

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2022**

**Pavína Červená**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

**Pavína Červená**

**POPORODNÍ DEPRESE**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

PLZEŇ 2022

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Kateřiny Ratislavové, Ph.D. a také, že tato bakalářská práce byla zpracována pouze s využitím zdrojů a literatury uvedené v seznamu.

V Plzni dne 30.3.2022

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Pavlína Červená

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Poporodní deprese

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Počet stran – číslované: 54

Počet stran – nečíslované: 17

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: deprese, poporodní deprese, šestinedělí

### **Souhrn:**

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku poporodních depresí. Teoretická část obsahuje obecné poznatky o poporodní depresi, o jejích rizikových faktorech, projevech, způsobech diagnostiky a možnostech léčby. Poslední kapitola se zaměřuje na psychohygienu porodní asistentky, která je při péči o ženy s poporodní depresí velmi důležitá. V teoretické části práce se uvádějí poznatky z odborné literatury a internetových zdrojů uvedených v seznamu.

Praktická část práce je tvořena rozborem konkrétních případů dvou žen, které poporodní depresi trpěly, a to formou kvalitativního výzkumu. Praktická část zahrnuje fragmenty rozhovorů s participantkami. Závěr práce shrnuje mé poznatky získané během výzkumné studie a doporučení pro praxi (informační leták).

## **Abstract**

Surname and name: Pavlína Červená

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Postpartum Depression

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Number of pages – numbered: 54

Number of pages – unnumbered: 17

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 28

Keywords: depression, postpartum depression, puerperium

### Summary:

The bachelor thesis focuses on the issue of birth depressions. The theoretical part contains general knowledge about postpartum depression, its risk factors, manifestations, methods of diagnosis and treatment options. The last chapter deals with the psychohygiene of a midwife, who is in the care of women with postpartum depression very important. The theoretical part of the thesis presents findings from the literature and internet sources listed.

The practical part of the work consists of an analysis of specific cases of two women who have suffered postpartum depression, in the form of qualitative research. The practical part includes fragments of interviews with participants. The conclusion summarizes my findings obtained during the research study and recommendations for practice (information leaflet).

## **Poděkování**

Děkuji mé vedoucí práce Mgr. Kateřině Ratislavové, Ph.D. za ochotu, pomoc, vstřícnost, čas a zejména cenné rady, které mi poskytovala po celou dobu psaní bakalářské práce.

Děkuji své rodině a blízkým, kteří mě po celou dobu studií a psaní bakalářské práce podpořovali.

V neposlední řadě děkuji participantkám za jejich důvěru, čas a ochotu se na mém výzkumu podílet.

# OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1 OBDOBÍ ŠESTINEDĚLÍ.....	10
1.1 Psychika ženy po porodu.....	10
1.2 Hormonální změny po porodu.....	11
1.3 Psychické poruchy v průběhu šestinedělí.....	11
1.4 Sociální změny po porodu.....	12
1.5 Koordinace poporodní péče v ČR.....	13
2 POPORODNÍ DEPRESE .....	14
2.1 Charakteristika poporodní deprese.....	14
2.2 Rizikové faktory a příčiny vzniku poporodní deprese.....	14
2.3 Příznaky a typy poporodní deprese.....	15
2.4 Insuficientní, nutkavý, panický typ.....	16
3 DIAGNOSTIKA POPORODNÍ DEPRESE.....	18
3.1 Edinburská škála poporodní deprese.....	18
3.2 Dotazník PRIME MD2.....	19
3.3 Poporodní depresivní screeningová škála.....	19
3.4 Diferenciální diagnostika.....	19
4 LÉČBA POPORODNÍ DEPRESE.....	21
4.1 Psychoterapie.....	21
4.2 Farmakologická léčba.....	23
4.3 Vliv farmakoterapie na kojené dítě.....	24
5 PÉČE O ŽENU S POPORODNÍ DEPRESÍ.....	25
5.1 Péče porodní asistentky o ženu s poporodní depresí.....	25
5.2 Úloha rodiny.....	26
5.3 Jak si žena může pomáhat sama.....	26
6 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ PORODNÍ ASISTENTKY .....	28
6.1 Psychohygiena.....	28
PRAKTICKÁ ČÁST .....	30
7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	30
7.1 Formulace problému.....	30
7.2 Hlavní cíl výzkumu.....	30
7.2.1 Dílčí cíle výzkumu.....	30
7.2.2 Výzkumné otázky.....	31
8 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	32

8.1	Charakteristika sledovaného souboru .....	32
8.2	Organizace výzkumu .....	33
8.3	Zpracování dat .....	33
9	INTERPRETACE ROZHOVORŮ .....	34
9.1	Demografické údaje .....	34
9.2	Anamnestické údaje .....	34
9.3	Těhotenství .....	35
9.4	Porod .....	37
9.5	Období po porodu a časně šestinedělí .....	39
9.6	Pozdní šestinedělí .....	41
9.7	Poporodní deprese .....	43
10	DISKUZE .....	50
	ZÁVĚR .....	64
	POUŽITÁ LITERATURA .....	65
	SEZNAM ZKRATEK .....	68
	SEZNAM TABULEK .....	69
	SEZNAM PŘÍLOH .....	70
	PŘÍLOHY .....	71
	Příloha č.1 – Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu .....	71
	Příloha č.2 – Edinburghská škála poporodní deprese .....	73
	Příloha č.3 – Výstup pro praxi – informační leták .....	74



## ÚVOD

Je známo, že období těhotenství, porodu a mateřství je jedno z nejkrásnějších období života ženy. Bohužel se moc nemluví o problémech, které toto období mohou zkomplikovat. Ve své bakalářské práci se zaměřím na poporodní deprese.

Většina poprvé těhotných žen se těší na své miminko, okolí je utvrzuje v tom, že vše bude krásné a bez problémů. Je však potřeba si uvědomit, že ne všechny ženy toto období prožívají v takovémto rozpoložení. Žena v průběhu těhotenství prochází mnoha změnami, ať už hormonálními, fyzickými nebo sociálními. Všechny tyto změny, které se prolínají a kladou velký nápor na psychiku, mohou vyvolat spoustu nepříjemných pocitů, jež po porodu mohou vyústit až v poporodní depresi. Téma poporodních depresí není mezi lidmi, dle mého názoru, dostatečně otevřeno, přitom by nemělo zůstat bez povšimnutí. Zejména partner, rodina nebo blízcí přátelé jsou mnohokrát mezi prvními, kteří mohou rané příznaky poporodní deprese odhalit. S poporodní depresí se setkává velké procento žen. Je to nemoc, která ovlivňuje nejen ženu, ale i její okolí, rodinu a zejména dítě.

Motivací k napsání bakalářské práce na toto téma bylo zejména to, že jsem se setkala s kamarádkou, která si depresivními stavy po porodu prošla. Nikdo z jejího okolí o tom nevěděl – pouze partner. Nikdo nepoznal, že se něco děje. Ženy, které poporodní depresi trpí, často trpí tiše. Mají pocit, že nezvládají naplnit představy ostatních, a nechtějí to dát najevo. Ve své práci bych proto chtěla tuto problematiku nastínit, zejména proto, aby se maminky nebály o svých pocitech mluvit a aby veřejnost byla obeznámena s tím, že poporodní deprese je nemoc jako každá jiná a neměla by zůstat bez povšimnutí.

Cílem mé práce je shromáždit, nastudovat, objasnit vznik, průběh, rizikové faktory a léčbu poporodních depresí a zejména informovat veřejnost o existenci této nemoci, její závažnosti a důležitosti. Chtěla bych nejen laické veřejnosti, ale i zdravotníkům předat subjektivní informace, prožitky a potřeby žen, které se s poporodní depresí již setkaly.

Hlavním cílem mé práce tedy je analyzovat prožitky a potřeby žen s poporodní depresí.

*Jaké jsou prožitky a potřeby žen s poporodní depresí?*

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 OBDOBÍ ŠESTINEDĚLÍ

Jako období šestinedělí neboli puerperium označujeme období prvních 42 dnů po porodu (6 týdnů). V tomto období tělo ženy podléhá mnoha změnám. Zejména se jedná o změny tělesné, ale také psychické a spirituální. Dochází ke změnám v sociálním prostředí, naplňuje se nová životní role matky a dochází k novému uspořádání dosavadní rodiny. Tělesné změny lze rozdělit na involuční a progresivní. Za involuční změny lze považovat anatomický a fyziologický návrat orgánů do stavu před otěhotněním (Hájek, 2014, s. 208-209). Involuční změny probíhají zejména v oblasti urogenitálního traktu-zavinování dělohy, odchod lochií (očistky), ale řadíme sem i změny na děložním hrdle, svalech pánevního dna, na břišní stěně. Progresivní změny zahrnují zejména rozvoj laktace.

Šestinedělí také můžeme rozdělit na dvě období. Na rané (časné) – trvá prvních 7 dní po porodu, a pozdní, které trvá od 8. do 42. dne a je to doba, kdy dochází k involuci těhotenských změn pohlavních orgánů ženy (Hájek, 2014, s. 208-209).

Období šestinedělí je zcela přirozeným stavem v životě ženy a pokud nedojde ke komplikacím, nemá nic společného s nemocí. Mezi nejčastější komplikace ze somatického hlediska řadíme krvácení, puerperální infekce, špatné hojení porodního poranění nebo zánežty mléčné žlázy (Procházka, 2020, s. 593, 601).

### 1.1 Psychika ženy po porodu

Žena je v průběhu šestinedělí po psychické stránce vystavena velké zátěži. Změny probíhají na hormonální úrovni, na somatické úrovni, probíhají fyzické změny, ale zejména je tu adaptace na novou roli matky. Všechny citové záležitosti, které žena prožívala v průběhu těhotenství, se uplatňují i po porodu a přistupuje k nim i zcela nový zážitek ze samotného porodu, ke kterému se žena v průběhu prvních hodin po něm neustále vrací (Ratislavová, 2008, s. 82). Má tendenci porovnávat své vysněné představy o porodu s reálnou náročnou situací (Wilhelmová et al, 2021, s. 375).

Šestinedělky jsou v prvních dnech po porodu většinou zaplaveny náladou plnou euforie a radosti z dlouho očekávaného novorozence. Tato nálada však zpravidla nemá dlouhé trvání a vystřídá ji zvýšená citlivost. Žena si začne uvědomovat svou zodpovědnost a náročnost celé situace (Wilhelmová et al, 2021, s. 375).

Jedním z hlavních aspektů, které mohou za psychické změny na počátku šestinedělí je náhlá změna hladiny hormonů, která nastává bezprostředně po porodu (Ratislavová, 2008, s. 82).

## 1.2 Hormonální změny po porodu

Ihned po porodu se v těle ženy odehrávají bouřlivé hormonální změny. Po porodu placenty dochází k rychlému klesání placentárních hormonů. hPL (lidský placentární laktogen) úplně vymizí během několika hodin, hCG (choriový gonadotropin) vymizí obvykle okolo 11.-16. dne po porodu. Během prvních sedmi dnů po porodu markantně klesá také hladina estrogenů a progesteronu, jejichž hladina se poté odvíjí od laktace. Dalším hormonem je prolaktin, jehož hladina je také závislá na kojení. Nejvíce se uvolňuje při sání (při sání v průměru šestkrát denně se jeho hodnota ve vysokých dávkách udržuje déle než jeden rok). Folikulostimulační hormon společně s luteizačním hormonem po porodu dosahují nízké koncentrace (Hájek, 2014, s. 211).

## 1.3 Psychické poruchy v průběhu šestinedělí

V prvních dnech po porodu (3.-6.den) se u 50-80 % šestinedělek objevuje **poporodní blues**. Je to tedy jednou z nejčastějších přechodných subdepresivních poruch objevujících se po porodu (Praško, 2009, s. 44). Poporodní blues se nejčastěji projevuje labilní náladou, zvýšenou citlivostí, neklidem, zmateností, úzkostnými stavy, často se objevují krátké periody pláče, které nejsou jasné ani samotné ženě. Ženám prožívajícím poporodní blues nejsou cizí ani somatické potíže, jako jsou bolesti hlavy, poruchy spánku, nechut k jídlu. Příznaky této subdepresivní poruchy většinou vymizí do 10. dne po porodu (Ratislavová, 2008, s. 91). Poporodní blues lze od deprese rozlišit zejména rychlostí jeho nástupu, kolísáním stavu a omezenou dobou trvání (Šebela a kol., 2019, s. 69). Mezi hlavní příčiny pravděpodobně nepatří psychologické, sociální, porodnické nebo ekonomické faktory ani prudké změny hladin hormonů. Hlavní příčinou se zdá být změna hladin tryptofanu a posun v rovnováze neurotransmiterů. Poporodní blues je pouze přechodným stavem a není proto potřeba zahajovat medikamentózní léčbu (Roztočil, 2017, s. 218).

Závažnější a déletrvající zhoršení nálady, které může být různého stupně a různé délky trvání, nazýváme **poporodní depresí**. Postihuje 10–15 % žen v poporodním období (Praško, 2009, s. 44).

Nejzávažnějším onemocněním v poporodním období je psychotické onemocnění **poporodní psychóza** (dříve označováno jako laktační psychóza). Postihuje 0,1 – 0,2 % šestinedělek. Poporodní psychóza postihuje především prvorodičky (v další graviditě se zpravidla neopakuje), mizí náhle a je většinou bez pozdějších následků (Ratislavová, 2008, s. 92). Poporodní psychóza může potencionálně ohrožovat život matky i dítěte. Žena v tomto stavu ztrácí kontakt s realitou. Onemocnění se může objevit v prvních dnech po porodu až do 3–6 týdnů po porodu. Tento stav již bezprostředně vyžaduje hospitalizaci a podávání psychofarmak. Velmi důležité je pacientku pečlivě sledovat a včas rozeznat riziko suicidálního nebo infanticidního činu (Tackás, 2015, s. 96-98).

#### **1.4 Sociální změny po porodu**

Po porodu se z ženy stává matka. Stát se matkou představuje určitý transformační proces, kterým musí projít i spirituální složka osobnosti ženy. Časté jsou otázky týkající se ženiny existence. Adaptace na roli matky souvisí s důležitými faktory, jako jsou výchova, sebevědomí, sebedůvěra. Každá žena se adaptuje na novou roli jinak dlouho. Nejen tělo, ale i duše potřebuje čas, aby se s novou situací vyrovnala. V tomto období je významná především podpora od partnera, který by měl ženě dopřát prostor, nechat ji nějaký čas o samotě a pomáhat jí s chodem domácnosti.

Žena se již v těhotenství přestává věnovat svému zaměstnání, ztrácí kontakty s kolegy a často i s některými přáteli. Veškerá náplň dne směřuje k péči o dítě a o domácnost. V období šestinedělí tráví žena většinu času jen doma s dítětem, odtržená od společnosti. Typicky se tedy objevuje fenomén emocionálního skleníku (žena je emocionálně spjata pouze se svým dítětem a postrádá kontakt s dospělými).

Velkou změnou prochází také vztah mezi ženou a jejím partnerem. Vztah, který byl doposud naplňován pouze dvěma osobami, je nyní obohacen o nového člena rodiny. Někteří muži mohou po narození dítěte pociťovat, že jim partnerka nevěnuje tolik pozornosti jako dříve (Wilhelmová et al., 2021, s. 378–380).

Po porodu prochází změnou i sexuální život páru. Dle doporučení odborníků může být sexuální život obnoven za 4 až 6 týdnů po porodu (za předpokladu, že šestinedělí probíhalo zcela bez komplikací a žena se cítí připravena). Pro mnoho žen je návrat k sexuálnímu životu po porodu velmi náročný. Často se vykytuje snížený zájem o sex, žena pociťuje zvýšenou únavu a veškerou energii věnuje především dítěti. Partner by měl pociťovat ženy

respektovat a mít pro ni pochopení. Tyto potíže jsou často pouze přechodné. Většina žen obnovila svůj sexuální život do 7–10 týdnů po porodu (Ratislavová, 2008, s. 1–2).

**Puerperální psychická adaptace** na novou roli matky probíhá ve dvou fázích. V prvních chvílích nastupuje pasivní fáze, která trvá 2–3 dny a je charakterizována pasivním chováním matky a její závislostí na okolí (řídí se pouze pokyny doporučenými v porodnici, od blízkých, váhá s rozhodnutími). Druhá, aktivní fáze nastupuje třetí den po porodu, kdy si již žena stihla uvědomit zážitek z celého porodu a odpočinula si. V této fázi se již začíná plně přizpůsobovat nové roli matky (Procházka, 2020, s. 599).

## 1.5 Koordinace poporodní péče v ČR

V České republice poporodní péče probíhá nejčastěji za plné hospitalizace. Některé porodnice však umožňují ambulantní porod, kdy poté probíhá péče o ženu v domácím prostředí komunitní porodní asistentkou nebo lékařem. Po vaginálním porodu jsou ženy hospitalizované přibližně 72 hodin (3 dny) a po císařském řezu pět dní. Během hospitalizace (eventuálně při návštěvách v domácím prostředí) se u rodičky kontroluje její celkový fyzický a psychický stav a fyziologické funkce (tlak, pul, tělesná teplota, stav porodního poranění, zavinování dělohy, odchod očítků a jejich charakter, stav prsů, laktace, známky infekce).

Během časného šestinedělí (prvních sedm dní po porodu) se ženy pomalu začínají starat o novorozence a zotavují se po porodu. Úkolem nemocničního personálu je ženám v prvních dnech co nejvíce pomáhat a edukovat je. Téměř ve všech porodnicích je preferován rooming-in, který umožňuje tvoření časného a správného pouta mezi matkou a novorozencem (Procházka, 2020, s. 599).

## 2 POPORODNÍ DEPRESE

Samotný porod je pro ženu velmi náročný, žena vstupuje do nové životní role matky, je na ni kladeno mnoho úkolů, které jsou pro ni zcela nové a musí se je naučit zvládat. Proto je období po porodu pro vznik psychických poruch velmi citlivé (Hájek, 2014, s. 396).

### 2.1 Charakteristika poporodní deprese

V mezinárodní klasifikaci nemocí dle WHO je pro poporodní depresi uveden speciální kód. Je uvedena pod psychiatrickou diagnózou F53 – Duševní poruchy a poruchy chování související se šestineděním, nezařazené jinde (Dušek, 2015, s. 276). Tackás (2015, s. 77) řadí poporodní depresivní poruchu mezi nejčastější komplikace, které mohou ženu po porodu potkat. Poporodní depresi často předcházejí příznaky poporodního blues, které se ovšem zhoršují a prohlubují a přetrvávají i 14 dní po porodu (Hájek 2014, s. 396).

Praško (2009, s. 44) uvádí poporodní depresi jako přetrvávající zhoršení nálady, která má různou intenzitu a délku trvání a postihuje 10–15 % žen. Nejčastěji se projevuje vyčerpaností, podrážděností, vyskytují se zejména pocity nejistoty a strachu. Žena má pocit selhání v roli matky, odsuzuje se za to, že ke svému dítěti nic necítí. Vyskytují se také obavy o partnerský život. První příznaky deprese se velmi často objevují po příchodu ženy z porodnice domů, kdy žena přímo čelí nové životní roli a musí za ni přijmout odpovědnost (Roztočil, 2017, s. 361).

Příznaky poporodní deprese se nejčastěji objevují 6. až 12. den po porodu (Hájek, 2014, s. 396). Ratislavová (2008, s. 91) však uvádí, že se mohou objevit kdykoliv během prvních šesti měsíců po porodu. Depresivní porucha bývá často důvodem mateřské i novorozenecké morbidit, někdy i s letálními následky (Tackás, 2015, s. 75).

### 2.2 Rizikové faktory a příčiny vzniku poporodní deprese

Depresivní porucha není nikdy způsobena pouze jednou příčinou, ale spíše vzájemným působením řady dílčích příčin. Týmohou být vrozené, zděděné, mohou být způsobeny vlivy prostředí, v němž člověk žije, způsobem života, který vede, nebo sociálním prostředím, jež ho obklopuje (Praško, 2009, s. 47).

Větší náchylnost k rozvoji depresivních stavů mají zejména lidé s nízkým sebevědomím a pesimistickým pohledem na svět. Tito lidé se na sebe i na své okolí dívají pesimisticky, nedokáží se pochválit, tím pádem jsou závislí na pochvale ostatních lidí, nedokáží se na nic těšit (Praško, 2009, s. 53).

Mezi významné rizikové faktory pro vznik poporodní deprese patří zatížená psychiatrická anamnéza (Ratislavová, 2008, s. 91). Předchozí depresivní epizoda vyvolá až u 30 % žen novou epizodu deprese po porodu. Depresivní epizoda po předchozím porodu rozvine depresi po dalším porodu u 52-62 % žen. Dalším rizikovým faktorem je depresivní porucha u pokrevních příbuzných (Kennedy, 2001, s. 5). Je tedy velmi důležité, aby se porodní asistentka již v průběhu těhotenství podrobně zaměřila na anamnézu.

Ratislavová (2008, s. 91) uvádí, jako rizikové faktory psychosociální. Nejčastěji to může být nechtěné těhotenství, nestabilita v partnerském vztahu, nedostatečná podpora od rodiny, negativní životní události nebo psychologická nepřipravenost stát se matkou. Dále jako rizikový faktor zmiňuje nepříznivou socioekonomickou situaci (nižší vzdělání rodičky, finanční problémy). Další z mnoha příčin může být i samotný průběh porodu. Větší riziko rozvoje poporodních depresí se vyskytuje u žen, které se setkaly s traumatem během porodu (časné přerušování bondingu, urgentní císařský řez, komplikace v průběhu porodu, nenaplnění porodního plánu ženy).

Je potřeba myslet i na vliv výchovy, který s rozvojem deprese velmi často souvisí. Například kritická výchova či násilí ve výchově mohou být jedním z rizikových faktorů pro vznik deprese v dospělém věku. Na vzniku se rovněž může podílet časná separace od matky, rozchod rodičů, nebo úmrtí jednoho z rodičů (Praško, 2009, s. 48).

Ve vzniku poporodní deprese může hrát roli i to, že se žena v domácím prostředí cítí osamocená. Partner ženy není nápomocný při péči o dítě, žena si nechce stěžovat, a tak propadá pocitům, že je na vše sama a nedokáže se tak o své dítě plnohodnotně postarat. (Geisel, 2004, s. 132).

### **2.3 Příznaky a typy poporodní deprese**

Je známo, že poporodní deprese není velmi často rozpoznána a tím pádem je i nedostatečně léčena. Většina žen o svých psychických problémech nechce hovořit z obavy, že v očích svého okolí budou za špatné matky. Je tedy potřeba aktivně a důkladně zjišťovat typické příznaky. Mimo jiné je důležité, aby ženy byly v oblasti příznaků poporodní deprese dostatečně informovány. Edukace vede ženy k uvědomění, že poporodní deprese není nic, za co by se měly stydět, a zejména snižuje jejich obavy (Tackás, 2015, s. 77).

Rozpoznání projevů poporodní deprese může být mnohdy velmi obtížné. Některé příznaky, mezi které patří například sexuální nezájem, nespavost nebo úbytek na váze, jsou v průběhu šestinedělí zcela normální (Ratislavová, 2008, s. 91).

Mezi typické příznaky poporodní deprese se řadí celkově smutná nebo pokleslá nálada, ženin pocit vnitřního selhání, selhání v nové roli matky, beznaděj, ztráta dosavadních zájmů, podrážděnost. Žena přichází o prvotní potěšení a radost z narození dítěte, podléhá pocitům nejistoty a strachu. Postupně ztrácí schopnost se o své dítě postarat, často se odsuzuje za to, že k dítěti necítí takovou lásku, jakou očekávala ona i její okolí. Přichází také strach o partnerský život, obavy, že ji partner opustí kvůli tomu, že selhala jako matka i jako partnerka. Ztráta dosavadních zájmů způsobí sociální distancování ženy od přátel a rodiny, což často způsobí ještě větší prohloubení deprese (Praško, 2009, s. 44).

Ve většině případů deprese zůstává na mírném nebo středně těžkém stupni. **Mírný stupeň deprese** zpravidla vyžaduje pouze ambulantní léčbu. Projevuje se tím, že matka ztrácí pocit spokojenosti, přestává se zajímat o dosud oblíbené činnosti, začíná se vyhýbat kontaktům s přáteli, rodinou a uzavírá se sama do sebe. Při **středně těžké depresi** začíná být pro ženu problém vykonávat běžné denní činnosti, objevují se větší a hlubší epizody smutku, žena je zpomalená a nešťastná, snaží se co nejvíce izolovat od sociálního okolí. V tomto případě je hospitalizace nutná pouze v případě, že se vykytují sebevražedné myšlenky. Zpravidla postačuje docházení na psychoterapie (Praško, 2009, s. 11, 42). Velké riziko představuje **těžký stupeň deprese**, kdy se vyskytuje agresivní chování matky vůči dítěti. U žen trpících poporodní depresí nejsou myšlenky na ublížení dítěti výjimečné. Pokud však tyto myšlenky v ženě vyvolávají pocit stresu, nevyžadují akutní intervence. Pokud však žena pociťuje suicidální myšlenky, jsou bezprostřední intervence včetně hospitalizace matky více než nutné. Prevalence myšlenek na záměrné ublížení dítěti nebo jeho usmrcení je u žen s depresivní poruchou velmi vysoká (až 40 %). Skutečné riziko infanticidy (vraždy dítěte do 1 roku života) je však o mnoho nižší-u neléčené depresivní poruchy se odhadují zhruba 4 % (Tackás, 2015, s. 78, 79).

## 2.4 Insuficientní, nutkavý, panický typ

**Insuficientní typ** představuje nejčastější typ poporodní deprese. Nejčastěji se objevují pocity selhání. Žena si myslí, že svou roli matky neplní dobře, vše si dává za vinu. Časté jsou pocity neschopnosti milovat své dítě. Mohou se vyskytovat i myšlenky na sebevraždu. Sebevražda je jednou z nejzávažnějších komplikací, které se u insuficientního typu



poporodní deprese vyskytují. V tomto případě je důležitá včasná diagnostika a pomoc odborníka. Velmi účinné jsou různé formy psychoterapie v kombinaci s farmakologickou léčbou, hospitalizace mnohdy není nutná. V případě, že by se tento typ deprese nezačal včas řešit, mohlo by dojít ke vzniku chronické formy deprese.

**Nutkavý typ** poporodní deprese se projevuje zejména vtíravými myšlenkami, které mohou být velmi často spojené s ublížením dítěti. Představuje tedy mnohem větší nebezpečí než insuficientní typ. Žena se často uzavírá do sebe, za své myšlenky se stydí, vyvolávají v ní strach, prožívá velké pocity viny. Kvůli tomu, že je žena velmi uzavřená a nemluví o svých pocitech, je velmi těžké tento typ odhalit. V tomto případě je nutné, aby žena byla v péči psychiatra, který odliší nutkavé myšlenky od halucinací. Halucinace jsou velmi nebezpečné, mohou ženu vybízet k tomu, aby dítěti ublížila. Kdežto nutkavé myšlenky většinou nenesou opravdové nebezpečí ublížení na zdraví, často v ženě totiž vyvolávají pocity strachu.

**Panický typ** představuje nejzávažnější formu poporodní deprese. Projevuje se zejména velkými záchvaty úzkosti a strachu, které často doprovázejí i somatické příznaky (zrychlený dech, bušení srdce, svalový třes, závratě). Záchvat panického typu ve většině případů trvá minuty a ženy při něm zažívají strach ze ztráty sebekontroly a strach, že ublíží sobě nebo svému dítěti. Tento typ deprese není častý (Rhone, Dorn, 2007, s. 191-194).

### 3 DIAGNOSTIKA POPORODNÍ DEPRESE

Včasný záchyt poporodních depresí je nesmírně důležitý. Veškerý zdravotnický personál (porodní asistentka, lékař, dětská sestra), který přichází se ženou v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí do kontaktu, by měl na potencionální možnost vzniku poporodní deprese pomýšlet. Přijít u ženy na to, že se u ní vyskytnou nějaké psychické obtíže může být velmi náročné. Zejména proto, že ženy často nechtějí o svých problémech hovořit. Největší obavy jsou spojené s tím, že je společnost označí za špatné matky, mají strach ze stigmatizace a nálepkování. Každý zdravotník by měl tedy nejen aktivně zjišťovat přítomnost typických příznaků, ale zejména ženy o příznacích a důležitosti svěření se edukovat. Správná a včasná edukace navede ženu k porozumění sobě samé a také ke snížení obav se svěčováním se (Tackás, 2015, s. 77).

Hlavním a velmi spolehlivým nástrojem k odhalení poporodní deprese jsou screeningové nástroje a škály. Jejich hlavním úkolem je vybrat ze skupiny žen ty nejvíce rizikové a pokračovat u nich v podrobnější diagnostice (Ratislavová, 2008, s. 91). Pokud výsledek screeningu vyjde pozitivní, je zcela žádoucí pokračovat klinickým rozhovorem a objektivním sledováním ženy. Neméně důležité jsou i objektivní informace například od partnera ženy (Tackás, 2015, s. 77).

#### 3.1 Edinburská škála poporodní deprese

Jedním z nejvíce využívaných nástrojů k odhalení poporodní deprese je EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Jedná se o dotazník, který byl vytvořen autory Cox, Holden, Sagovský v roce 1987 na klinice v Livigstonu a Edinburghu s cílem v primární péči pomoci zdravotníkům lépe diagnostikovat poporodní depresi. Byl široce testován ve 23 zemích světa. Během testování byla zjištěna významná úroveň senzitivity (86 %) a specifity (78 %). Dotazník je mezinárodně platný a dostupný v mnoha jazycích. Dotazník obsahuje deset sebesuzovacích otázek a maximální skóre je 30 bodů. Pokud vyjde výsledek 10 a více bodů, svědčí to o možné depresi v různém měřítku závažnosti (Cox at. Al., 1987, s. 182-786). EPDS slouží pouze jako screeningový nástroj, nikoliv jako diagnostická metoda. Pokud tedy vyjde pozitivní výsledek, mělo by být provedené další odborné šetření. EPDS neumožňuje stanovit druh nebo stupeň závažnosti. Šebela a kolektiv (2019, s. 69) tedy upozorňuje na to, že konečnou diagnózu lze stanovit až po vyšetření psychiatrem.

Edinburská škála poporodní deprese plní podmínky a náležitosti screeningu. Je velmi snadně opakovatelná, nevyžaduje téměř žádné finanční náklady, je spolehlivá a rychlá (Zubaran et al., 2010, s. 360).

### **3.2 Dotazník PRIME MD2**

Tackás (2015, s. 77) uvádí, že k detekci psychických obtíží v šestinedělí lze využít i zcela jednoduchý dvoupoložkový dotazník PRIME MD2. Zaměřuje se na dva nejdůležitější a nejčastější projevy jakékoliv deprese. Prvním z nich je pokles nálady během posledního měsíce a druhý se zaměřuje na ztrátu zájmů v posledním měsíci. Odpovědět na tyto otázky je zcela jednoduché, protože se vyžaduje pouze jednoslovná odpověď ano/ne. Pokud žena odpoví alespoň na jednu otázku kladně, je žádoucí pokračovat v další diagnostice (klinický rozhovor, pozorování, informace z okolí ženy).

### **3.3 Poporodní depresivní screeningová škála**

PDSS (Postpartum depression screening scale) je dalším screeningovým nástrojem, který byl vytvořen se snahou překonat některá omezení, která jsou v EPDS a více se zaměřit na ženiny vnitřní pocity a prožitky v průběhu šestinedělí. PDSS obsahuje sedm diagnostických domén: poruchy spánku a nechutenství, úzkost nebo nejistota, emoční labilita, poruchy kognice, ztráta vědomí, pocity viny a studu, sebevražedné myšlenky. V každé doméně je pět základních symptomů, které se u ženy v průběhu šestinedělí mohou vyskytnout. Jde zejména o hodnocení stavu ženy v průběhu dvou týdnů od porodu. K hodnocení se používá pětibodová stupnice. Nejvíce lze získat 175 bodů, nejméně 35. Z výzkumů vyplývá, že PDSS má mnohem větší specificitu i senzitivitu, než Edinburská škála poporodní deprese (Zubaran et al., 2010, s. 360).

### **3.4 Diferenciální diagnostika**

Screeningové nástroje a škály jsou pro záchyt poporodních depresí velmi užitečné, ale mnohdy nemusí stačit. Je potřeba myslet i na diferenciální diagnostiku, která může zahrnovat například somatické příčiny depresí, nebo ostatní psychické poruchy (porucha přizpůsobení, bipolární porucha, poporodní blues a noho dalších).

Jako součást bipolární afektivní poruchy nebo psychotické poruchy se může vyskytovat manická epizoda, která se nejčastěji vyznačuje sníženou potřebou spánku, zvýšenou aktivitou nebo například zrychlenou řečí.

Je důležité myslet i na to, že se symptomy poporodní deprese mohou překrývat se symptomy spojené s poporodní psychózou. Typické jsou stavy zmatenosti, poruchy chování, žárlivost, nedostatečná péče o sebe sama.

V rámci poporodních depresí se mohou vyskytnout i agresivní projevy, jako je obseze a kompulze týkající se dítěte. Často se u žen s poporodní depresí vyskytují nutkavé násilné myšlenky ublížit dítěti. Pokud však v ženě vyvolávají pocity stresu, nenesou ve většině případů velké nebezpečí a nevyžadují akutní intervence. Rizikové jsou, pokud se objevují suicidální myšlenky, poté je nutné zahájit bezprostřední intervence, které zahrnují i hospitalizaci (Tackás, 2015, s. 78).

Ve světě existuje mnoho dalších nástrojů pro screening poporodních depresí, které se ovšem ve výzkumech nesetkaly s příliš vysokou mírou senzitivity a specifity, a proto se v praxi nevyužívají. Obecně se doporučuje využívat zejména Edinburskou škálu poporodní deprese a Poporodní depresivní screeningovou škálu všem obvodním gynekologům, praktickým lékařům, porodním asistentkám a dětským sestřám. Samozřejmě v kombinaci s klinickým rozhovorem se ženou a v případě pozitivního výsledku by měli kontaktovat odborníky v oboru psychiatrie (Zubaran et al. 2010, s. 362).

Neméně významným faktorem, který napomáhá k včasné diagnostice je dostatečná informovanost žen. Bohužel je informovanost poměrně nízká, ženy nemají dostatek informací o psychických onemocněních ve spojitosti s mateřstvím, o možnostech a intervencích, které mohou podstoupit, dojde – li k narušení duševního zdraví. Informovány by ženy měly být již u svého obvodního gynekologa, nebo na předporodních kurzech vedených porodními asistentkami (Šebela, 2018, s. 417). V České republice se věnuje duševnímu zdraví žen a edukaci v této oblasti organizace Úsměv mámy – [www.usmevmamy.cz](http://www.usmevmamy.cz).

## 4 LÉČBA POPORODNÍ DEPRESE

Každá poporodní deprese vyžaduje určitou terapii. U mírnější až středně těžké formy si mnohdy vystačíme s nefarmakologickou metodou léčby (různé formy psychoterapie). U závažnějších forem někdy přichází potřeba zastavit laktaci a začít léčbu antidepresivou společně s intenzivní psychoterapií. Deprese u matky může negativně ovlivnit její vztah s dítětem, s tím je spojené riziko narušení emočního a kognitivního vývoje u dítěte. Je tedy důležité poporodní depresi včas odhalit a nabídnout ji odbornou pomoc. Včas podchycená psychoterapie je poměrně snadno léčitelná a matka má tak šanci, že se její stav v blízké době začne zlepšovat (Ratislavová, 2008, s. 91).

### 4.1 Psychoterapie

Psychoterapie je metoda, díky níž žena dokáže hlouběji představit, co se s ní v průběhu deprese děje. Učí ženy, jak zacházet s příznaky a problémy v životě. Psychoterapeutický přístup nabízí jakýsi ochraňující prostor, kde se žena může naplno projevit a může vyjádřit své pocity. Psychoterapie je velmi účinnou metodou při léčbě depresí s lehkým až středně těžkým průběhem. Odborník, který psychoterapii vede, se dokáže vcítit do pocitů ženy, má mnoho zkušeností a odborných znalostí. Základem všech psychoterapeutických postupů je podpora zdravých částí osobnosti, laskavý přístup, empatie, schopnost naslouchat, porozumět a povzbudit. Existují různé formy psychoterapie (interpersonální, skupinová, rodinná) (Praško, 2009, s. 64).

Hlavním cílem psychoterapie je odstranit příznaky, vyřešit problém, naučit ženu mít příznaky nemoci pod kontrolou, naučit ženu řešit problém, změnit její postoj k problémům. Vždy jde tedy o to, zmírnit pocit utrpení a zvýšit pocity pohody (Dušek, 2010, s. 338).

Psychoterapie využívá mnoha psychoterapeutických prostředků. Mezi nejvíce využívaný patří **psychoterapeutický rozhovor**, při němž se terapeut snaží klienta ovlivňovat, měnit jeho psychický stav a rozpoložení a získávat od něj informace, které ke změně stavu vedou. Dalším oblíbeným prostředkem je **muzikoterapie**. Jak již název napovídá, jedná se o využití hudby, která má sedativní ale i stimulační účinky. Hudba silně ovlivňuje emoce a city, které se v muzikoterapii vyjadřují popěvkem nebo melodií. Artterapie vyjadřuje osobnost ženy pomocí malby. Důraz se klade na zejména na emoce a obsah, na uměleckou stránku nikoliv (Raboch, 2012, s. 415, 416).

Úkolem každé porodní asistentky, zdravotní sestry a lékaře bez ohledu na specializaci je provádět **podpůrnou psychoterapii**, která patří mezi základní metody psychoterapie, jejíž princip se velmi podobá tomu, jako když se žena jde svěřit blízké kamarádce. Jejím benefitem jsou však odborné vědomosti a zkušenosti zdravotníka. Základem této terapie je naslouchání ženě, porozumění, vcítění se, podpora a povzbuzení. Měla by však poskytovat také realistický pohled na danou situaci, poskytnout dostatek informací, doporučit další postup, případně odkázat na odborníka (Praško, 2009, s. 64).

**Kognitivně behaviorální terapie (KBT)** je jednou z velmi účinných terapií poporodní deprese. Vede ženu k porozumění depresi, jejím příznakům a souvislostem. Vede ženu k tomu, aby změnila své depresivní myšlení a chování. Učí ji, jak měnit své depresivní postoje ve více adaptivní, jak měnit a plánovat aktivity. Zahrnuje postupy jako je nácvik relaxace, komunikace a asertivity, postupné odmítání depresivního myšlení, a naopak vytváření nedepresivního způsobu myšlení. S pomocí terapeuta si žena plánuje denní harmonogram s ohledem na to, co je doopravdy schopna zvládnout (Praško, 2009, s. 66).

**Individuální terapie** si zakládá na vztahu mezi ženou a terapeutem, mezi nimiž vzniká terapeutický vztah. Psychoterapeut nastavuje v konkrétním případě cíle a směry, proto může mít psychoterapeutický vztah mnoho podob. Hlavní využívanou metodou je rozhovor spojený s určitým nácvikem (relaxační techniky, autogenní trénink) (Raboch, 2012, s. 415).

Další velmi účinnou metodou je **skupinová psychoterapie**. Probíhá většinou ve skupině 8-12 osob a vede ji psychoterapeut. Využívá vzájemných interakcí členů ve skupině mezi sebou, ale i mezi členy skupiny a psychoterapeutem. Hlavním prostředkem je rozhovor doplňovaný například hraním rolí. Tato metoda pomáhá ženě zejména v tom, že vidí, že spousta žen prožívá podobné věci. Učí ženu lépe porozumět svým problémům, pomáhá jí snížit sociální izolaci, kterou po porodu pociťuje (Raboch, 2012, s. 415).

**Interpersonální terapie (IPT)** orientuje na interpersonální konflikt, na současné vztahy, změnu životní role po porodu a je krátkodobá. Zaměřuje se na danou oblast, kterou propojuje do interpersonálního kontextu. Klade důraz na intrapsychické konflikty, zážitky z dětství. Žena se má naučit porozumět svému podílu na dané situaci a získat nadhled (Dušek, 2010, s. 346, Ratislavová, 2008, s. 104).

## 4.2 Farmakologická léčba

Pokud poporodní deprese překračuje práh středně těžké formy, je potřeba zvážit farmakologickou léčbu (antidepresiva). Při zahájení léčby antidepresivy je však potřeba myslet na to, že se účinek podávaných látek dostavuje až po několika týdnech. Proto se antidepresiva zpravidla užívají dlouhodobě a nedoporučuje se jejich náhlé vysazení vzhledem k možnému relapsu deprese (Praško, 2009, s. 58). Podávání psychofarmak v době kojení představuje zvláštní situaci, kdy mají lékaři poměrně málo informací, a přesto musí rozhodovat o zásadních věcech (Dušek, 2015, s. 540).

Vzhledem k tomu, že se všechna psychofarmaka dostávají do mateřského mléka, doporučuje se po dobu jejich užívání s kojením přestat. Některé ženy však i přes užívání psychofarmak na kojení trvají. Je tedy doporučeno podávat lék, který byl v minulosti účinný v co nejnižší dávce a před delší pauzou mezi kojením (ideálně před spánkem dítěte). Ženu je nutné informovat o možných nežádoucích účincích léku, které se u dítěte mohou projevit. Mezi nejzávažnější rizika patří například dechový útlum dítěte, poruchy vývoje, opožděný vývoj centrálního nervového systému (Dušek, 2010, s. 541). Tackás (2015, s. 80) však uvádí, že koncentrace antidepresiv v mateřském mléce je podstatně nižší než při přechodu placentární bariérou. Je tedy možné říci, že je zástava laktace spíše alternativním řešením v případě, že matka musí být hospitalizována na psychiatrii a nemůže tak kojit. U poporodních depresí se využívají zejména antidepresiva typu SSRI a SNRI (Tackás, 2015, s. 81).

**SSRI** (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) se vyznačují tím, že mají menší množství vedlejších a nežádoucích účinků. Patří mezi ně například paroxetin, sertralin, citalopram. Mezi nežádoucí obtíže, která však zpravidla poměrně rychle odezní patří nespavost, neklid, snížení sexuálního libida a potíže v oblasti gastrointestinálního traktu (Praško, 2009, s. 60).

**SSRNI** (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu) patří mezi novější skupinu léků. Patří mezi ně venlafaxin a duloxetin. Jejich největším benefitem je vysoká účinnost a rychlý nástup účinku (již mezi 5-10 dnem). Venlafaxin se využívá i u hlubokých depresí s psychotickými projevy. Jejich výhodou je též menší množství nežádoucích účinků (Praško, 2009, s. 61).

Kašpárek (2013, s. 38) shrnuje základní principy podávání psychofarmak u kojících žen ve vztahu ke kojenému dítěti:

- SSRI lze podávat během kojení a jejich podávání nemusí být důvodem k ukončení kojení.
- Preferovat Sertralin a Paroxetin (v mateřském mléce se vyskytují v malém množství a u kojených dětí nebyly dosud shledány žádné nežádoucí účinky).
- Monitorovat koliky, útlum a adekvátní nárůst váhy, a to zejména u dětí krměných výhradně mateřským mlékem a u mladších kojenců.
- Citalopram a Escitalopram – není doposud dostatek údajů k posouzení rizik, jsou popsány ojedinělé nežádoucí účinky u kojených dětí.
- Fluoxetin je pro kojící ženy nejméně vhodný (v mateřském mléce byly popsány vyšší hladiny než u ostatních SSRI, u kojených dětí byly popsány koliky, útlum, průjmy, menší váhové přírůstky). Pokud však matka k léčbě tento lék potřebuje, není nutné s kojením přestat, jen je potřeba kojené dítě bedlivěji sledovat.

### 4.3 Vliv farmakoterapie na kojené dítě

Mocková et al. (2012, s. 190-192) ve svém článku uvádí, že antidepresiva přecházejí do mateřského mléka v opravu malých koncentracích. Uvádí, že je novorozenec nejvíce ohrožen v případě expozice antidepresivem do 10.týdne věku. Ve své studii společně s kolegy vyzorovala u dvou novorozenců tonicko – klonické křeče, které se objevovaly při kojení (při medikaci fluvoxaminem a escitalopramem). Doporučeno bylo tedy laktaci zastavit, což je v souladu s doporučením psychiatrů. Každý psychiatr by měl při předepisování antidepresiv kojící ženě upřednostňovat psychofarmaka s dobře dokumentovanou bezpečností užívání, s krátkým poločasem vylučování a s nízkým počtem metabolitů.

Neonatologové doporučují antidepresivum užívat před nejděším spánkem dítě (nejdříve tedy nakojit a poté užít léky). Pokud je však novorozenec léčen dalšími léky, které se vzájemně ovlivňují s psychofarmaky (antibiotika, ibuprofen), je daleko vyšší riziko nežádoucích účinků. Je tedy důležité dítě pozorně sledovat, a v případě zjištění nějakých nežádoucích vedlejších účinků, kojení omezit. Důraz na sledování je kladen zejména u nezralých, předčasně narozených dětí. Pokud novorozenec trpí onemocněním srdce, jater, nebo neurologickým onemocněním, neměl by být matkou, která podstupuje léčbu psychofarmaky vůbec kojen (Mocková et. al., 2012, s. 190-192).



## 5 PÉČE O ŽENU S POPORODNÍ DEPRESÍ

Pokud se žena dostává do situace, kdy si neví rady, pociťuje na sobě pocity nejistoty, je žádoucí, aby se obrátila na porodní asistentku, lékaře nebo dudu, která ji pomůže náročné životní období překonat. Říct si o pomoc je odvážným a důležitým krokem za úspěšnou léčbou (Geisel, 2004, s. 179).

### 5.1 Péče porodní asistentky o ženu s poporodní depresí

Úkolem porodní asistentky je informovat ženy o problematice poporodních depresí již v průběhu těhotenství například v rámci předporodních kurzů (Šebela, 2018, s. 417). Porodní asistentka by měla poskytnout co nejrozsáhlejší informace o možných psychických potížích spojených se šestinedělím a o jejich prevenci. S touto problematikou je třeba seznámit i partnera ženy, který je s ní v nejbližším kontaktu (Hájek, 2014, s. 369).

Poporodní depresí je vážně ohrožen vztah mezi matkou a dítětem. Proto je velmi důležité, aby porodní asistentka co nejdříve rozeznala příznaky poporodní deprese, případně už v průběhu těhotenství vycítila riziko, že by se u ženy mohla psychická porucha v šestinedělí objevit. Dalším úkolem porodní asistentky je odkázat ženu na odbornou pomoc ještě dříve, než dojde k samotnému rozvoji nemoci (Ratislavová, 2008, s. 4).

Prevenci vzniku poporodní deprese může porodní asistentka zahájit již v průběhu porodu. Její úlohou je poskytovat rodičce dostatek informací, vést rodičku ke spoluúčasti při porodu, tak aby se cítila bezpečně a kompetentně. Empatický přístup přispívá ke snížení úzkosti a k odbourání strachu (Roztočil, 2017, s. 190). V první době porodní je velmi důležité naslouchat přáním rodičky, umět podpořit ji i její doprovod a zejména v nich vyvolat důvěru a nastavit si profesionálně přátelský vztah (Roztočil, 2017, s. 196).

Při rozhovoru se ženou trpící poporodní depresí je vhodné zaměřit se období ještě před porodem. Cíleně pátrat zejména po stresujících životních situacích. Mezi náročné životní okolnosti mohou patřit například konflikty v rodině, partnerské neshody, sociální nebo finanční problémy. Dalším důležitým aspektem je, zdali bylo těhotenství chtěné či nikoliv. Nemělo by být opomíjeno ani zaměření na předchozí porodnickou anamnézu ženy, případné potraty a podobně (Olejárová, 2017, s. 168–169).

Pokud dojde k psychickým potížím v průběhu šestinedělí, je na porodní asistentce, aby se zaměřila na duševní rozpoložení šestinedělky, ale také na její rodinu. V tomto případě je velkou výhodou, pokud se porodní asistentka se ženou zná ještě z doby před porodem.

Navzájem si důvěřují, jejich vztah je otevřenější, ví co do sebe mohou očekávat. Porodní asistentka je ženě oporou, snaží se o maximální naslouchání celé rodiny a snaží se všem co nejvíce porozumět (Stadelmann, 2009, s. 278).

## **5.2 Úloha rodiny**

Žena trpící poporodní depresí se cítí osamělá a bezmocná. Velmi potřebuje oporu ve svých blízkých. Deprese je nemoc jako každá jiná, specifická je však tím, že ten, kdo jí nezažil, se jen těžko může vcítit do kůže toho, kdo ji právě prožívá.

Základním krokem, který by měl udělat blízký člověk, který zpozoruje, že se u ženy objevují příznaky deprese, je podpoření rozhodnutí ženy, aby vyhledala odbornou pomoc.

Rodina by měla ženu v průběhu celé léčby podporovat. Ženy často pochybují o tom, že se vyléčí, že se vše vrátí do normálu a budou žít opět spokojený a šťastný život. Úkolem rodiny je dávat těmto ženám naději na vyléčení. S tím souvisí další velmi důležitý bod. Ne-zlehčovat stav ženy. Někdy se okolí snaží ženě pomoci a podpořit ji tak, že její stav zlehčují. Žena se poté cítí ještě hůř a depresi to může ještě víc prohloubit. Naopak citová podpora může velmi snadno léčebný proces urychlit. Pocit, že okolí o ženu stojí je pro ni velmi důležité.

Rodina by měla dbát společné činnosti, ke kterým však není potřeba ženu nutit, ale spíše ji trpělivě zvát. Deprese snižuje její výkonnost, zvyšuje únavu a snižuje soustředěnost. Pokud žena bude nucena do nějakých aktivit, opět to může její depresi prohloubit, protože bude mít výčitky, že se nedokáže radovat jako zbytek rodiny. Nejlepšími činnostmi, ke kterým je dobré ženu zvát je poslech její oblíbené hudby, která vyvolá pocity uvolnění, procházka, nebo jednoduchý rozhovor (Praško, 2009, s. 84).

## **5.3 Jak si žena může pomáhat sama**

Doporučení, která jsou v této kapitole zmiňována nemají v žádném případě nahrazovat léčbu. Mohou však ženě společně s nastavenou léčbou od odborníka pomoci její depresivní stavy lépe zvládat.

Velmi důležitým krokem je ujasnění si, že je deprese nemoc jako každá jiná a musí se léčit. Je tedy důležité, aby se do sebe žena úplně neuzavřela, ale naopak aby se svěřila někomu blízkému. Není se za co stydět a vyventilovat své pocity, obavy a trápení mnohdy

pomůže nejvíce. Je potřeba si uvědomit, že je deprese nemoc, není tedy vhodné srovnávat svou aktivitu během depresivní epizody s aktivitou před onemocněním.

Velkým pomocníkem mohou být nenáročné činnosti, které v ženě vyvolávají příjemné pocity. Za zmínku stojí například procházka přírodou, rozhovor s blízkou kamarádkou, poslech hudby, práce na zahradě, nebo sledování oblíbeného televizního pořadu. V žádném případě však nemá cenu nutit se do činností, které pro ženu příjemné nejsou. Jejich provádění nepůjde s takovou lehkostí, jako příjemné aktivity, což může vyvolat opět pocity méněcennosti a obviňování se z toho, že se nedokáže radovat.

Další pomocí může být sestavování denního plánu aktivit. Žena si sestaví aktivity, které by ráda za celý den stihla a ze kterých ví, že má potěšení. Tím, že bude mít stále co na práci, nebude mít čas na přílišné negativní myšlenky (Praško, 2009, s. 69-73).

## 6 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ PORODNÍ ASISTENTKY

Profesi porodní asistentky lze zařadit mezi takzvané pomáhající profese. Úlohou porodní asistentky, která se setká se ženou s poporodní depresí, je zejména komunikace a schopnost vyrovnat se s jejími emocemi. Často je na pomáhající profese z hlediska psychosociálních faktorů kladen velký nápor, který může mít na vykonávání profese negativní dopad. Je tedy důležité věnovat osobám pracujícím v tomto náročném oboru dostatečnou podporu a péči (Tackás, 2015, s. 163).

### 6.1 Psychohygienu

Psychohygienu můžeme označit jako soubor určitých poznatků, přístupů a pravidel, které předcházejí nadměrné psychické zátěži. Psychohygienu může také představovat jakousi první pomoc v náročných situacích. Dále může být pojímána jako příprava na zátěžové situace (trénink psychické odolnosti v náročných situacích).

V každodenním životě lze využívat určité strategie pro lepší vyrovnávání se stresem, které jsou mnohdy velmi intuitivní a využíváme je tedy zcela automaticky. Zařadit mezi ně můžeme například:

- Fyziologické postupy – umožňují větší výdej fyzické energie, která redukuje míru stresu (sportovní aktivita, tanec, v nouzové situaci např. bouchnutí dveřmi)
- Dechové techniky – správná technika dýchání odstraňuje z krevního řečiště nežádoucí látky nahromaděné v důsledku stresu
- Humor – umožňuje vidět věci z nového úhlu
- Sociální kontakty – využívá sociální opory, svěřování se (supervize, kontakt se zvířetem)

Vedle zcela intuitivních a zdravých strategií se mnohdy setkáváme i s rizikovými a nezdravými způsoby zvládnání stresu (alkohol, léky, nikotin, záchvatovité přejídání). Nebezpečnost těchto strategií spočívá zejména v tom, že v akutní stresové situaci od stresu sice výrazně pomůžou, ale z hlediska dlouhodobého využívání s sebou nesou riziko závislosti, která na sebe nabaluje řadu životních komplikací.

Kromě intuitivních strategií je důležité umět využívat i strukturované postupy duševní hygieny. Jejich velkou výhodou je to, že často vedou ke zvládnutí stresu a uvolnění mnohem rychleji a efektivněji. Patří mezi ně například:

- Relaxace – často v rámci předběžné přípravy na stresovou situaci, vhodná jako pravidelná psychická očista (autoregulační a heteroregulační postupy)
- Práce s dechem
- Práce s tělem – heteroregulační s využitím masáží, autoregulační např. s progresivní svalovou relaxací dle Jacobsona
- Imaginativní postupy – aktivní pozitivní imaginace
- Bilancování – pomáhá vyrovnanější pohled na pozitivní a negativní momenty v každodenním životě (meditativní postupy)

V rámci psychohygieny je však nejpodstatnější uvědomit si své osobní strategie a intuitivní postupy, které se danému člověku osvědčují v rámci dlouhodobého hlediska (sport, relaxační koupel, kontakt s blízkými...). Je potřeba neustále myslet na to, zda tento postup pomáhá danému člověku, a zda neublíží někomu přítomnému v jeho okolí (Tackás, 2015, s. 180–186).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

### 7.1 Formulace problému

Téma poporodních depresí není dle mého názoru dostatečně otevřeno jak ve světě laické společnosti, tak v okruhu nelékařských zdravotnických pracovníků, a to zejména v komunitě porodních asistentek. Většina lidí zná pojem poporodní deprese, ale mnohdy neví, co si pod ním představit. Ženy, které se s touto nemocí potýkají, tápou a neví si rady. Poporodní deprese navíc podléhají společenskému stigmatu, a tak se ženy často bojí o svých problémech mluvit.

Pro porodní asistentky je téma poporodní deprese velmi důležité. Postupy a chování porodní asistentky mohou ovlivnit celkové vnímání nemoci. Je proto důležité o tomto tématu edukovat nejen laickou veřejnost, ale i porodní asistentky, které jsou se ženami po porodu v nejbližším kontaktu. Myslím si tedy, že je potřeba o tomto tématu dostatečně mluvit, nejen kvůli odbourání stigmatizace, ale zejména kvůli možnému negativnímu dopadu na matku a dítě.

Ve výzkumném šetření si tedy kladu otázku: „Jaké jsou prožitky a potřeby žen s poporodní depresí?“ Těmto prožitkům a potřebám se snažím co nejvíce porozumět.

### 7.2 Hlavní cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumného šetření je analyzovat prožitky a potřeby žen s poporodní depresí.

#### 7.2.1 Dílčí cíle výzkumu

Dílčí cíle vychází z hlavního cíle. Jejich stanovení pomáhá lépe rozebrat oblasti, kterými se v rámci výzkumného šetření zabývám.

1. Zjistit anamnézu, průběh těhotenství, porodu a šestinedělí u ženy, která prodělala poporodní depresi.
2. Zjistit, jaký byl psychický stav ženy během prvních dní po porodu.
3. Zjistit, jak probíhalo období onemocnění poporodní depresí.

4. Zjistit, kdo je ženě sociální oporou v době nemoci s poporodní depresí.

### **7.2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaká je anamnéza ženy?
2. Jak probíhalo těhotenství a porod?
3. Jak se vyvíjel psychický stav během prvních dní po porodu?
4. Jak probíhalo období onemocnění poporodní depresí?
5. Kdo je ženě sociální oporou v době nemoci s poporodní depresí?

## 8 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vzhledem k tomu, že se v mém výzkumu zaměřuji na konkrétní prožitky a potřeby žen s poporodní depresí, zvolila jsem pro výzkumné šetření metodu kvalitativního výzkumu.

Kvalitativní výzkum se zaměřuje na konkrétní životy a vztahy lidí. Využívá se tedy k hlubšímu zkoumání problému, umožňuje přímý kontakt s člověkem, zaměřuje se na jeho jednání v daném prostředí, za daných okolností (Hendl, 2005, s. 52). „*Práce kvalitativního výzkumníka je přirovnávána k činnosti detektiva. Výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek, provádí deduktivní a induktivní závěry.*“ (Hendl, 2005, s. 48)

Stejně jako jiné druhy výzkumů má i kvalitativní výzkum své výhody a nevýhody. Vzhledem k tomu, že zkoumá daný fenomén nejčastěji v přirozených podmínkách zkoumaného jedince, umožňuje objevit a popsat nové jevy. Na druhou stranu však brání aplikování závěrů na větší společenské celky. Často dochází k velmi blízkému vztahu mezi výzkumníkem a účastníkem, a s tím souvisí riziko subjektivního zkreslení. Sběr potřebných dat a jejich analýza probíhá ve většině případů dlouhodobě (Hendl, 2005, 49-53).

Cílem mé práce bylo analyzovat prožitky a potřeby žen trpící poporodní depresí a porozumět jim. Pro získání dat tedy byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru v kombinaci s pozorováním. Polostrukturovaný rozhovor dává možnost volně mluvit, ale zároveň umožňuje tazateli držet se určitých okruhů a zjišťovat další informace doplňujícími otázkami (Hendl, 2005, s. 174).

Rozhovor byl hlavní použitou metodou. Rozhovory byly se souhlasem participantek nahrávány na diktafon.

Doplňkovou metodou bylo pozorování. Pozorování umožňuje získat bližší informace a přiblížit vnitřní pocity účastníků studie (Hendl, 2005, s. 193). Pozorování probíhalo v průběhu rozhovoru a všechny okolnosti zjištěné pozorováním byly zapsány (změny intonace, gestikulace, mimika apod.).

### 8.1 Charakteristika sledovaného souboru

Výběr participantek do výzkumné části bakalářské práce byl záměrný. Jediné kritérium, které bylo požadováno: žena, která má osobní zkušenost s poporodní depresí.



Byly vybrány 2 participantky. Obě ženy trpěly poporodní depresí před třemi až pěti lety. Obě ženy byly informovány o anonymitě výzkumu, o možnosti odstoupení z výzkumu. Byl podepsán informovaný souhlas, který pro ochranu osobních údajů participantek přikládám prázdný ke své bakalářské práci. (příloha č.1)

## 8.2 Organizace výzkumu

Výzkum probíhal od září 2021 do prosince 2021. Rozhovory probíhaly po individuální domluvě a podle časových možností participantek. Participantkám bylo vždy umožněno vybrat si místo, kde rozhovor bude probíhat. Participantky jsem kontaktovala pomocí sociální sítě Instagram, kam jsem umístila příspěvek s prosbou o účast ve výzkumu. Přesné znění příspěvku: „*Dobrý den, ahoj. Jmenuji se Pavlína Červená a nyní nastupuji do třetího ročníku bakalářského studia v oboru porodní asistentka v Plzni. Třetí ročník znamená jediné. Psaní bakalářské práce. Pro tu svou jsem si vybrala téma poporodních depresí. Hledám tedy do svého výzkumu 1-3 maminky, které by byly ochotné se na mém výzkumu podílet. Jednalo by se o 1-2 osobní schůzky + komunikaci přes telefon. Celý výzkum je přísně anonymní (podloženo informovaným souhlasem). Bližší informace ráda pošlu. Předem děkuji za všechny nabídky*“. Během týdne se mi dvě participantky ozvaly, poslala jsem jim tedy prostřednictvím emailu bližší informace a domluvily jsme se na schůzce.

Ženy z důvodu zachování anonymity označuji jako participantka A a participantka B.

S participantkou A proběhlo jedno setkání v kavárně. Rozhovor probíhal v průběhu září a trval zhruba dvě hodiny. Participantka B si pro rozhovor vybrala své přirozené prostředí, rozhovor tedy probíhal u ní doma. Setkaly jsme se během jedné listopadové neděle a rozhovor trval zhruba hodinu a půl. Od obou participantek jsem měla tedy všechny podstatné informace shromážděné. Byly jsme však v kontaktu přes sociální sítě, kde probíhala další komunikace a doplňování méně podstatných informací.

## 8.3 Zpracování dat

Rozhovory byly nahrávány na diktafon a v průběhu února byly přepisovány do elektronické podoby. Přepsané rozhovory byly obsahově analyzovány metodou tužka papír. Byly analyzovány kategorie: demografické údaje, těhotenství, porod, období po porodu. Interpretace rozhovorů je popsána v následující kapitole.

## 9 INTERPRETACE ROZHovorŮ

Při analýze rozhovorů bylo identifikováno sedm kategorií. První kategorie se zabývá demografickými údaji. Ve druhé kategorii jsou rozebrány anamnestické údaje ženy. Třetí kategorii podává informace o průběhu těhotenství. Ve čtvrté kategorii je rozebrán samotný průběh porodu, případné komplikace, informace o bondingu. Pátá kategorie shrnuje pobyt ženy na oddělení šestinedělí. Šestá kategorie se zaměřuje na pozdní šestinedělí. Poslední, sedmá, kategorie rozebírá přímo poporodní depresi, vyhledání pomoci a pocity a potřeby s ní spojené.

### 9.1 Demografické údaje

Participantka A je svobodná a nyní je ve věku 21 let, studovala střední školu s maturitou v oboru Sociální práce, kterou však nedokončila. Momentálně má jednu dceru, které jsou necelé dva roky. Žije společně s přítelem v bytě 2+1 v menším městě nedaleko plzně. Před těhotenstvím kouřila přibližně deset cigaret za den, v těhotenství dvě cigarety za den, nyní kouří pět cigaret denně. V minulosti, udává užívání drog, kvůli kterému byla v diagnostickém ústavě a na léčení. Od té doby žádné drogy neužívá.

Participantce B je momentálně 27 let, je také svobodná a úspěšně dokončila střední školu s maturitou, po které se rozhodla studovat vysokou školu na ekonomické fakultě, kterou však nedokončila. Před otěhotněním pracovala necelé tři roky na pozici asistentky v nejméně menší firmě. Má jedno dítě, dceru, které je nyní pět let. Společně s přítelem žijí v horní části rodinného domku, v dolní části žije přítelova maminka s partnerem. Nikdy nekouřila, alkohol pila před otěhotněním občasně v rámci nějaké oslavy. Nyní si jednou za čas s kamarádkou dá sklenku vína.

### 9.2 Anamnestické údaje

Participantka A trpí onemocněním štítné žlázy, užívá proto pravidelně Euthyrox 50mg 1x denně ráno na lačno. Jiné onemocnění neudává, nevzpomíná si ani na žádné závažné onemocnění v rodině. Participantka B žádným onemocněním netrpí, její maminka trpí hypertenzí a babička trpí na časté záněty dýchacích cest.

Participantka A udává, že u ní v rodině nikdo nikdy žádným duševním onemocněním netrpěl. Na otázku, zda se u ní samotné někdy vyskytovaly sklony k depresivním stavům odpovídá: „*Byla jsem v diagnostickém ústavu a na léčení na drogy v roce 2016, to jsem měla takový špatný období, ale vyloženě sklony k depresím jsem nikdy neměla.*“

V šestnácti letech proběhl samovolný potrat ve třetím měsíci těhotenství, který vyžadoval instrumentální revizi děložní dutiny. Dále jedno umělé přerušení na vlastní přání zhruba v osmém týdnu těhotenství. Při otázce, jak tyto situace nesla odpovídá: „*Nic moc, bylo mi to líto. Po tom samovolným to bylo úplně nejhorší. Tím, jak jsem byla ještě v podstatě malá, tak mi to úplně nedocházelo, ale bylo mi to stoprocentně líto a taky jsem brečela. Doktor, který mi tenkrát dělal revizi mi říkal, že je to možný v důsledku brání těch drog, které jsem brala. Tím to pro mě bylo horší, že jsem za to v podstatě mohla přímo já a hodně jsem si to vyčítala.*“

Vztahy v rodině participantky A nejsou moc optimální. Se svým otcem se nevidá, ani neví kde se momentálně nachází a jak žije, neviděli se několik let. S matkou trávila dětství u babičky. S matkou ztratila vztah při jejím pobytu v diagnostickém ústavě a od té doby se moc nevidají, jednou za čas si zavolají.

Participantka B také uvádí, že se u ní v rodině žádné duševní onemocnění nevyskytuje. Sama na sobě nikdy nepocítovala žádné sklony k depresím. Dodává: „*Maximálně v době studií na vysoké jsem byla hodně ve stresu, proto jsem taky studium ukončila, ale nikdy nic významného.*“

Participantka B byla těhotná jen jednou. Nikdy tedy nepodstoupila žádné umělé přerušení těhotenství, ani neproběhl žádný samovolný potrat.

Vztahy s rodinou participantka B udržuje v rámci možností normální. Jejími slovy: „*S rodiči a sourozenci se vídám tak jednou za dva týdny, se širší rodinou klasicky vždy na nějaké oslavě nebo během svátků. Se všemi však vycházím, žádné rozbroje u nás nejsou. Naopak jsme si všichni dost blízcí a vždycky vím, že mám někoho za zády.*“

Ani jedna z participantek nikdy nepocítovala významnější příznaky premenstruačního syndromu.

### **9.3 Těhotenství**

Těhotenství participantky A nebylo plánované, otěhotněla v devatenácti letech. Jejími slovy: „*Od té doby, co jsem vlastně poprvé potratila ve mně zůstaly nějaké mateřské pudy, přítel chtěl ještě počkat, pořád říkal až dostuduju školu a vyděláme nějaký peníze. No a najednou jsem na sobě cítila známé příznaky z předešlých těhotenství a udělala jsem si test na kterém byly dvě čárky.*“ V té době byl její přítel na pracovní cestě v Německu, proto mu těhotenství oznámila ještě ten den večer přes telefon. V první chvíli byl nejistý, jak vše

zvládnou, ale zároveň měl radost. Participantčina rodina těhotenství vzala spíše špatně, zejména babička. Partnerova rodina zareagovala kladně a oba velmi podporovala. Jejimi slovy: *„Moje babi šlela, viděla ve mně nějakou inženýrku s kariérou. Mamka to vzala neutrálně, nijak se k tomu nevyjadřovala, v podstatě celý těhotenství nějak neprožívala, viděli jsme se asi třikrát a nic semnou neřešila, nic jí nezajímalo. Přítelova rodina to vzala v pohodě, má strašně hodnou mamínu, takže nás podporovala, i když taky párkrát říkala, že jsme ještě mohli počkat.“*

Participantka B otěhotněla vědomě a moc si miminko společně s přítelem přáli. Jejimi slovy: *„O miminko jsme se snažili celkem dva roky, v podstatě hned co jsem skončila se studiem na vysoké. Bohužel se nám to ale nedařilo, oba jsme dokonce podstoupili různá vyšetření, zda je vše v pořádku. Proto ty dvě čárky na testu byly opravdu vítané.“* Rodině těhotenství oznámili při příležitosti rodinné oslavy v desátém týdnu těhotenství. *„Všichni měli obrovskou radost, všichni plakali, včetně mého bratra, který je jinak v podstatě necitlivý (usmívá se). Všichni věděli, že chceme otěhotnět a všichni se těšili, takže jsem ani jinou reakci neočekávala a jsem za ní moc ráda. Nedokážu si představit, že někoho rodina nepodporuje.“*

U participantky A těhotenství probíhalo od začátku zcela bez komplikací. Výsledky všech vyšetření byli v normě, včetně screeningu chromozomálních aberací v prvním trimestru. Participantka B měla pouze pozitivní screening GBS, jinak probíhalo také vše bez komplikací. Participantka B užívala před otěhotněním kyselinu listovou a v prvních měsících těhotenské vitaminy. Participantka A užívala v prvním trimestru vitaminový komplex Femibion.

Participantka A těhotenství prožívala s mírným strachem, vzhledem k předchozímu spontánnímu potratu. Na miminko se však společně s přítelem těšili. Partner byl po celou těhotenství velice ochotný, doprovázel ji na všechna vyšetření. *„Přítel byl úplně úžasný, ani jsem to tolik od něj nečekala, ale staral se o mě, doma mi se vším pomáhal a na všechna vyšetření chodil semnou, udělal si vždycky volno v práci. Bylo na něm vidět, že se opravdu těší. Já jsem se také moc těšila a radovala se z každého pohybu, z předchozích potratů ve mně zůstal totiž trošku strach, ale nic závažného, spíš před každým vyšetřením takový pocit žaludku na vodě, jestli bude všechno v pořádku.“* V rozhovoru jsme se vrátily k jejímu vztahu s rodinou. Své pocity ohledně špatného přijetí těhotenství a nezájmu její matky. Své pocity a potřeby popisuje *„Myslím, že mě to určitě nějak ovlivnilo, byla jsem z toho hodně*

*smutná, a i když jsem si v podstatě zvykla na to, že jsme se s mámou od těch šestnácti v podstatě nevidali a neměla o mě zájem, tak to těhotenství pro mě bylo těžký bez ní. Všichni známi mají rodiče, kteří je podporují a to já s mámou neměla a hlavně v tom těhotenství a potom i po porodu mi to bylo líto, že nemá zájem. Měla jsem sice podporu od přítelovo rodiny, ale stejně jsem cítila, že trochu potřebuju i tu mou mámu.“*

Participantka B od prvního okamžiku prožívala pocity radosti, které s ní naplno sdílel i její partner. *„S přítelem jsme se radovaly od první chvíle a myslím, že nás dobrá nálada neopustila po celý těhotenství. Mam pocit, že jsme se snad ani jednou nepohádali. Oba jsme sbírali informace kde se dalo, na žádný předporodní kurzy jsem teda nechodila, to ne, ale tak různě v časopisech a zkušenosti od mamky, všechno jsem hrozně hltala.“*

Při otázce, zda v průběhu těhotenství pociťovaly nějaké nepříjemné pocity podobající se depresi participantka A odpověděla: *„Měla jsem často strach, jak to všechno zvládnu. Přítel byl často kvůli práci pryč. Ale, že bych se kvůli tomu nějak hodně trápila to ne, spíš to byly občasné myšlenky.“* Participantka B odpověděla, že u sebe v průběhu těhotenství žádné nepříjemné pocity nepozorovala.

Na otázku, zda byly o poporodních depresích informovány ještě před porodem a pokud ano, zda předem získané informace nějak využily, se od participantky A dostavila odpověď: *„Že nějaký poporodní deprese existují jsem věděla, ten pojem zná asi každý, ale vyloženě nějaké informace jsem o nich nevěděla. Moje sestřička u gynekologa se nikdy o ničem nezmínila a já sama po tom nepátrala, myslela jsem si, že se mě to nemůže týkat.“* Participantka B odpověděla: *„Termín poporodní deprese jsem znala, trpěla jimi moje kamarádka, takže jsem tak nějak věděla, co tahle nemoc obnáší. Každopádně žádné informace od nějakého profesionála jsem nikdy nedostala. Myslím, že informace, které jsem znala od té kamarádky jsem nijak nevyužila, i když jsem věděla, že nějaké bych měla...Konkrétně to, že bych se neměla bát o tom mluvit.“*

## **9.4 Porod**

Participantka A rodila vaginálně deset dní po předpokládaném termínu v jedné z plzeňských porodnic. Do porodnice se vydala společně s přítelem pro nepravidelné děložní stahy. Po příjezdu do porodnice byl přítel poslán ještě domů, aby se vyspal, protože nic nenasvědčovalo tomu, že se porod v průběhu noci rozběhne. Když se děložní stahy začaly objevovat v pravidelnějších intervalech, byl přítel přivolán a byl tak celou dobu u samotného porodu přítomný. Na porod participantka vzpomíná: *„Nejdřív jsem byla celou noc na*

*takovým tom čekacím pokoji, na porodní sál mě převezli až když jsem začala mít opravdu silné kontrakce a v tu dobu jsem vlastně volala i přítelovi. Ten porod se mi zdál šíleně dlouhý. Ke konci mi píchli plodovou vodu, která byla zelená, a to mě trochu na chvílku znervóznilo. Pamatuju si, že jsem už chtěla strašně tlačit, ty kontrakce byly opravdu silný, ale nebyla jsem prý ještě úplně otevřená tak mi dali ten oxytocin, myslím.“* Personál si velmi pochvalovala, zejména porodní asistentku, která ji prý byla po celou dobu velkou oporou a líbilo se jí její přátelské ale zároveň profesionální jednání. Pochvaluje si také chování svého přítele u porodu: *„Přítel, ten byl úžasnej, byl teda asi víc vystrašený než já (směje se), ale bylo to super. Snažil se mi pomáhat, masíroval mi záda, zvlhčoval rty a pořád se snažil mi pomáhat.“* Bezprostředně po porodu byl umožněn bonding a tatínek si mohl přestříhnout pupeční šňůru. Po prvním ošetření novorozence proběhlo první přiložení k prsu, které se zdařilo. Celkové shrnutí porodu participantka A popisuje: *„Celkově to zpětně hodnotím jako dobrý porod, až na to že to trvalo strašně dlouho. On člověk tu bolest časem asi zapomene a už mu to tak nepříjde. Celkově jsem ale byla spokojená, nebylo tam nic, co by mi vyloženě vadilo a na co bych vzpomínala s hrůzou. Nejvíc jsem byla ráda asi za to, že tam semnou mohl být přítel, to pro mě bylo hodně důležité, bez něho by to bylo asi daleko horší.“*

Participantka B porodila také vaginálně. Rodila dva dny před předpokládaným termínem porodu. Rodila také v jedné z plzeňských porodnic. Impulsem pro vydání se do porodnice byl spontánní odtok vody plodové. *„Jelikož jsem měla pozitivního toho streptokoka, musela jsem jet do porodnice hned po tom, co mi odtekla voda. Žádné kontrakce jsem ještě ale necítila. Možná nějaké mírné tuhnutí břicha, ale nic, co by mě donutilo to prodýchat. Při příjmu mi napíchli kanylu a dali antibiotika, které mi dávali až do porodu. Přítele ještě poslali domů, protože říkali, že se porod zatím nerozjíždí.“* Pravidelné kontrakce se začaly objevovat zhruba šest hodin od příjmu, byl proto na participantčino přání přivolán přítel. Čas bez přítele pro ni byl velmi dlouhý, moc si přála ho tam mít celou dobu. Dle jejích slov ji to ale kompenzovala velmi příjemná porodní asistentka, která ale byla vystřídána jinou porodní asistentkou při předávání směny. Jejimi slovy: *„Ta první porodní asistentka byla úplně zlatá, byla hodně citlivá, řekla bych že i docela mladá, takže jsme si rozuměly. Při předávání směny jsem ale dostala jinou, která už mi tolik neseseděla. Nemůžu si na ni ale stěžovat, nevyskytla se žádná komplikace ani se ke mně nechovala ošklivě, ale nějak jsem v ní nemohla nejt důvěru a úplně se jí otevřít.“* Celý porod probíhal bez komplikací. Po porodu byl umožněn bonding a po prvním ošetření novorozence první přiložení k prsu. Celkově respondentka B

svůj porod hodnotí takto: „*Celkově asi dobrý. Vadilo mi akorát, že tam semnou nemohl být partner celou dobu, bez něj to bylo dlouhý a pamatuju si, že jsem hodně brečela.*“

## 9.5 Období po porodu a časně šestinedělí

Respondentka A zůstala po porodu dvě hodiny na porodním sále, kde porodní asistentky sledovali její fyziologické funkce a krvácení. Protože byl stav novorozence v normě, byl rodičům ponechán zhruba hodinu a půl po porodu za přítomnosti dětské sestry, poté ho odvezli na oddělení fyziologických novorozenců. Matku převezli po dvou hodinách na oddělení šestinedělí. „*Po tom převozu na šestinedělí jsem byla dána na pokoj kde nikdo nebyl, ještě ten den odpoledne ale přivezli další mamínu. Sestřičky semnou, chvílku po tom, co mě převezli, vstávaly do sprchy, kde se mi udělalo trošku špatně. Zamotala se mi hlava. Takže mi ta sestřička pomohla jenom rychle opláchnout a šla jsem si znova lehnout.*“ Jelikož respondentce A nebylo při prvním vstávání po porodu dobře, nebyl ihned umožněn rooming – in. „*Protože mi bylo vlastně špatně, tak mi malou hned nepřivezli, bylo to pro mě dlouhý a vyčítala jsem si, že tu nemůže semnou být kvůli mně a že je tam sama. Pak se mi ale udělalo dobře, to bylo tak po třech hodinách potom co jsem byla poprvé ve sprše. Mezitím jsem si totiž ještě tak na půl hodiny zdrímala. Zavolala jsem teda sestřičky, jestli by semnou vstaly znovu, to už dopadlo našťestí dobře, takže jsem se potom i trochu najedla a poprosila o to, aby mi malou přivezly.*“ Dětské sestry novorozence přivezly, zaučily matku jakožto prvoroďičku v koupání, přebalování. „*Ukázaly mi, jak ji mam vykoupat a přebalit, potom mi ukazovaly kojení. Z toho jsem byla smutná, protože mi prostě ta sestra vzala prso a strkala ho malý do pusinky, ta ho ale nechtěla. Když pak odešla, snažila jsem se to naučit sama, ale nešlo to. Malá pořád plakala a já taky. Nevěděla jsem, jak ji utišit a jak ji nakojit. V tu chvíli se u mě začaly objevovat nepříjemné pocity. Byla jsem unavená a ona pořád brečela, mě bolely prsa a nebyla jsem schopná kojit.*“ Na oddělení šestinedělí byla respondentka A celkem tři dny. O krmení novorozence se snažila klasicky kojením, což jí moc nešlo. Za celou dobu ji navštívila laktační poradkyně pouze jednou a ostatní sestry, dle jejích slov neměly snahu ji s kojením více pomáhat. Již v porodnici se u participantky začaly objevovat první epizody bezmoci a smutku. Jejími slovy: „*Už v té porodnici jsem byla zoufalá, všichni mi říkali, hlavně tchýně, jak to bude krásný a že se do ní ihned zamiluju, ale já to tak úplně necítla. Ležela jsem v posteli, malá vedle mě v postýlce, já na ní koukala a nic. Prostě nic, žádný citový pouto. Byla jsem podrážděná tím, jak jsem nespala a ona pořád brečela. Těšila jsem se domů, že na to budeme s přítelem dva. A říkala jsem si, že ta smutná a podrážděná nálada přejde.*“ Při otázce, zda se jí porodní asistentky nebo dětské sestry věnovaly, když

viděly, že se necítí dobře a je plačtivá odpovídá: „*Zeptaly se mě vždycky když mě viděly brečet, co se stalo. Já jim vždycky říkala, že mi nejde to kojení, ale vždycky mi odpověděly jenom, že to chce čas a jinak nic.*“ Na to konto jsem se participantky zeptala, zda si myslí, že by jí pomohlo, kdyby se jí na oddělení šestinedělí někdo více věnoval. Jejími slovy „*Já nevím, já se bála nějak si stěžovat, protože jsem viděla, že to tam asi není zvykem a že mají hodně práce, aby někoho utěšovali, ale myslím, že kdybych si alespoň s někým mohla povídat dýl než pár minut při kontrole, tak by mi to asi pomohlo v tom se nějak otevřít. Jediný, co mi říkali, že to bude dobrý, že to je poporodní blues, ale já jsem věděla, že to dobrý nebude. Takže jsem asi potřebovala, aby mi někdo věnoval víc času a aby všechno nebylo v takovém spěchu.*“

Participantka B také na porodním sále zůstávala dvě hodiny po porodu, při čemž probíhala kontrola fyziologických funkcí a krvácení. Vzhledem k výbornému stavu novorozence bylo umožněno, aby zůstal s rodiči dvě hodiny na porodním sále za stálé monitorace fyziologických funkcí. Rodiče byli poučeni o fyziologických hodnotách a o tom, aby přivolali porodní asistentku v případě, že se hodnoty od normy odchýlí. „*Po porodu to pro mě byla obrovská úleva, konečně jsem ve svých rukách držela to, co jsem si strašně dlouho přála. Hodně se mi líbilo, že nás nechali na tom sále s malou samotné s tím, že nás teda samozřejmě poučili o tom, že jí máme hlídat barvu, že má být pořád přikrytá a o těch hodnotách, který byly na tom přístroji. Pamatuju si, že já byla úplně okouzlená malou a pořád na ni koukala a partner byl zase vystresovaný z toho, že jsme tam samy a pořád koukal na ty hodnoty (směje se).*“ Po dvou hodinách po porodu si dětská sestra převzala novorozence a nechala porodním asistentkám prostor pro vstávání se ženou. Vstávání proběhlo přímo na porodním sále, kde se žena osprchovala, došla si na WC a vše proběhlo v pořádku. Byla doprovozena na oddělení šestinedělí, na třílůžkový pokoj. Měla dostatek času se najíst, napít, vybalit si věci a během hodiny a půl jí byl novorozenec přivezen. „*Hodně se mi líbilo, že jsem mohla vstávat hned na tom sále, kde mě do sprchy doprovodil partner, porodní asistentka byla vedle, kdyby se mi něco stalo, ale nechala mi soukromí, to mi bylo hodně sympatické. Po tom, co jsem přišla na pokoj jsem se mohla najíst, napít, vybalit si věci, zavolat rodičům a potom mi malou sestřička přivezla.*“ Po tom, co byl novorozenec participantce B přivezen, byl jí dán prostor pro navázání kontaktu. Zhruba po dvou hodinách proběhlo zaučení matky v koupání, přebalování a proběhl nácvik kojení. Zpočátku se participantka B bála, ale vše si během prvního dne sedlo. Jediné, co jí dělalo starosti bylo kojení, nevěděla pořádně jak správně novorozence k prsu přikládat. „*Koupání a přebalování jsem se naučila*



*rychle, ze začátku jsem se teda samozřejmě bála, ale během prvního dne jsem si zvykla. V porodnici byl oříšek spíš kojení, to mi fakt dělalo problém a byla jsem z toho nervózní. Po příchodu domů už jsme si ale zvykly a všechno nám šlo jako po másle.“ Při otázce, zda na oddělení šestinedělí zaznamenala nějaké nepříjemné chvíle nebo pocity odpovídá: „Myslím si že nějak vyloženě ne, samozřejmě se mi stýskalo po partnerovi, ale ten chodil na návštěvu každý den, a i nás brzo pustili, vlastně po těch třech dnech, takže to nebylo nic, co by se nedalo vydržet. Jinak jsem byla docela spokojená, na pokoji jsme byly v super složení, na sestřičky si taky nemůžu nějak stěžovat, já v podstatě v tý porodnici nic nepotřebovala.“*

## **9.6 Pozdní šestinedělí**

Participantka A byla na oddělení šestinedělí hospitalizována celkem tři dny. Po třech dnech ji partner vyzvedl v odpoledních hodinách. Po příjezdu domů bylo vše pro miminko nachystáno. Příjezd domů popisuje: *„Když jsme přijeli tak malá zrovna spala, tak jsem šla konečně pořádně do sprchy, přítel mi pomohl vybalit věci, a potom jsme se najedli. Všechno bylo dobré, přítel se fakt snažil a měl první týden dovolenou, aby s náma byl doma. Měla jsem často záchvaty smutku a breku, protože nám fakt nešlo to kojení a každej z rodiny mi říkal, že kojení je základ a že to je to nejlepší co můžu malej dát, ale mě to prostě nešlo.“* Pocity smutku a podráždění se v participantce tedy hromadily. Popisuje silné záchvatovité pláče, zejména při kojení, které ji bolelo a trvalo vždy velmi dlouho: *„Myslela jsem si, že to doma bude všechno lepší, ale nebylo. To kojení bylo pořád stejné, kojila jsem vždycky tak hodinu a hrozně mě to bolelo a malá potom spala taky tak hodinu a potom se vzbudila a začala brečet. Odstříkávat jsem taky nemohla, vždycky jsem odstříkla drobet a dál to nešlo. Byla jsem z toho fakt smutná, protože jak mi všichni říkali, že kojení je pro malou to nejlepší, měla jsem ze sebe špatnej pocit a dávala si to za vinu, že jí nedokážu asi dostatečně nakrmit. Byla jsem taky hodně unavená a měla jsem vždycky nervy, když malá brečela.“* Přítel její potíže bagatelizoval, neuvědomoval si, že jde o něco závažnějšího: *„Přítel mi to měl docela za zlé, říkal pořád že je to přece malý miminko, který mě potřebuje a že nemůžu jen tak sedět a brečet. On poporodní deprese vůbec neznal, takže to pro něj bylo těžký to pochopit, že jsem vlastně nemocná.“* Zbytek šestinedělí poté popisuje jako stereotypní dny, které jí utíkaly velmi pomalu a vždy se těšila na to, až přijde přítel z práce. *„Vždycky jsem přetrpěla nějak dopoledne a těšila se až přijde z práce. Chodila jsem se potom zavírat na záchod a brečela. Hlavně jsem potřebovala být vždycky alespoň na chvíli sama, to mi asi nejvíc pomáhalo, protože přítel to moc nechápal, jak mi je, a tak jsem vždycky využila alespoň toho vybrečet se sama na záchodě.“* V průběhu šestinedělí se nevidala s žádnými kamarádkami. Docházela

k nim domů pouze přítelova rodina, zejména tchýně, která se jí snažila pomáhat s chodem domácnosti. To popisuje jako velkou pomoc, bez které by na tom nejspíš byla ještě hůře: „*Pomáhalo mi to, že občas přišla tchýně a věděla co s malou. Takže jsem jen tak mohla třeba sedět a koukat na ně. Taky mi hodně pomáhala s tím, že s náma chodila na procházky.*“ Po fyzické stránce, kromě kojení, vše v průběhu šestinedělí nebyl shledán žádný problém a vše probíhalo fyziologicky. Participantka udává, že se jí na prsou začali tvořit mírné ragády, které však zahojila během pár dní.

Participantka B byla stejně jako participantka A na oddělení šestinedělí hospitalizována tři dny. Po třech dnech je z porodnice vyzvedl její tatínek, protože si přítel nemohl vzít dopoledne volno v práci. Po příchodu domů přišla i její maminka, aby jí pomohla vybalit a vyprat věci. Příchod domů z porodnice popisuje jako jakýsi mezník mezi pocity štěstí, které doposud zažívala a pocity smutku, které za začaly náhle objevovat: „*Byla jsem v prvním týdnu doma hodně překvapená. Partner si nemohl vzít v práci volno, takže jsme od začátku byly s dcerou doma samy. V porodnici jsem všechno zvládala, nic jsem od nikoho nepotřebovala a doma to na mě začalo najednou padat, byla jsem unavená, protože jsme toho v noci moc nenaspaly, jelikož se malá budila tak po dvou hodinách na kojení. Bylo to asi tím, že v tý porodnici jsem měla pořád pocit, že tam je někdo, kdo mi může kdykoliv pomoci a viděla jsem, že i ty ostatní maminky co semnou byly na pokoji to mají podobně, že jim taky jejich miminko nespí celou noc. Doma to bylo ale fakt jiný. Začala jsem panikařit vždy, když malá začala plakat a já ji nemohla utišit.*“ Popisuje, jak probíhal jejich klasický den: „*Noc byla vždycky strašná, ale pořád jsem to zvládala, protože jsem věděla, že tam je partner a pomůže mi. Ráno, když odešel do práce, tak mě začala svírat úzkost, že zase bude malá jen plakat a že jí zase nezvládnou utišit. Vždycky když spala, snažila jsem se spát i já, ale pořád mi v hlavě běželo, že v kuchyni je nádobí, že není vyklizená sušička, že bych měla jít vytrít, a tak, a to mi moc nepřidávalo...spíš jsem měla pocit, že nezvládám ani starat se o malou a ke všemu ani práci v domácnosti. Zkrátka jsem se vždycky těšila až přijde partner domů a budu se mu moct vybrečet a postěžovat si a na chvíli mu dát malou a jít do sprchy nebo do vany. To pro mě byla vždycky největší odměna a vždycky jsem se i zklidnila, když jsem byla v koupelně v tý sprše a partner už byl doma.*“ Během prvních dvou týdnů po porodu se participantka téměř s nikým nevidala, ani s rodinou. Po dvou týdnech však zjistila, že když jde mezi lidi, je jí lépe. Říká: „*Prvních čtrnáct dní jsem byla pořád zavřená doma. Ty pocity, že ani nezvládám domácnost po chvíli vystřídalý takový ty stavy, kdy jsem jenom ležela a koukala na malou v postýlce a doma byl nepořádek. Potom jsem ale zjistila, že když jdu alespoň*

*nakoupit, což mi zabralo tak hodinu, bylo mi líp. Pomáhalo mi asi být mezi lidma a vidět realitu. Doma mezi čtyřma stěnami už mi, dá se říct, hrabalo a myslím, že i díky tomu, že do porodu jsem byla zvyklá téměř neustále být mezi lidmi, tak po porodu, jak jsem pořád byla jen s malou, s nikým jsem si nepovídala, tak to mi na dobré náladě moc nepřidalo. Vždycky mi hodně pomáhalo, když přišel přítel z práce a já mu mohla všechno říct.“ Celkově shrnuje, že její potřeby nejvíce směřovaly ke kontaktu s lidmi, zejména s přítelem. Vždy po přítelově příchodu se cítila o mnohem lépe a potřebovala se mu svěřit. Při otázce, zda její partner měl vliv na zlepšení nálady a zda jí jeho přítomnost pomáhala, odpovídá: „Jo, určitě. Mám fakt štěstí na to jakýho mám chlapa a bez něj bych to určitě nezvládla, protože jsem se to bála někomu jinému říct, nikdo to vlastně nevěděl kromě něj. On mě usměrňoval, pomáhal mi doma bez nějakých řečí, protože viděl, že je mi fakt špatně.“ Po fyzické stránce participantka v průběhu šestinedělí neudává žádné obtíže, vše probíhalo fyziologicky a bez problémů.*

## **9.7 Poporodní deprese**

Participantka A si jejích slov byla vědoma toho, že jde o závažnější psychický problém než poporodní blues již v porodnici. „V porodnici pořád říkali, že to bude dobrý, že to je nejspíš jen poporodní blues a že to do pár dní odezní, ale já věděla, že neodezní, že to je takový nic, tak velký nic, co jsem cítila, že to jen tak nezmizí.“ Dle jejích slov vše začalo již těsně po porodu: „Vždycky jsem tam tak ležela, pozorovala tu druhou maminku, která semnou byla na pokoji, jak se s tím svým miminkem mazlí. Já se s malou taky mazlila, to neříkám, měla jsem radost. Prostě tam ale nebylo to pouto, který mi všichni říkali, že se do ní okamžitě zamiluju a uvidím smysl života. Přistihla jsem se, že jsem jen tak ležela a koukala na ní a říkala si, že vlastně nic necítím. Do toho ty problémy s kojením, to všechno asi tak nějak nahrávalo tomu, aby to jen tak neodeznělo.“ Po příchodu domů stále pociťovala stejné epizody smutku, pláče a bezmoci, které se však čím dál tím více prohlubovaly. Přítel věděl, že se necítí dobře a viděl, že často pláče, ale participantka se mu nesvěřila s tím, že cítí, že to je závažnější problém. Jejimi slovy: „Přítelovi taky trvalo dlouho, než jsem mu to řekla, tak po prvních čtrnácti dnech, po třech týdnech možná jsem mu řekla, že nic. Začali jsme si o tom povídat a já mu řekla, že k ní prostě tolik necítím a že bych ji kolikrát nejradši vzala a někam odvezla.“ Tchýně, která k participantce pravidelně docházela si také všimla toho, že něco není v pořádku, participantce však trvalo delší dobu, než se jí svěřila: „Tchýni mi taky dlouho trvalo, než jsem to řekla. Ta mi potom vyhrožovala, že mi jí odveze, pokud se nedám do kupy.“ Pocity, které po celou dobu pociťovala popisuje: „Cítila jsem vlastně nic, takovou bezmoc, prázdno. No a potom se začaly objevovat i takový záchvaty vzteku, kdy jsem musela

*něco silně mačkat abych se udržela a nezačala křičet. Celkově jsem neměla chuť nic dělat. Doma jsem fungovala tak napůl, ven jsem nechodila, kamarádky jsem žádný neměla, nic mě nebavilo. A pořád jsem se jen utápěla v pocitech, že za všechno můžu já a že jsem špatná máma.“*

Odbornou pomoc participantka vyhledala zhruba po třech týdnech po porodu v rámci urgentní ambulance psychiatrického oddělení v nemocnici. *„Jednou v noci, asi okolo půlnoci, noci u nás totiž byly nejhorší, vždycky jsme ji hrozně dlouho uspávali a já zase seděla na záchodě a už jsem byla fakt zoufalá, už jsem měla pocit, že jí něco udělám, že s ní alespoň zatřesu nebo něco. Tak jsem se prostě sebrala a jela na psychiatrii. Malou jsem tam přítelovi nechala a řekla, že už prostě musím, že už to nevydržím.“* Na ambulanci psychiatrie participantku ihned přijali. Proběhl rozhovor s psychiatrem, kdy participantka cítila, že se dokáže otevřít a plně se svěřit. Svou návštěvu popisuje: *„Přišla jsem tam, začaly jsme si s doktorkou povídat, všechno jsem jí řekla a ona mi dala jednu tabletku nějakýho léku na spaní, asi Xanax to byl tuším. Tu jsem si měla po příjezdu domů zapít a druhý den malou nekojit. Takže to byl první den, kdy jsme dali umělou stravu. Tam mi řekla vlastně že mám mírnou formu poporodní deprese.“* U návštěvy psychiatrie jsme se pozastavily, zajímalo mě, zda byla deprese diagnostikována pouze pomocí rozhovoru, nebo v kombinaci s nějakým dalším diagnostickým nástrojem, konkrétně padla otázka na Edinburskou škálu poporodní deprese. Odpověď: *„Nejdřív jsme si povídaly, to trvalo asi tak 10 minut a pak mi dala nějaký dotazník no. Asi to byl tenhle, to nevím. Pamatuju si, že mi vyšel výsledek, jakože poporodní depresi mám, ale že nepotřebuju hospitalizovat, nebo alespoň tak nějak mi to vysvětlovala.“* Dále mě zajímalo, zda jí byla lékařkou nabídnuta nebo doporučena dlouhodobější psychoterapie nebo jiné možnosti léčby. Na to participantka odpovídá: *„Jojo, to mi doporučila, ať si vyhledám svého psychiatra nebo psychologa, že oni jsou jen pro akutní případy a bude lepší, když budu mít možnost to s někým pravidelně probrat.“* Celkově svou návštěvu ambulance hodnotí kladně: *„Byl to pro mě nejlepší krok, jak to nikdo u nás neznal, tak jsem v nich neměla vůbec žádnou oporu. No a u té doktorky jsem slyšela takový ty slova, který jsem přesně potřebovala. Jako že to je normální, že to má, já nevím, deset procent žen a byla hrozně milá.“* Participantka psychiatrickou ambulanci navštívila ještě jednou po pár dnech od první návštěvy, tentokrát ale již pouze jako konzultaci a doprovázel ji i její přítel. *„Po té druhé návštěvě, kam semnou šel i přítel, aby mu to vysvětlili, co to je za onemocnění, tak to pochopil a hodně se toho změnilo. Potřeboval to slyšet asi od někoho vzdělanýho a ne jenom ode mne že je mi špatně a tak. Když jsem mu řekla po té první návštěvě, že mám poporodní deprese, tak vůbec*

*nevěděl, co to je, jak se to projevuje a tak. Potom se ale začal fakt snažit a pomáhat mi. Začali jsme malou krmit umělým mlékem a všechno se tak nějak zlepšovalo.“* Na otázku, proč se spokojila pouze s návštěvou psychiatrické ambulance a nevyhledala psychoterapeutickou pomoc, která jí byla nabízena odpovídá: *„No já vlastně nevím. Říkala jsem si v tu dobu, že to je asi zbytečný, že už to, co jsem chtěla vědět vím.“* Při otázce, co si myslí, že jí pomáhalo nejvíce odpovídá: *„Myslím, že asi to, že se ten přítel začal fakt snažit a už jsem z něj necítila takový to, že mi moc nevěří a že si myslí, že to je jen nějaký období. Ale nejvíc mi pomohla určitě ta návštěva té ambulance poprvé, kdy jsem se potom vyspala a nakoplo mě to k tomu abych se za to nestyděla a řekla to té rodině, protože mi vlastně říkala, že to není zas tak neobvyklý a že bych o tom měla s někým mluvit. Takže asi to, mluvit o tom, nestydět se za to a přejít na umělou stravu a netrápit už se tím kojením. Umět se za sebe postavit. A hlavně cítit nějakou podporu, která se mi do té doby vlastně nedostavila.“* Celkově její potřeby lze shrnout jako potřeba, aby jí nejbližší lidé důvěřovali v tom, jak se cítí a také cítit zejména od přítele podporu. Participantčin stav se začal lepšit zhruba po třech měsících od porodu. Začala dceru krmit umělou formulí a postupně se její psychický stav začal ustalovat. Popisuje: *„Od té doby, co jsem byla poprvý na psychiatrii jsme začali krmit umělou stravou. Tchýně a ostatní sice pořád říkali, že to není dobrý, ale já jsem se naučila je neposlouchat, a i přítel se naučil za mě postavit, protože jsme viděli, že je mi fakt mnohem líp. Malá spala, mě nebolely prsa, nebyla jsem už tak unavená a všechno se začalo zlepšovat. První zlepšení jsem cítila tak tři měsíce po porodu, kdy jsme si i najeli doma na režim a úplně se to zlepšilo tak po půl roce.“* Při otázce, zda se v nynější době vyskytují nějaké depresivní stavy odpovídá: *„Od té doby ne, fakt ne. Jsem za to ráda, nechtěla bych už nic takovýho zažít. Když má malá nějaký horší období, tak je to náročnější, ale беру už vše s nadhledem, a to mě právě asi ty deprese naučily.“*

Participantka B prožívala tři dny hospitalizace na oddělení šestinedělí zcela v pořádku, první potíže na sobě zaznamenala v prvním týdnu po příchodu domů. Jejími slovy: *„Já byla v porodnici úplně v pohodě, byla jsem celá šťastná, neměla jsem žádný problém. Až jsem se sama divila, jak mi všechno jde. Když jsme ale přišli domů, začalo se něco dít. Předtím jsem to asi tak ani nevnímala a neviděla, ale teď zpětně vidím, že ten mezník byl právě příchod domů.“* Popisuje, že zažívala pocity úzkosti a paniky vždy, když její dcera plakala a byla s ní sama doma: *„Začala jsem panikařit vždycky když právě malá brečela a byla jsem s ní sama, v porodnici jsem měla jistotu, že můžu zaklepat na sestřičky, že mi pomůžou. Ted' jsem ale v tom bytě byla úplně sama s tím malinkým miminkem, všude se odrážel*

*jenom ten její řev a já nevěděla co mám dělat. Začala mě svírat taková úzkost a často jsem na ní pak už jenom koukala, jak leží v postýlce a pláče, protože jsem nevěděla, co už mám dělat. Vždycky jsem jí nakrmila, přebalila, pochovala a ona stejně brečela. Často jsem volala mojí maminkě a brečela jí do telefonu. Když byl třeba partner doma, tak to bylo jiný, protože jsme na to byly dva, ale jakmile jsem byla sama, tak to byl konec.“* Participantka zmiňuje, že v průběhu těhotenství četla spoustu knížek, článků a sbírala rady od své maminky: *„V těhotenství jsem všude četla, že jediný, jak miminko může komunikovat je pláč a že bych na to měla reagovat. Jenže já to neuměla. Nevěděla jsem, jak reagovat, co mi tím pláčem chce říct a pak jsem na sobě začala cítit zlobu.“* Při otázce, zda cítila zlobu na sebe nebo na dceru odpovídá: *„No asi nejvíc na sebe, protože jsem si říkala, že každá máma vždycky umí utiřit svoje dítě a já ne. Na malou ale taky, vždycky když třeba plakala nějak dlouho, tak jsem třeba křičela do polštáře, to jsem se sebe musela vybit vztek.“* V prvních týdnech bylo pro participantku těžké najít si nějaký systém nebo rutinu. Popisuje: *„Vždycky, když malá spala, tak jsem se snažila taky. To vyšlo ale málokdy, protože jsem si furt říkala, že bych měla využít toho, že spí a měla bych uklízet. Takže jsem šla uklízet a když jsem douklidila a chtěla se jít třeba natáhnout na gauč, tak se má vzbudila že jo a já byla zas v tom kolotoči. Byla jsem hodně unavená. To uklízení ale trvalo jenom pár dní. Potom jsem už často jen ležela na gauči a bylo mi všechno jedno, že je okolo nepořádek.“*

Při otázce, zda se participantka se svými problémy a pocity někomu v průběhu šestinedělí svěřila, odpovídá: *„Já jsem se nikomu vlastně sama od sebe nesvěřila. Vždycky, když přišel přítel z práce, tak jsem se mu vybečela a postěžovala si, že to je fakt náročný, ale nikdy jsem mu neřekla, jak panikařím a co cítím. Mezi kamarády jsem taky nechodila, nebavilo mě s nikým trávit čas. Jediná aktivita, kterou jsem si zkracovala dny byly ty cesty na nákup, to byla jistota, že malá bude spát. Takže kamarádkám jsem se taky nesvěřila, neměla jsem kdy a po telefonu jsem úplně nechtěla. Divím se, že moje mamina nic nepoznala, když jsem jí často volala, co mám dělat. Každopádně přítel se v tom začal šťourat sám a já za to byla hodně vděčná, sama bych mu to asi nikdy neřekla, protože jsem cítila pocit selhání a dělalo mi problém to přiznat.“* Participantčin přítel si začal všimnout, že se s jeho partnerkou něco děje zhruba tři týdny po porodu. Jejich první rozhovor o jejich potížích popisuje: *„On se mě zeptal, jestli se neděje něco vážnějšího, než že jsem unavená a že je to náročný, protože už to trvalo nějak dlouho. Říkala, jsem mu že ne. Jenže jsem začala zase brečet a on mě začal uklidňovat, že mu to můžu říct a vlastně i musím, že jinak se nic nevyřeší. No a v tom se to ze mě začalo sypat, řekla jsem mu všechno. Že je to pro mě hrozný a že mám ty záchvaty*

vzteku a že mě nic nebaví, nechci vidět ani ty kamarádky a tak.“ Jejich rozhovor trval zhruba dvě hodiny, přičemž se participantka partnerovi plně otevřela a společně začali probírat různé možnosti řešení: „*Padlo téma i na psychiatrii. To jsem nechtěla, nechtěla jsem jít od nich pryč a nechtěla jsem brát žádné léky. Rozhodli jsme se proto, že si začneme hledat informace, budeme o tom spolu mluvit a když to nepomůže, najdu si psychoterapeuta. Přítel si vzal na týden dovolenou, aby mi pomáhal i přes den.*“ Dotazovala jsem se, zda zpětně nelituje toho, že se sama nikomu nepsvěřila a zda si myslí, že by to pro ni bylo přínosem. Odpovídá: „*No asi by to pro mě bylo lepší, protože mám okolo sebe dobrý lidi a určitě by mi pomohli, konkrétně moje mamina a nejlepší kamarádka. Já se bála, že mě odsoudí. Zpětně toho ale asi nelituju. Do teď to ví asi jen tři lidi, kterým jsem se svěřila až s půlročním odstupem a jsem za to ráda, protože je pro mě těžký se k tomu zpětně vracet. Takhle to je teď prostě zamnou, ví to jen ti nejbližší a s tím jsem spokojená. Jediný, čeho lituju, že jsem to neřekla mamce. V ní bych totiž měla tu oporu, kterou jsem asi nejvíc potřebovala. Oporu od ženský, přece jenom přítel byl skvělejší, ale na nějaké věci měl jiný pohled.*“ Participantčina léčba tedy probíhala tak, že si hledala různé informace, diskutovala své pocity a potřeby s partnerem. Její potíže trvaly zhruba čtyři měsíce, poté začaly ubývat na síle. Stále se však ale jednou za čas depresivní epizody objevovaly. Položila jsem stejnou otázku jako participantce A na nynější psychický stav, participantka B odpovídá: „*Já jsem celkově citlivější, takže jednou za čas na sobě cítím, že se necítím úplně v pohodě a možná se to i depresi podobá, ale trvá to tak jeden den a potom je to zase dobrý, už jsem se naučila s tím pracovat a vždycky odvést pozornost někam jinam.*“ Při otázce, zda si myslí, že by jí pomohla již zmiňovaná psychoterapie, odpovídá: „*No myslím si že ne, já mám problém se celkově někomu svěřovat, natož někomu cizímu. Byla a vlastně pořád jsem vděčná za to, že si toho ten partner všimnul sám, protože bůh ví, jak by to došlo daleko. To právě on mi byl tím nejlepším psychoterapeutem (usmívá se).*“ Při shrnování pocitů a potřeb v průběhu poporodní deprese participantka udává: „*Myslím, že u mě převládal ten pocit sevření a paniky, taky jsem si to všechno hodně vyčítala, že nejsem dobrá máma, protože nedokážu reagovat na ten její pláč. A co jsem potřebovala? (přemýšlí) No asi nejvíc toho přítele. Jeho podporu a jeho umění mě utěšit a umění vycítit, kdy se necítím zrovna dobře. Vlastně ještě to, jak jsem často trávila čas v koupelně, takže čas o samotě. Lehnout si do vany do teplé vody a zavřít oči a vědět, že na půl hodiny nemusím nic řešit, to pro mě byla největší odměna. Jsem ráda, za to, že mi přítel ten čas pro sebe každý den umožnil.*“ Celkově lze její potřeby shrnout jako potřebu mít vedle sebe člověka, který vycítí její nepohodu a sám jí vybědne k řešení problému a

zároveň potřeba silné podpory od této osoby, v tomto případě od přítele. Neméně důležité pro ni bylo možnost strávit alespoň chvíli z celého dne o samotě.

Obou participantek jsem se ptala, zda věděly o možnosti laické pomoci žen se stejnou diagnózou. Ani jedna z participantek o této možnosti nevěděla.

Má další otázka směřovala, k tomu, zda si participantky myslí, že by jim pomohla dřívější edukace o poporodních depresích od porodní asistentky a jak roli porodní asistentky v kontextu poporodních depresí vnímají. Participantka A odpověděla: „*Jak už jsem říkala, já jsem po tom nepátrala, protože jsem si myslela, že se mě to nemůže týkat, ale určitě by se mi hodilo, kdybych o tom pár informací věděla dopředu.*“ Participantka B odpověděla: „*Já něco věděla od kamarádky a stejně jsem její rady z vlastní zkušenosti nevyužila. Takže si myslím, že by mi nepomohla ani nějaká rada nebo doporučení od zkušeného personálu, protože já mám prostě problém se svěřovat.*“ V souvislosti s tímto tématem byl rozebrán i zájem obvodního gynekologa o psychický stav žen v průběhu a po šestinedělí. Obě participantky popisovaly, že ze strany gynekologa nepocítily o jejich psychické zdraví žádný zájem. Jeho zájem směřoval spíše k fyzické stránce. Participantka A: „*Můj gynekolog ten se o to nezajímal vůbec, vždycky se zeptal jenom jak se mám, ale to bylo podle mě jen aby tak řeč nestála, protože u toho koukal do počítače nebo mě mezi nohy a u toho jsem mu opravdu o svém problému vyprávět nechtěla.*“ Participantka B: „*U mě na gynekologii to je vždycky hodně rychlý, v čekárně je hodně žen a on asi nemá úplně čas, takže se vždycky zeptal jen jak se s malou máme, co kojení, zkontroloval mě a zase jsem šla.*“

Participantky A jsem se zeptala, zda by chtěla vzkázat porodním asistentkám nějakou radu ohledně péče o ženu v šestinedělí s nějakým psychickým problémem. Odpovídá: „*Určitě, doufám že si to nějaká přečte a třeba jí to pomůže a nějaká žena se tak potom bude cítit líp. Hlavní je asi pozornost. Té se mi dostávalo fakt málo. Nečekala jsem žádnou psychologickou pomoc a že okolo mě budou celý den opečovávat a chodit okolo mě po špičkách, ale víc zájmu by opravdu neuškodilo. Taky aby nezlehčovali situaci a neříkaly, že to bude dobrý. Ta máma sama moc dobře ví, jestli to je dobrý nebo není a nepotřebuje tohle slyšet. Potřebuje slyšet fakta a nějakou radu, a ne jenom utěšování.*“

U participantky B nebyly poporodní deprese oficiálně diagnostikovány a tím pádem ani odborně léčeny. Participantka se bála někomu svěřit, a tak své potíže, které trvaly celkem čtyři měsíce, a i poté se jednou za čas depresivní nálada objevila, řešila pouze se svým partnerem. Za své potíže se styděla a nechtěla je nikomu říci. Zeptala jsem se tedy na otázku, co



jí vedlo k tomu, přihlásit se do mého výzkumu a svůj příběh sdílet. Odpovídá: „*To je těžká otázka. Viděla jsem prostě tu prosbu a řekla si, že asi čas se nějak posunout a popovídat si o tom s někým. Hodně jsem nad tím přemýšlela. Než jsem vám napsala, tak jsem tu zprávu tak desetkrát smazala. Řekla jsem si ale, že se zkusím přemocť a že při nejhorším odstoupím, ale nakonec to bylo fajn (směje se).*“ Má odpověď: „*Jsem moc ráda, že jste se tak rozhodla. Nejen kvůli tomu, že to potřebuji já, ale hlavně kvůli vám, doufám že vám to nějakým způsobem pomohlo a taky, že to třeba pomůže někomu jinému. Bylo to pro vás těžké?* Participantčina odpověď: „*Bylo, ale za tu dobu jsem hodně pokročila a vím, že je potřeba se překonávat a třeba je tohle fakt tím posledním bodem, který to všechno uzavře.*“ V posledních chvílích rozhovoru jsem participantku poprosila o pár slov, které by vzkázala ženám, které se s poporodní depresí právě potýkají. Jejími slovy: „*Kde začít. Asi tím, aby začaly u sebe, aby se neohlížely na to, co by měly zvládat a co ne. Nikdo jim to totiž nemůže určit, jen ony znají svoje možnosti a vůbec nejlíp znají samy sebe. Další co, tak neuzavřít se úplně do sebe, ale najít si v někom oporu, mít alespoň jednu kamarádku se kterou můžou promluvit o všem. No a nejlépe samozřejmě vyhledat odbornou pomoc. Já si do dneška vyčítám, že jsem na to neměla, možná by to všechno trvalo kratší dobu. Prostě vše dělat dle svých možností.*“

## 10 DISKUZE

V této bakalářské práci se zabývám tématem poporodní deprese u žen, které s ní mají vlastní zkušenost. Mým hlavním cílem bylo analyzovat především jejich potřeby a prožitky v jednotlivých obdobích: v období těhotenství, při porodu, v časném a pozdním šestinedělí. V rámci výzkumného šetření jsem se snažila se oba případy pojmout holisticky a s nadhledem a hledat mezi získanými informacemi souvislosti. Pro zpracování výzkumu byl tedy vybrán kvalitativní výzkum. Do výzkumu se zapojily dvě participantky, přičemž s každou z nich byl realizován jeden polostrukturovaný rozhovor. V této části práce shrnuji výsledky výzkumného šetření a porovnávám je s odbornou literaturou. Na konci této části zmiňuji výstup mé práce.

### Dílčí cíl č. 1

Zjistit anamnézu, průběh těhotenství, porodu a šestinedělí u ženy, která prodělala poporodní depresi.

*Tabulka 1: Výzkumná otázka č.1:*

<i>Jaká je anamnéza ženy?</i>	
Participantka A	V rodině žádná psychiatrická onemocnění Špatné vztahy v rodině-matka Abuzus drog v pubertě Jeden spontánní potrat, jedno UPT
Participantka B	V rodině žádná psychiatrická onemocnění Vztahy v rodině dobré Žádná významná onemocnění

*Zdroj: vlastní zpracování*

Ani jedna z participantek nikdy netrpěla žádným významným onemocněním. Ani u jedné se v rodině nevyskytuje žádné psychiatrické onemocnění. Participantka B udává velmi dobré vztahy v rodině, která ji po celou dobu plně podporovala. Nebyly analyzovány ani žádné gynekologické komplikace před otěhotněním.

Participantka A však udává velmi špatné rodinné vztahy. S otcem se nevidá a s matkou již také ne, nejeví o ni již několik let zájem a sama má celý život problémy s tím udržet si práci a často padá do stavů, kdy pije nadměrné množství alkoholu. Sama participantka A

byla hospitalizována v 16 letech v rámci léčení v souvislosti s abúzem drog. U participantky A byly analyzovány jeden spontánní potrat a jedno umělé přerušování těhotenství, po čemž pociťovala výčitky a záplavy smutku. V článku autorů Desai, Metha a Ganjiwale (2012, s. 195) byla vyzorována vyšší pravděpodobnost vzniku poporodní deprese právě u žen, které v minulosti potratily.

Praško (2009, s. 47) uvádí, že depresivní porucha nikdy není zapříčiněna pouze jedním problémem, ale spíše vzájemným působením řady dílčích příčin. V knize Ratislavové (2008, s. 91) a Takács a kol. (2015, s. 75) jsou jako rizikové faktory pro vznik poporodní deprese uvedeny psychosociální faktory, jako jsou například nedostatečná podpora od rodiny a negativní životní události. Lze tak říci, že se toto tvrzení potvrdilo v případě participantky A. Její anamnéza je zatížena potraty, nevhodným vztahem s matkou a s tím souvisejícím špatným rodinným zázemím a abúzem drog v mladistvém věku.

V již zmiňovaném článku autorů Desai, Metha a Ganjiwale (2012, s. 195-196), do kterého bylo vybráno přibližně 200 gudžarátských žen v období do jednoho roku po porodu pro zjištění rizikových faktorů pro vznik poporodní deprese, je ale naopak uvedeno, že špatný vztah s matkou nebyl upozorován jako významný rizikový faktor pro vznik poporodní deprese. V případě participantky A však tento vztah zřejmě určitou roli sehrál vzhledem ke kombinaci s dalšími negativními událostmi, které ji v průběhu života potkaly.

*Tabulka 2: Výzkumná otázka č.2:*

<i>Jak probíhalo těhotenství a porod?</i>		
	Těhotenství	Porod
Participantka A	Neplánované Fyziologické Špatná reakce vlastní rodiny Častý strach, jak vše zvládne	Vaginální porod po termínu Nepřítomnost partnera po celou dobu Dlouhý porod, zelená VP
Participantka B	Vysněné těhotenství bez problémů Reakce rodiny dobrá	Vaginální porod bez komplikací Nepřítomnost partnera po celou dobu

*Zdroj: vlastní zpracování*

Participantka A byla těhotná potřetí a neplánovaně. Její reakce při zjištění těhotenství byla však pozitivní, po předchozích potratech si podvědomě miminko přála. Přítelova reakce byla taktéž pozitivní, i když předtím říkal, že rodinu budou zakládat až participantka dostuduje a budou mít vhodné zázemí. Reakce participantčiny rodiny byla spíše špatná. Její matka tuto informaci neprožívala a její babička, u které vyrůstala, ji nepodpořila a spíše jí vyčítala, že otěhotněla v tak brzkém věku. Přítelova rodina však zareagovala kladně a po celou dobu těhotenství oba podporovala. V tomto případě lze opět přemýšlet nad tím, že rizikem pro vznik poporodní deprese u této participantky mohla být mimo jiné také nedostatečná podpora od vlastní rodiny. Těhotenství probíhalo zcela bez komplikací, stejně tak porod. Participantka porod popisuje jako velmi zdlouhavý. V průběhu porodu nezaznamenala nic, co by mělo nasvědčovat traumatu. Jediným momentem, při němž pocítila nejistotu byla dirupce vaku blan, kdy otekla zelená voda plodová.

Ratislavová (2008, s. 91) zmiňuje jako jednu z mnoha příčin poporodní deprese i samotný průběh porodu. Větší riziko rozvoje poporodní deprese se vyskytuje u žen, které se v průběhu porodu setkaly s nějakým traumatem (časné přerušení bondingu, komplikace v průběhu porodu...). V případě této participantky však nedošlo k závažnému traumatu, jež by mělo nasvědčovat vzniku poporodní deprese. Odtok zelené vody plodové participantka popisuje jako chvilkovou nejistotu. Jako rizikový faktor však lze uvést zdlouhavý a bolestivý porod, který participantku velmi vyčerpal.

Participantka B byla těhotná poprvé a její těhotenství bylo vysněné. O miminko se společně s přítelem snažili přibližně dva roky, podstoupili i různá vyšetření, zda je u obou vše v pořádku. Reakce na oznámení těhotenství obou rodin byla dobrá, byli plně podporováni. Těhotenství probíhalo taktéž bez obtíží, všechna vyšetření byla vždy v normě. Samotný porod participantka popisuje jako dobrý, vše probíhalo bez komplikací. Jediné, co jí vadilo, bylo to, že partner nemohl být po celou dobu přítomný.

Obě participantky si velmi pochvalovaly přístup porodních asistentek, které u porodu byly přítomny. Podpora od porodních asistentek i partnera v průběhu porodu hraje velkou roli. Nilsson, Thorsell, Wahn a Ekstrom (2013, s. 4–5) ve svém článku zmiňují důležitost podpory prvorodičky při porodu partnerem nebo porodní asistentkou. Výsledky ukázaly, že ženy, které chtěly a byly podporovány od partnera nebo od porodní asistentky, měly s porodem dobrou zkušenost a cítily se dobře. Prvorodičky označily přítomnost porodní asistentky

a partnera u porodu za pozitivní pocit podpory. Naopak nedostatečná podpora by mohla vést k negativní zkušenosti s porodem, kdy se ženy mohou cítit opuštěné.

## Dílčí cíl č. 2

Zjistit, jaký byl psychický stav ženy během prvních dní po porodu.

Tabulka 3: Výzkumná otázka č.3:

<i>Jak se vyvíjel psychický stav ženy krátce po porodu?</i>	
Participantka A	Nezdařilé vstávání po porodu-pozdější rooming in Problémy s kojením, unavenost Problémy s navázáním vztahu s dcerou
Participantka B	Vstávání po porodu bez problémů Problémy s kojením Pocity radosti a štěstí

*Zdroj: vlastní zpracování*

U participantky A se objevovaly silné změny nálad, pocity bezmoci a časté záchvaty pláče již během prvních tří dnů v rámci hospitalizace na oddělení šestinedělí. Jako hlavní kámen úrazu uváděla kojení, které jí nešlo, bolelo ji a nevěděla si s ním rady. Vítková ve své práci v rámci výzkumného šetření položila otázku: „*Prosím zakroužkujte, jaký je rizikový faktor vzniku poporodní deprese.*“ Přičemž 57 % respondentek zaznamenalo, že právě problémy s kojením mohou být spouštěčem poporodní depresivní poruchy (Vítková, 2020). Také Ratislavová (2008, s. 82) uvádí, že pocity vlastní neschopnosti a nedostatečnosti mají často spojitost s problematickým zahájením laktace. Tyto zjištěné informace se v případě participantky A potvrzují.

V té chvíli se začaly objevovat pocity bezmoci. Zmíněno bylo také to, že participantka byla zklamaná ze svého vztahu k dceři. Necítila silnou lásku, kterou očekávala, a to ji velmi trápilo. Tento příznak se shoduje s tvrzením Praška (2009, s. 44), který mezi typické příznaky poporodní deprese řadí právě ženino odsuzování sebe samé za to, že k dítěti necítí takovou lásku, jakou očekávala ona nebo její okolí. Vše bylo spojené se silnou únavou z nedostatku spánku. Přístup personálu participantka označuje jako neochotný, její výkyvy nálad byly připisovány příznakům na poporodního blues a více se jí nikdo nevěnoval. Velkým problémem také bylo, že participantku v průběhu těhotenství nikdo o poporodní depresi needukoval. Mnoho autorů včetně Ratislavové (2008, s. 4) uvádí, že poporodní deprese vážně ohrožuje vztah mezi matkou a dítětem a je tedy důležité, aby porodní asistentka co nejdříve

rozeznala její příznaky a odkázala ženu na odbornou pomoc dříve, než dojde k závažnějšímu rozvoji nemoci.

Participantka B své první tři dny v rámci hospitalizace popisuje jako dny zalité štěstím. Během pobytu na oddělení šestinedělí na sobě nepocítila žádné změny nálad nebo negativní emoce. Jako pomyslný mezník mezi pozitivní náladou a prvními příznaky poporodní deprese popisuje příchod z porodnice domů. Stejně jako participantka A zmiňuje velkou únavu spojenou s nedostatkem spánku. Tackás (2015, s. 53) mezi přidružené příznaky poporodní deprese řadí právě únavu nebo ztrátu energie a poruchy spánku.

### **Dílčí cíl č. 3**

Zjistit, jak probíhalo období onemocnění poporodní depresí.

*Tabulka 4: Výzkumná otázka č.4:*

<i>Jakým způsobem probíhalo období onemocnění poporodní depresí?</i>	
Participantka A	Stále problémy s kojením Zpočátku nepochopení od partnera Vyhledání odborné pomoci – diagnóza (EPDS) Žádný kontakt s přáteli
Participantka B	Mezník příchod domů Nedostatek spánku-vyčerpanost Dostatečná podpora od partnera Nevyhledání odborné pomoci – neléčená deprese, obavy z odsouzení Žádný kontakt s přáteli

*Zdroj: vlastní zpracování*

Hlavním problémem u participantky A byl stále problém s kojením. Velkou potíží bylo očekávání ze strany rodiny a její rady ve smyslu, že kojení je pro dítě to nejlepší. Participantka byla velmi často plačtivá, popisuje silné záchvaty pláče. Její přítel zpočátku potíže bagatelizoval, vůbec neměl ponětí o pojmu „poporodní deprese“. V kvantitativním výzkumu bakalářské práce Mrákové (2010) bylo zjištěno, že 27 % mužů se s pojmem poporodní deprese nikdy nesešlo a z toho 21 % z toho tvořili muži ve věku 20–29 let (21 respondentů z 50 oslovených), přičemž do této věkové skupiny spadá právě participantčin přítel.

Participantka se mu však zhruba dva až tři týdny vůbec nesvěřila s tím, že se jedná o závažnější problém. Na to došlo až ve chvíli, kdy se chystala vyhledat odbornou pomoc. Navštívila urgentní ambulanci psychiatrického oddělení. Návštěvu odborníka hodnotí jako velmi dobré rozhodnutí.

Stanovení diagnózy proběhlo na základně rozhovoru s lékařkou a pomocí Edinburské škály poporodní deprese. Jedná se o velmi spolehlivou metodu diagnostiky, kterou lze použít při více než jedné příležitosti. Kombinaci rozhovoru a screeningového nástroje v tomto případě považuji za zcela vhodnou. Rozhovor poskytl participantce vše, co od něj očekávala (nestrannost, fakta, vyslechnutí) a pomocí EPDS byla jasně potvrzena diagnóza. V systematickém přehledu nástrojů pro screening deprese vyšla Edinburská škála poporodní deprese jako nejběžnější a měla nejvyšší úroveň přesnosti a citlivosti. Její výhodou oproti ostatním screeningovým nástrojům je, že její vyplnění zabere přibližně pouze 5 minut. (Sungani, Chipps, 2017, s. 7-10).

Participantka B udává jako mezník vzniku poporodní deprese příchod domů, kde na ni padla ještě větší únava a začala pociťovat úzkostné stavy vždy, když její partner odešel do práce a zůstala tak s dcerou o samotě. Roztočil (2017, s. 361) udává právě příchod domů, kdy žena čelí nové životní roli a je na ní veškerá zodpovědnost, jako mezník, kdy se objevují první příznaky poporodní deprese.

Partner této participantky ji na rozdíl od partnera participantky A plně podporoval od úplného začátku. Rizikovým rozhodnutím participantky bylo nevyhledání odborné pomoci. Ratislavová (2008, s. 91) ve své knize uvádí, že každá poporodní deprese vyžaduje určitou terapii. U mírnější formy mnohdy postačí nefarmakologická léčba jako jsou například různé formy psychoterapie. Včas zahájená psychoterapie lehkou formu poporodní deprese poměrně dobře léčí a matka má tak šanci, že se její stav v blízké době začne zlepšovat. Vítková (2020) ve svém kvantitativním výzkumu zjistila, že 7 ze 30 respondentek vůbec nevědělo, jaké jsou možnosti léčby. Následky neléčené poporodní deprese mohou být velmi vážné, a to nejen pro ženu samotnou, ale i pro novorozence a celou rodinu. V literatuře je uvedeno, že až 90 % depresí zůstává zcela bez léčby (Jedličková, 2008, s. 89).

Friedman a Resnick (2009, s. 287-295) se ve svém článku zabývají riziky neléčené poporodní deprese. Mezi největší rizika řadí špatnou vazbu mezi matkou a dítětem, zpomalený vývoj kojence, nedostatek sebeobsluhy a zanedbání nebo dokonce zabití kojence. Materská deprese je rizikovým faktorem také pro dětské psychopatologie, a to zejména



v předškolním a školním věku. Autoři také udávají také, že lékaři musí mít na paměti, že některé matky se obávají, že budou za diagnózu poporodní deprese souzeny nebo že jim bude zabráněno v péči o své děti. U participantky B opravdu k obavám, že za tuto diagnózu bude odsouzena došlo, a právě proto se nesevěřila nikomu jinému než partnerovi.

Obě participantky popisují šestinedělí jako stereotypní dny, během kterých se uzavíraly do sebe, nepřicházely do kontaktu s přáteli. Praško (2009, s. 69-73) doporučuje najít si během dne nenáročnou činnost, které v ženě mohou vyvolat příjemné pocity. Jako příklad zmiňuje právě rozhovor s blízkou kamarádkou. Jako další uvádí sestavení denního plánu aktivit, který ženě nedá během dne prostor na negativní myšlenky. Participantka B do svého denního programu řadila chození na nákup. Během této aktivity se cítila lépe, nesoustředila se jen na sebe a své myšlenky, ale na interakce s lidmi. To jí pomohlo alespoň na pár minut ze dne na své potíže zapomenout.

#### **Dílčí cíl č. 4**

Zjistit, kdo je ženě sociální oporou v době nemoci s poporodní depresí.

*Tabulka 5: Výzkumná otázka č.5:*

<i>Kdo je ženě sociální oporou v době nemoci s poporodní depresí?</i>	
Participantka A	Partner, psychiatr, ona sama
Participantka B	Partner

*Zdroj: vlastní zpracování*

Obě participantky měly zpočátku problém se někomu se svými problémy svěřit. Poté, co je sdílely se svými partnery, udávají, že jejich podporou v době nemoci byli právě oni. Participantka A zpočátku měla problém s tím, že její přítel a rodina neměli o poporodních depresích vůbec ponětí a její problémy zlehčovali. Participantka B své problémy sdílela pouze se svým partnerem, který jí byl obrovskou oporou.

Rodina v léčbě poporodní deprese hraje významnou roli. Základním úkolem rodiny je ženu v průběhu celého procesu podporovat. Důležité je, aby rodina nezlehčovala stav ženy. Léčebný proces může velmi snadno urychlit a usnadnit citová podpora od nejbližších lidí (Praško, 2009, s. 84). Participantka B od svého partnera pocítovala silnou podporu od

samého začátku a sama to popisuje jako klíčový bod v rámci vyléčení, jelikož nevyhledala odbornou pomoc a ani se nikomu jinému nesvěřila.

Participantka A zmínila další oporu v psychiatričce, kterou navštívila. Velmi jí pomohlo, že slyšela fakta o poporodní depresi a že jí lékařka nesoudila, neradila jí, ale pouze ji vyslechla. Lze mluvit o tom, že jí lékařka poskytla určitou formu podpůrné psychoterapie, která se velmi podobá tomu, když se žena jde svěřit své kamarádce, ale výhodou je odborný nadhled zdravotníka. Poskytuje naslouchání, povzbuzení ale také realistický pohled na situaci a dostatek informací (Praško, 2009, s. 64). Dalším důležitým bodem z mého pohledu bylo, že se participantka A zmínila o tom, že našla také oporu sama v sobě, a to tím způsobem, že se dokázala postavit za své názory.

Obě participantky neměly povědomí o možnosti laické podpory např. organizací Úsměv mámy. Pro některé ženy je tato forma opory velmi důležitá. Mohou tak zjistit, že nejsou se svými pocity samy, získat kontakty na odborníky, sdílet své pocity se ženami, které podobnou zkušeností také prošly.

Bohužel ani jedna z participantek nenašla psychickou oporu ani ve svém gynekologovi, ani v porodní asistentce, ti se zajímali pouze o jejich somatické zdraví.

### **Hlavní výzkumný cíl**

Analyzovat prožitky a potřeby žen s poporodní depresí.

*Tabulka 6: Hlavní výzkumný cíl: Analyzovat potřeby a prožitky žen s poporodní depresí:*

<i>Hlavní výzkumný cíl: Analyzovat potřeby a prožitky žen s poporodní depresí.</i>		
	Potřeby	Prožitky
Participantka A	Potřeba důvěry od nejbližších lidí Potřeba respektu Potřeba nestranného názoru Spánek Potřeba větší pozornosti ze strany personálu	Pocity, že ublíží dceři Pocity bezmoci, plačtivost Dobry pocit z vyhledání odborné pomoci Únava, potíže se spánkem Žádný kontakt s přáteli
Participantka B	Potřeba silné podpory od partnera Potřeba trávit čas o samotě Potřeba bezpečí Spánek	Pocit selhání jako matky Panika, sevření Záchvaty vzteku (křičení do polštáře) Únava potíže se spánkem Žádný kontakt s přáteli

*Zdroj: vlastní zpracování*

V této tabulce shrnuji můj hlavní výzkumný cíl: Analyzovat potřeby a prožitky žen s poporodní depresí.

Participantka A své potřeby směřovala spíše k druhým lidem. Mezi její nejsilnější potřeby patří důvěra a respekt od nejbližších lidí, zejména od přítele, který její potíže zpočátku bagatelizoval. Jak již bylo zmíněno, rodina je v kontextu poporodní deprese pro ženu velmi důležitá. Další potřeba směřovala k vyslechnutí si nestranného názoru, což naplnila v rámci návštěvy psychiatrické ambulance, kdy ji lékařka vyslechla, podala fakta, informace, za nic ji nesoudila a byla nestranná. Dalším bodem, nad kterým se lze pozastavit, je potřeba větší pozornosti ze strany personálu na oddělení šestinedělí. Participantka v rozhovoru popisuje, že personál na oddělení šestinedělí neměl čas a nikdo o ni nejevil větší zájem,

přestože bylo zjevné, že participantka není po psychické stránce úplně v pořádku. Takács ve svých doporučeních pro komunikaci v poporodním období uvádí, že je třeba všimnout si žen, které vykazují známky poporodního smutku a projevit jim verbálními i neverbálními prostředky podporu (Takács, 2015, s. 20).

U obou participantek byla analyzována potřeba spánku a dostatečného odpočinku. Právě únavu každá v průběhu rozhovoru zmiňovala několikrát.

Jako největší potřebu participantky B analyzuji silnou podporu od svého partnera a s tím související pocit bezpečí. Participantka nechtěla, aby se informace o jejím psychickém stavu dozvěděl někdo jiný kromě partnera, to tedy lze identifikovat jako potřebu bezpečí. Potřebu silné podpory od partnera v průběhu rozhovoru zmiňovala několikrát. Další potřeba byla směřována k tomu trávit alespoň chvíli z celého dne o samotě, zde žena nejvíce zmiňovala relaxaci v podobě koupele. V léčbě poporodních depresí si člověk může pomáhat i sám právě tím, že si v průběhu dne najde čas na aktivitu, která mu přináší radost (Praško, 2009, s. 70).

V analýze prožitků žen s poporodní depresí nacházím několik společných u obou participantek. Prvním z nich je určitá forma agrese. U participantky A se jednalo o občasné myšlenky na to, že dceru někam odveze nebo že jí něco udělá. Participantka B svou agresi směřovala spíše do sebe. Vztek si vybíjela tím, že křičela do polštáře. Myšlenky na ublížení dítěti nejsou u žen trpících poporodní depresí výjimečné. Ani u jedné z participantek však nikdy k ublížení nedošlo. Lze tedy hovořit o tom, že myšlenky na ublížení dítěti v nich vyvolaly pocity stresu, což dle Takács (2015, s. 78) nevyžaduje akutní intervence.

U obou participantek se poté vyskytovaly prožitky pro poporodní depresi typické. Jednalo se například o častou plačtivost a pocity bezmoci u participantky A. Participantka B velmi často pocítovala pocit, že selhala jako matka, vyčítala si, že nedokáže reagovat na dceřin pláč jako většina ostatních matek. Dále popisuje, že velmi často cítila paniku a pocit sevření.

Klasifikace Rhone a Dorn (2007, s. 191-194) rozlišuje insuficientní, nutkavý a panický typ poporodní deprese. Dle této klasifikace a pocitů, potřeb a prožitků popisovaných oběma participantkami lze každou přiřadit k insuficientnímu typu. Obě popisovaly pocity bezmoci, neschopnosti, únavu, potíže se spánkem a sociální distancování od přátel.

Při rozhovoru s participantkou A jsem pocítila pozitivní energii při vyprávění o návštěvě psychiatrie. Tento krok sama participantka popisovala jako velmi dobrý a měla z něj dobrý pocit.

Výstupem dané bakalářské práce je mnou navržený a mou kamarádkou vytvořený informační leták pro ženy, které trpí poporodní depresí. V bakalářské práci Vítkové (2020) byla formulována otázka: „*Jakou formu edukačního materiálu o poporodní depresi byste uvítala?*“ Odpověď „*Informační leták v čekárnách u obvodního gynekologa*“ zakroužkovalo 10 žen, další nabízená odpověď byla „*Informační plakáty na oddělení šestinedělí*“, kterou zaznamenalo 6 žen. Domnívám se proto, že informační leták je nejlepší formou, jak ženy o poporodních depresích nenásilně informovat. Svůj informační leták uvádím jako přílohu č. 3.

### **Limity výzkumu**

U všech kvalitativních výzkumů je generalizace zjištěných výsledků poměrně problematická. Jedním z problémů mé bakalářské práce je nízký počet respondentů. Výzkum je směřován k individualitě každé z participantek, výsledky daného výzkumného šetření tedy nelze zobecnit.

Dalším typickým problémem, který je s kvalitativním výzkumem spjatý, je subjektivita a osobnost výzkumníka, která mohla výzkum ovlivnit jak při vedení rozhovorů, tak při interpretaci výsledků, a to i přes snahu o nepředpojatý přístup a objektivitu.

### **Sebereflexe výzkumníka**

Mě jako výzkumníka tento výzkum velmi obohatil a zejména bavil. Poporodní deprese je velmi citlivé téma, byla poroto důležitá kvalitní příprava. Před samotnými rozhovory bylo zahájeno psaní teoretické části bakalářské práce a tím pádem i sběr důležitých teoretických znalostí. Během psaní teoretické části probíhalo vytváření okruhů k samotným rozhovorům, které jsem konzultovala s mou vedoucí práce. Participantkám byl poskytnut informovaný souhlas, který obsahoval také informaci o tom, že je možné kdykoliv z výzkumu odstoupit (Příloha č.1). Žádná z participantek však v průběhu rozhovorů, ani po nich, neprojevila o tuto možnost zájem. Rozhovory proběhly v klidném duchu a s příjemnou atmosférou, ani jedna z participantek neprojevila během rozhovorů žádné obavy.

Během výzkumu jsem se snažila být nestranná, snažila jsem se, aby výzkum nebyl ovlivněn mými subjektivními názory a postoji. Jsem si však vědoma toho, že toto nelze dodržet na sto procent. Před rozhovory jsem vždy pocítovala strach, abych neřekla něco nevhodného, co by participantkám mohlo ublížit. Nakonec jsem z rozhovorů byla velmi nadšená. S oběma participantkami jsme si osobnostně sedly a stres z obou stran opadl během několika minut. Analýzu rozhovorů jsem prováděla přibližně s měsíčním odstupem. Myslím si, že to bylo důležité, a to zejména pro uspořádání myšlenek, opadly ze mě subjektivní názory a tím pádem jsem měla větší nadhled.

Můj výzkum byl kvalitativní a jeho výsledky tedy nelze zobecnit. I přes to však věřím, že může být přínosný zejména pro porodní asistentky, které o ženy v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí pečují a měly by tak hrát významnou roli během edukace, prevence, detekce a léčby poporodní deprese. Dále věřím, že může být přínosný pro těhotné ženy nebo pro ženy po porodu, které se momentálně s nějakou psychickou poruchou potýkají.

### **Doporučení pro praxi porodní asistentky**

Z analýzy a hodnocení výsledků výzkumu plyne několik doporučení pro praxi porodní asistentky ohledně péče o ženu s poporodní depresí:

- Porodní asistentky by měly být lépe vzdělávány o potřebách a prožitcích u ženy po porodu.
- Porodní asistentka by se měla podílet na detekci poporodní deprese a zaměřovat se na její rizikové faktory již během těhotenství. Měla by využívat vhodné nástroje k detekci poporodní deprese (Edinburská škála poporodní deprese).
- Porodní asistentka by měla poskytnout ženě dostatek informací o možných psychických změnách po porodu ještě v průběhu těhotenství. Měla by do edukačního procesu zapojit také partnera ženy.
- Na oddělení šestinedělí by porodní asistentka měla ženě věnovat dostatek času, nezajímat se jen o fyzickou stránku, ale i o tu psychickou. Rozhovor se ženou po porodu může odhalit příznaky počínající deprese a výrazně tak ovlivnit její průběh.
- Při zjištění příznaků poporodní deprese by porodní asistentka měla edukovat ženu ohledně příznaků poporodní deprese, a to jak psychických, tak fyzických, o možnostech

léčby a předat kontakt na odborníka. Do edukačního procesu by měla zapojit také partnera ženy.

- Porodní asistentka by měla propagovat podpůrné skupiny, weby pro ženy s psychickou poruchou po porodu (<https://www.perinatal.cz/>., <https://www.usmevmamy.cz>) a poskytovat informační letáky.

## ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce měla jeden hlavní cíl: analyzovat potřeby a prožitky žen, které trpěly poporodní depresí. V rámci teoretické části práce shrnuji obecné informace: v první kapitole jsem se zaměřila zejména na vymezení a rozdělení období šestinedělí, dále zmiňuji také informace o hormonálních a sociálních změnách po porodu. V následujících kapitolách uvádím obecné poznatky o samotné poporodní depresi o jejích projevech, typech a možnostech léčby. V jedné z podkapitol se zaměřuji na úlohu rodiny, která v léčbě tohoto onemocnění hraje velkou roli. V poslední kapitole zohledňuji také psychické zdraví porodní asistentky, která je nedílnou součástí péče o ženu trpící poporodní depresí, uvádím obecné poznatky o psychohygieně pomáhající profese.

V praktické části bakalářské práce se zaměřuji na dva konkrétní případy žen, které poporodní depresí v minulosti trpěly. Formou výzkumu byl kvalitativní výzkum, jenž zahrnoval jeden rozhovor s každou z participantek. V rámci výzkumného šetření jsem se zabývala několika kategoriemi: demografické údaje včetně anamnézy, období před těhotenstvím, průběh těhotenství, průběh časného i pozdního šestinedělí a poslední kategorie se zaměřuje přímo na poporodní deprese a potřeby a prožitky s ní spojené. V těchto kategoriích uvádím i části rozhovorů, ve kterých jsou popsány vlastními slovy participantek jejich pocity a jejich postoj k poporodní depresi.

Údaje zjištěné během výzkumného šetření později porovnávám v rámci diskuze s odbornou literaturou. Během psaní bakalářské práce jsem zjistila, že u nás v české republice je téma poporodních depresí stále tabu. Ženy ani jejich partneři nejsou o tomto onemocnění dostatečně informováni, ženy se za své potíže stydí a mají problém se s nimi svěřovat, a to mnohdy i svým blízkým osobám. Z výzkumu vyplývá, že je důležité v péči o ženu v těhotenství, při porodu a v šestinedělí klást důraz na sledování rizikových faktorů a s tím související včasnou detekci příznaků poporodní deprese. Porodní asistentka by měla být ženě oporou, měla by se snažit o její co nejpříjemnější prožitky z průběhu celého těhotenství, porodu i šestinedělí. V šestinedělí je kromě fyzického zdraví důležité neopomíjet také zdraví psychické.



## POUŽITÁ LITERATURA

### Literární zdroje

1. DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.
2. DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
3. GEISEL, Elisabeth. *Slzy po porodu: jak překonat depresivní nálady*. Přeložil Veronika HILSKÁ. Praha: One Woman Press, 2004. ISBN 80-86356-32-9.
4. HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen a MARŠÁL, Karel. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
5. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
6. OLEJÁROVÁ, Zora. *Psychiatrie pro Všeobecné sestry a Porodní asistentky*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, 2017. Monografie. ISBN 978-80-7561-047-8.
7. PRAŠKO, Ján, BULIKOVÁ, Barbora a SIGMUNDOVÁ, Zuzana. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-656-4.
8. PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, 2020. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.
9. RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.
10. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
11. ROHDE, Anke, DORN, Almut, 2007. *Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie: das Lehrbuch*. Schattauer Verlag. Stuttgart. 391 s. ISBN 978-3-7945-2460-0.
12. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 9788024757537.
13. ŠEBELA, Antonín a kol. Etiologie, rizikové faktory a metody prevence poporodní deprese. *Česká gynekologie*. 2018(6). ISSN 1210-7832.
14. ŠEBELA Antonín a kol. Diagnostika a moderní trendy v terapii poporodní deprese. *Česká gynekologie*. 2019(1). ISSN 1210-7832.

15. TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a ŠULOVÁ, Lenka, ed. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

### Internetové zdroje

1. COX, J.L., HOLDEN, J.M., SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1987, 150, 6, ISSN 1472-1465. [cit. 23.11.2021]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3651732>
2. CHORWE-SUNGANI, G., CHIPPS, J. A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings. *BMC Psychiatry*. 17, 112 (2017). Online. [cit.10.3.2022]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1273-7>
3. DESAI, N., METHA R.Y., GANJIWALE, J., Study of prevalence and risk factors of postpartum depression. *National journal of medical research*. 2012. ISSN 2249-4995. Online. [cit. 25.2.2022]. Dostupné z: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.679.1879&rep=rep1&type=pdf>
4. FREIDMAN, S.H, RESNICK, P.J., Postpartum Depression: An Update. *Women's Health*. May. 2009. s.287-295. Online. [cit.10.3.2022]. Dostupné z: 10.2217/WHE.09.3
5. KAŠPÁREK, T., *SSRI v graviditě a laktaci, Psychiatrie pro praxi*. 2012, 14(1), s. 37-38. Online.[cit.24.11.2021]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/01/10.pdf>
6. KENNEDY, R., SUTTENFIELD K., *Postpartum depression. Medscape General Medicine*. 2001, 3(4), s. 1-10. [cit. 16.11.2021]. Dostupné z: <http://www.medscape.com/viewarticle/4086883>.
7. MOCKOVÁ, A., et. al., Deprese a antidepressivní terapie matek z pohledu neonatologa. *Pediatre pro praxi*. 2012. 13(3), s. 188-192. ISSN 1803-5264. Online. [cit. 26.11.2021]. Dostupné z: <https://www.pediatreipropraxi.cz/pdfs/ped/2012/03/11.pdf>
8. NILSSON, L., THORSELL, T., WHAN, E., EKSTROM, A., Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Hindawi Publishing Corporation. Nursing Research and Practice*. 2013. Online. [cit.25.2.2022]. Dostupné z: <https://downloads.hindawi.com/journals/nrp/2013/349124.pdf>

9. RATISLAVOVÁ K., *Psychologie pozdního šestinedělí. Moderní porodnictví*. Vyd. Praha. 2008(16), s.1-4.[cit.24.11.2021]. ISSN 1214-5272. Dostupné z: <http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=6>.
10. WILHELMOVÁ, R., a kolektiv autorů, *Vybrané kapitoly porodní asistence I a II*, Masarykova univerzita, 2021. Online. [cit.24.11.2021]. dostupné z: [https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni\\_asistence/web/docs/vybrane\\_kapitoly\\_porodni\\_asistence.pdf](https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/docs/vybrane_kapitoly_porodni_asistence.pdf)
11. ZUBARAN, C. et al. Screening tools for postpartum depression: validity and cultural dimensions. *African Journal of Psychiatry*. 2010. **13**(5). s.357-365. Online. [cit. 23.11.2021] ISSN 1994-8220. Dostupné z: <https://www.ajol.info/index.php/ajpsy/article/view/63101>

### **Kvalifikační práce**

1. VÍTKOVÁ, Barbora. *Péče porodní asistentky o šestinedělku s poporodní depresí* [online]. Pardubice, 2020 [cit. 2.3.2022]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/2r9bok/>
2. MRÁKOTOVÁ, Jana. *Povědomí veřejnosti o depresích po porodu*. [online]. Brno, 2010 [cit. 2.3.2022]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/5blk07/>.

## **SEZNAM ZKRATEK**

hPL.....	Human placental lactogen
hCG.....	Human chorionic gonadotropin
WHO.....	World Health Organisation
EPDS .....	Edinburgh postnatal depression scale
PDSS .....	Postpartum depression screening scale
SSRI .....	Selective serotonin reuptake inhibitors
SSRNI .....	Selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors
KBT .....	Kognitivně-behaviorální terapie
IPT .....	Interpersonální psychoterapie

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Výzkumná otázka č.1: .....	50
Tabulka 2: Výzkumná otázka č.2: .....	51
Tabulka 3: Výzkumná otázka č.3: .....	54
Tabulka 4: Výzkumná otázka č.4: .....	55
Tabulka 5: Výzkumná otázka č.5: .....	57
Tabulka 6: Hlavní výzkumný cíl: Analyzovat potřeby a prožitky žen s poporodní depresí: .....	59

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č.1 – Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu .....	65
Příloha č.2 – Edinburghská škála poporodní deprese .....	67
Příloha č.3 – Výstup do praxe (informační leták) .....	68

# PŘÍLOHY

## Příloha č.1 – Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

### **Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu**

**Účel:** Jste zván k účasti ve výzkumné studii, která je realizována pro katedru Ošetřovatelství a porodní asistence na Západočeské univerzitě v Plzni.

Cílem této studie je analyzovat prožitky a potřeby žen s poporodní depresí.

Zajímají nás subjektivní pocity spojené s poporodní depresí, průběh celého těhotenství, porodu i šestinedělí.

**Podmínky účasti:** Seznámení se s informovaným souhlasem a stvrzení souhlasu s účastí ve výzkumu podpisem, souhlas pořízením audiozáznamu rozhovoru. Časové rozpětí rozhovorů bude 60 – 120 minut.

Osoba, která realizuje výzkum: Pavlína Červená

Odborné vedení: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

**Možná rizika:** Nejsou známa žádná konkrétní rizika spojená s touto studií, přesto ale některé informace mohou být citlivé. Zejména otázky spojené s psychickými obtížemi v šestinedělí (poporodní deprese) mohou být pro některé účastníky stresující. Kdykoliv tedy můžete odstoupit v průběhu natáčení rozhovoru nebo neodpovědět na položenou otázku, která je pro Vás nepříjemná.

**Možný zisk:** Z účasti na výzkumu neplyne žádný přímý zisk. Výsledky výzkumu budou mít vědecký význam a budou z nich pravděpodobně profitovat i lidé, nacházející se v podobné životní situaci jako účastníci.

**Anonymita:** Data získaná v této studii jsou přísně anonymní. Všechna data jsou vedena ve výsledné publikaci pod jiným jménem. Audiozáznam bude po přepsání vymazán. Přepisy jsou vedeny a archivovány pod číselným kódem.

**Právo vystoupit z účasti na výzkumu:** Účastník má právo ukončit účast na výzkumu v jakékoliv fázi výzkumu do doby než je výzkum ukončen (publikace odborného textu, odevzdání kvalifikační práce).

V případě jakýchkoliv dalších otázek spojených s účastí ve výzkumu je možné získat informace na těchto kontaktech:

E – mail: [pajacervenejch@seznam.cz](mailto:pajacervenejch@seznam.cz)

Tel.: 792 763 911

Děkuji,

Pavlína Červená, výzkumník

V .....

Dne .....

Podpis .....

**Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:**

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném výzkumu a že jsem měla možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostala jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byla jsem poučena o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat.

Jméno a příjmení účastníka: .....

V .....

Dne .....

Podpis .....

Zdroj: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta, Etická komise Pedagogické fakulty. Online. [cit. 10.9.2021]. Dostupné z: <https://www.course-hero.com/file/106066206/OD-10-priloha-3-Informovany-souhlasdoc/>



## Příloha č.2 – Edinburská škála poporodní deprese

### Edinburská škála poporodní deprese (EPDS)

#### INSTRUKCE

Prosím zaškrtněte odpověď, která se nejvíce blíží tomu, **jak jste se cítila V POSLEDNÍCH SEDMI DNECH**.

1. Dokázala jsem se smát a vidět pozitivní stránku věci.  
 Tak jako vždycky.  
 Ne tolik jako dříve.  
 Určitě ne tak jako dříve.  
 Vůbec ne.
2. Očekávala jsem věci s potěšením.  
 Tak jako vždy.  
 Spíše méně, než jsem byla zvyklá.  
 Určitě méně, než jsem byla zvyklá.  
 Skoro vůbec.
3. Když se něco nepodařilo, měla jsem pocity viny.  
 Ano, většinou.  
 Ano, občas.  
 Jen zřídka.  
 Ne, nikdy.
4. Cítila jsem bezdůvodně úzkost nebo znepokojení.  
 Ne, vůbec ne.  
 Skoro nikdy.  
 Ano, někdy.  
 Ano, velmi často.
5. Cítila jsem bezdůvodně strach nebo propadla panice.  
 Ano, poměrně často.  
 Ano, někdy.  
 Ne, moc ne.  
 Ne, vůbec ne.
6. Bylo toho na mě příliš.  
 Ano, většinou jsem to vůbec nezvládala.  
 Ano, někdy jsem nezvládala věci tak jako obvykle.  
 Ne, většinou jsem to zvládala docela dobře.  
 Ne, zvládala jsem to stejně dobře jako vždycky.
7. Byla jsem tak nešťastná, že jsem měla problémy se spaním.  
 Ano, většinou.  
 Ano, někdy.  
 Jen zřídka.  
 Vůbec ne.
8. Cítila jsem se smutná a zoufalá.  
 Ano, většinou.  
 Ano, docela často.  
 Ne moc často.  
 Ne, vůbec ne.
9. Byla jsem tak nešťastná, že jsem plakala.  
 Ano, většinu času.  
 Ano, celkem často.  
 Jen příležitostně.  
 Ne, nikdy.
10. Napadlo mě, že bych si mohla ublížit.  
 Ano, docela často.  
 Někdy.  
 Skoro nikdy.  
 Nikdy.

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.*

Wisner, K. L., Parry, B. L., Piontek, C. M. *Postpartum Depression. N Engl J Med, 2002, 347/ 3:194-199.*

Zdroj: LORENZOVÁ, Eva, KAŠOVÁ, Lucie, RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2016. Specifické diagnostické nástroje vhodné pro porodní asistentky pečující o ženy po porodu v komunitním prostředí. In *ResearchGate*. [online]. [cit. 15.2.2022]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/304025033\\_Specificke\\_diagnosticke\\_nastroje\\_vhodne\\_pro\\_porodni\\_asistentky\\_pecujici\\_o\\_zeny\\_po\\_porodu\\_v\\_komunitnim\\_prostredi](https://www.researchgate.net/publication/304025033_Specificke_diagnosticke_nastroje_vhodne_pro_porodni_asistentky_pecujici_o_zeny_po_porodu_v_komunitnim_prostredi)



Zdroj: vlastní