

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Poporodní deprese

Milana Varnušková

vedoucí práce: MUDr. Jan Poněšický

Praha 2015

Prague college of psychosocial studies

Postpartum depression

Milana Varnušková

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Jan Poněšický

Prague 2015

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a také, že tato bakalářská práce byla zpracována pouze a jen s využitím pramenů a literatury uvedené v seznamu.

.....

Děkuji panu MUDr. Janu Poněšickému za pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji také všem respondentkám za projevenou důvěru a vyčerpávající odpovědi na mé otázky.

OBSAH

Úvod.....	8
1 Těhotenství - vývoj plodu	10
1.1.Spermie.....	10
1.2.Oocyt	10
1.3.Ovulace.....	10
1.4 Oplození	11
1.5 Implantace	11
1.6 Vývoj plodového vejce.....	11
1.7 Plod.....	12
1.8 Zamyšlení	14
2 Historie porodů.....	15
2.1 Přirozený porod	15
2.2 Císařský řez	18
3 Přirozený porod a císařský řez	20
3.1 Přirozený porod	20
3.1.4 Porodní bolesti.....	22
3.1.5 Komplikace porodu	23
3.1.6 Zamyšlení	23
3.2 Císařský řez	24
3.2.1 Anestezie	24
4 Poporodní psychické poruchy	28
4.1 Dělení poporodních poruch	28
4.2 Léčba poporodní deprese	30
5 Smíšený výzkum	36
5.1 Úvod	36
5.2 Metoda.....	36
5.3 Interpretace rozhovorů	37
5.4 Závěr praktické části	43
5.5 Diskuze.....	46
Závěr.....	48
Seznam použité literatury:	50
Seznam příloh	52

Úvod

Každou rodinou, každým manželským párem, či prostě ženou toužící po potomstvu, je těhotenství, porod a vůbec mateřství považováno za tu nejšťastnější událost v životě vůbec. Možná právě proto, že většina takto smýšlejících si ani zdaleka nepřipouští všechny možné a známé komplikace s těhotenstvím spojené. Většina poprvé těhotných žen má takřka idylickou představu, že ten překrásný závěr – čili zrození nového života – je předcházen, provázen a následován maximálně „drobnými nepříjemnostmi“. Takovými nepříjemnostmi chápeme třeba omezení bujarých večírků plných alkoholu a kouření, kila navíc a s tím související obměna šatníku, notoricky známé ranní nevolnosti a výkyvy nálad, pár hodin utrpení na porodním sále, následný šestitýdenní sexuální půst, zvýšené finanční výdaje a nepříjemné zásahy tchýní do výchovy. Skutečnost je však jiná a možná právě rozchod této skutečnosti s původními idylickými představami je jednou z hlavních příčin úzkostných a depresivních stavů. A nemůžeme se divit, vždyť celá ta krásná životní etapa (plánování těhotenství, těhotenství, porod a mateřství), bývá u většiny matek doprovázeno od samého začátku obavami, otázkami a mučivými nejistotami. Na začátku je strach, zda bude vůbec možné otěhotnět. Podaří – li se to konečně, přichází obavy, aby nedošlo k potratu. Dočkají – li se životaschopnosti plodu, bojí se jeho předčasného narození se zdravotními následky. Donosí – li konečně plod do termínu porodu, mají strach z porodních bolestí či komplikací, a že nezvládnou přivést na svět miminko svými vlastními silami. Dočkají – li se konečně narození miminka po usilovném snažení, šíří je obava, je-li miminko zdravé a neprojeví – li se v následujících letech života skryté vrozené vady.

Já sama jsem nyní u konce prvního trimestru, tedy první tři výše zmíněné obavy mám za sebou, a mohu potvrdit, že jednoduché to nebylo a jednoduché ani není zbývající obavy si nepřipouštět. A přesto jsem stále ve fázi „drobných komplikací“. Snad jen neustálá konfrontace s možnými riziky a skutečnými vážnými komplikacemi předkládanými mým partnerem, který pracuje jako gynekolog, mě donutila pohlédnout na celou otázku těhotenství a mateřství hlouběji. Právě proto jsem si vybrala toto téma.

Svou bakalářskou práci jsem rozčlenila na část teoretickou a část praktickou. V první, teoretické části seznamuji s komplexností a nesmírnou složitostí těhotenství a mateřství od početí po porod zdravého plodu. Zmiňuji historický vývoj porodnictví, neboť co dnes

chápeme jako samozřejmost, bylo dříve neznámé, nemyslitelné nebo alespoň neproveditelné. Poukazuji na rozdílnost psychologických aspektů porodu přirozeného vs. porodu sekci. Dále se zaměřuji již na samotné poporodní depresivní stavy a následnou léčbu.

Formou strukturovaných rozhovorů s již rodičími ženami získávám cenné názory, myšlenky a zkušenosti, na základě kterých píši praktickou část této práce. Snažím se nalézt odpověď na otázku, které situace a stavy vyvolávají či podporují u maminky poporodní deprese a úzkosti, jakými způsoby maminky poporodní deprese vyléčily a jaká jim byla poskytnuta opora. Dále se budu zajímat o to, jak maminky prožívaly svá těhotenství, zda jim byla poskytnuta opora v podobě partnerů a rodiny ještě před narozením miminka, a také se zaměřím na samotný porod a následnou dobu v porodnici.

1 Těhotenství - vývoj plodu

Samotný vývoj plodu od početí až do porodu může být vnímán takřka jako zázrak. A zázraky se přeci dějí bezchybně a ku prospěchu naší radosti, tak proč těhotenství a porod může přinést tolik patologických stavů pro matku i plod? Tolik patologických stavů, které mohou negativně ovlivnit mateřskou psychiku? Jenže tenhle zázrak je „pouhou“ souhrou či součinností biologických, byť složitých pochodů, které rozhodně neomylné nejsou. Níže uvedené odstavce o vývoji plodu nám pomohou tyto pochody osvětlit.

1.1. Spermie

Mušské pohlavní buňky – spermie - vznikají v točitých kanálcích varlete. Spermie se vyvíjí asi deset dní. Z pohlavní buňky (nediferencované) - spermiogonie - vznikají mitózou primární spermatocyty. Prvním dělením vzniknou dva sekundární spermatocyty obsahující jednu sadu chromozomů, a to buď $22 + X$ nebo $22 + Y$. Tyto buňky procházejí druhým dělením za vzniku spermatidy. Z jedné spermiogonie tedy vzniknou 4 spermie o velikosti 50 - 60 μm s 23 chromozomy. Sekret prostaty a seminálních váčků spolu se spermii se nazývá sperma, po opuštění pohlavních vývodních cest muže pak ejakulát. 300 – 500 mil. spermií se nachází v jednom mužském ejakulátu. Spermioogeneze probíhá u zdravého muže od puberty až do pozdního stáří. (HANÁKOVÁ, 2010; ROZTOČIL, 2008)

1.2. Oocyt

Ženské pohlavní buňky se nazývají oocyty, obsahují též jednu sadu chromozomů, pokaždé $22 + X$, a vznikají ve folikulárním aparátu ovaria (vaječníku) ze základu tvořeného určitým množstvím primordiálních folikulů s oocyty. Ve 20. týdnu embryonálního vývoje je dosaženo maximálního množství těchto primordiálních folikulů (je to okolo sedmi milionů), v období po porodu jich je přítomno 1-2 miliony a v období puberty se ve vaječnicích nalézá asi 300-400 tisíc primordiálních folikulů. K ovulaci jich dospěje jen asi 400 (ROZTOČIL, 2008).

1.3. Ovulace

První známkou ovulace je ztenčování stěny folikulu přivrácené k povrchu ovaria. Na mechanismus ovulace neexistuje jednotný názor. Je možné, že důležitými faktory ovulace jsou zvýšená distenzibilita (roztažitelnost) a lokální enzymová destrukce (poškození) stěny

folikulu. Výsledkem je vylití obsahu folikulu i se zralým oocytem, který může být dále transportován vejcovody vstříc oplození. V místě prasklého folikulu vzniká dočasná endokrinní žláza, která se nazývá žluté tělísko. Jeho funkce je produkce progesteronu, hormonu, který dokáže řídit ovariální cyklus (HOUROVÁ, KRÁLÍČKOVÁ, UHER, 2010).

1.4 Oplození

Po ejakulaci dochází k nashromáždění spermií v zadní klenbě poševní. Jejich putování do hrdla děložního je zajištěno jednak jejich vlastním aktivním pohybem cca 2-3mm/min., tak mohou přispět i peristaltické stahy vaginy při orgasmu (ROZTOČIL 2008). Pár minut po ejakulaci se spermie dostávají do vejcovodů. Pouze 200-500 spermií se dožívá kontaktu s ženskou pohlavní buňkou, kterou jsou schopny oplodnit po dobu až 72 hodin, než zahynou. Oocyt je schopen oplození maximálně 24 hodin po opuštění folikulu. Pouze jedna spermie je nutná k oplození. Po splynutí pohlavních buněk ve vejcovodu vzniká oplozený oocyt, zvaný zygota, který má již 2 sady chromozomů – sadu mateřskou a otcovskou. Zygota nyní putuje vejcovody do dělohy, již při tomto přemísťování dochází k množení buněk (HOUROVÁ, KRÁLÍČKOVÁ, UHER, 2010).

1.5 Implantace

Šestý den po oplodnění nalehne blastocysta (tak se nyní shluk buněk nazývá) na stěnu děložní v horní třetině zadní nebo přední stěny děložní a začne se nořit do sliznice dělohy. Tato implantace trvá asi 40 hodin. Ihned po zanoření blastocysty se implantační otvor ve sliznici dělohy vyplní buněčnou drtí a za deset dní se zcela uzavře implantačním koagulem, které přeroste deciduální sliznice (ROZTOČIL 2008).

1.6 Vývoj plodového vejce

Plodové vejce se skládá z placenty, plodových obalů, plodové vody, pupečníku a plodu. Kontakt mezi organismem nastávající maminky a miminka je zajištěn placentou, která je schopna plod zásobovat živinami a kyslíkem a odvádět zplodiny metabolismu plodu. Jedná se o dočasnou endokrinní žlázu ((HOUROVÁ, KRÁLÍČKOVÁ, UHER, 2010).

1.7 Plod

Po uhníždění vajíčka v děloze jsou na řadě dvě vývojové fáze „zárodku“. V průběhu embryonálního vývoje, trvajícího do 12. týdne těhotenství, prochází embryo stadii organogeneze – vznik základů pro jednotlivé orgánové soustavy. Období fetálního růstu nastává od 12. týdne, embryo se mění na plod (ROZTOČIL, 2008).

1.7.1 Embryonální vývoj

Jak již bylo výše naznačeno, v tomto období dochází k vývoji orgánů – organogenesis. Druhý týden těhotenství je nazýván preembryonálním. Zde dochází k buněčné diferenciaci a tvorbě membrán. V tomto období je vytvořen tzv. žloutkový váček, z něhož plod čerpá živiny do doby, než tuto úlohu převezme formující se placenta. Rychlý růst hlavy je dominantním znakem 5. týdne těhotenství. Vytvářejí se zárodky končetin a jejich diferenciaci pokračuje v průběhu 6. týdne. K rozsáhlému rozvoji v oblasti obličeje dochází mezi 6. až 8. týdnem těhotenství. Oči se přemisťují z laterálního ležení směrem dopředu a k sobě. V osmém týdnu jsou vyvinuta víčka, která se přikládají k sobě. Dutina ústní je vytvořena s ukončeným vývojem jazyka a patra. Hlava je více narovnána a krk lépe vyvinut (GREGORA, VELEMSKÝ, 2011; ROZTOČIL, 2008).

1.7.2 Období 9. – 12. týdne těhotenství

Na začátku 9. týdne tvoří hlava asi polovinu délky embrya. Během následujících třech týdnů tělo zdvojnásobí svou délku. Zevní pohlavní orgány jsou plně rozlišeny koncem 12. týdne. Délka embrya je 50 – 80 mm a váha se pohybuje do 14g (GREGORA, VELEMSKÝ, 2011).

1.7.3 Období 13. – 16. týden těhotenství

Okolo 13. týdne těhotenství začíná být viditelný zárodečný stvol – budoucí pupečník. Pokračuje rychlý růst plodu. Kůže je tenká s patrnými cévami. Nadále se oči sunou ke středu obličeje. Vyvíjí se kosti a svaly. Dolní končetiny jsou delší než horní. Střevní trakt produkuje smolku. Plod polyká plodovou vodu (ROZTOČIL, 2008).

1.7.4 Období 17. – 20. týden těhotenství

Nastávající maminka může pomalu cítit pohyby svého plodu. Srdeční akce plodu je slyšitelná stetoskopem. Nehty jsou znatelné na prstech nohou i rukou. Vlasy, obočí a řasy začínají růst. Lanugo (primární ochlupení plodu) napomáhá udržení mázku na pokožce. Pokračuje vývoj plic. Výměna plynů v plicích prozatím není možná (GREGORA, VELEMSKÝ, 2011).

1.7.5 Období 21. – 24. týden těhotenství

Plod nyní začíná znatelně přibírat na váze. Ale prozatím je kůže vrásčitá z nedostatečnosti podkožního tuku. Řasy a obočí jsou jasně zřetelné. Délka plodu je 200 – 230 mm a jeho hmotnost je 300 – 780 g (ROZTOČIL, 2008).

1.7.6 Období 25. – 28. týden těhotenství

Obličej a tělo odpovídají vzhledu, jaký budou mít v době porodu. Rychle se vyvíjí mozek a nervový systém vyvolává rytmické dýchací pohyby. Ve 28. týdnu těhotenství je délka plodu asi 260 – 290 mm a jeho hmotnost 1000 – 1100 g (ROZTOČIL, 2008).

1.7.7 Období 29. – 32. týden těhotenství

Plod nadále přibírá na hmotnosti, vyvíjí se svalová a tuková tkáň. Kostí jsou plně rozvinuty, ale ne zcela osifikovány. Kůže je méně vrásčitá a plod dostává novorozenecký vzhled. Délka plodu je 350 mm a hmotnost 2100 g (GREGORA, VELEMSKÝ, 2011).

1.7.8 Období 33. – 36. týden těhotenství

Plod pokračuje v růstu, i když v tomto období je nárůst pomalejší. Lanugo začíná mizet. Délka je v průměru 400 mm a hmotnost asi 2500 g. Plod je schopen extrauterinního života (ROZTOČIL, 2008)

1.7.9 Období 37. – 40. týden těhotenství

Ve 38. týdnu je plod zralý, kůže je narůžovělá, bez vrásek. Nehty na nohou přerůstají prsty. Většina lanuga zmizela. U plodů mužského pohlaví sestoupila varlata do šourku. U plodů

ženského pohlaví zůstávají až do porodu ovaria zadržena vysoko v dutině břišní. Vzhledem ke tvaru dělohy zaujímá plod většinou polohu hlavou dolů. Je stabilizován cyklus bdění a spánku, který bude po narození pokračovat. Délka plodu je v tomto období 45 – 51 cm a hmotnost 2600 – 3800 g. (ROZOČIL, 2008)

1.8 Zamyšlení

Ze zmíněného je zřejmé, kolik nezbytných dílčích kroků je zapotřebí od početí k porodu a je velice snadné představit si, v kolika z těchto kroků může dojít k chybě. Některé z chyb mohou být do značné míry způsobeny počínáním matky v těhotenství. A právě to neustálé duševní dilema, jak se vyvarovat příčinám těchto chyb, je pro psychiku matky značně devastující.

2 Historie porodů

2.1 Přirozený porod

Mohlo by se zdát, že z hlediska poporodních depresí a patologických psychických stavů s těhotenstvím spojených není historie porodu významná. Ale jak bylo v úvodu mé práce predikováno, na psychický stav rodičky má jistý vliv celá řada obav, strachů, nezodpovězených otázek a nejistot. A z čeho pramení tyto nejistoty a obavy? Z nabytých vědomostí. Zatímco v minulosti bylo známo, že k porodu se dopracujete devět měsíců po pohlavním styku a smrt novorozence či matky byla pouhou, byť nešťastnou náhodou, dnes víme, k čemu všemu za oněch devět měsíců dochází v těle matky a ve vývoji plodu a víme, co vše se děje během porodu. Je nám tedy známo, co může smrt plodu či matky způsobit.

2.1.1 Pravěk

Délka života mužů byla delší než délka života žen. Což nejspíše souviselo s reprodukční činností. Známé jsou dvojhroby matek s novorozenci, patologické formy pánve, hroby dětí i smrt matky za porodu. Kulty mateřství a plodnosti dokládají i tehdy existující obavy z komplikací. Byly spojené s magickými a náboženskými úkony přes celý starověk až do současnosti. Mimo svépomoci lze pozorovat účast příbuzných, zkušených žen, manžela a dalších. Lidé přežívali, ale za velmi vysokou cenu ztrát na ženách a novorozencích. V současné době by tyto ztráty byly neúnosné (ROZTOČIL, 2008).

2.1.2 Starověk

Z Babylonské říše se dochovaly řady záznamů. Jejich vznik není zcela známý, ale můžeme se domnívat, že šlo o tradiční předávání informací a znalostí. Jednalo se o znalosti o porodech, těhotenství, šestinedělí, kojení i smrti novorozenců či matek (DOLEŽAL, 2002).

2.1.3 Egypt

Informace se zaznamenávají na papyry. Edwin Smith (1700 př. n. l.), Carlborg Ebers (1600 př. n. l.) pojednávají o těhotenství, nemocích v graviditě, urychlování porodu, o výskytu mnohočetných těhotenství, o porodech mladých matek, o měření velikosti novorozenců, o neplodnosti a antikoncepci. Porod je popsán v poloze v kleče nebo při sezení na hliněných

cihlách. Při porodu byly přítomny pomocnice, soustřeďující se na „magické úkony“ k ochranným božstvům, k tomu používaly různé formule či amulety (DOLEŽAL, 2002; ROZTOČIL, 2008).

2.1.4 Stará Indie

Na staroindickou medicínu zapůsobili lékaři Sršut (6. století př. n. l.) a Čakara (1. st. př. n. l.), kteří bohatě dokumentují průběh normálního těhotenství a porodu, popsána je eklampsie, smrt plodu a pupečnickové komplikace. Jako lék se velmi často používal „hadí kořen“ (čadra), který se podával na vysoký tlak, horečku nebo úplavici (DOLEŽAL, 2002).

2.1.5 Řecko a Řím

Antické lékařství má pro Evropu velký význam. Porodní praxi vykonávaly tzv. báby pupkořezné. Nejlépe jsou dochované spisy, které sepsal Hippokrates (460-370 př. n. l.), např. Aforismoi – Aforismy, Peri gynakeies fysios – O povaze ženy, Peri aforon – O neplodnosti, Peri hyperkyesios – O superfetaci. Jako příčinu potratu uvádí malou dělohu, její obsah bez plodu, rozšířené děložní hrdlo, díky kterému plod vypadne ven z dělohy. Příčina porodu byla popsána jako hladovění plodu. Popisuje řadu nástrojů (machairon – nůž, piestron – kleště na hlavu, élkystés – hák) na zmenšovací operace – embryotomie (DOLEŽAL, 2002).

2.1.6 Středověk a raný novověk

Starověk se datuje od rozpadu Římské říše. Společenské a politické změny přinášejí nový náhled na těhotenství, porod a na ženu jako takovou. Evropa je poznamenána hladomorem a epidemiemi. Sílicí křesťanství se promítá do medicíny. V Salernu kolem r. 1059 pracovala lékařka Trotula, která sepsala spis O ženském utrpení před, při a po porodu (DOLEŽAL, 2002).

2.1.7 Čechy 16. století

V Čechách v roce 1519 vydává v Mladé Boleslavi Kulha – Nikolaus Claudian upravený překlad spisu Reslina Euchariuse. V roce 1558 vychází v Olomouci „*Knihy lékařství mnohých o stavu manželském.*“ (ROZTOČIL, 2008).

2.1.8 Francie 17. století

Ve Francii od 17. století začínají směřovat porodny do **nemocnic**. Porodny v nemocnici jsou vedeny zkušenými babami, navíc tuto oblast medicíny - porodny, obvykle mužům a badatelům zavřenou, můžou sledovat a studovat vzdělaní chirurgové v nemocnici pracující, a to nejen při zakončování porodu operativně. Mezi nejslavnější „porodníky“ patří Francois Mauriceraus (1637 – 1709) (ROZTOČIL, 2008).

2.1.9 Porodnictví 18. století

Friedrich Benjamin Oslander (1759 – 1822) sepsal Grundriss des Entbindungskunst, Základy porodnického umění, v roce 1802. V této době se dále studuje dolní děložní segment, polohy plodu včetně nepravidelných, a samozřejmě mechanismus porodu. Porodní asistentka Marie Louise Lachapelle (1769 – 1821), sepsala zkušenosti ze 40000 porodů pod názvem Porodnická praxe (ROZTOČIL, 2008; DOLEŽAL 2002).

2.1.10 Čechy 18. – 19. století

Na zlomu 18. – 19. století nastává ve vývoji porodnictví změna. Do porodnice a nalezince „Na Větrově“ u Apolináře nastupuje Antonín Jungmann (1775 – 1854) a porodny se centralizují právě do tohoto ústavu. Též zde probíhá výuka bab a studentů. Jungmann viděl na padesát tisíc porod a zakládá „Pražskou školu“ s vynikajícími pracovníky, jako byli Wilhelm Lange, Franz Karl Kiwisch, Bernard Seyfert a další (ROZTOČIL, 2008).

2.1.11 Objevy 19. – 20. století

V cytologii bylo objeveno jádro, jadérko, chloroplasty, mitochondrie, Golgiho aparát a membrány. Také byl odhalen proces buněčného dělení. Až v sedmdesátých letech začala být menstruace chápána jako vyloučení neoplozeného vajíčka. Do té doby byla chápána jako ovulační období (DOLEŽAL, 2002).

2.1.12 Genetická evoluce

V roce 1953 byl představen model dvojšroubovice DNA. Poté následovaly další objevy. Dne 25. 7. 1978 se rodí první dítě z asistované reprodukce, která se rozvinula v široce aplikovanou praktickou metodu. Provedené pokusy na obojživelnících a savcích ukazují, že lze docílit

potomstva i klonováním. Existuje možnost, že asistovaná reprodukce se protne s úsilím „mikropediatrickým“, kde přežívají plody stále menších hmotností. Zní to trochu jako sci-fi, ale není vylučitelné, že by v budoucnu nebyla možná umělá reprodukce (ROZTOČIL, 2008).

2.2 Císařský řez

Císařský řez patří k nejstarším operacím na světě. Tato operace se znala již ve starověku. Řez v primitivní podobě znaly domorodé africké národy. Dle mytologie, Asklepios, syn boha Slunce Apollona, byl vyříznut z lůna jeho matky, nymfy Coronis. Stejně se narodil Budha, či perský hrdina Rustan.

Dlouho se soudilo, že takovým způsobem se narodil i Julius Caesar. Nakonec se ukázalo, že s Caesarem nemá název nic společného, neboť Gaius Julius Caesar (100 – 44 př. n. l.) se narodil spontánně (ZWINGER, 2004).

První císařský řez na živé matce s dobrým koncem provedl na své ženě Jakub Nufer v roce 1500 ve švýcarském Siegerhausen – kanton Thurgau, za přítomnosti porodních bab a svých kolegů. (CALDA, 2008)

2.2.1 16. – 17. století

Lékař Francois Rousset vydal roku 1581 monografii Nová rozprava o hysterotomii aneb rození císařem. O císařském řezu píše roku 1603 i lékař Rodrigo de Castro (1550 – 1630) v knize O všeobecném ženském lékařství. Císařský řez na živé v Německu se prokazatelně uskutečnil 21. dubna 1610 ve Wittenbergu. (CALDA, 2008)

2.2.2 18. století

Prvý císařský řez v Čechách provedl chirurg Josef Strub v roce 1786, dítě bylo mrtvé, žena zemřela následujícího dne. Jean Francois Sacombe (kol. 1750 – 1822) roku 1789 založil školu proti císařskému řezu, kde za provádění císařských řezů apadal tehdejší průkopníky této metody, lékaře Jean Louis Baudelocquea, Antoine Dubois a Pierre Victor Coutoulyho. Vyřešit porodnické problémy pomocí císařského řezu se přitom zdálo být vhodným způsobem. Nicméně podmínky nebyly přející – rozšiřování bránila poporodní infekce s častým následkem smrti. Díky porodnickým operacím dochází též k rozvoji vědění v oblasti

anestezie a celkové narkózy - $\text{H}_3\text{C-O-CH}_3$ dimethyl ether, později chloroform CHCl_3 (trichlormethan). (CALDA 2008)

2.2.3 19. století

Eduardo Porro (1842 – 1902) provedl 1876 císařský řez u trpaslice. Následně odstranil dělohu, aby zabránil infekci, na děložní hrdlo nandal měděné oko, tím bylo zabráněno krvácení. Max Sanger v roce 1882 zakomponoval opět do operace císařského řezu šití. Šil stříbrnými vlákny, omezil se výskyt krvácení s následkem smrti. Postupně se děloha začíná šít ve dvou vrstvách. (ZWINGER, 2004)

2.2.4 20. století

Roku 1915 již píše o císařském řezu bez mála 700 autorů. Při císařských řezech se často setkává porodník s životu nebezpečným krvácením a embolizací. Transfúze se prováděly bez znalostí krevních skupin, což vedlo k dalším ztrátám. (ZWINGER, 2004)

Problematika císařského řezu je stále živá i přes historické stáří. Střety vyvolávají indikace, na nové úrovni ožívají dávné spory mezi aktivním přístupem a konzervativním přístupem k porodnímu procesu. Operační technika se různým způsobem obměňovala, je potřebné dlouhodobě sledovat zpětné vazby. (CALDA, 2008)

3 Přirozený porod a císařský řez

3.1 Přirozený porod

Dle Fredericka Leboyera „*Když si žena projde těhotenstvím a porodem je vždy jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem víc rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupit se v pramenu života*“ (Leboyer 2008 in Rastislavová, 2008, s. 58)

3.1.1 Parita ženy

Počet a průběh předchozích porodů hraje důležitou úlohu při stanovení prognózy porodu. Paritou se rozumí, kolikátý porod v pořadí je ten nynější. Graviditou se rozumí, kolikrát již byla žena v jiném stavu. Dalším důležitým faktorem ve stanovení prognózy porodu je též věk matky. Statistiky uvádějí, že ideální věk pro porod dítěte je dvaadvacet let. A statisticky ideální doba pro ukončení reprodukce je považován třicátý rok života ženy.

3.1.2. Spouštěcí mechanismy porodu

Příčiny, které vyvolávají porodní činnost a následné děložní kontrakce ještě stále nebyly zcela objasněny. U savců se spouštěcí mechanismy liší. Jisté je, že faktor, který vyvolává porod, není jen jeden. U ženy spouštění porodní činnosti trvá i týdny před započítáním děložní činnosti (ROZTOČIL, 2008)

Následující faktory vyvolávající děložní činnost:

- Progesteron – pokles jeho produkce vede k nárůstu hladin estrogenů, hormonů, které zvyšují aktivitu myometria (svalovina děložní stěny) a tím nástup děložní činnosti.
- Oxytocin – určuje trvání a sílu děložní kontrakce. Je zajímavé, že před nástupem porodu nejsou hladiny oxytocinu zvýšené, k prudkému nárůstu dochází při samotném porodu.
- Estrogeny – během začátku porodu se jeho hodnoty zvyšují, zvětšuje se aktivita děložní svaloviny.
- Prostaglandiny – než dojde k porodní činnosti, dochází k výraznému nárůstu prostaglandinů, které pravděpodobně hrají důležitou roli v aktivaci děložní činnosti.

3.1.3 Průběh porodu

Porod můžeme rozdělit na období přípravné, které následují tři doby porodní a dobu poporodní.

3.1.3.1 Období přípravné

Asi měsíc před porodem dochází ke zvýšené dráždivosti děložní svaloviny, způsobené množением receptorů pro oxytocin. Předzvěstné stahy, neboli poslíčky se objevují většinou v průběhu týdne před nástupem porodní činnosti – jedná se o bolesti v kříži a podbřišku, které mohou být velmi bolestivé a žena může předpokládat, že rodí. Jedná se o stahy nezvyšující se intenzity, čili nedochází k otevírání dolního děložního segmentu. (ROZTOČIL, 2008)

3.1.3.2 První doba porodní

V tomto období dochází k pravidelným děložním kontrakcím. Hrdlo se otevírá, až zcela vymizí. Tento proces trvá u každé rodičky jinak dlouhou dobu, záleží také na tom, zda je žena prvoroďčka nebo už má jeden či více porodů za sebou. První doba porodní je nejnáročnější a nejdelší část porodu, končí rozvinutím děložního hrdla, tzv. zánikem branky. Při první době porodní je nesmírně důležité snažit se být při porodu klidná, nerušit své tělo a ani nikomu jinému to nedovolit. Rodící nastávající matka je nucena neskutečným způsobem překonat samu sebe. Velmi významný je správný odhad případu a opora lékaře a neméně důležitá je nevtíravá přítomnost partnera. Aby byla jejich přítomnost pro dobro celé situace, je třeba pomáhat rodičce jak fyzicky, tak mnohem více psychicky. (LÁBUSOVÁ, MRZÍLKOVÁ – SUSOVÁ, 2004, ROZTOČIL, 2008).

3.1.3.3 Druhá doba porodní

Započíná zánikem branky a končí porodem plodu, miminka. Rodička se na této fázi velmi aktivně podílí tím, že koordinuje své dýchání s děložními kontrakcemi. Během druhé porodní doby trvají kontrakce zhruba 60 – 90 vteřin a intervaly mezi nimi 2 – 3 min. Během této doby prochází plod přes dolní segment děložní, zašlou branku, pochvu a pánevní dno. II. doba porodní by neměla přesáhnout jednu hodinu. Jestliže je u porodu přítomna porodní asistentka, snaží se ženu psychicky podporovat. Je důležité pozorovat stav budoucí maminky, jakož i ozvy plodu, zkrátka celkový průběh porodu. Komunikace s rodičkou se během tlačení většinou mění na příkazy a domlouvání. Lékař nebo porodní asistentka musí mluvit nahlas, zřetelně a jasně. Je vhodné informovat ženu o postupu porodu (ČECH, 1999, ROZTOČIL, 2008).

3.1.3.4 Třetí doba porodní

Porod placenty, pupečníku a plodových obalů se nazývá třetí dobou porodní. Tato doba se dělí na tři fáze:

- Fáze odlučování – děloha se po porodu plodu zmenší, po pár minutách od porodu se znovu objeví děložní kontrakce, které jsou o poznání slabší než ve II. době porodní. Placenta je postupně odlučována od děložní stěny – což vede ke krvácení. K odloučení placenty většinou stačí jen pár kontrakcí.
- Fáze vypuzovací – žena jen svou pomocí či s pomocí porodníka placentu porodí.
- Fáze homeostatická – dochází k zástavě krvácení, na které se podílí hemokoagulační aktivita s následnou trombózou cév (ROZTOČIL, 2008).

Po porodu placenty je nezbytné zkontrolovat celistvost placenty a následná poporodní poranění. Stále je velmi důležité s rodičkou komunikovat a informovat ji o krocích, které právě provádíme (ČECH, 1999).

3.1.3.5 Doba poporodní

Tato doba bývá často nazývána čtvrtou dobou porodní. Jde o interval tří hodin po porodu placenty, kdy je žena nejvíce ohrožena poporodním krvácením. Rodička nadále zůstává na porodním sále, kdyby nastaly poporodní komplikace. Žena je zde kontrolována a po uplynutí této doby následně převezena na pokoj šestinedělí. Jestliže je žena v dobrém zdravotním stavu, je dobré si s ní o celém průběhu porodu popovídat a případně odpovědět na její otázky (ČECH, 1999).

3.1.4 Porodní bolesti

Jedná se o specifickou bolest, na kterou se může žena během několika měsíců nachystat. Trvá hodiny (nikoliv týdny či měsíce), je tedy časově omezená. Přichází v pravidelných intervalech, mezi nimiž ustává, a končí porodem. Během porodu se do oběhu rodičky vylučuje adrenalin, který nastávající mamince dodává sílu, a endorfiny, jež tlumí porodní bolesti (RASTISLAVOVÁ, 2008).

„Porod dítěte může být u matky komplikován poporodní mentální poruchou, která je buď prvotně vzniklou, nebo aktivizovanou dřívější mentální poruchou, rozmanitou obsahem i intenzitou. Porod je přitom nepochybně nadlimitní stresovou zátěží, která je navíc

doprovázena změnou neuroendokrinních regulačních mechanismů.“ (Burian, 1996 in Roztočil, 1996, s. 131).

3.1.5 Komplikace porodu

Je zřejmé, že na plynulosti a správném výsledku porodu se podílí součinnost celé řady faktorů, ať již v jakékoliv době porodní. Opět je snadné si představit, že ne vše zákonitě funguje tak, jak by mělo, ne vždy se musí dospět k onomu tíženému výsledku tak snadno, pokud vůbec. Již během první doby porodní nemusí docházet k úplnému otvírání porodních cest, na vině může být nedostatečná nebo nesprávně fungující děložní činnost, kdy nedochází k adekvátnímu rozšiřování dolního segmentu a progresi porodnického nálezu k zániku branky – tzv. cervikokorporální dystokie. Hovoříme o nepostupujícím porodu. V druhé době porodní může být obtížné, v některých případech až nemožné vypudit plod z dělohy. Příčinou může být příliš velká hlavička v porovnání s pánevními rozměry – kefalopelvický nepoměr, nebo překážka v porodních cestách, např. děložní myom v dolním segmentu, deformace pánve a další. Samozřejmostí je nutnost vydatných kontrakcí a správného využívání břišního lisu rodičky. Zmíněné obě doby mohou být navíc komplikovány stavy jako je ruptura dělohy a všudypřítomná hrozící hypoxie plodu, detekovatelná na kardiokografickém záznamu, žádající si okamžité ukončení dosud přirozeně probíhajícího porodu akutním císařským řezem – viz. dále. Ani odloučení a vypuzení placenty ve třetí době porodní není samozřejmostí. Jsou známé stavy patologického vrůstání placenty, kdy ani správně fungující mechanismy nedokáží lůžko odloučit. Odloučí – li se konečně, může být uskřínuto spastickým dolním děložním segmentem a nedojde k vypuzení. A přítomnost neodloučeného či nevypuzeného lůžka v děloze může bránit retrakci dělohy a správnému fungování hemostatických pochodů, s následkem život ohrožujícího krvácení ve třetí době. Obdobný důraz na hemostázu, chápeme zástavu krvácení z otevřených děložních cest po odloučení placenty, je kladen i ve čtvrté době porodní. Nezřídka dochází k nedokonalému retrahování dělohy, tzv. hypotonii až atonii dělohy, charakterizované masivním krvácením.

3.1.6 Zamyšlení

Dle tohoto stručného výčtu možných komplikací není ani tak těžké představit si, jaké množství stresových situací může rodičku na porodním sále potkat. Ony stresy jsou vesměs

vždy iniciovány obavami o život a zdraví plodu, méně pak o život a zdraví své. To pak ten idylický a nejkrásnější okamžik v životě, jakým je „údajně“ porod dítěte, se mění na hororovou skutečnost s velmi vážným dopadem na psychiku matky, která bývá ovlivněna i dlouho po porodu.

3.2 Císařský řez

3.2.1 Anestezie

Jedná se o umělé uspání, v našem případě rodičky, nebo znecitlivění určité části těla.

3.2.1.1 Celková anestezie

V posledních letech je plánovaná celková anestezie relativně ojedinělá. Okolo 70 % sekcí se provádí v regionální anestezii. Celková anestezie se obvykle využívá u akutních případů. Novorozencův stav ukazuje po anestezii celkově větší depresi v porovnání s anestezii regionální. Pro příklad, v Apgar-skore novorozenci vykazují dechovou nedostatečnost v první minutě po porodu, ovšem po pěti minutách již není v závislosti na použité anestezii v Apgar – skore rozdíl. K indikacím k celkové anestezii patří neúspěšná regionální anestezie, přání matky, či naléhavost zákroku (DOLEŽAL, 2007; PAŘÍZEK, 2002)

3.2.1.2 Regionální anestezie

Tento druh anestezie je mnohokrát bezpečnější než anestezie celková. Partner nebo doprovod nastávající maminky smí být přítomen, podává se méně léků, kontakt matky s dítětem je časný a nespornou předností v prevenci trombembolie je lepší mobilizace matky po operaci.

Regionální anestezie má tři druhy:

- Spinální anestezie - do subarachnoidálního prostoru je aplikováno lokální anestetikum, které na nervové kořeny působí okamžitě, není třeba dlouho čekat.
- Epidurální anestezie – do epidurálního prostoru je vpraveno anestetikum, účinek je patrný asi po dvaceti minutách, tedy účinkuje pomaleji než spinální anestezie.
- Kombinovaná anestezie – jak již název vypovídá, je možno kombinovat výše zmíněné, podává se rychle účinná anestezie a zároveň je možné využít epidurální katétr ke kontinuální aplikaci anestetika tlumící bolest v pooperačním období.

Ať již padne volba na kteroukoliv z výše zmíněných variant, je potřeba vyšetřit laboratorně i fyzikálně pacientku. K regionální anestezii vedou po většinou tyto důvody: preeklampsie, choroby dýchacích cest či choroby plic, tam, kde by bylo obtížné zajistit dýchací cesty... Regionální anestezie je dále vhodná pro ženy závislé na psychotropních látkách, ženy nakažené HIV. Časová náročnost výkonu je největší kontraindikací oproti celkové anestezii. Naopak výhodou je nižší toxická zátěž pro organismus. (DOLEŽAL, 2007; PAŘÍZEK, 2002)

3.2.2 Epidemiologie císařského řezu

Moderním porodnictvím je velmi často diskutovaná otázka císařského řezu, jehož počty se rok od roku zvyšují. Podíl císařských řezů na celkovém počtu porodů je závislý na řadě faktorů, z nichž naprostá majoritní část směřuje k zajištění nejlepšího výsledku těhotenství, tedy k porodu zdravého plodu s minimalizací negativního vlivu na zdraví ženy. Dle Velebila *„Je však také nepochybné, že se na rozhodnutí zda, kdy a z jaké důvodů bude těhotenství či porod ukončen touto operací, podílejí i vlivy jiné, vyplývající z interakce poskytovatel – klient, z dostupné úrovně psychologie, etiky, právních souvislostí, motivací, zkušeností a technických možností na konkrétním místě“* (Velebil in Calda 2008, str. 12). Se zvyšujícím se počtem žen, jejichž předcházející graviditu ukončil císařský řez, se zvyšuje též podíl indikací k opakovanému císařskému řezu. Příčinou jsou obavy z ruptury jizvy na dolním děložním segmentu či vyšší výskyt nepravidelné placentace v místě předešlé jizvy. Jedním z dalších faktorů, které mají vliv na zvyšující se frekvenci císařských řezů, je zvyšující se podíl starších rodiček. Meziročně se zvyšuje počet plánovaných císařských řezů v těhotenství a poklesl počet akutních výkonů v těhotenství (BINDER, 2011).

3.2.3 Indikace k císařskému řezu

Indikace k císařskému řezu dosáhly určitých změn. V současnosti se již neuznává např. absolutní a relevantní indikace k císařskému řezu. Avšak zůstává všeobecně uznávané dělení na primární, tedy plánovaný, elektivní císařský řez a sekundární, což je akutní, urgentní, krizový. Intervence jsou vždy v zájmu matky a plodu (DOLEŽAL, 2007)

3.2.3.1 Nejčastější klasické indikace k císařskému řezu

Mateřské faktory – věk rodiček často překračuje hranici třiceti let. Tento trend je již v celé Evropě. Výraznou část indikací tvoří ženy s abnormálním průběhem gravidity nebo

opakovanými potraty, tedy neúspěchy předchozích gravidit, kdy se matka obává porodu a naléhá na operační ukončení probíhající gravidity.

Fetální faktory – stoupá počet žen, které v současnosti odmítají rodit KP (konec pánevní) spontánně. Jsou většinou poučeny o rizicích, především pak z internetu. Dnes rodí císařským řezem 78 – 90 % žen s polohou plodu KP. Další skupinou jsou předčasné porody s podprůměrnou porodní hmotností.

Lékařské faktory – mezi nejčastější lékařské faktory patří malá zkušenost ve zručnosti u spontánního porodu a jeho obava ze špatného vedení porodu přirozenou cestou. Velmi často také lékař ordinuje císařský řez v nočních hodinách ve snaze dopřát personálu spánek a rychle vyřešit celou stávající situaci. Nátlakem na lékaře je porod V.I.P. pacientek nebo též tlak otce u porodu, který je nervózní z bolestí ženy a dle něho přehnaně dlouhého porodu (CALDA, 2008).

3.2.4 Prožívání císařského řezu

Jestliže je během probíhajícího porodu náhle rozhodnuto o nutnosti akutního císařského řezu, většinou na straně rodičky nastane úleva. Ta je však brzy střídána strachem z operace, o sebe či o miminko. Často rodička prožívá pocity hněvu na zdravotníky, kteří tento „špatný“ vývoj porodu zavinili. Jedna čtvrtina žen obviňuje samu sebe, mají pocity neúspěchu a selhání. Tyto pocity jsou dále doprovázeny stavu viny za nesplněné sociální očekávání. Porod, který je ukončen akutním císařským řezem, je obvykle rodičkou vnímán jako dlouhý, pomalý, špatný, nemilosrdný, krutý a smutný. Žena potřebuje na psychickou „přípravu“ nejméně dvě hodiny, což bohužel při akutním císařském řezu není možné poskytnout (DOLEŽAL, 2007).

Plánovaný císařský řez má na psychiku rodičky dopad obdobný jako jakákoliv jiná operace. To nemusí být nepodstatné a lékaři všeobecně úzkost před plánovaným zákrokem podceňují. Pozitivní vliv na snížení úzkosti má podpora partnera. Nezanedbatelnou oporu též poskytuje kvalitní informovanost od zaměstnanců nemocnice. Positivnější zážitek z císařského řezu mají rodičky, které byly operovány v epidurální analgezi. Též přizvání rodičky do rozhodování jí dává pocit důležitosti, který přispívá k jejímu lepšímu psychickému stavu (PAŘÍZEK 2002).

3.2.5 Psychologické aspekty pooperačního průběhu

Studie ukazují, že ženy po porodu císařským řezem mají častěji psychosomatické symptomy, než ženy rodící spontánně, přitom tyto symptomy se mohou objevit až rok po prodělané operaci. Dále byly prokázány poruchy spánku. Ze somatopsychického úhlu pohledu pooperační bolest negativně působí na kojení a péči o dítě, v důsledku to může ovlivnit i vývoj vazby matka – dítě. U některých žen přetrvávají pocity viny, rodičky se vnímají jako pomalé a málo výkonné. (CALDA, 2008)

3.2.6 Psychika po císařském řezu

3.2.6.1 Posttraumatická stresová porucha po císařském řezu

Závažný, podceňovaný stav, který je reakcí na nadhraniční stres, to je posttraumatická stresová porucha. Může být akutní (do tří měsíců od porod) nebo probíhat chronicky měsíce i roky, může se projevit i po několikaměsíčním latentním intervalu. Pro posttraumatické stresové poruchy je obvyklé prožívání traumatické události opakovaně, výskyt „nočních můr“, sociální stažení, které může přerůst do izolace, emoční oploštění (při vnitřně prožívané úzkosti). U žen, které prožily císařský řez, jež skončil neúspěchem - perinatálním úmrtím nebo perinatálním poškozením plodu, je větší riziko onemocnění touto závažnou poruchou (BINDER, 2011).

3.2.6.2 Pozdní psychické následky císařského řezu

Obecně jsou ženy, které porodily císařským řezem, více soustředěny na sebe, prožívají velké pochybnosti o své schopnosti pečovat o dítě. Jelikož mají špatné vzpomínky na porod, mohou špatně vnímat sebe i dítě.

3.2.6.3 Jiné následky císařského řezu

- Kojení – ženy, které rodily císařským řezem, kojí kratší dobu či nedostatečně za nutnosti příkrmování umělou výživou
- Plodnost – u žen po císařském řezu je menší pravděpodobnost, že znovu otěhotní, než u žen, které rodily přirozeně. Biologické příčiny zde nehrají roli, jde o vědomé rozhodnutí ženy vyhnout se dalšímu těhotenství

- Vývoj vazby matka – dítě, který je často narušen. Ženy po akutní sekci v celkové anestezii mají na porod amnézii, obecně je po porodu pozdější první kontakt s novorozencem, matka si neprožila „rituál porodu“ a je dokázáno, že taková matka své dítě méně chová. Za měsíc po porodu byl dokonce zaznamenán méně častý oční kontakt matky a dítěte. Po roce pak takové matky více pochybují o své schopnosti postarat se o dítě a psychologické testy ukázaly méně těsný vztah matka – dítě (CALDA, 2008).

4 Poporodní psychické poruchy

V poporodním období se u rodiček objevuje relativně často špatná nebo zhoršená nálada. Mezi 3. a 4. dnem po porodu se u 50 – 80 % rodiček objevuje epizodické zhoršení nálady – kolísání nálady, pláč, podrážděnost. Matky pocítují, že nově narozené miminko nemají rády tak, jak by měly mít, mají pocit, že se o něj nezvládnou plnohodnotně postarat. Pocit smutku a napětí náhle střídá euforie a radost. Za tyto stavy mohou hormony progesteron a estrogen (PRAŠKO, 2002; NICOLSON, 2001).

4.1 Dělení poporodních poruch

- Poporodní blues
- Poporodní deprese
- Poporodní psychóza (RASTISLAVOVÁ, 2008)

4.1.1 Poporodní blues

Jedná se o poruchu přechodnou, která se vyskytuje u velkého počtu rodiček, okolo 50 – 80 %. Vzniká zhruba tři až čtyři dny po porodu a její délka trvání je od pár hodin po pár dnů. Pokud tento stav trvá déle než dva týdny, je třeba mít se na pozoru, může se jednat o vážnější stav – poporodní deprese – který je popsán níže. Jak již bylo zmíněno, na vině je kolísání hladin progesteronu a estrogenů. Příznaky jsou úzkost, zmatenost, plačtivost, nejistota, únava, snížená sebeúcta a další. Často se střídá stav euforie s úzkostí. Spouštěčem bývá strach o novorozence nebo pocit nedostatečnosti či problémy s kojením. Někdy je tento stav doprovázen poruchami spánku a častěji se ním setkávají prvorodičky. Obvykle rychle odezní. Ženy, které prodělaly depresi v minulosti, patří do rizikové skupiny. Je velmi důležité pozorovat klinický stav ženy, jak v nemocnici, tak v následné domácí péči (RASTISLAVOVÁ 2008, HONZÁK, 1999).

4.1.2 Poporodní deprese

Jedná se o dlouhodobější zhoršení nálady, kterému se v poporodním období nevyhne 10 – 15 % žen. Za kritické období se považuje příchod matky s novorozencem domů, kdy se žena musí začít starat o domácnost a zároveň o miminko. Poporodní deprese vzniká nejčastěji do tří měsíců od porodu. Ovšem může se objevit i rok po porodu. Příznaky jsou podrážděnost, úzkost, vyčerpanost, pocity selhání, katastrofické obavy z budoucnosti, sociální izolace. Matka není schopna se o dítě postarat ani ho dostatečně milovat, může mít dokonce potíže dítěte se dotknout, zhoršuje se tak její péče o něj a pocit selhání s depresemi se nadále prohlubují (ČECH, 1999).

Rizikové faktory – deprese po předchozím porodu, anamnéza poporodní psychózy či depresivní poruchy v rodině

Psychosociální faktory – nechtěné těhotenství, psychická nepřipravenost na těhotenství, negativní socioekonomická situace a nedostatečná sociální opora.

Další faktory – odloučení matky a dítěte po narození, porod v epidurální anestezii, nejistá perspektiva (RASTISLAVOVÁ, 2008; PRAŠKO, 2002).

4.1.3 Poporodní psychóza

Výskyt poporodní psychózy je asi 0,1 – 0,2 %, často se objevuje do dvou týdnů po porodu. Poporodní psychóza většinou vzniká u matky prvorodičky, po operačním porodu, náročném porodu nebo po již prodělané poporodní psychóze. Poporodní psychóza má několik forem: Amentní forma – má náhlý začátek a náročný průběh. Příznaky spočívají v dezorientaci a halucinacích – zrakových i sluchových bludech, které mohou souviset se smrtí dítěte, porodem dítěte, dále pak v pocitech neklidu a rozrušení. Hrozí sebepoškozování.

Manická forma – charakterizována euforickou náladou, pocity štěstí, megalomanií. Je možný přechod v amentní formu.

Endogenní depresivní a schizofrenní forma – obvykle má horší prognózu. Příznaky bývají plačtivost, po ránu apatie, poruchy laktace, pocity bezmoci, přehnaná starostlivost či naopak

neschopnost starat se o dítě, paranoia. Časný vznik po porodu nebo pár dnů po propuštění z porodnice (ČECH, 1999; RASTISLAVOVÁ, 2008).

4.2 Léčba poporodní deprese

U léčby poporodních depresivních stavů je velmi důležité znát závažnost symptomů. U poporodního „blues“ může pomoci podpora emocionálního rázu, vysvětlení situace a pomoc v péči o novorozence. Informovanost pacientky je velmi důležitá, zejména o skutečnosti nutnosti lékařské péče při přetrvávání příznaků déle než dva týdny. Velmi důležitá je též pomoc partnera či rodiny, kteří zajistí péči o miminko a domácnost. Pokud jsou tyto příznaky závažnější nebo trvají déle než 14. dní, je vždy na místě psychiatrická léčba. U lehkých depresivních stavů, kde deprese příliš nezasahuje do matčina fungování, může být velmi užitečná psychoterapie. Pokud jsou však příznaky závažnější, je vhodné zvolit antidepresivní medikaci a domluvit se s pacientkou na zastavení laktace. (PRAŠKO, 2002)

4.2.1 Psychoterapie

Psychoterapie používá psychoterapeutické prostředky k léčbě nemocí. Jsou to prostředky komunikační a vztahové povahy. Komunikace, tj. sdělování významů v kontextu s cílem navodit žádoucí změny a ukázat klientce náhled. Komunikace je jak na úrovni verbální, tak zároveň neverbální. Vztah mezi klientem a terapeutem určuje povětšinou samotný terapeut – může být direktivní, kdy je terapeut v pozici experta (role „příkazová“) nebo nedirektivní, kde terapeut zaujímá pozici průvodce (VYMĚTAL, 2003).

Mezi psychoterapeutické prostředky zařazujeme:

- Psychoterapeutický rozhovor – klient je přímo ovlivňován rozhovorem
- Expoziční terapie – pozvolné vystavování nepříjemným situacím, které za určitých podmínek zmírňují úzkost a strach
- Sugestivní postupy a hypnóza – tímto způsobem je možné obejít vědomou kontrolu pacienta
- Relaxační a psychofyziologické postupy

- Psychogymnastika – metoda akceptující neverbální řeč, pohyby, mimiku (VYMĚTAL, 2003).

4.2.1.1 KBT – kognitivně – behaviorální terapie

KBT je psychoterapeutický přístup, který se zaměřuje na vztah mezi prožíváním klienta (emoce, myšlení, chování, postoje) a prostředím (sociální síť). Učí pacientku způsobům, jak pozitivně otočit negativní faktory. KBT bývá v praxi užívána při léčbě lehké nebo středně závažné depresivní epizody nebo v kombinované léčbě při farmakoterapii (VYBÍRAL, ROUBAL, 2010). Velmi důležitá je již výše zmíněná edukace. Praško tvrdí „*Pacientka je informována o tom, co je to poporodní deprese, a na jejích vlastních příznacích jí terapeut demonstruje vztah mezi myšlenkou, emoční reakcí, chováním a tělesnými příznaky deprese*“ (Praško, 2002, str. 43). Rodička je dále seznámena s jednotlivými kroky léčby. Prvním problémem, na který je třeba se zaměřit, je prožívání deprese. Klientka se s terapeutem pokusí poupravit denní rytmus, aby byl pro klientku co možná nejvhodnější. Pokud vše probíhá v pořádku, postupně se do denních „povinností“ přidávají další úkoly. Následuje práce s negativními, depresivními myšlenkami. Klientka může dostat za „domácí úkol“ přerámovat a přehodnotit tyto depresivní myšlenky. Témata jsou zřejmá – selhání, zvládnutí role matky, pochybnosti o vztahu k miminku, a v neposlední řadě pochybnosti o své vlastní osobě. Na tyto nepříjemné myšlenky a pocity funguje velmi dobře opakovaná dekatastrofizace.

Střední fáze léčby může začít až ve chvíli, kdy je u klientky jasně znatelná úleva. Je tedy možné posunout se v léčbě dál. Nyní jsou na řadě přidružené problémy. Může jít o partnerský nesoulad či hádky, sexuální disharmonie, nesoulad s rodinou svou či rodinou partnera, nedostatek volného času nebo času tráveného s partnerem. Následuje analýza problému, kde jsou v brainstormingu probírány různé možnosti řešení, jedno po druhém. Aby byl problém vyřešen co nejefektivněji, klientka se s terapeutem snaží vybrat co nejjednodušší a nejvhodnější řešení. Dále se pracuje na vnitřním nastavení – jaké má klientka postoje, co očekává od sebe, co od partnera (PRAŠKO, 2013).

4.2.1.2 IPT – interpersonální psychoterapie

Je prokázáno, že interpersonální psychoterapie snižuje emoční zranitelnost. Při finální části léčby se často rekapituluje a klientka popisuje, co se naučila. Terapie se zaměřuje na budoucnost, na následující měsíce a roky. Dále se zaměřuje na možné budoucí stresové a depresivní situace. U mírných příznaků deprese může nahrazovat farmakoterapii. Jedná se o efektivní psychoterapii, která je krátkodobá, cílená na současnost a budoucnost. Snaží se o

smíření se změnou role ženy na matku a zvládání interpersonálních konfliktů (KRATOCHVÍL, 2010).

4.2.1.2.1 Stanovení problémových oblastí v IPT poporodních depresí

Jedním z prvních cílů je zvýšení sebevědomí rodičky. Je třeba rozšířit efektivní způsoby jednání a komunikace. Klientka je informována o symptomech, které nyní pociťuje, a terapeut zdůrazňuje, že deprese není neznámou nemocí. Naopak se jedná o nemoc, která má dle statistik velmi dobré výsledky léčby. Jak již bylo zmíněno, problémem bývají změny rolí, se kterými klientka nemusí být naplno smířena. Strategie se vybírá dle nejzávažnějšího problému, kterým bývá povětšinou:

- Zármutek – je nezbytné získat historii důležitých vztahů s lidmi, kteří jsou v současnosti buď mrtví, nebo vztahově nedostupní. Zármutek totiž často souvisí se ztrátami minulými – špatný konec těhotenství, smrt dítěte nebo další „nedožitý smutky“, jako smrt jiných blízkých v poslední době nebo rozchod s partnerem. Cílem je následně nahrazení ztráty v podobě nového koníčku apod.
- Neshody v interpersonálních rolích – klientka a jí blízké osoby mají od vztahů každý jiné očekávání. Cílem je probrat vzorce komunikace a pozměnit je. Terapeut pomáhá hledat paralely v předchozích vztazích.

Zvládání přechodu v rolích se soustředí na čtyři úkoly:

- Vzdát se staré role
- Projevit pocity viny, hněvu a ztráty
- Naučit se nové dovednosti (starání se o dítě a domácnost, plánování času)
- Navázat nové interpersonální vazby (nové maminky, zájmy)

(PRAŠKO, 2013)

4.2.2 Farmakologická léčba

Nejčastěji jsou na poporodní deprese předepisována antidepresiva, která pomáhají k lepší a veselejší náladě. Zvyšují množství neuromediátorů (přenašečů nervových vzruchů), které jsou

zodpovědné za spánek a náladu. Antidepresiva v podstatě navrací chemickou rovnováhu mozku. Jedná se o širokou škálu léků, které se dělí dle mechanismu účinku do generací.

4.2.2.1 Tricyklická antidepresiva

Jedná se o antidepresiva I. generace. Zabraňují zpětnému vychytávání serotoninu a katecholaminů. Jsou indikovány na různé depresivní syndromy a úzkostné poruchy. Mezi nežádoucí účinky patří pocení, třes rukou, sucho v ústech či poruchy vidění. Mezi závažnější příznaky řadíme stavy zmatenosti, poruchy srdečního rytmu či retence moče. Zástupci jsou Maprotilen (Ludiomil), Dibenzepin (Noveril), Viloxazin (Vivalan).

4.2.2.2 Inhibitory monoaminoxidázy (I-MAO)

Blokují odbourávání hormonů serotoninu a katecholaminů tím, že vyřadí enzym, který je metabolizuje. Především se indikují u pacientů staršího věku. A to na panické poruchy, posttraumatické stresové poruchy, atypické deprese a další. Odstraňují únavu, navozují pocit sebevědomí a bdělosti, zlepšují paměť. K nežádoucím účinkům patří výkyvy krevního tlaku, úzkost, sucho v ústech, nauzea, úbytek hmotnosti, zvracení a další. Je důležité vyhnout se potravinám, které obsahují vysoké množství tyraminu (zavináče, jogurty, sója, slanečci), ten totiž zvyšuje riziko nežádoucích účinků. Zástupci jsou Tranylcypromin (Parnate), Moklobemid (Aurorix), Selegilin (Jumex).

4.2.2.3 Selektivní inhibitory vychytávání serotoninu (SSRI)

SSRI ovlivňují selektivně serotoninový systém. Snižují riziko sebevražd, čili jsou povětšinou první volbou u onemocnění depresí. Navíc se vyznačují minimem negativních účinků. Nepůsobí sedativně, ale naopak stimulují. Nežádoucí účinky mohou být bolest hlavy, nauzea, či zvracení, většinou pouze v začátcích léčby. Do této skupiny řadíme Fluoxetin (Deprex, Prozac, Portal), Paroxetin (Seroxat), Fluvoxamin (Fevaril).

4.2.2.4 Antidepresiva II. generace

Mají srovnatelnou účinnost jako antidepresiva I. generace. Jejich výhodou však je, že vedlejší účinky jsou méně intenzivní. Zástupci jsou Viloxazin (Vivalan), Mianserin (Mianserin, Lerivon (HONZÁK, 1999; WIDER, 2009)

4.2.3 Alternativní léčba

Jsem názoru, že mnoho žen, které se s lehčí či těžší formou poporodní deprese setkaly, sáhne v první řadě po alternativní léčbě a pokusí se svůj problém vyřešit tímto způsobem. Teprve když tato léčba nezabírá, přijdou na řadu odborníci a případně antidepressiva. Proto zde uvádím některé případné možnosti.

4.2.3.1 Homeopatie

Principem homeopatie je poučka, že podobné se léčí podobným – similia similibus curantur. Tedy pokud u zdravého člověka vyvolá určitá látka příznaky onemocnění, pak jedinci, který onemocněl obdobnými příznaky, je předepisována ta samá látka. K léčbě se využívají látky z rostlin, minerály či živočišné produkty. (ČECHOVSKÝ, 2002)

4.2.3.2 Aromaterapie

Léčba vonnými oleji je známa již více jak 4000 let. K léčbě se využívají vonné esenciální či éterické oleje. Nejčastěji se používá jasmín, levandule, dřevo, růže a další. Tyto účinné látky navozují změnu mysli či proces poznání a zdraví. Například levandulové polštářky jsou používány k navození spánku. Oleje se míchají těsně před aplikací. (PATEL, 2013)

4.2.3.3 Akupunktura

Tato doplňková alternativní léčba se v Číně používá již tisíce let. Akupunktura spočívá ve vpichování jehliček na určitá místa v těle. Vychází z přesvědčení, že tělem proudí životní energie po drahách – meridiány. Každá dráha má určitý počet aktivních bodů, kterými lze ovlivňovat energický tok v těle. Rozlišujeme dráhy jinové a jangové. Teorie říká, že nemoc vzniká nerovnováhou mezi těmito silami. (ANDO, 1995)

4.2.3.4 Reflexní masáž

Metoda využívá reflexní body, především na chodidlech, na které je působeno jemným tlakem. Tyto body mají přímou souvislost s vnitřními orgány. Přímou stimulací lze tedy dostat tělo do harmonie, touto metodou lze dosáhnout relativně rychlé pomoci. (SEDMÍK, 1995)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Smíšený výzkum

5.1 Úvod

O poporodních depresích se celkově v naší společnosti moc nemluví. Mám pocit, že je pro společnost často obtížné pochopit, jak může tak nádherný okamžik, jako je narození dítěte, v maminkách vyvolat stavy úzkosti, smutku a deprese. Přitom alespoň s krátkodobými stavy úzkosti a posmutnění se setkává, jak již bylo zmíněno výše, 50 – 80 % rodiček. Což není zanedbatelné číslo. Mým hlavním cílem je otázka, které aspekty nejvíce přispívají k poporodním depresím (ať již je to prenatální lhostejnost rodiny, špatné materiální zázemí, dědičnost a další). Zkouším na problém pohlédnout očima rodiček, které právě depresivními stavy či přímo poporodními depresemi trpěly.

Výzkum je postaven na zodpovězení hlavní výzkumné otázky „*Které situace a stavy vyvolávají či podporují u maminek poporodní deprese a úzkosti, jakými způsoby maminky poporodní deprese vyléčily a jaká jim byla poskytnuta opora?*“

Dílčí výzkumné otázky:

1. Jaké měly maminky těhotenství?
2. Jak maminky zvládly období v porodnici?
3. Jak u maminek poporodní deprese probíhala?
4. Jak maminky léčily poporodní depresi?
5. Měly maminky během této nemoci dostatečnou oporu a pomoc?
6. Lze se poporodní depresi vyhnout či ji rychleji vyléčit?

5.2 Metoda

Poporodní deprese je velmi citlivé a osobní téma. Většinou maminek se o něm špatně hovoří i se svou rodinou či přáteli, natož pak před cizí osobou. Nebylo pro mne jednoduché nalézt alespoň čtyři ženy, matky, které by byly ochotné, i pod příslibem anonymity, o tomto problému hovořit. Nakonec se mi to podařilo. Jedna z žen je mou dobrou přítelkyní. Druhou z maminek jsem oslovila zprostředkovaně přes mojí známou a další dvě ženy jsou známé

mého partnera, který mi s nimi sjednal rozhovor. Několik potencionálních respondentek účast odmítlo s tím, že s nastalou situací ještě nejsou zcela smířené, či považují toto téma za příliš osobní. Maminky jsou nyní ve věkovém rozmezí 27 – 37 let, nicméně s poporodní depresí se setkaly ve věku 22 – 34 let. Všechny maminky se nyní cítí dobře. Jedna z nich je v současné době opět těhotná. Rozhovory proběhly v průběhu června 2015, většinou v domácím prostředí respondentek, a jednou u mě doma. Ženy byly z důvodů zachování anonymity označeny písmeny A, B, C, D.

Zvolila jsem smíšenou metodu šetření, která zahrnuje kvalitativní i kvantitativní analýzu a sběr a šetření těchto dat v jedné studii. Získané informace následně zapojuji do celkových výsledků (CRESWELL, 2013).

Sběr informací proběhl formou tázání se, tedy metodou strukturovaného rozhovoru s otevřenou otázkou. Otázky, na něž mají respondentky odpovídat, jsou pečlivě sestavovány a vybírány. Rozhovor se skládá z třidvaceti otázek, které se týkají tématu poporodních depresí. Zajímalo mě, jak probíhalo těhotenství maminek, porod, poporodní období v nemocnici, první příznaky deprese atd. Tuto metodu jsem zvolila z důvodu jedinečnosti prožívání každé z maminek, bylo pro mne důležité získat větší objem dat.

Informovaný souhlas se zveřejněním rozhovorů podepsaly všechny respondentky. Rozbor dat se zakládal na volném kódování. Rozhovory jsem nahrávala na diktafon a následně přepisovala. Pokud jsem při přepisování rozhovorů objevila nějakou nejasnost, či jsem si nebyla jista správností, ověřila jsem si telefonicky, popřípadě e-mailem u respondentek, zda jsem správně porozuměla odpovědi. Rozhovory jsem se snažila vést citlivě a navodit atmosféru důvěry a bezpečí. Maminkám jsem se snažila aktivně a bez předsudků naslouchat.

5.3 Interpretace rozhovorů

Vyhodnocení rozhovorů je rozděleno do šesti částí. První část se zabývá otázkou průběhu těhotenství. Druhá část podává informace o porodu, jeho případných komplikacích a následných dnech v porodnici. Třetí část mapuje průběh poporodní deprese u maminek a čtvrtá část jak se s depresemi popraly, jak je vyléčily. V páté části mě zajímá podpora, jaká byla respondentkám poskytnuta od partnera či rodiny, a v šesté části se dotazuji, zda se dá poporodní depresi vyhnout, či ji rychleji vyléčit.

- **Průběh těhotenství**

Respondentka A odpovídá, že plánovaně neotěhotněla, zbytek respondentek otěhotněl plánovaně.

Respondentka A dodává A: *„se svým partnerem jsme miminko sice plánovali, nicméně nejméně až za pět let. Když jsem zjistila těhotenství, byl to pro mě velký šok. I slovo interrupce u nás doma zaznělo, ale bylo brzy zavrhnuto.“* Respondentka A otěhotněla ve svých šestadvaceti letech. U zbytku respondentek se doba, za kterou se jim podařilo počít, i věk ve kterém otěhotněly, mírně liší, nicméně všechny respondentky otěhotněly do roka od počátku snažení. Konkrétně Respondentce B se otěhotnět podařilo zhruba po roce snažení, v jejích 30. letech, C po třech měsících, ve dvaadvaceti letech a klientce D po půl roce snažení ve věku 34 let.

Kromě respondentky D, kterou poporodní deprese postihla až při druhém těhotenství, prožívaly jí ostatní respondentky již při prvním mateřství.

Respondentky B, C, D si myslí, že byly dostatečně materiálně připravené na příchod miminka do jejich rodin. Odpověď na tuto otázku se liší u respondentky A. A: *„Neměli, byl to i důvod, proč jsme s plánováním rodiny chtěli ještě nějakou chvíli počkat. Měli jsme v plánu ještě trochu cestovat, případně se posunout v práci na vyšší pozice. Chtěli jsme stihnout i svatbu, na kterou zatím nedošlo dodnes.“*

V době těhotenství se k respondentkám chovali partneři odlišně. Stručně by se dalo říci, že respondentky A a C nebyly s chováním partnerů spokojeny, na druhou stranu respondentky B a D si chování partnera pochvalovaly velmi. Konkrétněji pak respondentka A nebyla zprvu s chováním partnera spokojena vůbec, až po pár měsících si partner začal zvykat na novou roli a vztah se mezi nimi zlepšoval. A: *„V prvních měsících těhotenství jsme se velmi často hádali. Snažila jsem se ho chápat. Ale bylo to těžké, trpěla jsem velkými nevolnostmi, bolestmi hlavy a do toho neustálé útoky mého partnera. Na toto období nevzpomínám v dobrém. Po pár měsících si můj partner začal zvykat na nastávající stav, náš vztah se začal zlepšovat.“* U respondentky C neproběhly žádné partnerovy útoky, nicméně se dle jejích slov choval velmi bezohledně vůči jí a vlastně i miminku. C: *„První trimestr byl pro mě těžký, přestala jsem kouřit, byla jsem tedy pár týdnů nervózní. manžel přede mnou dále kouřil, nebral ohledy na mě nebo na miminko. Když jsem si stěžovala na nevolnosti, jeho obvyklá odpověď byla „chtěla jsi dítě, tak musíš něco vydržet“, to že ho chtěl i on nějak zapomněl.“* Úplný opak probíhal u respondentek B a D. D:

„Již máme desetiletého syna, ale když jsem mu oznámila, že jsem znovu těhotná byl šťastný stejně jako při prvním těhotenství. Skoro denně mi domů nosil ovoce a zeleninu. Neustále se ptal jak se cítím.“

U respondentek A, B, D měly jejich rodiny a rodiny partnerů většinou z budoucího přírůstku do rodiny radost nebo se k situaci postavily neutrálně. Pouze respondentka C necítila ze své rodiny kladné reakce. C: *„Se svou matkou jsem v té době moc nevycházela, o svém těhotenství jsem jí řekla až v pátém měsíci. Velkou radost neměla, myslela si, že jsem ještě moc mladá.“* Ovšem rodina jejího muže radost měla a to velikou.

Z rozhovorů vyplývá, že nelze jasně definovat, že by věk, rodinné zázemí či podpora, respektive nezáměr či odmítání od partnera v těhotenství, mohla být varovným signálem nebo spouštěčem poporodní deprese. Respondentka A otěhotněla neplánovaně, ostatní se o miminko snažily, věkový rozsah respondentek je od 22 let do 34 let, u respondentek A a C se partner nechoval vzorově, naopak u respondentek B a C byli partneři ukázkoví, a přesto se u všech žen po narození potomků objevila poporodní deprese.

- **Období v porodnici**

Všechny respondentky rodily v nemocnici. Dvě z dotazovaných žen rodily přirozeně a dvě musely podstoupit císařský řez. Respondentky A a D rodily přirozeným způsobem. Nicméně respondentka A na porod nevzpomíná v dobrém. A: *„Porod trval asi šestnáct hodin, bylo to pro mě velmi náročné. Jak psychicky, tak fyzicky.“* Respondentka B musela podstoupit císařský řez z důvodu polohy plodu koncem pánevním. B: *„Když jsem se dozvěděla, že budu muset родit císařským řezem, byla jsem velmi zklamaná. Chodila jsem do předporodních kurzů a skoro jsem se na přirozený porod těšila. Oplakala jsem to.“* I respondentka C musela podstoupit císařský řez, bylo jí to líto, ale po porodu si užívala miminka a byla spokojená. S lékařskou péčí byly vesměs všechny respondentky spokojené, tedy jen pacientka B si stěžuje na nevhodné chování sester. B: *„Moje ošetřující lékařka byla velmi milá a vstřícná. Co mi bylo nepříjemné, bylo chování sester, které měly občas nevkusné poznámky ohledně mé rychlosti jako „vy jste ještě nebyla ve sprše?““*

Jediná respondentka C se v porodnici cítila psychicky velmi dobře, dokonce popisuje pocit euforie, který se u ní velmi brzy po porodu objevil. Ostatní respondentky tedy A, B, D, se již v porodnici necítily sami sebou. Všechny byly plačtivé, ať již to byl pláč ze smutku či ze vzteku. A: *„Když už jsem konečně porodila, cítila jsem chvilkovou úlevu – konečně ty šílené bolesti ustaly, měla jsem to za sebou. Nicméně, hned, co jsem se vzpamatovala, začal kolotoč koupání, přebalování, vážení, pláče. Psychicky jsem se necítila dobře.“*

- **Poporodní deprese a její průběh**

Další z otázek, na kterou respondentky odpovídaly, byla, zda se v jejich rodinách, případně u nich samotných již dříve nějaké psychické problémy objevily. Respondentka B přiznala, že ona sama se s psychickými problémy již dříve vypořádávala. B: „*Ano, já jsem měla. Před pár lety jsem brala nějakou dobu léky na depresivní stavy. Léky jsem asi po roce vysadila a dále docházela ještě nějaký čas na psychoterapii.*“ Respondentka A se pouze domnívá, že se u nich v rodině nějaké psychické problémy vyskytují. Konkrétně má pocit, že její otec trpí úzkostmi, ale svou domněnku nemá potvrzenou.

Respondentky se v podstatě shodují, že mezi prvními příznaky poporodní deprese cítily strach, zda vše zvládnou, či strach ze změny, dále se strachem související úzkosti, plačtivost, podrážděnost a další. U respondentky C se první příznaky poporodní deprese objevila zhruba až měsíc po porodu. C: „*Začalo to zhruba až čtyři týdny po návratu z porodnice. Plíživě. Začala jsem být velmi vyčerpaná, plačtivá a unavená. Neustále jsem přemýšlela o tom, zda budu dobrá matka a jestli se zvládnou o miminko plnohodnotně postarat.*“ Další respondentky cítily mírnější či silnější náznaky, že není něco v pořádku již v porodnici. Například respondentka B: „*necítla jsem se dobře již v porodnici. Byla jsem unavená, plačtivá, rozrušená, náladová. Nechtěla jsem v porodnici žádnou návštěvu, bylo pro mě těžké se přetvařovat.*“

U všech respondentek se poporodní deprese vyvíjela různým způsobem, přesto s určitými podobnými znaky. Respondentky nadále zůstávaly plačtivé a posmutnělé a k tomu se navíc přidávaly další a další příznaky. Například respondentka B: „*Zhruba deset dnů po návratu domů jsem začala být velmi plačtivá, nic mě nebavilo, nechtělo se mi nic dělat, jen ležet. Sotva jsem se o miminko dokázala postarat. Měla jsem nespavost, nechutenství, ohromný úbytek na váze...*“ To respondentka C se dokázala o své dítě postarat stoprocentně, nicméně jak sama říká, péče se pro ní stala mechanickou, vůbec si své mateřství neužívala. Respondentky A a D se shodují, že po příjezdu z porodnice jejich špatná nálada neustupovala, respondentka D dodává: „*Po příjezdu z nemocnice mě přepadaly zvláštní myšlenky. Jestli jsme udělali dobře, že jsme vlastně byli docela spokojení i bez druhého miminka. Ty hned střídaly výčitky svědomí při pohledu na tu nádhernou bytůstku.... Na synovi bylo opravdu vidět, že není úplně smířen s tím, že veškerá pozornost se přesouvá na miminko, to mi též nepřidalo. Další mé nepříjemné symptomy byly bolest hlavy, smutek, pláč, zoufalství. Ještě musím doplnit, že jsem brečela, jen když u toho nikdo nebyl. Strašně jsem se za to styděla a nikomu o tom neřekla.*“

Všechny dotazované se shodují, že se u nich objevily pocity méněcennosti a nedostatečnosti. U respondentky A se tyto pocity velmi často objevily po návštěvě její matky, která stavům své dcery

nerozuměla. A: *“ Ano, veliké. Výčitky mé matky mě vždy dostaly na kolena. Je těžké si přiznat, že nezvládáte tak přirozenou věc, jakou je mateřství. “*

Co u respondentek vyvolávalo horší depresivní stavy, odpověděla každá respondentka jinak, ale dalo by se říci, že u všech hrály opět pocity nedostatečnosti a méněcennosti velkou roli. Například respondentka B: *„Hodně mě ubíjelo, když jsem viděla jiné maminky, jak mateřství krásně zvládají a mně to nejde. A to jsem většinou o několik let starší než ony a miminko jsem si moc přála.“* Respondentka C uvedla zase tento případ: *„Když někdy miminko celé noci proplakalo a já jsem byla unavenější než obvykle, vždy se má psychika ještě zhoršila. Dále nechápavé pohledy mého muže.“*

- **Léčba poporodní deprese**

Všechny respondentky se s poporodní depresí snažily poprat, ovšem každá svým způsobem. Respondentka D se v době, kdy zažívala poporodní deprese, nikomu nesvěřila, snažila se vše vyřešit a zvládnout sama. Racionálně si vysvětlila, že pro zlepšení psychiky je třeba hodně spát, pít dostatečné množství vody, dobře se stravovat. Následně vyhledala na internetu různá dechová cvičení. Respondentka D ještě dodává: *„A pak mi pomohl čas. Syn začal malou zbožňovat. My všichni jsme se do ní moc zamilovali.“*

Respondentka C se se svým problémem svěřila své kamarádce, která jí doporučila psychoterapii, ta respondentce C prý velmi pomohla, docházela na ni dvakrát týdně a postupně se frekvence návštěv snižovala. Respondentka C dále uvádí: *„Navštívila jsem psychoterapeuta, hodně spala, kdykoliv miminko usnulo, šla jsem si lehnout taky. Pila jsem čaje s meduňkou, ale nevím, jestli měly efekt. Hodně mi pomohlo, když začal syn v noci více spinkat.“* I respondentka A se snažila své stavy potlačit odvarem z bylin, třezalkou, nicméně dle jejích slov to nezabralo. Dále ještě respondentka A doplňuje: *„Snažila jsem se víc chodit mezi lidi a na procházky s dcerkou. Nakonec jsem zašla ke svému obvodnímu lékaři, který mi předepsal nějaké slabé léky na spaní a uvolnění. Po dalších dvou měsících jsem léky postupně vysadila, bála jsem se toho, ale kupodivu to šlo velmi dobře.“*

Respondentka B musela podstoupit léčbu. B: *„Po dvou měsících jsem skončila na psychiatrii. Nasadili mi antidepresiva. Velmi mi to pomohlo, již po pár dnech se mi značně ulevilo. Byla jsem propuštěná domů. Sice mě velmi trápilo, že jsem přišla o mléko, bylo to jedno z nejtěžších rozhodnutí, nicméně jsem udělala to nejlepší, co jsem mohla pro sebe i dítě.“*

Všechny respondentky se z poporodní deprese dostaly do půl roku od jejího propuknutí, tedy až na respondentku C, která dodává: *„Poměrně rychle jsem vyhledala pomoc, takže jsem se cítila relativně dobře už tak dva až tři měsíce po porodu. Úplně v pořádku jsem si přišla až tak rok po porodu.“*

- **Opora v poporodních depresích**

Tato část výzkumu je zaměřena na podporu jak fyzickou, tak psychickou, která se v tomto těžkém období, jakým je poporodní deprese, maminkám dostávala. Otázky jsou zaměřeny na partnera a též rodiny dotazovaných a partnerů.

U respondentky C byla psychická podpora partnera v podstatě na bodě mrazu. Respondentka C je přesvědčena, že tento partnerův nezáměr nakonec způsobil rozpad vztahu: „*Velmi málo. Když jsem mu řekla, že půjdu na terapii, jen se tak zvláště zatvářil. To si pamatuji dodnes. Náš vztah nakonec nevydržel, když byly synovi dva roky, rozhodli jsme se jít od sebe.*“ Respondentka A je s partnerem dodnes, jistý náznak podpory u partnera viděla, ale stoprocentní to nebylo: „*Snažil se se mnou o mých stavech mluvit, ale většinou to končilo hádkou. Moc mi nerozuměl.*“

Ani partner respondentky B zprvu jejímu stavu nerozuměl. B: „*Zprvu mému stavu moc nerozuměl, ale když viděl, jak je to vážné byl velmi ohleduplný, snažil se mě psychicky podpořit.*“

Respondentka D se se svými problémy partnerovi vůbec nesvěřila: „*Partner o mém problému nevěděl, připadala jsem mu smutná, ale vždy jsem mu řekla, že jsem jen unavená. Svěřila jsem se mu, až když jsem se cítila už dobře.*“ Partner respondentky D neměl tedy možnost psychickou podporu projevít a poskytnout.

Respondentky A, B, D se shodují, že v péči o miminko nemají partnerům co vyčítat. Partneři se velmi snažili a po práci se o miminko byli schopni postarat. Respondentka C má zkušenost jinou: „*S malým si po práci hrál, pochoval, pomazlil. Ale syna nepřebaloval, nekoupal.*“

Jak se k poporodní depresi respondentek postavila rodina? Respondentka A byla nespokojena s chováním své matky: „*Moje matka tomu vůbec nerozuměla, pořád mi říkala, jak mám být šťastná, že mám zdravou holčičku, což mé psychice moc nepomáhalo. Otec to nekomentoval. Rodině partnera jsme o mých problémech neřekli.*“ Respondentka B se nejprve snažila situaci utajit, když ale nebylo vyhnutí, své i partnerově rodině vše oznámili: „*Nejprve jsem se velmi styděla to našim rodinám svěřit. Tak moc jsem si přála miminko a pak se o něj nejsem schopna postarat. Než jsem se rozhodla vyhledat odbornou pomoc, tak jsme to rodině mé i partnera oznámili. Jak se s tím doma vyrovnávaly nevím, ke mně se zachovaly velmi dobře a v době, kdy jsem byla v nemocnici, nám pomáhaly s péčí o malého.*“

Respondentky C a D o svém problému rodině neřekly, podařilo se jim situaci udržet v tajnosti.

Respondentka B přiznává, že její i partnerova rodina pomáhala s péčí o miminko. Respondentky A a C se shodují, že rodiny jezdily pouze na návštěvy, ale když přijely, tak se o miminko staraly. Respondentce D rodina nepomáhala.

- **Vyhnutí se poporodní depresi či rychlejší léčba**

Respondentky A a D se shodují, že by jim možná v rychlejší léčbě pomohla návštěva odborníka. D: *„Je možné, že by mi pomohla návštěva odborníka, ale já jsem se tak styděla, že jsem si to vůbec nedokázala představit, někam jít.“* Respondentka B odbornou pomoc vyhledala, ale jako jednu z možností dřívějšího uzdravení udává dřívější návštěvu.

Dále, respondentky A a C mají pocit, že by jim velmi ulehčilo, kdyby cítily pochopení a podporu od svého partnera. Respondentka B právě tuto partnerskou podporu vyzdvihuje: B: *„Jinak asi nic. Manžel se choval skvěle, naše rodiny též.“*

Respondentky B, C, D se shodují na názoru, že poporodní depresi se předejít nedá. Respondentka B znovu dodává, jak moc jí pomohl manžel a rodina. Respondentka C: *„Nikdy by mě ani ve snu nenapadlo, že se něco takového stane zrovna mně.“* Respondentka A se domnívá, že by mohlo pomoci ještě před porodem si *„sama v sobě přerovnat věci.“* Respondentka D říká: *„nedá, hormony jsou hormony.“*

5.4 Závěr praktické části

Praktická část je zaměřena na podání informací o poporodních depresích očima žen, které si těmito těžkými stavy musely projít. Snažila jsem se odpovědět na výzkumnou otázku: *„Které situace a stavy vyvolávají či podporují u maminky poporodní deprese a úzkosti, jakými způsoby maminky poporodní deprese vyléčily a jaká jim byla poskytnuta opora?“*

Výsledky výzkumu ukazují, že se poporodní depresi nevyhnou ani ženy, které otěhotněly neplánovaně, tak ani maminky, které si miminko velmi přály a aktivně se o něj snažily. Tři ze čtyř dotazovaných maminek zažívaly velké pocity radosti a štěstí při zjištění svého těhotenství. Dokonce není ani důvod se domnívat, že by věk hrál nějakou významnou roli v onemocnění poporodní depresí.

Bylo pro mne velmi nepříjemným zjištěním, že k respondentkám A a C se partneři nechovali moc vhodně a ohleduplně. O to smutnější mi následně přišlo, že po podpoře a určitém uznání všechny respondentky touží a ne každé se ho dostalo. Těhotenství by mělo patřit k těm hezčím obdobím v životě každé ženy.

Všechny respondentky rodily v porodnici, což beru jako velké pozitivum výzkumu. Jsem názoru, že by se o porodu doma, jako o velkém riziku pro matku i dítě, mělo více mluvit na veřejnosti. Je svým způsobem zázrak, pokud se porod odehrává bez komplikací. V domácím

prostředí není porodní bába schopna udělat akutní císařský řez, není schopna poradit si s abrupcí placenty, porodit konec pánevní, popřípadě porodit dystokii ramének (což je velmi dramatický stav ve II. Době porodní, kdy nelze po porodu hlavičky vybavit raménka plynulým tahem, ale je třeba znát speciálních manévru k jejich uvolnění). Zkrátka, myslím si, že porod doma, je extrémně nebezpečný a ohrožuje na životě jak matku, tak dítě.

Na druhou stranu, jestliže si žena přeje родit přirozeně a je zároveň natolik zodpovědná, že rodí v porodnici, potom pokud je to možné, měla by se její přání a porodní plán respektovat. Rodička by neměla být jen „pasivní přihlížející svého porodu“, na její přání a prosby by měl být brán zřetel.

V budoucnu bych se ráda věnovala zjišťování a prověřování těchto otázek a hypotéz:

- Jak na porody doma nahlíží populace
- Do jaké míry je lékařem respektováno přání rodičky
- Jaká je spokojenosti rodiček v porodnicích

Z výzkumu lze vyčíst, že většina respondentek neměla snadný porod. Respondentky B a C dokonce musely podstoupit císařský řez, z čehož ani jedna radost neměla. Následující dny v porodnici pro ně byly značně ztíženy, neboť měly jako čerstvé maminky veliké bolesti břicha, byly unavené a vyčerpané.

S chováním zdravotníků byly vesměs respondentky spokojeny, ač by uvítaly individuálnější a osobnější přístup. Domnívám se, že vhodným řešením k nápravě této situace by mohlo být systémové zavedení supervize do nemocnic (na všech odděleních) a také méně služeb pro lékaře. Jestliže lékař slouží deset služeb do měsíce, tráví v nemocnici třeba dva až tři dny po sobě a málo spí, nikdo nemůže čekat, že bude vždy stoprocentní. Lékaři nejsou roboti. V supervizi bych viděla výhody v tom, že by se posílila vzájemná podpora a úcta mezi kolegy, lékaři by měli možnost mluvit o komplikovaných případech, které v poslední době řešili, a v neposlední řadě hovořit o pocitech, které ze své práce mají a na které by jim byla poskytnuta zpětná vazba. Je možné, že by toto preventivní opatření mohlo u některých lékařů předejít syndromu vyhoření, a také by se mohl zlepšit individuální přístup k pacientkám.

Další možnost bych viděla v přítomnosti sociálního pracovníka nebo psychoterapeuta přímo v porodnici, kde by byla jeho péče nebo rozhovor, pokud to podmínky dovolí, nabídnut každé rodičce.

Jedna z respondentek své dřívější psychické problémy přiznala a druhá je zaznamenala u jednoho z členů své rodiny. Z výzkumu vyšlo za pravděpodobné, že by dědičnost, popřípadě již dřívější psychické problémy maminek mohly mít souvislost s následnou poporodní depresí.

První příznaky poporodních depresí, až na jednu výjimku, zažívaly maminky již v porodnicích. Respondentky byly plačtivé, unavené, podrážděné. Dá se tedy předpokládat, že většina poporodních depresí vstoupí do života maminek plíživě již v porodnicích. I v tomto případě bych viděla jako jedno z možných řešení přítomnost psychoterapeuta, popř. jiné odborné osoby v porodnicích. Psychoterapeut by mohl diskrétně s maminkou (pokud by si to přála) promluvit o jejích pocitech, starostech a pokud by mu přišlo cokoliv v nepořádku, nabídnout mamince adekvátní pomoc. Jsem si vědoma toho, že tento můj návrh je smělý. Nesnadno realizovatelný.

Každá ze zúčastněných respondentek vyprávěla jiný příběh o průběhu své nemoci, lze zde ale rozklíčovat určitou shodu. Respondentky byly setrvale plačtivé a posmutnělé, do čehož se připojovaly další nepříjemné symptomy. Nechutenství, třas, úzkost. Dále se u respondentek objevoval strach, že se o své miminko nebudou schopny postarat, nebo se staraly, ale mechanicky, bez pocitu spokojenosti. Všechny dotazované cítily pocity méněcennosti a nedostatečnosti. Smutné na celé záležitosti je, že tyto pocity u maminek často vyvolává partner, nebo jak jedna z respondentek uvedla, její matka. Tento fakt potvrzují i odpovědi na otázku, která zjišťovala příčiny zhoršující depresivní stavy. Totiž dvě z dotazovaných respondentek odpověděly, že právě nesoucitnost partnera byla jedním z důvodů. Tímto bych chtěla poukázat na nedostatečnou informovanost společnosti ohledně tohoto závažného onemocnění. Jsem názoru, že společnost není schopna přijmout fakt, že narození dítěte, může u někoho vyvolat jiné pocity než radost a euforii. Bohužel tato mylná představa „za všech okolností radostného“ porodu a mateřství tvoří začarovaný kruh. Maminky se stydí o svém problému mluvit nebo jít za odborníky a problém léčit, což mi několik respondentek potvrdilo. Znovu bych si tímto dovolila apelovat na osvětu poporodních depresí.

Dalo by se říci, že všechny dotazované se poporodní deprese zbavily do roka. Každá z respondentek tento problém řešila jiným způsobem. Od požívání odvarů z meduňky po radikálnější návštěvu psychiatrie. I v této oblasti bych ráda do budoucna rozšířila svůj výzkum a hypotézy:

- Fungují bylinky (meduňka, třezalka..) jako placebo nebo mají skutečný vliv na léčbu poporodních depresí?
- Jak je to s účinností dalších alternativních možností léčby?
- Jsou antidepresiva nejlepší volbou v léčbě poporodních depresí?
- Je vhodnou léčbou psychoterapie?

Jak jsem již naznačila, v jedné z posledních částí mého výzkumu se zabývám oporou, která byla maminkám poskytována jak ze strany partnera, tak ze strany původní rodiny. Na tyto otázky se odpovědi respondentek poněkud různí. Vyčíst z těchto odpovědí lze ale jedno, ty respondentky, které zažívaly od partnera a rodiny podporu, si to velmi pochvalovaly a velmi si za to svého partnera vážily. Naopak respondentky, kterým se tohoto pocitu podpory nedostalo, byly ze svých partnerů zklamané a smutné. Jedna respondentka dokonce uvedla tento nezájem jako důvod rozpadu vztahu.

Výzkum tedy jasně naznačuje, že opora blízkého člověka je pro ženu trpící poporodní depresí nesmírně důležitá. A může být dokonce terapeutická. To dokazuje i fakt, že respondentky, které tuto podporu nezažily, ji uvedly jako možnost, jak se poporodní deprese dříve zbavit. Mezi další možnosti rychlejší léčby pak respondentky ještě uvedly odbornou pomoc.

Až na jednu výjimku se respondentky shodují, že poporodní depresi se nedá předejít. Jedna z respondentek otěhotněla neplánovaně, ale ve finále se na miminko těšily všechny. Že by se u nich mohla poporodní deprese vyskytnout, nepředpokládala ani jedna z nich. To jen potvrzuje fakt, že poporodní deprese si nevybírání, může postihnout ženu psychicky zdravou i nemocnou, dvacetiletou i čtyřicátnici, tu, která otěhotněla neplánovaně i tu, která se o miminko snažila léta. Tento fakt je velmi důležitý vrýt do povědomí veřejnosti.

5.5 Diskuze

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou porodů a následných poporodních depresí. Jsem si vědoma toho, že omezený počet respondentek nedovoluje mé poznatky extrapolovat na širší základnu rodiček, nicméně, na základě tohoto výzkumu jsem zformulovala otázky a hypotézy, kterým bych se ráda věnovala ve svém budoucím, obsáhlejších výzkumu.

Utvrдила jsem se v přesvědčení, že témata porodů, porodnic či poporodních depresí mě velmi zajímají a ráda bych se o nich dozvěděla více.

Naučila jsem se lépe vybírat a klást otázky, k čemuž mi tento výzkum velmi pomohl. Pro příště se budu snažit oslovit větší počet respondentek a ke každému výzkumnému okruhu budu formulovat více otázek.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala tématem početí, porodů a následných poporodních depresí. Má práce obsahuje hlavní dvě části. Nejprve jsem se zaměřila na část teoretickou, která mi poskytla informace o možných stresových, potažmo deprese spouštějících faktorech. K tomuto je zapotřebí alespoň povědomí o vývoji plodu, následným přirozeným porodu či porodu císařským řezem, a v neposlední řadě i povědomí o samotné poporodní depresi a následné léčbě. V praktické části jsem se snažila zjistit, které situace a stavy vyvolávají či podporují u maminek poporodní deprese a úzkosti, jakými způsoby maminky poporodní deprese vyléčily a jaká jim byla poskytnuta opora. Dále mne zajímalo, jak prožívaly těhotenství, jaký měly porod a následující dny v porodnici či co u nich depresivní stavy zhoršovalo

Z výzkumné sondy vyplynulo, že poporodní deprese se u maminek objevuje nečekaně, bez jakéhokoli předchozího upozornění. Je zřejmé, že komplikovaný porod může mít vliv na poporodní psychiku maminek a v některých případech může vyvolat přímo poporodní deprese. Též genetické predispozice mohou být důvodem onemocnění. Dále z výzkumu jasně vyplynulo, že podpora je pro všechny maminky nesmírně důležitá. Je to pochopitelné, ženy, které onemocněly poporodními depresemi o sobě pochybují, jak vyplynulo též z výzkumu, mají časté pocity méněcennosti a nedostatečnosti. Pochopení a podpora partnera (rodiny) v maminkách tyto nepříjemné pocity zmírňovaly. Naopak, ženy, kterým se pochopení nedostávalo, často poukazovaly na tento nedostatek jako na důvod zhoršení psychického stavu a prohlubování zmíněných pocitů méněcennosti či nedostatečnosti. Všechny maminky se cítily „ve své kůži“ do roka od propuknutí nemoci, nicméně většině dotazovaných se zlepšil psychický stav do několika měsíců.

Na základě tohoto výzkumu jsem si potvrdila, že bych se do budoucna ráda nadále věnovala porodům a poporodním depresím. Věřím, že se mi podaří rozšířit výzkum ve všech zde probíraných okruzích otázek, od plánování těhotenství po porod a následné negativní psychické stavy.

V této bakalářské práci jsem dále chtěla „ukázat“, že po porodu nemusí být role novopečené maminky tak radostnou a záviděníhodnou událostí, jak by se mohlo na první pohled zdát a jak je to ve většině případů okolím vnímáno. Je velmi časté, že ženy po porodu prožívají smutky, strachy, obavy a úzkosti, ale ne všechny rodičky se s těmito problémy svěří. Hlavním

důvodem je, že se za tyto negativní, společností tabuizované pocity stydí, vždyť se přeci mají radovat, mají miminko. U některých žen po pár dnech tyto příznaky vymizí. U maminek, kterým však příznaky přetrvávají, to může znamenat rozvíjející poporodní depresi různé intenzity.

Jsem názoru, že tyto předsudečné pohledy společnosti na poporodní deprese se mohou zmírnit, či v lepším případě dokonce odstranit, jestliže se přestaneme bát hovořit o věcech, jež jsou brány za společenské tabu. Myslím, že by mohlo pomoci informovat každou nastávající maminku, včetně její rodiny, o riziku možného výskytu psychické poruchy po porodu. Vždyť je přeci v pořádku mít strach z nově přichozí situace, je normální o sobě zapochybovat, spíše by bylo zvláštní, kdyby tomu tak nebylo. U většiny žen čas nastolí homeostázu a maminka se sžije se svou novou rolí a se svým dítětem. A maminky, které k tomuto „sžítí“ potřebují určitou pomoc je třeba neodsuzovat, ale naopak podporovat. Poporodní deprese si nevybírá, může potkat každou ženu a je třeba si uvědomit, že to nesnižuje její kvality a není to nic, za co by se měla vůči svému partnerovi, rodině a společnosti stydět.

Seznam použité literatury:

Literatura:

- ANDO, V., *Klasická čínská medicína : základy teorie*. Svítání, 1995, ISBN 80-901788-0-4.
- BINDER, T., *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 297 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
- BURIAN, J. Poporodní psychické poruchy. In ROZTOČIL, A. et al. Intenzivní péče na porodním sále. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 274 s. ISBN 80-7013-230-2.
- CALDA, P., *Moderní gynekologie a porodnictví – Císařský řez*, Levret, s. r. o. 2008 ISSN 1211- 1058.
- CRESWELL, J. W. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4th ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2013, 273 s. ISBN 978-1452226101.
- ČECH, Evžen, HÁJEK, Zdeněk, MARŠÁL, Karel, SRP, Bedřich et al. *Porodnictví*. vydání první. Praha: Grada, 1999. 434 s. ISBN 80-7169-355-3.
- ČECHOVSKÝ, J., *Homeopatie - víc než léčba*. Alternativa: 1999, ISBN:80-85993-33-3.
- DOLEŽAL, A., *Od babičtví k porodnictví*. Karolinum, 2002. 144 s. ISBN: 802-460-27-76.
- DOLEŽAL, A., *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
- GREGORIA, M., VELEMÍNSKÝ, M. ml., *Nová kniha o těhotenství a mateřství*, Grada Publishing, a.s. 2011, ISBN: 978-80-247-3081-3.
- HANÁKOVÁ, T., a kol., *Velká česká kniha o matce a dítěti*. Praha: Computer Press, a. s. 2010. 249 s. ISBN 978-80-251-2788-9.
- HONZÁK, R., *Deprese*. Galén 1999, ISBN:80-85824-95-7.
- HOUROVÁ, M., KRÁLÍČKOVÁ, M., UHER P., *Vývoj miminka před narozením.*, Portál: 2010 ISBN: 978-80-247-1942-9.
- KRATOCHVÍL, S., *Základy psychoterapie*. Praha: Portál: 2010, 403 s. ISBN: 978-80-262-0302-5.
- LÁBUSOVÁ, E., MRZLÍKOVÁ SUSOVÁ, I. (2004). Průvodce porodnicemi České republiky. Praha: Argo.
- NICOLSON, P., *Poporodní deprese* . Praha: GRADA PUBLISHING SPOL.S R.O.,2001, ISBN: 80-7169-938-1.
- PATEL, R., *Zlatá aromaterapie*. Pragma: 2013, ISBN: 978-80-7349-371-4.

- PAŘÍZEK, A., *Kritické stavy v porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, xxxii, 285 s. ISBN 978-80-7262-949-7.
- PRAŠKO, J., *Kognitivně – behaviorální terapie v praxi*. Praha: Portál, 2013, ISBN: 978-80-262-0501-2.
- PRAŠKO, J. *Psychoterapie poporodních depresí*. In *Psychiatrie*, 2002, roč. 6, Suppl. 2, s. 41-46.
- RATISLAVOVÁ, K., *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. vydání první. Praha: Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
- ROZTOČIL, A., a kol. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
- SEDMÍK, J. *Kompletní kniha masážních technik*. 1. vyd. Praha : Svoboda, 1995. 188 s. ISBN 80-205-0429.
- SIMKIN, P., *Partner u porodu*. Agro: 2000, ISBN: 80-7203-308-5.
- VYBÍRAL, Z., ROUBAL J., *Současná psychoterapie*. Praha: Portál: 2010. 744 s. ISBN: 978-80-7367-682-7.
- VYMĚTAL, J., *Úvod do psychoterapie*, Grada 2003, ISBN 978-80-247-2667-0.
- WIDER, J., *Pomoc! Jak se nezbláznit po porodu*. Metafora 2009, ISBN:978-80-7359-202-8.
- ZWINGER, A., *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, c2004, xxiv, 532 s. ISBN 80-246-0822-7.

Seznam příloh

Příloha P I: Seznam otázek pro rozhovor

Příloha P II: Rozhovor A

Příloha P III: Rozhovor B

Příloha P IV: Rozhovor C

Příloha P V: Rozhovor D

PŘÍLOHA PI: SEZNAM OTÁZEK PRO ROZHOVOR

1. *Otěhotněla jste plánovaně?*
2. *V jakém věku jste rodila?*
3. *Při kolikátém těhotenství u Vás poporodní deprese vznikla?*
4. *Měla jste v těhotenství dostatečné materiální zázemí?*
5. *Jak se k Vám během těhotenství choval partner?*
6. *Jak se k Vám během těhotenství choval zbytek rodiny?*
7. *Jak probíhal Váš porod (přirozený, cisařský řez)?*
8. *Jaké máte vzpomínky na porod a následující dny v porodnici?*
9. *Jak se k Vám choval při porodu nemocniční personál?*
10. *Měla jste již dříve nebo někdo z Vaší rodiny psychické problémy?*
11. *Kdy se u Vás projevily první příznaky poporodní deprese? A jaké to byly?*
12. *Jak u Vás poporodní deprese rostla?*
13. *Měla jste při poporodní depresi pocity nedostatečnosti či méněcennosti?*
14. *Co ve Vás vyvolávalo horší depresivní stavy?*
15. *Navštívila jste během poporodní deprese psychoterapeuta? Pokud ano, pomohlo Vám to?*
16. *Jak jste postupovala abyste se poporodní deprese zbavila?*
17. *Jak dlouho trvalo, než u Vás poporodní deprese odezněla?*
18. *Pomáhal Vám psychicky partner v řešení poporodní deprese?*
19. *Pomáhal Vám fyzicky partner v péči o novorozeně?*
20. *Jak se k Vaší poporodní depresi postavila rodina?*
21. *Pomáhala Vám rodina v péči o novorozeně?*
22. *Co myslíte, že by Vám pomohlo poporodní depresi vyléčit dříve?*
23. *Myslíte si, že se dá poporodní depresi něčím předejít? Pokud ano, čím?*

PŘÍLOHA PII: ROZHOVOR A

Rozhovor s respondentkou A proběhl u ní doma v panelovém bytě 3+1 v Táboře. Paní D., 28 let pochází z Veselí nad Lužnicí. V současné době je na mateřské dovolené se svou dvouletou dcerou. Paní D. není vdaná, ale žije se svým dlouholetým partnerem, který je otcem již zmiňované dcerky. Paní D. je absolventkou obchodní akademie a až do pátého měsíce těhotenství pracovala jako recepční v hotelu.

1. Otěhotněla jste plánovaně?

Ne, se svým partnerem jsme miminko sice plánovali, nicméně nejméně až za pět let. Když jsem zjistila těhotenství byl to pro mě velký šok. I slovo interrupce u nás doma zaznělo, ale bylo brzy zavrhnuto.

2. V jakém věku jste rodila?

Rodila jsem ve svých 26. letech.

3. Při kolikátém těhotenství u Vás poporodní deprese vznikla?

Jednalo se o mé první těhotenství.

4. Měla jste v těhotenství dostatečné materiální zázemí?

Neměli, byl to i důvod, proč jsme s plánováním rodiny chtěli ještě nějakou chvíli počkat. Měli jsme v plánu ještě trochu cestovat, případně se posunout v práci na vyšší pozice. Chtěli jsme stihnout i svatbu, na kterou zatím nedošlo dodnes.

5. Jak se k Vám během těhotenství choval partner?

I pro partnera to bylo velmi náročné období, měla jsem pocit, jako kdyby tuto situaci dával za vinu jen mně. V prvních měsících těhotenství jsme se velmi často hádali. Snažila jsem se ho chápat. Ale bylo to těžké, trpěla jsem velkými nevolnostmi, bolestmi hlavy a do toho neustálé útoky mého partnera. Na toto období též nevzpomínám v dobrém. Po pár měsících si můj partner začal zvykat na nastávající stav, náš vztah se začal zlepšovat.

6. Jak se k Vám během těhotenství choval zbytek rodiny?

Má rodina se zachovala výborně. Moje maminka měla velkou radost o vnoučatech mluvila již několik let a můj otec byl též rád. I když jeho radost nebyla tak výrazná. Rodiče mého partnera situaci moc neřešili, tedy alespoň ne před námi. Vzali to na vědomí.

7. Jak probíhal Váš porod (přirozený, císařský řez)?

Rodila jsem přirozeně. Porod trval asi šestnáct hodin, bylo to pro mě velmi náročné. Jak psychicky, tak fyzicky.

8. Jaké máte vzpomínky na porod a následující dny v porodnici?

Na prvních čtrnáct hodin porodu nevzpomínám moc v dobrém. Cítila jsem neskutečné bolesti bez jakéhokoliv posunu v porodu. Když už jsem konečně porodila, cítila jsem chvilkovou úlevu – konečně ty šílené bolesti ustaly, měla jsem to za sebou. Nicméně, hned co jsem se vzpamatovala začal kolotoč koupání, přebalování, vážení, pláče. Psychicky jsem se necítila dobře. Myslela jsem si, že to přejde až přijedu domů a režim si budu určovat sama. Ale bohužel to nepřešlo.

9. Jak se k Vám choval při porodu nemocniční personál?

Choval se normálně. Nemohu říci, že by mě něco vyloženě urazilo nebo nadchlo. Možná bych ocenila individuálnější přístup.

10. Měla jste již dříve nebo někdo z Vaší rodiny psychické problémy?

Nemám to oficiálně potvrzené, ale jsem si celkem jista, že můj otec trpí úzkostmi nebo mírnými depresemi. Sama jsem relativně pesimistický člověk, ale úzkostmi nebo depresemi netrpím.

11. Kdy se u Vás projeví první příznaky poporodní deprese? A jaké to byly?

Jak jsem již psala, necítila jsem se dobře již v porodnici. Byla jsem unavená, plačtivá, rozrušená, náladová. Nechtěla jsem v porodnici žádnou návštěvu, bylo pro mě těžké se přetvařovat.

12. Jak se Vás poporodní deprese vyvíjela?

Když jsem přijela z porodnice, má špatná nálada neustupovala.

13. Měla jste při poporodní depresi pocity nedostatečnosti či méněcennosti?

Ano, veliké. Výčitky mé matky mě vždy dostaly na kolena. Je těžké si přiznat, že nezvládáte tak přirozenou věc, jakou je mateřství.

14. Co ve Vás vyvolávalo horší depresivní stavy?

Například návštěvy mé rodiny. Jak jsem již říkala, moje matka do mě neustále hučela. Absolutně tomu nerozuměla.

15. Navštívila jste během poporodní deprese psychoterapeuta? Pokud ano, pomohlo Vám to?

Psychoterapeuta jsem nenavštívila, ale měla jsem to v plánu, kdyby léky nezabraly.

16. Jak jste postupovala abyste se poporodní deprese zbavila?

Po návratu z nemocnice jsem se snažila jen před návštěvami, kterých bylo v té době požehnaně, předstírat, že je vše v pořádku. Když následně odešly, propukla jsem vždy

v pláč. Stav totální beznaděje trval asi měsíc. Brala jsem třezalku, pila bylinné čaje, které ovšem zkraje nezabíraly. Snažila jsem se víc chodit mezi lidi a na procházky s dcerkou. Nakonec jsem zašla ke svému obvodnímu lékaři, který mi předepsal nějaké slabé léky na spaní a uvolnění. Po dalších dvou měsících jsem léky postupně vysadila, bála jsem se toho, ale kupodivu to šlo velmi dobře.

17. Jak dlouho trvalo, než u Vás poporodní deprese odezněla?

Okolo čtyř až pěti měsíců.

18. Pomáhal Vám psychicky partner v řešení poporodní deprese?

Snažil se, ale musel chodit do práce, domů se vracel unavený. Snažil se se mnou o mých stavech mluvit, ale většinou to končilo hádkou. Moc mi nerozuměl.

19. Pomáhal Vám fyzicky partner v péči o novorozeně?

Ano, po večerech se snažil.

20. Jak se k Vaší poporodní depresi postavila rodina?

Moje matka tomu vůbec nerozuměla, pořád mi říkala, jak mám být šťastná, že mám zdravou holčičku, což mé psychice moc nepomáhalo. Otec to nekomentoval. Rodině partnera jsme o mých problémech neřekli.

21. Pomáhala Vám rodina v péči o novorozeně?

Naše rodiny jezdili na návštěvy, když u nás byli, tak se o malou starali.

22. Co myslíte, že by Vám pomohlo poporodní depresi vyléčit dříve?

Možná právě ta návštěva terapeuta, nestydět se a zajít tam. Myslím si, že ten první měsíc, kdy se můj stav prohluboval jsem již měla jednat a něco podniknout. Pomohlo by mi větší partnerovo pochopení.

23. Myslíte si, že se dá poporodní depresi něčím předejít? Pokud ano, čím?

Možná ještě před porodem si sama v sobě věci přerovnat. Nebo pokud již přijde, tak se nestydět a začít řešit problém. Hodně spát.

..

PŘÍLOHA P III: ROZHOVOR B

Rozhovor s respondentkou B proběhl u mě doma v bytě 3+1 v Táboře, když ke mně přijela na návštěvu. Paní B. (34 let) žije v Praze na Chodově. V současné době pracuje v jedné reklamní firmě jako marketingová vedoucí. Paní B žije ve spokojeném manželství a se svým mužem se starají o svého čtyřletého syna. Paní B vystudovala vysokou školu ekonomického směru.

1. Otěhotněla jste plánovaně?

Ano, otěhotněla jsem zhruba po roce snažení o miminko.

2. V jakém věku jste rodila?

Rodila jsem ve svých 30. letech.

3. Při kolikátém těhotenství u Vás poporodní deprese vznikla?

Bylo to mé velmi vytoužené první těhotenství.

4. Měla jste v těhotenství dostatečné materiální zázemí?

Ano, průměrná rodina

5. Jak se k Vám během těhotenství choval partner?

S manželem nám trvalo bez mála rok než se mi podařilo otěhotnět. Můj muž již začínal být nervózní a dával mi to najevo. Když jsem mu tedy konečně oznámila, že jsem těhotná, byli jsme oba velmi šťastni. Manžel byl velmi pozorný, bylo pro něj těžké uchovat první trimestr mé těhotenství v utajení, okamžitě se chtěl všem pochlubit.

6. Jak se k Vám během těhotenství choval zbytek rodiny?

Obě naše rodiny věděly, že se o miminko snažíme, takže když jsme to doma oznámili, též byli rádi.

7. Jak probíhal Váš porod (přírozený, císařský řez)?

Bohužel císařským řezem. Miminko bylo špatně převrácené, proto jsem musela podstoupit plánovaný císařský řez.

8. Jaké máte vzpomínky na porod a následující dny v porodnici?

Když jsem se dozvěděla, že budu muset родit císařským řezem, byla jsem velmi zklamaná. Chodila jsem do předporodních kurzů a skoro jsem se na přírozený porod těšila. Oplakala jsem to. Po císaři mě velmi bolela jizva. Nicméně již od druhého dne

jsem se o miminko musela starat. Bylo to pro mě velmi náročné. Několikrát jsem v porodnici vzteky brečela.

9. Jak se k Vám choval při porodu nemocniční personál?

Moje ošetřující lékařka byla velmi milá a vstřícná. Co mi bylo nepříjemné bylo chování sester, které měly občas nevkusné poznámky ohledně mé rychlosti jako „vy jste ještě nebyla ve sprše?“ Apod.

10. Měla jste již dříve nebo někdo z Vaší rodiny psychické problémy?

Ano, já jsem měla. Před pár lety jsem brala nějakou dobu léky na depresivní stavy proti panické poruše. Léky jsem asi po roce vysadila a dále docházela ještě nějaký čas na psychoterapii.

11. Kdy se u Vás projevíly první příznaky poporodní deprese? A jaké to byly?

Nejsem si jistá. Možná již v porodnici. Cítila jsem se tam neschopná, velmi mě bolela jizva a opravdu jsem byla pomalejší, poznámky sester mému stavu taky nepomohly. Již v nemocnici jsem brečela, ne smutkem, ale vyloženě vztekem, po návratu z porodnice se to na pár dnů zklidnilo, byla jsem ráda, že jsem doma.

12. Jak se Vás poporodní deprese vyvíjela?

Zhruba deset dnů po návratu domů jsem začala být velmi plačtivá, nic mě nebavilo, nechtělo se mi nic dělat, jen ležet. Sotva jsem se o mimino dokázala postarat. Měla jsem nespavost, nechutenství, ohromný úbytek na váze...

13. Měla jste při poporodní depresi pocity nedostatečnosti či méněcennosti?

Měla. Bylo mi strašně, že nezvládám standardní péči o miminko.

14. Co ve Vás vyvolávalo horší depresivní stavy?

Hodně mě ubíjelo, když jsem viděla jiné maminky, jak mateřství krásně zvládají a mně to nejde. A to jsem většinou o několik let starší než ony a miminko jsem si moc přála.

15. Navštívila jste během poporodní deprese psychoterapeuta? Pokud ano, pomohlo Vám to?

Ne

16. Jak jste postupovala abyste se poporodní deprese zbavila?

Po dvou měsících jsem skončila na psychiatrii. Nasadili mi antidepresiva. Velmi mi to pomohlo, již po pár dnech se mi značně ulevilo. Byla jsem propuštěná domů. Sice mě velmi trápilo, že jsem přišla o mléko, bylo to jedno z nejtěžších rozhodnutí, nicméně jsem udělala to nejlepší co jsem mohla pro sebe i dítě.

17. Jak dlouho trvalo, než u Vás poporodní deprese odezněla?

Úplně vyléčená jsem se cítila asi po půl roce.

18. Pomáhal Vám psychicky partner v řešení poporodní deprese?

Zprvu mému stavu moc nerozuměl, ale když viděl jak je to vážné byl velmi ohleduplný, snažil se mě psychicky podpořit.

19. Pomáhal Vám fyzicky partner v péči o novorozeně?

Ano, po práci se staral výborně.

20. Jak se k Vaší poporodní depresi postavila rodina?

Nejprve jsem se velmi styděla to našim rodinám svěřit. Tak moc jsem si přála miminko a pak se o něj nejsem schopna postarat. Než jsem se rozhodla vyhledat odbornou pomoc, tak jsme to rodině mé i partnera oznámili. Jak se s tím doma vyrovnávaly nevím, ke mně se zachovaly velmi dobře a v době, kdy jsem byla v nemocnici nám pomáhaly s péčí o malého.

21. Pomáhala Vám rodina v péči o novorozeně?

Ano, pomáhal manžel i naše rodiny.

22. Co myslíte, že by Vám pomohlo poporodní depresi vyléčit dříve?

Dřívější vyhledání odborné pomoci. Jinak asi nic. Manžel se choval skvěle, naše rodiny též.

23. Myslíte si, že se dá poporodní depresi něčím předejít? Pokud ano, čím?

Myslím si, že ne. Již dříve jsem měla psychické problémy, je možné že je to trochu dané i tím. Velmi mi pomohla rodina a manžel se s tímto problémem poprat v relativně krátké době, nyní si již mohu užívat toho opravdového mateřství.

..

PŘÍLOHA P IV: ROZHOVOR C

Rozhovor s respondentkou C, paní H. proběhl u ní doma v cihlovém bytě 4+kk v Praze ve Vysočanech. Paní H. (27 let) pracuje v současné době jako provozní jednoho pražského podniku. Paní H. je nyní znovu těhotná se svým novým partnerem. Brzy tedy půjde na mateřskou dovolenou. Paní H. se na možnou poporodní depresi u druhého miminka snaží vůbec nemyslet. Zatím se prý cítí dobře a kdyby taková situace nastala, řešila by ji okamžitě.

1. Otěhotněla jste plánovaně?

Ano, u prvního dítěte jsem otěhotněla asi třetí měsíc snažení.

2. V jakém věku jste rodila?

Rodila jsem ve svých 22. letech

3. Při kolikátém těhotenství u Vás poporodní deprese vznikla?

Při prvním.

4. Měla jste v těhotenství dostatečné materiální zázemí?

Měli jsme s partnerem tak akorát.

5. Jak se k Vám během těhotenství choval partner?

Měl radost, že se nám relativně rychle podařilo počít, ale moc se mým těhotenstvím nezabýval. První trimestr byl pro mě těžký, přestala jsem kouřit, byla jsem tedy pár týdnů nervózní. manžel přede mnou dále kouřil, nebral ohledy na mě nebo na miminko. Když jsem si stěžovala na nevolnosti, jeho obvyklá odpověď byla „chtěla jsi dítě, tak musíš něco vydržet“, to že ho chtěl i on nějak zapomněl.

6. Jak se k Vám během těhotenství choval zbytek rodiny?

Se svou matkou jsem v té době moc nevycházela, o svém těhotenství jsem jí řekla až v pátém měsíci. Velkou radost neměla, myslela si, že jsem ještě moc mladá. Se situací se s narozením syna smířila. Rodina manžela měla velikou radost, můj muž je o deset let starší než já, takže tam už po vnoučátku toužili velmi.

7. Jak probíhal Váš porod (přirozený, císařský řez)?

Akutní císařský řez

8. Jaké máte vzpomínky na porod a následující dny v porodnici?

Po příjezdu do nemocnice vše vypadalo v pořádku, porod bohužel špatně pokračoval, proto musel přijít na řadu císařský řez. Velmi mě to vyděsilo, nikdy jsem nebyla

v narkóze. Když jsem ale spatřila svoje miminko, velmi rychle jsem na vše špatné zapomněla. Následné dny v porodnici jsem zažívala euforii, plakala pouze radostí.

9. Jak se k Vám choval při porodu nemocniční personál?

Co si tak vzpomínám, všichni se chovali profesionálně a velmi mile.

10. Měla jste již dříve nebo někdo z Vaší rodiny psychické problémy?

Nevím o tom.

11. Kdy se u Vás projevíly první příznaky poporodní deprese? A jaké to byly?

Začalo to zhruba až čtyři týdny po návratu z porodnice. Plíživě. Začala jsem být velmi vyčerpaná, plačtivá a unavená. Neustále jsem přemýšlela o tom, zda budu dobrá matka a jestli se zvládnou o miminko plnohodnotně postarat.

12. Jak se Vás poporodní deprese vyvíjela?

Začala se mi motat hlava, často jsem cítila třes. O miminko jsem se dále starala velmi dobře, ale bylo to takové mechanické, vůbec jsem si to neužívala, když malý usnul velmi se mi ulevilo.

13. Měla jste při poporodní depresi pocity nedostatečnosti či méněcennosti?

Připadala jsem si jako neúplná žena, ano, nedostatečná, méněcenná.

14. Co ve Vás vyvolávalo horší depresivní stavy?

Když někdy miminko celé noci proplakalo a já jsem byla unavenější než obvykle, vždy se má psychika ještě zhoršila. Dále nechápavé pohledy mého muže.

15. Navštívila jste během poporodní deprese psychoterapeuta? Pokud ano, pomohlo Vám to?

Ano. Svěřila jsem se se svými problémy mé dobré kamarádce, která mi doporučila jednu paní psychoterapeutku. Zpočátku jsem na terapii docházelo dvakrát týdně. Postupně jedenkrát týdně a pak jednou za čtrnáct dnů. Moc mi to pomohlo.

16. Jak jste postupovala abyste se poporodní deprese zbavila?

Navštívila jsem psychoterapeuta, hodně spala, kdykoliv miminko usnulo, šla jsem si lehnout taky. Pila jsem čaje s meduňkou, ale nevím, jestli měly efekt. Hodně mi pomohlo, když začal syn v noci více spinkat.

17. Jak dlouho trvalo, než u Vás poporodní deprese odezněla?

Poměrně rychle jsem vyhledala pomoc, takže jsem se cítila relativně dobře už tak dva až tři měsíce po porodu. Úplně v pořádku jsem si přišla až tak rok po porodu.

18. Pomáhal Vám psychicky partner v řešení poporodní deprese?

Velmi málo. Když jsem mu řekla, že půjdu na terapii, jen se tak zvláště zatvářil. To si pamatuji dodnes. Náš vztah nakonec nevydržel, když byly synovi dva roky, rozhodli jsme se jít od sebe.

19. Pomáhal Vám fyzicky partner v péči o novorozeně?

S malým si po práci hrál, pochoval, pomazlil. Ale syna nepřebaloval, nekoupal.

20. Jak se k Vaší poporodní depresi postavila rodina?

Podařilo se nám tuto situaci před rodinami utajit.

21. Pomáhala Vám rodina v péči o novorozeně?

Naše rodiny jen jezdily na návštěvy.

22. Co myslíte, že by Vám pomohlo poporodní depresi vyléčit dříve?

Nevím, jestli by mi pomohlo poporodní depresi vyléčit dříve, ale porozumění partnera by mi určitě ulehčilo.

23. Myslíte si, že se dá poporodní depresi něčím předejít? Pokud ano, čím?

Myslím si, že nedá. Vždy jsem se cítila psychicky kompenzovaná. Nikdy by mě ani ve snu nenapadlo, že se něco takového stane zrovna mně. Stalo. Důležité je situaci řešit. Jsem na sebe pyšná, že jsem ve svých dvaadvaceti letech měla odvahu jít k odborníkovi.

PŘÍLOHA V: ROZHOVOR D

Rozhovor s respondentkou D, paní J. probíhal v jejím bytě 3+1 v Praze na Roztylech. Paní J. (37 let) je nyní na mateřské dovolené. Až se bude paní J. vracet do pracovního procesu, ráda by si našla práci v oblasti obchodu, jelikož vystudovala OA se zaměřením právě na obchod.

1. Otěhotněla jste plánovaně?

Ano, po půl roce.

2. V jakém věku jste rodila?

34

3. Při kolikátém těhotenství u Vás poporodní deprese vznikla?

Při druhém.

4. Měla jste v těhotenství dostatečné materiální zázemí?

Ano

5. Jak se k Vám během těhotenství choval partner?

Již máme desetiletého syna, ale když jsem mu oznámila, že jsem znovu těhotná byl šťastný stejně jako při prvním těhotenství. Skoro denně mi domů nosil ovoce a zeleninu. Neustále se ptal jak se cítím.

6. Jak se k Vám během těhotenství choval zbytek rodiny?

Velmi dobře. O víkendech se babičky střídaly v péči o syna, abych měla i nějaký čas na odpočinek.

7. Jak probíhal Váš porod (přirozený, císařský řez)?

Přirozeně.

8. Jaké máte vzpomínky na porod a následující dny v porodnici?

Porod trval asi šest hodin, ale nakonec vše proběhlo bez komplikací. V porodnici jsem se cítila docela dobře. Moc jsem si přála holčičku a to se mi také splnilo. Den před propuštěním mě přepadl strach, jak to všechno zvládneme, jak to bude zvládat syn...

9. Jak se k Vám choval při porodu nemocniční personál?

Velmi slušně.

10. Měla jste již dříve nebo někdo z Vaší rodiny psychické problémy?

Ne

11. Kdy se u Vás projevíly první příznaky poporodní deprese? A jaké to byly?

Lehký náznak jsem měla již v porodnici, jak jsem již říkala, z ničeho nic mě přepadl strach jak to všechno zvládneme. Bála jsem se, aby se syn vyrovnal s novou situací, dále abych vše zvládla já, přeci jen, již mi bylo pětatřicet....

12. Jak se Vás poporodní deprese vyvíjela?

Po příjezdu z nemocnice mě přepadaly zvláštní myšlenky. Jestli jsme udělali dobře, že jsme vlastně byli docela spokojeni i bez druhého miminka. Ty hned střídaly výčitky svědomí při pohledu na tu nádhernou bytůstku.... Na synovi bylo opravdu vidět, že není úplně smířen s tím, že veškerá pozornost se přesouvá na miminko, to mi též nepřidalo. Další mé nepříjemné symptomy byly bolest hlavy, smutek, pláč, zoufalství. Ještě musím doplnit, že jsem brečela jen když u toho nikdo nebyl. Strašně jsem se za to styděla a nikomu o tom neřekla.

13. Měla jste při poporodní depresi pocity nedostatečnosti či méněcennosti?

Ano, nechápala jsem, proč jsem to poprvé bez problémů zvládla a nyní se cítím pod psa.

14. Co ve Vás vyvolávalo horší depresivní stavy?

Ten pocit, že jsem nevděčná. Moc jsem si druhé dítě přála a místo toho abych se radovala, že mi to bylo umožněno, mít zdravé, krásné miminko, tak jsem pořád vymýšlela co je špatně....

15. Navštívila jste během poporodní deprese psychoterapeuta? Pokud ano, pomohlo Vám to?

Ne

16. Jak jste postupovala abyste se poporodní deprese zbavila?

Racionálně jsem si dokola vysvětlovala, že jsem si to moc přála a že si to ten drobeček nezaslouží. Snažila jsem se hodně spát, pít dostatečně vody, dobře se stravovat. Když malá usnula, zkoušela jsem různá dechová cvičení, co jsem našla na internetu, musím uznat, že to docela zabralo. A pak mi pomohl čas. Syn začal malou zbožňovat. My všichni jsme se do ní moc zamilovali.

17. Jak dlouho trvalo, než u Vás poporodní deprese odezněla?

Dva měsíce.

18. Pomáhal Vám psychicky partner v řešení poporodní deprese?

Partner o mém problému nevěděl, připadala jsem mu smutná, ale vždy jsem mu řekla, že jsem jen unavená. Svěřila jsem se mu až když jsem se cítila už dobře.

19. Pomáhal Vám fyzicky partner v péči o novorozence?

Pomáhal jak se dalo, velmi ho péče o malou bavila.

20. Jak se k Vaší poporodní depresi postavila rodina?

Rodině jsem se také nesvěřila.

21. Pomáhala Vám rodina v péči o novorozence?

Ne

22. Co myslíte, že by Vám pomohlo poporodní depresi vyléčit dříve?

Je možné, že by mi pomohla návštěva odborníka, ale já jsem se tak styděla, že jsem si to vůbec nedokázala představit, někam jít.

23. Myslíte si, že se dá poporodní depresi něčím předejít? Pokud ano, čím?

Nedá. Hormony jsou hormony.

Anotace: Tato bakalářská práce se zabývá problematikou těhotenství, porodu a následných poporodních depresí. Teoretická část blíže vymezuje vývoj plodu až do samotného porodu. Popisuje přirozený porod, císařský řez a jeho vnímání rodičkou. Dále se tato práce zaměřuje na poporodní deprese a následnou léčbu. Výzkumná část se zabývá otázkou, které situace a stavy vyvolávají či podporují u maminek poporodní deprese a úzkosti a jakými způsoby maminky poporodní deprese vyléčily či jaká jim byla poskytnuta opora. Předmětem zájmu je též období těhotenství a porod.

Klíčová slova: poporodní deprese, porod, vývoj plodu, rodička, léčba poporodní deprese, psychika

Abstract: This bachelor thesis deals with pregnancy, childbirth and postpartum depression. The theoretical part further defines fetal development to childbirth. It describes natural childbirth, cesarean section and perception of mother. This work focuses on postpartum depression and subsequent treatment. The research deals with the question of which aspects of and promote the cause of postpartum depression and anxiety in mothers. How to cure mothers postpartum depression, which they should support. In also focuses is also the period of pregnancy and childbirth.

Key words: postpartum depression, childbirth, fetal development, the woman, treatment of postpartum depression, mental

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Příjmení a jméno autorky: Varnušková Milana

Studijní program: Kombinované bakalářské studium

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Poporodní deprese

Počet stran (bez příloh): 51

Celkový počet stran příloh: 17

Počet titulů české literatury a pramenů: 25

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 3

Vedoucí práce: MUDr. Jan Poněšický

Rok dokončení práce: 2015

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má bakalářská/diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:.....

.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou/diplomovou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: *Milana Varmáková*

Obor studia: *Sociální práce*

Název práce: *Poporodní deprese*

Vedoucí/oponent práce: *Jan Pomeřický*

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): *57*

Počet stránek příloh: *17*

Počet titulů v seznamu literatury: *28*

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	<i>X</i>			
--	----------	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	<i>X</i>			
--	----------	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		<i>X</i>		
--	--	----------	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		<i>X</i>		
--	--	----------	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		<i>X</i>		
--	--	----------	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

			<i>X</i>	
--	--	--	----------	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		<i>X</i>		
--	--	----------	--	--

Využití výzkumných empirických metod

			<i>X</i>	
--	--	--	----------	--

Využití praktických zkušeností

			<i>X</i>	
--	--	--	----------	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		<i>X</i>		
--	--	----------	--	--

Naplnění cílů práce

		<i>X</i>		
--	--	----------	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			<i>X</i>	
--	--	--	----------	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		<i>X</i>		
--	--	----------	--	--

** 0 – nezhodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

		X		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak byste charakterizovala psychody namíken
deprese a jak tato souvisí s poprodni depresí?
Jak souvisí stres s depresí?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Celkově je vřelá a sacha po kompletním
přístupu ke vzniku poprodni deprese s mož-
nostmi její prevence.
Celá práce je skoro ve všech bodech charakterizována
jistou stálostí, vol - tetna deprese nemá
dostatečně popracováno

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace: *Velmi dobrá až dobrá*

Datum, podpis:

5.9.2015 Puenc

* nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Milana Varnušková
 Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
 Název práce: Poporodní deprese
 Oponent práce: Mgr. Michaela Titmanová

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 51

Počet stránek příloh: 17

Počet titulů v seznamu literatury: 25 české literatury, 3 zahraniční literatury

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

			3	
--	--	--	---	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2	3	
--	--	---	---	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

		2	3	
--	--	---	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

		2	3	
--	--	---	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

V čem vidí studentka přínos své práce?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka ve své práci zpracovala téma Poporodní deprese. BP obsahuje teoretickou a praktickou část.

V teoretické části autorka v 1.kap. popisuje vývoj plodu – těhotenství, 2. kap. Věnuje historii porodů, 3. kap. Poté přirozeného porodu a císařskému řez a 4. kap. věnuje popisu poporodních psychických poruch.

V praktické části uvádí analýzu a výsledky rozhovorů se 4 respondentkami o jejich psychických potížích po porodu.

Obsahová stránka – teoretická část:

Autorka pro komplexnost uvádí v 1. kapitole na 5 stránkách popis průběhu těhotenství – vzhledem k tématu práce Poporodní deprese lze považovat takový prostor věnovaný vývoji těhotenství za adekvátní, ale nicméně formálně nezvládnutý. Tato kapitola je dále členěna do dalších 8 podkapitol, ve kterých autorka uvádí jednotlivá stádia těhotenství. Více než do podkapitol (kdy některá čítá i třeba 2,5 řádku včetně citace!!!) by bylo vhodné členit text do odrážek, příp. zvolit jinou úpravu. Podobné nedostatky vykazuje část textu věnovaná průběhu porodu, kdy se autorce daří na necelých dvou stránkách vytvořit 5 podkapitol.

Bohužel práce vykazuje i další formální nedostatky:

1. Nejednotnost formátování písma – názvy podkapitol jsou někde zvýrazněné tučně, jinde ne, to samé v seznamu literatury, někde psané názvy knih kurzívou, jinde ne.
2. Autorka uvádí 25 pramenů české literatury – ve skutečnosti je jich 27. Autorka uvádí 3 cizojazyčné prameny – skutečnost je 1.
3. Dále např. V kapitole 3.1.5. , kdy autorka popisuje komplikace porodu neuvádí citace.
4. Autorka v textu používá odborné zdravotnické výrazy (např. Kefalopelvický, atonie, Apgar skóre apod.), proto mi v práci chybí slovník s pojmy pro čtenářovu rychlejší orientaci.

Praktická část

Autorka si klade za cíl zjistit, co vyvolává a podporuje vznik depresí a úzkosti po porodu, str. 9. . Za tímto účelem realizuje rozhovory se 4 respondentkami. Jak autorka sama uvádí v textu, nemůže výsledky svého šetření zobecňovat. Přestože praktická část čítá jen malý počet respondentek, považuji zpracování, analýzu a výslednou interpretaci dat za zvládnutou.

Za slabší místa praktické části považuji oblasti, kde autorka hovoří o svých dalších výzkumných záměrech – str. 44 „Jak na porody doma nahlíží populace, do jaké míry je lékařem respektováno přání rodičky, jaká je spokojenost rodiček v porodnicích“ - toto nejsou hypotézy, jak autorka uvádí. V praktické části mi chybí srovnání s jiným výzkumem na toto nebo podobné téma. Celý text je silně citově angažovaný, autorka často vyjadřuje své vlastní názory jako obecné pravdy – viz např. Úvod.

Navrhuji hodnocení „dobře“

15. 8. 2015

Průběh práce!