

# **VYSOKOŠKOLSKÉ SKRIPTÁ**

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine



## **PSYCHOLÓGIA V PÔRODNEJ ASISTENCII**

**Zuzana Škodová**

**Martin  
2018**

Psychológia v pôrodnej asistencii  
Vysokoškolské skriptá

Autor  
Mgr. Zuzana Škodová, PhD.

Recenzenti:  
Mgr. Kateřina Ratislavová, PhD., Západočeská Univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
PaedDr. Petra Lajčiaková, PhD., Katolícka Univerzita v Ružomberku, Filozofická Fakulta, Katedra Psychológie

Rukopis neprešiel jazykovou úpravou.

Všetky práva vyhradené. Nijaká časť publikácie sa nesmie reprodukovat' bez súhlasu autora.

© Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine  
Martin, 2018  
67 strán

ISBN 978-80-8187-044-6  
EAN 9788081870446

# OBSAH

## Predhovor

<b>1. Psychické zmeny u ženy v tehotenstve, psychické prežívanie pri neplodnosti a pri rizikovej gravidite.....</b>	<b>6</b>
1.1. Psychologické prežívanie tehotenstva.....	6
1.2. Faktory ovplyvňujúce prežívanie tehotenstva.....	8
1.3. Psychické zmeny u otca.....	10
1.4. Psychologická problematika rizikovej gravidity.....	10
1.4. Neplodnosť z psychologického pohľadu.....	12
 <b>2. Úzkosť v tehotenstve, úzkostné a depresívne poruchy.....</b>	<b>14</b>
2.1. Úzkosť v tehotenstve a úzkostné poruchy.....	14
2.2. Depresia v tehotenstve.....	16
2.3. Úloha pôrodnej asistentky v prevencii úzkosti tehotných žien.....	18
 <b>3. Strach z pôrodu, zvládacie mechanizmy.....</b>	<b>20</b>
3.1. Strach z pôrodu.....	20
3.2. Zvládanie obáv z pôrodu v rámci pôrodnej asistencie.....	21
 <b>4. Psychosociálne aspekty pôrodu, prežívanie ženy pri pôrode, zásady komunikácie a prístupu k rodiacej žene.....</b>	<b>24</b>
4.1. Prežívanie pôrodu a zvládanie pôrodnej záťaže.....	24
4.2. Prístup pôrodnej asistentky k rodiacej žene.....	27
4.3. Priebeh fyziologického pôrodu z hľadiska emocionálneho prežívania ženy.....	28
4.4. Psychologické aspekty pri operačnom pôrode.....	29
4.5. Bolesť pri pôrode.....	29
4.6. Význam účasti podpornej osoby pri pôrode.....	31
 <b>5. Popôrodné obdobie, adaptácia ženy na novú životnú rolu.....</b>	<b>34</b>
5.1. Psychické a telesné zmeny u ženy po pôrode.....	34
5.2. Popôrodné blues.....	35
5.3. Psychológia novorodenca.....	36

5.4. Vzťah matka- dieťa (attachment).....	38
5.5. Spôsoby podpory vzniku pozitívnej vzťahovej väzby z pohľadu pôrodnej asistencie.....	39
<b>6. Psychické ochorenia v popôrodnom období.....</b>	<b>43</b>
6.1. Popôrodná depresia.....	43
6.2. Popôrodná psychóza.....	45
6.3. Posttraumatická stresová porucha po pôrode.....	47
6.4. Úloha pôrodnej asistentky pri výskyte psychických ochorení po pôrode.....	47
<b>7. Psychosociálne aspekty perinatálnej straty.....</b>	<b>49</b>
7.1. Perinatálna strata, prežívanie ženy a proces smútenia.....	49
7.2. Prístup pôrodnej asistentky k žene pri perinatálnej strate.....	50
7.3. Psychologická problematika prerušenia tehotenstva.....	52
<b>8. Predčasný pôrod z psychologického pohľadu. Náročné materstvo- narodenie dieťaťa so zdravotným znevýhodnením.....</b>	<b>54</b>
8.1. Predčasný pôrod.....	54
8.2. Narodenie dieťaťa zo závažným zdravotným problémom: emocionálne prežívanie rodičov.....	55
8.3. Narodenie dieťaťa zo závažným zdravotným problémom: zvládacie mechanizmy.....	58
8.4. Narodenie dieťaťa zo závažným zdravotným problémom: komunikácia a prístup k rodičom.....	60
<b>9. Vybrané posudzovacie škály vhodné pre použitie v pôrodnej asistencii.....</b>	<b>63</b>
9.1. Využitie posudzovacích škál v pôrodnej asistencii.....	63

## **Predhovor**

Poznanie a porozumenie psychologického prežívania tehotnej a rodiacej ženy napomáha efektívnej komunikácii medzi pôrodnou asistentkou a klientkou, a prispieva tak k zvyšovaniu kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Základné poznatky z oblasti aplikovanej psychológie patria preto k súčasťam vzdelávania budúcich pôrodných asistentiek. Tento učebný text určený predovšetkým študentkám pôrodnej asistencie si kladie za cieľ priblížiť tie oblasti v rámci poskytovania starostlivosti v pôrodnej asistencii, kde poznanie psychologických súvislostí zohráva svoju významnú rolu. Prezentované poznatky sú zoradené v časovej nadväznosti, a zaoberajú sa psychologickými aspektami prežívania tehotenstva, pôrodu a popôrodného obdobia (s dôrazom na základný prehľad psychopatológie v tehotenstve a po pôrode). Učebný text sa venuje tiež významu vhodnej komunikácie a prístupu k rodiacej žene, rovnako ako špecifickým situáciám v pôrodnej asistencii z psychologického pohľadu (napr. situácia perinatálnej straty a narodenie dieťaťa so zdravotnými komplikáciami). Verím, že prezentované poznatky napomôžu študentkám v orientácii v psychologickkej problematike špecifickej pre pôrodnú asistenciu.

Autorka

## **1. Psychické zmeny u ženy v tehotenstve, psychické prežívanie pri neplodnosti a pri rizikovej gravidite.**

### **Študijné ciele:**

- Porozumieť tehotenstvu ako významnej životnej zmene, vedieť popísať psychologické fázy prežívania tehotenstva u budúcej matky
- Spoznať význam faktorov ovplyvňujúcich psychologické prežívanie tehotenstva, napr. veku alebo socio- ekonomických faktorov
- Popísať emocionálne prežívanie pri rizikovej gravidite, adaptívne zvládacie mechanizmy a úlohu pôrodnej asistentky
- Priblíženie psychologických aspektov neplodnosti

### **1.2. Psychologické prežívanie tehotenstva**

Otehotnenie predstavuje pre ženu zvyčajne významnú životnú zmenu, predovšetkým v prípade, že ide o prvé dieťa. Narodenie dieťaťa prináša získanie novej významnej životnej role, role matky. Zároveň často znamená dočasnú stratu alebo určité obmedzenie iných životných rolí (profesionálnej roly, stratu ekonomickej samostatnosti a prerušenie pracovnej kariéry- v prípade, že žena bola pred otehotnením ekonomicky aktívna).

V psychologickom prežívaní tehotenstva sa objavujú niektoré dôležité medzníky, ohraničujúce jednotlivé fázy psychologického prežívania tehotnej ženy a prípravy na novú životnú rolu.

<b>Fázy psychologického prežívania tehotenstva</b>	<b>Medzníky ohraničujúce jednotlivé fázy</b>
<b>1. fáza: Akceptácia</b>	1. zistenie faktu tehotenstva
	2. vnímanie prvých pohybov plodu
<b>2. fáza: Identifikácia</b>	3. dosiahnutie hranice životaschopnosti plodu
<b>3. fáza: „Stavanie hniezda“</b>	4. nástup na materskú dovolenku
	5. pôrod

**Prvá fáza akceptácie** je ohraničená zhruba na 1 trimester resp. až polovicu druhého trimestra, začína zistením faktu tehotenstva a končí prvými pohybmi plodu (18tt-20tt), ktoré matka často vníma ako významný medzník, ako prvé prejavy jej budúceho dieťaťa. Hlavnou charakteristikou prvej fázy prežívania tehotenstva je vyrovnanie sa s faktom tehotenstva a jeho prijatie. Zo začiatku môže byť postoj matky k tehotnosti ambivalentný, a to aj v prípade želanej tehotnosti. Znamená to, že pocity šťastia a radosti sa môžu striedať s určitou úzkosťou a obavami, či pochybnosťami o tom, ako zvládne novú rolu.

**Druhá fáza identifikácie** (zhruba polovica druhého trimestra, až polovica tretieho trimestra) zahŕňa obdobie od zaregistrovania prvých pohybov plodu až po dosiahnutie životaschopnosti plodu, ktoré môže byť vnímané ako významný medzník najmä v prípade rizikového tehotenstva. Ide o stabilizačné, vyrovnanejšie obdobie v porovnaní s prvou fázou. Prispieva k tomu fakt, že sa ušľachťuje hladina hormónov a končia prípadné ranné nevoľnosti. Druhá fáza je obdobím privykania si na novú životnú rolu, zmeny životného štýlu, obdobím plánovania budúcnosti.

**Tretia fáza stavania hniezda** predstavuje obdobie približne posledných 6-8 týždňov, často je zdola ohraničená nástupom na materskú dovolenku, a končí pôrodom. Hlavnou charakteristikou tohto obdobia je zintenzívnená príprava na pôrod a starostlivosť o dieťa- „stavanie hniezda“, ktoré typicky zahŕňa intenzívnu prípravu „výbavičky“ pre dieťa, úpravu domácnosti, zaobstarávanie postieľky, kočiaru a podobne, upratovanie. Môže sa objavovať určitá úzkosť a obavy z pôrodu, neistota spojená s odchodom z práce a výraznou zmenou životného štýlu a každodenného režimu (v prípade že matka pred pôrodom pracuje). V prežívaní sa môže objavovať ambivalencia, protichodné pocity: na jednej strane strach z pôrodu, na druhej strane nepohodlie spojené s vysokým stupňom tehotenstva (zvýšená únava, bolesti chrbta, nespavosť....) spôsobuje túžbu „aby už bolo potom“. Ide o kritické obdobie pre emočne labilnejšie ženy a ženy s ťažkosťami pri predchádzajúcom tehotenstve alebo pôrode; ktoré potrebujú v tomto období zvýšenú podporu a emocionálnu oporu.

Už v priebehu tehotenstva sa u ženy začína výraznejšie formovať jej budúca materská identita, sebaistota v súvislosti s materstvom a vnímanie seba ako matky. **Psychologické procesy**, ktoré sa uplatňujú v **processe vytvárania materskej identity** zahŕňajú nasledovné psychologické mechanizmy :

- **imitácia** – napodobňovanie správania iných tehotných žien a matiek, intenzívny záujem o správanie a postoje iných matiek
- **hranie rolí** – skúšanie si roly matky napr. v starostlivosti o iné deti, hranie s nimi
- **fantázia** – rojčenie, predstavy, snívanie a myšlienky o sebe ako matke, o dieťati

- **introjekcia** –zvnútorňovanie a preberanie niektorých názorov, noriem a spôsobov správania, naopak odmietanie iných spôsobov a názorov (napr. konkrétne výchovné postupy, postoje k materstvu)
- **smútenie** - uvedomovanie si životnej zmeny a akceptácia nutnosti vzdania sa niektorých oblastí života (napr. práca, záľuby).

Psychoanalytické hľadisko zdôrazňuje, že tehotenstvo je obdobím, kedy sa môžu opätovne manifestovať niektoré nevedomé staršie interpersonálne konflikty. Veľký význam v tejto súvislosti má skúsenosť ženy s vlastnou matkou a celkove s rodičovskou výchovou. **Negatívna raná skúsenosť ženy z primárnej rodiny** (najmä prípady týrania a zneužívania v detstve, ale tiež konfliktné rodinné zázemie, dysfunkčná primárna rodina, zanedbávanie, extrémne prísna výchova) môže znamenať **zvýšené riziko ťažkostí s adaptáciou na materstvo**, a výskytu psychických problémov a úzkosti v tehotenstve.

## 1.2. Faktory ovplyvňujúce prežívanie tehotenstva

Psychické prežívanie tehotenstva, akceptáciu a adaptáciu na tehotenstvo a materstvo, psychickú pohodu matky, a tiež jej postoj k budúcemu dieťaťu ovplyvňuje viacero faktorov. Medzi najvýznamnejšie môžeme zaradiť:

- (ne-) plánovanosť tehotenstva
- vek ženy
- psychická pripravenosť ženy na materstvo a osobnostná zrelosť
- celková životná situácia (socioekonomické zabezpečenie, ukončenie prípravy na povolanie, rodinná situácia....)
- reakcia partnera na fakt tehotnosti, stabilita vzťahu
- celkový zdravotný stav matky (chronické ochorenia fyzické či psychické, somatické problémy sprevádzajúce tehotenstvo)

**Z hľadiska veku** za rizikový faktor sa považuje najmä vek menej ako 20 rokov a viac ako 35 rokov. **Materstvo v adolescentnom veku**, teda u mladistvých matiek pred dosiahnutím dospelosti, je rizikovejšie z biologického hľadiska (o niečo vyšší výskyt komplikácií v tehotenstve), ale najmä zo psychosociálneho hľadiska. Optimálnym



**predpokladom** pre materstvo by malo byť **dosiahnutie nielen fyzickej, ale aj psychosociálnej dospelosti**.

Najväčším problémom je častá **osobnostná nezrelosť** mladej ženy/dievčaťa a častejšie ťažkosti s preberaním zodpovednosti súvisiacej s materstvom a výraznou zmenou životného štýlu. V tomto období zvyčajne ešte neprebehlo osamostatnenie od primárnej rodiny (psychologické, ale aj ekonomické). Problematická môže byť motivácia k tehotenstvu: často ide o neplánované/nechcené tehotenstvo, alebo môže byť tehotenstvo vnímané ako prostriedok k urýchleniu dosiahnutia dospelosti a ocenenia zo strany okolia. Predčasné materstvo môže tiež negatívne ovplyvniť prípravu na povolanie. V optimálnom prípade fakt materstva naopak urýchli proces dospievania, a matka je schopná zhostiť sa úlohy matky primerane zodpovedne. Významným faktorom v tomto kontexte je dobrá sociálna opora zo strany rodiny. Žena môže vnímať tehotenstvo ako medzník k ďalšej vývinovej úrovni, a ako definitívne potvrdenie svojej dospelosti.

**Materstvo vo vyššom veku** prináša viaceré biologické riziká (vyšší výskyt komplikácií tehotenstva, vyšší výskyt sprievodných ochorení matky, gestóz, komplikácií pri pôrode, predčasného pôrodu, potratu, vyššie riziko abnormalít plodu), zatiaľ čo zo psychosociálneho hľadiska také rizikové nie je. Staršie prvorodičky sú zvyčajne osobnostne aj emocionálne zrelšie a lepšie pripravené na materstvo po psychosociálnej či finančnej stránke. Na druhej strane však môže materstvo vo vyššom veku prinášať zvýšenú úzkosť, kde úlohu v psychickom prežívaní zohrávajú práve aj biologické faktory (vyššie riziko tehotenstva vo vyššom veku). Niekedy tiež môže byť pre ženu vo vyššom veku ťažšie vzdať sa individualistického životného štýlu, na ktorý je zvyknutá, a možností seberealizácie v iných oblastiach života.

Rizikovým faktorom je tiež **situácia osamelej matky**, teda ženy, ktorá bude dieťa vychovávať bez podpory partnera (v tejto súvislosti je potrebné poznamenať, že zaužívaný termín „slobodná matka“ právny systém SR nepozná, rozlišuje len situáciu osamelého rodiča: čiže rodiča, ktorý žije v domácnosti sám s dieťaťom- teda nie napr. situáciu nezosobášených párov žijúcich spolu). V prípade osamelej matky ide o náročnú životnú situáciu, osamelé matky majú väčší problém zosúladiť prácu a rodinu, sú viac ohrozené vyčerpaním a tieto rodiny sú tiež najviac ohrozené chudobou zo všetkých typov rodín. Problémom je aj sociálna vylúčenosť a ostrakizácia, ktorú táto situácia ešte stále prináša. **Z pohľadu pôrodnej asistentky** môže byť osamelá tehotná žena zraniteľnejšia, je teda potrebný citlivejší prístup. V rámci prípravy na pôrod je vhodné prebrať otázku sociálnej opory, socioekonomického zabezpečenia a praktickej pomoci matke v tehotenstve a najmä po pôrode; a v prípade ťažkej

životnej situácie sprostredkovať kontakt na organizácie pomáhajúce osamelým matkám. U tehotnej osamelej ženy je tiež zvýšené riziko úzkostných a depresívnych problémov - v takom prípade je potrebné odporučiť kontakt na odborníka. Je tiež vhodné citlivo prediskutovať otázku podpornej osoby pri pôrode (informovať o možnosti duly alebo inej podpornej osoby).

### 1.3. Psychické zmeny u otca

Aj pre otca zvyčajne tehotenstvo partnerky prináša zmeny v životnej role, nutnosť prijatia vyššej miery zodpovednosti, a značnú zmenu životného štýlu. Ako sa s týmito faktami muž vyrovná, závisí najmä od jeho osobnostnej zrelosti a celkovej životnej situácie (vek, želanosť tehotenstva, kvalita partnerského vzťahu, finančné zabezpečenie). Veľmi zriedkavo sa môže objaviť u muža až „syndrom couvade“ (z fr.: liahnúť sa): teda podobné somatické problémy, ako u tehotných žien (priberanie, nevoľnosť, výrazný apetít, bolesti hlavy, hormonálne zmeny...). Základným mechanizmom je v tomto prípade identifikácia s prežívaním blízkej osoby, ale tiež somatizácia úzkosti, častejšie sa objavuje u mužov, ktorí sú príliš angažovaní, príliš prežívajú stres a majú nízku osobnostnú zrelosť. Opačným extrémom je neschopnosť prijať tehotenstvo partnerky pozitívne, prípadne až odmietanie tehotenstva. Rovnako ako u ženy, aj u nastávajúceho otca sa môžu objaviť v súvislosti s faktom tehotenstva aj ambivalentné pocity, najmä **obavy zo straty predchádzajúceho spôsobu života** a prijatia zodpovednosti; môžu sa tiež objaviť **pochybnosti o svojich otcovských schopnostiach, strach zo zlyhania, či pocit vyčlenenia**, zbytočnosti (najmä pokiaľ muž, resp. jeho okolie vníma narodenie dieťaťa ako výlučne ženskú záležitosť). Určitá miera ambivalentných pocitov je prirodzená, ale ak prevládajú nad radostnými a pozitívnymi pocitmi, alebo ak sa u muža objavuje **žiarlivosť na dieťa** či **odmietanie tehotenstva**, resp. dieťaťa, je potrebné o probléme komunikovať a hľadať riešenia.

### 1.4. Psychologická problematika rizikovej gravidity

Riziková gravidita so sebou často prináša okrem obmedzení v aktívnom živote a pracovnej aktivite pre ženu tiež určitú psychologickú záťaž. Typickými znakmi emocionálneho prežívania bývajú pocity **úzkosti** a stresu, **obavy** o zdravotný stav a o výsledok tehotenstva. Ženu môžu trápiť pochybnosti o tom či dopadne všetko dobre, a strach z predčasného pôrodu. Objaviť sa môžu aj pocity **hnevu**, zlosť sprevádzajúca nutnosť

obmedzenia rôznych aktivít, hnev sa môže obrátiť voči dieťaťu i voči partnerovi alebo iným osobám. Riziková graviditu môžu zo psychologického hľadiska sprevádzať tiež pocity viny a vlastnej neschopnosti (kvôli nemožnosti mať „normálne“ tehotenstvo) a pocit menejcennosti.

V súvislosti s rizikovým tehotenstvom sa môže prejavovať aj **kríza v partnerskom vzťahu**. Je dôležité, či partner je v tejto situácii žene oporou a dokáže akceptovať fakt, že musí na seba prebrať napr. domáce povinnosti, nutnosť dodržiavať liečebný režim partnerkou, obmedzenie sexuálnej aktivity či sociálnych kontaktov. V oblasti sexuálneho života je vhodné pri lekárom odporúčenej nevhodnosti vaginálneho styku využiť alternatívne sexuálne techniky pre zachovanie vzájomnej intimity páru.

**Úlohou pôrodnej asistentky** je pravidelné sledovanie stavu vrátane psychického stavu pacientky, edukácia ženy, zabezpečenie predpôrodnej prípravy, emocionálna podpora, v prípade depresívnych a úzkostných stavov odporúčenie odbornej psychologickéj pomoci, a tiež podporovanie pozitívnych copingových stratégií.

<b>Medzi pozitívne copingové stratégie možno zaradiť:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• zachovávanie <b>sociálnych kontaktov</b> (neizolovať sa, zorganizovanie návštev v domácom prostredí, umožniť partnerovi účasť na rodinných a iných akciách aj bez partnerky, nahrávať, fotografovať priebeh akcie pre partnerku...)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• snaha o <b>aktívne trávenie času</b> (knihy, ručné práce, filmy, online štúdium, sociálne siete)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• dôležitá je <b>príprava na pôrod</b>, ktorá môže zahŕňať <b>odborné</b> online informácie, individuálne odborné poradenstvo v domácom prostredí, účasť partnera na kurze psychoprofylaktickej prípravy</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>vyhľadávanie sociálnej opory</b>: pomôcť môže kontakt s inými ženami alebo párami s rovnakým problémom, je tiež možné využiť profesionálnu psychologickú podporu, či duchovnú podporu. V prípade nutnosti obmedzenia aktivity a kľudu na lôžku, či dlhodobejšie hospitalizácie, sa realitou pre ženu stáva aj určitá miera sociálnej izolácie- preto veľký význam pri psychickej podpore ženy zohráva partner a takisto širšia sieť sociálnej opory.</li> </ul>

V prípade dlhodobej hospitalizácie zohrávajú negatívnu úlohu ohrozujúcu psychickú pohodu ženy rizikové **faktory ústavného režimu**: najmä nečinnosť, obmedzenie bežných

aktivít a sociálnych kontaktov. Tieto problémy môžu vyústiť do emočnej, senzomotorickej a sociálnej deprivácie, a následne do maladaptívnych reakcií na záťaž: ako je regresia, depresívne prejavy, uzavretosť a apatia alebo naopak hostilné právanie. **Úlohou pôrodnej asistentky** je pokúsiť sa režim čo najviac priblížiť bežným podmienkam života ženy, sledovanie sociálnej atmosféry na izbách pacientiek, poskytovanie jednotných informácií všetkým pacientkam, diskretnosť a empatický prístup. Je potrebné zabezpečiť stimuláciu psychiky ženy, čo najviac kladných vplyvov: návštevy príbuzných, podnetné prostredie. Pokiaľ je to možné, sprostredkovať tiež podpornú psychoterapiu.

#### **1.4. Neplodnosť z psychologického pohľadu**

Zistenie diagnózy neplodnosti, resp. dlhodobá neúspešná snaha páru o otehotnenie, môže byť pre ženu výraznou stresujúcou situáciou, ktorá môže vyvolať **pochybnosti o sebe**, o vlastnej ženskosti, **sklamanie, pocity hnevu, úzkosti či smútku**. Môžu sa tiež objaviť pocity závidi voči párom s deťmi, pocity viny a iracionálne sebaobviňovanie, ale tiež obviňovanie partnera, zdravotníckeho personálu, či „vyššej moci“ z nespravodlivosti. Psychické dopady diagnózy neplodnosti sa tiež môžu prejaviť u muža, rovnako môžu vyvolať pochybnosti o svojej mužskosti, negatívne ovplyvniť sebaúctu a istotu. Psychické reakcie u ženy i muža závisia od viacerých faktorov ako sú napríklad vek, zistené alebo predpokladané príčiny diagnózy, primárna alebo sekundárna sterilita, a takisto od osobnostných faktorov.

Neplodnosť **ovplyvňuje tiež kvalitu párového spolužitia** a vzájomného vzťahu, môže negatívne ovplyvniť partnerský život (objavia sa hádky, napätie, obviňovanie), rizikom je v tejto súvislosti rozdielne vnímanie problému a rozdielne zvládanie záťažovej situácie z pohľadu muža a ženy. Veľmi často problémy s počatím zasahujú do sexuálneho života páru (nutnosť plánovania, vytráca sa spontánnosť a radosť). Diagnóza neplodnosti však môže pár naopak aj spojiť v spoločnom úsilí a túžbe po dieťati.

**Úlohou pôrodnej asistentky** je emocionálna podpora a edukácia. Pokiaľ pár podstupuje liečbu, vhodné je upozornenie na kolísanie nálad ako bežnú súčasť liečby (pri hormonálnej stimulácii), upozornenie na dôležitosť komunikácie v páre a upozornenie na možnosť odbornej pomoci (psychológ, podporná skupina).

### **Použitá literatura:**

- Bašková M.: Metodika psychofyzické přípravy na porod, Praha: Grada, 2015, ISBN: 978-80-247-5361-4
- Dušová B., Tulisová M.: Kvalita života žen v těhotenství po spontánním a umělém oplodnění, Ošetrovatelství a porodní asistence, 2011, 2(3): 264-271.
- Gilbert E.: Manual of High Risk Pregnancy and Delivery, 5th Edition, St.Louis: Mosby Elsevier, 2011, ISBN: 978-0-323-07253-3
- Komačková G., Škodová Z.: Psychická pohoda u žien neplodnosťou, Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia, 2013, 11(4):Supl.16 -19.
- Leftwich H.K., Alves M.V.: Adolescent Pregnancy. Pediatric Clinics of North America, 2017, 64(2):381-388.
- Ratislavová K.: Aplikovaná psychologie- porodnictví, Praha: Area, 2008, ISBN 978-80-254-2186-4.

## **2. Úzkosť v tehotenstve, úzkostné a depresívne poruchy.**

### **Študijné ciele:**

- Poznanie najčastejšie sa vyskytujúcich úzkostných porúch v tehotenstve, ich hlavné prejavy a rizikové faktory vzniku
- Popísanie špecifik výskytu depresie v tehotenstve
- Definovanie úlohy pôrodnej asistentky v prevencii úzkosti u tehotných žien

### **2.1. Úzkosť v tehotenstve a úzkostné poruchy**

Hoci je tehotenstvo fyziologickým procesom, pre organizmus ženy je obdobím zvýšenej fyzickej a psychickej záťaže. Zmeny hormonálnych hladín spolu s blížiacou sa zásadnou životnou zmenou, akou je materstvo, často spôsobujú u ženy psychické zmeny a emocionálnu rozkolísanosť. Vyskytovať sa môžu aj občasné pocity úzkosti. Je potrebné rozlišovať medzi bežnou (miernou a občasnou) úzkosťou z tehotenstva, pôrodu a následnej starostlivosti o dieťa; a úzkosťou ako psychopatologickým symptómom psychického ochorenia, ktoré sa môže u tehotnej ženy objaviť.

#### **Rozlišujúce znaky toho, že môže ísť o úzkosť ako symptóm úzkostnej poruchy:**

- keď sú symptómy úzkosti tak závažné, že ženu obťažujú a zasahujú do jej bežného života, keď ovplyvňujú jej bežné každodenné aktivity
- rovnako je dôležitým znakom fakt, ak príznaky úzkosti žene znemožňujú tešiť sa z tehotenstva
- tiež keď príznaky úzkosti ona sama, alebo jej okolie vníma ako výrazne problematické

Rizikovými faktormi pre rozvoj úzkostnej poruchy v tehotenstve sú:

- 1. Prítomnosť psychickej poruchy v anamnéze** (hlavne depresia, úzkostné poruchy, poruchy spánku, poruchy príjmu potravy, PMS, poruchy osobnosti)
- 2. Problematické predchádzajúce tehotenstvo a pôrod** v anamnéze (perinatálna strata, spontánny potrat, rizikové tehotenstvo, predchádzajúci komplikovaný pôrod)
- 3. Stresujúce faktory spojené s tehotenstvom** (napr. rizikové tehotenstvo, gestózy...) alebo chronickým ochorením ženy (napr. tehotenstvo pri cukrovke, neurologických ochoreniach...)

**4. Rizikové psychosociálne faktory** (vzťahové problémy, nedostatočná sociálna opora, finančné problémy, osobnostná nezrelosť ženy a nepripravenosť na tehotenstvo, nechcené tehotenstvo)

V prípade psychických porúch v tehotenstve môže ísť buď o poruchu, ktorá sa objaví prvýkrát v tehotenstve (tehotenstvo pôsobí ako spúšťač u predisponovanej ženy), alebo o relaps už jestvujúcej poruchy. Plánovanie tehotenstva u ženy trpiacej psychickou poruchou sa odporúča na obdobie dlhodobejšej remisie, pričom je potrebné sledovanie psychického stavu počas tehotenstva (pravidelné kontroly u psychiatra).

Medzi **najčastejšie psychické poruchy**, ktoré sa vyskytujú vo všeobecnej populácii, a tiež s ktorými sa najčastejšie stretneme aj u žien v tehotenstve, patria **úzkostné poruchy a poruchy nálady (depresívne ochorenie)**.

K najbežnejšie sa vyskytujúcim <b>úzkostným poruchám</b> zaraďujeme nasledovné diagnostické kategórie:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Generalizovaná úzkostná porucha</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Panická porucha</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Špecifické fobie (v súvislosti s tehotenstvom tokofóbia- patologický strach z pôrodu)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• OCD: Obsedantne kompulzívna porucha</li></ul>

Pre **generalizovanú úzkostnú poruchu** je typická **celodenná úzkosť, nervozita, podráždenosť, zvýšená pohotovosť k výčitkám a nariekaniu, neschopnosť si oddýchnuť, sústrediť sa, plánovať**. Typickým príznakom sú neustále prítomné starosti a obavy v rôznych oblastiach. Časté sú tiež fyzické príznaky úzkosti (chvenie rúk, pocit dusenia sa, pocit zvierania v krku, nevoľnosť, ťažkosti s dýchaním, búšenie srdca...).

**Panická porucha** sa prejavuje **náhlymi záchvatmi veľmi intenzívneho strachu** s masívnymi vegetatívnymi príznakmi (pocit dusenia, bolesť na hrudi, potenie, nauzea). Pri panickom záchvate prežíva človek mimoriadne intenzívny strach, môže mať pocit že umiera, že má infarkt, alebo že „zošalie“. Môžu sa tiež objavovať pocity derealizácie (známe prostredie sa zdá byť zrazu cudzie; človek vníma svoje okolie skreslene, inak ako zvyčajne) a depersonalizácie (pocit odcudzenia, akoby človek nebol sám sebou, pocit vystúpenia z vlastného tela a pozorovania samého seba ako cudzej osoby). Frekvencia záchvatov býva rôzna, od občasných až po každodenné, typická je anticipačná úzkosť medzi 2 záchvatmi (strach z ďalšej epizódy).

Pre OCD, teda **obsedantne kompulzívnu poruchu** sú typické obsesie a kompulzie, ktoré sú obťažujúce a znemožňujú, resp. sťažujú, bežné fungovanie. Pod pojmom **obsesia** chápeme nutkavé, vtieravé, obťažujúce myšlienky s negatívnym obsahom (časté sú paranoidné myšlienky, strach z prenasledovania, strach že mi niekto chce ublížiť; môžu sa tiež objavovať vtieravé myšlienky nabádajúce k ublíženiu dieťaťu- hoci vedome si matka nič také neželá). **Kompulzie** sú nutkavé správania, rituály- často sa týkajú čistotnosti alebo poriadku (extrémne časté a dôkladné umývanie rúk, sprchovanie, excesívne upratovanie, nutkavé zarovnávanie vecí...). Kompulzie sú ochranou pred silnou úzkosťou, ktorá je pri OCD prítomná, pokiaľ človek z nejakého dôvodu nemôže rituály vykonať, alebo niečo naruší zaužívaný poriadok, zažíva extrémnu úzkosť. Rituály často zaberajú veľmi veľa času (niekoľko hodinové sprchovanie, umývanie rúk 20 krát za sebou....) a narúšajú normálne fungovanie človeka.

## 2.2. Depresia v tehotenstve

Celoživotná **prevalencia depresie vo všeobecnej populácii** je 10-15 %, spolu s úzkostnými poruchami a závislosťami sú to najčastejšie sa vyskytujúce psychické poruchy. Ženy trpia depresiou častejšie ako muži. Trend výskytu depresívnych porúch je stúpajúci, a spolu s kardiovaskulárnymi ochoreniami majú v súčasnosti najzávažnejší negatívny ekonomický dopad. Pre depresívne ochorenia je typické, že mnohé prípady zostávajú nediagnostikované, veľa pacientov s touto poruchou teda nedostáva adekvátnu liečbu. Tak ako v prípade väčšiny psychických porúch, aj v prípade depresie sú **príčiny depresívneho ochorenia** multifaktoriálne, čiže na vzniku sa podieľajú viaceré faktory.

**V etiológii väčšiny psychických porúch, vrátane depresie, zohráva úlohu vzájomná súhra genetickej predispozície, faktorov perinatálneho vývinu, a psychosociálnych vplyvov prostredia.**

Za bezprostrednú príčinu depresie sa v súčasnosti považujú **zmeny v biochemickej rovnováhe v mozgu** (najmä metabolizmus serotonínu, dopamínu, noradrenalínu), ktoré sprevádzajú viaceré ďalšie prejavy na biologickej úrovni: zmeny v imunitnom systéme, endokrinologické zmeny, zvýšená zápalová aktivita, narušenie biorytmu.



<b>Rizikové faktory prispievajúce k vzniku depresie:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>genetické faktory</b>, hereditárna záťaž</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>somatické ochorenia</b>- depresia je výrazne častejšia u ľudí s chronickým ochorením</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>psychosociálne rizikové faktory</b>: závažný stres, strata blízkej osoby, resp. akákoľvek významná strata, strata rodiča v detstve, zneužívanie/týranie v detstve, užívanie psychoaktívnych látok</li> </ul>

**Depresia v tehotenstve** sa prejavuje viac menej identicky ako pri klasickej depresii, o niečo častejšia môže byť larvovaná forma (keď sú vyjadrené len somatické symptómy, pacient vedome neprežíva pocity smútku či beznádeje inak typické pre depresiu). Depresia je pomerne často sa vyskytujúca porucha v tehotenstve, odhady výskytu sa rôznia, ale podobne ako pri popôrodnej depresii sa pohybujú od 10 až do 20% tehotných žien. **Typickými príznakmi** depresie sú smútok, úzkosť, strach zo samoty, náladovosť, strata radosti (**anhedónia**) a neschopnosť tešiť sa z tehotenstva. Vo vzťahu k dieťaťu sa častejšie objavujú ambivalentné pocity, časté sú myšlienky o vlastnej neschopnosti, beznádej, strata energie, katastrofické obavy z budúcnosti, poruchy pozornosti. Z fyziologických symptómov to môže byť nepokoj, neprimeraná vyčerpanosť, nespavosť, strata váhy, zmeny v príjme potravy.

Depresia ako psychické ochorenie sa líši od bežných stavov občasného smútku, straty nálady a energie, ktoré sa môžu vyskytnúť u každého človeka pri strese, únave, preťažení či po negatívnom zážitku. Depresia je stav, ktorý už nemožno prekonať relaxom, vyrozprávaním sa, či fyzickou aktivitou. Človeku chorému na depresiu je zbytočné radiť „aby sa tomu nepoddával“ a „vzchopil sa“; je potrebná odborná liečba. Pri ťažkej depresii je výrazne zvýšené riziko suicídia (samovraždy).

**Terapiu úzkostných a depresívnych porúch** predstavuje zvyčajne kombinácia farmakoterapie a psychoterapie. Podávajú sa anxiolytiká- lieky proti úzkosti, a antidepresíva (často z kategórie SSRI: Selective Serotonine Reuptake Inhibitors). Moderné antidepresíva chýbajúce látky mozgu priamo nedodávajú, ale postupne vyrovňávajú chemickú nerovnováhu v mozgu, ktorá je biologickou príčinou depresie. Z tohto dôvodu sa ich účinok neprejaví ihneď, ale až po 1- 2 týždňoch užívania, prípadne aj dlhšie. Tieto lieky nemenia zásadným spôsobom osobnosť človeka, ovplyvňujú len emocionálne reakcie a náladu. Riziko vzniku závislosti je veľmi nízke, a väčšina antidepresív výraznejšie neobmedzuje činnosti vyžadujúce pozornosť ako napr. riadenie vozidla. V prípade podávania psychofarmák v tehotenstve je

nutné aby erudovaný profesionál-psychiater zvážil pomer benefítov a rizík, a zvolil vhodný typ lieku z kategórie nízkorizikových psychofarmák v tehotenstve.

### **2.3. Úloha pôrodnej asistentky v prevencii úzkosti tehotných žien**

Diagnóza aj terapia úzkostných a depresívnych porúch patria do kompetencie odborníka na duševné zdravie, najmä psychiatra.

**Úlohou pôrodnej asistentky je pri podozrení na úzkostnú poruchu, alebo depresiu u tehotnej ženy odporučiť alebo sprostredkovať tehotnej žene odborné vyšetrenie (psychiater, príp. klinický psychológ).**

**Na možnosť vzniku psychickej poruchy je potrebné pamätať najmä u žien, u ktorých sa vyskytujú rizikové faktory** spomínané vyššie: prítomnosť psychickej poruchy v anamnéze, problematické predchádzajúce tehotenstvo alebo pôrod, stresujúce faktory spojené s tehotenstvom (rizikové tehotenstvo alebo rôzne ochorenia matky), rizikové psychosociálne faktory (najmä nedostatočná sociálna opora).

Pokiaľ nejde o úzkosť ako prejav psychickej poruchy, ale len miernejšie obavy v súvislosti s tehotenstvom; pomôže analýza obáv tehotnej ženy; a zvýšená emocionálna podpora zo strany okolia. Je dôležité aby žena svoje obavy otvorene vyjadrila, a aby tieto obavy neboli bagatelizované. Potrebné je poskytnutie odborných informácií, analyzovanie obáv, vysvetlenie, rovnako ako empatický prístup, vyjadrenie pochopenia a povzbudenie. **Úlohou pôrodnej asistentky** v prevencii úzkosti u tehotných žien je preto najmä poskytovanie odborných informácií či už individuálne, alebo v rámci predpôrodných kurzov a poskytnutie emocionálnej podpory.

**Predpôrodná príprava** by mala vždy obsahovať aj **odporúčania pre psychohygienu**, v rámci nich je vhodné odporúčať prehodnotenie priorít (byť dobrou matkou, resp. budúcou matkou, nemusí znamenať byť dokonalá). Je potrebné zdôraznenie potreby oddychu, spánku, neprepínanie síl a vyhýbanie sa nadmernému stresu. Pri fyziologickom tehotenstve je však tiež dôležitá podpora aktívneho života, primeraného pohybu, vyvracanie mýtov o tom, čo všetko „nesmie“ tehotná robiť (práca s rôznymi mýtmami a chybnými presvedčeniami sprevádzajúcimi tehotenstvo- nahrádzanie odbornými informáciami).

### **Použitá literatúra:**

- Bašková M., Struhárová P.: Psychoprofylaktická príprava na pôrod- efektivita a význam v pôrodnej asistencii, Ošetrovatelství a porodní asistence, 2010, 1(3): 83-88.
- Izáková Ľ.: Duševné zdravie počas tehotenstva a po pôrode, Psychiatrie praxi, 2013; 14(4): 161–163.
- Marsalová A.: Podávanie psychofarmák počas gravidity- Antidepresíva a anxiolytiká, Psychiatrie pro prax, 2009; 10(1):8-11.
- Mohr P.: Poporodní psychické poruchy, in: Takács L., Sobotková D., Šulová L. a kol.: Psychologie v perinatální péči, Praha: Grada, 2015, ISBN 978-80-247-5127-6.
- Talová B., Látalová K., Praško J., Mainerová B.: Úzkost a úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu, Česká a slovenská Psychiatrie, 2014; 110(1): 29–37.
- Vágnerová M.: Současná psychopatologie pro pomáhající profese, Praha: Portál, 2014: ISBN 978-80-262-0696-5.

### 3. Strach z pôrodu, zvládacie mechanizmy.

#### Študijné ciele:

- Identifikovanie zdrojov obáv z pôrodu, definícia strachu z pôrodu a tokofóbie
- Poznanie možných následkov strachu z pôrodu
- Definovanie opatrení na zníženie strachu z pôrodu

#### 3.1. Strach z pôrodu

Medzi najčastejšie **zdroje obáv** z pôrodu u tehotných žien patria: nedôvera k pôrodnickemu personálu, strach z neznesiteľnej bolesti, strach z dlhého, komplikovaného pôrodu, strach z operačného pôrodu, strach z nástihu a šitia, strach zo straty sebaovládania, strach z vlastnej neschopnosti („nezvládnem to“), strach zo svojej smrti, alebo smrti dieťaťa, alebo poškodenia dieťaťa počas pôrodu. Určitá miera strachu a obáv je pomerne bežná, výskumné zistenia udávajú, že približne u 20-25% tehotných sa objavuje stredný až výrazný strach z pôrodu, a 5-10% žien zažíva chorobný strach z pôrodu- ktorý nazývame tokofóbiou.

**Tokofóbia** (patologický strach z pôrodu) sa v kategorizácii duševných porúch zaraďuje k fobickým poruchám: špecifickým fóbiám. Pokiaľ je strach z pôrodu prítomný u ženy, ktorá predtým nerodila (zvyčajne už od dospievania, alebo sa môže výraznejšie prejavovať až v tehotenstve), hovoríme o primárnej tokofóbii. Pokiaľ je strach následkom traumatickej skúsenosti s predchádzajúcim pôrodom, hovoríme o sekundárnej tokofóbii. Výrazný strach z pôrodu môže viesť až k vyhýbaniu sa tehotnosti aj napriek silnej túžbe mať dieťa.

<b>Medzi rizikové faktory strachu z pôrodu patria nasledovné skutočnosti:</b>
• primipara
• predchádzajúci komplikovaný pôrod (napr. akútna sekcia, kliešťový, nepostupujúci- ale najmä ak je <b>subjektívne</b> vnímaný ako bolestivý, ťažký...),
• rizikové tehotenstvo, dlhá snaha o otehotnenie, umelé oplodnenie
• viacplodová tehotnosť alebo nepravidelná poloha plodu
• chronické ochorenie matky (aj psychické)
• negatívna predchádzajúca skúsenosť s prístupom personálu
• perinatálna strata v anamnéze

Strach z pôrodu sa prejavuje formou intenzívnejších obáv spojených s predstavou pôrodu, žena má výrazné obavy zo zvládnutia pôrodnej situácie. Strach sa zvyčajne **stupňuje s blížiacim sa pôrodom**, často je výraznejší v treťom trimestri, resp. tesne pred pôrodom, výrazne sa môže vystupňovať so spustením pôrodnej činnosti – až na úroveň paniky (napr. po odtečení plodovej vody, začiatok kontrakcií).

Strach z pôrodu môžu sprevádzať viaceré **negatívne následky**: strach často obmedzuje a **sťažuje aktívnu účasť** ženy na pôrode, môže spôsobiť maladaptívne reakcie u ženy počas pôrodu- apatiu a neschopnosť vlastnej aktivity, alebo naopak hnev, hostilitu a úzkostné správanie. Negatívne môže tiež ovplyvniť schopnosť ženy komunikovať a spolupracovať so zdravotníckym personálom. Viaceré výskumné štúdie tiež spájajú silný strach z pôrodu s vyššou pravdepodobnosťou nepostupujúceho pôrodu, je vyššia pravdepodobnosť nutnosti pôrodných intervencií a **komplikácií** pôrodu, vyššia pravdepodobnosť operačného pôrodu. Nedôvera ženy vo vlastnú schopnosť porodiť prirodzene môže viesť k **požadovaniu operačného pôrodu** (tzv. „cisársky rez na žiadosť ženy“). Intenzívny strach takisto zhoršuje individuálne prežívanie **bolesti**, a zhoršuje celkovú **spokojnosť ženy** s pôrodom.

### 3.2. Zvládanie obáv z pôrodu v rámci pôrodnej asistencie

**V prípade intenzívnych obáv z pôrodu, resp. v prípade že aj po dostatočnej edukačnej príprave (analýza obáv, poskytnutie informácií) pretrvávajú u ženy obavy z pôrodu; je potrebné odporučiť, resp. sprostredkovať odbornú psychiatrickú alebo psychologickú konzultáciu, a to v záujme predchádzania možných negatívnych následkov intenzívneho strachu z pôrodu**

Priestor na prácu s obavami z pôrodu je najmä **v rámci psychofyzickej prípravy**. Zvládanie obáv v rámci psychofyzickej prípravy na pôrod by malo vychádzať z nasledovného postupu:

- 1. Analýza:** rozhovor, analýza obsahu strachu, čoho konkrétne sa týkajú obavy
- 2. Predstava ako prebieha pôrod:** konkrétne informácie o príjme do nemocnice, priebehu pôrodu, popôrodnom období
- 3. Priestor na otázky ženy, zodpovedanie nejasností**
- 4. Návik techník pomáhajúcich zvládať obavy**, napr. **relaxačné techniky- autogénny tréning**, vizualizácia, racionalizácia).

**Využitie relaxačných techník (napr. autogénneho tréningu) si vyžaduje špecializovaný kurz**, po absolvovaní ktorého zdravotnícky pracovník môže danú techniku uplatniť pri práci s klientkou (napr. kurz autogénneho tréningu organizovaný niektorým zo psychoterapeutických inštitútov združených v rámci Slovenskej psychoterapeutickej spoločnosti). Jednou z techník na zmiernenie strachu, ktoré sa využívajú **v rámci psychoterapie** je aj **racionalizácia a vytvorenie odstupu od strachu**. Psychoterapeut vtedy klientke odporúča, aby sa nesnažila príliš sa na strach sústreďovať, ale ani ho nepotláčať. Sústredenie sa strach môže strach upevniť a posilniť, a takisto ak ho za každú cenu chceme potlačiť, tak strach posilňujeme. Keď príde do vedomia úzkostná myšlienka, je potrebné ju zaregistrovať, uvedomiť si ju- ale zároveň si uvedomiť že strach je normálny prejav, a presmerovať pozornosť na niečo iné. Využíva sa aj technika vizualizácie (vytvorenie si detailného pozitívneho obrazu, ktorý pomáha prekonať strach; pričom do vizualizácie je potrebné zapojiť čo najviac fyzických pocitov- čo vidím, čo cítim, ako to vonia). Odporúča sa tiež konkretizácia strachu: čo presne cítim pri strachu, ako by som to opísala, k čomu by som strach prirovnala, ako by som ho nakreslila. Všetky tieto podporné techniky môžu napomôcť pri prekonávaní obáv.

<b>Konkrétne opatrenia na zníženie obáv z pôrodu:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absolvovanie <b>psychofyzickej prípravy</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vopred sa <b>oboznámiť s prostredím</b> pôrodnice</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Výber pôrodníka</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• V optimálnom prípade aj <b>výber pôrodnej asistentky</b>, ktorá ženu sprevádza prípravou na pôrod aj pôrodom</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prítomnosť podpornej osoby</b> pri pôrode (pokiaľ ide o partnera ženy, je vhodné, aby absolvoval aspoň krátku základnú prípravu)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zvážiť <b>možnosti tlmenia bolesti</b> (epidurálna analgézia)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre ženu, ktorá trpí zvýšeným strachom v súvislosti s pôrodom je obzvlášť dôležité, aby rodila <b>v prostredí, ktoré vzbudzuje dôveru</b> a pocit bezpečia, a preto <b>mimoriadne dôležitý je citlivý prístup personálu</b> (akceptovanie obáv namiesto vysmievania sa, ponižovania a kritiky, či bagatelizovania). Žena <b>vo zvýšenej miere</b> potrebuje <b>povzbudenie, podporu a ocenenie</b>. Veľmi dôležité je takisto <b>primerané informovanie</b> ženy o všetkých postupoch.</li> </ul>

### **Použitá literatura:**

- Adams S. et al.: Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. BJOG, 2012, 119(10):1238–1246.
- Andraščíková Š.: Psychológia ženy počas pôrodu, Dištančná študijná opora, Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, 2013.
- Haines et al.: The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth, BMC Pregnancy and Childbirth 2012, 12(55):1-14.
- Sydsjo G.: Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy, Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 2012; 91(1):44–49.
- Talová B. et al.: Úzkost a úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu, Česká a slovenská Psychiatrie, 2014, 110(1): 29–37.

#### **4. Psychosociálne aspekty pôrodu, prežívanie žien pri pôrode, zásady komunikácie a prístupu k rodiacej žene.**

##### **Študijné ciele:**

- Poznanie emocionálneho prežívania ženy počas pôrodu
- Ozrejmenie problematiky zvládania pôrodnej záťaže, adaptívnych a maladaptívnych reakcií
- Identifikovanie zásad komunikácie a prístupu k rodiacej žene
- Priblíženie problematiky prežívania bolesti počas pôrodu
- Identifikácia výhod a dôležitých aspektov prítomnosti podpornej osoby pri pôrode

##### **4.1. Prežívanie pôrodu a zvládanie pôrodnej záťaže**

Psychologické prežívanie a reakcie ženy počas pôrodu sú vysoko individuálne, ženy môžu prežívať pôrod veľmi odlišne aj pri rovnakom type pôrodu (prirodzený, vaginálny vs. operačný alebo komplikovaný pôrod), rôzna môže byť aj celková úroveň spokojnosti ženy s pôrodom a tiež jeho celkové hodnotenie.

**Prirodzený pôrod je výhodou** nielen z hľadiska dopadu na zdravotný stav matky a novorodenca (menej zdravotných komplikácií, rýchlejšie zotavenie ženy po pôrode, lepšia popôrodná adaptácia novorodenca, menší výskyt problémov s dojčením), ale predstavuje výhodu **aj z psychologického hľadiska**. To, ako žena prežíva pôrod, môže významným spôsobom ovplyvňovať jej ďalšie **sebahodnotenie** a sebavedomie ako matky. Pozitívny zážitok z pôrodu prispieva k ľahšej psychosociálnej popôrodnej adaptácii. Ak má žena naopak subjektívny pocit, že pôrod nezvládla, môže to negatívne ovplyvniť jej vnímanie vlastnej kompetencie ako matky, podporiť pocity nedostatočnosti, a čiastočne môže u predisponovanej ženy prispieť aj k vzniku popôrodnej depresie. Komplikovanejši môže byť v takomto prípade aj rozvíjajúci sa emocionálny vzťah matky k dieťaťu (**rozvoj attachmentu: vzťahovej väzby**).

Ako sa žena s pôrodom vysporiada, závisí od viacerých faktorov: tento proces ovplyvňujú tak individuálne predispozície ženy, ako aj viaceré vonkajšie faktory prostredia (napríklad prístup zdravotníckeho personálu, podmienky na pôrod) a tiež závisí aj od samotného priebehu pôrodu.



<b>Faktory ovplyvňujúce individuálne prežívanie ženy počas pôrodu</b>
<b>Individuálne faktory:</b>
• odolnosť voči záťaži (frustračná tolerancia)
• predchádzajúce skúsenosti s pôrodom
• priebeh tehotenstva (napr. rizikové tehotenstvo)
• aktuálny zdravotný stav organizmu
• osobnostné vlastnosti a osobnostná zrelosť
• individuálny prah bolesti
• vek
• postoj k tehotenstvu (chcené/nechcené)
<b>Vonkajšie faktory, faktory prostredia:</b>
• prístup zdravotníckych pracovníkov, spôsob komunikácie, podpora ženy
• podmienky na pôrod, prostredie pôrodnej sály
• absolvovanie prípravy na pôrod
• prítomnosť podpornej osoby
<b>Faktory pôrodu:</b>
• typ pôrodu (operačný, kliešťový, prirodzený...), komplikácie počas pôrodu
• dĺžka pôrodu
• intenzita a tlmenie bolesti počas pôrodu

Pôrod je vo svojej podstate fyziologickým dejom, napriek tomu však predstavuje pre ženu **záťažovú situáciu vyžadujúcu maximálnu mobilizáciu všetkých psychických a fyzických síl**. Pri zvládaní akejkoľvek záťažovej situácie sa môžu objaviť nielen adaptívne, ale aj maladaptívne reakcie a prejavy. Pod pojmom **adaptívne správanie** rozumieme priliehavú, situácii zodpovedajúcu, vecnú a účinnú odpoveď: teda reálne, účelné správanie, riešenie zamerané na cieľ. Pri **maladaptívnom správaní** hovoríme o reakciách ktoré nenapomáhajú zvládnutiu situácie, naopak ju skôr komplikujú. Pre tieto reakcie je typické používanie obranných psychologických mechanizmov (napr. únik /útok, regresia, negativizmus alebo rezignácia, pasivita).

Pri **adaptívnej reakcii ženy na situáciu pôrodnej záťaže** je typické, že je prítomný určitý stupeň vedomej úzkosti, ale tiež pocit pozitívneho očakávania a dôvery vo zvládnutie

situácie. Žena pôrod chápe ako prirodzenú súčasť života, je aktívna a je schopná účinnej spolupráce s personálom. Naopak **pri maladaptívnych reakciách** na pôrodnú záťaž sa objavuje najmä:

- zvýšené obavy, výrazný strach
- zlostné správanie, výrazný hnev a hostilita
- apatické správanie, strata aktivity, bezmocnosť

**Ako maladaptívne** chápeme tieto prejavy vtedy, ak závažným spôsobom ovplyvňujú priebeh pôrodu a schopnosť ženy aktívne prežívať situáciu pôrodu. K najčastejším **príčinám** maladaptívnej reakcie na situáciu pôrodu patrí príliš **silná úzkosť**, ktorá presahuje zvládacie schopnosti ženy, a môže ženu až paralyzovať a viesť k iracionálnemu správaniu, ktoré negatívne ovplyvňuje priebeh pôrodu. Rizikové je to najmä v situácií druhej doby pôrodnej kedy je potrebné aby žena maximálne mobilizovala sily a energiu. Maladaptívne reakcie a zvýšená úzkosť u rodiacej ženy môže byť spôsobená **viacerými faktormi**, ako napríklad nedôverou vo vlastné sily a prirodzený proces pôrodu, osobnostnou nezrelosťou, nedostatočnou prípravou na pôrod, prítomnosťou zvýšenej úzkosti a strachu z pôrodu už počas tehotenstva (ktoré neboli dostatočne riešené), negatívnou predchádzajúcou skúsenosťou s pôrodom a pod.. **Nesprávna komunikácia a prístup zo strany personálu** (nedostatok empatie, nerešpektujúci prístup), **nevyhovujúce podmienky na pôrod** (nedostatočná intimita, nevyhovujúce vybavenie pôrodnej sály a pôrodnice), **nerešpektovanie požiadaviek ženy** (voľba polohy, možnosť pohybu, príjmu tekutín...) výrazne zvyšujú pocit stresu a úzkosti u rodiacej ženy a tak priamo prispievajú k maladaptívnym reakciám.

Je potrebné si uvedomiť, že žena je pri pôrode výrazne zameraná na svoje vnútorné pocity a to, čo sa deje v jej tele- takéto **vnútorné sústredenie** napomáha priebehu pôrodu. Preto vnímanie okolia a **komunikácia rodiacej ženy s okolím** môže byť **iná ako za bežných okolností**. Najmä v poslednej fáze pôrodu je žena často v stave zmeneného vedomia (môže pôsobiť akoby „bola v inom svete“), preto jej komunikácia počas pôrodu nemusí byť vždy racionálna. **Nutnosť reagovať na rôzne otázky či požiadavky z okolia rodiacu ženu rušia v jej sústredení sa na priebeh pôrodu, a preto je pri fyziologicky prebiehajúcim pôrode potrebné ich minimalizovať**. Rodiacu ženu nie je správne rušiť ostrým svetlom, hlasnými zvukmi, ruchom, väčším počtom ľudí prítomným na pôrodnej sále, znižovaním pocitu bezpečia, nevhodnými poznámkami. Naopak, optimálnemu priebehu pôrodu napomáha zabezpečenie pokojného, bezpečného prostredia so zachovaním intimity, s minimom stresujúcich podnetov z okolia, a pozitívnym, empatickým prístupom zdravotníckeho personálu.

## 4.2. Prístup pôrodnej asistentky k rodiacej žene

Správny prístup pôrodnej asistentky (ako aj každého člena zdravotníckeho personálu) je dôležitým faktorom ovplyvňujúcim to, ako žena prežíva pôrod. Primeraný **prístup zdravotníka tiež pomáha v komunikácii s rodiacou ženou v prípade** maladaptívnych reakcií (prílišná úzkosť, apatia, alebo hostilné reakcie). Prístup a komunikácia zdravotníkov je významný faktor ovplyvňujúci celkovú kvalitu zdravotnej starostlivosti.

**Prístup pôrodnej asistentky ku každej rodičke má byť profesionálny a rešpektujúci ľudskú dôstojnosť ženy, správanie pôrodnej asistentky má byť vecné, pokojné, empatické a taktné.**

Základom vhodného prístupu k rodiacej žene je:

- **empatia a rešpekt** k prianiam a prejavom rodičky, a k jej ľudskej dôstojnosti
- **sebareflexia vlastného prístupu** k rodičke (je dostatočne empatický, podporujúci, rešpektujúci?)
- **zrozumiteľná a dostatočná komunikácia** (vysvetľovanie postupov, informovanie o význame intervencií)
- **primeraná pozornosť** venovaná žene, a **snaha o pochopenie ženy aj pri negatívnych reakciách** (aj pri najlepšej snahe môže byť použitie obranného mechanizmu jediné, čoho je žena v aktuálnej situácii schopná)
- **skôr nedirektívne správanie** typické snahou **sprevádzať a pomáhať**, nie riadiť a prikazovať (aktívne zisťovanie predstáv rodičky, snaha ich realizovať, alebo vhodne korigovať)
- udržiavanie **intímnej atmosféry** pôrodu (pokoj, ticho, pohodlie, bezpečie, dôvera)
- podporovanie sprevádzajúcej osoby k aktívnej pomoci rodičke
- v prípade výskytu komplikácií je dôležité **zrozumiteľné a stručné vysvetlenie** podstaty komplikácie a nutnosti intervencie (**jasné vysvetlenie ako sa bude ďalej postupovať a prečo**)

**VŽDY je potrebné sa vyhýbať:**

- **Akejkol'vek kritike** („prečo nespokupracujete?“); namiesto toho pokojne a konkrétne vysvetliť, čo je potrebné v danej chvíli urobiť, a prečo je to potrebné

- **Zosmiešňovaniu a povýšenectvu** („čo tak kričíte“, „láskavo bez tých zvukov“, „tak a teraz šup na kozu mamička“...); pri akýchkoľvek, aj maladaptívnych reakciách ženy, vždy plne rešpektovať ľudskú dôstojnosť ženy
- **Nerešpektovaniu pocitov** („to Vás nemôže tak bolieť“, „čo sa tak bojíte“...); namiesto toho vyjadriť pochopenie pre pocity, a hľadať riešenie, ktoré by pomohlo negatívne pocity zvládnuť
- **Nerešpektovaniu požiadaviek** („to čo už vymýšľate“), pri požiadavkách, ktoré nie je možné realizovať kvôli organizácii oddelenia, alebo pri požiadavkách rizikových z hľadiska zdravia ženy alebo dieťaťa- je potrebné vecne a konkrétne argumentovať prečo nie je možné danú požiadavku realizovať; vyhýbať sa pritom akýmkoľvek neprofesionálnym komentárom alebo zhadzovaniu ženy

#### 4.3. Priebeh fyziologického pôrodu z hľadiska emocionálneho prežívania ženy

**Začiatok pôrodu** môže byť sprevádzaný stavom rozrušenia, a počiatkovej úzkosti, neistotou či je všetko potrebné pripravené, kedy odísť do pôrodnice a pod. Počas prvej doby pôrodnej je potrebná podpora (partner, pôrodná asistentka), oddych medzi kontrakciami, pokojná atmosféra, pocit bezpečia a intimity, dôležitá je sloboda v pohybe a voľbe polohy, je vhodné využívať rôzne techniky na tlmenie bolesti a odvedenie pozornosti (psychologické, fyzioterapeutické, medikamentózne...).

Pri **prechode do druhej doby** pôrodnej obvykle vrcholia pôrodné bolesti, pridáva sa vyčerpanosť, únava, môže sa objaviť strata trpezlivosti a úzkosť. V tejto situácii je z hľadiska prístupu potrebná podpora a povzbudenie rodiacej ženy, ocenenie, využitie dýchacích techník, slobodná voľba polohy, relaxačné techniky v prestávkach medzi kontrakciami, informácie by mali byť krátke a zrozumiteľné.

**Vo fáze vypudzovania hlavičky** v optimálnom prípade dochádza u ženy k opätovnému nadobúdaniu pocitu kontroly nad situáciou, prílivu energie a odhodlania, k maximálnemu sústredeniu. Zo strany pôrodnej asistentky je vhodné usmernenie ohľadom techniky tlačenia a dýchania, a podpora a ubezpečenie o vlastnej kompetencii („ide Vám to výborne, zvládnete to“...). V tejto fáze je žena obvykle plne sústredená na proces pôrodu a svoje pocity, často je v zmenenom stave vedomia, preto je potrebné minimalizovať akékoľvek vonkajšie rušivé vplyvy.

#### 4.4. Psychologické aspekty pri operačnom pôrode

Pôrodnice operácie sa často vykonávajú z akútnej indikácie, t. j. pri ohrození zdravia alebo života matky, plodu alebo oboch- ide teda často o stresové situácie pre matku i zdravotnícky personál. Negatívne pocity u žien, ktoré podstúpili najmä neplánovaný operačný pôrod sú okrem obavy o vlastné zdravie a zdravie dieťaťa zintenzívnené aj nedostatkom informácií od zdravotníckeho personálu, ktorý pozornosť musí venovať prioritne riešeniu komplikácií. Avšak aspoň veľmi stručné vysvetlenie situácie a upokojenie zo strany personálu má výrazný pozitívny efekt na prežívanie ženy a na spätné hodnotenie pôrodu. Väčšina žien očakáva prirodzený priebeh pôrodu, a situácia keď si žena musí veľmi rýchlo uvedomiť a prijať fakt pôrodných komplikácií a nutnosti operačného zásahu je v emočne vypätej situácii pôrodu náročná na spracovanie.

Nezanedbateľné percento žien po akútnej sekcii a po operačnom vaginálnom pôrode trpí post traumatickými symptómami, a u časti sa vyvinie aj post traumatická stresová porucha. U žien po akútnej sekcii a po vaginálnych extrakčných operáciách sa následne vyskytuje aj vyšší strach z ďalšieho pôrodu. Prístup personálu, emocionálna podpora a informovanosť pritom zohrávajú veľmi dôležitú úlohu v prežívaní ženy pri operačnom pôrode: výskumy poukazujú na fakt, že **vhodný prístup personálu významne znižuje výskyt post traumatických symptómov po operačnom pôrode.**

#### 4.5. Bolesť pri pôrode

Bolesť pri pôrode je špecifická tým, že je súčasťou prirodzeného telesného procesu (nie je signálom choroby alebo poškodenia organizmu na rozdiel napr. od bolesti sprevádzajúcich niektoré ochorenia), že je to bolesť na ktorú sa dá vopred pripravovať, a že prichádza v pravidelnom rytme, medzi intervalmi kontrakcií ustáva. Je tiež spojená s emočne kladným zážitkom- pôrodom dieťaťa, je teda možné ju vnímať ako zmysluplnú, resp. je kompenzovaná emocionálnou odmenou. Lokalizácia bolesti pri pôrode je najčastejšie v podbruší a krížoch, a jej intenzita je ženami vnímaná individuálne. Menšia časť žien prežíva relatívne slabé bolesti, časť žien popisuje extrémne silné bolesti, a väčšina stredne silné až silné bolesti v priebehu pôrodu.

Z fyziologického hľadiska je príčinou bolesti pri pôrode najmä: skracovanie hrdla maternice, dilatácia bránky, zmeny v prekrvení maternice v priebehu kontrakcií, tlak plodu na panvu, napínanie vagíny a perinea.

V súvislosti s prežívaním bolesti hovoríme o **individuálnej tolerancii bolesti**, čo je miera bolesti, ktorú je človek ochotný zniesť. Táto tolerancia sa mení podľa okolností, individuálneho fyzického a psychického stavu organizmu človeka, a tiež je ovplyvnená tzv. **prahom bolesti**. Prah bolesti je najnižšia intenzita vnemu, ktorý považuje človek za bolestivý. Jedinci s nízkym prahom bolesti majú vo všeobecnosti vo väčšine situácií vysokú individuálnu citlivosť na bolesť. Rodiaca žena s nízkym prahom bolesti teda môže bolesť vnímať veľmi intenzívne, a môže ju znášať horšie ako je bežné.

**Keďže prežívanie bolesti je individuálne, vždy treba rešpektovať spôsob prežívania ženy a vyhýbať sa necitlivým komentárom nerešpektujúcim pocity ženy.** Je potrebné sa sústrediť na možnosti úľavy od bolesti, a zabezpečenie pocitu psychickej pohody ženy počas pôrodu, keďže úzkosť zhoršuje individuálne prežívanie bolesti. Psychické nastavenie zohráva významnú úlohu pri zvládaní pôrodnej bolesti. Výskumné zistenia poukazujú na lepšie zvládanie pôrodnej bolesti u žien z pozitívnym postojom k tehotenstvu, u viacrodičiek, u žien s vyšším vzdelaním a socioekonomickým statusom a u žien ktoré absolvovali predpôrodnú prípravu. Naopak horšie zvládanie bolesti sa dá predpokladať u žien s úzkostnými poruchami počas tehotenstva alebo v osobnej anamnéze, s ambivalentným postojom k tehotenstvu, a u žien s výrazným strachom z pôrodu.

Otázkou **manažmentu bolesti** počas pôrodu je optimálne sa zaoberať už v rámci **predpôrodnej prípravy**, je potrebné oboznámiť ženu s charakterom pôrodných bolestí a prebrať s ňou rôzne spôsoby pomáhajúce zvládať bolesť, či už **medikamentózne** (epidurálna analgézia), a tiež **nemedikamentózne postupy**: k nim zaraďujeme napr. rôzne **dýchacie techniky**, **fyzioterapeutické postupy** (masáž, úľavové polohy), pôsobenie vody (teplá sprcha). Pomocnú úlohu pri zabezpečení psychickej pohody a tým aj lepšom zvládaní bolesti zohráva tiež podporná osoba prítomná pri pôrode.

Z **psychologických techník** je možné využiť **relaxáciu**, napr. **Jacobsonovu progresívnu svalovú relaxáciu**, **Schultzov autogénny tréning** alebo **hypnózu**. Uplatnenie relaxačných techník počas pôrodu si však vyžaduje aby žena absolvovala určitý predchádzajúci nácvik a prípravu už počas tehotenstva. Tento nácvik a prípravu tehotnej ženy by mal zabezpečovať odborník s absolvovaným špecializovaným výcvikom (napr. výcvik v autogénnom tréningu).

**S hypnózou môže pracovať výhradne odborník** na duševné zdravie (psychiater, psychológ) s certifikovaným odborným výcvikom v hypnóze.

**Podobne s relaxačnými technikami (napr. autogénny tréning),** by mal pracovať **zdravotnícky pracovník** (napr. psychológ, ale aj pôrodná asistentka po absolvovaní odborného kurzu).

#### 4.6. Význam účasti podpornej osoby pri pôrode

Hlavnou úlohou podpornej osoby pri pôrode je poskytnúť rodiacej žene **pocit istoty a emocionálnu podporu, znížiť prežívanie úzkosti a stresu**. Podpornou osobou pri pôrode nemusí byť len partner rodičky, môže ňou byť aj iná blízka osoba, ktorej prítomnosť je pre ženu počas pôrodu zdrojom podpory (napr. matka, priateľka). Podpornou osobou môže byť aj dula- žena, ktorá absolvovala kurz pre sprevádzanie ženy počas tehotenstva, pôrodu a v popôrodnom období. Dula však nie je zdravotníckou pracovníčkou a jej úlohou je poskytovať žene **emocionálnu podporu**, nie je v jej kompetencii zasahovať do poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

**Prítomnosť podpornej osoby** pri pôrode má viacero **pozitívnych efektov**, predovšetkým:

- zdroj emocionálnej podpory, napomáha pocitu istoty a bezpečia pre rodiacu ženu
- lepšie zvládanie pôrodnej záťaže a bolesti
- pozitívnejšia skúsenosť ženy s pôrodom
- niektoré výskumné štúdie udávajú aj pozitívnu súvislosť s hladším priebehom pôrodu a menším výskytom pôrodných komplikácií

Pokiaľ je podpornou osobou **otec dieťaťa**, prítomnosť pri pôrode napomáha tiež budovaniu bližšieho vzťahu s dieťaťom v popôrodnom období, a aktívnejšiemu podieľaniu sa na starostlivosti o dieťa. Neznamená to ale, že by si blízky vzťah s dieťaťom nemohol vytvoriť otec, ktorý pri pôrode prítomný nie je- prítomnosť pri pôrode pomáha, ale nie je nevyhnutnou podmienkou. Na to, aby bol partner prítomný pri pôrode zdrojom emocionálnej opory pre ženu, je potrebné aby mal základnú predstavu o priebehu pôrodu a svojej úlohe. Prítomnosť pri pôrode môže byť pre muža ťažkou úlohou, keďže mu nemusí byť úplne jasná jeho rola, zvyčajne prežíva vlastnú úzkosť, a je výrazne emočne zaangažovaný, môže mať

pocit bezmocnosti ak nedokáže žene pomôcť pri bolesti, môže tiež vnímať pôrod ako „ženskú sféru“ kde muž nemá byť prítomný.

V niektorých prípadoch môže prítomnosť partnera pri pôrode pôsobiť aj negatívne, napr. v prípade nadmieru úzkostného prežívania u muža, muža s agresívnymi prejavmi, nadmerne protektívneho partnera (neustále ženu kontrolujú, prikazujú, obmedzujú v prejavoch...), tiež v prípade mužov, ktorí majú problém prijať a pochopiť ženino inštinktívne správanie pri pôrode (stále pobádajú ženu k sebakontrolu), alebo ak sú prítomní z donútenia.

Z týchto dôvodov je **vhodné aby aj partner absolvoval základnú prípravu na pôrod**, napr. stretnutie pre partnerov v rámci psychofyzickej prípravy. Partner by nemal byť prítomný z donútenia, resp. na nátlak partnerky: **rozhodnutie o prítomnosti** partnera pri pôrode by malo byť **obojstranné**. Niektorí muži môžu zle znášať pohľad na krv, alebo môžu mať problém celkove zvládnuť situáciu pôrodu, čo je potrebné vždy rešpektovať. **Úlohou pôrodnej asistentky** je v rámci predpôrodnej prípravy na tieto skutočnosti upozorniť, a motivovať tehotnú ženu k rozhovoru s partnerom, a vyjasneniu si jeho vnímania tejto otázky.



### **Použitá literatúra:**

- Andraščíková Š.: Psychológia ženy počas pôrodu, Distančná študijná opora, Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, 2013.
- Johansson M., Fenwick J., Premberg Å.: A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby, 2015, 31(1):9–18.
- Kjerulff K.H., Brubaker L.H.: New mothers' feelings of disappointment and failure after cesarean delivery, Birth, 2017, 45(1):19-27.
- Lauková P., Mazalánová A., Vašinová M.: Faktory ovplyvňujúce psychiku tehotnej ženy a jej vplyv na priebeh tehotenstva a pôrod. Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia, 2006, 4(1):1-2.
- McGrath S.K., Kennell J.H.: A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: effect on cesarean delivery rates, Birth, 2008, 35(2):92-97.
- Nikula P., Laukkala H., Pölkki T.: Mothers' Perceptions of Labor Support, The American Journal of Maternal Child Nursing, 2015, 40(6):373-380.
- Ratislavová K.: Aplikovaná psychologie- porodnictví, Praha: Area, 2008, ISBN 978-80-254-2186-4.
- Raudenská J., Hanulíková P., Javůrková A.: Porodní bolest a její psychologické souvislosti, in: Takács L., Sobotková D., Šulová L. a kol.: Psychologie v perinatální péči, Praha: Grada, 2015, ISBN 978-80-247-5127-6.
- Takács L., Rozočil A.: Porodnické operace a jejich psychologické souvislosti, in: Takács L., Sobotková D., Šulová L. a kol.: Psychologie v perinatální péči, Praha: Grada, 2015, ISBN 978-80-247-5127-6.

## **5. Popôrodné obdobie, adaptácia ženy na novú životnú rolu.**

### **Študijné ciele:**

- Poznanie psychosociálnych zmien po pôrode a ich súvislosť s biologickými zmenami, procesu adaptácie ženy na materstvo
- Definovanie pojmu popôrodné blues a jeho výskytu, príčin a prejavov
- Identifikovanie významu attachmentu (vzťahu matka-dieťa) a spôsobov jeho podpory v rámci pôrodnej asistencie

### **5.1. Psychické a telesné zmeny u ženy po pôrode**

Po pôrode dochádza v organizme ženy **k prudkým hormonálnym zmenám**: k poklesu hladiny progesterónu a estrogénu, zvýšeniu tvorby prolaktínu v hypofýze v súvislosti s dojčením, dochádza tiež k zmenám v produkcii iných žliaz s vnútornou sekréciou – štítnej žľazy, nadobličiek. Nastávajú tiež ďalšie telesné zmeny ako následok pôrodu, ktoré môžu zahŕňať kŕčovité bolesti v podbrušku sprevádzajúce zavíňovanie maternice, bolesti po zašití prípadných pôrodných poranení, časté sú tiež sťažené močenie a vylučovanie stolice, zvýšené potenie, zdurenie a citlivosť prsníkov, fyzická únava a vyčerpanie (aj v dôsledku krvnej straty a námahy pri pôrode).

Objavujú sa **aj psychické zmeny**, v emocionálnej rovine ide o zmeny nálady, nálada môže byť spočiatku (prvý popôrodný deň) euforická v zmysle radosti („Všetko dobre dopadlo! Máme to za sebou!). Postupne sa však k týmto pozitívnym pocitom môžu pridať i úzkosť a obavy. Prechodná emocionálna labilita v období krátko po pôrode nie je ničím nezvyčajným, ani patologickým, ide o prirodzenú reakciu organizmu na výrazné telesné a hormonálne zmeny. K emocionálnym výkyvom prospieva aj fakt, že po pôrode sa žena musí adaptovať na novú životnú situáciu (najmä u prvorodičiek). Úzkostné pocity súvisia najmä s novo uvedomovaným pocitom zodpovednosti za dieťa (jeho zdravie, výchovu), žena si môže klásť otázky, či ako matka všetky nové nároky zvládne. Môžu sa vyskytnúť pocity nedostačivosti, neschopnosti, zosilňované únavou, fyzickým vyčerpaním, nedostatkom spánku. Problémy so spánkom sú po pôrode pomerne časté, bezprostredne po pôrode môže mať žena problém zaspať i napriek únave a vyčerpaniu, z dôvodu intenzívneho zážitku z pôrodu a jeho opätovného znovu prežívania.

## 5.2. Popôrodné blues

Pod pojmom popôrodné blues rozumieme **prechodnú sub- depresívnu epizódu po pôrode charakteristickú najmä emocionálnou labilitou a negatívnymi pocitmi**. Začiatok je zvyčajne 3.- 6. deň po pôrode. Jeho výskyt je pomerne častý, prejavuje sa najmä u prvorodičiek, výskyt sa udáva podľa rôznych zdrojov u 50-80% šestonediel'ok. Trvanie je zvyčajne týždeň až 14 dní.

**Pokiaľ príznaky popôrodného blues pretrvávajú dlhšie obdobie, je možné, že sa u ženy rozvíja popôrodná depresia, v takom prípade je potrebná odborná terapia.**

K **psychickým prejavom** popôrodného blues patria: labilita nálad, podráždenosť, plačlivosť, úzkosť, poruchy koncentrácie, únava, prežívanie neistoty, zníženej sebadôvery a sebaúcty, pocity osamelosti, pocity neschopnosti, ľútosti, rozčarovanie zo zmeneného vzhľadu po pôrode.

**Somatické príznaky** zahŕňajú bolesti chrbta, bolesti hlavy, zníženú chuť do jedla, poruchy spánku (nespavosť), únavu, môžu sa objaviť palpitácie, dysfágia.

Presné príčiny popôrodného blues nie sú jednoznačne určené, avšak predpokladá sa vplyv biologických, najmä hormonálnych zmien spolu s popôrodnou adaptačnou reakciou ženy. K rizikovým faktorom výraznejších prejavov popôrodného blues možno zaradiť problémy s dojčením, zdravotné komplikácie u matky alebo novorodenca, komplikovaný pôrod, ale tiež problémy v partnerskej oblasti, nedostatočnú sociálnu oporu, neplánovanú graviditu, úzkostné problémy v tehotenstve, strach z pôrodu a spánkovú depriváciu.

Cielená špecifická terapia nie je potrebná, popôrodné blues **nie je považované za psychické ochorenie**- nie je to prejav patológie. Stav zvyčajne spontánne odoznie, avšak problémy žena lepšie prekoná pokiaľ má zabezpečenú dobrú sociálnu oporu (najmä emocionálnu a praktickú zložku), odporúča sa tiež klásť zvýšený dôraz na potrebu odpočinku u ženy po pôrode.

**Úlohou pôrodnej asistentky** je edukácia (informácie o popôrodných zmenách, starostlivosti o dieťa, s dôrazom na význam oddychu a požiadanie o pomoc zo strany okolia), a emocionálna podpora (podpora a povzbudenie ženy). Je dôležité zdôrazniť, že ide o prirodzené a prechodné adaptačné reakcie po pôrode; ktoré odoznejú.

### 5.3. Psychológia novorodenca

V oblasti **zmyslového vnímania** novorodenca existujú rozdiely v miere dozretia jednotlivých spôsobov zmyslového vnímania: napríklad zrak je relatívne menej rozvinutý a k dozrievaniu a plnému rozvoju tohto zmyslu dochádza v priebehu približne prvého roka po pôrode, naopak kožné alebo sluchové vnímanie je rozvinuté lepšie. V **kognitívnej oblasti**, najmä v oblasti **pamäte a učenia** dochádza po pôrode k postupnému vývinu a relatívne rýchlemu procesu učenia sa, novorodenec hľadá súvislosti v podnetoch, učí sa, dokáže si pamätať významné podnety, aktívne vyhľadáva príjemné podnety a vyhýba sa nepríjemným. Z hľadiska pestrosti podnetov je potrebná primeraná kognitívna stimulácia, nie prílišné zahlcovanie množstvom rôznych intenzívnych podnetov, ale ani kognitívna deprivácia.

<b>Zmyslové vnímanie novorodenca:</b>
<b>Sluch:</b> novorodenec nielen otáča hlavu v smere zdroja zvuku, ale je tiež schopný odlišiť zvuk ľudského hlasu od iného zvuku; preferuje vyšší ženský hlas, a už krátko po narodení je schopný odlišiť hlas svojej matky od iného ženského hlasu.
<b>Zrak</b> novorodenca nie je plne vyvinutý, zraková ostrosť sa vyvíja postupne v 1. roku života, novorodenec ostro vidí približne na vzdialenosť 20- 30 cm. Zraková pozornosť je zamerateľná pohybujúcimi sa predmetmi, je schopný rozlíšiť základné tvary, farby, výrazné ostré kontrasty. Je tiež schopný pamätať si významné zrakové podnety, napríklad tvár matky.
V oblasti <b>chuťového</b> vnímania od narodenia dieťa jednoznačne preferuje sladkú chuť, a negatívne reaguje na horké podnety.
<b>Čuchové</b> vnímanie je rozvinuté, novorodenec rozlišuje vône, a vie po niekoľkých dňoch od pôrodu napríklad rozlíšiť vôňu svojej matky, a tiež vôňu materského mlieka svojej matky.
Kožné receptory a <b>hmat</b> sú dobre vyvinuté, novorodenec výrazne pozitívne reaguje na taktilné podnety a na teplo.

**Spánku** venuje novorodenec významnú časť dňa, až 20 hodín denne (s individuálnou variabilitou). Spánok novorodenca je rozdelený do početných kratších úsekov (málokedy viac ako 2-4 hodiny), zvyčajne bez rozlišovania dňa a noci. Spánok novorodenca sa líši svojou kvalitou, hovoríme o viacerých druhoch spánku, od veľmi hlbokého až po ľahké driemanie. V neskoršom dojčenskom veku sa spánok pomaly začína meniť, dieťa začína vo svojom

spánkovom režime rozlišovať medzi dňom a nocou, a zvyčajne po niekoľkých mesiacoch (opäť s individuálnou variabilitou) prespí v noci dlhší časový úsek, resp. postupne celú noc. Pomerne časté sú rozdiely v spánku medzi dojčenými a nedojčenými deťmi, dojčené deti sa obyčajne budia v noci častejšie než deti nedojčené. U niektorých detí sa môžu už v útlom veku objaviť poruchy spánku, pričom kvalita spánku dieťaťa výrazne ovplyvňuje fungovanie rodiny a kvalitu života matky.

**Pohyby** novorodenca sú zatiaľ menej koordinované, šijové svalstvo ešte neudrží hlavičku. **Správanie novorodenca** je podmienené predovšetkým **základnými vrozenými reflexami**, napr.: dýchacím reflexom (reflexné prvé nadýchnutie po pôrode), vyhľadávacím reflexom, sacím a prehĺtacím reflexom (význam pri prvom prisatí a začiatkoch dojčenia). K vrozeným reflexom patria tiež:

**Obranné reflexy:** Moroov reflex (reakcia na zľaknutie, prudká extenzia a následná flexia rúk a prstov), ktorý mizne po 4. mesiaci; a Babinského reflex (pri podráždení chodidla smerom od päty k prstom vystretie palca dohora a vejárovité rozťahnutie ostatných prstov), ktorý by mal ustúpiť do druhého roku.

**Polohové reflexy:** Asymetrický tonický šijový reflex („poloha šermiara“), kedy pri otočení hlavičky na stranu sa ruka a nôžka dieťaťa na tej istej strane vystrú, na opačnej strane sa skrčia; reflex ustupuje do 6. mesiaca a je nahradený symetrickou polohou končatín. Ďalším polohovým reflexom je napríklad tonický labyrintový reflex (pri predklonení hlavičky dieťaťa sa dieťa reflexívne „zbalí“ do kľbka, a naopak, keď dieťaťu hlavu zakloníme, ruky aj nohy sa reflexívne vystrú).

**Pohybové reflexy:** Reflexné plazenie, úchopový reflex (pevné zovretie predmetu, ktorý sa dotkne dlane, mizne po 5. mesiaci, potom už je úchop predmetu rukou cielený), reflexné vzpriamovanie sa a reflexná chôdza, plávací reflex (ak dieťa umiestnime tvárou dole do vody, začne zberať rukami a kopáť, akoby plávalo, reflex mizne medzi po 6. mesiaci veku).

**Sociálne správanie** novorodenca označujeme pojmom **protosociálne** správanie, znamená to, že jeho správanie je predpripravené na sociálnu interakciu. Dieťa sa rodí s vrozenou predispozíciou na sociálnu komunikáciu. Správanie novorodenca možno tiež označiť ako recipročné, čo znamená, že nielen rodičia ovplyvňujú charakter sociálnej interakcie, ale aj dieťa má vplyv na správanie rodičov, spolu-utvára ich reakcie. Rodičia napríklad inak reagujú na dieťa s rozličným typom temperamentu a úrovne dráždivosti/plačlivosti. Pripravenosť na sociálne interakcie ilustruje tiež fakt, že novorodenec

preferuje ľudský hlas a ľudskú tvár (najmä matkinu) pred inými podnetmi, alebo že sa aktívnejšie správa položený na pokožku matky, ako keď leží v postieľke.

#### 5.4. Vzťah matka- dieťa (attachment)

Zážitok pôrodu ovplyvňuje sebaobraz ženy, jej sebaocenenie a pocit materskej kompetencie, a takisto môže vplývať na formovanie vzťahu medzi matkou a dieťaťom po pôrode. Obdobie po pôrode je pre matku obdobím vzájomného zvykania si a zosúladovania sa s novorodencom. Pre toto obdobie je typické maximálne sústredenie matky na dieťa, a zo strany okolia dochádza k presunu pozornosti z tehotnej na novorodenca. **Prvé pocity ženy** po pôrode (najmä v prípade komplikovaného alebo operačného pôrodu) môžu byť niekedy spojené skôr s úľavou zo zvládnutia pôrodu. Nie je výnimočné, ak žena okrem radosti spočiatku prežíva k dieťaťu aj akýsi pocit **cudzosti a ambivalencie**. Postupne sa zvyčajne vzťah matky k dieťaťu mení na intenzívnejší; až veľmi hlboký a vrúcny cit. V prípadoch, kedy sa vzťah matky k dieťaťu v priebehu dní až týždňov nemení; a je stále vlažný, ľahostajný, či dokonca s prímiesou zlosti, je potrebné tieto pocity prebrať s odborníkom (psychológ, psychiatr). Je možné, že tieto pocity sú súčasťou rozvoja obrazu popôrodnej depresie, ktorá si vyžaduje odbornú liečbu.

Na prežívanie matky a kvalitu vytvárania vzťahu k dieťaťu vplyvajú **viaceré faktory**, ako napríklad plánovanosť tehotnosti (prežívanie ako prijatá, chcená alebo nechcená tehotnosť), dĺžka a bolestivosť pôrodu, osobnosť matky, vzťah k otcovi dieťaťa, zdravotný stav matky a dieťaťa. Na označenie vzťahu medzi matkou a dieťaťom používame aj označenie **vztáhová väzba (attachment)**. Vztáhová väzba vzniká na základe vzájomnej schopnosti pripútať sa jeden k druhému. Dieťa sa pripúta k matke (resp. materskej osobe) vtedy, ak matka naplňa jeho potreby fyzické, ako aj psychosociálne. Základnými **psychosociálnymi** potrebami dieťaťa v útlom veku sú najmä:

- **potreba lásky**
- **potreba bezpečia a stálosti**
- **potreba primeranej kognitívnej stimulácie** (nie deprivácia, ani kognitívne preťažovanie nadmierou podnetov).

**Význam vztáhovej väzby** pre ďalší psychosociálny vývin dieťaťa je veľký. Pokiaľ matka citlivo reaguje potreby dieťaťa a primerane ich naplňa, stáva sa pre dieťa zdrojom bezpečia a istoty: týmto spôsobom sa vytvára silná, bezpečná, a pozitívna vztáhová väzba. Takáto vztáhová väzba vytvára základ pre budúci psychologický pocit bezpečia u dieťaťa, pre

dobré psychické zdravie dieťaťa, primeranú sebaúctu a schopnosť vytvárať zdravé medziľudské vzťahy.

### 5.5. Spôsoby podpory vzniku pozitívnej vzťahovej väzby z pohľadu pôrodnej asistencie

K rozvoju pozitívnej vzťahovej väzby medzi matkou a dieťaťom môžeme z pohľadu praxe v pôrodnej asistencii prispieť viacerými spôsobmi. Patria sem napríklad zabezpečenie raného bezprostredného kontaktu matky a dieťaťa tesne po pôrode, podpora dojčenia, zabezpečenie možnosti metódy rooming-in, edukácia a emocionálna podpora matky.

**Raný bezprostredný kontakt matky a dieťaťa tesne po pôrode** je sprevádzaný viacerými významnými biologickými, imunologickými, fyziologickými a psychologickými procesmi. **Dôležitou súčasťou** raného kontaktu matky a novorodenca je „**skin to skin contact**“, teda bezprostredný, dostatočne dlhý kontakt „koža na kožu“ matky a dieťaťa. Raný bezprostredný kontakt matky a dieťaťa po pôrode **napomáha nadviazaniu emocionálneho kontaktu a vzájomnému pripútaniu sa matky a dieťaťa**. Napomáha tiež lepšej **adaptácii** novorodenca aj matky po pôrode a uľahčuje rozvoj dojčenia. S určitými obmedzeniami sa dá takýto kontakt realizovať aj po operačnom pôrode, následne po zabezpečení nevyhnutnej zdravotnej starostlivosti pre matku a dieťa.

Realizácii raného kontaktu po pôrode môžu zabraňovať závažnejšie zdravotné komplikácie pri pôrode na strane matky alebo dieťaťa (napr. predčasne narodené dieťa, nutnosť umiestnenia dieťaťa na oddelenie intenzívnej starostlivosti ihneď po pôrode a pod.); alebo aj fakt, že na niektorých oddeleniach stále nie je raný kontakt štandardne umožňovaný. Keďže dnes si už mnoho žien uvedomuje význam raného kontaktu medzi matkou a dieťaťom, separácia od dieťaťa tesne po pôrode môže byť ženou prežívaná veľmi negatívne a citlivo. V prípade, že nebolo možné zrealizovať raný kontakt medzi matkou a dieťaťom tesne po pôrode napríklad z dôvodu zdravotných komplikácií, môže matka cítiť úzkosť a obavy či to nebude mať negatívny dopad na rozvoj vzťahu s dieťaťom. V takom prípade je vhodné, aby pôrodná asistentka upozornila na nasledovný fakt: **hoci platí, že raný kontakt neoceniteľne napomáha pri budovaní vzťahu matky a dieťa, nie je jeho absolútnou podmienkou**. Plnohodnotný hlboký vzťah medzi matkou a dieťaťom sa môže rozvinúť aj po dlhšom období separácie po pôrode, rovnako ako vzniká aj medzi matkou a adoptovaným dieťaťom. Aj napriek veľkému významu prvých hodín po pôrode, v rozvoji attachmentu zohráva kľúčovú úlohu celý prvý rok života dieťaťa, a takisto sa vzťahová väzba rozvíja aj v ďalších obdobiach života. V prípade nemožnosti realizovať raný kontakt matky a dieťaťa je teda potrebné matku

povzbudiť k sústredeniu sa na možnosti budovania a rozvíjanie vzťahu s dieťaťom v ďalšom období po pôrode.

### **Vymedzenie pojmov attachment a bonding:**

Jestvuje určitá nejednotnosť v používaní pojmov attachment a bonding. Významy oboch termínov sa do značnej miery prelínajú.

Pojem **attachment** (vzťahová väzba) sa používa na označenie vzájomného pripútania, naviazania sa matky (resp. rodiča) a dieťaťa predovšetkým **v oblasti psychológie a psychiatrie**. Zameriava sa **viac na emocionálnu stránku** vzťahu medzi matkou (resp. rodičom) a dieťaťom. Chápe sa nielen ako vzťah v ranom detstve (významný je najmä prvý rok života), ale jeho význam sa zdôrazňuje aj v neskoršom období a v dospelosti.

**Bonding** je pojem, ktorý sa v súčasnosti objavuje skôr v oblasti **pôrodnej asistencie**. Definuje sa ako zložitý proces prepojenia medzi matkou a jej dieťaťom nielen v emocionálnej rovine, ale zdôrazňuje **aj biologické, fyziologické a imunologické prepojenie**. Bonding sa chápe ako vzťah, ktorý sa formuje už počas tehotenstva, vrcholí po pôrode a pokračuje aj v ďalšom období, zvlášť v prvých mesiacoch života dieťaťa. Dôležitou súčasťou bondingu je bezprostredný, ničím nerušený kontakt koža na kožu ihneď po pôrode, až do samoprisatia dieťaťa.

**V rámci praxe** v pôrodnej asistencii sa často chápe bonding ako metóda, ako umožnenie kontaktu „koža na kožu matky“ a dieťaťa po pôrode, čo je však zúžené definovanie tohto pojmu.

System ošetrovania matky a novorodenca po pôrode nazývaný **rooming-in má mnohé výhody tak pre matku, ako aj pre dieťa**: ukazuje sa pozitívny vplyv na laktáciu, skorá interakcia matky a dieťaťa prispieva tiež k rýchlejšiemu zosúladieniu biorytmu matky a dieťaťa. Pozitívne tiež vplýva na utváranie citového puta medzi matkou a novorodencom, výhodou je aj fakt, že matka po príchode z nemocnice má už zabehnutú starostlivosť o dieťa. Je však potrebné brať do úvahy aj možné nevýhody systému rooming-in. Nekritické



presadzovanie tohto systému môže viesť k tomu, že matka, ktorá nemôže túto metódu podstúpiť (napr. z dôvodu prílišnej únavy, zdravotných komplikácií, operačného pôrodu), môže prežívať úzkosť, vinu a obavy. Zvýšená únava, nevyspanie a fyzické vyčerpanie môžu sťažovať popôrodnú adaptáciu a regeneráciu organizmu ženy najmä v prípade komplikovaného či operačného pôrodu. V takom prípade je vhodné namiesto plného rooming-in systému (tzv. „full rooming- in“) matke ponúknuť možnosť čiastočného rooming – in (tzv. „half rooming- in“), kedy na určitý čas (napr. niekoľko hodín v noci) je dieťa umiestnené na novorodeneckom oddelení, a inak zostáva s matkou.

**Úlohou pôrodnej asistentky je všetky opatrenia** (podpora raného kontaktu matky a dieťaťa, podpora dojčenia, rooming-in) realizovať **nenásilne** a s akceptáciou želaní matky, **bez vyvolávania pocitov viny, alebo kritiky**. Ak sa niečo nedarí, alebo žena napr. z dôvodu únavy niečo nechce či nevládze realizovať, je potrebné **sa vyhýbať kritike, nátlaku, znižovaniu hodnoty ženy**, keďže môžu mať negatívny dopad na kompetenciu ženy ako matky. Platí to aj u žien, ktoré nejavia dostatočný záujem a zodpovednosť v prístupe k dieťaťu: aj v tomto prípade je potrebné stimulovať, pozitívne apelovať, **vecne argumentovať a upozorňovať**, ale nie kritizovať a znižovať sebaúctu ženy.

**Z hľadiska prístupu a spôsobu komunikácie so ženou v šestonedelí je prioritou citlivý a akceptujúci prístup, s veľkou mierou empatie a emocionálnej podpory.**

Pri edukácii ženy je potrebné okrem informácií o priebehu šestonedelia, fyziologických zmenách, starostlivosť o pôrodné rany, podpory dojčenia a pod. dbať aj na **poskytnutie informácií o emocionálnych a psychických zmenách po pôrode, zdôrazniť potrebu oddychu a požiadania o pomoc zo strany okolia**, pokiaľ to žena potrebuje. Obdobie šestonedelia by malo byť pre matku a dieťa obdobím pokoja a postupnej adaptácie na novú situáciu bez rušivých vplyvov a so zabezpečením maximálnej pomoci a podpory pre rodičku. Súčasťou starostlivosti o ženy v období šestonedelia by mala byť tiež zvýšená pozornosť venovaná možným prejavom popôrodnej depresie, príp. iných psychických problémov v postnatálnom období.

### **Použitá literatura:**

- Dušová B., Moniaková N.: Emoční zmeny u žen v období šestinedelí, Ošetrovatelství a porodní asistence, 2010, 1(4): 121-123.
- Hašto J.: Vzťahová väzba, Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005, ISBN 80-88952-28-X.
- Ratislavová K.: Aplikovaná psychologie- porodnictví, Praha: Area, 2008, ISBN 978-80-254-2186-4.
- Říčan P., Krejčířová D.: Dětská klinická psychologie, Praha: Grada, 2006, ISBN 978-80-247-1049-5.
- Vágnerová M.: Vývojová psychologie Dětství a dospívání, Praha: Karolinum, 2017, ISBN 978-80-246-2153-1.

## 6. Psychické ochorenia v popôrodnom období.

### Študijné ciele:

- Popísanie popôrodnej depresie a popôrodnej psychózy, ich symptómov, výskytu a liečby
- Definovanie posttraumatickej stresovej poruchy po pôrode
- Identifikovanie úlohy pôrodnej asistentky v rámci problematiky psychických ochorení po pôrode

### 6.1. Popôrodná depresia

Pod pojmom popôrodná depresia (postnatálna depresia, depresia post partum) rozumieme **dlhšie trvajúcu a závažnejšiu poruchu nálady po pôrode**. V súčasnosti sa stretávame aj s pojmom **peripartálna depresia**, ktorý sa používa na označenie depresívnej poruchy, ktorá sa výrazne prejaví po pôrode, ale príznaky sa objavili už počas obdobia tehotenstva. Uvádza sa, že v značnom množstve prípadov popôrodnej depresie sa prvé príznaky začali prejavovať už v gravidite.

Z klinického hľadiska je za popôrodnú depresiú považované depresívne ochorenie, ktorého začiatok spadá do obdobia prvých šiestich mesiacov po pôrode, niektorí autori udávajú až obdobie jedného roka po pôrode. Najčastejšie sa **objavujú symptómy** popôrodnej depresie **počas prvých šiestich až dvanástich týždňoch po pôrode**. Z hľadiska začiatku rozvoja príznakov depresie môžeme hovoriť o dvoch rizikových obdobiach: obdobie po príchode matky z nemocnice (zvyšujú sa nároky na ženu- starostlivosť o dieťa, domácnosť), a obdobie 2-3 týždňov po príchode domov (klesá pomoc a podpora z rodiny, začína bežný chod domácnosti).

**Výskyt** popôrodnej depresie sa udáva u **10-15% žien po pôrode**, ale vyskytujú sa aj vyššie odhady výskytu, až 20% žien po pôrode- pokiaľ sa berú do úvahy aj miernejšie prejavy depresie. Popôrodná depresia je ochorením, ktoré je vo vysokom percente prípadov nediagnostikované a neliečené, čo je napokon charakteristické pre depresívne ochorenia vo všeobecnosti.

O viacerých psychosociálnych, zdravotných či sociodemografických faktoroch sa v odbornej literatúre uvažuje, že môžu zvyšovať pravdepodobnosť rozvoja postnatálnej depresie. Za výrazný **rizikový faktor** sa považuje najmä **psychiatrické ochorenie v osobnej ale aj rodinnej anamnéze**, výskyt úzkostných a depresívnych symptómov počas tehotenstva,

a tiež výraznejšie psychosociálne stresory, najmä chýbajúca sociálna opora, nielen zo strany partnera, ale aj širšieho okolia, partnerské problémy, finančné problémy. V etiopatogenéze popôrodnej depresie popri genetickej predispozícii, osobnej a rodinnej anamnestickkej záťaži a kumulácii psychosociálnych stresorov; zohrávajú významnú úlohu aj výrazné hormonálne zmeny po pôrode, ktoré u predisponovanej ženy prispievajú k rozvoju ochorenia.

<b><u>Rizikové faktory postnatálnej depresie v rôznych oblastiach:</u></b>
<b>ANAMNESTICKÉ FAKTORY:</b> psychiatrické ochorenie v anamnéze, úzkosť/depresia v tehotenstve, PMS, abúzus látok
<b>PSYCHOSOCIÁLNE FAKTORY:</b> neplánovaná gravidita, nedostatočná sociálna opora, konflikty s partnerom, osobnostné premenné (napr. neuroticizmus), psychosociálne stresory
<b>SOCIODEMOGRAFICKÉ FAKTORY:</b> finančné problémy, nižšie vzdelanie, osamelosť, nízky/vysoký vek
<b>ZDRAVOTNÉ FAKTORY:</b> gestačný diabetes, chronické ochorenia matky, zdravotné problémy u dieťaťa: predčasne narodené/ rizikový novorodenec
<b>GRAVIDITA A PÔROD, VČASNÉ MATERSTVO:</b> komplikovaná gravidita, operačný/komplikovaný pôrod, nízka subjektívna spokojnosť s pôrodom, výraznejší strach z pôrodu, problémy s dojčením, nepripravenosť na materstvo, plačlivé dieťa-koliky

**Symptómy popôrodnej depresie** sa nijak zásadne nelíšia od symptómov klasickej depresívnej poruchy, a môžeme ich rozdeliť do troch oblastí: emocionálnej, kognitívnej a behaviorálnej. Medzi **hlavné príznaky** depresívneho ochorenia patrí **pokles nálady** (smutná nálada), **anhedónia** (strata schopnosti tešiť sa z bežných vecí) a **strata záujmov**. Často sa pridružujú aj príznaky ako zvýšená únava, problémy so spánkom, strata chuti do jedla.

### **Najčastejšie symptómy popôrodnej depresie:**

#### **Emocionálna oblasť:**

smútok, úzkosť, strach zo samoty, náladovosť, popudlivosť, pocity viny, návaly paniky, pocit straty kontroly, strata radosti (anhedónia)- niekedy označovaná ako kľúčový prejav depresie. Vo vzťahu k dieťaťu sa niekedy môžu objavovať ambivalentné pocity, až hostilita.

#### **Kognitívna oblasť:**

pocity a myšlienky o nedostačivosti a neschopnosti, nevykonnosti, beznádej, strata vnútornej energie, celkový nezáujem o veci, katastrofické obavy z budúcnosti, poruchy koncentrácie pozornosti, pesimistické myšlienkové obsahy.

#### **Behaviorálna oblasť:**

neklud, celková dezorganizovanosť, extrémna únava až vyčerpanosť, aj malé činnosti sú veľmi vyčerpávajúce, nespavosť, strata váhy, sexuálny nezáujem. Vo vzťahu k dieťaťu sa môžu objaviť problémy pri taktilnom kontakte s dieťaťom, obavy zostať s ním sama.

Popôrodná depresia je **závažným ochorením**, ktoré výrazne zhoršuje kvalitu života matky a najmä v prípade silnej depresie negatívne ovplyvňuje schopnosť matky starať sa o dieťa a citlivo reagovať na jeho potreby. V najzávažnejších prípadoch hlbokej depresie sa môžu vyskytnúť suicidálne myšlienky, resp. suicídium alebo suicidálny pokus. **Terapia depresie patrí do rúk odborníka- psychiatra.** Najmä pri ťažkej depresii je nutné podávať psychofarmaká z okruhu antidepresív, v prípade miernej depresie a ako pomocná liečba pri ťažšej depresii sa využíva psychoterapia. Pri nasadení antidepresív nie je vždy nevyhnutné ukončovať dojčenie; je však potrebné, aby lekár vždy dôkladne zvážil pomer rizika a prínosu pre matku a dieťa, a určil vhodný typ psychofarmaka.

## **6.2. Popôrodná psychóza**

**Popôrodná psychóza (puerperálna psychóza)** je **najzávažnejším** psychiatrickým ochorením po pôrode. Výskyt tohto ochorenia je zriedkavý, uvádza sa výskyt u 0,1 - 0,2 % rodičiek. Pri psychotickom ochorení pacientka **stráca kontakt s realitou, nekoná**

**racionálne, a nemá náhľad na vlastné ochorenie**, neuvedomuje si ho. Medzi typické prejavy psychotického ochorenia vo všeobecnosti, nielen pri popôrodnej psychóze, patrí výskyt bludov a halucinácií.

**Bludy** sú nezmyselné, nerealistické, absurdné presvedčenia, veľmi silne zakorenené v mysli človeka. Často bývajú paranoidne podfarbené (napr. presvedčenie že mi chce niekto ublížiť, že dieťa nie je moje, a pod.).

Pod **halucináciami** rozumieme vnímanie neexistujúcich podnetov, najčastejšie zrakových či sluchových (napr. intenzívne vnímanie neexistujúcich hlasov). Popôrodná psychóza sa prejavuje najčastejšie **krátko po pôrode**, v prvých dňoch (typicky na 3.- 4.deň po pôrode), ale môže sa vyskytnúť aj neskorší nástup ochorenia.

Rozlišujeme viaceré formy popôrodnej psychózy z hľadiska jej priebehu. **Amentná forma** má búrlivý začiatok a priebeh, typická je výrazná dezorientácia pacientky, zmätenosť, objavujú sa halucinácie – zrakové, sluchové, tiež paranoidita. Pri **manickej forme** sa na začiatku objavuje psychická nadnesenosť, euforická nálada, extatické pocity šťastia, megalománie (pacientka má pocit že zvládne mimoriadne veci, je hyperaktívna, nemá potrebu spánku alebo oddychu) ktoré neskôr prechádzajú do akútnej zmätenosti a výskytu bludov a halucinácií. Obe tieto formy majú relatívne dobrú prognózu, pri dostatočnej liečbe (zvyčajne trvá niekoľko mesiacov) môžu odznieť a je možné plné vyliečenie. Horšiu prognózu majú endogénne depresívne a schizofrenické formy, ktoré sú typické pomalším, plazivejším začiatkom, objavujú sa pocity bezmocnosti, neschopnosť starostlivosti o dieťa, plačlivosť, apatia, nespavosť, paranoidita; postupne sa pridružujú bludy a halucinácie.

Medzi hlavné rizikové faktory popôrodnej psychózy patria najmä psychiatrické ochorenie v osobnej alebo rodinnej anamnéze. Tiež obtiažny/operačný pôrod, patologický priebeh tehotenstva a somatická patológia môžu zvyšovať riziko ochorenia.

Pri popôrodnej psychóze v dôsledku bludov a halucinácií môže dôjsť k ohrozeniu života matky a tiež dieťaťa, pod vplyvom psychózy môže žena ublížiť dieťaťu alebo sebe.

**Popôrodná psychóza** je závažné psychiatrické ochorenie vyžadujúce **okamžitú psychiatrickú intervenciu** a zvyčajne aj hospitalizáciu ženy.

V liečbe je nutné podávanie **psychofarmák z okruhu antipsychotík**. Je potrebná tiež podporná psychoterapia, spolupráca s rodinou a psychosociálna podpora, keďže toto

ochorenie prechodne znemožňuje matke plnohodnotne sa starať o dieťa. Podpora a pomoc zo strany rodiny zohráva dôležitú úlohu v procese terapie a návratu matky do normálneho života.

### 6.3. Posttraumatická stresová porucha po pôrode

Posttraumatická stresová porucha (PTSP) je psychické ochorenie, ktoré zaraďujeme do okruhu úzkostných porúch. Objavuje sa asi u 1-3% populácie. Časť ľudí, ktorí prežili mimoriadne traumatizujúce udalosti (vojna, rôzne prírodné katastrofy, fyzické napadnutie, znásilnenie, týranie, držanie v zajatí) začnú po prežití traumatizujúcej udalosti trpieť príznakmi PTSD. Asi 1-2% žien postihuje PTSP v súvislosti s pôrodom, a to v prípade pokiaľ ho žena subjektívne prežívala ako veľmi traumatizujúci zážitok. Výskyt posttraumatických symptómov bez splnenia všetkých kritérií pre diagnózu PTSP je však vyšší.

**Medzi posttraumatické príznakmi zaraďujeme:** časté znovu- prežívanie situácie pôrodu v myšlienkach, snoch a predstavách („flashbacks“); vyhýbanie sa miestam a spomienkam viazaným k traumatickej situácii (pôrodu); obavy a odmietanie ďalšieho tehotenstva, neschopnosť hovoriť o pôrode, pocit veľmi výrazného hnevu, viny, strachu a úzkosti pri spomienke na pôrod; celková zvýšená úzkosť, problémy so sústredením, sklon k neprimeraným (úzkostným alebo agresívnym) reakciám, zvýšená úľaková reakcia, izolovanie od okolia, problémy v sociálnej interakcii. PTSD je porucha vyžadujúca odbornú liečbu, predovšetkým psychoterapiu, často v kombinácii s farmakoterapiou.

### 6.4. Úloha pôrodnej asistentky pri výskyte psychických ochorení po pôrode

Úlohou pôrodnej asistentky je pri podozrení na psychické ochorenie ženy po pôrode predovšetkým **sprostredkovanie odbornej psychiatrickej pomoci žene**, a tiež emocionálna podpora ženy.

V prípade popôrodnej depresie by bolo vhodné do praxe v rámci pôrodnej asistencie zaradiť **screening popôrodnej depresie**. Ako vhodný screeningový nástroj je možné využiť štandardizovaný dotazník s názvom **Edinburghská škála popôrodnej depresie (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)** pozostávajúci z 10 krátkych otázok. Administrácia a vyhodnotenie dotazníka sú jednoduché a časovo nenáročné. V prípade zachytenia zvýšeného rizika popôrodnej depresie na základe výsledkov dotazníka sa žene odporučí odborná konzultácia.

### **Použitá literatúra:**

- Bell A.F., Andersson E.: The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review, *Midwifery*, 2016; 39:112-123.
- Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. Detection of postnatal depression, Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, *British Journal of Psychiatry*, 1987;150:782-786.
- Izáková Ľ.: Duševné zdravie počas tehotenstva a po pôrode, *Psychiatrie praxi*, 2013; 14(4): 161–163.
- Izáková Ľ.: Výskyt depresívnych príznakov v popôrobnom období, *Psychiatrie praxi*, 2013; 14(1): 26–29.
- Mohr P.: Poporodní psychické poruchy, in: Takács L., Sobotková D., Šulová L. a kol.: *Psychologie v perinatální péči*, Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5127-6.
- Underwood L. et al. : A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression, *Archives of Womens Mental Health*, 2016; 19(5):711-720.
- Vágnerová M.: *Vývojová psychologie Dětství a dospívání*, Praha: Karolinum, 2017, ISBN 978-80-246-2153-1.



## 7. Psychosociálne aspekty perinatálnej straty.

### Študijné ciele:

- Popísanie perinatálnej straty z hľadiska psychologického prežívania
- Identifikovanie dôležitých zásad z hľadiska prístupu k žene po perinatálnej strate
- Priblíženie prežívania ženy pri spontánnom a umelom prerušení tehotenstva

### 7.1. Perinatálna strata, prežívanie ženy a proces smútenia

Pojmom perinatálna strata zvyčajne označujeme situáciu pôrodu mŕtveho plodu, alebo úmrtie dieťaťa tesne po pôrode. WHO definuje perinatálnu stratu ako **smrť počas perinatálnej periódy**, teda v období po dosiahnutí **22 týždni gestačného veku do 7 dní** po pôrode. Štatistická miera perinatálnej mortality v SR sa pohybuje na úrovni 5-6 promile. Pre ženu, resp. pre rodičov často predstavuje perinatálna strata psychickú traumatu, a ide o náročnú situáciu na zvládnutie aj pre zdravotnícky personál.

Prirodzenou reakciou na stratu sú **pocity smútku a vonkajšie prejavy žiaľenia**, čiže behaviorálna reakcia na stratu. Prežívanie po perinatálnej strate však môže zahŕňať aj množstvo iných emócií, ako napr. úzkosť, hnev, vinu, strach. Reakcie na stratu môžu zahŕňať intenzívne pocity zúfalstva, bezmocnosti, plač, výčitky svedomia, obviňovanie okolia a iracionálne hľadanie vinníka. Reakciou na oznámenie diagnózy môže byť aj počiatočný šok, **neschopnosť uveriť že sa to stalo, pocit nereálnosti, popieranie informácie**. Tieto reakcie sú **psychologickým obranným mechanizmom**.

Situácia straty dieťaťa môže byť pre človeka tak neznesiteľne bolestná, že ju nie je schopný spracovať, a dochádza k **disociácii**. Disociácia je psychologický obranný mechanizmus pri ktorom traumatické myšlienky a pocity sú odštepené z vedomia tak, že vedomie človeka k nim dočasne stratí prístup (človek informáciu vytesní zo svojho vedomia, pretože by nezvládol znášať bolesť s ňou spojenú). Častým prejavom disociatívneho obranného mechanizmu je čiastočná **amnézia** (človek si nepamätá niektoré udalosti spojené s traumatickou udalosťou). Pod vplyvom tohto obranného mechanizmu sa tiež môže javiť správanie ženy ako nepriliehavé- neprejavuje žiadne emócie, nekomunikuje, alebo vykonáva len mechanicky pokyny. Takisto sa môže prejavovať zmätené správanie, nepokoj, podráždenosť, alebo únikové správanie. Disociatívny obranný mechanizmus síce dočasne človeka chráni pred prežívaním neznesiteľnej bolesti, zároveň však bráni kontaktu

s traumatickou spomienkou, a bráni vyrovnaní sa so situáciou a spracovaniu bolestivej udalosti.

Zvyčajne platí, že **vonkajšie prejavy smútku pomáhajú vyrovnať sa so stratou**, a preto ich nepovažujeme za maladaptívne, skôr naopak. Ťažkosti s vyrovnávaním sa so situáciou signalizujú skôr atypické prejavy, ako nápadný pokoj a nepriliehavé emocionálne reakcie. Snaha potláčať emócie a neschopnosť prejavovať žal pre väčšinu ľudí skôr komplikujú proces smútenia a oddaľujú vyrovnanie sa zo stratou. V niektorých prípadoch perinatálna strata je situácia, ktorá **môže vyústiť u predisponovanej ženy k depresívnym reakciám, ktoré si vyžadujú odbornú starostlivosť**.

**Po perinatálnej strate** nastáva pre ženu (a rovnako aj pre partnera) **fáza smútenia a vyrovnávania sa so stratou**, ktorá môže trvať rôzne dlho. Vo všeobecnosti vyrovnávanie sa so závažnou stratou v živote môže trvať až jeden rok. Zo strany sociálneho okolia sa môže vyskytovať presvedčenie, že nie je vhodné s matkou, resp. rodičmi, o perinatálnej strate hovoriť. Mnoho ľudí nevie ako vhodne zareagovať, a preto sa správajú ako keby sa nič nestalo, čo však môže pre ženu pôsobiť traumatizujúco. O strate je vhodné hovoriť, prejavovať účasť.

Pomerne častým zvládacím mechanizmom po perinatálnej strate je **d'alšie tehotenstvo**. Z psychologického hľadiska sa odporúča optimálne po roku až 18 mesiacoch, keď je predpoklad, že proces smútenia a vyrovnávania sa stratou je ukončený. Ďalšie tehotenstvo po perinatálnej strate je častejšie sprevádzané vyššou úzkosťou a obavami, vzhľadom k tomu je potrebná zvýšená pozornosť a podpora tehotnej, a podpora pri zvládaní úzkosti.

## **7.2. Prístup pôrodnej asistentky k žene pri perinatálnej strate**

V prístupe k žene po perinatálnej strate je dôležité vychádzať z poznania, že perinatálna strata je pre ženu traumatickou situáciou, ktorá je spojená s výrazne negatívnymi emóciami a reakciami, a ktorú sprevádza proces smútenia a vyrovnávania sa s udalosťou. Je potrebné prihliadať na viaceré špecifiká komunikácie v tejto situácii:

- Je nutné akceptovať, že reakcie ženy, resp. partnera, môžu byť emocionálne búrlivé, môžu byť aj iracionálne, alebo namierené proti zdravotníkom, spojené s obviňovaním a hľadaním vinníka. Vo všetkých prípadoch je potrebné **rešpektovať negatívne pocity ženy, poskytnúť priestor na bezpečné vyjadrenie emócií, zachovať empatický prístup, vypočuť**.

- Je potrebné **vyhýbať sa zľahčovaniu situácie a nesprávať sa ako keby sa nič nestalo.**
- Takisto falošné utešovanie („ešte budete mať kopec zdravých detí“), a nabádanie ženy aby sa „vzchopila“ je vo väčšine prípadov kontraproduktívne.
- Dôležité je **podrobné informovanie** o postupoch (napr. priebeh pôrodu, čo sa bude diať po pôrode, možnosti rozlúčenia sa s dieťaťom).
- Je potrebné rátať s tým, že **informácie bude potrebné viackrát zopakovať**, keďže v stresovej situácii je vnímanie človeka a spracovávanie informácií oslabené.

**Základné odporúčania pre prístup zdravotníkov v rámci poskytovania starostlivosti o ženu po perinatálnej strate zahŕňajú nasledovné body:**

- Oznámenie diagnózy citlivým spôsobom, akceptovanie negatívnych emocionálnych reakcií, poskytnutie bezpečného priestoru na vyjadrenie emócií.
- Nezľahčovať situáciu, akceptovať smútenie ženy, vystríhať sa falošného utešovania.
- Dôležité je vysvetlenie presnej príčiny perinatálneho úmrtia lekárom
- Podrobné informovanie o všetkých postupoch, výkonoch, priebehu pôrodu
- Umožnenie prítomnosti partnera počas vyšetrení, oznamovaní diagnózy, resp. počas pôrodu
- Navrhnuť a umožniť rozlúčenie sa s dieťaťom, ktoré by malo prebiehať na základe želania matky- je potrebné poskytnúť žene priestor na rozhodnutie, či si želá kontakt/rozlúčenie sa s dieťaťom. Rozlúčenie s dieťaťom by malo nasledovať po úprave dieťaťa (umytie, zabalenie), v prípade viditeľných telesných neobvyklostí je vhodné s týmto faktom rodičov vopred vecne oboznámiť a pripraviť ich.
- V prípade želania matky umožniť prítomnosť osoby poskytujúcej duchovnú oporu (kňaz), umožniť krst dieťaťa, pochovanie dieťaťa
- V prípade želania matky pripraviť spomienkový balíček, ktorý môže obsahovať napríklad UZV snímku plodu, fotografiu, odtlačok ruky alebo stupaje dieťaťa
- Neumiestňovať ženu na oddelenie šestonedelia so ženami po pôrode
- Poskytnúť kontakt na odborníka pre duševné zdravie (psychológ), podpornú skupinu pre rodičov po perinatálnej strate.

### 7.3. Psychologická problematika prerušenia tehotenstva

**U niektorých žien** sa v súvislosti s interrupciou môžu objaviť **negatívne psychické reakcie**, najmä depresívne, úzkostné pocity, ľútosť, pocit viny, hanba, obavy z prezradenia. Tieto pocity často sprevádzajú proces rozhodovania sa o interrupcii, ale môžu sa objaviť aj po nej. Psychické reakcie pri interrupcii ovplyvňujú viaceré faktory, napr. dôvod rozhodnutia (nechcené tehotenstvo/zdravotná indikácia), psychické problémy v anamnéze, postoj okolia ženy a úroveň sociálnej opory, vek, rodinný stav, parita, religiózne faktory. Menej negatívnych pocitov sa vyskytuje u žien, ktoré sa pre interrupciu rozhodli samostatne, bez nátlaku okolia; a u žien, ktoré sa môžu zveriť blízkej osobe a majú dobrú sociálnu oporu. Takisto spontánny potrat môže predstavovať pre ženu traumatickú skúsenosť, a u predisponovanej ženy pôsobiť ako spúšťač faktor negatívnej psychickej reakcie úzkostne-depresívneho charakteru. Pokiaľ problémy pretrvávajú dlhšie obdobie a narúšajú bežné aktivity a normálne fungovanie ženy, je vhodné vyhľadať odbornú pomoc.

**Po interrupcii zo zdravotných dôvodov** (napr. z dôvodu vážneho genetického poškodenia plodu) najmä vo vyššom štádiu tehotenstva môže nastať u ženy proces smútenia a pocit ťažkej straty, ktorý je potrebné rešpektovať a poskytnúť potrebnú emocionálnu podporu. **Rozhodnutie o interrupcii** je potrebné ponechať na ženu, nevytvárať nátlak, rešpektovať voľbu, podávať objektívne, neskreslené a úplné informácie o všetkých možnostiach a faktoch. V rámci zdravotnej starostlivosti je potrebné dodržať pravidlá podobné ako pri perinatálnej strate (neumiestňovať na šestonedelí, prítomnosť partnera, podľa želania kontakt na odborníka-psychológ, psychiater). Úlohou pôrodnej asistentky je poskytnutie informácií a edukácia ženy (hormonálne zmeny, psychická labilita, krvácanie...) so zvláštnym ohľadom na situáciu

### **Použitá literatura:**

- Borůvková K., Hoskovcová S., Hrušková Z.: Psychosociální intervence v případě úmrtí dítěte (perinatální stráta, potrat), in: Takács L., Sobotková D., Šulová L. a kol.: Psychologie v perinatální péči, Praha: Grada, 2015, ISBN 978-80-247-5127-6.
- Kaspárková P., Bužgová R.: Prožívání těhotenství po perinatální ztrátě, Ošetrovatelství a porodní asistence, 2013, 4(4):643-656.
- Kaspárková P., Bužgová R.: Podpora rodičů při perinatálním úmrtí, Kontakt, 2010, 12(4):387-398.
- Ratislavova, K.: Perinatální stráta...Když na začátku přijde konec, [online]. [cit. 2017-20-01]. Dostupné na internete: <https://ratislavova.wordpress.com/perinatalni-ztrata/>
- Urbanová E. Perinatálna strata. In Urbanová E. a kol., Reprodukčné a sexuálne zdravie v dimenziách ošetrovatel'stva a pôrodnej asistencie, Martin: Osveta, 2010, ISBN 978-80-8063-343-1.

## **8. Predčasný pôrod z psychologického pohľadu. Náročné materstvo- narodenie dieťaťa so zdravotným znevýhodnením.**

### **Študijné ciele:**

- Poznanie psychologických súvislostí predčasného pôrodu
- Náhľad na narodenie dieťaťa so zdravotným znevýhodnením ako krízovú situáciu pre rodinu
- Poznanie psychických reakcií, obranných a zvládacích mechanizmov pri oznámení závažnej diagnózy

### **8.1. Predčasný pôrod**

Z psychologického hľadiska pri predčasnom pôrode je **vyššie riziko úzkostného prežívania** u rodičky a emocionálne náročnejšieho a stresujúcejšieho priebehu pôrodu. Pokiaľ je predčasný pôrod pre ženu neočakávaný (pri dovtedy fyziologickej tehotnosti bez komplikácií) môže mať žena problém psychicky akceptovať tento fakt, môže sa u nej prejaviť **psychický šok a viaceré obranné mechanizmy**. Jedným z nich je disociácia, kedy dochádza k potlačeniu negatívnych emócií: môže sa zdať že žena akoby neprežívala adekvátne emócie- tie sa dostavia až po narodení dieťaťa (obranný mechanizmus disociácie je podrobnejšie popísaný v kapitole 7.1. o perinatálnej strate). Pokiaľ naopak išlo o rizikovú tehotnosť, pôrod a správanie ženy počas pôrodu môže negatívne ovplyvniť dlhodobá úzkosť a strach o zdravie dieťaťa, ktorá sa s predčasným pôrodom vystupňuje. Prístup pôrodnej asistentky k rodiacej žene by mal byť preto osobitne citlivý a podporujúci. Je potrebné počítat s úzkostnými reakciami a adekvátne reagovať (viď kapitola 4.2. o prístupe pôrodnej asistentky k žene počas pôrodu). Po pôrode sa u matiek predčasne narodených detí častejšie objavujú pocity ako napr. strach o dieťa, bezmocnosť, neistota, úzkosť, častejšie je tiež prežívanie osobného zlyhania v materskej role. Zvýšené je aj riziko popôrodnej depresie.

Osobitným problémom je **nadviazanie skorej citovej väzby medzi matkou a dieťaťom**, kde situácia je sťažená tým, že dieťa je často ihneď po pôrode umiestnené na neonatologickú jednotku intenzívnej starostlivosti a prioritou je starostlivosť o jeho vitálne funkcie. Matka dostáva informácie sprostredkované, k dieťaťu sa dostáva neskôr ako pri fyziologickom pôrode, zvyčajne nie je možný bonding. Pri dlhšom odlúčení môže žena prežívať akoby pocit „nereálnosť dieťaťa“ alebo pocit cudzoty. Nadviazanie citovej väzby

môže trvať o niečo dlhšie ako pri fyziologickom pôrode, avšak nijako nemusí ohroziť jeho kvalitu.

**Klokankovanie** je intenzívny kontakt „koža na kožu“ zabezpečený tým, že dieťa je na určitý čas položené na nahom hrudníku matky, alebo aj inej osoby, napr. otca dieťaťa, súčasťou môže byť aj orofaciálna stimulácia. Klokankovanie je v prípade predčasnej narodených detí metódou, ktorá pozitívne vplyva na upokojenie dieťaťa, podporuje jeho neuro-motorický vývin a rozvoj sacieho reflexu. Prináša tiež pozitívne podporenie pocitu rodičovskej kompetencie pre matku, resp. rodiča. Pri aplikácii metódy klokankovania je potrebné citlivo vnímať prejavy dieťaťa a realizáciu metódy prispôbiť týmto prejavom a potrebám. Znamená to aktivitu prerušiť v prípade prejavov diskomfortu dieťaťa, a realizovať metódu tak, aby nebol rušený spánok dieťaťa- keďže ochrana a podpora spánku u predčasne narodeného dieťaťa je mimoriadne dôležitá pre jeho optimálny vývin.

V záujme uľahčenia adaptácie predčasne narodeného dieťaťa na svet mimo matrice sa využívajú opatrenia približujúce prostredie nemocničnej jednotky prostrediu matrice: napríklad tlmenie svetla a zvukov; kladenie detí na podložky naplnené vodou (tie sa v pravidelných ev. nepravidelných intervaloch hojdajú); reprodukovanie zvukov tepu srdca matky. Využíva sa tiež obohacovanie prostredia o stimuly: zrkové podnety (hračky, farebnosť, obrázky tváří), sluchové podnety (tichá hudba).

## **8.2. Narodenie dieťaťa zo závažným zdravotným problémom: emocionálne prežívanie rodičov**

Narodenie dieťaťa zo zdravotným znevýhodnením (zdravotným postihnutím) predstavuje záťažovú situáciu pre matku dieťaťa, tiež pre otca a celý rodinný systém. Matka, resp. rodičia prechádzajú krízou, a to:

- **krízou zo straty**, ktorá je spôsobená zrútením, stratou predstavy o narodení zdravého dieťaťa
- **anticipačnou krízou**, ktorá je charakteristická obavami z toho, čo bude nasledovať, obavami z budúcnosti, zo života s dieťaťom („ako sa ň budem starať?“, „zvládnem to“) a z budúcnosti dieťaťa , jeho prognózy a životnej perspektívy („aký bude mať život s týmto zdravotným problémom?“, „do akej miery bude schopné žiť samostatne?“)
- **krízou osobnej identity** spojenou so strata sebadôvery, sebaistoty

- **krízou rodičovskej identity**, ktorá môže byť spojená s pocitmi rodičovského zlyhania, a tiež obavami z budúcnosti- keďže byť rodičom zdravotne znevýhodneného dieťaťa znamená líšiť sa od ostatných rodičov, prináša to značnú sociálnu stigmú.

Reakcie rodičov na zistenie diagnózy dieťaťa, ktorá so sebou prináša celoživotné zdravotné znevýhodnenie, môžu prebiehať individuálne odlišne, v každom prípade ale pre väčšinu rodičov ide o emocionálne veľmi náročnú situáciu. Veľmi časté reakcie sú:

**Počiatočná fáza – šok, popieranie:** zistenie diagnózy pôsobí ako trauma a šok, rodič môže prežívať intenzívne negatívne emócie, zúfalstvo, sklamanie, bezmocnosť, beznádej, alebo naopak nie je schopný žiadnej reakcie (neprežíva žiadne emócie, funguje „ako stroj“, mechanicky, bez kontaktu z vlastnými emóciami). Objavuje sa panika, obavy zo zvládnutia situácie („Nemôžem sa starať o postihnuté dieťa, nezvládnem to“). Prirodzenou reakciou rodiča môže byť aj kladenie otázky „prečo sa stalo práve mne“ a tiež snaha nájsť a identifikovať vinníka, resp. príčinu diagnózy (napr. matka si opakovane premieta priebeh tehotnosti, pôrodu, lekársku starostlivosť, hľadá jednoznačnú príčinu zdravotného problému dieťaťa, niekedy môže hľadať vinu aj v sebe, vo svojom konaní- často aj úplne iracionálne). V počiatočných fázach sa môže prejaviť aj tendencia k **popieraniu**: rodič situáciu vníma ako natoľko subjektívne neprijateľnú, že odmieta prijať realitu („Toto nie je moje dieťa!“ „To nie je pravda, určite sa mýlite a všetko bude v poriadku, bude zdravé!“), ide o obranný mechanizmus chrániaci psychickú rovnováhu rodiča.

**Fáza smútenia:** do popredia sa dostávajú pocity žiaľu, depresívne pocity, zúfalstvo, úzkosť a obavy z budúcnosti, ale aj hnev na situáciu, na nespravodlivosť. Často sa objavujú obavy z reakcií okolia, hanba. V tejto fáze rodič často potrebuje oporu zo strany okolia, emočnú podporu, vypočutie, pochopenie situácie.

**Fáza prijatia:** emocionálne spracovanie a prijatie situácie, zmierenie s realitou a účelné jednanie, reorganizácia- prispôsobenie chodu rodiny a života danej situácií, prehodnocovanie situácie a aktívne zaujímanie sa o možnosti zmiernenia ťažkostí. Fáza vyrovňavania sa so situáciou môže byť sprevádzaná aj negatívnymi pocitmi, napr. závisť matkám zdravých detí, zlosť na okolie, pretrvávajúce pocity ľútosti. Niekedy sa človek nie je schopný s danou situáciou dlhodobo zmieriť, pretrváva dlhodobá ľútosť, depresívne pocity (častejšie reakcie u žien), niekedy môže byť reakciou aj odchod, opustenie dieťaťa (častejšie u mužov).

Všetky popísané reakcie sú pokusom o zachytenie častých a typických reakcií rodičov na závažnú situáciu, jednotlivé fázy však nemajú presne ohraničené trvanie a následnosť. Aj



po dlhšom období sa môžu znova objaviť emócie a reakcie o ktorých si rodič myslel, že ich už prekonal, atď.. Emocionálne reakcie môžu prebiehať individuálne odlišne, napr. u niekoho dominujú pocity predovšetkým pocity zúfalstva a smútku, u iného rodiča hnev a snaha identifikovať vinníka.

Na emocionálne prežívanie rodičov má vplyv aj **časový aspekt**: teda obdobie, kedy je zdravotný problém zistený. Niektoré vrodené zdravotné problémy sú zrejmé už počas tehotenstva (rodičia sa môžu vopred pripraviť v priebehu tehotnosti na situáciu), iné problémy sú zrejmé krátko po narodení (šok prebieha po náročnej a vyčerpávajúcej situácii pôrodu, čo môže sťažovať zvládanie situácie). Viaceré diagnózy sa prejavia až s odstupom času niekoľkých mesiacov až rokov (napr. zmyslový: sluchový či zrakový deficit, detská mozgová obrna- najmä jej ľahšie formy, mentálna retardácia, pervazívne vývinové poruchy- autizmus).

To, ako budú rodičia zvládať túto náročnú situáciu závisí od mnohých faktorov, napríklad:

- typu a závažnosti zdravotného znevýhodnenia
- miere závislosti dieťaťa na starostlivosti inej osoby
- od viditeľnosti/nápadnosti zdravotného problému
- od predpokladaných príčin vzniku
- osobnostných vlastností a zrelosti rodičov
- sociálneho kontextu – názory a postoje spoločnosti, akceptovanie detí so zdravotným znevýhodnením a podmienky na výchovu a vzdelávanie detí so závažným zdravotným problémom
- socioekonomického zázemia (finančná situácia) s sociálnej opory rodiny
- profesionálnej podpory pre rodinu (kvalita zdravotnej starostlivosti, prístup odborného personálu, finančná podpora štátu, psychosociálna podpora rodiny)

Zvládanie náročnej situácie, akou je aj situácia zistenia závažnej diagnózy dieťaťa, ovplyvňujú aj **osobnostné faktory**. Z osobnostných vlastností pozitívne ovplyvňujúcich zvládanie záťaže možno vyzdvihnúť emočnú stabilitu, optimizmus, extroverziu, otvorenosť, flexibilitu a tvorivosť, sebakontrolu a sebaovládanie, vyššiu mieru sebadôvery a sebaistoty. Naopak charakteristiky osobnosti, ktoré sťažujú zvládanie záťažovej situácie sú napríklad emočná labilita, neuroticizmus, úzkosť, depresivita.

Rovnako **socioekonomické faktory** významne ovplyvňujú prežívanie a zvládanie záťažovej situácie. Zraniteľnejšie sú rodiny s nedostatočnou sociálnou oporou so strany širšej

rodiny a sociálneho okolia, so zlým socioekonomickým, resp. finančným zázemím, osamelé matky, resp. osamelý rodičia, rodičia s narušeným, konfliktným vzťahom, rodičia príliš mladí a osobnostne nezrelí.

### 8.3. Narodenie dieťaťa zo závažným zdravotným problémom: zvládacie mechanizmy

Rodičia po zistení závažnej diagnózy dieťaťa znamenajúcej trvalé alebo dlhodobé zdravotné znevýhodnenie musia vyriešiť viaceré naliehavé otázky:

- predovšetkým je to vyriešenie **praktických otázok** a dopadov diagnózy na život rodiny, najmä riešenie **socioekonomických otázok**. Rodiny s dieťaťom so závažnou diagnózou sú vo vyššej miere ohrozené chudobou, často je potrebné aby jeden s rodičov (častejšie to býva matka) zostal s dieťaťom doma. Navyše samotný zdravotný problém znamená zvýšené výdavky na zdravotnícke pomôcky, rehabilitácie, terapie, úpravu domácnosti, lieky, dochádzanie za špecializovanou zdravotnou starostlivosťou. Starostlivosť o dieťa zo zdravotným znevýhodnením je veľmi náročná po časovej, fyzickej, emocionálnej aj finančnej stránke, predstavuje záťaž najmä pre matku dieťaťa, a výrazne zasahuje do fungovania celej rodiny.
- **Otázky identity** seba ako rodiča, identity dieťaťa, po oznámení diagnózy často nastáva kríza rodičovskej identity. Je potrebné vyrovnať sa aj s odlišnosťou dieťaťa, odlišnosťou rodičovskej skúsenosti, a často aj nepochopením a necitlivými reakciami zo strany okolia.
- **Existenciálne otázky**: hľadanie zmyslu tejto udalosti („prečo sa to stalo? aký to má význam pre môj život?) a voľba ďalšieho životného smerovania, osobnostného i rodinného („Čo môžeme robiť? Ako môžeme pomôcť dieťaťu? Ako sa zmení náš život?“).

Pod pojmom **copingové stratégie** rozumieme zvládacie mechanizmy stresovej situácie- spôsoby, akými sa človek vyrovnáva zo záťažovou, náročnou situáciou vo svojom živote. Medzi **kognitívne copingové mechanizmy** zaraďujeme napr. stratégie zamerané na riešenie samotného problému: napr. zvládanie rehabilitačných procedúr, hľadanie rôznych možností odbornej pomoci pre dieťa, vyhľadávanie informácií o diagnóze a pod. **Emocionálne orientované copingové stratégie** sú zamerané na zlepšenie vlastného psychického stavu, patrí sem napríklad aktívne vyhľadávanie a využívanie sociálnej opory zo strany okolia, snaha o prijatie a emocionálnu akceptáciu situácie, hľadanie aktivít

zlepšujúcich emocionálne rozpoloženie, aktívny oddych a regenerácia. Pokiaľ je sociálne okolie schopné poskytnúť emocionálnu podporu, snahu o empatické porozumenie prežívania a aktívne vypočutie, je to zdrojom podpory pre rodičov a pomáha zvládať náročnú situáciu. V tomto kontexte zohrávajú významnú úlohu iní rodičia s deťmi s podobnou diagnózou, napr. podporné združenia rodičov detí so špecifickým zdravotným problémom. **Zabezpečenie vlastného oddychu a regenerácie** je pre rodičov detí so zdravotným znevýhodnením **mimoriadne dôležitou** copingovou stratégiou vzhľadom na vysokú náročnosť starostlivosti o dieťa so zdravotným problémom.

Aktívne copingové stratégie (napr. aktívne vyhľadávanie zdrojov sociálnej opory) sú efektívnejšie pri zvládaní záťaže než pasívne očakávanie pomoci alebo vyriešenia situácie. Na rozdiel od adaptívnych stratégií, **maladaptívne copingové mechanizmy** síce dočasne prinesú zníženie napätia, avšak z dlhodobého hľadiska neprinášajú účinnú úľavu, resp. prinášajú zo sebou negatívne efekty. Maladaptívnym copingovým mechanizmom sú napr. **únikové stratégie**:

- dlhodobé popieranie situácie a neschopnosť akceptovať realitu
- bagatelizácia, zľahčovanie situácie
- únik zo situácie (unikanie od rodiny a aktivít súvisiacich s výchovou dieťaťa, sústredenie sa na iné oblasti, alebo úplný odchod od rodiny, resp. dieťaťa)

Vo využívaní copingových stratégií existujú určité **rodové rozdiely**. Ženy majú väčšiu tendenciu využívať emocionálne ladené copingové stratégie, zvyčajne má pre nich väčší význam emocionálna podpora a pochopenie zo strany okolia. Pre mužov je častejšie a typickejšie využívanie primárne kognitívne orientovaných copingových mechanizmov, sústredenie sa na praktické stránky riešenia problémov. Spomenuté rozdiely neznamenaajú, že ženy nevyužívajú kognitívne stratégie, alebo že pre mužov nie je dôležitá sociálna opora zo strany okolia. Avšak počiatočná reakcia na záťažovú situáciu, a dôležitosť, akú pripisujú muži a ženy rôznym typom zvládania situácie, sa môže významne líšiť. Tieto rozdiely v spôsobe prežívania a reakcií na záťažovú situáciu môžu spôsobovať napätie v partnerskom vzťahu, a vyžadujú snahu o aktívne porozumenie prežívania toho druhého, a otvorenú komunikáciu o vzájomných potrebách a spôsoboch riešenia problémov.

Získanie pocitu kontroly nad situáciou je dôležitým aspektom procesu zvládania náročnej situácie, v tomto procese pomáha napríklad snaha nájsť na situácii, ktorá sa v zásade nedá radikálne zmeniť, niečo čo by sa dalo ovplyvniť, napr. rehabilitácie a zlepšujúce stav a niektoré príznaky diagnózy, zmysluplné činnosti pre dieťa, ktoré síce nevedú k výraznej

zmene, ale zlepšujú jeho pohodu). Význam majú tiež cielené činnosti zamerané na pozitívne zážitky pre rodičov: schopnosť urobiť si radosť, oddýchnuť si, eliminovať stres (pohyb, fyzická práca, emočne pozitívne situácie). Zvládanie a prijatie závažného zdravotného problému, znevýhodnenia dieťaťa je dlhodobý proces, v podstate celoživotný; v rámci ktorého dôležitú úlohu zohráva praktická a emocionálna podpora sociálneho okolia a celkový postoj spoločnosti.

#### **8.4. Narodenie dieťaťa zo závažným zdravotným problémom: komunikácia a prístup k rodičom**

Rodičia sú v situácii krátko po oznámení závažnej negatívnej správy týkajúcej sa zdravotného stavu ich dieťaťa často traumatizovaní, a nie sú schopní ju okamžite emočne prijať. Zo strany zdravotníckeho pracovníka je preto potrebné v tejto situácii počítať aj s možnosťou výrazných emocionálnych reakcií, hnevom, zúfalstvom, kritikou, útokom. Tiež je potrebné si uvedomiť, že vzhľadom k emocionálnemu šoku človek v takejto situácii často nie je hneď schopný spracovať všetky informácie a fakty, mnohé informácie môžu rodičia zabudnúť a bude potrebné ich viac krát opakovať.

Rodičom je potrebné po oznámení závažnej skutočnosti týkajúcej sa zdravotného stavu dieťaťa ponechať určitý čas (v závislosti od situácie a časových možností), kedy môže aspoň čiastočne opadnúť počiatočný šok, a až následne podávať akékoľvek ďalšie informácie, alebo realizovať administratívne alebo ošetrovateľské úkony. Je potrebné vytvoriť bezpečný priestor, v rámci ktorého môže matka, resp. rodičia prežívať a vyjadriť svoje emócie. Negatívne pocity je potrebné akceptovať, nebagatelizovať a nepopierať.

Je vhodné sprostredkovať kontakt na podporné sociálne siete, odborné centrá (napr. centrá včasnej intervencie), alebo svojpomocné skupiny rodičov alebo občianske združenia, poskytujúce pomoc pre rodiny s deťmi so závažným zdravotným problémom, poradenstvo, pomoc so sprostredkovaním odborných vyšetrení, rehabilitácií pre dieťa, sociálne poradenstvo (pomoc pri vybavovaní sociálnych podporných dávok, na čo všetko má rodina nárok) a psychosociálnu podporu rodiny.

<b>Pravidlá pre komunikáciu s pacientom po oznámení závažnej negatívnej správy:</b>	
•	základné pravidlo je PRAVDIVO A CITLIVO informovať o všetkých skutočnostiach a aspektoch
•	pokiaľ je pre zdravotníka komunikácie s pacientom v takejto situácii náročná, je vhodné sa na situáciu vopred pripraviť, vykonať určitú sebareflexiu (ujasniť si aké pocity vo mne táto situácia vyvoláva, ako mám tendenciu zvyčajne reagovať, a či je to správna reakcia, ktorá pomáha efektívne zvládať situáciu)
•	je užitočné si vopred ujasniť, čo je úlohou zdravotníka, a čo je naopak MIMO jeho KONTROLY (v tejto situácii nemám možnosť rýchlo a účinne odstrániť psychickú bolesť, ktorú pacient momentálne cíti; svojím profesionálnym a citlivým prístupom však môžem pacientovi uľahčiť prežívanie náročnej situácie)
•	je potrebné si uvedomiť, že profesionálna a empatická komunikácia nie je len v záujme pacienta, ale uľahčuje aj prácu zdravotníka: nevhodným komunikačným postupom zdravotník povzbudzuje maladaptívne reakcie u pacienta a zbytočne stráca čas
•	v tejto situácii je potrebné automaticky počítať s možnosťou počiatočného šoku a búrlivými emocionálnymi reakciami, a vnímať ich ako normálnu súčasť procesu vyrovnávania sa s náročnou situáciou. <b>Prirodzenou prvotnou reakciou človeka na oznámenie závažnej negatívnej správy je šok, zúfalstvo, a veľmi často aj obviňovanie iných (zdravotníkov) alebo popieranie reality</b> (nemáte pravdu, to nie je možné, vymýšľate si, neverím tomu) = treba si uvedomiť že zvyčajne to nie je osobné, nie je to namierené proti mne ako človeku, je to prirodzená reakcia v danej situácii. Nie je teda vhodné sa obraňovať, reagovať podráždene alebo útočne, alebo vyčítať nevďačnosť.
•	treba sa vyhýbať komentárom popierajúcim a lebo zľahčujúcim emócie pacienta („ukľudnite sa, nebud'te hysterická“)
•	je potrebné nebagatelizovať, nezľahčovať situáciu, neposkytovať falošnú nádej, nerealistické prisľuby zlepšenia, resp. vyliečenia
•	je vhodnejšie nevyhýbať sa priamemu pomenovaniu diagnózy
•	je potrebné komunikovať a podávať informácie primerane vzdelanostnej a inteligenčnej úrovni pacienta/príbuzných

### **Použitá literatura:**

- Jakšová K., Sikorová L., Hladík M.: Nurses role in promoting relationships between parents and premature newborns in accordance with the concept of family- centered care, *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 2016;7(1):396–401.
- Ratislavová K.: *Aplikovaná psychologie- porodnictví*, Praha: Area, 2008, ISBN 978-80-254-2186-4.
- Sikorová L., Suszková M.: Benefity metody klokánkování pro nedonošeného novorozence- Evidence based practice, *Ošetřovatelství a porodní asistence*, 2011, 2(3): 230-238.
- Sobotková D., Dittrichová J., Procházková E.: Rizikový novorozenec a jeho rodiče, in: Takács L., Sobotková D., Šulová L. a kol.: *Psychologie v perinatální péči*, Praha: Grada, 2015, ISBN 978-80-247-5127-6.
- Vágnerová M., Strnadová I., Krejčová L.: *Náročné mateřství. Být matkou postiženého dítěte*, Karolinum: Praha, 2009, ISBN 978-80-246-1616-2.

## **9. Vybrané posudzovacie škály vhodné pre použitie v pôrodnej asistencii.**

### **Študijné ciele:**

- Popis výhod použitia posudzovacích škál v poradnej asistencii.
- Stručný prehľad často využívaných škál.

### **9.1. Využitie posudzovacích škál v pôrodnej asistencii**

Posudzovacie škály majú v pôrodnej asistencii svoje miesto, vhodné je ich použitie najmä pri skríningu vybraných problémov: napríklad popôrodnej depresie, zvýšenej úzkosti, strachu z pôrodu. Môžu sa tiež využiť pri posudzovaní skúseností žien s pôrodom, celkovej úrovne spokojnosti s pôrodom, alebo pri posudzovaní kvality života. Takisto sa používajú pre výskumné účely.

Výhodou posudzovacích škál je ich rýchla a jednoduchá administrácia, časová nenáročnosť vyhodnotenia, možnosť skupinovej administrácie. Pri vyhodnocovaní výsledkov dotazníkov najmä v klinickej praxi, ale vo výskume, je potrebné vziať do úvahy, že **majú skríningový charakter**: teda napríklad vyššie skóre v dotazníku popôrodnej depresie neznamena automaticky že daná žena trpí depresiou, ale zvýšené riziko depresívneho ochorenia. Potvrdenie alebo vyvrátenie **diagnózy patrí do kompetencie odborníka** na duševné zdravie.

Použitie **niektorých** dotazníkov či už v klinickej praxi, alebo pre výskumné účely (napríklad aj použitie vo výskume v rámci záverečnej práce) je podmienené **získaním súhlasu s použitím** dotazníka. Aj v prípade, že sa súhlas s použitím dotazníka nevyžaduje, pri publikovaní akýchkoľvek výstupov je potrebné **vždy citovať pôvodné dielo**, v ktorom bol daný merací nástroj prvýkrát publikovaný.

Pri preklade dotazníkov z cudzieho jazyka do slovenského jazyka je potrebné, aby bol preklad urobený profesionálom. Jednou z používaných metód pri preklade dotazníka je **metóda spätného prekladu**. Pri tejto metóde preloží jeden odborník dotazník z cudzieho jazyka do slovenčiny, a následne získaný slovenský text preloží iný odborník (ktorý nemá znalosť pôvodného textu v cudzom jazyku) späť do angličtiny. Oba anglické texty sa porovnávajú: zisťuje sa, či nedošlo k posunu významu pôvodného textu.

V nasledujúcom prehľade uvádzame základné informácie o vybraných posudzovacích škálach, ktoré majú svoje využitie v pôrodnej asistencii.

## **POPÔRODNÁ DEPRESIA**

### **The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**

#### **Edinburská škála postnatálnej depresie**

**Autori dotazníka:** J. L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

**Informácia o dotazníku:** 10 položková škála zisťujúca symptómy depresie, odpovede sú skórované na 4 bodovej Likertovej škále (nikdy= 0 bodov, väčšinou= 3 body). Dotazník sa môže použiť na screening popôrodnej depresie v klinickej praxi, cut-off skóre 12,5 bodov poukazuje na možnosť, že žena môže trpieť depesiou, a je potrebné, aby ju vyšetril odborník-psihiater alebo psychológ

**Podmienky použitia dotazníka:** nie je nutný súhlas autorov, avšak vždy treba uvádzať citáciu zdroja dotazníka

**Originálny zdroj:** Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R.: Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, British Journal of Psychiatry, 1987;150:782-786.

## **SPOKOJNOSŤ S PÔRODOM**

### **The Birth Satisfaction Scale (BSS, BSS-R)**

#### **Škála spokojnosti s pôrodom**

**Autorka dotazníka:** C. J. Hollins- Martin, Veľká Británia

**Informácia o dotazníku:** dotazník má 2 verzie: 30 položková verzia je určená na výskumné účely, alebo na individuálne použitie, umožňuje dôkladnejšie preskúmanie prežívania ženy počas pôrodu a jej celkovú spokojnosť s pôrodom. Druhá verzia je 10 položková, ktorá je vhodnejšia na použitie v praxi vďaka rýchlejšiemu vyplneniu. Škála je štandardizovaná v anglickom jazyku, v súčasnosti sa pripravuje štandardizácia v slovenskom jazyku. Odpovede sú na 5 bodovej Likertovej škále; vyššie skóre znamená vyššiu spokojnosť s pôrodom.

**Podmienky použitia dotazníka:** nutný súhlas autorky s použitím a citovanie zdroja dotazníka

**Originálny zdroj:** Hollins-Martin C.J., Fleming V.: 'The Birth Satisfaction Scale (BSS)', International Journal of Health Care Quality Assurance, 2011, 24 (2):124-135.



## **STRACH Z PÔRODU**

### **Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)**

#### **Wijmov dotazník pôrodných očakávaní/skúseností (W-DEQ)**

**Autori:** Klaas Wijma, Barbro Wijma, Margareta Zar, Švédsko

**Informácia o dotazníku:** špecifický merací nástroj na posúdenie intenzity strachu z pôrodu u tehotnej ženy. Dotazník obsahuje 33 položiek, odpovede sú škálované na 6 bodovej Likertovej škále od odpovedí „vôbec nie (0 bodov)“ po odpoveď „absolútne/extrémne“ (5 bodov); ako cut-off skóre sa používajú rôzne hodnoty, ale najčastejšie sa objavuje hodnota 85 bodov a viac ako skóre indikujúce výrazný strach z pôrodu.

**Použitie dotazníka:** nutný súhlas autorov s použitím dotazníka a citovanie zdroja dotazníka

**Originálny zdroj:** Wijma K., Wijma B., Zar M.: Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth, Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 1998, 19(2):84-97.

## **ÚZKOSŤ**

### **Beck Anxiety Inventory (BAI)**

#### **Beckova sebaopisová škála úzkosti**

**Autori dotazníka:** Aaron T. Beck, USA

**Informácia o dotazníku:** 21 položková škála zisťujúca symptómy zvýšenej úzkosti, odpovede sú skórované na 4 bodovej Likertovej škále (0=vôbec, 3= veľmi silne). Normy dotazníka: celkový počet bodov 0-5: bez známkov úzkosti; 6-15 bodov: mierne prejavy úzkosti, 16-25: stredne závažné príznaky úzkosti, viac ako 26 bodov: závažné prejavy úzkosti. Pri stredne závažnej až závažnej úzkosti je vhodné odporučiť odborné vyšetrenie. Dotazník bol vyvinutý a je možné ho použiť aj vo všeobecnej populácii.

**Podmienky použitia dotazníka:** copyright na použitie dotazníka vlastní firma Pearson (<https://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000251/beck-anxiety-inventory-bai.html>)

**Originálny zdroj:** Beck A.T., Epstein N., Brown G., Steer R.A.: An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1988, 56:893-897.

## **KVALITA ŽIVOTA**

### **The Short Form Health Survey 36 items, (SF-36)**

#### **Prieskum zdravotného stavu: 36-položková krátka verzia**

**Autori dotazníka:** J.E. Ware Jr., C.D. Sherbourne, USA

**Informácia o dotazníku:** 36 položkový dotazník je zameraný na subjektívne vnímanú kvalitu života, čím je vyššie skóre, tým je kvalita života vnímaná ako lepšia. Má 8 subškál:

- 1.fyzické fungovanie: skóre v otázke 3
- 2.sociálne fungovanie: skóre v otázkach 6, 10
- 3.obmedzenie soc. rolí kvôli fyzickým zdravotným problémom: skóre v otázke 4
- 4.obmedzenie soc. rolí kvôli emocionálnym problémom: skóre v otázke 5a,5b,5c
- 5.celkové mentálne zdravie: skóre v otázke 1, 11a-d
- 6.vitalita, energia, únava: skóre v otázke 9a, 9e, 9g, 9i
- 7.telesná bolesť: skóre v otázkach 7, 8
- 8.celkové vnímanie zdravotného stavu: skóre v otázke 1, 11a-d

**Podmienky použitia dotazníka:** copyright k dotazníku vlastní spoločnosť RAND Health (<https://www.rand.org>)

**Originálny zdroj:** Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Medical Care 1992; 30: 473-483.

Slovenská verzia dotazníka je publikovaná v monografii:

Nagyova I (ed.) Measuring health and quality of life in the chronically ill. Kosice:

EQUILIBRIA Ltd 2009

### **Použitá literatúra:**

- Beck A.T., Epstein N., Brown G., Steer R.A.: An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56(6):893-897.
- Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R.: Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, *British Journal of Psychiatry*, 1987;150:782-786.
- Hollins-Martin C.J., Fleming V.: The Birth Satisfaction Scale (BSS), *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2011, 24 (2):124-135.
- Nagyova I (ed.) Measuring health and quality of life in the chronically ill. Kosice: EQUILIBRIA Ltd., 2009. ISBN: 978-80-89284-46-7
- Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992; 30(6): 473-483.
- Wijma K., Wijma B., Zar M.: Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 19(2):84-97.