

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

VLIV ŠESTINEDĚLÍ NA VZNIK POPORODNÍ DEPRESE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DANIELA KRÁLOVÁ

Praha 2010

VLIV ŠESTINEDEŘLÍ NA VZNIK POPORODNÍ DEPRESE

Bakalářská práce

DANIELA KRÁLOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., Praha 5

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Karel Hnilica, Ph.D.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2010-03-31

Praha 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury. Zároveň souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 3.

.....

podpis

Abstrakt

KRÁLOVÁ, Daniela. *Vliv šestinedělí na vznik poporodní deprese*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Karel Hnilica, CSc. Praha 2010. s.

Hlavním tématem bakalářské práce jsou psychická onemocnění u žen v šestinedělí, obzvláště onemocnění poporodní depresí. Bakalářská práce je tvořena teoretickou a empirickou částí. Teoretická část práce je členěna do třech kapitol. První kapitola je zaměřena na těhotenství, porod, šestinedělí a mateřství. V této kapitole jsou vystiženy zejména psychické a fyzické změny u žen, které s těmito zlomovými životními událostmi souvisí a mohou se stát prekurzorem pro onemocnění např. poporodní depresí. Druhá kapitola je zaměřena na problematiku poporodních psychických poruch u žen. Třetí kapitola bakalářské práce pojednává o terapii poporodních psychických poruch. Součástí empirické části je analýza průzkumu, jež byl proveden pomocí dotazníkového šetření u žen na oddělení šestinedělí. Cílem průzkumu bylo zhodnocení a vliv životních změn u žen v souvislosti s těhotenstvím, porodem a mateřstvím na psychiku žen po porodu. Součástí závěrečné části práce je diskuze nad stanovenými hypotézami průzkumu. Cílem bakalářské práce je shrnutí životních změn souvisejících s těhotenstvím, porodem a šestinedělím na život ženy. V práci je podrobněji popisována problematika a terapie psychiatrických onemocnění u žen v souvislosti s porodem a šestinedělím. Bakalářská práce tak může sloužit jako doplňující studijní materiál pro studenty oborů porodní asistentka či všeobecná sestra, ale i pro čtenáře, kteří se o tuto problematiku zajímají.

Klíčová slova: Deprese. Porod. Prenatální období. Psychiatrie. Psychické poruchy. Šestinedělí. Těhotenství.

Abstract

KRÁLOVÁ, Daniela. *Influence on the emergence of postpartum postpartum depression*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., qualification level: bachelor. Labor Leader: PhDr. Karel Hnilica, CSc. Praha 2010. s.

The main topic of bachelor work is mental illness among women in the puerperium, especially postpartum depression disorders. Bachelor thesis consists of theoretical and empirical parts. The theoretical part is divided into three chapters. The first chapter is focused on pregnancy, childbirth, postpartum and maternity. In this chapter, in particular capturing the mental and physical changes in women with these life events related fault and may become a precursor for diseases such as postpartum depression. The second chapter is focused on the issue of postpartum mental disorders in women. The third chapter discusses the work of bachelor therapy postpartum mental disorders. As part of the empirical analysis of the survey which was carried out using a questionnaire survey of women in the postpartum departments. The aim of the survey was to assess the impact of living and changes in women in connection with pregnancy, childbirth and motherhood at the psyche of women after childbirth. The final part of the paper is a discussion of the hypotheses set out the survey. The aim of bachelor thesis is a summary of life changes associated with pregnancy, childbirth and puerperium in your life. The work is described in more detail issues and treatment of psychiatric disorders in women related to childbirth and puerperium. Bachelor thesis can serve as a supplementary study material for students of the midwife and general nurse, but also for readers who are interested in this issue.

Key words: Birth. Depression. Mental disorders. Pregnancy. Prenatal period. Psychiatry. Puerperium.

Předmluva

Těhotenství, porod a mateřství jsou společností chápány jako šťastné události v životě ženy a její rodiny. Je však třeba poznamenat, že žena se během relativně krátkého období, jakým je těhotenství a šestinedělí po porodu, musí vyrovnat se změnami, které tyto významné události přinášejí.

Poporodní deprese byla donedávna považována za „výmysl“ žen a dodnes není velkou částí společnosti pochopena. Žena prochází během těhotenství velkým množstvím psychických a fyzických změn. Po porodu se navzdory své vyčerpanosti musí naučit novým dovednostem a schopnostem, které náleží její nové roli – roli matky. Jestliže pro ni její okolí nemá dostatek pochopení a nedopřeje jí dostatečný prostor k tomu, aby se své nové roli zcela přizpůsobila, dochází u ženy k frustraci a případně následnému vzniku psychického onemocnění.

Výběr tématu byl ovlivněn studiem oboru porodní asistence a absolvováním odborné praxe na odděleních šestinedělí v Praze a v Příbrami. Měla jsem možnost pozorovat chování žen po porodu a sledovat jejich adaptaci na roli matky. Jelikož jsem se s onemocněním depresí setkala ve své rodině, zajímala jsem se hlavně o psychickou stránku šestinedělek. Podklady pro práci jsem čerpala především z knižních zdrojů, ale také z internetových pramenů.

Bakalářská práce je určena studentům oborů porodní asistentka a všeobecná sestra, může však posloužit i porodním asistentkám či všeobecným sestřím z praxe, které věnují péči o matky na oddělení šestinedělí.

Chtěla bych touto cestou poděkovat panu Doc. PhDr. Karlu Hnilicovi, Ph.D. za ochotu a spolupráci, kterou mi poskytl během vypracovávání bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1. TĚHOTENSTVÍ, POROD A MATEŘSTVÍ	12
1. 1. TĚHOTENSTVÍ	12
1. 2. POROD	15
1. 3. ŠESTINEDĚLÍ	17
1. 4. MATEŘSTVÍ A RODIČOVSTVÍ	19
2. POPORODNÍ PSYCHICKÉ PORUCHY	22
2. 1. POPORODNÍ BLUES	23
2. 2. POPORODNÍ DEPRESE	23
2. 2. 1. PŘÍČINY DEPRESE	25
2. 2. 2. PŘÍZNAKY A PROJEVY DEPRESE	25
2. 2. 3. ROZDĚLENÍ DEPRESE	27
2. 2. 4. DIAGNOSTIKA DEPRESE	27
2. 3. LAKTAČNÍ PSYCHÓZA	28
2. 3. 1. SCHIZOFRENNÍ PORUCHY	29
2. 3. 2. MANICKÝ SYNDROM	30
3. TERAPIE	30
3. 1. PSYCHOTERAPIE	31
3. 1. 1. DYNAMICKÁ PSYCHOTERAPIE	31
3. 1. 2. KOGNITIVNÍ PSYCHOTERAPIE	32
3. 1. 3. TERAPEUTICKÁ KOMUNITA	32
3. 2. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S PSYCHICKÝMI PORUCHAMI	33
3. 2. 1. ZÁSADY PŘÍSTUPU K PACIENTŮM S PSYCHICKÝMI PORUCHAMI	33
3. 2. 2. VYŠETŘOVACÍ, ZOBRAZOVACÍ A LÉČEBNÉ METODY	37
3. 2. 3. FARMAKOTERAPIE	39
II. EMPIRICKÁ ČÁST	41
4. POPIS ŘEŠENÍ VLASTNÍHO PRŮZKUMU	42
4. 1. PRŮZKUMNÝ PROBLÉM	42
4. 2. VÝSLEDKY VLASTNÍHO PRŮZKUMU	44
5. DISKUZE	57

ZÁVĚR.....	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
PŘÍLOHY	65

Úvod

Poporodní deprese je psychická porucha, která postihuje přibližně 10 % žen po porodu. Nejedná se pouze o přetrvávající špatnou náladu u ženy, ale o vážné onemocnění, které nelze brát na lehkou váhu. Neléčená deprese může vést k tomu, že žena ublíží sama sobě či svému dítěti. Často až tragické události (sebevražda matky, zabití dítěte aj.), v něž onemocnění poporodní depresí již u mnoha žen vyústilo, vedlo společnost k tomu, aby této nemoci věnovala pozornost. Přesto se o poporodní depresi mluví stále málo. Studenti zdravotnických oborů - zejména porodní asistence – se na vysokých školách o onemocnění poporodní depresí či laktační psychózou mnoho informací nedozví a o jejich léčbě či přístupu k pacientům s touto psychiatrickou diagnózou také ne. Ani na gynekologicko-porodnických odděleních lékaři a sestry nevěnují psychiatrickým onemocněním příliš pozornosti.

Cílem bakalářské práce je proto přiblížit čtenáři problematiku poporodních psychických poruch. Práce je zaměřena na změny v životě ženy, které doprovází těhotenství, porod a mateřství a jež se mohou u nich stát také příčinou psychických onemocnění. Dále práce nabízí podrobnější náhled na jednotlivá psychická onemocnění po porodu, včetně jejich diagnózy, léčby a samozřejmě přístupu k nemocným. Součástí bakalářské práce je průzkum realizovaný u žen po porodu na oddělení šestinedělí. Jeho cílem bylo nejen porovnání zajímavých stávajících výsledků v této oblasti se skutečností, ale také ověření vlastních domněnek o psychických onemocněních, která se u žen po porodu mohou vyskytnout.

Cíl práce

Téma poporodní deprese se v současné době stává více aktuálním. Jelikož stoupá počet žen, které se stávají matkami až v pozdějším věku, většinou až po dovršení 30 let; je u nich období těhotenství či samotný porod spojen s vyšším rizikem zdravotních komplikací a tudíž i s větší psychickou zátěží. Ženy se v současnosti často intenzivně věnují studiu a profesionální kariéře, zastávají vedoucí pozice v zaměstnání a v pracovním procesu se co do vytížení rovnají s muži. Samotná role matky je však také velmi náročná. Je tedy zřejmé, že tíhu zodpovědnosti a povinností, které souvisí s mateřstvím a profesí ženy, nemusí každá z nich zvládnout zcela bez problémů. Poporodní deprese tak přestává být fenoménem a pozvolna se stává skutečností.

Jelikož jsem se s onemocněním depresí setkala ve své rodině, uvědomuji si závažnost této choroby. Na odborné praxi na odděleních šestinedělí jsem se proto zaměřovala také na psychické prožívání u žen. Šestinedělí je u ženy obdobím velkého štěstí, ale zároveň i velkých obav, zda novou roli ve svém životě zvládnou.

Ve vlastním průzkumu, který je součástí práce, jsem se zaměřila na výskyt fyzických a psychických změn doprovázejících těhotenství a porod. Dotazovala jsem se na komplikace v těhotenství a při porodu. Důležitým bodem v průzkumu bylo zkoumání sociálně-ekonomické situace žen. Domnívám se, že všechny tyto okolnosti mohou být rizikem pro vznik poporodní deprese. Cílem práce je vyhodnocení vztahu takových změn k psychickému prožívání šestinedělí u žen.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Těhotenství, porod a mateřství

Těhotenství, porod a mateřství patří mezi zlomové události v životě ženy. Tyto události jsou společností chápány jako radostné a pozitivní. Přesto je třeba poznamenat, že právě těhotenství a narození dítěte je významnou stresovou situací v životě ženy. Podle škály stresových situací, v níž byly bodovány různé stresové situace v životě člověka od 0 bodů do 100 bodů, se těhotenství a narození dítěte objevuje přibližně v polovině této škály s hodnocením 40 bodů (Křivohlavý, 1994).

Těhotenství je u ženy provázáno změnami fyzickými a psychickými. Ve společném soužití ženy a muže je těhotenství a porod významným mezníkem, kdy se z partnerů stávají rodiče, kteří spolu se svým dítětem tvoří rodinu. Postavení ženy ve společnosti se s narozením dítěte výrazně mění. Žena jako matka ztrácí svou svobodu a soběstačnost a muž je postaven do náročné situace, kdy se od něj očekává, že bude udržovat materiální chod domácnosti.

1. 1. Těhotenství

Těhotenství je obdobím v životě ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Těhotenství se projevuje výraznými fyzickými změnami u ženy a představuje velkou zátěž na její organismus. Některé změny mohou kvalitativním a kvantitativním vystupňováním přejít v poruchy nebo chorobné stavy. S rostoucí potřebou zabezpečit výživu rychle se vyvíjejícímu plodu, dochází u ženy ke změnám v krevním oběhu a metabolismu. Tyto změny mohou u některých nastávajících matek způsobit rozvoj např. hypertenze nebo gestačního diabetu.

Nejvýraznějším doprovodným příznakem těhotenství je zvětšování dělohy. Kapacita dělohy se během těhotenství zvětší až 500 krát. Zvětšování dělohy způsobuje napínání kůže v oblasti břicha a často dochází k nevratným změnám tím, že podkoží praská a vytváří se tzv. *striae*, neboli *pajizévky*. Vlivem růstu dělohy také ochabuje břišní stěna a dochází k rozestupu břišních svalů.

Změna hormonální činnosti nadledvin způsobuje u žen *hyperpigmentaci*, tedy tmavnutí kůže, především v oblasti břicha, dvorců prsou a genitálií. Někdy se *hyperpigmentace* u žen objevuje i na obličeji a vytváří se

těhotenské skvrny, tzv. *chloasma gravidarum*. Tvorbu těchto skvrn podporuje častý pobyt těhotné na slunci, který není těhotným příliš doporučován. Zvětšení prsů rovněž podporuje vznik *strií*, mléčné žlázy vylučují u těhotné mlezivo neboli *kolostrum* a ženy často pociťují v prsou bolestivé napětí.

Placenta a těhotenské žluté tělísko produkují velké množství hormonu progesteronu a ovlivňují tak činnost trávicího a vylučovacího systému u ženy. Těhotné často obtěžuje slinění (*ptyalismus*), zácpa (*obstipace*), plynatost (*meteorismus*), časté močení (*polakisurie*) a také těhotenské nevolnosti (*nausea*) a zvracení (*vomitus*). Výjimečné nejsou ani zvraty v chuti a pálení žáhy (*pyróza*). Zpomalení činnosti trávicího ústrojí může u žen způsobit různé obtíže, jako je například stáza žluči a následné choroby jater.

Žena v těhotenství přibude na váze přibližně o 10 – 12 kg. Změnou hmotnosti se mění těžiště u ženy a páteř v bederní oblasti je více prohnutá a těhotné si pak mohou stěžovat na bolesti zad. Svalstvo pánevního dna ochabuje a ani cvičením po porodu se již nedostane zpět do původního stavu. Těhotné také často trápí otoky nohou a rukou, vznik křečových žil (*varixy*), dušnost, vypadávání a řídnutí vlasů, lomivost nehtů, krvácení dásní či zvýšená kazivost zubů (Čech, 2006).

V těhotenství rovněž dochází ke změnám v psychice ženy. Na psychologických změnách se velmi podílejí právě změny fyzické. Žena se cítí nemotorná, snadno se unaví, má obavy, že není přitažlivá v důsledku výše popsaných těhotenských změn, a často trpí nedostatkem sebevědomí. Těhotné ženy bývají psychicky labilní. Změna citové reaktivity však závisí také na povaze těhotné a na chování blízkých osob v jejím okolí. Žena trpí starostmi z nových povinností a zodpovědnosti, má obavy, zda bude dobrou matkou a bude schopna řádně pečovat o dítě. Těhotná má samozřejmě obavy o zdraví dítěte, trpí strachem z porodu či císařského řezu; má strach, že nebude zvládat bolest atd.

Těmto obavám se dá velice snadno předejít. Vhodná je psychoprofylaktická příprava na porod v podobě kurzů, které může žena navštěvovat společně s partnerem. Na předporodních kurzech se žena dozví od porodní asistentky vše, co ji zajímá; např. kdy začíná porod, jak probíhá, co zahrnuje příprava před porodem, jak si správně vybrat porodnici, co s sebou do porodnice vzít. Porodní asistentky ženy poučí o metodách, jak mírnit bolest, jak

správně při porodu dýchat, jakou zvolit úlevovou polohu při bolestech aj. Vhodné jsou také informace od přítelkyň či starších sester, jež už mají děti a mohou tak ženu poučit např. o tom, jak pečovat o novorozence. Personál v nemocnici je rovněž povinen ženy edukovat v průběhu porodu, a poté na oddělení šestinedělí.

V období těhotenství je pro ženu podpora od jejího partnera a blízkého okolí velmi důležitá. Psychické projevy u těhotných žen, jako je zvýšená podrážděnost, strach, neklid, zvýšená plačtivost, narušená sebedůvěra, přehnaná sebekritika aj. jsou často doprovodným příznakem fyzických a hormonálních změn. Partner by si měl toto uvědomit a měl by mít pro ženu porozumění. Ženy mají často strach, že svého muže ztratí kvůli změně svého zevnějšku. Partner má ženě projevovat úctu a obdiv a dát jí najevo, že je pro něj stále přitažlivá a měl by ji ujistit, že některé fyzické změny jsou pouze dočasné. Ženy v těhotenství někdy trpí ztrátou libida. Ztráta libida souvisí s tělesnými a psychickými změnami a je také reakcí na obavy ženy, zda je sex v těhotenství bezpečný. Sex v těhotenství je možný po celou dobu jeho trvání, pokud jej dovoluje zdravotní stav a přání ženy. Těhotná žena jinak vnímá své tělo a je na doteky velmi citlivá. Důležité je o všem s partnerem mluvit, upozornit ho, co je jí příjemné a co ne. Partner by měl být v tomto směru velmi tolerantní a chápavý.

V současné době je prenatální péče v naší republice na velmi vysoké úrovni, proto je téměř zbytečné, aby žena měla strach o zdraví svého nenarozeného dítěte. Žena by však měla dbát na dodržování pravidelných návštěv u svého lékaře. V prenatální diagnostice je velmi ceněno použití ultrazvuku na nejrůznější vyšetření, např. *ultrazvukovou biometrii* a *flowmetrii*. Tato vyšetření pomáhají odhalit skryté vady plodu a nepravidelnosti v jeho vývoji. Neméně důležitou roli má v prenatálním období použití *kardiotokografu* – přístroje, jež monitoruje srdeční akci plodu a zároveň děložní činnost. U starších rodiček lékaři přistupují k invazivním vyšetřením, jako je *biopsie choria* (odběr vzorku placentárních klků) a *amniocentéza* (odběr plodové vody). Je třeba poznamenat, že u invazivních vyšetření je vzrůstá frekvence potratu a musí-li je těhotná žena podstoupit, znamená to pro ni významnou psychickou zátěž (Čech, 2006).

Pro těhotnou ženu je velmi důležité harmonické prostředí plné klidu a pohody. Stresové situace, jako jsou špatné vztahy v rodině, existenční

problémy, riziková gravidita, kouření či konzumace alkoholu a drog, mohou způsobit patologický průběh těhotenství a následně např. potrat, předčasný porod, komplikace v II. době porodní aj. Stává se, že starší ženy z okolí těhotné (matka, tchyně apod.) mají sklon k poučování a často těhotnou zatěžují negativními zážitky ze svého porodu atd. Ženy v těhotenství jsou na tyto zážitky velmi citlivé, a proto by si je budoucí babičky měly nechat pro sebe a ženu podpořit zejména v dodržování správné životosprávy (Macků, 1998).

1. 2. Porod

Porod je bezesporu jedním z nejsilnějších zážitků v životě ženy a také jejího partnera. Narození dítěte je pro spoustu žen naplněním smyslu života, podstatou jejich ženství. V posledních letech podle Doc. MUDr. Antonína Pařízka, CSc. „nastal vysoký nárůst budoucích matek, které se o své těhotenství více zajímají již předem, starají se o vše okolo porodu a šestinedělí. Informují se o péči o dítě, o přítomnosti partnera u porodu a v neposlední řadě i o aktivity určené přímo těhotným (Pařízek, 2005, s. 213)“. Ženy proto často navštěvují kurzy předporodní přípravy, kde se dozví o těhotenství, porodu a šestinedělí vše podstatné. Předporodní kurzy mají značný vliv na posílení důvěry vůči zdravotnickému personálu a pomáhají rodičku pozitivně naladit.

Partneři těhotných žen jsou dnes do celého děje těhotenství a porodu zapojeni více než dříve. Doprovází ženy na kontroly do těhotenských poraden, jsou přítomni u ultrazvukových vyšetření, navštěvují již zmíněné přípravné kurzy k porodu, pomáhají partnerce vybrat správnou porodnici atd. Přítomnost otce u porodu je vítána, pokud se tak muž rozhodl sám a dobrovolně. Důležitá je i sehranost páru. V porodnicích často není čas na to, aby personál uspokojil veškeré potřeby rodičky, a proto se partner u porodu stává důležitým „spojencem“ mezi rodičkou a personálem. Přibližně třetina otců přítomných u porodu svou partnerku výrazně povzbuzují, např. s ní správně dýchají, masírují jí záda, přidržují hlavu při tlačení, pobízejí ji k aktivitě atd. Většina otců je u porodu pro partnerku hlavně jako psychická podpora, rodička je klidná, když ví, že není na porodním pokoji sama a v nejtěžších chvílích ji partner např. drží za ruku a poskytuje jí tak psychickou pomoc. Pro muže, kteří se porodu účastnili dobrovolně, je to hluboký zážitek. Přítomnost u porodu je příležitost k novým

prožitkům a dochází k upevnění partnerské a následně i rodinné vazby (Sokolová, 2010b).

Je-li však přítomnost otce u porodu vynucena, může způsobit více škody než užitku. Jestliže partner nesnese pohled na krev, bolest a má z přítomnosti u porodu obavy, žena by jej neměla nutit, aby ji na porodním sále doprovázel, protože jeho přítomnost u porodu by v tomto případě byla zbytečná. Vystrašený otec může na rodičku přenášet negativní emoce a pro některé muže je porod (zejména pokud se jedná o porod komplikovaný) natolik otřesným zážitkem, že už se ženou nedokážou nadále udržovat sexuální vztah. Podle odborníků se jedná o tzv. *Madonin komplex*, kdy muž přestane vnímat svou ženu jako objekt sexuální touhy, ale vnímá ji pouze jako matku svého dítěte (Sokolová, 2010a).

Je však vhodné, aby i ten muž, který nechce být porodu přítomen, odvezl svou partnerku do porodnice; připravil doma vhodné prostředí pro návrat partnerky s dítětem z porodnice a náležitě je pak přivítal.

Samotný průběh porodu je rozdělen na tři porodní doby. *I. doba porodní* nastává pravidelnými děložními stahy a trvá až do zániku děložní branky. Ze všech porodních dob je nejdelší a psychicky nejnáročnější. U prvorodiček trvá několik hodin a rodička za tu dobu pocítí přibližně 110 – 150 děložních kontrakcí, vícero dička 60 – 80. Dokud nemá rodička vaginální nález vhodný k přípravě k porodu, musí si s tlumením bolesti často pomáhat sama. Vhodná je teplá sprcha, cvičení na gymnastickém míči pro uvolnění svalů pánevního dna, poslouchání hudby, aromaterapie a jiné nefarmakologické metody. Neméně důležitá je i podpora personálu, ochota ženě poradit, jak si může sama pomoci ke zmírnění bolesti, poučit ji o správné technice dýchání a psychicky ji povzbudit. Ženy se často mylně domnívají, že porod nastává také odtokem plodové vody, a pak se trápí tím, že porod stále ještě nenastal a ubíhající čas je velmi frustruje. Proto by personál měl rodičce vysvětlit, jak vlastně porod probíhá a poradit jí, jak si krátit chvíle čekání na čekatelském pokoji na porodním sále. Rodičky jsou velmi vděčné, když si s nimi porodní asistentky alespoň chvíli popovídají a uklidní je, poněvadž na čekatelském pokoji jsou často samy a bez partnera.

II. doba porodní nastává od zániku děložní branky do porodu plodu. Navzdory tomu, že tato porodní doba je velmi fyzicky i psychicky náročná,

pocituje při ní spousta žen celkovou úlevu, protože se může porodu aktivně zúčastnit tím, že tlačí a hlavně vidí, že už brzy své dítě bude držet v náručí. Bohužel se ve II. době porodní může vyskytnout řada komplikací, které vyžadují rychlé ukončení porodu *akutním císařským řezem* nebo pomocí *porodnických kleští a vakuumextraktoru*. Ze strany plodu se jedná především o *akutní hypoxii, asynklitismus, deflexní polohy hlavičky* aj. Ze strany matky řadíme mezi tyto komplikace např. *děložní dystokii, nepostupující porod* aj. Ukončení těhotenství akutním císařským řezem nebo jinými metodami je pro ženu velmi traumatickým zážitkem. Často se kolem ženy „seběhne“ celý personál, rychle ji připravuje na výkon a žena nechápe, co se kolem ní děje a proč; má velké obavy o své nenarozené dítě, protože jí nikdo nemůže v tuto chvíli zaručit, že bude vše v pořádku. Ženy, které rodily akutním císařským řezem mívají na porod negativní vzpomínky. Prožívají zklamání především jako ženy, protože nemohly porodit dítě přirozenou cestou. Porod císařským řezem je pro ženu daleko náročnější než spontánní porod, její zotavování je postupné, je ohrožena pooperačními komplikacemi a trpí větším množstvím poporodních ztrát. Raná interakce s dítětem je ztížena a žena je proto náchylnější k psychickým poruchám (Geisel, 2004).

Jako *III. dobu porodní* označujeme období od porodu plodu po porod placenty. Žena je po porodu dvě hodiny sledována na porodním sále, který má charakter jednotky intenzivní péče, pro případ, kdy by nastaly komplikace – např. krvácení, šokové stavy atp. S rodičkou zůstává po porodu i její partner. Dětské sestry nechávají rodičům své dítě pochovat a matka poprvé zkouší přiložit dítě k prsu. Potom je žena z porodního sálu přeložena na oddělení šestinedělí.

1. 3. Šestinedělí

Šestinedělí neboli *puerperium* je doba, kterou žena prožívá zhruba šest týdnů po porodu. Změny, které se staly v těle těhotné ženy, odeznívají a tělo se v průběhu šestinedělí pozvolna vrací do původního stavu. Hojí se porodní poranění, pohlavní orgány a celý organismus se vrací do stavu před otěhotněním, činnost zahajuje mléčná žláza a nastává kojení.

Doba bezprostředně po porodu je pro organismus ženy velmi náročná. Její tělo si zvyká na novou situaci. Ženy jsou po porodu více či méně vyčerpané. Přiložením dítěte k prsu nebo drážděním bradavek se vyplavuje hormon oxytocin, který podporuje zavinování dělohy. Žena je z porodního sálu převezena na oddělení šestinedělí, kde je většinou zaveden systém společného ošetřování matek a dětí, tedy *rooming-in*. Matka je poučena o režimu šestinedělí, zejména o důkladné hygieně a učí se pečovat o své dítě.

Mimo tělesné změny žena zažívá změny psychické, které jsou často způsobeny poklesem hormonu progesteronu, jež vylučovala placenta, která již v těle není. Progesteron má na ženu především uklidňující vliv. Po porodu dochází k produkci hormonu oxytocinu a prolaktinu, podporujících kojení. Žena bývá v prvních dnech po porodu unavená. Uvědomuje si, že do každodenního života vstupuje péče o dítě. Některé ženy se pak často obávají, zda novou roli zvládnou. Vedle radosti z dítěte prožívají i stavy skleslosti, jsou často plačtivé a podrážděné bez zjevné příčiny. Je třeba, aby žena z porodnice odcházela dostatečně edukovaná, jak se má starat o novorozence i o sebe. Je dobré, když nedělká ví, že se doma může obrátit s radou o pomoc na své blízké a nabývá tak sebedůvěry, že novou situaci zvládne.

Stává se, že lidé v blízkém okolí nedělký, kteří se radují z narození dítěte, si neuvědomují, že by žena mohla zažívat jiné pocity než radost a štěstí. Žena však po porodu prochází velmi silnými hormonálními změnami, které často vyústí v poporodní blues. Na poporodní sklíčenosti se podílí nejen hormonální změny, ale také poporodní komplikace u ženy či u dítěte, rozhodující je i fakt, zda bylo těhotenství chtěné, zda dítě nemá vrozenou vývojovou vadu nebo netrpí zhoršenou poporodní adaptací. Značný vliv mají traumatické zážitky z minulosti, které se po porodu mohou znovu objevit. Důležitá je též pevnost partnerského vztahu, postoj rodiny k narození dítěte, ekonomická situace v rodině aj. (Pařízek, 2005).

Poporodní blues by okolí nedělký nemělo podceňovat. Šest týdnů po porodu je poměrně krátká doba na to, aby se žena vyrovnala s veškerými změnami po porodu a přijala novou roli matky. Partner by měl mít pro ženu pochopení. Středem zájmu matky je teď dítě, což je přirozený mateřský pud. Některé úkoly týkající se péče o dítěte by se měl muž naučit pro případ, že nedělká onemocní. Partner by se měl již dopředu připravit na finanční zátěž, na

noční buzení, ale také na to, že pro svou ženu již nebude středem zájmu pouze on a také si bude muset osvojit nové povinnosti, které se týkají chodu domácnosti atp. Partner by neměl dítě vnímat jako nepřítele ve svém vztahu k ženě, ale jako silné pouto mezi nimi, pokračování jich samých, jejich rodu (Macků, 2004).

Pomoc partnera ženě je pro ni nezastupitelná a nedocenitelná. Správný partner by měl být trpělivý k výkyvům nálad své ženy, měl by ji umět povzbudit, když má nedostatek sebedůvěry nebo se jí něco nedaří. V domácnosti by si partneři měli jasně rozdělit úkoly, aby předešli nervozitě a nespokojenosti. Pokud je žena podrážděná a zmatená, neměl by ji muž kritizovat, měl by se vyhnout hádkám a nesměřovat na ni svůj vztek (Geisel, 2004).

Poporodní blues u žen obvykle do několika dní vymizí, u některých matek však může přetrvávat a rozvinout se v poporodní depresi, která již vyžaduje pomoc odborníka. Varovnými příznaky bývají poruchy spánku, děsivé sny, apatie a odmítání kojení, vnitřní odmítání dítěte a kontaktu s ním, strach a fobie z každého nového dne, sebepodceňování a nenávisť k vlastnímu tělu, nechuť k sexuálnímu životu aj. (Pařízek, 2005).

1. 4. Mateřství a rodičovství

Mateřství a rodičovství je společností chápáno jako pokračování rodu. Jedná se o intenzivní darování a přijímání citů, radost a potěšení z dětí, zajištění kontinuity rodu, dosažení dospělé identity. Mateřství se vyznačuje aspekty biologickými, mezi něž řadíme početí, těhotenství a porod. Mezi aspekty psychologické patří identita matky, její sebepojetí a také osobní zralost, kdy se žena stává méně sobeckou a více trpělivou. Jako interpersonální aspekty mateřství a rodičovství chápeme vztahy k dítěti, vztahy mezi partnery, rodinné vztahy a vztahy k přátelům. Mateřství má i aspekty sociálně-kulturní, což je postoj společnosti k matkám a sociálně-ekonomický kontext mateřství.

Mateřství a rodičovství je považováno za přirozenou součást životního běhu člověka, je spojováno s obdobím dospělosti, je smyslem životní naplně, někdy je označováno jako životní úkol. Přínosem rodičovství je rozvoj vztahů, tedy radostný vztah k dítěti, nová dimenze vztahu k partnerovi, nová přátelství.

Důležitý je pocit osobního naplnění, sebevyjádření, osobnostní rozvoj, nové životní hodnoty, smysluplnost života (Sobotková, 2007).

Jak vlastně žena pozná, že se chce stát matkou? Mateřský pud bychom mohli vyjádřit jako emocionální připravenost na dítě. Toto puzení se liší s věkem matky. Mladé matky chápou touhu mít dítě jako instinkt či osud, kdežto starší ženy se cítí být zralé na to stát se matkami. Zralost navazuje na stabilitu v jejich životě, která nastala po dosažení vytyčených cílů.

V současné době stále vzrůstá počet žen, které mateřství odkládají. Tento jev je častější u žen, jež mají vysokoškolské vzdělání. Takové ženy mívají děti méně nebo zůstávají dobrovolně bezdětné. Uvádí se, že až 19 % žen s univerzitním vzděláním dítě nechce či nemá, na rozdíl od 5 % žen se vzděláním nižším (Sobotková, 2007). Počet žen poprvé rodičích se během 90. let zvýšil ze 6 % na 18 % a stále roste (Sobotková, 2007).

Odkládání mateřství souvisí s vyšší vzdělaností žen či s kontrolou porodnosti, svůj podíl má i existence různých forem rodinného života. Žena s vyšším vzděláním buduje svou kariéru a mateřství pro ni znamená „brzdu“ v profesionálním vývoji. Zpomalení kariéry matky patří k obětem mateřství stejně jako finanční znevýhodnění, omezení osobní svobody, dopad na manželský život (vyčerpanost a emocionální labilita ženy má negativní vliv na sexuální život až u 50 % párů). Mateřství je rozhodnutí nevratné, a proto se některé páry obávají, že nebudou dobrými rodiči, jiní zase nechtějí přivést dítě na tento svět kvůli závažným globálním problémům (Sobotková, 2007).

Vyšší věk rodiček však s sebou přináší medicínská rizika. Patří k nim vyšší počet indukovaných porodů, porodů císařským řezem, výskytu chromozomálních abnormalit u dětí (s nimi souvisí etická otázka ukončení těhotenství). Častá jsou invazivní vyšetření v těhotenství (*amniocentéza* aj.), s nimiž je spojeno vyšší riziko potratu a tudíž i značná psychická zátěž pro ženu (Sobotková, 2007).

Starší matky se také liší v interakci s dítětem. Jsou citlivější k projevům dítěte, rychleji reagují na jeho podněty a potřeby. Ve výchově dětí zastávají netradiční postoje, více si s dětmi povídají, častěji je vybízejí k aktivitě. Děti starších rodičů bývají samostatnější, po rozumové stránce vývoje jsou vyspělejší. Často se však jedná o silné osobnosti, které jsou více temperamentní a hůře poddajné (Sobotková, 2007).

Na spokojenost s rolí matky nemá vyšší věk vliv. Nejspokojenější ale v této roli bývají mladé zkušené matky. Největší sklon k depresi mají prvorodičky. Starší matky trpí častěji somatickými obtížemi, jsou více unavené a citlivěji reagují na nedostatek podpory a pomoci od svého partnera (Sobotková, 2007).

Interakce mezi matkou a dítětem začíná již v těhotenství. Těhotenství je aktivní dialog mezi matkou a dítětem. Jedná se o proces na úrovni psychosociální, emocionální, biochemické a psychoneuroendokrinní. S rostoucím technologickým pokrokem, jako je *sonografie*, monitorování nitroděložního života plodu atd., vzrůstá i zájem rodičů o prenatální období. Role partnera ve vztahu k ženě během těhotenství má značný vliv na její postoj k dítěti po narození.

Interakce mezi dítětem a matkou probíhá v těhotenství v několika fázích. První fází je *fáze nejistoty*, která trvá přibližně do 12. týdne těhotenství. Kolem 15. týdne těhotenství se utváří v hlavě matky „*obraz dítěte*“ a vyvolává u ní touhu po dítěti. Na začátku těhotenství žena své dítě ještě nemůže vnímat, a proto si roli nastávající matky uvědomuje až s prvním ultrazvukovým vyšetřením, vydáním těhotenské průkazky atp., kdy má již o svém těhotenství skutečný důkaz. Přibližně ve 20. týdnu těhotenství žena ucítí první pohyby dítěte a vnímá jej už jako skutečnou bytost s vlastním rytmem života. S blížícím se porodem se u matky utváří „*obraz dítěte v náručí*“. Žena si dítě představuje jako konkrétní bytost. V myšlenkách si utváří jeho podobu, uvědomuje si péči, kterou dítě vyžaduje. Tato fáze těhotenství se označuje jako *fáze přípravná* a začíná kolem 30. týdne těhotenství.

Na počátku těhotenství je vztah matky k dítěti neurčitý, později je individualizovaný a zasáhne do života obou rodičů. Mezi partnery se mění jejich vzájemný vztah, mění se také sociální situace – dítě rodiče spojuje. Psychika matky má zásadní význam pro přijetí mateřské role a dítěte i s jeho integrováním do rodiny. Negativní psychická vyladěnost je nejrizikovější faktor pro prenatální vývoj a zahájení rané interakce v období před narozením dítěte (Šulová, 2005).

Klíčový význam v interakci mezi matkou a dítětem má tzv. *imprinting* po porodu, což je vtisknutí obrazu matka – dítě. Důležitý je bezprostřední kontakt matky s dítětem po porodu. Intimní kontakt s dítětem je základem

synchronizace ve vztahu matka – dítě. Matky, jež byly se svými dětmi ihned po porodu v kontaktu, měly ke svým dětem vztah vřelejší. Matka je na svou roli hormonálně připravena, ale jestliže mezi ní a dítětem dochází k separaci, signál potom slábne. Nejinak je tomu i u novorozence, který reaguje na člověka, jež o něj pečuje. Synchronizace mezi matkou a dítětem může být narušena ze strany novorozence zhoršenou kvalitou jeho smyslů a sníženou schopností vyrovnat se s postnatálními nároky. Ze strany matky synchronizaci negativně ovlivňuje míra její osobní zralosti a připravenosti na mateřství, postoj k dítěti, výchovné principy a praktiky, empatie, temperament, sebedůvěra, psychosociální situace aj. (Šulová, 2005).

Závažnou překážkou v interakci mezi matkou a dítětem je vazba matky na alkohol či drogy, poporodní únavnost a stres, psychiatrická diagnóza. Matka s psychiatrickou diagnózou se stává pro dítě nečitelnou. Na potřeby dítěte reaguje nepravidelně, prožívá k novorozenci ambivalentní vztahy a zahrnuje dítě přílišnou péčí nebo je k jeho potřebám zcela apatická a neunesla množství jeho aktivit. Taková interakce může u matky posléze vyústit v syndrom odmítnutí, kdy matka zcela nereaguje na potřeby dítěte, vnímá jej jako svého nepřítele a může mít tendenci být k dítěti hrozivá až brutální (Šulová, 2005).

U dětí matek s psychiatrickou diagnózou se častěji vyskytují úzkostné poruchy během 1. – 2. roku jejich života, bývají často nemocné, vyžadují větší pozornost. Během dospívání tyto děti častěji trpí nadváhou, jsou méně pilné a svědomité, bývají prchlivé, emocionálně labilní. V dospělosti mají problémy v zaměstnání, mívají pocity nespokojenosti s vlastním životem. Nemají příliš přátel a v lásce často prožívají zklamání a trápení. Není výjimkou, že tito lidé jsou v dospělosti více soudně trestáni a mají častěji problémy např. se závislostí na alkoholu (Šulová, 2005).

2. Poporodní psychické poruchy

Psychické poruchy se vyskytují během prvních dvanácti měsíců po porodu (Nicolson, 1998). Z lékařského hlediska jsou způsobeny pravděpodobně hormonálním zvratem po porodu. Po porodu dochází k prudkému poklesu

produkce hormonů estrogeneru a progesteronu a dochází k produkci hormonů oxytocinu a prolaktinu (Nicolson, 1998).

Poruchy psychiky jsou z lékařského hlediska vázány na případný rizikový průběh těhotenství, jsou též pokládány za důsledek traumatického porodu nebo jsou spojovány s výskytem psychických poruch v osobní či rodinné anamnéze rodičky. Jiné studie prokazují, že např. poporodní deprese je prekurzorem onemocnění depresí v pozdější fázi života (Nicolson, 1998). Psychické poruchy se projevují jako poporodní blues, poporodní deprese a laktační psychóza.

V psychiatrii se poporodní psychózy řadí mezi psychózy toxické, u nichž je porod chápán jako provokační činitel duševního onemocnění (Malá, 2002).

2. 1. Poporodní blues

Poporodní blues je běžný psychický projev šestinedělí. Může postihovat až 70 % žen v šestinedělí (Hanáková, 2007). Jedná se o přechodný stav plačtivosti, úzkosti, nepokoje, depersonalizace, podrážděnosti, psychické lability, poruchami komunikace s okolím, poruchami spánku, sebedůvěry. Příznaky se projevují v průběhu prvního týdne po porodu a zpravidla do deseti dnů po porodu vymizí (Hanáková, 2007). Někdy dochází k opětovnému návratu příznaků. Ženy také často prožívají negativní pocity v souvislosti se vztahem k novorozenci.

Zda poporodní blues souvisí s porodnickými, sociálními, ekonomickými či psychologickými příčinami, nebylo prokázáno (Hanáková, 2007). Tyto symptomy jsou však přechodné a není indikována farmakologická léčba. Možnou prevencí proti tomuto stavu je psychoprophylaktická příprava na porod a šestinedělí, ale také profesionální postoj personálu a vstřícný postoj blízkého okolí ženy (Hanáková, 2007).

2. 2. Poporodní deprese

Deprese je nepsychotická afektivní porucha, jejíž frekvence výskytu stoupá již v časném stadiu těhotenství. Onemocnění postihuje 4 – 29 % žen, výskyt je tedy častější než u žen netěhotných (Čech, 2006). Deprese postihuje

dvakrát více adolescentních těhotných žen, nežli je tomu u dospělých těhotných žen (Čech, 2006). Mezi rizikové faktory pro vznik těchto stavů patří psychiatrická onemocnění v rodinné a osobní anamnéze, neshody v manželství či v rodině, zvýšený výskyt stresových situací, nechtěné těhotenství, ekonomické potíže atd. (Čech, 2006).

V období poporodním postihuje deprese přibližně 10 % šestinedělek (Hanáková, 2007). Rizikové faktory pro vznik poporodní deprese jsou totožné s faktory, jež ovlivňují vznik deprese v době těhotenství. Poporodní deprese se svým projevem neodlišuje od deprese, jež postihuje netěhotnou populaci. Připojuje se však neschopnost milovat vlastní rodinu a ambivalentní vztahy k novorozenci (Hanáková, 2007). Příznaky se projevují od mírné formy až po suicidální tendence.

Poporodní deprese se vyskytuje nejčastěji mezi 4. – 6. týdnem po porodu, může se však projevit až do jednoho roku po porodu (Hanáková, 2007). Poporodní deprese se objevuje i po *abortu* (potratu) či *extrauterinní graviditě* (mimoděložním těhotenství). Pravděpodobnost výskytu nemoci i v další graviditě je 50 % - 100 % (Hanáková, 2007).

Deprese je nemoc podobná jiným onemocněním, jako je třeba vysoký tlak nebo cukrovka. Není to pouze špatná nálada, ale nemoc celého organismu. Deprese je u většiny lidí léčitelné onemocnění. Neléčená deprese však může vést ke ztrátě výkonnosti, k izolaci, ztrátě radosti v životě a také ke snížení obranyschopnosti organismu (Praško, 2003a).

Deprese je často zaměňována se smutkem. Jedná se však o hluboký zásah do každodenního života, je tedy mnohem intenzivnější než smutek, trvá déle a narušuje denní fungování. Depresí onemocní každý rok 5% obyvatelstva nezávisle na věku (Praško, 2003a). Trpí jí i děti, častěji se však vyskytuje u dospělých a to zejména ve věku 25 – 44 let (Praško, 2003a). S vyšším rizikem výskytu deprese jsou spojována období života, kdy dochází k zásadním změnám, jako je např.: puberta, narození dítěte, menopauza, odchod do důchodu, ovdovění atd. Délka deprese je různá – může trvat měsíce i léta (Praško, 2003a).

2. 2. 1. Příčiny deprese

Deprese patří mezi onemocnění, jež nemají pouze jednu příčinu, ale často vzniká v důsledku mnoha různých příčin. Tyto příčiny se velmi často prolínají. Deprese může být způsobena nezdravým životním stylem, např. z nedostatku spánku, nedostatku pohybu či naopak z přepracování (Křivohlavý, 2003).

Deprese vzniká i z biologických příčin, do této skupiny řadíme i poporodní depresi. Mezi tyto příčiny rovněž patří vlivy změn počasí, působící sezónní emocionální potíže; zážitek nemoci vlastní nebo člověka, který je nám blízký (Křivohlavý, 2003). Mezi biologické faktory ovlivňující depresi patří genetické vlivy, poruchy biochemické aktivity v centrální části mozku atp. (Křivohlavý, 2003).

Mezi ostatní příčiny, jež mohou podněcovat vznik deprese patří např. obtížné životní zkoušky – nedůvěra se strany druhých lidí, neúspěch, finanční obtíže. Dále sem řadíme osamění – ovdovění, rozvod, rozchod, úmrtí přátel aj. Pocit existenční prázdnoty taktéž napomáhá rozvoji deprese – jsou to pocity bezvýznamnosti vlastního úsilí, ztráta naděje a smysluplnosti vlastní činnosti, člověk „nemá proč žít“, vnímá svět jako „zkažený“ (Křivohlavý, 2003).

Rozvoji deprese napomáhají špatné mezilidské vztahy – rozpad rodiny, špatná sociální komunikace, neexistence „blízkého člověka“. Dále jsou to sociálně-kulturní faktory, tj. život v nadměrné chudobě, nepříznivé etnické faktory aj. (Křivohlavý, 2003).

2. 2. 2. Příznaky a projevy deprese

Deprese je provázena typickými emocemi, jimiž jsou: plačtivost, úzkost až panika, rozmrzelost, zlostnost, sebelítost, neradostnost, vztahovačnost. Projevem deprese jsou také depresivní myšlenky. Depresivní myšlenky jsou automatické – objevují se bez příčiny, nejsou promyšlené. Také jsou zkreslené a neodpovídají skutečnosti. Tudíž jsou neužitečné, nevedou k žádnému cíli a snižují sebevědomí. Přesto jim postižený plně věří a čím více jim věří, tím hůře se cítí. Mezi nejčastější depresivní myšlenky patří obavy týkající se budoucích úkolů, zdraví, existenčních problémů atd. Dalšími myšlenkami jsou předvídaní

selhání a tragické vize budoucnosti, obviňování sebe i okolí, komplexy méněcennosti a jiné (Praško, 2003a).

Deprese se projevuje mnoha příznaky, které postihují nejen psychickou, ale rovněž fyzickou stránku člověka. Mezi nejvýraznější příznaky deprese patří: přetrvávající úzkostná nálada, pocity beznaděje a bezmoci, sebeobviňování, ztráta smyslu života, ztráta radosti ze zájmů a koníčků, nespavost či nadměrná spavost, ztráta chuti k jídlu či přejídání, pokles energie, únava, odkládání činností, myšlenky na smrt, nervozita a výbušnost, snížená soustředěnost, obava o vlastní zdraví, nadměrná ustaranost (Praško, 2003a).

Lidé, kteří trpí depresí propadají „bludnému kruhu“ úzkosti. Úzkost udržují vyhybavým chováním vůči společnosti. Často trpí strachem, nemají dostatek sebedůvěry, aby se uklidnili sami, a tak se často upínají např. k alkoholu. Mívají katastrofické vize budoucnosti, čímž úzkost přiživují. Člověk, který má strach či pociťuje úzkost nadměrně dýchá (*hyperventiluje*), což způsobuje *alkalózu* (překysličení krve), která vede k tělesným příznakům jako je např. točení hlavy, bušení srdce, zrychlený tep, rozostření vidění, mravenčení, nevolnost, pocit nedostatku vzduchu. Tyto příznaky pak mylně nemocný považuje za projev nemoci. Úzkostlivý pacient je pak přecitlivělý a na svém těle neustále hledá a zkoumá sebemenší změny. Jakmile změny zaznamená, má strach např. z rakoviny atd. (Kennerleyová, 1998).

Člověk, který upadá do deprese či už depresí trpí se podle Fredericha Flacha projevuje jako osobnost se znaky vyšší citové zranitelnosti, to jest tzv. charakteristika *DPP – Depression Prone Personality* (Křivohlavý, 2003). Taková osobnost trpí vyšší mírou morální odpovědnosti a „bere věci příliš vážně“. U takového člověka se objevuje výrazné povědomí o tom, že v životě selhal, že se jako člověk zachoval špatně atd. Je zde též negativní postoj k určité osobě, nenávisť, hořkost, neodpuštění určitého provinění – vůči druhému nebo naopak.

Člověk vysoce zranitelný je mimořádně ambiciózní a je ve vyšší míře soutěživý až kompetitivní, čímž se snaží vykompenzovat své neúspěchy, nechce znovu zklamat; jelikož vidí svět kolem sebe jako pokřivený a pouze černobílý, často se tudíž domnívá, že ostatní jsou lepší než on (Křivohlavý, 2003). Můžeme u něj pozorovat vyšší míru životní energie, příliš se stará o pocity druhých a trápí se jimi; bojí se, aby ostatní nezranil. Také je příliš závislý na blízkých osobách,

citlivě reaguje na to, co by mohlo poškodit jeho sebedůvěru, bolestivě vnímá netaktnost druhých a neumí se bránit, je-li k němu někdo nepřátelský (Křivohlavý, 2003).

2. 2. 3. Rozdělení deprese

Při *mírné depresi* je postižený schopen chodit do práce a fungovat v každodenním životě. Jde mu však všechno pomaleji, přestává pociťovat radost, vyhýbá se přátelům a uzavírá se do sebe. Léčba je zpravidla ambulantní (Praško, 2003a). *Středně těžká deprese* způsobí, že postižený už často není schopen pracovat a domácí práce zvládá stěží. Většinu času bývá nešťastný, zpomalený či napjatý a nedokáže se soustředit na běžné činnosti. Ztrácí zájem o sexuální život, izoluje se od lidí, trpí ztrátou energie a sebeobviňováním. Léčba probíhá většinou v pracovní neschopnosti, při sebevražedných myšlenkách je již vhodná hospitalizace (Praško, 2003a). Při *těžké depresi*, postižený již není schopen starat se sám o sebe, má tendenci stále ležet v posteli. Praktickou činnost nevykonává, ztratil již veškerou energii a pocit smysluplnosti jakékoliv aktivity. Často myslí na sebevraždu, utápí se v sebevýtčkách. Při léčbě je hospitalizace nutná (Praško, 2003a).

2. 2. 4. Diagnostika deprese

Norma, podle níž se dnes řídí odborníci ve světě je definice deprese podle *DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association*, tedy Diagnostická a statistická příručka americké psychiatrické společnosti – třetí revidovaná verze).

„Aby v určitém případě mohl být stav daného člověka diagnostikován jako deprese, pak se zde nutně musí vyskytovat souběžně minimálně pět z dále uvedených devíti příznaků:

1. depresivní nálada,
2. snížený zájem o běžnou činnost,
3. ztráta chuti k jídlu,
4. nespavost,
5. zpomalení pohybů i myšlení,
6. ztráta životní energie,

7. pocity snížení vlastní hodnoty a viny,
8. snížená schopnost myslet a zhoršené soustředění,
9. sebevražedné myšlenky či aktivita k tomu směřující“ (Křivohlavý, 2003, s. 21).

Dalším způsobem, jak diagnostikovat depresi je dotazníková metoda, tzv. *CES-D* (*Center for Epidemiological Studies of the National Institute of Mental Health – Středisko epidemiologických studií Národního ústavu duševního zdraví – deprese*).

U deprese dochází ke změnám ve funkci hormonálního a endokrinního systému, dále v bioelektrické aktivitě v oblasti nervových synapsí a také je změněna činnost neurotransmiterů. Dochází ke zvýšené produkci *kortizolu* v nadledvinách a ke snížené produkci *noradrenalinu*, což ovlivňuje emocionální stav člověka. Pro depresi jsou typické i změny v EEG (elektroencefalografie), především v REM fázi spánku. REM fáze nastupuje u nemocných depresí dříve a vyskytuje se během spánku častěji. Tento jev má za následek nepříjemné či děsivé sny a nedostatečný pocit odpočinku po vyspání (Křivohlavý, 2003).

Dle MUDr. R. Honzáka, CSc. „rychlou a spolehlivou metodu pro screening depresivní poruchy představuje *akronym SASA*, v němž každé písmeno reprezentuje symptomový okruh. S = spánek; depresivní pacienti si stěžují na probuzení po půlnoci, časně ráno, jednu až dvě hodiny před standardním časem a většinou spontánně uvádějí, že ráno je jejich stav nejhorší. A = anhedonie; to je neschopnost se radovat z věcí, které jim dosud byly příjemné a těšit se na něco do budoucnosti. S = sebehodnocení; u depresivních pacientů je snížené, nevěří si, někdy mají sami dojem, že jde o počínající demenci (pseudodemence) a tyto pocity jsou umocněny skutečností, že deprese zasahuje i kognitivní funkce a utlumuje intelektový výkon. A = apetit; asi 90 % pacientů má výrazně sníženou chuť k jídlu a je u nich zřetelný úbytek váhy. Pokud jsou přítomny tři ze čtyř příznaků, jde s vysokou pravděpodobností o chorobnou depresi“ (Honzák, 2005, s. 42).

2. 3. Laktační psychóza

Psychózy jsou závažná onemocnění, u kterých se předpokládá vliv dědičnosti, změny biochemické, ale také podíl vlivů psychogenních a sociálních.

Psychotické poruchy hluboce zasahují do osobnosti nemocného, který tím ztrácí kontakt se skutečným životem a může v důsledku toho ohrožovat sebe i své okolí. U psychóz se objevují poruchy vnímání, myšlení, emotivity a jednání vedou ke zkreslenému chápání reality, k poruchám orientace v čase a prostoru, v chápání sebe samého a druhých (Babiaková, Venglářová; 2006).

Příznaky laktační psychózy se často objevují mezi 2. – 3. dnem po porodu, mohou se však vyskytnout až měsíc po porodu (Hanáková, 2007). Pacientka s psychotickým onemocněním je nebezpečná nejen sama sobě, ale i svému okolí, především novorozenci. Pacientka musí být léčena na psychiatrickém oddělení a není možné, aby zůstávala na standardním oddělení šestinedělí (Hanáková, 2007).

Poporodní psychóza se u žen projevuje jako *maniodepresivní psychóza* či *schizofrenie* (Čech, 2006). Laktační psychóza se projevuje přibližně u 1 % šestinedělek (Hanáková, 2007).

2. 3. 1. Schizofrenní poruchy

Schizofrenie je onemocnění s výraznou poruchou myšlení, vnímání, citů a chování. Jelikož mají lidé nemocní schizofrenií často narušené vztahy se svým okolím, dochází u nich k extrémnímu „vtažení“ do sebe sama a k vytvoření imaginárního světa (Babiaková, Venglářová; 2006). Ztrácejí kontakt s realitou, slyší nebo vidí věci, které nejsou skutečné, a pod vlivem svých představ pak jednají neobvykle a nepřiměřeně.

U *simplexní schizofrenie* je nejnápadnější změna osobnosti. Objevuje se zde ztráta zájmu, nečinnost, zanedbávání hygieny; časté je hrubé a nelogické chování. U *hebefrenní schizofrenie* se objevují poruchy myšlení, halucinace a bludy. Vnímání okolního světa je u nemocného narušeno, nedokáže určit a udržet hranice sebe a okolního světa, je velmi citlivý a vzájemná komunikace je obtížná (Babiaková, Venglářová; 2006). Pacient s *katatonní schizofrenií* může být zcela netečný – tento stav je označován jako *stupor*. Stuporózní pacient je bez vůle a pohybu, při vědomí, ale nedokáže se vůlí vzchopit. Z tohoto stavu může pacient zcela nečekaně přejít do aktivity a pozorujeme u něj motorický neklid, až agresivitu, grimasování aj. U *schizofrenie paranoidní* má pacient

mnoho bludů, halucinací a je vztahovačný. Běžné jevy vnímá jako útok na svou osobu, je podrážděný, cítí se stále v ohrožení (Babiaková, Venglářová; 2006).

2. 3. 2. Manický syndrom

Maniodepresivní psychóza je onemocnění, pro něž je typické střídání nálad jednak depresivních (smutných) a manických (euforických). Prognóza tohoto onemocnění je příznivější než u schizofrenie. Nemoc nenarušuje osobnost, ale pacient v době útlumu ztrácí možnost normálně pracovat, soustředit se, často nemluví, ani se nepohybuje, má sklony k sebeobviňování, plačtivosti a únik často vidí ve smrti (Babiaková, Venglářová, 2006).

Má-li pacient manii, pak je nadměrně aktivní, čilý, stále vyžaduje pozornost a kontakt, je družný, lehkomyšlný a nestálý, plný nápadů. Pacient málo spí, je však stále energický, klade si nadměrné cíle, má vysoké sebevědomí, cítí se být „středem světa“. V akutní fázi tohoto onemocnění se cítí zdravý, hospitalizaci považuje za zbytečnou, a proto často odmítá spolupracovat. Jeho stav se potom může komplikovat a nemocný se stává hostilním, arogantním, je stále nespokojen či může na personál zaútočit (Babiaková, Venglářová; 2006).

3. Terapie

Pomoci člověku, jež trpí psychickým onemocněním je nesnadný úkol, nejen pro terapeuta, ale i samotného pacienta. Terapeut je tím, kdo udělá první krok a navazuje s nemocným kontakt. V tomto kroku je třeba projevit vstřícnost a ochotu pomoci, jež bude trvat po celou dobu psychoterapeutického vztahu. K psychicky nemocnému se terapeut musí chovat empaticky, důležitá je neustálá aktivita, terapeut se nesmí k nemocnému chovat jako k pasivnímu objektu (Křivohlavý, 2003).

Při komunikaci s psychicky nemocným pacientem musí být terapeut velmi trpělivý. Nemocný neumí rychle a snadno navazovat vztahy, špatně se přizpůsobuje novému prostředí, těžko se samostatně rozhoduje. Je třeba, aby se terapeut vyvaroval zlehčování problémů nemocného, nesmí uvažovat podle svého, dělat různé věci za něj. Nemocný tento způsob jednání považuje za

nedorozumění, protože ví, že se svých problémů snadno nezbaví, a proto se stále více uzavírá do sebe (Křivohlavý, 2003).

Terapeut musí mít k psychicky nemocnému úctu a respekt, i když by jej řada projevů nemocného vedla k opačnému postoji. Terapeut by měl projevit s utrpením nemocného účast, je však dobré, aby měl také patřičný odstup, protože nesmí podporovat v pacientovi to, co je negativní. Je proto nutné, aby terapeut byl laskavý a přísný zároveň. Pro jednání s psychicky nemocným člověkem je třeba mít určité znalosti, neboť již první kontakt s nemocným je velice důležitý pro navázání důvěry (Marková, Venglářová; 2006).

3. 1. Psychoterapie

Pojem psychoterapie je možno vysvětlit jako použití psychických prostředků v řešení nemoci. V tomto způsobu terapie je kladen důraz na sociální kontakt, vztahy mezi lidmi, sociální komunikaci (Křivohlavý, 2003). Cílem léčby je odstranit příznaky onemocnění a navrátit původní kvalitu života. Psychoterapeutický přístup spočívá v podpoře zdravých částí osobnosti a pomáhá postiženému naučit se účinným způsobům, jak zacházet s životními problémy (Praško, 2003a). Rozlišujeme psychoterapii dynamickou a kognitivní, individuální či skupinovou (Křivohlavý, 2003).

3. 1. 1. Dynamická psychoterapie

Dynamická psychoterapie zkoumá vnitřní síly člověka, které způsobily depresi. Často se jedná o negativní zážitky z mládí, různé křivdy, jež zůstaly nezapomenuty atd. Dynamická psychoterapie vychází z psychoanalýzy Sigmunda Freuda. Deprese je chápána jako zlost, jež nebyla ventilována a neprojevila se navenek. Byla vnitřní silou (obranným psychickým mechanismem) zadržena a obrátila se dovnitř (Křivohlavý, 2003).

Psychoanalýza je dlouhodobá terapie. Pacient se léčí denně několik let. Terapeut nalézá neodreagovaná vnitřní napětí, konflikty či frustrace a snaží se o jejich odeznění (Křivohlavý, 2003).

3. 1. 2. Kognitivní psychoterapie

Kognitivní psychoterapie patří mezi nejpoužívanější metodu léčby psychických onemocnění, zvláště deprese. Je to krátkodobá terapie, kterou často využívají i blízcí lidé nemocného. Je zaměřena na současný způsob jednání a myšlení. Cílem kognitivní terapie je nastolení způsobu myšlení, představ, názorů, přesvědčení, postojů a očekávání, jež lze považovat za zdravé. Vychází z názoru, že jak se člověk dívá na svět, takové jsou potom jeho emoce. Prosazuje zdravý životní styl. Řadě lidí lze pomoci, je však třeba změnit právě jejich pohled na svět, upravit jejich žebříček hodnot a podporovat zdravé části osobnosti. (Křivohlavý, 2003).

Kognitivní psychoterapie se snaží u psychicky nemocného postupně navyšovat jeho psychickou i fyzickou aktivitu, snaží se nalézt jeho dřívější záliby. Její součástí jsou relaxace a cvičení, které způsobují psychické a fyzické uvolnění; dále *fototerapie* (terapie světlem), která se aplikuje v časných ranních hodinách především pro léčbu sezónních depresivních poruch. Součástí terapie je také *ergoterapie* (pracovní terapie), *arteterapie* (terapie uměleckou činností), četba humorných knih, hudba a zpěv, skupinové hry, léčebná tělesná výchova, hraní divadla (tzv. *psychodrama*) aj. (Křivohlavý, 2003).

Terapie může být individuální nebo skupinová. Individuální psychoterapie vychází z učení Carla Rogerse, jedná se o terapii pomocí nedirektivního rozhovoru. Skupinová psychoterapie probíhá v přátelském prostředí, kde nemocní vidí, že nejsou na své problémy sami, vidí situaci z jiného úhlu pohledu. Ve skupině dochází k ventilaci pocitů, problémů a těžkostí. Nemocní se znovu učí navazovat vztahy a podporují tak svoji sociální komunikaci (Křivohlavý, 2003).

3. 1. 3. Terapeutická komunita

Terapeutická komunita je modelem přirozených skupin. Její součástí jsou muži i ženy určitého věku i statutu. Členové personálu vystupují v komunitě jako spoluterapeuti, ale mají zachování patřičnou autoritu. Terapeutická komunita se využívá při léčbě závislostí či těžších psychických poruch. Komunita posiluje schopnost se samostatně pohybovat v reálném životě. Dochází k rozvoji sociální interakce, členové komunity se setkávají při různých

činnostech a společenském vyžití. Pacienti se učí na modelových situacích, jak budou jednat v reálném životě. Dochází k oboustranné komunikaci, každý člen komunity má prostor k vyjádření svého názoru. V komunitě funguje demokratický systém rozhodování (Babiaková, Venglářová; 2006).

3. 2. Ošetrovatelská péče o pacienty s psychickými poruchami

Důležitým předpokladem pro úspěšnou ošetrovatelskou péči o duševně nemocného je aktivní spolupráce pacienta a jeho rodiny. Pro vznik psychoterapeutického vztahu je nezbytným prvkem pacientova důvěra. V komunikaci s pacientem je nejvhodnější klidný a otevřený přístup. S pacientem nesmí být jednáno jako s pasivním objektem, stále je potřeba zdůrazňovat aktivní přístup (Marková, Venglářová; 2006).

Pro spolupráci s pacientem je třeba získat co možná nejvíce dostupných informací o jeho stavu. Pouze subjektivní pocity pacienta nejsou dostačující. Proto je spolupráce rodiny a dalších členů zdravotnického personálu nutná. Důležitá je dostupnost dřívější zdravotnické dokumentace, odborná způsobilost zdravotníků a přístup k odborné literatuře (Marková, Venglářová; 2006).

3. 2. 1. Zásady přístupu k pacientům s psychickými poruchami

Pro spolupráci s psychicky nemocným pacientem je potřeba budovat důvěru pro vznik psychoterapeutického vztahu. Jak již bylo řečeno, je velmi důležité podporovat pacienta v aktivitě. Pacienta je třeba informovat o jeho onemocnění, nezbytné je zapojení rodiny do léčení pacienta a kolegiálnost členů zdravotnického týmu. To vše upevňuje u pacienta důvěru. Je však potřeba vymezit i jasná pravidla pro spolupráci zdravotníka s pacientem, což se týká především léčebného režimu (Marková, Venglářová; 2006).

Ošetrovatelský proces je vytvářen spoluprací sestry (zdravotnického personálu) a angažovaného pacienta. Proces se skládá z posuzování stavu pacienta, plánování péče o pacienta, realizace této péče a z hodnocení realizované péče o pacienta (Kozierová, 1995).

Prvním krokem a zároveň nepřetržitým procesem v práci sester je posuzování stavu pacienta. Informace o stavu pacienta je možné získat z různých pramenů – pacient, rodina, vlastní pozorování, ostatní zdravotníci, dřívější

dokumentace aj. Subjektivní stesky nemocného nejsou plnou informací o jeho stavu. Pacient může být v důsledku těžkého stavu zmatený nebo situaci záměrně zkresluje. Blízké osoby mohou poskytnout informace ohledně změn chování, stresových faktorů u pacienta a další důležité doplňující poznatky (Marková, Venglářová; 2006). U psychicky nemocného pacienta je důležité znát také jeho zájmy, koníčky a jiné způsoby, kterými rád tráví volný čas (Malá, 2002).

Hlavní metodou ve sběru dat je pozorování. Pozorujeme pacientovy reakce na mimořádné události, stav jeho vědomí; orientaci v čase, prostoru či situaci. Pozorujeme halucinatorní chování pacienta, posuzujeme jeho inteligenci dle způsobu odpovědi, dále paměť, schopnost kontaktu, jeho iniciativu, míru únavnosti, reakce na léky a terapii, postoj k nemoci, projevy agrese atd. (Marková, Venglářová; 2006).

Podstatou plánování ošetrovatelské péče o psychicky nemocného pacienta je vést jej ke krátkodobým a úspěšně zvládnutelným cílům. Sestra pacientovi naznačuje objektivní cíle, jichž může dosáhnout, ale do jejich splnění jej nenutí. Sestra se především snaží pacienta motivovat, aby se ke splnění cíle rozhodl sám (Malá, 2002).

Realizace ošetrovatelské péče znamená intervenci zdravotníků, kteří vstupují mezi psychickou poruchu a pacienta. Jejich snahou je ulehčit pacientovi řešení vlastních problémů. Sestra zohledňuje zdravotní stav pacienta a individualizuje plán ošetrovatelské péče podle jeho reálných možností a schopností. Podle Evy Malé sestra „pomáhá pacientovi, aby pochopil celkový léčebný plán, snaží se o spoluúčasť rodiny, vyzývá pacienta k odpovědnosti za sebe a své zdraví“ (Malá, 2002, s. 114).

Hodnocení ošetrovatelské péče spočívá v hodnocení pacientových reakcí, přehodnocování jeho postojů a změn, jeho priorit. Důraz je kladen na vytyčení cílů. Sestra hodnotí, zda byly cíle reálné a splnitelné, zda identifikace problémů byla správná a změny nutné. Písemný záznam v dekurzu dokumentuje existenci ošetrovatelského procesu a napomáhá tak ostatním členům zdravotnického týmu v komunikaci s pacientem (Malá, 2002).

Koncepce péče o duševní zdraví je opřena o tři pilíře: lůžková péče, intermediární péče, ambulantní péče. Zakládána jsou i tzv. *krizová centra* (dále KC). KC jsou volně přístupná lidem, jež se ocitli v tíživé životní situaci, jsou tedy místem prvního kontaktu s nemocným, který se do KC může dostavit

kdykoli bez objednání. KC pracují nepřetržitě, jejich součástí může být i několik lůžek, jež slouží ke krátkodobému pobytu (Praško, 2003b).

Léčba depresivních poruch probíhá často ambulantně nebo pacient dochází na denní stacionář, který je součástí péče intermediární. Je-li ohrožena bezpečnost pacienta, narušené somatické zdraví nebo rodinné vztahy, je nutná hospitalizace. Cílem léčby je odstranit příznaky onemocnění, obnovit původní uplatnění v životě a zabránit návratu nemoci (Babiaková, Venglářová; 2006).

U pacienta s depresí se nejčastěji setkáváme s ošetrovatelskými diagnózami jako je *hrozící násilí vůči sobě*, jejíž riziko podněcuje pocity smutku a bezmoci, kterými nemocný trpí. Dále se setkáváme s *úzkostí* či *porušeným myšlením*. Úzkost souvisí s emočními změnami u depresivního pacienta a porušené myšlení se projevuje sníženou koncentrací, zhoršením paměti, neschopností činit rozhodnutí atd. Mezi další časté ošetrovatelské diagnózy řadíme *narušený spánek*, *společenskou izolaci*, *narušený rodinný život* a potenciální ošetrovatelskou diagnózou je *riziko vzniku poranění v důsledku elektrokonvulzivní léčby* (Doenges, Moorhouse; 2000).

V péči o pacienta s depresí je nutné zabránit sebevraždě, pravidelně kontrolovat užívání léků, kontrolovat příjem potravy a tekutin. Je třeba přistupovat k pacientovi empaticky, projevit účast s jeho utrpením, terapeut však nesmí pacientovo utrpení podporovat. Mírná činnost je doporučována až při zlepšení stavu pacienta. Pacienta je nutné často chválit, dodávat mu sebevědomí. Je třeba, aby se pacient odnaučil perfekcionismu a naučil se zdravé samochvále. Myšlení člověka v depresi je často zpomalené, a proto nesmí zdravotník na nemocného naléhat, aby se rychle a samostatně rozhodoval, nemocnému musíme často opakovat, co mu bylo sděleno. Zdravotník také dbá na důkladnou sebepečí u pacienta. Jelikož depresivní pacient často trpí nespavostí, zdravotník se snaží nalézt a odstranit příčinu nespavosti a pomáhá upravit pacientovi jeho denní režim (Babiaková, Venglářová; 2006).

U pacienta se schizofrenií se setkáváme s ošetrovatelskými diagnózami jako je např. *porušené myšlení*, které je způsobeno odlišným chápáním reality, přítomností halucinací, bludů aj. Další diagnózou je *společenská izolace* jako důsledek nepřijatelného chování pro společnost, nemocný často není schopen utvářet uspokojivé osobní vztahy, vytváří si vlastní svět, stahuje se do sebe a s okolím téměř nekomunikuje. Stejně jako u deprese se u pacienta se schizofrenií

také setkáme s diagnózou *hrozícího násilí vůči sobě i jiným, s narušeným rodinným životem*. Dalším ošetrovatelským problémem může být *snížená schopnost zachování zdraví, neúčinné individuální zvládnání problémů* či *nedostatečná péče o sebe sama*, která souvisí se zanedbáváním hygieny, s imobilitou aj. (Doenges, Moorhouse; 2000).

U schizofrenních poruch je léčba vysoce individualizovaná a cílená. Podílí se na ní celý zdravotnický tým. Dosáhnout kvalitního života lze pouze při dobře vedené terapii. Budování vztahu s pacientem je dlouhodobý proces. Léčba schizofrenních poruch probíhá ambulantně nebo je pacient hospitalizován. Terapie u pacientů se schizofrenií se řídí třemi zásadami: zmírnění úzkosti, zapojení do malé skupiny, zatížení přiměřenou dávkou osobnosti (Babiaková, Venglářová; 2006).

U pacienta je třeba pečovat o jeho bezpečnost, zabránit sebevraždě, útěku či boji se zdravotníky. K nemocnému přistupujeme klidně, dodržujeme však bezpečný odstup a přistupujeme k němu vždy zepředu. S nemocným jednáme na rovinu, snažíme se mu vše vysvětlit, pomáháme mu orientovat se v čase a prostoru. Trvale pacienta aktivizujeme. Dbáme na správné užívání léků, na dostatečný příjem potravy a tekutin, pravidelnou sebekpéči. Při potížích se spánkem se snažíme nemocnému upravit denní režim. Je-li pacient agresivní, jednáme s ním klidně a rozhodně jako by měl jasné vědomí. Bludy a halucinace nemocnému nevyvracíme, vysvětlíme mu, že věci vidíme jinak, snažíme se hledat na pacientovi zdravé části osobnosti a ty podporujeme (Babiaková, Venglářová; 2006).

U pacienta se schizofrenií je nejtěžší rozvoj komunikace a sociálních interakcí. Terapeut proto musí být velmi trpělivý a empatický. Je třeba respektovat intimní zónu pacienta, příliš se jej nedotýkat, protože hranice svého okolního světa vnímá velice citlivě. Je nutné sledovat neverbální projevy nemocného. Pro úspěšný návrat k samostatnému životu je vhodný pobyt v komunitě nebo přechod do *chráněného bydlení*, kam pravidelně zachází za nemocným odborník na konzultace. Nezbytné je však zachovat vztahy s rodinou, aktivizovat ji. Důležitý je nácvik sociálních dovedností, nemocný se učí, jak zvládat různé společenské situace, osvojuje si aktivní přístup k životu, posiluje své sebevědomí, učí se asertivitě. V léčbě schizofrenie má nezastupitelnou roli také pracovní terapie. Při ní nemocný objevuje své zájmy, skryté nadání a

získává jistotu v různých dovednostech a schopnostech (Babiaková, Venglářová; 2006).

Pro práci s lidmi se schizofrenií je nutné se orientovat v základní psychopatologii této duševní nemoci. K pacientovi se chováme přirozeně, s respektem a zájmem. Pokud pacient cítí, že o něj máme zájem, nasloucháme mu a vnímáme jeho prožívání, pak málokdy uděláme v komunikaci s ním chybu. V pracovní terapii se pacient věnuje např. starým řemeslům (košíkářství, sklářství, tkaní, výroba svící, hrnčířství aj.). Pro úspěšný přechod do běžného života je dobré zvolit tzv. *chráněné zaměstnání*, kde má pacient možnost se případně problémů obrátit na terapeuta. Na trhu práce je chráněné zaměstnání poskytováno v běžných firmách a umožňuje tak přirozenou každodenní integraci zdravých a léčených lidí (Mahrová, 2008).

Při ošetrovatelské péči o pacienta s manickým syndromem je třeba vymezit jasné hranice kontaktu, jelikož nemocní s manickým syndromem bývají velmi družní a nebojí se důvěrného osobního kontaktu. Také je nutné stanovit jasná pravidla o dodržování režimu na oddělení. Nemocného zbytečně nerozptylujeme. Pacientovi musí být kontrolovány jeho věci, protože si často přivlastní předměty, které mu nepatří (Babiaková, Venglářová; 2006).

Pacient s manickým syndromem zvládá sebezpečí většinou bez problémů. Zdravotník ale musí pomoci nemocnému obnovit narušené biorytmy (spánek a bdění). U nemocného je potřeba kontrolovat příjem potravy a především tekutin zejména při terapii lithiem (Babiaková, Venglářová; 2006).

3. 2. 2. Vyšetřovací, zobrazovací a léčebné metody

Prvním krokem při vyšetřování psychicky nemocného je psychiatrické vyšetření. Při vyšetření je nejdůležitější navázat takový kontakt, který je vhodný pro vznik psychoterapeutického vztahu. Terapeut musí v pacientovi vzbudit důvěru a porozumění. Psychiatrické vyšetření probíhá formou direktivního rozhovoru. Rozhovor má jasnou strukturu, dané typy otázek. Terapeut by měl u nemocného vyvolat pocit úlevy, bezpečí a přijetí. Vyšetření probíhá v klidném prostředí, bez rušivých elementů. Jestliže nemocný trvá na přítomnosti blízké osoby, pak jeho přání respektujeme. Pacient může mít z vyšetření dojem, že se

ho někdo snaží poškodit nebo zbavit práv a může být agresivní. Proto dbáme na důkladnou edukaci nemocného (Marková, Venglářová; 2006).

V rozhovoru se lékař pacienta ptá na symptomy psychóz, poruchy nálad. Diagnózu lékař stanoví podle *Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – 10. revize*. Poté následuje vyšetření psychologem a laboratorní vyšetření. Z laboratorních vyšetření zjišťujeme hladinu hormonů štítné žlázy – T3, T4, TSH. Snížené hladiny mohou odhalit *hypotyreózu* (snížená funkce štítné žlázy), jež může imitovat příznaky deprese. Naopak zvýšené hladiny hormonů poukazují na *hypertyreózu* (nadměrná funkce štítné žlázy), která může imitovat manické příznaky. *Dexamethazonový supresní test*, při kterém se sledují hladiny *kortizolu* po podání *dexamethazonu*, se využívá při diagnostice deprese. K vyloučení organické etiologie nemoci lze použít lumbální punkci, vyšetření na syfilis, HIV infekci, a lymeskou boreliózu. Mezi další běžná laboratorní vyšetření patří vyšetření krevního obrazu, toxikologické vyšetření moči a krve v případě intoxikace či závislosti; vyšetření vylučovací funkce ledvin před zahájením terapie lithiem a vyšetření hladiny lithia (*lithemie*) v krvi při terapii lithiem (Praško, 2003b).

Mezi zobrazovací metody, které se využívají při vyšetření psychicky nemocných pacientů řadíme *elektrokardiografii* (EKG), *elektroencefalografii* (EEG), *počítačovou tomografii* (CT) a *magnetickou rezonanci* (MR). EKG vyšetření odhalí typické změny při poruchách příjmu potravy a při užívání antidepresiv a antipsychotik. EEG vyšetření upozorní na epilepsii, demenci, psychózy a organické poškození mozku. CT vyšetření odhalí tumory, krvácení, aneurysma a záněty mozku a MR přiblíží anatomické struktury, biochemické změny a funkční procesy v mozku (Marková, Venglářová; 2006).

Za nejefektivnější metodu léčby psychických poruch je považována *elektrokonvulzivní terapie* (EKT). Jedná se o bezpečnou metodu s rychlým nástupem účinku a minimem nežádoucích účinků. EKT zkracuje délku hospitalizace pacienta, je efektivnější než antidepresiva a snižuje sebevražednost pacientů. Využívá se od roku 1938 a je indikována nemocným, u nichž je nutný rychlý nástup účinku terapie (Marková, Venglářová; 2006).

EKT se používá při léčbě deprese, manie a schizofrenie. Kontraindikována je u nemocných, kteří mají zvýšený nitrolební tlak, akutní cévní mozkovou příhodu, nesnášenlivost anestetik a aneurysma velkých cév. Při

EKT dochází ke zvýšenému prokrvení mozku, zvýšení metabolismu centrální nervové soustavy, ke zvýšené spotřebě kyslíku a změně mediátorových a endokrinních systémů (Marková, Venglářová; 2006).

Před zákrokem se musí pacient podrobit běžnému předoperačnímu vyšetření – laboratorní vyšetření, interní vyšetření atd. Před zákrokem je pacient nejméně osm hodin nalačno, má prázdný močový měchýř. EKT probíhá v celkové anestezii. Po aplikaci anestetik anesteziolog proventiluje pacienta 100 % kyslíkem, dále aplikuje *myorelaxancia*. Pacient dostane roubík do úst, elektrody na spánky, sestry jej přidrží a poté 20 až 90 sekund prochází fázi tonických a klonických křečí. Po výkonu se zvyšuje spotřeba kyslíku dvojnásobně. Pacient je probuzen, když dojde k obnovení spontánního dýchání a faryngálního reflexu. Po výkonu sestra sleduje fyziologické funkce, možné komplikace. Pacient může trpět nauzeou, bolestí hlavy a svalů či amnézií. EKT se aplikuje v cyklu 6 – 12 aplikací dvakrát až třikrát týdně, přičemž po 3. až 4. elektrokonvulzi dochází u pacientů ke zlepšení stavu. EKT se může provádět i u těhotných žen po celou dobu těhotenství (Marková, Venglářová; 2006).

3. 2. 3. Farmakoterapie

Farmakologická léčba u depresivních poruch spočívá v užívání antidepresiv, neuroleptik a anxiolytik. Účinek antidepresiv se projevuje po 2 – 3 týdnech užívání. U neuroleptik a anxiolytik je nástup účinku rychlejší, proto se užívají u středně těžkých a těžkých depresí pro rychlé zklidnění nemocného, jelikož mají sedativní, analgetické a psychostimulační účinky. Při dobře podaných lécích se jejich léčebný efekt projevuje po 1 – 4 týdnech. Antidepresiva rozdělujeme na monocyklická, tricyklická a tetracyklická. Tato antidepresiva mají nežádoucí účinky (tachykardie, změny EKG, sucho v ústech a na sliznicích, retence moči a zácpa, změny libida, tremor, závratě), a proto se v dnešní době tolik nepoužívají (Dušek, 2005).

Dnes se používají antidepresiva z řady SSRI (*selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu*). Mají méně nežádoucích účinků, objevují se pouze gastrické obtíže či změny libida. Mezi antidepresiva z řady SSRI patří např.: fluoxetin, fluvoxamin, citalopram, setralin, paroxetin aj. Mezi používaná antidepresiva patří také I – MAO (*inhibitory enzymu monoaminoxidázy*), mezi

něž řadíme mj. moclobemid. Další antidepresiva jsou z řady SNRI (*selektivní inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu*), řadíme k nim např. venlafaxin, mirtazapin aj. (Dušek, 2005).

Cílem farmakologické léčby u schizofrenních poruch je odstranění a kontrola psychotických příznaků. Léky se podávají podle stupně rozvoje onemocnění. Pacienta je třeba důkladně edukovat o jejich užívání. Dnes patří mezi nejužívanější antipsychotika II. generace pro minimum nežádoucích účinků. Mezi antipsychotika II. generace patří: risperidon, riprasidon, olanzapin, zotepin, quetiapin a další. Klasická antipsychotika se používají hlavně v parenterální formě. Mezi klasická antipsychotika řadíme: haloperidol, perfenazil, chlorpromazin, levopromazin, thioridazin, prochlorperazin aj. Antipsychotika nepůsobí okamžitě a pro plný rozvoj potřebují dny až týdny. Od první ataky onemocnění užívá pacient psychofarmaka dva roky, u chronických onemocnění je užívání někdy i celoživotní (Dušek, 2005).

Při terapii manického syndromu pacient užívá neuroleptika, thymoprofylaktika nebo lithium. Hladina lithia v krvi nesmí překročit nad 2 mmol/l, je tedy nutné ji sledovat pro jeho toxické účinky. Mezi toxické příznaky patří třes, průjem, ospalost, nauzea, křeče, závratě, halucinace až kóma (Dušek, 2005).

II. EMPIRICKÁ ČÁST

4. Popis řešení vlastního průzkumu

4. 1. Průzkumný problém

- Vliv životních, psychických a fyzických změn vzniklých u žen během těhotenství a po porodu na psychické prožívání šestinedělí.

Průzkumné cíle

Cíl 1. Zjistit, kolik procent žen je informováno ohledně průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí.

Cíl 2. Zjistit, zda informovanost žen ohledně průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí pozitivně ovlivňuje jejich adaptaci na roli matky.

Cíl 3. Zjistit, jak ovlivňuje sociálně-ekonomická situace žen jejich subjektivní prožívání těhotenství a šestinedělí.

Cíl 4. Zjistit, zda mají nepravidelnosti těhotenství a porodu u žen negativní vliv na prožívání šestinedělí.

Cíl 5. Zjistit, zda mají fyzické ztráty v těhotenství negativní vliv na psychiku ženy v šestinedělí.

Cíl 6. Zjistit, jak ovlivňuje negativní zážitek z porodu psychické rozpoložení šestinedělky.

Cíl 7. Zjistit, kolik procent žen na oddělení šestinedělí prožívá negativní emoce.

Cíl 8. Zjistit, zda mají komplikace u novorozence negativní vliv na psychiku ženy v šestinedělí.

Cíl 9. Zjistit, jaký vliv má vzdělání či společenské postavení ženy na její spokojenost s rolí matky.

Cíl 10. Zjistit, zda má nižší věk prvorodiček negativní vliv na jejich psychiku v šestinedělí a spokojenost s rolí matky.

Průzkumné hypotézy

Hypotéza 1. Předpokládám, že 70 % žen vyhledávalo informace ohledně těhotenství, porodu a péče o novorozence.

Hypotéza 2. Předpokládám, že ženy, jež vyhledávaly informace ohledně těhotenství, porodu a šestinedělí; nemají potíže s adaptací na roli matky.

Hypotéza 3. Předpokládám, že problémy v sociálně-ekonomické oblasti u žen, mají negativní dopad na jejich prožitky v šestinedělí.

Hypotéza 4. Předpokládám, že nepravidelnosti v období těhotenství či komplikace při porodu, mají negativní vliv na subjektivní prožívání šestinedělí.

Hypotéza 5. Předpokládám, že u 25 % žen mají fyzické ztráty během těhotenství negativní vliv na jejich psychiku v šestinedělí.

Hypotéza 6. Předpokládám, že u 50 % žen má traumatický zážitek z porodu negativní vliv na jejich psychické rozpoložení v šestinedělí.

Hypotéza 7. Předpokládám, že 10 % žen na oddělení šestinedělí, prožívá negativní emoce.

Hypotéza 8. Předpokládám, že poporodní komplikace u novorozence, mají negativní vliv na psychiku ženy v šestinedělí.

Hypotéza 9. Předpokládám, že u žen s vysokoškolským vzděláním či prestižním postavením v zaměstnání je rozdílná spokojenost s rolí matky než u ostatních žen.

Hypotéza 10. Předpokládám, že věk prvorodičky do 25 let neovlivňuje negativně její psychiku a spokojenost s rolí matky.

Metodika průzkumu

Při průzkumném šetření bylo použito dotazníkové metody (viz Příloha 1). Pro jednodušší a přesnější zpracování a vyhodnocení bylo použito převážně uzavřených otázek. Průzkum byl prováděn v období od prosince 2009 do ledna 2010. Jednalo se o individuální průzkum, jež byl hrazen z vlastních prostředků průzkumníka. Jednotlivé položky byly zpracovány a následně přeneseny do grafů a tabulek s procentuálním vyjádřením. Průzkumníkem a zároveň zpracovatelem údajů byla Králová Daniela.

Průzkumný vzorec

Průzkumný vzorec tvořily ženy na oddělení Šestinedělí I. a Šestinedělí II. ve Fakultní nemocnici Motol v Praze 5. Výběr respondentek byl náhodný. Věkové rozmezí žen bylo 21 – 39 let.

Technika dotazníku

Dotazník byl nestandardizovaný, obsahoval 45 položek a byl anonymní. Ženy uvedly pouze svůj věk a své zaměstnání, případně vypsaly, o kolikátý porod se u nich jednalo. Zbylé otázky byly uzavřené, pouze u jedné položky si respondentky mohly vybrat z předem vybraných možností odpovědi. Otázky byly zaměřeny na sběr demografických údajů, dále na průběh těhotenství, porodu či na případné komplikace u novorozence. Součástí dotazníku byly i otázky týkající se prožívání šestinedělí a přístupu k roli matky. Dotazníků bylo rozdáno 75 kusů, vráceno bylo 72 kusů, návratnost tedy činila 96 %.

4. 2. Výsledky vlastního průzkumu

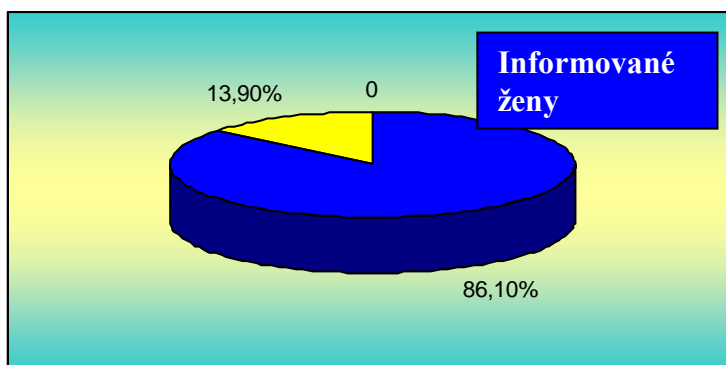
Hypotéza 1. Předpokládám, že 70 % žen vyhledávalo informace ohledně těhotenství, porodu a péče o novorozence.

Hypotéza 1. byla ověřována položkou č. 7 v daném dotazníku. Z celkového počtu 72 dotazovaných žen, odpovědělo na tuto položku kladně 62 žen. Informovanost žen ohledně těhotenství, porodu či péče o novorozence tak dosáhla 86,1 %. Z toho vyplývá, že hypotéza 1. se potvrdila.

Tabulka 1 – Informovanost žen ohledně těhotenství, porodu a péče o novorozence.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	62	86,10%
Ne	10	13,90%
Celkem	72	100%

Graf 1 – Informovanost žen ohledně těhotenství, porodu a péče o novorozence.



Zajímavý poznatek se vztahuje k položce č. 6, která ověřovala procentuální zastoupení žen, jež se zúčastnily předporodního kurzu. Žen, které se předporodního kurzu zúčastnily, bylo z celkového počtu 72 žen 21, tedy 29,2 %. Celkem 9 žen – tedy 42,9 % z těch, které se předporodního kurzu zúčastnily, odpovědělo kladně na položku č. 23 a ukázalo se tak, že přestože absolvovaly předporodní kurz, představovaly si svůj porod zcela jinak.

Tabulka 2 – Účast žen na předporodním kurzu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	21	29,20%
Ne	51	70,80%
Celkem	72	100,00%

Tabulka 3 – Počet účastnic předporodního kurzu, které si svůj porod představovaly zcela jinak.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	9	42,90%
Ne	12	57,10%
Celkem	21	100%

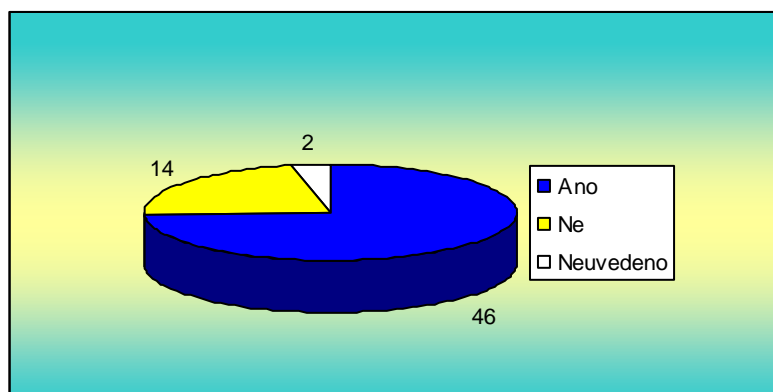
Hypotéza 2. Předpokládám, že ženy, jež vyhledávaly informace ohledně těhotenství, porodu a šestinedělí; nemají potíže s adaptací na roli matky.

Hypotéza 2. byla ověřována položkami č. 37 a č. 38 u žen, které odpověděly kladně na položku č. 7. Z tabulky 1 již víme, že počet těchto žen byl 62. Z celkového počtu 62 žen odpovědělo kladně na položky č. 37 a č. 38 14 žen, tedy 23,6 %. Dalo by se tedy předpokládat, že zbylých 46 žen, tedy 74,2 % (2 ženy totiž na položky č. 37 a č. 38 neodpověděly), nemá s adaptací na roli matky potíže. Informovanost žen ohledně těhotenství, porodu a péče o novorozence má tudíž převážně pozitivní vliv v adaptaci na roli matky u žen po porodu. Hypotéza 2. se tedy potvrdila.

Tabulka 4 – Vliv informovanosti matek v adaptaci na roli matky.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	14	22,60%
Ne	46	74,20%
Neuvedeno	2	3,20%
Celkem	62	100%

Graf 2 – Vliv informovanosti matek v adaptaci na roli matky.



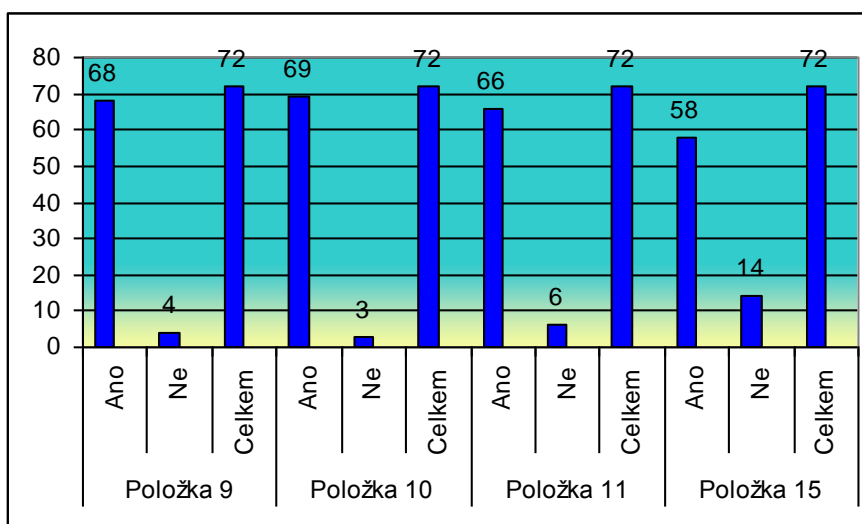
Hypotéza 3. Předpokládám, že problémy v sociálně-ekonomické oblasti u žen, mají negativní dopad na jejich prožitky v šestinedělí.

Tato hypotéza byla ověřována položkami č. 9, č. 10, č. 11 a č. 15. Zároveň bylo přihlédnuto na okolnost, zda je žena vdaná a jaké je její zaměstnání. V celkovém počtu 72 žen byla nejčastějším sociálně-ekonomickým problémem neuspokojivá finanční situace. Tato okolnost však neměla u zkoumaných žen negativní dopad na jejich prožívání šestinedělí. V daném průzkumném vzorci se vyskytovalo pouze 5 žen, jež měly výrazné problémy v sociálně-ekonomické oblasti, tzn. že splňovaly všechny zkoumané položky. Jednalo se o ženy vdané i svobodné. Jejich těhotenství bylo neplánované a u dvou z pěti žen nechtěné z jejich strany, u ostatních ze strany partnera, případně rodiny. Dvě z pěti žen v průzkumném vzorci byly nezaměstnané. Jelikož byl průzkumný vzorec žen se sociálně-ekonomickými problémy málo početný, nebylo možné potvrdit hypotézu 3., respektive vztah sociálně-ekonomických problémů s negativními prožitky v šestinedělí, které vyjadřují položky č. 27 – č. 34. Hypotéza 3. se tedy nepotvrdila.

Tabulka 5 – Výskyt sociálně-ekonomických problémů u žen.

		Absolutní četnost	Relativní četnost
Položka 9	Ano	68	94,40%
	Ne	4	5,60%
	Celkem	72	100%
Položka 10	Ano	69	95,80%
	Ne	3	4,20%
	Celkem	72	100%
Položka 11	Ano	66	91,70%
	Ne	6	8,30%
	Celkem	72	100%
Položka 15	Ano	58	80,60%
	Ne	14	19,40%
	Celkem	72	100%

Graf 3 – Výskyt sociálně-ekonomických problémů u žen.



Hypotéza 4. Předpokládám, že nepravidelnosti v období těhotenství či komplikace při porodu, mají negativní vliv na subjektivní prožívání šestinedělí.

Hypotéza 4. byla ověřována položkami č. 8, č. 12, č. 13, č. 14c/d, č. 21 a č. 22. Ženy, jež splňovaly některou z daných položek, byly zařazeny do kategorie žen s nepravidelným těhotenstvím či porodem. Kritéria splňovalo 42 žen ze 72, tedy 58,3 %. U zbylých 30 žen – 41,7 % - se neobjevily během těhotenství či porodu žádné komplikace. U obou kategorií žen byly dále pozorovány jejich odpovědi na položky č. 27 – č. 34.

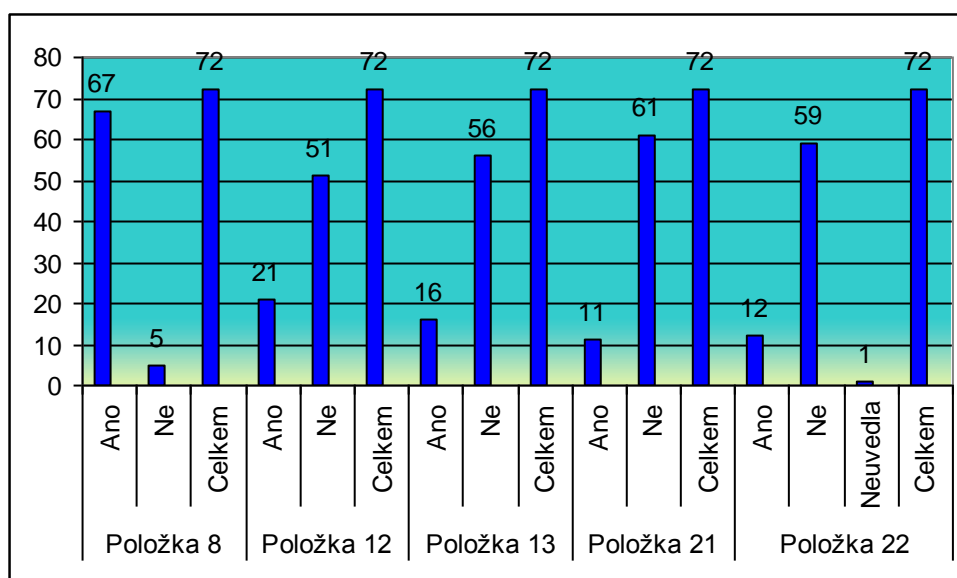
V kategorii žen s nepravidelným průběhem těhotenství či porodu se vyskytovalo 9 žen s negativními prožitky v šestinedělí. V kategorii žen

s průběhem těhotenství a porodu bez komplikací se vyskytovaly 4 ženy, jež měly negativní prožitky v šestinedělí. Hypotéza byla tedy potvrzena jen zčásti vzhledem k nízkému počtu žen s negativními prožitky v šestinedělí v daném průzkumném vzorci.

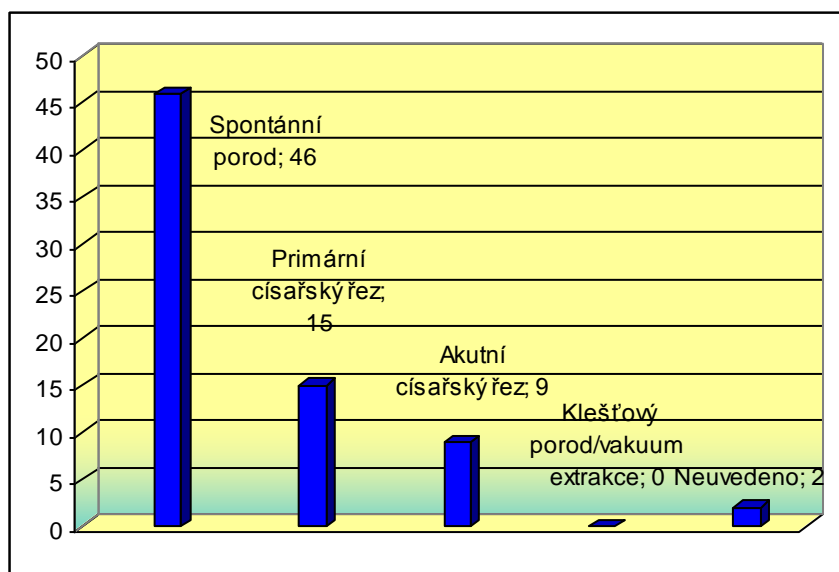
Tabulka 6 – Výskyt nepravidelností v období těhotenství či při porodu u žen.

		Absolutní četnost	Relativní četnost
Položka 8	Ano	67	93,10%
	Ne	5	6,90%
	Celkem	72	100%
Položka 12	Ano	21	29,20%
	Ne	51	70,80%
	Celkem	72	100%
Položka 13	Ano	16	22,20%
	Ne	56	77,80%
	Celkem	72	100%
Položka 21	Ano	11	15,30%
	Ne	61	84,70%
	Celkem	72	100%
Položka 22	Ano	12	16,70%
	Ne	59	81,90%
	Neuvedla	1	1,40%
	Celkem	72	100%

Graf 4 - Výskyt nepravidelností v období těhotenství či při porodu u žen.



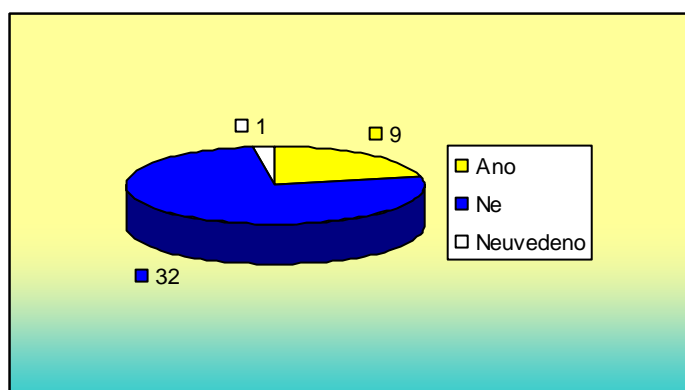
Graf 5 – Způsob porodu v daném průzkumném vzorci žen.



Tabulka 7 – Negativní prožitky šestinedělek s nepravidelným průběhem těhotenství či porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	9	21,40%
Ne	32	76,20%
Neuvedeno	1	2%
Celkem	42	100%

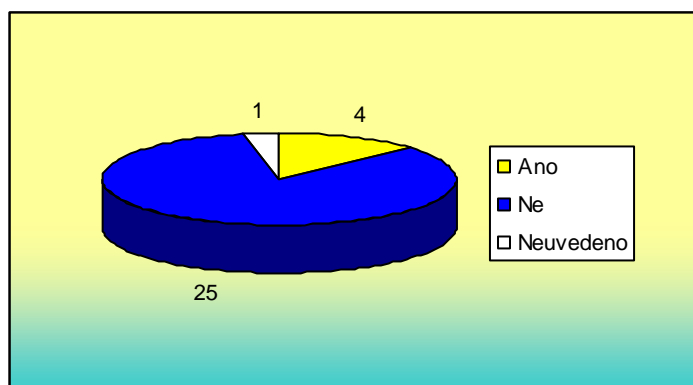
Graf 6 - Negativní prožitky šestinedělek s nepravidelným průběhem těhotenství či porodu.



Tabulka 8 – Negativní prožitky šestinedělek s nekomplikovaným průběhem těhotenství či porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	4	13,30%
Ne	25	83,30%
Neuvedeno	1	3,30%
Celkem	30	100%

Graf 7 - Negativní prožitky šestinedělek s nekomplikovaným průběhem těhotenství či porodu.



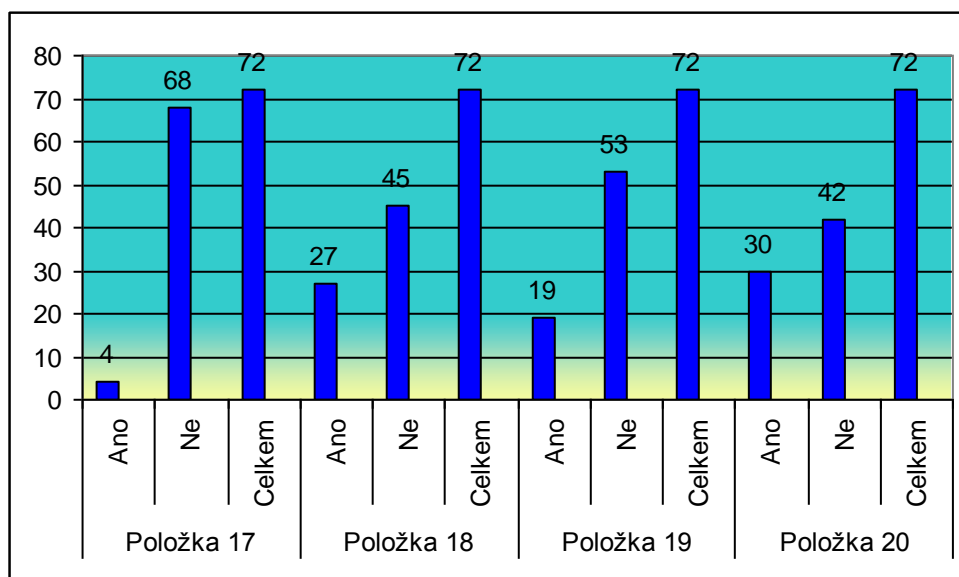
Hypotéza 5. Předpokládám, že u 25 % žen mají fyzické ztráty během těhotenství negativní vliv na jejich psychiku v šestinedělí.

Hypotéza byla ověřována položkami č. 17, č. 18, č. 19 a č. 20. Na položku č. 17 odpověděly kladně 4 ženy z celkového počtu 72, tj. 5,6 %. Na ostatní položky – tedy č. 18, č. 19 a č. 20 odpovědělo kladně vždy více než 25 % dotazovaných žen. Hypotéza se tedy téměř potvrdila.

Tabulka 9 – Negativní vliv fyzických těhotenských ztrát na psychiku šestinedělek.

		Absolutní četnost	Relativní četnost
Položka 17	Ano	4	5,60%
	Ne	68	94,40%
	Celkem	72	100%
Položka 18	Ano	27	37,50%
	Ne	45	62,50%
	Celkem	72	100%
Položka 19	Ano	19	26,40%
	Ne	53	73,60%
	Celkem	72	100%
Položka 20	Ano	30	41,70%
	Ne	42	58,30%
	Celkem	72	100%

Graf 8 - Negativní vliv fyzických těhotenských ztrát na psychiku šestinedělek.



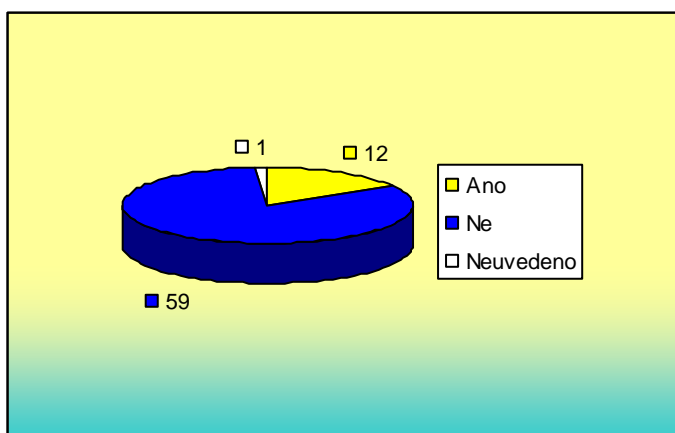
Hypotéza 6. Předpokládám, že u 50 % žen má traumatický zážitek z porodu negativní vliv na jejich psychické rozpoložení v šestinedělí.

V průzkumném vzorci označilo vlastní porod jako traumatický 12 žen, tedy 16,7 % z celkového počtu 72 žen. U této skutečnosti se neprokázalo, že by měla negativní dopad na prožívání šestinedělí u žen. Z počtu 12 žen, které považovaly vlastní porod za traumatický, prožívaly negativně šestinedělí pouze 3 ženy, tedy 25,0%. Hypotéza se tedy nepotvrdila.

Tabulka 10 – Porod jako traumatický zážitek u žen.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	12	16,70%
Ne	59	81,90%
Neuvedeno	1	1,40%
Celkem	72	100%

Graf 9 - Porod jako traumatický zážitek u žen.



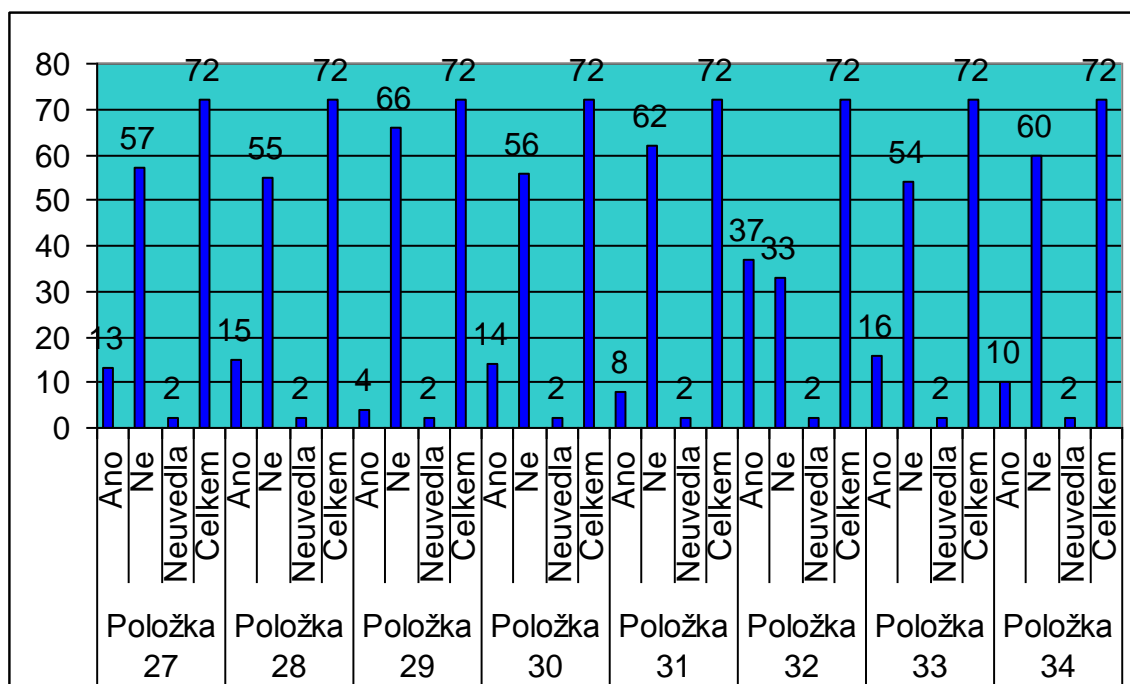
Hypotéza 7. Předpokládám, že 10 % žen na oddělení šestinedělí, prožívá negativní emoce.

Hypotéza byla ověřována položkami od položky č. 27 do položky č. 34. S výjimkou položky č. 29 odpovědělo na zbývající položky vždy více než 10 % dotázaných žen v daném průzkumném vzorci. Hypotéza se tedy téměř potvrdila.

Tabulka 11. Výskyt negativních emocí u šestinedělek.

		Absolutní četnost	Relativní četnost
Položka 27	Ano	13	18,10%
	Ne	57	79,20%
	Neuvedla	2	2,70%
	Celkem	72	100,00%
Položka 28	Ano	15	20,80%
	Ne	55	76,40%
	Neuvedla	2	2,80%
	Celkem	72	100,00%
Položka 29	Ano	4	5,60%
	Ne	66	91,70%
	Neuvedla	2	2,70%
	Celkem	72	100,00%
Položka 30	Ano	14	19,40%
	Ne	56	77,80%
	Neuvedla	2	2,80%
	Celkem	72	100,00%
Položka 31	Ano	8	11,10%
	Ne	62	86,10%
	Neuvedla	2	2,80%
	Celkem	72	100,00%
Položka 32	Ano	37	51,40%
	Ne	33	45,80%
	Neuvedla	2	2,80%
	Celkem	72	100,00%
Položka 33	Ano	16	22,20%
	Ne	54	75,00%
	Neuvedla	2	2,80%
	Celkem	72	100,00%
Položka 34	Ano	10	13,90%
	Ne	60	83,30%
	Neuvedla	2	2,80%
	Celkem	72	100,00%

Graf 10 - Výskyt negativních emocí u šestinedělek.



Hypotéza 8. Předpokládám, že poporodní komplikace u novorozence, mají negativní vliv na psychiku ženy v šestinedělí.

Hypotéza byla ověřována položkami č. 35, č. 36, č. 37, č. 38 a č. 40. Na položku č. 35 odpovědělo kladně 5 ze 72 žen, což činí 6,9 %. Počet žen, jejichž dítě se narodilo s vrozenou vývojovou vadou (dále jen VVV) či mělo po porodu komplikace byl tedy příliš nízký. Negativní dopad na psychiku ženy měla tato skutečnost u dvou z pěti daných žen. Vzhledem k nízkému počtu žen v průzkumném vzorci nelze hypotézu 8. potvrdit.

Tabulka 12 – Počet matek, jejichž dítě se narodilo s VVV či mělo komplikace po porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	5	6,90%
Ne	66	91,70%
Neuvedeno	1	1,40%
Celkem	72	100,00%

Hypotéza 9. Předpokládám, že u žen s vysokoškolským vzděláním či prestižním postavením v zaměstnání je rozdílná spokojenost s rolí matky než u ostatních žen.

Hypotéza byla ověřována položkou č. 16 a položkami od č. 41 do č. 45, jež se vztahovaly na úroveň spokojenosti s rolí matky. V daném průzkumném vzorci žen bylo celkem 33 žen tedy 45,8 % všech dotazovaných, které mají vysokoškolské vzdělání a pracují na vedoucích či prestižních pracovních pozicích. Porovnáme-li odpovědi na položky u obou dotazovaných skupin žen, zjistíme, že se jejich odpovědi příliš neliší. Nelze tedy předpokládat, že vysokoškolské vzdělání u žen či důležitost jejich pracovní pozice by mělo mít negativní důsledek na spokojenost s rolí matky. Hypotéza se tedy nepotvrdila.

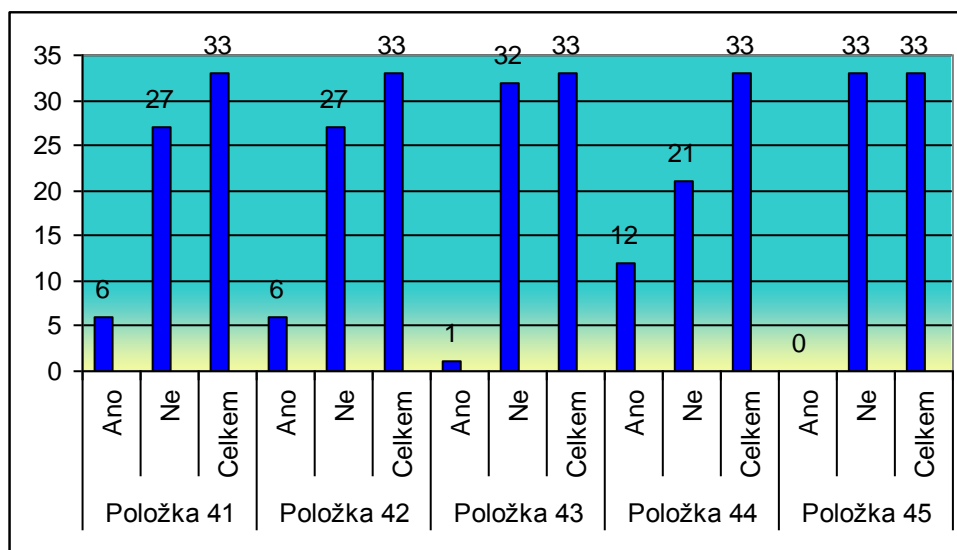
Tabulka 13 – Ženy s vysokoškolským vzděláním či s prestižním povoláním a jejich spokojenost s rolí matky.

		Absolutní četnost	Relativní četnost
Položka 41	Ano	6	18,20%
	Ne	27	81,80%
	Celkem	33	100,00%
Položka 42	Ano	6	18,20%
	Ne	27	81,80%
	Celkem	33	100,00%
Položka 43	Ano	1	3,00%
	Ne	32	97,00%
	Celkem	33	100,00%
Položka 44	Ano	12	36,40%
	Ne	21	63,60%
	Celkem	33	100,00%
Položka 45	Ano	0	0,00%
	Ne	33	100,00%
	Celkem	33	100,00%

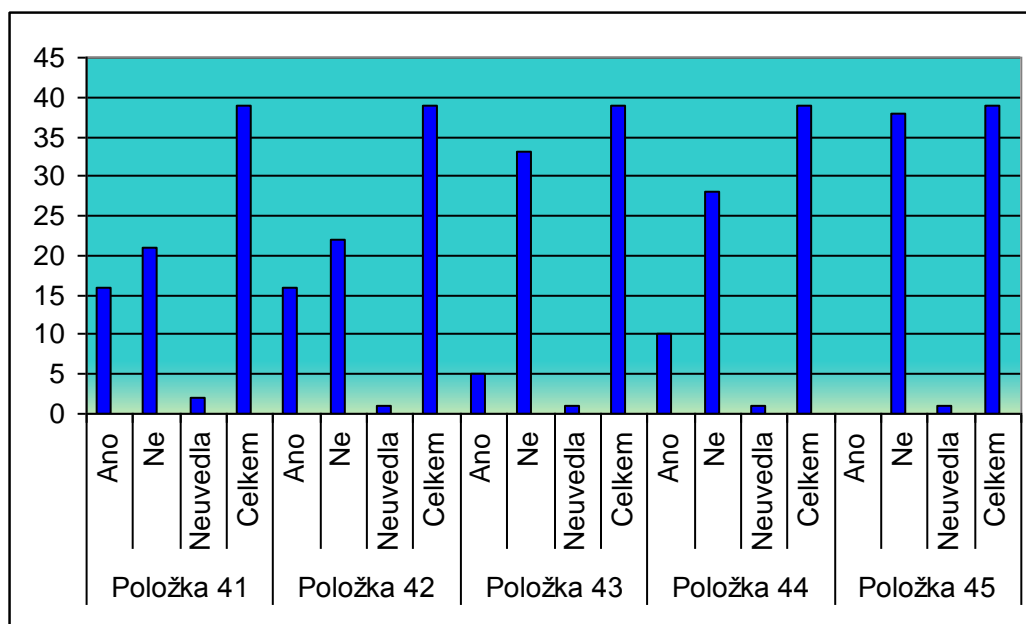
Tabulka 14 – Ženy bez vysokoškolského vzdělání a jejich spokojenost s rolí matky.

		Absolutní četnost	Relativní četnost
Položka 41	Ano	16	41,00%
	Ne	21	53,80%
	Neuvedla	2	5,20%
	Celkem	39	100,00%
Položka 42	Ano	16	41,00%
	Ne	22	56,40%
	Neuvedla	1	2,60%
	Celkem	39	100,00%
Položka 43	Ano	5	12,80%
	Ne	33	84,60%
	Neuvedla	1	2,60%
	Celkem	39	100,00%
Položka 44	Ano	10	25,60%
	Ne	28	71,80%
	Neuvedla	1	2,60%
	Celkem	39	100,00%
Položka 45	Ano	0	0,00%
	Ne	38	97,40%
	Neuvedla	1	2,60%
	Celkem	39	100,00%

Graf 11 - Ženy s vysokoškolským vzděláním či s prestižním povoláním a jejich spokojenost s rolí matky.



Graf 14 – Ženy bez vysokoškolského vzdělání a jejich spokojenost s rolí matky.



Hypotéza 10. Předpokládám, že věk prvorodičky do 25 let neovlivňuje negativně její psychiku a spokojenost s rolí matky.

Hypotéza 10. vycházela z položek č. 1 a č. 4. V daném průzkumném vzorci žen se vyskytovaly pouze dvě prvorodičky ve věku do 25 let. Zkoumaný vzorec žen byl tedy málo početný, a proto nebylo možné hypotézu 10. potvrdit. U obou žen, tedy prvorodiček do 25 let, byly dále zkoumány jejich odpovědi na položky od č. 27 do č. 34 a dále na položky od č. 41 do č. 45. Obě ženy neměly podle svých odpovědí na položky s negativními prožitky v šestinedělí potíže a obě byly taktéž s rolí matky spokojeny.

5. Diskuze

V poslední době narůstá počet žen, které se informují ohledně těhotenství, porodu a péče o novorozence. Tato skutečnost je velmi přínosná. Z průzkumu vyplývá, že téměř 90% žen je informovaných. Bylo také zjištěno, že takové ženy mají z nových povinností náležitých roli matky menší obavy. Edukace pacientek je v povolání porodní asistentky velmi důležitá. Doporučila bych, aby se porodní asistentky na odděleních šestinedělí edukaci pacientek náležitě věnovaly. Žena, která je dostatečně edukovaná, má méně obav a více

sebevědomí, což je jako prevence poporodní deprese nedocenitelná okolnost.

Rizikovým faktorem pro vznik poporodní deprese je špatná sociálně-ekonomická situace v životě ženy. Poporodní deprese častěji vzniká u žen, které mají partnerské či existenční problémy; důležitým faktem je i to, zda bylo těhotenství chtěné. V průzkumu se tato tvrzení ověřila. Ženy, které těhotenství neplánovaly nebo nechtěly, jejichž finanční situace byla neuspokojivá a přístup partnera či rodiny k těhotenství negativní; prožívaly v šestinedělí více negativních emocí než ostatní ženy.

V průzkumu jsem se zaměřila také na ženy, jež měly v těhotenství či při porodu komplikace. Jelikož stoupá věk rodiček, objevují se častěji komplikace jako např. nemožnost přirozeného otěhotnění, vyšší počet spontánních potratů a potratů indukovaných zejména z důvodu genetického postižení u plodu. Narůstá také počet indukovaných porodů, počet porodů ukončených císařským řezem atd. V průzkumném vzorci bylo téměř 50% žen, u nichž se během těhotenství či porodu vyskytovaly komplikace. Jelikož bylo v daném vzorci žen málo šestinedělek, které by trpěly větší psychickou újmou po porodu, nebylo možné zcela efektivně posoudit, zda mají komplikace jako např. akutní císařský řez atp. negativní dopad na jejich psychiku v šestinedělí. Přesto se negativní odchylky v psychice objevovaly častěji u šestinedělek, jež měly průběh těhotenství či porodu komplikovaný než u šestinedělek, u kterých byl průběh těhotenství i porodu nekomplikovaný.

Domnívala jsem se, že traumatický porod u žen by mohl způsobit ženám větší psychickou újmu a zhoršenou psychickou adaptaci po porodu. Tato domněnka se však u zkoumaného vzorce žen nepotvrdila. Ženy, jež označily vlastní porod jako traumatický, často trpěly spíše výčitkami ohledně vlastního porodu. Udávaly, že svůj porod mohly zvládnout lépe, některé se za své chování u porodu styděly, jiné měly dojem, že se k nim personál na porodním sále nezachoval hezky. Traumatický zážitek u porodu však neměl rozhodující vliv na jejich prožívání šestinedělí.

Dalším problémem, na který jsem se v průzkumu zaměřila, byly fyzické ztráty v těhotenství a jejich vliv na psychiku ženy. Tento problém se v průzkumu jevil jako nejzásadnější. V průzkumném vzorci odpověděla téměř vždy více než čtvrtina žen kladně na položky, jež se týkaly toho, zda se trápí kvůli změně svého vzhledu atd. Ženy se často cítily méně přitažlivé, obávaly

se, že již nebudou vypadat tak jako před těhotenstvím a nejčastěji měly strach z toho, že již nebudou svého partnera přitahovat. Tento poznatek pokládám za zajímavý, poněvadž jsem se domnívala, že fyzická podoba nebude pro ženy tak důležitá. V této oblasti je pro ženu nejvýznamnější podpora partnera, který by ji měl ujistit, že je pro něj stále přitažlivá a dodat jí tak sebevědomí.

Ve svém průzkumu jsem se také obecně zaměřila na prožívání šestinedělí u žen. Dotazovala jsem se na to, zda jsou více plačtivé či rozmrzelé, jestli mají časté změny nálady atd. Na většinu položek odpovědělo kladně téměř vždy více než 10% tázaných žen. Nejčastěji si ženy stěžovaly na únavu a nedostatek spánku. Domnívám se, že taková únava již nepatří k únavě po porodu, ale souvisí spíše s pobytem matek na oddělení rooming-in. Přestože je společný systém ošetřování matek a novorozenců velmi oblíbený, domnívám se, že není nejlepší. Žena by si měla po porodu řádně odpočinout. Jestliže je nevy spalá a následně nervózní, má potom často problémy např. s laktací. Jestliže právě kvůli tomu dítě hůře prospívá, je žena stále více frustrována. Podle mého názoru by bylo pro ženy lepší, kdyby alespoň jeden den po porodu zůstaly na pokoji samy a dítě měly v péči dětské sestry, aby si matky dobře odpočinuly a teprve potom přestoupily na rooming-in.

Během realizování svého průzkumu jsem se dotazovala žen i na to, zda se jejich dítě narodilo s vrozenou vývojovou vadou (dále jen VVV) či zda mělo po porodu komplikace. Poté jsem dále zkoumala odpovědi těchto žen na položky, které se týkaly velkých obav o dítě a zjistila jsem, že u dotazovaných žen spolu tyto okolnosti nesouvisí. Zkoumaný vzorec žen, jejichž dítě se narodilo s VVV nebo mělo po porodu komplikace, byl však málo početný na to, aby bylo možné potvrdit hypotézu, že VVV či poporodní komplikace u dítěte mají negativní vliv na psychiku šestinedělky. Během své praxe na odděleních šestinedělí jsem se u matek často setkávala s přehnanými obavami o dítě, když mělo např. žloutenku atd. Proto jsem do dotazníku zahrнула i položky týkající se vážnějších komplikací u novorozence. Zajímalo mě, jak takovou situaci ženy prožívají. Aby bylo možné hypotézu ověřit, musel by být daný vzorec žen mnohem početnější.

Díky vyspělé prenatální péči v současné době se ženy o případné VVV u dítěte dozví již v těhotenství při ultrazvukových vyšetřeních. Jsou dále pečlivě sledovány a k porodu jsou odesílány do tzv. *perinatologických center*, jakým je

i např. FN Motol v Praze, kde jsem realizovala svůj průzkum. Perinatologická centra jsou schopna poskytnout dítěti s VVV adekvátní péči. Dá se tedy předpokládat, že pokud matka o postižení u dítěte ví a je informována, kde a jak se bude situace ohledně dítěte dál řešit, je s touto skutečností smířena a pokud lékařům důvěřuje, tak obavy o zdraví dítěte nemá.

Ve svém průzkumu jsem se zamýšlela také nad tím, jakou roli má vyšší věk matky a jejich vzdělání či profese na prožívání nové role matky. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že mladší rodičky ve většině případů lépe zvládají porod, lépe spolupracují a jako matky mi připadaly klidnější a vyrovnanější oproti starším prvorodičkám, které navíc měly vysokoškolské vzdělání. Průzkum ale potvrdil, že tomu tak docela není. I starší ženy – navíc vysokoškolsky vzdělané – se na svou roli matky dobře adaptují a co se týká jejich zaměstnání či zálib, netrápí se tím, že se jich alespoň na určitou dobu vzdaly.

Na závěr bych ráda podotkla, že největším nedostatkem v mém průzkumu byl malý počet respondentek. Bylo by zajímavé sledovat více žen, ale také po delší dobu, tj. po propuštění z nemocnice, poněvadž poporodní deprese nemusí vzniknout tak brzy po porodu, nýbrž i např. až rok po něm. Porodním asistentkám na odděleních šestinedělí bych doporučila více s matkami komunikovat, dostatečně je edukovat ohledně péče o novorozence, kojení atd. Jedině tak žena získá dostatek sebevědomí a nebude mít zbytečné obavy z toho, že roli matky nebude zvládat dobře.

Závěr

Cílem bakalářské práce byl vliv životních, psychických a fyzických změn vzniklých u žen během těhotenství a po porodu na psychické prožívání šestinedělí. Šestinedělí je velmi zlomové období v životě ženy a někdy je příliš krátké na to, aby se během něj žena dokázala vyrovnat se všemi uvedenými změnami. Psychické a fyzické ztráty v těhotenství a v neposlední řadě změny v partnerských a rodinných vztazích mohou způsobit u ženy poporodní depresi. Právě období šestinedělí je pro vznik poporodní deprese nejcitlivější.

Žena v šestinedělí se vyrovnává s novou rolí matky, s tělesnými a potažmo hormonálními změnami. Musí si rychle zvyknout na nový režim a na to, že novorozenec vyžaduje její péči téměř 24 hodin denně. V průzkumu u šestinedělek bylo zjištěno, že se často trápí právě změnami tělesnými, což bylo překvapivé zjištění. Více než 50% šestinedělek trápila únavnost, jejíž příčinou je dle mého názoru hlavně pobyt matek na oddělení šestinedělí v rámci společného systému ošetřování matek a novorozenců – rooming-in, kde ženy téměř nemají šanci si po porodu řádně odpočinout.

Časté byly u žen obavy, zda zvládnou péči o novorozence atp. V tomto ohledu je velmi důležitá edukační činnost porodních asistentek na odděleních šestinedělí. Psychické změny u žen taktéž nebyly výjimečné. Často souvisely s komplikacemi při porodu či s problémy v sociálně-ekonomické oblasti. Takové ženy jsou rizikové, protože právě u nich je nejčastější výskyt poporodní deprese. V průzkumu se tedy potvrdily již dříve zmíněné poznatky o poporodní depresi.

Přínosem pro zkoumání poporodní deprese by bylo vytvoření rozsáhlého výzkumu, jež by čítal respondentky v řádu nejméně stovek a kde by bylo možné rozpracovat podrobněji vliv veškerých změn, jež patří k těhotenství a porodu, na psychické rozpoložení v šestinedělí. Během svého průzkumu jsem zjistila, že by bylo vhodné ženy sledovat např. na začátku a na konci šestinedělí, ale i po něm; a zjistit tak, jak se jejich prožívání role matky časem mění.

Seznam použité literatury

1. Autorský kolektiv. 2006. *Porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
2. DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances. 2000. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
3. DUŠEK, Karel; VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. 2005. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0197-9.
4. GEISEL, Elisabeth. 1997. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004. ISBN 80-86356-32-9.
5. HONZÁK, Radkin et al. 2005. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-367-2.
6. KENNERLEYOVÁ, Helen. 1998. *Jak zvládat úzkostné stavy*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-266-1.
7. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. Martin: Osveta, 1995. ISBN
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-121-6.
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2003. *Jak zvládat depresi*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0375-3.
10. MACKŮ, František; MACKŮ Jaroslava. 1998. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-589-0.
11. MAHROVÁ, Gabriela; VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
12. MALÁ, Eva; PAVLOVSKÝ, Pavel. 2002. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
13. MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

14. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací. Text pro posluchače zdravotnických oborů*. Plzeň: Maurea, s. r. o., 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
15. NICOLSON, Paula. 1998. *Poporodní deprese*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-938-1.
16. PAŘÍZEK, Antonín. 2005. *Kniha o těhotenství a porodu*. 2. vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-411-3.
17. PRAŠKO, J.; PRAŠKOVÁ, H.; PRAŠKOVÁ, J. 2003a. *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0.
18. PRAŠKO, Ján a kol. 2003b. *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-002-4.
19. SOBOTKOVÁ, Irena. 2007. *Psychologie rodiny*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-250-8.
20. ŠULOVÁ, Lenka. 2005. *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0877-4.
21. HANÁKOVÁ, Taťána. 2007. *Poporodní deprese* [online]. [cit. 2010-03-08]. Dostupné z WWW: <http://www.hanakova-gynekologie.wz.cz/10_01.html>.
22. HOLOPÍRKOVÁ, Pavlína. 2009. *Poporodní splín potká každou mámu* [online]. [cit. 2010-03-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.prozeny.cz/magazin/deti-a-rodina/tehotenstvi-a-porod/2776-poporodni-splin-potka-kazdou-mamu>>.
23. *MeDitorial, s. r. o.* 2008 [online]. *Poporodní deprese není jen špatná nálada* [cit. 2010-03-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.ulekare.cz/clanek/poporodni-deprese-neni-jen-spatna-nalada-10632>>.
24. *Novinky.cz* 2009 [online]. *Stále více žen trpí následky traumatického porodu*. [cit. 2010-03-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.novinky.cz/zena/deti/165921-stale-vice-zen-trpi-nasledky-traumatickeho-porodu.html>>.
25. SOKOLOVÁ, Dana. 2010a. *Jak na to, aby byl sex i po porodu příjemný* [online]. [cit. 2010-03-08]. Dostupné z WWW:

<<http://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/192627-jak-na-to-aby-byl-sex-i-po-porodu-prijemny.html>>.

26. SOKOLOVÁ, Dana. 2010b. *Tatínek u porodu ano, ale bez vynucení* [online]. [cit. 2010-03-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/192153-tatinek-u-porodu-ano-ale-bez-vynuceni.html>>.
27. ZARZYCKÁ, Karolina. 2009. Po porodu se u maminek mohou vyskytnout nečekané psychické potíže [online]. [cit. 2010-03-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.novinky.cz/zena/zdravi/171395-porodu-se-u-maminek-mohou-vyskytnout-necekane-psyhicke-potize.html>>.

Přílohy

Příloha 1 – Dotazník.

*Milé dámy! Právě se k Vám dostal dotazník, který je součástí mé bakalářské práce, jež je zaměřena na psychické poruchy v šestinedělí. Pokud se rozhodnete jej vyplnit, odpovídejte, prosím, na dané otázky pravdivě dle vlastního uvážení. Zakroužkujte, prosím, možnost odpovědi **ano** či **ne**, popřípadě svoji odpověď vypište. Dotazník je **anonymní**, nebudete v něm uvádět své jméno, pouze Váš věk. Vyplnění dotazníku by Vám nemělo trvat déle než 15 minut. Za Vaši spolupráci Vám předem velice děkuji.*

Daniela Králová, studentka 3. ročníku v oboru porodní asistentka na Vysoké škole zdravotnické v Praze.

1. Uveďte, prosím, Váš věk:
2. Jste vdaná?
Ano
Ne
3. Účastnil se Váš partner porodu?
Ano
Ne
4. Jednalo se o Váš první porod?
Ano
Ne
Pokud jste odpověděla „ne“, doplňte, prosím, o kolikátý porod se jednalo:
.....
5. Bylo Vaše těhotenství plánované?
Ano
Ne
6. Účastnila jste se předporodního kurzu?
Ano
Ne
7. Snažila jste se vyhledávat informace ohledně těhotenství, porodu a péče o miminko?
Ano
Ne
8. Otěhotněla jste přirozenou cestou?
Ano
Ne

9. Bylo Vaše těhotenství chtěné?
Ano
Ne
10. Měl Váš partner k Vašemu těhotenství kladný přístup?
Ano
Ne
11. Měla Vaše a partnerova rodina k Vašemu těhotenství kladný přístup?
Ano
Ne
12. Měla jste rizikové těhotenství?
Ano
Ne
13. Prodělala jste někdy spontánní potrat?
Ano
Ne
14. Porod proběhl:
a) přirozenou cestou
b) plánovaným císařským řezem
c) akutním císařským řezem
d) pomocí kleští či vakuumextraktoru
15. Je Vaše finanční situace uspokojivá?
Ano
Ne
16. Jaké je Vaše zaměstnání?

Následující otázky jsou blíže zaměřeny na fyzické a psychické změny v těhotenství.

17. Změnila se hodně v těhotenství Vaše fyzická podoba (značný nárůst váhy aj.)?
Ano
Ne
Pokud jste odpověděla „ano“, trápíte se tím?
Ano
Ne
18. Cítíte se méně přitažlivá?
Ano
Ne

19. Máte strach, že nebudete vypadat tak, jako před těhotenstvím?

Ano

Ne

20. Napadlo vás někdy, že nebudete pro svého partnera přitažlivá jako před těhotenstvím?

Ano

Ne

21. Trpěla jste často v těhotenství pocity strachu či úzkosti?

Ano

Ne

Pokud jste odpověděla „ano“, prohloubily se tyto obavy po porodu?

Ano

Ne

Následující otázky jsou blíže zaměřeny na průběh Vašeho porodu.

22. Vnímáte Váš porod jako traumatický zážitek?

Ano

Ne

23. Představovala jste si porod zcela jinak?

Ano

Ne

24. Máte pocity viny, že jste porod mohla zvládnout lépe?

Ano

Ne

25. Když si vzpomenete na Váš porod, máte pocity studu?

Ano

Ne

26. Domníváte se, že se k Vám personál na porodním sále nezachoval dobře?

Ano

Ne

Následující otázky jsou zaměřeny na prožívání šestinedělí.

27. Je Vám často do pláče?

Ano

Ne

28. Máte pocit, že je toho na Vás moc?

Ano

Ne

29. Jste často smutná?
Ano
Ne
30. Trpíte náhlými změnami nálady?
Ano
Ne
31. Míváte silné pocity viny, když se Vám něco nedaří?
Ano
Ne
32. Cítíte se stále unavená, máte problémy se spánkem?
Ano
Ne
33. Snadno se rozhněvate, když Vám někdo něco vytýká?
Ano
Ne
34. Máte nedostatek sebedůvěry?
Ano
Ne

Následující otázky se týkají vztahu matky k miminku.

35. Narodilo se Vaše miminko s nějakou vadou, či mělo po porodu komplikace?
Ano
Ne
36. Trápíte se příliš velkými obavami o miminko?
Ano
Ne
37. Máte strach z toho, že si s miminkem nebudete doma vědět rady?
Ano
Ne
38. Obáváte se, že sama péči o miminko nezvládnete?
Ano
Ne
39. Očekáváte, že se do péče o miminko zapojí Váš partner, rodina?
Ano
Ne
40. Bojíte se toho, že nebudete dobrá matka?
Ano
Ne

Následující otázky jsou zaměřeny na změny životních hodnot v mateřství.

41. Máte pocit, že vůbec nemáte čas na sebe?

Ano

Ne

42. Domnívala jste se, že se mateřstvím Váš život příliš nezmění?

Ano

Ne

43. Trápí Vás, že nebudete mít tolik času chodit do společnosti a věnovat se svým zájmům?

Ano

Ne

44. Chtěla byste se brzy vrátit do zaměstnání?

Ano

Ne

45. Znamená pro Vás mateřství zklamání?

Ano

Ne

Děkuji Vám za Vaši ochotu obětovat Váš čas pro vyplnění tohoto dotazníku.