Vlivy sociálního prostředí na vznik poporodní Psychózy

Klára Odehnalová

Bakalářská práce
2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Klára Odehnalová**
Osobní číslo:	**H130169**
Studijní program:	**B5349 Porodní asistence**
Studijní obor:	**Porodní asistentka**
Forma studia:	**prezenční**

Téma práce: **Vliv sociálního prostředí na vznik poporodní psychózy**

Zásady pro vypracování:

Rešerše a studium odborných literárních zdrojů.
Vymezení pojmů a teoretických východisek použitých v bakalářské práci.
Volba metody průzkumného šetření.
Charakteristika vhodné skupiny respondentů.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření.
Vypracování edukačního materiálu.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 632 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.
MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ.Psychiatrická ošetřovatelská péče. Praha: Grada, c2006, 352 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.
NOLL RICHARD a FOREWORD BY LEONARD GEORGE. The encyclopedia of schizophrenia and other psychotic disorders. 3rd ed. New York: Facts on File, 2007, 409 s. ISBN 978-0816064052.
ROZTOČIL, Aleš et.all. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s.405. ISBN 978-80-247-1941-2.
ZACHAROVÁ, Eva. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, s.278. ISBN 978-80-247-2068-5.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **20. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2016**

Ve Zlíně dne 20. ledna 2016

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ Fakulta humanitních studií L.S.

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

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
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 [1)];
- 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 [2)];
- podle § 60 [3)] 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 [3)] 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 26.7.2016 Nikolová Klára

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 nevýdělečně 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). Odpírá-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 užít 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

Bakalářská práce na téma Vlivy sociálního prostředí na vznik poporodní psychózy se dělí na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část se věnuje průběhu šestinedělí, sociálnímu prostředí, typům psychóz a specificky poporodní psychóze. Praktickou část tvoří výzkumné šetření. Prostřednictvím polostandardizovaného rozhovoru jsou zkoumány výzkumné otázky. Výsledky šetření jsou porovnány s odbornou literaturou a shrnuty v diskuzi.

Klíčová slova: psychóza, poporodní psychóza, sociální prostředí

ABSTRACT

The bachelor thesis on Influence of Social Environment on Emergence of Post-Partum Psychosis is divided in two parts - a theoretical part and a practical part. The theoretical part consists of progress of childbed, social environment, types of psychosis and specifics of post-partum psychosis. Practical part consists of research survey. Research questions are explored through semi-structure interview. Survey results are compared with literature and summarized into a discussion.

Keywords: psychosis, spost-partum psychosis, social environment

Na tomto místě bych chtěla poděkovat doc. PhDr. Janě Kutnohorské CSc. za cenné rady, připomínky, ochotu a přívětivý přístup, které naplňovaly naši spolupráci. Mé díky také patří vedení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži za umožnění realizace výzkumného šetření.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat rodině a partnerovi za podporu, kterou mi projevovali po celou dobu studia.

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně za použití literatury, která je uvedena v seznamu. Prohlašuji, že tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická, nahraná do IS/STAG, jsou totožné.

Ve Zlíně dne: ……. …….

Klára Odehnalová

OBSAH

ÚVOD **10**
I TEORETICKÁ ČÁST **11**
1 ŠESTINEDĚLÍ **12**
1.1 POPORODNÍ ZMĚNY POHLAVNÍCH ORGÁNŮ 12
1.2 HORMONÁLNÍ ZMĚNY V ŠESTINEDĚLÍ 13
1.3 PSYCHICKÉ ZMĚNY V ŠESTINEDĚLÍ 14
1.4 ZMĚNY V PARTNERSKÉM VZTAHU 15
2 VYMEZENÍ POJMU PROSTŘEDÍ **17**
2.1 SOCIÁLNÍ PROSTŘEDÍ 17
2.1.1 Sociální role 17
2.1.2 Sociální situace 17
2.1.3 Sociální chování 17
2.1.4 Sociální opora 18
2.1.5 Druhy sociální opory 18
2.2 SOCIALIZACE 18
2.2.1 Resocializace 19
3 PSYCHÓZY OBECNĚ, DEFINICE PSYCHÓZ, DRUHY PSYCHÓZ, PŘÍZNAKY, DIAGNOSTIKA, LÉČBA **20**
3.1 DRUHY PSYCHÓZ 21
3.2 PŘÍZNAKY 21
3.3 DIAGNOSTIKA 22
3.4 LÉČBA 23
3.4.1 Farmakologická léčba 23
3.4.2 Nežádoucí účinky antipsychotik 24
3.4.3 Nefarmakologická léčba 24
4 POPORODNÍ PSYCHÓZA **26**
4.1 PŘÍČINY VZNIKU 26
4.2 PROJEVY POPORODNÍ PSYCHÓZY 27
4.3 DIAGNOSTIKA 27
4.4 LÉČBA 28
4.4.1 Farmakologická léčba 28
4.4.2 Nefarmakologická léčba 29
5 INTERVENCE PORODNÍ ASISTENTKY V PÉČI O ŽENU V OBDOBÍ TĚHOTENSTVÍ A ŠESTINEDĚLÍ **31**
5.1 PSYCHOFYZICKÁ PŘÍPRAVA NA POROD 31
5.2 INTERAKCE PORODNÍ ASISTENTKY SE ŽENOU TRPÍCÍ POPORODNÍ PSYCHÓZOU NA ODDĚLENÍ ŠESTINEDĚLÍ 32
6 POSOUZENÍ TRESTNÉHO ČINU VRAŽDA NOVOROZENÉHO DÍTĚTE MATKOU **34**
II PRAKTICKÁ ČÁST **35**
7 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ **36**

7.1 FORMULACE PROBLÉMU A STANOVENÍ CÍLE 36
7.2 HLAVNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA 36
7.2.1 Dílčí výzkumné otázky 36
7.3 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY 37
7.4 VÝBĚR KAZUISTIKY 37
7.5 ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ 38
8 KAZUISTIKA 39
8.1 ANAMNÉZA 39
8.1.1 Osobní anamnéza 39
8.1.2 Rodinná anamnéza 39
8.1.3 Gynekologická anamnéza 39
8.1.4 Sociální anamnéza 40
8.2 OBDOBÍ TĚHOTENSTVÍ A PORODU 40
8.3 OBDOBÍ PO PORODU 40
8.4 OBDOBÍ V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI 41
9 TRANSKRIPCE ROZHOVORU, ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT A POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S ODBORNOU LITERATUROU 43
9.1 RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK POPORODNÍ PSYCHÓZY V ANAMNÉZE 43
9.2 OBDOBÍ TĚHOTENSTVÍ 44
9.2.1 Porovnání informací z těhotenství s odbornou literaturou 45
9.3 OBDOBÍ PORODU 45
9.3.1 Porovnání údajů z období porodu s odbornou literaturou 46
9.4 OBDOBÍ ČASNÉHO ŠESTINEDĚLÍ 46
9.4.1 Porovnání informací z časného šestinedělí s odbornou literaturou 47
9.5 OBDOBÍ V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI 48
9.5.1 Porovnání údajů z období v psychiatrické nemocnici s odbornou literaturou 49
10 DISKUZE 51
11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI 53
ZÁVĚR 54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 55
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 60
SEZNAM PŘÍLOH 61

ÚVOD

Mateřství je pro mnoho žen nejkrásnějším obdobím v životě, nese s sebou spoustu krásných zážitků, bohužel s ním bývají spojeny také zážitky negativní. Poporodní psychické komplikace mohou postihnout kteroukoliv ženu v šestinedělí. Patří sem poporodní blues, poporodní deprese a nejzávažnější ze všech, poporodní, dříve laktační psychóza. Jejich příčina vzniku není zcela objasněna, prozatím jsou známé pouze rizikové faktory, které se na jejich původu mohou podílet, například psychiatrické onemocnění v anamnéze, velmi stresující zážitek v těhotenství nebo při porodu, užívání návykových látek atd.

Projevy těchto onemocnění jsou zejména plačtivost, smutná nálada, nechutenství, pocit neschopnosti, iracionální chování, halucinace. Jestliže se setkáme s ženou, kterou psychická komplikace v šestinedělí postihla, je nutné dbát na bezpečí její i novorozence. Porodní asistentky na oddělení šestinedělí by měly pozorně sledovat celkový stav nedělek, včetně plnění bio-psycho-sociálních potřeb a zajistit odpovídající psychickou podporu.

Léčba poporodních psychózy se odvíjí od závažnosti průběhu nemoci, nejčastěji bývá volena hospitalizace na psychiatrických odděleních nebo klinikách, kde má žena odpovídající péči. Důležitým faktorem úspěšnosti léčby je však podpora rodinných příslušníků a partnera.

V teoretické části této práce jsme se zaměřili na specifikaci šestinedělí, vymezení sociálního prostředí, obecné psychózy, bližší specifikaci poporodní psychózy a na intervence porodní asistentky v péči o ženu s poporodní psychickou komplikací.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ŠESTINEDĚLÍ

Jako šestinedělí (puerperineum) je označováno časové rozhraní počínající porodem placenty do 42. dne po porodu. Puerperineum bývá rozděleno na dvě části a to na časné šestinedělí trvající prvních 7 dní po porodu a pozdní šestinedělí trvající od 7. dne až po den 42. V tomto období postupně zanikají fyziologické změny organismu vzniklé prodělanou adaptací ženského těla na těhotenství. Většina vitálních funkcí se ustálí v rozmezí šesti týdnů, až na funkce psychické a kardiovaskulární, ty se mohou navracet v delším časovém horizontu. Vzhledem k velkému množství tělesných a psychických změn spojených s těhotenstvím, téměř nenastane návrat do identického stavu jako před otěhotněním. Další charakteristickou puerperineální změnou je zahájení činnosti mléčné žlázy a s tím spojený nástup laktace. (Čech,2014,s.208)

1.1 Poporodní změny pohlavních orgánů

- Děloha – prochází v šestinedělí největšími změnami, během gravidity znásobila svůj objem téměř 11krát a její váha po porodu dosahuje 1000g. Děložní involuce začíná již prvním týdnem po porodu a ke konci šestinedělí váží přibližně 80gramů. Po porodu placenty nastávají změny v hladině hormonů, uvolňují se proteolytické enzymy, svrašťují se svalová vlákna a klesá objem svalových buněk, nemění se však jejich počet. Retrahovaná svalovina dělohy anemizuje (lokální nedokrvení) kontrakcemi hladké svaloviny a stlačením arteriálních stěn nemá dostatečnou výživu. V myometriu (svalová vrstva dělohy) se zvyšuje množství pojivové tkáně a elastinu, ale po 6 týdnech je děloha jen o málo větší než před těhotenstvím a má oválný tvar. V průběhu šestinedělí se mění převážně její délka. Jako následek vypuzení plodového vejce se zmenší obsah děložní dutiny a vzniká vyšší myometriální a intrauterinní (nitroděložní) tlak, obnovuje se činnost dělohy, zvyšuje se intenzita kontrakcí, které jsou obzvlášť u vícerodiček během prvních poporodních dní vnímané jako porodní bolesti. Frekvence bolestí se zvyšuje při kojení, díky vyplavení oxytocinu z hypofýzy. Síla, četnost i stejnoměrnost poporodních kontrakcí se snižuje po uplynutí 24 hodin od porodu. Při involuci bez komplikací se děložní fundus snižuje od prvního dne po porodu od pupku přibližně 1 prst (cm) za 24 hodin, po týdnu se nachází 2-3 prsty nad horním okrajem stydké spony a snižuje se do malé pánve, což způsobuje, že po 10 dnech není fundus zevně hmatný a stav involuce je možno posoudit gynekologickým vyšetřením per vaginam.

- Místo inzerce placenty - se bezprostředně po vypuzení placenty zmenší na polovinu svého původního rozsahu, vyvolá kontrakci a tím zabezpečí uzavření cév. Placenta se odlučuje ve vrstvě decidui (děložní sliznice změněná těhotenstvím) označované jako spongiózní (houbovitá). Tato vrstva je méně zásobena výživou kvůli probíhající retrakci (zavinování) dělohy. Nastává hemostáza a odúmrť deciduálně změněné děložní sliznice, označované jako endometrium. V pozůstatku z místa inzerce placenty začínají probíhat regenerační procesy, ty spočívají v nahromadění leukocytů (bílých krvinek) a vytvoří se tzv. demarkační val. Povrchová vrstva deciduy odumírá a bazální vrstva, související s myometriem obsahuje zbytky žlázek a tvoří základ nového endometria. Celková regenerace endometria je ukončena za 3 týdny, ale v místě inzerce placenty trvá až 6 týdnů. Z dělohy odchází po porodu raný sekret neboli očistky (lochia). Charakter lochií se postupem času mění. V prvních dnech obsahují převážně krev a mají červenou barvu, nazýváme je lochia rubra. Za 3-4 dny po porodu je hlavní složkou očistků tkáňový sekret a barva se z červené mění na hnědou, označujeme je jako lochiafusca. Do týdne převažují ve složení leukocyty a barva přechází na žlutou, pojmenováváme je jako lochia alba, ty posléze nahrazuje hlen – lochiamucosa. Největší množství očistků odchází během prvního poporodního týdne, poté jejich množství postupně klesá, mají charakteristický zápach a reagují alkalicky, čímž narušují přirozeně kyselé prostředí v pochvě a tím tvoří živnou půdu pro bakterie.
- Děložní hrdlo a dolní segment – změny zahrnují postupné uzavírání vnitřních porodních cest. Děložní hrdlo je po porodu ochablé, s okrajovými laceracemi (drobné trhliny), prostupné pro 2 prsty. (Čech,2014,s.208)

1.2 Hormonální změny v šestinedělí

Pro hormonální období po porodu je charakteristická tzv. laktační amenorea (zástava menstruace), ta je hyperprolaktinemická a hypoestrinní. Současně s poklesem ovariální funkce dochází k útlumu sekrece sérových hladin testosteronu. U žen, které nekojí, dochází k úpravě funkce hypotalamo - hypofýzo – ovariálního systému přibližně za šest týdnů. U kojících žen, kojí-li dostatečně často (myšleno frekvencí přisátí dítěte k prsu), to může trvat až čtyři roky. Estrogeny mají vliv na zlepšení celkového emočního stavu ženy, mají také antidepresivní účinky a ovlivňují sexuální apetenci žen. Testosteron zvyšuje libido.

Prolaktin, jehož zvýšenou hladinu detekujeme po celou dobu laktace, podněcuje změny CNS vyvolané nedostatkem Estrogenu. (Weis, 2010, s. 301.)

1.3 Psychické změny v šestinedělí

Psychika žen je vystavena značné zátěži v období šestinedělí, tato zátěž vychází z hormonálních změn po porodu. Žena se adaptuje na roli matky, sehrávají zde velkou roli citové pohnutky a další vlivy, které působily již v těhotenství a během porodu, nezastupitelnou úlohu sehrávají také nové zážitky spojené s nedávným porodem. Velkou oporou pro matku setrvávající na oddělení šestinedělí může být porodní asistentka. To, jak bude psychika ženy dále reagovat, je ovlivněno mnoha faktory. Mezi hlavní činitele řadíme již zmíněné náhlé hormonální změny, průběh porodu, fyzické změny po porodu, nově vnímanou sociální roli, změnu životního stylu, osobnostní zkušenosti a vlastnosti, které bude uplatňovat v péči o dítě a vliv sociální opory. Už pár hodin po porodu, i přes vysílení, nemůže nedělka usnout, přehrává si v hlavě průběh celého porodu a porovnává tak prožitek náročné situace se sebepojetím. Dále se psychika ženy musí vyrovnat s přijetím novorozence jako samostatně existující bytosti, již nezávislé na matčině těle. Především v prvních dnech po narození je žena plně soustředěná na dítě, se kterým během každodenní péče upevňuje citový vztah, během kojení začíná být plně ponořená do myšlenek na své dítě. Narůstá pocit zodpovědnosti za zdraví a výchovu potomka s čímž souvisí obavy o to, jestli je dostatečně připravená zastat roli matky. Rostoucí nervozita a přetrvávající pohotovost spolu s nedostatkem spánku zvyšuje fyzickou vyčerpanost. Než si nedělka zvykne na tuto trvalou zátěž a ověří si, že je schopna se o potomka plnohodnotně postarat, může prožívat stavy nedostačivosti a neschopnosti. (Rastislavová, 2008. s.1-3).

Psychický stav ženy po porodu je možno rozčlenit do několika kategorií, které na sebe mohou navzájem navazovat. Často je náročné rozhodnout, do které z kategorií ženu zařadit. Až 40% žen trpí po porodu různými stupni depresí. Tyto změny je možné odůvodnit změnou hormonálních hladin, rovnováhy elektrolytů a tělních tekutin bezprostředně po porodu.

- **Ženy bez odchylek** - jako první a také nejpočetnější skupinou jsou nedělky, které se z psychologického hlediska neodchylují od normálu netěhotné ženy. Bez potíží zvládají nově nabitou roli matky, orientují se v interpersonálních vztazích a převažuje u nich pocit štěstí a spokojenosti.

- **Poporodní blues** - jako druhý stupeň označujeme poporodní blues, také zvané „baby blues“, které se objevuje 3. – 5. den po porodu. Je to v celku běžný psychický projev v šestinedělí. Příčina vzniku není zcela zřejmá, domníváme se, že stěžejní úlohu zde hraje pocit přetížení v oblasti péče o novorozence a dočasná sociální izolace od rodiny probíhající po porodu. Jeho frekvenci nelze přesně určit, dle některých autorů postihuje 70% - 80% rodiček. Mezi hlavní projevy patří plačtivost, úzkost, podrážděnost, labilní chování, poruchy v komunikaci, poruchy spánku a nízká sebedůvěra. Dochází k vnímání negativních pocitů vůči vlastnímu dítěti. Příznaky samovolně odezní do desátého dne po porodu.(Roztočil; Koudelková, 2013, s 128)
- **Poporodní deprese** - třetí stupeň nazýváme poporodní (puerperální) deprese. Ta se projevuje pocity bezmoci, paniky, strachu, studu, odmítání, nedostatkem životního elánu, poklesem hmotnosti, nespavostí, uzavřeností a ztrátou sebeúcty. Ženy nejsou schopné se vyrovnat s péčí o dítě, mají potíže s kojením, cítí se bezradné, obávají se o zdraví své i dítěte, mohou mít i paranoidní stavy, kdy hrozí nebezpečí poškození dítěte. Může vzniknout v kterémkoliv období od ukončení těhotenství, tedy i po předčasném porodu, potratu (tento jev nazýváme postabortní syndrom), a mimoděložním těhotenství. Převážně se však projevuje mezi 4. - 6. dnem po porodu. Často se vyskytne u žen po příchodu do domácího prostředí. Postihuje přibližně 10% nedělek. Příznaky jsou velmi individuální od formy mírné až po suicidální (sebevražedné) tendence. Rizikovými faktory pro vznik poporodní deprese jsou depresivní ataky v anamnéze, ženy s poruchou štítné žlázy, prvorodičky pod 20 let s nedostatečnou emoční podporou okolí, ženy s neuspokojivým vztahem k partnerovi apod.
- **Poporodní psychóza –** čtvrtým a také nejzávažnějším stupněm je poporodní psychóza, kterou blíže specifikuje kapitola 4.

1.4 Změny v partnerském vztahu

Během prvního těhotenství probíhá velká změna vztahu mezi partnery. Vztah, který byl do té doby získaným, přechází ve vztah vrozený prostřednictvím narození společného dítěte. Rodičovství nelze zrušit ze své podstaty. Získaný vztah lze ztratit nebo najít nový, ale vztah vrozený je možné jen hůře nebo lépe naplnit. Narození dítěte významně mění organizaci rodinných povinností a v nemalé míře ovlivňuje psychologickou strukturu rodi-

ny. Někteří muži mají pocit ublíženosti, protože se jim partnerka tolik nevěnuje, stýská se jim po partnerčiných něžnostech, občas se dokonce cítí být cizí ve svém vlastním domě. Otec se z muže nestane pouze narozením potomka, je to dlouhodobý proces, který je zahájen dlouho před porodem a pokračuje mnoho let po něm. Intuitivní rodičovské dovednosti umožňují i mužům plnohodnotné zapojení v péči o dítě a tak se stanou partnerce oporou. Kvalita partnerství a sociální opory v rodině je podstatným faktorem, který má vliv na ženinu psychiku. Depresivní nedělky mají často pocit nedostatečné podpory rodiny a přátel, nejdůležitější je pro ně však podpora partnera. Partnerský vztah tak často prochází první zatěžkávací zkouškou. V moderní kultuře je partner považován za nejdůležitějšího pomocníka ženy v rodině. To na něj klade vysoké nároky a jeho psychika reaguje odlišněji než psychika ženy po porodu. Mladí rodiče jsou často separováni od svých původních rodin, nebo je pomoc rodičů okolím znevažována. V mnoha kulturách, kde přetrvávají tradice ochrany nedělky a novorozence po porodu, je nízká incidence emočních komplikací. Žena s dítětem je po nezbytnou dobu chráněna před nároky zevního prostředí a za pomoci příbuzných žen je utvrzována ve své nové roli matky. (Rastislavová, 2008, s.1)

2 VYMEZENÍ POJMU PROSTŘEDÍ

Prostředí označujeme jako prostor, ve kterém se člověk nachází a vytváří podmínky nezbytné pro život. Nese název životní prostředí. V tomto prostoru na sebe působí mnoho různých faktorů, které zabezpečují, že organismus může žít, fungovat a rozmnožovat se. V případě člověka hrají důležitou roli kromě faktorů přírodních (voda, ovzduší, atd.), také faktory společenské a kulturní. (Bendl, 2015, s. 84 – 85.)

2.1 Sociální prostředí

Pojem sociální prostředí se vztahuje na širokou škálu situací a zkušeností, od obecných jako jsou sociální třída, etnická příslušnost, pohlaví atd., až po situace konkrétní, k nimž patří významné životní události, chronická onemocnění, klíčové sociální vztahy. V širším slova smyslu sociální prostředí zahrnuje sociální, ekonomické a kulturní vlivy, které se odrážejí v každodenním životě lidí. (Cappeliaz, 1993, s.4)

2.1.1 Sociální role

Sociální role je způsob jednání, který ostatní členové skupiny za určité sociální situace očekávají. Je to vzorec chování, který se pojí k určitému postavení ve společnosti. Pro zastávání role musí mít jedinec rolovou dispozici, tzn. osobní předpoklady a vlastnosti důležité k jejímu zvládnutí. V životě hrajeme paralelně několik rolí, které se mohou měnit. Můžeme rozlišovat různé druhy sociálních rolí, trvalé (role matky, dcery), krátkodobé (role cestujícího, diváka), nucené (role ženy a muže), volitelné (např. v zaměstnání). Sociální roli se jedinec učí nápodobou, zásadní vliv mají zkušenosti z dětství. (Zubíková, 2011, s.22)

2.1.2 Sociální situace

Sociální situace představují jednotky vzájemného působení jedince a prostředí, tvoří celek každodenního sociálního života a určujícím způsobem vymezují jeho chování.(Výrost, 2008s.70)

2.1.3 Sociální chování

Sociálním chováním označujeme způsob, jak lidé reagují na lidi kolem, tzn. na sociální okolí. Na toto chování má zásadní vliv vztah člověka k sobě samému, tedy sebepojetí. (Kopecká, 2015, s.25-26)

2.1.4 Sociální opora

Sociální oporou rozumíme pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku v tíživé životní situaci. Obecně jde o činnost, která člověku tíživou situaci svým způsobem usnadňuje. Sociální oporu můžeme chápat v různých úrovních. V mikroúrovni se jedná o celospolečenskou formu pomoci potřebným. Na mezoúrovni jde o sociální oporu poskytovanou jednou skupinou lidí k jednotlivcům. Na mikroúrovni je o oporu, kterou člověku poskytuje osoba, jež je mu nejbližší. Převládá názor, že sociální opora má v životě lidí nezastupitelné místo. Tvoří důležitý moment v procesu zvládání životních těžkostí, obzvlášť tam, kde člověk onemocní, dostává se do hluboké krize nebo kde byl chodem událostí hluboce zklamán. Sociální opora ve zvládání náročných situací je dynamický proces, jehož forma a úroveň se proměňuje v čase, v závislosti na vývoji životní situace, v závislosti na věku a na sociální interakci jedince. Sociální opora může být vnímána odlišně poskytovatelem, příjemcem i nestranným pozorovatelem a její účinky mohou být jak pozitivní, tak negativní.(Hoskovcová, 2006, s.53)

2.1.5 Druhy sociální opory

Instrumentální opora – člověk v tíživé situaci má různé potřeby, zavolat odvoz z místa nehody, dopravit do lékařského zařízení, střechu nad hlavou, patří sem také finanční pomoc.

Informační pomoc – začíná nasloucháním, nejde však o to slyšet, co dotyční říká, ale o porozumění, co chce sdělit. Nestačí ho jen vyslechnout, často je třeba splnit jeho přání a předat získané informace osobě, které jsou určeny.

Emocionální opora – poskytnutím kladných emocí pomůžeme člověku v tíživé situaci překonat emoce záporné, jako je strach, úzkost a nejistota, které se v tíživých situacích derou do popředí.(Křivohlavý, 2010, s.84)

2.2 Socializace

„*Proces osvojování si způsobů chování a seznamování se s kulturním prostředím, osvojení si společenských norem, plné přizpůsobení se společenskému životu se nazývá socializace.“* Lidský jedinec se rodí jako potencionální člověk. Úplným člověkem se stává až v procesu socializace, jehož výsledkem je získání specifických lidských vlastností a způsobů chování, psychického vnímání, cítění a jednání, tedy osvojení si vlastností, které mu umožní život ve společnosti. Každá společnost si v průběhu své existence představu o tom, jakým způsobem by jedinci měli vykonávat sociální role dané jejich věkem, pohla-

vím, postavením, profesí apod. a které hodnoty společnosti by měli sdílet. Tyto představy zahrnuje do soustavy norem, kterými usměrňuje prožívání a chování jedinců.(Výrost, 2008 s.49)

2.2.1 Resocializace

Pojem resocializace se používá v souvislosti se znovuzačleněním jedince do společnosti, například u lidí s duševní poruchou po dlouhotrvající ústavní léčbě. Jejím cílem je vylepšení sociálních funkcí u duševně nemocných a dosažení jejich spokojenosti a úspěšnosti v prostředí, které si vybrali pro život, přičemž míra trvalé profesionální podpory, která je jim poskytovaná, by měla být dostačující, avšak omezena na minimum. Hlavní zaměření procesu resocializace je zlepšení chování a dovedností v potřebných sociálních rolích a prostředích (bydlení, vzdělání, práce a volný čas). Kromě vylepšování kompetencí se resocializace zaměřuje také na rozšiřování zdrojů podpory nemocného (rodina, přátelé). (Hosák, 2015 ,s.515)

3 PSYCHÓZY OBECNĚ, DEFINICE PSYCHÓZ, DRUHY PSYCHÓZ, PŘÍZNAKY, DIAGNOSTIKA, LÉČBA

Psychóza je druh duševního onemocnění, při kterém je jedincem (psychotikem) jinak vnímána a posuzována skutečnost. Vzniká zde postupná ztráta kontaktu s realitou provázená změnou chování, kterou vyvolaly halucinace a bludy. Psychotik, který se nepovažuje za nemocného, jedná pro druhé nepochopitelně a své chování plně podřizuje novému - subjektivnímu vnímání skutečnosti. (Vokurka, 2009, s.767.)

Psychóza je obecně sběrný pojem jako schizofrenie, tyto dva pojmy jsou však často zaměňovány. Jako hlavní příznaky psychotického onemocnění považujeme rozpad funkcí já. Důsledkem tohoto rozpadu je ztráta testování reality (rozlišení toho, co přichází zevnitř – vnitřní zkušenost a co je vjem vnějšího světa) a tedy i hranic sebe. Každá psychotická epizoda je brána jako závažný zásah do integrity jedince. Psychotické symptomy se objevují náhle a postupně mohou ustoupit nebo přetrvávají dlouhodobě s různou intenzitou.(Peč, Probstová, 2009, s.34.).

Nemocný mnohdy odmítá léčení a bagatelizuje chorobu, sám ovšem nedokáže druhým vysvětlit, co se s ním děje. Psychický stav je v tomto případě proměnlivý. Často se u psychotiků střídají období silných příznaků, tzv. akutní ataka, s obdobími téměř bezpříznakovými, tzv. remise. Mezi psychózy se řadí více onemocnění. V současnosti převládá názor, že psychóza není vyvolána jednou příčinou, ale společným působením řady faktorů. Za některé jsou zodpovědné vlivy prostředí a události, které člověk prožil, jiné jsou geneticky podmíněné. Podle současných teorií jsou příznaky onemocnění vyvolány narušením chemických procesů v mozku. Nejrozšířenější teorie předpokládají, že k propuknutí psychózy dochází tehdy, jsou-li lidé, kteří mají psychotickou vlohu, vystavování nadměrné okolní zátěži. Je prokázáno, že náchylnost k onemocnění, tedy určitá vloha je dědičná, což neplatí o samotné nemoci. Riziko vzniku psychózy tedy navyšuje vše, co by mohlo potenciálně narušit přirozený vývoj mozku. Vzhledem k tomu, že jako rozhodující faktor zde sehrává roli psychická zátěž, tedy stres, dochází mnohdy k první atace psychózy během těhotenství a po porodu, protože jde o velké životní události, které vyžadují někdy i změnu životního stylu.

Obzvláště rizikové skupiny žen, které mají vrozené predispozice ke vzniku psychotického onemocnění a spolu s nimi se u nich objevují další rizikové faktory, by měli být

dostatečně edukovány o příznacích, aby případně dokázaly rozpoznat hrozící vzplanutí choroby.(Peč, 2009,s.35)

3.1 Druhy psychóz

Nemoc se dělí do dvou hlavních skupin, a to na psychózy symptomatické a endogenní.

Symptomatické psychózy – bývají způsobeny známými příčinami, které narušují činnosti mozku.

- Toxické psychózy – bývají vyvolány otravami z některých jedů, chronickým užíváním drog nebo alkoholu.
- Involuční psychózy – za jejich vznik jsou zodpovědné degenerativní změny mozku ve stáří.

Endogenní psychózy – jejich příčina není známá, dostupnými metodami nelze zjistit rozsah poškození mozku.

- **Schizofrenie –** dlouhodobé onemocnění, příčina vzniku není zcela známa.(Slezáková, 2013, s. 205)
- **Maniodepresivní psychóza –** také označována jako bipolární porucha se vyznačuje dlouhodobým střídáním manických a depresivních stavů. (Látalová, 2010, s. 17)
- **Schizoafektivní psychóza –** vyznačuje se přítomností příznaků jak bipolární poruchy, tak schizofrenie. (Pavlovský, 2012, s. 79)
- **Paranoidní psychóza –** duševní porucha charakterizována bludy a halucinacemi. (Dušek, 2010, s. 230; Čech, 2014, s. 394 – 395)

3.2 Příznaky

Příznaky lze dělit dle mnoha kritérií, jednou z variant je dělení na příznaky pozitivní a negativní. Pozitivními příznaky rozumíme něco navíc, nevyskytují se u zdravých lidí, např. halucinace, bludy, pocity ovládání. Oproti tomu negativní příznaky se projevují tak, že nemocnému něco schází, např. vůle projevit nějaký cit, zájem o lidi okolo, chuť něco udělat. Další kritérium dělení se může odvíjet od toho, kterou ze složek psychiky jedince narušují. Bývají tedy rozlišovány poruchy nálady, vnímání, pozornosti, vůle a chování. Na počátku a na konci akutní ataky onemocnění se objevují příznaky, které bývají nazývány jako nespecifické, sem lze zahrnout poruchy spánku, kdy dochází k špatnému usínání a

brzkému probouzení, nemocní i několik nocí nespí. Lze to považovat jako jeden z nejčastějších příznaků, spojených s hrozbou zhoršení stavu. Často dochází ke změně chuti k jídlu, a to buď k nechutenství, nebo v méně případech k přejídání se. Někdy období hladovosti a zvýšené podrážděnosti předchází úplnému propuknutí příznaků. Jindy má nemocný úzkosti a pocit zmatenosti, protože nabyl dojmu, že se okolo něj děje něco zvláštního, že se okolní svět mění a on se v něm nevyzná jako dříve. (Čech, 2014, s. 394 – 395)

3.3 Diagnostika

Psychiatrie dospívá k diagnostickým závěrům prostřednictvím složitého procesu počínajícího získáváním informací, který vede k symptomatickému, syndromovému a konečnému závěru na úrovni vlastní psychické poruchy. Psychiatrická diagnóza se tedy vždy provádí tzv. per exclusionem, tj. zvažováním všech eventualit, které psychické poruchy přicházejí v úvahu ve vztahu ke konkrétnímu případu a k její realizaci je využíváno údajů získaných prostřednictvím rozhovoru s klientem, jehož součástí je také pozorování. Další údaje poskytuje vyšetření psychologické a neurosomatické.

Rozhovor a pozorování nemocného musí být podřízeny situaci, za které vyšetření probíhá. Mezi základní požadavky u komunikace lékaře s nemocným patří nestrannost a zdrženlivost, zároveň by vyšetřovaný měl z komunikace s lékařem cítit jisté porozumění a pochopení jeho situace. Lékař by neměl podávat sugestivní otázky. Anamnéza je nedílnou součástí rozhovoru, velmi podstatná je rodinná anamnéza, která nás informuje o sociálním prostředí, kde nemocný žije, o jeho sociální situaci, interpersonálních vztazích, také o přítomnostech psychiatrického onemocnění v rodině a o výskytu dalších dispozičních onemocnění. Další pro nás významná složka je osobní anamnéza, ta napomáhá rekonstruovat osobnost a její vývoj od dětství, přes období před psychotickou poruchou, až do současnosti. Samostatnou anamnestickou skupinu tvoří nynější onemocnění, zde se lékař snaží o co nejpřesnější zjištění projevů onemocnění. K objektivnějšímu zhodnocení aktuálního stavu klienta slouží tzv. údaje z okolí vyšetřovaného neboli „objektivní anamnéza“. Jde o údaje z okolí vyšetřovaného, ať už informace z rodiny, pracoviště nebo školy. Tyto údaje mohou být subjektivně zabarvené, stejně jako výpovědi od vyšetřovaného, ale napomáhají k objektivnímu dokreslení celkového obrazu.

Závěrečnou etapou třídění veškerých získaných poznatků je psychopatologický rozbor. Tento rozbor tvoří dvě hlavní části a to symptomová charakteristika, jež slouží

k utřídění jednotlivých projevů a příznaků, které byly u nemocného zjištěny, obvykle bývají sestavovány podle jednotlivých psychických kvalit, ty bývají doplněny o příklady, aby bylo zřejmé, z čeho jsme usoudily, že se jedná o konkrétní symptom. Druhou část označujeme jako dynamický vývoj příznaků, to je aktuální popis jednotlivých symptomů není dostačující, proto je nutné popsat jejich vývoj. Jde nám především o zachycení možné příčiny vzniku, odhalení jejich závislosti na 23ehci23idní osobnosti a o zachycení dynamiky, která může mít vliv na další prognózu.

Když lékař dospěje k diagnostickému závěru vyšetření, který nemusí být vždy konečný, musí rozhodnout o dalším opatření, což zahrnuje např. léčebný postup, sociální nebo rehabilitační opatření a případné další vyšetření, která mohou upřesnit diagnostický závěr.(Dušek, 2015, s. 35-41.)

3.4 Léčba

Dnešní psychiatrie uplatňuje u léčby psychických poruch řadu terapeutických postupů a metod, které se nesoustředí pouze na léčbu duševního onemocnění, ale zaměřují se i na somatická onemocnění. Léčbu u psychotických onemocnění lze rozdělit na dvě skupiny a to na léčbu farmakologickou a nefarmakologickou.

3.4.1 Farmakologická léčba

Léky, jejichž hlavní úlohou je léčba psychóz, nazýváme antipsychotika (dříve neuroleptika). Spektrum jejich využití je však mnohem širší např. potlačení agitovanosti, neklidu, agresivity, nejen u psychóz, ale i u organických psychických poruch. Nejčastěji se antipsychotika dělí z pohledu klinického vývoje, a to na klasická (typická), která se dnes označují jako antipsychotika první generace a atypická, neboli antipsychotika druhé generace.

- **Klasická antipsychotika** – jejich působení je centrálně zaměřeno na blokádu postsynaptických dopaminových receptorů, a tak snižují jeho přenos na synapsy v různých mozkových oblastech, což vedle žádoucího antipsychotického účinku přináší mnoho účinků nežádoucích. Dělí se na antipsychotika sedativní a incizivní.
    I. Sedativní (bazální) antipsychotika – vyznačují se výrazným zklidňujícím a hypnosedativním účinkem, hypokinezí a mírnějšími příznaky. Jako zástupce můžeme uvést Tisercin, Chlorprotixen, Cisordinol.

II. Incizivní antipsychotika– mají velmi pozitivní vliv na neklid a agresivitu u psychotických pacientů. Jejich sedativní účinek není tak výrazný, ale více vedou k nežádoucím reakcím a hyperprolaktinémii. Mezi zástupce řadíme např. Buronil, Haloperidol, Perfenazin.

- **Atypická antipsychotika –** ovlivňují tyto onemocnění prostřednictvím působení na větší počet receptorů, čímž snižují počet nežádoucích účinku a dochází u nich k lepší toleranci. Dělí se dle mechanizmů účinku do čtyř skupin.
  I. Selektivní antagonisté dopaminových receptorů – pozitivně ovlivňují pozornost a depresivní nálady, např. Sulpirid, Amisulprid a Tiaprid.
  II. Antagonisté serotoninových a dopaminových receptorů **– (**SDA**)** blokují vedle dopaminových receptorů také serotoninové a adrenalinové receptory, např. Risperidon, Ziprasidon.
  III. Multireceptorový antagonisté – (MARTA) mají rozšířené spektrum účinku, protože působí na celou řadu neurotransmiterových systémů, např. Olanzapin, Klozapin, Quetiapin.
  IV. Dualista dopaminových receptorů a antagonista serotoninových receptorů – riprazol, má minimum nežádoucích účinků a obecně je placentou velmi dobře tolerován.

3.4.2 Nežádoucí účinky antipsychotik

Spektrum nežádoucích účinků je velice široké, některé z nich mohou být tak obtěžující, že u pacienta dojde k svévolnému nebo i lékařem ordinovanému vysazení, či změně terapie. V různém počtu a intenzivně se mohou vyskytovat prakticky u všech druhů antipsychotik. Nežádoucí účinky se zpravidla objevují po zahájení léčby, a to mnohem dříve než očekávaný terapeutický účinek, proto je nutné tyto projevy monitorovat a při jejich výskytu neprodleně informovat lékaře. (Petr, 2014, s. 98–99.)

3.4.3 Nefarmakologická léčba

Do této kategorie zařazujeme psychosociální léčbu, která zahrnuje například psychoterapii, nácvik sociálních dovedností, psycho-sociální edukaci a psychiatrickou 24ehcilitaci a jiné terapeutické prostředky. Jinými terapeutickými prostředky rozumíme elektrokonvvulzinvní léčbu či transkraniální magnetickou stimulaci, tyto metody se však používají výjimečně a je k nim nutný písemný souhlas pacienta.

- Psychoterapie – *Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciální prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy.* (Vymětal, 2004, s.20)
- Psycho – sociální edukace – psychoedukace pacienta a jeho nejbližších má významný vliv na proces vyrovnání se zátěží, kterou onemocnění představuje pro pacienta a jeho rodinu. Pochopení nemoci, jejích projevů, příčin, možností léčby a potencionálních rizik je klíčové pro další spolupráci s pacientem a pro budoucí prognózu onemocnění. (Vymětal, 2004, s.20)
- Psychiatrická rehabilitace – je to nedílná součást terapie komplexní léčby duševních poruch. Její hlavní úloha spočívá v obnovení schopností, které se vlivem propuknutí onemocnění snížily. Hlavním cílem je tedy pomoci klientovi co nejkvalitnější opětovné zapojení do každodenních činností a celkově zvýšení kvality života. Využívané metody jsou např. Atreterapie, Kinezioterapie, zábavné a rekreační činnosti, ergoterapie atd. (Tomáš, 2014, s.218)
- Lázeňská léčba – lázeňská léčba u psychicky nemocných, neboli balneopsychiatrie, tvoří komplexní soubor lázeňských terapeutických postupů směřujících k úplnému obnovení, nebo částečné kompenzaci narušených psychických funkcí organismu. K dosažení stanoveného cíle je nutná minimální délka pobytu v lázeňském zařízení 3 – 4 týdny. Účinek klimatické léčby významně působí na emoce, jako je vnímání krásy krajiny, zvuků v přírodě apod. Metody balnneopsychiatrie jsou např. hydroterapie, aeroterapie, činnostní terapie. (Dušek, 2010, s. 582-590)
- Elektrokonvulzivní terapie – (EKT) známá také jako elektrošoková terapie patří stále mezi jednu z nejúspěšnější biologické léčebné metody v psychiatrii. Během EKT dochází k elektronické stimulaci mozku, kdy je u pacienta v několika intervalech vyvolán slabý epileptický záchvat. Tento proces způsobuje neurofyziologické změny, které působí terapeuticky u řady duševních nemocí. (Hosák, 2015,s. 166-167)

4 POPORODNÍ PSYCHÓZA

Poporodní období je u žen čas, ve kterém hrozí vyšší výskyt psychického onemocnění, můžeme ho považovat jako jeden z rizikových faktorů. Zejména v raném šestinedělí je nedělka ohrožena závažnou psychickou poruchou známou jako poporodní (dříve laktační psychóza). Dnes poporodní psychóza jako samostatná klinická jednotka není uznávaná, jde o relaps, nebo o první ataku „běžné“ psychózy. (Weiss, 2010, s. 300.)

Vzniká většinou během prvního týdne až (15 dní) po porodu. Některá literatura uvádí, že v prvních dvou dnech po porodu se psychózy prakticky neobjevují, vzestup začíná třetí až čtvrtý den po porodu. Pokud se rozvine psychotická reakce, jde většinou o projevy akutní s velmi bouřlivým projevem (mánie, schizoafektivní psychóza). U nedělky je patrné atypické chování. Velké nebezpečí představují sluchové halucinace (imperativní hlasy) a bludy, které se váží k porodu a dítěti. Je zde zvýšené riziko, že matka ublíží sobě, nebo dítěti. (Rastislavová, 2008, s. 3.)

Ženy trpící touto poruchou většinou potřebují podstoupit léčbu na psychiatrickém oddělení. U žen, které prodělaly ataku poporodní psychózy, je až čtyřikrát vyšší riziko relapsu při dalším porodu. U poporodních psychických obtíží je důležité správně diagnostikovat, jestli byly přítomny už před otěhotněním. (Ayers, 2015, s. 349)

U 72 – 80% žen s první atakou psychózy bývá později diagnostikována bipolární porucha nebo schizoafektivní porucha, u 12 % žen je to schizofrenie. (Takács, 2015, s.96)

4.1 Příčiny vzniku

Vznik poporodní psychózy je podmíněn multifaktoriálně. Rizikovou skupinou jsou matky, které mají před otěhotněním v anamnéze psychiatrické onemocnění jako je bipolární afektivní porucha, nebo schizofrenie. Spouštěcím faktorem u těchto žen může být vysazení udržovací medikace. U žen bez předešlého psychiatrického onemocnění se na vzniku podílí především faktory biologické, jako jsou prudké změny hladin estrogenů, tumory, neuroinfekce, eklampsie, dysfunkce štítné žlázy, abstinenční příznaky vyvolané vysazením návykových látek atd. Významnou roli u vzniku onemocnění hraje rodinná zátěž, tudíž psychiatrické onemocnění vyskytující se v rodině, trauma spojená s porodem a šestinedělím (náročný porod, porod pomocí vakumextraktoru, poporodní infekce).

4.2 Projevy poporodní psychózy

Mezi hlavní rysy patří prudké změny v úrovni vědomí, amence, zmatenost, dezorientovanost. U ženy jsou patrné atypické projevy jako euforie, psychické nadnesenosti, rozdávavosti, snížené potřeby spánku a odpočinku, podivného chování (žena chodí odhalená po oddělení) nebo naopak převládají pocity bezmoci, neschopnosti pečovat o dítě, opakovaně se dotazuje na drobné zdravotní problémy, je paranoidní, má strach z budoucnosti, je apatická a ztrácí zájem o sebe i o novorozence. Halucinace a bludy mají většinou vazbu na mateřství, porod, destrukci a smrt. Tato porucha je nebezpečná proto, že žena patologicky vyhodnocuje a posuzuje situaci během ataky mánie má pocit nezranitelnosti, během deprese naopak úzkostné stavy selhání.(Chromý, 2005, s.181.; Rastislavová, 2008, s.3)

Veškerý zdravotnický personál, rodinní příslušníci by měli být schopni rozpoznat příznaky tohoto onemocnění a vyhledat odbornou pomoc. (Leifer, 2004, s.290.)

4.3 Diagnostika

Světová zdravotnická organizace (WHO) spolu s řadou odborníků vytvořila Mezinárodní statistickou klasifikaci nemocí a přidružených problémů – MKN-10-, která je v České republice platná od roku 1994. V páté kapitole této klasifikace tzv. Poruchy duševní a poruchy chování (F00 – F99) nalezneme kategorii F53: Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělím. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, [online],2014).

Když se žena dostane do zdravotnického zařízení, většinou za doprovodu rodiny nebo blízké osoby, je nezbytné provést komplex vyšetření, která vyvrátí somatickou příčinu příznaků, kvůli kterým žena vyhledala lékařskou pomoc. V diferenciální diagnostice je nezbytné vyloučit somatické choroby, jež se mohou projevovat jako psychiatrické onemocnění. Změny senzorického vnímání a chování může také způsobit ruptura aneurysmatu s následným krvácením do mozku, zhoubný nádor na mozku, dysfunkce štítné žlázy nebo cévní mozková příhoda. Vstupní testy v sobě mají zahrnutá vyšetření krevního obrazu, biochemické vyšetření krve, vyšetření štítné žlázy a toxikologické vyšetření moči na přítomnost návykových látek. Jako u poporodních depresí, ani zde nejsou dostupná stoprocentní objektivní kritéria pro zhodnocení objektivního psychického stavu ženy, proto jsou zdravotníci odkázáni na výpovědi členů rodiny a blízkých osob, které jsou se ženou v úzkém kontaktu a mohou podat důvěryhodnou výpověď. Odborná literatura uvádí jako

jeden z možných diagnostických prostředků EPDS (Edinburská škála postnatální deprese) a MQD test (MoodDisorderQuestionnaire). (Sit, Rotschild, Wisner, JournalofWoman´sHelth, 2006, s.357.)

4.4 Léčba

Léčba poporodní psychózy není vždy identická, je to způsobeno nedostatkem informací o onemocnění a obsáhlým polem symptomů. (Nonacs, 2006)

Onemocnění vyžaduje psychiatrickou i medikamentózní terapii, obzvlášť při suicidálních tendencích. Hospitalizace na psychiatrickém oddělení bývá nevyhnutelná. (Koudelková, 2013, s.129.)

Terapie probíhá stejně jako u jiných typu psychóz. Zástava laktace je nutná pouze v případě, že léky prostupují do mateřského mléka a hrozí intoxikace kojence psychofarmaky. U rizikových skupin žen je možná profylaxe prostřednictvím podávání psychofarmak po porodu, zde zástava laktace většinou není nutná, naopak je ženami vnímána negativně. (Rastislavová, 2008, s.4)

4.4.1 Farmakologická léčba

Při léčbě těhotných a kojících žen by lékař měl důsledně zvážit benefity a rizika farmakoterapie. Obecně platí, že čím méně léků žena v období početí, těhotenství a kojení užívá, tím lépe pro ni i dítě. Dosavadní informace o vlivu psychofarmak na dítě jsou nedostatečné a u řady léků jsou dokonce neznámé. (Orel, 2012, s. 212)

Dílky lepší snášenlivosti a obecně kvalitní účinnosti se lékaři přiklání v prvé řadě k antipsychotikům atypickým (druhé generace). Typická (klasická) antipsychotika se používají ve specifických situacích, kde jsou patrné jejich výhody, jako je například kontrola akutního neklidu nebo potřeba akutního sedativního účinku. Hladina antipsychotik v mateřském mléce je výrazně nižší než v plazmě matky. Sledování dětí, které byly prostřednictvím kojení vystaveny vlivům antipsychotik, neobjevila podstatnější bezprostřední ani dlouhodobé negativní následky. Rozhodování o druhu antipsychotik, lékové formě a způsobu podání ovlivňuje míra spolupráce nebo potřeba akutního zklidnění pacientky. Obecně se doporučuje začít s nejmenší iniciální dávkou a postupně navyšovat na základě efektivity a snášenlivosti až na množství, které navodí požadovaný účinek a zároveň je bezpečné pro matku i dítě. (Tákács, 2015, s. 92. – 95.)

4.4.2 Nefarmakologická léčba

Psychoterapie je název pro léčbu, která využívá terapeutických vlastností psychologických prostředků. Těžištěm pro zahájení psychoterapeutické léčby je období po odeznění akutních příznaků psychózy. Podstatou všech psychoterapeutických postupů je podpora zdravých částí osobnosti. Psychoterapie se diferencuje na individuální, skupinovou a rodinnou. Mezi metody psychoterapeutické práce řadíme rozhovor, dramatizaci, uměleckou práci, psychogymnastiku, hraní rolí nebo nácvik dovedností. Hlavním cílem psychoterapie je obnovit kontrolu nad svým chováním, vnímáním, emocemi, myšlenkami a představivostí.

- Individuální psychoterapie – pomáhá vytvořit si osobu, které je žena schopná věřit v krizových situacích, zároveň napomáhá obnovit důvěru v okolní svět.
- Skupinová psychoterapie – napomáhá pacientce ujasnit si své místo ve světě a uvědomit si formy chování, které vedou ke stresovým situacím. Probíhá ve skupině s přátelskou atmosférou.
- Kognitivně – behaviorální terapie – KBT je psychoterapeutická metoda zaměřující se na celkové přijetí nemoci. Má za cíl zlepšení sociální adaptace v sebehodnocení i v objektivním hodnocení. Vede klienty ke zlepšení sociální adaptace v sebehodnocení i v objektivním hodnocení.
- Rodinná terapie – zapojuje do léčby rodinné příslušníky, pro ženu je důležité, aby v rodině panovala přátelská atmosféra bez prudkých emocí a výčitek. (Raboch, 2013,s.255-256.)
- Elektro-konvulzivní terapie – je volena v případě, že antipsychotika nedosahují požadovaného účinku, nebo v případě, že jsou jejich vedlejší účinky natolik závažné, že v terapii antipsychotiky nelze pokračovat. K této formě terapie se přistupuje také v okamžiku, kdy jsou projevy nemoci natolik závažné, že ohrožují pacienta i jeho okolí. V klinických výzkumech je popsáno, že ženy s poporodní psychózou reagují na EKT lépe, než pacienti s jiným druhem psychického onemocnění.(Sit, Rotschild, Wisner, JournalofWoman´sHelth, 2006)
- Interpersonální psychoterapie –(ITP) probíhá v několika fázích. Fáze 1. se zaměřuje na identifikaci vztahových problémů, které vedly ke vzniku obtíží a které onemocnění nadále udržují. Ve fázi 2. dochází k uzavření terapeu-

> tické smlouvy o řešení interpersonálních problémů. Fáze 3. řeší vyústění ukončení terapie. (Papežová, 2010, s. 293)

Různé druhy psychoterapie žena navštěvuje ještě před propuštěním z léčebného zařízení a pokračuje v nich dále v rámci ambulantní léčby. Hlavní zaměření psychoterapie je, aby se žena dokázala efektivně postarat o sebe a své dítě a na upevnění vztahu mezi nimi. Psychoterapie může být také zaměřena na problémy v partnerském vztahu, který během léčby v mnoha případech prochází krizí.(Sit, Rotschild, Wisner, JournalofWoman´sHelth, 2006, s.357.)

5 INTERVENCE PORODNÍ ASISTENTKY V PÉČI O ŽENU V OBDOBÍ TĚHOTENSTVÍ A ŠESTINEDĚLÍ

Titul porodní asistentka označuje specialistku na péči o ženu v průběhu nekomplikovaného těhotenství, porodu a šestinedělí, včetně péče o zdravého novorozence a kojence do věku šesti týdnů. Podle nových právních přepisů (2004) mohou porodní asistentky v České republice, podobně jako v ostatních zemích Evropské unie, pracovat samostatně, tzn. bez odborného dohledu lékaře v případě fyziologického porodu a šestinedělí. Porodní asistentka především: edukuje ženu o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, o ošetření novorozence, o antikoncepci, poskytuje rady a pomoc v otázkách sociálně - právních, případně tuto pomoc zprostředkuje. Provádí návštěvy v rodinách těhotných a šestinedělek, sleduje jejich celkový stav, podporuje a vzdělává ženu v péči o dítě, včetně edukace o kojení a předcházení komplikacím, sleduje stav plodu v děloze, provádí psychoprofylaktickou přípravu na porod, je oprávněna vést fyziologické porody, včetně případu nástřihu hráze a u patologických porodů významně asistuje lékaři, ošetřuje poporodní poranění, pečuje o šestinedělky a poskytuje ošetřovatelskou péči fyziologickým novorozencům. (424/2004)

5.1 Psychofyzická příprava na porod

Primárním smyslem předporodní přípravy je obeznámit nastávající matku a případně i jejího partnera na duševní i tělesné změny, které k těhotenství a následnému mateřství neodmyslitelně patří. Předporodní příprava také přispívá k odbourání strachu a negativních pocitů spojených s porodem, bolestí a obavami o novorozence. (Gregora, 2013, s.96)

Porodní asistentka by během předporodní přípravy měla věnovat pozornost skupinám těhotných žen, u kterých hrozí potenciální riziko psychických poporodních komplikací a informovat je o možnosti konzultovat svou situaci s psychiatrem. (Sit, Rotschild, Wisner, JournalofWoman´sHelth, 2006, s.353 - 354.)

Základní přípravu na porod vede zkušená porodní asistentka, která má odpracované minimálně tři roky na porodním sále. Tato základní příprava musí být poskytnuta všem ženám, které o ni požádají. Během jednotlivých lekcí získává těhotná informace o těhotenství, porodu a šestinedělí včetně nácviku účelného jednání v jednotlivých fázích porodu. Struktura kurzů není jednotná, závisí na porodní asistentce, existuje doporučená osnova.

Benefity přípravy na porod:

- Snížení poporodní bolesti a úzkosti
- Snížení nutnosti farmakoterapie během porodu
- Zkrácení délky porodu
- Zvýšení sebekontroly rodičky
- Psychologický přínos z prožití porodu
- Žena pociťuje radost při spolupráci s partnerem
- Tvoří se pozitivní vztah matky k novorozenci
- Jsou vytvořeny příznivé podmínky pro fyziologický průběh šestinedělí (Roztočil,2008, s.150.)

5.2 Interakce porodní asistentky se ženou trpící poporodní psychózou na oddělení šestinedělí

Funkce porodní asistentky na oddělení šestinedělí je velice důležitá, bývá z pravidla prvním odborníkem, se kterým se žena setkává po převozu z porodního sálu. Je nutné budovat důvěryhodný vztah s nedělkou od prvního kontaktu za pomoci podpůrné a otevřené komunikace. Porodní asistentka poskytuje rady v řadě problémových oblastí jako je kojení, podpora mateřských kompetencí, poskytuje oporu při „emočních turbulencích“, které jsou spojené s obdobím plným změn, postupně ji vede k samostatnosti při péči o novorozence a povzbuzuje nedělku v nové mateřské roli. Sleduje všechny patologické psychické projevy v chování, na které je povinna upozornit lékaře. Žena by měla odcházet z oddělení s novorozencem dobře připravená, s možností se kdykoliv obrátit na porodní asistentku v primární nebo sekundární péči, nebo na gynekologa či laktačního poradce. (Rastislavová, 2008,s 4.)

Ošetřovatelský postup je zaměřený na sledování celkového stavu ženy po porodu. Porodní asistentka zajistí klidný pokoj, měří fyziologické funkce, sleduje zavinování dělohy a vzhled očistků. Sleduje projevy chování nedělky ve vztahu k novorozenci, rodině. Volí psychologický přístup a vhodně se ženou komunikuje, klade důraz na vlídnost a empatii. Zajišťuje ženě dostatek spánku, odpočinku, pitný režim a vhodnou stravu. V případě, že se žena není schopna o dítě postarat, přebírá veškerou péči o novorozence novorozenecké oddělení. Asistentka podává léky dle ordinace lékaře, zajišťuje psychiatrické nebo psychologické konzilium. Změny ve zdravotním stavu konzultuje porodní asistentka

s ošetřujícím lékařem a je povinna všechny údaje pečlivě zaznamenat do ošetřovatelské dokumentace. (Koudelková, 2013, s.129.)

6 POSOUZENÍ TRESTNÉHO ČINU VRAŽDA NOVOROZENÉHO DÍTĚTE MATKOU

Trestní zákoník – zákon č.40/2009 sb. je platný od 1. 1. 210. Dělí se na dvě části, v části druhé, tzv. zvláštní části je obsažena hlava I. Trestné činy proti životu a zdraví. Vražda novorozeného dítěte matkou je posuzována podle § 142 Tr. zák. V tomto zákoně je uvedeno, že matka, která pod vlivem rozrušení z porodu úmyslně usmrtí při porodu, nebo bezprostředně po porodu své novorozené dítě, bude potrestána odnětím svobody na tři až osm let.

K posouzení je nutné, aby soudní znalci z oboru gynekologie a psychiatrie vypracovali znalecké posudky. Gynekolog hodnotí fyzickou náročnost porodu a psychiatr hodnotí psychický stav ženy a případné psychopatologie v době spáchání trestného činu. V případě, že soudní znalec neprokáže, že žena v době spáchání trestného činu byla ve stavu rozrušení způsobeného s porodem, bude tento čin posouzen jako kvalifikovaná vražda. V případě, že znalecké posudky prokážou, že žena trpěla v době spáchání trestného činu poporodní psychickou komplikací, která byla příčinou zavraždění novorozence, je trestní stíhání pozastaveno a ženě je nařízena tzv. ochranná léčba v psychiatrické léčebně.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vzhledem k obsahu hlavní výzkumné otázky bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, realizované technikou polostrukturovaného rozhovoru. Kvalitativní výzkumné šetření je charakterizováno jako nematematický analytický postup, badatel jej realizuje formou hloubkových skupinových nebo individuálních rozhovorů s menší skupinou respondentů. Je prováděn systematický sběr informací a následná analýza subjektivně získaného materiálu. Výzkumný problém není zcela ohraničen, v průběhu výzkumu je stále rozvíjen a vyjasňován. Zkoumaný jev, je zkoumán v prostředí, které je pro něj přirozené. (Kutnohorská,2009,s.22-23)

Polostrukturovaný nebo také polostandardizovaný rozhovor je typický tvorbou schématu otázek, které jsou pro tazatele závazné, avšak jejich pořadí lze měnit, můžeme také klást doplňující otázky, pro hlubší rozpracování tématu. Klademe důraz na správně pochopení odpovědí účastníka jejich kvalitní interpretace. V rozhovoru pokračujeme, dokud respondent dává smysluplné a pro výzkum přínosné dopovědi, nebo dokud nevyčerpáme stanovený čas. (Kutnohorská,2009,s.40)

7.1 Formulace problému a stanovení cíle

Hlavním cílem práce, je analyzovat celkový stav ženy trpící poporodní psychózou a zjistit jestli sociální prostředí, jež působí na ženu v těhotenství a po porodu, má zásadní vliv na vznik poporodní psychózy. Získané údaje budou zpracovány formou případové studie.

7.2 Hlavní výzkumná otázka

Z výše formulovaného problému vyplívá hlavní výzkumná otázka: *Má sociální situace a sociální prostředí vliv na vznik poporodní psychózy?*

Domnívám se, že sociální prostředí obklopující ženy v období gravidity a šestinedělí, výrazně přispívá na vznik poporodní psychózy.

7.2.1 Dílčí výzkumné otázky

Vzhledem k tomu, že hlavní výzkumná otázka je formulována široce, zvolila jsem její bližší specifikaci v podobě dílčích výzkumných otázek.

Výzkumná otázka č. 1: Ovlivňuje sociální situace asociální prostředí, v němž se žena nachází, její postoj k těhotenství?

Výzkumná otázka č. 2: Jak prožívaly těhotenství a porod ženy, u kterých se vyskytla poporodní psychóza?

Výzkumná otázka č. 3: Mohou povinnosti spojené s péčí o dítě zhoršit průběh poporodní psychózy?

Výzkumná otázka č. 4: Jak léčba ovlivnila proces budování interpersonálních vztahů a resocializace?

7.3 Druh výzkumu a výběr metodiky

Vzhledem ke stanoveným výzkumným otázkám bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření technikou polostrukturovaného rozhovoru. Zvolené otázky jsou převážně otevřeného charakteru, abychom získali co nejobsáhlejší informace o zkoumaném problému. Informace získané z rozhovoru budou doplněny o analýzu dokumentů, v tomto případě se jedná o zdravotnickou dokumentaci. Získaná data budou vyhodnocena metodou případové studie neboli kazuistiky.

Kazuistika, taktéž známá pod termínem případová studie, je detailní popis konkrétního případu, jeho aktuálního stavu i historie (Jandourek, 2012, s.125).

7.4 Výběr kazuistiky

Klíčovým stanoviskem pro selekci vhodného případu ke zpracování byla osobní zkušenost respondentky s poporodní psychózou. Jako další kritérium bylo stanoveno stáří zkoumaného případu – kvůli neustálé progresi medicínských i ošetřovatelských postupů, patrných ve všech zdravotnických odvětvích nesměl být daný případ starší pěti let. Toto rozmezí napomohlo zabezpečit práci s aktuálními informacemi.

K nalezení vhodného případu sloužila praxe k bakalářské práci. Vzhledem k tomu, že ženy s atakou poporodní psychózy bývají hospitalizovány na psychiatrických odděleních nebo klinikách, byla tato praxe realizována v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Zde na ženském uzavřeném oddělení se nacházela zvolená klientka, jejíž stav byl přívětivý k absolvování rozhovoru a zároveň tento případ splňoval obě stanovená kritéria. Žena vnímala rozhovory jako součást psychoterapie. Důvodem pro zpracování jednoho případu je nízká incidence onemocnění a také to, že ženy s atakou poporodní psychózy v anamnéze

mnohdy berou své onemocnění jako osobní selhání, a proto odmítají hovořit o nemoci, se kterou nejsou osobně vyrovnány i několik let po podstoupení léčby.

7.5 Způsob získávání informací

Hlavním zdrojem informací byla klientka hospitalizovaná v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži s diagnózou poporodní psychóza. Jako doplňující zdroj informací posloužila její zdravotnická dokumentace. Údaje, získané formou polostandardizovaného rozhovoru s klientkou, jsou zaznamenány písemnou formou. Žena absolvovala dva půlhodinové rozhovory. Komunikace mezi respondentkou a tazatelkou byla poměrně náročná, z respondentčina vystupování bylo patrné, že je stále pod vlivem onemocnění, a proto nedokáže na celou věc nahlížet zcela objektivně. Před zahájením rozhovoru proběhlo krátké obeznámení s tím, že veškeré získané informace budou sloužit výhradně k této bakalářské práci. V zájmu zachování anonymity byla klientka ujištěna, že v práci nebudou uvedeny její identifikační údaje, což podpořilo budování důvěrného vztahu mezi tazatelkou a respondentkou. Z důvodu choulostivé povahy tématu této práce byla žena před každým rozhovorem informována o možnosti neodpovídat na otázky, které by v ní vzbuzovaly příliš traumatizující pocity. Jelikož při realizaci rozhovoru žena retrospektivně prožívala období těhotenství až po propuknutí nemoci, snažily jsme se o holistický přístup. Možnosti neodpovídat na otázky žena nevyužila. Po domluvě s vedením zdravotnického zřízení a podepsání povolení přístupu k informacím byl využit chorobopis pacientky jako doplňující zdroj dat, týkající se především anamnestických údajů.

V popisu případu byla pozměněna jména všech zúčastněných kvůli již zmíněné ochraně identity respondentky. Celá práce je zpracována v souladu se zákonem o ochraně informací.

8 KAZUISTIKA

8.1 Anamnéza

Zvolená respondentka se jmenuje Marie A. Narodila se r. 1986. Aktuálně žije s přítelem a synem v bytě ve Valašském Meziříčí.

8.1.1 Osobní anamnéza

V 5ti letech Marie prodělala infekční boreliózu, dále v dětství pouze běžné dětské nemoci. V pozdějším věku v roce 1993 byla hospitalizovaná pro cholelithiasis – žlučové kameny. Lékaři naordinovali chirurgickou léčbu – cholecystektomii – odstranění žlučníku. Operace proběhla bez komplikací.

V roce 2000 při autonehodě prodělala úraz hlavy, zhmoždění krční páteře a zlomeninu pravé horní končetiny v oblasti pažní kosti. Byl jí naordinovaný klid na lůžku, den pobývala v nemocni s podezřením na otřes mozku, to se však nepotvrdilo, proto byla propuštěna do domácího prostředí. Čtrnáct dní nosila ochranný krční límec a sádru na ruce na šest týdnů. Rekonvalescence proběhla bez komplikací a Marie se navrátila k plnému zdraví.

Marie není na nic alergická, drogy, alkohol i cigarety neguje.

8.1.2 Rodinná anamnéza

Mariina matka má Diabetes Mellitus II. typu kompenzovaný dietou a perorálními antidiabetiky. Mariin otec prodělal karcinom tlustého střeva, podstoupil chemoterapeutickou léčbu, nyní je dispenzarizován, bez potíží. Otec dále trpí schizofrenií, nyní je jeho stav stabilizován, psychiatrické léky užívá dle ordinace obvodního psychiatra. Na kontroly k psychiatrovi chodí pravidelně.

8.1.3 Gynekologická anamnéza

Marie užívala hormonální antikoncepci Pramino od 16 let, ve 20ti letech antikoncepci vysadila a již neužívala. Menzes má od 13 let, nepravidelné, délka cyklu je 28-35/7. (28-35 = počet dní od počátku menstruace do počátku další, 7 = délka krvácení) Před otěhotněním trpívala na výtoky. Nikdy neprodělala žádnou gynekologickou operaci, ani doposud nebyla těhotná.

V roce 2015 se u Marie objevila absence menstruačního cyklu, nevěnovala tomu pozornost, kvůli celkové nepravidelnosti, myslela si, že je to porucha. Po ověření si skuteč-

nosti těhotenským testem zjistila, že se jedná o těhotenství. Odmítala tomu věřit, protože se u ní nevyskytovaly žádné jiné těhotenské příznaky. Po nějakém čase si udělala test znovu a stále ukazoval těhotenství, navštívila tedy svého gynekologa, který jí oznámil, že je v šestém měsíci těhotenství. Celé těhotenství probíhalo zcela fyziologicky, všechna vyšetření byla v pořádku. Porod začal spontánně 22. 2. 2016, chlapec se narodil záhlavím.

8.1.4 Sociální anamnéza

Marie je svobodná 30-ti letá žena, do sedmého měsíce těhotenství bydlela se svými rodiči v Zubří. Nyní žije s přítelem, který je o 18 let starší, ve Valašském Meziříčí v bytě 3+1 v osobním vlastnictví. Marie má středoškolské vzdělání s maturitou v oboru gastronomie. Po ukončení studia pracovala ve školní jídelně. Po porodu je v pracovní neschopnosti, rodinu finančně zajišťuje Mariin přítel, který je nyní na mateřské dovolené.

8.2 Období těhotenství a porodu

Těhotenství bylo klasifikováno Mariiným gynekologem jako fyziologické. Během gravidity užívala Magnosolv, kvůli citlivosti dělohy. U porodu byl přítomen i Mariin partner Michal. Porod proběhl spontánně záhlavím 22. 2. 2016 v 16:42 hod., narodil se chlapec. Ondřej vážil 3650g, měřil 50cm s Apgar skóre 9/10/10. Marie během porodu nespolupracovala, propadala záchvatům hysterie a kontakt se s ní navazoval velmi obtížně. Bezprostředně po porodu zajistil personál porodního sálu bonding dítěte s matkou. Díky obtížné spolupráci Marie vzniklo poporodní poranění lékařem stanoveno jako ruptura perinea II. Stupně. Lékař provedl suturu poranění samovstřebatelným šicím materiálem Chirlac. Dítě bylo přiloženo k prsu již na porodním sále, vše probíhalo bez komplikací a rodičku dvě hodiny po porodu převezli na oddělení šestinedělí.

8.3 Období po porodu

Při překladu na oddělení šestinedělí žena vykazovala známky maladaptace. Neustále se vyptávala, kdy bude propuštěna, byla tenzní, nervózní, plačtivá a velmi úzkostná. Chlapce měla u sebe, byla edukována personálem o četnosti a zápisu kojení, péči o novorozence zvládala s velkým vypětím sil. Neustále chodila za sestřičkami z novorozenecké sekce s různými banálními dotazy. Měla potřebu se ujišťovat, že veškeré činnosti dělá správně. V situaci, kdy novorozence odnášely sestry na vyšetřovnu, kvůli screaningovým

vyšetřením, byla žena velmi nervózní a úzkostná, bála se, kam ho odnášejí, přestože věděla, že jí ho neprodleně po výkonu přinesou zpět.

Od druhého poporodního dne se Mariin stav prudce zhoršil, neustále opakovala, že neví, co má dělat, že péči o dítě nezvládne a že malého nechce. Chodila po oddělení s nepřítomným výrazem, byla smutná, apatická, kontakt navazovala jen velmi obtížně. Novorozence si vzaly na starost porodní asistentky z novorozenecké sekce a nosily ho Marii jen na kojení. Marie při kontaktu s novorozencem brečela, říkala sestrám, ať ho odnesou, že ho nechce, že mu určitě ublíží.

Další den Marii navštívil nemocniční psychiatr, se kterým absolvovala pohovor, na jehož základě bylo stanoveno důvodné podezření, že Marie trpí poporodní psychózou. Během odpoledne téhož dne bylo rodinným příslušníkům navrhnuto přeložit Marii do psychiatrické nemocnice. Pro rodinu to byl šok, ale souhlasili. Marie se zprvu přeložení bránila, po konzultaci s partnerem však svolila a další den, na který připadalo její propuštění z porodnice, ji čekal transport do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

8.4 Období v Psychiatrické nemocnici

Marie nastoupila do psychiatrické nemocnice čtvrtý den po porodu. Jako každý nově přijímaný pacient prošla centrálním příjmem, kde po prvotním posouzení stavu sloužícím psychiatrem byla odeslána na příslušné oddělení. V jejím případě se jednalo o oddělení 5B, což je druhé ženské akutní příjmové oddělení, působila plaše, příliš nekomunikovala a spíše pozorovala prostředí a ostatní spolupacientky. Po základním seznámení s řádem oddělení a uložením osobních věcí absolvovala Marie první pohovor s ošetřující lékařkou.

Účelem pohovoru bylo přesné stanovení diagnózy a komplexní zhodnocení Mariina stavu. Jako doplňující diagnostická metoda je nutná psychologická analýza, která však kvůli závažnému stavu pacientky prozatím nemohla být realizována.

Marie byla během pohovoru plačtivá, mluvila tiše, tvrdila, že provedla strašnou věc, že ublížila svému dítěti. Byla přesvědčená, že se mu stalo něco špatného. Vztah k partnerovi dříve hodnotila pozitivně, teď si není jistá, jestli s ní zůstane, když provedla tu hroznou věc. Bojí se, občas slýchá hlas, asi to bude její svědomí, které jí říká, že je špatná matka, že malému nedokáže dát to, co potřebuje a že by si zasloužila umřít. Chuť k jídlu nemá, neustále myslí na ty hrozné věci, co určitě udělala.

Na základě rozhovoru lékařka stanovila diagnózu poporodní psychóza. Přistoupilo se k zástavě laktace lékem Dostinex, spolu s vázáním prsou. Prsy byly Marii vázány po dobu pěti dnů, po té již byla laktace zastavena. Lékařka stanovila terapii antipsychotiky. Marie užívala tyto léky: Tardyferon, Cipralex 10 mg, Zyprexa 10 mg, Lerivon 30 mg, Fromilid. Během týdne se však Mariin stav nelepšil, neustále opakovala, neublížila svému dítěti, byla bezradná, nedokázala provádět základní hygienické činnosti, odmítala stravu. Byla provedena úprava terapie. Další problém skýtali očistky. Marie nedokázala pochopit, že to je fyziologický proces očisty dělohy po porodu. Několikrát denně chodila za personálem, ptala se „proč jí to teče“, prosila, aby s tím někdo něco udělal. Ani po čtrnáctidenním pobytu v léčebně se její stav nelepšil, rodina se pravidelně telefonicky informovala o jejím stavu. Osobní návštěvu však ošetřující lékařka prozatím nedoporučovala.

Po neúspěšné úpravě medikace a neustálé stagnaci stavu ošetřující lékařka zvolila metodu elektrokonvulzivní terapie. Zahájení EKT předcházela série vyšetření, jako je EEG, EKG, interní konzilium, laboratorní vyšetření a vyjádření písemného souhlasu s navrhovanou léčbou. Marie absolvovala 7 elektrošoků po sobě s denním odstupem. Po třetí aplikaci se u Marie začínaly objevovat známky zlepšení stavu, začala se aktivně zapojovat do činností na oddělení i komunikace byla přiléhavější. Po absolvování celé série se Mariin stav velmi pozitivně zlepšil, začala si uvědomovat svoji nemoc, pochopila, že o syna se stará partner s její matkou, a že malý Ondřej je v pořádku. Rodina ji začala pravidelně navštěvovat, Marie byla lépe naladěná, jedla i pila dostatečně, absolvovala pohovor s psychologem a začala plánovat život po propuštění z psychiatrické nemocnice.

9 TRANSKRIPCE ROZHOVORU, ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT A POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S ODBORNOU LITERATUROU

Rozhovor byl formulován tak, aby dokázal zodpovědět hlavní i dílčí výzkumné otázky, kterými se tato práce zabývá. Jednotlivé otázky byly rozděleny do čtyř skupin, symbolizujících jednotlivá období od těhotenství až po pobyt v psychiatrické nemocnici, z důvodu zachování přehlednosti práce. Komparace s odbornou literaturou bude provedena v závěru popisovaných období.

9.1 Rizikové faktory pro vznik poporodní psychózy v anamnéze

Rastislavová (2008, s.1) uvádí soubor fenoménů, jejichž přítomnost v těhotenství může předznamenávat vznik poporodní psychózy. Jako možné rizikové faktory lze považovat náročnost poporodních hormonálních změn na organismus, nedostatečnou sociální oporu, změnou životního stylu, nebo nižším stupněm vzdělání. V tomto konkrétním případě se setkáváme s přítomností několika faktorů. Partner si nepřál založit rodinu, žena také nevěřila, že bude ve svém věku matkou, z čehož lze usoudit, že zjištění neplánovaného otěhotnění bylo pro oba partnery stresující záležitostí a mohlo vézt k partnerské krizi. S partnerovým počátečně negativním postojem k těhotenství souvisí možný nedostatek sociální opory, rodiče jsou již ve vyšším věku a sami jsou zatíženi svým zdravotním stavem. Dále Marie absolvovala před porodem stěhování do jiného města, kde nemá přátele ani rodinu a může být vystavena jisté sociální izolovanosti. Marie otěhotněla ve věku 29 let, což je dnešní věkový průměr prvorodiček. Nejvyšší dosažené vzdělání ženy je středoškolské s maturitou, což nelze považovat za nízký stupeň vzdělání.

Ze získaných údajů, které se z části shodují s výkladem odborné literatury, lze usoudit, že poporodní psychóza opravdu postihuje ženy, které mají v anamnestických údajích přítomny výše uvedené rizikové faktory. Proto bychom se měli zaměřit na pozorování těhotných žen a důkladný odběr anamnézy. V případě, že anamnéza prokáže přítomnost těchto faktorů, je nutné počítat s potencionálním rizikem vzniku této poporodní komplikace.

Hlavním prediktorem pro vznik poporodní psychózy v tomto konkrétním případě může být neplánované těhotenství. Postoj obou partnerů k těhotenství se v jeho průběhu postupně měnil.

9.2 Období těhotenství

- V kolika letech jste otěhotněla?

  Otěhotněla jsem, když mi bylo 29.

- Jak jste se cítila, když jste zjistila, že jste těhotná?

  Nemohla jsem tomu uvěřit, děti jsem si vždycky přála a myslela jsem, že je mít nemůžu. Měla jsem výpadek menstruace, ale myslela jsem si, že je to nějaká porucha, protože jsem ji nikdy neměla pravidelnou, no a zkusila jsem si udělat těhotenský test, který vyšel pozitivně. Nevím, nějak jsem tomu nevěřila, nepozorovala jsem žádné další znaky těhotenství, tak jsem to neřešila. Za pár měsíců mi partner říkal, že mu připadám jiná, jako těhotná, tak jsme udělali test znova a zase byl pozitivní, tak jsem šla k doktorovi a ten mi řekl, že jsem v šestém měsíci těhotenství. Cítila jsem radost, ale přesto jsem tomu nevěřila, jako by se to ani nedělo mě.

- Těšila jste se na miminko?

  Dlouho jsem si přála miminko, už jsem byla smířená, že dítě mít nebudu, upřímně jsem se netěšila, žila jsem jako ve snu, myslela jsem si, že to není možné, cítila jsem radost, ale zároveň ne. Nevím jako to popsat, bylo to zvláštní.

- Jak reagoval partner, když jste mu řekla, že jste těhotná?

  No, byl zaskočený, děti si nepřál. Vlastně, on je starší než já, a chtěl si jen užívat. Trvalo mu chvíli, než se s tím srovnal, přijal, že bude táta a na miminko se moc těšil a se vším mi pomáhal, dokonce navrhl, abychom se k sobě přestěhovali.

- Kde jste tedy v těhotenství bydlela?

  Než jsem se dozvěděla, že jsem těhotná, žila jsem s rodiči v rodinném domě, od sedmého měsíce jsme se s partnerem sestěhovali k sobě, abychom byli jako rodina pohromadě.

- Podporovala vás v těhotenství rodina?
  Ano, rodiče už mají jedno vnouče od sestry, tak se těšili na další, snažili se mi všemožně pomoct i se stěhováním a tak. Podporovali mě velice.
- Chodila jste na předporodní přípravu nebo cvičit?
  Ne, nechodila jsem nikam, do šestého měsíce jsem nevěděla, nebo si spíš nepřipouštěla těhotenství, pak jsme se stěhovali, takže jsem to pak už neřešila.

- Měla jste v těhotenství nějaké zdravotní nebo psychické potíže?

  Žádné potíže jsem neměla, chodila jsem na kontroly do poradny, doktor vždy říkal, že je vše v pořádku. Zpětně si myslím, že jsem nějaký psychický problém měla, ale tehdy jsem to tak neviděla a prostě jsem si myslela, že je vše v pořádku, že to tak má být.

- Měla jste z něčeho obavy?
  Ne, nepřipouštěla jsem si to těhotenství, takže jsem se prostě nebála ničeho.

9.2.1 Porovnání informací z těhotenství s odbornou literaturou

Rastislavová (2008) dále uvádí, že první těhotenství změní stav mezi partnery ze vztahu získaného, který lze kdykoliv ukončit, na vztah vrozený, jež ukončit nelze, rodičovství je věc trvalá. Z rozhovoru je patrné, že žena s těhotenstvím nepočítala, partner si děti nepřál, a musel tento fakt přijmout a vyrovnat se s ním. Dále oba absolvovali velkou změnu životního stylu v podobě vytvoření společné domácnosti. Respondentka sama hodnotí pocity v těhotenství spíše jako ambivalentní. Tyto skutečnosti potvrzují fakt, že sociální prostředí působící v partnerském vztahu a sociální situace, ve kterých se žena v období těhotenství nachází, ovlivňuje její psychiku a její postoj v těhotenství.

9.3 Období porodu

- Jak jste vnímala přístup personálu na porodním sále?
  Všichni byli moc hodní, porodní asistentka, která mě měla na starost, za mnou pořád chodila a kontrolovala mě i miminko. Ptala se, jestli všemu rozumím a vše mi vysvětlovala, když něco dělala. Doktora jsem viděla u příjmu a pak když mě vyšetřoval a hlavně po porodu. V celku jsem byla spokojená.
- Byl u porodu partner?
  No, byl, ale jen na tlačení. Když jsme přijeli do porodnice, poslala jsem ho ještě koupit balík vod, takže se vrátil z nákupu a tak tak to stihl.
- Vnímala jste partnera při porodu jako oporu?

  Tak, já jsem během porodu propadala do hroznýho stavu, samozřejmě jsem byla ráda, že tam byl, snažil se mě uklidňovat a držel mě za ruku, ale já to celé vnímala jako ve snu, bylo to šílený.

- Jak hodnotíte průběh porodu?

Já vlastně moc ani nevěděla, že rodím. Ještě ráno jsme s mamkou nakupovaly věci pro malého, cítila jsem, že mě píchá v břichu, ale myslela jsem, že to jsou ti poslíčci. Teprv až jsem dojela dom, mi partner říká, že mám mokré šaty, tak jsme zjistili, že mi teče voda a jeli jsme do nemocnice. V nemocnici mě prohlídli a říkají, že rodím. Tak jsme sepsali papíry, dali mi klystýr, no pak jsem byla chvilku ve sprše a už mě to hodně bolelo, tak mě dali na postel a začala jsem tlačit. Já jsem byla jak v transu, nespolupracovala jsem, křičela jsem, a aji tomu malému jsem ublížila, skřípla jsem mu hlavu nohama. Museli mi skákat po břichu, aby ho dostali ven. Jak ho vytáhli, dali mi ho na břicho, odstřihli nás a odnesli ho zvážit. Pak mě šili, říkali, že mám poranění kvůli tomu, jak jsem nespolupracovala.

- Co jste cítila, když vám poprvé ukázali vaše dítě?
  Cítila jsem radost, jako bych byla ten nejšťastnější člověk na světě. Ani to neumím popsat, protože to prostě nejde říct, prostě jako bych byla nadpozemsky šťastná.
- Kdy vám poprvé přiložily dítě k prsu?
  Přinesli mi ho ještě na porodním sále, než mě zašili, tak ho poměřili, zvážili a zabalili, pak mi ho donesli a zkoušeli jsme přikládat. Malý se zprvu bránil a vztekal, ale pak se přisál.

9.3.1 Porovnání údajů z období porodu s odbornou literaturou

Chromý (2005, s.181) uvádí, že spouštěcím faktorem pro vznik poporodní psychózy může být kromě biologických faktorů, jako je hormonální nerovnováha, také trauma spojené s porodem, například porod pomocí vakuumextraktoru nebo klešťový porod. Na základě informací z období porodu tedy můžeme tvrdit, že respondentka vnímala porod jako traumatizující a velmi stresující zážitek, cítila se zodpovědná za vzniklé komplikace. Dále zde však hraje roli psychiatrická zátěž ze strany Mariina otce, která slouží jako další z rizikových faktorů pro vznik tohoto onemocnění.

9.4 Období časného šestinedělí

- Jak jste zvládala péči o dítě na oddělení šestinedělí?
  No, snažila jsem se, sestřičky chodily vše ukazovat, ale vždycky jen přiběhly, rychle udělaly co je potřeba a odešly, takže jsem třeba nestihla zaregistrovat, jak se co dělá. Ale nakonec jsem si nějak poradila. Malého jsem měla nejdřív pořád u sebe, ale jak mi propukla ta nemoc, tak mi ho vzaly a nosily jen na kojení.

- Kdy jste poprvé začala vnímat, že něco není v pořádku?
  Asi třetí den po porodu, cítila jsme se vyčerpaná, unavená, pořád jsem brečela. Měla jsme pocit, že tomu malému nedokážu dát, co potřebuje, začala jsme cítit, že ho asi nemiluju, volala jsem příteli, ať si najde někoho jiného, s kým to dítě vychová, že ho nechci.
- Co jste prožívala, když jste se starala o dítě?
  Strach, bála jsem se, že mu ublížím. Nevěděla jsem, jestli to dělám dobře všechno.
- Pomáhal vám někdo na oddělení?

  Sestřičky za mnou chodily, ale nepomáhaly mi. Malého často odnášely, já se bála, kam ho nesou a co s ním budou dělat, jestli ho to nebude bolet. Taky jsem se bála, že mi ho vymění.

- Na co jste myslela, když jste byla s miminkem o samotě?
  Myslela jsem na to, že ho asi nemiluju, že ani není můj. Slyšela jsem hlas, jak říká, že jsme k ničemu, že bych neměla žít, že akorát každému ubližuju a tomu malému ublížím taky. Cítila jsem se hrozně, byla jsem unavená, brečela jsem, ať mě ten hlas nechá na pokoji a chtěla jsem malého dát někam pryč, abych mu nemohla ublížit. Tak jsem to řekla sestřičkám, ať ho dají pryč, že ho nechci a oni si ho vzaly k sobě a nosily mi ho na kojení.
- Kdo vás upozornil na to, že se chováte podezřele?
  Přišel za mnou psychiatr, prý si popovídat. Řekl mi, že je normální, že se maminky cítí smutné. Tak jsem mu všechno řekla a on mi navrhl, abych si jela odpočinout na psychiatrii. Řekla jsem mu, že v žádném případě, že když je to normální, tak se to určitě samo spraví, já přece nejsem blázen, aby mě zavírali do blázince.

9.4.1 Porovnání informací z časného šestinedělí s odbornou literaturou

Tákács (78) udává, že projevy poporodní psychózy jsou zmatenost, dezorientace, bludy, podezřívavost, plačtivost a nevysvětlitelné poruchy chování, dále také nekritičnost k onemocnění.

Z rozhovoru je patrné, že se u Marie v období časného šestinedělí objevily typické příznaky poporodní psychózy. Pocity euforie a nadnesenosti vystřídaly depresivní nálady, pocit neschopnosti a sluchové halucinace. Odmítání vlastního dítěte kvůli strachu z toho,

že jej ohrozí, poukazuje velice nebezpečný průběh nemoci, s potencionálním rizikem infanticidy (vražda dítěte do 1 roku života).

Rastislavová (2008, s.4) dále zdůrazňuje důležitou roli porodní asistentky na oddělení šestinedělí. Budování důvěryhodného vztahu s nedělkou, poradenství v oblasti péči o novorozence a povzbuzování v nově nabyté roli matky by mělo tvořit významnou část stanovených ošetřovatelských intervencí. V tomto případě jsme z Mariina subjektivního pohledu zjistili, že péče porodní asistentky na šestinedělí byla vnímána ženou jako nedostatečná. Veškeré ukazování péče o dítě probíhalo zrychleně, bez ověření si zpětné vazby, jestli Marie vše pochopila. Kontrola matek na pokoji probíhala sporadicky a klientka tak měla pocit sníženého zájmu personálu. Marie si tak musela „poradit sama“, což vedlo k pochybnostem, jestli vše dělá správně a jestli je její dítě dostatečně zaopatřeno. To, že se žena musela vyrovnávat s péčí o novorozence, bez dostatečných znalostí a zkušeností, vedlo k pocitům méněcennosti a neschopnosti a podpořilo vznik dalších symptomů poporodní psychózy.

9.5 Období v psychiatrické nemocnici

- Kdy jste uznala, že je potřeba podstoupit léčbu?
  Jak za mnou přišel ten psychiatr, tak on si pak povídal i s přítelem a maminkou a řekl jim, že bych měla jít na psychiatrii, že jsme nemocná. Já jsem si to nemyslela, ale odpoledne přišli naši na návštěvu a já zas brečela, že to nezvládnu, a tak přítel s maminkou říkali, ať to zkusím, ať si tam jdu odpočinout, abych se pak doma zvládla starat o Ondráška, že toho na mě bylo moc. Tak mě nakonec přemluvili a já jsem souhlasila.
- Kdo se staral o vaše dítě, když jste byla hospitalizovaná?

  Přítel nastoupil na rodičovskou dovolenou a staral se o malého, pomáhala mu moje maminka, která se k nám přestěhovala dočasně.

- Kdo vám byl nejvíce oporou, když jste se léčila?
  Nejvíc při mně stáli moji rodiče. Partner mi vše dával za vinu.
- Jak hodnotíte průběh léčby?
  No, ze začátku to bylo hrozný, nelíbilo se mi tady, připadala jsem si jak ve vězení, cítila jsme se hodně špatně. Pak paní doktorka říkala, že ty léky nějak nefungujou nebo co, že by chtěli zkusit léčbu šokama. Já si to moc nevybavuju, řešili to s naši-

ma a naši říkali, ať to zkusím, tak jsem to zkusila. Po pár těch šokách jsem začínala cítit, že je to lepší, i paní doktorka u vizity říkala, že líp komunikuju. No až jsem ty šoky měla za sebou, tak mi bylo celkem dobře. Paní doktorka mi vysvětlila, že to všechno dělala ta nemoc, že jsem to nebyla já. Bylo to těžký pochopit, navíc jsem měla strach, co bude až budu doma, pak za mnou chodil pan psycholog a povídali jsme si o tom. Chodila jsem i na skupinu, bylo to dobrý. Myslím si, že už mě brzy pustí.

- Jak jste vnímala personál, se kterým jste přišla do kontaktu?
  Nejdřív moc ne, měla jsem v hlavě zmatek. Pomáhali mi se vším, ale furt mě nutili jest a pit a něco dělat. Pak jsem pochopila, že to vlastně bylo dobře, ale to mi došlo až po šokách. Jinak jsou všeci moc hodní, aji na procházky mě berou, snažím se pomáhat na oddělení.
- Jak si myslíte, že bude probíhat návrat do běžného života, až vás propustí?

  Zatím nevím, mrzí mě, že jsme přišla o část života Ondry. Doufám, že vše budu zvládat a že se na mě partner nebude zlobit. Maminka mi slíbila, že mi bude pomáhat, než se o malého zvládnu starat. Akorát nevím, co řeknou lidi na to, že jsem byla v blázincu.

9.5.1 Porovnání údajů z období v psychiatrické nemocnici s odbornou literaturou

Hoskovcová (2006. s. 53) definuje sociální oporu jako pomoc, kterou člověku poskytují jeho nejbližší. Sociální opora má v lidském životě nezastupitelné místo a vytváří důležitý moment v procesu zvládání náročných situací, především tam, kde člověk onemocní, je v krizi nebo prožívá hluboké zklamání.

Dozvěděli jsme se, že při propuknutí nemoci Marii podporovali rodiče i partner, díky čemuž se rozhodla absolvovat léčbu. Postupem času však Mariin partner, zřejmě pod tlakem situace, začal svou partnerku obviňovat, že vznik nemoci je její vina, což mohlo nepříznivě ovlivnit Mariinu psychiku. Vyrovnat se s náročnou situací ženě pomáhala především matka, která přislíbila pomoc i po propuštění.

Hosák (2015, s.515) tvrdí, že hlavní zaměření procesu resocializace, je zlepšení chování a dovedností potřebných při vykonávání sociálních rolí. Tento proces se využívá například u lidí s duševní poruchou, kdy je nutné, aby se začlenili do společnosti.

Marie je prozatím hospitalizována v psychiatrické nemocnici, kde pomáhá na oddělení s každodenními činnostmi jako je mytí nádobí, úklid, s resocializací by jí měl napomoct partner, což vzhledem ke zhoršení jeho vztahu k ní může být komplikované. Psychoterapie by měla pomoci ve stanovení priorit a plánování budoucnosti.

10 DISKUZE

Praktická část, realizovaná kvalitativní metodou, formou polostandardizovaných rozhovorů, měla za cíl zodpovědět hlavní a dílčí výzkumné otázky.

První výzkumná otázka „**Ovlivňuje sociální situace a sociální prostředí, v nichž se žena nachází její postoj k těhotenství? „** Zjistili jsme, že žena v těhotenství žila v rodinném domě, s rodiči, udržovala partnerský vztah s mužem, který byl o 18 let starší a nepřál si založit rodinu. Otěhotněla neplánovaně, což narušilo dosavadní vztah mezi partnery. Po diagnostikování gravidity lékařem a konfrontaci s partnerem, se pár rozhodl sestěhovat. Marie tak opustila rodinu a přátele a přestěhovala se do cizího města. **Můžeme tedy tvrdit, že sociální situace a sociální prostředí má vliv na ženin postoj k těhotenství.**

Druhá výzkumná otázka „**Jak prožívala těhotenství a porod žena, u které se vyskytla poporodní psychóza?“**Z výzkumu vyplývá, že vlastní postoj ženy k těhotenství byl z počátku odmítavý a nedůvěřivý. Odmítala si těhotenství připustit, dokud jej nediagnostikoval lékař. Veškerá vyšetření byla v pořádku. Porod začal spontánně a proběhl v termínu. Průběh porodu byl však ženou zhodnocen velice negativně, retrospektivně považovala své chování za nevhodné a nepřiměřené, obviňovala se z ublížení dítěti při porodu. První kontakt s dítětem hodnotí jako skutečně šťastný zážitek. Roli partnera u porodu vnímala jen na půl, spíše v pozitivním smyslu. **Lze tedy říci, že žena, kterou postihla ataka poporodní psychózy, své těhotenství zcela nepřijala, i přes opakované pozitivní výsledky těhotenských testů, během porodu nespolupracovala a podléhala záchvatům paniky a hysterie.**

Třetí výzkumná otázka **„Mohou povinnosti spojené s péčí o dítě zhoršit průběh poporodní psychózy?“**Informace z poporodního období uvádí, že žena po převozu na oddělení šestinedělí retrospektivě hodnotila porod, což spolu s hormonálními změnami a únavou napomohlo ke vzniku depresivních nálad. Dále se nedělka necítila být dostatečně edukována v oblasti péče o novorozence, porodní asistentky pečující o novorozence neprojevovaly dostatečný zájem o psychický stav ženy. Tyto všechny faktory vedly k pocitům méněcennosti a neschopnosti odhadnout potřeby dítěte. V průběhu hospitalizace se u nedělky objevily vtíravé myšlenky a odmítavé pocity k vlastnímu dítěti. **Na základě těchto informací lze konstatovat, že povinnosti spojené s péčí o dítě mohou zhoršit průběh poporodní psychózy, obzvlášť pokud žena pociťuje, že je na vše sama a domnívá se, že roli matky dostatečně nezvládá.**

Čtvrtá výzkumná otázka **„Jak léčba ovlivnila proces budování interpersonálních vztahů a resocializace?“** Bylo zjištěno, že během léčby si respondentka začala uvědomovat svou nemoc. Uvědomila si také, že se během pobytu v psychiatrické nemocnici nemohla pečovat o své dítě a přišla tak o část společného času. O novorozence se staral partner s matkou respondentky, partner však začal dávat ženě vzniklou situaci za vinu, důsledkem čehož žena začala pociťovat obavy, zdali jejich vztah tuto krizi vydrží. Rodiče i partner se aktivně zajímali o ženin zdravotní stav a jakmile to její stav dovolil, začali ji pravidelně navštěvovat. Matka jí přislíbila pomoc s péčí o dítě po propuštění. Respondentka pociťovala obavu z názorů okolí na to, že podstoupila psychiatrickou léčbu. **Léčba v tomto případě napomohla ženě pochopit, že její chování bylo způsobeno onemocněním. Díky nově nabyté zodpovědnosti pečovat o dítě, odloučení a velkému psychickému tlaku, partner zaujal kritický postoj k ženě a její nemoci, z jeho strany nastal deficit sociální opory. Pocit obav z návratu do života částečně napomohla vyřešit psychoterapie a podpora rodičů.**

Zodpovězením dílčích výzkumných otázek, jsme dostali odpověď na hlavní výzkumnou otázku **„Má sociální situace a sociální prostředí vliv na vznik poporodní psychózy?“** Domnívám se, že sociální situace a sociální prostředí, které ženu obklopují během těhotenství, jsou klíčové faktory působící na psychiku ženy. Těhotná žena potřebuje dostatečné materiální i sociální zázemí, aby se o své dítě dokázala postarat. Dále je podstatná úloha partnera, jestliže si partner rodinu nepřeje, nebo má existenční problémy, vystavuje těhotnou ženu stresu. Pokud je psychika ženy takto dlouhodobě narušována, nelze očekávat, že se bude z těhotenství radovat a že dokáže efektivně zvládnout roli matky. **Z výše uvedených skutečností se podařilo prokázat, že vlivy sociálního prostředí se podílí na vzniku poporodní psychózy.**

11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Porodní asistentky v pracující v gynekologické ambulanci i soukromé sféře by měly zvýšit povědomí žen o psychických komplikacích spojených s šestinedělím. Dále by měly věnovat zvýšenou pozornost ženám, u kterých se v anamnestických údajích vyskytují rizikové faktory pro vznik poporodní psychózy.

Porodní asistentky pracující na oddělení šestinedělí by se měly aktivně zajímat o celkový stav nedělek, je nutné brát v úvahu možné komplikace nejen zdravotní, ale také psychické, od čehož by se měla odvíjet celková péče. Žena, která je na oddělení hospitalizována, by měla mít pocit, že se může na cokoliv zeptat a její dotazy či přání budou vyslyšeny a zodpovězeny k její spokojenosti. Neměla by nabýt dojmu, že její dotazy obtěžují nebo že porodní asistentky zdržuje od práce.

Porodní asistentky pracující na novorozeneckém oddělení by si měly uvědomit, že žena, obzvláště prvorodička, se s novou rolí matky teprve seznamuje a ony by jí měly pomoci s tím, aby se naučila vše potřebné a mohla novou roli plně zastat. Pokud vidí, že je maminka nejistá, unavená, nebo má jakýkoliv problém, měly by jí nabídnout pomoc, odnést dítě, aby se mohla vyspat, poradit s kojením, zkrátka udělat vše pro to, aby předešly možným psychickým komplikacím.

ZÁVĚR

Tato závěrečná práce nese název Vlivy sociálního prostředí na vznik poporodní psychózy, je složena z části teoretické a praktické.

V teoretické části jsou popsány somatické a psychické změny během šestinedělí, následující kapitola nás obeznamuje s pojmem sociální prostředí a s dalšími sociálními oblastmi, které jsou pro nás klíčové. Následně je zde věnována pozornost psychózám obecně, od příčiny vzniku, přes průběh k jejich diagnostice a léčbě. Samostatná kapitola byla vymezena poporodní psychóze, abychom vyčlenili její specifika. Na závěr teoretické části byly zdůrazněny intervence porodní asistentky při péči o ženu na oddělení šestinedělí.

Praktickou část tvoří případová studie, kterou tvoří hloubková analýza somaticko - psychického stavu ženy, léčící se s onemocněním poporodní psychóza. Pomocí polostrukturovaného rozhovoru jsme získali subjektivní vyjádření ženy k dané problematice. Jako doplňující zdroj informací sloužila zdravotnická dokumentace. V diskuzi byly zodpovězeny hlavní i dílčí výzkumné otázky. Na základě dat, které jsme získali z rozhovorů, jsme vypracovali doporučení pro praxi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AYERS, Susan a Richard DE VISSER, 2015. *Psychologie v medicíně*. 1. Praha: Grada Publishng a.s. ISBN 9788024797335.

BENDL, Stanislav. 2015. *Vychovatelství: učebnice teoretických základů oboru*. 1. vyd. Praha: Grada, Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4248-9.

CAPPELIEZ, Philippe a Robert J FLYNN. c1993. *Depression and the social environment: research and intervention with neglected populations*. Buffalo: McGill-Queen's University Press, ISBN 0773509607.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2005. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada, ISBN 80-247-0197-9.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s, 632 s. ISBN 9788024716206.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. et.al., 2014. *Porodnictví: 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing a.s., 580 s. ISBN 9788024794273.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGEL, a kol., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 1. vyd.Praha: Karolinum press., 648 s. ISBN ISBN-978-80-246-2998-8.

HOSKOVCOVÁ, Simona. 2006. *Psychická odolnost předškolního dítěte*. 1.vyd. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1424-0.

CHROMÝ, Karel, Radkin HOZÁK a kolektiv. 2004. *Somatizace a funkční poruchy*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 9788024714738.

JANDOUREK, Jan, 2012. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 9788024776125.

KOUDELKOVÁ, Vlasta. 2013. *Ošetřovatelská péče o ženy v šestinedělí*. 1.vyd. Praha: Triton, ISBN 978-80-7387-624-1.

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

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.

LÁTALOVÁ, Klára. 2010. *Bipolární afektivní porucha*. 1. vyd.Praha: Grada Publishing a.s., 256 s., ISBN 9788024773902.

LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 8024706687.

NONACS, R. 2006., *A deeper Shade of Blue. A Woman´s Guide to Recognizing and Treating Depression in Her Childbearing Years.* New York: Simon&Schuster, ISBN 978-07432-9351-8.

OREL, Miroslav, a kol. 2012. *Psychopatologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 8024771705.

PAPEŽOVÁ, Hana, 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 9788024773698.

PAVLOVSKÝ, Pavel, a kol. 2010. *Soudní psychiatrie a psychologie* - 4., aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing a. s., 232 s., ISBN 9788024743325.

PEČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. 2009. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. V Praze: Triton, ISBN 978-80-7387-253-3.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788024792538.

RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P., *2001. Psychiatrie*. Praha: Galén, ISBN 80-7262-140-8.

ROZTOČIL, Aleš a kol., 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, a kol. 2013. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy III - gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie:* 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 248 s., ISBN 9788024787718.

TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠULOVÁ, 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Vydání první. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788024751276.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.

VYMĚTAL, Jan. 2004. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd., rozš. a přeprac. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-0723-5.

VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. 2008. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1428-8.

WEISS, Petr. 2010. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2492-8.

ZUBÍKOVÁ, Zdeňka a Renáta DRÁBOVÁ, 2011. *Maturita - Společenské vědy*. 1. vyd. Praha: Fragment, Albatros Media a.s. ISBN 9788025315453.

SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

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

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

SIT, D., ROTHSCHILD, A. J., WISNER, K. L. A., 2006. *Review of Postpartum Psychosis. Journal of Women´s Health,* ;4; vol. 15, s. 352 – 368. ISSN: 1540-9996. Dostupné z: http://www.liebertpub.com/media/pdf/JWH_15_4_p352-368.pdf

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2010 [cit. 2011-03-25]. *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů.* Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

SEZNAM POUŽITÝCH LEGISLATIVNÍCH DOKUMENTŮ

Zákon č. 40/2009 Sb. ze dne 8. ledna 2009, *Trestní zákoník*. In: *Sbírka zákonů*. 9. 2. 2009, částka 11. ISSN 1211-1244 § 142 ve znění pozdějších přepisů

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Apod. A podobně

Atd. A tak dále

Cm Centimetr

EEG Elektro encefalografie

EKG Elektro kardiografie

EKT Elektrokonvulzivní terapie

EPDS Edimburská škála poporodní deprese

G Gram

ITP Interpersonální terapie

Např. Například

MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených problémů

Tj To je

Tzn. To znamená

Tzv. takzvaně

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Účinky farmak užívaných respondentkou

Příloha P II: Edukační materiál

Příloha P III: Žádost o povolení přístupu k informacím

Příloha P IV: Žádost o povolení výzkumného šetření

PŘÍLOHA P I: ÚČINKY FARMAK UŽÍVANÝCH RESPONDENTKOU

Tardyferon – Patří do lékové skupiny Antianemika, což jsou léky, které mají zabránit vzniku Anémie, obecně známé jako chudokrevnost. Jelikož těhotenství je období pro ženský organismus velmi náročné, zvyšuje se zde potřeba železa a kyseliny listové, v případě jejich nedostatku mohou vznikat anémie různého stupně.

Cipralex – Lék ze skupiny antidepresiv zvaných selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, jejichž hlavní účinná látka je Escitalopram. Ovlivňují serotoninový systém tím, že zvyšují hladinu serotoninu v mozku. Poruchy serotoninového systému jsou klíčové v rozvoji deprese a s tím souvisejících onemocnění.

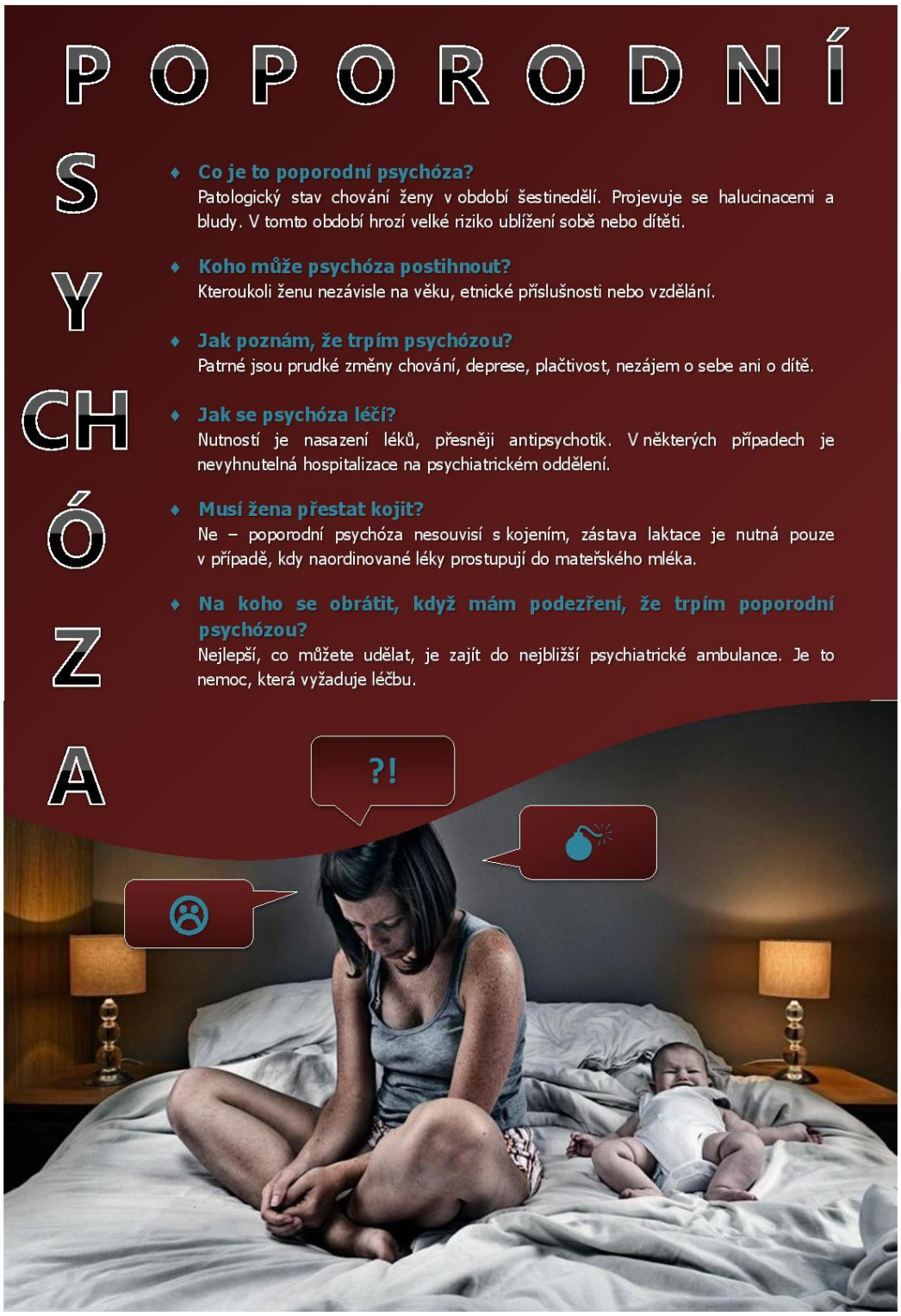
Zyprexa – Patří do lékové skupiny Antipsychotika, hlavní účinnou látkou léku je Olanzapin. Používá se k léčbě následujících stavů:

- Schizofrenie
- Střední až těžké manické epizody

Lerivon – Lék ze skupiny Antidepresiv, hlavní účinek léku je zmírnění depresivní nálady, Lék upravuje chemické procesy v mozku a napravuje porušené citové prožívání.

Fromilid – Lék ze skupiny Antibiotik, používá se při infektech dýchacích cest, kožních infekcích, infekcích vyvolaných mykobakteriemi, atd.

PŘÍLOHA P II: EDUKAČNÍ MATERIÁL



PŘÍLOHA PIII: ŽÁDOST O POVOLENÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mostní 5139
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti v průběhu realizace odborné praxe pro níže uvedenou studentku. V rámci ukončení studia studenti 3. ročníku zpracovávají bakalářskou práci, jejíž součástí je i empirická část. K realizaci této části studentka potřebuje přístup k informacím z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studentku bakalářského studijního programu Porodní asistence, studijního oboru Porodní asistentka.

Téma bakalářské práce	Vlivy sociálního prostředí na vznik poporodní psychózy
Termín konání odborné praxe	8.2.2016 – 21.3.2016
Pracoviště	Psychiatrická nemocnice Kroměříž
Metoda výzkumného šetření	Polostrukturovaný rozhovor, analýza chorobopisu
Skupina respondentů	Ženy trpící poporodní psychózou
Autor bakalářské práce	Klára Odehnalová
Vedoucí bakalářské práce	doc. PhDr. Jana Kutnohorská CSc.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Děkujeme za spolupráci.

Ve Zlíně dne - 5 -02- 2016

Z. Drum

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
V KROMĚŘÍŽI
hlavní ošetřovatel
767 40 Kroměříž, Havlíčkova 1265

Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA PIV: ŽÁDOST O POVOLENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mostní 5139
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážený pane Mlčák,

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti Psychiatrická nemocnice Kroměříž, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci

Téma bakalářské práce	Vlivy sociálního prostředí na vznik poporodní psychózy
Metoda výzkumného šetření	Polostrukturovaný rozhovor, analýza chorobopisu
Skupina respondentů	Ženy trpící poporodní psychózou
Pracoviště	Psychiatrická nemocnice Kroměříž
Autor bakalářské práce	Klára Odehnalová
Vedoucí bakalářské práce	doc. PhDr. Jana Kutnohorská CSc.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Ve Zlíně dne - 5 -02- 2016

Z. Dorková

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Vyjádření instituce:

☐ Žádost povolena
☐ Žádost zamítnuta

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
V KROMĚŘÍŽI
hlavní ošetřovatel
767 40 Kroměříž, Havlíčkova 1265

Razítko a podpis zástupce zařízení