

Psychická problematika ženy v těhotenství a po porodu

Bakalářská práce

URŠULA ODSTRČILOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Porodní asistence

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

Abstrakt:

ODSTRČILOVÁ, Uršula: Psychická problematika ženy v těhotenství a po porodu. (Bakalářská práce Uršula Odstrčilová – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v porodní asistenci. Školitel Mgr. Milena Schwarzkopfová. Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008).

Hlavním tématem bakalářské práce je: Psychická problematika ženy v těhotenství a po porodu. Teoretická část práce je rozdělena na tři velké oblasti. Práce charakterizuje jak změnu psychiky ženy v období těhotenství, psychologii porodu, tak i psychologii v období šestinedělí spolu s psychickými poporodními poruchami. Důležitou nosnou částí práce je především výzkumné šetření.

Ve výzkumném šetření jsem se zajímala, kolik dotázaných šestinedělek trpělo během těhotenství a následně i v období šestinedělí psychickými změnami. Zajímalo mě, zda jsou psychické změny v těhotenství a po porodu vázány jednak na věk rodičky, počet předešlých porodů tak i na podpoře rodiny a zda je větší riziko u žen, které již psychickou poruchu v minulosti prodělaly. Na výzkumné šetření odpovídalo celkem sto šedesát žen v období šestinedělí a výsledky jsou vcelku překvapivé.

Klíčová slova: Psychické změny, těhotenství, porod, šestinedělí.

Abstract:

ODSTRČILOVÁ, Uršula: Psychology of a woman during pregnancy and after labour. (Bachelor thesis Uršula Odstrčilová – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. in Prague. Degree of professional qualification: Bachelor in midwifery. Supervisor Mgr. Milena Schwarzkopfová. Vysoká škola zdravotnická Prague, 2008).

The main focus of this thesis is the area of: Psychology of a woman during pregnancy and after labour. The theoretical part of the thesis is divided into three broad areas. The study characterises both the changes of a woman's psyche during her pregnancy, the psychology of labour and psychology of the time after labour in confinement together with post partum alienation. The main contribution is the survey amongst puerperas.

The interest of the survey was how many of the questioned women in childbed suffered from alienation during pregnancy and after labour. The concern was whether the alienation in pregnancy and after labour is connected to the age of a woman in childbed, the number of her previous labours and the support from her family. Moreover, we focused whether the risk is higher amongst women who have already gone through alienation. The survey includes 160 women in childbed and the results are quite surprising.

Keywords: Alienation, pregnancy, labour, childbed

Předmluva:

Ještě donedávna byla poporodní deprese považována za jedno velké tabu či jen za výmysl rodiček. Dnes se o tomto tématu mluví s naprostou vážností a v žádném případě se nebere na lehkou váhu. Ignorování příznaků totiž může skončit v horším případě i smrtí a to buď sebevraždou matky, nebo ublížením dítěti.

Téma práce vzniklo ve snaze zjistit kolik těhotných žen a šestinedělek trpí během období těhotenství, ale následně i v době po porodu psychickými změnami. Zahrnula jsem zde i neméně důležité téma jako je psychologie porodu, ve kterém jsem se zajímala, jaké psychologické metody mohou porod ovlivnit. Považuji za důležité o tomto tématu otevřeně mluvit a informovat ženy, že v těhotenství a po porodu nemusí pociťovat jen emoce radostné.

Výběrem téma práce jsem byla ovlivněna studiem porodní asistence a svou praxí v prenatální poradně, na porodním sále a na oddělení šestinedělí v Praze. Materiál na sepsání práce jsem čerpala jak z knižních a časopiseckých publikací tak i z elektronické podoby.

Práce je určena především studentům porodní asistence, ale stejně tak v ní mohou najít podnětné rady sestry a porodní asistentky z praxe, které pracují v prenatální poradně, na porodním sále nebo na oddělení šestinedělí.

Touto cestou bych velice ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Mileně Schwarzkopfové za praktické rady, konzultantskou činnost, podporu a především trpělivost, kterou mi poskytla při vypracování mé bakalářské práce.

OBSAH

Úvod	7
1 Psychické změny v těhotenství	9
1.1 Mateřské hormony a změny, které způsobují	10
1.1.1 Oxytocin	10
1.1.2 Endorfiny	11
1.1.3 Prolaktin	11
1.2 Vztah mezi matkou a dítětem	12
1.2.1 Co vztah narušuje	13
1.2.2 Důsledky vztahu matka-dítě	14
2 Psychologie porodu	15
2.1 Reakce na bolest	16
2.2 Psychologické metody ovlivnění porodu	16
2.2.1 Předporodní příprava	16
2.2.2 Porodní plán	17
2.2.3 Přítomnost blízké osoby u porodu	17
2.2.4 Změna polohy rodičky	18
2.2.4.1 Poloha v polosedě	19
2.2.4.2 Dřep či porodní stolička	19
2.2.4.3 Polohy v předklonu	19
2.2.5 Porod dle Frederica Leboyera	20
2.2.6 Porod podle Michela Odenta	21
2.2.7 Porod do vody	22
2.2.8 Vliv personálu na rodičku	22
3 Psychologie šestinedělí	23
3.1 Psychologie kojení	23
3.1.1 Bílkoviny	24

3.1.2 Tuky	25
3.1.3 Cukry	25
3.1.4 Vitamíny	25
3.1.5 Minerální látky	26
3.2 Psychické poporodní poruchy	26
3.3 Příznaky poporodní poruchy	27
3.4 Etiologie	27
3.5 Diagnostika	28
3.6 Terapie	29
3.7 Poporodní blues	29
3.8 Poporodní deprese	30
3.9 Poporodní psychóza	30
4 Výzkumná část	32
4.1 Cíl výzkumného šetření	32
4.2 Hypotézy	32
4.3 Charakteristika výzkumného vzorku	33
4.4 Metodika a průběh empirického šetření	33
4.5 Zpracování empirického šetření	33
4.6 Výsledky výzkumného šetření	34
4.7 Diskuze nad hypotézami	40
Závěr	46
Seznam použité literatury	47
Seznam příloh	49

Úvod

Málokoho by napadlo, že žena v těhotenství a po porodu může pociťovat i jiné emoce, než ty pozitivní a radostné. Avšak opak je pravdou a mnoho žen po porodu prožívá psychologicky velice zvláštní období, jehož charakteristickým rysem je deprese. Nejde však jen o období po porodu, ale žena již v těhotenství prožívá velice důležité vývojové změny.

Bakalářskou práci jsem si rozdělila na dvě části. V první části se věnuji především teorii, kde shrnuji poznatky načerpané studiem literatury a část druhá je zaměřena na výzkumné šetření, jejímž základem je výzkum proveden na vzorku 160 ti žen po porodu.

Teoretická část má tři hlavní kapitoly. V nich jsem se zaměřila na psychické změny v těhotenství, psychologii porodu a šestinedělí.

Do období psychických změn v těhotenství jsme zahrnula mateřské hormony a změny, které v těle budoucí matky způsobují a důležité téma vývoje vztahu těhotné ženy-matky k plodu-dítěti. Popsala jsem se zde, co vztah mezi matkou a dítětem může narušit a jaké následky to pro budoucího jedince může mít.

V části, kterou jsem nazvala psychologie porodu, jsem se snažila zaměřit především na to, jak žena reaguje na bolest a metody, které mohou porod určitým způsobem ovlivnit. Zařadila jsem zde, stále častěji vídaný porodní plán a nesmíme zapomínat ani na blízkou osobu, která ženu k porodu doprovází. Důležitý je pak i personál, který má na rodičku veliký vliv a na diskutované alternativní metody využívané u porodu. Rozdělila jsem porod na porod do vody, porod dle Odenta a Frederika Leboyera.

Poslední teoretickou část jsem věnovala psychologii šestinedělí, kde jsem se snažila přiblížit důležitost a vhodnost kojení. Nejdříve jsem zde trochu obecně popsala psychické poporodní poruchy, kdy se deprese vyvíjí, jak se projevuje, diagnostiku a léčbu. Konec této kapitoly jsem věnovala poporodnímu blues, depresi a poporodní psychóze.

Jak jsem již výše zmínila, má práce zahrnuje i část výzkumnou. V části věnované výzkumnému šetření jsem chtěla porovnat jaký je rozdíl a zda vlastně vůbec lze nalézt rozdíl v psychice žen, které rodí poprvé a žen, které již rodily. Zajímala jsem se především o to, jak se žena cítí, co během těhotenství a v období šestinedělí prožívá. Položila jsem si několik otázek, na které jsem se snažila nalézt odpovědi. Z toho také vyplynul cíl mého výzkumného šetření. Zajímala jsem se o to, zda je možné, že ženy, které rodí poprvé, cítí v období těhotenství větší výkyvy nálad než ženy, které již rodily. Chtěla jsem zjistit, zda u žen, které již v minulém šestinedělí prodělaly psychickou poruchu, se problém v novém šestinedělí objeví znova. Domnívám se, že pokud ženy od rodiny necítí psychickou podporu, jsou pak z tohoto důvodu více plačtivé. Na závěr jsme se snažila zjistit, zda úzkost projevoována v období šestinedělí může být spojena s věkem rodičky.

1. Psychické změny v těhotenství

Těhotenství je provázeno nejen somatickými, endokrinními a sociálními změnami, ale důležité jsou i změny ze strany psychiky. Většina žen prožívá neskonale štěstí, ale těhotenství představuje pro ženu i zvýšený stres a napětí. Zejména v počátku je těhotenství provázeno strachem, úzkostmi a nejistotou o průběhu těhotenství. Tyto změny se dostaví u všech těhotných žen včetně těch, u kterých byla gravidita chtěná, případně vytoužená. Intenzita změn však závisí na samotné těhotné ženě, jak je ona sama připravena na potomka, ale také i na vlivech jejího okolí.

Pro ženu je velice důležité jak se k jejímu těhotenství postaví především partner a nejbližší rodina. Partner-otec dítěte by měl být pro ženu v těhotenství především oporou, měl by ji pomáhat, naslouchat jejím starostem a věnovat ji dostatek času, aby se žena necítila osaměle. Vztah k partnerce-manželce se mění a on na svou partnerku začíná pohlížet jako na matku svých budoucích dětí. I on sám se však musí vyrovnat se svou novou rolí. Musí se připravit na roli budoucího otce a přijmout zodpovědnost za dalšího člena rodiny. Neméně významnými psychickými změnami pak prochází již přítomné děti, které jsou nuceny vyrovnat se s rolí staršího sourozence.

Různě intenzivní vývojovou změnou pak procházejí i budoucí prarodiče, nastávající tety a strýcové. Těhotenství přesouvá celý rodinný systém do fáze, kdy se musí znovu uspořádat rodinné role a vztahy, aby se vytvořilo místo pro očekávané dítě.

Z psychologického hlediska lze těhotenství rozdělit do tří období, podle vývoje vztahu těhotné ženy k plodu.

V první třetině těhotenství je těhotná zaměřena spíše sama na sebe, sleduje své vlastní tělo a snaží se zjistit, zda je opravdu těhotná. Při sdělení diagnózy, že je těhotná, žena často prožívá rozpolcené pocity, jako je strach, ale i radost. Hlavním úkolem tohoto období je přijetí těhotenství. V citové oblasti je typická rozladěnost, nejistota a náládovost.

Do druhé psychologické třetiny těhotenství žena vstupuje tehdy, když pocítí první pohyby plodu a období končí v době, kdy je plod schopen samostatného života mimo tělo matky. V tomto období si žena plně uvědomuje existenci plodu, cítí se dobře

a snaží se všemi způsoby podporovat zdárný průběh těhotenství.

Úkolem druhé fáze je přijetí plodu jako nezávislého samostatného jedince. V této době začíná matka s plodem komunikovat. Blížící se porod je prožíván rozpolceně, žena se na jedné straně těší, že již brzo porodí a bude mít dítě v náručí, ale na straně druhé se zároveň porodu obává. Hranice mezi druhou a třetí psychologickou třetinou je mezi obdobími, kdy se žena obává předčasného porodu a obdobími, kdy by už chtěla porodit co nejdříve. Třetí období zahrnuje asi posledních šest týdnů těhotenství.

Ukončení psychické přípravy je definováno jako přijetí reality přicházejícího dítěte. Chování ženy v závěrečném období je charakterizováno především "stavěním hnízda". City a pocity během tohoto časového úseku jsou silně protichůdné. Na jedné straně se zde objevuje strach z porodu, na straně druhé, se těhotenství stává stále více nepohodlným a soustředění ženy směřuje čím dál více k samotnému termínu porodu. Úkolem třetí fáze je především příprava na porod a existenci nového jedince mimo organismus matky.

1.1 Mateřské hormony a změny, které způsobují

Během těhotenství dochází v ženském těle k mnoha změnám. Ať už jde o změny fyzické nebo psychické, všechny tyto změny mají na svědomí především hormony, jejichž produkce během těhotenství narůstá. Důvodem vyšší produkce je těhotenství. Úkolem hormonů je připravit organismus na těhotenství.

Chybným řízením v centrále, kterou nazýváme primární mozek, může vzniknout hormonální nerovnováha, jež bývá vysokou měrou zodpovědná za spuštění depresivních stavů.

1.1.1 Oxytocin:

Oxytocin je považován za hormonální podklad k vytvoření citové vazby mezi matkou a dítětem. Syntetický hormon, který lze aplikovat jak do žíly, infuzí či injekcí, na bukalní nebo intranazální sliznici a perorálně s cílem vyvolat kontrakce děložní, však ke stejné reakci nevede.

Při podávání umělých hormonů se dostávají do krevního oběhu uměle stanovené dávky. Citlivá rovnováha je tak snadno narušena. To, jaká může tato rovnováha být, lze pozorovat na matkách po fyziologickém porodu dítěte. Tehdy je hladina tohoto

hormonu nejvyšší. Jakmile kojící matka zachytí signál svého hladového kojence, zvýší se hladina oxytocinu v krvi a spustí se laktační reflex. Oxytocin se dostává do mateřského mléka a kojenec ho přijímá potravou. Vazba mezi matkou a dítětem vykazuje všechny znaky vzrušení. Oxytocin je také jako posel euforizujících látek skvělým prostředkem proti poporodní depresi.

1.1.2 Endorfiny:

Endorfiny jsou především hormony štěstí a rozkoše, ale zároveň i přirozené prostředky k tišení bolesti. Endorfiny mají extrémně nízkou životnost a pocit štěstí navozují jen na okamžik. Během porodu endorfiny vylučuje matka i dítě, takže hodinu po porodu jsou oba hormony přímo zaplaveny. Interakce mezi matkou a dítětem je sladěna. Tehdy probíhá vysoce citlivá a jedinečná fáze vytváření vazby, která si zaslouží náš respekt.

1.1.3 Prolaktin:

Prolaktin má významnou roli v těhotenství a je to klíčový hormon pro tvorbu mléka. Koncentrace prolaktinu se v těhotenství matky zvyšuje. V průběhu první doby porodní koncentrace klesá a začíná se zvyšovat těsně před porodem. Vysokých hodnot dosahuje prolaktin brzy po porodu. Periodicky se hladina zvyšuje při kojení, neboť sání stimuluje sekreci a tím je zajištěno pokračování laktace.

Prolaktin podporuje i instinkt „hnízdění“ a uvádí do stavu pohotovosti, který je charakteristický zvýšenou bdělostí. Jestliže se však hormonální rovnováha vychýlí a spustí se poporodní deprese, může se ochranný reflex změnit až v mánii.

1.2 Vztah mezi matkou a dítětem

Vztah mezi matkou a jejím dítětem nevzniká až po porodu, ale vyvíjí se po celou dobu těhotenství. V těhotenství se mění celková osobnost ženy, její ženskost, sexualita a existence. Žena se stává více citlivější, je zaměřena spíše sama na sebe a na svého potomka. Partnerovi se tam může lehce zdát, že se ocitl na vedlejší koleji. Žena se snaží vybudovat si vlastní podobu sebe samé jako matky.

Mezi matkou a dítětem se vytváří těsný a dlouhodobý emoční vztah. Může se vyskytnout případně i u osob, které roli matky trvale přejímají. Je charakterizován vzájemným silným emočním působením, snahou být si vzájemně co nejvíce na blízku a v těsném kontaktu. Není to statický stav, ale probíhá v neustálé interakci, která se uskutečňuje opakovaně mnohokrát za den, neustále se mění, posiluje se a při nevhodném postupu oslabuje a vytváří pro dítě pocit bezpečí a životní jistoty.

Těsná vazba matky s dítětem vzniká po narození a má řadu forem. Je podněcována matkou a laskáním, těsným kontaktem, úsměvy, hlasovými signály, hrou a celkovým kladným a radostným vztahem. Předpokladem je citlivost k potřebám dítěte.

Málo citlivá matka-mnohdy příliš mladá nebo žijící ve stresu či pod vlivem deprese, postrádající podporu ve svém okolí či jinak zatěžovaná-jen obtížně vyvolá pocit jistoty u dítěte. Vytváří se tedy pocity nejistoty a start do života je tím ztížen.

Ve chvíli, kdy se dítě již samo pohybuje a začíná aktivně pátrat po světě, se rozvíjí další fáze vztahu dítěte s matkou. Dítě se postupně od matky vzdaluje, hraje si chvíli samo, ale opakovaně se ohlíží a pátrá, zda je matka v blízkosti či alespoň na dohled. Pokud ji nevidí, zneklidní a začne ji hledat. Vzdálenost od matky se postupně zvětšuje a prodlužuje se čas, kdy zůstává samo.

Při návratu se opakovaně projevuje dynamika chování mezi matkou a dítětem, která mívá většinou šest fází:

- pocit jistoty za přítomnosti matky
- dítě matku opouští, aby si hrálo či se orientovalo v okolí
- vzniká a narůstá pocit nejistoty z nepřítomnosti matky
- dítě hledá matku a tím také jistotu a bezpečí
- opětovné shledání s matkou, spojené s uspokojením
- projevy a formy vztahu matka-dítě

V řadě studií se ukázalo, že dítě, u kterého se vyvine pevná vazba k matce, se vyvíjí lépe ve sféře emoční a sociální, ale také i v oblasti kognitivní. Rozvoj pozitivního vztahu dítěte k pečujícím osobám mívá mnohdy rozhodující význam pro další vývoj v době předškolního i školního období.

1.2.1 Co vztah narušuje

Celá řada situací i životních okolností narušuje a oslabuje emoční vztah mezi matkou a dítětem. Odlišujeme především dvě podstatné situace:

Privace, neboli nedostatkem se rozumí životní podmínky, ve kterých se žádná vazba nemohla vytvořit (dítě je od narození v domovech či matka není schopná se o dítě postarat). Poškození vývoje bývá velmi značné a často dochází k nenapravitelným vývojovým změnám.

Deprivací pak rozumíme podmínky, kdy k připoutání docházelo, ale negativním zásahem bylo přerušeno. Může se tak stát z důvodu nemoci matky, jejích duševních poruch od poporodní deprese až po mnohem těžší onemocnění či při dlouhodobé hospitalizaci dítěte.

Další odchylky od běžného vývoje, mohou být z důvodu dlouhodobé či opakované hospitalizace dítěte bez matky, změny v okolí dítěte, rozumíme tím rozvod, dlouhodobou nemoc matky, změna prostředí či ztráta blízké osoby (úmrtí, odchod z rodiny) spojená se silným dětským zármutkem.

1.2.2 Důsledky vztahu matka-dítě

Proběhla již řada studií, která se věnovala rozborům partnerských vztahů. Osoby s jistým emočním vztahem ke své matce vytvářejí pevnější a dlouhodobější vztahy milenecké i partnerské. U osob, které měly start do života ztížen, jsou příznačné mnohem přelétavější vztahy, spojené často s velkým emočním vzplanutím v úvodních fázích. Osoby bývají nejisté a ve vztazích poměrně chladné. U žen bývá většinou výrazná tendence opakovat vlastní zkušenost při péči o následující generaci.

2. Psychologie porodu

Porodem nazýváme každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500g. nebo přežije-li novorozenec s nižší porodní hmotností alespoň 24 hodin.

Rodičky můžeme rozdělit podle toho, jak se při porodu chovají. Neoptimálnější je chování adaptivní, tedy chování přizpůsobivé. Pravidelně se pozoruje u žen, které akceptují porod v jeho přirozenosti. Tyto ženy s personálem porodního sálu spolupracují, dbají rad porodní asistentky a snaží se všemi způsoby porod pozitivním směrem ovlivnit. Ostatní způsoby chování jsou neadaptivní. Tyto ženy dělají všechno špatně. Ženy tlačí příliš brzy a netlačí, když by tlačit měly. Rodičky nespolupracují, hlasitě sténají, jsou mrzuté a vzpurné.

Psychický stav rodičky velice ovlivňuje průběh porodu. Úzkost vede k oslabení děložní činnosti a k zhoršení průtoku krve placentou. Při bolesti a stresu stoupá matčina spotřeba kyslíku, což pak může způsobit nedostatek u plodu.

Ideální je, pokud žena před porodem navštívila kurzy předporodní přípravy. Pokud se partner rozhodne doprovázet partnerku k porodu, měli by předporodní kurz navštívit společně. Základem předporodní přípravy je připravit matku na duševní a tělesné změny, které k těhotenství a pozdějšímu mateřství neodmyslitelně patří. Navíc má za úkol zmírnit nebo zcela odbourat negativní emoce spojené s porodem, snížit strach z porodních bolestí a minimalizovat obavy o dítě. Má i značný vliv na získání a posílení důvěry vůči zdravotnickému personálu a pomáhá rodičku pozitivně naladit.

Připravené matky se cítí na porodním sále příjemněji, lépe spolupracují a samotný porod si tím znatelně ulehčují. Kurzy jsou přínosné i budoucím otcům, kterým poskytnou dostatek informací, aby se na porodním sále cítili lépe. Díky nim budou i více aktivní, a tím samozřejmě větší oporou svým partnerkám.

2.1 Reakce na bolest:

Porodní bolest je způsobena kontrakční činností dělohy. Kontrakce představují děložní práci, u níž vzniklá síla vypuzuje plod, který roztahuje tkáň porodního kanálu a tlak plodu působí na měkké a tvrdé porodní cesty. V I. době porodní, fázi otevírací převládá bolest viscerální, zatímco ve II. době porodní, době vypuzovací bolest somatická. Porodní činnost představuje pro ženu psychickou i fyzickou zátěž. Porodní zátěž vykazuje všechny znaky stresové reakce organismu.

Porodní bolest cítí téměř všechny ženy. Individuální rozdíly ve vnímání bolesti jsou velké. Bolest při kontrakcích je lokalizována jednak do celého břicha, do podbřišku a jednak do křížové krajiny. Porodní bolest je někdy poměrně slabá, jindy však dosahuje hodnot, které patří k nejintenzivnějším bolestem vůbec. Od jiných bolestí se však liší emočním doprovodem a tím, že se na ni rychle zapomíná.

2.2 Psychologické metody ovlivnění porodu

Mezi psychologické metody ovlivnění porodu, jsem se rozhodla v první řadě zařadit předporodní přípravu. Předporodní příprava má za úkol připravit ženu na těhotenství, mateřství a zmírnit její obavy z porodu. Stále častěji se na porodních sálech setkáváme s porodním plánem, proto bych se tomuto tématu chtěla věnovat. Nesmíme však opomenout ani přítomnost blízké osoby u porodu, která je vhodná jak pro povzbuzení tak i podpoření rodičky. Jako důležité téma mi přišla změna polohy rodičky během porodu, proto jsem vybrala a zde popsala některé alternativní metody, které se při porodu mohou využít.

2.2.1 Předporodní příprava

Základem této přípravy je připravit matku na duševní a tělesné změny, které k těhotenství a pozdějšímu mateřství patří. Předporodní příprava má za úkol zbavit matku negativních emocí spojených s porodem, snížit strach z porodní bolesti a minimalizovat obavy o dítě. Má značný vliv na získání a posílení důvěry vůči zdravotnickému personálu a pomáhá rodičku pozitivně naladit.

Předporodní příprava bývá rozdělena na dvě části, část teoretickou a praktickou. Bývá zpravidla rozdělena na několik lekcí, v nichž se těhotná žena dozví o výživě v těhotenství a v šestinedělí. Žena bude seznámena i s radami pro budoucí matky, jako je

výbava pro dítě, věci, které jsou potřeba do porodnice a co je nutné zařídit ještě v těhotenství. Důležité je i samotné proškolení partnera k porodu a v jakých případech by se měla žena do porodnice vydat. Porodní asistentky vysvětlí průběh porodu, možnosti v tišení porodních bolestí, průběh kojení a šestinedělí a zmíní i základy péče o dítě.

V praktické části, která je pro budoucí matky velice důležitá se věnuje především cvičení. Součástí je nácvik správného dýchání během porodu, účinné používání břišního lisu a pánevního dna, osvojení si porodní polohy, masáže, ukázky úlevových poloh a v neposlední řadě i relaxace. Připravené matky se pak na porodním sále cítí příjemněji, lépe spolupracují a samotný porod si tím znatelně ulehčují.

2.2.2 Porodní plán

Porodní plán je v podstatě seznam porodních přání, které žena má a vyjadřuje postoj rodičky k porodu, péči o novorozené dítě a k období šestinedělí. Usnadňuje komunikaci mezi rodičkou a personálem porodnice a samotné rodičce pak vlastní porodní plán pomůže utřídit si představy, postoje a přání týkající se porodu. Všechny body, které žena do porodního plánu zahrne, by měla pečlivě promyslet a zkontrolovat s porodní asistentkou či lékařem při návštěvě v poradně. S porodním plánem by měl být seznámen i doprovod, který na porodní sál rodičku doprovází. Může dohlédnout na to, zda se opravdu postupuje podle přání rodičky.

2.2.3 Přítomnost blízké osoby u porodu

Jednou z možností je přítomnost blízké osoby u rodící ženy. Nejvhodnější je přítomnost partnera, který ženu dokáže psychicky podpořit a jeho přítomnost posiluje i partnerský vztah. Partner je také nejčastější doprovázející osobou rodičky a jeho vliv je mnohdy velice přínosný. Otázku otce u porodu by měli budoucí rodiče prodiskutovat nejpozději v posledním měsíci gravidity.

Muž nemůže být nucen, aby byl přítomen u porodu a obráceně. Mnozí muži představují pro svoji ženu, která je v těžké situaci, opravdovou pomoc. Rodička nemá pocit, že je sama mezi cizími lidmi, muž ji drží za ruku, dodává ji odvalu, uklidňuje ji a

rodička má větší pocit jistoty. Žena se cítí mnohdy unavená a v této chvíli by měl otec projevit pozitivní přístup, vlít energii do žil, přesvědčovat, že je úžasná, vše zvládne a dobře dopadne. Můžeme klidně říci, že otec je na porodním sále spojkou mezi rodičkou a personálem.

Pro muže, kteří se porodu zúčastnili, je porod opravdu hluboký zážitek. Je to příležitost k novým prožitkům a upevnění vazby mezi ženou a mužem.

Někteří otcové potvrzují, že společné zážitky při porodu prohloubily vzájemný vztah mezi manželi i samotný vztah otce k dítěti. Otec prožije nezapomenutelné okamžiky štěstí, když se poprvé dotýká svého dítěte a společně s matkou je podrží v náručí.

Otec, nemusí být vždy ideálním partnerem u porodu. U citlivějšího nebo labilnějšího nastávající otce může zážitek z porodu vyvolat až psychické trauma. Zatímco u ženy v důsledku porodu dochází k výrazným hormonálním změnám, muž v podstatě neví, co má dělat. Navíc přistupuje skutečnost, že muž se cítí neužitečný a trpí pocitem, že své partnerce nedokáže pomoci.

Budoucí otec by se měl sám rozhodnout, kde chce prožít tento, jistě povznášející, ale i extrémní zážitek. Neměl by být ovlivňován a partnerka by měla respektovat jeho rozhodnutí.

2.2.4 Změna polohy rodičky

Ženy dnes rodí obvykle v poloze na zádech, tedy v poloze gynekologické. Při volbě polohy ve II. době porodní platí snad více než jindy individuální přístup ke každé ženě. Za porodu si žena instinktivně nachází pro ni nejméně bolestivou a nepohodlnější polohu. Zdá se, že to má příznivý vliv jak na průběh porodu tak i na jeho prožívání.

Důvody, které jsou uváděné pro jiné polohy při porodu, než vleže na zádech jsou především ty, že plod při postupu porodními cestami postupuje dolů a využívá se ve větší míře gravitace. Žena si sama určí polohu, která jí nejvíce vyhovuje a v této poloze se pak cítí mnohem uvolněněji. V další části jsem popsala tři nejčastější polohy, které můžeme při porodu vidět.

2.2.4.1 Poloha v polosedě

Polohu v polosedě lze využít během celého porodu, v porovnání s polohou na zádech umožňuje využití gravitace, zvětšuje rozměry pánevního vchodu a zlepšuje okysličení miminka. Je také polohou odpočinkovou, a pomáhá-li při ní blízká osoba, přináší i emocionální podporu. Není možné ji využít, je-li dítě v zadním postavení (kdy jeho záda směřují do oblasti zad matky), jsou-li známky poklesu srdeční frekvence dítěte, má-li žena vysoký krevní tlak nebo pociťuje zvýšenou bolestivost v oblasti kosti křížové a kostrče, na kterou je zvýšený tlak během této polohy.

2.2.4.2 Dřep nebo porodní stolička

Dřep se využívá především ve II. době porodní. Předpokladem k jeho zaujetí je dobrá poloha dítěte a správně dotočená hlavička. To stejné platí i pro využití porodní stoličky. Příliš dlouhý pobyt na stoličce však může způsobit otok vnějších rodidel a tím zvýšit možnost poranění. Poloha v dřepu rozšiřuje pánevní východ, vyžaduje méně námahy a síly, pomáhá uvolnit pánevní dno a svůj efekt v rychlejším sestupu miminka porodními cestami zvyšuje i díky další mechanické výhodě, kdy horní část trupu stlačuje vrchol dělohy a tlačí plod směrem dolů do porodních cest. Nedoporučuje se, jsou-li na dolních končetinách kloubní poškození nebo má-li žena epidurální analgezi.

2.2.4.3 Polohy v předklonu

Polohy v předklonu snižují významně bolesti zad a vedou k lepší rotaci miminka při jeho průchodu pánví. Zvětšují pánevní vchod, využívají výhod gravitace a poskytují snadný přístup pro masáž zad. Lze je praktikovat vestoje, vsedě i v kleku během obou dob porodních. Je-li žena pouze v mírném předklonu a porod nepostupuje, měl by se předklon zvětšit, dojde díky tomu k přesunutí váhy trupu dítěte od matčiny páteře, a umožní se tak větší šance k rotaci miminka ze zadního postavení. Účinnost lze zvýšit připojením kolébavých, houpavých pohybů pánve.

2.2.5 Porod dle Frederica Leboyera:

Francouzský porodník Frederic Leboyer ve své publikaci z roku 1974 nazvané „Porod bez násilí“ kritizoval stávající způsob porodnické péče. Podle Leboyera je porod plný stresujících vlivů jak na ženu tak i na plod-novorozence.

Cizí a neklidné prostředí porodního sálu, pohled na zdravotnickou techniku, neosobní přístup zdravotnického personálu, hluk nebo ostré osvětlení vyvolávají u rodičky neklid.

Novorozenec je podle Leboyera stresován zejména držetím za dolní končetiny a polohou hlavou dolů, změnou prostředí, přerušením pupečníku, světlem a chladem. Údajně proto pláče a má vystrašený výraz. Leboyer navrhl a ve svém ústavu také zavedl postup snižující stresové vlivy na rodičku a novorozence.

V těhotenství je v první řadě velmi významná psychologická příprava matky, která pomáhá navodit citový vztah k dítěti.

Základem je během porodu ticho. S matkou by se mělo hovořit co nejméně a všechny pokyny a uklidňování se musí pronášet velmi tlumeným hlasem, klidně, jemně a po porodu dítěte nemluvit. V nutnosti je dovolen jen nezvučný šepot. Důležité je trpělivost, pomalé, jemné pohyby, psychická i fyzická relaxace porodníka, dostatek času, žádná intervence, jen sledování ozev plodu. Porod zcela upoutá pozornost okolí. V daný moment se zapomíná na čas a okolí vnímá každý detail porodu.

Důležitá je i technika po porodu, kdy se nesahá na hlavičku, dítě se uchopí v podpaží, položí se matce na břicho do polohy v klubíčku a nechá se dotepat pupečník. Pozornost věnujeme začátku dýchání, dítě se nestimuluje, neodsává se odcházející plicní tekutina, sleduje se hlavně barva kůže a chování dítěte.

Neudělá-li to matka sama, vedou se její ruce k masáži zádiček, která se provádí jemnými peristaltickými vlnami shora dolů.

Jakmile dítě začne uvolňovat ručky a nožky, položíme dítě na bok, jednu ruku vysoko na záda, druhou pod zadeček. Dítě obrátíme něžně, pomalu, se stálou oporou zad.

Po dotepání pupečníku porodník pupeční šňůru oddělí a porodní asistentka uloží dítě do vaničky s vodou okolo 38°C. Dítě se pokládá do vody podle jeho reakce nadvakrát či

natříkrát a nechává se ve vodě do úplného uvolnění. Otec nebo porodní asistentka dítě ve vodě podpírá.

Nakonec porodní asistentka novorozence zvedne z vody a položí je do osušky na boku. Záva se stále podepírají a končetiny musí mít možnost volného pohybu. Ošetříme pupečník, dítě osušíme a položíme matce na břicho, hlavičkou k levému prsu, aby slyšelo tlukot jejího srdce.

Dítě se uloží do teplé pleny, zváží se na boku, velmi jemně zabalí do teplých plen a uloží na postel k matce. Délka dítěte se neměří, neprovádí se ani preventivní dezinfekce očí, dítě se jen označí.

Po odvezení matky ze sálu se současně s matkou překládá na pokoj šestinedělí i dítě, kde se provede očistná koupel a kredeizace, která je důležitá především jako prevence proti možnému zánětu spojivek.

2.2.6 Porod podle Michela Odenta:

Prostředí, ve kterém žena rodí, se musí vybavením nábytku a barvami podobat civilně zařízenému pokoji. V průběhu kontrakcí by měla pacientka relaxovat v bazénu s teplou vodou, kde jsou kontrakce účinnější a méně bolestivé.

Rodička nemá zdržovat křik. Je nutné, aby porod proběhl v přítomnosti v tichu a aby se zabránilo nepříjemné stimulaci novorozence světlem a hlukem, na kterou není připraven a kterou nepříjemně vnímá.

Dítě musí být okamžitě položeno na břicho matky, aby mohlo být v kontaktu s teplem její kůže. Ruce mají být volné, aby mohlo dojít ke komunikaci ruce-ústa. Důraz je kladen především na okamžité první přísátí.

Pupečník je přestřižen, až když dojde k zástavě jeho pulzace. Po porodu má být dítě stimulováno nejenom něžnými dotyky matky, ale také ostatních příbuzných přítomných při porodu. Je nutné minimalizovat aplikaci léků při porodu.

Předpokládá se, že klidné prostředí okolo rodičky je zárukou dobrého nitroděložního zdraví plodu. Místo elektronického monitorování plodu nabádá k používání stetoskopu nebo nanejvýše jednoduchého přístroje, který je prý na rozdíl od běžného kardiografického přístroje bez negativního vlivu na plod. Jako analgezií doporučuje podat v malém množství punč nebo šampaňské.

2.2.7 Porod do vody

Tento způsob se mnohdy udává za přirozenější, přestože ani primitivní lidé, dokonce ani naprostá většina savců, jej nikdy nepoužívali, a není pro tento způsob porodu racionální vysvětlení. Reakce žen na vodu jsou zcela individuální, ale vesměs pozitivní. Děložní stahy mohou ve vodě zesílit, ale i zpomalit. Teplá voda podporuje uvolnění a žena při ponoření do teplé vody pocítí úlevu od bolestí. U fyziologicky probíhajícího porodu má rodička možnost rozhodnout se, jak porodí svoje miminko. Novorozené dítě je dokonale přizpůsobené na ponoření do vody, takže pod vodou je možno bezpečně porodit.

2.2.8 Vliv personálu na rodičku

Personál porodního sálu, na prvním místě zcela jistě porodní asistentka, může zásadním způsobem ovlivnit nejenom prožívání porodu, ale i jeho průběh. U rodičky, která se cítí osamělá, která má obavy, že se nedovolá asistentky, stoupá úzkost. To jednak zhoršuje, v těžších případech však dokonce znemožňuje kontakt s rodičkou.

Nejjednodušším a přitom velice spolehlivým způsobem, jak udržet nízkou hladinu úzkosti, je stálý kontakt s rodičkou a její včasné poučení. Ideální je trvalá přítomnost porodní asistentky na porodním sále. Za minimální požadavek lze pokládat dodržování patnáctiminutových intervalů poslechu ozev plodu, a v případě, že je žena kontinuálně monitorována, udržování kontaktu ve stejných intervalech.

3 Psychologie šestinedělí

Období po porodu trávající zhruba 6 až 8 týdnů nazýváme obdobím šestinedělí (puerperium). Šestinedělí je období, kdy anatomické a fyziologické těhotenské změny mizí a organismus se vrací do stavu jako před otěhotněním. Po porodu zahájí svou činnost mléčná žláza a období mateřství je dovršeno tvorbou mléka-laktací. Tato doba je nutná k úpravě pohlavních orgánů a adaptaci na novou situaci po ukončení těhotenství.

Šestinedělí je psychologicky zvláštní období, jehož charakteristickým rysem je deprese. Je to rovněž doba, která je mimořádně riziková pro vzplanutí velkých psychiatrických nemocí.

3.1 Psychologie kojení

Na kojení se žena připravuje již v průběhu gravidity, kdy estrogeny působí proliferaci mlékovodů a progesteron stimuluje epitel alveolů. Po porodu pokles estrogenů a progesteronu stimuluje začátek laktace, ale základní pro tvorbu mléka je prolaktin. Intenzita tvorby mléka je stimulována kojením.

Význam kojení je obrovský a to nejen výživný, ale i emoční. Kojení podporuje a posiluje vazbu mezi matkou a dítětem. Dítě cítí teplo, tlukot matčina srdce a připomíná si tak období před narozením, kdy bylo v teple a bezpečí. Vytváří se vzájemně velmi pevné pouto.

Kojení je nejpřirozenější způsob výživy dítěte. Svým potřebám je přizpůsobeno potřebám dítěte. Obsahuje všechny složky nezbytné pro zdravý růst a vývoj dítěte- bílkoviny, cukry, vitamíny a minerální látky, vše ve vyváženém poměru a přizpůsobené vyvíjejícímu se trávicímu systému dítěte.

První dny po porodu, tak jako v graviditě, lze z bradavek vytlačit hustou tekutinu nebo-li mlezivo (colostrum). Oproti mléku obsahuje více bílkovin, hlavně globulinů, více minerálů, zejména pak hořčík, který zvyšuje střevní peristaltiku a urychluje vypuzování smolky, méně tuků a cukrů. V mlezivu jsou přítomné i protilátky. Kalorická hodnota mleziva postačí novorozenci první poporodní dny.

Mateřské mléko je nejdokonalejší stravou pro novorozence, má optimální teplotu, nevyžaduje ředění ani sterilizaci a je vždy dostupné. Mateřské mléko obsahuje enzymy, protilátky a živé buňky zvláště vhodné pro ochranu zažívacího traktu dítěte před invazí patogenů. Složení mateřského mléka se mění v průběhu jednoho kojení, v průběhu dne, v období celého kojení a dovoluje dítěti vytvořit si individuální režim příjmu potravy, čímž se podílí i na ochraně před vznikem obezity.

Imunitní systém novorozence je nezralý, proto obranné látky předávané mateřským organismem prostřednictvím mléka při kojení chrání dítě před působením mnoha virů a bakterií. Kojené děti jsou nemocné méně často a onemocnění probíhá často lehčeji než u dětí nekojených.

Aby se mohla tvorba mléka plně rozvinout a dítěti se dostalo vše, co pro ně příroda v těle matky vytvořila, musí mít možnost být stále v blízkosti matky.

Kojení přináší výhody i matce. Děloha se kojením stahuje rychleji, čímž se zmenšuje i poporodní krvácení. Kojení snižuje riziko vzniku karcinomu prsu a vaječníku. Žena se cítí spokojená, protože se jí daří naplňovat mateřskou roli. Klíč k úspěšnému kojení je ve většině případů skrytý v psychice matky. Nešťastná, labilní matka často nezvládá techniku nebo se stále obává o kvalitu a dostatek mléka. Problémy v kojení zpětně prohlubují matčinu nespokojenost a začarovaný kolotoč se ne a ne prolomit. Novopečená maminka by měla být hlavně v klidu a pohodě, obklopená laskavým prostředím, které jí v případě potřeby umí podpořit.

3.1.1 Bílkoviny

Mateřské mléko má výhodnou skladbu bílkovin-větší podíl tvoří laktalbumin, menší představuje kasein. Nižší hladina kaseinu umožňuje ve srovnání s umělou výživou lehčí stravitelnost mléka. V žaludku kojence vzniká jemnější sraženina, která opouští žaludek dříve než hrubá sraženina v žaludku dítěte uměle živého. Kojené dítě chce proto pít častěji, intervaly mezi kojením jsou obvykle kratší než při krmení umělou výživou.

3.1.2 Tuky

Tuky jsou velmi proměnlivou složkou mateřského mléka, jejich množství závisí na stravě matky. Obsah tuku kolísá během dne (nejvíce je ho pozdě odpoledne) a mění se i během jednoho kojení. Na začátku kojení je tuku méně, zato je více cukru. Je to tzv. přední mléko a slouží dítěti především k uhašení žízně.

Při sání dítěte tuku v mléce přibývá a na konci kojení je ho až 5x více. Na tuk bohaté zadní mléko, poskytuje dítěti značnou část potřebné energie. Z tohoto důvodu nelze délku jednotlivých kojení omezovat, protože by mohlo být dítě ochuzeno o nezbytný zdroj energie tím, že by pilo pouze mléko přední. Značný podíl tuků v mateřském mléce tvoří nenasycené mastné kyseliny, kterých je v mateřském mléce až 4x více než v kravském. Jsou důležité zejména pro rozvoj mozku novorozence.

Na rozdíl od tuku kravského mléka je tuk mléka mateřského dobře tráven již velmi malými kojenci.

3.1.3 Cukry

Hlavním cukrem mateřského mléka je mléčný cukr-laktóza, který je rozkládán enzymem laktázou, rovněž přítomným v mateřském mléce. Ve zralém mléce je cukru více než v mlezivu a než v mléce kravském. Poskytují dítěti energii a přispívá k lepšímu vstřebávání vápníku a železa.

3.1.4 Vitamíny

Obsah vitamínů v mateřském mléce je do značné míry závislý na výživě matky. Platí to hlavně o vitamínech rozpustných ve vodě-zejména o vitamínu C a skupině vitamínů B. Znamená to, že kojené dítě dostává jejich potřebné množství a není třeba je zvlášť dodávat, pokud má kojící matka dostatečný přísun ve stravě.

Z vitamínů rozpustných v tucích potřebuje novorozenec přidávat vitamín K, kterého je více v colostru, ale celkové množství se dnes nepovažuje za dostatečné. Rovněž vitamínu D je v mateřském mléce poměrně málo. Vitamínů A, E je v mateřském mléce dostatečné množství pro zajištění potřeby výlučně kojeného dítěte.

3.1.5 Minerální látky

Mateřské mléko obsahuje dostatek minerálních látek a jejich množství je vcelku stálé. Patří sem vápník, fosfor, hořčík, sodík, draslík a chlor.

I když vápníku a fosforu je méně než v mléce kravském, jsou tyto prvky výhodnějším ve vzájemném poměru, což umožňuje jejich lepší vstřebávání.

Obsah železa bývá nepříznivě ovlivněn jeho nedostatečným množstvím ve stravě matky a u kojence se pak projeví vznikem chudokrevnosti. Zásoba železa, kterou dítě získá v průběhu nitroděložního vývoje od matky a další dostatečný příjem je zajištěn kojením dokáže plně zajistit potřebu kojence.

Z ostatních stopových prvků obsahuje mateřské mléko v dostatečném množství měď, kobalt a zinek, zatímco selen kolísá v souvislosti se stravou matky.

3.2 Psychické poporodní poruchy

Poporodní období většinou neposkytuje ochranu proti některé z psychických poruch a není tedy radno bagatelizovat ani mírné psychické poruchy po porodu, protože bez psychiatrického vyšetření může být promeškána závažná diagnóza začínající psychické poruchy.

Poporodní poruchy zahrnují poruchy, které jsou spuštěny fyziologií rození a pocity zodpovědnosti za dítě. V minulosti byly tyto poruchy často označovány jako psychické poruchy v laktaci nebo-li laktační psychóza, což je nepřesné. Naznačuje to určitou specifickou onemocnění, která však neodpovídá skutečnosti. Termín poporodní poruchy je vhodný proto, že zdůrazňuje možnost podobných diagnóz, i když v poporodní době se může vyskytnout jakákoliv psychická porucha.

Zdá se, že se po porodu zvyšuje riziko afektivních poruch. Ženy, které jsou predisponovány ke vzniku těchto poruch, mohou mít první projevy příznaků právě během poporodního období. Ženy, které prodělaly vážnou depresivní nebo manickou poruchu po některém porodu, mají sice zvýšené riziko opakované epizody po dalším porodu, ale relaps není nevyhnutelný.

3.3 Příznaky poporodní poruchy

Postnatální deprese se vyznačuje příznaky, podle kterých lze zcela bezpečně poznat, že jde o nevíтанý poporodní stav. Jeho projevy mohou být různé a také u různých žen rozdílné.

Smutek, plačtivost, euforie nebo rychlé střídání těchto stavů s běžnou náladou, se vyskytuje velice často. Může se vyskytnout i spánková deprivace, pokud žena zajišťuje plnou péči o dítě, zvláště během svého onemocnění. Plačtivost je doprovázena strachem a obavami, že matka nebude schopna řádně se starat o dítě, a naopak euforie vede k bagatelizaci a popření možných praktických obtíží v pečování o dítě.

Příznaky, které na poporodní depresi upozorňují:

- poruchy spánku, špatné spaní a děsivé sny
- silné svalové napětí vedoucí někdy až ke strnulosti
- apatie a odmítání kojení nebo naprostá nezúčastněnost během kojení
- vnitřní odmítání dítěte a kontaktu s ním
- strach z každého dne
- sebepodceňování a nenávisť k vlastnímu tělu
- nechut' k sexuálnímu životu.

3.4 Etiologie

Za depresivní poruchy mohou nejen hormonální změny provázející těhotenství a porod, ale také psychika ženy samotné. Hormonální systém, stejně jako ostatní pochody v těle, je závislý na psychice. V těhotenství tělo ženy produkuje hormony, které se jinak nevytvářejí vůbec nebo jen v minimálním množství. Po porodu tělo vytváří a vylučuje jiné látky než v těhotenství, protože placenta, která tyto hormony produkovala, už v těle není. Ta může vlastně za to, že se v ní vytvářel progesteron-uklidňující hormon a estrogen, který udržoval těhotenství ve správném stavu.

Po porodu poklesne hladina těchto hormonů, dokonce pod úroveň před těhotenstvím. V této chvíli musí ženský organismus vykonat náročnou práci, aby se přizpůsobil druhé velké hormonální změně. Tím vše nekončí-přichází ještě třetí fáze, ve které se začínají tvořit hormony působící na zavinování dělohy a tvorbu mléka, oxytocin a prolaktin.

Některé ženy také ztratí při porodu mnoho krve, absolvují císařský řez či jiné komplikace a to vše hraje proti ženské psychice. Všechno způsobuje, že žena se nachází ve skutečně výjimečném stavu.

3.5 Diagnostika

Během poporodní doby jsou používána stejná diagnostická kritéria jako ve všech případech psychických poruch. Nejdůležitější je však zhodnocení psychického stavu šestinedělky.

Psychosociální vyšetření musí zahrnout psychiatrickou a porodnickou anamnézu, popis komplikací v těhotenství, ale i nespokojenosti s péčí. Zvláštní pozornost má být věnována pacientčině současné životní situaci v manželství, ale také v celé rodině, jejím povinnostem a závazkům, včetně péče o dítě, ekonomické zátěži způsobené porodem dítěte, otázky zda šlo o dítě chtěné či nechtěné a možnosti se sociální sítí.

Je nutné provést kompletní tělesné vyšetření zaměřená podle diferenciálně diagnostických potřeb. Poporodní deprese ovšem není spojena s žádným specifickým tělesným nebo laboratorním nálezem.

Organické poruchy jsou v současné době méně časté vzhledem k včasné léčbě poporodních infekcí, zdokonalení anesteziologických postupů a porodnické péči.

Po záchvatech eklampsie se může až v 5% případů objevit dezorientace nebo přímo psychotický stav. Prognóza je dobrá, pokud však během onemocnění nenastane mozkové krvácení, jež zanechá trvalé následky.

Poporodní deprese se může vyskytnout i u hyperthyreodismu a jiných hormonálních poruch.

Psychický stav může způsobit i abstinenční syndrom při přerušení dodávání drog, na kterých je rodička eventuálně závislá. Stupeň obtíží však závisí na výši dávky a charakteru drogy.

Poporodní ztráta libida při poporodní depresi se vyskytuje poměrně často, ale nemusí být nutně známkou deprese. U některých žen je libido sníženo během

laktace, někdy je to způsobeno spánkovou deprivací. Setrvalá poporodní dysfunkce však vyžaduje pečlivé všestranné vyšetření a léčbu.

3.6 Terapie:

Při léčbě poporodních poruch během poporodního období často nestačí pouze psychosociální podpora lékaře nebo vhodného zkušeného pracovníka s psychoterapeutickou praxí nebo jiných členů rodiny. Je nutno pamatovat na sice evidentní, ale někdy zanedbaný faktor, že spánková deprivace může zhoršit jakoukoli psychickou poruchu. V takovém doporučíme rodiče krátkodobé zdřímnutí během dne a výpomoc s péčí o dítě během noci.

Závažnější psychické poruchy v poporodním období vyžadují medikamentózní léčbu nebo i psychiatrickou hospitalizaci či psychosociální intervenci. Pokud matka nekojí, mohou být léky předepisovány dle potřeby. Někdy je vhodná psychiatrická hospitalizace ženy i s dítětem, aby byl zachován jejich blízký kontakt.

Alternativním řešením-pokud je pochopení v rodině a dostatečné ekonomické zajištění je pomoc přizvání sestry nebo jiného personálu.

Možností léčby je i nedobrovolná hospitalizace neboli detence. Akutně psychotická nebo těžce depresivní matka může být zcela neschopná poskytnout zajistit péči o dítě, zejména bez dodatečné pomoci. V takovém případě je nutné přistoupit k nedobrovolné hospitalizaci (detenci). Při hodnocení nucené detence je nutné zhodnotit duševní stav matky a možnou domácí podporu.

3.7 Poporodní blues:

Poporodní blues je krátká depresivní epizoda, která se objevuje obvykle mezi 2 až 5 dnem, ale může se vyskytnout až 10. poporodní den.

Obvykle začíná pláčem a plačtivost je její hlavní příznak. Pláč není vždy spojen jen se smutkem, ale také s pocity snížené sebeúcty, osamělosti a zlosti. Trvá několik minut až dvě hodiny a objevuje se i několikrát během dne. Pláč vzniká snadno i při nepatrných a nepřiměřených podnětech.

Další příznaky poporodní blues jsou nespavost, smutek, úzkost, špatná koncentrace, zmatenost, únava. Mohou se projevit tělesné příznaky jako bolesti hlavy, bolesti v zádech, bušení srdce a zažívací potíže.

Poporodní blues postihuje nedělky všech národností a sociálních tříd. Jeho původ má značnou souvislost s hormonálními změnami v šestinedělí.

Jako léčba stačí pouhá informovanost nedělce a jejího partnera. Obvykle poporodní blues vymizí během dvou týdnů. Ve vzácných případech může přejít i v závažnější poruchu.

3.8 Poporodní deprese

Stav se podobá prohloubenému a prodlouženému poporodnímu blues. Může vzniknout kdykoliv po porodu, ale i po skončení období šestinedělí. Příznaky bývají obvykle lehké a většina žen je navíc popírá, protože nechtějí přiznat, že jsou smutné v období, které se tradičně pokládá za velice šťastné.

Poporodní deprese se často rozvine až po propuštění z porodnice domů, když je žena konfrontována s realitou péče o dítě a ostatními členy domácnosti. Žena se cítí zranitelná, vyčerpaná a cítí, že potřebuje fyzickou a emoční podporu. Prvorodička se navíc učí mateřské roli, u vícerodíčky zase přistupují konflikty s potřebami starších dětí.

Hlavními příznaky jsou pocity úzkosti, napětí, bezmoci, bezcennosti, pesimismu, neschopnost postarat se o dítě nebo frustrace. Depresivní myšlenky jsou orientovány hlavně na zdraví a prospívání dítěte.

Ačkoliv i zde hrají důležitou roli hormonální faktory, větší význam mají vlivy psychogenní. Nedělka potřebuje maximální emoční i fyzickou podporu ze strany rodiny a přátel. Je třeba, aby omezila úkoly a povinnosti, které nejsou důležité a urgentní. Neměla by se tolik trápit s udržením vzhledu. Musí hodně spát, odpočívat a nedělat ošetřovatelku druhým. Měla by si podržet své zájmy, ale omezit odpovědnost a povinnosti.

Lékařská pomoc spočívá v psychologickém poradenství. V těžších případech je důležitá krátkodobé farmakoterapii. Při rozpacích je-li konzultace lékaře nebo psychologa nutná, je lépe vždy konzultovat, může se tak předejít narušení vývoje vztahu mezi matkou a dítětem.

3.9 Poporodní psychóza

Poporodní psychóza většinou propukne nejčastěji mezi 3 a 14 dnem po porodu nebo až do 3. měsíce po porodu. Vzniká náhle a její příčina je na genetickém a endokrinním podkladě. Reaguje dobře na léčbu neuroleptiky a k postupnému vymizení psychózy dochází přibližně do 3 měsíců. V příštím šestinedělí často recidivuje.

Vzhledem ke klinické zkušenosti, že k úpravě psychického stavu dochází po objevení první menstruace, je doporučována zástava laktace.

Příznaky se rozvíjí pod obrazem endogenní deprese, kdy žena působí dojmem nezájmu o dítě, citovou prázdnotou, nerozhodností a uzavřeností nebo pod obrazem mánie, kdy naopak věnuje přehnaně zvýšenou pozornost, neustále dítě přebaluje, převléká a kontroluje a to ji pochopitelně velice vyčerpává. Na základě těchto psychóz může žena ublížit nejen sobě, ale i svému dítěti.

4 Výzkumná část

Výzkumné šetření jsem se rozhodla provést z důvodu, že mně velice zajímala otázka psychických změn u žen v období těhotenství a po porodu. Cílem mé výzkumné práce bylo zjistit, jaký je rozdíl a jestli vůbec nějaký rozdíl je možné objevit v psychice žen, které rodí poprvé a psychice žen, která již rodily. Zaměřila jsem se na psychiku žen v těhotenství a v období šestinedělí.

4.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, kolik dotázaných žen, které rodí poprvé, trpělo v těhotenství výkyvy nálad. Zajímala jsem se o to, pokud ženy trpěly v předchozím šestinedělí psychickými problémy, zda se v nynějším těhotenství problémy objeví znova. Přišlo mi důležité zjistit i to, pokud žena nepocituje od své rodiny podporu, zda je z toho důvodu více plačtivá. V závěru práce jsme se snažila zjistit, zda jsou více úzkostné spíše šestinedělky starší 35 ti let či nikoliv.

4.2 Hypotézy

Ve vztahu k uvedeným cílům jsem si stanovila následující hypotézy.

H1: Domnívám se, že ženy, které rodí poprvé, cítí v období těhotenství větší výkyvy nálad než-li ženy, které již rodily.

H2: Předpokládám, že pokud ženy trpěly v předchozím šestinedělí psychickými problémy, jejich problémy se v současném šestinedělí ve více jak 50% objeví znova.

H3: Předpokládám, že šestinedělky, které necítí ze strany rodiny podporu, mají z toho důvodu ve více jak 75% větší sklon k plačtivosti.

H4: Domnívám se, že ženy, které jsou starší 35 ti let, jsou v období šestinedělí více úzkostné oproti ženám v jiném věkovém období.

4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Výběr výzkumného vzorku byl zcela náhodný a vycházel z cílů výzkumného šetření. Tvořily jej ženy po porodu, které docházejí do Centra pro těhotenství, porod a mateřství-Anahita a ženy, které jsou po porodu propuštěny z oddělení šestinedělí ve Fakultní nemocnici v Motole.

Respondentky byly informovány o anonymitě dotazníků a o použití získaných informací pouze pro studijní účely. Plánovaný počet respondentů byl 160. Dotazník vyplnilo 80 žen po prvním porodu (prvorodičky) a 80 žen, které za sebou mají porod druhý či více (vícerodičky). Návratnost dotazníku byla 100%.

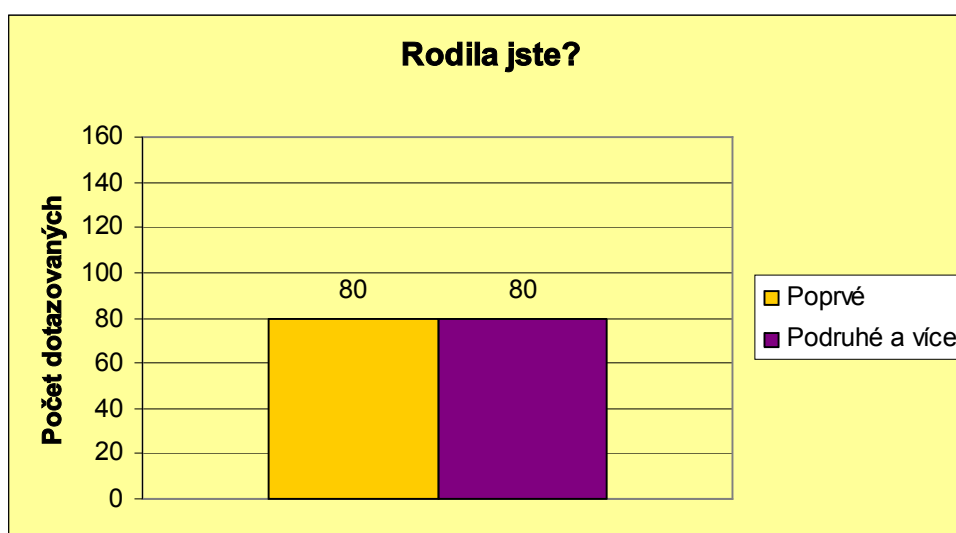
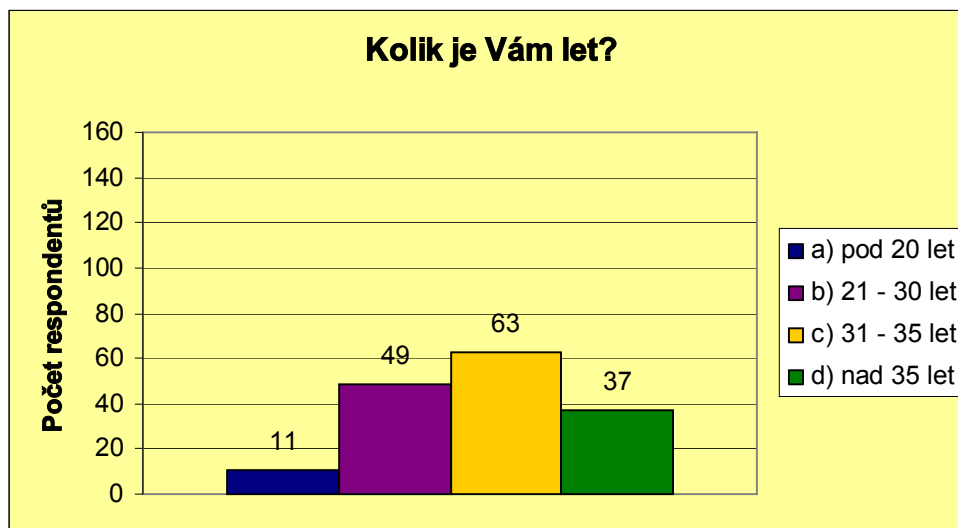
4.4 Metodika a průběh empirického šetření

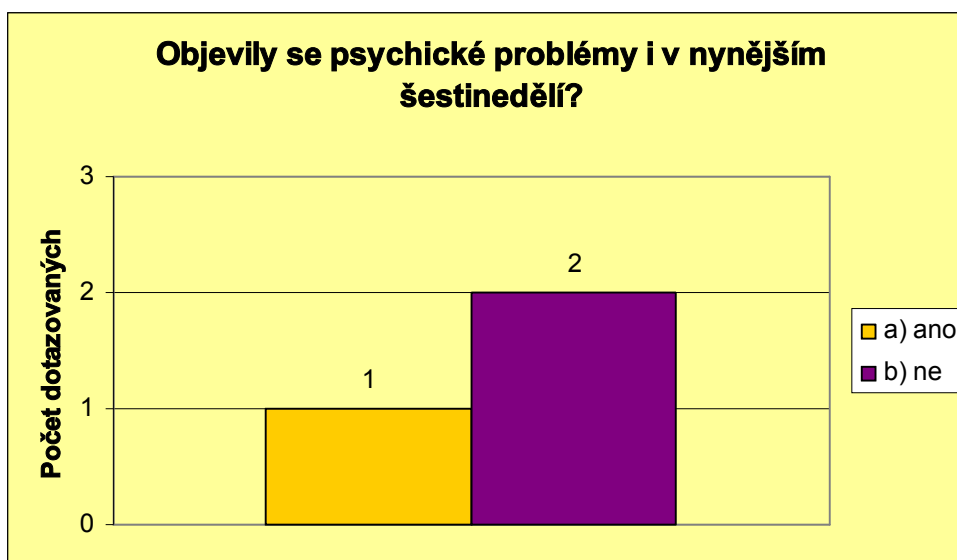
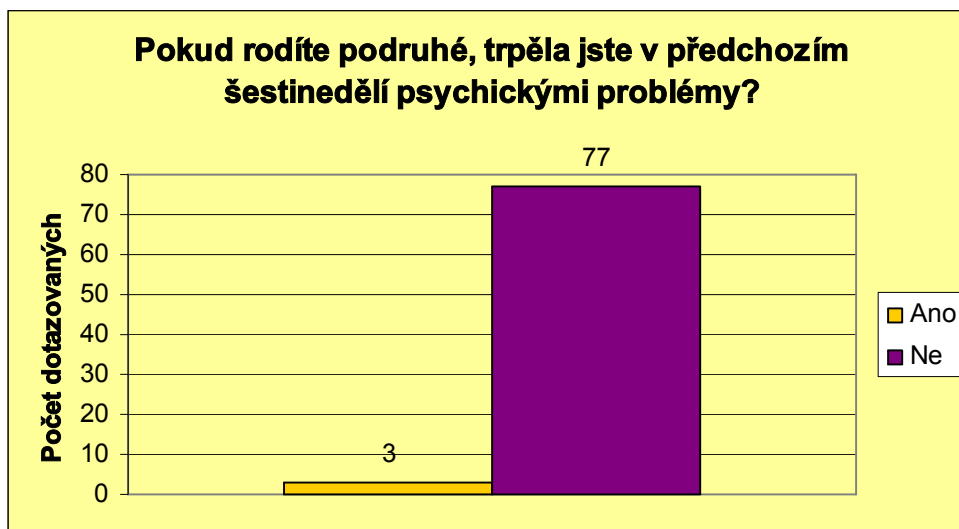
Pro zjištění co největšího množství údajů byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Použity byly dotazníky nestandardizované. Dotazník byl anonymní a skládal se z 9 ti otázek. Jedna otázku jsem ještě rozdělila na dvě podotázky. Pro jednodušší statické zpracování byly použity pouze otázky uzavřené. Šetření bylo realizováno v měsíci prosinec, leden a únor.

4.5 Zpracování empirického šetření:

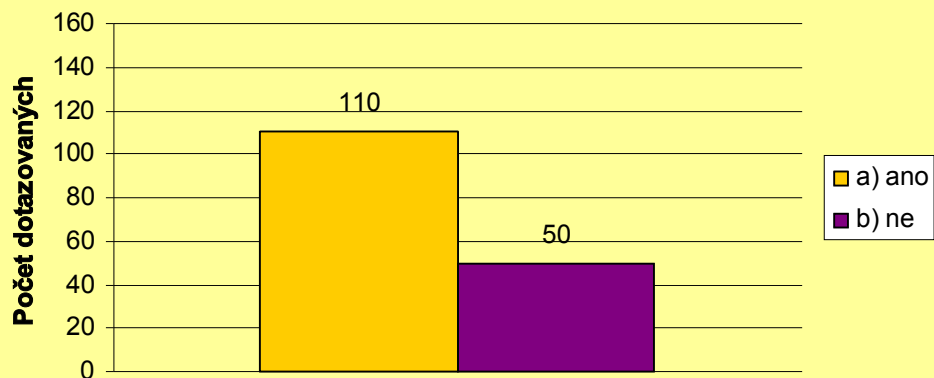
Pro zpracování dotazníků byla použita metoda kvantitativní a kvalitativní analýzy. Číselná data jsou zpracována do tabulek a grafů, doprovázených popisem. Procentuální výsledky jsou zaokrouhleny na jedno desetinné místo. K vyhodnocení získaných údajů byla použita kroužkovácí metoda. Na jejím základě jsem výsledky porovnála a statisticky zpracovala údaje do tabulek a grafů.

4.6 Výsledky výzkumného šetření

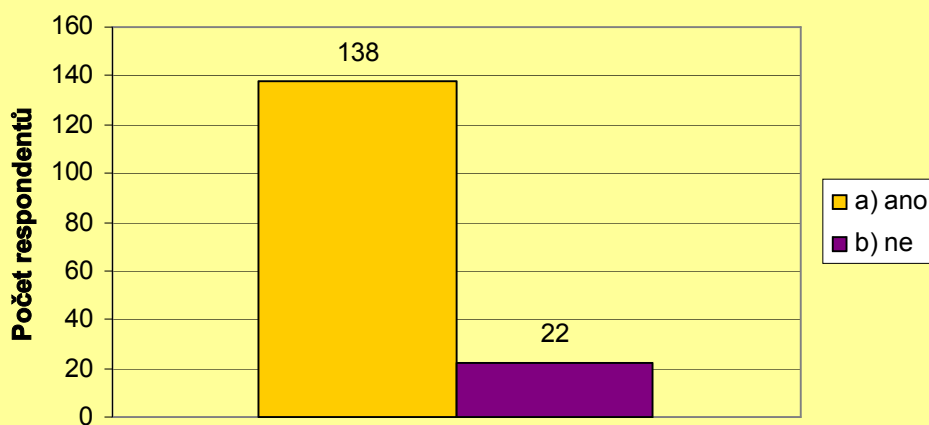


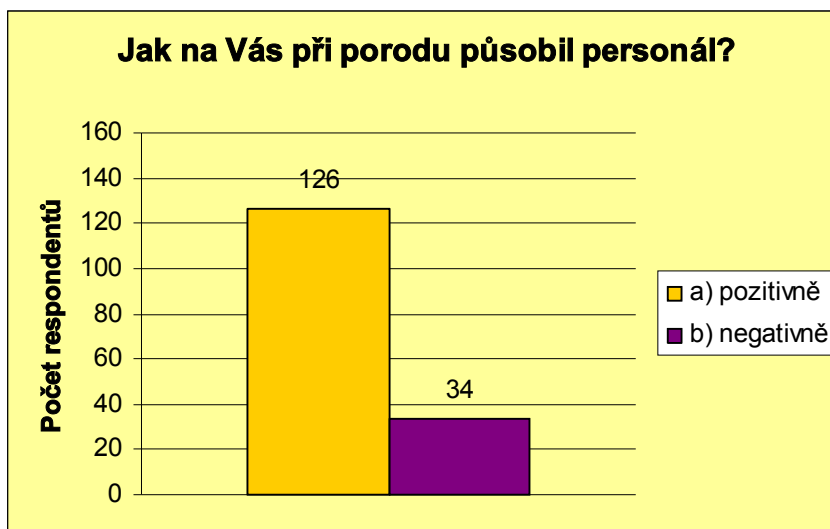
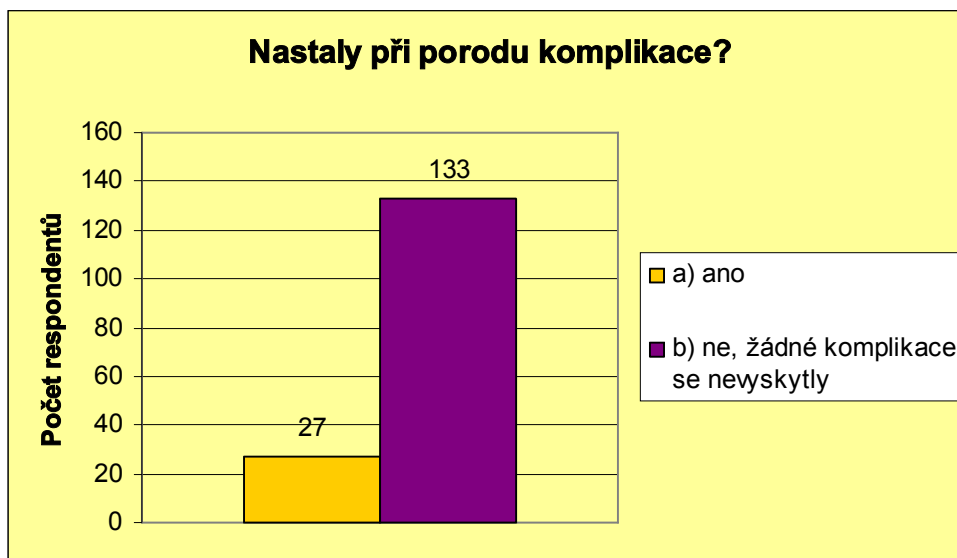


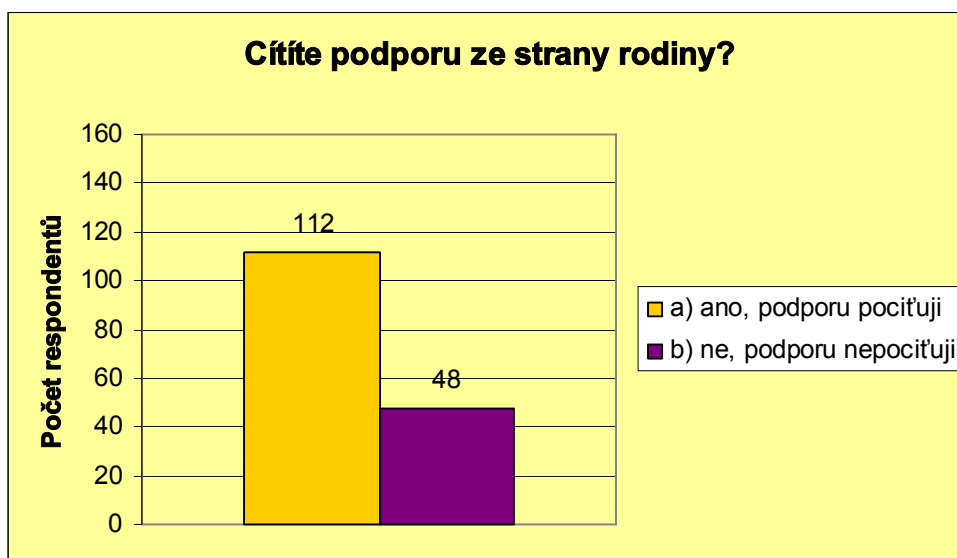
Cítla jste v těhotenství větší výkyvy nálad než je u Vás obvyklé?



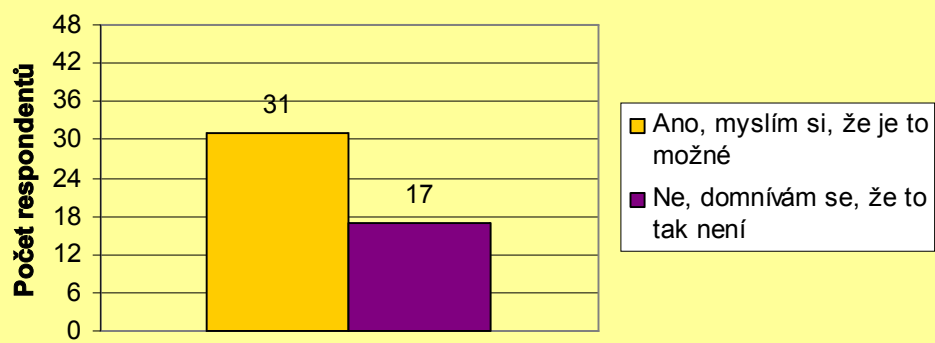
Byl partner přítomen u porodu?





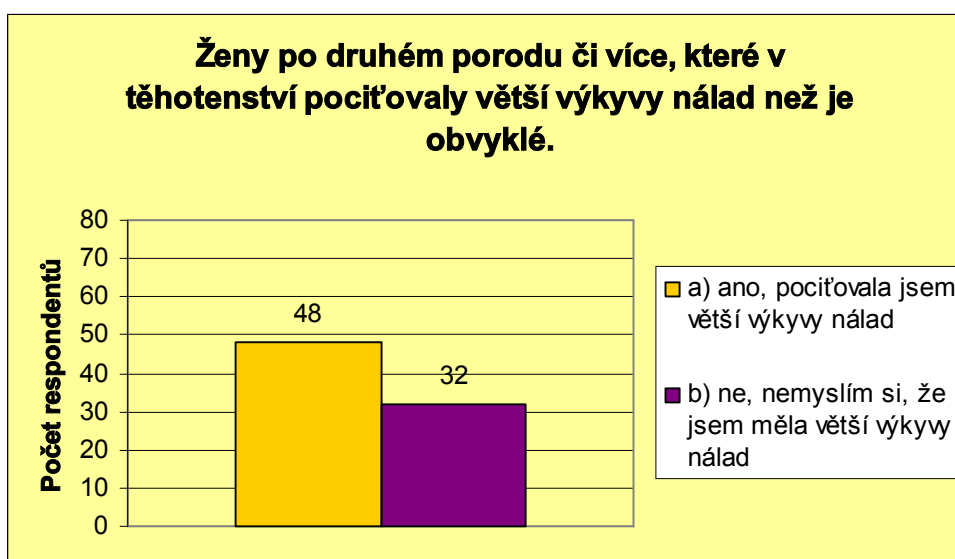


**Pokud podporu ze strany rodiny necítíte,
domníváte se, že jste z toho důvodu více
plačtivá?**



4.7 Diskuze nad hypotézami

H1: Domnívám se, že ženy, které rodí poprvé, cítí v období těhotenství větší výkyvy nálad než-li ženy, které již rodily.



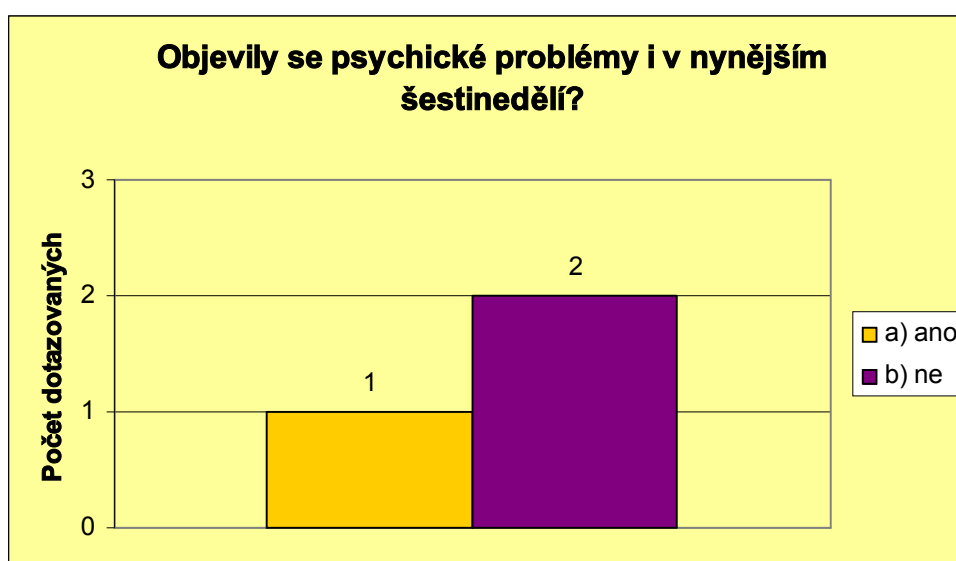
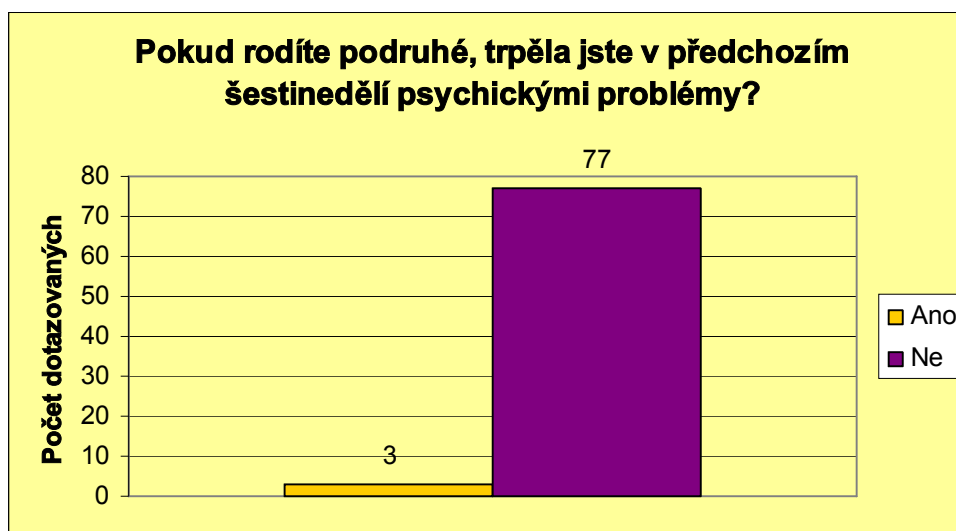
Na dotazník odpovídalo celkem 160 žen. Z tohoto počtu je 80 žen po prvním porodu a 80 žen po porodu druhém či více. Na otázku, zda pociťovaly v období těhotenství větší výkyvy nálad, odpovědělo 110 žen kladně. Dle dotazníku jsem si ženy rozdělila na ženy, které rodí poprvé a podruhé a výsledky mezi sebou porovnála.

Z dotazovaných 80 ti žen po prvním porodu odpovědělo 77,5% žen, kladně, tedy, větší výkyvy nálad v těhotenství pociťovaly.

U žen, které rodí podruhé nebo více, se větší výkyvy nálad objevily u 60% dotazovaných.

H1 se potvrdila. Ženy po prvním porodu, prožívají v těhotenství větší výkyvy nálad než ženy, které již rodily.

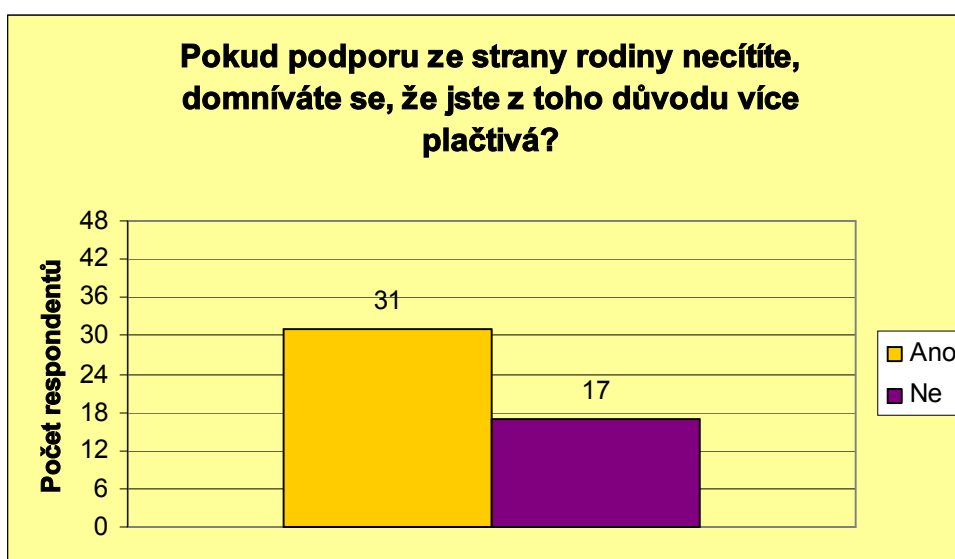
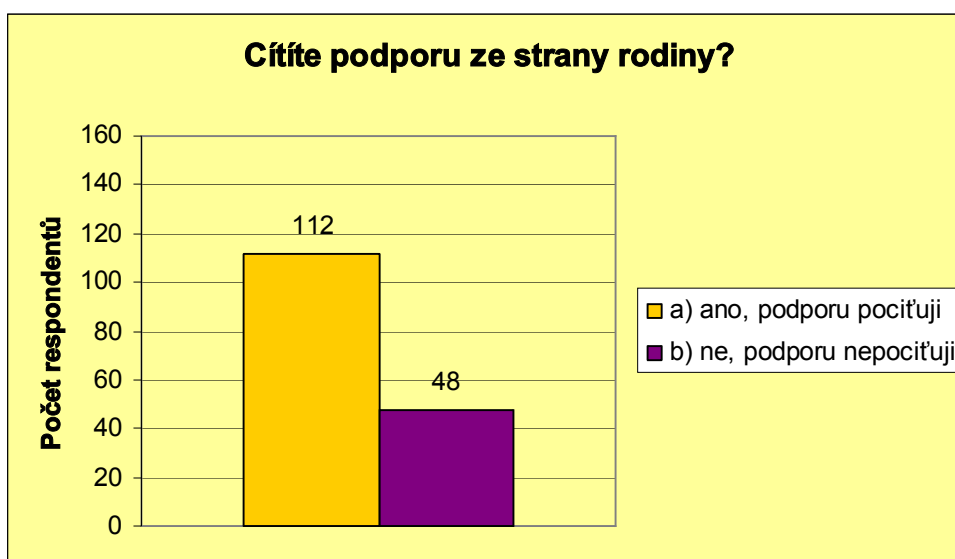
H2: Předpokládám, že pokud ženy trpěly v předchozím šestinedělí psychickými problémy, jejich problémy se v současném šestinedělí ve více jak 50% objeví znova.



Z 80 ti dotázaných žen, po druhém porodu či více odpověděly 3 ženy, tedy 3,8% žen, že v předchozím šestinedělí trpěly psychickými problémy. U těchto 3 žen se v nynějším šestinedělí psychické problémy objevily u jedné šestinedělky, což je 33,3%.

H2 se nepotvrdila. Z dotazníku vyplynulo, že u žen, které prodělaly v minulém šestinedělí psychické problémy, se v nynějším šestinedělí psychické problémy objevily u 33,3% oproti předpokládaným 50%.

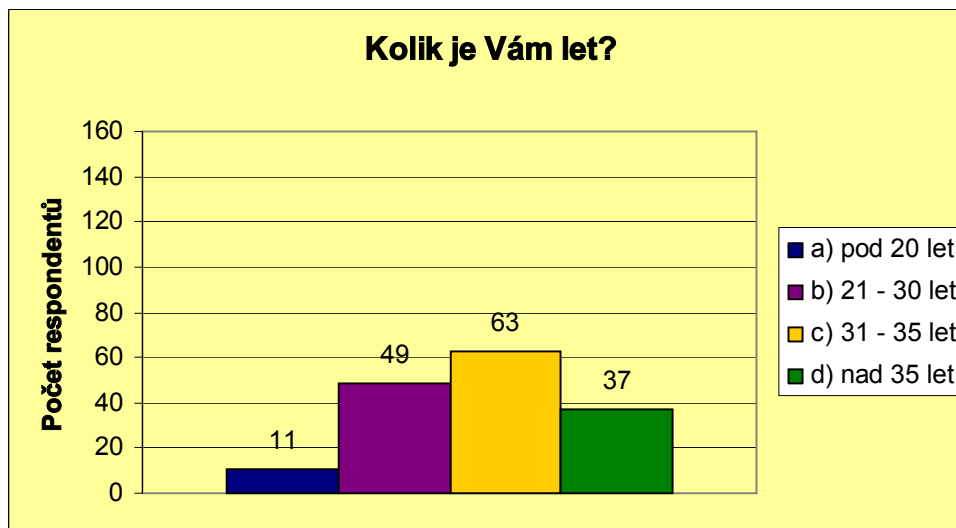
H3: Předpokládám, že šestinedělky, které necítí ze strany rodiny podporu, mají z toho důvodu ve více jak 75% větší sklon k plačtivosti.



Ze 160 ti dotázaných žen, 114 odpovědělo, že podporu od rodiny pocit'uje. Zbýlých 48 šestinedělek, v tomto případě 30%, uvedlo, že od rodiny podporu nepocit'uje. Svou plačtivost přikládá 64,6% šestinedělek faktu, že podporu od rodiny nepocit'uje.

H3 se tedy nepotvrdila. Plačtivost pocit'uje 64,6% dotázaných šestinedělek, oproti předpokládaným 75% žen.

H4: Domnívám se, že ženy, které jsou starší 35 ti let, jsou v období šestinedělí více úzkostné oproti ženám v jiném věkovém období.



Ženy nad 35 let zaujímají ve výzkumu 23,1%. Z tohoto procenta žen jsem zjistila, že 56,8% žen po porodu se domnívá, že vzhledem ke svému věku jsou v období šestinedělí více úzkostné.



Ženy v jiném věkovém období zaujímají ve výzkumu 76,9%. Z těchto žen se 22,8% domnívá, že jsou vzhledem ke svému věku více úzkostné.

H4 se potvrdila. Z dotazovaných žen nad 35 let je v období šestinedělí úzkostných 56,8% šestinedělek, oproti 22,8% v mladším věkovém období.

Závěr

Co bych ještě mohla říci na závěr? Jsem ráda, že jsem si zvolila téma „Psychické změny v těhotenství a po porodu“. Umožnilo mi nahlédnout do duše žen, se kterými jsem se při psaní své práce setkala a které mi daly podnětné rady pro práci, což mi následně dodalo více zkušeností do budoucí praxe. Zjistila jsem, že ačkoliv je pro mnohé těhotenství a mateřství krásným okamžikem, mnohé ženy mají odlišné pocity, ale bojí se o nich před svými blízkými hovořit. To co jsem předpokládala, se zcela potvrdilo. Domnívala jsem se, že ženy, které rodí poprvé, budou trpět v těhotenství většími výkyvy nálad než ženy, které již rodily, a to se mi také potvrdilo. Myslím si, že je to především z důvodu nezkušenosti s daným stavem a obavou co se během porodu bude dít. Ženy, které již těhotenstvím prošly, mají z tohoto období více zkušeností a proto si i myslím, že těhotenství podruhé prožívají lépe a jsou klidnější. Zjistila jsem, že v těhotenství a mateřství je velmi důležitá podpora rodiny, kterou ovšem ne všechny ženy pociťují, ačkoliv by určitě měly. Je to velká škoda, neboť by ženy v tomto krásném období neměly být samy a měl by jim být někdo blízký oporou. Potvrdilo se mi i to, co jsem se domnívala, tedy že ženy nad 35 let jsou v období šestinedělí více úzkostné než ženy v mladším věku. Domnívám se, že je to způsobeno především možnými komplikacemi, které ženy mohou v těhotenství postihnout, a proto jsou pak ženy v období šestinedělí více úzkostné a o své dítě se tedy více bojí. Dozvěděla jsem se i to, kolik ženy trpělo v předchozím šestinedělí psychickými problémy a kolik z nich prožívá psychické problémy znova. Na všechny otázky, které jsem chtěla zjistit, jsem odpovědi našla, a proto jsem se svou prací spokojená.

Seznam použité literatury:

ČECH, E.: Porodnictví, 1 vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-355-3

ČEPICKÝ, P.: Psychologie ženy: Učební text pro střední zdravotnické školy obor porodní asistentka, 1 vyd. Praha: IKEM-Středisko vědecko-technických informací, 1992. ISBN 80-903183-9-8

GIESEL, E.: Slzy po porodu. Jak překonat depresivní nálady. 1 vyd. Praha: One Woman press, 2004. ISBN 80-86356-32-9

ILLKOVÁ, O. et al.: Zdravá výživa malých dětí od narození do 6 let. 1 vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-030-5

LEBOYER, F.: Porod bez násilí. 2 vyd. Praha: Stratos, 1995. ISBN 80-85962-04-7

MIKULANDOVÁ, M.: Průvodce české ženy od početí do šestinedělí. 1 vyd. Brno: Computer Press, 2004. ISBN 80-251-0205-X

NICOLSON, P.: Poporodní deprese. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-938-1

PAŘÍZEK, A.: První český interaktivní průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím. 2 vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-411-3

PRAŠKO, J.: Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději. 1 vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0

STOPPARDOVÁ, M.: Těhotenství od početí k porodu. 1 vyd. Praha: Fragment, 2007. ISBN: 80-253-0438-8

TRČA, S.: Partner v těhotenství a při porodu. 8 vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0869-8

ZWINGER, A.: Porodnictví, 1 vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-257-9

Seznam příloh:

Vážená maminko,

jsem studentkou třetího ročníku Vysoké školy zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5, oboru porodní asistentka. V rámci své bakalářské práce provádím výzkumné šetření na téma: *Psychická problematika ženy v těhotenství a po porodu*. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku, který je nutný k vypracování mé práce. Dotazník je anonymní a zjištěná fakta nebudou zneužita jinak, než ve prospěch výzkumu.

Prosím Vás o pravdivé vyplnění dotazníku.

Děkuji Odstrčilová

1) Kolik je Vám let?

- a) pod 20 let
- b) 21-30 let
- c) 31-35 let
- d) nad 35 let

2) Rodila jste?

- a) poprvé (pokračujte otázkou č.3)
- b) podruhé a více

I) pokud rodíte podruhé a více, trpěla jste v předchozím šestinedělí psychickými problémy?

- a) ano
- b) ne

II) pokud jste v předchozím šestinedělí trpěla psychickými problémy, objevily se psychické problémy v tomto šestinedělí znova?

- a) ano
- b) ne

3) Cítila jste v těhotenství větší výkyvy nálad než je u Vás obvyklé?

- a) ano
- b) ne

4) Byl partner přítomen u porodu?

- a) ano
- b) ne

5) Nastaly při porodu komplikace?

- a)** ano **b)** ne, žádné komplikace se nevyskytly

6) Jak na Vás při porodu působil personál?

- a)** pozitivně **b)** negativně

7) Domníváte se, že jste v šestinedělí vzhledem ke svému věku zvýšeně úzkostná?

- a)** ano **b)** ne

8) Cítíte podporu ze strany rodiny?

- a)** ano, podporu pociťuji **b)** ne, podporu nepociťuji

9) Pokud podporu ze strany rodiny necítí, domníváte se, že jste z toho důvodu více plačtivá?

- a)** ano, myslím si, že je to možné **b)** ne, domnívám se, že to tak ne