy jednoho plodu. Mrzelo Vás, že nemůžete rodit spontánně?

Ne, to rozhodně ne. Bylo to spíše naopak, porodu dvojčat jsem se docela bála, takže jsem tuto možnost vcelku uvítala. A vlastně už na začátku těhotenství, když jsem zjistila, že čekám dvojčata, jsem s touto možností i trochu počítala. Všichni mi říkali, že dvojčata se málokdy rodí přirozenou cestou. A když pak paní doktorka zjistila, že Petra je v příčné poloze a z toho důvodu musím rodit císařským řezem, nebylo to pro velké překvapení.

- Jak jste prožívala Váš porod císařským řezem?

Dobře. V porodnici na mě byli hodní, všechny okolnosti mi byly celkem jasné, ale i přes toto všechno jsem byla nervózní, přece jenom, byla to operace. Víím, že se říká, že ženy, které neporodily přirozenou cestou, okolnosti porodu a prvního kontaktu s miminkem tolik neprožívají, protože si nemusely „nic vytrpět“, ale vzhledem k tomu, že nemám srovnání, nemůžu k tomu nic říct. Ale samozřejmě, že jsem to celé prožívala velmi intenzivně.

- Kdy jste si mohla poprvé Vaše děti pochovat?

Po dobu císařského řezu jsem nebyla v celkové anestezii, takže prakticky hned. Nejdříve jedno a za chvíli druhé. Měla jsem je u sebe tak deset minut.

- Dostala jste v této době již nějakou informaci o tom, že s Petrou není něco v pořádku?

Ne. Řekli mi, že děti jsou na první pohled zdravé, ale že je ještě čeká rutinní vyšetření po porodu. Na Petře nebylo nic poznat. Poprvé mi o dceři bylo něco sděleno až na pooperačním pokoji. To bylo za několik hodin po porodu, nevím přesně.

- Vzpomněla byste si, kdy Vám byly prvně děti přiloženy ke kojení?

Na porodním sále to nebylo, ale určitě to bylo to ještě ten den, kdy jsem porodila, ale až na pooperačním pokoji, kde jsem se vzpamatovávala z operace. Byla jsem ale hodně unavená a děti asi také, takže se ani jedno z nich k prsu nepřisálo. Nebyla energie. Byla jsem ráda, že můžu spát. Ale i tak jsem byla ráda, že děti byly chvíli u mě, alespoň jsme se mohli pomazlit.

11.3.1 Porovnání údajů z období porodu s odbornou literaturou

Hay (2003) ve své australské studii uvádí, že výskyt poporodní deprese je až sedmkrát vyšší u žen po urgentním císařském řezu. I když se u respondentky jednalo o císařský řez plánovaný z důvodu nepříznivé polohy plodu B, není pro nás výsledek australské studie zcela nepodstatný, protože se částečně shoduje s údaji od Ratislavové (2008), která uvádí, že poporodní deprese a psychózy se častěji vyskytují právě u žen po operačním porodu. V těchto dvou tvrzeních si tedy můžeme povšimnout jasné spojitosti operačního porodu a následných psychiatrických komplikací v poporodním období.

11.3.2 Analýza získaných údajů z období porodu

Jako možné vysvětlení této spojitosti vidím v možném pocitu žen neschopnosti plně dostát své ženské roli. Podle mého názoru tento pocit může ženu provázet podvědomě už od samotného porodu, i když žena s císařským řezem souhlasí a respondentka v tomto případě dokonce uvedla, že možnost porodit císařským řezem uvítala. Pocit neschopnosti být „správnou“ matkou se poté opět objevuje v šestinedělí a je jedním z typických a výrazných projevů poporodní deprese. V poporodním navázání vztahu matky s novorozenci nevidím žádný problém, žena měla možnost být s oběma dětmi v kontaktu ihned po porodu a s ohledem na zdravotní stav ženy byly novorozenci přivázeny ženě ke kojení v pravidelných intervalech a ani žena v rozhovoru neudává nespokojenost z odloučení od dětí.

11.4 Období časného šestinedělí

- Někdy v této době jste poprvé dostala informace o zdravotním stavu Petry, je to tak?
Ano, ale moc mi toho řečeno nebylo, což tedy vůbec nepřičítám chybě personálu, prostě jen bylo nutné udělat další vyšetření, abychom se všichni dozvěděli více. Bylo to tedy tak, že ke mně přišla paní doktorka a řekla, že Petra má v obličejí známky degenerace, které můžou znamenat nějaké vrozené postižení, ale že zatím se projevuje normálně, takže mi ji budou vozit ke kojení, budu ji moci mít u sebe, ale že jsou nutná specializovaná vyšetření. Všechno jsem pochopila, ale byl to pro mě hrozný šok. Slovo degenerace znělo opravdu hrozně. Nechápala jsem, proč zrovna moje dítě má nějaký problém a jak je to možné, když všechno bylo po celou dobu v pořádku?
- Měla jste již při pobytu v nemocnici negativní pocity či nálady?
Můj hlavní pocit byl ten, že jsem chtěla domů. V nemocnici se mi nelíbilo. Na oddělení mají pro všechny děti stejný režim a nikoho nezajímá, že některé děti nebo maminky by to mohly mít trochu jinak. Zpočátku jsem neměla dostatek mléka, tak jsem dostala za úkol si každé tři hodiny vyzvednout mléko na sesterně. Ale když mi dítě brečelo hlady dříve než za tři hodiny, nikdo na sesterně nebyl. Vím, že tam asi někde sestry byly, ale když se mi to takhle stalo víckrát za sebou, měla jsem toho už dost. Měla jsem pocit, že na sesterně je zamčeno vlastně pořád a že sestry jsou nedostupné. A další věci, která mě hodně štvala, bylo to, že se všechno odehrávalo hrozně rychle. Když mi sestra poprvé přivezla děti, že se o ně už budu starat po celý den, řekla, že za chvíli přijde a naučí mě o děti pečovat, ale než se

vrátila, už jsem se dávno potřebovala přebalit a nakrmit, takže jsem si musela poradit sama.

- Jaký pocit u Vás tehdy převažoval?

Nejvíce ze všeho asi naprostá únava a pocit absolutní neschopnosti. Byla jsem přetažená a nevyspalá. Navíc jsem měla pocit, že svoje děti nezvládám už teď a v budoucnu to tedy také nedokážu. Po císařském řezu jsem se nemohla pořádně hýbat, abych obstarala děti a v pozdějších dnech se vše ještě zkomplikovalo retencí mléka. Měla jsem tehdy za úkol se často sprchovat teplou vodou a prsa ve sprše masírovat, ale jak jsem to mohla stihnout se dvěma dětmi? Byla jsem tedy nepohyblivá, nevyspalá, bolely mě prsa a užírala jsem se pocitem, že ostatní matky to skvěle zvládají a já na to prostě nemám. Upřímně mě tehdy překvapilo, jak všechny maminky chtějí mít děti pořád u sebe. Co já bych tenkrát dala za to, kdyby si děti na pár hodin odvezly a já bych si mohla odpočinout, postarat se o sebe, namasírovat si prsa a v klidu se osprchovat.

- Jak byste popsala své myšlenky, které se vztahovaly k Vaším dětem?

Mrzelo mě, že jsem neměla chuť a energii na mazlení s nimi. U ostatních maminek na pokoji jsem sledovala, jak si s dětmi povídají a mazlí se spolu, ale my jsme buď bojovaly s kojením a zajištěním péče. A když jsem měla chvíli klidu, hned jsem usnula nebo jsem přemýšlela o tom, co bude s Petrou, protože mi nikdo nebyl schopný nic říct.

- Vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu po porodu jste strávila v nemocnici poměrně hodně času. Jak jste byla spokojena s přístupem zdravotnického personálu?

Přístup personálu byl naprosto příšerný. Když jsem něco potřebovala, neměli snahu mi nějak pomoci a ještě jsem měla pocit, že je obtěžují. Jedna maminka, která byla se mnou na pokoji, měla nějaký problém, zavolala tedy sestru a ta jí odpověděla něco ve smyslu, že když jste chtěla dítě, tak se snažte. Pokaždé to bylo něco jiného. Ale musím uznat, že také jsem se setkala s příjemnými sestřičkami, ale těch bylo minimum. A asi nejhorší okamžik vůbec byl, když ke mně na šestinedělí přišla paní doktorka, aby mi sdělila výsledky Petřiných vyšetření. Přišla do dveří a řekla: „Tak to jste vy, co máte to degenerované dítě?“ Začala jsem brečet a doktorka se děsně divila, že přece ještě nic není jasné, že výsledky to ještě

jednoznačně nepotvrdily a pak mi řekla, že i kdyby to tak doopravdy bylo a já bych měla postižené dítě, že ho přece budu mít stejně ráda. V té době jsem si tak říkala, že bych jí to snad i přála, aby se jí to stalo. Dodneška si tu doktorku pamatuji.

- Kdo byl pro Vás největší psychickou podporou po dobu hospitalizace a z jakého důvodu?

Nejvíce mi pomohl přítel. Často mě navštěvoval a byl u mě každou volnou chvíli. To mi pomohlo opravdu hodně. Vždycky jsem se těšila od rána, že někdo přijde a já nebudu tak sama. S rodiči jsem si spíše telefonovala, přijeli jen jednou, protože byli zdaleka.

- Při propuštění z porodnice jste již věděla bližší informace o zdravotním stavu Vaší dcery?

Byly mi sděleny výsledky doplňkových vyšetření, což bylo ultrazvukové vyšetření mozku a základní genetické vyšetření. Genetika byla pořádku, ale ultrazvukový nález byl opět nejasný, a proto stále trvalo podezření na možnost nějakého postižení. Bylo mi řečeno, že vše ukáže čas, podle toho, jak se bude Petra vyvíjet a přibývat na váze.

- Jak jste vnímala roli porodní asistentky na oddělení šestinedělí?

Neměla jsem pocit, že na tom oddělení pracují porodní asistentky, které mají na starost ženu a vše okolo ní. Většina z nich byla neochotná a působily otráveně. Víím, jak je většina maminek na šestinedělí naprosto vyřízená, jsou plačtivé a lítostivé a proto je na tomto oddělení důležitý zejména přístup personálu. Nečekala jsem od porodních asistentek, které na oddělení pracovaly žádné zázraky, ale jenom dodržování základních norem slušného chování a neotrávený výraz v obličeji, to byly mé zásadní požadavky. Vííte, já nechápu zdravotníky, kteří dělají práci, která je zřejmě na první pohled nebaví, když je ta práce štve, tak ať jdou dělat něco jiného. Já bych si takové chování k zákazníkovi nikdy nedovolila.

11.4.1 Porovnání údajů z období časného šestinedělí s odbornou literaturou

Během prvním 72 hodin po porodu v lidském těle nastávají rozsáhlé hormonální změny, které zcela zásadně ovlivňují somatický i psychický stav ženy. Podle Ratislavové (2008) ovlivňuje celkový stav ženy kromě hormonální disbalance také poporodní únava a

vyčerpání, nutnost adaptace na novou roli matky a přijetí novorozence jako samostatně existující bytosti. Ratislavová (2008) také uvádí, že pocity vlastní neschopnosti a nedostatečnosti, mají často spojitost s problematickým zahájením laktace. Všechny tyto údaje, které se nachází v odborné literatuře, se mi v tomto případě potvrdily. Největšími problémy, které respondentka vnímala jako zásadní, byla naprostá únava a vyčerpání po operačním porodu, potíže s kojením a vlastní zcela uspokojit všechny potřeby novorozenců. Není tedy nečekané, že k těmto pocitům záhy přibyl silný pocit viny z nezvládnutí mateřské role, který se poté už jen dále prohluboval. Jako další významný faktor zmiňuje Ratislavová (2008) přístup zdravotnického personálu k ženě, což je rozhovoru s ženou naprosto jednoznačné. Tento psychický stav ženy v časném šestinedělí je ve většině případů označen pojmem poporodní blues a je chápáno jako fyziologická adaptační reakce na stres způsobený porodem. Praško (2002) uvádí, že poporodní blues postihuje až 80% žen, avšak Čepický (1999) dodává, že abychom tento stav mohli označit jako fyziologické poporodní blues, musí se matčin psychický stav spontánně upravit do 10. dne po porodu, a pokud tomu tak není, je nutné pomýšlet na onemocnění poporodní depresí, jak tomu bylo u Lady, kde spontánní úprava psychického stavu nenastala a potíže se naopak ještě dále stupňovaly. Podle Nicolson (2001) je zásadním rozdílem mezi poporodním blues a poporodní depresí přítomnost matčina pocitu, že své dítě není schopná milovat. Toto tvrzení se v popisovaném případě u respondentky nijak neprojevovalo.

11.4.2 Analýza získaných údajů z období časného šestinedělí

Žena se v brzké době po porodu musela vyrovnat s informací o podezření na vrozené onemocnění její novorozené dcery. Taková informace byla zajisté pro ženu, u které po celou dobu těhotenství nevzniklo jakékoli podezření na nepříznivý zdravotní stav na některého z jejich dvou plodů, naprostým šokem. Žena nyní zpětně nedokáže určit, zda hůře prožívala tuto potenciální skutečnost, nebo nejistotu, která ji o této doby provázela několik týdnů. Postup lékařů je ovšem naprosto pochopitelný, informaci o podezření na vrozené onemocnění Petry ženě jistě museli ženě sdělit a je také jasné, že pečlivé ověřování takto závažné potenciální diagnózy nutně musí zabrat určité množství času. Všechny tyto události se odehrávaly za hospitalizace na pooperačním oddělení, kde byla žena bezprostředně umístěna po provedeném ukončení porodu císařským řezem. V tomto bezprostředním období po porodu se žena po somatické stránce cítila velice vyčerpaná a většinu dne prospala. Psychický stav ženy byl zcela odpovídající vzhledem k nejistému zdravotnímu stavu její dcery. Zhoršující tendenci psychického stavu zaznamenávám až po překladi na oddělení šestinedělí, což podle výpovědi

ženy, jednoznačně souviselo s trvalým umístěním novorozenců do plné péče matky a nevhodným přístupem zdravotnického personálu. Žena se po fyzické stránce stále necítila dobře, byla stále unavená, spavá a následující dny situaci zkomplikoval ještě výskyt retence mléka v prsu. Poté, co byli novorozenci umístěni k matce k celodennímu ošetřování, žena udává výraznou nejistotu a obavy, zda tuto situaci vzhledem ke svému zdravotnímu stavu zvládne. V souvislosti s příchodem prvních neúspěchů s kojením, neustálým pláčem obou novorozenců a nedostatkem zkušeností s péčí o novorozence si žena své obavy potvrzuje a sama sebe označuje jako neschopnou matku, která se nedokáže adekvátně postarat o své děti. Zde se také ve větší míře objevují již zmiňované pocity viny, žena si přiznává, že by byla ráda alespoň pár hodin bez svých dětí, aby si mohla odpočinout. Také udává, že když byla dětmi s kontaktem, byla z poskytované péče dětem tak vyčerpaná, že ani neměla zájem se s nimi mazlit. Neustále se porovnává s ostatními matkami a je přesvědčená, že jediná ona si mateřství neužívá a hlavně nezvládá svoji roli matky. Očekává pomoc od porodních asistentek, která ovšem nepřichází, žena se cítí osamělá, zoufalá a bez jakékoliv podpory.

Porodní asistentky by zde měly ženě poskytnout především psychickou podporu, ve smyslu informování ženy, že tyto stavy nejsou výjimkou ani u vícerodíček s jedním novorozencem a natož tedy u prvorodičky s dvojčaty. Neformálním rozhovorem na toto téma by porodní asistentky mohly zmírnit jak pocity viny z nedostatečnosti tak i odstranit u ženy pocit, že jiné matky těmito stavy netrpí a své mateřství prožívají od samého začátku čistě pozitivně. Také by v takovém případě bylo prospěšné, kdyby se porodní asistentky striktně nedržely všeobecného názoru, že všechny matky bez výjimky si přejí mít své děti co nejdříve u sebe a poskytovat jim komplexní péči celých 24 hodin. Je vždy nutné přihlídnout k určité situaci a na každý případ posuzovat individuálně.

11.5 Období pozdního šestinedělí

- Nastal po propuštění z nemocnice nějaký moment, který výrazně ovlivnil změnu Vašeho psychického stavu?

Když jsem se vrátila z porodnice domů, první týden u nás v Plzni byla moje mamka, aby mi alespoň zpočátku pomohla. A pamatuji si, že nejhorší byl, když pak mamka odjela a já se zase cítila úplně sama a zase jsem měla ten pocit, že sama nejsem schopná se o děti postarat. Když tam byla mamka, měla jsem pocit menší odpovědnosti, že to není celé jenom na mne. A další věc, která mně trápila už od začátku, bylo mé stálé chronické nevyspaní.

- A jak se choval partner, když jste přijela s dětmi domů z porodnice?

Musím říct, že mi opravdu hodně pomáhal. Ocenila jsem hlavně, že i v noci vstával k dětem, abych měla chvíli klid. A i celkově pomáhal s péčí, děti koupal a uspával. Myslím, že to by každý chlap neudělal. Oceňovala jsem to, ale i přesto by bylo celkově špatně.

- Co Vás nejvíce trápilo? Jakými myšlenkami jste se zabývala nejčastěji?

Pocit, že tu situaci absolutně nezvládám, že jsem neschopná, ale stejně musím, protože mi nic jiného nezbývá. Trápí mě to vlastně dodnes, když si na to vzpomenu. Je zvláštní, jak v některých situacích v životě prostě nemáte vůbec žádnou možnost volby. Člověku pak nezbývá nic jiného, než zabrat, fungovat a vše zvládnout. Tak jsem to tedy dělala i já, musela jsem neustále fungovat, před dětmi a okolím jsem musela být v pohodě. Pak jsem si někde v koutku pobřežela a za chvíli jsem už musela fungovat na sto procent, to bylo hrozně vyčerpávající. A pak mě mrzelo, že jsem z dětí neměla radost, i když bych ji určitě mít měla. Dneska mám pocit, že už bych to nezvládla, vlastně ani nechápu, jak jsem to nakonec dokázala.

- Změnil se v tomto období nějak Váš vztah k dětem?

Řešila jsem hlavně Petrušku. Hrozně mě děsila její budoucnost, nevěděla jsem, jak to všechno bude. Ale pamatuji si na jeden pocit, který jsem v jednom období často mívala a který mě hrozně děsil. S Petrou nám bylo doporučeno cvičit Vojtovu metodu. Tak jsem se poctivě dala do cvičení, ale ona u toho pořád brečela a já jsem vůbec nevěděla proč. Cvičila jsem s ní pro její dobro, chtěla jsem jí tím pomoci, ale ona celou hodinu jenom hystericky brečela. Víím, že to zní hrozně, ale v těchto chvílích mi začala mi lézt na nervy. A nebylo to jenom při cvičení, i když jsme šly na procházku, tak Tomík spal nebo si s něčím hrál a ona někdy celou procházku jen brečela. Vůbec jsem nevěděla, co mám dělat, zkusila jsem už všechno a měla jsem na ní vztek. A když jsem si toto jako čerstvá matka uvědomila, bylo mi samozřejmě hrozně a zaplavila jsem se výčitkami. Říkala jsem si, co jsem to za matku?

- K synovi jste měla bezproblémový vztah?

Byla jsem mu hlavně vděčná, že alespoň on je to bezproblémová dítě jako každé jiné. Taky někdy plakal nebo byl nemocný, ale věděla jsem, že to je normální u každého dítěte. Vyčítky ohledně Tomáše ale také přišly. Bylo to ale až déle, když jsem začala jezdit s Petrou po nemocnicích.

- Napadlo Vás tehdy, že byste měla vyhledat odbornou psychologickou pomoc?
Ne. Bylo mi sice špatně, ale přišlo mi normální, že jsem vyčerpaná, když mám dvojčata a navíc jedno z nich nemocné. Říkala jsem si, že jsem jenom přecitlivělá, že to nic není a že to všechno zase přejde.

11.5.1 Porovnání údajů z období pozdního šestinedělí s odbornou literaturou

Již v první otázce z tohoto období, která byla ženě položena ohledně tohoto období, se zcela potvrdil údaj od Ratislavové (2008), která jako první rizikové období, v kterém se vyskytují psychické potíže závažnějšího rázu, označuje příchod ženy z porodnice domů. Žena popsala své tehdejší pocity v okamžiku příchodu domů jako strach ze samoty a odpovědné péče o děti, o které měla stále pocit, že ji nezvládá. Všechny tyto pocity šestinedělek Ratislavová v literatuře popisuje. Po příchodu z porodnice domů Ratislavová (2008) uvádí ještě další možné spouštěče poporodní deprese. Spouštěčem můžou být neshody v partnerském vztahu, společenské omezení ženy a také somatické komplikace přítomné za porodu či v šestinedělí. Možné uváděné potíže v partnerském vztahu spočívají v mužské žárlivosti na novorozence. Někteří muži velmi negativně vnímají fakt, že novorozenec je zahrnován větší pozorností a péčí od partnerky než oni sami. V tomto případě se ovšem toto tvrzení skutečnost nepotvrdilo. Žena se o neshodách s partnerem v tomto období nezmiňuje a naopak udává, že partner byl pro ni zásadní opora a pomáhal i s péčí o děti. V literatuře zmiňovaná skutečnosti společenského omezení ženy ve smyslu nedostatku kontaktů s přáteli a pracovním kolektivem, což dlouhodobě vede k následné psychické frustraci, nastalo i v tomto případě a tento údaj se tedy s literaturou naprosto shodoval. Jediným rozdílem, že žena tímto problémem netrpěla v pozdním šestinedělí, ale až v pozdější době. Proto se tímto budu zabývat až v následující kapitole, kde popisuji období následujícího roku od porodu. Ratislavová (2008) také uvádí, že s psychickou zátěží v šestinedělí se hůře vyrovnávají ženy po komplikovaném porodu, či po nestandardním průběhu šestinedělí. Tento údaj mohu zkoumaným případem potvrdit, jelikož ženě byla po porodu diagnostikována atonie děložní

samořejmě doprovázena silným krvácením a stav ženy se upravil až po podání krevní transfuze.

11.5.2 Analýza získaných dat z období pozdního šestinedělí

Základní dvě negativní emoce, které ženu provázely již v období časného šestinedělí, se nijak zásadně nezměnily. Jde o pocit vlastní nedostatečnosti a neustálý strach z neschopnosti zajistit dětem plnohodnotnou péči 24 hodin denně. Emoce se však neustále prohlubovaly a s postupem času se k nim přidávaly ještě další. Zcela jednoznačný je také strach z odpovědnosti, který spatřuji ve výpovědi ženy ohledně zhoršení svého psychického stavu ve chvíli, kdy odjela její matka, která jí do té doby pomáhala s péčí o děti. Žena si začíná uvědomovat, že její nová mateřská role je nezrušitelný stav a tuto skutečnost již nelze nijak pozměnit. Vzhledem k tomu, že žena v této době vše zvládala velice těžce a neustále pochybovala o svých mateřských schopnostech, bylo toto uvědomění pro ženu velice znepokojující. V tomto okamžiku se žena začala trápit dalšími výčitkami. Mrzelo ji, že z dětí nemá radost a zároveň svému pocitu nerozuměla, protože děti si přece s partnerem celou dobu přáli. Co se týče partnerského vztahu v období pozdního šestinedělí, tak ani v této chvíli pár žádné větší potíže či partnerské krize řešit nemusel. I když byla žena stále ve stresu, byla vyčerpaná a chvílemi i podrážděná, partner ji stále podporoval. Uvědomil si, že zásadní příčinou labilního psychického stavu ženy, je náročná péče o děti, proto svoji pomoc orientoval tímto směrem a ženě se snažil pomáhat. Tuto skutečnost hodnotí žena velice kladně dodnes. Neopomenutelným faktorem, který v tomto období ženě rozhodně neprospíval, byl také zhoršující se zdravotní stav dcery Petry. Žena zde poprvé udává, pocit vzteku a zloby ke své nemocné dceři, která často propadá záchvatům neutišitelného pláče bez zjevného důvodu. Tato silně negativní emoce ženu velice vyděsí a opět propadá dalším výčitkám, že není dobrou matkou. Žena je přesvědčena, že tyto emoce jsou od matky k vlastnímu dítěti naprosto nepřipustné a jejich přítomnost poukazuje na abnormálnost ženy ve smyslu nedostatku mateřské lásky k novorozenci. Psychický stav ženy je díky všem uvedeným okolnostem již velice labilní, což si sice žena uvědomovala, avšak na možnost vyhledat odbornou pomoc psychiatra žena vůbec nepomyslela. Se svým stavem rozhodně spokojená nebyla, ale byla přesvědčená o tom, že tyto potíže k šestinedělí prostě patří obzvláště, když žena musí zvládat péči o dvojčata. Žena se obviňuje z přecitlivělosti a své psychické potíže bagatelizuje.

Možnou roli porodní asistentky v tomto případě vidím zejména v nutnosti poskytnout ženám dostatek informací o psychickém stavu a možných psychických onemocnění v poporodním období. Je důležité, aby ženy věděly, jaký psychický stav v šestinedělí je ještě

tolerovaný vzhledem k celkově stresující situaci žen po porodu a který stav už je nutný aktivně řešit s odborníky na tuto problematiku. Myslím, že dostatečná informovanost by napomohla tomu, že ženy by dříve vyhledávaly odbornou pomoc a zabránilo by se tak dalšímu prohlubování psychických potíží. Dostatečná informovanost by také zajistila takto postižené ženě pocit, že není jediná, kdo těmito problémy trpí a není na místě se za tyto potíže stydět, obviňovat se a příznaky bagatelizovat.

11.6 Období do jednoho roku po porodu

- V tomto období Vám byly sděleny výsledky všech vyšetření a závěr ohledně zdravotního stavu Petry. Jak se to projevilo na Vašem psychickém stavu?

Samozřejmě to byl šok, když mi bylo sděleno, že Petra je těžce psychomotoricky retardovaná. To se asi nedá popsat. Už tak jsem byla na dně z celé moje situace a tohle už byla jenom poslední kapka, jak se říká. Konečné výsledky mi byly sděleny v době, kdy jsme kvůli zhoršujícímu stavu jezdili s Petrou neustále po nemocnicích a často jsem byla společně s ní hospitalizována i několik týdnů. V těchto případech se o Tomáše starala moje maminka a přítel. Jezdila jsem je samozřejmě navštěvovat, jak to šlo, ale upřímně řečeno, moc často to možné nebylo. Viděla jsem ho třeba jednou za týden. A i když jsem mu hrozně chtěla všechno vynahradit, nebylo to možné. Prostě jsem toho nebyla schopná. Nedokázala jsem být ta veselá a láskyplná maminka, když jsem byla myšlenkami neustále u Petry anebo jsem byla z pobytu v nemocnici tak psychicky na dně, že jsem chtěla mít jenom trochu klidu, bez dětí. To mě moc mrzelo. Nemohla jsem se mu věnovat z časových důvodů, a když jsem konečně byla u něj a měla jsem na něj čas, stejně jsem byla úplně nepoužitelná.

- Pamatujete si, za jakých okolností jste si poprvé uvědomila, že Váš psychický stav již není zcela v pořádku a měla byste ho řešit s odborníkem?

Já sama jsem si to vlastně neuvědomila nikdy. Nechtěla jsem si připustit, že jsem selhala a že je se mnou něco v nepořádku. Musela mě na to upozornit až moje mamka, což mě docela překvapilo, protože jsem byla od malička vychovávána tak, že vždy je vše nutné zvládnout silou, že se nesmím vzdávat. To mám dodnes v sobě zafixované, možná i proto jsem žádnou pomoc nevyhledala a vlastně ani rodičům jsem se s mými stavy nesvěřila. Chtěla jsem jim dokázat, že jsem silná a že vše zvládnou. Ale tenkrát, když mi řekla mamka, že bych měla někam okamžitě zajít,

jsem si uvědomila, že to už je to opravdu asi hodně špatné, když to říká moje mamka. Vlastně ještě před mamkou mi to říkal přítel, ale toho jsem nebrala moc vážně.

- Za jak dlouho od tohoto momentu jste vyhledala odbornou pomoc?

Prakticky hned, mamka byla tehdy dost nekompromisní a já jsem neměla sílu odporovat. Takže to bylo během pár dní. Šla jsem nejprve ke svému psychologovi, ke kterému jsem chodila už dříve. Řekl, že trpím poporodní depresí, která vyžaduje farmakologickou léčbu, takže mi doporučil, ať navštívím psychiatra, který mi může napsat nějaké léky. Takže pak jsem se objednala k psychiatrovi do Plzně.

- Slyšela jste o poporodní depresi již dříve?

Ano, slyšela jsem o ní, ale myslela jsem si, že se mi to stát nemůže. Když mi to psychiatr řekl, bylo mi celkem jedno. Řekla jsem si sice, že odted' jsem psychiatrický pacient a blázen, ale prášky mi pomohly a já jsem byla ráda, že se konečně cítím lépe, víc jsem to neřešila.

- Jak jste byla s psychiatrickou léčbou spokojená?

Byla jsem moc spokojená. Pan doktor mi hned řekl, že trpím typickou poporodní depresí, ale to mi v té chvíli bylo úplně jedno, chtěla jsem jenom, aby mi bylo lépe. Musím říct, že pan doktor byl první člověk, s kterým jsem se dokázala bavit o Petře. Do té doby jsem se o jejím stavu nechtěla bavit ani s nejbližšími přáteli. Líbilo se mi, že jsme společně vyhledávaly další informace o její diagnóze a cítila jsem z něj opravdový zájem. A samozřejmě mi také výrazně pomohly léky, které mi pan doktor předepsal. Také mi doporučil navštěvovat Středisko pro ranou péči v Plzni, kde se sdružují maminky, které mají postižené děti. Zkusila jsem to, ale to pro mě vůbec nebylo. Vím, že to pak doktor myslel dobře, ale pro mě to pak bylo ještě horší.

- Co se Vám ve Středisku pro ranou péči nelíbilo?

Bylo pro mě těžké povídat si s matkami, které sice mají stejný problém s dítětem jako já, ale psychicky jsou v rámci možností v pohodě. Nechtěla jsem s nimi bavit, protože mi přišlo, že by moji situaci stejně nepochopily. A navíc mi těch ostatních

maminek bylo hrozně líto. Viděla jsem na nich, jak jsou nešťastné kvůli svým nemocným dětem, viděla jsem ty dětičky, které na tom byly špatně a to mě pořád to utvrzovalo v tom, že to je všechno nespravedlivé. Nebyla jsem ještě pořádně smířená se zdravotním stavem Petry k tomu se ještě dívat na ostatní nemocné děti, bylo hrozně těžké. Ale stejně jsem tam pořád chodila, abych měla pocit, že svoji situaci aktivně řeším.

- Říkala jste, že při užívání antidepresiv jste se cítila mnohem lépe. Odstranily Vaše problémy úplně?

Cítila jsem velkou úlevu, dodnes vlastně ani nevím, jestli to nebyl placebo efekt, ale faktem je, že jsem najednou cítila, jako bych byla schopná se opět radovat a celou situaci jsem neviděla tak bezvýchodně. Ale všechny mé problémy určitě léky nevyřešily, spíše mi pomohly tím, že jsem nad nimi získala větší nadhled. Užívala jsem je asi půl roku a pak jsem je vysadila, chtěla jsem si ověřit, jestli to zvládnou i bez nich.

- A zvládla jste to?

Ve výsledku ano, ale měla jsem pak ještě jedno těžké období, bylo asi v době, kdy bylo dětem něco málo přes rok. Začala jsem hodně řešit svoje sociální postavení. V té době jsme tedy stále ještě bydleli v Plzni, kde jsem neměla opravdové kamarády. Měla jsem tady spíše známé, na kterých jsem viděla, jak jsou zklamaní, že už nejsem ta zábavná společenská holka, který chodí na různé akce a umí se bavit. Čekali, že budu pořád stejná, což je nesmysl, po tom, co jsem zažila. Bylo mi to hodně líto. Cítila jsem se vyloučená z normálního světa druhých lidí.

- To pro Vás muselo být velmi těžké, jak jste se s tím vyrovnávala?

Hrozně těžce, měla jsem pocit, že život už mi tedy skončil a já budu už pořád jenom řešit problémy s Petrou, penězi a s nedostatkem času na cokoliv. Ale toto přišlo v době, kdy děti už byly větší, péče o ně nebyla tak náročná a já jsem tedy měla možnost začít blbnout. Začala jsem hodně pít a kouřit marihuanu. Žila jsem těmi chvílemi, kdy jsem měla volný večer od dětí, které v té době hlídal partner. Dvakrát do týdne jsem byla v hospodě a mohla jsem si to užít. Opila jsem se a bylo mi dobře. Další dny s dětmi jsem pak přežívala jenom tím, že jsem myslela na další večer s vínem v hospodě. Byl to pro mě únik. Najednou jsem mohla řešit i něco

jiného, než jen děti a domácnost. Marihuanu jsem kouřila téměř každý večer, když děti usnuly, uklidňovalo mě to a získávala jsem nad věcmi nadhled. Ale časem mi začalo docházet, že to celé přeháním.

- Jak jste se z tohoto období dostala? Dalo Vám to velkou práci?

Všechno přišlo samo s přestěhováním zpět do Písku, kde se spousta věcí začala zlepšovat. Vliv na to měla dostupnost mých dobrých kamarádů, kteří mi velice pomohli, a já jsem už nepotřebovala kompenzovat svůj špatný psychický stav pitím. A také mi byla nablízku moje mamka, která mi výrazně pomáhala a dodnes pomáhá s péčí o děti.

- Psychologickou pomoc jste tedy už nevyhledala?

Ne, jak říkám, většina mých problémů se vyřešila nebo alespoň zmírnila od té doby, co žiju opět v Písku.

11.6.1 Porovnání údajů z období do jednoho roku po porodu s odbornou literaturou

Ratislavová (2008) ve své literatuře uvádí ženiny sklony k perfekcionismu jako jev, který negativně ovlivňuje schopnost ženy se vyrovnat se zátěžovou situací v poporodním období. Potvrzení tohoto jevu v mém případě vidím v údajích, které mi žena poskytla, ohledně výchovného stylu, který se v rodině praktikoval. Žena v rozhovoru uvádí, že v rodině byl velký důraz kladen na výkon jednotlivce a v případě výskytu jakéhokoliv problému, bylo považováno za slabost, pokud dotyčný dal najevo svoji bezmocnost a neschopnost problém vyřešit silou. O časté sociální izolaci žen v poporodním období se Ratislavová (2008) zmiňuje v období pozdního šestinedělí. V tomto případě se ovšem tento problém vyskytl až po uplynutí šesti týdnů od porodu. Z údajů ženy je zřejmé, že žena tento negativní jev pociťovala velice intenzivně. Co se týče údajů o úspěšnosti farmakologické léčby antidepresivy i zde se případ shoduje s uváděnými údaji. Jedličková (2008) uvádí, že léčba je považována za velmi úspěšnou s výskytem minimálních nežádoucích účinků, tyto údaje respondentka v rozhovoru potvrdila.

11.6.2 Analýza získaných dat z období jednoho roku po porodu

Pro ženu bylo v tomto období zásadní konečné sdělení diagnózy ohledně zdravotního stavu dcery. Vzhledem k tomu, že sdělená diagnóza zněla “těžká psychomotorická retardace” s minimální nadějí na zlepšení tohoto stavu, tuto událost popisuje žena jako takzvanou

„poslední kapku“ celé nepříznivé situace. Tato informace byla ženě sdělena v období častých hospitalizací dcery, kdy matka byla ve většině případů hospitalizována společně s dcerou. K utrpenému šoku ze sdělené dceřiny diagnózy ženě tedy poté přibýlo další prohloubení výčitek z nedostatku času, který by mohla trávit se svým synem, kterého po dobu nepřítomnosti ženy hlídala matka ženy. Nebylo tedy výjimkou, že v těchto případech žena svého syna viděla pouze několikrát do měsíce. A i charakter svých návštěv u syna také zpětně hodnotí jako nedostatečný, i když se žena na syna samozřejmě těšila, byla stále myšlenkami u své dcery, nebo se jen těžce vzpamatovávala ze zážitků spojených s hospitalizací na dětských klinikách a nedokázala se synovi naplno věnovat.

V souvislosti s těmito událostmi se nepříznivý psychický stav ženy velice zhoršil. Této rapidní změny si všimla matka ženy, která jí důrazně doporučila neodkladnou návštěvu psychologa či psychiatra. Žena uvádí, že proti tomuto doporučení matky nic nenamítala. Neschopnost odmítnutí tohoto návrhu odůvodňuje tím, že v tomto okamžiku si uvědomila, že když jí toto řešení nabízí matka, která po celou dobu ženina dětství preferovala řešení problému silou a maximálním zvýšením úsilí, musí být její stav viditelně závažný. Žena totiž matčin styl vyrovnávání se s problémy následovala, což se projevilo jednak v zastírání problému před okolím i před sebou samotnou a také ve skutečnosti, že ženu samotnou vůbec nenapadlo vyhledat odbornou pomoc a se svým problémem se chtěla vyrovnat sama, tak jak byla zvyklá od dětství a dokázat tak rodičům, svoji osobní sílu. Návštěvu psychiatra považovala žena před rozhovorem s matkou za zbabělé řešení.

Samotnou diagnózu poporodní deprese psychiatrem žena nijak zásadně neprožívala. Žena naopak udává naopak úlevu z naděje na vyřešení všech problémů, která se vyskytla již s první návštěvou psychiatra. Na dotaz zda žena již před samotným diagnostikováním poporodní deprese o tomto onemocnění již slyšela, žena odpovídá kladně. Avšak dodává, že nikdy nepomyslela na možnost, že by se toto mělo přihodit zrovna jí. Tento odmítavý postoj je rozšířen ve všech medicínských oborech, zejména když se u pacienta jedná o závažnější či ne zcela běžné choroby. S průběhem i výsledky léčby byla žena velice spokojena. Předepsaná antidepressiva splňovala předpokládaný efekt již za pár týdnů od začátku užívání léčiv. Jako velkou pomoc ze strany psychiatra vnímá jeho aktivní zájem o zdravotní stav Petry. Lada dodnes vnímá jako velice pozitivní fakt, že psychiatr se neomezil pouze na informace o zdravotním stavu dcery, které mu žena sdělila, ale podrobnější informace se vyhledával v odborných zdrojích, aby tam mohl lépe porozumět celému problému. Negativně naopak vnímala doporučení psychiatra, aby navštěvovala Středisko pro ranou péči v Plzni, kde se

sházejí rodiny, které mají postižené děti. Stejně jako psychiatr bych i já předpokládala, že setkávání s ženami, které trápí stejný problém, bude mít na psychický stav ženy pozitivní efekt. Tuto domněnku mi však žena zcela vyvrátila. Po návštěvách ve Středisku pro ranou péči se psychický stav ženy ještě zhoršil. Žena udává pocit lítosti, kterými trpěla, když byla v kontaktu s nemocnými dětmi a jejich nešťastnými matkami a úleva ze společně sdílené bolesti nepřicházela.

V této době už začala užívaná antidepresiva působit, žena udává citelné zlepšení nálady a změnil se také celkový Ladin celkový pohled na celou situaci. Svoji situaci sice stále vnímá jako neuspokojivou, vzhledem k již neměnným událostem s její dcerou, ale avšak udává, že nad situací získává nadhled. Léčby byla ukončena po šesti měsících a stav ženy byl v této době považován za stabilní.

Zde se také výrazně projevil již popisovaný problém s pocitem sociální izolace a osamění. Náročná péče o dvojčata vyžaduje velké množství času a je tedy nutno přijmout mnohá omezení ve svých zálibách. Žena před porodem byla velice společenská a okolí ženu vnímalo jako zábavnou dobrou společnici, která nikdy nechyběla na žádné společenské akci. Po porodu byla žena nucena tuto svoji roli opustit. Žena uvádí, že zpočátku tuto skutečnost nevnímala a oblast nevnímala jako problémovou. Pocity samoty, nedostatečného společenského vyžití, vyčerpání z dětí apod. se projeví až s postupem času. Chvilky strávené ve společnosti byly pro ženu vzácností, ale ani tyto chvíle ženu nenaplňovaly. Kamarádi a známi dali ženě najevo zklamání z osobnostní změny, kterou si žen pod vlivem všech událostí prošla. Žena se tedy i mezi spoustou přátel cítila osamělá a nepochopená. Z rozhovoru se ženou je jasné, že se společností lidí, ve které se ocitla po přestěhování do Plzně, rozhodně nebyla spokojená a necítila se v ní dobře. Stále udává velký smutek z nepřítomnosti opravdových přátel, které měla žena v místě svého původního bydliště v Písku.

Tyto pocity izolace a nepochopení byly pravděpodobně důvodem k opětovnému relapsu choroby, který nastal tři měsíce od ukončení psychiatrické léčby. Žena udává, že v této době bylo dětem již rok a půl a v tomto věku už nepotřebovaly tak intenzivní péči ženy jako v počátcích, takže už bylo možné přenechat péči více na partnerovi. Skončilo již také období častých hospitalizací s dcerou a celkový stav věcí se ustálil. Žena toto období popisuje jako období, kdy již pominula akutní fáze, kdy žena musela stále naplno fungovat a být vždy v dosahu dětí a proto se začala orientovat sama na sebe. Aby si vykompenzovala stav sociální izolace, kterým trpěla několik měsíců, začala podle svých slov nadměru užívat alkoholické nápoje a kouřit marihuanu ve společnosti známých z Plzně. Obzvláště vliv marihuany žena

popisuje velice pozitivně, cítila se uvolněně a všechny své starosti vnímala méně intenzivně. Tyto události hodnotím jako únik od všech negativních událostí, které ženu v uplynulých měsících potkávaly. Ženy v této době žije dvěma životy. První se týká pouze náročné péče o děti, nutnosti mateřského fungování spojené se smutkem ze zdravotního stavu dcery Petry. Druhým životem je pro ženu relaxace v podobě alkoholu, společnosti a marihuany. Toto období trvalo po dobu tří měsíců a v době, kdy si žena již začala uvědomovat nevhodnost jejího jednání, nastal vytoužené přestěhování zpět do místa bydliště ženy.

Tato událost zásadně ovlivnila následující stav ženy. Konečně byla žena v blízkém kontaktu s matkou, která jí okamžitě začala pomáhat s péčí o děti a ocitla se v místě původního bydliště, kde měla žena v dosahu své opravdové přátele, kteří projevovali porozumění celému případu. Přátelé se ženě věnovali a nenechali ženu, aby dále pokračovala v nadměrném užívání alkoholu a marihuany, i když i tato potřeba se samovolně výrazně snížila již v okamžiku přestěhování. Žena tuto událost hodnotí jednoznačně jako řešením jejích psychických obtíží. Rodina a své opravdové přátele mají pro ženu naprosto prioritní hodnotu.

Role porodní asistentky v tomto období není v naší společnosti bohužel nijak velká. Po uplynutí doby šestinedělí, kdy žena již nenavštěvuje svého obvodního gynekologa kvůli kontrolám v šestinedělí, žena s porodní asistentkou prakticky ztratí veškerý kontakt a pokud je zdravotní stav ženy v normě, žena se s porodní asistentkou setká pouze jednou do roka na preventivní gynekologické prohlídce. Svě uplatnění by v tomto období tedy mohla najít komunitní péče v porodní asistenci.

11.7 Přepis rozhovoru – celkový retrospektivní pohled ženy

- Za jak dlouhou dobu po porodu byste označila Váš psychický stav jako stabilní?

Jako zcela stabilní svůj stav hodnotím až po přestěhování z Plzně do Písku, což bylo za dva a půl roku po porodu. První vlnu potíží jsem sice s užíváním antidepresiv zvládla už za 14 měsíců od porodu, ale pak jsem ještě měla to druhé těžké období, sice už bez užívání antidepresiv, ale psychicky stabilní jsem tedy rozhodně nebyla.

- Co nyní zpětně hodnotíte jako zásadní negativní momenty, které ovlivnily Váš tehdejší psychický stav?

Vezmu to od začátku. Napřed mě ničil přístup personálu v porodnici, poté nejistota ohledně Petry a pak následovala závěrečná diagnóza. A dvě věci mě pronásledovaly po celou dobu. Byl to neustálý smutek z odloučení od přátel a sebeobviňování, že jsem neschopná matka.

- A co Vám naopak nejvíce pomohlo?

Určitě přítel, i když mu také dlouho trvalo, než se ze všech událostí vzpamatoval. Pak mi hodně pomohly předepsané léky od psychiatra a nakonec přestěhování z Plzně.

- Myslíte si, že Vašemu stavu by šlo nějak předejít? Udělala byste dnes něco jinak?

Je těžké hádat, co by bylo kdyby. Ale myslím si, že kdybych zůstala u rodiny a přátel, nedostala bych se do takového stavu, v jakém jsem tehdy byla.

- Jak dnes s partnerem vnímáte Vaši nelehkou situaci s Petrou?

Velký rozdíl je, že už jsem schopná o tom mluvit, to jsem dřív vůbec nedokázala. Smířila jsem se s tím, ale stejně mě mrzí, jak to celé je. Často také přemýšlím, jak to vnímá Tomášek. Zatím mu nedochází, že Petra je jeho dvojče a tudíž by na tom měla být stejně jako on, bere jí jako menší sestřičku. Přítel si to dlouho nepřipouštěl, co Petře vlastně je a co to všechno znamená, ale nyní už se s tím smířil. Jen dřív mě hodně mrzelo, že se mnou všechno nemůže tolik prožívat. Ale i tak mě podporoval.

- Chtěla byste se svými zkušenostmi vzkázat porodním asistentkám nějakou radu ohledně péče o ženu s tímto onemocněním?

Aby byly slušné a chovaly se tak, jak mají. Maminky jsou jejich zákazníci a určité chování si prostě nemůžou dovolit. K čemu mi je skvělá polohovací postel, když mám pocit, že jsem všem na obtíž? Nemyslím si, že ženy v porodnici čekají od žen dokonalý psychologický přístup a celodenní opečovávání, ženy očekávají alespoň základy slušného zacházení s pacientem, které zde prostě chybí. A vedení Fakultní nemocnice v Plzni bych možná doporučila, aby nepropagovali takový přístup k maminkám, který nejsou schopni poskytnut. Já jsem tuto nemocnici vybrala kvůli informacím, které nemocnice vydává na veřejnost, tak když to není pravda, ať tyto věci neslibují a nikdo je nebude také čekat.

11.7.1 Porovnání údajů retrospektivního pohledu ženu s odbornou literaturou

Hlavní oblastí, kde je zřejmé propojení případu s odbornou literaturou, je smutek ženy z nepřítomnosti rodiny a přátel. Žena si dokonce myslí, že kdyby v poporodním období byla s rodinou a přáteli v kontaktu, její psychické potíže by byly značně zmírněny. Důležitost kontaktu šestinedělky s okolím potvrzuje v odborné literatuře i Ratislavová (2008), která uvádí, že v dnešní společnosti není zvykem dodržovat ochranné rituály šestinedělky tak, jak tomu bylo dříve v dřívějších dobách. Ženy byly navštěvovány příbuznými a ostatními ženami z okolí, ženě pomáhaly a předávaly jí své praktické rady. Ratislavová (2008) také uvádí, že v kulturách, kde se tyto rituály dodržují je výskyt psychických poruch v šestinedělí výrazně menší. Avšak z medicínského hlediska jsou prokázány jasné patofyziologické procesy probíhající v mozku takto postižených osob a je tedy otázkou do jaké míry by byl psychický stav ženy přítomností rodiny a přátel ovlivněn.

Co se týče léčby poporodní deprese antidepresivy, případ se i v tomto s literaturou shoduje v dobré léčebné odpovědi takto postižených žen, jak tuto skutečnost uvádí Jedličková (2008).

11.7.2 Analýza získaných dat retrospektivního pohledu ženu

Zejména ze závěru tohoto případu, kde žena uvádí, co považuje za konečné řešení jejích psychických problému, je zřejmé, jak důležitá je pro člověka společnost, přátelé a rodina. A bohužel není v ničíh silách tyto důležité věci někomu druhému zajistit. Stejně tak doposud neexistuje v medicíně způsob, jak vyléčit některá onemocnění, jako je například to, kterým trpí dcera respondentky. A tyto faktory hrály v tomto případě významnou roli.

Nepříznivý psychický stav ženy byl z velké části ovlivněn vrozeným a neléčitelných onemocněním dcery Petry a odloučením od přátel a rodiny. Ovlivnit tyto skutečnosti však není v silách porodních asistentek. Z negativních faktorů, které může porodní asistentka ovlivnit a o kterých žena uvádí, že výrazně negativně ovlivňovaly její psychický stav, jsem vybrala dva. Je to nevhodný přístup zdravotnického personálu na oddělení šestinedělí a časté sebeobviňování ženy sebe samotné, což je zapříčiněno nedostatečnou informovaností žen o této problematice. Toto již detailněji rozebírám v předchozích kapitolách.

12 Diskuze

Cíl 1- Analýza prožitku a porovnání pocitů ženy s odbornou literaturou

Každé zkoumané období jsem pro přehlednost porovnávala s odbornou literaturou již v předchozí kapitole, kde toto porovnání bezprostředně navazuje na přepis rozhovoru se ženou. Obecně lze říci, že většina skutečností, které žena popisovala v rozhovoru, se od údajů popisovaných v odborné literatuře neliší. Překvapilo mne, že nejvíce se odborná literatura shodovala v oblasti popisovaných pocitů, které žena v některých momentech popisovala dokonce naprosto stejnými slovy. Naopak nejmenší shodu jsem zaznamenala při rozboru anamnézy respondentky s cílem vyhodnotit rizikové faktory, který jsou často uváděny jako prediktory vzniku poporodní deprese z odebrané anamnézy. Většina uváděných rizikových faktorů se zcela diametrálně lišila od informací, které uvedla žena. Jediným rizikovým faktorem, který je uváděn v literatuře a byl přítomný i ve zkoumaném případě, je přítomnost depresivní epizody v minulosti ženy.

Z těchto skutečností je tedy zřejmé, že poporodní deprese se může objevit i u žen, kde bychom předpokládali velmi malé nebo dokonce žádné riziko vzniku. Proto bychom u těhotných žen v gynekologické ordinaci či u rodiček při příjmu na porodní sál, měli vždy pečlivě odebrat anamnézu a odebraná data kriticky zhodnotit.

Cíl 2- Popis somatického stavu ženy zpracováním kazuistiky

Kazuistiku somatického stavu jsem vypracovávala jednak z informací získaných od ženy a také z údajů ze zdravotnické dokumentace, kterou mi žena poskytla k dispozici. Vzhledem k vrozenému onemocnění dcery respondentky jsem musela zpracovat i popis jejího zdravotního stavu, protože tato skutečnost psychický stav ženy velice ovlivnila. Jedině tímto způsobem jsem mohla zajistit objektivitu celého zkoumaného případu.

Somatický stav ženy byl po celou dobu těhotenství i porodu zcela fyziologický a v těchto obdobích se nevyskytla žádná komplikace. Ovšem druhý den po porodu, tzn. v období časného šestinedělí, žena začala silně krvácet z důvodu atonie děložní, což je u vícečetných těhotenství častějším jevem, než u jednočetných gravidit. Tento nepříznivý stav ženy byl ihned stabilizován aplikováním uterotonik a ztráta krve byla kompenzována podáním krevních transfuzí. Stav byl stabilizovaný následující den. Další komplikace nastala pátý den po porodu, kdy byla ženě diagnostikována retence mléka v pravém prsu. Žena byla poučena o vhodných intervencích a před propuštěním z porodnice byl tento problém již vyřešen.

Cíl 3- Identifikace potřeb ženy v období od těhotenství do jednoho roku po porodu

V období těhotenství netrpěla žena žádným nedostatkem a její potřeby byly zcela běžné jako o většiny žen v těhotenství. Nezaznamenala jsem žádnou potřebu, která by byla neuspokojena a poté by souvisela s následujícím poporodním psychickým stavem. Období samotného porodu, který byl vedený plánovaným císařským řezem, žena hodnotí jako zcela bezproblémové, s vedením porodu tímto způsobem nevyjadřuje sebemenší problém. Žena jistě potřebovala dostatek informací o prováděném zákroku a bezprostředním poporodním obdobím a jistě také pocit zajištěného bezpečí a jistoty pro své děti i pro sebe samotnou.

Nejvíce neuspokojených potřeb se u ženy projevilo v časném i pozdním šestinedělí i v následujícím období do jednoho roku po porodu. V časném šestinedělí se u ženy vyskytly nejen neuspokojené potřeby duševní, ale i somatické. Fyzicky ženu trápily potíže se sníženou možností pohybu související s rozsáhlou břišní operací, kterou provázela také potřeba tlumení bolesti. Tato potřeba tlumení bolesti souvisela také s retencí mléka v prsu. Další potřebou, kterou žena udává jako zásadní, byl nedostatek spánku a odpočinku, který souvisel s náročnou péčí o dva novorozence. Tato potřeba po dobu hospitalizace nebyla uspokojena. Do psychických potřeb ženy v časném šestinedělí patřila potřeba informací ohledně zdravotního stavu dcery, která byla v rámci možnosti procesu diagnostikování neznámého onemocnění, uspokojena. Zásadní potřebou v duševní oblasti, která byla neuspokojena, byla potřeba psychické podpory, bezpečí a jistoty. Žena trpěla silnými pocity nepochopení ze strany zdravotnického personálu a neochotu s činnostmi, v kterých si žena v této době nebyla jistá.

V období pozdního šestinedělí byly již všechny problémové oblasti ohledně fyzického stavu ženy vyřešeny. V oblasti duševních potřeb žena stále přetrvávala neuspokojená potřeba jistoty v zajištění péče o novorozence. Žena stále udávala v této oblasti strach a špatně snášela samotu. Potřeba psychické podpory byla částečně zajištěna partnerem ženy, avšak psychický stav ženy v této době byl značně nestabilní. Žena tedy pocítovala neuspokojenou potřebu duševní pohody a klidu. Tato potřeba byla uspokojena až po uplynutí doby šestinedělí, kdy žena vyhledala odbornou pomoc.

V následujícím období roku od porodu se s přibývajícimi zkušenostmi matky a vzrůstajícím věkem dětí zmírňovala neuspokojená potřeba ohledně nejistoty v péči o novorozence. Žena se v těchto úkonech stávala jistější. Ovšem s postupem času, kdy se zhoršoval zdravotní stav dcery a bylo nutné podstupovat různá vyšetření a výkony, u ženy se opět projevila potřeba dostateku informací v tomto ohledu. Tato potřeba byla ve většině

případů uspokojena. Jako zcela zásadní potřebu v tomto období, jsem vyhodnotila nedostatek sociálních kontaktů a postrádání společenského života. Dlouhodobé neuspokojení této potřeby se posléze výrazně projevilo v nežádoucích projevech ženy ve smyslu nadměrné konzumace alkoholu a psychotropních látek. Potřeba duševní pohody byla stále aktuální, avšak její uspokojení či neuspokojení se odlišovalo v různých časových úsecích. Obecně lze ale říci, že tato potřeba se začala uspokojovat společně s nástupem farmakologické léčby.

Cíl 4- Vnímání úlohy porodní asistentky ženou v popisovaných obdobích

Žena výrazně pocívala úlohu porodní asistentky pouze v období časného šestinedělí, kdy byla žena hospitalizována. O svém vnímání porodní asistentky v období těhotenství se žena zmiňuje až na přímo položený dotaz. Na otázku jak vnímala úlohu porodní asistentky v gynekologické ambulanci, kam docházela na prenatalní kontroly, uvádí, že dodnes neví, zda sestra v gynekologické ambulanci byla všeobecná sestra nebo porodní asistentka. Z tohoto zřejmé, že od porodní asistentky pracující v ambulantní sféře nemá žena téměř žádné očekávání. Je uspokojena pouze prováděním rutinních vyšetření a solidním přístupem. Obávám se, že tento přístup ženy k porodním asistentkám není v dnešní společnosti ojedinělý a k nalezení takového řešení, díky kterému by porodní asistentky a ženy k sobě opět našly cestu tak, jako tomu bývalo v dřívějších dobách, čeká naši společnost ještě spoustu úsilí. V období porodu žena sice byla v kontaktu s porodní asistentkou den před plánovaným ukončením porodu císařským řezem, ale o tomto období se žena nijak nezmiňuje. Nelze také hodnotit vnímání porodní asistentky ženou v období pozdního šestinedělí a dále do jednoho roku od porodu, protože po propuštění ženy z porodnice, byla žena s porodní asistentkou v kontaktu pouze na jedné rutinní prohlídce v šestinedělí u svého gynekologa a poté se již s žádnou porodní asistentkou nesešla.

Kdy ovšem žena úlohu porodní asistentky výrazně pocívala, bylo období hospitalizace na oddělení šestinedělí. Toto období bohužel žena hodnotí veskrze negativně právě z důvodu nevhodného přístupu porodních asistentek, neonatologických sester a lékařů. Žena od personálu postrádala především základní pravidla solidního přístupu zdravotníka k pacientovi, což žena naprostým právem považuje za základní předpoklad u zdravotnického personálu. Kromě tohoto nedostatku, který žena hodnotí jako nejzávažnější, udává ještě nedostatečnou ochotu pomoci, což vyústilo až k pocitu ženy, že je se svými problémy personálu na obtíž a neschopnost individuálního přístupu personal ke každé ženě. Individuální přístup respondentka postrádala v případě, když jí byly umístěny děti na pokoj k celodennímu ošetřování, aniž by se někdo zeptal, zda si nepřeje ještě děti chvílemi odvážet, aby si

odpočinula. Ženě vadilo, že se u všech matek automaticky předpokládá, že si přejí mít u sebe děti co nejdříve po porodu a pokud možno již navždy.

Cíl 5- Nalezení a navržení efektivního doporučení pro praxi

Pro systematickost navrhovaných doporučení pro praxi zachovávám v této kapitole stejné řazení jednotlivých zkoumaných období. V každém období se zaměřuji na problémové oblasti v souvislosti s péčí porodní asistentky a hledám možná řešení těchto situací.

Období těhotenství vnímám v naší společnosti jako oblast s největším praktickým uplatněním péče porodní asistentky. Záměrně jsem zmínila, že tento můj postoj se váže ke společnosti této doby v České republice. Uvědomuji si, že péče porodních asistentek je důležitá a potřebná i v období samotného porodu a poporodním obdobím, avšak praktické provedení péče porodní asistentky v těchto zmiňovaných obdobích je v naší dnešní společnosti poněkud složité. V období těhotenství je žena s porodní asistentkou v pravidelném kontaktu ve formě návštěv prenatální poradny a právě tuto skutečnost vnímám jako ideální prostor pro navazování a rozvíjení užšího vztahu mezi ženou a porodní asistentkou, který dnes bohužel není zcela běžný. Ženy považují za běžné, že porodní asistentka vykoná potřebné odborné úkony, poskytne odpovědi na jimi položené otázky, objedná ženu na následující vyšetření a tím je péče porodní asistentky vyčerpána. Není výjimkou, že žena v prenatální poradně s porodní asistentkou stráví jen pár minut. Myslím, že s tímto přístupem žen i porodních asistentek není překvapením, že v naší společnosti nemá profese porodní asistentky vybudovanou potřebnou tradici a prestiž.

Porodní asistentka by se tedy v prenatální poradně, kde je s ženou v pravidelném kontaktu, měla zaměřit na dvě základní funkce. První funkce spočívá v poskytování odborných informací ženě o těhotenství, porodu a poporodním období a druhá, neméně důležitá funkce je působení jako psychická opora ženy v možných nelehkých chvílích, které se mohou vyskytnout ve spojitosti s těhotenstvím a následným mateřstvím. K praktickému provedení těchto činností není zapotřebí radikální změna v oblasti porodní asistence, která by vyžadovala úpravy na úrovni právní a administrativní. Porodní asistentka, která by měla opravdový zájem tyto činnosti provádět, nepotřebuje disponovat vlastní ordinací, drahými zdravotnickými přístroji a řešit složité administrativní záležitosti, které jsou nutné pro provozování soukromé zdravotnické praxe. Důkladnou prenatální péči se zaměřením na psychiku ženy může porodní asistentka realizovat v ordinaci gynekologa, u něhož je zaměstnána. Je jen na dohodě s lékařem, zda pro každou ženu bude při preventivních

kontrolách v těhotenství vyčleněno více času nebo zda si porodní asistentka bude tyto činnosti organizovat sama mimo běžnou ordinační dobu.

Pokud bychom tyto návrhy vztahovaly k mnou zkoumanému případu, pro ženu by byla užitečná zejména edukační činnost porodní asistentky o možných psychických poruchách v šestinedělí. Je těžké zpětně hodnotit, jak by dostatek těchto informací ovlivnil psychický stav ženy, ale předpokládám, že minimálně by u ženy nenastal pocit, že je jediná matka, která těmito problémy trpí a je také možné, že by žena na podkladě těchto informací vyhledala odbornou pomoc dříve.

V období samotného porodu má porodní asistentka významnou roli zejména v případě porodu spontánního. Je důležité, aby porodní asistentky příliš neomezovala vlastní aktivitu a iniciativu ženy, naslouchala jejím potřebám a snažila se ženě maximálně vyjít vstříc s jejími plány a představami, to vše samozřejmě za respektování doporučených postupů důležitých k zachování plného zdraví matky i dítěte. Ve zkoumaném případě byl porod naplánován a veden císařským řezem z nepříznivé polohy jednoho z plodů. I v těchto případech je péče porodní asistentky důležitá. Žena k zákroku přichází k hospitalizaci většinou jeden den před plánovaným zákrokem, kdy je nutné doplnit nezbytná předoperační vyšetření a ženu k operaci řádně připravit. Po celou dobu je žena s porodní asistentkou v kontaktu, proto by ani v tomto případě neměla být péče o ženu omezena jen na vykonávání odborných předoperačních výkonů. Porodní asistentka by stále měla vnímat ženu holistickým způsobem. Kromě bezprostřední péče o ženu, by si také porodní asistentka při přijímání ženy na porodní sál měla povšimnout závažných rizikových faktorů pro vznik psychických poruch v šestinedělí a na tyto skutečnosti upozornit zdravotnický personál na oddělení šestinedělí, kde žena bude trávit časné poporodní období.

V období časného šestinedělí, pozdního šestinedělí i následujícího poporodního období je v případě výskytu poporodních psychických obtíží péče porodní asistentky zcela zásadní a velice potřebná. Včasná a vhodná intervence porodní asistentky mohou zcela zásadně ovlivnit další průběh tohoto onemocnění. V nedostatečném kontaktu ženy s porodní asistentkou v poporodním spatřuji tedy hlavní problém. Porod je sice vyvrcholením těhotenství, ale péče porodní asistentky zde nekončí. Protože teprve až po porodu se rapidně mění životní styl ženy a celé rodiny, což logicky může vést k psychické nepohodě v souvislosti s rozsáhlými změnami ve spoustě oblastí. V České republice nejsou běžné návštěvy žen porodními asistentkami v domácím prostředí a tak je péče v časném i pozdním šestinedělí omezena jen na základní dohled nad ženou po dobu hospitalizace a po propuštění

z nemocnice jednou návštěvou ženy u obvodního gynekologa, kde se prakticky uskuteční poslední kontakt ženy s porodní asistentkou. Zavedením pravidelných poporodních návštěv porodní asistentkou v šestinedělí by se předešlo dlouhodobému odkládání vyhledání psychologické pomoci a i případě somatických potíží by žena měla možnost konzultovat svůj stav s odborníkem.

Pokud se tedy první příznaky počínající deprese či psychózy objeví již v časném šestinedělí, kdy je žena hospitalizována na oddělení šestinedělí, je v první řadě úlohou porodní asistentky poruchy rozpoznat a včas zkontaktovat psychology či psychiatry z konkrétního nemocničního zařízení. Tím ale role porodní asistentky nekončí. Je nutné být i nadále s ženou v kontaktu a ženu psychicky podpořit a snažit se zmírnit pocity viny z nezvládnutí mateřské role, které jsou přítomny téměř ve všech případech. Pokud se ale nemoc projeví až po propuštění z porodnice, nemá již porodní asistentka prakticky možnost ženu nějakým způsobem ovlivnit, pokud žena nenavštíví porodní asistentku přímo za tímto účelem, což rozhodně není běžné, protože pokud si žena tento problém uvědomí a rozhodne se ho dále řešit, vyhledá s největší pravděpodobností psychiatra nebo psychologa.

Všeobecné doporučení pro všechny porodní asistentky bez ohledu na pracovní sféru, kde působí, je tedy následující: Porodní asistentka by měla o těchto psychických potížích takové povědomí, aby byla schopná rozpoznat příznaky, které tyto poruchy provázejí a v případě konfrontace s rodinnými příslušníky ženy být schopna adekvátně odpovědět na možné kladené otázky. V případě rozvoje onemocnění by měla zajistit ženě maximální psychickou podporu a poskytnout ženě členům rodiny příslušný kontakt na odborníky na tuto problematiku v okolí.

13 ZÁVĚR

V teoretické části mé bakalářské práce jsem se zaměřila na obecnou psychologickou problematiku žen v poporodním období. Rozebrala jsem období časného i pozdního šestinedělí a u každé oblasti jsem se zabývala psychickými problémy, se kterými se ženy v poporodním období potýkají nejčastěji. V práci se také zmiňuji o poporodním blues, které je sice také charakteristické přítomností nepříznivého psychického stavu matek, avšak tento stav je vnímán jako fyziologická reakce a proto se tímto obdobím se tedy nijak důkladněji nezabývám. Před samotným popisem poporodních psychických onemocnění také pojednávám o depresivním a psychotickým onemocněním obecně, z důvodu přítomnosti některých základních rysů těchto chorob, které jsou identické i s rysy chorob v poporodním období. Specifickými psychiatrickými poporodními chorobami, kterými se detailně v teoretické části zabývám, jsou poporodní psychóza a poporodní deprese. U každého z těchto onemocnění popisují patofyziologii vzniku, jejich výskyt, projevy, diagnostiku, léčbu a prognózu u takto nemocných žen. Při zpracování poporodní psychózy jsem do práce zařadila také kapitolu o forenzním posouzení vraždy novorozence šestinedělkou, vzhledem k tomu, že některé závažné případy bohužel mohou tímto činem skončit. Zabývám se také možnou rolí porodní asistentky, kterou by mohla v případě kontaktu při kontaktu s těmito ženami sehrát.

Praktickou část mého výzkumu jsem zpracovala formou kvalitativního výzkumu. Poměrně náročným úkolem bylo najít ženu, která jedním z těchto onemocnění prošla, a zároveň byla ochotná poskytnout mi takové informace, které bych pro mé šetření potřebovala. Zde jsem si plně uvědomila, skutečnost, že psychiatrická diagnóza je v naší společnosti jakýmsi tabu, o kterém se nemluví. Respondentka, která se spolupráci souhlasila, prodělala poporodní depresi po porodu dvojčat před třemi lety. Informace jsem získávala formou rozhovoru, tato forma byla pro tento typ výzkumného šetření ve spojitosti s tímto tématem ideální volbou. Myslím, že za dobu mého výzkumného šetření, kdy jsem byla v kontaktu se ženou, jsme si mezi sebou vzájemně vytvořily přátelský a velmi důvěrný vztah, vzhledem ke značně citlivým tématům, na které jsme v průběhu rozhovorů narazily. Získaná data analyzuji v diskuzích, ve kterých se snažím aplikovat tyto informace na praktické využití v praxi porodní asistentky.

Svůj hlavní stanovený cíl i cíle dílčí jsem splnila a na všechny otázky, které mě ohledně tohoto tématu zajímaly, jsem našla odpověď. Z mého výzkumu je zřejmé, že ani bezproblémové těhotenství a porod není zárukou bezproblémového průběhu šestinedělí po psychické stránce ženy, ale zároveň jsem zjistila, že pocity popisované v literatuře při tomto

onemocnění velmi dobře vystihují pocity ženy i v reálném případě. Důležitým poznatkem, který pro mne ovšem není překvapivý, je zásadní vliv osob, které jsou pro ženu důležité, nebo s kterými je s nimi v kontaktu. Člověk je tvor společenský a není tedy divu, že lidé, které máme rádi a kteří mají rádi nás, nás velmi ovlivňují a zcela utvářejí náš život.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1) RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

2) PEČENÁ, M. Psychologie těhotenství. In: P. Čepický (Eds.), *Sborník prací celostátního kongresu ČGPS ČLS JEP „Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví“*. Praha: EUROAGENTUR, LEVRET, 1999. s. 147–154., ISSN: 1211-1058

3) SEIFERTO VÁ, D., MOHR, P. Psychiatrické komplikace v šestinedělí. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2009/18 (1), s. 14 – 21. ISSN: 1214 – 5272

4) CHROMÝ, K., HONZÁK, R. a kol. *Somatizace a funkční poruchy*, 1.vyd. Praha Grada 2005. 216 s. ISBN: 80-247-1473-6

5) RATISLAVOVÁ K., 2008. Psychologie pozdního šestinedělí. *Moderní babictví* [online]. Vyd. Praha. 2008 (č. 16) s. 1 - 4 [cit. 2011-02-27]. ISSN 1214 – 5272. Dostupné z: <http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=6>

6) RATISLAVOVÁ Kateřina., 2008. Psychologie časného poporodního období. *Moderní babictví* [online]. Vyd. Praha. 2008(č. 15). s. 1 - 4 [cit. 2011-02-27]. ISSN 1214 – 5272. Dostupné z: <http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=15>

7) PRAŠKO, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 2.vyd. Praha Portál 2008. 184 s. ISBN: 978-80-7367-501-1.

8) *Wikipedie: Otevřená encyklopedie: Synapse* [online]. c2013 [citováno 26. 03. 2013]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Synapse&oldid=9845072>>

9) PRAŠKO, J., BULIKOVÁ, B., SIGMUNDOVÁ, Z. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. 1. vyd. Praha Galén 2009, 93 s. ISBN 978-80-7262-656-4.

10) JEDLIČKOVÁ, M., Obecný náhled na problematiku deprese po porodu z hlediska gynekologicko-porodnického. [online]. *Praktická gynekologie* 08/2008, s. 86 – 90 [cit. 2011-03-02]. ISSN: 1211-6645. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?id=pg_08_02_06.pdf

11) VOKURKA, M., HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. 9. Aktualizované vydání Praha: Maxdorf, 2009. 1159 s. ISBN 978-80-7345-202-5.

12) NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 147 s. ISBN 80-7169-938-1.

13) Seifertová, D., MOHR, P., STRUNZOVÁ, V., ČEPICKÝ, P. Léčba psychofarmaky v těhotenství a laktaci. *Psychiatrie pro praxi* 2007; 3: str. 118–124, ISSN: 1803 – 5272.

14) COX, J., HOLDEN, J., SAGOVSKY R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of psychiatry*, 1987; s. 782-786. ISSN: 1472-1465.

Dostupné z: <http://www.psychiatrictimes.com/editorial/pdf/EdinbPostDepScale.pdf>

15) FAIT T., Šestinedělí. *Moderní babičtví* [online]. Vyd. Praha. 2006 (č. 9), s. 1 - 8 [cit. 2011-03-30]. ISSN 1214 – 5272. Dostupné z: <http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/?pdf=67>

16) STRUNZOVÁ, V. Terapie deprese, úzkostných poruch a nespavosti v graviditě a laktaci. *Psychiatrie pro praxi*. 2005/1. s. 26 – 30. ISSN: 1803 – 5272.

17) KRATOCHVÍL, S., *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. 384 s. ISBN 80-7367-122-0

18) PRAŠKO, J. Psychoterapie poporodních depresí. *Psychiatrie*, 2002, roč. 6, č. 2, s. 41-46. ISSN 1212-6845.

19) *Wikipedie: Otevřená encyklopedie: Deprese (psychologie)* [online]. c2013 [citováno 26. 03. 2013]. Dostupný z WWW: <[http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Deprese_\(psychologie\)&oldid=9841555](http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Deprese_(psychologie)&oldid=9841555)>

20) ANDERS, M., SKOPOVÁ, J. *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch*. 1. vyd. Praha Galén 2006. 41 s. ISBN 80-7262-396-6.

22) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. 2. vyd. aktualizované k 1. 1. 2012. Svazek 1. Geneva: World Health organization, 2008. Volume 1, 2nd ed., 2008. ISBN: 978 – 80 – 904259 – 0 – 3.

Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

23) RABOCH, J., LAŇKOVÁ, *Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře, Deprese*. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP 2008. 16 s. ISBN: 978-80-86998-22-0. Dostupné z: http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_471/Version1/deprese.pdf

24) RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha:Galén, 2001.513 s.ISBN 80-7262-140-8.

25) ROBERTSON, E., LYONS, A. Living with puerperal psychosis: A qualitative analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12/ 2003 The *British Psychological Society*. Vol. 76, Issue 4, s. 411–431. ISSN: 2044-8287.

26) SIT, D., ROTHSCHILD, A. J., WISNER, K. L. A. Review of Postpartum Psychosis. *Journal of Women's Health*, 2006;4; vol. 15, s. 352 – 368. ISSN: 1540-9996.

Dostupné z: http://www.liebertpub.com/media/pdf/JWH_15_4_p352-368.pdf

27) Hirschfeld, R., Janet, M., Williams, B. Development and Validation of a Screening Instrument for Bipolar Spectrum Disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*. 11/ 2000, 157:1. ISSN: 1873-1875.

Dostupné z: <http://www.dbsalliance.org/pdfs/MDQ.pdf>

28) *Wikipedie: Otevřená encyklopedie: Antipsychotikum* [online]. c2013 [citováno 26. 03. 2013]. Dostupný z WWW:

<<http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Antipsychotikum&oldid=9887684>>

29) GULAMANI S., PREMJI S., KANJI Z. A review of postpartum depression, preterm birth, and culture, *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 2013 Jan;27(1), s. 52-59. ISSN: 1550-5073. Dostupné z: <http://journals.lww.com/journal/pages/articleviewer.2013&issue=0100&article>

30) SLÍVA, J., VOTAVA, M. *Farmakologie – lékařské repetitorium*. 1. vyd., Triton 2011, 400 s. ISBN: 978-80-7387-500-8.

31) VIGUERA, A., NEWPORT D., RITCHIE, J. Lithium in breast milk and nursing infants: clinical implications. *American Journal of Psychiatry*, 2007 Feb; 164(2), s. 342-345. ISSN: 1535-7228. Dostupné z: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=97920>

32) MOHR, P., HNÍDEK, D., HANKA, J. *Psychofarmaka v těhotenství a laktaci*, *Postgraduální medicína* 01/2012, str. 17–23. ISSN 1214-7664. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/psychofarmaka-v-tehotenstvi-a-laktaci-462915>

33) SPINELLI, G., M. Postpartum Psychosis: Detection of Risk and Management, *The American Journal of Psychiatry* 2009; 4; Vol. 166, ISSN: 1535-7228. Dostupné z: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=100698>

34) PAVLOVSKÝ, P. a kol. Soudní psychologie a psychiatrie, 4. vyd. Praha Grada 2012, 232 s. ISBN: 978-80-247-4332-5

35) Psychosy.cz [online]. c2010 [cit. 2011-03-16]. O psychózách. Dostupné z: http://www.psychosy.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=50&Itemid=2.

36) MOŽNÝ, P., Když se řekne psychóza [online]. Praha: Galén, 1999 [cit. 2011-03-16]. s. 32. ISBN: 80-7262-202-1. Dostupné z <http://sanity.cz/wp-content/uploads/psychoza.pdf>

37) DOUBEK, Pavel, et al. *Psychóza v životě – život v psychóze: příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2008. 63 s. ISBN 978-80-7345-156-1.

38) MUSIL, J. V. *Klinická psychologie a psychiatrie: přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. 1. vyd. ,Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 205 str. ISBN 80-244-1153-9.

39) ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 453 s. ISBN 80-7169-355.

40) KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN: 978-80-247-2713-4

