

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Kateřina Vošahlíková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Kateřina Vořahlíková

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

**Péče porodní asistentky o psychiatricky nemocnou ženu
v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová

PLZEŇ 2017

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem.(K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení:

Prohlašuji, že bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Evě Hendrych Lorenzové za odborné vedení mé bakalářské práce, za vstřícnost, ochotu, rady a připomínky, které mi při zpracování práce velmi pomáhaly. Dále děkuji MUDr. Ireně Smolové za konzultaci ohledně možností terapie antidepressivy v těhotenství a v době kojení. Zvláštní poděkování Janě a Iloně.

Děkuji celé své rodině a především dcerám za trpělivost a podporu po celou dobu studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Vošahlíková Kateřina

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Péče porodní asistentky o psychiatricky nemocnou ženu v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí

Vedoucí práce: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová

Počet stran – číslované: 65

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 14

Počet příloh: 0

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: psychiatrická onemocnění, porodní asistentka, úzkost, deprese, obsese, kompulze, mateřství.

Souhrn:

V mé bakalářské práci bych se podrobněji chtěla zabývat nejčastějšími psychiatrickými onemocněními, která mohou postihnout ženu ve fertilním období a také možnostmi léčby těchto onemocnění s ohledem na těhotenství a kojení. Součástí bakalářské práce je podrobný rozhovor se dvěma ženami, které jsou dlouhodobě léčeny pro psychiatrická onemocnění a které prožívaly svá těhotenství, porod a šestinedělí pod vlivem tohoto onemocnění. Pokusím se nastínit jejich problémy, potřeby a způsob jakým o ně bylo po stránce psychiatrického onemocnění pečováno a zda v tomto pro ně těžkém období může péče porodní asistentky pomoci zlepšit prožívání těhotenství, porodu a šestinedělí.

Annotation

Surname and name: Vošahlíková Kateřina

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Midwifery Care for Women with Psychiatric disease during Pregnancy, Childbirth and Postpartum

Consultant: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová

Number of pages – numbered: 65

Number of pages – unnumbered: 14

Number of appendices: 0

Number of literature items used: 23

Keywords: psychiatric disorders, midwife, anxiety, depression, obsession, compulsions, motherhood

Summary:

This bachelor thesis deals with the most common psychiatric diseases, which can affect women during their fertile period, as well as the options of the treatment of these diseases with respect to pregnancy and lactation. This bachelor thesis includes a detailed interview with two women who have been treated for a psychiatric disease for a long time and who have experienced their pregnancy, childbirth and the postpartum period under the influence of this disease. The aim of this thesis is to outline their problems, needs and the way these patients were taken care of considering their psychiatric disease. This work also tries to answer the question if midwifery care can help during pregnancy, childbirth and the postpartum period.

Obsah

1.	Úvod do psychiatrických onemocnění v souvislosti s mateřstvím	11
1.1.	Všeobecný výskyt psychiatrických potíží.....	11
1.2.	Těhotenství jako životní krize.....	12
1.3.	Porodní asistentka jako průvodce ženy mateřstvím	14
2.	Přehled Psychiatrických onemocnění	15
2.1.	Generalizovaná úzkostná porucha	15
2.2.	Smíšená úzkostně-depresivní porucha.....	15
2.3.	Panická porucha, panický záchvat.....	16
2.4.	Obsedantně-kompulzivní porucha – OCD	17
2.5.	Deprese	17
2.6.	Schizofrenie	18
2.7.	Poruchy příjmu potravy- PPP (mentální anorexie, bulimie, záchvatovité přejídání)	19
2.8.	Bipolární afektivní porucha	20
2.9.	Poruchy osobnosti.....	20
3.	MOžnosti terapie psychiatrických onemocnění v těhotenství a při kojení.....	22
3.1.	Farmakoterapie v těhotenství a při kojení	22
	Klasifikace léčiv.....	22
	FDA 1982	22
	ADEC-australská klasifikace.....	23
3.2.	ANTIDEPRESIVA-nejčastější léčiva užívaná u těhotných žen a žen po porodu s psychiatrickým onemocněním.....	23
3.3.	Přírodní léky na podporu psychiky	27
3.4.	Psychoterapie.....	28
3.5.	Akupunktura.....	28
3.6.	Kineziologie One Brain, EFT.....	29
3.7.	Pohled psychiatra	29
4.	Nejdůležitější problémy a potřeby psychiatricky nemocné ženy v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí.....	30
5.	Péče porodní asistentky o těhotnou ženu v prenatální poradně v ČR.....	31
5.1.	Pravidelné kontroly v prenatální poradně u gynekologa	31
5.2.	Pravidelné kontroly u komunitní porodní asistentky	31
	Praktická část	32
6.	Výzkumné šetření.....	33

6.1.	Formulace problému	33
6.2.	Hlavní cíl	33
	Dílčí cíle	33
6.3.	Výzkumné otázky	33
6.4.	Druh výzkumu a metodiky.....	34
6.5.	Metoda	34
6.6.	Výběr případu.....	34
6.7.	Organizace výzkumu	34
7.	Rozhovor 1	36
7.1.	První těhotenství, porod a šestinedělí	40
7.2.	Obsahová analýza rozhovoru	44
7.3.	Diskuse	44
7.4.	Druhé těhotenství, porod a šestinedělí.....	45
7.5.	Obsahová analýza rozhovoru	49
7.6.	Diskuse	49
8.	Rozhovor č.2.....	51
8.1.	První těhotenství a porod.....	55
8.2.	Obsahová analýza rozhovoru	58
8.3.	Diskuse	58
8.4.	Druhé těhotenství a porod.....	59
8.5.	Obsahová analýza rozhovoru	60
8.6.	Diskuse	61
9.	Závěrečná Diskuse.....	62
10.	Závěr.....	75
11.	Citovaná literatura a zdroje.....	77

1. ÚVOD DO PSYCHIATRICKÝCH ONEMOCNĚNÍ V SOUVISLOSTI S MATEŘSTVÍM

Téma mé bakalářské práce jsem si vybrala záměrně. V průběhu svého prvního těhotenství jsem trpěla depresí a úzkostí. Odborné psychologické a psychiatrické pomoci se mi dostalo až po dlouhých 12ti týdnech permanentní úzkosti a smutku. Chtěla bych tímto upozornit na nutnost zlepšení péče a náhledu porodních asistentek na psychiatricky nemocné těhotné, rodičky a ženy v šestinedělí.

1.1. Všeobecný výskyt psychiatrických potíží

Psychiatrická onemocnění se objevují u lidí od nepaměti. V současné době je zřejmě vzhledem k celkovému fenoménu zrychlení života, velkému množství odosobnění mezilidských vztahů v důsledku moderních komunikačních technologií, nadměrnému stresu a nedostatku času na relaxaci a odpočinek pozorován nárůst psychiatrických onemocnění napříč celým vývojovým spektrem. Není tedy vzácností, že mnoho žen během svého reprodukčního období projde atakou psychiatrického onemocnění nebo je s ním dlouhodobě léčena.

„V současnosti se odhaduje, že kolem 25% obyvatelstva trpí nějakou psychickou poruchou nebo má nějaké psychické potíže. Řada takto trpících není rozpoznána a nedostane adekvátní pomoc, která by je trápení mohla zbavit.“ (Praško,2011,s.53)

„Epidemiologické studie přesvědčivě ukazují, že psychickými poruchami trpí významná část obyvatelstva. Přibližně 25% populace má někdy v životě tak velké psychické problémy, že vyhledá profesionální pomoc. Odhadem má psychické problémy někdy v životě i dalších 25%, ale pomoc nevyhledají. Většina poruch má dočasný charakter a spontánně nebo při léčbě ustupuje. Přesto sociální distance zdravých od psychicky nemocných je výrazná.“ (Praško,2011, s. 352)

Na vzniku psychiatrického onemocnění se podílí mnoho vlivů biopsychosociálních. Predispozice biologické (vrozené nebo získané), osobnostní (vrozené nebo naučené) genetické (zejména u schizofrenie, bipolární poruchy a u většiny úzkostných poruch). Dalšími významnými faktory jsou: prostředí, dlouhodobý stres, velmi krátký intenzivní stres, úmrtí blízké osoby, fyzická onemocnění, výchova v rodině, traumatická poranění CNS. Z biochemických procesů jsou v popředí změny v neurotransmisi v mozku a

nerovnováha neurotransmiterů (acetylcholin, noradrenalin, serotonin, dopamin, glutamát). (Praško, 2011, s. 35-46)

1.2. Těhotenství jako životní krize

Mezi nejčastější psychiatrická onemocnění žen ve fertilním věku patří úzkostné poruchy (generalizovaná úzkostná porucha, panická úzkostná porucha,), deprese (endogenní, reaktivní, poporodní), obsedantně-kompulzivní porucha, anorexie, bulimie, schizofrenie, bipolární porucha a poruchy osobnosti. Ženy jsou psychiatrickým onemocněním postiženy daleko častěji než muži a o 50% častěji jsou hospitalizovány na psychiatrických odděleních.

Těhotenství, porod a šestinedělí jsou pro ženu zátěžové životní situace a je potřeba se na ně určitý čas adaptovat. Zejména v první trimestru těhotenství jsou u žen časté ambivalentní pocity k plodu, může docházet k prudkým výkyvům nálad a často i ke smutku či úzkosti provázející změnu životní role. V období před porodem to mohou být rostoucí obavy z porodu a zvládnutí péče o novorozence. Většina zdravých žen se v průběhu těhotenství na změny postupně adaptuje. Ale některé ženy zažívají během těhotenství neadekvátní pocity úzkosti a deprese. Ženy s psychiatrickým onemocněním vstupují již do těhotenství s určitými psychickými problémy, léčenou depresí, úzkostnými poruchami a zpravidla užívají dlouhodobě antidepresiva, anxiolytika, antipsychotika apod. Mnohdy je jejich léčba vzhledem k možným nežádoucím účinkům na plod dramaticky měněna nebo je zcela vysazena a to může vést k nakušení psychických a somatických problémů i k dekompenzaci psychiatrického onemocnění. Je tedy zřejmé, že těhotenství, porod a šestinedělí je pro psychiatricky nemocné ženy obdobím velice rizikovým a tak by mělo být ze stran lékařů a porodních asistentek k ženě přistupováno. Daleko více je u nich zapotřebí pochopení, naslouchání, uklidňování a empatie. I zdánlivě banální věta či grimasa ze strany lékaře či porodní asistentky může vyvolat pocit úzkosti, strachu, deprese a zhoršit prožívání těhotenství a psychické problémy.

„Těhotenství, porod a poporodní období jsou důležité etapy v životě ženy a celé rodiny. Chtěné těhotenství bývá pokládáno za radostnou situaci a lidé věří, že je spojeno s klidem a vnitřním vyrovnáním. Výzkumy z poslední doby ukazují, že pro mnoho žen je toto období spojeno se zvýšenou vulnerabilitou k psychickým poruchám. Laicky očekávaný „ochranný vliv těhotenství“ na psychické zdraví ženy tedy nefunguje“ (Praško, 2011, s. 19-22)

Těhotné ženy, rodičky a ženy v šestinedělí, které trpí psychickými poruchami se denně potýkají nejen s příznaky své nemoci, ale také s diskriminací a stigmatizací ze stran laické veřejnosti ale i ze strany zdravotnického personálu a lékařů, což velmi zhoršuje jejich utrpení. Tyto ženy také velmi často trpí sebestigmatizací a očekávanou diskriminací. Během své praxe jsem se opakovaně setkala se ženami, které vědomě zatajily to, že se před nebo v průběhu těhotenství léčily s depresemi nebo úzkostmi ze strachu ze stigmatizace ze stran lékařů a zdravotnického personálu.

„Stigmatizace osob s psychickou poruchou v sobě nese předpoklad o jejich morální slabosti, nebezpečnosti, kontaminaci a vině. Tyto postoje se opakují ve stereotypch, kterými jsou lidé s psychickou poruchou hodnoceni ve společnosti, v mediích a které odrážejí postoje k nim.“ (Ocisková, 2015, s. 21-22)

Jsou-li lidé stigmatizováni, může to mít devastující vliv na jejich osobní vztahy, partnerské vztahy, často může být stigmatizována i celá rodina. Stigmatizace může vést k problémům v zaměstnání, nezřídka i k nutnosti ukončení pracovního poměru, problémům při hledání nového zaměstnání. Nejvíce jsou stigmatizováni pacienti se schizofrenií a bipolární poruchou. Dále pacienti s poruchou osobnosti, poruchami příjmu potravy, obsedantně-kompulzivní poruchou a úzkostmi. (Ocisková, 2015, s. 25-28)

„V současnosti máme jednoznačné důkazy o tom, že lidé s diagnosou duševní poruchy diskriminaci očekávají, a bez ohledu na to, zda k ní skutečně dojde, může být takovéto očekávání samo o sobě nesmírně hendikepující. Této odlišnosti se někdy říká rozdíl mezi reálným a pocíťovaným stigmatem. Reálné stigma odkazuje na epizody či události, kdy došlo k diskriminaci vůči lidem, kteří jsou považováni za nepřijatelné, zatímco pocíťované stigma označuje prožitky hanby a studu za svůj zdravotní stav a strach z reálného stigmatu.“ (Thornicroft, 2011, s. 179)

„Základní sociální potřeby člověka- potřeba být v bezpečí, přijatý a potvrzený druhými jako hodnotná bytost, bývají u psychicky nemocných lidí ohroženy či narušeny. Díky psychopatologii se nemusí cítit bezpeční mezi lidmi, někdy naopak cítí v sociálních situacích značné ohrožení. Díky sebeznačkování, ale i díky značkování druhými se necítí přijati ostatními. Psychická porucha může zasáhnout pracovní výkonnost, na což nemocný reaguje sebeobviňováním a okolí často kritikou. Postavení psychicky nemocného ve společnosti je charakterizováno větší či menší izolací, podceňováním až opovrhováním a dalšími negativními společenskými reakcemi. To, čeho se nemocnému dostává, je přesným opakem toho, co by potřeboval dostávat-akceptaci, bezpečí, povzbuzování a chválení.“ (Praško, 2011, str. 360)

1.3. Porodní asistentka jako průvodce ženy mateřstvím

Kompetence porodní asistentky jsou opravdu široké. Zahrnují péči o těhotnou ženu, rodící ženu a ženu v šestinedělí. Porodní asistentka může diagnostikovat těhotenství, předepisovat, doporučovat nebo provádět vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství. Sledovat plod v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky, připravovat rodičku k porodu, vést fyziologický porod, ošetřovat porodní a poporodní poranění a mnoho dalšího. Mezi její povinnosti spadá i péče o psychické zdraví těhotné, rodičky a ženy po porodu. Měla by umět rozpoznat zhoršující se psychický stav ženy a umět doporučit vhodná opatření k jeho zlepšení, motivovat ženu k vyhledání odborné pomoci. Měla by pečovat nejen o samotnou ženu, ale poskytovat rady a pomoc i v rámci celé rodiny, komunity.

2. PŘEHLED PSYCHIATRICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

2.1. Generalizovaná úzkostná porucha

Typickým projevem této poruchy je nadměrné a téměř neustálé zaobírání se obavami, starostmi a stresujícími myšlenkami, všeobecná a trvalá „volně plynoucí úzkost“ a různé tělesné příznaky související s úzkostí (bušení srdce, svírání hrdla, třes rukou, nadměrné pocení, gastrointestinální potíže, bolesti hlavy apod.) Bývá přítomen tzv. anticipační strach-člověk má strach z něčeho, co má teprve přijít a při čem bude cítit strach.

„Úzkost a stres během těhotenství vede ke špatným porodnickým výsledkům, včetně spontánních potratů, předčasného porodu a dalších komplikací, jako je prodloužení porodu, klinický distress plodu a klešťové porody. V odborných diskusích je podporován názor, že prenatální stres matky, má přímý vliv na plod, a na výsledek těhotenství a na sociální, emoční a kognitivní vývoj kojence. Ženy zažívající vyšší úroveň úzkosti během těhotenství vykazují více komplikací těhotenství, jako je nevolnost a zvracení a mají zvýšený počet lékařských návštěv.“ (Martin, 2012, str.27-28)

Přesnou příčinu vzniku generalizované úzkostné poruchy nelze určit, jedná se o kombinaci více různých faktorů. Nejčastější období, kdy se onemocnění manifestuje je kolem věku, kdy se mladí lidé odpoutávají od rodičů. Může to být ale i kdykoliv jindy během života. Častěji během tělesné nemoci, v těhotenství, po porodu, potratu nebo rozvodu.

„V péči o ženy s úzkostnými poruchami je vhodné zapojení psychologa nebo psychiatra. Ze strany porodní asistentky je důležité věnovat ženě dostatek pozornosti, pochopení a podpory, aby za své pocity necítila vinu. Také je nutné podávat ženě, partnerovi a celé její rodině potřebné informace, které přispívají k odstranění falešných představ.“ (Ratislavová, 2008, s. 48)

Léčba: antidepressiva, psychoterapie. (Ocisková, 2015, s. 106)

2.2. Smíšená úzkostně-depresivní porucha

V mezinárodní klasifikaci nemocí-MKN je Smíšená úzkostně-depresivní porucha klasifikována takto:

„Jsou přítomny příznaky úzkosti a deprese, ale žádný typ příznaků není vyjádřen do takové míry, aby opravňoval ke stanovení samostatné diagnózy kterékoli z obou poruch.“

„Neadekvátně léčená nebo chronická smíšená úzkostně-depresivní porucha vede nápadně často k trvalé pracovní neschopnosti a invaliditě a celkový dopad bývá dokonce závažnější, než je tomu u velké depresivní poruchy. Velmi často dochází k rozpadu partnerských vztahů i sociální sítě postižených osob a izolovaní pacienti jsou opakovaně hospitalizováni v somatických nebo psychiatrických zařízeních, která jsou často jejich jediným sociálním zázemím. Přitom odpovídající léčba od počátku rozvoje poruchy může tento demoralizující vývoj změnit. Pokud je tato porucha včas rozpoznána a adekvátně léčená, nebývá její léčba nijak zvlášť obtížná.“ (Lundbeck, 2003)

Léčba smíšené úzkostně-depresivní poruchy je zpravidla kombinace SSRI a psychoterapie, velmi účinnou se jeví i kognitivně-behaviorální terapie. (Lundbeck, 2003)

2.3. Panická porucha, panický záchvat

Charakterizována náhlými epizodami intenzivního strachu až hrůzy, které se objevují bez zjevné vnější příčiny. Záchvat se projevuje celou řadou příznaků, které nemocného dokáží zcela ochromit. Nejčastější je strach ze smrti, zbláznění se, ztráty kontroly nad svým jednáním, palpitace, bolesti na hrudi, pocity nedostatku dechu, silný třes, pocení, nauzea, zvracení, mdloby, brnění končetin, bolesti břicha, průjem, návaly horka, zimnice a také depersonalizace nebo derealizace. Takový prožitek, který většinou trvá několik minut je plný děsu a hrůzy a často vede nemocného k přesvědčení, že trpí nějakou vážnou tělesnou, či duševní poruchou. Typická bývá snaha uniknout ze situace, kde k záchvatu došlo a postupné vyhýbání se místům a situacím, kde se tak stalo. Může se tedy stát, že nemocný, který měl první panický záchvat například v autobuse postupně začne vynechávat cestování ve všech dopravních prostředcích, je odsouzen být pouze v okolí svého bydliště a dojde k postupné izolaci, narušení vazeb mezi přáteli, ztrátě zaměstnání a podobně.

Tito nemocní často vyhledávají léčbu a kontroly u interních lékařů, kardiologů, neurologů, gastroenterologů a bývají podrobeni celé řadě diagnostických vyšetření, které neprokáží žádnou organickou příčinu jejich problémů. Nezřídka bývají přivezeni posádkou

rychlé záchranné pomoci na urgentní příjem s podezřením na infarkt myokardu či jinou náhlou příhodu. (Praško, 2011)

Léčba panické poruchy spočívá v podávání antidepresiv, anxiolytik a dlouhodobé psychoterapii, kdy je pacient postupně vystavován situacím, při kterých měl dříve panický záchvat a kterých se obává a vyhýbá se jim. (Praško, 2011)

2.4. Obsedantně-kompulzivní porucha – OCD

„Pro OCD je typické, že se člověk zabývá nepříjemnými myšlenkami a kvůli nim trpí silnou úzkostí, napětím či nepohodou. Bývají to nejrůznější obavy, že se něco přihodí nebo zanedbá a následky budou katastrofické. Proto se řada lidí s OCD vyhýbá situacím, které navozují takovéto ohrožující myšlenky. Úzkost z výše zmíněných obav a z následného vyhýbavého chování se snaží zneutralizovat opakovanými úkony nebo stereotypními myšlenkami. Vznikne kompulze, která však sníží úzkost jen na chvíli.“ (Praško, 2014, s.7)

„Zdá se, že na výskyt OCD má vliv jak dědičnost, tak způsob výchovy v rodině, zejména přehnaný důraz na čistotnost, pořádnost a kontrolu. Příčina však dosud není jasně známá. Biologické pohledy- podle rodinných studií až 35% příbuzných prvního stupně rovněž trpí OCD.“ (Praško, 2014, s.49)

Obsedantně kompulzivní porucha patří mezi neurotické poruchy. Typická je pro ni přítomnost nutkavých myšlenek (tzv. obsesí). Obsese se proti vůli dotyčného opakovaně, nezadržitelně vtírají do jeho mysli a způsobují mu neklid, úzkost a tíseň. Velmi malou úlevu od této tísně přináší určité nutkavé chování – tzv. kompulze nebo rituály. OCD se týká asi 2-3 % populace a objevuje se většinou kolem dvacátého roku života. Spouštěcím mechanismem může být odchod z bezpečí domova, náhlý intenzivní stres, partnerské problémy, zdravotní problémy fyzického rázu a podobně. (Praško, 2014, s. 49-52)

Autoři se shodují na tom, že pro objevení nebo významné zhoršení OCD jsou velmi riziková období těhotenství a období po porodu. (Takács, 2015, s. 86)

Léčba OCD je dlouhodobá, mnohdy celoživotní. Používají se antidepresiva, podpůrná psychoterapie. (Praško, 2014, s. 59-62)

2.5. Deprese

„Prevalence těhotných žen, které splňují kritéria pro depresivní poruchu je mezi 10-16%. Tato četnost je tedy podobná, nebo jen nepatrně vyšší, jako u negravidních žen.“

(Praško, 2011, s. 19-21)

Deprese já závažná, dlouhotrvající nemoc, porucha psychiky projevující se dlouhodobě pokleslou náladou, ztrátou zájmu o běžné životní situace, smutkem, pocitem nicoty, zmaru a beznaděje a neschopností se radovat a cítit potěšení (anhedonií). Jedná se o závažný, někdy i život ohrožující stav, vyžadující psychiatrickou léčbu. K epizodě deprese v těhotenství jsou náchylnější prvorodičky, ženy, které již v minulosti deprese měly, těhotné při nechtěném těhotenství, těhotné bez partnera nebo ze špatných sociálních podmínek. Depresivní příznaky u těhotných žen mohou být těžko rozeznatelné od fyziologických změn v těhotenství a to hlavně v prvním trimestru těhotenství. (Hájek, 2014, s.394)

Deprese se může projevit v jakémkoliv životním období bez zjevné příčiny (pomalu nastupující endogenní deprese) nebo jako reakce na zátěžovou životní situaci či fyzické onemocnění (rychleji nastupující reaktivní deprese či rekurentní depresivní porucha vzniklá např. při smrti či vážném onemocnění blízké osoby).

Poporodní deprese se objevuje zpravidla 6. - 12. týden po porodu, ale může se objevit i podstatně déle. Na jejím vzniku se podílí mnoho faktorů jako například: rozbouřené hladiny hormonů po porodu, únava, nevyspání, strach o dítě, úzkost se zvládnutí nové životní role, odloučení od přátel a také genetické vlivy.

„ Déletrvající zhoršení nálady různého stupně a trvání postihuje 10-16% žen po porodu. Plně vyjádřená poporodní depresivní epizoda se objevuje u 8,2 - 14,9% rodiček. “
(Praško, 2011, s. 19-20)

Léčba deprese v těhotenství a poporodní deprese je v těžších případech prováděna antidepressivy. Vhodná je dlouhodobá psychoterapie, spolupráce s rodinou a přáteli.
(Praško, 2011, s. 19-21)

2.6.Schizofrenie

„ Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě. Schizofrenie je typicky procesuální choroba se začátkem v pubertě nebo rané dospělosti. “ (Ocisková, 2015, s. 45)

Mezi charakteristické symptomy schizofrenie patří ozvučování myšlenek, sluchové halucinace, které mohou pacienta nabádat k určité činnosti, bludné vnímání nebo bludy. Dále mohou být přítomny poruchy v oblasti myšlení, vnímání, emocí a chování. Průběh schizofrenie může být trvalý s narůstajícím trvalým defektem, epizodický, anebo může být

jedna či více atak s úplnou nebo neúplnou remisí. U pacientů se schizofrenií je významné riziko suicidia. (Ocisková, 2015, s. 45-46)

S těhotenstvím u žen se schizofrenií se setkáváme zřídka. Propuknutí schizofrenie v těhotenství se objevuje jen velmi zřídka.

„Schizofrenie je spojená s těhotenskými a poporodními komplikacemi jako je předčasný porod, nízká porodní hmotnost.“ (Praško, 2011, s. 20)

Léčba: antipsychotika, antidepressiva, stabilizátory nálady, psychoterapie. (Ocisková, 2015, s. 48)

2.7. Poruchy příjmu potravy- PPP (mentální anorexie, bulimie, záchvatovité přejídání)

Psychická porucha mentální anorexie je charakterizována úmyslným snižováním váhy, které si pacient udržuje. Jedná se u dospělých o onemocnění velmi závažné, s nepříznivým průběhem a vysokou mortalitou, kde výsledky léčby nejsou jednoznačné. Nejčastěji se s ním setkáváme u dívek v dospívání a mladých žen, není však výjimkou, že jsou postiženi i mladí chlapci a muži nebo děti v období puberty a ženy ve středním věku.

Mentální anorexie je u dívek a žen provázena často poruchou menstruačního cyklu, ztrátou menstruace, neschopností otěhotnět či donosit plod. Velmi často jsou přítomny endokrinologické a metabolické změny, deprese, vleklá únava, nevykonnost, neschopnost soustředění, vypadávání vlasů, kožní problémy a problémy ve vztazích. V extrémních případech může mít mentální anorexie fatální průběh. (Ocisková, 2015, s. 147-9)

„Mentální bulimii charakterizují opakované záchvaty přejídání a nadměrná kontrola tělesné váhy vedoucí k přejídání následovaném zvracením nebo používáním projímadel.“ (Ocisková, 2015, s. 148)

„Rodinné studie našly u přímých příbuzných lidí s PPP rovněž zvýšenou míru perfekcionismu, zdá se tedy, že obsedantně-kompulzivní porucha nebo osobnostní rysy s ní spojené jsou dědičné. Perfekcionistické rysy se u dívek, které později vyvinou PPP (jak anorexii tak bulimii) projevují již v dětství. Snaží se mít všechno přesně tak, jak to má být, domácí úkol, účes i uklizený pokojíček.“ Papežová Hana, *Spektrum poruch příjmu potravy.*“ (Papežová, 2010, str. 39)

Léčba: psychoterapie, antidepresiva, hormonální léčba. Často je nutná dlouhodobá léčba na uzavřených psychiatrických odděleních a metabolických jednotkách. (Papežová, 2010, s. 343-377)

2.8. Bipolární afektivní porucha

„Bipolární afektivní porucha je definována opakujícími se obdobími mánie nebo hypománie a deprese se změnami v myšlení a aktivitě, které jsou ohraničeny remisí nebo přesmykem do opačné polarit. Tyto změny mohou mít různou závažnost, trvání a frekvenci a dochází i ke kombinaci opačných polarit příznaků.“ (Osicková, 2015, str. 78)

Léčba: antidepresiva, stabilizátory nálady, psychoterapie je doplňková. (Ocisková, 2015, s. 80)

2.9. Poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti jsou poruchy, které nejsou často postiženými vnímány jako negativní a obtěžující. Spíše je negativně vnímá okolí. Jsou charakterizovány hlavně změnou povahových vlastností. Některé povahové rysy mohou být trvale přemrštěné jiné naopak potlačené. Původ poruch osobností pramení již v dětství, často po nějakém negativním traumatickém zážitku jako je například zneužívání, týrání nebo šikana, dlouhodobě špatné rodinné prostředí. Velký vliv má také genetická predispozice.

Poruchy osobnosti můžeme dle hlavních rysů osobnosti dělit takto:

1. Paranoidní porucha osobnosti: hlavním rysem této osobnosti je celoživotní nedůvěřivost vůči jiným lidem, která se projevuje i v kontaktu s lékařem či zdravotnickým pracovníkem
2. Schizoidní porucha osobnosti: charakterizována defektem schopnosti vytvářet dlouhodobé, smysluplné vztahy. Upřednostňování fantazie, samotářství. Takoví lidé vypadají studeně, odtažitě, rezervovaně
3. Disociální porucha osobnosti: typický je nezájem o práva druhých osob. Typická je promiskuita, kriminální chování a zneužívání druhých, závislost na návykových drogách
4. Emočně nestabilní porucha osobnosti: charakterizována výraznou afektivní nestálostí a tendencí jednat impulzivně bez ohledu na následky. Mohou být

přítomny výbuchy vzteku vedoucí až k násilí. Pacient je schopen v nemocnici
řvát na zdravotníky, rozbíjet předměty, teatrálně odcházet uprostřed vyšetření

5. Narcistická porucha osobnosti: tito pacienti mají vysoké sebevědomí a jsou náchylní na cokoliv, co se jejich sebevědomí dotkne. Často zveličují své výkony a jedinečnost. Chovají se nadřazeně, arogantně a kriticky.
6. Histrionská porucha osobnosti: snaha o neustálou pozornost druhých, dramatické, přehnaně teatrální chování. Ženy s histrionskou poruchou často flirtují, naříkají si a projevují dětskou závislost. Prožitky druhých je příliš nezajímají.
7. Anankastická porucha osobnosti: Typická kontrola všech detailů, svých emocí i jiných lidí. Nadměrná svědomitost, puntíkářství, opatrnost, disciplinovanost a tvrdohlavost.
8. Vyhýbavá porucha osobnosti: pocity méněcenosti, strach z navázání osobních vztahů, problémy vyjádřit své pocity. Podle některých studií se tato porucha vyvíjí v důsledku rodičovského odmítání.
9. Závislá porucha osobnosti: pacient má potřebu toho, aby se o něj ostatní nadměrně starali, velký strach z toho, že bude opuštěn. Většinou neúměrné podřízení se názorům druhých, podcenění vlastních postojů a schopností. (Ocisková, 2015, s. 202-212)

Léčba: dlouhodobá psychoterapie, antidepressiva. (Ocisková, 2015, s. 203-217)

3. MOŽNOSTI TERAPIE PSYCHIATRICKÝCH ONEMOCNĚNÍ V TĚHOTENSTVÍ A PŘI KOJENÍ

3.1. Farmakoterapie v těhotenství a při kojení

„ Znalost účinku léků v době těhotenství je důležitá jednak pro prevenci vrozených vývojových vad, jednak pro prevenci vzniku závažných a někdy až kritických poruch zdraví matky a plodu v pre-, intra- i postpartálním období.“ (Hájek, 2014, s. 64)

Farmakoterapie v těhotenství a při kojení je zatížena řadou dlouhodobých mýtů považujících většinu léků jako nebezpečných pro plod. V povědomí laické veřejnosti je rozšířený názor, že lékař by měl být tím, kdo ví, jaké léky se mohou brát v těhotenství a jaké jsou zcela zakázané. Pro lékaře je tedy nezbytné, aby byl informován o nejnovějších výzkumech a doporučeních týkajících se farmakoterapie v těhotenství a při kojení. (Vachek, 2013, str. 33)

Klasifikace léčiv

Léčiva jsou nejčastěji rozdělena do skupin A, B, C, D, X podle míry jejich účinků na plod a dostupnosti kontrolovaných studií. V České republice se nejčastěji používá Klasifikace léčiv FDA (Food and Drug Administration) 1982 a ADEC (Australian Drug Evaluation Committee) 1993 - australská klasifikace.

FDA 1982

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

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

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

D – Existují pozitivní doklady rizika pro lidský plod, ale z důvodu prospěšnosti za určitých situací (např. život ohrožující situace nebo závažná onemocnění, při nichž nelze

použít bezpečnější léky) může být použití léků přijatelné navzdory rizikům, která jsou s ním spojena.

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

ADEC-australská klasifikace

A – Léky, které byly užívány velkým počtem těhotných žen a žen v reprodukčním věku, aniž bylo pozorováno jakékoli prokázané zvýšení frekvence malformací či jiných přímých či nepřímých škodlivých účinků na plod.

B – Léky, které byly užívány jen omezeným počtem těhotných žen a žen v reprodukčním věku, aniž bylo prokázané jakékoli prokázané zvýšení frekvence malformací či jiných přímých či nepřímých škodlivých účinků na plod.

Studie u zvířat neprokázaly zvýšený výskyt poškození plodu-B1.

Studie u zvířat jsou neadekvátní nebo mohou být nedostatečné, ale dostupné údaje nedokládají zvýšený výskyt poškození plodu-B2.

Studie u zvířat dokládají zvýšený výskyt postižení plodu, jehož význam je u lidí považován za nejistý – B3

C – Léky, které vzhledem ke svým farmakologickým účinkům měly nebo mohly mít škodlivé účinky na plod nebo novorozence, aniž způsobily malformace. Tyto účinky mohou být reverzibilní. Vždy je nutné se seznámit s podrobnějšími údaji.

D – Léky, které způsobily, mohly způsobit, či lze očekávat, že způsobí zvýšenou incidenci malformací nebo ireverzibilní poškození lidského plodu. Tyto léky mohou rovněž mít nežádoucí farmakologické účinky. Vždy je nutné se seznámit se s podrobnějšími údaji, uvedenými např. v SPC.

X – Léky s tak vysokým rizikem trvalého poškození plodu, že je nelze použít v těhotenství nebo v případě, kdy je možné, že žena je těhotná. (Vachek, 2013, s. 26)

3.2.ANTIDEPRESIVA-nejčastější léčiva užívaná u těhotných žen a žen po porodu s psychiatrickým onemocněním

„Neléčit depresi v těhotenství nepředstavuje východisko, protože plod bude vystaven riziku v každém případě – buď působením farmakologické léčby nebo následkům depresivního onemocnění matky.“ (Vachek, 2013, s. 142)

„Antidepressiva jsou indikována kromě vlastního depresivního onemocnění také velmi často u neurotických, úzkostných poruch, u panické poruchy a zejména u fobických, případně obsedantně kompulzivních poruch (zde často imipramin), a to někdy i ve velmi vysokých dávkách.“ (Vachek, 2013, s. 28)

„S užíváním SSRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) se často setkáváme i u těhotných a kojících žen. Počet diagnostikovaných vrozených vad u dětí, jejichž matky užívaly SSRI, nepřekročil dle údajů z velkých registrů (např. Swedish Medical Birth Registry – 6555 novorozenců) očekávanou hodnotu, z těchto údajů nebylo vysloveno podezření na četnější výskyt určitých orgánových vad. Opakovaně byly u dětí vystavených prepartálně SSRI pozorovány poruchy poporodní adaptace, jako např. třes, myoklonus, křeče, poruchy výživy a neklid. Dříve byly považovány za důsledek vysazení expozice SSRI, nyní spíše za projevy serotoninové toxicity. Odezni obvykle do dvou týdnů, maximálně do jednoho měsíce.“ (Vachek, 2013, s. 146)

„Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) jsou v současnosti léky volby v laktaci. Pro svou výbornou toleranci se užívá především sertralin (Zoloft), užit však lze i citalopram (Seropram) event. i escitalopram (Cipralex). Přestup těchto látek do mateřského mléka je minimální a lze ho ještě snížit co nejdélší pauzou v kojení po užití léku, což někteří autoři u citalopramu doporučují. Paroxetin (Seroxat) a fluvoxamin (Fevarin) do mateřského mléka přestupují též jen zcela minimálně a je možné je kojícím ženám podávat, žádné odchylky u kojenců popsány nebyly.“ (Vachek, 2013, s. 285)

Nástup účinku antidepressiv SSRI je ve většině případů kolem 14-21 dnů, do té doby může i přes užívání léku docházet ke zhoršování psychických problémů. Mezi nejčastější vedlejší účinky antidepressiv SSRI patří: nespavost, ospalost, únava, nechutenství, úzkost, deprese, sucho v ústech, pokles sexuální touhy, sexuální dysfunkce. V současné době může antidepressiva předepisovat lékař psychiatr, ale také praktický lékař pro dospělé.

Citalopram-FDA C, ADEC C

Seropram, Citalec

„ U novorozenců prenatálně exponovaných citalopramu nebyl zjištěn vyšší výskyt vrozených vad, ale výrazně častěji byly pozorovány poruchy poporodní adaptace, které spontánně odezněly. Ze závěrů některých ojedinělých pozorování bylo dříve vysloveno podezření na vyšší četnost výskytů vad srdečního septa, defektů neurální trubice a vezikouretrálních refluxů, nepodařilo se je však zatím potvrdit. Lze tedy shrnout, že z dosavadních zkušeností zatím nejsou důkazy o teratogenním působení citalopramu, který tak patří mezi SSRI první volby v těhotenství.“ Str. 146

Sertralin-FDA B, ADEC B3

Zoloft, Serlift, Asentra

„ Jde o celosvětově nejpředepisovanější SSRI, a to i u těhotných žen. O sertralinu jsou k dispozici rozsáhlejší údaje než o citalopramu, konkrétní podezření na vyšší výskyt jednotlivých vrozených orgánových vad po expozici sertralinu se nepodařilo potvrdit. Sertralin tak patří s citalopramem mezi SSRI první volby v těhotenství.“ (Vachek, 2013, s. 147)

„ Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) jsou v současnosti léky volby v laktaci. Pro svou výbornou toleranci se užívá především sertralin (Zoloft, Asentra, Seropram), užít však lze i citalopram (Seropram) či event.i escitalopram (Cipralex). Přestup těchto látek do mateřského mléka je minimální a lze ho ještě snížit co nejdříve pauzou v kojení po užití léku, což někteří autoři u citalopramu doporučují. Paroxetin (Seroxat) a fluvoxamin (Fevarin) do mateřského mléka přestupují též jen zcela minimálně a je možné je kojícím ženám podávat, žádné odchylky u kojenců popsány nebyly. „Cave: nevhodné nasazení SSRI v období přirozeně zvýšené psychické lability po porodu může skončit závažnými následky v podobě aktivace psychické poruchy.“ “ (Vachek, 2013, s. 285)

Výpis z příbalového letáku léku Sertralin 50 Teva (příbalová informace schválena 7.9.2012)

Těhotenství:

Bezpečnost sertralinu nebyla u těhotných žen plně studována. Sertralin Vám bude v těhotenství podán pouze, usoudí-li lékař, že přínos pro Vás převyšuje možné riziko pro vyvíjející se dítě. Pokud jste schopna otěhotnět, používejte v období užívání sertralinu spolehlivou metodu kontracepce (např. antikoncepční pilulku).

Ubezpečte se, že Váš gynekolog (popř. i porodní asistentka) ví, že užíváte sertralin. Užívání látek podobných sertralinu během těhotenství, zvláště v posledních 3 měsících, může u dětí zvýšit riziko výskytu závažného zdravotního stavu, tzv. perzistující plicní hypertenze novorozenců, který se projevuje zrychleným dýcháním a promodráním. Tyto příznaky se obvykle projeví během prvních 24 hodin po porodu. Pokud tyto příznaky zpozorujete u svého dítěte, okamžitě kontaktujte dětského lékaře.

Vaše narozené dítě může rovněž prodělavat další stavy, které se obvykle objeví během prvních 24 hodin po narození. Příznaky zahrnují:

- potíže s dýcháním
- namodralá kůže nebo přehřívání, či podchlazení těla
- namodralé rty
- zvracení nebo potíže s krmením
- únava, nespavost nebo nadměrný pláč
- ztuhlé nebo ochablé svaly
- třes, chvění nebo křeče
- zesílené reflexní reakce
- podrážděnost
- nízká hladina krevního cukru.

Objeví-li se u Vašeho dítěte po narození některý z těchto příznaků, nebo pokud máte obavy o jeho zdraví, kontaktujte svého lékaře nebo porodní asistentku, kteří Vám poradí.

Kojení

Existují důkazy o tom, že sertralin přechází do mateřského mléka. Sertralin je možné podat kojícím ženám pouze, usoudí-li Váš lékař, že přínos převyšuje možné riziko pro dítě.

Výpis z příbalového letáku léku Asentra 50 (příbalová informace schválena 5.12.2012)

Těhotenství, kojení a fertilita

Bezpečnost sertralinu nebyla u těhotných žen plně studována. Přípravek Asentra je možné podat těhotným ženám pouze, usoudí-li lékař, že přínos pro matku převyšuje možné riziko pro plod. Ženy ve věku, kdy mohou otěhotnět, by v období užívání sertralinu měly používat vhodnou antikoncepci.

Ubezpečte se, že Váš gynekolog (popř. porodní asistentka) ví, že užíváte přípravek Asentra. Užívání látek podobných přípravku Asentra během těhotenství, zvláště v posledních 3 měsících, může u dětí zvýšit riziko výskytu závažného zdravotního stavu, tzv. perzistující plicní hypertenze novorozenců, který se projevuje zrychleným dýcháním a promodráním. Tyto příznaky se obvykle projeví během prvních 24 hodin po porodu. Pokud tyto příznaky zpozorujete u svého dítěte, okamžitě kontaktujte dětského lékaře.

Existují údaje o tom, že sertralin proniká do mateřského mléka. Přípravek Asentra je možné podat kojícím ženám pouze, usoudí-li lékař, že přínos pro matku převyšuje možné riziko pro dítě.

Po přečtení příbalových letáků u antidepresiv SSRI jako je v těhotenství a při kojení nejpoužívanější Sertralin a Asentra může být těhotná nebo kojící žena poměrně vylekaná a mohou u ní narůst obavy, zda je pro ni a její dítě užívání léku bezpečné. Je tedy nezbytně nutné, aby byla podrobně seznámena s nejnovějšími studiemi a výzkumy, které jsou v současné době k dispozici a její obavy se snížily.

3.3. Přírodní léky na podporu psychiky

Přírodních přípravků na podporu psychiky existuje spousta. Mezi nejčastěji používané patří bylinné čaje například čaj meduňkový, třezalkový, mateřídouškový apod. „*Bylinkářka a autorka Susun Weeds doporučuje proti poporodní depresi následující čajovou směs: listy maliniku, rozmarýny a květy chmele (vždy po 30 g) důkladně promíchat s 15 g lékořice. Na jeden šálek se používají dvě čajové lžičky směsi, zalité vroucí vodou. Denní dávka je minimálně 2 šálky denně, pije se několik týdnů až 2 měsíce.*“ (Geisel, 2004, s. 211). Těhotná žena a žena po porodu, která kojí se však musí řídit příbalovým letákem, neboť některé bylinky nejsou vhodné užívat v těhotenství a při kojení.

Vhodná se jeví homeopatika jako například Gelsemium sempervirens 30CH (1x denně 5kulí, neklid, smutek v těhotenství, při kojení), Natrium muriaticum 30CH (1x denně 5 kulí, poporodní splín), Ignatia amara 9 nebo 15CH (2x denně 5 kulí, úzkost)

Bachovy esence – jedná se o 38 květových esencí, připravovaných z nejedovatých planě rostoucích rostlin a stromů. Bachovy esence se používají k léčbě všech možných negativních stavů mysli. Velmi známá je Krizová esence (Rescue Remedy), která se skládá z pěti esencí a používá se ke zvládnutí krizových situací.

Jarsin 300 (Třezalka tečkovaná) – tablety (pouze na lékařský předpis) určené k léčbě lehkých až středně těžkých depresí. V příbalovém letáku se ale užívání během těhotenství a kojení nedoporučuje. Dále je zakázané užívání třezalky tečkované spolu s antidepresivy.

3.4. Psychoterapie

Psychoterapie je léčebné působení, které by mělo vést ke zmírnění či odstranění potíží spojených s nemocí, poruchou nebo anomálií, a to působením na psychiku a prostřednictvím psychiky na celý organismus nemocného. Psychoterapii provádí kvalifikovaná osoba, většinou lékaři, psychologové, vyškolené zdravotní sestry a sociální pracovníci. K provádění odborné a systematické psychoterapie se navíc vyžaduje speciální výcvik. Psychoterapie je povětšinou záležitostí dlouhodobou a někdy je limitována finančními možnostmi pacienta. (Kratochvíl, 2012, s. 14-22)

„Základními prostředky podpůrné psychoterapie jsou naslouchání, vcítění, podpora, vedení, podání informací a vysvětlení, povzbuzování a umožnění vyjádřit všechny emoce, které pacient prožívá.“ (Praško, 2011, s.247-248)

3.5. Akupunktura

Akupunktura je léčebná metoda vycházející z tradiční čínské medicíny, během které se do tzv. akupunkturálních bodů pacienta nabodávají jehly. Podle tradiční nauky leží tyto body na akupunkturálních drahách neboli drahách energie, tzv. meridiánech.

„Jedna z randomizovaných klinických studií zahrnující 61 těhotných žen s těžkou depresivní poruchou, došla k závěru, že největší snížení depresivních symptomů bylo odezvou na aktivní léčbu akupunkturou ve srovnání s kontrolní léčbou a masážní terapií. Nicméně, nedávná Cochrane recenze došla k závěru, že důkazy pro masážní terapii a akupunkturu se v současné době jeví jako neprůkazné.“ (Martin, 2012, s. 20)

Za svého studia na Institutu tradiční čínské medicíny v Praze jsem opakovaně potkala těhotné ženy nebo ženy po porodu s psychickými problémy, které docházely pravidelně na akupunkturu a velmi si chválily její účinky. V těchto případech se ale jednalo o paralelní léčbu s farmakoterapií.

3.6. Kineziologie One Brain, EFT

Kineziologie je jedna z nejznámějších metod alternativní medicíny, kterou uznávají psychologové, lékaři, učitelé i laici po celém světě. Kineziologie se týká studia svalů a pohybů těla (z řeckého kinesis-pohyb). Cílem kineziologie je udržování rovnovážného zdravotního stavu pomocí svalů lidského těla.

EFT je zkratka z anglického Emotional Freedom Techniques, což se dá volně přeložit jako Energetická psychoterapie nebo také - Techniky emoční svobody. Léčebná technika používající tzv. meridiánů, které stimuluje poklepem. (místo jehliček, které používá akupunktura, používá poklep) Tato technika léčí tělo i duši, odstraněním poruchy toku energie dochází k doplnění energie v meridiánu a k odstranění problémů.

3.7. Pohled psychiatra

Konzultace u MUDr. Ireny Smolové: Sertralin – antidepresivum, která předepisuje v těhotenství a při kojení nejčastěji. Při nově vzniklé depresi či úzkosti v těhotenství nebo v období po porodu je možné zkusit alternativní způsob léčby nebo kombinovat antidepresiva a alternativní způsob léčby. U žen, které se léčily již před těhotenstvím pro psychiatrické onemocnění nebývá pouze alternativní léčba účinná a ulpívání pouze na ní může mít tragické následky jak pro matku, tak pro plod. Samozřejmostí by měla být podpůrná psychoterapie a citlivý přístup lékařů a porodních asistentek. Psychiatr jako takový nemůže pomoci ženám zodpovědět otázky spojení s těhotenstvím, porodem a kojením na 100 %, proto je nutná úzká spolupráce s gynekologem nebo porodní asistentkou.

4. NEJDŮLEŽITĚJŠÍ PROBLÉMY A POTŘEBY PSYCHIATRICKY NEMOCNÉ ŽENY V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ, PORODU A ŠESTINEDĚLÍ

K nejčastějším problémům psychiatricky nemocné ženy v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí patří: pocity izolace, nemožnost otevřeně hovořit o psychických problémech s lékaři a porodními asistentkami

- : nízká sebedůvěra
- : strach a úzkost ze zvládnutí těhotenství
- : strach a úzkost z prohloubení psychických problémů
- : stigmatizace
- : sebestigmatizace, stud z psychiatrického onemocnění
- : narušení emocionálního vztahu k plodu
- : narušení partnerského vztahu

(Martin, 2012)

K nejčastějším potřebám psychiatricky nemocné ženy v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí patří potřeba: pochopení

- : uznání
- : naslouchání
- : opakovaného ujišťování
- : empatie
- : zvýšená potřeba informací
- : komunikace o psychických problémech

(Praško, 2011, s. 19-21)

5. PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O TĚHOTNOU ŽENU V PRENATÁLNÍ PORADNĚ V ČR

5.1. Pravidelné kontroly v prenatální poradně u gynekologa

Většina těhotných žen během těhotenství navštěvuje pravidelně prenatální poradnu, a je ve styku s porodní asistentkou a gynekologem. Péče porodní asistentky v těhotenské poradně je však velmi často jednostranná, orientovaná na fyzické parametry a problémy. Dále je limitována časem, který je možný těhotné ženě věnovat. Obvykle se jedná pouze o kontrolu krevního tlaku, moči, váhy, kontrola otoků eventuálně náběry či krátkodobé natočení kardiografického záznamu. Důraz je kladen na zjišťování eventuálních patologií ve vývoji plodu a fyzickém zdraví těhotné a velmi obsáhlou administrativu. Čas a soukromí na podrobný rozhovor o tom, jak se těhotná žena cítí po psychické stránce, zda nemá nějaké obavy či problémy nefyzického rázu zpravidla není a nemůže tedy vzniknout potřebná důvěra. Po porodu následuje zpravidla jen kontrola po šestinedělí, která je opět limitována časem a omezí se ze strany porodní asistentky jen na zdvořilé optání se na průběh porodu, miminko, kojení a fyzikální vyšetření.

5.2. Pravidelné kontroly u komunitní porodní asistentky

Ženy s fyziologickým průběhem těhotenství mohou v dnešní době chodit na pravidelné kontroly v těhotenství ke komunitní porodní asistentce. V této poradně musí být prováděny všechny kontroly jako v běžné prenatální poradně, ale mělo by zde být i daleko více času na péči o psychické zdraví těhotné, rozhovory, rady. Komunitní porodní asistentka by měla být pro těhotnou ženu a ženu v šestinedělí důvěryhodnou osobou, která dokáže naslouchat, vcítit se do pocitů, a rozpoznat nejenom fyzické ale také psychické problémy těhotné ženy a šestinedělky. Výhodami pravidelných kontrol u komunitní porodní asistentky jsou: důvěra, kontinuita, dostatek času, možnost pracovat i s partnerem, soukromí, ve kterém je jednodušší odhalení pocitů a problémů. Nevýhodou naopak bývá skutečnost, že si kontroly většinou žena musí platit a nedostupnost komunitní porodní asistentky.

(Štomerová, 2010)

PRAKTICKÁ ČÁST

6. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

6.1. Formulace problému

Není výjimkou, že ženy v reprodukčním období trpí nějakým psychiatrickým onemocněním. Těhotenství, porod a šestinedělí jsou kritická období v životě ženy, a proto může dojít ke zhoršení psychického stavu ženy.

Může být porodní asistentka vhodnou a relevantní osobou, která je schopna pomoci psychiatricky nemocné ženě v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí?

6.2. Hlavní cíl

Hlavním cílem mého výzkumu je popsat možnou péči porodní asistentky o psychiatricky nemocné ženy v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí.

Dílčí cíle

1. Popsat nejčastější psychické a fyzické potíže psychiatricky nemocných žen v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí.
2. Určit potřeby žen v souvislosti s psychiatrickým onemocněním v těhotenství, při porodu a v šestinedělí.
3. Zachytit holistický a dlouhodobý pohled na zkoumaný jev.
4. Popsat psychické potíže zpracováním podrobné anamnézy, průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí.

6.3. Výzkumné otázky

1. Jaké problémy řeší těhotné ženy, rodičky a ženy v šestinedělí s psychiatrickým onemocněním?
2. Jakým pocitům je těhotná, rodička a žena v šestinedělí s psychiatrickým onemocněním vystavena?
3. Objevují se v přístupu zdravotníků, případně členů rodiny tendence problémy ženy bagatelizovat?
4. Mívají ženy s psychiatrickým onemocněním v období těhotenství, porodu a šestinedělí pocit stigmatizace?
5. Jak je psychiatrickým onemocněním ovlivněn vztah k plodu?
6. Jak je psychiatrickým onemocněním ovlivněn prožitek porodu?

7. Jak může porodní asistentka pomoci psychiatricky nemocné ženě v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí?

6.4. Druh výzkumu a metodiky

Pro mou odbornou práci jsem si vybrala kvalitativní výzkum, který mi umožňuje podrobně prozkoumat problémy dvou respondentek během jejich čtyřech těhotenství, porodů a šestinedělí. Podrobným rozhovorem a popisem se snažím porozumět a popsat individuální pocity a problémy klientek.

6.5. Metoda

Při rozhovorech s respondentkami jsem použila polostrukturovaný rozhovor. Otázky se týkaly několika okruhů. Rodinné anamnézy, osobní anamnézy s přihlédnutím k psychiatrickému onemocnění, těhotenství, porodů a šestinedělí, péče porodních asistentek. Dále následovaly otázky týkající se psychického stavu v průběhu těhotenství, porodů a šestinedělí, emocionálního vztahu s plodem a novorozencem a otázky na psychomotorický vývoj dětí.

6.6. Výběr případu

Výběr respondentek byl záměrný. Pro problematiku, o které píše bylo zapotřebí vybrat respondentky, které byly dlouhodobě léčeny s psychiatrickým onemocněním již před svými těhotenstvími. Zvolila jsem respondentky, které jsem osobně znala, právě kvůli jejich psychickým problémům v období mateřství. Dále mi přišlo velmi zajímavé, že se jedná o sestry. Nemyslím si, že by rozhovory byly negativně ovlivněny našim přátelstvím, naopak si myslím, že vzhledem k osobnímu přátelství jsou rozhovory plné opravdu pravdivých velice intimních pocitů, které se mi respondentky nebály svěřit a tím jsou cennější. Po celou dobu rozhovorů jsem se snažila nezasahovat do odpovědí a nesdělovat svůj názor na danou problematiku.

6.7. Organizace výzkumu

S respondentkami jsem si domluvila osobní rozhovory u nich doma, případné doplňkové otázky jsme řešili emailem nebo po telefonu. S paní Janou jsem se setkala jedenkrát osobně 10.2.2017, části rozhovoru byl přítomný i manžel. Doplňkové 4 otázky jsme poté vyřešily koncem února 2017 prostřednictvím emailu. S paní Ilonou jsem se

setkala jedenkrát osobně 23.2.2017, doplňkové otázky jsme řešily prostřednictvím dvou telefonických rozhovorů uskutečněných koncem února 2017.

Před samotným rozhovorem byly obě ženy srozuměny s cíli a povahou této bakalářské práce a ujištěny o tom, že informace z rozhovoru nebudou použity jinde než v této práci. Obě ženy podepsaly informovaný souhlas o použití diktafonu. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než mnou a bude po dopsání bakalářské práce ihned vymazán. Hlavní součástí v informovaném souhlasu je zachování absolutní anonymity.

7. ROZHOVOR 1

Rozhovor s paní Janou uskutečněný dne 10.2.2017 u ní doma. Délka rozhovoru 2 hod 45 minut. Paní Jana je osoba mě známá, tykáme si, byla jsem s ní v kontaktu od její hospitalizace v prvním těhotenství. Poznala jsem ji prostřednictvím její sestry, kterou znám blížeji asi 10 roků. Věděla jsem od sestry, že paní Jana trpěla úzkostnými stavy a určitou přemírou nutnosti uklízet již před prvním těhotenstvím, měla komplikované mimoděložní těhotenství a podstoupila úspěšně umělé oplodnění. Kontaktována jsem byla paní Janou ve 24. týdnu prvního těhotenství, když ležela v nemocnici s hrozícím předčasným porodem. Po dobu celé její hospitalizace během těhotenství, po porodu a v šestinedělí jsme byli opakovaně několikrát týdně v telefonním kontaktu. Pravidelně mi sdělovala své obavy o průběh těhotenství, potřebovala opakované ujišťování, podporu a často jen povídat o běžných věcech. Každé dobré výsledky různých vyšetření jsme spolu oslavovali. Týden vždy běžel od pátku, neboť v pátek bylo přešetření a cervikometrie, které se vždy obávala.

Paní Jana je 29letá žena, t.č. na mateřské dovolené s druhým dítětem. Vdaná 5 roků. Žije na vesnici v novém rodinném domě. Středoškolačka, všeobecná sestra.

Nejprve jsme se dlouze bavily o osobní a rodinné anamnéze.

Shrnutí:

Rodinná anamnéza: matka je po operaci břišní aorty v 54 letech pro kalcifikaci-by pass celé břišní aorty. Dlouhodobě léčena pro paradentózu a ústup kostí v čelistech.

: otec ca prostaty v 57 letech

: sestra dlouhodobě léčena pro obsedantně kompulzivní poruchu-OCD, st.p. laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii pro carcinoma in situ cervicis uteri ve 32 letech

Osobní anamnéza: v dětství, pubertě a dospívání vážněji nestonala

: 2009 zhoubný melanom na břicho, chirurgické odstranění, kontroly po ½ roce

: 2014/leden-únor dermatofibrosarkom na břicho (dermatofibrosarcoma protuberans - jedná se o maligní tumor, pomalu rostoucí, metastazující jen velmi vzácně. Časté lokální recidivy. Nejčastější lokalizace je na trupu a na proximálních částech končetin), opakované chirurgické odstranění spojené s plastikou břišní stěny, USG kontroly břicha a jizvy po ½ roce

Gynekologická anamnéza: menarché od 13 let, cyklus nyní pravidelný 28/5. Před prvním těhotenstvím cyklus nepravidelný 28-50/3, léčena hormonálně.

: **p1** 2010- Gravidita extrauterina – GEU, v pravém děl. rohu, opak revize dutiny děl., laparotomické odstranění pravého děl.rohu

: léčená sterilita 1 a ¼ roku-ovární a tubární faktor

: **P1** 2013/XI, dcera 1600 g/39 cm, grav. po In vitro fertilizaci-IVF a Intracytoplasmatické injekci spermií-ISCI, od 24.t.t. hrozící předčasný porod, opakovaná tokolýza, hospitalizace, kortikoterapie. Sectio caesarea in grav.hebd. 31+6 t.t. pro předčasný odtok zelené vody plodové, šestinedělí afebrilní, kojila měsíc. krvácení do mozku, rozšířené mozkové komory, zdráva, žije, FN GPK Plzeň

: **P2** 2016/ VI, syn 2600g/ 47cm, v termínu, hlavičkou, III.d.p.spont + digitální revize dutiny děložní, šestinedělí afebrilní, kojí dosud, zdrav, žije, Klatovy

Psychiatrická anamnéza: v dětství a pubertě, adolescenci psychiatrické potíže neguje

: od roku **2011 v péči psychiatra pro úzkostně depresivní poruchu, naznačená obsedantně kompulzivní porucha. Úzkosti a deprese se objevily po operaci pro mimoděložní těhotenství (2010), postupně se prohlubovaly, až požádala sestru, která se v té době již léčila na psychiatrii o domluvení konzultace u psychiatričky. Od té doby je trvale léčena antidepresivy (pouze vysazení v období cca 3 měsíce před plánovaným IVF, opětovné nasazení ve 20. týdnu těhotenství pro zhoršení příznaků úzkosti a deprese). Užívá antidepresivum Asentra 50. K psychiatrovi dochází nyní zhruba 1x za 2-3 měsíce, v případě potíží má číslo na mobilní telefon své psychiatričky a může zavolat. Této možnosti využívala často v obou těhotenstvích.**

Operace: 2009- odstranění melanomu na břicho

2010- GEU, intersticiální lokalizace, laparotomie

2013-Sectio caesarea

2014- odstranění dermatofibrosarkomu z břišní stěny

Alergická anamnéza: neudává

Sociální anamnéza: žije s manželem v rodinném domku, manžela popisuje jako hodného muže, pracovitého, šikovného, který se hezky stará o děti, miluje ji a ona

jeho také. Několikrát do roka se opije, a to jí trápí, protože jí vyčítá nevhodné věci. Nekuřačka, alkohol příležitostně-víno, káva 3x denně

Jaká onemocnění jsi prodělala v dětství, pubertě a v dospělosti?

V dětství jsem asi vážněji nestonala, prodělala jsem neštovice, několikrát mi píchali uši, byla jsem vybíravá v jídle stejně jako moje dcera teď.

V pubertě to bylo v pohodě.

Až 2009- to mi bylo 21 roků, jsem při kontrole znamének u kožního lékaře, na kterou jsem chodila proto, že jsem se ráda opalovala v solárku byla upozorněna na znaménko, které se paní doktorce nelíbilo. Nechala jsem si ho vyndat a histologie potvrdila zhoubný melanom velikosti 2 mm. Podstoupila jsem mnoho vyšetření jako CT, speciální vyšetření kostí, vyšetření uzlin. Vše dopadlo dobře. Nyní chodím každý půl rok na kontroly krve, znamének a uzlin.

Potom jsem měla v roce 2014 v lednu veliký dermatofibrosarkom na břicho, který mi chirurgicky vyndali, ale histologie prokázala, že není celý, tak jsem musela ještě jednou. To bylo hned v únoru.

Co to znamená dermatofibrosarkom?

Je to taková mrcha, která má chapadla jako medúza. Vysvětlili mi, že je to nádor 1.třídy zhoubných nádorů, který ale nemetastazuje. Je nebezpečný tím, že jeho chapadla mohou prorůst daleko do okolí. Museli mi odstranit velkou část kůže, podkoží a svalů až na fascii. (Spontánně ukazuje velikou nepravidelnou vpáčenou jizvu na levé straně hypogastria, která břicho deformuje). Chodím jednou za půl roku na ultrazvukovou kontrolu jizvy a okolí.

Vyvolává v Tobě onemocnění kůže nějaké obavy?

Ani né, melanom byl velmi malý, doktoři mě uklidnili, že byl odstraněn v čas. Jen musím být opatrná. Ta potvora druhá, tu jsem také moc neřešila, byla jsem chvilku po porodu a veškeré myšlenky soustředila na malou a její problémy. Až teď někdy přemýšlím, jaké jsem měla štěstí, že je to vše venku. Já jsem divná v tom, že se pořád starám o všechny ostatní, aby byli zdraví a měli vše v pořádku a na sebe trochu kašlu. Doktoři mi řekli, že ten nádor byl způsobený nejspíše hormonální stimulací při IVF a mám do smrti zakázáno užívání hormonálních přípravků.

Kdy začali Tvé psychické problémy?

Asi rok po mimoděložním těhotenství, které bylo v roce 2010. Bylo komplikované, doktoři na Locháči dlouho nevěděli, co se děje.

A co se tedy dělo, můžeš to popsat?

Nedostala jsem menstruaci, vyšel mi pozitivní test. Paní doktorka mi ale řekla, že nevidí dobře srdíčko miminka a poslala mne hned na Lochotín. Tam pan doktor řekl, že se paní doktorka plete a že to vypadá dobře. Za 14 dnů na kontrole, ale paní doktorka řekla, že není blázen a že to zase nevidí a odeslala mě zpět na Lochotín. No a tam mi vyškrali a pak se jim nelíbilo hCG (lidský choriový gonadotropin) a po třech dnech mě škrabali znovu. Zase to nebylo dobré, a tak mi za dva dny dělali laparoskopii a z té pak velký řez a vzali mi pravý vejcovod a celý pravý roh dělohy, kde bylo to těhotenství.

Bylo to velmi náročné na psychiku, bála jsem se moc, že už nebudu moci mít děti.

Kdo Ti nejvíce pomohl v té době?

Přítel (nyní manžel), byl úžasný. On je úžasný, vždy mě pomáhal a pomáhá.

2011- začali moje problémy s psychikou. Najednou jsem se cítila ze všeho vystrašená, nebavilo mě vůbec nic, kdyby mi tenkrát přítel řekl, že koupil zájezd k moři do exotiky, na který jsem vždy chtěla jet, tak to se mnou ani nehlo. Bála jsem se být sama a přitom mi vadili lidé. Dělal mi problémy chodit do práce. Začala jsem chodit k pání doktorce na psychiatrii a užívat antidepresiva. Postupně jsme přišli na to, že v podstatě problémy byly již dříve, jen jsem je schovávala za nízké sebevědomí.

Proč myslíš, že máš nízké sebevědomí? Jsi velmi krásná, atraktivní žena.

Nevím, opravdu to nevím, už jsem se tak musela narodit. Byla jsem milovaná, ve všem podporovaná dítě. Měla jsem hezké dětství. S rodiči mám velmi hezký vztah. Nějak se prostě vidím jinak, nevidím se krásná a štíhlá. Jsem žárlivá na manžela, když jsme spolu chodili, byla jsem pořád ve střehu. Na plese jsem seděla v koutku a styděla se jít i tancovat, že jsem tlustá a nemám husté vlasy, jako jeho bývalá přítelkyně. Byla jsem hloupá, zhubla jsem tehdy na 50 kilogramů a měla problémy s jídelm a neměla menzes.

Jaká je Tvá diagnóza?

Úzkostně-depresivní porucha. Asi i obsedantně-kompulzivní porucha. Jsem ulitlá na úklid.

Jaké užíváš léky a jak často chodíš na kontroly?

Nyní užívám Asentru 50 1x denně (Asentra FDA B, ADEC B3),

chodím jednou za 2 měsíce, mohu kdykoliv zavolat. Chodila jsem asi půl roku na psychoterapii k jedné psycholožce, ale platilo se to a bylo to celkem drahé, tak jsem přestala.

Pomohli Ti léky a psychoterapie?

Ano, cítila jsem se potom daleko lépe, neřešila jsem spoustu svých obav a zbytečných věcí. Prohloubil se náš vztah s manželem a po dvou letech jsme se začali snažit o miminko. Cítila jsem se tehdy dobře. Brala jsem stále antidepresiva.

Za jak dlouho jsi otěhotněla?

No až za rok a čtvrt po IVF. Pořád mi zrála vajíčka jen na pravém vaječníku, kde není roh ani vejcovod a měla jsem nízkou sliznici v děloze. Po roce jsme se rozhodli, že půjdeme na IVF. **Moc jsme oba toužili po miminku.**

Jak jsi snášela IVF proces a brala jsi v té době antidepresiva?

Antidepresiva jsem po domluvě s psychiatrickou vysadila asi dva měsíce před plánovaným IVF. Celý proces jsem zvládala dobře, nebylo mi zle. Měli jsme 8 krásných oplozených vajíček a zavedli mi v dubnu 2013 jedno, a to se hned uchytilo.

Do obývacího pokoje přichází manžel paní Jany pan T., varí si čaj a ptá se, zda může být přítomný rozhovoru? Paní Jana souhlasí a já též. Směje se, že alespoň uslyšíme názor muže a jeho pocity.

7.1. První těhotenství, porod a šestinedělí

Jak probíhalo těhotenství?

No od začátku jsem se moc bála, abych nepotratila po tom nezdaru. Počítala jsem týdny. Ve 12 týdnu se mi ulevilo a pak to bylo už lepší s obavami.

Pan T. No bylo to hrozné, začala krvácet a my se báli, že je vše ztraceno. Ale bylo to jen prý uhnízdování.

Paní Jana: **Kolem 18.týdne jsem najednou začala pociťovat úzkosti, beznaděj, pocity viny, že čekám dítě a přestávám se na něj těšit, že už nic nebude jednoduché, že to nezvládnou. Musela jsem po dohodě s psychiatrickou začít brát antidepresiva Asentra 25 ve 20. týdnu těhotenství a často jsem chodila k paní doktorce na pohovory.** Udělalo se mi dobře a zase věřila, že to zvládnou. Ale vše se točilo jen kolem těhotenství a touhy, aby už to bylo za mnou a malá byla zdravá venku.

Jak probíhalo těhotenství dále?

Ve 24. týdnu jsem začala cítit silné bolesti v pravém boku a podbřišku, myslela jsem si, že mám ledvinovou nebo žlučnickovou koliku a jela na Lochotín na ambulanci, bylo to o víkendu. Dělalí mi vyšetření a odběry, záznam kontrakcí, vše dopadlo dobře, ale po vyšetření panem doktorem jsem byla ihned odeslána na porodní sál s tím, **že mám krátké hrdlo a hrozí předčasný porod**. Dostala jsem kortikoidy, infuze na zástavu kontrakcí, ale já žádné nepocítovala. **Měla jsem obrovský strach, neměla jsem moc informací, nikdo mi nic neřikal**. Za dva dny byl nález na hrdle ještě horší, měla jsem hrdlo jen 15 mm.

Pan T. No to bylo strašný, makám v Německu a byl jsem pořád na cestě mezi prací a nemocnicí a cítil se jako štvanec, do toho jsem se snažil dokončovat stavbu našeho domu. Jana byla půl hodiny v klidu a po půl hodině mi volala, že musím přijet, že to nezvládne, že je jí zle. Byl jsem bezmocný.

Paní Jana: Jednou byl pryč 4 dny, chodila za mnou mamka a ségra a táta a když pak přijel, tak jsme si najednou neměli co říci. Pořád jsem dokola řešila těhotenství a hrdlo a týden, ve kterém jsem a obavy z toho se jít i vyčůrat. A on mi chtěl vyprávět o stavbě a tak....

Kdo a co Ti v té době pomáhalo?

Nejvíce asi facebook a telefonáty s Tebou a paní psychiatrickou Pořád jsem **potřebovala s někým mluvit a ujišťovat o tom, že to bude dobré a zvládnou to**. Víím, že jsem byla skoro úchylná s tím neustálím telefonováním a potřebou ujišťovat. Ale to jediné mi pomáhalo a alespoň trochu odvádělo pozornost k něčemu jinému než k obavám. Potřebovala jsem pochopit, proč se tohle může dít v těhotenství a informace, kterých jsem měla málo.

A co zdravotnický personál? Kdo Ti nejvíce pomohl?

Ošetřovatelky, oni na ně sestry koukají nadřazeně (jako na povl), ale oni jediné si se mnou povídaly, a to jsem nejvíce potřebovala. Sestry jen točily záznamy a dělali to nejnútnejší. Divím se jim, jsem také sestra a pracovala jsem na náročném oddělení, nehezkém oddělení. Oni mají malé, krásné oddělení, málo práce a stejně jsou některé velmi nepřijemné a nemají čas. Velmi mi pomohlo, že na oddělení mohou návštěvy prakticky kdykoliv, a to i v pozdních hodinách.

Co naopak zhoršovalo Tvůj stav?

Pocit samoty, nedostatek informací a nemožnost mluvit s lékaři a sestrami o svém psychiatrickém onemocnění a velkých obavách. Pořád se řešili jen náběry, testy, výsledky.

Pocit'ovala jsi nějaké problémy s tím, že bereš antidepressiva a máš psychiatrické onemocnění?

Nikdo mi nic konkrétně neříkal, neptal se, ale cítila jsem, že už to, že to mám napsané v papírech je stigma a berou mě trochu jako cvoka. Dávali mi Prothazin na spaní, ale já spala dobře, s tím jediným jsem neměla problém, pokud bych mohla, prospala bych celé těhotenství. (*Prothazin se na oddělení rizikových a patologických těhotenství podává za účelem zklidnění matky i plodu a snížení dráždění dělohy*)

Jak dlouho jsi na oddělení ležela?

7 a půl týdne. Pak mi z ničeho nic odtekla voda plodová a byla zelená. Malá se narodila 31+6. Vážila 1600 gramů a měřila 39 cm.

Jak probíhal porod?

Hned mi řekli, že budu rodit císařským řezem, že se tam malé asi nelíbí a začali mě připravovat. Volala jsem manželovi, aby přijel, **hrozný strach jsem měla.** Věděla jsem, že už by to mohlo být dobré, že už není tak malá a mám v sobě kortikoidy, ale vyděsilo mě to, že mám zelenou vodu.

Měla jsi celkovou narkózu nebo spinální anestezii?

Chtěla jsem spinál, ale doktorka mi řekla, že v mém případě bude lepší celková narkóza. Vzhledem k mému psychiatrickému onemocnění a úzkostným stavům. Nic víc už si pak nepamatuji, jen frmol a to, že jsem manžela viděla jen chvilinku před narkózou.

Pan T: Bylo to hrozné, nemohl jsem jí pomoc, nemohl jsem být s ní, musel jsme jen čekat na chodbě. Malou jsem viděl až po hodině a půl po porodu, před tím jsem neměl žádné informace, byla velmi malá, ale v inkubátoru jsem viděl i menší miminka, což mě trochu uklidnilo. Doktor říkal, že zatím vše probíhá tak, jak to bývá u takto brzo narozených dětí. Jel jsem pak s Janou výtahem, když jí vezli na oddělení a ona si to vůbec nepamatuje. Říkal jsem jí, že je vše v pořádku.

Můžeš mi popsat, jak probíhalo období po porodu?

Probudila jsem se na resu, hrozná bolest, ptala jsem se co malá, **ale sestřičky mi nemohli nic říci**, nebyl za mnou ani Tomáš. První informace jsem dostala až skoro po 6 ti hodinách od nějaké lékařky. Malou jsem viděla až po 14 hodinách na resu, když dovnitř pustili Tomáše a on mi jí ukázal na mobilu. Snažila jsem se být co nejrychleji ok, abych za ní mohla chodit. Na JIRP jsem byla poprvé po 30 ti hodinách od porodu na pojízdném křesle. Ležela jsem pak na oddělení bez miminek a snažila se odstříkávat mléko. Vše mám jako v mlze, vím, že jsem ani necítila bolesti, jen potřebu být co nejčastěji u malé. **Sestry a doktoři pořád řešili antidepressiva a to, kdy je beru a kdy pak odstříkávám. Přišlo mi to úchylné, vždyť byla na antidepressivech se mnou od 18. týdne těhotenství a mléka pila extrémně málo. Z toho stresu ohledně kojení jsem stejně pak nekojila.**

Jak jsi se cítila psychicky?

No paradoxně jsem neměla deprese a ani moc úzkosti, jela jsem jako stroj, vše se točilo kolem malé a probíhalo dle lékařů dobře. **Až 10. den najednou přišlo krvácení do mozku a rozšířené mozkové komory.....to bylo moc zlé, obrovský strach a beznaděj, žádné informace.**

Pan T: **Bylo to hrozný, hlavně čekání na další vyšetření a nejistota.** Jezdili jsme 2x denně do nemocnice za malou, myslím, že kdyby tam Jana ležela, tak by to bylo horší. Takhle jsme mohli být spolu a alespoň občas přišla na jiné myšlenky. Pak když jí už přeložili o patro níž, tak tam s ní byla pořád. Tenkrát nám hodně pomohl pan doktor z neurochirurgie, byl optimista a dodával nám sílu.

Jana: Nejlíp bylo až doma, když nás propustili. Ale byli i chvíle, kdy jsem nebyla schopná nic dělat a pořád dokola řešila, proč musím mít takovou smůlu, že mám tolik onemocnění a tolik problémů, odležela jsem tolik dnů, a ještě mám možná postižené dítě. **Sebelitovala jsem se a záviděla ostatním, že mají život lehčí, že dokáží porodit zdravé dítě.** Do toho jsem musela opakovaně do nemocnice na operaci s tím tumorem.

Kdy se situaci zlepšila, co Ti pomohlo?

Opět to byly **opakované rozhovory s psychiatrickou, Tebou a ujišťování a podpora, to, že jsem to pořád dokola mohla někomu říkat.** V květnu nám pan doktor z neurochirurgie řekl, že si myslí, že je v pořádku a že máme přijít za půl roku, a to mě velmi zklidnilo a zlepšila se psychika a začala jsem žít celkem normálně.

Jaký je psychomotorický vývoj malé nyní.

Malá je zdravá, nechodíme do žádných poraděn, jen 1x za půl roku na Lochotín do kontroly na dětské. Je velmi chytrá, krásně mluví od roku a půl, je temperamentní. Jen trochu zlobí s jídlem, jako já v dětství.

7.2. Obsahová analýza rozhovoru

- Plánované těhotenství
- Antidepresiva vysazena před IVF, nasazena ve 20. týdnu těhotenství
- Obavy o osud těhotenství od začátku těhotenství do porodu
- Zhoršení psychického stavu ve druhém trimestru těhotenství
- Hrozící předčasný porod ve 24. týdnu těhotenství
- Nedostatek informací, samota, nemožnost mluvit o psychiatrickém onemocnění, stigma z psychiatrické diagnózy
- Potřeba zvýšené komunikace, ujišťování, podpory od psychiatričky, mě, manžela
- Ošetřovatelky milejší, než porodní asistentky
- Předčasný porod ve 32. týdnu těhotenství, Sectio caesarea
- Okamžitá láska k narozenému dítěti
- Sebelítost, závist

7.3. Diskuse

U Jany se objevily psychické problémy po operaci pro mimoděložní těhotenství. Další plánované těhotenství provázeno zvýšenou úzkostí a obavami o osud těhotenství vzhledem k psychiatrické diagnóze, vysazení dlouhodobé medikace, předešlému nezdaru a stavu po IVF. V 18 týdnu se objevily úzkosti, a hlavně deprese vedoucí Janu i k myšlenkám, že se na dítě netěší a neví zda situaci zvládne. Po nasazení antidepresiv se psychický stav zlepšil, ale ve 24. týdnu těhotenství se objevily předčasné kontrakce děložní a insuficience hrdla děložního s nutností dlouhodobé hospitalizace. Jana si opakovaně stěžuje, že jí nebyl podán dostatek informací od lékařů a porodních asistentek, že se cítila stigmatizována psychiatrickou diagnosou. Potřeba zvýšené komunikace, ujišťování a podpory nebyla naplněna ze strany zdravotnického personálu, ale ze strany ošetřovatelek, psychiatričky, mě a manžela. Předčasný porod ve 32. týdnu těhotenství, komplikovaný ze strany dcery krvácením do mozku a rozšířením mozkových komor vedl opět k pocitům

úzkosti, sebelítosti a závisti, že jiní lidé mají zdravé děti. Láska k dcerce se objevila ihned po porodu.

7.4. Druhé těhotenství, porod a šestinedělí

Jak probíhalo Tvé druhé těhotenství?

No vůbec nebylo plánované, otěhotněla jsem náhodou. Byla jsem z toho překvapená, ječela jsem na Tomáše, když jsem si udělala těhotenský test, že mi zkazil dovolenou a nebudu si moc během dovolené na Moravě dát ani víno. Chtěla jsem jít do práce na dva tři roky. Přijít mezi lidi a jiné myšlenky.

Užívala jsi v té době antidepresiva?

Ano užívala jsem stále Asentru 50, kterou jsem snížila, hned jak jsem zjistila, že jsem těhotná na 25.

Pan T: Jana neví, co chce, místo, aby byla ráda, že nemusela na IVF, když má zakázanou hormonální léčbu, tak byla našťvaná. Vyčítala mi to. A třetí dítě, které chci já vůbec nechce. Beru děti jako dar, a zvláště v našem případě.

Jana: Nechci žádné další dítě, Ty to nenosiš a nerodiš, nejsi v mém těle, když je mi zle. Kdybych otěhotněla, **půjdu na potrat. Nechci už to zažít.** Řekla jsem Ti, že se máš postarat o to, abych nebyla těhotná a pokud to pokazíš, **je to jenom Tvá vina.**

Jak probíhalo těhotenství?

Nic jsem neřešila, **nebála jsem se, jestli potratím**, už jsem měla malou a **vlastně jsem se ani na to mimčo netěšila**, chtěla jsem si odpočinout a né být těhotná. Řekla jsem si, že pokud se to má udržet, tak se to udrží a pokud né, tak prostě potratím. Vůbec jsem neřešila antidepresiva, byla jsem klidná a přesvědčená, že miminu neublíží. Ani jsem to **nenahlásila v těhotenské poradně**, zase by měli milion dotazů a komentářů a koukali by na mě jako na cvoka. Psychiatricka o tom věděla, snížili jsme dávku na minimum, ale domluvili se, že vysazovat nebudu, aby se neopakovalo to z minulého těhotenství.

Můžeš popsat, jak probíhaly kontroly v těhotenské poradně? Cítla jsi se tam dobře?

Ne, nikdy jsem se dobře necítla. Někdy jsem měla pocit, že **vyloženě otravuji**, když jsem **chtěla ujistit, že je vše v pořádku.** (Jana opakovaně nad rámec běžných kontrol navštěvovala gynekologa, aby se ujistila, že je délka hrdla v pořádku)

Jak se chovala porodní asistentka?

No, jen vždy točila očima a říkala, že je zbytečné mít obavy. Ale to přece nejde, kdyby to šlo, tak bych to udělala a užívala si super těhotenství. Vždy bylo málo času a jen rychlé odpovědi.

Kdy se vyskytly problémy ve druhém těhotenství?

Od 18.týdne mi tvrdlo často břicho, ale snažila jsem se to neřešit, i když mnohdy jsem ho měla tvrdé skoro pořád. **Ve 27.týdnu mi změřili hraniční délku hrdla** a bylo nějak měkčí. Musela jsem striktně ležet 14 dnů doma a pak na kontrole to bylo o trochu lepší. **Zase začali obavy a strach o dítě, protože, teď už bylo životaschopné a začalo mi na něm záležet. Ale úplně nejhorší bylo, že jsem musela ležet, nemohla se dostatečně věnovat malému, domácnost nebyla ve stavu, který já mám ráda.**

Pan T: Vždyť to říkám, neví, co chce, přece nevadí, že je neuklizená kuchyně a obývací, hlavně, že je ona v klidu a o malou postaráno. Zbytečně se trápí kravinami.

Jana: **Pro mě to nejsou kraviny, já to tak prostě mám, potřebuji mít všude uklizeno a čisto.**

Proč si myslíš že to takhle máš?

Myslím, že z rodiny, u nás bylo vždy hodně uklizeno a já to tak viděla a tak to mám ráda, cítím se pak lépe. Toužím, aby bylo vše dokonalé. Neumím si pomoci.

Jak dlouho si musela ležet?

No pak už jsem nemusela ležet pořád, doktor říkal, že záleží na mě. Ale mě to břicho tvrdlo tak hrozně skoro při každém větším pohybu a bolelo, že jsem kolikrát chodila v předklonu, že jsem ležela dobrovolně, protože to pak bylo méně časté.

Hrdlo bylo stále na hranici a nezhoršovalo se to, já vím, že to bylo jen tím, že jsem ležela. Bylo to těžké.

Kdo a co Ti nejvíce pomáhalo?

Nejvíce mě pomáhalo ujišťování a opakované rozhovory s psychiatrickou a s Tebou. Tomáš se staral a tchýně si brala často malou a pomáhala mi. Přála jsem si, abych mohla jít třeba ob den na kontrolu, kde by mi řekli, že je vše v pořádku a já bych se cítila lépe. Takhle jsem chodila jednou za 14 dnů a zažívala muka, co se tam dole děje, zda nezačnu rodit? **Doktor mě vždy odbyl s tím, že mám pokračovat v nastoleném režimu, myslel si o mě, že jsem cvok. Měla jsem výčitky svědomí, že mám ležet, být v klidu a místo toho řeším, jestli bych neměla jít uklízet, že to tchýně neutřela dobře, všude jsou drobky. Ví, že jsem v tomhle cvok, ale já potřebuji mít vše dokonalé a pak se hroutím z toho, když to nemám.**

Kdy se Tvůj stav zlepšil?

Od 34.týdne jsem měla krásné období, přestalo mi tolik tvrdnout břicho, věděla jsem, že už se může malý narodit a bude v pořádku. Jezdili jsme na výlety, nakupovat, pracovala jsem na zahradě. Cítila jsem se dobře fyzicky i psychicky.

Jak probíhal druhý porod? (Jana kojí malého)

Malý se narodil v týdnu 38+1, vážil 2600 g a měřil 47 cm. **Měla jsem naplánovaný císařský řez na 39.týden vzhledem ke dvěma jizvám na děloze a chybějícímu děložnímu rohu.** Hrdlo bylo hodně zkrácené a hlavička malého byla velmi nízko, někdy jsem měla pocit, že snad ze mě vypadne. 6 dnů před plánovaným císařským řezem mi praskla voda, a tak jsme jeli pozdě v noci do nemocnice. Byl tam mladý doktor, který říkal, že jsem otevřená na 1-2 prsty a že počkáme, až vylačnám a brzo ráno se provede císařský řez. Měla jsem opravdu silné kontrakce, a tak ho porodní asistentka volala po hodině znovu. Vyšetřil mě a řekl, že již jsem otevřená na 8 cm a hlavička je velmi nízko a volal staršího doktora. Ten mi řekl, že se tedy pokusíme o vaginální porod, když už je to tak daleko a hlavička tak nízko a že v žádném případě nesmím tlačit předčasně, aby nepraskly jizvy. **Byly to nejhorší dvě hodiny v mém životě, chtěla jsem strašně tlačit a nesměla jsem, měla jsem velké bolesti. Přála jsem si, aby už byl venku a já to vše přežila.**

Pan T: Nejdřív mě poslali domů, že mám přijet ráno na císařský řez, tak jsem jel. Jen, co jsem dojel, tak volala Jana, že rodí, že mám hned přijet, že musím být s ní. Nerozuměl jsem tomu, měla rodit císařským řezem, měl jsem velký strach. Ty dvě hodiny před porodem byly strašné, pořád kolem ní chodili a bylo vidět, že nejsou v klidu. Když se malý narodil, cítil jsem jen úlevu, že je Jana v pořádku, **radost z malého tam nebyla.**

Jana: **Ani já jsem necítila radost,** jen úlevu a touhu odpočívat, dávali mi malého chovat a já jsem se bála říci, že ho nechci chovat, ať mě nechají odpočívat. **Bylo to úplně jiné než s malou, na tu jsem byla já i myslím Tomáš natěšená, milovala jsem jí okamžitě, bezpodmínečně. Opravdu jsem jela jako stroj, který jede na lásku k malému.**

Čím myslíš, že to bylo způsobené?

Viš, jak jsme spolu v těhotenství opakovaně mluvily o tom, že to mimčo asi nemám ráda, že miluju malou z celého srdce a nedokážu si představit, že budu milovat stejně druhé dítě?

Ano vím?

Tys říkala, že to přijde, že to chce čas, že se ta láska nerozpůlí, že jí tam bude dostatek pro oba a budu ho milovat stejně. Vůbec jsem to nedokázala pochopit, ale snažila

jsem se tomu věřit. **V šestinedělí jsem fungovala jako stroj, nakojit, přebalit, uspat a věnovat se malému, nebyla tam láska. Začala jsem ho milovat až kolem 3 měsíců a teď ho zbožňuju, je to moje láska, stejně jako malá, není tam žádný rozdíl. Myslím, že to bylo tím, že jsem na těhotenství nebyla dost připravená a díky mé chorobě.**

Pan Tomáš: Já to měl stejně, malou jsem miloval rychleji, v podstatě okamžitě. Malého až daleko později, nepomohlo ani to, že je to syn a všichni chlapy přece chtějí syna, já to tak neměl, až podstatně déle, asi kolem tří měsíců. No, zato teď jsem z něj úplně unešenej, je to můj malý fotbalista (*hraje si s malým na podložce s míčem*). Miluju je oba strašně moc. Neumím to pochopit, asi tu radost překazily ty stále obavy a strach, jak vše dopadne a vyčerpání z toho.

Jak se cítíš po psychické stránce nyní?

Cítím se celkem dobře, užívám antidepresiva (Asentra 50), kojím u toho, není s tím žádný problém. Jen jsem velmi unavená a nevyspalá, protože malý se budí po 2 hodinách, je zvyklý se pomazlit a pocucat ani tak asi nepotřebuje pít. Ale po pravdě už se těším na to až půjdu do práce, **někdy mi leze na nervy ten stálý stereotyp a to, že nemám uklizeno vše tak, jak bych chtěla a nevěnuji se malému tolik, kolik bych chtěla.**

Pan T: No to je pořád dokola, pořád říkám, že nemůže mít všechno na 100 %, že podstatné jsou spokojené, šťastné děti a stabilní vztah a ne naklizená kuchyně. Ale to už se asi nezmění.

Jana: Ale změní, chce to čas, až povyrostou. Ty bláho, takový rozhovor je lepší než psychoterapie, řekla jsem Ti daleko víc, než psychiatři a Ty (manžel) asi taky. To jezdí častěji.

Jaký je psychomotorický vývoj malého?

Úplně normální, jede podle tabulek. Je to pohodář, smíšek, dobře jí.

Co bys doporučila ženám, které plánují těhotenství a trpí psychiatrickým onemocněním?

Aby se snažily těhotenství naplánovat, aby měly dobrého psychiatra a rozhodně dostatek informací o lécích, které se mohou užívat v těhotenství a po porodu a neublíží miminku.

Myslíš si, že péče porodní asistentky může zlepšit průběh těhotenství, porodu a šestinedělí u žen s psychiatrickým onemocněním?

To si myslím, že určitě, ale asi na to nemají čas a trpělivost. Myslím, že ani neví, jak se k takovým ženám chovat a že ne všechny léky jsou špatné. Asi by měli mít nějaké školení a znalosti.

Jak by taková péče měla vypadat?

Asi to nejde v normální ordinaci. Nějaké soukromé asistentky, se zkušenostmi s námi cvokačkami (směje se), který umějí naslouchat a mají s náma trpělivost. Jsou ochotné si s náma telefonovat nebo přijít na návštěvu. Nikoho takového neznám, jen Tebe.

Jaký byl a je Tvůj vztah se sestrou?

No dřív jsme si moc nerozuměly, byla starší, ale od té doby, co má kluky, tak je to v pohodě. Jen teď na sebe máme málo času, už pracuje a kluci jsou větší. Já jsem zatím pořád v plenkách.

Jsem moc ráda za důvěru a děkuji za rozhovor. Rozhovor ukončen, protože Jana s malým a manželem odjíždí na kontrolu k dětské lékařce a pro dceru do mateřské školky.

7.5. Obsahová analýza rozhovoru

- Neplánované těhotenství
- Narušená emocionální vazba s plodem v těhotenství
- Antidepresiva po celou dobu těhotenství, porodu i při kojení, užívání nenahlásila v těhotenské poradně ani v porodnici, neví o nich ani pediatr
- Do 27. týdne těhotenství bez obav o jeho osud, vztah k plodu spíše negativní
- Klidový režim v domácím prostředí od 27. týdne těhotenství
- Nemožnost uklízet a věnovat se dceři vyvolává úzkost a neklid
- Zvýšená potřeba uklidňování a rozhovorů s psychiatrickou a se mnou (nyní spíše týkající se potřeb uklízet a neschopnosti milovat plod)
- Klidné, radostné období posledních 6 týdnů před porodem
- Porod v termínu, spontánní
- Prodloužený nástup mateřského vztahu k narozenému dítěti

7.6. Diskuse

Druhé těhotenství Jany nebylo plánované a až do 26. týdne těhotenství se Jana na miminko netěšila a nebála se o osud těhotenství. Veškerou péči věnovala dceři, chtěla se vrátit na nějaký čas do práce. Těhotenství její plány pokazilo. Po celou dobu těhotenství i pak po porodu a při kojení užívala antidepresiva. O jejich užívání neinformovala ani

gynekologa ani pediatra z důvodu možné opětovné stigmatizace. Od 26. týdne těhotenství doporučen klidový režim doma, který se snažila dodržovat, ale velmi jí trápilo, že doma nemá uklizeno a nemůže se věnovat dceři, až na druhém místě byly obavy o těhotenství a plod. Porod byl v termínu, provázený strachem o vlastní život, neboť plánovaný císařský porod byl nemožný vzhledem k pokročilému vaginálnímu nálezu a vstoupilé hlavičce plodu do malé pánve. Po porodu, a ještě zhruba do 3 měsíců věku syna Jana necítila k synovi lásku.

8. ROZHOVOR Č.2

Paní Ilona, 39 let, matka dvou synů 10 a 7 roků, vdaná, pracuje ve zdravotnictví

Rozhovor z 23.2.2017 u paní Ilony doma, délka rozhovoru 2hodiny 30minut. S paní Ilonou se osobně známe více jak 10 roků, tykáme si. Kamarádit blíže jsme se začaly v době krátce po porodu jejího prvního syna, když jsme se potkaly na procházce s kočárky a ona vypadala velmi nešťastně a vyprávěla mi, co prožila v těhotenství a po porodu. Od té doby jsme v kontaktu pravidelně, v období zhoršení její nemoci a ve druhém těhotenství a po porodu výrazně častěji.

Rodinná anamnéza: se shoduje s rodinnou anamnézou paní Jany, jsou sestry, věkový rozdíl 10 roků

Osobní anamnéza: dětství a puberta- vážněji nestonala

: v dospělosti opakované poruchy zažívání, syndrom dráždivého tračníku-v péči gastroenterologa, pravidelné kontroly včetně opakovaného vyšetření střev a žaludku

Psychiatrická anamnéza-od dětství byla úzkostnější dítě

: **poruchy příjmu potravy-**atypická anorexie a bulimie od 14-23 roků docházela na psychiatrii do FN, nepravidelné kontroly

: **obsedantně-kompulzivní porucha- OCD, úzkostná porucha od 24 roků**, v péči psychiatra, užívá Sertralin 50 1 tbl.denně

Gynekologická anamnéza: menzes od 13 let, opakovaně poruchy cyklu vzhledem k nízké hmotnosti při poruše příjmu potravy, pravidelný cyklus zhruba 2 roky před druhým těhotenstvím

: 2011- LEEP- ošetření povrchu děložního čípku elektronickou kličkou, carcinoma in situ (věk 33roků)

: 2011- **LAVH-**Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterectomie sine adnexectomia pro **carcinoma in situ**, kontroly u OG po ½ roce

Porodnická anamnéza:

: **p1** 2002- Missed abortion v 10.t.t., revize dutiny děložní

: **P1 2007/V, syn 3150g/51cm**, programovaný porod, vzhledem ke zhoršujícímu se psychickému stavu ve 37+6 t.t., hlavičkou, III.d.p.spont, šestinedělí afebrilní, zástava laktace, zdrav, žije, VN Plzeň

: **P2 2010/VI, syn 3450g/51cm**, spont., v termínu, hlavičkou, III.d.p.spont., šestinedělí afebrilní, zástava laktace, zdrav, žije, GPK FN Plzeň

Operace: 2011 LEEP,

:2011 LAVH sine adnexectomia

Alergická anamnéza: negativní

Sociální anamnéza: vdaná, žije v rodinném domě s manželem, dětmi, tchýní a tchánem. Vztah je stabilní, ví, že jí má manžel rád, je pořádkumilovný, pracovitý, často se věnuje dětem. Učí se hodně se starším synem. Občas má období, kdy třeba 14 dnů s ní nemluví, asi si potřebuje odpočinout od jejích stesků. Bydlení není úplně ok, protože tchyně vidí do všeho, ale na druhou stranu velice pomáhá s dětmi. Nekuřačka, alkohol příležitostně, káva 2-3 x denně

S jakou diagnosou se léčíš u psychiatra a jak dlouho?

Obsedantně kompulzivní porucha, úzkostně-depresivní porucha. Od asi 22-23 let.

Jaké léky užíváš a jak často chodíš k psychiatrice?

Sertralin 50 1x denně, jednou za 2 měsíce, když je mi zle, tak častěji nebo jí otravuju po mobilu.

Podstoupila jsi někdy dlouhodobou psychoterapii?

No po prvním porodu jsem chodila dlouho k psycholožce, ale tu jsem si našla sama.

Pomohla Ti psychoterapie?

Asi jo, ale nejvíc asi ty léky, bez toho by to nešlo v tom stavu, v jakým jsem byla, vždyť to víš, jak jsem vypadala.

Měl někdo u Vás doma psychiatrické onemocnění?

Babi měla problémy ve stáří, maminy mami, jak děda umřel, tak měla úzkosti, ona s ním všechno prožívala, ten těžkej konec, měl leukemii a dlouho umíral doma. A tatího ségra ta bere antidepresiva, rozjelo se jí to jako dospělej, když se jí narodilo mimino a malá měla špatnou imunitu, alergie, a tenkrát to neměli ještě tak zmáknutý, byla na kapačkách a nevěděli co s ní a tetě začaly deprese a má je dodnes. Někdy se to zlepší, jindy je na tom špatně. Jestli je tam někde nějakej zárodek, já nevím.

Ale já jsem taky tu psychiku neměla od malinka. Mamina měla hezké těhotenství, ničím se nestresovala. Byla jsem úzkostnější dítě, ale to je spousta dětí.

Jaké bylo Tvé rodinné zázemí?

To bylo v pohodě, to myslím asi jo. Že jako na mě byli přísný, to jako jo. Taky se se mnou učili do třetí třídy a říkali mi, že jsem natvrdlá, ale pak se to zlomilo a už jsem se nějak chtěla učit sama. Chtěla jsem být sama dobrá. Já chtěla mít jedničky. Pak samozřejmě bylo období, kdy jsem už tak dobrá nepotřebovala bejt, v pubertě, ale to už jsem tak dramaticky nebrala a proplouvala jsem. I když si teď vzpomínám, tak **mamina byla taková striktní a přísná, pořád musel bejt všude pořádek, 100 % uklizeno, trošku nepřístupná**, ale ona to **má tak celej život a nezbláznila se z toho, to jenom já a ségra jo.** (*Zdá se, že na výskyt OCD má vliv jak dědičnost, tak způsob výchovy v rodině, zejména přehnaný důraz na čistotnost, pořádnost a kontrolu. Příčina však dosud není jasně známá.*) (Praško, 2014, s. 49)

Ale divný je mi, proč to má i moje ségra, ta takovou přísnost a stryknost nezažila. Naši už byli starší, neměli tolik času a ona si tak **proplouvala dětstvím bez buzerace**. Učila se dobře. Někdy mi přijde, **že se snad v tomhle opičí po mně v nesprávným směru.**

A jaký byl a je Váš sourozenecký vztah?

Jsmo o 10 let a v dětství mi hrozně lezla na nervy, když mi bylo 16, tak jí necelých 7. V pohodě to bylo, až když já jsem měla děti. **Ted' si rozumíme, mám jí ráda. Ale taky mi někdy vadí, když si stěžuje, a tak jí řeknu, že to přece tak chtěla, tak at' si nestěžuje.** Nemusí všechno přece 10x uklízet. (během návštěv u Ilony bylo vždy extrémně uklizeno). To já už jsem se od toho oprostila, už tolik neuklízím. **Někdy je mi líto, že jsem to všechno takhle musela vyžrat já, jako kdybych proklestila ségře cestu. I v tom těhotenství už věděla, že může brát léky a bude to v pohodě. Často jsem vinila naše, že ty problémy mám kvůli výchově, ale už jsem se od toho oprostila, myslím, že jsem jim odpustila.**

Tatí je hodnej, když jsem měla ty hrozný fobie, tak jsem měla za kým jít a on mě poslouchal, a to mi pomohlo.

Kdy u Tebe začaly problémy s váhou?

S tou váhou hele to mi bylo 14-15. Kvůli čemu to bylo já nevím. Možná to mohlo být kvůli tomu, **že jsem věděla, jaký se líbí ženský tatímu.** A že jsou hezčí holky, když jsou úplně hubený. A jednou si do mě jeden strejda rejpnul a říkal mi, že mám pěkněj zadek. **A já jsem se vlastně nedostala z osmý třídy na střední školu,** tak jsem si řekla, že

když jsem tuto nedokázala, tak ale zhubnout dokážu. Takže to jsem dokázala, a i když chutě byly na sladký, tak jsem si poručila a dala si raději slané. No a takhle jsem to dopracovala, že jsem relativně během krátký chvíle měla, já nevím, třeba o 8 kilo míň. Takže jsem byla jako podvýživa a nervy začaly. Ztratila jsem na půl roku menzes, šla jsem do devítky, a to jsem se úplně zhroutila, protože se mi tam nelíbilo, jaký tam byly děti. Já jsem nepřijala možnost jít na gympl do Klatov a zůstala jsem na základce a šla do devítky a tam byly děti namíchaný ze všech těch tříd. Z toho jsem byla úplně vyřízená. No, a nakonec jsem tam vlastně já úplně excelovala a měla na konci samé a nemusela jsem se učit. No a pak jsem se dostala na tu zdrávku.

Jak to vypadalo, když jsi se zhroutila?

Já jsem třeba šla z domova na autobus do školy a **úplně jsem se zhroutila fyzicky i psychicky na zem u vrátek a nemohla jít dál, klepaly se mi nohy a ruce a nemohla jsem dýchat a začala brečet** a babi musela přijít a dávat mě dohromady opakovaně a uklidňovat. **Nakonec se to zlomilo** a nějak jsem to i docela spokojeně přebinkala. Přešlo to.

Pak jsem šla na střední a **já jsem tam moc na laboranku nechtěla**, chtěla sem být spíš sekretářka. A tak jsem se trápila a chtěla skončit. **Ale náš tatí mi říkal, že bych ho už tím opravdu naštvala.** No tak to skončilo tím, že **jsem si nakonec nějak zvykla.** Měla jsem dobré známky i když jsem chodila za školu. **Vlastně to bylo tak vždycky, všichni chtěli, abych já něco šla dělat a já místo toho, abych se vzbouřila, tak jsem poslušně šla a nechala se táhnout tím osudem, co mi někdo poradil.** Pořád jsem měla problémy s váhou. To bylo takový, že jsem nejedla a pak jsem se přejedla a šla se vyzvracet.

Chodila jsi někam na psychiatrii?

Jednou měl vzal známý k psychiatričce a tam jsem chodila nepravidelně a ta mi říkala, **že mám mentální anorexii a bulimii, ale takovou atypickou.** Že mám někde uvnitř v hlavě takovou nějakou brzdu, která mi zaplať pánbů brzdí, abych nespadla na dno. Ale ovlivňovalo mě to dost. Pak jsem se už nějak nepřejídala a nezvracela. Chodila jsem s Danem, a to asi pomohlo.

A kdy začalo OCD-obsedantně kompulzivní porucha?

Asi to začlo už s tím jídlem. Někak po dvacítce. Měla jsem jít do práce do laboratoře a nebylo to pro mě lehký. Takový to rychlý rozhodování, to mi vadilo. **Byla tam transfůzka a to mě deptalo, jsem taková, že potřebuju, aby mi vše prostě sedělo a u těch vzorků to nebylo vždy jednoznačný.** Nejhorší období bylo, když už jsem začala chodit s mužem, to jsem měla **obrovský strach, že jsem něco zkazila, vyměnila vzorky.**

To bylo tak 2005. To bylo nejhorší období. Už jsem nikdy nechtěla jít do laboratoře. Pořád jsem vše kontrolovala a ujišťovala se. Pořád jsem uklízela. Zaléčili mě. (*Pracovní neschopnost 6měsíců, podala sama žádost o ukončení pracovního poměru*) a šla jsem jinam do práce, kde nebyla transfůzka a tam jsem se tolik nebála, a **hlavně už jsem měla léky**. No ale začalo se mi to rozjíždět, protože jsem vysadila léky, když jsem chtěla otěhotnět a cítila jsem, že **nemám věci pod kontrolou**. No a otěhotněla jsem. **Psychiatrička pořád říkala, že nesmím brát léky**.

8.1. První těhotenství a porod

Jak probíhalo Tvé první těhotenství?

Těhotenství mě vlastně vysvobodilo, že jsem nemusela chodit do práce, kde jsem byla nejistá, ale začali jiné problémy. Sice mi i gynekolog radil, že se to v určitých případech nevysazuje, **ale já jsem pořád 100 % věřila hloupě té psychiatričce**. No nevěřila jsem tomu gynekologovi. Můj mozek mi říkal, že to bude lepší bez chemie, **nějak to přepleskám**. Pořád jsem se strchovala po tom potratu, že potratím, tak tam byla **úzkost a pořád obavy** do toho 12.týdne. Pak už jako to bylo dobrý. No ale časem to začalo nasedat. Ne spíš jako taková obsese, ale, že mi prostě bylo hrozně ouzko a **zdálo se mi, že mám nějaké divné znamínko a doktor mi řekl, že to budeme sledovat a hlídat, a to mi totálně rozhodilo a už to jelo**. Neustále jsem se kontrolovala v zrcadle, hledala znamínka, pozorovala slunce, aby na ně nesvítlo, mazala se krémy. Uklízela jsem pořád dokola, kontrolovala uspořádání hrnků v poličkách. (*Má v očích slzy, chytá se za krk a je vidět, že se jí hůř dýchá*). Nedovedla jsem odbourat nic, bylo to strašné. Nejhorší stavy byly 2 měsíce před porodem, to bylo hrozný. Stalo se, že jsem jela k večeru domů a na silnici potkala chodce, který byl špatně vidět. Vyhnula jsem se mu velkým obloukem. Když jsem dojela domů, tak jsem měla pořád hrozný starch a úzkost, že jsem ho srazila a on tam někde leží v pangejtu bez pomoci. Dvakrát jsem se vrátila na to místo a hledala ho v to pangejtu, a to jsem byla těhotná a byla zima a tma a noc. Strašný. V lednu 2007 se zastřelil skladatel Svoboda a já jsem přemýšlela o tom, jestli si mám něco udělat, aby byl klid. Protože stejně se netěším na to dítě, jako kdyby ve mně nebylo. Prostě jsem byla jako vnitřní mrtvola, strašný. Jedla jsem jenom proto, že jsem věděla, že bych měla jíst.

Tvá psychiatrička Ti stále říkala, že nemáš jíst léky?

Ano. Já jsem se nakonec nechala i hospitalizovat ve vojárně, ale bylo mi tam hrozně. Byly tam ženský, který měly třeba malý plody a pořád to řešily a mě vlastně nic

takového nebylo. **Koukali na mě všichni jako na blázna**, jak sestřičky, tak pacientky. I můj **doktor už byl ze mě tak zoufalý**, že mi řekl, že mi porod vyvolají, ale primář se na to netvářil. Holt si řekl, že nějaká bláznivá kráva chce porodit dřív, tak byl nasranej, že mi to vyvolávali moc brzo, tak do mě hrábnul, aby zjistil, jak to vypadá a byl hnusnej. Jednou mi chtěl doktor nasadit Plegomazin a já jsem se tak bála, **že něco provedu miminu**, jak tvrdila ta kráva, že jsem ten prášek vyzvracela a už nebrala. Byla jsem blázen a věřila jí. Říkala mi, že ve druhé světové válce rodily ženský v koncentráku a měly zdravé děti a byly v obrovském stresu a zvládly to.

Jednou mi řekla, že kdybych měla chodit v předklonu a zvracet v křoví, tak to **musím vydržet a neublížit miminu**.

Jak se k Tobě chovali porodní asistentky v těhotenské poradně?

Koukali na mě jako na blázna. Já jsem tam občas jela, že mám strach, jestli se něco neděje, aby mě uklidnili. „*Ženy zažívající vyšší úroveň úzkosti během těhotenství vykazují více komplikací těhotenství, jako je nevolnost a zvracení a mají zvýšený počet lékařských návštěv.*“ (Colin, 2012, s. 27-28). No tak mi jako vyšetřili mě a doktor byl ochotnej, **věděl, že jsem blázen**, ale sestra ne. **Vždy jsem měla pocit, že jí otravuju**. Mě tam vždycky úplně omývali, **jak jsem měla strach, že potratím do toho třetího měsíce a než mi udělal doktor ultrazvuk, tak jsem skoro nemohla dýchat a pak se mi hrozně ulevilo a muž mi říkal, tak už konečně budeš v klidu a dáš pokoj? Zase ne, zase jsem se bála**. Měla jsem výčitky, že **nejsem dobrá žena**. Že kdyby si muž našel jinou ženu, která je normální, tak by měl spokojenej život, ale do dneška mi nikdy nic kvůli tutomu, co se dělo neřekl. Jen jednou mi řekl, že se se mnou určitě rozešel bývalý přítel kvůli tutomu. To mě hodně bolelo.

Jak se k Tobě chovali porodní asistentky na oddělení před porodem?

Jedna sestra, která dělala sestru i mému gynekologovi, tak ta tam byla hrozná. Šla jsem se na něco zeptat do sesterny a ona o mě **nevěděla a řekla o mě něco ošklivého, jako, že jsem cvok, a to mi hrozně naštvalo a bolelo**, ale dělala jsem jako, že jsem to neslyšela, protože, když jsi v tuté situaci, tak nemůžeš vyskakovat. A kvůli tomu už jsem ke gynekologovi nechtěla chodit. **Připadala jsem si jako takovej ten kretén, kterýho si pamatujou, co byl na hlavu.** (*Stigmatizace*) Změnila jsem tedy gynekologa. **Šla jsem jinam, kde mě neznají a nemají mě takhle zapsanou.**

Jak probíhal porod?

No normálně jsem porodila. Všichni asi mysleli, že budu hrozně vyvádět, když mám psychiatrickou diagnosu, ale já to skoro neřešila. Porod byl v klidu. **Pro mě je fyzická bolest jednodušší, já to vydržím. Daleko horší je psychická bolest.** No a pak mě primář pochválil, jak jsem byla šikovná, že jsem úžasně spolupracovala. No nevím, co čekal? **Asi hysterii, když jsem pro ně byla cvok.** Mě šlo v hlavě jen o to, aby skončilo to utrpení, aby bylo dítě ze mě venku a já mohla jíst prášky, nikoho neohrožovala.

Jak probíhalo šestinedělí?

Hrozné to bylo, prášky nezabíraly. Muž mi byl oporou, do dneška si říkám, jak to mohl vydržet. **Protože já jsem tady ani nechtěla být.** Vem si, že jsem tady doma byla na jaře a čekala dítě a mělo to být to hezké období a já necítla nic. My jsme si jeli koupit něco hezkého a mě bylo vše úplně jedno, předstírala jsem zájem a hrála nějak komedii. Ale nemohla jsem tady být, **potřebovala jsem odjet k našim,** abych tam mohla něco říct, protože rodiče tě přijmou ať seš jaká seš, takže jsem od něj utíkala. I tu nemocnici před porodem jsem nastavila tak, že už tam musím být. A nemohla jsem mu úplně říci, že jsem na palici a chci, aby už to dítě bylo ze mě venku. Hrozný, hrozný, hrozný. Nejhorší období, dodnes se mi z toho chce zvracet. *(Velmi těžce mluví, drží se za krk a má slzy v očích)*

No a pak jsem tě potkala, to už jsme byli doma z porodnice. My jsme se dali do řeči a já jsem si připadala jako, že to je horor, že nežiju a ty jsi mi vše řekla **a nestyděla se za to.** Divím se, že jsi mi to, co se dělo Tobě řekla, když jsme se neznali moc dobře. **Měla jsem radost, že nejsem sama, kdo se takhle trápí a nejsem jenom já blázen,** že bych si v životě o tobě nemyslela, že by si něco takového mohla mít a už jsi v pohodě. A to mi pomohlo. Nasadili mi jiné léky, začalo se to pomalinku hýbat a chodila jsem k jedné psychologce a ta mi pomohla. Já jsem jí říkala, že si třeba neuvědomuju své tělo, že **mám dítě a funguju jako stroj, nic k němu necítím ani k sobě.** A s mužem jsme chodili na dlouhé procházky, já jsem ho nekojila, cpali jsme do něj to umělý mlíko, tak on prospíval a nezlobil nějak. **Chodili jsme pořád, daleko a já mlela pořád dokola ty své nesmysli a začalo se to zlepšovat.** Po třech měsících už mi bylo lépe a začala jsem být v pohodě a v podstatě mi začal pěkný život. Ale **dodnes to mám v sobě,** že mi pořád jen říkali vysazovat a já jsem jim věřila a dopadlo to takhle. Rok hrozného utrpení, nikomu bych to nepřála.

Jak probíhá psychomotorický vývoj syna?

No vždyť víš, je hyperaktivní, špatně mluvil a někdy i teď tak mele, že mu není rozumět. Měl v dětství tiky a trochu zadržoval, je úzkostný, chodili jsme k psychologce.

V pedagogicko-psychologické poradně řekli, že má mírně podprůměrné IQ. Kdybychom se s ním tolik neučili, tak má trojky, čtyřky. **Pořád si vyčítám, že to má ze mě a toho stresu v těhotenství. Skoro každý den, když se s ním učíme, na to myslím.**

8.2. Obsahová analýza rozhovoru

- Sebepojetí-jsem blázen
- Obsedantně kompulzivní porucha
- Úzkostná porucha
- Porucha příjmu potravy
- Otec jako vzor a zpovědník, snaha nezklamat otce
- Matka přísná, přehnaně pořádkumilovná, nepřístupná
- Sestra, která měla vše jednodušší
- Těhotenství bez léků
- Dekompenzované psychiatrické onemocnění
- Stigmatizace, sebestigmatizace
- Víra v neomylnost lékaře psychiatra
- Nedůvěra gynekologovi a porodní asistentce
- Přerušování emocionální vazby s plodem v těhotenství
- Narušený emocionální vztah k novorozenci a kojenci
- Vyčítky z poškození plodu v důsledku psychických problémů v těhotenství

8.3. Diskuse

Paní Ilona uvádí jako možný důvod svých psychických problémů v dospívání a dospělosti pedantský přístup ve výchově, nadměrný důraz na pořádek a vysoká očekávání rodičů na vzdělání Ilony. Doslova se cítí jako člověk, který se raději přizpůsobil přání ostatních, než aby se vzbouřil a prosadil si svůj názor. Sestra měla podle Ilony v dětství i v dospívání vše jednodušší, ona jí prošlapávala cestu. Ilona v dospívání bojovala s atypickou mentální anorexií, kolem 20. roku se objevily problémy s OCD. První těhotenství bylo plánované, vysadila kvůli snaze otěhotnět antidepresiva. V těhotenství 100 % důvěra v názor psychiatricky, že antidepresiva brát nesmí, že by tím ublížila plodu. Bez léčby probíhalo těhotenství s obrovskými psychickými problémy, dokonce Ilona uvažovala o sebevraždě jako o vysvobození z trápení, necítila lásku k plodu, jako by v ní nebyl. Porod byl programovaný pro zhoršující se psychický stav a byl pro Ilonu jednoduchý,

bolest zvládala dobře, neboť fyzická bolest je pro ni daleko lépe snesitelná než bolest psychická. V šestinedělí se projevoval velmi narušený vztah k novorozenci, způsobený špatným psychickým stavem a prodlouženým nástupem účinku antidepresiv. Dosud trvají výčitky z toho, že syna poškodila svým špatným psychickým stavem v těhotenství.

8.4. Druhé těhotenství a porod

Jak probíhalo druhé těhotenství?

To bylo daleko více pohodové. Plánovali jsme ho, podařilo se to hned, až mě to zaskočilo. Měla jsem tu **jinou psychiatricku**, ty jsi mi jí doporučila. Vysadila jsem, když jsem zjistila, že jsem těhotná a nasadila po 12. týdnu. (*Sertralin 50, FDA B, ADEC B3*)
„Jde o celosvětově nejpředepisovanější SSRI, a to i u těhotných žen. O sertralinu jsou k dispozici rozsáhlejší údaje než o citalopramu, konkrétní podezření na vyšší výskyt jednotlivých vrozených orgánových vad po expozici sertralinu se nepodařilo potvrdit. Sertralin tak patří s citalopramem mezi SSRI první volby v těhotenství.“ (Vachek, 2013, s. 147)

No ale musím říci, že už mi pak kolem 12. týdne trošku hrabalo, už jsem to zase na sobě cítila, ale nebylo to vyloženě obsese, bylo mi divně a cítila jsem stažené hrdlo a cítila jsem, že to je zase v prdeli. Vrátily se mi vzpomínky na minulé těhotenství. Dokonce jsem přemýšlela asi den o tom, že půjdu ve 12. týdnu na potrat. Volala jsem kvůli tomu i tetě a mluvila s mužem. Ten mi řekl, že rozhodně chce dvě děti. A hned jsem si zase začala hledat uzliny a pozorovat znaménka. **Nasadila jsem léky a udělalo se mi brzo lépe. Nevyčítala jsem si, že je beru.** Věděla jsem, že jsi je taky brala a že psychiatricka to ví a nevyčítá mi to. Teď jsem hrdá na to, že jsem první trimestr zvládla bez léků. Když jsem potřebovala povzbudit, tak jsem volala psychiatrice nebo Tobě. Pak už mi bylo dobře, užívala jsem si těhotenství takové, jaké jsem záviděla kámoškám. Před porodem jsem snížila a vysadila jen na 3 dny, hned mi začali dávat něco na zástavu kojení a nasadila jsem antidepresiva. Když mi bylo trochu ouvej, tak jsem volala psychiatrice a Tobě. Byla jsem v klidu, bylo mi lépe, a i s malým byl úplně jiný vztah hned od začátku.

Jak probíhal porod?

Rodila jsem celkem rychle, bylo to v pohodě. Žádný problém. Začaly mi kontrakce, a tak jsme jeli a brzo byl venku. V porodnici jsem byla asi jen 3 dny.

Jak probíhalo šestinedělí?

Bylo to úplně jiné než s malým. Byla jsem v klidu. Malý byl klidný. Bylo to ok, hezké období, **pocit, že jsem to vše zvládla.**

Proč jsi nekojila malého?

Já asi ani nechtěla, starší syn taky pil skoro jen umělý mlíko a je zdravěj. Byly jsme tak i domluvený s psychiatrickou, abych neměla **obsese z toho kolik ode mne vypil**, to by mě trápilo a pořád bych to kontrolovala. Také flašku mu mohl dát i muž a já mohla v noci lépe a déle spát občas.

Jaký byl Tvůj psychický stav v šestinedělí?

Já se cítila dobře.

Jak probíhá jeho psychomotorický vývoj?

Je šikovný, chytrý, rošťák. Často se směje. Moc nemarodí. K němu jsem si udělala vztah rychleji, už v těhotenství.

Co bys doporučila psychiatricky nemocným ženám, které plánují těhotenství?

No, aby si našli skvělého **psychiatra, který sleduje, jak se teď léčí a dobře jim poradí. Je důležitý být v pohodě s nějakým lékem než být úplně na dně bez léků. Že to je určitě pro dítě a ženu lepší.**

Myslíš si, že péče porodní asistentky může zlepšit průběh těhotenství, porodu a šestinedělí u žen s psychiatrickým onemocněním?

No, jestli ta porodní asistentka neví nic o psychice, tak si myslím, že ne. Oni neví, co poradit.

Co nejvíce pomohlo Tobě v té těžké době?

No asi rodina, Ti nejbližší. Mluvit a nebát se to říct. U druhého těhotenství to, že jsem věděla, že i jiní to mají, že i Ty jsi to měla, opakované uklidňování.

Dodnes se divím, že se mnou muž je, protože to bylo hrozný. Když by mohl být šťastný s nějakou **zdravou** ženskou a vést spokojenej život.

Děkuji za rozhovor.

8.5. Obsahová analýza rozhovoru

- Změna psychiatra, důvěra v léčbu
- Kompenzované psychiatrické onemocnění
- Možnost podpory a ujišťování od lékaře a porodní asistentky

- První trimestr těhotenství bez léků, poté nasazeny léky
- Přejídné mírné zhoršení stavu na konci prvního trimestru těhotenství
- Druhý a třetí trimestr, předporodní období, porod bez problémů fyzických i psychických
- Bezproblémové šestinedělí
- Nepřerušný emocionální kontakt s plodem, novorozencem a kojencem

8.6. Diskuse

Třetí těhotenství paní Ilony bylo plánované. Chodila k jiné psychiatrice, se kterou konzultovala vysazení antidepresiv v prvním trimestru těhotenství, mírné zhoršení psychického stavu ke konci I. trimestru a opětovné nasazení antidepresiv po 12. týdnu. Užíváním antidepresiv se netrápila. Těhotenství si užívala a cítila se dobře. Měla možnost konzultovat s psychiatrickou kdykoliv během těhotenství. Opakovaně jsme spolu telefonovaly, když se u Ilony vyskytly nějaké obavy. Porod byl v termínu, rychlý, bez komplikací. Syna nekojila z obavy z možných obsesí. Emocionální vztah si k synovi vytvořila již v těhotenství.

9. ZÁVĚREČNÁ DISKUSE

V závěrečné diskusi bych se chtěla hlouběji zabývat problematikou péče porodní asistentky o psychiatricky nemocnou ženu v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí z několika úhlů pohledu.

V prvním úhlu pohledu bych se pokusila podrobněji rozebrat prožitky, problémy a pocity paní Jany a Ilony, které popsaly během rozhovorů. Jak jsem se již dříve zmínila paní Jana s paní Ilonou jsou sestry. Paní Ilona je o 10 let starší. Obě ženy osobně znám více jak 10 let a můj pohled na jejich zdravotní problémy je tedy širší. Společné pro obě ženy je to, že trpí psychiatrickým onemocněním, trpěli jím již před těhotenstvím, během těhotenství i po porodu. Z dlouhodobého hlediska jsou psychiatrická onemocnění obou žen v době mimo těhotenství velmi dobře farmakologicky kompenzována, paní Jana i Ilona vedou spokojený rodinný život a psychiatrická onemocnění výrazněji nezasahují do jejich osobních a pracovních vztahů. Paní Ilona pracuje v nemocnici v laboratoři. Paní Jana je v současné době na mateřské dovolené se synem.

Paní Jana hodnotí své dětství jako hezké, byla milovaná a podporovaná dítě. Vztah s rodiči hodnotí jako velmi hezký. Z ničeho je neviní. Vztah se sestrou hodnotí dříve jako komplikovaný vzhledem k rozdílu věku, nyní jako dobrý.

Na rozdíl od paní Ilony, která zprvu popisuje dětství jako pohodové, ale v zápětí dodává, že se s ní rodiče museli učit a říkali jí, že je natvrdlá. Matku hodnotí jako striktní a přísnou, s důrazem na pořádek, trošku nepřístupnou. Domnívá se, že sestra takovou buzeraci nezažila a proplouvala dětstvím v pohodě. Myslí si, že to bylo způsobeno tím, že rodiče již byli starší a neměli tolik času a energie na přísnou výchovu. Má též dojem, že se sestra po ní v určitých věcech opičí, ale v tom nesprávném směru. Někdy je jí líto, že vše v dětství a dospívání musela vyžrat ona, jako kdyby proklestila sestře cestu. Často vinila rodiče z toho, že její problémy pramení z výchovy, ale tvrdí, že nyní již jim odpustila. Otce hodnotí jako hodného, mohla za ním v nejtěžších chvílích jít a on jí poslouchal, a to jí pomohlo. Sourozenecký vztah hodnotí jako, že jí sestra lezla na nervy, vzhledem k rozdílu věku. V současné době si rozumí, ale vadí jí, že si často stěžuje a už pro ni nemá tolik pochopení.

Pubertu a dospívání paní Jana v rozhovoru nezmiňuje, ale je přesvědčena, že se musela již narodit s nízkým sebevědomím, vidí se jinak. Nevidí se krásná a štíhlá, je

žárlivá. V dospělosti kvůli pocitu méněcennosti výrazně zhubla a měla problémy s jídlem a menstruací.

Paní Ilona popisuje pubertu a dospívání jako problémové. Kvůli tomu, že se nedostala na střední školu z osmé třídy výrazně zhubla, aby dokázala, že něco dokáže. Tehdy začaly její problémy s jídlem, ztratila menstruaci. Léčila se nepravidelně ambulantně u psychiatricky s atypickou mentální anorexií a bulimií. Vždy vyšla vstříc rodičům v jejich přáních, neuměla se vzbouřit a prosadit.

Psychické problémy výrazného charakteru se u paní Jany objevily po prodělaném komplikovaném mimoděložním těhotenství, kdy přišla o celý pravý děložní roh a vejcovod. Měla obavy, že již nikdy nebude moci mít děti. Trpěla depresí a úzkostí, začala navštěvovat pravidelně psychiatricku a užívat antidepresiva. Půl roku docházela na psychoterapii, ale zanechala jí z finančních důvodů, i když jí velmi pomáhala. Její diagnosa je Úzkostně-depresivní porucha, naznačená OCD. Dlouhodobě užívá antidepresiva Asentra 50, kontroly má cca po 2 měsících, může kdykoliv zavolat na mobil.

Psychické problémy paní Ilony začaly již v pubertě poruchou příjmu potravy. Výrazné problémy nastaly po prodělaném zamlklém potratu. Vyústily v plně rozvinutou Obsedantně-kompulzivní poruchu a Úzkostně-depresivní poruchu. Vedly k dlouhodobé pracovní neschopnosti, nutnosti změnit zaměstnání, léčbě u psychiatricky a trvalému užívání antidepresiv. Psychoterapii podstoupila jen krátce, po porodu prvního syna, pomohla jí. Její diagnosa je Obsedantně-kompulzivní porucha, Úzkostně-depresivní porucha. Trvale užívá antidepresiva Sertralin 50, kontroly u psychiatricky, ke které začala chodit po prvním těhotenství, cca po 2-3 měsících. Rovněž možnost volat na mobil v případě potřeby.

První těhotenství paní Jany bylo plánované těhotenství po IVF (tubární a ovariální faktor), 2 měsíce před IVF vysazena antidepresiva po domluvě s psychiatrickou. Antidepresiva musela být nasazena opět ve 20. týdnu těhotenství pro výrazné zhoršení psychického stavu, úzkostem a depresí, ztrátu těšení se na dítě. *„Depresivní porucha se často opakuje. U většiny nemocných dochází alespoň k jednomu opakování a riziko opakování se zvyšuje o 16 procent s každým dalším opakováním. Proto je u těhotné ženy s historií depresivní poruchy pravděpodobné, že zažije recidivu v průběhu těhotenství, zvláště, když přerušila užívání léků.“* (Martin, 2012, s. 16). Po nasazení antidepresiv došlo ke zlepšení psychického stavu, avšak po 4 týdnech nutná dlouhodobá hospitalizace s diagnosou Hrozící předčasný porod, Insuficience hrdla děložního. Opětovné zhoršení psychického stavu, nárůst úzkosti, potřeba opětovného ujišťování, naslouchání, podpory a

informací. Tohoto se paní Janě bohužel nedostává od porodních asistentek ani od gynekologů. Oporou v nemocnici jsou jí ošetrovatelky (sanitárky), možnost telefonovat s psychiatrickou, telefonické hovory se mnou a v neposlední řadě podpora partnera. Těhotenství končí ve 32. týdnu císařským řezem pro předčasný odtok zelené vody plodové a narozením dcery s velmi nízkou porodní hmotností, u které se 10. den po porodu objevilo krvácení do mozku a rozšíření mozkových komor. Paní Jana porod hodnotí jako období velkého strachu z nedostatku informací, nemožnosti mít spinální anestezii vzhledem k psychiatrické diagnóze a nemožnosti mít u sebe manžela. Bezprostřední poporodní období hodnotí jako období opět s nedostatkem informací a období, kdy neměla deprese ani úzkosti, jela jako stroj poháněný láskou k dcerce. Zlom nastal po zhoršení zdravotního stavu dcery. Úzkosti o zdraví dcery trvaly až do 6. měsíce věku, kdy jim lékař oznámil, že je dcera zdravá. V tomto období paní Janě nejvíce pomáhal manžel a rodina. Pravidelně navštěvovala psychiatrickou. Pravidelně jsme spolu mluvili telefonicky o jejích obavách, výsledcích všech vyšetření a pokrocích, které malá udělala. Vztah k dcerce hodnotí jako velmi intenzivní a plný lásky již od těhotenství. Dcera je zdravé a šťastné dítě.

První těhotenství paní Ilony bylo plánované, na doporučení první psychiatricky vysadila antidepresiva před plánovaným těhotenstvím, ale postupně se u ní začaly objevovat příznaky OCD. V tom okamžiku otěhotněla. Psychiatricka jí po celou dobu těhotenství tvrdila, že nesmí užívat žádná antidepresiva, protože by ublížila plodu a ona jí 100 % důvěřovala. Psychiatricka i v době extrémního nakupení psychických problémů paní Ilony velmi bolestným způsobem argumentovala paní Iloně, že ve 2. světové válce ženy v koncentráku zažívaly taky velká psychická muka, vydržely to a porodily zdravé děti, že i kdyby třeba měla zvracet v křoví, nesmí léky brát. I přes návrh gynekologa, že by v jejím případě měla být antidepresiva nasazena, aby se zlepšil její psychický stav, dále důvěřovala 100 % psychiatrice a antidepresiva se bála užívat. Stav vyústil až k myšlenkám na sebevraždu, aby již byl konec psychického trápení. Emocionální vztah s plodem byl velice silně narušen. Paní Jana se cítila jako vnitřní mrtvola, dítě jako by v ní vůbec nebylo. Byl narušen i vztah s manželem, od kterého utíkala k rodičům, protože tam mohla o svých stavech hovořit a cítila podporu. Nemohla manželovi říci, že je úplně na palici a chce, aby už to dítě bylo z ní venku. Ke konci těhotenství se její psychický stav natolik zhoršil, že se nechala hospitalizovat a dohodla se se svým doktorem na programovaný porod ve 37. týdnu těhotenství, aby už mohla začít brát antidepresiva. Toto období hodnotí jako hrozné, hrozné, hrozné. Dodnes se jí z toho chce zvracet.

Porod byl vysvobozením a probíhal hladce, bolest zvládala dobře k překvapení primáře a porodních asistentek, které jí po celou dobu pobytu v porodnici nebyly oporou, cítila se stigmatizovaná psychiatrickou diagnosou a vyslechla nevhodné hodnocení její osoby z úst porodní asistentky, kvůli kterému později změnila gynekologa, protože u něj daná porodní asistentka pracovala. Poporodní období hodnotí především jako možnost začít brát antidepresiva. K synovi prakticky nic necítila a fungovala jen jako stroj. Krátce po propuštění z porodnice jsme se s paní Ilonou potkali na procházce. Od té doby jsme byly v pravidelném osobním či telefonickém kontaktu a rozebíraly její psychický stav, vztah k synovi, problémy s OCD a postupné krůčky k uzdravování. Oporou v poporodním období byl Iloně hlavně její manžel, který ji nutil chodit na dlouhé procházky, na kterých mu pořád dokola mlela ty svoje nesmysly a on trpělivě poslouchal. *(Základními prostředky podpůrné psychoterapie jsou vcítění, podpora, naslouchání, povzbuzování a umožnění vyjádřit všechny emoce)* Psychický stav se začal zlepšovat a zhruba po 3 měsících se již Ilona cítila celkem dobře a začal se utvářet i láskyplný vztah se synem, který do té doby prakticky neexistoval. Syn měl v dětství problémy s řečí, zadržával, má problémy s učením, podprůměrné IQ. Ilona si klade za vinu, že za jeho problémy může ona, protože v těhotenství trpěla velkými psychickými problémy. *(Zda mohou takové extrémní psychické prožitky v těhotenství způsobit problémy v psychomotorickém vývoji dítěte se neodvážím soudit, ale domnívám se, že narušený emocionální vztah s plodem během těhotenství a novorozencem po porodu určitý negativní vliv mít může).* „Přítomnost vysoké úrovně úzkosti u žen v těhotenství i v poporodním období, bez ohledu na kondici dítěte při porodu a období sledování, představuje pro mateřskou emoční rovnováhu potenciální rizikový faktor, stejně tak riziková je pro vývoj dítěte, a to již ve fetálním období, je proto zásadní rozeznávat v průběhu těhotenství symptomy úzkosti a možné vyvíjející se úzkostné poruchy. Čím dříve jsou symptomy rozpoznány, tím efektivněji se dají léčit, což výrazně zlepšuje prognózu a zamezuje jinak potenciálně devastujícím účinkům na dítě, matku, rodinu a společnost.“ (Talová, 2014, s. 35-36)

Tabulka č.1: Psychiatrické onemocnění, první těhotenství

Problém	Ilona	Jana
Psychiatrická diagnosa	Poruchy příjmu potravy v pubertě a dospívání OCD, úzkostně-depresivní porucha od 23 roků	Úzkostně-depresivní porucha, naznačená Obsedantně-kompulzivní porucha od 23 roků

Antidepressiva užívaná před těhotenstvím	Sertralin 50	Asentra 50
Možný spouštěč psych.on.	Výchova v rodině Zamlklý potrat	Mimoděložní těhotenství
První těhotenství	Plánované, spontánní koncepce antidepressiva vysazena před otěhotněním na doporučení psychiatra	Plánované, umělé oplození, antidepressiva vysazena před IVF na dop.psychiatra
Psychické problémy	Již od začátku, extrémní zhoršení psych.on., Obsednatně-kompulzivní porucha a deprese, myšlenky na sebevraždu	Od 18 týdne těhotenství depresivní stavy
Užívání antidepressiv v těhotenství a při kojení	Po celou dobu těhotenství nenasazena na doporučení psychiatricky. Ihned po porodu zástava laktace a nasazení antidepressiv	Od 20. týdne těhotenství Asentra 50
Komplikace těhotenství	Z perinatologického hlediska těhotenství bez komplikací	Hrozící předčasný porod, insuficience hrdla děložního od 24. týdne těhotenství
Porod	Programovaný porod ve 37. týdnu těhotenství pro zhoršující se psychický stav. Bez porodnických komplikací	Sectio Caesarea ve 32.týdnu těhotenství, předčasný odtok zelené vody plodové
Šestinedělí	Velké psychické problémy, neschopnost lásky k dítěti, okamžité nasazení antidepressiv, zástava laktace-zlepšení po třech měsících po porodu	10 dnů zcela bez problému, poté zhoršení psych.on. vzhledem ke krvácení do CNS u dcery

Pocity a prožitky	Dlouhodobé zhoršování beznaděje, smutku, úzkosti, obsesí a kompulzí. Přerušovaný emocionální vztah k plodu, narušený vztah k novorozenci, chybění pocitu lásky k novorozenci	Smutek, nicota v polovině těhotenství. Při hospitalizaci úzkost a obavy o donošení plodu, strach z předčasného porodu. Po porodu pocity intenzivní lásky k novorozenci, později úzkost a obavy o jeho zdraví
-------------------	--	--

Druhé těhotenství paní Jany bylo neplánované, po spontánní koncepci. Paní Janu velice zaskočilo, vyčítala manželovi, že jí zkazil dovolenou a návrat do práce. *(Dle mého názoru Jana otěhotněla tak snadno proto, že v období otěhotnění zažívala pohodové, klidné období. Dcerka byla zdravá, velmi chytrá, dostavěli s manželem a nastěhovali se do nového domu a po psychické stránce se cítila velmi dobře).* Po celou dobu těhotenství, při porodu a v šestinedělí Jana užívala antidepresiva a neinformovala o tom záměrně gynekologa z obav, že by jí brali jako cvoka. (Jako porodní asistentka v zatajení léků užívaných v graviditě vidím velký problém. Ale na druhé straně plně chápu obavy Jany ze stigmatizace, vzhledem k zážitkům z minulého těhotenství). Emocionální vztah k plodu se začal rozvíjet až kolem 28. týdne těhotenství. Do té doby k plodu prakticky nic necítila, bylo jí jedno, zda potratí. Těhotenství jí narušilo plány. *„Jednou z okolností, která vede k frustraci je pro těhotnou nechtěné dítě nebo ambivalentní postoj k otěhotnění jako takovému. Ovšem někdy i vytoužené těhotenství může vést k nadměrnému stresu (pokud žena předtím nemohla otěhotnět nebo dítě donosit a má obavy, že se to znovu nepodaří, rizikové těhotenství).“* (Praško, 2011, s. 21) Jinak se psychicky cítila dobře. Ve 24. týdnu těhotenství nařízen klidový režim, vzhledem ke zkracujícímu se děložnímu hrdlu a kontrakcím děložním. Došlo ke zhoršení psychického stavu. Jako důvod paní Jana uvádí, že musela ležet, nemohla uklízet a věnovat se dcerce. *(Zde jsou patrné zcela rozdílné priority vzbuzující obavy a úzkost než v prvním těhotenství. Zřejmě vzhledem k chybějící emocionální vazbě na plod, dominují příznaky obsese (vidím nepořádek) a kompulze (musím ho uklidit), ale při tom bych měla ležet. Na rozdíl od předchozího těhotenství, kde zcela dominovala úzkost a strach o nenarozené dítě a obavy z předčasného porodu).* Obavy o osud těhotenství a o plod nastoupily až kolem 28. týdne těhotenství. Opakovaně

jsme spolu tenkrát telefonicky řešily nejen stav hrdla a kontrakce, ale úklid, dceru a hlavně to, že nemá ve svém srdci dost lásky pro jiné dítě a k plodu prakticky nic necítí, což jí trápilo. Od 34.týdne ústup potíží psychických a fyzických. Jana zbytek těhotenství popisuje jako krásný. Porod byl plánovaný císařským řezem, vzhledem ke dvěma jizvám na děloze, Jana s tím počítala a nebála se. Nakonec však rodila o týden dříve a vzhledem k rychlému progresu vaginálního nálezu a pravděpodobného podhodnocení závažnosti situace mladým lékařem byla nucena Jana родit vaginálně a bylo jí zakázáno tlačit z obav z ruptury dělohy. Dvě hodiny před porodem proto hodnotí jako nejhorší dvě hodiny jejího života, měla strašné bolesti a obávala se o život. Po porodu se cítila vyčerpaná, radost ze syna tam nebyla, nechtěla ho chovat, když jí ho porodní asistentky daly na břicho a bála se to říct, chtěla jen odpočívat. V šestinedělí fungovala jako stroj, nakrmit, přebalit, uspat. Lásku k synovi začala pociťovat až kolem tří měsíců jeho věku. Nyní ho miluje úplně stejně jako dceru a je ráda, že ho má. Je to pohodář, smíšek, dobře jí. Další dítě Jana v žádném případě nechce, nechce již zažívat muka spojená s těhotenstvím.

Druhé těhotenství Ilony bylo plánované, otěhotněla okamžitě. S psychiatrickou se domluvily, že vysadí antidepresiva na dobu prvního trimestru. Ke konci prvního trimestru již začala pociťovat zhoršení psychického stavu a krátce zauvažovala i o tom, že by šla na potrat, neboť se jí vybavily vzpomínky na předešlé těhotenství. Po nasazení antidepresiv se jí rychle ulevilo. Neměla výčitky, že ublíží plodu. V období, kdy potřebovala poradit a povzbudit volala psychiatrice nebo kontaktovala mě. Psychicky i fyzicky se již poté cítila dobře. Porod byl v termínu, spontánní, rychlý, bez komplikací. Za 3 dny byla doma. S psychiatrickou se předem domluvily na preventivní zástavě laktace z obav z obsese, kdy by sledovala kolik mléka od ní syn vypil a kvůli možnosti se dostatečně vyspat, protože flašku může dát synovi i manžel. Šestinedělí bylo klidné, malý byl klidný. Popisuje ho jako hezké období s pocitem, že těhotenství a porod zvládla. Syn je šikovný, chytrý, často se směje. Emocionální vztah ke druhému synovi si udělala již během těhotenství.

Tabulka č.2: Druhé těhotenství

Problém	Ilona	Jana
Druhé těhotenství	Plánované, po spontánní koncepci	Neplánované, po spontánní koncepci
Psychické	Ke konci prvního trimestru mírné zhoršení	Do 28. týdne těhotenství

problémy	psychických problémů, jinak zcela bez problémů	ambivalentní pocity k nechtěnému plodu. Od 28.- 34. týdne těhotenství úzkosti a deprese (klidový režim, nemožnost uklízet)
Užívání antidepressiv v těhotenství a při kojení	Před těhotenstvím užívala Sertralin 50, vysazeno ihned po zjištění gravidity. Opětovné nasazení po ukončení prvního trimestru, pro mírné zhoršení stavu. Před porodem snížení na Sertralin 25, 3 dny před porodem zcela vysazeno, ihned po porodu nasazen Sertralin 50	Před těhotenství, v průběhu těhotenství i po porodu a při kojení užívala Asentru 50
Komplikace těhotenství	Těhotenství bez komplikací	Od 24.-34. týdne těhotenství klidový režim. Inkompetence hrdla děložního, kontrakce děložní.
Porod	V termínu, bez komplikací.	Plánovaný císařský řez, který nebyl proveden. Spontánní porod v termínu, hlavičkou-pro pokročilý vaginální nález. Bez komplikací.
Šestinedělí	Zástava laktace. Bez problémů.	Bez komplikací, kojí dosud.
Pocity a prožitky	Až na mírné zhoršení psychických problémů ke konci prvního trimestru celé těhotenství i období po porodu bez psychických problémů. Vztah k plodu a novorozenci dobrý.	Absence lásky k plodu do 28. týdne těhotenství. Nechtěné těhotenství, bez obav o jeho průběh. Porod jako traumatizující záležitost (obavy o vlastní život). Po porodu ambivalentní pocity

		k novorozenci. Láskyplný vztah k synovi až od tří měsíců věku
--	--	---

Ve druhém úhlu pohledu bych chtěla zhodnotit péči porodních asistentek o paní Janu a Ilonu během jejich těhotenství a porodů. Z tohoto pohledu se jeví péče porodních asistentek jako zcela nedostatečná, neprofesionální, stigmatizující a zaměřená jen na nutná vyšetření a výsledky. Z rozhovoru s paní Ilonou: „*No tak jako vyšetřili mě a doktor byl ochotnej, věděl, že jsem blázen, ale sestra ne. Vždy jsem měla pocit, že jí otravuju.*“ „*Jedna sestra, která dělala sestru i mému gynekologovi, tak ta tam byla hrozná. Šla jsem se na něco zeptat do sesterny a ona o mně nevěděla a řekla o mně něco ošklivého, jako, že jsem cvok, a to mi hrozně naštvalo a bolelo, ale dělala jsem jako, že jsem to neslyšela, protože, když jsi v tuté situaci, tak nemůžeš vyskakovat. A kvůli tomu už jsem ke gynekologovi nechtěla chodit. Připadala jsem si jako takovej ten kretén, kterýho si pamatujou, co byl na hlavu. Změnila jsem tedy gynekologa. Šla jsem jinam, kde mě neznají a nemají mě takhle zapsanou.* (jednalo se o porodní asistentku, která v té době pracovala na zkrácený úvazek v nemocnici na oddělení, kde Ilona ležela před porodem a zároveň v ambulanci gynekologa, kam chodila Ilona v době těhotenství). Paní Jana ve svém rozhovoru také popisuje porodní asistentky jako ty, které řešily jen náběry a výsledky vyšetření, nekomunikovaly s ní. Popis toho, jak se chovala k Janě porodní asistentka v těhotenské poradně: „*No, jen vždy točila očima a říkala, že je zbytečné mít obavy. Ale to přece nejde, kdyby to šlo, tak bych to udělala a užívala si super těhotenství. Vždy bylo málo času a jen rychlé odpovědi.*“

Nejvíce Janě pomáhaly na oddělení ošetřovatelky, které si s ní pravidelně povídaly (na oddělení rizikových a patologických těhotenství, kde paní Jana ležela se zřejmě jednalo o sanitárky, které si s ní povídaly, neboť ošetřovatelky na tomto oddělení nejsou). Není tedy divu, že na otázku: „***Myslíš si, že péče porodní asistentky může zlepšit průběh těhotenství, porodu a šestinedělí u žen s psychiatrickým onemocněním?***“ odpověděla Ilona takto: „*No, jestli ta porodní asistentka neví nic o psychice, tak si myslím, že ne. Oni neví, co poradit.*“ Jana odpověděla takto: „*To si myslím, že určitě, ale asi na to nemají čas a trpělivost. Myslím, že ani neví, jak se k takovým ženám chovat a že né všechny léky jsou špatné. Asi by měli mít nějaké školení a znalosti.*“ Na otázku: „***Jak by taková péče měla vypadat?***“ odpověděla Jana takto: „*Asi to nejde v normální ordinaci. Nějaké soukromé asistentky, se zkušenostmi s námi cvokařkami, který umějí naslouchat a mají s náma*

trpělivost. Jsou ochotné si s náma telefonovat nebo přijít na návštěvu. Nikoho takového neznám, jen Tebe.“ Z pohledu Jany a Ilony tedy vycházíme my, porodní asistentky, jako sestry nevzdělané v oboru psychiatrie, bez zkušeností s psychiatricky nemocnými ženami, nevzdělané v oblasti farmakologie, neochotné naslouchat, netrpělivé, netaktní a hlavně nevíme, co máme poradit. Jako vhodná varianta se jeví z pohledu Jany soukromé porodní asistentky (komunitní péče), které by byly ochotné přijít k psychiatricky nemocné ženě na návštěvu nebo si s ní telefonovat.

Ve třetím úhlu pohledu bych se chtěla věnovat panu Tomášovi (manžel Jany), který byl přítomný části rozhovoru s Janou a jeho pohled na události je pro mne velmi cenným. Pan Tomáš vyjadřuje své pocity, že když Jana ležela od 24. týdne v nemocnici cítil se často jako štvanec, pracoval v Německu, dojížděl do Plzně do nemocnice, u Jany se střídaly pocity během půl hodiny, vše se točilo jenom kolem těhotenství. Bylo to pro něj velmi náročné. Nevěděl, co má dělat dřív. Cítil se bezmocný. (Obdobné pocity jsem slyšela i z úst partnerů mých kamarádek, kteří byli vystaveni kritickým situacím během těhotenství či porodu svých partnerek-bezmoc, nemožnost pomoci). Pocity bezprostředně kolem porodu popisuje takto: *„Bylo to hrozné, nemohl jsem jí pomoc, nemohl jsem být s ní, musel jsme jen čekat na chodbě. Malou jsem viděl až po hodině a půl po porodu, před tím jsem neměl žádné informace, byla velmi malá, ale v inkubátoru jsem viděl i menší miminka, což mě trochu uklidnilo. Doktor říkal, že zatím vše probíhá tak, jak to bývá u takto brzo narozených dětí. Jel jsem pak s Janou výtahem, když jí vezli na oddělení a ona si to vůbec nepamatuje. Říkal jsem jí, že je vše v pořádku.“* (Tuto možnost například poskytuje porodnice v Rakovníku, kde je přístup k císařskému řezu a následnému bondingu novorozence alternativní a otec dítěte může být přítomný prakticky u všeho). Hrozné bylo pro něj období, kdy se čekalo na další vyšetření dcerky, která byla prováděna po zhoršení jejího stavu. Diametrální rozdíl v pohledech pana Tomáše a Jany je dobře vidět v pohledu na druhé těhotenství. Tomáš ho bral jako dar, za který by měli být vděční, po problémech, které byly. Jana jako vyloženě nechtěné, neplánované. Rozdíl je i v Tomášově přání mít ještě třetí dítě, které Jana kategoricky odmítá (nikdy již nechce zažít problémy spojené s těhotenstvím) a pokud by otěhotněla půjde na potrat, bude to jen Tomášovo chyba a ponese za to vinu. Rozpor je také patrný v pohledu na důležitost činností. Pro Tomáše je nejpodstatnější, aby byly spokojené děti a hrál si s nimi třeba, když se Jana potřebuje vyspat, aby partnerský vztah byl stabilní a nechápe, proč Janě tolik záleží na úklidu a proč v ní nepořádek vyvolává úzkost. Zřejmě se pak cítí nedoceněný, neboť spousta žen takovou možnost spát a mít postaráno o děti nemá a Jana si jí neváží. Velmi zajímavý je

také fakt, že ani Tomáš necítil po narození radost ze syna, cítil jen úlevu a v popředí byl opět velký strach o Janu, když porod probíhal zcela jinak, než bylo naplánováno a hrozilo nebezpečí prasknutí dělohy, byl bezmocný. Vnímá nervozitu lékařů a porodních asistentek před porodem. Na rozdíl od dcerky, kde cítil lásku již během těhotenství se u něj láska k synovi plně projevila až ve stáří kolem tří měsíců. Z výše popsaného usuzuji, že ač by se mohlo zdát, že muži mají situaci zdánlivě jednodušší, neboť nemohou být těhotní, je jejich psychika vystavena obrovskému stresu a v popředí vystupuje hlavně strach, obavy, nemožnost být ženě v kritických situacích na blízku a bezmocnost. Na psychiku mužů je ve spojitosti s těhotenstvím, porodem a šestineděním velmi málo v naší společnosti pamatováno, neboť muž je z podstaty věci brán jako silný, psychicky odolný a starosti kolem těhotenství by neměl tolik prožívat, aby nevypadal před ostatními muži jako bačkora.

Čtvrtý úhel pohledu je mou osobní úvahou o vlivu těhotenské ztráty na psychiku ženy. Při mém skoro tříletém studiu Tradiční čínské medicíny-TČM jsem jako porodní asistentka nejvíce času věnovala samozřejmě těhotenství, porodům a možným komplikacím. Z pohledu TČM je potrat brán jako obrovský zásah do fyzického i psychického ženy. Dochází po něm k oslabení a spotřebování velkého množství esence ledvin-prapodstaty života, která se dle Číňanů nachází právě v ledvinách. Toto oslabení je dokonce daleko větší, než pokud žena donosí a porodí dítě, neboť tento proces oslabení a spotřebování je fyziologický. Pokud jsou v TČM oslabeny ledviny, dochází v organismu k nerovnováze s vodou, kterou ledviny zastupují a ohněm, který zastupuje srdce. V srdci člověka sídlí nejvyšší duch jménem Shen, který se koupe v jezírku krve. Protože je ale krev v jezírku příliš teplá (ledviny nedostatečně chladí) může být Shen neklidný a nemůže tak dobře vládnout celému organismu a ostatním duchům. Takový neklid se často projevuje psychickými problémy, depresí, zamlženým myšlením, neklidem, úzkostí. Proto Číňané dbají na to, aby žena po potratu co možná nejlépe načerpala nové síly, odpočívala, pila bylinné odvary, doplňující esenci ledvin a zklidňující psychiku, tedy nejvyššího ducha Shen. Žena je v době po potratu hodna stejné úcty, pomoci a porozumění, jako kdyby plod donosila a porodila zdravé dítě. Jen tak se se ztrátou vyrovná a může rodit dál zdravé děti. Toto bychom měly dodržovat i my, Evropané. Neboť, i když se povídání o čínských zvycích zdá jako tisíce let stará pohádka, najdeme v něm mnoho pravdy. Jana i Ilona si prošly těhotenskou ztrátou ve svých prvních těhotenstvích. Jedna mimoděložním těhotenstvím, druhá zamlklým potratem. U Jany došlo poté k propuknutí psychiatrického onemocnění u Ilony došlo k výraznému zhoršení psychických problémů a objevila se

OCD. Všeobecně je dle mého názoru ženám po potratu věnováno málo porozumění a pomoci. Porodní asistentka by se měla daleko více zajímat o psychický stav ženy po potratu, nabídnout jí svou pomoc, pomoc psychologa, popřípadě mít k dispozici kontakty na porodní asistentky, které se touto problematikou zabývají. Jsou-li vůbec v jejím okolí nějaké?

„Porodní asistentka by měla ženě zajistit dostatek soukromí, podporovat ženu ve vyjadřování pocitů, otevřené komunikaci, sledovat její psychický a emocionální stav. Důležitá je ochrana ženy před sebeobviňováním, chápavé a otevřené chování k ní. Rozhovor by se měl uskutečnit do jednoho týdne po potratu.“ (Ratislavová, 2008, str. 38.)

Pátý úhel pohledu je pohled na vzdělání porodních asistentek s ohledem na možná psychiatrická onemocnění žen v těhotenství, během porodu a v šestinedělí. Během bakalářského studia je věnován jeden semestr i předmětu Psychiatrie. Toto je dle mého názoru zcela nedostačující, neboť je probíráno poměrně velké množství učiva v krátkém časovém úseku a důraz je kladen na diagnostiku, nikoliv na možnou pomoc porodní asistentky ženám s psychiatrickým onemocněním. Nadstavbové vzdělání porodních asistentek v tomto směru není v současné době v České republice k dispozici.

„Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) zřídil v roce 1997 subkatedru psychoterapie, jejíž vedení převzal V. Mikota ve spolupráci s J.Kocourkovou. Oba zkušení psychoterapeuti (mj. s výcvikem a praxí v psychoanalýze) zajišťovali (ve spolupráci se zástupci Psychiatrické společnosti, České psychoterapeutické společnosti a Asociace klinických a zdravotních psychologů Čech, Moravy a Slezska), na základě předložených dokladů o výcviku a praxi a provedených osobních pohovorů nebo zkoušky, vydávání osvědčení o funkční specializaci v psychoterapii ve zdravotnictví. Rokem 2011 tato činnost subkatedry skončila.“ (Kratochvíl, 2012, s. 292). V České republice v současnosti neběží žádné programy zabývající se duševním zdravím žen v reprodukčním období není ani možné studovat psychologii perinatálního období jako v jiných zemích. Například ve Velké Británii jsou na tom daleko lépe než mi. V roce 2016 tam byl zahájen program na zlepšení perinatálního duševního zdraví žen, který poběží až do roku 2021 a je dotován 365 miliony liber. (Midris, 2016). Porodní asistentky mohou například studovat Psychologii perinatálního období na Novém Zélandu, University of Otago v Christchurch. (Otago, 2016) nebo v Austrálii (Unisa.edu. 2016), anebo se zúčastnit konkrétního kurzu v New Yorku: Rozdíl mezi poporodním blues a poporodní depresí. (Seleni, 2011)

Pro tatínky jsou určeny tyto stránky: Projekt pro podporu tatínků po porodu, kteří mají partnerku s psychickým onemocněním. (Researchgate, 2016)

Posledním pohledem jsou moje osobní pocity, které jsem zažívala, když jsem byla během těhotenství a po porodech Jany a Ilony s nimi v kontaktu. Vzhledem k tomu, že jsem ve svém prvním těhotenství (již jako vystudovaná porodní asistentka se 7letou praxí na porodním sále), prodělala ataku deprese a úzkosti, mám k ženám, které trpí podobnými problémy asi malinko blíže než porodní asistentky, které touto nepříjemnou zkušeností osobně neprošly. I mě zprvu byly zakázány veškeré léky. Ale vzhledem k problémům, které se zhoršovaly a snad i vzhledem k tomu, že jsem zdravotník, jsem trvala na konzultaci u většího množství lékařů, a nakonec mi po konzultaci s lékařem z Ústavu péče o matku a dítě bylo dovoleno užívání antidepresiv SSRI, neboť tento lékař byl seznámen s nejnovějšími studii probíhajícími v USA, které tyto léky řadily do kategorie FDA B nebo C, ADEC B a nebyly u nich prokázány teratogenní účinky na plod. Ještě jsem vše konzultovala se známým genetikem a ten neměl proti užívání antidepresiv v těhotenství a při kojení žádné námítky. Narodila se mi zdravá dcera, kterou jsem kojila rok a půl, na začátku s antidepresivy, později už bez nich a já prožila od 30. týdne hezké těhotenství a bezproblémové poporodní období. Paní Ilona takovou možnost bohužel neměla, její psychiatricka zřejmě neznala výsledky nových studií. Podotýkám, že těhotenství paní Ilony probíhalo v roce 2006/7 tedy o celé 4 roky později než mé těhotenství. Bylo pro mě velmi smutné zjistit, že i po čtyřech letech od mé zkušenosti existují psychiatři, kteří nejsou seznámeni s možností užívání antidepresiv SSRI v těhotenství a při kojení. Musím přiznat, že v době druhého těhotenství Ilony a prvního těhotenství Jany, kdy jsem s nimi byla v poměrně častém telefonickém kontaktu, bylo někdy vyčerpávající opakované uklidňování, ujišťování a rozebírání průběhu těhotenství. Mnohdy jsem už nevěděla, co mám říkat, a tak jsem jen poslouchala a přizvukovala. Nikdy jsem toho však nelitovala, neboť, když vidím děti Jany a Ilony, cítím vždy takovou malou vnitřní radost, že vše dobře dopadlo a mohla jsem, byť malinkým dílem pomoci. A o tom by mělo povolání porodní asistentky být především. O pomoci ženám, kdykoliv během celého jejich života. Pokud budu po skončení bakalářského studia dále pokračovat ve vzdělávání, chtěla bych se nadále věnovat této problematice a byla bych moc ráda, kdyby třeba moje bakalářská práce byla inspirací pro jiné studentky třeba k podrobnějšímu kvantitativnímu výzkumu zabývající se touto tematikou a vytvoření edukačního letáku pro porodní asistentky.

10. ZÁVĚR

V teoretické části mé bakalářské práce jsem se zaměřila na nejčastější psychiatrická onemocnění, kterými trpí ženy v reprodukčním věku. Podrobněji jsem popsala typické problémy, které se u jednotlivých psychiatrických onemocnění projevují, způsob léčby farmakologické a nefarmakologické. Popsala jsem důvody, proč u psychiatricky nemocných žen často dochází ke zhoršení psychického stavu v těhotenství, šestinedělí a při kojení. Těhotenství, porod a šestinedělí jsou považovány za významná krizová období v životě zdravé ženy. Psychiatricky nemocná žena, která vstupuje do těhotenství je tedy vystavena stresu spojenému se svojí chorobou. S ohledem na plod je u ní často měněna nebo vysazena farmakologická léčba a přidáme-li k tomu ještě výše zmiňované krizové období, je taková žena velice rizikovou a její potřeba pochopení, porozumění, naslouchání, uklidňování a informací je ze strany porodní asistentky a lékaře zvýšená.

Praktickou část mé bakalářské práce jsem zpracovala formou kvalitativního výzkumu. Výběr respondentek byl záměrný a pro mě jednoduchý. Obě respondentky jsem osobně znala, pomáhala jsem jim během jejich problémů v mateřství již dříve a věděla jsem, že budou ochotné hovořit o pocitech a potřebách, které jsem pro své šetření potřebovala. Informace jsem získávala formou polostrukturovaného rozhovoru, který byl pro tento typ výzkumného šetření ideální volbou. K jednomu z rozhovorů se připojil i manžel respondentky a jeho postřehy, pocity a mužský náhled na problémy, které zažívala jeho manželka během těhotenství, porodu a šestinedělí jsou pro výzkumné šetření myslím velmi cenné. Informace získané v rozhovorech podrobně analyzuji a snažím se z nich dostat potřebné informace, které by mohly mít praktické využití v praxi porodních asistentek.

Hlavní cíl i dílčí cíle, které jsem si stanovila jsem splnila. Na většinu otázek, o které jsem se zajímala, jsem našla odpověď. Pouze poslední otázka týkající se možné pomoci porodní asistentky psychiatricky nemocné ženě v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí nemá pro mne zcela konkrétní řešení. K jejímu zodpovězení by bylo ještě dle mého soudu zapotřebí vypracovat podrobný kvantitativní výzkum, týkající se povědomí porodních asistentek pracujících v ordinacích, nemocnicích a komunitní péči o psychiatrických onemocněních u žen v reprodukčním věku, současných přístupech k farmakologické a nefarmakologické léčbě a možnostech pomoci těmto ženám zmírnit jejich problémy.

Největším problémem při psaní mé bakalářské práce byl nedostatek literatury a zdrojů. Problematikou péče porodních asistentek o psychiatricky nemocnou ženu se podrobně nezabývá žádný autor. Proto jsem musela čerpat z literatury zabývající se obecnou psychiatrií a psychologií, kde je jsou jen krátké zmínky o tomto problému. Jsem si vědoma, že některé citované zdroje jsou starší, než je povolený časový limit, ale nenalezla jsem žádné jiné zdroje mladšího data vydání.

„Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem více rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupat se v prameni života.“

Dr. Federick Leboyer

11. CITOVANÁ LITERATURA A ZDROJE

1. HÁJEK, Zdeněk et al. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 538 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
2. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. 1.vyd. Praha: reklamní atelier Area, 2008. s. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
3. PRAŠKO, Ján a kol. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit: Příručka pro klienta a jeho rodinu*. 3.vyd. Praha: Portál, 2014, 120 s. ISBN 978-80-262-0683-5.
4. VACHEK, Jan a TESAŘ, Vladimír a ZAKIYANOV, Oskar a MAXOVÁ, Kateřina a kol. *Farmakologie v těhotenství a při kojení*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2013, 361 s. ISBN 978-80-7345-333-6.
5. DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 632 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1620-6.
6. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2012, 408 s. ISBN 978-80-262-0302-5
7. MARTIN, Colin R. *Perinatal Mental Health, A Clinical Guide*. 1. vyd. Keswick: M K Updake Ltd, 2012, s.546. ISBN 978-1-905-539-49-9
8. THORNICROFT, Graham. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním postižením*. 1. vyd. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011, 320 s. ISBN 978-80-260-0302-1
9. OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015, 376 s. ISBN 978-80-247-9906-3
10. PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6
11. GEISEL, Elisabeth. *Slzy po porodu*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004, 256 s. ISBN 80-86356-32-9

12. TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela, ŠULCOVÁ, Lenka a kol. *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015, 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6
13. MCCAULEY, K. et al. *Midwives and assessment of perinatal mental health*. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. Nov. 2011, vol. 18, iss. 9, s. 786-795. ISSN 13510126
14. PRAŠKO, Ján, LÁTALOVÁ, Klára a GRAMBAL, Aleš. *Porodnictví a psychiatrie [psychické změny během těhotenství, deprese, těhotenství žen s psychickou poruchou]*. *Lékařské listy*. 2011, č. 9, Speciál, s. 19-22. ISSN 0044-1996
15. TALOVÁ, Barbora et al. *Úzkost a úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu*. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2014. roč. 10, č. 15, s. 29-37. ISSN 1212-0383
16. SEIFERTOVÁ, Dagmar. *Psychické poruchy v těhotenství*. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2012, roč. 21, č. 3, s. 315-323. ISSN 1211-1058
17. MIDRIS. *Perinatal Mental Health Program*. [online]. Publikováno 2016 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <https://www.midris.org/nhs-england-perinatal-mental-health-programme/>
18. UNISA. *Perinatal Mental Health*. [online]. Publikováno 2016 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://programs.unisa.edu.au/public/pcms/program.aspx?pageid=5042&sid=9277>
19. RESEARCHGATE. *Perspectives of partners of Mothers who Experience Mental Distress in the Postnatal Period*. [online]. Publikováno 2016 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/project/Perspectives-of-Partners-of-Mothers-who-experience-Mental-Distress-in-the-Postnatal-Period-PMD-Partners-Study>
20. OTAGO. *Psychology Perinatal Period*. [online]. Publikováno 2016 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://www.otago.ac.nz/courses/subjects/pnmh.html>
21. SELENI. *The Difference Between postpartum Blues and Postpartum Depression*. [online]. Publikováno 2016 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <https://www.seleni.org/trainings>
22. PRAŠKO, Ján. *Smišená úzkostně depresivní porucha* [online]. Publikováno 2003 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z:

https://www.lundbeck.com/upload/cz/.../Smisene_uzkostne_depresivni_poruchy.pdf

23. ŠTROMEROVÁ, Zuzana et al. Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní a sistentky (a zvědavé rodiče). Vyd.1. Praha: Argo, 2010, 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3