

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Simona Panochová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Péče porodní asistentky o ženu s diagnostikovanou úzkostnou poruchou

Bakalářská práce

2023

Simona Panochová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Simona Panochová**
Osobní číslo: **Z20067**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Téma práce: **Péče porodní asistentky o ženu s diagnostikovanou úzkostnou poruchou**
Téma práce anglicky: **Midwife care for a woman with diagnosed anxiety disorder**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada. 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
- HOSÁK, Ladislav, et al., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
- OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada. 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3.
- OREL, Miroslav, 2020. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 432 s. ISBN 978-80-271-2529-6.
- RABOCH, Jiří, et al., 2020. *Psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Univerzita Karlova. 468 s. ISBN 978-80-246-4604-6.
- PROCHÁZKA, Martin, 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxford. 788 s. ISBN 978-80-7345-618-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Michal Kopecký**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **4. května 2023**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Péče porodní asistentky o ženu s diagnostikovanou úzkostnou poruchou jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 4. 5. 2023

Simona Panochová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucímu práce Mgr. Michalovi Kopeckému za jeho odborné vedení, lidský přístup a cenné rady, které mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnoval. Děkuji také respondentce a jejímu partnerovi, že mi byli nápomocni a ochotni se mnou sdílet své soukromí.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se věnuje péči porodní asistentky o ženu s diagnostikovanou úzkostnou poruchou. V teoretické části jsou představeny typy úzkostných poruch společně s jejich klasifikací a léčbou. V této části je také zahrnuta kapitola závislosti a komunikace s úzkostným nemocným. Závěr teoretické části je věnován popisu oboru porodní asistence, kompetencím a měkkým dovednostem porodní asistentky. Praktická část je zpracována metodou kvalitativního průzkumu s prvky případové studie. V závěru práce jsou výsledky šetření prezentovány pomocí životního příběhu ženy a jejími oblastmi života.

KLÍČOVÁ SLOVA

Porodní asistence, úzkost, úzkostné poruchy, psychoterapie, psychofarmakoterapie, životní příběh

TITLE

Midwife care for woman with diagnosed anxiety disorder

ANNOTATION

This bachelor thesis focuses on midwife care of a woman diagnosed with an anxiety disorder. In the theoretical part, the types of anxiety disorders are introduced together with their classification and treatment. A chapter on addiction and communication with the anxiety patient is also included. The theoretical part is concluded with a description of the field of midwifery, competencies and soft skills for midwives. The practical part is developed using a qualitative research method with elements of a case study. Finally, the results of the investigation are presented using a woman's life story and areas of her life.

KEYWORDS

Midwifery, anxiety, anxiety disorders, psychotherapy, psychopharmacotherapy, life story

OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíle práce	13
Teoretická část	14
2 Klasifikační systémy duševních poruch	14
2.1 Mezinárodní klasifikace nemocí a její kategorie	14
3 Úzkost a strach.....	16
4 Závislost.....	18
5 Úzkostné poruchy	19
5.1 Panická porucha	20
5.2 Generalizovaná úzkostná porucha (GAD)	21
5.3 Smíšená úzkostně depresivní porucha	22
5.4 Agorafobie.....	22
5.5 Sociální fobie	23
5.6 Specifické (izolované) fobie	23
6 Terapie úzkostných poruch.....	25
6.1 Psychoterapie	25
6.1.1 Skupinová psychoterapie	26
6.1.2 Kognitivně - behaviorální terapie	27
6.2 Psychofarmakoterapie	28
6.2.1 Antidepresiva	28
6.2.2 Anxiolytika	29
6.2.3 Hypnotika.....	29
6.3 Psychoterapie a psychofarmakoterapie v těhotenství	30
7 Komunikace s úzkostným pacientem	32
8 Porodní asistence	33
8.1 Kompetence porodní asistentky	34

8.2	Měkké dovednosti v porodní asistenci.....	34
	Průzkumná část.....	36
9	Metodika průzkumné části.....	37
10	Výsledky.....	39
10.1	Životní příběh ženy s diagnostikovanou úzkostnou poruchou.....	39
10.2	Oblasti života ženy s diagnostikovanou úzkostnou poruchou.....	42
11	Diskuze.....	49
12	Závěr.....	57
13	Použitá literatura.....	58
14	Přílohy.....	63

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

aj.	a jiné
CNS	Cévní nervová soustava
et al.	a kolektiv (et alii)
GABA	Kyselina gama - aminomáselná
GAD	Generalizovaná úzkostná porucha
DSM-5	5. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické společnosti
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
IMAO	Inhibitory monoaminoxidázy
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
Např.	Například
MKN-10	Klasifikační systém úzkostných poruch
s.	Strana
SNRI	Serotonin - noradrenalin reuptake inhibitors = Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu
SSRI	Selective serotonin reuptake inhibitors = Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
TCA	Tricyklická antidepresiva
tzv.	Takzvaně
WHO	World Health Organization = Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Bakalářská práce je věnována tématu Péče porodní asistentky o ženu s diagnostikovanou úzkostnou poruchou. Péče a komunikace s těmito ženami je velmi náročná. Vyžaduje trpělivost a je třeba k nim přistupovat empaticky a s poklidem. Tyto ženy vyžadují od porodní asistentky více pozornosti než ostatní těhotné. Ve své praxi jsem se setkala s několika ženami, které úzkostnou poruchou trpěly. Problémem dnešní doby je, že většina těchto žen se bojí přivést na svět svého potomka spontánní cestou. Vzhledem ke své diagnóze se rozhodnou родit císařským řezem a to z obavy buď, že se bojí, nebo že by porod nezvládly. U těchto žen je těhotenství považováno za rizikové. V průběhu těhotenství je důsledkem úzkostných stavů matky vyvolán negativní dopad na nitroděložní vývoj plodu. Úzkostné stavy mají vyšší podíl na rezistenčním indexu děložní arterie, což je následkem hypotrofizace plodu (Roztočil, 2020).

Úzkostné poruchy patří k nejčastějším psychiatrickým onemocněním. Úzkostná porucha se vyznačuje svou iracionální a nadměrnou úzkostí, která je doprovázena tělesnými příznaky a zároveň dochází k narušení každodenního fungování. Do škály úzkostných příznaků nepatří jen samostatná úzkost, ale spadá sem i panická ataka, obsese, fobie, kompulze, somatizace, disociace, depersonalizace a také derealizace. Řada těchto příznaků je doprovázena anticipační úzkostí, společně s vyhýbavým a zabezpečovacím chováním (Hosák, 2015). Příznaky úzkostných poruch jsou do jisté míry tak velké, že omezují život jedince nejen v prostředí rodinném, ale i v zaměstnání (Ocisková, 2015).

Těhotenství je z fyziologického a psychologického pohledu pro ženu velkou životní změnou. Dochází k rozvoji tělesných změn, které mohou ženu přivést do emoční nestability. Role ženy se tak mění i v sociálně rodinném kruhu. Největší obavy žena pociťuje začátkem prvního trimestru, který je směřován především na tělesné problémy. Žena trpí ranními nevolnostmi, cítí napětí v prsou nebo se mění celková kondice ženy. Změna se také odehrává i v jejím sexuálním životě. S tím vším se žena musí vyrovnat (Talová, 2014). Těhotenství a porod jsou významnou situací v životě ženy. Plánované těhotenství by mělo být považováno za šťastnou událost, která by měla vyzařovat ve vnitru ženy pocit klidu a vyrovnanosti. V populaci dochází k tvorbě domněnek o těhotné ženě. Žena dozrává, uznává sebe samu a zvyšuje se její sebeúcta (Hájek et al., 2014).

První kapitoly teoretické části bakalářské práce jsou věnovány poznatkům o úzkostných poruchách a jejich klasifikaci. Další větší kapitolou je terapie úzkostných poruch. Tato kapitola by měla přiblížit, jaké formy léčby jsou v současné době dostupné a která z nich je nejúčinnější.

Kapitoly jsou věnovány i těhotným ženám. Součástí teoretické části je také kapitola komunikace s úzkostným nemocným, jejímž cílem je nastínit, jak k takovému pacientovi přistupovat. Poslední kapitola teoretické části je věnována porodním asistentkám, jejich kompetencím a měkkým dovednostem. Na teoretickou část navazuje průzkumná část. Průzkumná část je zpracována formou životního příběhu s prvky případové studie. Životní příběh je zpracován s ženou, která trpí diagnostikovanou úzkostnou poruchou od svých 19 let, a je 2 roky po porodu. Na životní příběh poté navazují oblasti života ženy s diagnostikovanou úzkostnou poruchou, které přiblíží a prohloubí její životní příběh. Příběh bude doplněn i výpověďmi s jejím partnerem. Průzkumná část tak umožní zhodnotit pohled na průběh těhotenství, porodu a šestinedělí ženy s diagnostikovanou úzkostnou poruchou a zároveň napomůže zhodnotit péči porodní asistentky o ženu s diagnostikovanou úzkostnou poruchou.

1 CÍLE PRÁCE

Teoretickým cílem práce je shrnout dosavadní poznatky o úzkostných poruchách.

Průzkumným cílem je popsat průběh těhotenství, porodu a šestinedělí ženy s diagnostikovanou úzkostnou poruchou jejíma očima a očima jejího partnera.

Dílčím cílem této práce je zhodnotit pohled ženy na její těhotenství a průběh porodu a zároveň zhodnotit pohled ženy na přístup porodní asistentky.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je věnována poznatkům o úzkostných poruchách a jejich klasifikaci. Je také zaměřena na terapii úzkostných poruch, kde jsou popsány formy léčby. Vzhledem k případové studii je v teoretické části zahrnuta také kapitola o závislosti. Další kapitolou teoretické části je komunikace s úzkostným nemocným, která by měla přiblížit, jak k takovému pacientovi přistupovat a jak s ním komunikovat. Závěr teoretické části je věnován porodním asistentkám, jejich kompetencím a měkkým dovednostem.

2 KLASIFIKAČNÍ SYSTÉMY DUŠEVNÍCH PORUCH

Pojem klasifikace označuje tzv. proces, který utváří kategorie, sloužící pro uspořádávání objektů či jevů do skupin a souborů na základě jejich podobnosti. Klasifikační a diagnostické systémy spadají do klinické praxe a medicíny. Ty jsou považovány za jejich nedílnou součást. V Evropě v roce 1992 byla vydána oficiální klasifikace 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. Anglický překlad International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), která slouží pro klasifikaci poruch. Tato klasifikace byla vydána Světovou zdravotnickou organizací (WHO). V západních zemích jako je Severní Amerika, Austrálie a Nový Zéland se využívá nová aktuální klasifikace, tzv. 5. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické společnosti (DSM-5). Od roku 2015 lze tuto klasifikace nalézt i v české formě (Orel, 2020).

2.1 Mezinárodní klasifikace nemocí a její kategorie

MKN-10 klasifikace je tvořena třemi základními oddíly. Prvním oddílem je vlastní klasifikace onemocnění, poruchy a jejich příznaků. Druhý oddíl zahrnuje instrukce, pravidla a definice pro správné zařazení do jednotlivých diagnostických jednotek. Poslední oddíl, třetí, tvoří abecední seznam položek, který slouží k rychlejší orientaci. Základní kategorie je označována kódem. Kód představuje velké písmeno naší abecedy (A, B, C, D, E, F). Poté následuje dvojčíselný číselný znak, který stanovuje hlavní diagnózu, či diagnostickou skupinu. Třetí, v některých případech i čtvrté číslo, které své místo zaujímá za tečkou, označuje detailnější začlenění diagnostické jednotky (Orel, 2020). Pro MKN-10 je v oblasti psychiatrie věnována V. kapitola, která je značena písmenem F. To označuje duševní a behaviorální poruchy. Obsahem V. kapitoly je přibližně kolem 1000 kategorií, které jsou rozděleny do 10 sekcí (Raboch et al., 2020, s. 166):

- F00 – F09 Organické a symptomatické duševní poruchy,
- F10 – F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek,

- F20 – F29 Schizofrenie, schizoformní poruchy a poruchy s bludy,
- F30 – F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy),
- F40 – F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy,
- F50 – F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory,
- F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování dospělých,
- F70 – F79 Mentální retardace,
- F80 – F89 Poruchy psychického vývoje,
- F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci.

3 ÚZKOST A STRACH

Tato kapitola je věnována popisu definice úzkosti a definice strachu. Zároveň je také zaměřena na popis rozdílu mezi těmito dvěma jevy.

„Úzkost (anxieta) je signál, který nás varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje nám se s nebezpečím vyrovnat. Jedná se o obavu z neznámé, neurčité vnitřní situace.“ (Lukáš, 2022, 844 s.)

Člověk, který prožívá úzkost, nedokáže popsat příčinu, ze které tento pocit vychází. Je to děj, který volně plyne bez zvláštních omezujících okolností. V případě nárazového záchvatu, bez zjevné příčiny se jedná o spontánní úzkost, neboli o spontánní záchvat paniky. Ve chvíli, kdy se jedná o konkrétní situaci, mluvíme o strachu, který v lidech obvykle nevyvolává žádné obavy, tím hovoříme o fobii. Ke spontánní úzkosti a fobii se přidává ještě anticipační úzkost. O anticipační úzkost se jedná tehdy, pokud dojde k rozvoji očekávání z ohrožující situace (Ocisková, 2015). Úzkost je poplašným spouštěčem reakce těla. V těle jedince se začíná odehrávat řada tělesných projevů, jako je např. zrychlení tepové a dechové frekvence, zvýšená produkce potu, či změny v trávicím a vylučovacím traktu. Tyto změny jsou doprovázeny třesem, parestezií (mravenčení, brnění, pálení), napětím ve svalech či pocitem na omdlení (Orel, 2020). Úzkost je považována za základní součást lidského bytí. Nepřítomnost úzkosti je nerealistická, neboť životu nebezpečná. Projev úzkosti se může projevovat také dramaticky, tzv. úzkostná hysterie, kdy jedinec křičí, pláče, nebo hyperventiluje. Projevuje se ale také i jako duševní bolest. To je projevem psychosomatických a psychovegetativních poruch. Značná část úzkosti je naučená a získaná. Získaná úzkost je způsobena výchovou (v rodině, ve škole, v zaměstnání), nebo životními zkušenostmi. Jedinec je díky úzkosti veden k tomu zvládat reálná nebezpečí (Morschitzky, 2014).

„Strach je přirozená reakce na skutečné nebezpečí nebo ohrožení, která má jedince připravit na útěk, únik nebo obranu.“ (Vörösová et al., 2015, s. 141)

Tento jev je považován za neoddělitelnou součást lidského bytí. Pocitem strachu si prochází každý, kdo něco prožívá. Typickým projevem jsou neurovegetativní příznaky, jako je např. zblednutí nebo zčervenání, chvění, třes, zrychlená tepová a dechová frekvence, tlak na hrudi, sevření hrdla a zastavení myšlenky. Na základě jeho míry intenzity, různé podoby, obsahu a polaritě si jedinec zvolí svůj způsob chování a jednání, podle daného strachu a obavy (Vörösová et al., 2015).

Rozdíl mezi úzkostí a strachem je někdy velmi obtížné rozlišit. Oba pojmy se týkají emociálních reakcí. Pocit úzkosti a strachu se u úzkostných poruch vyskytuje v epizodách, které jsou nárazovitého charakteru. Mohou ale také setrvávat delší dobu, jejíž trvání je rozdílné. Různorodost u těchto dvou jevů hraje také intenzita. Od rozvoje mírného neklidu a nervozity po stavy paralyzujícího strachu a paniky (Orel, 2020). Příčina úzkosti není dána konkrétní podobou, zatímco strach svou konkrétní podobu má. Vegetativní projev je typický u obou těchto reakcí. Ten má různé intenzity, které jsou závislé na intenzitě prožívání (Dušek, 2015).

4 ZÁVISLOST

Budday definoval závislost jako soubor behaviorálních, kognitivních a patofyziologických stavů, které se vyvinou po opakovaném, typicky dlouhém užívání psychoaktivní látky (Budday in Lukáš, 2022, s. 176). Syndrom závislosti může být dle MKN-10 vázán na specifickou psychoaktivní substanci, skupinu látek nebo na široké rozpětí farmakologicky rozmanitých psychoaktivních substancí. Mezinárodní klasifikace nemocí nerozeznává pouze syndrom závislosti, ale zaměřuje se a rozeznává případné dopady, které mohou zapříčinit tzv. škodlivé užívání. Následkem opakovaného užívání substance, může dojít ke vzniku duševních nebo somatických komplikací, jako je např. deprese, psychóza, hepatitida nebo změny na jaterní tkáni. Podíl na vzniku závislosti mají individuální a genetické predispozice, sociokulturní faktory či vlastnosti samotných návykových látek. Za individuální predispozici se považuje povahová vlastnost jedince. Jedinec je emočně nezralý a jeho sklon k jednání je impulzivní. Mezi sociokulturní faktory spadá prostředí, které daného jedince definuje. Psychoaktivní látky jsou různé svými schopnostmi k tomu vyvolat syndrom závislosti. Například závislost na heroinu může odstartovat po několika týdnech a to díky jeho vysokému potenciálu. U jiných forem drog se závislost utváří po několika letech a to jen u určité skupiny jedinců. Návyková síla je dána několika faktory, které ovlivňují potenciál psychoaktivní látky (Lukáš, 2022).

Závislým se může stát i jedinec, který si prochází úzkostí. Dotyčný se snaží příznaky úzkosti potlačit nebo je úplně odstranit požitím nejrůznějších prostředků, jako je např. alkohol. Droga není léčbou pro vyřešení problému, kterým si jedinec prochází, ba naopak vede to k rozvoji další úzkosti, kterou je jedinec nucen potlačit další dávkou drogy. Pro rozvoj závislosti přispívají také neurotické poruchy. Jedinci, kteří touto poruchou trpí, považují svou závislost za východisko jejich konfliktů (Dušek, 2015).

5 ÚZKOSTNÉ PORUCHY

„Rozsáhlá studie z USA z 90. let minulého století ukázala, že úzkostné poruchy jsou druhým nejčastějším typem psychických poruch – během svého života úzkostnou poruchou onemocní téměř každý čtvrtý člověk.“ (Pešek, 2018, s. 9).

Úzkostné poruchy lze zjednodušenou formou definovat jako různé kombinace fyzických a psychických projevů úzkosti, které nejsou způsobeny reálnou hrozbou. Problém není tvořen z hlediska stigmatizace okolím, ale pacientovým strachem z ní. To může zabránit vyhledání adekvátní pomoci u psychiatra (Ocisková, 2015). Nejčastějšími typy úzkostných poruch je panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně depresivní porucha, agorafobie, sociální fobie, specifické fobie a posttraumatická stresová porucha. Úzkostná symptomatika je typická svými záchvaty nebo přetrvávajícím stavem (Tašková, 2022).

Diagnostika úzkostné poruchy je stanovena na základě komplexního vyšetření psychiatrem. V průběhu vyšetření se dotazuje na charakter a průběh úzkostných obtíží. Zjišťuje se kdy, kde a v jaké situaci se obtíže objevují nebo kdy naopak nikoli. V rámci vyšetření se také provádí vyšetření tělesné včetně neurologického vyšetření. Další vyšetření jsou prováděna za úkonem diferenciální diagnostiky k vyloučení jiného onemocnění. Provádí se např. dechová zkouška k vyloučení užívání alkoholu, nebo toxikologické vyšetření odběrem moči a krve. Vyšetřuje se také krevní obraz, biochemické vyšetření krve, hladiny hormonu štítné žlázy a glykemie k vyloučení somatického onemocnění. Pro další zhodnocení se kontrolují i fyziologické funkce. Tíže úzkostných příznaků lze zhodnotit celou řadou škal a stupnic. Ze skupiny škal je nejznámější tzv. Beckova sebeposuzující škála úzkosti (Hosák et al., 2015).

Úzkostné poruchy jsou léčeny obvykle buď ambulantní formou, nebo formou docházky, kdy pacienti dochází do denního stacionáře. Někdy je léčba potřebná v souladu s hospitalizací. Jedinec s úzkostnou poruchou se odhodlává roky k tomu vyhledat odbornou lékařskou pomoc. Je to zapříčiněno jeho studem a pocitem trapnosti. Prvně nemocný vyhledá svého praktického lékaře, případně neurologa či internistu. Zpočátku se psychiatrům vyhýbají. Považují návštěvu psychiatra za ponižující. Léčbou se chce dosáhnout především zmírnění příznaků úzkosti, odstranit vyhybavé a zabezpečovací chování, řešení problémů v životě. Zároveň usiluje o zabránění vzniku sekundárních důsledků, jako je např. abúzus alkoholu. Mezi formy léčby úzkostných poruch patří psychoterapie a farmakoterapie. Tyto dvě formy lze kombinovat. Kombinace psychoterapie a farmakoterapie je považována za nejúčinnější především u závažnějších poruch. Léčba je doplňována i režimovými opatřeními, nebo plánováním

volnočasových aktivit a fyzických aktivit, dostatkem spánku a omezením příjmu kofeinu. Samostatná psychoterapie bez medikamentózní terapie je využívána u úzkostných poruch, u kterých je jejich průběh mírný až středně těžký. Lze ji také využívat v těhotenství nebo v období laktace. Důležitým bodem této terapie je motivace, kdy nemocný by měl aktivně spolupracovat. Dalším typem léčby je kognitivně-behaviorální terapie, která je nejvíce doporučována. U středně těžké a těžké formy úzkostné poruchy je indikována farmakoterapeutická léčba. Farmakoterapie se dělí na léčbu akutní úzkosti a na dlouhotrvající léčbu dané úzkostné poruchy. Snahou u akutní úzkosti je v první řadě zvládnout úzkost za pomoci nefarmakologických postupů. V momentě, kdy tyto postupy selžou, podávají se jiná anxiolytika, jako jsou benzodiazepiny. Ty jsou specifické svým rychlým účinkem a působením. Nemocní, kteří užívají benzodiazepiny pravidelně, by neměli překročit dobu užívání 4-6 týdnů. Jsou totiž rizikové svým vznikem tolerance a závislosti. To je důvodem podávání té nejnižší účinné dávky po nezbytně dlouhou dobu. Při dlouhodobé léčbě úzkostných poruch jsou první volnou antidepressiva ze skupiny SSRI. Léčba by měla být zahájena nízkou dávkou antidepressiva, jako prevence vzniku zhoršení obtíží úzkosti. Postupně se dávka zvyšuje na dávku účinnou podle toho, jak to pacient snáší. Nástup antidepressivní léčby může trvat zhruba mezi 3-12 týdny. Ve chvíli, kdy se u nemocného projeví nesnášenlivost nebo neúspěšná léčba skupinou antidepressiv SSRI, následuje indikovaná léčba tricyklickými antidepressivy ze skupiny SNRI nebo IMAO (Hosák et al., 2015).

V období těhotenství má úzkostná porucha vzhledem k těhotenství velmi různorodý průběh. Psychický stav ženy se může zlepšovat, ale i zhoršovat. V období těhotenství se provádí vyhodnocování míry rizika, které však může být ovlivněno somatickými problémy, které jsou pro tento stav zcela fyziologickým. Do somatických problémů lze zařadit poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, přibírání na váze, únavu a iritabilitu (Binder, 2020). Z hlediska závažnosti úzkostné poruchy může dojít k ohrožení ženy, plodu a celé rodiny. Do současné doby není zjištěno, do jak velké míry působí úzkostná porucha na vývoj těhotenství a plodu. Existuje celá řada druhotných faktorů související s úzkostnou poruchou, které mají poté vliv na plod a novorozence. Mezi druhotné faktory patří např. častější abúzus alkoholu, kouření, užívání drog, podrážděnost ženy, zhoršená péče o novorozence (Hájek et al., 2014).

5.1 Panická porucha

Panickou poruchu (F41.0) lze jinak definovat, jako epizodickou paroxysmální úzkost. Jedná se o neurotickou poruchu, která je začleňována mezi nejčastější. V případě incidence je nutné rozlišit výskyt panické ataky a panické poruchy. Jedinec, který si prochází panickou atakou,

prožívá stav masivní úzkosti, která je typická obavami a tělesnými příznaky (Kamarádová, 2016). Tělesnými příznaky jsou např. bušení srdce, bolest na hrudi, pocity dušení, závratě a pocity neskutečnosti. Panický záchvat může tak v jedinci vyvolat domněnky, že dostal srdeční infarkt, mrtvici, epilepsii, nebo že trpí jinou závažnou tělesnou chorobou (Ocisková, 2015). První záchvat vede jedince k tomu, zavolat si rychlou záchrannou službu. Ve chvíli, kdy je jedinec převezen do nemocnice, příznaky opadnou. V nemocnici jsou provedena veškerá laboratorní a tělesná vyšetření, která neodhalí žádnou somatickou příčinu obtíží (Kamarádová, 2016). První ataka bývá spouštěčem strachu z další ataky, tzv. anticipační úzkost. Ta způsobuje diskomfort jak z psychického, tak i tělesného hlediska. To je důsledkem zvýšené pozornosti jedince, zároveň dochází i ke zvýšení stresové zátěže, jedinec se cítí vyčerpaný a dochází k oslabení jeho sebedůvěry (Šilhán, 2012). U jedinců je panická ataka ohraničena krátkým trváním, ale zároveň je její nástup rychlý a neočekávaný. Délka trvání nepřesáhne 20 minut a odeznívá do několika minut. Příznaky, jako je např. bolest hlavy či vertigo, mohou ještě nadále přetrvávat i v případě, že panická ataka odezněla (Končelíková, 2020).

Výskyt panické poruchy u těhotných žen je velmi častý. Ženy v tomto období podléhají velkému tlaku. Jejich pozornost je zaměřena na miminko, aby mu neublížily. Nejčastěji se tento stav odehrává ve II. trimestru, kdy symptomy přetrvávají zhruba 2. - 3. měsíce. Panická porucha je pro těhotné ženy stresující záležitostí (Kamarádová, 2016).

5.2 Generalizovaná úzkostná porucha (GAD)

Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1) je typická svými nadměrnými obavami, starostmi a chronickou volně plynoucí úzkostí. Starosti a obavy jsou vztahovány na běžné každodenní záležitosti, na zdraví své i rodiny, na finanční situaci, na zaměstnání a budoucnost. Jedinec, který trpí generalizovanou úzkostnou poruchou, má pocit, že své starosti a obavy nedokáže kontrolovat. Často není schopen odpovědět, proč úzkost cítí. Obavy jsou doprovázeny somatickými příznaky úzkosti, jako je např. svalové napětí, únava, třes, závratě, nevolnost, bolest hlavy, nadměrné pocení, bušení srdce nebo obtížné dýchání (Ocisková, 2015). Úzkost se projevuje nepřetržitě celý den, několik týdnů. GAD má podobu depresivní poruchy. Obě tyto poruchy jsou typické svým narušením fungování života (Hajda et al., 2015). Ke zhoršení úzkosti může dojít ve chvíli, kdy jedinec očekává novou situaci. Názorným příkladem může být dostavení trémy při zkoušce. Tréma se vyskytuje u každého jedince, který má před sebou závažný krok. Rozdíl mezi normální trémou a chorobnou trémou spočívá v intenzitě. Intenzita u normální trémy je mírnější a pocity úzkosti vymizí po ukončení zkoušky. Zatímco u chorobné trémy tomu tak není. Dochází zde pouze ke zmírnění úzkosti a k vrácení do původní podoby.

V některých případech může dojít k vystupňování úzkosti. V ten moment mluvíme o tzv. záchvatu akutní úzkosti. Ta odstartuje nevladatelné děsy a stavy paniky, které jsou odrazem mimiky jedince. V této situaci může tak jedinec své myšlenky směřovat i k sebevraždě (Dušek, 2015).

V rámci těhotenství se generalizovaná úzkostná porucha projevuje epizodami strachu, které se týkají samotného těhotenství. Obavy se vztahují na vývoj plodu nebo např. na změny v partnerském vztahu. Žena bývá nadměrně citlivá, neumí dostatečně odpočívat a naplánovat si čas a typicky se u ní projevují úzkostné stavy (Talová, 2014).

5.3 Smíšená úzkostně depresivní porucha

„Smíšenou úzkostně depresivní poruchou trpí kolem 8% populace ve Velké Británii, a co se týče žen, tak tato porucha se objevuje třikrát častěji u osamělých matek než u ostatních žen.“ (Pešek, 2018, s. 28). Smíšená úzkostně depresivní porucha (F42.2) je typická kombinací příznaků úzkosti spolu s příznaky deprese. Ani jeden ale z těchto příznaků není natolik naplňován, aby mohl splňovat samostatnou diagnózu pro depresivní poruchu či některý typ z úzkostných poruch. Mezi typické příznaky spadá obtížná koncentrace neboli pocit „prázdná v hlavě“, únava společně s poruchou spánku, podrážděnost, lítostivost, obavy a pocit beznaděje (Lukáš, 2022).

5.4 Agorafobie

Agorafobie (F40.0) neboli fobická úzkostná porucha se projevuje strachem. Nejčastěji se strach projevuje při shromáždění lidí, v otevřených prostorech či obchodech, nebo při cestování ve veřejných dopravních prostředcích. Agorafobie není založena jen na strachu, ale přidává se k ní také vyhýbání se situacím, které v jedinci vyvolávají určitou fobii (Dušek, 2015). Projevy psychologického a vegetativního charakteru musí vypovídat jako primární projev úzkosti. Postižený se vždy cítí lépe doma. Ve chvíli, kdy se jedinec vzdálí od svého domova, vyvolá to v něm větší úzkost než doposud. Po svém boku vyhledává blízkou osobu, která mu dodává pocit jistoty. Agorafobie ovlivňuje budoucí život jedince. Omezuje jeho fungování jak v sociálních, tak i v pracovních situacích. Zároveň i těžce zasahuje do jeho rodinného života. Psychosociální důsledky mohou často zapříčinit ztrátu zaměstnání, finanční potíže, manželské spory a sexuální nesoulad mezi nimi. Jedním z hlavních rizik zdraví je závislost na návykových látkách a zároveň dochází k rozvoji depresivních epizod (Praško, 2012). Rozvoj poruchy se většinou odehrává na začátku dospělosti a to nejčastěji u žen. Průběh poruchy mohou doprovázet i panické stavy (Dušek, 2015).

5.5 Sociální fobie

Sociální fobie (F40.1) označována jako hendikepující porucha, která je velmi častá a zároveň chronická. Jejím typickým projevem je strach, který se uplatňuje v sociálních situacích. Jedinec se těmito situacím vyhýbá. Vyhýbá se jim z důvodu toho, že člověk může být v určitých situacích pozorován a posuzován druhými. Jedinec trpící sociální fobií si mylně vykládá pozitivní podněty za negativní. Zatímco podněty pozitivního a bezpečného charakteru jsou pro jedince neznámé (Ocisková, 2015). Období dospívání je obdobím, kdy porucha má svůj začátek. Muži jí trpí stejně často jako ženy. U této poruchy nemají jedinci vysoké sebevědomí, ba naopak jejich sebevědomí je nízké. To je zapříčiněno kritikou druhých lidí. Společně s nízkým sebevědomím, převládá v jedinci pocit méněcennosti. Ten je rozšířen a svou patologickou stránku ukazuje v momentě, kdy v postiženém převládá zdroj neklidu, obav, nerozhodnosti a stranění se ze společenského života. Ve veřejném prostranství se objevují tělesné příznaky, jako např. zarudnutí, třes, nevolnost. To vede jedince k tomu, vyhýbat se těmito situacím (Dušek, 2015). Sociální fobie je úzce spjata se sebevražednými sklony v situacích, které mají spojitost s komorbiditou. Dále může jedinec s touto poruchou snadno podlehnout závislosti na alkoholu, což je jedna z nejproblémovějších komplikací (Ocisková, 2015).

V průběhu těhotenství a v období po porodu se sociální fobie neprojevuje nijak atypicky. Její příznaky mohou zesílit až v období, kdy je žena na mateřské dovolené. Typickým projevem je vyhýbavé chování, nebo úzkost, která je podmíněna různými sociálními situacemi. Léčba této poruchy není nijak odlišná od léčby, kterou žena podstupuje v jakémkoli období jejího života (Talová, 2014).

5.6 Specifické (izolované) fobie

Skupinové poruchy, kdy je úzkost vyvolána určitými definovanými situacemi nebo objekty vně pacienta, které v běžném životě nejsou nebezpečné, definujeme jako specifickou fobii (F40.2). Tito jedinci se snaží uniknout některým sociálním situacím. To je zapříčiněno studem za svoji fobii, kterou dotyčný jedinec trpí. Odmítají vystavování se situacím, které by mohlo odhalit jejich okolí (Ocisková, 2015). Ve chvíli, kdy se člověk dostane do situace, kde je předmětem jeho spouštěč fobie, dochází u něj k anticipační úzkosti. V momentě úzkosti se u člověka objeví strach ze smrti, ztráty sebekontroly, nebo zbláznění se. Svým výskytem bývá častější u žen než u mužů. Objevuje se nejčastěji v dětském věku a také v rané dospělosti (20-30 let) (Pešek, 2018). Omezenost těchto fobií se vztahuje na vysoce specifické situace, jako je např. blízkost určitého hmyzu (pavouci, brouci), nebo zvířat (psi, myši, hadi). Může se také vztahovat na fobii

z výšek, požívání určitých jídel, pohled na krev či zranění, nebo popřípadě strach z určitého onemocnění. Ve chvíli, kdy je přítomna spouštěcí situace či objekt, může dojít k silné úzkosti vystupňované až k záchvatu paniky (Raboch et al., 2020).

Typickou fobií v těhotenství je strach ženy z porodu. Tento strach může nastat již v období dospívání. Obava ženy se často vztahuje na zvládnání bolesti. Typickým základem fobie je sociální úzkost a stud, kdy žena má v hlavě nastavenou myšlenku, že v momentě porodu bude považována za naprosto neschopnou. Stud ženy může také být například způsoben ze strachu odhalení pohlavních orgánů. Žena je touto fobií ovlivňována ve svém partnerském životě, vyhýbá se sexuální aktivitě a své těhotenství oddaluje. V momentě, kdy se porod blíží, tak intenzita projevů se zhoršuje (Talová, 2014).

6 TERAPIE ÚZKOSTNÝCH PORUCH

Tato kapitola se zaměřuje na možnosti léčby úzkostných poruch. Terapii těchto poruch je možné řešit formou psychoterapie, či psychofarmakoterapie. Výhodnou kombinací pro léčbu úzkostných poruch je propojení psychoterapie spolu s psychofarmakoterapií.

6.1 Psychoterapie

Dle Hellerové se jedná o jednu z léčebných metod vedle farmakoterapie, biologické, fyzikální a chirurgické terapie (Hellerová in Raboch et al., 2020, s. 409). Psychoterapie je interdisciplinárním oborem, její využití je v současné době v psychiatrii, v psychosomatické medicíně a také ve všech medicínských oborech. Účelem psychoterapie je napomocť jedinci k návratu do pocitu psychické pohody. Její uplatnění je rozsáhlé. Pacient jí může uplatnit v situacích, kde nežije podle svých představ. V rámci psychoterapeutického procesu je pacient veden k lepšímu sebepoznávání. To je důvodem toho, aby své vlastní sebepoznání mohl lépe uplatnit k rozvoji a obohacení své vlastní osobnosti a zároveň tak i k vlastní realizaci. První psychoterapeutickou pomoc zahajujeme v případech, kdy se pacient ve svém životě setká s překážkou, kdy ji vlastními silami není schopen překonat. To je odezvou na jeho duševní rovnováhu, která se postupně vytrácí. Zároveň dochází k nárůstu intenzity strachu, úzkosti s následným rozvojem deprese či jinou formou reakce. Nejčastější formou reakce je sebevražedné jednání. Psychoterapeutická léčba musí tak směřovat k terapeutickému kroku, vzhledem k jeho aktuálnímu psychickému stavu. Tyto stavy jsou mezníkem mezi ambulantní formou léčby nebo kombinací ambulantní léčby s farmakoterapií, což je součást psychoterapeutické zralosti. Psychoterapeutická první pomoc směřuje k problematice klienta v rámci jeho vlastní orientace. Dále navozuje zklidnění a uvolnění klienta s možným odžitím negativních prožitků a emocí, který klient prožívá. Vše to spočívá v podpoře a pocitu bezpečí, které je vytvořeno psychoterapeutem. V tento moment je v klientovi vyvolána schopnost najít společně s psychoterapeutem podnět, který způsobuje jeho obtíže. Zároveň se společně snaží najít možnost jeho řešení. Rozsah podnětu neboli problému, který je příčinou obtíží u klienta, je omezováno formou možné pomoci (jednorázový rozhovor, telefonická pomoc, možnost opakovaného rozhovoru) a podmínkou k vedení rozhovoru (Raboch et al., 2020).

U neurotických poruch je psychoterapeutická léčba orientována na úzkostné stavy, stavy strachu, stav pocitu viny, stavy sebepodceňování a poruchy vztahů. Tyto symptomy se nevyvíjí krátkodobě, ba naopak jejich vývoj je dlouhodobý. Léčba u těchto poruch je časově náročná a má dlouhodobé trvání. K tomu, aby byl pacient uzdraven, je třeba ho vést k pravdivějšímu

sebepoznání. Pacient je schopen se vypořádat s místy ve své osobnosti a ve svém vlastním životním stylu, které u něj zapříčinily vznik neurotické poruchy. Společně se sebepoznáním je také důležité pacienta opatřit vyšší schopností seberegulace. Ta mu napomůže vědomě navodit příznivé duševní stavy a zároveň i zvládat životní situace, které jsou obecně náročnější. Pacienti s neurotickou poruchou mohou podstupovat ambulantní či ústavní formu léčby. Svoji převahu zaujímá ambulantní léčba, kde je možnost využití formy denního stacionáře. V rámci psychotherapeutické formy se v první řadě využívá skupinové a individuální psychotherapie, či komunitní, manželské a rodinné terapie. Vhodné je také uplatnit prvky socioterapie (Raboch et al., 2020).

Psychotherapie se dělí do psychotherapeutických směrů a forem. Do psychotherapeutických směrů spadá např. KBT, gestalt terapie, psychoanalýza aj. Samotná psychotherapie se dělí na individuální, skupinovou, párovou či rodinou. Lze ji vést ambulantní formou, kdy pacient dochází za psychotherapeutem nebo naopak (Pešek, 2018). V psychotherapii je nejvíce používána již zmiňovaná kognitivně behaviorální terapie tzv. KBT. V rámci této léčby je pacient seznámen s nemocí. Zároveň se provádí nácvik klidového dýchání a svalové relaxace. Pacienta se dotazujeme na spouštěče úzkosti, což vede k expozici obávaných situací, společně k zabránění vyhýbavého chování nebo také ke kognitivní rekonstrukci automatických negativních myšlenek. Závěr této terapie je zakončen systematickou prací s životními problémy pacienta (Lukáš, 2022). V Americe se vyvinula tzv. EBP psychotherapie neboli léčba založená na důkazech. Cíl EBP je založen na podpoře a doplnění psychotherapií, které jsou bezpečné, stabilní a nákladově efektivní. To je důsledkem vyšší kvality a odpovědnosti, z hlediska i zlepšování zdraví a pocitu klidu veřejnosti (Cook et. al., 2017).

6.1.1 Skupinová psychotherapie

Skupinová terapie je jedním z nejrozšířenějších léčebných postupů. Zároveň spadá mezi velmi účinné u klientů, kteří procházejí duševní poruchou, úzkostmi a depresivní poruchou. Skupinovou psychotherapii mohou vést pouze profesionální terapeuti (Pešek, 2018). Tato terapie je založena na setkávání se lidí – osobností, kteří na sebe vzájemně působí. Terapeutická skupina je složena zpravidla z 5-10 lidí a ze dvou psychotherapeutů. Základem je vytvoření prostoru, kde se utváří vztahy, buduje se prostředí s důvěrou pro možnost utvoření sdílení životních situací, prožívání emocí a také způsobu chování. Každá utvořená psychotherapeutická skupina je typická svou jedinečností a její dynamičností. Skupinová terapie vždy probíhá v klidném a bezpečném prostředí, které tvoří základ pro skupinovou psychotherapii, která vede k vzájemnému porozumění a pochopení. Porozumění nám tak umožní vzájemnou skupinovou

podporu. Jedná se o formu podpory, která umožní respektovat a chránit lidskou svobodu s důstojností. Ve skupinové psychoterapii mají lidé možnost vyjádřit své postoje a pocity, které je doprovází. Cílem je tak dovést členy skupiny k pochopení sebe samého a vyrovnání se sebou (Bartošová, 2020).

6.1.2 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) je označována jako psychoterapeutický přístup, který lze vést formou individuální, skupinovou či svépomocnou. Rozdíl mezi skupinovou KBT a individuální spočívá v řadě výhod skupinové terapie: šetří čas terapeuta, umožňuje členům skupiny učit se jeden od druhého, zjednodušuje důležitý nácvik sociálních dovedností, pomáhá členům vytvořit sociální síť, která má poté dlouhodobé trvání i po ukončení skupiny. Skupina, která je pod správným vedením, je schopna vytvořit prostředí, které je pro všechny členy motivující. KBT zahrnuje také své negativní stránky, jako např. určitou obecnost či neindividuálnost terapeutických zásahů. To lze napravit individuálními sezeními s jednotlivými pacienty. Skupinová KBT bývá většinou složena z 6-12 členů, ale za ideální počet je považováno 8 členů. Sezení se mohou účastnit pacienti obojího pohlaví, starší 18 let. Převážně se jedná o ženy. Doba trvání jednoho sezení je okolo 1,5 - 3 hodin, může být ale také rozdílná. U pacientů s depresí těžšího charakteru nebo psychotickou poruchou je doba jejich soustředěnosti o mnoho kratší než u pacientů, kteří trpí sociální fobií. Ti vyžadují první svá čtyři setkání kolem 4 hodin. To je důvodem toho, aby úzkost mohla dostatečně poklesnout před ukončením sezení. Poté se postupná doba sezení zkracuje (Praško et al., 2019).

KBT se nejčastěji účastní pacienti, kteří mají diagnostikovanou generalizovanou úzkostnou poruchu, panickou poruchu, agorafobii, sociální fobií a smíšeně úzkostnou depresivní poruchu. Cílem kognitivně behaviorální terapie je (Pešek, 2018, s. 118):

- porozumět svým potížím v modelu KBT,
- naučit se stanovovat reálné a v pozorovatelné rovině měřitelné cíle terapie,
- naučit se uvědomovat a od sebe rozlišovat myšlenky, emoce, tělesné reakce a pozorovatelné chování,
- uvědomovat si své okamžité a dlouhodobé pozitivní a negativní důsledky, které vyplývají z jejich vyhýbavého nebo zabezpečovacího chování,
- nahlédnout do své osobní minulosti a uvědomit si, jaké vlivy a události se mohly podílet na vzniku jejich potíží,
- naučit se identifikovat, zpochybňovat a restrukturalizovat své škodlivé postoje a automatické negativní myšlenky,

- procvičovat hlavní asertivní dovednosti, jako například dávat a přijímat komplimenty či odmítání, dávání a přijímání kritiky,
- vyrovnat se s potlačenými negativními emocemi spojenými s důležitými osobami, které zapříčinily vznik a udržování jejich potíží,
- vystavovat se situacím, které je zúzkostňují a kterým se obvykle vyhýbají.

Posledním závěrečným cílem, který to celé zastřešuje je naučit pacienty tomu, aby své chování a prožívání uměli lépe usměrňovat. Zároveň aby veškeré dovednosti, které si z terapie odnáší, mohli i po ukončení této terapie užívat a efektivita léčby byla zajištěna po delší dobu (Pešek, 2016).

6.2 Psychofarmakoterapie

Psychofarmakoterapie neboli farmakoterapie je typ léčby, kdy nemocný užívá psychofarmaka. Ty lze považovat za úspěšnou formu léčby v současné době. Psychofarmaka se rozdělují do dvou velkých skupin podle toho, zda se jedná o léčbu deprese, nebo úzkostného stavu. Při léčbě deprese se volí léky ze skupiny antidepresiv, zatímco u léčby úzkostného stavu jsou to anxiolytika, které mají snižovat úzkost nemocného. Jednou z menších skupin psychofarmak jsou antipsychotika (neuroepileptika). Ty se specializují na léčbu psychotických onemocnění. Psychofarmaka patří mezi léčiva, která jsou možná pouze na předpis od lékaře. Jako u většiny léků se mohou objevit i určitá rizika, proto je třeba dodržovat jejich užívání a vysazování dle předpisu lékaře. Nemocní, kteří užívají vysoké dávky těchto léků, jsou omezeni ve svých pozitivních emocích, jako je např. radost. Nejsou ale také vystaveni prožívání nepříjemných emočních stavů. Dle výzkumů je pro mnoho lidí, kteří trpí středně těžkými a těžkými úzkostnými nebo depresivními poruchami, užívání léků dostačující formou léčby k tomu, aby se uzdravili. Za výhodnou kombinaci se považuje farmakoterapie spolu s psychoterapií. Ta dokáže více ovlivnit příčinu problému (Pešek, 2018).

6.2.1 Antidepresiva

Antidepresiva u deprese napomáhají zlepšit narušenou neurotransmisi monoaminů, jako je serotonin, noradrenalin a dopamin v CNS. Mezi nejčastější formu mechanismu účinku antidepresiv patří blokáda zpětného vychytávání monoaminu ze štěrbin synapse do presynaptické části neuronu. Možnou další indikací k podání antidepresiv je dlouhodobá léčba úzkostných poruch: panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, agorafobie, sociální fobie, obsedantně – kompulzivní porucha a posttraumatická stresová porucha. Mezi další indikace patří např. chronická bolest, nespavost nebo poruchy příjmu potravy (Masopust in Hosák et al., 2015). První volbou ze skupiny antidepresiv jsou selektivní inhibitory zpětného

vychytávání serotoninu tzv. SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors). Do této skupiny léků patří např. sertralin, escitalopram, citalopram, paroxetin a fluoxetin. Další skupinou antidepressiv jsou inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu tzv. SNRI (serotonin – noradrenalin reuptake inhibitors), kam řadíme např. venlafaxin. Poslední skupinou antidepressiv jsou tricyklická antidepressiva tzv. TCA (Lukáš, 2022). Mezi zástupce tricyklických antidepressiv patří např. amitriptylin, klomipramin a imipramin. Tato skupina antidepressiv je podávána u pacientů s těžkou depresí a zejména u hospitalizovaných pacientů. TCA jsou vysoce toxické, a proto je třeba dbát opatrnosti v suicidálním riziku (Hosák et al., 2015).

6.2.2 Anxiolytika

Anxiolytika ve spojitosti s hypnotiky jsou v dnešní době nejčastěji předepisovanými psychofarmaky u nás. Mají pozitivní tlumivý účinek na CNS a zároveň potlačují příznaky úzkosti. Anxiolytický účinek je doprovázen hypnotickým, konvulzivním a myorelaxačním efektem. Anxiolytika se rozdělují do tří skupin. První skupinu tvoří tzv. nebenzodiazepinová anxiolytika, kam se řadí propandioly, hydroxyzin a buspiron. Druhou skupinu tvoří benzodiazepinová anxiolytika. A poslední skupinu, třetí, tvoří anxiolyticky působící léky s jiným hlavním terapeutickým účinkem, kam se řadí antidepressiva, antipsychotika, antiepileptika (pregabalin) a beta-blokátory (Masopust in Hosák et al., 2015). Jednotlivá antipsychotika jsou od sebe odlišná svým mechanismem účinku, ale všechny působí tlumivě. Důležité je ale také počítat s ovlivněním pozornosti, reakčního času a také s ovlivněním vigility. Užívání anxiolytik spočívá zejména na začátku léčby a jejich užívání by nemělo překročit dobu, která je omezena na maximálně několik týdnů. Jedním z důvodů je vznik tolerance a závislosti (Orel, 2020).

6.2.3 Hypnotika

Hypnotika jsou označovány jako psychotropní látky, které mají tlumivý účinek na CNS a navozují tak celkové zklidnění pacienta, zároveň ale také mohou zmírňovat úzkost, kterou pacient prožívá. Jejich užívání je ale základem pro navození spánku. Tento typ psychofarmak, by měl být užíván krátkodobě a cíleně v momentě obtíží. Hypnotika se dělí do tří generací. Existují i hypnotika nové generace, a to čtvrté a páté generace. Jelikož jsou tato hypnotika nejmodernějšími, nejsou tak v naší republice ještě dostupné. Nejužívanějšími hypnotiky v současné době jsou hypnotika třetí generace. Ta se označují jako z-preparáty. Jsou užívány až v momentě, kdy pacient uléhá do postele. Jejich nástup účinku je rychlý, nezpůsobují druhý den útlum a ospalost. Vznik závislosti není vyloučen, ale jsou považovány za méně rizikové.

Dalším typem jsou již zmiňovaná hypnotika druhé generace, kam patří benzodiazepinová hypnotika. Ta svým účinkem prodlužují celkovou dobu spánku, snižují počet nočních probouzení a urychlují usínání. Při pravidelném a dlouhodobém užívání této generace hypnotik může dojít k riziku vzniku závislosti a zároveň při jejich předávkování se začne projevovat jejich toxický charakter. Hypnotika první generace jsou v současné době označována za zastaralá neboli obsolentní. Mají negativní vliv na dýchací soustavu a jsou rizikem pro vznik závislosti. Po jejich vysazení při dlouhodobém užívání často docházelo k abstinenčnímu syndromu, který byl doprovázen epileptickými záchvaty a deliriem (Orel, 2020).

Hypnotický účinek mají i jiné lékové skupiny. Jsou to např. antihistaminika, tlumivá antidepresiva a antipsychotika. Antihistaminika se především užívají k potlačení projevu alergické reakce, ale jejich vedlejším účinkem je útlum a následné navození spánku. Patří sem např. hydroxyzin, promethazin nebo doxylamin. Mezi tlumivá antidepresiva patří mirtazapin, dosulepin a tradozon. A do skupiny antipsychotik řadíme např. levomopromazin nebo chlorpromazin (Orel, 2020).

6.3 Psychoterapie a psychofarmakoterapie v těhotenství

Psychoterapie v těhotenství a v poporodním období je u žen s úzkostnou poruchou účinnou formou léčby. V rámci této terapie nedochází k zátěži ženy ani dítěte. Psychoterapie může mít pozitivní dopad na fungování nejen ženy, ale i její celé rodiny. Je vhodnou volbou ve chvíli, kdy kontakt s matkou nebo oběma rodiči nám umožní navázat správnou spolupráci a zároveň správný terapeutický vztah. Za efektivní se považuje terapie podpůrná, skupinová, či kognitivně behaviorální. Ženy nejčastěji doprovází obava ze selhání, z vlastní zranitelnosti nebo obava ze ztráty kontroly, kterou mohla žena prožít ve svém dětství. Výrazný podíl na efektivitě psychoterapie hraje skutečnost, zda dítě, které žena čeká je chtěné, či nechtěné (Binder, 2020).

V současné době narůstá počet žen, které užívají **psychofarmaka** v těhotenství. V době těhotenství jsou psychofarmaka a neléčená psychiatrická onemocnění považována za rizikový faktor. Jedním z rizikových faktorů je ohrožení průběhu těhotenství. Mezi další rizikový faktor patří špatný vývoj plodu, či zhoršená poporodní adaptace novorozence. Dle dostupných studií, nemají antidepresiva a antipsychotika teratogenní potenciál a také nezvyšují, klinicky významně, riziko pro rozvoj těhotenských komplikací a narušení vývoje plodu. Nicméně rizika pro plod, která s sebou nesou těžká neléčená deprese a psychotické poruchy v těhotenství, jsou závažnější než rizika spojená s užíváním antidepresiv a antipsychotik matkou během těhotenství (Šebela, 2017, s. e12). Teratogenní účinek psychofarmak se na zvířatech ukázal

v 21%. V rámci klinických pokusů se teratogenní účinky neprokázaly s výjimkou lithia a benzodiazepinů. Užívání benzodiazepinů v prvním trimestru může způsobit u plodu rozštěp rtu. V pozdějších týdnech těhotenství je plod ohrožen růstovou retardací a může docházet k mozkové dysfunkci plodu. Po porodu bývá na novorozenci pozorovatelná ochablost. Zároveň je hypotenzní a podchlazený. Novorozence může také doprovázet apnoe neboli nekontrolovatelné zadržování dechu. Později se i následně objevují potíže s kojením tzv. syndrom floppy infant (Tošner in Hájek et al., 2014). Floppy infant syndrom se projevuje svalovou hypotonií a novorozenec tak neprojevuje zvýšenou pohybovou aktivitu. Mezi hlavní klinický projev spadá svalová slabost, která je typická svou rychlou progresí (Stožičký, 2015). Skupina hypnotik neboli psychotropních látek se také podílí na nitroděložní růstové retardaci plodu a na vzniku syndromu floppy infant v poporodním období. V menší míře se také mohou podílet na vzniku vrozených vývojových vad. Z tricyklických antidepresiv (TCA), jejichž zástupci jsou amitriptylin a imipramin, způsobují v průběhu těhotenství tachykardii jak ze strany matky, tak i plodu. Po narození jsou u novorozence pozorovány změny v neurologické oblasti. Dále mívá také problémy s pitím a vylučováním moči (Tošner in Hájek et al., 2014). Bezpečnou volbou v průběhu těhotenství je skupina léků SSRI (citalopram, escitalopram, sertralin). Jejich nevýhodou je ale prohloubení úzkosti z počátku terapie (Tašková, 2022).

7 KOMUNIKACE S ÚZKOSTNÝM PACIENTEM

Komunikace společně s ošetřením těchto pacientů je velmi náročné. Pro úzkostného pacienta hraje důležitou roli kontakt se zdravotníky. Blízkost zdravotníka je pro pacienta uklidňujícím podmětem. Úzkostným pacientům je zapotřebí vše s poklidem a trpělivostí vysvětlovat (Kelnarová, 2014). Tito lidé vyžadují od zdravotnického personálu přesné informace o jejich zdravotním stavu, chtějí vědět, jak se bude dále pokračovat, aby nedošlo k rozvoji dalšího rizika. U těchto pacientů není dostatečné pouhé ujištění, to může být naopak následkem prohloubení úzkosti, kdy v jejich pocitech převládá pocit nepochopení. Při komunikaci s úzkostným pacientem nám může napomoci využití verbální a neverbální komunikace, kde se snažíme zaujmout postoj, který je uvolněný a otevřený (Ayers, 2015). Zároveň se snažíme o pomalejší tempo řeči s nižším tónem. Důležité je dát si pozor na neverbální komunikaci. Pacient důkladně sleduje naše výrazy obličeje, gesta a slovní projev (Kelnarová, 2014). Dalším důležitým bodem pro komunikaci s úzkostným pacientem je empatie s pochopením. Mezi následující podněty, které nám mohou při komunikaci napomoci, patří pocit bezpečí, nebo minimalizace hrozby. Pocitu bezpečí se snažíme dosáhnout pomocí informací, kdy pacienta informujeme o dalších postupech, které nám napomohou předejít vzniku komplikací (Ayers, 2015). Minimalizací hrozby je cílem tuto hrozbu trvale odstranit, popřípadě ji jen omezit. Typický příklad u těhotné ženy: *„Těhotná žena může cítit úzkost z toho, že její dítě zemře. V takovém případě bude užitečnější zjistit, proč věří, že se to stane, a dát jí informace o skutečném riziku, že se to stane (nestane), než jí říkat, že si nemá dělat starosti.“* (Ayers, 2015, s. 454)

U pacientů, kteří si procházejí krajní formou úzkosti, kam řadíme paniku a strach, je třeba využít jiný přístup komunikace. K těmto pacientům je třeba přistupovat empaticky a zároveň jim nabídnout podporu. Postupně vyčkáme, než se strach a panika zmírní nebo úplně odezní. Napomoci tomu můžeme svojí přítomností a klidným prostředím, nebo také odvedením pozornosti či rozptýlením pacienta (Ayers, 2015).

8 PORODNÍ ASISTENCE

Od začátku 21. století odstartovala výuka oboru porodní asistence na vysokých školách. V současné době je možné tento studijní program studovat na jedenácti vysokých školách v České republice. Jedná se o tříletý bakalářský obor, který je zakončen praktickou komisionální zkouškou a státní závěrečnou zkouškou. Státní závěrečná zkouška se skládá z porodnictví, behaviorálních věd a z obhajoby bakalářské práce. Po úspěšném ukončení tříletého bakalářského studia mohou absolventky tohoto programu pokračovat v navazujícím magisterském či doktorském studiu v oboru *Porodní asistence*. Porodní asistentka vykonává v zaměstnání dva základní druhy činnosti, které je třeba od sebe odlišit. První činností je činnost kooperativní, která je vázaná na spolupráci s porodníkem a jeho ordinacemi. Druhá činnost je činnost autonomní, vztahující se ke kompetencím porodní asistentky a její plánované činnosti. Důležité je především vykonávat svoji práci podle platných doporučených postupů v oblasti gynekologie, neonatologie a perinatologie (Procházka, 2020).

Z mezinárodní definice vyplývá, že porodní asistentka může svou profesi vykonávat v **gynekologicko – porodnickém lůžkovém zařízení**, kde cílovým působištěm porodní asistentky je práce na porodním sále. Svou práci ale může vykonávat i na gynekologickém oddělení, na oddělení rizikového těhotenství nebo na oddělení šestinedělí. Dále může působit v **ambulantním zařízení**. Zde svou profesi vykonává v oblasti soukromých ambulancí gynekologů, nebo na soukromých klinikách pro ženy, matky a děti. Posledním působícím sektorem je **soukromý sektor**. Ten se vyznačuje samostatnou prací porodní asistentky. Tyto porodní asistentky se označují jako soukromé porodní asistentky, které ženám nabízí svou individuální péči od počátku těhotenství až po období šestinedělí, tzv. poporodní období, které trvá šest týdnů (Procházka, 2020). Významná role porodní asistentky je také ve zdravotním poradenství a vzdělávání v rámci rodiny, ženy a celé její komunity. Další její významnou rolí je role edukátorky. Snaží se ženy edukovat o správnosti zdravé výživy, o sexuálním reprodukčním zdraví nebo o péči dítěte (MZČR, 2021).

Ve své profesi se porodní asistentka může setkat i s náročnými situacemi. V určitých situacích je důležité, aby se uměla samostatně a správně rozhodnout o dalším následujícím kroku. Jedná se např. o stav, kdy je žena ohrožena na životě. Může se také dostat do situace, kdy žena jí klade otázky ze svého soukromého života. Zároveň bývá porodní asistentka vystavena tváří v tvář utrpení a bolesti ženy, kterou žena prožívá (Procházka, 2020).

8.1 Kompetence porodní asistentky

Kompetence porodní asistentky mají široký rozměr. Pro jejich další rozvoj je potřeba odborné vzdělání. Přesné znění kompetencí je k nalezení ve vyhlášce, konkrétně § 5 č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných zdravotnických pracovníků.

Porodní asistentka je tak schopna samostatně vykonávat ošetrovatelskou péči o těhotnou ženu, rodící ženu a o ženu v poporodním období, tzv. období šestinedělí bez odborného dohledu. Ošetrovatelská péče by měla být základní, ale i specializovaná. Je schopna diagnostikovat těhotenství a následně doporučuje a předepisuje ženám potřebná vyšetření, která jsou důležitá pro další sledování vývoje těhotenství. V průběhu těhotenství je porodní asistentka pro ženu rádkyní a průvodkyní během celého jejího těhotenství. Podílí se na předporodních kurzech pro ženu i jejího partnera. Za pomoci dosažitelných prostředků je schopna sledovat stav plodu, díky kterým může rozeznat případné patologie u matky, plodu, či novorozence. Při přítomnosti patologie nebo rizika v těhotenství je povinností porodní asistentky ženu předat do rukou lékaře, který má specializaci v oboru gynekologie – porodnictví. Porodní asistentka může o ženu pečovat ve všech dobách porodních a vést tak samostatný fyziologický porod bez odborného dohledu i v případě, kdy je nutné v průběhu porodu provést episiotomii, kterou může provést i ona sama. V neodkladných situacích, které jsou dle zákona nezbytné pro záchranu života, má ve své kompetenci možnost odvést porod koncem pánevním. Pokud žena v průběhu porodu, nebo po něm, utrpěla nějaká poranění, porodní asistentka ho díky svým kompetencím může ošetřit. Porodní asistentka své kompetence uplatňuje i v oblasti neonatologie. Po porodu provádí první ošetření novorozence a v indikovaných případech je povinna zahájit okamžitou resuscitaci novorozence. Porodní asistentka může také díky svým kompetencím navštěvovat ženu v domácím prostředí a to od doby počátku těhotenství až po skončení období šestinedělí. Ženy jsou tak porodní asistentkou vzdělávány v oblasti kojení a péče o novorozence. Jejich edukace může být i věnována oblasti antikoncepce (Procházka, 2020, s. 26, Zákon 55/2011 Sb.).

8.2 Měkké dovednosti v porodní asistenci

Komunikace je jednou z nejdůležitějších vlastností v porodnické péči. Slouží k utváření mezilidských vztahů. Za pomoci verbálních a neverbálních dovedností porodní asistentka napomáhá k tomu, aby ženy cítily pocit uvolnění a byly tak ochotny sdílet svůj strach s druhými (Mazúchová, 2022). Správná komunikace může být prvořadým poukazujícím činitelem, který přispívá ke spokojenosti žen s péčí, která jí je poskytnuta. Správně vybudovaný vztah mezi porodní asistentkou a ženou může směřovat k nadměrné spokojenosti, vzájemné důvěře

a snížení strachu z vaginálního porodu. Pozitivní vliv může také mít na snížení tlaku, úzkosti a bolesti (Katebi, et. al., 2017). Rodičky by měly mít prostor sdělit porodním asistentkám, co je trápí, aby se dostaly do pocitu pohody. Ve chvíli, kdy nedochází mezi rodičkou a porodní asistentkou k dostatečné komunikaci, může dojít k rozvoji strachu a úzkosti (Mazúchová, 2022).

Se správnou komunikací je také spojena **schopnost naslouchání**. Porodní asistentky by měly vyslyšet, co žena říká a následně z toho vyvodit, proč to žena říká. Důležitou roli při naslouchání hraje i **oční kontakt**, kladení jasných otázek, které je dobré klást opakovaně. Společně s kladením otázek je důležité neprosazovat svůj vlastní názor a zbytečně na ženu nespěchat. Mezi měkké dovednosti patří také **empatie**. Empaticky se porodní asistentka chová ve chvíli, kdy je schopna se vcítit do role rodičky. Zároveň by se měla snažit pochopit, jak rodička vnímá dění, které se kolem ní děje. Empatie také hraje roli v porozumění potřeb a touhy, kterou rodička vyžaduje (Mazúchová, 2022).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkumná část se zabývá kvalitativním průzkumem s prvky případové studie. Tato část je složena z metodiky práce, výsledků, diskuze a závěru.

PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaké aspekty ovlivnily životní příběh ženy?
2. Jak ovlivnila úzkostná porucha ženy průběh těhotenství, porodu a šestinedělí?
3. Jak žena hodnotí přístup porodní asistentky při porodu?

9 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

Průzkumná část bakalářské práce se zabývá kvalitativním průzkumem s prvky případové studie. Případová studie je metodou kvalitativního průzkumu, kde se zaměřujeme na celistvost popisovaných vztahů a snažíme se tak zachytit případ, u kterého se zaměřujeme na jeho složitost. Na základě sledovaného případu se případová studie rozděluje do pěti forem (osobní případová studie, studie komunity, studie sociálních skupin, studie organizací a institucí, zkoumání programů, událostí, rolí a vztahů). Pro tento průzkum byla zvolena osobní případová studie, jejímž cílem je podrobně rozebrat daný aspekt u jedné zkoumané osoby. Zaměřujeme se např. na minulost, souvislé faktory a postoje, které se odehrály před danou událostí. Jsou zkoumány možné příčiny, klíčové faktory, procesy a zkušenosti, které s tím úzce souvisejí. Zároveň se může také pochytit celý obraz života, tzv. historie života, která nám vypovídá o daném aspektu života jedince, na který je kladen důraz (Hendl, 2016).

Průzkum se skládá ze dvou částí. První část je věnována životnímu příběhu ženy s diagnostikovanou úzkostnou poruchou, která probíhala formou narativního rozhovoru. Rozhovor je metodou získávání dat, kde dochází k přímé verbální komunikaci během osobního kontaktu badatele a respondenta. Přímý kontakt nám tak napomůže k prohloubení vztahů a proniknutí do zkoumané problematiky. Zatímco v kvantitativním výzkumu se využívá strukturovaný rozhovor, v kvalitativním šetření je využíván polostrukturovaný nebo nestrukturovaný rozhovor (Plevová, 2018). Narativní rozhovor je typ nestrukturovaného rozhovoru, kdy respondent je veden k volnému vyprávění a není porovnáván se standardizovanými otázkami. Základem toho je vyzvat respondenta k převyprávění svého příběhu, či námi požadované oblasti života (Hendl, 2016).

Druhá část kvalitativního průzkumného šetření byla zpracována metodou tématické analýzy dat vzhledem k opakujícím se oblastem témat. Tato získaná témata jsou poté východiskem k popisu zkoumaného jevu a odpovědí na výzkumné otázky. Tato část nám tak umožní hlouběji nahlédnout do životního příběhu respondenty. V této části je zahrnut i pohled partnera respondenty s diagnostikovanou úzkostnou poruchou.

S respondenty proběhla osobní setkání, která se konala v domácím prostředí respondenty v předem domluveném čase. Respondenti byli před samotným zahájením rozhovoru informováni o účelu vypracování průzkumné části. Na otázku, zda souhlasí s nahráváním rozhovorů, které budou následně zaheslovány pro další účely a ihned, jak to bude možné, budou smazány, souhlasili. Dále byli obeznámeni s dodržení anonymity, jejich jména budou

nahrazena pseudonymem. Po ukončení rozhovoru byly veškeré výpovědi doslovně přepsány. Z těchto výpovědí byl poté vypracován samotný příběh respondentky s diagnostikovanou úzkostnou poruchou. V příloze přikládám informovaný souhlas (příloha A), ve kterém jsou obsaženy výše uvedené informace, které respondenti podepsali před zahájením průzkumu.

10 VÝSLEDKY

Tato kapitola je rozdělena do dvou částí. První část zahrnuje kompletní životní příběh respondentky s diagnostikovanou úzkostnou poruchou. Druhá část je zaměřena na oblasti života respondentky.

10.1 Životní příběh ženy s diagnostikovanou úzkostnou poruchou

Životní příběh je věnován Tereze, je jí 25 let. V současné době je dva roky na mateřské dovolené. Tereza si od svých 19 let prochází diagnostikovanou úzkostně depresivní poruchou. První příznaky úzkostné poruchy nedokáže přesněji určit ani definovat. Jediné, co si uvědomuje, tak jí neustále doprovázely nepřetržité pocity strachu z hádek s rodiči, ze školy, ze spánku a z neúspěchu.

Tereza si už od svého dětství procházela nelehkým životem. Na její osobnosti se podepsala šikana na základní škole, rozvod rodičů a užívání těžkých drog. Úzkostné stavy se prohloubily panickými atakami. Panické ataky odstartovaly užíváním těžkých drog, které Tereza v tu dobu brala. Typickým projevem bylo odkrvení rukou, brnění nohou, motání hlavy a hyperventilace. Vzhledem k těmto stavům, které Terezu doprovázely, věděla, že je něco špatně. Do té doby takové pocity neznala. Ze strany rodičů se začal projevovat strach o Terezu. Snažili se společně najít možnosti, jak jí pomoci. Tereza své stavy začala zpočátku řešit homeopatickou léčbou, která měla pozitivní účinek. Dokončila základní školu a ve svém studiu dále pokračovala na střední zahradnické škole, kde i úspěšně složila maturitní zkoušku. Jelikož měla od svého dětství kladný vztah k hudbě, rozhodla se pokračovat dále ve svém studiu. Začala studovat hudební management v Ústí nad Labem. V tomto období ale došlo ke zvratu. Tereze se znovu rozjely úzkostné stavy, ke kterým se přidaly nutkavé myšlenky, které se vztahovaly na její vzhled. Homeopatická léčba přestala být tak účinnou. Jinou volbou, jak tyto stavy vyřešit bylo vyhledat odbornou pomoc. Tereza začala docházet k psychiatrovi, který jí doporučil měsíční hospitalizaci v Horních Beřkovicích. Měsíční hospitalizace byla pro Terezu tím nejlepším možným řešením, jak začít znovu fungovat a žít. Po propuštění z léčby začala Tereza žít svůj milostný život s Petrem, s kterým se už před tím znala dlouhá léta. Během 3-4 měsíců od hospitalizace, Tereza otěhotněla. Jednalo se o neplánované těhotenství. V tu dobu neměla Tereza s Petrem správné rodinné zázemí pro výchovu potomka a Terezu to vedlo k rozhodnutí podstoupit interrupci. Toto rozhodnutí bylo pro Terezu a Petra velmi zranitelné. Do budoucna to mělo ale i pozitivní zásah do jejich budoucího vztahu, kdy se společně snažili postavit na

vlastní nohy a vybudovat tak dobré zázemí pro další těhotenství. Oba dva si našli práci a začali samostatně bydlet.

Uplynul čas a Tereza otěhotněla po 3 letech. Bylo to v květnu roku 2021. V momentě, kdy Tereza zjistila, že je těhotná oznámila, to hned partnerovi a své psychiatrice. Psychofarmaka, která Tereza v té době užívala, byla kontraindikována s těhotenstvím. Po domluvě s psychiatrickou Tereza usoudila, že by chtěla zkusit medikaci vysadit úplně. To nemělo ale dlouhé trvání. Došlo opět k rozvoji depresí a úzkostí. Tereza na doporučení psychiatricky začala užívat mirtazapin, který se slučoval s těhotenstvím. Kombinace mirtazapinu s těhotenstvím mělo pozitivní dopad na psychickou stránku Terezy, ale negativní dopad na její váhový přírůstek. Ten byl spouštěčem negativních myšlenek, co se týká jejího vzhledu a těla. Tereza na sobě začala pozorovat zvýšený výskyt strií, s kterými se těžce vyrovnávala. Po celou dobu těhotenství Terezu doprovázely úzkostné myšlenky, vztahující se k její osobě. Měla obavy z toho, co si o ní okolí myslí, co si o ní říkají. To vedlo až k paranoidním stavům.

Zároveň se Tereza po celou dobu těhotenství připravovala na svůj porod. Účastnila se kurzu jemného zrození. Měla jasně danou představu o tom, jak by si představovala svůj vysněný porod. Tereza si přála, aby se její porod rozběhl sám, bez jakéhokoliv medicínského zákroku. Začala docházet do prenatalních poraden, kde jí od 39. týdne těhotenství bylo doporučeno vyvolání porodu. Tereza se zpočátku držela alternativních metod. Začala se více pohybovat, dávala si teplé sprchy, pila maliník a jedla lněné semínko. Nic z toho ale nenapomohlo k tomu, aby se porod rozběhl. Při další kontrole v prenatalní poradně ji vyšetřoval primář porodnice, který jí sdělil, že své ženy nikdy nenechává přenášet. Tereza se tak dostala do psychického rozpoložení. V ten den zůstala v porodnici k hospitalizaci.

Od této chvíle bylo vše jinak, než si Tereza představovala. Začalo se s vyvoláváním porodu, kdy byl Tereze do děložního hrdla zaveden balónkový katétr. Tento typ preindukce začal mít pozitivní vliv na pravidelnost a četnost kontrakcí, díky kterým došlo i ke změně vaginálního nálezu. Porod se začal rozbíhat. Tereza byla přeložena na porodní sál, kde si ji do svých rukou převzala porodní asistentka. Ta k Tereze přistupovala neempaticky. Nejevila o ní žádný zájem. Od porodní asistentky očekávala Tereza psychickou podporu, uklidnění. Toho se ale nedočkala. Psychickou oporou byl pro ni její partner Petr, který poté za ní do porodnice přijel, a byl tak přítomen i po celou dobu porodu. Tereze na porodním sále začaly ustupovat pravidelné kontrakce. Kontrakcím se snažila napomoci pohybem na balónu či ve sprše. To vše si ale musela odvodit sama ze své vlastní hlavy, jelikož žádnou zpětnou vazbu od porodní asistentky

nedostávala. Porodní asistentka prováděla Tereze mnoho vaginálních vyšetření s negativními slovy vzhledem k jejímu porodu.

Byl to moment, kdy Tereza začala svůj porod vzdávat a poprvé za celou dobu těhotenství začala pomýšlet nad tím, že své prvorozené dítě přivede na svět císařským řezem. Tomu se tak i stalo. Porod skončil císařským řezem pro nepostupující porod. Před odjezdem na operační sál se v Tereze rozpoutal stav paniky a úzkosti. Cítila v sobě selhání, že nedokázala na svět přivést své dítě spontánní cestou. Tereze a Petrovi se narodila dcera Klárka. Petr mohl být přítomen u prvního ošetření dcery. Tereza byla následně převezena na jednotku intenzivní péče, kde byl monitorován její stav na 24 hodin.

Po probuzení se z celkové narkózy přetrvával v Tereze stav paniky a úzkosti. Tereza kolem sebe vyhledávala odbornou pomoc, kterou jí personál v daný moment nemohl poskytnout. Vyžádala si kontaktovat její psychiatricku. Psychiatrice bylo sděleno, jak na tom Tereza je a jaký byl průběh porodu. Ta se po konzultaci s lékařkou domluvila na tom, jakou medikaci Tereze podat pro její uklidnění. Po hodině úzkost ustoupila, ale stále se Tereza cítila po psychické stránce vyčerpaná. Na jednotce intenzivní péče ji navštívila dětská sestřička, která jí podala veškeré informace o dceři. Zároveň přišla s otázkou, zda by chtěla přinést Klárku ukázat. To přivedlo ale Terezu do rozpaků. Převládaly v ní myšlenky strachu, zda chce malou vůbec vidět. Po uplynutí 24 hodin na jednotce intenzivní péče byla Tereza přeložena na oddělení šestinedělí. Zpočátku to byl pro ni horor. Zároveň ale věděla, že se musí vzchopit a začít fungovat jako matka. To se jí povedlo. Tereza se s Klárkou rychle sžila. Napomohla tomu laktace, která se jí spustila do 48 hodin po porodu. V Tereze se tak probudily mateřské instinkty a svoji dceru chtěla mít už jen u sebe. Období šestinedělí v porodnici a následně poté v domácí péči zvládala skvěle. V mysli Terezy se ale neustále odehrávaly myšlenky vztahující se k jejímu porodu. Přemýšlela nad tím, co by v dalším těhotenství a pro porod udělala jinak. Její představy jsou celkem jasné.

10.2 Oblasti života ženy s diagnostikovanou úzkostnou poruchou

V této části jsou rozebrány oblasti života respondentky s diagnostikovanou úzkostnou poruchou, které popisují podrobněji její životní příběh.

RODINA A RODINNÉ VZTAHY

Rodina, hraje velmi důležitou roli ve vývoji jedince. Dle slov Terezy to tak vnímá i ona: *„Vzhledem k tomu, že už rodinu mám, tak si myslím, že rodina by měla představovat pocit bezpečí a přístav pro vývoj dítěte. Zároveň by měla probíhat vzájemná láska mezi rodiči, aby to tak mohlo pozorovat i to dítě.“* Ve chvíli, kdy se začnou v rodině odehrávat nepříjemné hádky, nebo špatný vztah mezi rodiči, který poté může skončit až rozvodem, je to jeden z negativních aspektů, který může dítě ovlivnit. Rozvod rodičů si ve svém životě prožila i sama Tereza: *„Moji rodiče se rozváděli, když jsem byla v pubertě, bylo mi 14 let. Vztah mezi mým tátou a mámou byl hroznej. V jednom kuse se hádali, jejich názory se rozpojovaly.“*

Rozvod může mít tak dopad na budoucí vztah mezi dítětem a rodiči. Tereza měla lepší vztah se svým otcem než matkou: *„Vztah mezi mámou a mnou byl hroznej. Mlátila mě, řvala na mě. Bylo to až psychický týrání. Donutila mě si stoupnout před zrcadlo, když jsem brečela. Říkala mi, ať se na sebe podívám, jak jsem hnusná. Na druhé straně byl ten táta, který mě vždycky zachraňoval. Táta byl ten můj hrdina.“*

DĚTSTVÍ

Každý jsme si své dětství prožívali jinak. Dochází k vzájemnému budování vztahů mezi dětmi. Na druhé straně jsou děti, které do kolektivu nezapadají a vytvořit si vztah s jinými dětmi bývá problémem. Tak tomu měla i Tereza: *„Já jsem obecně neměla asi dobrý vztahy. Já jsem nikdy nebyla moc oblíbená v kolektivu. Myslím si, že na svůj věk jsem byla hodně rozumná, zároveň jsem byla i taková napřed. Možná to bylo způsobený i tím, že jsme se nikdy v rodině nestýkali s jinými dětmi. Nepamatuji si, že bych si někoho někdy pozvala domů. Vždy jsem se spíše výhradně bavila s dospělými a to se na mně i odrazilo. Když už jsem si s někým začala rozumět, tak jsem se na toho dotyčného hrozně upnula.“*

Někdo na své dětství vzpomíná pozitivně a někdo si ve svém dětství mohl projít negativními obdobími. Jedním z negativních období, kterým si Tereza prošla, byla šikana na základní škole: *„Každé ráno jsem se probouzela v slzách s úzkostí a pocitem strachu, že musím vstát z postele a jít do školy. Šikana byla ze strany kluků a byla jak psychická, tak i fyzická. Do teďka nevím, proč zrovna já. Možná kvůli tomu, že jsem pocházela z lepší sociální vrstvy.“*

ZÁVISLOST

Na rozvoji drogové závislosti se mohou podílet situace, kterým se jedinec snaží zahnat své stavy, kterými si prochází. Někteří tomu mohou podlehnout také v kolektivu, s kterým tráví svůj čas. Tak tomu měla i Tereza: „*Na základce jsem měla kamarádku, s kterou jsem začala už požívat alkohol, kouřit cigarety a dokonce jsem taky zkusila i mariuhanu. To bylo tak v 11 letech. Od 13 let jsem kouřila cigarety a hulila mariuhanu v nadměrném množství, na které jsem potom začala být hodně závislá.*“

Závislost může postupně gradovat a prohlubovat se. Jedinci, kteří se stanou závislími, jsou často vedeni k tomu, zkusit i něco jiného. U Terezy došlo k rozvoji užívání těžkých drog: „*Od 14 let jsem začala s halucinogeny a tvrdými drogami. Užívala jsem mefedron, na kterém frčelo celý okolí, v kterém jsem se pohybovala. K mefedronu se potom přidalo LSD, houbičky, mescalín, pervitin.*“ Při požití nadměrné dávky může dojít k předávkování, kdy se začnou u jedince projevovat stavy, které nedokáže nijak ovlivnit. Zkušenost s předávkováním má i Tereza: „*Jednou jsem si dala větší dávku LSD a dostala jsem se do tzv. bad tripu. Byl to stav, kdy jsem začala mít halucinace a dnes už i vím, že jsem díky tomu měla panickou ataku. Myslela jsem, že umírám. Cítila jsem, že se tohohle pocitu, té paniky, která vznikla, se jen tak nezbavím, měla jsem pocit, že už to budu mít napořád. Od té doby trpím vlastně na panické ataky.*“

Drogová závislost může být stavem na dlouhou trať, nebo naopak. Někteří začnou pozorovat, že drogy mají negativní vliv na jejich tělo a psychiku. Takový vliv na sobě pozorovala i Tereza: „*Když se budeme bavit o tom mefedronu a pervitinu, tak mi začaly být hrozně nepříjemný ty dojezdy. Měla jsem potom fakt šílený stavy. Dneska už vím, že to byly úzkosti. Nespala jsem několik dní. Byla jsem hrozně podezřívavá a agresivní. S tímhle jsem přestala potom, co jsem se vrátila z jedné venkovní párty, kde jsem byla pod vlivem drog znásilněná.*“ V momentě, kdy nastane taková to situace, může být pro jedince motivací s drogami přestat. Terezu ovlivnilo znásilnění, které si prožila pod vlivem drog: „*Přišla jsem domu a najednou přišlo takové prozření. Řekla jsem si, co to vlastně dělám. Koukla jsem se na sebe, jak mám po celém těle boláky. Viděla jsem, jak jsem opravdu hubená až vychrtlá a to mě přesvědčilo o tom, že tohle byla ta poslední kapka, kterou jsem potřebovala a věděla jsem, že s tím musím přestat. S LSD a tím vším jsem skončila vlastně najednou.*“

DIAGNÓZA

Rozvoj úzkostné poruchy se nedá nijak ovlivnit. Tereza vypověděla: „*Diagnostikovali mi úzkostně depresivní poruchu, kterou trpím od 19 let. Do té doby jsem si nepřipouštěla, že bych*

něco takového mohla mít. Propukly mi stavy, že slyším nějaké hlasy. Byly to ale moje hlasy. Bylo to, jako když mi v hlavě utkví nějaká písnička a stále se dokola opakuje. Neustále se mi v hlavě opakovaly myšlenky typu, že jsem hnusná, že jsem k ničemu, že nikdy nic nedokážu. Do té doby jsem si myslela, že je to psychóza, ale byla to příšerná úzkost.“ Úzkostné stavy se podílí na každodenním fungování jedince. Dle slov Terezy ovlivňují i sociální stránku života: „Měla jsem strach o život. Měla jsem ho celý den. Nemohla jsem ani odejít do vany, do sprchy. Musela jsem sebou brát i psa, abych se nebála. Bála jsem se toho, aby se mi nevrátil stav, který jsem měla, když jsem užila tu větší dávku LSD. Bála jsem se, že už nikdy nebudu v pohodě. Postupně to gradovalo. Nemohla jsem vyjít ani z baráku. Byla jsem stále zavřená doma. Nonstop jsem jen brečela ze zoufalství.“

Jedinec s úzkostnou poruchou začne nejdříve vyhledávat pomoc u své rodiny, kterou začala vyhledávat i sama Tereza: „Máma se o mě bála. Snažily jsme se to nějak vyřešit, ale ani jedna jsme nevěděly jak. Tím, že vlastně moje máma prožívala v určitém věku to samé a bála se sama, aby z ní neudělali blázna, jít jako do léčebny, tak si myslím, že si to nechtěla sama před sebou přiznat, že je to psychický. Ona mi klidně mohla sama říct, hele, tohle jsem si prožila taky, je to psychický. Ale tím, že ona si to nikdy sama nepřipustila, tak se mě snažila vyléčit tím, že mě zaměstnávala. Jako byla to dobrá taktika, ale v tu dobu to chtělo už jiný zásah. Táta mi vždycky pomohl, když jsem to vyžádala, vyslechl mě. Ale nikdo jsme nevěděli, co dál.“

K vyhledání odborné lékařské pomoci se jedinec odhodlává roky. Může za to jejich obava z pocitu trapnosti nebo studu. Tereza se ale už cítila zoufalá: „Zpočátku jsem se snažila ty stavy řešit homeopatickou léčbou, kterou se zabývala naše rodinná známá. To mělo ale účinek na krátkou dobu. Musela jsem tak vyhledat psychiatra, který mi doporučil měsíční hospitalizaci v Horních Beřkovicích.“ Hospitalizace, ale může v jedinci vyvolat pocit poraženectví. Jedná se ale o jednu z forem, která se může stát pro jedince tím nejlepším možným řešením. Jak zde uvádí Tereza: „Mám na to úplně úžasný vzpomínky. Byla jsem tam úplně bezstarostná. Nemusela jsem tam vůbec nic řešit. Došla jsem si na oběd. Byl tam daný řád. Chodila jsem tedy spát v tu a v tu dobu. Dostávala jsem tedy i léky. Brala jsem cipralex společně s neurolem. Měla jsem tam hlavně i lidi, kteří si procházeli tím stejným. Nebála jsem se prostě v tom kolektivu říct, hele, je mi blbě. Venku mezi ostatními lidmi jsem se bála říct, že je mi blbě. Protože ten dotyčný začne panikařit ještě víc než já. Odešla jsem odsud jako nový člověk. Bylo mi nejlíp za celý život.“

TĚHOTENSTVÍ

Období těhotenství je jednou z nejdůležitějších etap v životě ženy a zároveň i její rodiny. Tereza otěhotněla po 3 letech od interrupce: „*Otěhotněla jsem v době, kdy začal COVID. Těhotenství jsme s Petrem plánovali, ale vzhledem k té době, jsme si řekli, že teďka ne. Petr totiž v tu dobu přišel i o práci. Jenže v tu dobu jsem už byla těhotná. Potvrdilo se mi to na několika těhotenských testech, který jsem si udělala. Když se mi to teda několikrát potvrdilo, řekla jsem to Petrovi. Šla jsem za ním v slzách, protože jsem věděla, že nemá tu práci a všechno to mělo být jinak, než to mělo být. Ten mi ale řekl, že to společně zvládneme i vzhledem k té situaci, co byla.*“

U žen s úzkostnou poruchou je důležité zvolit správnou medikaci vzhledem k těhotenství. Některé psychofarmaka mohou být v těhotenství kontraindikovány. Tereza se tak rozhodla hned informovat svojí psychiatricku, s kterou řešila další postup vzhledem k medikaci, kterou užívala: „*Volala jsem hnedka své psychiatrice a řekla jsem jí, že jsem těhotná. Ta mi gratulovala, protože věděla, že si hrozně přeju mít dítě. Zároveň mi ale řekla, že ty léky, které беру, nebudu moci brát. V tu dobu jsem užívala prothiaden, který se s těhotenstvím neslučuje. Léky jsem zkusila vysadit najednou, ale vrátily se mi úzkostné stavy, deprese a nespavost. Začala jsem užívat na doporučení psychiatricky mirtazapin.*“

Vzhledem k tomu, čím si Tereza procházela od svého dětství, doprovázely jí taky obavy, které se k těhotenství vztahovaly. Tereza uvedla: „*Obav jsem měla mraky. Každý měsíc byly jiný. Docházelo také k tomu, že mě ostatní lidi v mnoha věcech znejišťovali.*“ V době těhotenství si žena také prochází změnami, co se týká tělesných predispozic. Takové změny nastaly i u Terezy: „*V těhotenství jsem hodně přibrala. Ztratila jsem tak úplně sama sebe. Z vysportované běžkyně se stala rozkydlá bachyně, která má všude popraskanou kůži. Byla jsem úplně imobilní, nemohla jsem si nikam dojít, všechno mě bolelo.*“

U těhotných žen dochází také k budování představ o průběhu těhotenství, které má každá jiné. Určité představy o svém těhotenství měla i Tereza: „*Představovala jsem si, jak si budu užívat malinký nádherný břicho a že ho budu ukazovat ve všech šatech. Ale při 100 kilech to opravdu nešlo, ještě když mám 160 cm, tak že jsem byla opravdu obrovská. Pohyby miminka, které jsem si myslela, že budou úžasný, tak ano, ze začátku to bylo úžasný, že už je cítím, ale zároveň to bylo trochu divný.*“ Úzkostné ženy mohou určité změny v těhotenství vnímat jinak než ženy, které touto poruchou netrpí. Tereza ze své zkušenosti uvádí: „*Jak jsem byla v těhotenství úzkostná, tak jsem měla úzkosti i z těch pohybů. Ve chvíli kdy jsem chtěla spát a miminko se*

začalo hýbat, tak to bylo takový, že jsem to neovládala. Měla jsem úzkost z toho, že něco v mém břiše se hýbe, já chci spát a nemohu to ovlivnit. Připadala jsem si jak inkubátor na vetřelce.“

V těhotenství hraje také důležitou roli rodina. Tomu je tak i dle Terezy: *„Tím, že jsem měla ještě vztah s mámou v těhotenství blbej, tak jsem si pamatovala, jak se ona ke mně chovala. Bála jsem se toho, jaká budu máma. Měla jsem obavu z toho, že budu stejná na to dítě, jako byla máma na mě.“*

Psychický stav v průběhu těhotenství popsal i Petr: *„Psychické stavy u Terezy byly jako na houpačce. Byla velmi citlivá. Nejvíce nešťastná byla z toho, kolik přibrala na váze, za což nemohla. Stále jsem jí říkal, že to potom shodí, ale nemělo to smysl. Určitě také více řešila své okolí, co si o ní myslí, nebo zda neřekla něco špatně. Bála se taky toho, že bude stejná jako její máma, že nebude dceru dost milovat nebo že se jí nebude líbit.“*

POROD

Každá žena má danou představu o tom, jak by chtěly, aby jejich porod probíhal. Tereza se na svůj porod těšila: *„Měla jsem zjištěné všechny možné informace, věděla jsem, co chci pro mě, co chci pro dítě.“*

Skutečnost se ale může stát jinou v porovnání s očekáváním těhotné ženy. V porodnictví jsou stanoveny normy fyziologického porodu. Za fyziologický porod se považuje porod mezi 37. - 42. týdnem gravidity. Od 39. týdne byl na Terezu kladen nápor ze strany lékařů k tomu, že by bylo dobré, aby porod už proběhl. Tereza ze své zkušenosti udává: *„Byl mi doporučen pohlavní styk s partnerem. No jo, ale já s 50 kily nahoře s nulovým sebevědomím, budu tady mít na konci těhotenství pohlavní styk. V tu chvíli mi to nepřipadalo vůbec v úvahu.“* Některé ženy se snaží porodu napomoci alternativním způsobem, jako tomu měla Tereza: *„Snažila jsem se být ve větším pohybu, dávala jsem si horké sprchy, pila jsem jak maliník, tak i sporýšové nápoje, jedla jsem lněné semínko. Opravdu jsem se snažila udělat maximum pro to, aby se ten porod rozběhl.“* Ne vždy ale mohou být tyto metody účinné. Tereza tak nadále propadala nátlaku od lékařů: *„Při každé návštěvě prenatalní poradny jsem poslouchala od lékařů slova, co tedy uděláme, abyste porodila. Vaginální nález jsem měla pro porod nepřipravený. Snažili se můj porod za každou cenu urychlit. Jednoho dne to vygradovalo, když jsem v prenatalní ambulanci schytala primáře, který je výslovně proti přenášení. V ten den jsem byla v týdnu 40 + 3, kde jsem začínala mít poslíčky. V závěru mi řekl, že své pacientky nikdy přenášet nenechává, že to má obrovská rizika a že dítě může klidně umřít. Nechala jsem se tedy už hospitalizovat pro vyvolání porodu.“*

Preindukce porodu může být medikamentózní nebo mechanická, pro kterou musí být souhlas rodičky. Tereza vypověděla: „*Měla jsem metodu mechanické preindukce, kdy mi byl zaveden balónkový katétr do děložního hrdla. To mi odstartovalo pravidelné kontrakce a začala jsem být otevřená na 3 cm. V tu chvíli jsem byla přeložena na porodní sál, kde si mě vzala do svých rukou porodní asistentka.*“ Od porodní asistentky se očekává empatický přístup. Měla by se ženou také správně komunikovat a naslouchat jí. Správnou komunikací mezi ženou a porodní asistentkou dochází k budování vzájemné důvěry a snížení pocitu strachu. Porodní asistentka by měla ženě také zpříjemnit prostředí na porodním sále a poskytovat jí rady. K tomu ale dle slov Terezy nedošlo: „*Porodní asistentka, kterou jsem měla, tak si jí na porodním boxu vybavuji asi tak dvakrát. Byla jsem tam v podstatě sama, teda až do chvíle, než přijel přítel. Spíš si myslím, teda to vidím až teďka zpětně, tak veškerý její rady, které jsem se snažila s ní probrat, byly na škodu. Když jsem se jí zeptala, jestli bych se třeba nemohla více pohybovat, odpověděla mi, že poloha na zádech je neutrální a že to porodu normálně prospívá. Porodní asistentka mi tedy vůbec nepomáhala, vždy jen přišla se slovy, tak a teď vám píchneme tohle a pak zase tohle, takže jsem spíše od ní poslouchala ty negativa, kdy mi i říkala, že můj porod nijak nepostupuje. Poslouchat negativní slova vzhledem k mému porodu nejsou zrovna tou nejlepší volbou u ženy, která má úzkostnou poruchu. Jediné pozitivum, které jsem od ní slyšela, bylo, když mi řekla, že krásně prodýchávám.*“

Partner Terezy Petr zhodnotil péči porodní asistentky: „*Přišlo mi, že té péče, která měla být Tereze poskytnuta, byla minimální. Tereza rodila poprvé a byla to pro ni situace, kdy očekávala od porodní asistentky více aktivnější přístup a hlavně tu psychickou podporu.*“

V momentě, kdy porodní asistentka vyjadřuje negativní přístup k rodičce, může to být následek toho, kdy se žena začne uzavírat do sebe. Může to tak vést ženu i myšlenkám, že nedokáže porodit své dítě, a ty měla i Tereza: „*Pokaždé jsem upadla do beznaděje. Teprve až v tenhle moment mě poprvé za celou dobu těhotenství napadlo, že porodím císařským řezem.*“ Porod v závěru skončil císařským řezem. U úzkostné rodičky může tak dojít k rozpoutání paniky, kterou si prožila i sama Tereza: „*Chytila jsem paniku, že to dítě každou chvíli uvidím. To dítě tady prostě bude hned teď. Nevím, prostě jsem chytila strašnou paniku z toho, že to bude asi takhle nepřírozený. Bála jsem se toho, jak bude Klárka vypadat, co když se mi nebude líbit, co když ji vůbec nebudu chtít, co když k ní budu mít nějaký negativní pocity. No bála jsem se toho, že mi nějak hrábne a že jí budu chtít ublížit, nebo že sobě nějak ublížím. Je to prostě ta úzkost, nic jiného v tom jako není. Nejsou to jako nějaký reálný věci, který bych v životě udělala.*“

ŠESTINEDĚLÍ

Období šestinedělí začíná porodem placenty a končí 42. den po porodu. Každá žena zvládá období šestinedělí jinak. Dle slov Terezy k tomu přispívá i porod: „*Myslím, že kdybych porodila normálně, tak je to jedno z mých nejkrásnějších období. Měla jsem v sobě strašnou prohru, zklamání, ukradený porod. Byla jsem úplně psychicky na dně.*“

V tomto období je důležité, aby se žena s dítětem sžila a byla schopna se o něj postarat. Tereza to měla ze začátku jinak: „*Zpočátku jsem si neuvědomovala, že mám dítě. Velký zlom ale přišel druhý den, kdy jsem zjistila, že se mi během 48 hodin od porodu začalo tvořit mléko. Probudily se ve mně mateřský instinkty. Začala jsem z ničeho nic brečet a došlo mi, že to dítě nemám u sebe. Do té doby mi bylo jedno, jestli je u sestřiček. Necháपालa jsem, že má být u mě. Sebrala jsem tak všechny síly a došla jsem si pro ni. Od té doby jsme byly už jen spolu.*“

V období šestinedělí může u žen docházet k psychickým propadům vlivem hormonů. Tereza ale svůj stav v době šestinedělí hodnotí jako neměnný: „*S Klárkou jsem se rychle sžila. Jediné, co jsem v té době v sobě pociťovala, byl strach o Klárku. Ten strach mě budil i v noci. Měla jsem tendenci neustálé kontroly. Klárka se jen pohnula a měla jsem lekávé probuzení. Ty hormony to nějak zařídily, že jsem to prostě zvládla. V tomhle období jsem neměla nějaké úzkostné propady, spíše velkou roli u mě hrála únava.*“

Petr průběh šestinedělí popisuje: „*V šestinedělí jsme prakticky řešili jen její šílený pocit selhání z porodu. Nemohla se smířit s tím, že to takto dopadlo. Její sebevědomí bylo určitě na nule.*“

11 DISKUZE

V této části bakalářské práce se budu věnovat výsledkům z předem stanovených průzkumných otázek. Celkem byly stanoveny tři průzkumné otázky. Hlavním cílem bylo popsat průběh těhotenství, porodu a šestinedělí respondentky s diagnostikovanou úzkostnou poruchou jejíma očima a očima jejího partnera. K průzkumnému šetření byla zvolena metoda kvalitativního průzkumu s prvky osobní případové studie.

Průzkumná otázka: Jaké aspekty ovlivnily životní příběh ženy?

Ze životního příběhu vyplývají faktory, neboli oblasti života, které ovlivnily životní příběh respondentky. Už od svého dětství si procházela nadměrnými pocity strachu. Vörösová (2015) ve své literatuře uvedla, že pocitem strachu si prochází každý, kdo něco prožívá. Prvním z aspektů v životě respondentky, který lze říct, že na ní ponechal negativní dopad, byl rozvod rodičů. Z výpovědi respondentky je viditelné, že rozvod rodičů měl vliv na její psychický a sociální vývoj a vztah s rodiči. V té době neměla příliš dobré vztahy se svou matkou, což jí do budoucího života ponechalo i následky v průběhu jejího mateřství. Sýkorová (2018) se ve své práci zabývala kvalitativním průzkumem, jaký má dopad rozvod rodičů na dítě z pohledu pracovníka orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Z výpovědi respondentek došla Sýkorová k závěru, že dítě rozvodem svých rodičů ztratí pocit jistoty a bezpečí, pocit opory a lásky od svého otce a matky. Naše respondentka vypověděla, že právě rodina by měla dítěti představovat pocit bezpečí a přístav pro jeho vývoj. Podle toho lze považovat rozvod rodičů jako zásah do emočních problémů, poruch chování a budoucnosti jedince. Mohou se v nich odehrávat vnitřní potíže, a to v oblasti navazování mezilidských vztahů a sebehodnocení, které nejsou na první pohled viditelné. Tyto následky jsou později pozorovatelné v životě naší respondentky. Zároveň jedna z respondentek v průzkumu Sýkorové (2018) vypověděla, že dítě touží po úplné rodině, protože matka poskytuje dítěti více své emocionality a otec by měl rodinu zajišťovat po finanční stránce. To je ale v rozporu s výpovědí naší respondentky. Jak již bylo zmíněno, respondentka uvedla, že neměla dobré vztahy se svou matkou. Docházelo z její strany k fyzickému a psychickému týrání a otec byl pro ni naopak tou oporou, dle výpovědi respondentky hrdinou.

Druhým ovlivňujícím aspektem, který se odehrál v dětství respondentky, byla šikana na základní škole. Jednalo se o šikanu psychického a fyzického rázu ze strany chlapců. Ve své výpovědi uvedla, že na svůj věk v té době byla více rozumná a zároveň napřed od ostatních dětí. Zároveň uvedla, že pocházela z lepší sociální vrstvy, což mohlo být následkem šikany.

Jsou to ale pouze domněnky respondentky, kterými si šikanu vysvětluje. Šikana měla dopad na její psychickou stránku. V té době došlo k rozpoutání většího strachu a také rozvoji úzkosti. Matyášová (2022) ve svém kvalitativním průzkumu, došla k závěru, kde ji u jedné z hypotéz ze 172 respondentů vypovědělo 75 respondentů, že psychickými problémy trpěly, či trpí a mají přímou souvislost se šikanou, kterou si v dětství prožili. Odborný článek od Sidera et. al. (2020), který byl zaměřen na šikanu u dětí na základních školách, zahrnuje studii od Juvonema a Grahama (2014), která naznačila, že obětmi školní šikany je 9% - 25% studentů. Což je následkem velkého zdravotního problému, protože se u obětí šikany projevují depresivní symptomy, úzkost, sebevražedné myšlenky či problémy se školní docházkou a špatnými studijními výsledky. Podle těchto studií a práce lze vyvodit, že šikana má podíl na vývoji psychické stránky jedince v jeho pozdějším životě.

Dalším ovlivňujícím aspektem v životě respondentky bylo užívání drog v době dospívání. Rozvoj závislosti na drogách a její příčina se může u každého lišit. Respondentka uvedla, že před začátkem užíváním drog, začala na základní škole požívat alkohol se svojí spolužačkou, s kterou měla v té době blízký vztah. K alkoholu se přidalo také kouření cigaret a mariuhandy. Mariuhandu začala požívat v nadměrném množství a její závislost na ní se začala prohlubovat. To ji dovedlo k tomu vyzkoušet i něco jiného, než byla jen marihuana. Motiv k užívání drog se u každého jedince může lišit. Někteří jsou k tomu vedeni ze zvědavosti, jiní tomu podléhají vlivem svého okolí a někteří se snaží drogou zahnat své psychické problémy. Ve svém kvalitativním průzkumu se na příčinu drogové závislosti zaměřila Fialová (2021). Jeho průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 193 respondentů. Kde 72 z nich vyzkoušelo drogu ze zvědavosti, dalších 9 vypovědělo, že požití drogy bylo zapříčiněno vlivem okolí a 7 jich uvedlo, že důvodem užití drogy byly psychické problémy. Zbylí respondenti uvedli, že s drogou zkušenosti nemají, nebo drogu požili za účelem vyrovnat se ostatním. Naše respondentka s tvrdými drogami začala ve 14 letech. Dušek (2015) ve své literatuře uvedl, že závislým se může stát právě jedinec, který si prochází úzkostí. Podle výpovědí z průzkumného šetření od Fialové (2021) a naší respondentky, bylo viditelné, že závislími se stanou jedinci v době dospívání, kdy dochází k řadě hormonálních změn. Hormonální změny se podílí na emoční labilitě, úzkosti, pocitu ztráty jistoty a problému se sebezpřijetím. V tomto období se jedinci neumí vyrovnat se situacemi, kterými si prochází, nebo které je ovlivní.

Zpočátku bývají drogy pro jedince spásou, která je dokáže odpoutat od veškerých problémů a později naopak začnou mít negativní dopad na vzhled a psychickou stránku jedince. Z výpovědi respondentky došlo k předávkování těžkou drogou LSD, které zapříčinilo

prohloubení úzkostných stavů a rozvoj panické ataky, na které od té doby trpěla. Swendsen et. al. (1998) ve své studii zjistili, že panická porucha má tendenci se vyskytnout po užívání návykových látek. Lukáš (2022) ve své literatuře uvedl, že následkem opakovaného užívání substance, může dojít ke vzniku duševních či somatických komplikací, jako je např. deprese, psychóza. Respondentka tak začala pozorovat, že užívání těžkých drog má negativní dopad na její tělo a psychiku. To ji dovedlo k rozhodnutí s drogami přestat ze dne na den.

Přetrvávání těchto stavů vedlo respondentku k vyhledání odborné pomoci, což si zpočátku nechtěla připustit. Uvedla, že ve svém nitru se cítila poražena. Toto tvrzení prokazuje Hosák (2015) ve své literatuře, kde popsal, že jedinec s úzkostnou poruchou se odhodlává roky k tomu vyhledat odbornou lékařskou pomoc. V jedinci je to zapříčiněno studem a pocitem trapnosti. Rozhodnutí pro vyhledání odborné lékařské pomoci hodnotí respondentka zpětně jako spásu, která ji dokázala zvednout ze dna. Intenzita těchto stavů, vedla k měsíční hospitalizaci na psychiatrickém oddělení. Respondentka dle výpovědi hodnotí hospitalizaci pozitivně. Cítila se tam svá a setkala se tam s lidmi, kteří si procházeli tím stejným a nebála se tak sdílet své myšlenky a stavy. S psychoterapeutickou léčbou se pojila také farmakologická léčba, kdy propojení těchto dvou forem léčby se považuje za účinnější. To ve své literatuře uvádí také Pešek (2018), který popisuje, že kombinace farmakoterapie spolu s psychoterapií je výhodnou a dokáže tak ovlivnit i příčinu problému. Respondentka po úspěšné měsíční hospitalizaci odcházela jako znovuzrozená. I tak ale nadále pokračovala s užíváním psychofarmak, které užívá do dnes. Respondentka poukázala, jak obrovský vliv má psychoterapeutická léčba na fungování jedince a že vyhledání odborné lékařské pomoci může být pro jedince tou největší záchranou, která ho dokáže dostat ze dna.

Po hospitalizaci, začala respondentka žít svůj milostný život se svým současným partnerem. Po měsíci od hospitalizace otěhotněla. Vypověděla, že v tu dobu neprobíhala žádná podpora od rodiny a neměla se svým partnerem zřízené zázemí pro výchovu dítěte. Dovedlo ji to k rozhodnutí podstoupit interrupci. Interrupce může mít také negativní dopad na psychickou stránku ženy. Rozmilerová (2018) se ve svém kvalitativním průzkumném šetření, snažila zjistit informovanost žen na téma interrupce a její následky. Kvalitativního průzkumu se účastnilo celkem 8 žen. Jedna z respondentek uvedla, jak vážným způsobem může interrupce ovlivnit a narušit psychiku ženy. Druhá z respondentek rozšířila výpověď o narušené psychice, která se poté může projevovat i v běžném životě ženy, jako např. silné výčitky svědomí, odpor k pohlavnímu styku či odpor a nenávisť k sobě samé. Z výpovědi naší respondentky k žádnému narušení psychiky nedošlo. Ba naopak, spolu se svým partnerem dosáhli motivace k tomu se

osamostatnit, postavit se na vlastní nohy a vybudovat si tak dobré zázemí pro další těhotenství. Podle toho lze usoudit, že interrupce se může na ženách podepsat rozdílným způsobem, ať už pozitivně, tak i negativně.

Průzkumná otázka: Jak prožívala žena s touto poruchou průběh těhotenství, porodu a šestinedělí?

Partner respondentky uvedl, že měla průběh těhotenství jako na houpačce. Vyskytovaly se chvíle, kdy převládaly pozitivní stránky nad negativními, ale někdy naopak nastaly momenty bezmoci. Na tento výrok poukázal také Binder (2020). Ten uvedl, že každá žena prožívá své těhotenství jinak.

Velkou obavu v těhotenství tvořila medikace, kterou v té době respondentka užívala. Její strach mohl pramenit z obavy působení medikace na plod. Respondentka chtěla zpočátku medikaci vysadit úplně, což nemělo dlouhé trvání do chvíle, kdy se objevily stavy deprese a úzkosti. Respondentka tyto úzkosti popsala jako do té doby neznámé. Vypověděla, že v tu dobu si sáhla na úplné dno. Zároveň ji ale těhotenství dělalo šťastnou. V rámci těhotenství je důležité zvolit správná psychofarmaka, která se s těhotenstvím slučují. Svou léčbu začala respondentka ihned konzultovat se svojí psychiatrickou. Tašková (2022) ve svém odborném článku uvádí, že bezpečnou a vhodnou volbou pro léčbu úzkostných poruch v těhotenství jsou léky ze skupiny SSRI. Z této skupiny antidepresiv SSRI respondentka začala užívat mirtazapin na doporučení její psychiatricky. Heather (2015) se ve svém článku zabýval užíváním SSRI během těhotenství. V tomto článku se odkazuje na studii od Gentila (2005), který tvrdí, že mirtazapin není vhodným přípravkem první linie u léčby deprese těhotných žen. To je ale v rozporu s výpovědí respondentky, která uvedla, že mirtazapin užívala po celou dobu těhotenství a měl pozitivní vliv na její psychický stav.

U respondentky v průběhu těhotenství docházelo také k tělesným změnám, kterými si prochází každá těhotná, ale u každé jsou tyto změny odlišné. Tělesné změny ale byly dle slov respondentky výrazné. Největší změnou byl váhový přírůstek, s kterým se smířovala velmi těžce. Byl to jeden z faktorů, který měl vliv na psychiku a sebevědomí respondentky. To uvedl také její partner. Ten se ale dle jeho výpovědi snažil respondentku povzbuzovat. Říkal ji, že se to všechno spraví, ale dle jeho slov to nemělo žádný význam. Se změnami v těhotenství hraje významnou roli sebeúcta a sebepojetí. Některé těhotné ženy svůj vzhled během těhotenství přijmou takový, jaký je a některé naopak se svým vzhledem bojují, jako naše respondentka. Při porovnání s kvalitativním průzkumem od Vaňkové (2022), lze říci, že každá těhotná žena

vnímá svou sebeúctu a sebepojetí jinak. Jedna z respondentek tohoto průzkumu uvedla, že byla naopak překvapená až smutná z toho, že se její váhový přírůstek nijak nezměnil. Druhá respondentka v tomto průzkumném šetření, zmínila svou vděčnost svému tělu za to, jak to všechno samo zvládá a že díky těhotenství byla schopna přijmout sama sebe a došlo tak i ke zvýšení jejího sebepřijetí. Podle těchto výroků je zřejmé, že těhotné ženy mají rozdílné pohledy na změny, které ovlivnily jejich těhotenství a mění se tak i jejich status k sobě samé. Tyto změny se odrazily také na mezilidských vztazích naší respondentky. Partner respondentky uvedl, že se jí utvářely obavy z jejího okolí. To následně vypověděla i sama respondentka, která uvedla, že po celou dobu těhotenství se jí v hlavě honily myšlenky typu, co si kdo o ní myslí, nebo co si o ní říkají. Tyto myšlenky mohly být odpovědí na to, jaké vztahy měla naše respondentka se svým okolím před samotným těhotenstvím.

Průběh těhotenství byl také věnován porodu, na který se respondentka dle jejich slov těšila. Každá těhotná žena má utvořenou představu o tom, jak by chtěla, aby její porod probíhal. Respondentka si zjišťovala veškeré informace o porodu. Zdrojem informací byly odborné literatury a kurz jemného zrození, kterého se sama zúčastnila. Vrbová (2022) se ve svém kvalitativním průzkumu zaměřila na rozdíl mezi očekáváním prvorodičky a realitou u porodu. Snažila se zjistit, jaké zdroje informací v rámci těhotenství a porodu využívají. Průzkumného šetření se účastnilo celkem 6 žen. Dvě respondentky uvedly, že si nic nezjišťovaly a jedna z nich o to nejevila žádný zájem. Další dvě respondentky získaly informace od zdravotnického personálu. Zbylé dvě respondentky se nějakého kurzu zúčastnily. Jedna z nich se ztotožňuje s výpovědí naší respondentky, která uvedla, že se zúčastnila kurzu jemného zrození. Naše respondentka si vlivem získaných informací stanovila, co chce pro sebe a co chce pro své dítě. Z těchto výroků je patrné, jak některé těhotné ženy nechávají svému porodu volný průběh a některé k němu zaujímají aktivní postoj.

Jedním z hlavních přání respondentky bylo přivést své prvorozené dítě na svět spontánní cestou. Nepřipouštěla si, že by měla porodit císařským řezem. Skutečnost se ale může stát jinou v porovnání s očekáváním těhotné ženy. Na respondentku byl na konci těhotenství kladen nápor ze strany zdravotnického personálu k urychlení porodu. Respondentka uvedla, že jí byl doporučen pohlavní styk s jejím partnerem, což pro ni v té době nepřipadalo v úvahu. Bránilo jí v tom její sebevědomí, které bylo sníženo jejím váhovým přírůstkem. Ne všechny ženy dokáží v průběhu těhotenství žít sexuálním životem. To potvrzují respondentky v kvalitativním průzkumu od Vaňkové (2022). Respondentky tohoto kvalitativního průzkumu uvedly, že si připadaly nepřitažlivé. Tyto výroky se shodují se studií od Staruch (2016), která se zabývala

návyky žen během třetího trimestru těhotenství v porovnání s jejich sexuální aktivitou před těhotenstvím. Tato studie zahrnuje celkem 149 žen. Výsledky studie poukazují na snížení frekvence pohlavního styku, která klesla na 86,6% a z toho téměř polovina žen uvedla, že se v průběhu těhotenství cítily méně atraktivní. Z těchto výroků je jasné, že těhotné ženy mají problém s pohlavním stykem vzhledem k jejich sebevědomí. Naše respondentka se tak rozhodla porodu napomoci jiným způsobem. Dle její výpovědi zvolila alternativní metody. Začala se více pohybovat, pila maliník, sporýšové nápoje a jedla lněné semínko. Alternativní metody nebyly ale účinné. Respondentka byla tak nadále vystavena nátlaku ze strany zdravotnického personálu.

V současné době jsou v porodnictví známé metody k vyvolání porodu. Z jednou z nich měla zkušenost i respondentka, která podstoupila preindukci porodu. I přesto, že si přála, aby se její porod rozběhl sám bez jakéhokoliv medicínského zákroku, rozhodla se preindukci porodu podstoupit. Dle výpovědi respondentky ji k tomuto rozhodnutí přiměl zdravotnický personál tím, jaký nátlak na ní utvářel. Vichtorová (2019) svým kvantitativním průzkumem zjistila, jaké mají ženy zkušenosti s indukci a jaká byla příčina a metoda indukce jejich porodu. Z kvantitativního průzkumu bylo vyhodnoceno celkem 112 dotazníků. Kde 103 z nich uvedly, že rozuměly všem důvodům, které k indukci porodu vedly. 6 respondentek si důvod vysvětluje minimálně a zbylé 3 respondentky důvodům, proč jim byl porod indukován, nerozumějí vůbec. Naše respondentka si do současné doby nedokáže vysvětlit důvod indukce porodu, jelikož její těhotenství byly do té doby fyziologické. Výroky získané z kvantitativního průzkumu od Vichtorové a naší respondentky poukazují v určitých případech na nedostatečnou informovanost žen s indukci porodu, což může být následkem toho, proč ženy nechtějí indukci zpočátku podstoupit. Samotná preindukce respondentky měla tak zásah do přirozeného nástupu porodu, který měla vysněný jinak. Respondentce byla navrhována metoda mechanické preindukce, která spočívá v zavedení balónkového katétru (Foley) do děložního hrdla. Vaan (2023) se ve své studii zabýval účinností a bezpečností mechanických metod pro indukci porodu ve třetím trimestru. Dle této studie balónkový katétr představuje snížené riziko hyperstimulace dělohy, ale zároveň zvyšuje riziko císařského řezu. S touto metodou preindukce se začal respondentce rozbíhat porod, kdy byla následně předána do péče porodní asistentky na porodní sál.

Po porodu následovalo období šestinedělí. Každá žena období šestinedělí zvládá jinak. Záleží na tom, v jakém stavu se žena nachází. Naše respondentka byla po císařském řezu. Císařský řez měl tak zásah do prožívání období šestinedělí respondentky, která uvedla, že kdyby porodila

spontánní cestou, bylo by to jedno z jejich nejkrásnějších období. Následně uvedla, že v sobě cítila prohru, zklamání a ukradený porod. Bránilo jí to také zpočátku navázat vztah se svojí narozenou dcerou. To potvrdil i její partner, který vypověděl, že měla po porodu svědomí na nule a nemohla se s tím stále smířit.

Průzkumná otázka: Jak žena hodnotí přístup porodní asistentky při porodu?

Na porodním sále nedošlo k správnému utvoření vztahu mezi porodní asistentkou a respondentkou. Respondentka uvedla, že po příchodu na porodní sál ji ustoupily kontrakce. Vyžadovala tak od porodní asistentky rady, které by mohly napomoci zpětnému nástupu kontrakcí. Toho se ale nedočkala. Dle výpovědi respondentky si nevybavuje od porodní asistentky žádnou pomoc a ani její přítomnost na porodním boxu. Každá rodička potřebuje vnímat a cítit od porodní asistentky pocit podpory a empatie. Zároveň by měla porodní asistentka o ženu pečovat jak po fyzické stránce, tak i po stránce psychické. Toto tvrzení lze najít i v literatuře od Takácse (2015). Důležitost psychiky, podpory, uklidnění a povzbuzení zmiňuje také třináct respondentek v kvantitativním průzkumu od Štruncové (2017).

Respondentka dle jejich slov nevyžadovala od porodní asistentky tolik. Chtěla pouze jen její častější přítomnost, psychickou podporu a uklidnění. To ji ale poskytl až její partner, který poté s ní trávil čas na porodním boxu. Aune (2014) ve své studii uvádí, že porodní asistentka svou přítomností u porodu poskytuje emociální podporu, informace a vedení. Vede to k podpoře normálního porodu a snížení zásahu během porodu. Zároveň uvedla, že ženy, které vyžadují nepřetržitou přítomnost porodní asistentky během porodu, mají větší pravděpodobnost, že porodí spontánní cestou a dochází ke snížení rizika porodu císařským řezem či instrumentálním porodem. Z tohoto výroku je jasné, jak velkou roli hraje přítomnost porodní asistentky u porodu. Přítomností porodní asistentky mohlo tak v respondentce vzbudit větší zájem a podporu. S přístupem porodní asistentky se pojila také komunikace. Respondentka poslouchala negativní slova vzhledem k jejímu nepostupujícímu porodu. V ten moment poprvé respondentku napadla myšlenka, že své prvorozené dítě přivede na svět císařským řezem. Začala se uzavírat do sebe a docházelo k rozpoutání strachu.

V porodnické péči hraje velmi důležitou roli komunikace, kterou je potřebné správně aplikovat. Správnou komunikací dochází k vzájemnému budování důvěry mezi porodní asistentkou a rodičkou. Žena by se měla cítit uvolněná, a neměla by se tak bát sdílet svůj strach. Mazúchová (2022) uvádí, že pocitu uvolnění a sdílení strachu dosáhne porodní asistentka pomocí verbálních a neverbálních dovedností. Kelnarová (2014) naopak tvrdí, že neverbální

komunikaci by se mělo předejít, jelikož je veškerá pozornost upoutána na gestikulaci, výraz obličeje a slovní projev.

Verešová (2019) svůj průzkum věnovala péči o ženu s psychickou poruchou v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, kde se snažila zjistit znalosti porodních asistentek v oblasti péče o pacientky s psychickou či psychiatrickou poruchou. Průzkumného šetření se zúčastnilo šest porodních asistentek, které svou dlouholetou praxi uplatňují na porodním sále a oddělení šestinedělí. Všechny respondentky tohoto kvalitativního průzkumu kladou důraz na komunikaci. Z výpovědi naší respondentky je zřejmé, že komunikace nebyla s porodní asistentkou dostatečná. To potvrzuje i její partner, který očekával od porodní asistentky více aktivnější přístup a psychickou podporu. Při nesprávně zvolené komunikaci může dojít k rozvoji obav a úzkosti ze strany rodičky. To tvrdí i jedna z respondentek od Verešové (2019), která uvedla, že nedostatečnou komunikací nebo nevhodným vyjadřováním či křikem může dojít k rozvoji závažných psychických problémů.

S komunikací se také pojí citlivost a empatický přístup, ve kterém by mělo hrát hlavní roli vcítění se do role rodičky. Chapman (2013) popsal důležitost empatického rozhovoru a uplatnění pozitivního přístupu při komunikaci s rodičkou. Důležité je přistupovat k ženě trpělivě, projevovat snahu a jak už bylo zmíněno, je důležité uplatnit dostatečnou komunikaci. Přístup porodní asistentky k ženě s úzkostnou poruchou by se neměl nijak lišit od přístupu k ostatním ženám. To v kvalitativním průzkumu od Verešové (2019) uvedla i jedna z respondentek, která ve své praxi přistupuje k ženám s úzkostnou poruchou stejně jako k ostatním ženám. Druhá z respondentek uvedla, že si neutváří předsudky a neposuzuje ženu na základě anamnestických údajů.

12 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce měla tři cíle. Prvním cílem bylo shrnout dosavadní poznatky o úzkostných poruchách. V teoretické části byly popsány úzkostné poruchy, jejich klasifikace a léčba. Dalšími kapitolami teoretické části byla závislost a komunikace s úzkostným nemocným. Věnuji se zde také samotnému oboru porodní asistence, práci porodní asistentky a jejím kompetencím. Jak už bylo zmíněno, u ženy s úzkostnou poruchou je důležité, aby k ní porodní asistentka přistupovala s poklidem, empaticky a uplatňovala s ní dostatečnou komunikaci.

Druhým cílem bylo popsat průběh těhotenství, porodu a šestinedělí respondentky s diagnostikovanou úzkostnou poruchou jejíma očima a očima jejího partnera. Průzkumná část byla zpracována formou kvalitativního průzkumu s prvky osobní případové studie a byla rozdělena na dvě části. První část byla věnována životnímu příběhu respondentky. Tato část byla zpracována prostřednictvím narativního rozhovoru. Získané osobní dialogy byly využity jako podklad k vytvoření životního příběhu. Životní příběh poukázal na nelehký život, kterým si respondentka od svého dětství procházela. Veškeré informace, které byly získány narativním rozhovorem s respondentkou, byly tak přínosné pro utvoření druhé průzkumné části. Druhá část byla zpracována metodou tematické analýzy dat vzhledem k opakujícím se oblastem témat z životního příběhu. V této části bylo tak umožněno nahlédnout hlouběji do životního příběhu respondentky. Zároveň byl do této části také zakomponován pohled jejího partnera.

Posledním, třetím cílem, bylo zhodnotit pohled respondentky na její těhotenství a průběh porodu a zároveň zhodnotit pohled na přístup porodní asistentky. Tento cíl byl vyhodnocen z druhé průzkumné části, kde bylo možné více nahlédnout do oblasti těhotenství a porodu.

Hlavním přínosem práce bylo nahlédnout do života respondentky s diagnostikovanou úzkostnou poruchou. Práce poukázala, jak respondentka prožívala své těhotenství, porod a šestinedělí. Zároveň bylo popsáno, jak porodní asistentka přistupovala v průběhu porodu k respondentce s tímto onemocněním. Překvapil mě, jaký přístup porodní asistentka k ní zaujala. Porodní asistentky by měly ve své praxi uplatňovat dostatečnou komunikaci, psychickou podporu a empatický přístup. Zároveň by neměly utvářet předsudky a ke každé ženě by měly přistupovat stejně.

13 POUŽITÁ LITERATURA

AYERS, Susan a Richard DE VISSER. 2015. *Psychologie v medicíně*. Překlad: Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.

BARTOŠOVÁ, Miroslava. 2020. Skupinová psychoterapie podle přístupu Dasein. In: *PSYCHOTERAPIE ANDĚL – psychologické centrum* [online]. © 2020 Jan Kulháněk [cit. 2023-01-26]. Dostupné z: <https://www.psychoterapie-andel.cz/skupinova-psychoterapie-podle-pristupu-dasein/>

BINDER, Tomáš. 2020. *Nemoci v těhotenství: a řešení vybraných závažných peripartálních stavů*. Praha: Grada Publishing. 368 s. ISBN 978-80-271-2009-3.

Cook S. C., et al. 2017. Evidence-Based Psychotherapy: Advantages and Challenges. *Neurotherapeutics* [online]. PubMed.gov, 14(3): 537-545 s. [cit. 2023-01-26]. ISSN: 1878-7479. doi: 10.1007/s13311-017-0549-4.

ČESKO. Zákon č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. částka 5. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

DE VAAN Dt. M. et al., 2023. Mechanical methods for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. Copyright © 2000 - 2023 by John Wiley & Sons, Inc. All Rights Reserved. 18;10 (10) [cit. 2023-04-19]. ISSN: 1469-493X doi: 10.1002/14651858.CD001233.pub3.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, Psyché (Grada). 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.

FIALOVÁ-PECHÁČEK, Michala. *Analýza příčin vzniku drogové závislosti v rámci jednotlivých, sledovaných věkových kategorií*. Praha, 2021. Bakalářská práce, AMBIS vysoká škola a.s, Regionální rozvoj, Bezpečnostní management v regionech. Vedoucí práce Mgr. Pavel Daniš.

GENTILE, Salvatore. 2005. The safety of newer antidepressants in pregnancy and breastfeeding. *Drug-Safety* [online]. © 2023 Springer Nature Switzerland AG. 28: 137–152 s. [cit. 2023-04-19]. ISSN: 1179-1942. doi: 10.2165/00002018-200528020-00005.

- HAJDA, Miroslav, et al., 2015. Léčba generalizované úzkostné poruchy pomocí pregabalínu. *Psychiatrie pro praxi* [online]. © 2001-2023 Solen s.r.o., 16(3): 101-104 s. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/psy-201503-0006_Lecba_generalizovane_uzkostne_poruchy_pomoci_pregabalinu.php
- HÁJEK, Zdeněk, et al., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
- HEATHER, Tran a Adelaide S. ROBB. 2015. SSRI use during pregnancy. *Seminars in Perinatology* [online]. Copyright © 2023 Elsevier B. V. 39(7): 545-7 [cit. 2023-04-19]. ISSN: 1558-075X. doi: 10.1053/j.semperi.2015.08.010.
- HENDL, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 438 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HOSÁK, Ladislav, et al., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
- CHAPMAN, V., CHARLES, V., 2013. *The Midwife's Labour and Birth Handbook*. 3. issue. Blackwell: Wiley. 412 s. ISBN 978-0-470-65513-9.
- JUVONEN, Jaana a Sandra GRAHAM. 2014. Bullying in schools: the power of bullies and the plight of victims. *Annu. Rev. Psychol* [online]. 65: 159-185 s. [cit. 2023-04-19]. ISSN: 1545-2085. doi: 10.1146/annurev-psych-010213-115030.
- KATEBI, M., et al., 2017. Evaluating Midwives Communication Skills from the Perspective of Parturient Women Attending to Hospitals for Delivery. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* [online]. 5(2), s. 882-889 s. [cit. 2023-02-15]. ISSN: 2345-4792. Dostupné z: https://jmrh.mums.ac.ir/article_8019.html
- KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
- KONČELÍKOVÁ, Dana, 2020. Panická porucha – příznaky a diagnostika. *Medicína pro praxi* [online]. Solen s.r.o, 17 (2), 104-108 s. [cit. 2023-01-02]. doi: 10.36290/med.2020.020
- LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. 2022. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika: 232 znaků, příznaků a laboratorních ukazatelů ve 190 kapitolách s epilogem*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing. 1112 s. ISBN 978-80-271-2576-0.

MATYÁŠOVÁ, Veronika. *Šikana v dětství jako rizikový faktor psychických problémů v dospělosti*. Hradec Králové, 2022. Diplomová práce, Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, Ústav sociálních studií. Vedoucí práce PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

MAZÚCHOVÁ, Lucia a Andrea PORUBSKÁ. 2022. *Respekt a úcta v porodnictví*. Přeložila Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3508-0.

MINISTERSTVI ZDRAVOTNICTVÍ. 2021. Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou? In: *Ministerstvo zdravotnictví*. [online]. Praha [cit. 2023-01-28]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/>

MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. 2014. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál. Spektrum (Portál). 254 s. ISBN 978-80-262-0688-0.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3.

OREL, Miroslav. 2020. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). 432 s. ISBN 978-80-271-2529-6.

PEŠEK, Roman. 2018. *Sám sobě psychoterapeutem, aneb, Co opravdu pomáhá zvládat úzkosti a deprese: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta. 108 s. ISBN 978-80-88163-85-5.

PLEVOVÁ, Ilona. 2018. *Ošetřovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.

PRAŠKO, Ján, et al., 2019. *Skupinová kognitivně-behaviorální terapie*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). 384 s. ISBN 978-80-271-0496-3.

PROCHÁZKA, Martin. 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. 792 s. ISBN 978-80-7345-618-4.

RABOCH, Jiří, et al., 2020. *Psychiatrie*. 2., vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 468 s. ISBN 978-80-246-4604-6.

ROZMILEROVÁ, Martina. *Interrupce a její následky*. České Budějovice, 2018. Bakalářská práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta, Katedra porodní asistence. Vedoucí práce Mgr. Romana Belešová.

ROZTOČIL, Aleš. 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing. 592 s. ISBN 978-80-271-2098-7.

SIDERA, Francesc, et al., 2020. Bullying in Primary School Children: The Relationship between Victimization and Perception of Being a Victim. *Int J Environ Res Public Health*. [online]. © 1996-2023 MDPI 20;17(24): 9540. [cit. 2023-04-19]. ISSN: 1660-4601. doi: 10.3390/ijerph17249540.

STARUCH, Monika, et al., 2016. Sexual activity during pregnancy. *Neuro Endocrinol Letters* [online]. PubMed. gov 37(1): 53-8 [cit. 2023-04-19] ISSN: 2354-4716

STOŽICKÝ, František a Josef SÝKORA. 2016. *Základy dětského lékařství*. 2., vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 472 s. ISBN 978-80-246-2997-1.

SWENDSEN D. J., et al., 1998. The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Comprehensive Psychiatry* [online]. Copyright © 2023 Elsevier B. V. 39: 176-184 s. [cit. 2023-04-19]. ISSN: 1532-8384. doi: 10.1016/S0010-440X(98)90058-x

SÝKOROVÁ, Veronika. *Dopad rozvodu rodičů na dítě z pohledu pracovníka orgánu sociálně – právní ochrany dětí*. Zlín, 2018. Bakalářská práce, Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií, Specializace v pedagogice. Vedoucí práce Mgr. Lucie Blašíková.

ŠEBELA, Antonín, et al., 2018. Psychofarmaka během těhotenství – mírní nebo zvyšují riziko pro plod? Část první: antidepresivy, antipsychotika. *Psychiatrie pro praxi* [online]. © 2001-2023 Solen s.r.o., 19(1e): 282-286 s. [cit. 2023-01-14] Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201888-0002_Psychofarmaka_behem_tehotenstvi_8211_mirni_nebo_zvysuji_riziko_pro_plod_Cast_prvni_antidepresiva_antipsyc.php

ŠILHÁN, Petr, et al., 2012. Panická porucha. *Medicina pro praxi* [online]. © 2001-2023 Solen s.r.o., 9(5): 238-242 s. [cit. 2023-01-02]. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/med-201205-0009_Panicka_porucha.php

ŠTRUNCOVÁ, Daniela. *Subjektivní vnímání péče poskytované porodní asistentkou z pohledu rodičky*. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Drahomíra Filausová.

TAKÁCS, L., et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6

TALOVÁ Barbora, et al., 2014. Úzkost a úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. Psychiatrická společnost ČLS JEP, 110(1): 29-37 s. [cit. 2023-01-02]. ISSN: 1212-0383

TAŠKOVÁ, Ivana, 2022. Úzkostné poruchy a jejich léčba. *Psychiatrie pro praxi* [online]. © 2001-2023 Solen s.r.o., 23(1), e17-e27. [2023-01-02]. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/psy-202201-0014_uzkostne_poruchy_a_jejich_lecba.php

VAŇKOVÁ, Támar. *Změna potřeb u ženy v těhotenství*. České Budějovice, 2022. Bakalářská práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Katedra porodní asistence. Vedoucí práce PhDr. Drahomíra Filausová, Ph.D.

VEREŠOVÁ, Natália. *Specifika péče o ženu s psychickou poruchou v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí*. Zlín, 2019. Bakalářská práce, Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií, Katedra porodní asistence. Vedoucí práce Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela, et al., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.

VRBOVÁ, Marie. *Rozdíl mezi očekáváním prvorodičky a realitou u porodu*. Pardubice. 2022. Bakalářská práce, Fakulta zdravotnických studií, Katedra porodní asistence. Vedoucí práce Eva Welge, MSc BSc.

14 PŘÍLOHY

PŘÍLOHA A – Informovaný souhlas

PŘÍLOHA A – *Informovaný souhlas*

Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným využitím pro účely bakalářské práce: Péče porodní asistentky o ženu s diagnostikovanou úzkostnou poruchou

- Byla jsem informována o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce.
- Bylo mi sděleno, jak dlouho bude rozhovor a jaký bude mít průběh. Jsem seznámena/a s právem odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku.
- Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude vymazán. Transkripce bude přístupná pouze komisi u obhajoby bakalářské práce, jinak nikomu až na části citovány v textu práce, který bude volně dostupný online.
- Byla jsem obeznámena s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita i po skončení rozhovorů, která znemožní identifikaci mé osoby. Nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohla být identifikována.

Dávám své svolení k tomu, aby výzkumnice použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce, a některé části v ní může citovat, zvuková nahrávka a transkripce rozhovoru však bude po ukončení výzkumu smazána.

Datum:

Podpis respondenta:

Podpis výzkumníka