

**Psychiatrická onemocnění v souvislosti s těhotenstvím,
porodem, laktací a mateřstvím
(Informovanost laické veřejnosti o dané problematice)**

Barbora Biolková

Bakalářská práce
2008



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických studií

akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora BIOLKOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **Psychiatrická onemocnění v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřstvím (Informovanost laické veřejnosti o dané problematice)**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části práce studentka vytvoří soubor informací o psychiatrických onemocněních v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřstvím a o významu informovanosti laické veřejnosti o této problematice.

V praktické části práce studentka stanoví cíle, hypotézy, vytvoří podklady pro výzkumné šetření, v němž se zaměří na informovanost laické veřejnosti o psychiatrických onemocněních v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřstvím.

Po realizaci výzkumného šetření získané údaje zpracuje a vyhodnotí, vytvoří informační materiály pro laickou veřejnost, metodický návod pro zdravotnické pracovníky k edukaci klientů a vyhodnotí.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

SMOLÍK, Petr. Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf, 1996. 504 s. ISBN 80-85800-33-0.

SEIFERTO VÁ, Dagmar. PRÁŠKO, Ján. HÖSCHL, Cyril. Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004. 479 s. ISBN 80-86694-06-2.

NICOLSON, Paula. Poporodní deprese. Praha: Grada, 2001. 147 s. ISBN 80-7169-938-1.

DANZER, Gerhard. Psychosomatika. Praha: Portál, 2001. 244 s. ISBN 80-7178-456-7.

MALÁ, Eva. PAVLOVSKÝ, Pavel. Psychiatrie. Praha: Portál, 2002. 143 s. ISBN 80-7178-700-0.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jana Křemenová

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

31. ledna 2008

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. května 2008

Ve Zlíně dne 31. ledna 2008



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.

děkan

L.S.

MUDr. František Grossmann, CSc.

ředitel ústavu

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma Informovanost laické veřejnosti o psychiatrických onemocněních v souvislosti s těhotenstvím, porodem , laktací a mateřstvím je složena z části teoretické a praktické. První z nich je zaměřena na charakteristiku těhotenství, porodu, šestinedělí a dále obsahuje soubor informací o nejčastějších psychiatrických poruchách v souvislosti s těhotenstvím a porodem. V praktické části jsou zpracovány výsledky průzkumu, vyhodnoceny hypotézy a vytvořen informační materiál formou letáků pro laickou veřejnost a metodické pokyny pro zdravotníky k edukaci klientů.

Klíčová slova:

Těhotenství, porod, mateřství, deprese, úzkost, informovanost, psychika

ABSTRACT

Bachelory thesis concerning Layman public's awareness of Psychiatric disorders connecting with pregnancy, delivery, lactation and maternity consists of theoretical part and practical part. The first part is focused on characteristic of pregnancy, delivery, childbed and contains complex of information about the most frequent psychiatric disorders connecting with pregnancy and delivery. In the second part there are processed results of the study, evaluated hypotheses and created information material in the form of handouts for layman public and methodical instructions for medical officers to educate clients.

Keywords:

Pregnancy, delivery, maternity, depression, anxiety, awareness, psyche

Motto: „Nejztracenější den našeho života je ten, v němž jsme se nezasmáli.“ S.N.Chamfort

Poděkování:

Děkuji Mgr.Křemenové za její trpělivé vedení mé bakalářské práce a MUDr.Hřibňákové za její cenné odborné rady a připomínky.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

Ve Zlíně 23.5.2008

.....

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 TĚHOTENSTVÍ	11
1.1 ÚVOD	11
1.2 PRVNÍ TRIMESTR.....	11
1.3 DRUHÝ TRIMESTR.....	12
1.4 TŘETÍ TRIMESTR	12
1.5 VÝVOJ MATEŘSKÉ IDENTITY	13
1.6 ZÁVĚR.....	14
2 POROD	15
2.1 ÚVOD	15
2.2 HORMONY LÁSKY BĚHEM PORODU	15
2.2.1 Oxytocin	15
2.2.2 Endorfiny.....	16
2.2.3 Prolaktin	17
2.2.4 Adrenalin.....	18
2.3 ZÁVĚR.....	19
3 ŠESTINEDĚLÍ	20
4 PSYCHIATRICKÉ PORUCHY SPOJENÉ S TĚHOTENSTVÍM A PORODEM	21
4.1 ÚZKOSTNÉ PORUCHY	21
4.1.1 Úvod.....	21
4.1.2 Okolnosti rozvoje úzkostné poruchy.....	22
4.1.3 Psychoanalytické hledisko úzkosti.....	24
4.1.4 Nejčastější typy úzkostných poruch	26
4.1.5 Prevence	28
4.1.6 Závěr.....	29
4.2 NESPAVOST	29
4.3 DEPRESE.....	30
4.3.1 Depresivní porucha	30
4.3.2 Dělení depresivní poruchy.....	30
4.3.3 Působení deprese na oblasti prožívání lidských aktivit.....	31
4.3.4 Deprese a těhotenství	32
4.3.5 Depresivní porucha po porodu	32
4.4 PSYCHÓZY.....	33
4.4.1 Co je psychóza	33
4.4.2 Typy psychóz.....	33
4.4.3 Hlavní typy funkčních psychóz	33
4.4.4 Příznaky psychóz.....	34

4.4.5	Příčiny psychóz	34
4.4.6	Závěr.....	35
5	SPECIFIKA POPORODNÍHO OBDOBÍ.....	36
5.1	ÚVOD	36
5.2	RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK POPORODNÍCH PORUCH.....	36
5.3	POPORODNÍ BLUES.....	36
5.4	POPORODNÍ DEPRESE.....	37
5.5	POPORODNÍ PSYCHÓZA.....	37
5.6	ZÁVĚR.....	38
II	PRAKTICKÁ ČÁST	39
6	CÍLE A HYPOTÉZY PRŮZKUMU.....	40
7	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMU.....	41
8	METODA PRŮZKUMU.....	42
9	METODY ZPRACOVÁNÍ PRŮZKUMU.....	43
10	VYHODNOCENÍ PRŮZKUMU.....	46
11	VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	72
	ZÁVĚR	78
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	79
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	82
	SEZNAM GRAFŮ	83
	SEZNAM TABULEK.....	85
	SEZNAM PŘÍLOH.....	87

ÚVOD

Fenomén ženství vznikal už v dávných dobách, kdy se žena s mužem svými dovednostmi vzájemně doplňovali, čímž vytvářeli rodinnou harmonii. Role byly rozděleny jednoznačně. Muži jako lovci obstarávali potravu, lovili kořist, ženy je čekaly, staraly se o teplo rodinného krbu. Hlídaly obydlí, sbíraly plody a hlavně se staraly o děti. Jejich schopnost rodit potomky byla pokládána za magickou. Ženina sebeúcta se vytvářela tím, že muž oceňoval její péči o domov a schopnost starat se o potomky. Žena naopak oceňovala muže za to, že jim zajistil potravu a tím riskoval svůj život pro rodinu. V dnešní době už místo těchto jasných pravidel vládne zmatek, ale stále máme tyto rituály uchovány v sobě.

Posláním ženy je tedy od pradávna mateřství. Ženy jsou orientovány na vztahy, mají větší emocionální citění než muži. Potřebují být spokojeny ve vztahu, aby byly spokojeny i v jiných oblastech života. Tím, že se stírají rozdíly v chování a „povinnostech“, chybí ženám jakési ujištění jejich nezastupitelné role matky. Potřebují cítit lásku partnera a jeho uznání, aby nepochybovaly o své významnosti. Teprve pokud u sebe nepotlačí své instinktivní chování, objeví ho v sobě i jejich partneři. Stačí nepatrné kouzlo- muži budou muži, když ženy budou ženami.

Těhotenství je velkou životní změnou, ať už je událostí vytouženě očekávanou, plánovanou nebo naopak neplánovanou a neočekávanou.

Staví ženu do pozice, ve které přijímá novou životní roli. Má několik měsíců na to, aby se s touto skutečností vyrovnala a ztotožnila. Bylo by mylné si myslet, že její pochyby, které se mnohdy derou na výsluní spolu s rozporuplnými úvahami jsou chybou.

Tělo těhotné ženy prochází celou řadou fyzických změn, ale i změn v oblasti psychiky. Mezi změny somatické patří např.zvyšující se krevní objem, změny vnitřního prostředí. Někdy ženy trpí ranní nevolností. Objevuje se časté močení a spánkový dyskomfort .V případě vzniku komplikace jako je např.preeklampsie nebo nutnosti hospitalizace, dochází z hlediska holistického pojetí také ke změnám v oblasti psychiky. Tyto stresory mohou způsobit i psychosomatické potíže.

Žena se stává citlivější i emocionálně reaktivnější. Hormony jsou mocnými pány a dokáží zamávat s naší psychikou. Během těhotenství dochází k obrovským hormonálním změnám, jejichž důsledkem je žena náchylnější k vnějším podnětům.

Intenzita jejich projevů je závislá na individualitě její osobnosti, okolí a aktuální situaci partnerské, rodinné, finanční apod.

Vyskytuje se mnoho obav z toho, jestli se dítě narodí zdravé, bez vývojových vad, žena prochází mnoho různými vyšetřeními, čeká na výsledky, v některých případech dokonce podstupuje další prohlídky, což je pro ni zdrojem ještě většího stresu. Mnohdy nemá dobré rodinné zázemí, partnera jenž by ji byl oporou, strachuje se o svou budoucí finanční situaci.

Je to výjimečný stav, který nelze nacvičit. Jde o nový život, každý detail je rozhodující .

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TĚHOTENSTVÍ

1.1 Úvod

Plánované i neplánované těhotenství mění mezilidské vztahy v celé rodině. Muž i žena jsou často zaskočeni skutečností, že spolu čekají dítě a stanou se rodiči. Mohou mít obavy, jak to naruší jejich vztah. Těhotenství je velkým mezníkem hlavně v životě ženy. Přináší nové poslání a myšlenky. Žena si klade spoustu otázek ohledně její budoucnosti. Jak se k jejímu stavu postaví partner, zda to přivítá s radostí nebo spíše naopak a jak se k jeho možným odlišným názorům postaví ona sama. Není si jistá jak se zachová k této novince její okolí, ať už rodiče nebo přátelé. Napadá ji jestli třeba partner preferuje jen určité pohlaví nebo co když její dítě nebude úplně v pořádku. Přijmou ho ostatní? Učí se, jak se o sebe postarat a přijmout péči okolí. Uvědomuje si, že už nebude tou samostatnou osobou. S postupem času se rozvíjí její vztah k dítěti. Těhotenství ženě přináší nejen fyzické změny, ale i změny v oblasti psychiky. Nejprve přijímá dítě jako součást sama sebe a až postupně si ho představuje jako samostatnou bytost. Její reakce se mění v rámci každého trimestru.

1.2 První trimestr

Pro ženu je mnohdy těžké uvěřit, že je těhotná, protože na sobě žádné změny nepozoruje. Je uzavřená a snaží se vypořádat, zda je opravdu těhotná. I když si sama udělá doma těhotenský test, který ji vyjde pozitivní, více uvěří této skutečnosti, až ji v tom utvrdí lékař. Až ultrazvukové vyšetření ji pomůže pochopit, že se v ní vyvíjí nový tvor. Většina žen má rozporuplné pocity. Mnoho i chtěných dětí vzešlo z neplánovaných těhotenství. I ženy, které dlouho plánovaly otěhotnění a stále se jim nedařilo otěhotnět cítí rozpolcené pocity, protože jejich těhotenství obvykle přichází v době, kdy se dostaly do klidu a se skutečností nemoci otěhotnět se už smířily a nyní měly jiné plány ohledně budoucnosti. Zkoumají jestli se rozhodly správně, ve správnou dobu. Obviňují se za to, že jejich pocity jsou nevhodné a stydí se za ně. Žena se plně soustředí na sebe a zažívá nové fyzické pocity. Spolu s nimi působí i vyšší hladina hormonů a to způsobuje psychickou labilitu.

1.3 Druhý trimestr

Váha ženy a s tím i břicho se zvětšují a tím je plod pro ženu „viditelnější“. Brzy po počátku prvního trimestru slyší a vidí tlukot srdíčka na ultrazvuku. Cítí také pohyby plodu a to jí pomáhá vnímat plod už jako samostatnou bytost. Je to nejstabilnější období těhotenství. Žena už nepocituje dřívější rozpolcené pocity a plnými doušky si užívá těhotenství. Tělesné změny a vyvíjející se človíček uvnitř ní jsou v popředí jejího zájmu. Soustředí se zcela na sebe. Tráví hodně času výběrem prostředí, jídla a přemýšlí nad tím, co je nejvhodnější pro ni a hlavně její nenarozené dítě. Neodmítá péči ostatních, kteří ji zakazují nosit těžké věci a odhání ji od náročnější práce. Někdy ztrácí zájem o veškeré aktivity z důvodu starostlivého opatrování plodu. Zkoumá jaké děti jsou a snaží se nacvičit roli matky. Představuje se jak bude její děťátko vypadat, jestli to bude holčička nebo chlapeček. Jsou již viditelné změny charakteristické pro těhotenství, žena je vítá, protože jsou známkou dobře se vyvíjejícího plodu, ale zároveň si může připadat méně přitažlivá. Může to způsobit změnu sexuálního vztahu mezi partnery. Oba partneři se mohou obávat ohrožení plodu, zejména ztratili-li dříve dítě potratem. I to může způsobit ztrátu zájmu o pohlavní život. V tomto případě jsou důležité jiné projevy lásky ze strany partnera.

1.4 Třetí trimestr

Tělesné změny jsou výrazné a žena na sebe přestává pohlížet jako na nejkrásnější a považuje se za oblodně velikou nemilovanou svým partnerem. Stává se více zranitelnější, náladová a má pocity větší závislosti na partnerovi. Zkoumá se, jestli je schopna zvládnout porod a pocituje obavy, jak dopadne. Mnohdy se vrací psychická labilita. Žena se postupně začíná vznikat na konec těhotenství a připravuje se na péči o dítě. Toto období je charakteristické tzv. „stavěním hnízda“. Ve své mysli zpracovává přechod z role těhotné ženy k nové roli matky. I malé potíže spojené s těhotenstvím jsou čím dál více únavnější. Ženě připadá, že těhotenství nikdy neskončí. Potřebuje porozumění a lásku svých blízkých. Podpora ji dává sílu zvládnout vše kolem porodu.

1.5 Vývoj mateřské identity

Proces přijetí mateřské úlohy je tvořen několika operacemi, kterými se žena snaží vypořádat s krizí provázející těhotenství. Mezi tyto procesy patří imitace, hraní rolí, fantazie, introjekce – projekce – zamítnutí a soustředění. Cílem je integrace vlastního já do nové role.

Imitace:

Je to aktivní proces, kdy se žena prostřednictvím napodobování chování osob, které v dané roli už byly nebo jsou snaží o osvojení nové úlohy. Příkladem je oblékání do typických těhotenských šatů.

Hraní rolí:

Je to chování, při kterém se žena snaží vyhledat konkrétní situaci, aby si mohla vyzkoušet svou novou úlohu. Jde např. o situaci, ve které se může starat o malé dítě.

Fantazie:

Má podobu přání, obav a snů, jako je tomu u představ nenarozeného dítěte.

Během procesu introjekce vnímá chování lidí v hledaných rolích a představuje si sama sebe v dané situaci, což se nazývá projekce. Potom udělá závěr, zda je daný způsob chování vhodný, přijme jej – akceptace nebo není vhodný a odmítne jej – negace.

Smutnění:

Souvisí s tím, že se žena musí vzdát některých prvků svého já, které by byly v rozporu s její novou rolí. Bývá to spojováno s nostalgií a smutkem. Žena si uvědomuje, že čas nevrátí a už nikdy nebude úplně stejná. [18]

1.6 Závěr

Informovanost o jednotlivých trimestrech těhotenství z pohledu psychiky je důležitá z toho důvodu, aby se ženy necítily provinile za své pocity a nepotlačovaly je v sobě. Pokud je neventilují a zadržují je může to vést zbytečně k depresivnímu ladění až depresi.

2 POROD

2.1 Úvod

Porod se dotýká všech složek osobnosti rodící ženy. Velmi důležitý je psychický stav ženy, protože může ovlivnit celý průběh porodu. Relaxovaná, informovaná, spokojená, optimistická žena snáší lépe dyskomfort během porodu a i celý porodní proces probíhá lépe. Úzkost ženy zvyšuje její citlivost na bolest a i porodní cesty se hůře otvírají. Následkem úzkosti se vyplavují stresové hormony, které mohou způsobit snížený průtok krve placentou a utlumit děložní kontrakce.

Během porodu dochází k četným hormonálním pochodům, které mohou ovlivnit celý porodní proces a i budoucí vztah matky s dítětem.

2.2 Hormony lásky během porodu

2.2.1 Oxytocin

Vliv hormonu oxytocinu na savce zdokumentovali pánové J.Turkel a J.S.Rosenblatt následujícím pokusem: Rozdělili laboratorní krysy na dvě skupiny, přičemž do první skupiny umístili ty a jen ty samice, které právě porodily mláďata. Jejich krev pak vstříkli do mozků samců a samic z druhé skupiny, tj. krysám, které se ještě nepáříli. Následkem tohoto došlo u zvířat z druhé skupiny ke změně chování k mateřskému, které se projevovalo tím, že tato zvířata udržovala novorozená mláďata pohromadě a zahřívala je. Tento pokus byl jedním z prvních kroků k pochopení vlivu hormonů na chování člověka.[5]

Porod je řízen oxytocinem, vyvolává efektivní a silné kontrakce vedoucí k porodu dítěte. Má velký význam i při pohlavním styku a sexuálnímu vzrušení. Ženy mají při orgasmu desetkrát vyšší hladinu oxytocinu než muži. U muže způsobuje kontrakce prostaty a semenných váčků sloužících k ejakulaci. Vylučuje se při veškerém dění týkajícím se sexuálního života. Vylučováním hormonů vzniká křehká rovnováha, při které dochází k produkci a vylučování dalších látek. Syntetický oxytocin, který se může podávat s cílem vyvolat kontrakce dělohy, však k takové reakci nevede, do krevního oběhu se dostávají uměle stanovené dávky. Rovnováha je narušena a do mozku se příslušná zpráva nedostane. Syntetický hormon působí tedy pouze lokálně a nemá vliv na chování ženy.

Při fyziologickém porodu dítěte je hladina přirozeného oxytocinu nejvyšší. Pokud není žena rušena, může k sobě instinktivně přitisknout novorozeně, pozorovat ho a vnímat. Dítě brzy zachytí matčinu bradavku a začne sát. Tímto chováním se začne vylučovat další oxytocin, který má za následek zavinování dělohy. Ženy, které nejsou pod vlivem medikace, mohou navázat se svým dítětem harmonický vztah. Když kojící matka zachytí signál svého hladového dítěte, zvýší se hladina oxytocinu v její krvi a spustí se laktační reflex. Je to srovnatelné se zamilovanou dvojicí, která pociťuje vzrušení, aniž by se sebe navzájem dotkla. Po zhruba dvaceti minutách kojení je u ženy v krevním oběhu stejná hladina oxytocinu jako při orgasmu. Oxytocin se dostává do mateřského mléka, které přijímá novorozenec. Vazba mezi matkou a dítětem daná vzájemnou náklonností, teplem, srdečním rytmem a blízkostí je stejná jako u zamilovanosti. Oxytocin je tedy posílčkem euforizujících látek výborných proti vzniku poporodní deprese.

2.2.2 Endorfiny

Epizody milostného života provázejí kromě oxytocinu také endorfiny. Jsou to látky podobné morfiu. Nazývají se hormony štěstí a rozkoše a jsou přirozenými prostředky k tlumení bolesti. Vyplavují se i během pohlavního styku. Navozují pocit štěstí jen na okamžik, protože mají krátkou životnost. Při nerušeném průběhu porodu, přechází žena díky zvyšující se hladině endorfinů do jiného stavu vědomí. Tento stav je podobný stavu nazývaném trip, který vzniká při užití opiátů. Vnímání místa, času a bolesti je jiné. Při porodu tedy spolu z bolestí působí ochranný systém vylučující látky podobné morfiu. Slast a bolest nelze oddělovat. Endogenní systém, jímž překonáváme bolest, je zároveň systémem, díky němuž zakoušíme slast a rozkoš. Použitím metody epidurální analgezie, která se používá při porodu k tišení bolesti vyřazujeme tento systém. Při pokusech na ovčích, kdy byla užitá při porodu EA, nejevila o svá mláďata žádný zájem. Je to varující hlavně u žen, u kterých je jejich dítě nechtěné.

Při porodu se vylučují endorfiny i v těle dítěte. Takže po porodu jsou jimi zaplaveny matka i novorozeně. Pokud je nikdo neruší, podněcuje je to k instinktivně správnému jednání. Jsou sladění jako zamilovaný pár během milostného aktu. Probíhá citlivá fáze vytváření vazby. Když nechtěně vyrušíme milenecký pár, tak rychle zavřeme dveře. V této situaci

bychom se měli zachovat stejně. Na porodních odděleních se tomu tak, ale často neděje. Matka s dítětem nemají prostor na intimitu. Tím, že se na sebe vzájemně dívají a dotýkají se, vytváří se mezi nimi vazba. Endomorfiny vytvářejí závislost. Vazba matky s dítětem je tedy pochopitelná. První křik dítěte je pro matku dojemný, až jí do očí vyhrknou slzy. Dá volnost svým pocitům a mazlí se se svým dítětem pokrytým mázkem a krví. Začíná znovu normálně vnímat a omlouvá se všem přítomným za své chování během porodu. Tyto postřehy jsou přesným vyjádřením fyziologie. Kojení je také doprovázeno vylučováním endorfinů. Po dvaceti minutách kojení je jejich hladina stejně vysoká jako při orgasmu. Miminka přijímají z mateřského mléka také endorfiny. Když miminko spokojeně pije a je uvolněné v matčině náručí, je to pro matku potvrzení, že situaci zvládá a uvolní se. Je to stejné jako při pohlavním styku, když si partneři s vědomím vzájemné lásky usnou v náručí. Neměli bychom na toto vytvářející se mateřské pouto zapomínat.

2.2.3 Prolaktin

Prolaktin podporuje „hnízdění“. I když už má těhotná žena pár týdnů před porodem již vše připraveno, zmocní se jí před prvními porodními bolestmi nutkává touha ještě něco chystat. Tuto dávku energie ženy využívají k činnostem jako je třeba uklízení nebo vaření do zásoby a to jim pak pomůže v úspoře času po porodu. Probouzí v ženě ochranné a pečovatelské chování. To je znatelné už v době porodu, kdy se své dítě snaží uchránit jakékoliv bolesti. Když se hormonální hladina vychýlí a žena upadá do deprese přeměňuje se hlídací instinkt v máni. Matka pak dítě neustále s panikou hlídá a to ji vyčerpává. Má noční můry a halucinace, že je mrtvé. Prolaktin také snižuje libido, je to přirozené, protože vztah mezi matkou a novorozencem je nyní na prvním místě. Žena vlivem oxytocinu a prolaktinu pečuje o bezmocné miminko. Zhoršuje se paměť, což vede k pocitům snížené sebedůvěry a k depresivním náladám. Vyplývá to z nepochopení tohoto zvláštního stavu okolím. Matky mají povrchní spánek, nejen z důvodu častého kojení, ale z důvodu projevu ochrany a bdělosti.

2.2.4 Adrenalin

Tento hormon slouží k přísunu energie v nouzových situacích a náhlým změnám chování. Je jedním z nejrůšivějších faktorů během porodu. Vítaným hostem je ale v okamžicích posledních kontrakcí. Ženy, které během první doby porodní relaxují ve vaně a pak náhle vylezou, mají v důsledku náhle změny teploty husí kůži. To vede k vyplavení hormonu adrenalinu. Žena zatlačí a dítě se ihned narodí. V krvi dítěte jsou v této fázi přítomny látky podobné adrenalinu. Matka i dítě jsou ve stavu maximální bdělosti, jsou navzájem přitahováni. Adrenalin, v jiných souvislostech známý jako hormon agrese, je nyní v roli hormonu lásky, způsobujícího navázání vztahu. Ve stavu ohrožení a úzkosti se tento hormon vyplavuje a tím zastavuje tvorbu mléka. Při ohrožení ve zvířecí říši, kdy je přesažena míra únosnosti a není možnost útěku, tak např. samice norků svá mláďata zabije a sežere. Lidské matky tento stav bezvýchodnosti někdy také pociťují. Nemohou tak ale konat, upadají tedy do melancholie a deprese. Přáním většiny žen s dětmi je, aby nebyly odsouvány ze společnosti do izolace. Impuls, který byl potlačen se začne abnormálně rozvíjet. Odpovídá to sebezáchovné reakci organismu. Matky napadá, ač by si tyto myšlenky nejraději zakázaly, že třeba praští dítětem o zeď. Záchvaty pláče, samota, bezmoc, strach, pocit nesvobody a zodpovědnosti může tyto myšlenky vyvolat. Tato myšlenka ještě není příznakem nemoci, ale strach z toho, že je žena promění ve skutečnost, je už signálem, že je třeba vyhledat pomoc. Matky někdy z úzkosti a zaleknutí se toho, že by mohly svému milovanému dítěti ublížit, se snaží vyhýbat svádívkým situacím, což je vyčerpává. Při neuspokojení jejich základních potřeb, jako je pocit bezpečí a dostatek sociálních kontaktů, může dojít k mechanismu sloužícímu k potlačení těchto frustrací, tedy k odstranění jejich příčiny. Při narušení i sebelásky se objevují myšlenky na sebevraždu. Dalším příkladem je, že spousta mladých matek se zdráhá přiložit svého plačícího novorozence ke svým nalitým prsům. Ozývá se jejich vnitřní hlas, že je ještě brzy, když kojily před hodinou apod. Pokud se situace opakuje často, dítě se cítí frustrováno a dochází k závěru, že plakat z haldu nemá smysl. Může se dostat taktéž do deprese. Jiná zpráva pro dítě je, že matka ví lépe než ono, co je pro něj dobré. To se projeví dlouhodobě na jeho zdraví a na postoji k tělesným signálům.

2.3 Závěr

Důležitá je informovanost zdravotníků i laické veřejnosti o působení hormonů na psychiku ženy v době porodu, protože jakékoliv nevhodné vnější zásahy mohou narušit průběh porodu a způsobit následnou psychickou nerovnováhu, která může vést až k psychické poruše. Významné je to i z důvodu vytvoření mateřského pouta.

3 ŠESTINEDĚLÍ

Je to období, kdy se tělo ženy pozvolna dostává do svého původního stavu. Prudce klesají i hladiny hormonů, které byly zvýšeny díky těhotenství. Tím se žena stává labilnější. Je na ni kladena spousta nových nároků a povinností. Učí se nové roli matky. Vznikají nové situace se kterými se musí naučit vypořádat. Je i na partnerovi a blízké rodině jak ji tento start do „nového“ života ulehčí.

Psychologické změny v šestinedělí podle Rubinové:

První fáze: Přijímání – Žena hovoří s okolím o porodu. Je pasivní a přenechává iniciativu na ostatních, i když jeví o dítě velký zájem. Zotavuje se z porodu. Nemá příliš velký zájem o poučování. V této fázi potřebuje dostatek tekutin a hlavně posilující spánek.

Druhá fáze: Ujímání se – Žena se zajímá o péči o miminko, začíná být iniciativní. Ke svému výkonu je kritická. Zvyšuje se její zájem o tělesné funkce. Přebírá zodpovědnost za péči o své tělo. Je to nejvhodnější období pro poskytnutí ponaučení.

Třetí fáze: Smíření – Mnohé ženy se vzdávají svého ideálu porodní zkušenosti a smiřují s porodem takovým jaký byl. Vzdávají se i představ o ideálním dítěti a přijímají ho takové jaké je. Snaží se spolu i s partnerem o uspořádání rodinných záležitostí a změnu životního stylu, aby do něho zařadili i narozené dítě.[10]

V dalších týdnech se žena sehrává s dítětem, učí se novému režimu. Je to pro ni jedno z nejtěžších a zároveň nejkrásnějších období vůbec.

4 PSYCHIATRICKÉ PORUCHY SPOJENÉ S TĚHOTENSTVÍM A PORODEM

4.1 Úzkostné poruchy

4.1.1 Úvod

Těhotenství a porod jsou důležité mezníky v životě ženy. Chtěné těhotenství bývá pokládáno za šťastnou událost, spojovanou s klidem a vnitřním vyrováním. Lidé věří, že vede k dozrávání ženy, nárůstu sebeúcty a sebedpřijetí. U nejistých úzkostných žen se tradičně předpokládá, že dojde ke zlepšení, protože příchod potomka znamená nelebení smyslu života a seberealizaci. Bohužel opak je relativně často pravdou. To, že v tomto období mnohdy dochází ke zhoršení nebo objevení se úzkostných poruch si mnohokrát neuvědomují ani profesionálové. Většina těhotných žen a následně matek bývá někdy trochu úzkostná. Je to nová role, s novým člověkem a novými zodpovědnostmi. Starosti, obavy, náladovost, pocity slabosti, únavnost, problémy s koncentrací, nejistota, podrážděnost, pochybnosti o sobě, depersonalizace, ambivalentní vztah k budoucímu dítěti a vegetativní příznaky úzkosti potkává v těhotenství 90% žen. Tyto projevy bývají většinou pokládány za normální, ale mohou být prvními projevy rozvíjející se úzkostné poruchy. Těhotenství může být spojeno s prožíváním úzkosti a úzkostných stavů. Známy jsou stavy jako strach z porodních bolestí, z porodu, fobické vyhýbání dítěti a mateřská separační úzkost. V tomto životním období se vyskytuje celá řada poruch tohoto typu. Těhotenství a období po porodu je rizikovým obdobím pro počátek obsedantně-kompulzivní poruchy. Může se objevit posttraumatická stresová porucha jako následek komplikovaného, ale i zdánlivě bezproblémového porodu, po spontánním potratu nebo porodu mrtvého plodu. Laicky očekávaný ochranný vliv těhotenství na psychické zdraví ženy nefunguje. Proč tento názor mezi lidmi vznikl je otázkou. Důležitou roli mají biokulturální vztahy jako je struktura rodiny, role manželky, matky. V minulosti byla žena jako dárkyně života chráněná a oceňovaná. V souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím se objevovala celá řada rituálů, které pomáhaly ženě toto období dobře projít. O ženu pečovala celá široká rodina, uznávali ji a ona tím pociťovala bezpečí. V dnešní moderní rodině jsou odděleny jednotlivé generace od sebe, dochází k uvolňování tradičních rodinných vazeb. Kladením důrazu na výkonnost a soběstačnost je těhotná žena relativně osamělá, schází jí ochrana a potvrzení

významu její ženské role. Žena je vržena do nejistoty, zda je důležitější vlastní svoboda, nezávislost, individuální pracovní kariéra nebo pečování o děti. Válčí se strachem z bolesti, z tělesných změn, ze ztráty zájmu partnera, má obavy z ekonomických důsledků a že nedokáže naplnit roli manželky i matky. Muž shání finanční prostředky pro rodinu a jeho role ochránce a pečovatele se stává minimální. Ostatní členové rodiny jsou daleko, věnují se vlastní kariéře a nemají pocit, že pomoc je nutná. Závažná úzkostná porucha může ohrožovat matku, dítě i celou rodinu. Z jak velké míry úzkostná porucha v těhotenství ovlivňuje plod se zatím neví. Plod a později novorozenec jsou však ovlivněny celou řadou dalších faktorů, souvisejících s úzkostnou poruchou druhotně. Častějším abúzem alkoholu, kouřením, užíváním drog, špatnou životosprávou, rozvratem partnerského vztahu daným zvýšenou podrážděností ženy, narušením sociální sítě a zhoršením péče o novorozence. U neléčené úzkostné poruchy je dítě ohroženo jejími přímými i nepřímými důsledky. V nejtěžších případech může být ohrožen i život matky nebo dítěte.

4.1.2 Okolnosti rozvoje úzkostné poruchy

Úvod:

Somatickým podkladem jsou pravděpodobně hormonální změny v ženském organismu a dysfunkce serotonergního systému. Velmi důležitou roli hrají sociální a psychologické faktory, související se změnou společenské role a závažnými nároky, které na ženu klade mateřství. Predispozicemi pro rozvoj úzkostné poruchy v těhotenství a po porodu může být řada dřívějších životních situací, zkušeností, osobních charakteristik apod. Silným faktorem je narození postiženého dítěte nebo ztráta dítěte v minulých těhotenstvích. Nejrizikovějším je předchozí výskyt psychické poruchy. Např. deprese, poruchy spánku, premenstruální syndrom, úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy, poruchy osobnosti a další. Velkou skupinu tvoří stresující faktory spojené přímo s těhotenstvím, porodem a poporodním obdobím. Patří zde somatické potíže jako je únava, zhoršené dýchání, vegetativní symptomy, ale také jejich psychické zpracování a to například prožívání pocitu nesvobody, změny tělesného vzhledu apod., chirurgické zákroky při porodu a v poporodním období, bolest, projevy rychlých hormonálních změn, nutnost neustálého udržování zvýšené pozornosti, nedostatek spánku, navýšení domácích povinností. U nutné hospitalizace při rizikovém těhotenství narůstá výskyt těchto psychických poruch až dvojnásobně. Důležitá je osobnost ženy, její očekávání od sebe sama, partnera, rodiny a kvalita vztahů. Změna role může prohloubit

rozpolcenost ve stávajících vztazích i následně ve vztahu k dítěti a může vést k významným změnám v sebehodnocení. To jak se matka i celá rodina vyrovná s těmito změnami rozhoduje o emoční stabilitě.

Očekávání:

Očekávání od těhotenství, porodu, chování partnera a rodiny mohou být různá. Buď odražející skutečné možnosti nebo nereálná či naopak negativní. Poslední dvě možnosti vedou při rozporu se skutečností k nadměrnému stresu, který působí při rozvoji úzkostné poruchy.

Dysfunkční očekávání se týkají především těchto oblastí:

- Oblast zvládnutí těhotenství, porodu a poporodního období: těhotná má neadekvátní očekávání od svého chování, chce být dokonalá, bezchybná, perfektní ve všech oblastech
- Oblast bezpečí, blízkosti a prožívání citů: očekávání, jak krásně, v pohodě, naplněna láskou bude prožívat vztah k dítěti a dalším osobám nebo naopak strach, že se tyto pocity neuskuteční
- Oblast vlastních hodnot: očekávání zvýšení ceny pro okolí z důvodu nové role matky nebo naopak obavy z poklesu vlastní hodnoty v sexualitě a kariéře
- Oblast sociální podpory: předpokládání, že těhotenství a porod zvýší kvalitu partnerského vztahu, zlepšit vztah s blízkými a s okolím nebo naopak dojde ke zhoršení vztahů
- Oblast očekávání nepříjemných příznaků: strach, že fyzické i psychické příznaky budou neúnosné, porod bude nesnesitelný a bolestivý, že dojde ke ztrátě kontroly nad sama sebou nebo že zemře
- Oblast vztahu k vlastnímu tělu: nereálné představy o důležitosti a nutnosti krásy vlastního těla jako podmínky k přijetí od okolí [28]

Tato očekávání se mohou vytvářet kdykoliv v průběhu života a někdy souvisí s klimatem v primární rodině. Pokud se otec začal k matce po porodu chovat majetnický nebo ji opustil může se objevit obava z opakování situace ve vlastním vztahu.

Mezilidské vztahy a sociální situace:

Aktuální možnosti sociální podpory se odvíjí z podmínek původních rodin obou partnerů, jejich postojů, zvyků, schopností a sociálních dovedností. Kromě základních interakcí jako je partnerství nebo manželství, je důležitá vazba matka-dcera v primární rodině nastávající maminky. Dostatečná sociální podpora snižuje výskyt úzkostných stavů během těhotenství a v období po porodu. Dává ženě pocit bezpečí a jistoty. Sociální podpora může být zajišťována partnerem, rodinnými příslušníky a dalšími blízkými lidmi, jako jsou přítelkyně apod.

Okolnosti vedoucí k frustraci:1) Nechtěné těhotenství

Žena otěhotní s nevyhovujícím partnerem nebo otěhotní v době, kdy měla jiné plány, má problémy v práci, nemá zajištěnou ekonomickou situaci, má děti a po dalších netouží nebo dítě chce, ale jsou ohroženy jiné aktuální hodnoty, otěhotní s jiným partnerem než se kterým žije.

2) Vytoužené těhotenství

Paradoxně i to může vést k nadměrnému stresu, obzvláště pokud žena nemohla dlouho otěhotnět nebo dítě donosit. Má obavy z průběhu těhotenství a z toho, že se to opět nepodaří.

4.1.3 Psychoanalytické hledisko úzkosti

V těhotenství dochází k regresi psychického prožívání těhotné ženy. Změny jsou různě hluboké. Závisejí na dosažené zralosti psychiky ženy a na její tendenci v tomto období regredovat. Když otěhotní žena s psychickou poruchou primárně přítomnou, většinou dojde k jejímu prohloubení nebo k regresivnímu objevení se projevů z hlubších hladin psychického uspořádání. Regrese probíhá i u zralých žen, kdy se těhotná soustředí více na sebe a vyvíjející se plod. Je přítomna řada orálních motivů jako je péče o jídlo, teplo a bezpečí těhotné a dítěte.

Neuroticko-hysterická hladina:

Úzkost se může projevit jako strach ze vstupu do dospělého ženského světa symbolizovaný těhotenstvím. Jsou přítomny konkurenční úzkosti k jiným dospělým ženám a k vlastní matce a strach z opuštění dětské pozice. Dále vstup do světa dospělé sexuality manifestovaný početím. Různorodé pocity vůči matce mohou vést ke konfliktům i k přiblížení. Na straně druhé je příklon k partnerovi odklonem od postavy otce, což může zmírnit původní konkurenční vztah v primární rodině.

Narcistická hladina:

Úzkost v této hladině bývá závažnější. Nechtěné, ale mnohdy i chtěné otěhotnění je vnímáno jako znehodnocující narcistická rána. Toto vyobrazení má jak symbolický význam, tak i reálný jako tělesné změny v průběhu těhotenství. Obtížná je ztráta mladistvého vzhledu a ideálu nikdy nekončícího mládí.

Fragmentáční úzkost - hraniční porucha osobnosti:

Těhotné ženy s emočně nestabilní poruchou osobnosti prožívají úzkost z dezintegrace psychiky. Mají nízkou schopnost tolerovat frustraci a proto může emoční zátěž spojená s těhotenstvím a očekáváním porodu způsobovat psychickou dekompenzaci. Nedořešené impulsy agrese se mohou projevovat mírnějšími ambivalentními pocity vůči dítěti až psychotickými příznaky při hlubší regresi. Mohou mít podobu jak strachu o dítě tak naopak obav z ohrožení na životě dítětem. Nekontrolované vývojové procesy v těle jsou ženou prožívány taktéž jako nebezpečné. Při psychotickém prožívání může být agrese dávana navenek s výsledkem paranoidního prožívání a ohrožení z okolí.[28]

I přes všechny uvedené problémy je kvalitně prožité těhotenství velmi důležitým obdobím v životě ženy. Probíhající regrese budoucí matky umožňuje správné vyladění vůči potřebám dítěte. Toto vyladění vytvoří dobrý start pro vznik pouta a tím správný začátek života dítěte.

4.1.4 Nejčastější typy úzkostných poruch

Panická porucha:

Dříve převládal názor, že těhotenství je ochranný faktor rozvoje panické poruchy a že k projevům dochází až po porodu. Dnes se již ví, že symptomy panické poruchy mohou být závažné i v graviditě. Projevuje se záchvaty intenzivního strachu, doprovázených silnými vegetativními příznaky. U žen v těhotenství i poporodním období je výraznější anticipační úzkost. Doprovází ženu po většinu času mezi ataky paniky. Objevuje se strach zůstat sama doma nebo později s dítětem, to často vede k přivolání příbuzného k jejímu zabezpečení. Bývá často komplikována agorafobií.

Generalizovaná úzkostná porucha:

V těhotenství a po porodu se projevuje extenzivními epizodami starostí a obav, týkajících se plodu, celkově těhotenství, budoucnosti, partnerského vztahu, současného zaměstnání, ale i jiných oblastí života. Tyto epizody jsou spojeny s kolísající, téměř celodenní úzkostí, podrážděností, neschopností odpočinout si, plánovat si čas, soustředit se. Žena je plna výčitek a má sklon k naříkání.

Specifické fobie:

Většinou jsou to poruchy táhnoucí se od dětství, jako je např. strach z výšek, pavouků, bouřky apod. Vyskytují se i v jiných stádiích života. Někdy zesilují v poporodním období, kdy se žena obává, že zdroj fobie může ohrozit i dítě.

Typickou fobií vyskytující se v těhotenství je strach z porodu navzdory silné touze mít dítě nazývaný tokofobie. Může být buď primární, kdy souvisí se strachem z bolesti celkově, občas je spouštěčem zhlédnutí filmu s porodem nebo doslechnutí se o tom, že nějaká žena při porodu zemřela. Zřídka je jádrem sociální úzkost, obavy, že při porodu ztratí zábrany, bude se chovat nemožně, bude ostatním pro smích a stud z odhalení pohlavních orgánů před cizími lidmi. Nejčastější představou však je, že porod bude tak extrémně nepříjemný a bolestivý, že to nepůjde vydržet. S blížícím termínem porodu se stupňuje. Tato fobie se

však může objevit již v pubertě, dávno před otěhotněním. Může způsobit odkládání těhotenství, vyhýbaní se sexu, sekundární anorgasmii a tím druhotné konflikty mezi partnery. Sekundární tokofobie se objevuje jako následek traumatu spojeného s předchozím těhotenstvím. Může být také příznakem deprese.

Sociální fobie:

Neprojevuje se významnými nápadnostmi během těhotenství, kromě zanedbávání kontrol gynekologa, z obav ze ztrapnění se a ze studu. Samotné těhotenství, ani poporodní období nemá na sociální fobii podstatný vliv. Někdy dochází k zesílení příznaků během mateřské dovolené, kdy zesílí vyhýbavé chování a poté i úzkost v sociálních situacích.

Reakce na stres a poruchy přizpůsobení:

Trvají dny až týdny, jde o přechodné poruchy. Nejčastěji jsou spojeny s rizikovým těhotenstvím nebo komplikovaným porodem. Mohou být také reakcí na vnější stresující situace jako je úmrtí v rodině, ztráta zaměstnání, rozchod s partnerem, finanční tíseň apod.

Posttraumatické stresová porucha:

Objevuje se nejčastěji u žen u kterých došlo k předčasnému porodu nebo dítě nedonosily. Pak v poporodním období po komplikovaném nebo nadměrně bolestivém porodu. Samozřejmě může dojít k PTSP i v souvislosti se zevními situacemi, jako je havárie, přepadení, tragédie v rodině apod.

Obsedantně-kompulzivní porucha:

Vzniká zejména v poporodním období. Nejčastějším obsahem obscesí jsou agresivní nutkavé myšlenky zaměřené vůči novorozenci, typu – co když ho vyhodím z okna, utopím, udusím, bodnu nůžkami apod. Méně často jsou zaměřeny vůči manželovi nebo ostatním dětem. Postižená často reaguje zabezpečovacím a vyhýbavým chováním. Chce, aby s ní někdo neustále byl, dával na ni pozor. Vyhýbá se místům a činnostem, které by mohly

agresi způsobit. Jsou časté i jiné obscese, mohou se týkat strachu z kontaminace dítěte, to vede k nadměrnému kompulzivnímu umývání dítěte, jeho desinfekci a neustálému převlékání. Dítě může být pak opravdu ohroženo na zdraví.

Agorafobie:

Je chybně považována za strach z otevřených prostranství. Podstatou však je hrůza ze záchvatu paniky v situaci ze které je obtížné se vzdálit nebo není na blízku dostupná pomoc. Kromě strachu z příznaků paniky, má žena strach, že ohrozí sebe i dítě a obává se, co by na to řekli druzí, kdyby viděli její potíže.

4.1.5 Prevence

Prevence úzkostných poruch v období těhotenství a po porodu se týká zejména potenciálních rizikových faktorů a ohrožených žen, ale v menší míře se týká všech.

Rizikové faktory:

- úzkostné poruchy v anamnéze
- výskyt premenstruálního syndromu
- premenstruální dysforická porucha
- dřívější těhotenství komplikováno psychickou poruchou
- minulé těhotenství s těžkou životní událostí nebo např. úmrtí dítěte
- současné těhotenství komplikované těžkou životní událostí

Kroky ke snížení rizika:

- zajištění pomoci okolí
- dostatek informací
- přehodnocení priorit
- vytvoření nových vztahů s podobnými páry
- neodmítat ostatní příjemné aktivity

- nepřehánět starost o pořádek a vzhled
- hodně odpočinku a spánku
- nepřebírat novou zodpovědnost za druhé
- hovořit o pocitech s rodinou a přáteli
- neuzavírat se do sebe
- po porodu klidový režim

4.1.6 Závěr

Informovanost o této problematice je významná z toho důvodu, že v období těhotenství často dochází ke vzniku úzkostných poruch. Některé projevy jako strach z porodu, apod. jsou fyziologické, ale mnohdy mohou přejít do úzkostné poruchy, která není často rozpoznána. Vlivem dnešní doby, která klade důraz na samostatnost, není žena ujištěna významem své role. To v ní může vyvolat pocity nejistoty a následné úzkosti. Okolí těhotné ženy by mělo být informováno o možných komplikacích v oblasti psychiky a hlavně o preventivních opatřeních, aby k rozvoji úzkostných poruch nedošlo.

4.2 Nespavost

Až 88% těhotných žen si stěžuje na poruchy spánku. Její příčiny se liší v jednotlivých stádiích těhotenství. V prvním trimestru se nejčastěji jedná o nauzeu a zvracení. Ve druhém se přidává časté močení a pálení žáhy. Zejména ve třetím trimestru jsou časté bolesti zad a kyčlí, křeče v nohou, pohyby plodu, nepohodlí ze zvětšeného břicha. V posledních měsících mívají některé těhotné hrůzné sny, vyjadřujících jejich obavy, že se přihodí něco zlého. Mohou to být sny o ztrátě dítěte. Sny a noční můry mohou být také způsobem vyjádření nepřátelství vůči nenarozenému dítěti, strach z narušení jejich zaběhlých zvyklostí. Závažnou komplikací může být i tzv. syndrom dolní duté žíly, kdy v poloze na zádech může dojít k závažné hypoxii. V posledních měsících těhotenství je často popisována spánková apnoe, která ohrožuje život plodu. K normalizaci spánkového rytmu však nedochází ani po porodu, zejména díky intenzivní péči o dítě.

Informace o poruchách spánku a návrhy jejich možného řešení by měly být součástí běžné edukace v ordinaci praktického gynekologa, protože spánková apnoe ohrožuje život plodu.

4.3 Deprese

4.3.1 Depresivní porucha

Je to závažná psychická porucha postihující až 10% obyvatelstva. Depresivní porucha nejčastěji vzniká mezi 25. až 35. rokem života. Vyznačuje se především patologicky pokleslou náladou, tedy především emočními příznaky.

Tento stav se dotýká ještě dalších tří oblastí. Příznaky tělesné, motivační a změny v oblasti myšlení. Všechny příznaky se nemusí vyskytovat společně.

Mezi emoční příznaky patří zejména sklíčenost, smutek, pocit neštěstí a bezmoci. Tyto příznaky se často projevují pláčem, ztrátou zájmu o koníčky a blízké. Objevují se i myšlenky na sebevraždu.

Změny myšlení se týkají zejména negativního pohledu na sebe, sebeobviňování a pesimistického pohledu do budoucnosti.

Z tělesných příznaků se objevuje ztráta chuti k jídlu, pocity únavy, poruchy spánku, ztráta libida a ztráta energie. Je utlumená motivace a depresivní člověk se těžko přemáhá k nějaké činnosti. Porucha nálady trvá alespoň dva týdny.

4.3.2 Dělení depresivní poruchy

Současný pohled bere v úvahu především hloubku a rozsah příznaků, které pacienta obtěžují, průběhové charakteristiky, které sledují dlouhodobý vývoj obtíží.

Podle těchto kritérií lze depresi dělit dle závažnosti na:

- 1) mírnou
- 2) středně těžkou
- 3) těžkou

Podle charakteru průběhu stanovujeme konkrétní probíhající fázi představující aktuální stav a v dlouhodobějším sledování ji považujeme za jednu z epizod rekurentního výskytu.

Při chronické poruše nálad, která provází pacienta celý život nebo jeho velkou část, hovoříme o dystymii. Pokud se chronicky střídá chronicky depresivní nálada se stavy hyperaktivity a nápadně zlepšené nálady je stav nazýván cyklothymie. Některé deprese mají bipolární průběh, kdy se střídají epizody depresivní s epizodami manickými projevujícími se zrychlením psychomotorického tempa, zvýšením aktivity a elací nálady. Tyto epizody působí dojem nadměrného zdraví, avšak přináší stejné problémy jako epizody depresí.

4.3.3 Působení deprese na oblasti prožívání lidských aktivit

Deprese narušuje tři základní oblasti prožívání lidských aktivit a podle toho ji dělíme následovně:

dynamogenie = psychomotorické tempo

forie = nálada, emotivita

hedonie = schopnost radovat se

Dynamogenie – psychomotorické tempo bývá nejčastěji zpomalené a utlumené. Při vystupňování obtíží je nápadná chorobná apatie. Navenek je patrné ochablé držení těla, charakteristická mimika, zpomalení reakcí a snížení výkonnosti je doprovázeno útlumem kognitivních funkcí tedy psychických operací, které jsou odpovědné za racionální postupy. Při příměsi úzkosti je psychomotorické tempo zvýšené, ale efektivnost zrychlení není patrná.

Forie – u jedince trpícího depresí je nálada postižena dlouhodobě. Bývá nejčastěji smutná, může být mrzutá, směsí smutku a úzkosti nebo mohou být pacienti bez nálady.

Hedonie – depresivní jedinec není schopný radovat se, z ničeho nemá potěšení, nic ho nerozveselí, pacient ubližují humorné situace, protože při nich pociťuje rozdílnost reakcí sebe a okolí. To prohlubuje jeho pocit beznaděje a neschopnosti, tím se narušuje jeho sebevědomí, to má za následek prohloubení deprese z čehož mohou být i sebevražedné myšlenky a úmysly. [7]

4.3.4 Deprese a těhotenství

Depresivní příznaky těhotných žen jsou mnohdy těžko rozeznatelné od fyziologických změn v těhotenství. Tyto příznaky se nejčastěji vyskytují v prvním trimestru, kdy dochází k obrovským hormonálním změnám. K rizikovým faktorům výskytu deprese v těhotenství patří hospitalizace, předešlá dlouhodobá nemožnost otěhotnět nebo dítě donosit a vnější vlivy jako jsou partnerské neshody a tíživá finanční situace. Obecně se výskyt deprese v těhotenství neliší od jiných stadií života, ale je důležitá v této oblasti informovanost z toho důvodu, že depresivní pocity matky mohou mít negativní vliv na plod a na pozdější průběh jeho života.

4.3.5 Depresivní porucha po porodu

Porod a poporodní období je fyziologický děj vyžadující určitou pomoc od okolí. V současné době je tato pomoc zajišťována odborníky z oblasti zdravotnictví, což na jedné straně chrání ženu i novorozence před řady rizik jako je infekce, časné poporodní komplikace, ale na straně druhé tyto „zásahy“ omezily prvky instinktivního rituálního chování. Porod je velkou stresovou zátěží a spolu s obrovskými hormonálními změnami působí na možnou měnu nálady.

Z psychologického hlediska je stupeň emoční zralosti a osobnost rodičky významným faktorem pro zvládnutí těhotenství a porodu jako náročných životních událostí. Na první pohled nemusí být patrná tzv. skrytá depresivní vloha, která se projeví až v zátěžové situaci. Během těhotenství se objevují stavy, které jsou pokládány za normální a proto mohou být lehce přehlédnutelné jako počátek závažné deprese. Mezi tyto stavy patří náladovost, poruchy pozornosti, únavnost, poruchy paměti a myšlení, úzkost, deprese, může se objevit i magické myšlení a nepřátelské chování.

Sociální okolnosti mohou hrát velkou úlohu. Postoj okolí, ztráta sociálních vazeb, partnerské problémy a zhoršené ekonomické podmínky jsou nejčastějšími vlivy na psychiku ženy. Už během těhotenství se vytváří vztah k plodu, i při jeho fyziologickém průběhu bývá poznamenán nejistotou, hypochondrickými obavami a úzkostí. Samotná existence plodu a porod mohou vyvolat pocit ohrožení, tedy poruchu integrity. Většina dětí bývá bezproblémových, ale odhaduje se, že zhruba 10% má nepravidelný spánkový rytmus a požadavky na krmení, více pláče a vyvolávají tím frustraci matky.

Informovanost o depresivní poruše po porodu by měla být velká, protože je jí ohrožena téměř většina žen.

4.4 Psychózy

4.4.1 Co je psychóza

V průběhu života onemocní psychózou asi 2-4% lidí, nejsou tedy nijak vzácným onemocněním. Pojmeme psychóza označujeme soubor vážných duševních nemocí, jejichž společným znakem je , že výrazně narušují funkce psychiky. Důsledkem toho vnímá nemocný svět kolem sebe odlišně a nedokáže rozeznat, co je skutečnost a co jeho vlastní představa. Mnohdy se nemocný považuje za zcela zdravého a odmítá léčení. Člověk postižený psychózou se dostává do svého vlastního nereálného světa a ostatním se tím odcizuje. Okolí přestává nemocnému rozumět a nedokáže jeho projevy a jednání pochopit. On sám nedokáže vysvětlit, co se s ním děje. Jeho psychický stav je proměnlivý. Většinou se u něho střídají období, kdy trpí výraznými příznaky psychózy tzv.akutní atakou s obdobími, kdy má jen malé nebo vůbec žádné potíže, což označuje jako remise.

4.4.2 Typy psychóz

Mezi psychózy zařazujeme více duševních nemocí. Jsou to hlavně symptomatické psychózy, způsobené známými příčinami narušujícími činnost mozku. To této skupiny patří psychózy způsobené otravou některými jedy nebo chronickým užíváním drog či alkoholu, tzv.toxické psychózy. Další psychózy jsou způsobeny degenerativními změnami mozku ve stáří, tzv.psychózy involuční. Existuje však skupina psychóz, jejichž příčinu neznáme. Dostupnými metodami nelze zjistit poškození mozku, i když je jeho funkce narušena. Označujeme je jako funkční nebo endogenní psychózy.[31]

4.4.3 Hlavní typy funkčních psychóz

- 1) Schizofrenie
- 2) Maniodepresivní psychóza
- 3) Schizoafektivní psychóza
- 4) Paranoidní psychóza

4.4.4 Příznaky psychóz

Příznaky psychóz můžeme rozdělit podle různých kritérií. Jedním možným způsobem dělení je na příznaky pozitivní a negativní. Pozitivní příznaky jsou něčím navíc, u zdravého člověka se nevyskytují, patří sem halucinace, bludy a pocity ovládnutí. Negativní příznaky se projevují tak, že nemocnému něco chybí např. vůle něco udělat, projevit nějaký cit nebo zájem o lidi kolem sebe. Dalším možným způsobem dělení je podle toho jakou složku psychiky narušují. Rozlišujeme tak poruchy nálady, myšlení, vnímání, pozornosti, vůle a poruchy chování.

Mezi další tzv. nespecifické příznaky objevující se zejména na počátku a po odeznívání akutní ataky patří poruchy spánku, kdy nemocný špatně usíná, budí se brzy a mnohdy i několik nocí po sobě nespí. Je to jeden z nejčastějších příznaků, který upozorňuje na nebezpečí zhoršení stavu. Častá je i změna chuti k jídlu a to buď nechutenství nebo méně častá zvýšená chuť k jídlu. Někdy se před propuknutím příznaků objeví období hádavosti a zvýšené podrážděnosti. Jindy má nemocný pocity úzkosti a zmatku, protože má dojem, že se kolem něho děje něco divného, že se mění svět kolem něj, takže se v něm nevyzná jako dříve.

4.4.5 Příčiny psychóz

V současnosti panuje názor, že psychóza není způsobena jedinou příčinou, ale spíše společným působením řady jednotlivých příčin. Některé jsou způsobeny vlivy prostředí a událostmi, které člověk v průběhu života prožívá, jiné jsou vrozené. Podle současných teorií jsou příznaky psychózy způsobeny narušením určitých chemických procesů v mozku. Otázkou však stále zůstává co je příčinou vzniku narušení chemických pochodů v mozku. Nejrozšířenější teorie předpokládá, že k propuknutí psychózy dochází, když jsou lidé mající psychotickou vlohu vystaveni nadměrné zátěži z okolí. Je prokázáno, že určitá vloha k onemocnění se dědí, teda náchylnost k nemoci, nikoliv nemoc sama.

Riziko vzniku psychózy zvyšuje vše, co může narušit přirozený rozvoj činnosti mozku. Vzhledem k tomu, že rozhodujícím faktorem je nějaká psychická zátěž, tedy stres, objevuje se mnohdy první ataka psychózy během těhotenství a po porodu, protože jsou to velké životní události, které vyžadují např. i změnu životního stylu. K tomuto rozvoji přispívá pro-

středí, ve kterém daná osoba žije, pokud zde převládá atmosféra kritiky a hádek. Proto je důležitý pocit bezpečí a klidu.

4.4.6 Závěr

Obzvláště u rizikových skupin žen, které mají vrozené vlohy pro psychotická onemocnění a spolu s nimi se objevují další rizikové faktory by měly být informovány o počátečních příznacích, aby rozpoznaly hrozící propuknutí choroby.

5 SPECIFIKA POPORODNÍHO OBDOBÍ

5.1 Úvod

Určité změny v oblasti psychiky jsou po porodu fyziologické a ve větší či menší míře se vyskytují u každé ženy. Porod je velká životní událost, je náročný a je zároveň mezníkem, kdy žena dostává novou roli matky. Je na ni kladeno plno nových úkolů, které se musí naučit. Proto se není čemu divit, že mnohdy v tomto období dochází k poruchám v oblasti psychiky. Poporodní psychické poruchy překračují svým trváním a intenzitou určitou patologii, která je v období šestinedělí tolerována.

5.2 Rizikové faktory pro vznik poporodních poruch

- anamnéza poporodní deprese
- porucha nálady v rodinné anamnéze
- anamnéza poruchy nálady
- deprese nebo úzkost v těhotenství
- slabá sociální podpora
- partnerský nesoulad
- stres spojený s dítětem
- anamnéza premenstruačního syndromu
- nízký nebo naopak vysoký věk matky
- porodní komplikace
- selhání v péči o dítě
- problémy s kojením

5.3 Poporodní blues

Až u 80% nových maminek se objevuje krátké období depresivního ladění daného vyčerpáním a prudkým poklesem hladin hormonů. Mezi hlavní příznaky patří podrážděnost, plačtivost, citová labilita, úzkost, bolest hlavy, únava, špatný spánek, zhoršená koncentra-

ce, nejistota a strach o dítě. Objevuje se obvykle 3. až 4.den po porodu a její příznaky vrcholí 5. až 7.den, vymizí obvykle do 12.dne. Většinou ustupuje samovolně a není třeba ji léčit. Je dobrá podpora otce dítěte, rodiny i blízkých. Je nutná spíše psychická podpora a pomoc než fyzická. Žena by neměla zadržovat své pocity, měla by s někým, nejlépe s partnerem promluvit a necítit za ně vinu. Důležitá je taky její životospráva, protože nové maminky často ve shonu zapomínají na sebe a neuvědomují si, že vše co dítěti dávají, dávají samy ze sebe. Dobré je cvičení pomáhající její psychice. Neměla by zůstat sama, izolována od okolí.

5.4 Poporodní deprese

Poporodní deprese se vyskytuje asi u 10% nových maminek. Je to stav navazující na poporodní blues, kdy příznaky přetrvávají i po 14 dnech a prohlubují se. Objevují (přidávají) se pocity jako beznaděj, bezmoc, strach ze samoty, pocity selhání, obavy z budoucnosti, nerozhodnost, ztráta zájmu a potěšení, nechutenství nebo přejídání. Ženy mají pocit, že se nedokážou o dítě postarat. Mohou být přítomny poruchy spánku, vztek, podrážděnost, neschopnost dotýkat se dítěte a pečovat o něj, nekontrolovaná plačtivost a ztráta kontroly nad sama sebou. Kromě depresivní a úzkostné symptomatologie se mohou objevovat obscese, kompulze a panické ataky. Obvykle se objevuje 6. až 12.den porodu, ale může se objevit i za rok poté. Projevuje se zejména sebevýchýtkami, úzkostí, únavou až vyčerpaností, pocitem nejistoty a někdy se dostaví i fobické příznaky. Smutná nálada bývá nejdříve jen v pozadí, ale postupně se rozvíjí do různě hluboké deprese.

5.5 Poporodní psychóza

Poporodní psychóza se vyskytuje asi u 0,1% nových maminek. Příznaky se obvykle vyskytují 2. až 3.den po porodu, ale někdy až měsíc poté. Mezi první příznaky patří podrážděnost, neklid, problémy se spánkem, úzkost, brzy se objeví dezorganizované chování, depresivní nebo manické příznaky a rychle se přidávají halucinace a bludy. Žena ztrácí kontakt s realitou. Je to život ohrožující stav, který je nutné ihned léčit.

5.6 Závěr

Ženy by měly být edukovány o problematice psychických změn v období šestinedělí na oddělení, kde jsou hospitalizovány po porodu. Informace o preventivních opatření by měly být nejrozsáhlejší, protože lepší než vznik poruchy je prevence. Do této oblasti by měli být zahrnuti i muži, aby věděli jak být partnerce oporou.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍLE A HYPOTÉZY PRŮZKUMU

Pro praktickou část mé bakalářské práce jsem si stanovila následující cíle a hypotézy:

Cíle:

- 1) Zjistit úroveň informovanosti laické veřejnosti o této problematice (psychiatrických onemocněních v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřstvím)
- 2) Vytvořit informační materiál pro laickou veřejnost – forma leták
- 3) Vytvořit pro zdravotníky soubor informací o výsledcích průzkumu
- 4) Vytvořit metodický návod pro zdravotníky k edukaci klientů
- 5) Navrhnout možná řešení

Hypotézy:

- 1) Laická veřejnost má obecné informace o těhotenství
- 2) Laická veřejnost nemá informace o psychiatrických onemocněních v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřstvím
- 3) Ženy, které mají děti vědí o problematice psychických poruch v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřstvím více než ostatní laická veřejnost
- 4) Lidé z oblasti zdravotnictví a psychologie vědí o problematice psychických poruch v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřstvím více než laická veřejnost
- 5) Laická veřejnost si není vědoma všech rizikových faktorů pro vznik psychických poruch v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřstvím

7 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMU

Validita dotazníku byla ověřována u dvou skupin v počtu 30 osob ve dvou časových intervalech. Po malých korekcích otázek byl dotazník rozdán v měsících leden až březen 2008 a to buď osobně nebo přes internet v počtu 180ks. Návratnost především v některých kategoriích byla striktní.

Kategorizace respondentů z hlediska věku:

Věk	muži	ženy	celkem
20-25	20	27	47
26-35	13	15	28
36-45	6	11	17
46-55	4	30	34
celkem	43	83	126

Kategorizace respondentů z hlediska vzdělání:

vzdělání	muži	ženy	celkem
ZŠ	0	12	12
SŠ	5	4	9
SŠ s M	14	42	56
VŠ	24	25	49
celkem	43	83	126

- 12 mužů má děti a byli se svou partnerkou v období těhotenství a po porodu
- 31 mužů je bezdětných
- 42 žen má děti
- 41 žen děti nemá

8 METODA PRŮZKUMU

Pro získání informací o znalostech laické veřejnosti o psychiatrických onemocněních v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřstvím jsem použila anonymní dotazník, skládající se ze dvou částí. První část obsahuje devět otázek týkajících se obecně těhotenství a to z toho důvodu, že jsem chtěla porovnat, zda jsou respondenti v této oblasti informováni lépe než v oblasti psychických poruch v souvislosti s těhotenstvím porodem, laktací a mateřstvím, na kterou je zaměřena druhá část dotazníku obsahující sedmnáct otázek. Respondenti volili vždy z nabídnutých možností ano, ne, nevím.

9 METODY ZPRACOVÁNÍ PRŮZKUMU

Vyhodnocení otázek:

Jednotlivé odpovědi jsou pro větší přehlednost zpracovány v tabulkách, kde je i procentuální vyjádření výsledků a u každé otázky je vyobrazen graf s procentuálním vyjádřením celkového počtu správných odpovědí, špatných odpovědí a přiznané neznalosti..

Vyhodnocení hypotéz:

K vyhodnocení hypotéz jsem použila statistické zpracování a to metodami „chí kvadrát“, Kolmogorovým-Smirnovovým testem, eventuálně využitím definice šikmosti statického souboru.

Teorie ke statistickému zpracování:

Testování hypotéz:

Podstatou testování hypotéz je, že se předpokládá určitá okolnost, tj. že se vytyčí hypotéza, která se po ověření buď přijme, tj. považuje se za dále správnou nebo se zamítne. Cílem statistických výpočtů je získat zkoumáním výběrového souboru údaje, o kterých můžeme s určitou spolehlivostí a s určitou přesností říci, že platí pro celý soubor. Příkladem je nulová hypotéza: Víme, že existuje určité teoretické rozdělení. Vyslovíme hypotézu, že rozdělení, které sledujeme je shodné s daným teoretickým rozdělením, tj. že parametry obou souborů jsou stejné. Takto vyslovená hypotéza se nazývá nulová hypotéza.

Při testovacím postupu se vymezuje určitým způsobem kritická hodnota pro testování nulové hypotézy: H_0 . Je-li rozdíl zjištěný náhodným výběrem menší než kritická hodnota, tj. padne-li tento rozdíl do tak zvaného oboru přijetí, považuje se za náhodný. Je-li rozdíl zjištěný výběrem větší, než kritická hodnota, tj. padne-li do tzv. kritického oboru, pak se mluví o tom, že překročil daný stupeň významnosti.

Nulovou hypotézu formulujeme vždy tak, abychom mohli předpokládat, že ji zamítneme. Vyložit hypotézu o shodnosti a pak všemi prostředky dokazovat, že hypotéza neplatí je zdánlivě protismyslné, avšak v tom je právě podstata metody. Jestliže se povede dokázat, že mezi parametry jsou statisticky významné rozdíly, pak nulovou hypotézu zamítáme. Vždy se však ještě uplatňuje jistý subjektivní rys, totiž to, co ještě považujeme za významné. Nejčastěji se volí dvě hladiny významnosti 0,05 nebo 0,01.

Protože při testování jde o úsudek z výběru, je možno vůči skutečnosti provést chybné závěry a to dvojnásobem. Buď se H_0 zamítne, ačkoliv ve skutečnosti platí nebo se H_1 přijme, ačkoliv ve skutečnosti neplatí. Subjektivní vliv se může uplatnit u formulce otázek. Výběry na jejichž základě se provádí testování většinou pochází ze základního souboru normálně rozdělených hodnot.

K nejčastěji se vyskytujícím testům patří:

- Testování hypotéz o průměru
- Testování hypotéz o rozptylu
- Testy dobré shody

Testy dobré shody nejsou založeny na statistických charakteristikách (např. aritmetický průměr, směrodatné odchylky atd.) a tedy ani na parametrech. Tyto statistické testy se nazývají neparametrické testy a mají základní význam při hodnocení většiny experimentálních údajů, získaných při hodnocení vzdělávacích výsledků. Oproti parametrickým testům jsou méně přesné a méně citlivé. Neparametrickým testům dáváme přednost proto, že spíše informují o formě rozdělení. Lze je použít i v případech, kdy rozdělení není normální.

Test dobré shody :

Z empirických četností n_i určitého rozdělení a p_i teoretického rozdělení ($n_i, p_i > 5$) se vytvoří l vzájemně nezávislých veličin

$$V_i^2 = (n_i - p_i)^2 / p_i \quad (i=1,2,\dots,l)$$

Z nichž každá má při dostatečně velkém $p_i > 5$ normální rozdělení s průměrem 0 a rozptylem 1.

$$X^2 = \sum_{i=1}^l v_i^2 = \sum_{i=1}^l (n_i - p_i)^2 / p_i$$

Rozdělení X^2 o f stupních volnosti, přičemž f se rovná nejvýše $(l-1)$, neboť empirické rozdělení se shoduje s teoretickým, přinejmenším co do rozsahu.

Kritické hodnoty X^2_α jsou uvedeny v tabulkách.

Kolmogorův – Smirnovův test:

Lze ho použít i tam, kde test X^2 je nevhodný. Podmínka jediná – funkce, která každému číslu přiřazuje pravděpodobnost jevu (tzv.distribuční funkce) musí být spojitá. Testovacím kritériem je hodnota D daná vztahem

$$D = 1/n * \max |N_e - N_0|$$

N_e, N_0 – kumulativní četnost

Kritickou hodnotu pro stanovenou hladinu významnosti pro $n < 40$ najdeme v tabulkách.

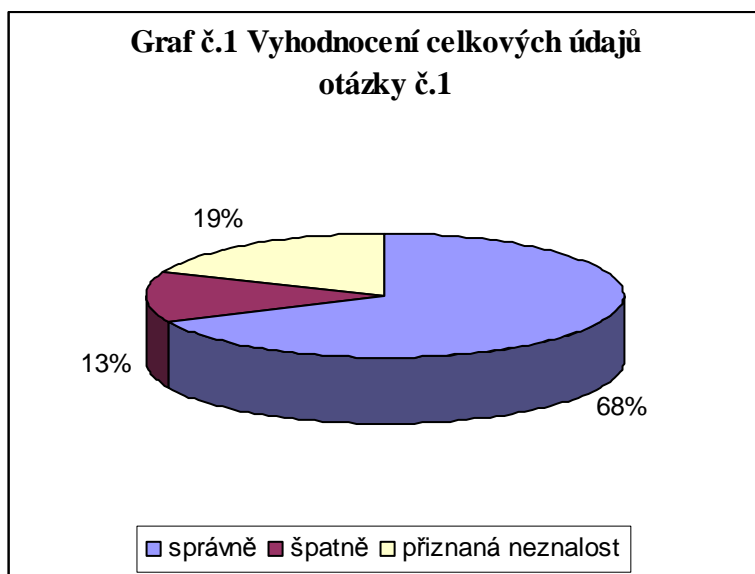
10 VYHODNOCENÍ PRŮZKUMU

Vyhodnocení části dotazníku týkající se těhotenství:

Otázka č.1: K těhotenství může dojít jen u ženy v jejímž cyklu došlo k ovulaci

Tab.1 Vyhodnocení údajů otázky č. 1

	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	60	10	13
% odpovědí žen	72	12	16
počet odpovědí mužů	26	6	11
% odpovědí mužů	61	14	25
celkový počet odpovědí	86	16	24
% celkových odpovědí	68	13	19



86 respondentů odpovědělo správně, 16 špatně a 24 přiznalo neznalost. Poměr počtu správných a špatných odpovědí byl u mužů i u žen přibližně stejný.

Otázka č.2: Onemocnění toxoplazmózou v těhotenství může nenávratně poškodit plod**Tab. 2 Vyhodnocení údajů otázky č. 2**

	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	65	0	18
% odpovědí žen	78	0	22
počet odpovědí mužů	23	1	19
% odpovědí mužů	54	2	44
celkový počet odpovědí	88	1	37
% celkových odpovědí	70	1	29



88 respondentů odpovědělo správně, 1 špatně a 37 přiznalo neznalost. Ženy byly v této oblasti informovány lépe než muži.

Otázka č.3: Kouření v těhotenství zvyšuje riziko nízké porodní hmotnosti plodu**Tabulka č. 3 Vyhodnocení údajů otázky č. 3**

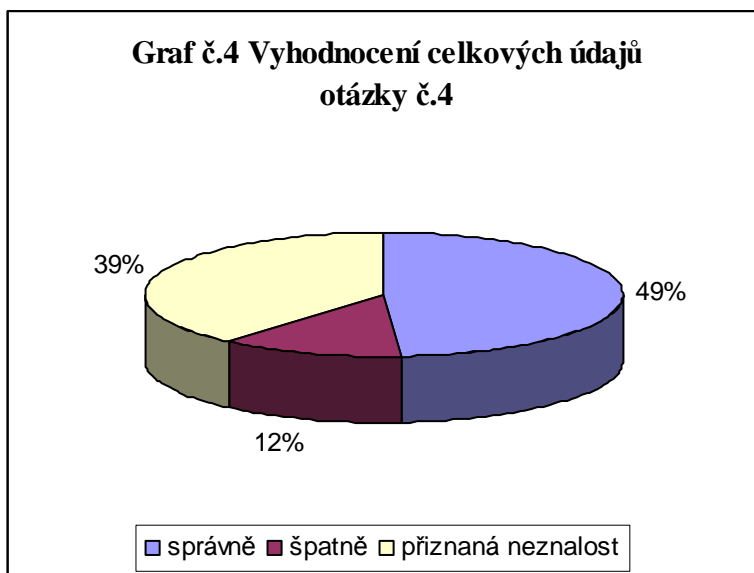
	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	73	1	9
% odpovědí žen	88	1	11
počet odpovědí mužů	36	1	6
% odpovědí mužů	84	2	14
celkový počet odpovědí	109	2	15
% celkových odpovědí	87	1	12



109 respondentů odpovědělo správně, 2 špatně a 15 přiznalo neznalost. Mile mě překvapilo, že většina respondentů o tomto riziku věděla.

Otázka č.4: Pohlavní styk mezi čtvrtým a šestým měsícem těhotenství není doporučen**Tabulka č. 4 Vyhodnocení údajů otázky č.4**

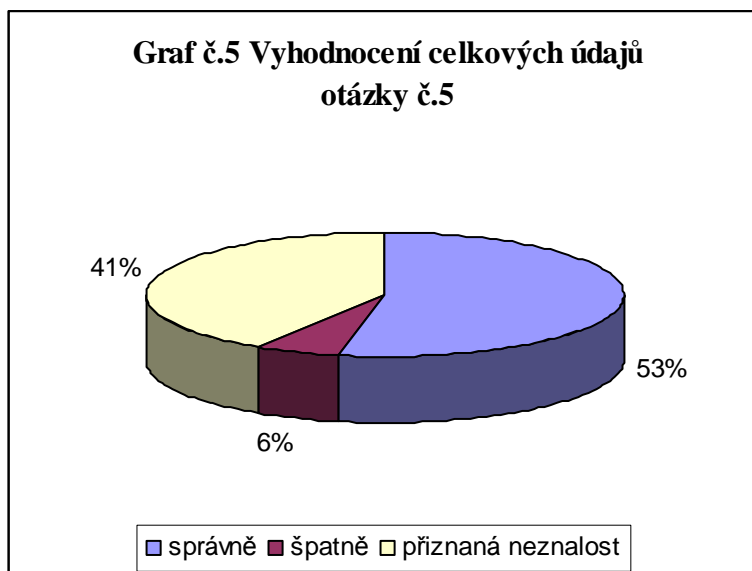
	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	46	7	30
% odpovědí žen	58	8	37
počet odpovědí mužů	16	8	19
% odpovědí mužů	37	19	44
celkový počet odpovědí	62	15	49
% celkových odpovědí	49	12	39



62 respondentů odpovědělo správně, 15 špatně a 49 přiznalo neznalost. Předpokládala jsem, že veřejnost bude v této oblasti informována lépe.

Otázka č.5: Odtok plodové vody v ranném stadiu těhotenství je neškodný**Tabulka č.5 Vyhodnocení údajů otázky č.5**

	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	53	5	25
% odpovědí žen	64	6	30
počet odpovědí mužů	13	3	27
% odpovědí mužů	30	7	63
celkový počet odpovědí	66	8	52
% celkových odpovědí	53	6	41



66 respondentů odpovědělo správně, 8 špatně a 52 přiznalo neznalost. Jak by se dalo očekávat, ženy měly o této problematice lepší znalosti.

Otázka č. 6: Plod je v těle matky vyživován přes placentu**Tabulka č.6 Vyhodnocení údajů otázky č.6**

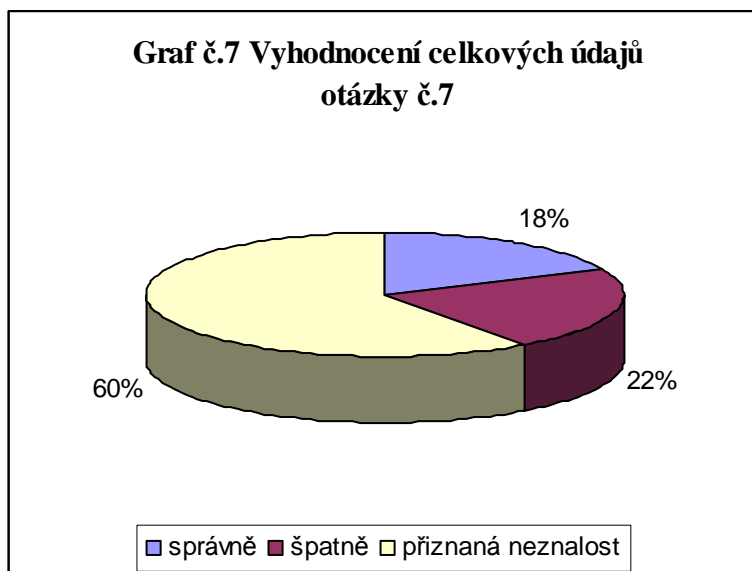
	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	72	7	4
% odpovědí žen	87	8	5
počet odpovědí mužů	27	7	9
% odpovědí mužů	63	16	21
celkový počet odpovědí	99	14	13
% celkových odpovědí	79	11	10



99 respondentů odpovědělo správně, 14 špatně a 13 přiznalo neznalost. U této otázky jsem přepokládala lepší informovanost, protože jsem její obsah považovala za obecně známý.

Otázka č.7 : Mužský ejakulát obsahuje látky podobné hormonům spouštějícím porod**Tabulka č.7 Vyhodnocení otázky č.7**

	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	14	18	51
% odpovědí žen	17	22	61
počet odpovědí mužů	8	10	25
% odpovědí mužů	19	23	58
celkový počet odpovědí	22	28	76
% celkových odpovědí	18	22	60

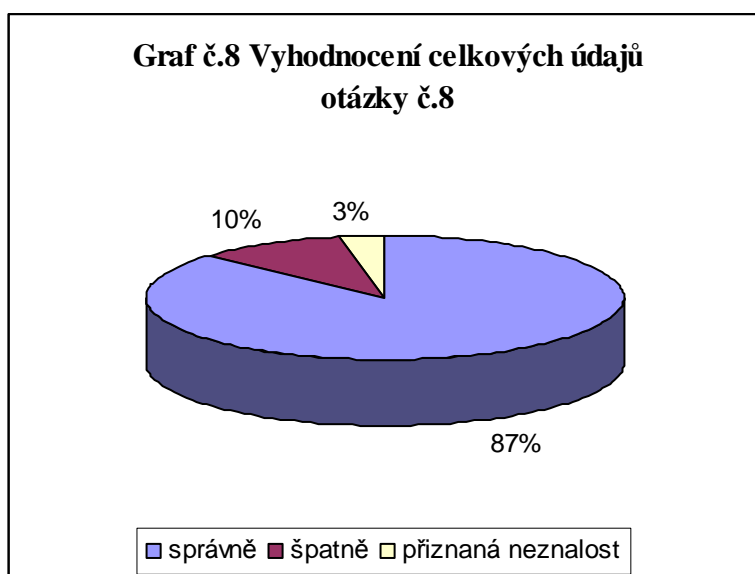


22 respondentů odpovědělo správně, 28 špatně a 76 respondentů, tedy většina, přiznala neznalost.

Otázka č. 8: Posledních šest týdnů před porodem se nazývá šestinedělí

Tabulka č. 8 Vyhodnocení údajů otázky č.8

	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	79	4	0
% odpovědí žen	95	5	0
počet odpovědí mužů	31	8	4
% odpovědí mužů	72	19	9
celkový počet odpovědí	110	12	4
% celkových odpovědí	87	10	3

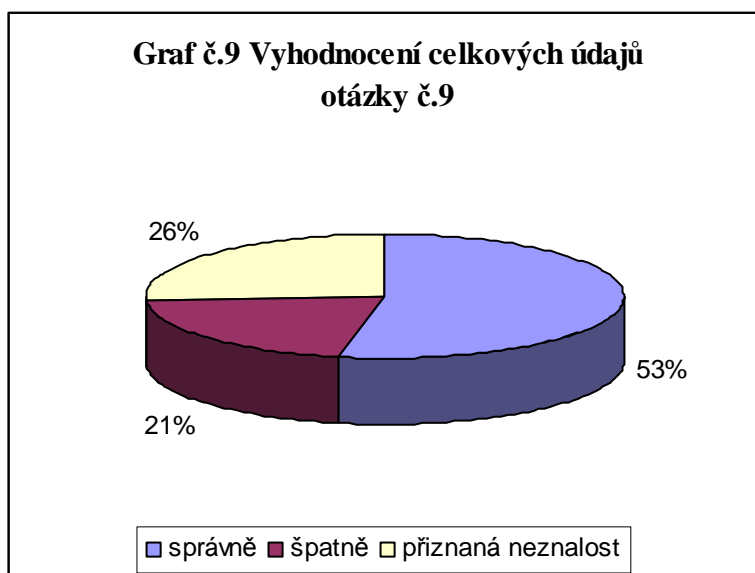


110 respondentů odpovědělo správně, 12 špatně a 4 přiznali neznalost. Předpokládala jsem, že většina respondentů odpoví správně a to se mi potvrdilo.

Otázka č.9 : V první době porodní dochází k porodu dítěte

Tabulka č.9 Vyhodnocení údajů otázky č.9

	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	50	23	10
% odpovědí žen	60	28	12
počet odpovědí mužů	17	3	23
% odpovědí mužů	40	7	53
celkový počet odpovědí	67	26	33
% celkových odpovědí	53	21	26



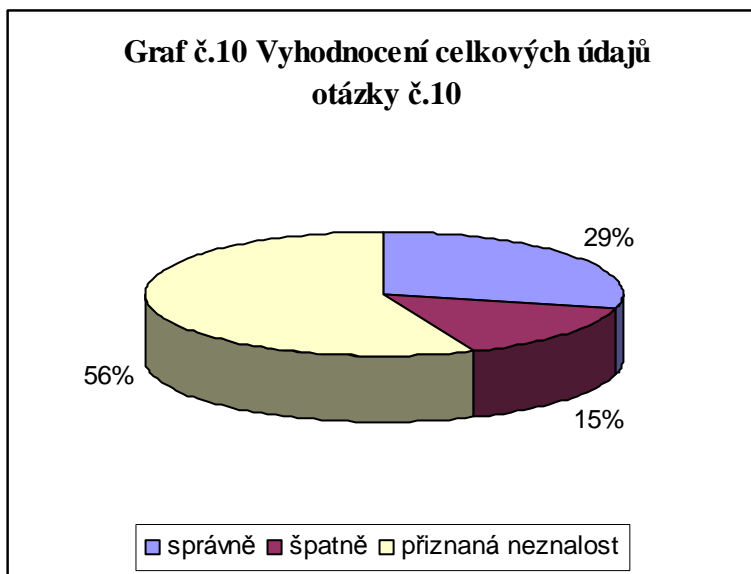
67 respondentů odpovědělo správně, 26 špatně a 33 přiznalo neznalost. Ženy odpověděly správně ve větší míře než muži, ale zároveň měly také více špatných odpovědí na rozdíl od mužů, kteří přiznali neznalost.

Vyhodnocení části dotazníku týkající se psychiatrických onemocnění:

Otázka č.10 : Základním psychiatrickým vyšetřením je elektroencefalografické vyšetření

Tabulka č. 10 Vyhodnocení údajů otázky č.10

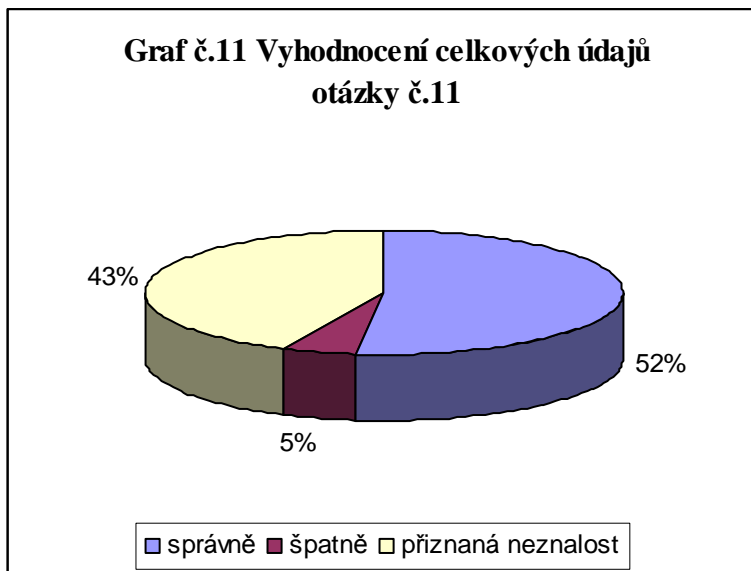
	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	22	12	49
% odpovědí žen	27	14	59
počet odpovědí mužů	15	7	21
% odpovědí mužů	35	16	49
celkový počet odpovědí	37	19	70
% celkových odpovědí	29	15	56



37 respondentů odpovědělo správně, 19 špatně a 70 přiznalo neznalost. Tato otázka patřila k těžším a proto mě ne moc dobrá informovanost nepřekvapila.

Otázka č. 11: Nádor CNS může způsobit psychiatrické onemocnění**Tabulka č.11 Vyhodnocení údajů otázky č.11**

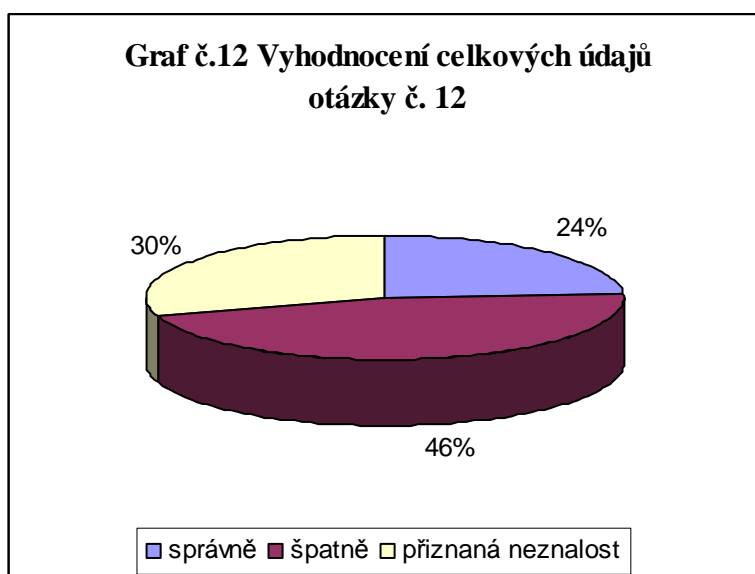
	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	46	2	35
% odpovědí žen	56	2	42
počet odpovědí mužů	19	5	19
% odpovědí mužů	44	12	44
celkový počet odpovědí	65	7	54
% celkových odpovědí	52	5	43



65 respondentů odpovědělo správně, 7 špatně a 54 přiznalo neznalost. U této otázky jsem předpokládala, že lidé, kteří správnou odpověď neznají si ji vydedukují a tím, že bude lepší výsledek než je.

Otázka č.12: Lidé s psychiatrickým onemocněním páchají častěji trestné činy**Tabulka č.12 Vyhodnocení údajů otázky č.12**

	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	17	42	24
% odpovědí žen	20	51	29
počet odpovědí mužů	13	16	14
% odpovědí mužů	30	37	33
celkový počet odpovědí	30	58	38
% celkových odpovědí	24	46	30



30 respondentů odpovědělo správně, 58 špatně a 38 přiznalo neznalost. Domnívám se, že tato zkreslená „znalost“ je daná stigmatizací psychiatricky nemocných a tudíž převládá neinformovanost v této oblasti, což mě trošku zklamalo.

Otázka č.13: Schizofrenie je rozštěpení osobnosti**Tabulka č.13 Vyhodnocení údajů otázky č.13**

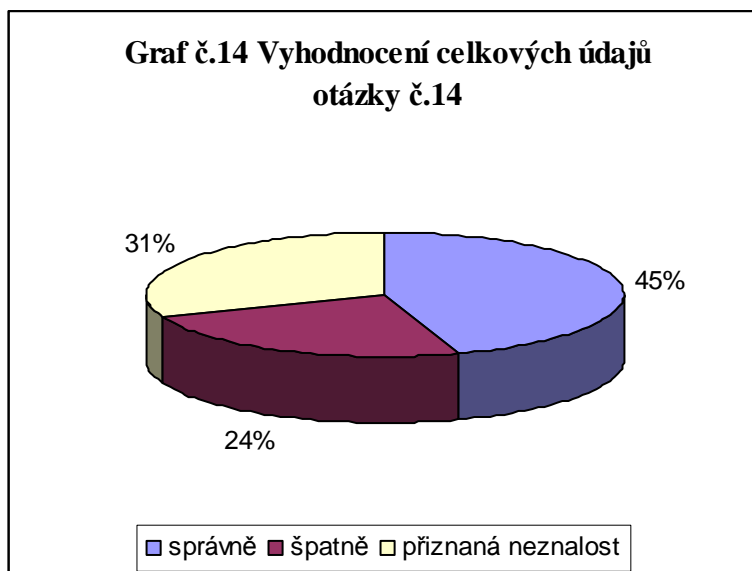
	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	7	67	9
% odpovědí žen	8	81	11
počet odpovědí mužů	7	32	4
% odpovědí mužů	16	75	9
celkový počet odpovědí	14	99	13
% celkových odpovědí	11	79	10



14 respondentů odpovědělo správně, 99 špatně a 13 přiznalo neznalost. Domnívám se, že velké procento špatných odpovědí je dáno obecně zažitou zkreslenou informací.

Otázka č.14: Schizofrenní onemocnění je léčitelné**Tabulka č.14 Vyhodnocení údajů otázky č.14**

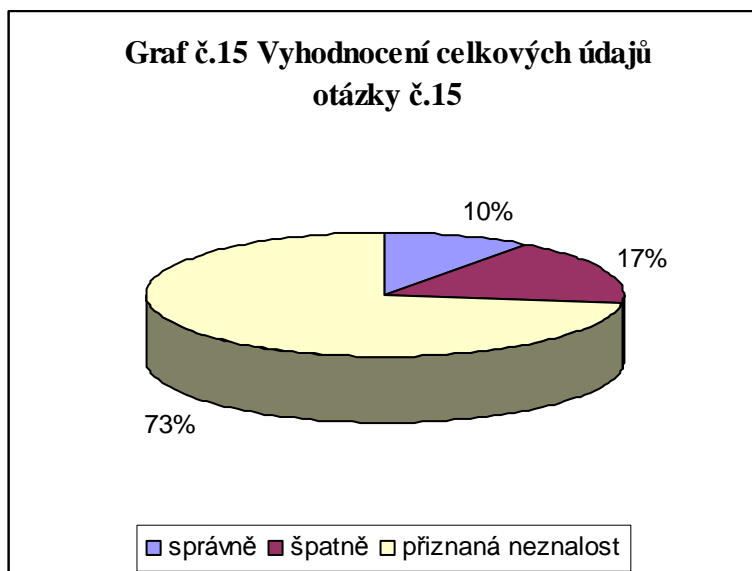
	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	37	20	26
% odpovědí žen	45	24	31
počet odpovědí mužů	20	10	13
% odpovědí mužů	47	23	30
celkový počet odpovědí	57	30	39
% celkových odpovědí	45	24	31



57 respondentů odpovědělo správně, 30 špatně a 39 přiznalo neznalost.

Otázka č.15: Projevy schizofrenie v těhotenství jsou jiné než mimo něj**Tabulka č.15 Vyhodnocení údajů otázky č.15**

	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	11	11	61
% odpovědí žen	13	13	74
počet odpovědí mužů	2	10	31
% odpovědí mužů	5	23	42
celkový počet odpovědí	13	21	92
% celkových odpovědí	10	17	73

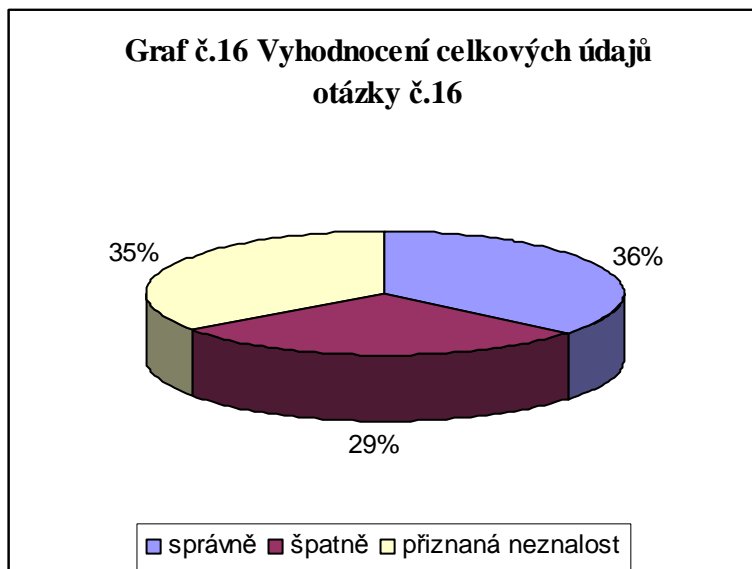


13 respondentů odpovědělo správně, 21 špatně a 92 přiznalo neznalost.

Otázka č.16: Typické emoce pro úzkostné stavy v období těhotenství a po porodu nejsou vztek a bezmoc

Tabulka č.16 Vyhodnocení údajů otázky č.16

	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	28	29	26
% odpovědí žen	34	35	31
počet odpovědí mužů	17	8	18
% odpovědí mužů	39	19	42
celkový počet odpovědí	45	37	44
% celkových odpovědí	36	29	35

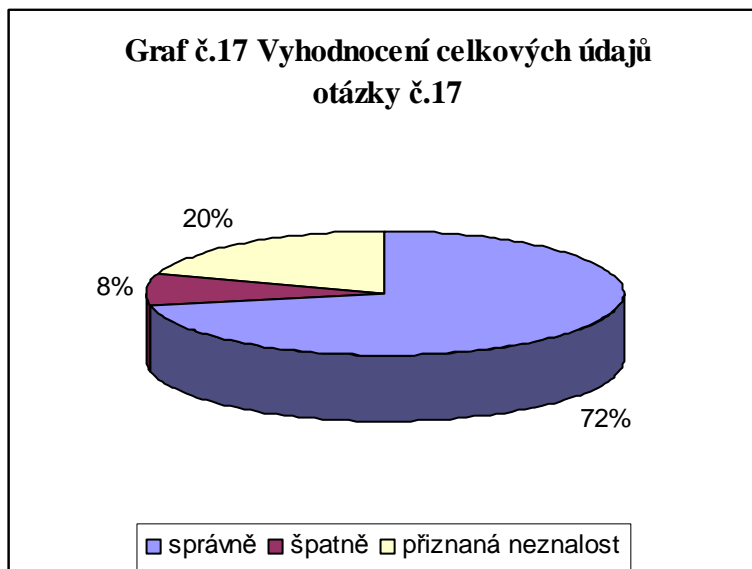


45 respondentů odpovědělo správně, 29 špatně a 35 přiznalo neznalost.

Otázka č.17: Podpora partnera v období těhotenství a po porodu může pomoci předejít psychiatrickému onemocnění

Tabulka č.17 Vyhodnocení údajů otázky č.17

	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	61	5	17
% odpovědí žen	73	6	21
počet odpovědí mužů	30	5	8
% odpovědí mužů	70	12	18
celkový počet odpovědí	91	10	25
% celkových odpovědí	72	8	20

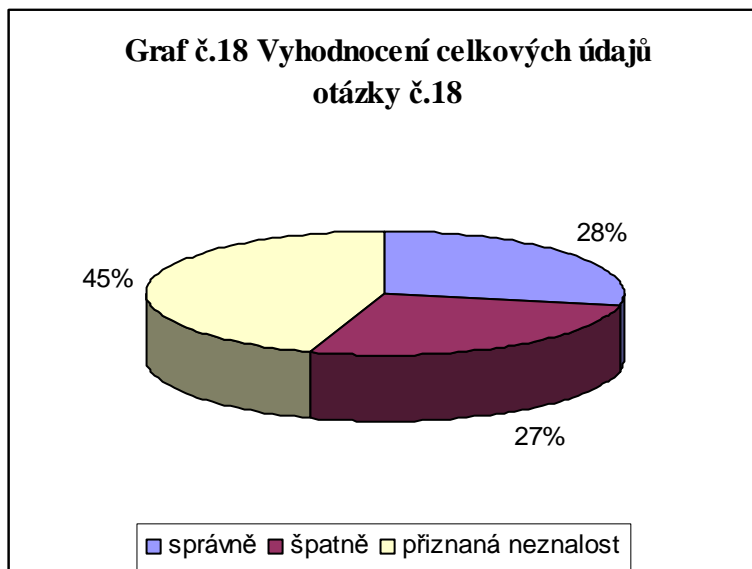


91 respondentů odpovědělo správně, 10 špatně a 25 přiznalo neznalost. Potěšila mě v této oblasti panující informovanost.

Otázka č.18: Rizikovým faktorem pro poporodní psychiatrické poruchy je porod císařským řezem

Tabulka č. 18 Vyhodnocení údajů otázky č. 18

	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	25	20	38
% odpovědí žen	30	24	46
počet odpovědí mužů	10	14	19
% odpovědí mužů	23	33	44
celkový počet odpovědí	35	34	57
% celkových odpovědí	28	27	45

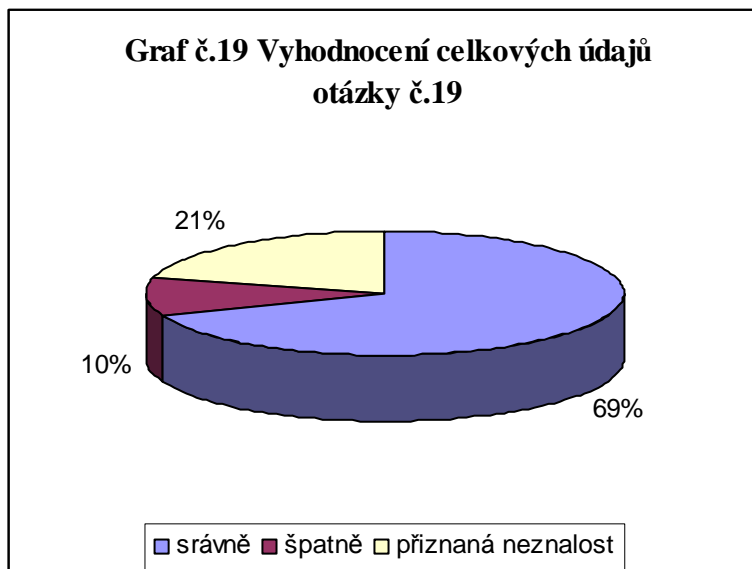


35 respondentů odpovědělo správně, 34 špatně a 57 přiznalo neznalost. Zklamalo mě, že lidé nemají v této oblasti informace.

Otázka č.19: Rizikovým faktorem pro poporodní psychiatrické poruchy je nestabilní nebo chybějící manželský vztah

Tabulka č. 19 Vyhodnocení údajů otázky č. 19

	srávně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	60	7	16
% odpovědí žen	72	8	20
počet odpovědí mužů	27	6	10
% odpovědí mužů	63	14	23
celkový počet odpovědí	87	13	26
% celkových odpovědí	69	10	21

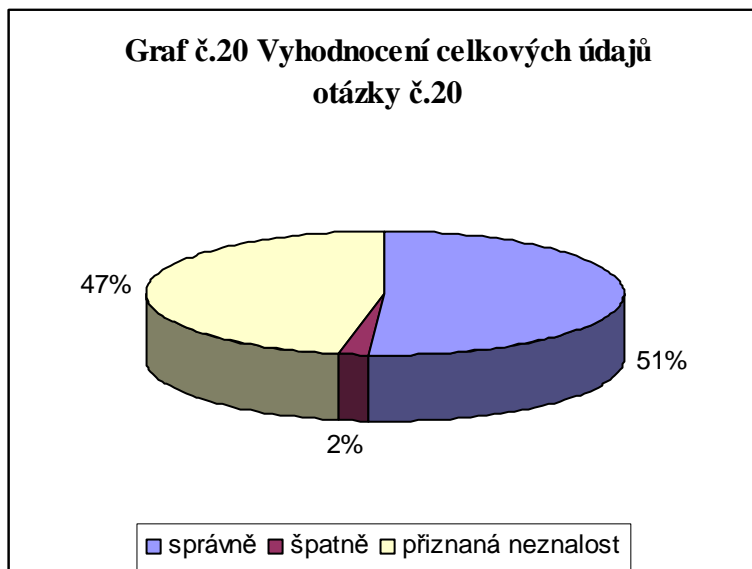


87 respondentů odpovědělo správně, 13 špatně a 26 přiznalo neznalost. Informovanost v této oblasti je poměrně uspokojivá.

Otázka č.20: Rizikovými faktory pro poporodní psychiatrické poruchy jsou vnější stresory v průběhu třetího trimestru a v časném stadiu po porodu

Tabulka č.20 Vyhodnocení údajů otázky č.20

	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	44	2	37
% odpovědí žen	53	2	45
počet odpovědí mužů	20	1	22
% odpovědí mužů	47	2	51
celkový počet odpovědí	64	3	59
% celkových odpovědí	51	2	47

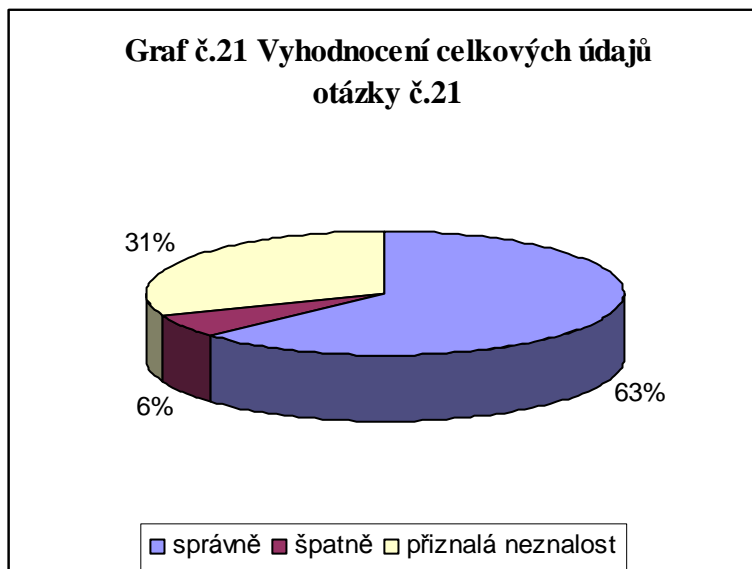


64 respondentů odpovědělo správně, 3 špatně a 59 přiznalo neznalost. Očekávala jsem ještě lepší výsledek.

Otázka č.21: Rizikovým faktorem pro vznik poporodní deprese je nechtěné těhotenství

Tabulka č.21 Vyhodnocení údajů otázky č.21

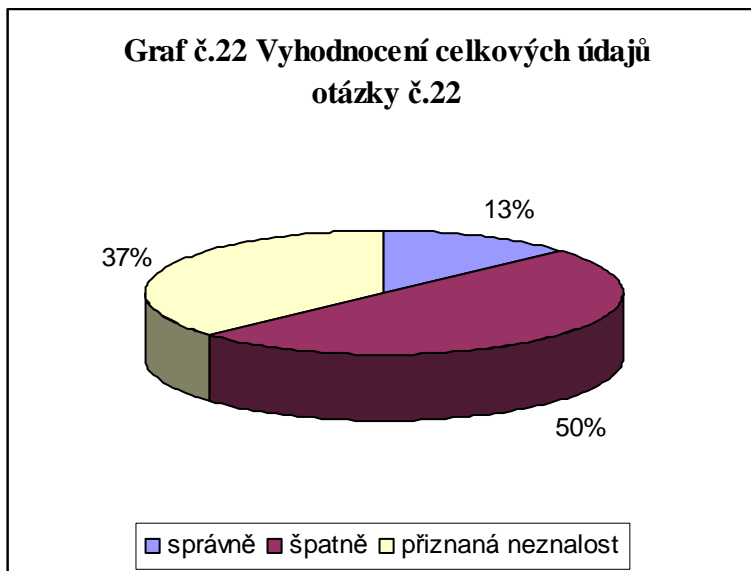
	správně	špatně	přiznalá neznalost
počet odpovědí žen	53	4	26
% odpovědí žen	64	5	31
počet odpovědí mužů	26	4	13
% odpovědí mužů	61	9	30
celkový počet odpovědí	79	8	39
% celkových odpovědí	63	6	31



79 respondentů odpovědělo správně, 8 špatně a 39 přiznalo neznalost.

Otázka č.22: Pro léčbu deprese v těhotenství není vhodná elektrokonvulze**Tabulka č.22 Vyhodnocení údajů otázky č.22**

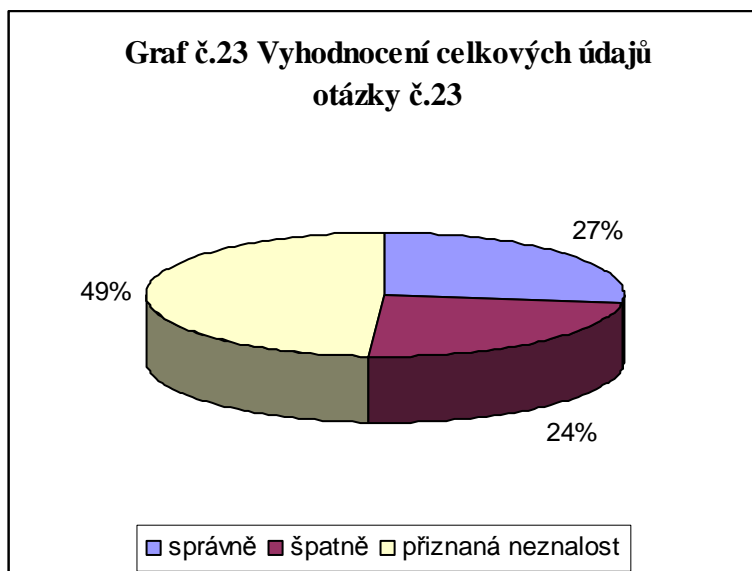
	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	11	42	30
% odpovědí žen	13	51	36
počet odpovědí mužů	5	21	17
% odpovědí mužů	12	49	39
celkový počet odpovědí	16	63	47
% celkových odpovědí	13	50	37



16 respondentů odpovědělo správně, 63 špatně a 47 přiznalo neznalost. Myslím, že velké procentu špatných odpovědí vyplývá ze zkreslených představ tohoto druhu léčby.

Otázka č.23: Nejmírnější formou poporodní poruchy je poporodní psychóza**Tabulka č. 23 Vyhodnocení údajů otázky č. 23**

	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	22	20	41
% odpovědí žen	27	24	49
počet odpovědí mužů	12	10	21
% odpovědí mužů	28	23	49
celkový počet odpovědí	34	30	62
% celkových odpovědí	27	24	49

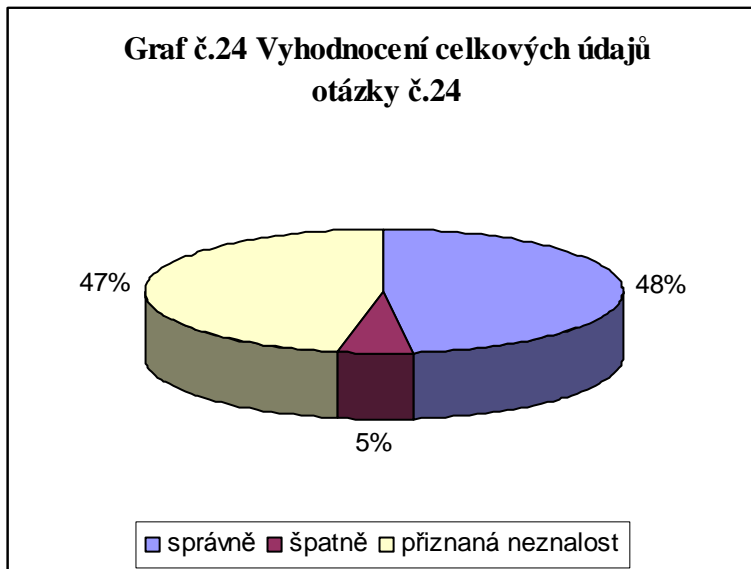


34 respondentů odpovědělo správně, 30 špatně a 62 přiznalo neznalost. Očekávala jsem, že v této oblasti budou lidé více informováni.

Otázka č.24: Klasické psychotické příznaky jsou sluchové halucinace, přeludy a zmatené myšlenky

Tabulka č.24 Vyhodnocení údajů otázky č.24

	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	43	0	40
% odpovědí žen	52	0	48
počet odpovědí mužů	18	6	19
% odpovědí mužů	42	14	24
celkový počet odpovědí	61	6	59
% celkových odpovědí	48	5	47

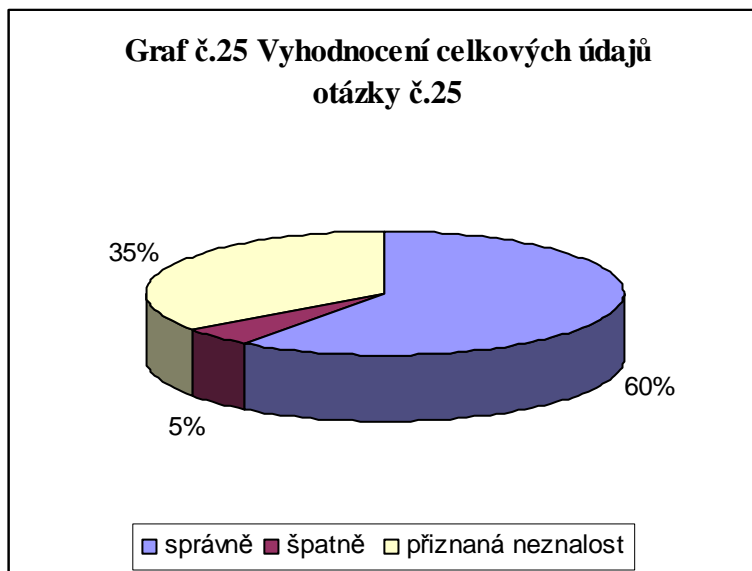


61 respondentů odpovědělo správně, 6 špatně a 59 přiznalo neznalost. Tato 48 % znalost předčila mé očekávání.

Otázka č.25: U poporodní psychózy je riziko sebevraždy

Tabulka č.25 Vyhodnocení údajů otázky č. 25

	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	60	3	20
% odpovědí žen	72	4	24
počet odpovědí mužů	16	3	24
% odpovědí mužů	37	7	56
celkový počet odpovědí	76	6	44
% celkových odpovědí	60	5	35

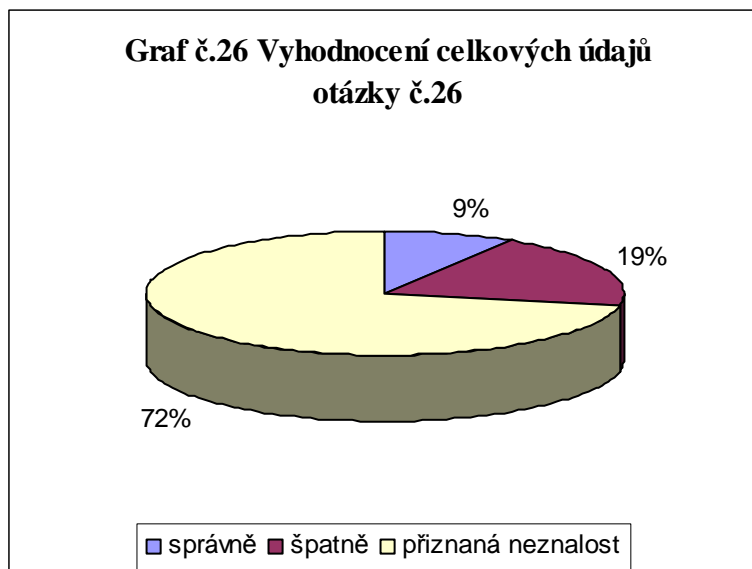


76 respondentů odpovědělo správně, 6 špatně a 44 přiznalo neznalost.

Otázka č.26: Rizikem pro vznik psychózy je předešlý výskyt premenstruálního syndromu

Tabulka č.26 Vyhodnocení údajů otázky č.26

	správně	špatně	přiznaná neznalost
počet odpovědí žen	8	15	60
% odpovědí žen	10	18	72
počet odpovědí mužů	3	9	31
% odpovědí mužů	7	21	72
celkový počet odpovědí	11	24	91
% celkových odpovědí	9	19	72



11 respondentů odpovědělo správně, 24 špatně a 91 přiznalo neznalost. Tato otázka patřila k těžším, ženy i muži měli přibližně stejné znalosti.

11 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ

Hypotéza č.1: Laická veřejnost má obecné informace o těhotenství

- Tato hypotéza se vztahuje k otázkám č.1 až č.9 –

H_0 : Laická veřejnost má obecné informace o těhotenství

n_i	p_i	$n_i - p_i$	$(n_i - p_i)^2$	$(n_i - p_i)^2 / p_i$	N_i	P_i	$ N_i \cdot P_i $
5	1	8	64	18	5	1	4
7	3				12	4	8
8	13	-5	25	1,92	20	27	3
16	18	-12	144	5,14	36	45	9
15	36	-21	441	12,25	51	81	30
23	28	-5	25	0,89	74	109	35
14	13	1	1	0,08	88	122	34
30	3	34	1156	289	118	125	7
8	1				126	126	0
126	126			327,88			

Chí kvadrát:

$$X^2 = 327,9 \quad X^2_{0,01} = 16,8 \quad X^2 > X^2_{0,01}$$

⇒ H_0 nelze přijmout

Kolmogorovův-Smirnovův test:

$$D = (1/126) * 35 = 0,27 \quad D_{0,01} = 1,63 / \sqrt{126} = 0,15 \quad D > D_{0,01}$$

⇒ H_0 nelze přijmout

Šikmost:

$$\tilde{x} = 6$$

$$S = 9 + 1 - 2 * 6 / 9 - 1 = -0,25$$

Šikmost je záporná což ukazuje na vyšší obsazenost správně zodpovězených otázek.

⇒ H_0 nelze zamítnout

Hypotéza č.1 se potvrdila : Laická veřejnost má obecné informace o těhotenství

Hypotéza č.2: Laická veřejnost nemá informace o psychiatrických onemocněních v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřstvím

- Tato hypotéza se vztahuje k otázkám č.10 až č.26 –

H_0 : Laická veřejnost má informace o psychiatrických onemocněních v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřstvím

	n_i	p_i	N_i	P_i	$ N_i - P_i $	$n_i - p_i$	$(n_i - p_i)^2$	$(n_i - p_i)^2 / p_i$
0								
6	24	5	24	5	19	19	361	72,2
5								
13								
11								
16	43	35	67	40	27	8	64	1,8
16								
20	20	46	87	86	1	-26	676	14,7
7								
11	31	35	118	121	3	-4	16	0,5
13								
4								
1								
0	8	5	126	126		3	9	1,8
3								
0								
0								
0								
								91,8

Chí kvadrát:

$$X^2 = 91,8 \quad X^2_{0,01} = 29,1 \quad X^2 > X^2_{0,01}$$

⇒ H_0 nelze přijmout

Kolmogorovův-Smirnovův test:

$$D = 27/126 = 0,21 \quad D_{0,01} = 1,63 / \sqrt{126} = 0,15 \quad D > D_{0,01}$$

⇒ H_0 nelze přijmout

Šikmost:

$$\tilde{x} = 6$$

$$S = 17+1-2*6/17-1 = 0,375$$

Kvantilová míra šikmosti ukazuje na vyšší obsazenost nižších četností správně zodpovězených otázek

⇒ H_0 nelze přijmout

Hypotéza č.2 se potvrdila : Laická veřejnost nemá informace o psychiatrických onemocněních v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřstvím

Hypotéza č.3: Ženy, které mají děti ví o problematice psychických poruch v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřstvím více než ostatní laická veřejnost

- Tato hypotéza se vztahuje k otázkám č.10 až č.26 –

H_0 : Ženy, které mají děti ví o problematice psychiatrických onemocnění v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřstvím více než ostatní laická veřejnost

n_i	p_i
1	1
2	3
3	3
4	3
5	5
6	7
7	7
8	2
9	3
10	7
11	0
12	0
13	0
14	1
15	0
16	0
17	0

Šikmost:

$$\tilde{x} = 6$$

$$S = 17 + 1 - 2 * 6 / 17 - 1 = 0,375$$

Kladná šikmost ukazuje na vyšší obsazenost nižších četností správně odpověděných otázek.

⇒ H_0 nelze přijmout

Hypotéza č.3 se nepotvrdila: Ženy, které mají děti neví o problematice psychických poruch v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřstvím více než ostatní laická veřejnost.

Hypotéza č.4: Lidé z oblasti zdravotnictví a psychologie vědí o problematice psychických poruch v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřství více než laická veřejnost

- Tato hypotéza se vztahuje k otázkám č.10 až č.26 –

H_0 : Lidé z oblasti zdravotnictví a psychologie vědí o problematice psychických poruch v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřství více než laická veřejnost

n_i	n_i	p_i	N_i	P_i	$ N_i - P_i $
1	1	1	1	1	0
1					
2					
3	12	6	13	7	6
6					
5	5	10	18	17	1
2					
1					
	5	6	23	23	0
1					
1					
1	1	1	24	24	0
	24	24			

Kolmogorovův-Smirnovův test:

$$D = 1/24 * 6 = 0,25 \quad D_{0,01} = 1,63/\sqrt{24} = 0,32 \quad D < D_{0,01}$$

$\Rightarrow H_0$ nelze zamítnout

Hypotéza č.4 se potvrdila: Lidé z oblasti zdravotnictví a psychologie vědí o problematice psychických poruch v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřství více než laická veřejnost

Hypotéza č.5: Laická veřejnost si není vědoma všech rizikových faktorů pro vznik psychických poruch v souvislosti s těhotenstvím, porodem , laktací a mateřstvím

- Tato hypotéza se vztahuje k otázkám č.18 až č.21 a č.26 –

H_0 : Laická veřejnost si je vědoma všech rizikových faktorů pro vznik psychiatrických poruch v souvislosti s těhotenstvím, porodem , laktací a mateřstvím

n_i	p_i	N_i	P_i	$N_i - P_i$	$(n_i - p_i)$	$(n_i - p_i)^2$	$(n_i - p_i)^2 / p_i$
15	8	15	8	7	7	49	6,12
22	17	37	25	12	5	25	1,47
37	38	74	63	11	-1	1	0,03
30	38	104	101	2	-8	64	1,68
15	17	119	118	8	-2	4	0,02
7	8	126	126	0	-1	1	0,12

Chí kvadrát:

$$X^2 = 9,44 \quad X^2_{0,01} = 11,3 \quad X^2 < X^2_{0,01}$$

⇒ H_0 nelze zamítnout

Kolmogorovův-Smirnovův test:

$$D = 12/126 = 0,09 \quad D_{0,01} = 1,63/\sqrt{126} = 0,15 \quad D < D_{0,01}$$

⇒ H_0 nelze zamítnout

Šikmost:

$$\tilde{x} = 2,0$$

$$S = 5 + 0 - 2 * 2 / 5 - 0 = 0,2$$

Kladné S ukazuje na vyšší obsazenost nižších četností správně odpověděných otázek.

Hypotéze č.5 se nepotvrdila: Laická veřejnost si je vědoma rizikových faktorů pro vznik psychických poruch v souvislosti s těhotenstvím, porodem , laktací a mateřstvím, ale ne všech a znalosti jsou spíše podprůměrné.

ZÁVĚR

Dnešní uspěchaná doba přináší spoustu stresu. Ženy mnohdy odkládají těhotenství až na vyšší věk, aby si nejdříve vybudovaly kariéru. Vlivem toho se jim často nedaří dlouho dobu otěhotnět. Když jim náhle vyjde pozitivní těhotenský test v době, kdy už to neočekávaly. Jsou rozpolceny náhle vzniklou situací. Toužebně si dítě přejí, ale rozhodují se, zda je teď to vhodné období. Tyto pocity se objevují, ale u kterékoliv ženy jakéhokoliv věku. Pak se obávají, jestli dítě donosí a narodí se jim zdravé. Podstupují celou řadu vyšetření, což je pro ně taktéž zdrojem stresu.

Všechny mohou pociťovat strach z poklesu vlastní hodnoty ve vztahu ke kariéře nebo k okolí. Spousta žen je přesvědčena o nutnosti krásy vlastního těla a proto zažívají úzkost, jak jej změnění těhotenství s porodem. Je to jakýsi kult věčného mládí.

To, že se stírají rozdíly v „povinnostech“ mezi mužem a ženou, přináší období těhotenství úvahy nad tím, zda žena do vztahu něco přináší, když aktuálně nepřispívá např. finančně. Může se tím cítit nepotřebná, neuvědomuje si, že jejím posláním je teď naplnit roli matky.

Období těhotenství by mělo být šťastné, naplněno láskou, protože všechny pocity budoucí matky se přenášejí i na plod. I když je to možná paradoxní, ženy i nyní mohou trpět depresí nebo úzkostnými poruchami a stydí se za to. Je hlavně na nejbližším okolí, aby se snažilo snížit jejich riziko vzniku. V případě, že přesto vypuknou, tak pomoci ženě se z tohoto stavu dostat a vyhledat odbornou pomoc.

Po porodu přichází náročný čas ve kterém se žena učí nové roli. Sehrává se s dítětem. Je na ni kladena spousta povinností. Nejen vlivem poklesu hormonů je citově labilnější. Téměř u každé čerstvé maminky se vyskytne stav zvaný baby blues, projevující se plačtivostí, únavou a podrážděností. Obvykle samovolně vymizí, ale u některých žen přejde do poporodní deprese, což už je závažnější. Zjistila jsem, že laická veřejnost je v této oblasti nedostatečně informována. Tato problematika je ožehavé téma, možná by se mohlo zdát, že dostatečně diskutované, ale není tomu tak. Mateřství je velkou životní změnou, někdy bohužel sebou přináší vznik psychiatrických onemocnění. Informovanost by se měla zlepšit. Aby byly ženy edukovány, jak se snažit předcházet zrodu těchto poruch. Nejen ony, ale i jejich okolí, nejvíce jejich partneři. Chce to věnovat psychice značně více času, protože jen spokojená, vyrovnaná žena je dobrou matkou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

- [1] BAŠTA, Alfons, et al. *Aplikovaná matematika*. 1. vyd. Praha : SNTL, 1978. 2 sv. (1124, 1262 s.). ISBN L28-S2-V-51/11589.
- [2] CYHELSKÝ, Miroslav. *Statistika v příkladech*. 1. vyd. Praha : SNTB, 1967. 230 s. ISBN 80-5689-2658.
- [3] DANZER, Gerhard. *Psychosomatika*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 244 s. ISBN 80-7178-456-7.
- [4] EISENBERGOVÁ, Arlene, MURKOFFOVÁ, Heidi, HATHAWAYOVÁ, Sandee. *Co čekat v radostném očekávání*. 1. vyd. Praha : Slovart, 2004. 595 s. ISBN 80-7209-457-2.
- [5] GEISEL, Elisabeth. *Slzy po porodu : Jak překonat depresivní nálady*. 1. vyd. Praha : One Woman Press, 2004. 253 s. ISBN 80-86356-32-9.
- [6] HERMAN, Erik, PRÁŠKO, Ján, SEIFERTO VÁ, Dagmar. *Konziliární psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. 624 s. ISBN 80-903708-9-0.
- [7] HONZÁK, Radkin. *Deprese : Depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. 1. vyd. Praha : Galén, 1999. 111 s. ISBN 80-85824-95-7.
- [8] HOSCHL, Cyril, PRÁŠKO, Ján, SEIFERTO VÁ, Dagmar. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha : Academia Medica Pragensis, 2004. 479 s. ISBN 80-86694-06-2.
- [9] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 2. vyd. Praha : Grada, 2005. 176 s. ISBN 80-247-0575-3.
- [10] LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
- [11] MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie : Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 143 s. ISBN 80-7178-700-0.
- [12] NICOLSON, Paula. *Poporodní deprese*. 1. vyd. Praha : Grada, 2001. 148 s. ISBN 80-7169-938-1.
- [13] PAVLOVSKÝ, Pavel, RABOCH, Jiří. *Psychiatrie : Minimum pro praxi*. 3. vyd. Praha : Triton, 2003. 211 s. ISBN 80-7254-423-3.

- [14] PEASEOVÁ, Barbara, PEASE, Alan. *Proč muži neposlouchají a ženy neumí číst v mapách*. 1. vyd. Brno : Alman, 2003. 317 s. ISBN 80-86135-15-2.
- [15] PONĚŠICKÝ, Jan. *Fenomén ženství a mužství : Psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy*. 1. vyd. Praha : Triton, 2003. 204 s. ISBN 80-7254-350-4.
- [16] PRÁŠKO, Ján, PRÁŠKOVÁ, Hana, PRÁŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 184 s. ISBN 80-7178-809-0.
- [17] RICHTER, Robert, SCHAFER, Eberhard. *Knihy pro tatínky : Vše co potřebujete vědět o těhotenství, porodu a prvním roce života ve třech*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 176 s. ISBN 978-80-247-2083-8.
- [18] ROZTOČIL, Aleš, et al. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.
- [19] TRČA, Stanislav. *Partner v těhotenství a při porodu*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 108 s. ISBN 80-247-0869-8.

Internetové zdroje:

- [20] <http://www.porod.estranky.cz/clanky/zajimavosti/poporodni-deprese-neni-zadny-blues>, Poporodní deprese je skutečná, žádný blues, 1.12.2007
- [21] <http://www.lecimesespsychozou.cz/>, Léčíme se s psychózou, 1.12.2007
- [22] <http://www.deprese.com/rozhovor.php?&content=ceskova>, Deprese a ženy, 20.2.2008
- [23] <http://dvojcata.webzdarma.cz/prispevky/a20030303.htm>, Laktační psychóza, 23.2.2008
- [24] http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004_3/roztocil.php, Šestinedělí, 23.2.2008
- [25] <http://www.rodina.cz/clanek2631.htm>, Psyché po porodu i před ním, 29.2.2008
- [26] <http://www.porodnici.cz/psychicke-psychiatricke-a-psychogenni-akutni-stavy>, Akutní velká deprese v těhotenství, 29.2.2008
- [27] <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psychsupp202/07.htm>, Farmakoterapie úzkostných poruch a nespavosti v graviditě a laktaci anxiolytiky a hypnotiky, 12.3.2008

[28] <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psychsupp202/12.htm>, Psychoterapie úzkostných poruch v těhotenství a poporodním období, 12.3.2008

[29] <http://cs.wikipedia.org/wiki/Agorafobie>, Agorafobie, 25.3.2008

[30] <http://www.mamdepku.cz/clanky-deprese/podstata-deprese/co-je-to-agorafobie.html>, Co je to agorafobie, 25.3.2008

[31] <http://www.deprese.com/pdf/brozury/kdyzsereknepsychoza.pdf>, Když se řekne psychóza, 6.5.2008

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

APOD. A podobně.

ATD. A tak dále.

KS. Kusů.

NAPŘ. Například.

Σ Suma.

| Absolutní hodnota.

> Větší než.

< Menší než.

X Chí.

TJ. To je.

TZV. Tak zvaný.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Vyhodnocení údajů otázky č.1.....	46
Graf 2 Vyhodnocení údajů otázky č.2.....	47
Graf 3 Vyhodnocení údajů otázky č.3.....	48
Graf 4 Vyhodnocení údajů otázky č.4.....	49
Graf 5 Vyhodnocení údajů otázky č.5.....	50
Graf 6 Vyhodnocení údajů otázky č.6.....	51
Graf 7 Vyhodnocení údajů otázky č.7.....	52
Graf 8 Vyhodnocení údajů otázky č.8.....	53
Graf 9 Vyhodnocení údajů otázky č.9.....	54
Graf 10 Vyhodnocení údajů otázky č.10.....	55
Graf 11 Vyhodnocení údajů otázky č.11.....	56
Graf 12 Vyhodnocení údajů otázky č.12.....	57
Graf 13 Vyhodnocení údajů otázky č.13.....	58
Graf 14 Vyhodnocení údajů otázky č.14.....	59
Graf 15 Vyhodnocení údajů otázky č.15.....	60
Graf 16 Vyhodnocení údajů otázky č.16.....	61
Graf 17 Vyhodnocení údajů otázky č.17.....	62
Graf 18 Vyhodnocení údajů otázky č.18.....	63
Graf 19 Vyhodnocení údajů otázky č.19.....	64
Graf 20 Vyhodnocení údajů otázky č.20.....	65
Graf 21 Vyhodnocení údajů otázky č.21.....	66
Graf 22 Vyhodnocení údajů otázky č.22.....	67
Graf 23 Vyhodnocení údajů otázky č.23.....	68
Graf 24 Vyhodnocení údajů otázky č.24.....	69

Graf 25 Vyhodnocení údajů otázky č.25.....	70
Graf 26 Vyhodnocení údajů otázky č.26.....	71

SEZNAM TABULEK

Tab.1 Vyhodnocení údajů otázky č.1.....	46
Tab.2 Vyhodnocení údajů otázky č.2.....	47
Tab.3 Vyhodnocení údajů otázky č.3.....	48
Tab.4 Vyhodnocení údajů otázky č.4.....	49
Tab.5 Vyhodnocení údajů otázky č.5.....	50
Tab.6 Vyhodnocení údajů otázky č.6.....	51
Tab.7 Vyhodnocení údajů otázky č.7.....	52
Tab.8 Vyhodnocení údajů otázky č.8.....	53
Tab.9 Vyhodnocení údajů otázky č.9.....	54
Tab.10 Vyhodnocení údajů otázky č.10.....	55
Tab.11 Vyhodnocení údajů otázky č.11.....	56
Tab.12 Vyhodnocení údajů otázky č.12.....	57
Tab.13 Vyhodnocení údajů otázky č.13.....	58
Tab.14 Vyhodnocení údajů otázky č.14.....	59
Tab.15 Vyhodnocení údajů otázky č.15.....	60
Tab.16 Vyhodnocení údajů otázky č.16.....	61
Tab.17 Vyhodnocení údajů otázky č.17.....	62
Tab.18 Vyhodnocení údajů otázky č.18.....	63
Tab.19 Vyhodnocení údajů otázky č.19.....	64
Tab.20 Vyhodnocení údajů otázky č.20.....	65
Tab.21 Vyhodnocení údajů otázky č.21.....	66
Tab.22 Vyhodnocení údajů otázky č.22.....	67
Tab.23 Vyhodnocení údajů otázky č.23.....	68
Tab.24 Vyhodnocení údajů otázky č.24.....	69

Tab.25 Vyhodnocení údajů otázky č.25.....	70
Tab.26 Vyhodnocení údajů otázky č.26.....	71

SEZNAM PŘÍLOH

P I Dotazník k bakalářské práci

P II Shrnutí výsledku a metodické pokyny pro zdravotníky k edukaci klientů

P III Návrh přednášky pro ženy po porodu

P IV Leták pro těhotné ženy

P V Leták pro ženy po porodu

P VI Leták pro (budoucí) tatínky

P VII Anamnézy ženy s poporodní poruchou

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Dobrý den, jmenuji se Barbora Biolková, jsem studentka Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulty humanitních studií, oboru Porodní asistentka. Dotazník, který právě držíte v ruce je anonymní, zpracované údaje budou sloužit jako podklady k mé bakalářské práci na téma: Informovanost o psychiatrických onemocněních v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřstvím. Prosím, pokud neznáte odpověď, netipujte a zvolte možnost „nevím“. Děkuji za vyplnění dotazníku a za čas, který jste mu věnovali. Přeji krásný zbytek dne.

Pohlaví:

A) Muž B) Žena

Věková kategorie:

A) 20-25 B) 26-35 C) 36-45 D) 45-55

Nejvyšší ukončené vzdělání:

A) základní B) střední bez maturity C) střední s maturitou D) vyšší a vysokoškolské

Studujete nebo pracujete v oboru:

A) zdravotnickém B) psychologie C) jiném

Pro ženy:

Máte dítě (děti) ?

A) Ano B) Ne

Pro muže:

1: Máte dítě (děti) ?

A) Ano B) Ne

2: Strávil jste s partnerkou období těhotenství a po porodu? (*Pro muže, kteří odpovídali na předešlý dotaz kladně*)

A) Ano B) Ne C) Jen v těhotenství D) Jen po porodu

.....

1. K těhotenství může dojít jen u ženy v jejímž cyklu došlo k ovulaci

A) Ano B) Ne C) Nevím

2. Onemocnění toxoplazmózou v těhotenství může nenávratně poškodit plod

A) Ano B) Ne C) Nevím

3. Kouření v těhotenství zvyšuje riziko nízké porodní hmotnosti plodu

A) Ano B) Ne C) Nevím

4. Pohlavní styk mezi čtvrtým a šestým měsícem těhotenství není doporučen

A) Ano B) Ne C) Nevím

5. Odtok plodové vody v raném stádiu těhotenství je neškodný

A) Ano B) Ne C) Nevím

6. Plod je v těle matky vyživován přes placentu

A) Ano B) Ne C) Nevím

7. Mužský ejakulát obsahuje látky podobné hormonům spouštějícím porod

A) Ano B) Ne C) Nevím

8. Posledních šest týdnů před porodem se nazývá šestinedělí

A) Ano B) Ne C) Nevím

9. V první době porodní dochází k porodu dítěte

A) Ano B) Ne C) Nevím

10. Základním psychiatrickým vyšetřením je elektroencefalografické vyšetření

A) Ano B) Ne C) Nevím

11. Nádor CNS (centrální nervové soustavy) může způsobit psychiatrické onemocnění

A) Ano B) Ne C) Nevím

12. Lidé s psychiatrickým onemocněním páchají častěji trestné činy

A) Ano B) Ne C) Nevím

13. Schizofrenie je rozštěpení osobnosti

A) Ano B) Ne C) Nevím

14. Schizofrenní onemocnění je léčitelné

A) Ano B) Ne C) Nevím

15. Projevy schizofrenie v těhotenství jsou jiné než mimo něj

A) Ano B) Ne C) Nevím

16. Typické emoce pro úzkostné stavy v období těhotenství a po porodu nejsou vztek a bezmoc

A) Ano B) Ne C) Nevím

17. Podpora partnera v období těhotenství a po porodu může pomoci předejít psychiatrickému onemocnění

A) Ano B) Ne C) Nevím

18. Rizikovým faktorem pro poporodní psychické poruchy je porod císařským řezem

A) Ano B) Ne C) Nevím

19. Rizikovým faktorem pro poporodní psychické poruchy je nestabilní nebo chybějící manželský vztah

A) Ano B) Ne C) Nevím

20. Rizikovými faktory pro poporodní psychické poruchy jsou vnější stresory v průběhu třetího trimestru (ke konci těhotenství) a v časném stadiu po porodu

A) Ano B) Ne C) Nevím

21. Rizikovým faktorem pro vznik poporodní deprese je nechtěné těhotenství

A) Ano B) Ne C) Nevím

22. Pro léčbu deprese v těhotenství není vhodná elektrokonvulze (elektrošoky)

A) Ano B) Ne C) Nevím

23. Nejmírnější formou poporodní poruchy je poporodní psychóza

A) Ano B) Ne C) Nevím

24. Klasické psychotické příznaky jsou sluchové halucinace, přeludy a zmatené myšlenky

A) Ano B) Ne C) Nevím

25. U poporodní psychózy je riziko sebevraždy

A) Ano B) Ne C) Nevím

26. Rizikem pro vznik poporodní psychózy je předešlý výskyt premenstruálního syndromu

A) Ano B) Ne C) Nevím

Příloha P II : Shrnutí výsledku a metodické pokyny

Z výsledků průzkumu jsem zjistila, že laická veřejnost je nedostatečně informována o psychiatrických onemocněních v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřství, proto navrhuji následující opatření.

Metodické pokyny pro zdravotníky k edukaci klientů:

- **Rozdejte letáčky o psychice ženy v těhotenství v prenatalních poradnách**
- **Mluvte se ženou o pocitech během těhotenství při každé návštěvě gynekologické ordinace**
- **Informujte o psychických změnách během těhotenství a po porodu v předporodních kurzech**
- **Informujte ženy o tom, jak předcházet depresi v těhotenství a po porodu**
- **Při každé vhodné příležitosti zapojte otce do edukace**
- **Rozdejte partnerům těhotných žen letáčky o psychice ženy během těhotenství a po porodu**
- **Věnujte čas diskuzi o poruchách psychiky během návštěvy prenatalní poradny a poté při hospitalizaci po porodu**
- **Udělejte přednášku na oddělení šestinedělí o psychice ženy po porodu**
- **Rozdejte ženám na oddělení šestinedělí letáčky o psychických změnách po porodu**
- **Nabádejte k četbě knih o dané problematice**
- **Doporučte internet a diskuzní fóra určená čerstvým maminkám**

Příloha P III: Přednáška

Návrh přednášky pro ženy po porodu:

Z výsledků svého průzkumu týkajícího se informovanosti laické veřejnosti o psychických poruchách v souvislosti s těhotenstvím a porodem jsem zjistila, že ženy jsou v této oblasti nedostatečně informovány.

Proto by měla být této problematice věnována větší pozornost a to nejlépe formou edukace.

Navrhuji plán možné přednášky, která by byla zrealizována na oddělení šestinedělí, v době před obědem v místnosti, kde by bylo dostatek soukromí. Péče o miminka by byla po tuto dobu zajištěna na novorozeneckém oddělení.

Prostředí přednášky:

- sedělo by se v kroužku na pohodlných židlích a v pozadí by hrála tichá relaxační hudba

Plán přednášky:

- představení se
- uvedení žen do problematiky a ujištění, že jejich pocity jsou normální a že jim rozumíte
- návrhy řešení daného problému
- vysvětlení hranice, kde už může jít o těžší psychickou poruchu a vysvětlit, proč je dobré vyhledat pomoc (psycholog popř. psychiatr)
- diskuze a prostor pro otázky
- shrnutí a závěr
- rozdání letáčků
- poděkování
- rozloučení se

Uvedení zdravotníků do dané problematiky:

Každá maminka pociťuje po porodu nové pocity, protože přijímá novou životní roli s novými zodpovědnostmi. Potřebuje teď hlavně podporu svého okolí, pochopení a lásku. Vzhledem k obrovským hormonálním změnám jsou ženy v tomto období více psychicky labilnější. Na některou to působí méně, na některou více, je to stejné jako třeba s PMS. Ženy mohou pociťovat zklamání z porodu, protože nebyl podle jejich představ. Nebo jejich miminko nevypadá tak, jak si ho představovaly. Paradoxně i smutek z toho, že to na co se několik dlouhých měsíců v průběhu těhotenství připravovaly je za nimi, tedy porod. Dochází ke změně životních hodnot a změně starého já, ujistěme je, že na stesku s nostalgií není nic neobvyklého. Hospitalizace přináší mnohdy frustraci z toho, že necítí žena kontrolu nad sebou sama. V prvních dnech po porodu mnohdy bojuje s kojením. Když to hned od začátku nejde často propadá zoufalství, je na nás zdravotníků, abychom ji povzbudili. Nezapomínejte na únavu, porod je velkou fyzickou i psychickou zátěží. Spánek po něm, ale často dlouho nepřichází, protože provoz v nemocnici, jiné maminky na pokoji a plačící novorozenci to ženě nedovolí. Je pak čím dál více podrážděnější a úzkostnější. Zkusme se nad tím zamyslet a udělat vše proto, abychom jí blahodárny spánek umožnili. Může mít pocit neschopnosti v péči o dítě, buďme my zdravotníci trpěliví, zdržme se kárání, naopak pochvalme ženu za její snažení a nacvičme s ní nové úkony. Při odchodu domů se objevuje i strach z toho, zda žena vše zvládne, honí se jí v hlavě myšlenky co všechno ji tam čeká, zejména pokud není novorozenec jejím prvním dítětem. Možná také její těhotenství bylo nechtěné a nyní se obává např. tíživé finanční situace. Zdálo by se, že tady naše poslání končí, ale opak je pravdou, teď nastupuje významná úloha a to právě v edukaci žen o jejich psychice v období šestinedělí.

Přednáška:

- 1) Přednesení možných pocitů žen (viz. Uvedení zdravotníků do dané problematiky), abychom získali jejich důvěru
- 2) Nastínění toho, jak se bránit vzniku psychické poruchy

Co dělat aby jste se cítily lépe?

- nepotlačujte v sobě své pocity, popovídejte si o nich s blízkým člověkem
- nesnažte se být dokonalá, každý může dělat chyby, vše časem půjde lépe
- neodmívejte pomoc okolí popř. se o ni nebojte požádat, nečekejte až vám vše začne přerůstat přes hlavu
- pokud se Vám chce plakat, tak si poplačte
- udělejte si i čas na sebe, nevěnujte ho všechen dítěti, nejlepší máma je spokojená máma
- odpočiňte si při kojení a zkuste usnout, když spí vaše dítě
- nezavírejte se doma, vyrazte ven mezi lidi, stačí i procházka s kočárkem
- zkuste využít relaxační techniky (zhluboka se nadechněte, zadržte dech, vydechněte, soustřeďte se na dýchání,..)
- udělejte si pravidelně ve svém režimu čas na cvičení, pomůže se Vám dostat zpět do formy a prospějete i Vaší psychice, pokud máte možnost navštivte přímo nějaký kurz, přijdete tím na jiné myšlenky a dostanete se z denního stereotypu
- snažte se vypadat dobře, nezanedbávejte se, budete se tak cítit lépe
- obklopte se oranžovou barvou, působí antidepresivně a napomáhá tvorbě mléka
- zazpívejte si nebo alespoň si zkuste s rovnými zády sednout na kraj židle, tak aby se chodidla dotýkala země, soustřeďte se na svůj dech a při výdechu rozezněte hlásku „ááá“, vnímejte ji, jak Vámi rezonuje
- poslouchajte hudbu: nejprve si pusťte takovou , která odpovídá Vaší momentální náladě, pak pomalu krok za krokem zkoušejte jinou až se dostanete k té, která vás dostane do požadovaného rozpoložení
- zatancujte si, poskočte si
- zkuste střídavou studenou-teplou sprchu, stimuluje to biochemii těla
- pro povzbuzení vyzkoušejte aromaterapii např. grapefruit nebo borovice
- dopřejte si dostatek světla, jak doma, tak venku, zejména sluneční svit má pozitivní vliv na psychiku

-pokles hladiny cukru v krvi způsobuje napětí, proto kromě hlavního jídla si dejte i v průběhu dne malé porce něčeho navíc..pokud máte ráda čokoládu, nebraňte se, dejte si kousek, nechte ji volně rozpustit v ústech, vyvolává to pocity euforie a to teď potřebujete

- napište dopis fiktivnímu adresátovi ve kterém vyjádříte, co vás trápí, uleví se vám

- usmějte se na sebe do zrcadla, začněte se nahlas smát, i když není čemu

3) Doporučení kontaktu s ženami, které mají děti stejného věku

Jestliže nemáte možnost být v kontaktu s dalšími ženami, které mají dítě přibližně stejného věku a máte přístup k internetu, využijte některý z mnoha přístupných diskuzních fór, kde můžete své pocity probrat s jinými ženami, v žádném případě to nebude ztráta času, uvidíte, že Vám to pomůže.

4) Kdy vyhledat odbornou pomoc?

Pokud Vám nic nedělá radost,máte pokleslou náladu v kuse déle než dva týdny nebo pociťujete neustálou úzkost bez zjevné příčiny, trpíte nespavostí nebo máte dokonce sebevražedné myšlenky nebo nutkání ublížit dítěti vyhledejte odbornou pomoc, nečekejte, že to přejde samo, v rukou odborníka se z toho dostanete lépe.

Příloha P IV: Návrh letáku pro těhotné ženy

psychika ženy v těhotenství



Těhotenství je jedinečné období. Nejprve možná nemůžete uvěřit skutečnosti a máte z toho rozporuplné pocity. Nestyd'te se za ně, je to úplně normální. Vyrůstá ve Vás nový človíček, těšíte se na něj, je ve Vašich představách jako ve snech. Z toho Vás přepadne úzkost, zda je s ním vše v pořádku. Ke konci těhotenství se může objevit i strach z porodu a z toho jak pak zvládnete péči o něj se spoustou nových povinností. To jsou myšlenky, které čas od času přepadávají každou těhotnou ženu, ale pozor, ať se Vás nezmocní příliš...

Jak být v pohodě?

- ❖ **Povídejte se o svých pocitech s blízkou osobou**
- ❖ **Svěřte se, pokud Vás přepadá neovladatelná úzkost**
- ❖ **Poslouchejte relaxační hudbu**
- ❖ **Chod'te ven mezi lidi**
- ❖ **Dopřejte si dostatek světla**
- ❖ **Navštěvujte kurz psychoprolaxe**
- ❖ **Věnujte se pravidelně dechovým cvičením**
- ❖ **Přečtete si některou z publikací určenou nastávajícím maminkám**

Příloha P V: Návrh letáku pro ženy po porodu

psychika ženy po porodu



Porod je za Vámi a nyní Vás čeká jedno z nejtěžších a nejkrásnějších období zároveň. Učíte se nové roli s novými zodpovědnostmi. Může Vás popadnout nostalgie z toho, že ztrácíte své nové já, ale neciňte se za to provinile. Tyto pocity jsou běžné. Střídá se u Vás nesmírná radost s období pláčivosti? Každá čerstvá maminka si tímto projde, některá to pocítuje více a některá méně. Ale jak to udělat, aby Vám vše nepřerostlo přes hlavu a vy jste se neutápěla v depresi? Nezapomínejte, že jen spokojená máma je tou nejlepší mámou, jakou svému dítěti můžete dát...

Několik rad:

- ❖ Nepotlačujte v sobě své pocity, popovídejte si o nich s blízkým člověkem
- ❖ Nesnažte se být dokonalá, každý může dělat chyby
- ❖ Neodmívejte pomoc od okolí a nebojte se o ni požádat
- ❖ Pokud se Vám chce plakat, tak si poplačte
- ❖ Udělejte si pravidelně čas jen sama na sebe
- ❖ Vyrazte ven mezi lidi
- ❖ Využijte relaxačních technik
- ❖ Zacvičte si pravidelně
- ❖ Snažte se vypadat dobře, nezanedbávejte se
- ❖ Obklopte se oranžovou barvou
- ❖ Vyzkoušejte aromaterapii např. grapefruit
- ❖ Dopřejte si dostatek světla
- ❖ Zazpívejte si
- ❖ Uvolněte se, zatančete si, poskočte si
- ❖ Usmějte se na sebe do zrcadla, bude Vám hned lépe
- ❖ Pokud nemáte v blízkosti ženu se stejně starým dítětem, zkuste navštívit některé z internetových diskuzních fór

Příloha P VI: Návrh letáku pro (budoucí) tatínky

Výzva pro (budoucí) tatínky



Nejdůležitější osobou v okolí těhotné ženy, jste právě Vy – její partner a (budoucí) otec Vašeho společného dítěte. Nezapomeňte na to, že těhotná žena je daleko vnímavější ke všem poznámkám, které o těhotenství vedou osoby z jejího okolí. Je i daleko citově labilnější. Potřebuje teď Vaší podporu a lásku, ještě daleko víc, než jindy. Snažte se vytvořit prostředí klidu a harmonie, aby Vaše partnerka netrpěla strachem a úzkostí. Pomůžete jí, když ji budete doprovázet i během porodu. V období šestinedělí Vaše role zdaleka nekončí, spíše naopak začíná. Teď bude Vaše partnerka potřebovat pomoci, protože ji čeká spousta nových povinností. Její psychika je nyní vrťkává, projeďte proto více pochopení. Spolu to vše hravě zvládnete...

- ❖ Obdivujte ji za to, co všechno dovede
- ❖ Ujist'ujte ji v tom, že je stále krásná a že ji milujete
- ❖ Nekritizujte ji
- ❖ Objímejte ji
- ❖ Vyjděte si spolu na procházku a poté spolu i s Vaším dítětem
- ❖ Uklidňujte ji
- ❖ Podporujte ji
- ❖ Povídejte si s ní o jejich pocitech
- ❖ Po porodu ji pravidelně dávejte prostor, kdy by měla čas jen sama pro sebe
- ❖ Pomáhejte jí pak s péčí o dítě a domácnost
- ❖ Nepodceňujte dlouhodobější pokles nálady partnerky
- ❖ Všimněte si neobvyklých změn v chování
- ❖ Pro větší pochopení partnerky si přečtěte některou z publikací určenou (budoucím) tatínkům

Příloha P VII: Anamnézy ženy s poporodní poruchou

Příklad: 27-letá žena po spont.porodu s poporodním paranoidně depresivním syndromem

OA: nebyla vážněji nemocná, neguje výskyt sledovaných onemocnění, v nemocnici hospitalizovaná s podezřením na slepé střevo, léčila se se štítnou žlázou

Alergie: srst psa a kočky

Dětství: konflikty v rodině, úzkostné pomočování při konfliktech mezi otcem a matkou, pamatuje si i to jak otec matku bil, že ji držel za vlasy a bil ji přes záda, bil ji za to, že nebyla doma, žárlil na ni a hodně. Dětem nikdy neublížil, staral se o ně, pracoval se dřevem, byl stolařem. V jejich pěti letech si vzal život, byl chorobně žárlivý, podezřívavý, agresivní, trpěl duševní nemocí, nechtěl se léčit, nepřipouštěl si, že je nemocný, jen seděl doma a přemýšlel, pak vyskočil na matku a vyčítal ji, že někde byla a něco dělala. Pak byla vychovávána jen matkou. Sestra otce se pokusila třikrát o sebevraždu, potřetí se jí to povedlo, neunesla, že se jí narodil syn s rozštěpem. Maminka, 49 let je zdravá. Bratr 25 let, zdravý.

GA: časté záněty, porod jeden

Škola: ZŠ, SOU technicko-administrativní pracovnice – známky jedničky, dvojky, max.trojky, problémy s chováním nebyly. Pak šla na SPŠ obor dřevařství(stejný obor vystudovala i matka), ukončeno maturitou, rok AJ v Praze

Práce: pět let v restauraci od doby ukončení studia

Sociální anamnéza: bydlí s matku a bratrem, vše v pořádku

Zájmy: má ráda keramiku, jinak není schopna nic dělat, jen leží

Povaha: pomáhá druhým lidem, snaží se pomoci, poradit jim, protože pracovala v té hospodě, kde si člověk vyslechne spousty příběhů

Abusus: kouřila, nyní ne, alkohol už nepila, ale v prvním měsíci pila hodně-dvakrát, pak ve třetím měsíci si dala asi dvě dcl, pak měla ještě jednou víno, asi dcl a pak ještě jednou asi dvě dcl, drogy-ve čtrnácti letech zkusila asi třikrát marihuanu, nic ji nebylo

Kriminalita: O

Střelná zbraň: O

Řidičský průkaz: skupiny B

Partnerské vztahy: první vztah trval šest let, s tímto mužem byla v Praze, konec proto, že tam byla nešťastná, necítila se tam dobře a zamilovala se do současného partnera(s kterým je pět let) a šla za ním, ten je ženatý, věk 39 let, narodilo se jim dítě.

S těhotenstvím to bylo tak, že když to vyjde, tak to vyjde a on se pak zachoval jinak, poslal ji na potrat, řekl jí, že jí nikdy neslíbil, že s ní bude

Psychiatrická anamnéza: od loňského roku docházela krátce do PA pro úzkostně-depresivní syndrom. Poté co otěhotněla, tak tam přestala docházet, AD vysadila, pak návštěva v lednu pro poruchy spánku a až nyní po porodu Potíže má asi rok a půl, protože pořád pracovala v hospodě, byla tam šest dní v týdnu a s těma lidma to bylo hrozné, byla vzteklá, říkala věci, co by neřekla. Pořád si myslí, že si o ni druzí lidé myslí něco špatného, ona něco řekne a pak si to sama pro sebe začne rozvádět. Stahuje se do ústraní, přestala chodit mezi lidi, má strach potkávat lidi, jejich pohledy, pořád na ní něco vidí. Začala i kamarádku obviňovat, že si myslí něco špatného, i matku obvinila. Bývá i hysterická, že jí lidé dávají najevo, že ví věci, o kterých mluvila jen s kamarádkou. Spí, ale slyší, jen napůl..

Přichází v doprovodu matky, klidná, podrobná, orientovaná všemi modalitami, odpovídá přiléhavě, bez latence, psm tempo přiměřené, řeč tichá, ladění pokleslé, tenzí, anxiozní, suicidní myšlenky připouští, dle matky též tendence k realizaci, poruchy vnímání neudává, senzitivní vztahovačnost, paranoidita vůči blízkým osobám, v.s. bludné přesvědčení o defektu plodu, sociální fobie, osobnost akcentovaná, závislá, lucidní, orientovaná, kontakt, navazuje, myšlení s paranoidně depresivními obsahy, naznačen dysmorfobický blud u syna, poruchy spánku, depresivní ladění, suicidní proklamace, zatím bez realizace, pozitivní RA- otec i jeho sestra suicidovali