

# **Specifika péče o ženu s psychickou poruchou v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí**

Natália Verešová

---

Bakalářská práce  
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd  
akademický rok: 2018/2019

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Natália Verešová**  
Osobní číslo: **H16396**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Specifika péče o ženu s psychickou poruchou v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.  
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti psychických poruch, těhotenství, porodu a šestinedělí.  
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.  
Realizace kvalitativního výzkumu technikou rozhovoru.  
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.  
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HALES, Robert E, Stuart C YUDOFKY a Laura Weiss ROBERTS, ed., The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2014. ISBN 978-1-58562-444-7.

OLEJÁROVÁ, Zora. Psychiatrie pro všeobecné sestry a porodní asistentky. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, 2017. ISBN 978-80-7561-047-8.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. Ošetřovatelství v psychiatrii. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.

ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠULOVÁ. Psychologie v perinatální péči. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

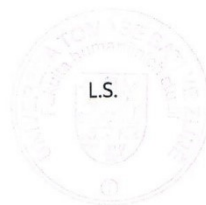
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
*děkanka*



Mgr. Jana Doleželová  
*ředitelka ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 10.5.2019

.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

*(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

*2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

*(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

*3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

*(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

*3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

*(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

*(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce se zabývá specifiky péče o psychicky nemocnou ženu v období těhotenství, porodu a šestinedělí. V teoretické části je popsán výskyt psychických poruch u těhotných, rodičích a žen po porodu, dále popis jednotlivých psychických onemocnění a poruch, léčba těchto poruch a komunikace s psychicky nemocnou ženou v konkrétních situacích. V praktické části jsou zpracována data z výzkumného šetření. Cílem tohoto šetření bylo zjistit znalosti porodních asistentek v oblasti péče o pacientky s psychickou či psychiatrickou poruchou, zjistit zdroje informací porodních asistentek v souvislosti s problematikou psychických poruch a jejich hodnocení znalostí v souvislosti se studiem oboru. Dále bylo zjišťováno, jaké nejčastější metody řešení problému porodní asistentky používají a které z těchto metod pokládají za nejúčinnější.

Klíčová slova: psychická porucha, těhotenství, porod, šestinedělí, komunikace, péče

## **ABSTRACT**

In this bachelor thesis its author focuses on the specifics of nurturing a mentally ill woman during her pregnancy, parturition and puerperium. The theoretical part describes the occurrence of mental disorders in pregnant women and those (after) giving birth, the individual mental illnesses and disorders, their treatment, and communication with a mentally ill woman in particular situations. In the practical part of the thesis the author processes the data output resulting from a research investigation. The aim of the investigation was to determine the sources of information in midwives relating to nurturing patients with mental disorders or illnesses, and the assessment of their expertise in correlation with the field of study. Furthermore, it has been researched which particular methods of solving problems related to mental health in such patients are seen by midwives as the most efficient ones.

Key words: mental disorder, pregnancy, birth, puerperium, communication, care

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji především vedoucí práce Mgr. Ludmile Reslerové, Ph.D., za odborné vedení mé práce, připomínky a cenné rady, za ochotu a podporu při zpracování této práce.

Také bych chtěla poděkovat všem respondentkám, za jejich spolupráci a ochotu sdílet své zkušenosti.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině a nejbližším přátelům za oporu a trpělivost, kterou mi poskytovali po celou dobu mého studia.

*Ctěte ženy, ony splétají a tkají nebeské růže do pozemského života.*

*- Friedrich Schiller -*

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 VÝSKYT DUŠEVNÍCH PORUCH U ŽEN V TĚHOTENSTVÍ A V ŠESTINEDĚLÍ</b> .....	<b>11</b>
1.1 TĚHOTENSTVÍ A POROD JAKO NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE .....	11
<b>2 PŘEHLED VYBRANÝCH PSYCHICKÝCH PORUCH</b> .....	<b>13</b>
2.1 SCHIZOFRENIE, SCHIZOTYPNÍ PORUCHY A PORUCHY S BLUDY .....	13
2.1.1 Schizofrenie.....	13
2.1.2 Ostatní schizotypní poruchy a poruchy s bludy .....	14
2.2 AFEKTIVNÍ PORUCHY .....	15
2.2.1 Mánie.....	15
2.2.2 Deprese.....	16
2.2.3 Bipolární afektivní porucha.....	17
2.3 NEUROTICKÉ PORUCHY, PORUCHY PODMÍNĚNÉ STRESEM, SOMATOFORNÍ PORUCHY.....	18
2.3.1 Panická porucha .....	18
2.3.2 Obsedantně-kompulzivní porucha .....	19
2.3.3 Posttraumatická stresová porucha .....	20
2.3.4 Generalizovaná úzkostná porucha.....	20
2.3.5 Sociální fobie .....	21
2.4 DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY SPOJENÉ S ŠESTINEDĚLÍM .....	21
2.4.1 Poporodní blues.....	22
2.4.2 Poporodní deprese .....	22
2.4.3 Poporodní psychóza .....	23
<b>3 LÉČBA PSYCHICKÝCH PORUCH V TĚHOTENSTVÍ A PŘI LAKTACI</b> .....	<b>25</b>
3.1 PSYCHOTERAPIE .....	25
3.1.1 Kognitivně behaviorální terapie .....	26
3.2 PSYCHOFARMAKOTERAPIE A KLASIFIKACE LÉČIV .....	26
3.2.1 Klasifikace léčiv - FDA .....	27
3.2.2 Antidepresiva .....	27
3.2.3 Antipsychotika .....	28
3.2.4 Anxiolytika a hypnotika .....	29
3.3 NEFARMAKOLOGICKÁ BIOLOGICKÁ LÉČBA .....	29
3.3.1 Elektrokonvulzivní terapie (EKT).....	29
<b>4 PÉČE A KOMUNIKACE U ŽEN S PSYCHICKOU PORUCHOU V TĚHOTENSTVÍ, PŘI PORODU A V ŠESTINEDĚLÍ</b> .....	<b>30</b>
4.1 KOMUNIKACE V KONKRÉTNÍCH SITUACÍCH .....	30
4.1.1 Přijetí do nemocnice.....	30
4.1.2 Průběh porodu .....	30



4.1.3	Poporodní období.....	30
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>32</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIE VÝZKUMU.....</b>	<b>33</b>
5.1	CÍL PRÁCE .....	33
5.2	METODA VÝZKUMU.....	33
5.3	VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	33
<b>6</b>	<b>PREZENTACE VÝSLEDKŮ .....</b>	<b>35</b>
<b>7</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>51</b>
7.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	52
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>53</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>55</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>57</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>58</b>

## ÚVOD

Těhotenství, porod a samotné mateřství jsou velkými mezníky v životě ženy. Žena se snaží přijmout roli matky, zároveň, chce být dobrou partnerkou. Chce žít plnohodnotný život, kde své místo bude mít dítě, manžel či partner i kariéra. V dnešní době, kdy jsou na nás kladeny společností vysoké nároky, se stává, že těhotná žena či matka má strach, že všechny své role nezvládne plnit. Může snadno propadnout úzkostem, depresím či jiným psychickým obtížím. Mnohdy jde o přechodný psychický stav, který bez většího zásahu vymizí. V opačném případě tento problém ženu doprovází nadále a je nutno ho řešit. Aktivní řešení psychických poruch a onemocnění rovněž vyžadují ženy, u kterých se tento problém projevil již před těhotenstvím, či porodem. I tyto ženy, u kterých bylo diagnostikováno psychické onemocnění, touží být matkami.

Práce s ženami, které mají psychickou poruchu, může být někdy složitější. Porodní asistentky by měly být připraveny komunikovat a starat se o takovou ženu, i když tyto situace vyžadují velkou trpělivost, ohleduplnost a vstřícnost.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 VÝSKYT DUŠEVNÍCH PORUCH U ŽEN V TĚHOTENSTVÍ A V ŠESTINEDĚLÍ

Psychické poruchy a onemocnění se mohou objevit před těhotenstvím, ale také v průběhu těhotenství. Často je těžké rozlišit, zda jde o poruchy nálad, které jsou „v normě“, nebo zdali se jedná o psychopatologii. Příznaky se nejčastěji objevují v průběhu gravidity, vzácně při porodu (Roztočil, 2017, s. 349).

Těhotenství je obdobím zvýšené psychické i fyzické zátěže. Obecně lze popsat, že s těhotenstvím dochází ke změnám emotivity, postojů a jednání. Pozorujeme větší vzrušivost, hádavost, výkyvy nálad nebo pocity úzkosti. Příčiny vzniku psychické nestability mohou být různé. U neurotických poruch jde především o psychosociální faktory. Těhotná žena má obavy ze ztráty společenského postavení, ze zhoršení ekonomické situace, obavy z komplikací těhotenství a porodu, a často také z odmítnutí ze strany partnera. Má také obavu, nebude schopna přijmout roli matky (Pařízek, 2012, s. 268).

Poporodní období je doprovázeno řadou neurohormonálních změn. Tyto změny jsou rizikové pro vznik psychických poruch, nebo znovunavrácení poruch již získaných. U těhotných žen i žen v šestinedělí se vyskytuje velká škála duševních poruch, které zahrnují poporodní blues, úzkost, poporodní depresi, ale i psychotická onemocnění (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 75).

U některých onemocnění naopak dochází ke zlepšení stavu, či vymizení příznaků. Jedná se zejména o obsedantně-kompulsivní poruchu a fobické úzkostné poruchy. Výskyt psychických poruch v těhotenství a v šestinedělí je ovlivněn ekonomickou úrovní země a také kulturou. Čísla prevalence se mohou lišit také podle autora (Pařízek, 2012, s. 268).

## 1.1 Těhotenství a porod jako náročná životní situace

Těhotenství a porod znamenají důležitý mezník v životě ženy. Pokud žena otěhotní chtěně, jde o šťastnou událost, která se často spojuje s vnitřním vyrovnáním. Ženy nejisté a úzkostné konečně nalézají smysl života a seberealizaci. V mnoha případech, ale bývá opak pravdou. V tomto období často dochází k zhoršení úzkostí a depresí a mnohdy ani odborníci této problematice nevěnují velkou pozornost. Úzkost a změny nálad nastávajících matek jsou mnohdy připisovány pouze nové sociální roli a životní změně (Hájek, 2014, s. 393).

Obavy, úzkosti, strach, pocity slabosti, únava, depersonalizace a ambivalentní vztah k dítěti potkávají až 90 % žen. Tyto příznaky považujeme za normální, ale při vyšším výskytu se může jednat o projevy úzkostné poruchy (Skutilová, 2016, s. 85).

Objevuje se také strach a to nejčastěji z komplikací těhotenství, strach z porodních bolestí, fobické vyhýbání se dítěti a mateřská separační úzkost. Další psychickou poruchou může být posttraumatická stresová porucha, kdy si nastávající matka v nynějším těhotenství promítá předešlý porod, který mohl být, ale také nemusel být komplikovaný. Významný vliv na vnímání a prožívání těhotenství má rodina (Hájek, 2014, s. 394).

V současné společnosti jsou uvolněné tradiční rodinné vazby. Těhotná žena má být výkonná a soběstačná. Žena se pře mezi vlastní svobodou, pracovní kariérou a péčováním o dítě. Dochází k pocitu osamělosti, k pocitu, že není uznána jako žena a matka. Tlak společnosti a boj se strachem o sebe a dítě v současné situaci může představovat impuls ke vzniku úzkostí a depresí (Skutilová, 2016, s. 86).

## 2 PŘEHLED VYBRANÝCH PSYCHICKÝCH PORUCH

### 2.1 Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy

Schizofrenie a schizotypní poruchy řadíme k nejzávažnějším duševním poruchám. Ovlivňují mnoho psychických funkcí současně. Často je žena v důsledku tohoto onemocnění vyřazena z produktivního života a následky mohou vést k invaliditě (Orel, 2016, s. 170).

#### 2.1.1 Schizofrenie

Schizofrenie je mnohotvárné onemocnění. Dochází ke změnám prožívání, chování a ke změnám postojů ke skutečnosti. Projevuje se v různých formách a s různými příznaky, které narušují vnímání, myšlení, emoce, motivaci i chování (Orel, 2016, s. 170).

Na vzniku schizofrenie se podílí zejména genetická dispozice, vlivy prostředí, stres nebo užívání toxických látek (Petr a Marková, 2014, s. 210).

Onemocnění obvykle vzniká v adolescenci nebo v dětství a průběh bývá buď chronický, nebo v relapsech. Projevuje se v atakách (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015 s. 224).

Neléčená schizofrenie v graviditě může mít negativní následky pro matku i plod. Těhotenství představuje riziko relapsu u již dříve diagnostikovaných žen s psychotickou poruchou. Avšak nejvíce rizikové je poporodní období (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 91).

Příznaky schizofrenie musí přetrvávat alespoň jeden měsíc, aby mohla být tato diagnóza stanovena. K hlavním symptomům patří poruchy vnímání, myšlení, poruchy emocí a chování. Poruchy vnímání se prezentují v podobě halucinací a to často jako halucinace sluchové. Nemocná buď slyší cizí hlasy, nebo vlastní myšlenky. Druhým typem jsou halucinace intrapsychické, kdy má žena pocit, že její myšlenky jsou odnímány, vkládány či vysílány. U poruch myšlení se objevují bludy. Žena se schizofrenií se často domnívá, že je někým kontrolována, sledována či ovlivňována (Orel, 2016, s. 171).

Bludy typicky souvisí s novorozencem a porodem. Žena si myslí, že je dítě postižené, mrtvé, nebo má sluchové halucinace, které jí přikazují, aby novorozenci ublížila (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 92).

V oblasti emocí pozorujeme emoční oploštělost, uzavření, nebo naopak manické projevy a vzrušenost. Ztráta zájmů, netečnost, nezájem o vlastní osobu i okolí, apatie, negativismus a stupor patří k projevům poruch chování (Orel 2016, s. 171).

To vše může mít za následek, že se matka nedokáže o dítě postarat, její chování je dezorganizované a dítě přímo či nepřímo ohrožuje na životě (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 92).

Forem schizofrenie je několik. Simplexní schizofrenie je spíš ojedinělá, zato závažná forma, projevující se změnami chování v oblasti postupného oploštění vztahů k světu a uzavření člověka do sebe sama. Převažují nekonkrétní neurotické obtíže, kterými jsou úzkost, hysterické projevy a tělesné stesky. K příznakům paranoidní schizofrenie patří bludy a sluchové halucinace. Hebefrenní schizofrenie se projevuje vrtkavostí, potrhlostí, nepřiměřeným chováním a reakcemi na situace. Chování doprovází manýry, strojená mluva, nápadné či odlišné oblékání. U katatonní schizofrenie pozorujeme zejména zhoršenou psychomotoriku. Může to být neklid, větší vzrušivost, či naopak nerovnoměrný útlum pohybu (Olejárová, 2017, s. 86).

### **2.1.2 Ostatní schizotypní poruchy a poruchy s bludy**

Do této kategorie řadíme akutní a přechodné psychotické poruchy, schizoafektivní poruchy, poruchy s bludy, schizotypní poruchy a jiné psychotické poruchy (Orel, 2016, s. 173).

Akutní a přechodné psychotické poruchy jsou obrazem velmi podobné schizofrenii, symptomy jsou však kratší než jeden měsíc. Zahrnují bludy, halucinace a velké emoční vzrušení. Vznikají na podkladě spouštěcího faktoru, kterým je často životní změna nebo velká zátěž. Například tuto poruchu může vyvolat trauma nebo porod. Průběh je rychlý, dramatický a v mnoha případech odezní bez rezidua (Orel, 2016, s. 173)

Společný výskyt afektivních poruch a schizofrenie označujeme jako schizoafektivní poruchy. Existují tři typy, a to typ depresivní, manický a smíšený. Průběh je kratší než u samostatné schizofrenie a příznaky spojují jak psychotické znaky, tak změny nálad. Tato duševní porucha odeznívá bez následků (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 230-232).

Pro poruchy s bludy jsou typické paranoidní a perzekuční bludy. Nemocná nevykazuje halucinace, ani emoční nerovnováhu. Je přesvědčena o své skutečnosti, je nedůvěřivá, její domněnky vycházejí z reálné situace. Blud mnohdy přenáší na blízkou osobu a vzniká blud žárlivecký, či erotomanský. K dalším typům řadíme vynálezecké bludy a také hypochondrický blud (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 237).

Schizotypní porucha je označována jako hraniční stav mezi poruchou osobnosti a schizofrenií. Průběh je kolísavý, připomínající spíše poruchu osobnosti, avšak může končit schizofrenií. Schizotypní poruchu doprovází obsedantní myšlenky, iluze, depersonalizační a derealistické zážitky, sluchové halucinace a výstřední chování (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 238).

Terapie schizofrenie v akutní fázi zahrnuje hospitalizaci, po odeznění relapsu se pacientka předává do ambulantní péče. Pokud se jedná o ženu, která již porodila, je sledován kontakt pacientky s dítětem, schopnost o něj pečovat. Schizofrenii je třeba léčit komplexně, psychosociálními a farmakologickými prostředky. Léčba je založena na psychoterapii, psychoedukaci, podávány jsou především antipsychotika a benzodiazepiny (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 92).

## 2.2 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy označujeme jako změny nálad nebo afektu a to buď snížením nálady (deprese), či zvýšením nálady (mánie). Pro tato onemocnění je typická periodicitu. Vyvolávajícím činitelem bývá zátěžová situace. Příčinami jsou biologické a psychosociální faktory. Biologickými faktory rozumíme změny biochemické, endokrinologické, imunitní, narušení biorytmů a změny v centrálním nervovém systému. Psychosociálními faktory mohou být například zátěžové životní situace, ztráta blízké osoby, nespokojení potřeb v dětství, ztráta zaměstnání, onemocnění, životní změny a traumata (Petr a Marková, 2014, s. 220).

### 2.2.1 Mánie

Mánie, manická fáze je charakteristická chorobně zvýšenou náladou, která bývá většinou nadměrně dobrá, plná velkého optimismu a euforie. Mánie vzniká bez vazby na vnější okolnosti. Tato afektivní porucha může být jak euforická, tak podrážděná (Orel, 2016, s. 177).

Hlavními znaky jsou zvýšená aktivita, motorický neklid, hovornost, snížená potřeba spánku až nespavost, špatná koncentrace a zvýšené utrácení peněz (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 239).

Manická fáze se v oblasti chování projevuje výstředností, přehnanou dobrosrdečností, vstřícností, a zvýšenou tendencí navazovat vztahy. Myšlení se zrychluje, řeč a projev jsou rychlé, hlasité a budí pozornost. Ztrácí se sociální zábrany, které se mohou projevit častým flirtováním, promiskuitním chováním a navazováním nových přátelství (Orel, 2016, s. 178).



Terapie mánie zahrnuje především psychofarmaka a to, antikonvulziva, antipsychotika, stabilizátory nálady v kombinaci s benzodiazepiny (Petr a Marková, 2014, s. 223).

### 2.2.2 Deprese

*„Deprese je závažná psychická porucha postihující až 10 % obyvatelstva. Depresivní porucha vzniká mezi 25. až 35. rokem života a vyznačuje se zejména patologicky pokleslou náladou, tedy především emočními příznaky.“* (Hájek, 2014, s. 394)

Depresivní porucha je definována jako období nejméně 2 týdnů s patologicky sníženou náladou, ztrátou zájmu, a obsahuje alespoň pět z následujících příznaků: změna chuti k jídlu nebo hmotnosti, nespavost nebo hypersomie, psychomotorické příznaky, jako je nepokoj, ztráta energie, snížená psychomotorika, pocit bezúhonnosti nebo viny, beznaděj, obtížnost soustředění nebo rozhodování (Depression during Pregnancy, 2015).

Deprese podle symptomů a průběhu lze rozdělit na formu mírnou, střední a těžkou. Depresivní syndrom mohou, ale i nemusí doprovázet somatické příznaky (Petr a Marková, 2014, s. 220).

Je velmi obtížné definovat a rozeznat symptomy neléčené prenatální deprese, úzkosti a stresu. Mnoho studií zkoumá tyto příznaky společně. Navíc stres může být jak podnětem, tak neočekávaným stresující životní změnou během těhotenství a reakcí na stresor, který zahrnuje úzkost a strach. U vyvíjejícího se plodu má serotonin roli jako růstový faktor pro své vlastní a příbuzné nervové systémy a jako modulující neurotransmitter. Při prenatálním stresu a depresi uvádějí studie změněnou fetální odpověď na vibroakustickou stimulaci, změnu variability plodu srdeční frekvence, změněnou motorickou aktivitu a změněnou reaktivitu a vývoj reakce na chování (Depression during Pregnancy, 2015).

Prenatální deprese a úzkost jsou spojeny se zvýšeným rizikem deprese po porodu. Ženy s vysokou úrovní depresivních příznaků v pozdním těhotenství mají větší pravděpodobnost, že toto onemocnění je bude doprovázet i v šestinedělí, ale také v průběhu dalších let. Deprese a úzkost během těhotenství jsou silně spojeny s nepříznivými vlivy na mateřskou péči. Aby se předešlo prenatální depresi a negativním zdravotním důsledkům pro matku a dítě, je důležité identifikovat rizikové faktory. Rizikové faktory jsou: nežádoucí životní události, stres, anamnéza duševních chorob, neplánované nebo nežádoucí těhotenství, komplikace těhotenství předešlá perinatální ztráta (Depression and anxiety during pregnancy: The influence of maternal characteristics, 2018).

Zásadním bodem pro léčbu deprese je včasné a správné rozpoznání příznaků. Nezbytnou součástí je psychoterapie, která může vyřešit lehkou formu deprese. Pro střední a těžké formy je důležité pravidelné užívání antidepresiv, která mohou být doplněna stabilizátory nálady. U těžkých forem, se přistupuje k elektrokonvulzivní terapii (Petr a Marková, 2014, s. 221).

### 2.2.3 Bipolární afektivní porucha

*„Bipolární afektivní porucha je onemocnění charakterizované opakovanými epizodami (fázemi) poruchy nálady, deprese nebo mánie.“* (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 89)

Vedle změn psychomotorického tempa, poruch spánku a dalších psychotických příznaků, můžeme u bipolární afektivní poruchy pozorovat manické a depresivní příznaky a s tím spojená dysforie, podrážděnost a rezonantní nálada (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 89).

Onemocnění se projevuje v epizodách, kdy dochází buď ke zvýšení nálady, vzrůstu energie a optimismu, nebo k snížení nálady a depresím. Délka a trvání epizod jsou individuální. Epizody hypománie či mánie obvykle předchází fázi deprese. Nejnápadnějším symptomem je proměnlivost nálad. Možnost relapsu mánie nebo deprese je při dlouhodobé udržovací terapii 73 %. Účinnost léčby a záchytu onemocnění ovlivňuje rozpoznání prodromální fáze (Petr a Marková, 2014, s. 226).

Výskyt těžkých duševních poruch v těhotenství byl zatím velmi málo studován. Americká epidemiologická studie nezaznamenala rozdíl ve výskytu bipolární poruchy (2,8 %) u těhotných žen a žen, které nejsou těhotné. V roce 2013 bylo zjištěno, že pouze u 8 % žen z 980 se projevilo zhoršení bipolární poruchy během těhotenství (Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period, 2014).

Šance na relaps onemocnění v těhotenství při vysazení stabilizátorů nálady je až dvounásobně zvýšená, než při kontinuálním užívání farmak. Dále tuto šanci zvyšuje samotné šestinedělí, kdy se mohou projevit především depresivní fáze. Narušení spánku a denního režimu v prvních měsících po porodu je rovněž rizikovým faktorem pro znovunavrácení onemocnění (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 89).

Profylaxe bipolární afektivní poruchy je založena především na farmakoterapii, kde se osvědčily zejména léky jako lithium, antiepileptika a stabilizátory nálady. Tato léčiva představují rizika v podobě teratogenních účinků a zvýšené pravděpodobnosti vrozených vývo-

jových vad. Nicméně pokud se léčba přeruší, je zde až dvounásobně zvýšená možnost relapsu. Důležité je dodržování terapie bez vysazení léčiv (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 90).

### 2.3 Neurotické poruchy, poruchy podmíněné stresem, somatoformní poruchy

Neurotické poruchy a poruchy podmíněné stresem, jsou poruchy psychiky a chování, které jsou charakteristické přítomností úzkosti. K těmto poruchám řadíme úzkostné poruchy, fobie, obsedantně-kompulsivní poruchu, neadekvátní reakce na stres a jiné (Petr a Marková, 2014, s. 227).

*Úzkost je prožívána jako subjektivně nepříjemný pocit ohrožení, obav či „bezejmenného strachu“ bez reálného nebezpečí. (Orel, 2016, s. 188)*

Úzkostné poruchy s pocity úzkosti a strachu mohou přetrvávat delší dobu nebo probíhají nárazovitě. Trvání úzkostných epizod je individuální, může trvat od několika minut až po týdny či měsíce. Také intenzita úzkostných projevů se liší. Může se projevovat jako mírný neklid, ale i jako panická ataka. Fyziologicky je úzkost přítomna jako součást prožívání a má ochranný účel. Pokud však míra úzkosti a strachu ovlivňuje kvalitu života, mluvíme o úzkostných poruchách. Tento stav je doprovázen řadou tělesných příznaků. Tachykardie, tachypnoe, zvýšená peristaltika, časté močení, třes, pocení a zrudnutí či blednutí jsou doprovázeny tímto emočním stavem (Orel, 2016, s. 189).

Údaje o míře prevalence deprese a úzkosti v průběhu těhotenství se značně liší. Obecně se míry prevalence úzkosti zdají být vyšší ve srovnání s mírou prevalence deprese. Míra prevalence úzkosti v těhotenství byla ve studiích ve velké míře srovnávána s depresí a to s prevalencí v rozmezí 0 – 36,3%. Některé studie pozorují zvýšení úzkosti, zatímco jiné uvádí pokles úzkosti v průběhu těhotenství. Rozdíly v míře prevalence mohou být vysvětleny heterogenitou mezi studii, například v důsledku rozdílů v sociodemografickém pozadí (Depression and anxiety during pregnancy: The influence of maternal characteristics, 2018).

#### 2.3.1 Panická porucha

Panická porucha, též známá jako záchvatovitá úzkost je charakteristická záchvaty, které jsou masivní, nezvladatelné a velmi silné. Tomuto stavu nepředchází žádné situace, které by panickou úzkost mohly spustit. Objevuje se náhle a nečekaně, záchvat paniky trvá minuty,

zpravidla odezní do 2 hodin. Vše je doprovázeno řadou somatických příznaků jakými jsou bušení srdce, tlak na hrudi, třes, bolest, dyspnoe, závratě, pocit ztráty kontroly, strach ze zešílení, infarktu, smrti (Orel, 2016, s. 191).

Fyziologické změny v graviditě mohou způsobovat příležitostnou tachykardii, pocení, závratě a nedostatečnost dechu. Pacientka s panickou úzkostnou poruchou však tyto tělesné příznaky vnímá katastroficky. Žena si promítá, že má infarkt, zemře, zešílí. Strach z návratu úzkostného záchvatu může vést k chování, které je vyhýbavé a pacientka může mít až projevy agorafobie. Během gravidity se průběh panické úzkostné poruchy může zlepšit i zhoršit (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 85).

### 2.3.2 Obsedantně-kompulzivní porucha

*„Obsedantně-kompulzivní porucha se běžně označuje zkratkou OCD (z anglického obsessive-compulsive disorder). Jejím typickým znakem jsou především nutkavé myšlenky – obsese, které se vtírají proti vůli dotyčného a obtěžují ho. Vznikající tíseň je utlumena různými formami nutkavého jednání – kompulzemi.“* (Orel, 2016, s. 192)

Obsedantní myšlenky neboli obsese, jsou impulzy, myšlenky, které se stereotypně opakují. Týkají se například kontaminace, ušpinění, symetrie, obav ze zanedbávání, nebezpečí. Obsese jsou velmi obtěžující. Kompulzemi rozumíme činy nebo jednání, které navazuje na obsese. Toto jednání je stereotypní. Může to být například opakované mytí a čištění, kontroly (Orel, 2016, s. 192).

*„Většina autorů se shoduje v tom, že těhotenství a doba po porodu představují riziková období pro počátek OCD nebo jsou spojeny s exacerbací symptomatiky. Zatímco prevalence OCD v graviditě (0,2 – 1,2 %) je nižší než v období po porodu (2,7 – 3,9 %), naopak přibližně 40 % OCD nově vzniklých v souvislosti s těhotenstvím začíná v graviditě a 30 % po porodu.“* (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 86)

Obsese u těhotných se týkají především zdraví dítěte, kdy má žena stále obavy o těhotenství a může se u ní rozvinout až heterogenní agrese. Toto chování se obvykle vyskytuje ve vztahu s poporodní depresí nebo psychózou. Ke zhoršení projevů dochází spíše v období šestinedělí a větší riziko OCD mají ženy s psychiatrickou poruchou, především s depresí (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 86).

### 2.3.3 Posttraumatická stresová porucha

*„Porucha vzniká jako zpožděná a protrahovaná odezva na stresovou událost nebo situaci, která trvala krátce nebo dlouze, má neobvykle hrozivý nebo katastrofický charakter a která by pravděpodobně u každého vyvolala tíseň.“* (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 255)

Tato duševní porucha se vyskytuje u žen, u kterých bylo předešlé těhotenství předčasně ukončeno, dítě nedonosily, porod byl komplikovaný, nadměrně bolestivý. Z vnějších faktorů poruchu může vyvolat i jiná situace, například havárie, tragédie v rodině a jiné (Hájek, 2014, s. 393).

Vedle porodnických patologií, nebo jiných traumat, jimiž mohlo dojít k posttraumatické stresové poruše, může být tato porucha způsobena i zdánlivě bezproblémovým porodem, potratem, či jinými bolestivými prožitky. Typicky se projevuje vzpomínkami na událost, takzvanými flashbaky, vyhýbáním se situacím, které trauma připomínají, ženy jsou emočně otupělé, úzkostné a depresivní. Traumatická a negativní zkušenost s porodem, či potratem může mít za následek vyhýbavé chování v oblasti sexuality, kdy se obávají další gravidity, graviditu odkládají a pozdějším projevem se stává tokofobie, tedy chorobný strach z porodu. Je známo, že ženy, které trpí posttraumatickou stresovou poruchou, častěji žádají o ukončení nechtěného těhotenství a vyžadují ukončení porodu císařským řezem. Rizikovým faktorem je psychiatrická anamnéza, zejména pokud jde o deprese a úzkostné poruchy. Vliv na vznik posttraumatické stresové poruchy má kvalita perinatální péče, přístup porodní asistentky a komunikace personálu s rodičkou (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 87).

### 2.3.4 Generalizovaná úzkostná porucha

Generalizovaná úzkostná porucha je charakteristická úzkostmi, které přetrvávají nepřetržitě, po dobu nejméně 6 měsíců, jsou doprovázeny úzkostnými obavami o budoucnost, třesem, vegetativními a somatickými potížemi (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 252).

Žena se zabývá stresujícími myšlenkami a starostmi. Patrná je nervozita, nervosvalové napětí, chvění, třes, bušení srdce, bolesti hlavy a závratě, nevolnost a další spíše somatické příznaky. Příznaky narušují každodenní život, zhoršují soustředěnost, výkon a spánek. Generalizovaná úzkostná porucha je stavem, kdy úzkost prakticky přetrvává a nelze se jí zbavit (Orel, 2016, s. 191).

V těhotenství se generalizovaná úzkostná porucha projevuje v epizodách, kdy má žena obavy o průběh těhotenství a porodu, plod, obává se budoucnosti v mnoha oblastech (zaměstnání, partnerský život). Epizody úzkosti jsou různě silné, avšak anxiety přetrvává celý den a doprovází ji podráždění, neschopnost si odpočinout, poruchy koncentrace. Žena s touto úzkostnou poruchou si neustále něco vyčítá a naříká (Hájek, 2014, s. 393).

Projevy generalizované panické úzkosti je těžké odlišit od úzkosti, která je v těhotenství a poporodním období běžná. Patologická úzkost narušuje každodenní život, zasahuje do mnoha oblastí života a nemá jasný spouštěč. Úzkostné příznaky mají častěji ženy, které již psychiatrickou anamnézu mají, nebo je přítomna v rodinné anamnéze. Současně ženy s nízkým socioekonomickým statusem, jsou více náchylné na úzkostné projevy (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 87).

### 2.3.5 Sociální fobie

Sociální fobie je forma úzkosti, kdy úzkost vyvolávají sociální situace, například veřejné vystupování, jezení na veřejnosti, setkání se s opačným pohlavím, v některých případech i telefonování. Tyto obavy směřují k vyhýbavému chování, které se může stát až izolací. V případě těhotných a žen v poporodním období je toto chování způsobeno únavou z péče o novorozence a rovněž má žena pocit ztráty přitažlivosti. Tento typ úzkostné poruchy není velmi častý, jedná se o 0,2 – 6,5 % žen zejména v období šestinedělí (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 88).

Léčba úzkostných poruch je zaměřena na psychoterapii, zejména na kognitivně-behaviorální terapii. Dále se podávají psychofarmaka a to především antidepressiva s anxiolytickým účinkem a benzodiazepiny (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 88).

## 2.4 Duševní poruchy a poruchy spojené s šestinedělím

*„Porod je značná fyziologická zátěž, dochází ke ztrátě krve, k vyčerpání, bolestem. To se může projevit i v psychickém stavu ženy.“* (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 277)

Psychické poruchy spojené s šestinedělím jsou poruchy různého typu (psychotické, afektivní, neurotické), které se projevují pouze v poporodním období a poté vymizí. Existují časné poruchy, jako amenní syndrom, který vzniká těsně po porodu a jde spíše o stav zmatenosti, dezorientaci, úzkost (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 277).

Tato porucha vznikne a odezní často ještě během pobytu v nemocnici. Někdy může být porod spouštěčem psychických poruch, jakými jsou schizofrenie, v tomto případě poporodní psychóza. Ostatní psychické poruchy vznikají až později v šestinedělí a k těmto poruchám patří zejména deprese a anxiózní stavy. Nejméně častými jsou psychotické poruchy a paranoia, a poruchy kdy se objevují suicidální sklony nebo sklony k ublížení dítěti. (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 277).

#### **2.4.1 Poporodní blues**

Poporodní blues je velmi častá psychická porucha, kterou trpí až 80 % žen po porodu. Jedná se o krátké období, kdy je žena depresivní a vyčerpaná. Příčinou je prudká změna hladin hormonů. Symptomy jsou: plačtivost, úzkost, labilita, strach, nejistota a podrážděnost. Vzniká mezi 3. a 4. dnem po porodu, vrcholí 5. až 7. den. Poporodní blues se neléčí, obvykle ustupuje do dvou týdnů po porodu (Hájek, 2014, s. 396).

#### **2.4.2 Poporodní deprese**

Depresivní psychická porucha patří k nejvíce častým poruchám v období šestinedělí. Výskyt činí 10-19 %. U poporodní deprese může jít o znovunavrácení již preexistující deprese, nebo o počátek nové poruchy. Počátky se mohou projevit poporodním blues, ale výjimkou není ani deprese těžká s psychotickými symptomy. Rizikovou ženou je ta, která má psychiatrickou anamnézu. Rovněž se uvádí, že depresivní epizodou v poporodním období trpí více ženy, které nemají prosperující partnerský vztah, jejich těhotenství bylo neplánované, byly oběťmi sexuálního násilí, nebo mají nižší socioekonomický status (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 75).

Rozdíl mezi poporodní blues a depresí je v délce trvání, kdy poporodní deprese přetrvává déle než 14 dní a má následující symptomy: beznaděj, strach ze samoty, pocity selhání, obavy z budoucnosti, nerozhodnost, ztráta zájmu a radosti, nechutenství či zvýšená chuť k jídlu. Žena s poporodní depresí má pocit, že se o dítě nedokáže postarat, pečovat o něj. Je velmi plačtivá, podrážděná, mohou se projevit i fobické symptomy. Deprese se může manifestovat od lehké až po těžkou formu. Výskyt této poporodní psychické poruchy je v prvním a druhém týdnu po porodu, ale může přetrvávat i rok po porodu (Hájek, 2014, s. 396).

Příčiny poporodní deprese jsou somatické (poruchy štítné žlázy, změna hladin hormonů po porodu) a psychické. K psychickým příčinám patří zejména již dříve diagnostikované psy-

chické poruchy jako bipolární porucha, úzkostné poruchy a další. U žen s těžší formou poporodní deprese se mohou dostavovat depresivní bludy. Obsahem bludů je nejčastěji pocit viny, vlastního selhání v roli matky. Tyto matky mají také vyšší prevalenci infanticidních myšlenek, tedy myšlenek zabití vlastního dítěte. Toto chování je nebezpečné pokud má žena současně i psychotickou poruchu a sklony k sebevraždě. V tomto případě je nutná hospitalizace a včasná akutní intervence (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 76).

Léčba poporodní deprese je složena především z psychoterapie a farmakoterapie antidepresivy. Farmakoterapie musí být vždy prokonzultována a musí být zvážena rizika ve vztahu ke kojení. Expozice antidepresiv v mateřském mléce je sice menší, než při přechodu přes placentu, je však nutno zhodnotit rizika pro kojence, případně přerušit laktaci. Kompromisem může být odsávání mateřského mléka v době, kdy hladina léčiv je v krvi matky nejmenší (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 79 – 80).

### 2.4.3 Poporodní psychóza

Poporodní psychóza je vážné duševní onemocnění, které je charakteristické přítomností psychotických symptomů. Jsou to poruchy vnímání (halucinace, iluze), poruchy myšlení (bludy a dezorganizované myšlení) a poruchy emotivity a chování. Poporodní psychóza není samostatným onemocněním, ale syndromem, který se manifestuje v této akutní psychotické podobě. Poporodní psychóza nasedá na primární psychiatrické onemocnění, kterým je nejčastěji schizofrenie, nebo může být prvním projevem nového psychotického onemocnění. Výskyt je malý (0,1-0,2 %). U žen, které byly již dříve hospitalizovány s psychiatrickou diagnózou, je výskyt psychózy v poporodním období až 10 %. Nejčastěji se jedná zejména o bipolární afektivní poruchu a schizofrenii. U žen, které v anamnéze nemají psychické onemocnění, je diagnostika poporodní psychózy těžší a rozhoduje především další průběh onemocnění (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 96).

Rozvoj poporodní psychózy může být způsoben vysazením medikace, náhlým poklesem estrogenů v období po porodu, změnami hladin hormonů například u dysfunkce štítné žlázy. Epizoda psychózy se objevuje v prvních dnech po porodu a během prvního měsíce riziko stoupá. Počátek a manifestace onemocnění může být akutní, s proměnlivým klinickým obrazem. Typické příznaky jsou: mánie, emoční nevyrovnanost a labilita, neklid, podrážděnost, zmatenost, paranoidní bludy, halucinace, bizarní chování, katatonie až stupor. Tato duševní porucha může vést až k neschopnosti matky starat se o novorozence. Matka s poporodní psychózou trpí bludy a může dítě ohrozit na životě. Jedná se o závažný psychický stav, který



vyžaduje hospitalizaci na psychiatrickém oddělení (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 97).

Pro terapii poporodní psychózy jsou nezbytná především režimová opatření, včasná intervence a hospitalizace pacientky. Vhodné je sledování ženy i v průběhu celého poporodního období. Vhodné je co nejdříve zahájit léčbu antipsychotiky, benzodiazepiny, případně elektrokonvulzivní terapií (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 97).

### 3 LÉČBA PSYCHICKÝCH PORUCH V TĚHOTENSTVÍ A PŘI LAKTACI

Ideálním příkladem léčby je spolupráce gynekologa s psychiatrem. Nutnost psychiatrického konzilia je vždy u psychóz, relapsu bipolární poruchy, schizofrenie a u stavů, které ohrožují matku i novorozence. Prvotním cílem léčby je zajištění bezpečí ženy a novorozence. Podpůrnou psychoterapii by měla být schopna poskytnout porodní asistentka. Specializovanou psychoterapii a intervence však poskytuje vyškolený psychoterapeut. Pokud je nutná farmakoterapie či jiné metody léčby, je nutno se obrátit na psychiatra (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 99).

#### 3.1 Psychoterapie

Psychoterapie zahrnuje léčbu, profylaxi a rehabilitaci při psychických poruchách a aplikuje se psychologickými prostředky. Lze ji považovat za metodu podpůrnou. Jedná se o druh psychologické intervence (Petr a Marková, 2014, s. 116).

K prostředkům psychoterapie patří především komunikace a terapeutický vztah. Tento vztah je velmi důvěrný a poskytuje naději na změnu k lepšímu. Komunikace v psychoterapii je realizována formou rozhovoru. Důležitou složkou je však i neverbální komunikace (Petr a Marková, 2014, s. 116).

Rozhovor je hlavním prostředkem komunikace v psychoterapii. Cíl rozhovoru směřuje k rozvíjení důvěry pacientky a touto formou se vytváří vztah. Pro docílení kvalitního rozhovoru je třeba zvolit vhodný čas, místo a zajistit, aby rozhovor nebyl přerušován (Petr a Marková, 2014, s. 117).

Existují různé psychoterapeutické metody a směry, které mají svá teoretická východiska, terminologii, metody, ale velká část z nich se překrývá. Elektická psychoterapie je metodou kdy kombinujeme různé techniky a směry a to podle problému, který s klientkou řešíme. Integrativní psychoterapie je metodou, kdy se snažíme vše utřídit do jedné teorie. Průběh a výsledek psychoterapie je ovlivněn mnoha faktory. Psychoterapie musí mít vždy svůj cíl a svou formu. Psychoterapeut se může zaměřovat na symptomy, nebo na příčiny. Důležitou roli hraje také podpora klientky. Styl psychoterapie může být direktivní nebo nedirektivní. Psychoterapie je prováděna nejčastěji formou individuální nebo formou skupinovou (Orel, 2016, s. 292).

Těhotné ženy čím dál více ustupují od běžné léčby duševního zdraví. S rostoucími důkazy, které naznačují, že antidepresiva mohou nepříznivě ovlivnit zdraví plodu, ženy v graviditě se vyhýbají antidepresivní léčbě. Míra přijatelnosti antidepresiv je během těhotenství pouze mezi 10 – 20 %. Psychoterapie, hlavní nefarmakologická léčba užívaná nejvíce pro léčbu deprese, je v těhotenství velmi dobře přijímána. Kognitivně behaviorální terapie se projevuje zlepšením symptomů deprese a lepší poporodní adaptací novorozenců (Computer-Assisted Cognitive Behavioral Therapy for Pregnant Women with Major Depressive Disorder, 2014).

### 3.1.1 Kognitivně behaviorální terapie

V dnešní době existuje mnoho psychoterapeutických směrů, přesto nejvíce užívaným a nejefektivnějším přístupem je kognitivně-behaviorální terapie. Tato terapie patří k relativně novým technikám psychoterapie. Je krátkodobá, vyžaduje aktivní spolupráci a zaměřuje se na konkrétní problémy s cíli. Posiluje samostatnost klientky. Nejdříve je důležitá diagnostika způsobů myšlení a chování a poté následují strukturované úkoly a postupy, které vedou ke změnám myšlení a chování (Orel, 2016, s. 293).

## 3.2 Psychofarmakoterapie a klasifikace léčiv

Pokud je zvolena farmakoterapie v léčbě duševních poruch a to v období gravidity a při laktaci, musí být zváženo několik faktorů. Důležitost hraje závažnost onemocnění, výskyt sebevražedných sklonů, sebepoškozující jednání, riziko, které vyplývá z onemocnění matky pro plod a období těhotenství. Většina psychofarmak přestupuje z matčiny krve do mateřského mléka, proto se doporučuje zástava laktace. Pokud žena kojit chce, je důležité ji seznámit s riziky pro novorozence. Mělo by se volit léčivo, jehož terapeutická dávka je co nejmenší. Rizika pro plod a novorozence při farmakoterapii mohou být: úmrtí plodu, kongenitální malformace, prematurita, neonatální toxicita, abstinenční příznaky, zhoršená poporodní adaptace, celkový útlum, opožděný vývoj centrálního nervového systému a útlum dechu (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 540).

### 3.2.1 Klasifikace léčiv - FDA

Dle klasifikace léčiv (FDA) vypracované ve Spojených státech, jsou léčiva rozdělena do následujících tříd:

*„A – Adekvátní, kontrolované studie u těhotných žen neprokázaly riziko léků pro plod a možnost poškození plodu se jeví jako zanedbatelné.*

*B – Studie na zvířatech neprokázaly riziko léků pro plod a kontrolované studie u těhotných žen nebyly provedeny; nebo studie na zvířatech prokázaly nežádoucí účinek na plod, ale dobře kontrolované studie u těhotných žen žádné riziko pro plod neprokázaly.*

*C – Studie prokázaly, že lék má teratogenní nebo embryocidní účinky u zvířat, ale nebyly provedeny žádné kontrolované studie u žen; nebo nejsou dostupné studie u zvířat ani žen*

*D – Existují pozitivní doklady rizika pro lidský plod, ale z důvodu prospěšnosti za určitých situací může být použití léku přijatelné navzdory rizikům, která jsou s ním spojená.*

*X – Studie u zvířat nebo lidí prokázaly fetální abnormality; nebo existuje zkušenostmi podložený důkaz o riziku pro plod, nebo obojí a riziko jednoznačně nad možným prospěchem.“*  
(Vachek, 2013, s. 25)

### 3.2.2 Antidepresiva

Při léčbě depresivních poruch bývají vedle jiných terapeutických možností preferována právě antidepresiva. Většina antidepresiv nepředstavuje embryotoxický efekt. Jsou indikována jak při depresivní poruše, tak při neurotických poruchách a také u obsedantně-kompulsivní poruchy (Vachek, 2013, s. 142).

Existuje několik skupin antidepresiv:

1. Tricyklická a tetracyklická antidepresiva – Tato antidepresiva jsou starší, dnes se užívají méně a to v důsledku mnoha vedlejších účinků (poruchy srdce, náhlá srdeční smrt). Zástupci jsou: Amitriptylin, Clomipralin, Nortriptylin a Trazodon
2. Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu – Antidepresiva známá pod zkratkou SSRI, která aktuálně patří k nejužívanějším antidepresivům. Nejčastěji jsou předepisovány pro depresivní i úzkostné poruchy, ale také při poruchách příjmu potravy. Jde o velmi dobře tolerovaná farmaka. Vedlejšími účinky mohou být: suicidální sklony, krvácivost, srdeční arytmie. U novorozenců mohou způsobovat poruchy poporodní adaptace a to nejčastěji třes,

křeče a neklid. Zástupci jsou: Citalopram, Escitalopram, Sertralin, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin

3. Inhibitory monoaminoxidázy – Antidepressiva užívaná při depresivní poruše a sociální fobii. Dnes je dostupný pouze Moclobemid.

4. Antidepressiva s inovativním mechanismem účinku – Tato antidepressiva jsou běžně užívána stejně, jako antidepressiva SSRI, u některých je nežádoucím účinkem zvýšení krevního tlaku v graviditě, nebo špatná poporodní adaptace novorozence. Zástupci jsou: Venlafaxin, Duloxetin, Mirtazapin, Bupropion. (Vachek, 2013, s. 143 – 149).

### 3.2.3 Antipsychotika

Antipsychotika jsou nejčastěji užívaná u psychotických poruch, ale také u depresivní poruchy. Dnes se podávají spíše nová antipsychotika, která nemají tak velkou škálu vedlejších účinků. Dříve byla léčba antipsychotiky doprovázena nevolností, zvracením, kinetózou a dalšími vedlejšími účinky, které zahrnovaly také zhoršení fertility. Dnes se užívají atypická, či jinak moderní antipsychotika, která jsou tolerována dobře a většinu těchto preparátů lze užívat i v graviditě (Vachek, 2013, s. 153).

Starší antipsychotika, dnes už užívána spíše zřídka, spíše u starších pacientů. Jsou sice levnější než moderní antipsychotika, jejich užívání má však řadu nežádoucích účinků v podobě alergických reakcí, zvracení a jiných. Nejznámějšími zástupci jsou Chlorpromazin, Chlorprothixen, Levopromazin a Haloperidol (Vachek, 2013, s. 153 - 156).

Moderní antipsychotika jsou užívána posledních 30 let, také známá pod názvem antipsychotika II. – III. generace. Tato antipsychotika mají méně nežádoucích účinků a méně sedativních účinků, což se skvěle uplatňuje v léčbě schizofrenie (emoční oploštělost) a u těžších depresivních stavů. Nevýhodou u některých léčiv je diabetogenní účinek. Moderní antipsychotika jsou bezpečnější volbou než antipsychotika starší. V těhotenství je vhodné preparáty volit opatrně a zaměřit se na farmaka, se kterými je větší zkušenost (Vachek, 2013 s. 156 - 158).

V případě rizikové těhotné pacientky, která léčiva řádně neužívá a vykazuje psychotické příznaky jako halucinace a bludy, je vhodné tuto ženu před porodem hospitalizovat. Je nutné navýšit dávku antipsychotik a zastavit laktaci. U těchto žen je totiž velice pravděpodobné, že by mohl porod spustit psychotickou ataku. Nejvíce užívaná farmaka jsou: Risperidon, Clozapin, Olanzapin a Quetiapin (Vachek, 2013, s. 158).

### 3.2.4 Anxiolytika a hypnotika

Tato léčiva se užívají u úzkostných a neurotických poruch, ale také v počátcích léčby deprese. Nejčastěji jde o benzodiazepiny. Dnes jsou tato léčiva v těhotenství bezpečná. V souvislosti s užíváním benzodiazepinů nebyl prokázán zvýšený výskyt rozštěpových vad ani jiné teratogenní účinky. I přes bezpečnost těchto farmak se doporučuje co nejkratší užívání v co nejnižších dávkách. Novorozenci, jejichž matky dlouhodobě benzodiazepiny užívaly, mají zhoršenou poporodní adaptaci, kterou zároveň doprovází odvykací stav. Tento stav se projevuje nervosvalovou dráždivostí, tremorem a hypotonií. Vedle benzodiazepinů se užívají i nebenzodiazepinová psychofarmaka, však v menší míře. Tato farmaka mají nižší anxiolytický efekt, ale výhodou je menší riziko vzniku lékové závislosti. Nejčastěji užívaná benzodiazepinová anxiolytika jsou: Diazepam, Alprazolam, Bromazepam. Mezi nebenzodiazepinová anxiolytika patří Buspiron a Hydroxyzin (Vachek, 2013, s. 160 - 162).

## 3.3 Nefarmakologická biologická léčba

### 3.3.1 Elektrokonvulzivní terapie (EKT)

Elektrokonvulzivní terapie také známá jako „elektrošoková terapie“ je stále užívaná forma psychiatrické léčby a je řazena k nejbezpečnějším a nejefektivnějším metodám léčby v současné psychiatrii. Užívá se při závažných stavech a při nedostatečnosti farmakoterapie. Indikace je u těžkých depresivních stavů, manických poruch a schizofrenií (Orel, 2016, s. 282).

U pacientek se závažnými psychickými poruchami v období těhotenství je stále velká pravděpodobnost rezistence na určité léky, extrémně vysoké sebevražedné riziko, s psychotickými příznaky a vše doprovázeno somatickými příznaky. Mezinárodní směrnice EKT nemají jasná prohlášení o tom, že těhotenství je kontraindikací. Volba terapie EKT během těhotenství není neobvyklá. EKT představuje terapii pozitivní odezvou u těhotných žen spolu s velmi nízkým počtem fetálních nebo novorozeneckých abnormalit (Leiknes et al., 2015).

## 4 PÉČE A KOMUNIKACE U ŽEN S PSYCHICKOU PORUCHOU V TĚHOTENSTVÍ, PŘI PORODU A V ŠESTINEDĚLÍ

### 4.1 Komunikace v konkrétních situacích

#### 4.1.1 Přijetí do nemocnice

V první řadě je důležité se představit, podat ruku, sdělit rodičce své kompetence a poskytnout informace o chodu porodních sálů, kdy bude převzata do péče jiné porodní asistentky v další službě. Vhodné je ukázat kde se nachází porodní box, toalety, sprchy, kde je signalizační zařízení a jiné organizační záležitosti. Porodní asistentka by se měla zeptat na to, jaké má žena preference při porodu a toto vzít v potaz ve vedení porodu. Rodička by měla být seznámena s tím, že se jí budou provádět určité intervence (klyzma, analgetika) a také by měla být seznámena s důvody těchto výkonů, případně s riziky, pokud některé intervence odmítá (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 32).

#### 4.1.2 Průběh porodu

Vhodná je průběžná informovanost rodičky o současné situaci porodu. Současně by měla být seznámena s vyšetřeními, které se jí budou provádět (např. odběr krve). V případě komplikací je potřebné rodičce šetrně vysvětlit co se děje a co bude následovat. Žena by měla být během porodu povzbuzována a chválena. Měly bychom se vyhýbat kritizování a neasertivnímu chování. Pokud má rodička silné bolesti je žádoucí vyjádřit verbálně i neverbálně podporu a případnou pomoc. Není vhodné zahlcovat rodičku nepotřebnými a neúplnými informacemi, zejména informacemi, které nejsou pravdivé. Při porodu je důležitá komunikace výstižná se zřetelem na psychický stav ženy (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 33).

#### 4.1.3 Poporodní období

Matka by měla strávit poporodní období nerušeně s novorozencem. Měla by být informována o dalším průběhu pobytu v porodnici a také by měla být seznámena s chodem oddělení, s tím, kde najde novorozenecké sestry nebo porodní asistentky. Měl by jí být vysvětlen harmonogram oddělení, kdy bývá dětská vizita a ženská vizita. Současně by měla být edukována v péči o sebe sama a v péči o novorozence. Dále by měla mít informace ohledně výkonů, které se budou provádět jí nebo jejímu dítěti (screeningové vyšetření, odběr z paty,

ultrazvuk kyčlí). Žena by měla být seznámena s jakoukoli manipulací s novorozencem, pokud například bereme dítě na novorozenecký pokoj, kde se bude provádět výkon. Péče porodní asistentky také spočívá v edukaci ohledně laktace, kdy porodní asistentka ženu učí kojit, nebo v případě nezdaru ženě vysvětlí možnost dokrmů. Komunikace s ženou v šestinedělí by měla být velmi citlivá a to v důsledku psychické a emoční lability v tomto období. Důležitá je neverbální komunikace, ale i tón hlasu a způsob jakým na ženu hovoříme. Matkám, u kterých pozorujeme větší známky úzkosti nebo smutku, je důležité věnovat větší pozornost a projevit podporu (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 33 - 34).



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce, jsou uvedeny výsledky výzkumu zaměřené na názory a zkušenosti porodních asistentek, které měly zkušenost s péčí o těhotné, rodící či ženy po porodu, s psychickou poruchou. Realizace tohoto výzkumu je popsána v následující podkapitole.

### 5.1 Cíl práce

V bakalářské práci byl stanoven jeden hlavní cíl a dva podcíle.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit znalosti porodních asistentek v oblasti péče o pacientky s psychickou či psychiatrickou poruchou. Prvním podcílem výzkumného šetření bylo zjistit zdroje informací porodních asistentek v souvislosti s problematikou psychických poruch a jejich hodnocení znalostí v souvislosti se studiem oboru. Druhým podcílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké nejčastější metody řešení problému porodní asistentky používají a které z těchto metod se jim nejvíce osvědčily.

### 5.2 Metoda výzkumu

K realizaci výzkumu byla použita metoda kvalitativní, která byla provedena formou dotazování. Pro techniku sběru dat byl vybrán polostrukturovaný rozhovor (Hendl, 2008, s. 42). Před začátkem sběru dat byl vyžádán písemný souhlas s realizací výzkumného šetření a sběru dat, a to v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Zde se uskutečnila většina rozhovorů. Uskutečnilo se 6 rozhovorů, které proběhly buď ve formě setkání, nebo v elektronické podobě. Největší část respondentek tvořily porodní asistentky pracující na porodním sále, dále porodní asistentky pracující na šestinedělí a také respondentky, které momentálně nepracují, ale mají za sebou dlouholetou praxi v oboru. Realizace výzkumu proběhla v období od konce dubna do začátku května 2019. Data, která byla získána, byla následně analyzována a zpracována do tabulek, které jsou uvedeny v další kapitole.

### 5.3 Výzkumný soubor

Pro výzkumné šetření byl zvolen účelový výběr výzkumného vzorku. K výzkumnému šetření byla použita data porodních asistentek Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Respondentkami byly porodní asistentky z porodního sálu, šestinedělí a porodní asistentky,

které mají v tomto oboru dlouholetou praxi. Respondentky byly rovněž obeznámeny s účelem rozhovoru a s tím, že bude zachována jejich anonymita.

## 6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

### Položka 1: Výskyt psychických poruch z pohledu porodních asistentek

*Setkáváte se s ženami, které trpí psychickou poruchou často? Myslíte si, že žen s psychickými poruchami přibývá?*

Výskyt psychických poruch z pohledu porodních asistentek	
PA1	<i>Ženy v průběhu těhotenství a v průběhu porodního období podléhají pod vlivem hormonálních změn probíhajících v jejich organismu někdy zcela neracionálním psychickým reakcím. Nemyslím si, že by přibývalo závažných psychických poruch u žen v souvislosti s mateřstvím, ale zcela určitě přicházíme stále častěji do kontaktu s ženami, které nejsou schopné akceptovat fakt, že součástí porodu jsou kontrakce – porodní bolesti - a reagují zcela nepřiměřeně při fyziologických procesech.</i>
PA2	<i>Ano. Stává se, že některé ženy, které jsou po porodu, mají popsány psychické problémy už v anamnéze. Myslím si, že přibývá. Dřív toho tolik nebylo.</i>
PA3	<i>No, na to jak jsem v praxi už docela dlouho, tak musím říct, že moc ne. Pár žen jsem samozřejmě do péče dostala, ale беру to spíš jako nevšední záležitost. Řekla bych, že asi přibývá. Na všechny lidi jsou pořád kladeny větší nároky, mě přijde a to si myslím, že s tím souvisí.</i>
PA4	<i>Není to příliš časté, ale občas se taková žena vyskytne. Nemyslím si, že žen s psychickými potížemi přibývá. Spíše se ženy už tolik nestydí tyto problémy řešit.</i>
PA5	<i>Občas se dostanu do kontaktu s takovou ženou. Ano, myslím si, že čím dál více takových žen přibývá.</i>
PA6	<i>Ano, setkávám. Ano, myslím si, že žen s psychickými poruchami přibývá.</i>

zdroj: vlastní

### Analýza a interpretace položky

Odpovědi porodních asistentek uvádí, že se s ženami s psychickou poruchou setkávají. Porodní asistentka č. 1 uvádí, že psychické potíže souvisí obecně s těhotenstvím a hormonálními změnami, které graviditu provází. Porodní asistentka č. 3 uvedla: „*No, na to jak jsem v praxi už docela dlouho, tak musím říct, že moc ne. Pár žen jsem samozřejmě do péče dostala, ale беру to spíš jako nevšední záležitost.*“ Porodní asistentky č. 4 a 5 zase uvádí, že se

s takovými ženami setkávají spíše sporadicky. Odpovědi na otázku, zda si myslí, že psychických poruch přibývá, byla u většiny porodních asistentek podobná. Tři porodní asistentky uvádí, že psychickým poruch přibývá. Porodní asistentky č. 1 a 4 jsou jiného názoru. Porodní asistentka č. 1 uvádí: „Nemyslím si, že by přibývalo závažných psychických poruch u žen v souvislosti s mateřstvím, ale zcela určitě přicházíme stále častěji do kontaktu s ženami, které nejsou schopné akceptovat fakt, že součástí porodu jsou kontrakce – porodní bolesti - a reagují zcela nepřiměřeně při fyziologických procesech.“ Porodní asistentka č. 4 zase uvádí, že žen s psychickými poruchami nepřibývá, pouze ženy řeší svoje problémy a nestydí se za ně. Cituji: „Nemyslím si, že žen s psychickými potížemi přibývá. Spíše se ženy už tolik nestydí tyto problémy řešit.“

## **Položka 2: Nejčastější psychické poruchy těhotných, rodičích žen a žen po porodu**

*O jaké psychické poruchy jde nejčastěji?*

Nejčastější psychické poruchy těhotných, rodičích žen a žen po porodu	
PA1	<i>Může se jednat o nezávažné projevy přecitlivělosti, plačtivosti a úzkostlivosti, které jsou mnohdy těžko odlišitelné od závažnějších psychických poruch, v které mohou zcela nepozorovaně přejít.</i>
PA2	<i>Často se tady na šestinedělí setkávám s ženami, které mají úzkostné stavy, strach z lidí, a pak dále psychiatrické problémy. Například schizofrenie. Ale to jen málo. Taky za ta léta jsem zažila několik žen s laktační psychózou, a také i ženy, které laktační psychózu prodělaly při předešlém porodu.</i>
PA3	<i>Když teda teďka zapátrám v paměti, tak bych řekla, že se teda nejvíc objevují ty úzkosti no. Ted' tady na šestinedělí sem tam máme maminku, která je po tem porodu někdy taková rozladěná, možná bych to přisoudila a k tomu blues jak říkáte. Ale není tohle prostě něco, co se objevuje často no.</i>
PA4	<i>Setkávám se nejčastěji s depresemi, úzkostmi v anamnéze.</i>
PA5	<i>Nejčastěji se setkávám s ženami s depresí, úzkostnými ženami ale taky se sociální fóbií.</i>
PA6	<i>Nejčastěji se setkávám s úzkostnými poruchami, depresemi, bipolárními poruchami.</i>

zdroj: vlastní

### Analýza a interpretace položky

Odpovědi na otázku týkající se nejčastějších psychických poruch těhotných, rodičích žen a žen v šestinedělí byly různé. Ve všech odpovědích respondentek se objevuje úzkost. Zkušenosti s psychickými poruchami mají ale každá z respondentek jiné. Porodní asistentka č. 1 uvádí: „*Může se jednat o nezávažné projevy přecitlivělosti, plačtivosti a úzkostlivosti, které jsou mnohdy těžko odlišitelné od závažnějších psychických poruch, v které mohou zcela nepozorovaně přejít.*“ Porodní asistentka č. 2 má zase jinou zkušenost. Uvádí, že se kromě úzkostných žen, setkala i s těžšími psychickými stavy. V rozhovoru uvedla, že se setkala s ženami se schizofrenií i s laktační psychózou. Porodní asistentka č. 3 uvádí, že kromě úzkostných poruch, se setkává občas s poporodní blues. Porodní asistentky č. 4 a 5 se rovněž setkávají nejvíce s úzkostnými poruchami a depresemi. Porodní asistentka č. 5 se navíc setkala i s ženami se sociální fobií. Porodní asistentka č. 6 uvádí, že vedle úzkostí a depresí, se ve své praxi potkává se ženami, které mají bipolární poruchu.

### Položka 3: Prožívání situace z pohledu porodní asistentky

*Jak se cítíte, když pracujete s ženou, která trpí psychickou poruchou? Jak na Vás situace působí?*

Prožívání situace z pohledu porodní asistentky	
PA1	<i>V těchto situacích je vhodné zvolit taktiku maximální ohleduplnosti a vstřícnosti, je třeba navázat důvěrný vztah jako s každou jinou ženou, při závažných projevech je podle mého názoru třeba navázat spolupráci s psychologem nebo psychiatrem, kteří jsou s touto problematikou blíže seznámeni.</i>
PA2	<i>Snažím se ke každé ženě s takovým problémem přistupovat jako ke každé ostatní. Věřím, že je zkompenzovaná a má nastavenou léčbu. Pokud se psychický problém objeví až po porodu, myslím si, že je důležitá trpělivost a snaha takové ženě pomoci.</i>
PA3	<i>Mám z toho docela strach. Bojím se, že tu komunikaci nezvládám, tak jak bych měla. Tyto situace mi nejsou příjemné. Radši řeknu kolegyni, která je v komunikaci lepší, aby si paní přebrala místo mě.</i>

PA4	<i>Neřeším úplně anamnestické údaje či předsudky, záleží vždy na konkrétní ženě a situaci. Na některých ženách, bych žádný problém ani nezpozorovala.</i>
PA5	<i>V takové situaci se snažím být obezřetnější. Ale ženy při porodu jednají velmi impulzivně a to bez ohledu na to, jestli mají depresi, nebo třeba úzkosti.</i>
PA6	<i>Záleží na diagnóze, žen s úzkostnými poruchami je relativně víc, takže to není nic neobvyklého. Je akorát potřeba s ženami víc komunikovat, více vysvětlovat, mít s nimi větší trpělivost. Někdy je spolupráce s těmito ženami paradoxně lepší, protože od začátku vím, na čem jsem.</i>

zdroj: vlastní

### **Analýza a interpretace položky**

V této položce je analyzováno prožívání porodních asistentek při práci s psychicky nemocnou ženou. Většina porodních asistentek, uvádí, že se snaží situaci zvládnout, oproti tomu Porodní asistentka č. 3 se této situace bojí a je pro ni nepříjemná. Uvádí: „*Mám z toho docela strach. Bojím se, že tu komunikaci nezvládám, tak jak bych měla. Tyto situace mi nejsou příjemné. Radši řeknu kolegyni, která je v komunikaci lepší, aby si paní přebrala místo mě.*“ Porodní asistentka č. 1 odpověděla, že v takové situaci uplatňuje ohleduplnost, vstřícnost a snaží se k ženě přistupovat, jako ke každé jiné. Pokud jsou projevy onemocnění závažnější, vyhledá psychologa, či psychiatra. Dodává ještě jednu zkušenost z praxe: „*Mám zkušenost s lékařem-porodníkem, který žádal psychiatra o konzultaci u každé rodičky, až se tento lékař vyjádřil tak, že jeho konzultace potřebuje spíš gynekolog než jeho pacientky.*“ Porodní asistentka č. 2 vyjádřila rovněž názor, že k ženě s psychickou poruchou se snaží přistupovat stejně jako k ostatním ženám. Zároveň věří, že taková žena je kompenzovaná a léčena. Uvádí, že u žen, u kterých se prvotní známky psychické poruchy objeví až po porodu, se snaží uplatnit trpělivost a snahu pomoci. Porodní asistentka č. 4 uvádí, že jedná podle konkrétní situace, či problému, snaží se nemít předsudky a neposuzovat ženu dle anamnestických údajů. Zároveň uvádí, že u některých žen, které psychickou poruchu mají, by si problému ani nevšimla. Porodní asistentka č. 5 uvedla, že se snaží být obezřetnější a uvedla: „*Ale ženy při porodu jednají velmi impulzivně a to bez ohledu na to, jestli mají depresi, nebo třeba úzkosti.*“ Porodní asistentka č. 6 odpověděla, že záleží na diagnóze, kterou žena má. S úzkostnými ženami se setkává více, proto tato situace není pro ni neobvyklá. Uvádí, že se ženami komunikuje více, více vysvětluje, snaží se být trpělivá. Také uvádí: „*Někdy je spolupráce s těmito ženami paradoxně lepší, protože od začátku vím, na čem jsem.*“

Obecně lze říci, že většina respondentek jedná s ženami s psychickou poruchou v zásadě stejně, jako s ženou, která poruchu nemá. Apelují více na komunikaci, projevují snahu a trpělivost.

#### **Položka 4: Zvládání situace se ženou, která má psychickou poruchu**

*Je pro Vás obtížné situaci zvládnout?*

Zvládání situace se ženou, která má psychickou poruchu	
PA1	<i>Jedná se o zcela novou a mnohdy neznámou skutečnost doprovázející mateřství, přesto je třeba včas adekvátně zakročit a situaci v žádném případě nepodceňovat.</i>
PA2	<i>Ne. Věřím, že každá situace se zvládnout dá i za pomoci například lékaře, psychiatra nebo psychologa. Zatím jsme každou situaci tady na oddělení zvládli bez větších obtíží.</i>
PA3	<i>Jo, to určitě ano. Sama jsem se tím fakt mockrát nesečkala, ale ani ve svém, vlastním osobním životě nemám takhle nikoho, takže moc nevím, jak to zvládat.</i>
PA4	<i>Zatím jsem se nesečkala s obtížnými situacemi, přesto je často překážkou zhoršená komunikace s ženou.</i>
PA5	<i>Ano je. Občas se radím s kolegyněmi jak v takové situaci jednat, ale zatím se všechny situace zvládly.</i>
PA6	<i>Záleží na situaci, jak jsem už říkala. Velkou roli hraje diagnóza, přesto je potřeba více komunikovat, mít trpělivost.</i>

zdroj: vlastní

#### **Analýza a interpretace položky**

Tato položka měla za cíl zjistit, jak zvládají porodní asistentky situaci, kdy pracují s ženou s psychickou poruchou a zda je pro ně tato situace obtížná. Některé porodní asistentky uvádí, že je pro ně situace obtížná, jiné přikládají roli konkrétní situaci. Porodní asistentka č. 1 uvádí, že je v takových situacích třeba adekvátně zakročit a situaci nepodcenit. Porodní asistentka č. 2 uvádí, že situace zatím vždy zvládla i za pomoci psychologa či psychiatra. Porodní asistentka č. 3 odpověděla, že je pro ni situace náročná a moc neví, jak ji zvládat. Porodní asistentka č. 5 také uvádí, že je pro ni situace náročná, ale pokud neví, tak se poradí



a situace obecně zvládá. Porodní asistentka č. 4 odpověděla, že je pro ni nejobtížnější zhoršená komunikace se ženou. Porodní asistentka č. 6 odpověděla: „*Záleží na situaci, jak jsem už říkala. Velkou roli hraje diagnóza, přesto je potřeba více komunikovat, mít trpělivost.*“

### **Položka 5: Informovanost o problematice v oblasti prožívání rodičovství a psychických poruch**

*Myslíte si, že jste dostatečně obeznámena s touto problematikou?*

Informovanost o problematice v oblasti prožívání rodičovství a psychických poruch	
PA1	<i>Myslím, že porodní asistentky jsou v období studia seznámeny se základy psychologie, psychoterapie a psychiatrie, jejichž znalost jim umožňuje rozpoznat alespoň některé z příznaků psychického onemocnění.</i>
PA2	<i>Já si myslím, že určitě dostatečně obeznámena nejsem, ale jednám, tak, jak jsem říkala, jako s každou jinou ženou, většinou spontánně.</i>
PA3	<i>Řekla bych, že spíš ne. Něco si pamatuju ještě ze školy z psychologie. Člověk, tak prostě jedná, jak myslí, že je to správný no.</i>
PA4	<i>V této problematice je jistě vždy se co učit.</i>
PA5	<i>Ne, řekla bych, že nejsem.</i>
PA6	<i>V rámci studia jsem byla s těmito diagnózami seznámena, ovšem spíše jen orientačně.</i>

zdroj: vlastní

### **Analýza a interpretace položky**

Tato položka se zabývala informovaností o problematice v oblasti prožívání rodičovství a psychických poruch. Porodní asistentky byly dotazovány, zda si myslí, že jsou dostatečně obeznámeny s touto problematikou. Porodní asistentky v odpovědích uvádí, že buďto nejsou obeznámeny s touto problematikou nebo jsou obeznámeny jen orientačně. Avšak porodní asistentka č. 1 odpověděla: „*Myslím, že porodní asistentky jsou v období studia seznámeny se základy psychologie, psychoterapie a psychiatrie, jejichž znalost jim umožňuje rozpoznat alespoň některé z příznaků psychického onemocnění.*“ Porodní asistentka č. 3 uvádí, že si ze studia z předmětu psychologie něco pamatuje, ale zároveň si myslí, že obeznámena s touto problematikou není. Porodní asistentka č. 6 odpovídá podobně. Citují: „*V rámci studia jsem*

byla s těmito diagnózami seznámena, ovšem spíše jen orientačně.“ Porodní asistentky č. 2 a 5 uvádí, že dostatečně obeznámeny nejsou a porodní asistentka č. 2 dodává: „...ale jedním, tak, jak jsem říkala, jako s každou jinou ženou, většinou spontánně.“ Porodní asistentka č. 4 odpověděla, že v problematice prožívání rodičovství a psychických poruch se dá vždy co učit.

### **Položka 6: Zájem o problematiku v oblasti prožívání rodičovství a psychických poruch**

*Zajímáte se o problematiku psychických prožitků v souvislosti s rodičovstvím? Zajímáte se o problematiku psychických poruch?*

Zájem o problematiku v oblasti prožívání rodičovství a psychických poruch	
PA1	<i>Ano, tato oblast péče je velmi důležitá, protože velmi často může pracovní vztah mezi porodní asistentkou a její pacientkou vyústit v celoživotní přátelství, i když i opačný protipól je při nevhodných postupech také možný.  Tato problematika je velmi rozmanitá a její precizní zvládnutí úzce souvisí nejen se zvládnutím teoretických poznatků, ale i s praktickou zkušeností, která je u porodních asistentek nedostatečná.</i>
PA2	<i>Nezajímám se o tuto problematiku. Ani o problematiku psychických poruch se nezajímám.</i>
PA3	<i>Jako takhle, že bych cíleně si k tomu něco hledala, to ne. Ráda si, ale přečtu článek na internetu nebo v časopise. Ale že bych se zajímala o psychické poruchy, to spíš vůbec.</i>
PA4	<i>Pozoruji prožívání rodičů ve své praxi. Ne příliš ne. O psychiatrii nebo psychologii se příliš nezajímám.</i>
PA5	<i>Ne nezajímám se o tuto problematiku. Do jisté míry mě zajímají psychické problémy, ale nějak hlouběji, to ne.</i>
PA6	<i>Tuhle problematiku řeším spíš v konkrétních případech s určitými matkami, které potřebují poradit. O psychické poruchy se moc nezajímám.</i>

zdroj: vlastní

### **Analýza a interpretace položky**

V této položce bylo zjišťováno, zdali se porodní asistentky zajímají o problematiku v oblasti prožívání rodičovství a psychických poruch. Porodní asistentka č. 1 je toho názoru, že problematika psychických prožitků v souvislosti s rodičovstvím je důležitou oblastí. O problematice psychickým poruch mluví jako o velmi rozmanité oblasti, ve které porodní asistentky nemají dostatek poznatků a zkušeností. Dodává: „*Mnohdy jsou ženy po porodu v souvislosti s psychickou poruchou dlouhodobě hospitalizovány a léčeny na psychiatrických odděleních, kde o ně pečuje tým pracovníků v tomto oboru vzdělaných.*“ Porodní asistentka č. 2 uvedla, že se nezajímá o problematiku psychických prožitků v souvislosti s rodičovstvím. Porodní asistentka č. 3 uvádí, že se cíleně o problematiku psychických prožitků v souvislosti s rodičovstvím nezajímá a o problematiku psychických poruch vůbec. Porodní asistentka č. 4, problematiku psychických prožitků v souvislosti s rodičovstvím pozoruje v prožívání rodičů, se kterými pracuje. O psychické poruchy se nezajímá. Porodní asistentka č. 5 se o problematiku psychických prožitků v souvislosti s rodičovstvím nezajímá, ale uvádí, že okrajově ji zajímá problematika psychických poruch. Porodní asistentka č. 6 odpověděla, že problematiku psychických prožitků v souvislosti s rodičovstvím řeší v praxi, a to s konkrétními ženami, které poradit chtějí. O problematiku psychických poruch se nezajímá.

### **Položka 7: Příprava na povolání porodní asistentky v oblasti psychologie a psychiatrie**

*Pokládáte přípravu na povolání porodní asistentky v psychologii za dostatečnou?*

*V čem si myslíte, že by se měla výuková témata rozšířit?*

Příprava na povolání porodní asistentky v oblasti psychologie a psychiatrie	
PA1	<i>Výuková témata jsou dost obsáhlá, ale v žádném případě porodním asistentkám jejich vědomosti nestačí k tomu, aby byly schopné psychické problémy svých pacientek řešit. Nemyslím, že by bylo třeba výuková témata rozšiřovat či měnit náplň výuky, poznatky a vědomosti je vhodné a podle mého názoru i nutné doplnit v rámci celoživotního vzdělávání a samostudia.</i>
PA2	<i>To momentálně nemůžu posoudit, protože já jsem studovala před třiceti lety. Netuším, jaká jsou momentálně výuková témata v psychologii na vysokých školách, takže nevím, o co by se mohla rozšířit.</i>

PA3	<p><i>Já si myslím, že to asi stačí, jak to je teď. Žen, které rodí a mají psychiatrickou anamnézu, nebo jiné psychické problémy není tolik.</i></p> <p><i>No kdybych teda měla říct, v čem by to měli změnit, tak asi aby to bylo zaměřený víc na tu samotnou péči a ne na definice. Prostě jak s tou ženou mluvit, jak se k ní chovat a taky vlastně ještě důležitá věc, jak mluvit a jejím doprovodem.</i></p>
PA4	<p><i>Myslím si, že ano. Souhlasím s tím, aby se výuka zaměřila na náš obor a odstraňovaly se předsudky vůči ženám s psychickými problémy.</i></p>
PA5	<p><i>Uvítala bych více informací. V rámci studia, jsem byla obeznámena s touto problematikou, ale ne nijak více podrobně. Zaměřit se během výuky na konkrétní psychické poruchy, nácvik komunikace hlavně.</i></p>
PA6	<p><i>Příprava je asi dostatečná, ale bylo asi dobré provádět v průběhu povolání nějaké psychoprofylaktické kurzy a workshopy, protože tato profese je psychicky náročná i s ženami bez těchto diagnóz. Výuková část se mi zdá dostatečná. Během porodu se žena chová více méně impulzivněji a dopad onemocnění není tak markantní.</i></p>

zdroj: vlastní

### **Analýza a interpretace položky**

V položce č. 7 byly porodním asistentkám kladeny otázky, zda pokládají přípravu na povolání porodní asistentky v psychologii za dostatečnou a v čem si myslí, že by se měla výuková témata rozšířit.

Porodní asistentka č. 1 odpověděla, že náplň výuky je dostačující a obsáhlá, ale přesto porodní asistentky nemají takové vědomosti, aby řešily psychické problémy pacientek. Dále je toho názoru, že náplň výuky nebo témata výuky není třeba více rozšiřovat, avšak je vhodné znalosti a poznatky doplňovat samostudiem, nebo celoživotním vzděláváním. Porodní asistentka č. 2 odpověděla, že studovala před třiceti lety, proto neví co je náplní předmětu psychologie a z tohoto důvodu ani neví, o jaká témata by se měla výuka rozšířit. Porodní asistentka č. 3 uvedla, že si myslí, že výuka porodních asistentek v psychologii je dostatečná, protože žen s psychickými poruchami není tolik. Dále uvedla: „*No kdybych teda měla říct, v čem by to měli změnit, tak asi aby to bylo zaměřený víc na tu samotnou péči a ne na definice. Prostě jak s tou ženou mluvit, jak se k ní chovat a taky vlastně ještě důležitá věc, jak*

*mluvit a jejím doprovodem.* “ Porodní asistentka č. 4 uvádí, že výuka psychologie je dostačující, ale zároveň poukazuje na to, že by se výuka měla více zaměřit na porodní asistenci a aby se odstraňovaly předsudky vůči ženám, které trpí psychickou poruchou. Porodní asistentka č. 5 odpověděla, že by v této oblasti uvítala více informací. V rámci studia porodní asistence byla sice obeznána s takovou problematikou, ale spíše okrajově. Zlepšila by zejména nácvik komunikace v konkrétních situacích. Porodní asistentka č. 6 uvádí, že v rámci studia oboru je výuka psychologie dostačující. Zároveň doporučuje vést v praxi profylaktické kurzy a workshopy, a to kvůli psychické náročnosti povolání, i pokud se jedná o práci s ženami, které diagnózu nemají. Dále uvádí: *„Během porodu se žena chová více méně impulzivněji a dopad onemocnění není tak markantní.“*

### **Položka 8: Zdroje informací a vzdělávání porodních asistentek**

*Z jakých zdrojů čerpáte nové poznatky nejčastěji a jak je využíváte v praxi?*

*Zúčastňujete se odborných vzdělávacích akcí (konference, semináře, workshopy) z oblasti psychologie mateřství?*

Zdroje informací a vzdělávání porodních asistentek	
PA1	<i>Nové poznatky je třeba v souvislosti s rychlým rozvojem oboru porodní asistentka a se stále novými studiiemi aktivně vyhledávat a nespoléhat jen na to, co jsem se naučila ve škole. Zním několik porodních asistentek, které se mi svěřily s tím, že doma velmi intenzivně studují, hledají nové poznatky a tyto nové postupy se snaží uplatnit v péči a své klientky.  Tyto semináře a konference bývají velmi přínosné, často se setkáváme s různými přístupy při řešení konkrétních kazuistik.</i>
PA2	<i>Nejčastěji čerpám poznatky z médií, zejména z internetu. Ne, nezúčastňuji se takových akcí, konferencí ani seminářů.</i>
PA3	<i>Asi, že si přečtu něco na internetu. Jednou jsem byla na semináři, který se věnoval i takové problematice, ale už Vám přesně neřeknu, jak to bylo. Nejvíce poznatky využívám, jak už jsem říkala, v té komunikaci s ženou a doprovodem. Jen jednou jsem byla na semináři.</i>
PA4	<i>Informace čerpám nejčastěji z odborných článků a internetu. Párkrát jsem na semináři ohledně této problematiky byla.</i>

PA5	<i>Nejčastěji z internetu, převážně pro komunikaci s ženou. Ne, nezúčastňuji se takových akcí.</i>
PA6	<i>Znalosti v této oblasti si sama nijak z odborné literatury nerozšiřuji. Ano, zúčastňuji se takových akcí.</i>

zdroj: vlastní

### **Analýza a interpretace položky**

Položka č. 8 se zabývala zdroji, ze kterých porodní asistentky čerpají nové poznatky, tím jak je využívají v praxi a zdali se porodní asistentky zúčastňují odborných vzdělávacích akcí z oblasti psychologie mateřství.

Porodní asistentka č. 1 odpověděla: „*Nové poznatky je třeba v souvislosti s rychlým rozvojem oboru porodní asistentka a se stále novými studii aktivně vyhledávat a nespoléhat jen na to, co jsem se naučila ve škole. Zním několik porodních asistentek, které se mi svěřily s tím, že doma velmi intenzivně studují, hledají nové poznatky a tyto nové postupy se snaží uplatnit v péči a své klientky.*“ Dále uvádí, že semináře a konference jsou velmi přínosné. Porodní asistentka č. 2 odpověděla, že nové poznatky z této problematiky čerpá z medií, nejvíce z internetu a nezúčastňuje se žádných odborně vzdělávacích akcí. Porodní asistentka č. 3 se také velmi o tuto problematiku nezajímá, spíše jen okrajově, pokud ji zaujme nějaký článek na internetu. Uvedla, že na semináři byla pouze jednou. Své poznatky nejčastěji používá v komunikaci se ženou a doprovodem. Porodní asistentka č. 4 odpověděla, že poznatky čerpá z odborných článků a internetu. Co se týče odborně vzdělávacích akcí, tak porodní asistentka uvedla, že párkrát byla na semináři, který se zabýval podobnou problematikou. Nové poznatky týkající se psychologie mateřství čerpá z internetu také porodní asistentka č. 5. Tato Porodní asistentka také uvedla, že se odborně vzdělávacích akcí nezúčastňuje. Porodní asistentka č. 6 udává, že své poznatky nijak nerozšiřuje. Avšak uvádí, že se odborně vzdělávacích akcí zúčastňuje.

**Položka 9: Komunikace s ženou s psychickou poruchou během porodu**

*Jak komunikujete při řešení vzniklých komplikací během porodu s ženou, která má psychickou poruchu?*

Komunikace s ženou s psychickou poruchou během porodu	
PA1	<i>I předmět Komunikace je vyučován na školách, ale i při nevhodném vyjadřování, křiku či naopak nedostatku v oblasti komunikace může dojít k rozvoji závažných psychických problémů.</i>
PA2	<i>Jelikož pracuji na šestinedělí, tak během porodu s ženou nejsem. Ale pokud se vyskytne komplikace tady u nás, tak se snažím být trpělivá, více krát zopakuji, co se bude dít. Například když taková žena musí jít po porodu na revizi. Snažím se více naslouchat, ujistit ženu, že vše bude v pořádku.</i>
PA3	<i>Pracuju na šestinedělí už několik let, ale když jsem po škole začala dělat na sále, tak jak jsem měla nějaké ženy, které to psychiatrické onemocnění měly. Snažila jsem se k nim přistupovat s trpělivostí, někdy to bylo obtížnější.</i>
PA4	<i>Přizpůsobuji komunikaci jejímu stavu.</i>
PA5	<i>Snažím se komunikovat s ženou, vše jí vysvětlit, pokud si nejsem jistá, poradím se s lékařem.</i>
PA6	<i>Komunikace může být obtížnější, ale zkrátka je potřeba ženu nějakým způsobem dostat na svou stranu, na každou platí jiný přístup.</i>

zdroj: vlastní

**Analýza a interpretace položky**

Tato položka měla za cíl zjistit, jak porodní asistentky komunikují při řešení vzniklých komplikací během porodu s ženou, která má psychickou poruchu.

Porodní asistentka č. 1 odpověděla, že při nedostatečné komunikaci, nevhodném vyjadřování nebo křiku, může u rodičích žen dojít k rozvoji závažných psychických problémů. Porodní asistentka č. 2 odpověděla, že pracuje na šestinedělí, proto s ženami během porodu a při vzniklých komplikacích při porodu není. Uvádí: „Ale pokud se vyskytne komplikace tady u nás, tak se snažím být trpělivá, více krát zopakuji, co se bude dít. Například když taková žena musí jít po porodu na revizi. Snažím se více naslouchat, ujistit ženu, že vše bude v po-

řádku. “ Porodní asistentka č. 3 rovněž pracuje na šestinedělí, ale uvádí, že v minulosti, během praxe na porodním sále se k ženám s psychickými obtížemi snažila přistupovat trpělivě, i když to bylo obtížné. Porodní asistentka č. 4 uvádí, že komunikuje podle stavu rodičky. Porodní asistentka č. 5 se snaží v komunikaci více vysvětlovat, případně se radí s lékařem. Porodní asistentka č. 6 odpověděla: „Komunikace může být obtížnější, ale zkrátka potřeba ženu nějakým způsobem dostat na svou stranu, na každou platí jiný přístup. “

### **Položka 10: Komunikace s partnerem, rodinou ženy**

*Jak důležitá je pro Vás spolupráce s partnerem a rodinou? Upřednostňujete komunikaci s partnerem nebo rodinou?*

Komunikace s partnerem, rodinou ženy	
PA1	<i>Velmi důležitá, protože mnohdy se dovídáme o tom, že má žena psychické problémy od rodinných příslušníků a přitom se nám může klientka jevit v naprosté pohodě. Komunikace s rodinnými příslušníky je nesmírně důležitá, ale nikdy by neměla být upřednostňována před komunikací s klientkou.</i>
PA2	<i>Spolupráce s rodinou je velmi důležitá, někdy hospitalizujeme partnera nebo maminku rodičky, pokud psychický stav rodičky není dobrý. Komunikace s partnerem nebo rodinou je pro mě v těchto případech stejně důležitá jako komunikace s rodičkou. Tato situace není obvyklá, proto se hodně ptám i rodiny</i>
PA3	<i>Komunikace a spolupráce s rodinou je v tomto případě důležitá. Důležité je, aby se žena necítila sama. A byla jí podána pomocná ruka. Pokud se to dá, tak v první řadě vše vysvětluju paní, potom až partnerovi.</i>
PA4	<i>Záleží, jak dalece o spolupráci oni stojí. Ne vždy mají zájem. Neupřednostňuju komunikaci s partnerem nebo rodinou, před ženou samotnou. A pokud je domluva těžší, řeším to vždy s tím, kdo je ženě bližší.</i>
PA5	<i>Ano rozhodně. Partner a rodina bývají pro ženu největší oporou. Upřednostňuji komunikaci s rodičkou a poté až s partnerem nebo rodinou.</i>
PA6	<i>Partner může být výraznou podporou v péči o rodičku. Vzhledem k tomu, že rodí paní a ne partner, je nejdůležitější komunikace s rodičkou, jakkoli je obtížná, komunikace s partnerem má pouze podpůrnou funkci.</i>

zdroj: vlastní



### Analýza a interpretace položky

Tato položka se zabývala tím, jak důležitá je pro porodní asistentky spolupráce s partnerem a rodinou a jestli upřednostňují komunikaci s partnerem nebo rodinou. Porodní asistentka č. 1 odpověděla, že tato komunikace je velmi důležitá. A to také z důvodu, že rodinní příslušníci mohou sdělit psychické problémy, které žena má a my bychom je nepoznali. Také dodává, že i přesto, že komunikace s rodinnými příslušníky je velmi důležitá, neměla by být upřednostňována před komunikací s ženou. Porodní asistentka č. 2 uvádí, že se setkala s případy, kdy byl současně s ženou po porodu hospitalizován i rodinný příslušník nebo partner, z důvodu právě psychického stavu ženy. Porodní asistentka odpověděla, že komunikace s rodinou nebo partnerem je pro ni stejně důležitá jako komunikace se ženou. Porodní asistentka č. 3 odpověděla, že je pro ni komunikace s rodinou a partnerem důležitá, ale v jistých situacích se snaží nejdříve mluvit se ženou a potom až s příbuznými. Porodní asistentka č. 4 uvádí, že v této komunikaci je také důležité, zda má rodina nebo partner zájem o spolupráci. Také uvádí, že komunikaci se ženou neupřednostňuje před komunikací s partnerem. Při těžší komunikaci, se obrací na nejbližší osobu. Porodní asistentka č. 5 také považuje komunikaci s partnerem a rodinou za důležitou. Odpovídá: „*Ano rozhodně. Partner a rodina bývají pro ženu největší oporou. Upřednostňuji komunikaci s rodičkou a poté až s partnerem nebo rodinou.*“ Porodní asistentka č. 6 odpověděla, že je partner oporou v péči o rodičku. Uvádá: „*Vzhledem k tomu, že rodí paní a ne partner, je nejdůležitější komunikace s rodičkou, jakkoli je obtížná, komunikace s partnerem má pouze podpůrnou funkci.*“

### Položka 11: Metody řešení problémů

*Jaké metody řešení psychických problémů pokládáte za nejúčinnější?*

Metody řešení problémů	
PA1	<i>Vyjádřit pochopení dané situace, klidné a rozvážně jednání, na některé projevy agresivity, s nimiž se můžeme rovněž setkat, reagovat přiměřeně, v případě potřeby navázat spolupráci s odborníky.</i>
PA2	<i>U žen, které se již léčí s psychickými problémy, si myslím, že je důležité, aby tu terapii, ať je to léčba psychofarmaky nebo i psychoterapie, prostě aby ji dodržovaly. Protože po porodu se to může projevit ještě více.</i>

PA3	<i>Asi psychoterapie, ale taky záleží na tom, jak ty problémy ženu ovlivňují, jestli dost, tak je někdy vhodné vyhledat i psychiatra.</i>
PA4	<i>Záleží na konkrétní poruše. Metody jsou různé. Některé ženy potřebují třeba jenom psychologa, jiné farmakoterapii.</i>
PA5	<i>V mé praxi, nemohu více pomoci, než komunikací, trpělivostí, tím, že ženu vyslechnu. Ale když je problém větší, je lepší se obrátit na odborníky. Terapie, léky.</i>
PA6	<i>Dle mého názoru je to dlouhodobý problém, který vyžaduje odborné vedení a individuální přístup. V určitých případech je farmakoterapie nezbytná.</i>

zdroj: vlastní

### **Analýza a interpretace položky**

Položka č. 11 se zabývala otázkou, jaké metody řešení psychických problémů pokládají porodní asistentky za nejúčinnější.

Porodní asistentka č. 1 odpověděla, že pro ni je nejúčinnější metodou řešení psychických problémů vyjádření pochopení situace, klidné jednání, rozvaha při například agresivních projevech ženy. Také uvádí, že v případě potřeby je vhodné navázat spolupráci s odborníky. Porodní asistentka č. 2 uvádí, že nejúčinnější metodou řešení takových obtíží je dodržování léčby, kterou má žena nastavenou. Porodní asistentka č. 3 odpověděla, že za nejúčinnější metodu řešení psychických problémů pokládá psychoterapii, dle situace léčbu u psychiatra. Porodní asistentka č. 4 uvedla, že záleží na tom, jakou poruchou žena trpí. Uvedla, že metody jsou různé, například vyhledání psychologa nebo farmakoterapie. Porodní asistentka č. 5 odpověděla: „*V mé praxi, nemohu více pomoci, než komunikací, trpělivostí, tím, že ženu vyslechnu. Ale když je problém větší, je lepší se obrátit na odborníky. Terapie, léky.*“ Podle Porodní asistentky č. 6 je psychická porucha dlouhodobým problémem, který vyžaduje odborné vedení a individuální přístup, případně farmakoterapii.

**Položka 12: Mezioborová spolupráce**

*Jak hodnotíte Vaši spolupráci s odborníky z oblasti psychologické, event. psychiatrické péče?*

Mezioborová spolupráce	
PA1	<i>V této oblasti mám ty nejlepší zkušenosti, myslím, že spolupráce s psychologem nebo psychiatrem bývá všeobecně chápána jako velmi dobrá.</i>
PA2	<i>Spolupráce bych řekla, že je dobrá. K dispozici je klinický psycholog, eventuálně psychiatr na telefonickou objednávku. Vždy vyjdou vstříc a problém se vyřeší.</i>
PA3	<i>Spolupráci hodnotím dobře. Pokud se vyskytne takový problém, tak ho přenechám zkušenějším.</i>
PA4	<i>V pořádku. Vždy můžeme kontaktovat psychologa, v závažnějším případě psychiatra.</i>
PA5	<i>Spolupráce je dobrá. Psycholog i psychiatrické konzilium jsou k dispozici, pokud zavoláme.</i>
PA6	<i>V naší nemocnici funguje odborné poradenství klinického psychologa a je možnost odborného psychiatrického konzilia.</i>

zdroj: vlastní

**Analýza a interpretace položky**

V této položce byly porodní asistentky dotazovány na spolupráci s odborníky z oblasti psychologické a psychiatrické péče.

Porodní asistentka č. 1 odpověděla, že v této oblasti má velmi dobré zkušenosti. Porodní asistentka č. 2 odpověděla, že spolupráce s klinickým psychologem nebo psychiatrem je dobrá. Porodní asistentka č. 3, spolupráci hodnotí rovněž dobře. Porodní asistentka č. 4. hodnotí spolupráci v pořádku. Porodní asistentka č. 5 udává, že spolupráce je dobrá, k dispozici je psycholog i eventuálně psychiatrické konzilium. Porodní asistentka č. 6 odpověděla: „*V naší nemocnici funguje odborné poradenství klinického psychologa a je možnost odborného psychiatrického konzilia.*“

## 7 DISKUZE

Tématu psychických poruch a onemocnění v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím se zabývalo několik bakalářských, či diplomových prací. Pro srovnání jsem vybrala dvě bakalářské práce na toto téma.

Kateřina Vošahlíková (2017) ve své práci na téma „Péče porodní asistentky o psychiatricky nemocnou ženu v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí“ zkoumala kvalitativní metodou, pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru péči porodní asistentky o psychiatricky nemocné ženy v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí. Cíle práce byly: zjistit nejčastější psychické a fyzické potíže psychiatricky nemocných žen v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, potřeby žen v souvislosti s psychiatrickým onemocněním v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Autorka se zaměřovala se na holistický a dlouhodobý pohled na zkoumaný jev. Dále se zabývala popisem psychických potíží a zpracováním podrobných anamnéz, průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí. Polostrukturovaný rozhovor vedla se dvěma ženami. Otázky se týkaly rodinné anamnézy, osobní anamnézy s přihlédnutím k psychiatrickému onemocnění, těhotenství, porodu, šestinedělí a péči porodních asistentek. Další otázky se týkaly psychického stavu žen v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, emocionálního vztahu s plodem a novorozencem a otázek ohledně psychomotorického vývoje dětí. Hlavní cíl i dílčí cíle autorka splnila. Dále uvádí, že otázka týkající se možné pomoci porodní asistentky psychiatricky nemocné ženě v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí nemá pro ni zcela konkrétní řešení. U zkoumání této otázky je toho názoru, že by bylo vhodné zvolit kvantitativní výzkum, týkající se povědomí porodních asistentek pracujících v ordinacích, nemocnicích a komunitní péči o psychiatrických onemocněních u žen v reprodukčním věku, současných přístupech k farmakologické a nefarmakologické léčbě a možnostech pomoci těmto ženám zmírnit jejich problémy.

Téma „Psychiatrická onemocnění v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřstvím (Informovanost laické veřejnosti o dané problematice)“ si zvolila pro svou bakalářskou práci Barbora Biolková (2008). Práce byla zaměřena na informovanost laické veřejnosti o psychiatrických onemocněních v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřstvím. V praktické části byly zpracovány výsledky průzkumu a vyhodnoceny hypotézy. Cíle práce byly: zjistit úroveň informovanosti laické veřejnosti o této problematice, vytvořit informační materiál pro laickou veřejnost – forma leták, vytvořit pro zdravotníky soubor

informací o výsledcích průzkumu, vytvořit metodický návod pro zdravotníky k edukaci klientů a navrhnout možná řešení. Proběhl kvantitativní výzkum metodou anonymního dotazníku, který se skládal se ze dvou částí. První část obsahovala otázky týkající se obecně těhotenství a to z toho důvodu, že autorka 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 byla zaměřena druhá část dotazníku. Autorka vyhodnotila tyto hypotézy: Hypotéza č. 1 se potvrdila: Laická veřejnost má obecné informace o těhotenství. Hypotéza č. 2 se potvrdila: Laická veřejnost nemá informace o psychiatrických onemocněních v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřstvím. 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 se potvrdila: Lidé z oblasti zdravotnictví a psychologie vědí o problematice psychických poruch v souvislosti s těhotenstvím, porodem, laktací a mateřstvím více než laická veřejnost. Hypotéza 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.

## 7.1 Doporučení pro praxi

Vzhledem k současné době, která nás zahrnuje stresem, je pravděpodobné, že počet žen s psychickými poruchami bude přibývat. Proto bych porodním asistentkám doporučila, do vzdělávat se formou seminářů a workshopů, které se věnují této problematice a problematice psychických prožitků v souvislosti s rodičovstvím. Tyto akce poskytují cenné rady a ukázky například ve formě kazuistik. Zároveň by bylo vhodné, aby psychické potíže žen nebyly bagatelizovány a aby ženy nebyly stigmatizovány na základě své diagnózy.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá psychickými poruchami, které se vyskytují u žen v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Téma práce zejména v praktické části je pojato pohledem porodních asistentek na tuto problematiku. Řeší povědomí asistentek o této problematice, jejich zkušenosti s péčí a s komunikací.

Hlavním cílem práce bylo zjistit znalosti porodních asistentek v oblasti péče o pacientky s psychickou či psychiatrickou poruchou.

Položky č. 5 a č. 9 zkoumají znalosti porodních asistentek v oblasti péče o pacientky s psychickou či psychiatrickou poruchou. V položce č. 5., na otázku jestli jsou jejich znalosti v této oblasti dostatečné odpověděly respondentky takto: tři porodní asistentky uvedly, že nejsou dostatečně obeznámeny s touto problematikou, jedna porodní asistentka uvádí, že je seznámena, ale spíše orientačně, jedna porodní asistentka uvádí, že základy psychologie a psychiatrie umožňují rozpoznat alespoň některé z příznaků psychického onemocnění a jedna asistentka uvedla, že u této problematiky je vhodné znalosti doplňovat. Položka č. 9 prověřuje znalost v oblasti péče o takové pacientky, z pohledu komunikace. Většina porodních asistentek komunikaci přizpůsobuje stavu pacientky. Obecně lze říci, že se asistentky snaží jednat asertivně, trpělivě a informace ženě opakují. Jedna asistentka uvádí, že pokud neví, jak jednat, situaci zkonzultuje s lékařem. Dvě asistentky popisují, že tyto situace jsou pro ně obtížnější.

Hlavní cíl bakalářské práce byl splněn.

Položky č. 5, 7 a 8 odpovídají na první podcíl bakalářské práce, kterým bylo zjistit zdroje informací porodních asistentek v souvislosti s problematikou psychických poruch a jejich hodnocení znalostí v souvislosti se studiem oboru.

Z rozhovorů lze vyhodnotit, že zdroje informací porodních asistentek v souvislosti s problematikou psychických poruch byly různé. Převažovaly internetové zdroje, které uvedly čtyři porodní asistentky, dále odborné vzdělávací akce, ty uvedly tři porodní asistentky a pouze jedna respondentka uvedla, že poznatky čerpá z odborných článků.

V oblasti hodnocení znalostí psychických poruch v souvislosti se studiem oboru odpověděly porodní asistentky následovně: tři porodní asistentky uvádí, že nejsou dostatečně obeznámeny s touto problematikou, jedna porodní asistentka uvádí, že je seznámena, ale spíše ori-

entačně, jedna porodní asistentka uvádí, že základy psychologie a psychiatrie umožňují rozpoznat alespoň některé z příznaků psychického onemocnění a jedna asistentka uvedla, že v této problematice je vždy se co učit.

Znalosti v souvislosti se studiem oboru hodnotí porodní asistentky následně: čtyři porodní asistentky uvádí, že příprava na povolání porodní asistentky v psychologii je dostatečná, jedna porodní asistentka uvádí, že neví, jedna porodní asistentka uvádí, že by uvítala více informací.

Položka č. 11 odpovídá na druhý podcíl bakalářské práce. Druhým podcílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké nejčastější metody řešení problému porodní asistentky používají a které z těchto metod se jim nejvíce osvědčily. Z rozhovorů lze vyhodnotit, že téměř všechny dotazované porodní asistentky pokládají za nejúčinnější metodu řešení psychických problémů odborné vedení psychologem, či psychiatrem.

První i druhý podcíl bakalářské práce byl splněn.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### MONOGRAFIE:

1. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
2. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. Praha: Grada, 2014, ISBN 978-80-247-4529-9.
3. HALES, Robert E, Stuart C YUDOFKY a Laura Weiss ROBERTS, ed., 2014. *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry*. 6th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. ISBN 978-1-58562-444-7.
4. OLEJÁROVÁ, Zora, 2017. *Psychiatrie pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií. ISBN 978-80-7561-047-8.
5. OREL, Miroslav, 2016. *Psychopatologie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.
6. PAŘÍZEK, Antonín, 2012. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-949-7.
7. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
8. ROZTOČIL, Aleš, 2017. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.
9. TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed., 2015. *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.
10. SKUTILOVÁ, Vladana, 2016. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5469-7.
11. VACHEK, Jan, 2013. *Farmakoterapie v těhotenství a při kojení*. Praha: Maxdorf. Moderní farmakoterapie. ISBN 9788073453336.
12. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.



**INTERNETOVÉ ZDROJE:**

13. Depression during Pregnancy, 2015. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*[online]. 2015(29), Pages 754-764 [cit. 2019-02-20]. ISSN 1521-6934. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693415000723>
14. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the postpartum period, 2014. *Lancet* [online]. 2014(9956), 1789-1799 [cit. 2019-02-24]. Dostupné z: <https://search-proquest-com.proxy.k.utb.cz/docview/1625983180?pq-origsite=summon>
15. Depression and anxiety during pregnancy: The influence of maternal characteristics, 2018. *Birth*[online]. 2018(45), 478-489 [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: <https://onlinelibrary-wiley-com.proxy.k.utb.cz/doi/epdf/10.1111/birt.12343>
16. LEIKNES, Kari et al., 2015. Electroconvulsive therapy during pregnancy: a systematic review of case studies. *Archives of Women's Mental Health* [online]. 18(1), 1-39 [cit. 2019-02-26]. DOI: 10.1007/s00737-013-0389-0. ISSN14341816. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0389-0>
17. Computer-Assisted Cognitive Behavioral Therapy for Pregnant Women with Major Depressive Disorder, 2014. *Journal of Women's Health* (15409996) [online]. 23(10), 842-848 [cit. 2019-02-21]. DOI: 10.1089/jwh.2014.4867. ISSN 15409996. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2014.4867>

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

FDA Food and Drug Administration; Úřad pro kontrolu potravin a léčiv


EKT Elektrokonvulzivní terapie

OCD Obsessive-compulsive disorder; Obsedantně-kompulzivní porucha

## SEZNAM PŘÍLOH

1. Žádost o umožnění přístupu k informacím
2. Žádost o umožnění výzkumného šetření
3. Otázky k rozhovorům

# PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedenou studentku. Tato studentka v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohla práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Studentka je poučena o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které jí při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studentku 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence, studijního oboru Porodní asistentka (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studentky	Natália Verešová		
Téma bakalářské práce	Specifika péče o ženu s psychickou poruchou v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Ludmila Reslerová, PhD.  ..... podpis		
Skupina respondentů	Porodní asistentky		
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
Krajská nemocnice T. Bati, a. s.	<input checked="" type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	
	<input type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne .. 26 .04. 2019


Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd -1-

.....  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....  
KRAJSKÁ NEMOCNICE  
602 75 Zlín  
účetní oddělení  
EBCOG

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

# PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedená studentka realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studentku 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence, studijního oboru Porodní asistentka (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studentky	Natália Verešová		
Téma bakalářské práce	Specifika péče o ženu s psychickou poruchou v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Ludmila Reslerová, PhD.		
	podpis		
Metoda výzkumu	Kvalitativní		
Skupina respondentů	Porodní asistentky		
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		podpis
Krajská nemocnice T. Bati, a. s.	<input checked="" type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	
	<input type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	
	<input type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

Ve Zlíně dne 26-04-2019

.....  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....  
razítko podpis zástupce zařízení

## **PŘÍLOHA P III: OTÁZKY K ROZHOVORŮM**

Setkáváte se s ženami, které trpí psychickou poruchou často?

O jaké psychické poruchy jde nejčastěji?

Myslíte si, že žen s psychickými poruchami přibývá?

Jak se cítíte, když pracujete s ženou, která trpí psychickou poruchou? Jak na Vás situace působí?

Je pro Vás obtížné situaci zvládnout?

Myslíte si, že jste dostatečně obeznámena s touto problematikou?

Pokládáte přípravu na povolání porodní asistentky v psychologii za dostatečnou?

V čem si myslíte, že by se měla výuková témata rozšířit?

Z jakých zdrojů čerpáte nové poznatky nejčastěji a jak je využíváte v praxi?

Zúčastňujete se odborných vzdělávacích akcí (konference, semináře, workshopy) z oblasti psychologie mateřství?

Zajímáte se o problematiku psychických prožitků v souvislosti s rodičovstvím?

Zajímáte se o problematiku psychických poruch?

Jak důležitá je pro Vás spolupráce s partnerem a rodinou?

Jak komunikujete při řešení vzniklých komplikací během porodu s ženou, která má psychickou poruchu?

Upřednostňujete komunikaci s partnerem nebo rodinou?

Jaké metody řešení psychických problémů pokládáte za nejúčinnější?

Jak hodnotíte Vaši spolupráci s odborníky z oblasti psychologické, event. psychiatrické péče?