

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD  
Ústav porodní asistence

Simona Orsáková

## **Poporodní deprese**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Marie Dlabačová

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením PhDr. Marie Dlabačové a uvedla v seznamu všechny použité literární i ostatní zdroje.

V Olomouci dne 6. května 2011

-----  
podpis

Děkuji PhDr. Marii Dlabačové za ochotu, vstřícnost, trpělivost a cenné rady, které mi byly poskytovány po celou dobu psaní bakalářské práce. Poděkování patří také všem, kteří mě podporovali při zpracování bakalářské práce a po celou dobu studia.

# **ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Název práce:** Poporodní deprese

**Název práce v AJ:** Postpartum depression

**Datum zadání:** 2011-01-28

**Datum odevzdání:** 2011-05-06

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

**Autor práce:** Simona Orsáková

**Vedoucí práce:** PhDr. Marie Dlabačová

## **Abstrakt v ČJ:**

Předmětem bakalářská práce je problematika poporodní deprese. Cílem práce bylo vytvořit přehledovou studii a popsat psychické změny po porodu, sociokulturní podmíněnost vzniku poporodní deprese a předložit poznatky farmakologického a alternativního způsobu léčby. Výzkumy uvedené v této práci vycházejí především z analýzy zahraničních zdrojů a studií.

## **Abstrakt v AJ:**

Subject of this thesis is the issue of postpartum depression. The aim was to create a review study and describe the emotional changes after birth, socio-cultural conditionality of postpartum depression and provide knowledge of the pharmacological and alternative therapy. Research referred in this work are based primarily on analysis of foreign sources and studies.

## **Klíčová slova v ČJ:**

poporodní deprese, kultura, rituály, léčba poporodní deprese

## **Klíčová slova v AJ:**

postpartum depression, culture, rituals, treatment of postpartum depression

**Rozsah:** 53 s., 1 příl.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	7
<b>1 PSYCHICKÉ ZMĚNY PO PORODU</b> .....	10
1.1 Historie poporodní deprese .....	10
1.2 Rozdělení psychických poruch .....	12
1.2.1 Poporodní blues.....	13
1.2.2 Poporodní deprese.....	13
1.2.3 Poporodní psychózy .....	14
1.3 Rizikové faktory vzniku PPD.....	15
1.4 Screening PPD ve světě .....	16
<b>2 POPORODNÍ DEPRESE V RŮZNÝCH KULTURNÍCH PROSTŘEDÍCH</b> .....	17
2.1 Non-západní kultury.....	18
2.1.1 Jordánsko .....	21
2.1.2 Asijské země .....	22
2.1.2 Latinské země.....	25
2.2 Západní kultury .....	26
2.2.1 Spojené státy .....	28
2.2.2 Severní Amerika .....	29
<b>3 TERAPIE POPORODNÍCH DEPRESÍ</b> .....	31
3.1 Hormonální antikoncepce v léčbě.....	31
3.2 Holistický přístup v léčbě PPD .....	31
3.3 Psychoterapeutická léčba .....	32
3.4 Farmakologická léčba .....	35
3.5 Alternativní léčba .....	37
3.5.1 Bylinky a potravinové doplňky .....	38
3.5.2 Omega-3 doplňky stravy .....	38
3.5.3 Masáže.....	39
3.5.4 Mateřská masáž.....	39
3.5.5 Kojenecká masáž.....	39
3.5.6 Akupunktura.....	41
3.5.7 Aromaterapie.....	42

<b>DISKUZE</b> .....	43
<b>ZÁVĚR</b> .....	46
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ</b> .....	48

# ÚVOD

S poporodní depresí se setkává poměrně velké procento žen a neměla by zůstat bez povšimnutí. Je to nemoc jako každá jiná, která ovlivňuje nejen ženu samotnou, ale také její nejbližší okolí. Má mnoho negativních účinků na dítě a jeho následný vývoj. K napsání této bakalářské práce mě především přimělo setkání s ženou na oddělení šestinedělí, která dříve trpěla poporodní depresí. Uvědomila jsem si, že ne pro všechny ženy znamená mateřství pocity štěstí a radosti.

Další zkušeností na praxi bylo setkání s ženou japonské národnosti. Zaujalo mě nevšední chování její rodiny po porodu. Což mě také ovlivnilo při formulaci jednoho z cílů bakalářské práce, který se zabývá národnostní odlišností různých kultur a výskytem poporodní deprese. Domnívám se, že právě zdravotnický personál by měl být informován o tom, jak je deprese viděna v jiných kulturních prostředích. Jen tak může zajistit ženě nejlepší poporodní péči. Kulturní pohledy na mateřství, rituály a mýty o porodu je třeba vzít v úvahu při léčbě každé ženy během těhotenství a po porodu.

Jako další cíl této práce jsem si stanovila teorii léčby poporodní deprese. Shrnuji zde poznatky nejenom o farmakologické či psychoterapeutické léčbě, ale snažím se nastínit i alternativní způsoby léčby, jako jsou masáže, akupunktura či bylinná léčba.

Hlavním cílem této práce je tedy shromáždit a nastudovat dostatek literárních zdrojů a vytvořit tak přehledovou studii. Základní problém jsem si stanovila v podobě otázky: *Jaké byly publikovány poznatky o poporodních depresích?* Cíle určující konkrétní dílčí oblasti zkoumaného problému mé bakalářské práce:

*Cíl 1: Předložit poznatky o psychických změnách po porodu včetně poporodní deprese.*

*Cíl 2: Předložit poznatky o poporodních depresích v různých kulturních prostředích.*

*Cíl 3: Předložit poznatky o terapii poporodních depresí.*

Základní bibliografické citace vstupní studijní literatury zahrnovala:

- ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. Speciální psychologie. Brno: IDVPZ, 1995. 173 s. ISBN 80-7013-197-7.
- GEISEL, E. Slzy po porodu. 1.vyd. Praha: One Woman Press, 2004. 256 s. ISBN 80-86356-32-9.
- GOER, H. Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu. Praha: One woman press, 2002. 551 s. ISBN 80-86356-13-2.
- NICOLSON, P. Poporodní deprese. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 147 s. ISBN 80-7169-938-1.
- ODENT, M. Znovuzrozený porod. 1. vyd. Praha: Argo, 1995. 152 s. ISBN 80-85794-69-1.
- PONEŠICKÝ, J. Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 113 s. ISBN 80-7254-216-8.
- TEUSEN, G., GOYE - HANEL, I. Prenatální komunikace. 1. vyd. Praha: Port.l, 2003. 80 s. ISBN 80-7178-753-1.

Provedla jsem rešerši v období od prosince 2010 do března 2011 z pramenů z let 1985 – 2001, a to pomocí:

- a) databáze MEDLINE, PSYCHINFO, CINAHL, EMBASE, SCIENCE
- b) vyhledávače GOOGLE scholar a GOOGLE.cz
- c) časopisecké a jiné zdroje:
  - Health Care for Women International ISSN: 1096-4665
  - International Journal of Childbirth Education ISSN: 0887-8625
  - Information Management Journal articles ISSN:
  - Journal of Transcultural Nursing ISSN: 1552-7832
  - Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing ISSN: 1552-6909



- Journal of Affective Disorders ISSN: 0165-0327
- MCN, American Journal of Maternal Child Nursing ISSN: 0361-929X
- Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii ISSN: 1211-7579
- Seminars in Fetal & Neonatal Medicine ISSN: 1744-165X
- The British Journal of Psychiatry ISSN: ISSN 1472-1465
- The Journal of Midwifery & Women's Health ISSN: 1542-2011
- The Lancet ISSN: 0140-6736.

Užitá vyhledávací a klíčová slova: *porod, poporodní období, poporodní deprese, postnatální deprese, baby blues, poporodní psychóza, historie, kultura, rituály, Západ, Východ, farmakologická léčba, psychoterapie, alternativní léčba.*

Celkem jsem pro svoji práci vyhledala 49 článků, z toho 35 v anglickém a 14 v českém jazyce. Z nich jsem 34 ve své bakalářské práci nepoužila z důvodu nevhodnosti k danému cíli.

# 1 PSYCHICKÉ ZMĚNY PO PORODU

Těhotenství a poporodní období je spojeno s hlubokými fyzickými a emociálními změnami, které jsou asociovány s duševními příznaky a chorobami vyskytujícími se v závažnosti velmi mírné až psychotické (Brockington, 2004, Keller, 2004 in Halbreicht and Karkun, 2006, p. 98).

Ne všichni z nás si uvědomují, že se v poporodním období objevuje krátká epizoda zhoršené nálady, kterou prožívá 50 – 80 % žen obvykle 3. – 4. den po porodu. Fluktuace nálady je charakterizována stavy euforie, které se střídají se smutkem, podrážděností a napětím. Tuto krátkodobou změnu nálady můžeme obvykle pozorovat u prvorodiček a u žen, které před těhotenstvím trpěly premenstruačním syndromem. Je ovšem neškodná a sama odeznívá. Příčina vzniku je vyvolána prudkým poklesem estrogenů a progesteronu (Praško, 2002, s. 39 - 44).

*„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).

Praško uvádí, že 10 – 15 % žen v poporodním období pociťuje déletrvající zhoršení nálady různého stupně a délky trvání. Plnou depresivní příhodu prožije 8,2 – 14,9 % rodiček (Altshuler at. al., 1998 in Praško, 2002, s. 39 - 44). Rizikovou skupinu tvoří adolescentní matky tvořící 26 % (Troutman and Curtona, 1990 in Praško, 2002, s. 39 - 44 ).

## 1.1 Historie poporodní deprese

Historické prameny poporodní deprese (PPD) mohou být vystopovány až ke spisům Hippokrata ve čtvrtém století př. n. l., kde příznaky deprese popisuje jako melancholii. Dle Hippokrata se jedná o stav *„averze k jídlu, malomyslnosti, nespavosti, podrážděnosti a neklidu“* (Khandelwal at. al., 2001, p. 10). Galen (131 až 201 n. l.) vylíčil melancholii jako *„strach a deprese, nespokojenost se životem a nenávisť všech*

*lidi*" (Khandelwal at. al., 2001, p. 10). Řecko - římská medicína uznávala melancholii v podobě strachu, podezření, agrese a sebevražedných myšlenek. V roce 1436 byl zveřejněn životní příběh mladé matky, která popsala, jak moc se cítila „šíleně“ a zoufale po narození svého prvního dítěte (Resnick, 2000 in Runyion, 2011, p. 4).

V 19. století se dva francouzští lékaři začali zajímat o poporodní deprese. V roce 1838 Dr. Jean-Etienne Dominique Esquirol zdokumentoval 90 žen s citovými problémy a rozdělil jejich nemoci do tří typů podle jejich vzniku, a to v průběhu těhotenství, hned po porodu a na ty, které vznikly 6 a více týdnů po porodu. Mnoho z těchto žen trpělo v tichosti, protože měly strach ze stigmatizování, nepochopení nebo odsouzení ze strany svých rodin (Misri, 1995 in Runyion, 2011, p. 4).

V roce 1858 Dr. Louis Victor Marce podobně pozoroval 300 francouzských žen pomocí tří kategorií stanovených Dr. Esquirol. Došel k závěru, že druhy emocionálních onemocnění se vyskytují v rámci poporodního období. Byl přesvědčen, že byl v těle prvek fyzikálního mechanismu způsobující onemocnění po porodu, ačkoliv ho nemohl identifikovat. Marcovy závěry se staly důležitými pilíři moderního myšlení o poporodní depresi a endokrinním systému (Misri, 1995 in Runyion, 2011, p. 4).

Příznaky puerperální sepse u žen po porodu byly zaměněny s problémem PPD až do příchodu mytí rukou, antiseptických technik, penicilinu a jiných antibiotik v časném 19. století. Právě odstranění septikémie, která vznikla po porodu, zdánlivě odkrylo problém PPD (Dalton and Horton, 2001 in Runyion, 2011, p. 4). V roce 1926 ve Spojených státech dva vědci prohlásili, že deprese po porodu není nic jiného, než jakákoliv jiná deprese u žen. V té době termín „*poporodní*“ nebyl použit v žádné učebnici, která by popisovala deprese u žen (Resnick, 2000 in Runyion, 2011, p. 4). Pojem „*blues*“, který je v současné době běžně používán pro označení smutných nálad po porodu, byl dlouho uznáván jen porodními asistentkami. Až Dr. Bruce Pitte v Anglii předložil tento koncept k pozornosti psychiatrům. V roce 1964 Pitt zjišťoval psychický stav 100 žen v Royal London Hospital mezi 7. a 10. dnem po porodu. Zjistil, že 50 % těchto žen bylo plačtivých nebo v depresi. U šesti z nich deprese trvala měsíc nebo déle (Dalton and Horton, 2001 in Runyion, 2011, p. 4).

V roce 1971 britská lékařka se specializací v porodnictví Katherine Dalton zveřejnila výsledky průzkumu na 500 ženách v období od porodu do 6 měsíců po něm. Došla

k závěru, že u 7 % žen se vyvinula PPD natolik závažně, že vyžadovala lékařské ošetření, ačkoliv žádná z nich nevyžadovala hospitalizaci. Se zveřejněním těchto výsledků v *British Journal of Psychiatry* si psychiatři a psychologové začali uvědomovat, že depresi zažívají nové matky po delší dobu, než trvá poporodní blues (Dalton and Horton, 2001 in Runyion, 2011, p. 4).

V roce 1987 *British Journal of Psychiatry* publikoval článek, který stanovil standardy péče pro screening poporodní deprese. Edinburgh Postnatale Depression Scale (EPDS), byla představena a následně se stala standardním screeningovým prostředkem pro zjištění PPD (Cox et. al., 1987, p. 782 - 786).

V osmdesátých letech ve Spojených státech začaly být ženy uznávány jako ty, které mají nárok být úzkostné a neschopné pečovat o své děti po narození. Těmto ženám bylo nabízeno poradenství a pomoc při řešení jejich napětí a konfliktů. V roce 1986 Dr. James Hamilton představil myšlenku, že poporodní poruchy byly biologicky řízené. Avšak medicína a psychiatrie ve Spojených státech v té době tyto problémy neřešila, což vedlo k nedostatečnému rozpoznání a léčbě (Sichel and Driscoll, 1999 in Runyion, 2011, p. 5).

## 1.2 Rozdělení psychických poruch

Burian (1996) rozdělil poporodní psychické poruchy na **mírně závažné poporodní blues** (poporodní subdeprese, dysforické reakce) a na **poporodní nepsychotické deprese**. **Poporodní psychózy** pak tvoří druhou skupinu (Burian, 1996 in Roztočil, 1996, s. 131).

Vyjádření deprese v poporodním období můžeme rozdělit do tří kategorií. Cox at. al. (1987) popsali 2 hlavní typy poporodních depresí a Nonacs a Cohen (1998) připojili třetí kategorii:

1. *poporodní nebo mateřské „blues“ jako mírný emoční problém krátkého trvání;*
2. *poporodní velkou depresi, závažnou a potenciálně život ohrožující psychickou nemoc;*
3. *poporodní psychózu: vážné psychotické onemocnění ohrožující život matky i dítěte''* (Cox at. al., 1987, Nonacs and Cohen, 1998 in Praško, 2002, s. 39 - 44).

### 1.2.1 Poporodní blues

Jedná se o přechodnou poporodní dysforickou reakci, kterou trpí mnoho žen bez ohledu na kulturu a není prokázán vztah k psychosociálním faktorům (Burian, 1996 in Roztočil, 1996, s. 132).

Dle Morsbach et. al. (1983) se poporodní blues nebo také mateřské blues typicky objevuje v krátkém období několika hodin nebo 4 - 7 dnů po porodu. Zahrnuje příznaky, jako jsou podrážděnost, neklid, sklíčenost, mírný zmatek nebo hypochondrii (Morsbach et. al., 1983 in Halbreicht and Karkun, 2006, p. 98).

Roztočil (2008) ji popisuje jako lehkou poporodní depresi, která nejčastěji nastupuje 3. - 5. den po porodu u 60 – 70 % žen. Typické jsou psychické i somatické příznaky. Nejvíce udávaná bezdůvodná plačtivost bývá spojena s pocity smutku. Časté jsou poruchy koncentrace, spánku, pocity méněcennosti a nezvladatelnost nové mateřské role. Mohou se objevit také bolesti v zádech, únava či bolesti hlavy (Roztočil, 2008, s. 361).

Pokud na baby blues navazují úzkostné stavy trvající déle než 14 dnů, značí přechod do poporodní deprese (Gisel, 2004, s. 27).

### 1.2.2 Poporodní deprese

Na úvod bych se chtěla zmínit o významu termínu poporodní neboli postpartální deprese - PPD a o jeho objasnění. Gisel (2004) tvrdí, že se můžeme příležitostně setkat i s termínem postnatální deprese - PND. Podle ní je ale z hlediska výstižnosti přijatelnější pojetí postpartální deprese- PPD, poněvadž *postpartum* znamená „po slehnutí“ a vztahuje se k matce, kdežto *postnatal* znamená „po narození“ a platí pro dítě (Geisel, 2004, s. 11). Dlouhodobější stav trvající 2 týdny až jeden měsíc, v němž převládají příznaky podobné jako blues, se nazývá poporodní deprese (Roztočil, 2008, s. 361). Někteří autoři se shodují, že se deprese může objevit kdykoliv během prvních šesti měsíců až jednoho roku postpartálně (Rastislavová, 2008, s. 91, Praško, 2002, s. 39 - 44).

PPD trpí 10 – 20 % žen po porodu (Geisel, 2004, s. 13). Deprese většinou probíhá v mírné až střední formě. Specifickými symptomy, které mohou upozornit

na probíhající depresi, jsou nerozhodnost, strach ze samoty, úzkost, nechutenství nebo přejídání se, bezmoc a beznaděj, ztráta zájmu a potěšení, katastrofické obavy z budoucnosti (Kennedy, 2001 in Praško, 2002, s. 39 - 44).

Rastislavová (2008) nahlíží na projevy PPD (nеспavost, ztráta tělesné hmotnosti, sexuální nezájem) jako na možnost záměny s příznaky, které jsou pro šestinedělí normální (Rastislavová, 2008, s. 91).

První známky deprese se nejčastěji objevují po příchodu do domácího prostředí, kdy se žena musí připravit na svoji novou roli a přijmout odpovědnost za dítě (Roztočil, 2008, s. 361). Praško (2002) dále uvádí neschopnost matky starat se o dítě a milovat jej, protože má pocit, že její dítě je nechtěné. Někdy dochází k prohloubení příznaků v podobě psychotických prožitků a hrozí zde suicidium či zabití novorozence. Také se mohou objevit kompulze, obsese, abuzus alkoholu nebo panické ataky (Praško, 2002, s. 30 - 44).

Mnoho autorů se shoduje, že PPD může vážně ovlivnit jak zdraví matky, tak dítěte a jeho následný rozvoj (Leiferman, 2002, Hobfoll et. al., 1995, Wickberg a Hwang, 1997, Wolf et. al., 2002 in Halbreicht and Karkun, 2006, p. 98).

Depresivní matky mají tendenci vyjadřovat své chování, které má negativní dopad na jejich děti. Mohou být buď dotěrné, nebo odměřené, zploštělé, bez interakce na své dítě (Hart et. al., 1998, Weinberg and Tronick, 1998, Wolf et. al., 2002 in Halbreicht and Karkun, 2006, p. 98) a méně na ně citlivě naladěné (Murray, 1992, Cooper et. al., 1999 in Halbreicht and Karkun, 2006, p. 98). Takové chování pak může mít nepříznivý kognitivní, behaviorální a emocionální dopad, stejně jako způsobit dlouhodobé vývojové poruchy v důsledku špatné interakce matka - dítě (Bernazzani et. al., 1997, Cryan et. al., 2001, Lee et. al., 2001, Kelly et. al., 1999, Rahman et. al., 2003, Cooper et. al., 1999, Murray et. al., 1996 in Halbreicht and Karkun, 2006, p. 98).

### **1.2.3 Poporodní psychózy**

Poporodní psychózy, které se vyskytují velmi vzácně, tvoří nejzávažnější formu postihující 1 - 2 případy na 1000 porodů (Kennedy, 2001 in Praško, 2002, s. 39 - 44). Objevují se během prvních 48 – 72 hodin až několik týdnů po porodu (Praško, 2002,

s. 39 - 44). Nejčastěji jsou charakterizovány akutními psychotickými stavy zmatenosti, deliria, halucinacemi a nespavostí (Rahimand al-Sabiae, 1991 in Halbreicht and Karkun, 2006, p. 98).

### 1.3 Rizikové faktory vzniku PPD

Faktory poukazující na možný rozvoj deprese v těhotenství a také po porodu jsou zahrnuty v následujícím výčtu.

**Biologické rizikové faktory**, které uvádí Kennedy in Praško (2001, s. 39 - 44), jsou:

- předešlá epizoda deprese v anamnéze (až u 30 % žen, které v minulosti prodělaly depresi, se rozvine PPD),
- depresivní příhoda po minulém porodu (u 52 – 62 % se rozvine nová epizoda po dalším porodu),
- depresivní porucha u pokrevních příbuzných.

Na **psychosociálních rizikových faktorech** se shoduje více autorů, patří zde:

- nesoulad v partnerském vztahu
- nedostačující sociální podpora
- negativní životní události
- záporný vztah k těhotenství

(Beck, 1996, Cox at. al., 1987 in Praško, 2002, s. 39 - 44, Roztočil, 2008, s. 361).

Beck (1996) zkoumal efekt neplánovaného či nechtěného těhotenství a vyvíjející se poporodní deprese. Malý vliv ukázaly výsledky ze 6 studií, které zahrnovaly 1200 pacientek (Beck, 1996 in Robertson at. al., 2003, p. 36). Warner et. al. (1996) našel ve vzorku 2375 žen významný vztah mezi neplánovaným těhotenstvím a depresí 6 týdnů po porodu (Warner et. al., 1996 in Robertson at. al., 2003, p. 36).

Neplánované nebo nechtěné těhotenství jako rizikový faktor pro poporodní deprese by měl být interpretován velmi opatrně, protože neměří ženské city k rostoucímu plodu, ale pouze okolnosti, za kterých došlo k těhotenství (Robertson at. al., 2003, p. 36).

**Porodnické faktory** mohou zahrnovat:

- komplikace související s těhotenstvím (preeklampsie, hyperemesis či předčasné kontrakce),
- komplikace související přímo s porodem (akutní nebo plánovaný císařský řez, instrumentální porod, předčasný porod a nadměrné intrapartální krvácení) (Robertson et. al., 2003, p. 35).

Boyce et. al. (1992) zjistili velmi významnou korelaci mezi císařským řezem a rozvojem poporodní deprese po 3 měsících. V rámci jejich studia hlásili šestkrát větší riziko vzniku poporodní deprese u žen, které měly akutní císařský řez (Boyce et. al., 1992 in Robertson et. al., 2003, p. 36). Tyto výsledky byly také podporovány Hannah et. al. (1992), který našel silný vztah mezi císařským řezem a poporodní depresí 6 týdnů po porodu (Hannah et. al., 1992 in Robertson et. al., 2003, p. 35).

*„Joane Woodle upozorňuje na skutečnost, že existují tři různá období, kdy jsou matky k depresi ‚náchylnější‘: první dva týdny po porodu, první dva týdny před první menstruací po porodu a první dva týdny po odstavení dítěte, obzvláště je-li odstaveno náhle nebo pokud je již v batolecím věku, tedy po jednom, dvou nebo třech letech kojení.“* (Gisel, 2004, s. 28).

## **1.4 Screening PPD ve světě**

Pro screening PPD bývá nejčastěji používán dotazník EPD (Edinburgh Postnatal Depression Scale), který byl vyvinut ve Skotsku v zdravotních střediscích v Livingstonu a Edinburghu s cílem pomoci zdravotníkům v primární péči zjistit, zda matky trpí poporodní depresí. Byl široce testován a použit ve 23 zemích. Má významnou úroveň senzitivity (86 %) a specifity (78 %) v identifikaci osob ohrožených nebo potenciálně trpících prenatální nebo poporodní depresí. Je mezinárodně platný a dostupný v mnoha jazycích (Cox et. al., 1987, p. 782 - 786).

Maximální skóre dotazníku je 30. Při jeho vyhodnocení 10 a více bodů, může ukázat možnou depresi různé závažnosti. K potvrzení diagnózy existující deprese by mělo být provedeno pečlivé zhodnocení. Stupnice nebude detekovat úzkostné poruchy, fobie či poruchy osobnosti (Cox et. al., 1987, p. 782 - 786). Znění dotazníku uvádím v příloze 1.



## 2 POPORODNÍ DEPRESE V RŮZNÝCH KULTURNÍCH PROSTŘEDÍCH

*„Kultura představuje komplexní celek, který zahrnuje všechny náboženské a etické hodnoty a systémy, právní předpisy, poznání, umění a zvyky a schopnosti, které si jedinec jako příslušník společnosti osvojil učením (socializací). Kulturou rozumíme sdílený způsob vnímání reality, myšlení, oceňování, chování.“* (Kutnohorská, 2007, s. 48).

Kultura také ovlivňuje všechny aspekty našich vědomých a nevědomých aktivit, zahrnující specifické hodnoty, historii, tradice, tabu, ideály, zvyky, pohled na svět, jazyk, životní styl, náboženské a duchovní přesvědčení a praktiky, péče o zdraví a rodinu, komunitu, institucionální struktury, jenž jsou společné s členy skupiny dané periodou. Mezi kulturní rozdíly, které ovlivňují depresi patří rodinné struktury a jejich dynamika, sociální organizace, společensky sankcionovaný ochranný mechanismus, rituály a společenský stres (Wile and Arechiga, 1999 in Miller, 1999, p. 83 - 84).

Rituály mají mnoho funkcí jak pro jednotlivce, tak skupinu či společnost. Zprostředkovávají nebo vyjadřují city, řídí a prosazují způsoby chování, vyvolávají změny nebo naopak obnovují soulad a rovnováhu. Mají důležitou léčivou úlohu. Mohou se využít také k udržení životních sil nebo k zajištění správných vztahů s neviditelným světem (světem duchů, předků, božstev či jiných nadpřirozených sil) a předávání hodnot v určité kultuře (Bowie, 2008, s. 147).

Přestože se PPD nachází po celém světě, mohou kulturní rozdíly ovlivnit vnímání deprese u žen. Kultura ovlivňuje výraz a interpretaci příznaků, které jsou považovány za stresory, povaha systému sociální podpory a vztah mezi poskytovatelem zdravotní péče a pacientem. Kultura také diktuje, zda některé projevy příznaků jsou společensky přijatelné. Individuální pohled na nemoc a zdraví je také kulturně vázán. Projevy emocí mohou být podporovány v některých kulturách a znechuceny v jiných (Wile and Arechiga, 1999 in Miller, 1999, p. 83 - 89).

## 2.1 Non-západní kultury

Prevalence PPD v těchto kulturách jsou variabilní a pohybují se v rozmezí od 0 % do 40 %. Tato variace může být způsobena tím, že označení PPD je nepřijatelné v některých skupinách nebo se nepoužívá, dále se pak projevy PPD mohou lišit v závislosti na kultuře nebo mezinárodní diagnostické normy neodpovídají klinickým kritériím dokumentovaným Diagnostickým a Statistickým Manuálem Duševních Poruch (DSM-IV-TR, APA, 2000, Chen at. al., 2000, Park and Dimigen, 1995, Stewart and Jambunathan, 1996, Yoshida at. al., 2001 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 34). A právě tyto faktory komplikují úsilí prozkoumání vztahů mezi poporodními tradičními praktikami a PPD mezi západními a non-západními kulturami (Posmontier and Horowitz, 2004, p. 34).

### Kulturní vnímání psychických nemocí

Antropologické studie ukazují kulturní vnímání postoje vůči nemoci. Mnoho kultur nemusí rozpoznat deprese jako poruchu v důsledku kulturních rozdílů nebo náboženskou interpretaci. V některých kulturách, jako je **Nepál**, by bylo pro ženu považováno za nevhodné, aby vyhledala léčbu pro smutek. V **Indii** je deprese vnímána jako duchovní zážitek, popisující jako „*utrpení ducha*“ (Stahura, 2003 in Runyion, 2011, p. 5). Muslimové v některých **arabských zemích** také vnímají depresivní symptomy jako náboženský zážitek, zahrnující hluboké pochopení tragické povahy lidského postavení. Kultury, které přikládají vysokou hodnotu sociální harmonii, včetně mnoha kultur v **Africe** a **Asii**, mohou povzbuzovat a podporovat potlačování vnitřních konfliktů u žen. Ženy žijící v těchto kulturách budou pravděpodobně zdrženlivé v diskuzi o emocionálních problémech s jejich terapeuty. Přítomnost explicitních nebo implicitních genderových rolí v různých kulturách také ovlivňuje vyjádření PPD. Mnoho žen žije v podřízené roli svých manželů nebo v patriarchální kultuře, která neuznává nezávislé vyjádření sebe sama. V těchto kulturách mohou být ženiny pocity potlačeny, aby tak byla ochráněna před kulturním vyloučením nebo trestem (Stanuta, 2003 in Runyion, 2011, p. 6).

Kromě toho, Kirmayer (1989), Lazarus a Folkman (1984) zdůraznili skutečnost, že kulturní faktory mají významný dopad na individuální emoční stav jedince, Raphael-Leff (1991) dodal, že kulturní přesvědčení a praktiky hrají důležitou preventivní úlohu

v životě přechodů, jako je těhotenství a porod (Kirmayer,1989, Lazarus and Folkman, 1984, Leff, 1991 in Bina , 2008, p. 569).

Navíc **japonské** kultury, stejně jako jiné **východní** a **západoasijské** kultury, jsou výrazně odlišné od Západu z hlediska postojů k manželství a porodům, stejně jako v poskytování sociální opory matkám. Polovina všech japonských manželství je dohodnutých, tradiční ženy obvykle, když se vdají, přestanou pracovat. Sociální podporu během porodu a po něm má tendenci poskytnout rodina ženy spíše než její manžel (Yoshida et. al., 1997 in Halbreicht and Karkun, 2006, p. 108). Značný význam je zde kladen na zachování rodu, který zaručuje zdravé dítě a na zvýšení stavu ženy. Proto jsou japonské ženy ochotné snášet fyzické i psychické nepohodlí pro blaho jejich dítěte (Morsbach et. al., 1983 in Halbreicht and Karkun, 2006, p. 108). Nicméně vysoká úroveň praktické podpory pro matky po narození je někdy odlišná od emocionální podpory. Zákaz pláče během měsíce po porodu může odrážet omezující postoj k emocionálnímu projevu. Emoce jsou považovány za slabost mysli a osobní problémy musí být potlačeny, neboť jsou spojeny s těžkým stigmatem, které by bylo zvyšováno, kdyby byla diagnostikována duševní porucha. Proto Kumar (1994) navrhl, že nízká míra prevalence PPD v Japonsku ve skutečnosti odráží předpokládaný stoicismus japonských lidí a jejich nechuť projevit emoce (Hau and Levy, 2003 in Halbreicht and Karkun, 2006, p. 109).

Povinný odpočinek, sociální izolace, společenské uznání nového společenského postavení skrze dary a rituály, rodinná pomoc s péčí o děti, jsou všechny důležité složky v počátečním období po porodu a jsou velkou oporou. Společenské rituály vytváří prostředí, které po porodu pomáhá chránit zdraví a emocionální zdat nových matek. Představují tak důležitou ochranu proti PPD (Park and Dimigen, 1995 in Halbreicht and Karkun, 2006, p. 109). Nicméně přes tyto podpůrné postupy může mateřská deprese propuknout v pozdější poporodní fázi, po 2 - 3 měsících po porodu. Tak se matka dostává do drsné konfrontace s realitou mateřství (Halbreicht and Karkun, 2006, p. 109).

### **Vliv sociální podpory na vznik PPD**

Současné výzkumy poskytují důkazy, že jsou také spojovány se snížením závažnosti PPD (Lasek, 2000, Logsdon at. al. 2000, Marks and Siddle, 2000, Misri

at. al., 2000, Stowe and Nemeroff, 1995, Wolman at. al., 1993 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 38).

„*Ethnokinship*“ se podle Posmontier a Horowitz (2004) týká kultury, v níž jsou sociální podpůrné rituály prováděny rodinou bezprostředně a později po porodu. Tyto sociální podpůrné sítě se rozdělují na rasové, národnostní, kmenové, náboženské, jazykové či kulturní praktiky. Pokročilá technologie může být zaměřena na podporu bezpečnosti a optimální poporodní výsledky, ale sociální opora poskytnutá rodinou je prvořadá. Nejvíce zkoumané etnocentrické kultury jsou korejské, čínské, japonské, Hmong, mexické, africké, arabské a Amish (Posmontier and Horowitz, 2004, p. 35).

Některé **východní kultury** pobízejí ženu prvních 3 - 6 týdnů po porodu k odpočinku v posteli, zatímco domácí práce a péči o dítě obstarává matka ženy nebo tchýně (Huang and Mathers, 2001 in Halbreicht and Karkun, 2006, p. 108). Důvěrnost obohacená o emocionální a materiální podporu posiluje ženinu úctu k nové roli matky. Může poskytnout nárazník proti stresu a utrpení, se kterým se mohla setkat na začátku mateřství (Lee et. al., 1998, 2001 in Halbreicht and Karkun, 2006, p. 108).

Ve **východní Evropě** jsou ženy izolované v porodním domě 5 dnů po porodu, v této době otec a ostatní členové rodiny čekají na přivítání matky a nového dítěte, poté následuje společenské odloučení na 1 měsíc. V **Ugandě** je nová matka na samotě po dobu 3 měsíců po porodu. **Somálské** ženy nosí po porodu náušnice vyrobené z česneku k odstrašení „*evil eye*“ (uhnančivý pohled) a po 40 dnech po porodu se koná oslava pro matku a novorozence. Kromě pomoci v domácnosti a významné sociální podpory v mnohých kulturách existují obřady, které vítají novou matku a jejího novorozence do společnosti a uznávají a posilují postavení matky (Dennis et. al., 2007 in Callister, 2010, p. 258). Pouze některé z těchto kulturních praktik byly studovány ve vztahu k PPD. Jedná se o úrodnou oblast pro další výzkum (Callister at. al., 2010, p. 258).

Okafor (2000) popsal tradiční **nigerijské** praktiky během těhotenství a šestinedělí. Pro mladý pár je průvodkyní těhotenstvím matka nebo tchýně. Novorozenec je zde považován za budoucnost rodinného rodokmenu. Porod nigerijské ženy se slaví jako vítězství, zvláště pokud porodí chlapce. Ženě 1 měsíc po porodu poskytuje rodina tu nejlepší pozornost a vynikající jídlo (Okafor, 2000 in Posmontier and Horowitz,

2004, p. 37). Aderibigbe, Gureje a Omigbodun (1993) zkoumali 162 žen v Nigerii, u kterých byl i přes vysokou úroveň sociální podpory zjištěn výskyt PPD 6 až 8 týdnů po porodu. Za příčinu stresu se předpokládá rodina, která se k páru přistěhovala, aby pomohla v péči o novorozence (Aderibigbe, Gureje and Omigbodun, 1993 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 37). Horowitz, Chang, Das a Hayes (2001) provedli kvalitativní studii v devíti zemích (Austrálie, Finsko, Guyana, Indie, Itálie, Jižní Korea, Švédsko, Tchaj-wan a Spojené státy americké). Zjistili, že ženy v tradičních (ethnokinship) kulturách byly rozpolcené ohledně tradičních praktik, protože se o dítě více starali příbuzní než samotná matka. Navíc, ženy trpěly úzkostí, protože nebyl brán zřetel na jejich názor. Kdežto matky v technocentrických kulturách, bez formální struktury poporodní podpory, vyjadřují úzkost jako důsledek nedostatečné sociální podpory (Horowitz, Chang, Das and Hayes, 2010 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 40).

### **2.1.1 Jordánsko**

V Jordánsku jsou ženy po porodu obklopeny rodinou a po narození dítěte jsou léčeny zvláštními potravinami. Rodinná struktura zahrnuje nukleární rodinu, rodiče a služebníky, jsou to především pokrevní příbuzní a příbuzenstvo ze strany partnera. Ženy se obvykle vdávají v mladém věku a manželství je považováno za smlouvu. Muž může mít až čtyři manželky za předpokladu, že se o každou ženu stará stejně. Od jordánských žen se očekává, že přijmou tradiční roli manželky a matky. Očekávání zahrnuje rození dětí bez pocitů deprese. Pokud se odchylují od těchto norem, jsou považovány za špatné matky. Sociální postavení matky získají porozením, zejména chlapce (Nahas and Amasheh, 1999 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 37). Po porodu se nesmí stýkat s manželem, pouze s jinými ženami (Posmontier and Horowitz, 2004, p. 38).

Studie Nahas a Amasheh (1999) dotazovaly 22 jordánských žen, které emigrovaly do Austrálie a trpěly PPD. Výsledky výzkumu ukázaly, že kulturně společenské podpurné struktury mohou zmírnit PPD. Podle těchto žen, je v Jordánsku PPD neznámá. Matky po porodu uvedly, že PPD způsobil pobyt ve své nové zemi, protože jim nebyla poskytnuta běžná čtyřicetidenní odpočinková doba a neměly podporu od jejich rodiny jako v Jordánsku (Nahas and Amasheh, 1999 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 38). Stejně jako v jiných západních kulturách, jordánští manželé žijící v Austrálii byli

neschopni zaplnit prázdnotu v sociální podpoře, protože se museli vrátit do práce z finančních důvodů. Bez podpory jejich sociálních sítí, mohou být tyto ženy více náchylnější k onemocnění PPD (Posmontier and Horowitz, 2004, p. 38).

### 2.1.2 Asijské země

Asijské léčivé praktiky zahrnují dosažení harmonie a rovnováhy vnitřních a vnějších sil. Jestliže „*chi*“<sup>1</sup> je narušena, dochází k nemoci. Také musí být zachováno dosažení správné rovnováhy horka nebo chladna, *Ying* a *Yang*<sup>2</sup>. Infekce je zde považována za rušivou sílu, která může být přenesena „*větrem*“ během nejvíce zranitelné doby, jako je porod (Wile and Arechiga, 1999 in Miller, 1999, p. 83 - 98). Čínské poporodní praktiky poukazují na „*Zuo Yue Zi*“<sup>3</sup>. Podle tohoto čínského zvyku by nová matka neměla vycházet ven na slunce, číst si, plakat, koupat se, mýt si vlasy, dotýkat se studené vody nebo zabývat se pohlavním stykem (Galanti, 1997, Holroyd et. al., 1997 in Kim-Godwin, p. 75). Po porodu se očekává, že se zdržuje v teple, aby byla chráněna před „*větrem*“. Pijí teplou vodu nebo horký čaj. Je důležité, aby v místnosti bylo udržováno teplo pro případ, že by ji chlad nebo vítr vstoupil na klouby. Bez ohledu na to, jak teplé je počasí, tradiční čínská žena bude chtít zavřít okna a vypnout klimatizaci. Koupání je považováno za nebezpečné. Matky musí znovu získat správnou rovnováhu *Ying* a *Yang*. Jihovýchodní asijské ženy po porodu dodržují velmi podobné praktiky (Davis, 2001 in Kim-Godwin, p. 75).

Výzkumy z asijských zemí dokazují, že ženy měly zkušenosti s PPD. V prospektivní studii 60 tchajwanských žen Chen et. al. (2000) hlásili mírné až těžké příznaky PPD u 40 % matek 6 týdnů po porodu. Výsledky této studie potvrdily, že PPD příznaky se objevily v „*ethnokinship*“ kultuře a také ukázaly, že sociální podpora „*Zuo Yue zi*“

---

<sup>1</sup> *chi* = označení životní síly - vitální energie, která je nezbytným předpokladem života. Je to kombinace prvotní energie obsažené v ledvinách s energií vdechovaného vzduchu a konzumované potravy (www.wudang.cz, cit. 2011 – 04 - 02).

<sup>2</sup> *Ying* a *Yang* = čínský symbol filozofie taoismu, znázorňuje širší rozsah protikladných vlastností ve vesmíru: chladné a horké, pomalé a rychlé, klid a pohyb, mužské a ženské, dolní a horní atd. Obecně vše, co se pohybuje, stoupá, je jasné, progresivní, hyperaktivní, včetně funkčních poruch těla, náleží principu *jang*. Charakteristiky klidu, poklesu, tmy, degenerace, snížené aktivity včetně nemocí orgánů náležejí principu *jing* (www.cinska-medicina.eu, cit. 2011 – 04 – 02).

<sup>3</sup> *Zuo Yue Zi* = tradice odpočinku trvající měsíc nebo měsíc a půl po porodu (<http://czech.cri.cn>, cit. 2011 – 04 – 02).

příspěla k výraznému snížení příznaků deprese ve zkoumané skupině (Affonso et. al., 2000 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 39).

Lee at. el. (1988) popisují prenatální a poporodní zvyky a přesvědčení vietnamských, Khmerských<sup>4</sup> a Laotian<sup>5</sup> těhotných žen dotazovaných v uprchlickém táboře v Thajsku. Výzkumy zjistily, že matky z celé skupiny věřily během těhotenství, že by neměly sedět ve dveřích nebo na schodech. Takové chování pak vedlo k problémům při porodu. Loatian těhotné ženy věřily, že duch zabírá různé části jejich domu. Duch potřeboval být nerušený, aby udržel bezpečí dítěte. Tato Laotian skupina se také vyhýbá nůžkám a nožům, aby chránila plod před vývojovým rozštěpem rtu nebo matku od spontánního potratu (Lee at. al., 1988 in Miller, 1999, p. 83 - 98).

Všechny skupiny jí speciální dietu. Hlavní praktikou je pití kokosového mléka, aby očistily plod. Alkohol a jídlo není konzumováno a je mu třeba se vyhnout, protože může být jedovaté pro matku nebo plod. Laotian ženy se vyhýbají kořenu zázvoru v přesvědčení, že způsobuje růst prstů navíc (Wile and Arechiga, 1999 in Miller, 1999, p. 83 - 98).

Během poporodního období musí být novorozenec zavínut, aby byl ochráněn proti „větru“, protože by se jím mohla přivát infekce. Matky musí znovu získat správnou rovnováhu *Ying* a *Yang*. Pijí teplou vodu nebo horký čaj a nesprchují se nebo nemění oblečení (Wile and Arechiga, 1999 in Miller, 1999, p. 83 - 98).

V **Japonsku** mnoho žen přijímá „*Satogaeri bunbe*“<sup>6</sup>, což je období prenatální a postnatální podpory (Yamashita at. al., 2000 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 37). Těhotná žena se ve třetím trimestru vrací ke své původní rodině domů, kde se o ni stará její matka až do 2 měsíců po porodu. Po této době se vrací zpátky domů ke svému manželovi (Posmontier and Horowitz, 2004, p. 37). Yamashita et. al. (2000) provedli studii u 88 japonských matek, aby zjistili výskyt PPD. Podporu „*Satogaeri bunbe*“ mělo 67 % procent žen. Studie zjistila prevalenci PPD

---

<sup>4</sup> Khmer = původní obyvatelé delty Mekongu, dnes khmerská menšina v jižním Vietnamu (<http://cs.wikipedia.org>, cit. 2011 – 04 – 02).

<sup>5</sup> Laotian = se nachází v lokalitě Čína ležící v jižní části země (<http://en.wikipedia.org>, cit. 2011 – 04 – 02)

<sup>6</sup> Satogaeri bunben = *Satogaeri*, znamená návrat do původního rodného města nebo domu, *bunben* znamená porod ([www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov), cit. 2011 – 04 – 02).

ve výši 14 % (míra podobná nálezům v západních nebo technocentrických kulturách). Zjistili, že míra PPD byla nezávislá na úrovni vzdělání a sociální podpoře. Nižší frekvence příznaků PPD byla zaznamenána u japonských žen, nejspíš z důvodu, že méně vyjadřují své pocity než ženy na Západu (Yoshida, 1997 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 39). Další studie Yoshida et. al. (2001) zkoumali praxi „*Satagaeri bunben*“ a prevalenci PPD u japonských žen žijících v Anglii a Japonsku. Zjistili, že 12 % japonských žen v Anglii a 17 % v Japonsku trpí PPD (Yoshida et. al., 2001 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 39).

**Hmong**<sup>7</sup> ženy mají po porodu sociální podporu od svých manželů a rodin (Cheon-Klessig et. al., 1988 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 37). Kultura je zde hlavně patrilineární s nejstarším mužským členem rodiny, jenž dělá všechna rozhodnutí. Stewart a Jambunathan (1996) ve své studii ve Spojených státech nedagnostikovali PPD u Hmong přistěhovaleckých žen, i když trpěly plačtivostí, nespavostí, pociťovaly sníženou energii a zmatek z důvodu imigrace. Malé procento Hmong žen tyto příznaky připisovalo kulturní odlišnosti, jazykové bariéře a obavám z finančních problémů (Stewart and Jambunathan, 1996 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 37). Hmong uznává zranitelnost matky po porodu. Většina z nich má znalosti bylin, ale můžou konzultovat s bylinkářem v oblastech týkajících se porodu. Ženě po porodu může být nabídnuta kuřecí polévka s rostlinou „*Ntiv*“, která ji má zbavit „*špatné poporodní krve*“. Navíc deprese je přičítána „*zlomeným játrům*“ (podobně jako zlomené srdce v technocentrických kulturách), duši opouštějící tělo nebo zlým duchům obývajícím dům. *Šaman*<sup>8</sup> nebo *Txi Neng*<sup>9</sup> může být vyzván, aby provedl obřad na navrácení duše zpět do těla matky (Čon-Klessig et. al., 1988 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 37).

V **Paňdžábu** jsou ženy a jejich děti odloučené po dobu pěti dnů od všech kromě ženských příbuzných a porodní asistentky. Po pěti dnech následuje obřad pro matku a dítě. Jsou zde rituální obřady šamponování a koupání nové matky porodní asistentkou,

---

<sup>7</sup> Hmong = indočínská skupina která se původně přistěhovala z Číny do Vietnamu a Laosu (en.wikipedia.org, cit. 2011 – 04 – 02).

<sup>8</sup> Šaman = praktikant šamanismu a mívá pozici prostředníka mezi lidmi a duchy nebo bohy, léčiteli a věštcí (cs.wikipedia.org, cit. 2011 – 04 – 02).

<sup>9</sup> Txi Neng = myšlenka dát těžce nemocnému člověku schopnost sloužit jako prostředník mezi duchovním a fyzickým světem, a tak přežít nemoc (www.culturalsurvival.org, cit. 2011 – 04 – 02).



jakož i servírování slavnostního jídla. *Jholabhari* je praktika, kdy se žena v sedmém nebo osmém měsíci těhotenství přestěhuje do domu své matky v rámci přípravy na nadcházející porod (Dennis et. al., 2007 in Callister at. al., 2010, p. 258).

V **Koreji** matky praktikují „*Sam chil sam ill*“. Lano ze slámy zavěšené přes bránu u domu oznamuje příchod nového dítěte. Během 3 týdnů je novorozenec s matkou na samotě (Dennis et. al., 2007 in Callister at. al., 2010, p. 258). Ačkoliv není v Koreji přesně definována PPD, jsou zde zaznamenány zvýšené somatické příznaky některými korejskými matkami v časném poporodním období a byly také zdokumentovány zvýšené depresivní příznaky (Affonso et. al., 2000 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 37).

### 2.1.2 Latinské země

Latinské praktiky jsou spojeny se zvykem „*la cruenta*“, který zahrnuje odpočinek po dobu přibližně 40 dnů, pomoc od jiných ženských příbuzných s domácími úkoly a péčí o dítě, konzumování speciálního jídla (atole, kuřecí polévka, smažené tortily) a absence těchto jídel: fazole, chole, vepřové maso jsou také velmi časté. Dále není doporučováno koupání, vystavování větru a chození bez bot, protože by ženy mohly dostat „*zlý vítr*“, který by způsobil bolesti hlavy (Wile and Arechiga, 1999 in Miller, 1999, p. 83 - 98). Manžel během této doby pomáhá s péčí o novorozence. Po ukončení „*la cruenta*“ matka pokračuje ve své běžné domácnosti a péči o dítě. Manžel se vrací zpět do práce (Kruckman, 1992, Niska et. al., 1998 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 38). Matka nosí „*Faja*“<sup>10</sup> teplý a volný oděv, ponožky a kryje si hlavu, aby se zabránilo problémům s dělohou nebo kojením (Posmontier and Horowitz, 2004, p. 38). Během specializované posloupnosti návštěv ženských příbuzných v poporodním období je provedeno „*vyvážení duchovní nečistoty*“ a pomoc matkám obnovit jejich společenskou roli (Kruckman, 1992 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 38).

Americká studie srovnávala Mexické ženy žijící v Chicagu na základě toho, zda cvičily, nebo necvičily tradiční mexický rituál po porodu známý jako „*la cuarentena*“. Ženy, které praktikovaly „*la cuarentena*“ měly nižší výskyt PPD a šťastněji prožívaly své

---

<sup>10</sup> Faja = břišní stuha (www.de.wikipedia.org, cit. 2011 – 04 – 02).

těhotenství než ty, které ho nepraktikovaly (Wile and Arechiga, 1999 in Miller, 1999, p. 83 - 98).

Ve venkovské **Guatemale** tradiční porodní asistentky zdůrazňují použití tepla v poporodním období (Lang and Elkin, 1997 in Kim-Godwin, 2003, p. 79 - 80), mohou použít také „lázně potu“, sedací nebo bylinné koupele, a to v závislosti na regionu (Kim-Godwin, 2003, p. 79 - 80).

**Amish** subkultura v **Tennessee** ve Spojených státech má formalizovanou porodní podpůrnou strukturu složenou z určeného období odpočinku a organizovaného systému sociální podpory z širší rodiny a komunity (Finn, 1995 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 37). Navzdory podpůrným prostředkům této skupiny je zde vysoká prevalence bipolární poruchy, která je známa jako rizikový faktor PPD (Cohen at. al., 1995, Pauls, Morton and Egelanda, 1992 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 37). Nízké prevalence poporodní deprese v této komunitě si všimly některé porodní asistentky (June Power, Claire McCormack, Jane Martini, personál communication, November 12, 2003 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 37).

## 2.2 Západní kultury

*„V moderní západní rodině s velkou migrací a oddělením jednotlivých generací od sebe, s uvolněním tradičních rodinných vazeb a důrazem na výkonnost a soběstačnost každého jedince, je těhotná žena a zejména novoroďička relativně osamělá, schází ochrana, potvrzování obzvláštního významu ženské role, přítomna je ambivalence v hodnotovém měřítku; žena je vržena do nejistoty, zda je důležitější pečování o děti, vlastní svoboda a nezávislost nebo individuální pracovní kariéra. Bojuje se strachem z bolesti, tělesných změn, ze ztráty zájmu partnera, že nedokáže naplnit svou roli matky i manželky a v neposlední řadě i z ekonomických důsledků. Muž, v té době zpravidla živitel rodiny, intenzivně shání prostředky k obživě a jeho kapacita coby ochránce a pečovatele může být minimální. Jiní podpůrní a pomáhající členové rodiny jsou daleko, sami pracují, věnují se vlastní kariéře nebo nemají pocit, že pomoc je nutná.“* (Praško a spol., 2002, s. 46)

V Západní kultuře PPD postihuje 10 – 15 % „bílých“ středně postavených žen (Beck and Gable, 2000, Glasser et. al., 2000, O’Hara and Swain, 1996 in Posmontier

and Horowitz, 2004, p. 34) a až 30 % „*non-bilých*“ chudých žen (Ferguson, Jamieson and Lindsay, 2002, Hobfoll et. al., 1995, Yonkers et. al., 2001 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 34).

Posmontier a Horowitz (2004) ve svém článku používají pojem „*technocentric*“, což je termín, který odkazuje na kultury, ve kterých se používají technologie pro sledování stavu matky a dítěte po porodu. Tento „*technologický*“ rituál sestává ze sledování jejich vitálních funkcí, tělesných tekutin, koupání a kontroly mateřské hráže. Jakmile už není potencionální riziko nebezpečí spojené s porodem, tak může být matka za 24 - 48 hodin propuštěna z nemocnice. Sociální systém nemá formální tradice nebo normy. V technocentrických kulturách je technologie oceněna skrze sociální podpůrné sítě. Vyskytují se především ve Spojených státech, Kanadě, Velké Británii, západní Evropě, Novém Zélandu a Austrálii (Posmontier and Horowitz, 2004, p. 35).

V technocentrické kultuře šestinedělí spočívá především v mateřské a rodičovské dovolené. Jelikož se od roku 1960 počet žen v pracovním procesu zvýšil, mnoho vlád zavedlo „*job-protected*“ a placenou mateřskou dovolenou, při čemž došlo ke snížení mateřské a dětské nemocnosti a úmrtnosti v poporodním období. Mezi 128 zkoumanými průmyslově vyspělými a rozvojovými zeměmi, průměrná placená „*job-protected*“ mateřská dovolená 16 týdnů. Tato dovolená umožňuje rodičům strávit čas se svými dětmi v poporodní období bez úzkosti či finančních starostí (Posmontier and Horowitz, 2004, p. 35 - 36).

Tři země (Spojené státy, Austrálie a Jižní Korea) z 29 průmyslově vyspělých nabízí pouze neplacenou mateřskou dovolenou (Kammerman, 2002 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 35 - 36). *Family and Medical Leave Act* (FMLA) z roku 1993 byl schválen ve Spojených státech na 12 týdnů neplacené rodičovské dovolené pouze pro ženy pracující v podniku s více jak 50 zaměstnanci. Ženy, které pracovaly méně než 1250 hodin v uplynulém roce, byly zaměstnané méně než 1 rok nebo patřily mezi 10 % nejlépe placených zaměstnanců, nebyly způsobilé pro toto ustanovení. Mnoho žen, které jsou zahrnuty do FMLA, nejsou schopny využít této výhody, protože by bez příjmu těžko užívaly rodinu a zadlužily by se (Posmontier and Horowitz, 2004, p. 36).

Pět států (Kalifornie, Havaj, New Jersey, New York, Rhode Island) zavedlo placenou mateřskou dovolenou skrze program, který se týká dočasné zdravotní neschopnosti, z něhož jsou vyloučeni otcové. Ti se ovšem musí z ekonomických důvodů co nejdříve vrátit do práce. Nemohou tak matce poskytnout počáteční péči či pomoc s dítětem (Posmontier and Horowitz, 2004, p. 36).

Výsledky z mezinárodní studie dokazují, že PPD není výlučně problém západních kultur. Affonso et. al. (2000) zkoumal depresivní symptomatologii u 892 žen z 9 zemí. Výsledky uvedly, že poporodní příznaky překročily kulturní hranice, tudíž nebyly kulturně vázané, jak tvrdil Stern a Kruckman (Stern, 1983, Kruckman, 1992 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 39). Affonso et. al. (2000) zjistili, že 4 až 6 týdnů a 10 až 12 týdnů po porodu byly nejnižší příznaky PPD mezi evropskými a australskými ženami. Nejvyšší byly mezi matkami z non-západních zemí (tj. Tchaj-wanu, Guyany, Jižní Korey a Indie), kde jsou obvyklé tradiční („*ethnokinship*“) poporodní praxe (Affonso et. al., 2000 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 39).

### **2.2.1 Spojené státy**

Po nekomplikovaném porodu jsou ženy obvykle propuštěny z nemocnice během 24 až 48 hodin. Jsou poučeny ohledně příslušných aktivit, koupání, stravování, krmení dítěte, sexuální aktivity, varovných příznaků a následující kontroly (American College of Obstetricians and Gynecologists, 1999 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 36). Pomoc od rodiny je často nedostupná z finančních důvodů nebo zeměpisné vzdálenosti. Mnoho nových matek nedostane pomocnou informační, emocionální či sociální podporu v průběhu jejich 4 – 6 týdenního zotavení (Rooks, 1997 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 36). Tak jsou donuceny pokračovat v celkové samotné péči během několika dnů po návratu z nemocnice domů. Pokud zdravotní pojištění poskytne benefit, tak matka získá návštěvu zdravotní sestry 3. nebo 4. den po porodu. V tomto omezeném poporodní kontaktu nemusí dojít k povšimnutí či posouzení onemocnění PPD, navíc mnoho z nich ani neobdrží tuto výhodu domácí péče. Ve srovnání se Spojeným královstvím se tam rutinní poporodní péče skládá ze sedmi návštěv porodními asistentkami v prvních 2 týdnech a návštěva s porodníkem je 6. až 8. týden po porodu (MacArthur, Winter and Bick, 2002 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 36). Po krátké mateřské dovolené se od nich

očekává návrat do práce, plnění domácích povinností a péče o děti (Hayes, Roberts and Davare, 2000 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 36).

### 2.2.2 Severní Amerika

Ve srovnání s praktikami ve většině asijských zemí se americkým ženám věnuje speciální pozornost během těhotenství, ale po porodu se zájem posunuje k dítěti. To vedlo mnoho autorů (Cox 1988, Stern and Kruckman, 1983) k tomu, charakterizovat poporodní depresi jako kulturně vázaný syndrom západních industrializovaných zemí, jako např. Spojených států (Cox, 1988, Stern and Kruckman, 1983 in Wile and Arechiga, 1999 in Miller, 1999, p. 83 - 98).

Antepartální rituály pro matku zahrnují „*baby showers*“<sup>11</sup> a z lékařského hlediska to jsou pravidelné kontroly a předporodní kurzy. Důraz v kurzech bývá kladen na přirozený porod a zvládnutí určité techniky, i když přibližně 20 % porodů je císařským řezem (Cowan and Cowan, 1992 in Wile and Arechiga, 1999 in Miller, 1999, p. 83 - 98).

V době porodu je americká žena zpravidla přijata do nemocnice, kde antiseptická, technologicky náročná lékařská péče, pravděpodobně snižuje rizika mateřské a novorozenecké úmrtnosti. Partner, rodina nebo jiní známí se můžou buď zúčastnit porodu, nebo pravidelně navštěvovat matku a novorozence po porodu. Jestliže nejsou žádné léčebné komplikace, tak může matka opustit nemocnici (Wile and Arechiga, 1999 in Miller, 1999, p. 83 - 98).

Nejvíce zranitelnou fází, pro americké ženy žijící ve městě, je stát se matkou po návratu z nemocnice domů. Nejčastější příčiny rozvíjející se deprese jsou společenská izolace, finanční nátlak a nedostatek podporujících aktivit pro ně (Wile and Arechiga, 1999 in Miller, 1999, p. 83 - 98).

Určité náboženské a kulturní hodnoty bílých anglosaských protestantských matek zdůrazňují nezávislost, moderaci ve všech věcech a odpovědnost za sebe samu (Schmidth, 1990 in Wile and Arechiga, 1999 in Miller, 1999, p. 83 - 98).

---

<sup>11</sup> baby showers = nastávající matky pořádají oslavu na počest nenarozeného miminka (www.en.wikipedia.org, cit. 2011 – 04 – 02).

Pokud to skombinujeme ještě s finančním tlakem a izolací městských žen, je zde vysoké riziko pro vznik deprese (Wile and Arechiga, 1999 in Miller, 1999, p. 83 - 98).

Antropolog, Dr. Laurence Kruckman, který studoval různé kulturní rituály, tvrdí, že u severoamerických žen po porodu může dojít k poporodní emoční poruše, protože :

- Poporodní období není považováno za odlišnou událost, která má specifické potřeby.
- Existuje jen málo společenského uznání ženského přechodu do role matky.
- Matky dostávají minimální pomoc po porodu, včetně informací o péči o sebe a své děti (Misri, 1995 in Runyion, 2011, p. 6).

## **3 TERAPIE POPORODÍCH DEPRESÍ**

V následující kapitole se budu věnovat terapii poporodních depresí, což je dalším cílem této bakalářské práce.

### **3.1 Hormonální antikoncepce v léčbě**

Při podezření na PPD je důležité klinicky zhodnotit screening onemocnění štítné žlázy, chudokrevnosti a diabetu mellitu, protože právě tyto nemoci mohou ovlivnit nebo imitovat poruchy nálady (Sichel, 2000 in Horowitz and Goodman, 2005, p. 267). Nasazení hormonální antikoncepce je relevantní. Široce držený názor, že orální antikoncepce přispívá k poruchám nálady není podporován stejně. Výsledky z randomizovaných, placebem kontrolovaných studií poskytují pouze omezené důkazy, že perorální antikoncepce může vyvolat příznaky deprese a úzkosti (Yonkers, Bradshaw and Halbreich, 2000 in Horowitz and Goodman, 2005, p. 267). Což nám dokazují závěry ze studie 119 zdravých žen užívajících monofázickou nebo třífázovou perorální antikoncepce a žen užívajících non-hormonální antikoncepce. Ženy, které si nevzaly perorální antikoncepci, měly více negativních příznaků poruchy nálady a únavy než ty, které si vzaly perorální antikoncepci (Abraham, Luscombe and Soo, 2003 in Horowitz and Goodman, 2005, p. 267).

Výzkum sice ukazuje, že většina žen po užití perorální antikoncepce měla pozitivní náladu, nicméně podskupina žen měla negativní změny nálady, tudíž již zažily depresivní příznaky a mohou být více zranitelné (Oinen and Mazmanian, 2002 in Horowitz and Goodman, 2005, p. 267). Doporučení antikoncepce je individuální pro každou ženu a je založeno na její minulé zkušenosti a výběru. Je-li HA předepsána v poporodním období, tak je důležité sledovat změny nálady. Jestliže by došlo ke zhoršení negativních symptomů, je preferována non-hormonální terapie, alespoň do doby vymizení deprese (Horowitz and Goodman, 2004, p. 267).

### **3.2 Holistický přístup v léčbě PPD**

K léčbě PPD je třeba přistupovat z holistického a rodinně soustředěného pohledu, který koordinuje interdisciplinární tým (Brockington, 2004, Kennedy et. al.,

2002 in Horowitz and Goodman, 2005, p. 267 - 268). Sestry jsou ty, které se nejčastěji setkávají s ženami v perinatálním období a mohou detekovat depresi i u těch, které nejsou často ochotny vyhledat pomoc. V případě potřeby jim mohou doporučit a zajistit schůzku s odborníkem (Horowitz and Goodman, 2004, p. 267).

Holistická péče pro ženy s PPD zahrnuje vzdělávání žen o onemocnění a možnostech léčby, podporu chování a akce, které zlepšují jejich duševní a fyzické zdraví (Horowitz and Goodman, 2004, p. 268). Také fyzické zdravotní problémy mohou být častější u žen s PPD (Brown and Lumley, 2000 in Horowitz and Goodman, 2005, p. 268). Proto podpora fyzického zotavení může mít pozitivní vliv na náladu. Strategie zahrnují pomoc ženám získat adekvátní spánek, správnou výživu, cvičení a omezení či absenci alkoholu a kofeinu. Pomoc s domácími pracemi může být potřebná pro ženy se zvýšenými nároky na péči o kojence. Zdravotní sestry by měly pomoci s hledáním podpůrných služeb a sociálních sítí pro tyto ženy (Horowitz and Goodman, 2004, p. 268).

Aktuální konvenční léčba poporodní deprese dle Kennedyho et. al. (2002) zahrnuje tři složky:

- psychofarmakologii
- psychoterapii
- psychosociální péči (Kennedy et. al., 2002 in Weier and Beal, 2004, p. 96).

Podle Horowitz a Goodmana (2004) léčebné volby zahrnují individuální a skupinovou psychoterapii, psychofarmakologickou terapii a doplňkovou alternativní terapii. Přístupy jsou často zkombinovány tak, aby řešily symptomy a dosáhly cílů léčby (Horowitz and Goodman, 2004, p. 268).

### **3.3 Psychoterapeutická léčba**

Psychoterapeutické léčby jsou účinné u žen s PPD a zahrnují kognitivně - behaviorální terapii (KBT), interpersonální psychoterapii (IPT), psychodynamickou terapii, podpůrné poradenství a psychoedukaci. Terapie může být individuální nebo skupinová (Horowitz and Goodman, 2004, p. 268).



Individuální terapie má výhodu, že nabízí ženám ztělesněnou péči a plánování flexibility. Výzkumy potvrdily, že ženy hledají souvisle založené zacházení (individuální péči), která respektuje jejich názory, uznává jejich zkušenosti a role a poskytuje jim potřebnou pomoc při zvládnání nároků mateřství (Berggren-Clive, 1998, Fowles, 1998 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 268). Klinické studie prokázaly účinnost psychoterapie v léčbě PPD. Cooper at. al. (2003) randomizovali 193 žen s PPD na KBT, IPT, nedirektivní poradenství nebo běžnou péči. Po sezeních, která trvala 10 týdnů a to od 8. do 18. týdne po porodu, měly ženy ve všech léčebných skupinách nižší EPDS skóre než ty, které byly v obvyklé kontrolní skupině (Cooper at. al. 2003 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 268). V dalším šetření, kde matka s dítětem docházely 12 týdnů do skupinové terapie nebo IPT došlo k významnému snížení příznaků deprese ve srovnání s výsledky u kontrolní skupiny (Clark, Tluczek and Wenzel, 2003 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 268).

Skupinová terapie je interaktivní proces soustředující se na zvýšení sociální podpory u žen a na snížení sociální izolace, kterou cítí ženy po porodu. Výzkumníci zkoumali účinnost různých přístupů skupinové terapie při léčbě PPD. Honey, Bennett a Morgan (2002) přidělili 45 ženám se středně těžkými až těžkými příznaky PPD buď 8 týdenní psychoedukaci nebo běžnou primární péči. Po léčbě a šestiměsíčním sledování u žen v léčené skupině došlo k významnému snížení příznaků ve srovnání s kontrolní skupinou. V otevřené studii s 17 ženami s PPD, které 9 týdnů navštěvovaly IPT skupinovou terapii zakončenou individuálním sezením, plnou remisi mělo 58 % žen, 29 % mělo částečnou remisi a 11 % neprokázala žádná zlepšení (Honey, Bennett and Morgan, 2002 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 269).

Psychoterapeutické přístupy, které se zabývají problémy v mezilidských vztazích, mohou být kombinovány s léčbou pomocí léků. Kromě toho zapojení mužů v terapii se svými partnerkami vylepšuje duševní zdraví žen, ale i jejich partnerů (Misri et. al., 2000 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 269).

### **Interpersonální psychoterapie (IPT)**

Praško (2002) ve svém článku uvádí, že se interpersonální psychoterapie využívá u lehkých až středně těžkých depresí. Jedná se o krátkodobou terapii, která se zaměřuje na současné vztahy a její účinnost je podobná jako u léčby psychofarmaky. U ženy

po porodu se zaměřuje na její změnu role a interpersonální konflikty (Praško, 2002, s. 41).

Horowitz a Goodman (2004) na ni nahlíží jako na omezenou psychoterapeutickou intervenci, zaměřující se na mezilidské vztahy, role přechodu, žal a interpersonální deficit. Léčba PPD zahrnuje soustředění na vztahy s dítětem a partnerem a na přechod zpět k práci (Horowitz and Goodman, 2004, p. 268).

### **Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)**

Léčba obvykle trvá 12 až 14 týdnů. Zdůrazňuje úlohu v myšlení, jak se člověk cítí a jak se chová. Zaměřuje se na identifikaci narušeného vnímání světa a sebe, mění toto vnímání a objevuje nové vzory chování. Nežádoucí pocity a chování jsou identifikovány ve vztahu k myšlení, které je jejich příčinou. Hlavním cílem terapie je naučit se, jak nahradit toto myšlení myšlenkami, které povedou k žádoucím reakcím (Horowitz and Goodman, 2004, p. 268).

*„KBT bývá v praxi používána jako alternativa medikamentózní léčby u pacientek s lehkou nebo středně závažnou depresivní epizodou nebo v kombinované léčbě při farmakoterapii“ (Praško, 2002, s. 42).*

### **Psychoedukace**

Pro pacientku poskytuje faktické informace o jejím aktuálním zdravotním stavu a problémech. Dále se zabývá léčbou poporodní deprese a diskutuje problémy související s dětskou péčí, vztahy, role přechodu a další specifické problémy. Identifikace problému a jeho řešení jsou také nabízeny, často v kombinaci s podpůrnou psychoterapií (Horowitz and Goodman, 2004, p. 268).

### **Podpůrná psychoterapie**

Terapeut se snaží paliativní formou pomoci pacientovi vyrovnat se s problémy v každodenním životě. Využívá se vztahu terapeut-pacient na podporu efektivního zvládnání, při čemž se snaží neřešit příčiny problémů (Horowitz and Goodman, 2004, p. 268).

### 3.4 Farmakologická léčba

Za kauzální faktor PPD byla předpokládána poporodní hormonální nerovnováha. Kromě toho během 70 let studií byly prokázány estrogenní antidepresivní vlastnosti (Brockington, 2004, p. 303 - 310). Výsledky z jedné studie ukázaly, že vysoké dávky estrogenní terapie byly prospěšné v léčbě závažných PPD (Gregore et. al., 1995 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 267). Nicméně, klinická rizika (např. hluboká žilní trombóza, hyperplazie endometria a inhibice laktace) znemožňují doporučení estrogenové terapie pro PPD, dokud vědci neposkytnou dostatečné důkazy o její účinnosti a bezpečnosti (Lawrie et. al., 1998 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 267).

Znalosti o léčbě deprese u non-poporodních případů jsou obvykle doporučeny i pro farmakologickou léčbu PPD, i když existují i některé důkazy o efektivitě antidepresiv u žen po porodu (Wisner et. al., 2002 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 269). Což naznačuje, že by farmakologická léčba měla snížit příznaky PPD (Horowitz and Goodman, 2004, p. 269).

Také výsledky ze studií léčby PPD, které byly bez kontrolních skupin, uvedly lepší příznaky PPD. Jednalo se o antidepresiva selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), včetně:

- **sertralínu** (Logsdon, Wisner, Hanusa and Phillips, 2003, Stowe, Casarella, Landry, Nemeroff, 1995 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 269)
- **fluvoxaminu** (Suri, Burt, Altshuler, Zuckerbrow-Miller and Fairbanks, 2001 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 269)
- **venlafaxinu** (Cohen et. al., 2001 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 269).

Ačkoliv jsou výsledky nadějně, faktory, které mohly studii ovlivnit, jsou chybějící kontrolní skupina či delší časový úsek, ve kterém studie probíhala (Horowitz and Goodman, 2004, p. 269).

Pouze jedna randomizovaná kontrolovaná studie uvedená v literatuře srovnávala účinnost SSRI a KTB (Appleby et. al., 1997 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 269). Další výzkum 87 žen trpících PPD, které byly rozděleny do čtyř skupin od 6 do 8 týdnů po porodu. Zahrnoval kombinaci léčby fluoxetinem a jedno nebo šest KBT sezení

nebo placebo s jedním nebo šesti KBT sezeními po dobu 12 týdnů. Bylo zjištěno, že antidepressivní léčba, především fluoxetinem a KBT, působí efektivně na PPD. Výsledky se nezlepšily po kombinaci psychoterapie a psychofarmak (Horowitz and Goodman, 2004, p. 269).

SSRI jsou léky první volby pro léčbu PPD z důvodu snadnosti podání léku, nízké toxicity a dostupné studie matky i dítěte (Wisner et. al, 2002, Wisner, Peindl and Gigliottiová, 1999 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 269). Výběr by se měl řídit na základě anamnézy a reakce na případnou předchozí léčbu antidepressivy (Misri and Kostaras, 2002, Sharma, 2002 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 269). Dle Wiesnera et. al. (2002) by měla být antidepressivní léčba zahájena s polovinou doporučené počáteční dávky po 4 dny a pak zvýšena o malé týdenní přírůstky podle tolerance až do úplné remise (Wiesner et. al., 2002 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 269).

APA (2002) uvádí, že pokud je odpověď na počáteční psychofarmakologickou léčbu od 6 do 8 týdnů pozitivní, tak by se mělo ve stejných dávkách pokračovat po dobu nejméně 6 měsíců, aby bylo dosaženo plné remise jako prevence relapsu (APA, 2002 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 269). Pro ženy které měly 3 nebo více depresivních epizod deprese, je doporučena dlouhodobá udržovací léčba (Sharma, 2002, Wisner et. al. 2002 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 270).

### **Antidepressiva a kojení**

Antidepressiva jsou vylučována do mateřského mléka v různých koncentracích, nicméně riziko závažných komplikací spojených s expozicí dítěte se zdá být nízké (Monace and Cohen, 1998 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 270).

Weissman a kolegové (2004) prováděli systematické zhodnocení 57 studií mateřské plasmy, mateřského mléka a kojenecké plazmatické hladiny antidepressiv. Příznačně nebyl u kojenců zjištěn nortriptylin, paroxetin a sertralin. U kojenců byl nejvíce zjištěn fluoxetin a citalopram. Nicméně, výsledky dalších studií uvedly, že při dávce 20 mg / den nebo méně, jsou hladiny fluoxetinu v mateřském mléce obvykle nízké (Hendrick et. al., 2001 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 270). Zatímco sertralin byl více zjištěn v mateřském mléce při dávce 100 mg / den (Hendrick, Fukuchi, Altshuler, Wertheimer and Brunhuber, 2001 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 270).

Minimální hladiny sertalinu u kojenců způsobily jen nepatrné funkční účinky (Epperson et. al., 2001 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 270). Pro svá minimální rizika je sertralin a SSRI doporučen jako první line pro léčbu PPD při kojení (Altshuler et. al., 2001, Burt et. al., 2001, Wisner et. al., 2002 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 270).

Doporučení pro užívání antidepresiv během kojení vyžaduje pečlivé zvážení poměru zisku a rizika léčby jak pro ženu, tak pro kojence (Bareš, 2002, s. 9 - 16).

V souladu s pokyny pro léčbu deprese u veřejné populace (APA, 2002) může být mírná deprese léčena buď léky, nebo psychoterapií, na základě preference klienta. Výsledky výzkumu poukazují na stejné pozitivní účinky SSRI a KTB (Appleby et. al., 1997 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 270). Pokud se objeví poruchy osobnosti nebo významný psychosociální či interpersonální problém, pak je kombinace psychoterapie a léků potřebná (APA, 2002 in Horowitz and Goodman, 2004, p. 270).

### **3.5 Alternativní léčba**

Mnoho Američanek používá doplňkovou a alternativní medicínu k léčbě všech druhů onemocnění, obzvláště chronických, jako deprese (Weier and Beal, 2004, p. 96). Eisenberg (1998) zjistil, že 48,9 % dotázaných žen uvedlo užití nějaké doplňkové a alternativní medicíny z různých důvodů (Eisenberg, 1998 in Weier and Beal, 2004, p. 96). Tiran a Mack (2000) uvedli několik důvodů zvýšeného používání této léčby zahrnující medicínsky-holistický pohled na osobu, schopnost ovládat svou vlastní zdravotní péči a větší množství času, které léčitel může věnovat klientům (Tiran and Mack, 2000 in Weier and Beal, 2004, p. 96). Astin (1997) zjistil, že hlavními prediktory použití této léčby je vyšší vzdělání a méně optimální zdravotní stav, negativní zkušenosti s tradiční medicínou nebyly prediktivní (Astin, 1997 in Weier and Beal, 2004, p. 96 - 97). Jak v Eisenbergově tak Astinově průzkumu byla úzkost a deprese hlavní podmínkou této léčby (Weier and Beal, 2004, p. 97).

Kennedy a Beck (2002) uvádí jako jeden z důvodů, proč by ženy s poporodní depresí mohly vyhledat doplňkovou a alternativní medicínskou léčbu, obavy z účinků farmakologické léčby na dítě při kojení. Všechny psychotropní léky jsou vylučovány do mateřského mléka (Kennedy and Beck, 2002 in Weier and Beal, 2004, p. 97).

### **3.5.1 Bylinky a potravinové doplňky**

Eisenberg (1998) zjistil, že používání bylinné medicíny vzrostlo ze 3 % na 12 % a použití vysokých dávek vitamínů z 2,4 % na 5,5 % během období let 1990 – 1997 (Eisenberg, 1998 in Weier and Beal, 2004, p. 97). Široce je praktikovaná v celém rozvojovém světě, v mnoha evropských zemích a méně pak ve Spojených státech. Mnoho bylin a potravinových doplňků může pozitivně ovlivnit psychický stav žen s poporodní depresí, protože mají prokazatelný vliv na náladu, úzkost a nespavost (Cott, 199 in Weier and Beal, 2004, p. 97) .

St. John's wort je léčivý rostlinný přípravek velmi často používaný k léčbě deprese, nicméně účinnost při snižování symptomů PPD nebyla dokázána a toxicita z předpisu léku představuje vážné riziko. Proto je potřeba provést další výzkumy, které potvrdí účinnost a bezpečnost těchto terapií pro PPD (Weier and Beal, 2004, p. 98 - 99).

### **3.5.2 Omega-3 doplňky stravy**

Jedná se o polynenasycené mastné kyseliny, které se mimo jiné zdroje stravy nacházejí v rybách a rybím tuku. Často se používají jako potravinový doplněk. Omega - 3 polynenasycené mastné kyseliny mají příznivý vliv na velkou depresi (Severus, 2001 in Weier and Beal, 2004, p. 100).

Navíc omega - 3 polynenasycené mastné kyseliny a kyselina dokosahexaenová mohou mít význam v etiologii poporodní deprese, jak naznačila ekologická studie (Weier and Beal, 2004, p. 100).

Hibbelnova (2002) národní studie srovnávala prevalenci poporodní deprese. Zkoumala množství kyseliny dokosahexaenové v mateřském mléce a spotřebu mořských plodů ve zveřejněných zprávách ze 23 zemí. Výsledky ukázaly, že nižší prevalence poporodní deprese byla významně spojena jak s vysokou koncentrací kyseliny dokosahexaenové v mateřském mléce, tak s větší spotřebou mořských plodů. Avšak k určení, zda omega 3 - mastné kyseliny mohou snížit příznaky PPD, jsou potřebné intervenční studie. Mezi nežádoucí účinky užívání rybiho oleje patří nevolnost, řídká stolice nebo rybí dech při požití vysokých dávek (Hibbeln, 2002 in Weier and Beal, 2004, p. 100).

### 3.5.3 Masáže

Terapeutický význam masáží byl zaznamenán již v několika studiích. Především bylo prokázáno, že snižují stres a úzkost, uvolňují svalové napětí, zlepšují cirkulaci, trávení, vylučování a snižují vnímání bolesti (Fraser, 1993, Field, 1993, Ferrell-Torry, 1993 in Weier and Beal, 2004, p. 100). Existuje mnoho různých druhů masáží, od lehkých nebo hlubokých tahů po relaxační masáže. Dokonce i ty jednoduché masáže mohou navodit příjemné pocity (Tiran, 2000 in Weier and Beal, 2004, p. 100). Jak mateřská, tak kojenecká masáž byla hodnotná v léčbě poporodní deprese (Weier and Beal, 2004, p. 100).

### 3.5.4 Mateřská masáž

V roce 1996 Field et. al. (1996) provedli studii, která srovnávala masáže a relaxace včetně jejich účinků u 32 mladistvých matek trpících depresí. Účastnice byly krátce po porodu rozděleny do jedné ze dvou intervenčních skupin. Jedna z nich docházela na 10 masážních terapií a druhá absolvovala 10 terapií relaxace. Před a po sezení měřili skóre deprese a úzkosti, míru specifického chování a hladiny kortizolu. Obě skupiny měly nižší skóre úzkosti po jejich prvním a posledním sezení, pouze masážní skupina měla statisticky významné změny v chování a v hladinách kortizolu ve slinách po sezení. Masážní skupina byla také jediná skupina, která jevila významné nižší skóre deprese, úzkosti a stresu v celém průběhu studie. Tato studie naznačuje, že masáže mohou nabídnout krátkodobé zlepšení nálady a stresu v poporodním období (Field et. al., 1996 in Weier and Beal, 2004, p. 100).

### 3.5.5 Kojenecká masáž

*„Doteky znamenají pro lidi radost, něhu, pocit sounáležitosti, uvolňují napětí. Baby masáž přináší rodičům dítěte možnost dotyku, komunikaci, něhu, pocit sounáležitosti s dítětem, možnost sdílet vzájemnou energii. Děti navíc pak přináší lepší spánkový rytmus, uvědomování si vlastního těla, zlepšuje trávení, krevní oběh, zvyšuje imunitu a zkušenost s doteky, kterou si dítě přináší do života. Děti si mohou také do života odnést zdravé sebevědomí, sebepojetí, sebeúctu“* (Kelnerová, Matějková, 2009, s. 106).

Kojenecká masáž prováděná matkou byla velmi populární v mnoha kulturách, především v **Indii** a postupně o ni roste zájem i **na Západě**. Matky s poporodní depresí

mají často problémy s interakcí s jejich dětmi. Studie ukázaly, že účastí na masážních kurzech mohou zlepšit svůj vztah s kojenci (Glover at. al., 2002, p. 495).

Psychosociální výhody pro kojence a matku:

- Bonding<sup>12</sup>,
- zvýšení sebevědomí a komunikace,
- větší pocit lásky a důvěry,
- rozvoj úcty,
- podpora intimity,
- zlepšená schopnost matky číst náznaky dítěte (Dellinger-Bavolek, 1996).

Field et. al. (1996) ve své studii srovnávali účinky kolébání dítěte a masáže u 40 dětí narozených v termínu mezi 1. a 3. měsícem, jejichž matky trpěly depresí. Každý kojeneček byl buď 15 minut kolébán, nebo 15 minut masírován dvakrát týdně po dobu 6 týdnů. Výsledky ukázaly, že masírování kojenci jeví lepší spánek, více pozitivní interakční chování a parametry, které pravděpodobně měly pozitivní vliv na stres a úzkost depresivní matky. Vedle těchto účinků byli kojenci klidnější, jejich pláč byl menší a měli nižší hladiny kortizolu ve slinách. Masáž byla také významně účinnější na navození spánku než kolébání kojence. Dále u nich došlo ke zvýšení váhy a zlepšení emocionality a sociability v průběhu šestitýdenní studie (Field et. al., 1996 in Weier and Beal, 2004, p. 100).

Dellinger-Bavolek (1996) dále ještě uvádí tyto účinky kojenecké masáže:

- zlepšené tělesného uvědomění,
- stimulaci oběhu a lymfatického oběhu,
- svalovou koordinaci,
- propojení těla a mysli,
- zvýšené vylučování, dýchání a činnost vazu,
- snížení koliky,
- redukce stresu,
- zvyšuje hormonální funkce (tj., stimuluje endorfiny, serotonin, somatotropin,

---

<sup>12</sup> Bonding = připoutání, které se vyvíjí mezi rodiči a jejich dítětem ([www.kidshealth.org](http://www.kidshealth.org), cit. 2011 – 04 – 02).



gastrin, oxytocin a inzulin) (Dellinger-Bavolek, 1996).

Onozawa a kolegové (2001) hodnotili u 34 depresivních matek primipar 9 týdnů po porodu, zda navštěvování kurzu kojeneckých masáží může snížit poporodní depresi a zlepšit interakci matka-dítě. Deprese byla hodnocena pomocí EPDS 4 týdny po porodu. Matky byly náhodně rozdělené buď do masážní (léčba), nebo podpůrné (kontrolní) skupiny. Obě skupiny navštěvovaly pět sezení týdně. Vědci hodnotili depresi a kvalitu interakce na začátku a na konci studie. Výsledky studie ukázaly zlepšení v obou skupinách, ale statisticky signifikantní zlepšení interakce matka - dítě bylo v masážní skupině. Tyto dvě studie nasvědčují, že účast ve třídách kojenecké masáže může být užitečná při snižování některých stresových faktorů depresivních matek a může tak zlepšit interakci s jejich dětmi (Onozawa at. al., 2001 in Weier and Beal, 2004, p. 100 - 101).

Je zde možná i role oxytocinu, která podporuje mateřské chování prokazatelné na zvířecích modelech. Bylo prokázáno, že masírováním se zvyšují plazmatické hladiny oxytocinu u zdravých dospělých žen, jakož i drážděním mateřských prsních bradavek při kojení novorozence. Masáž může indukovat oxytocin jak u matky, tak u dítěte, což může podpořit jejich bonding. Je to ale oblastí pro další výzkum (Glover at. al., 2002, p. 495 - 500).

### **3.5.6 Akupunktura**

Akupunktura je nejvíce používána v **Číně a dalších asijských zemích**, a to už po tisíce let. Specialista stanovuje diagnózu na základě symptomů, které pacienta trápí. Vlasovitě tenké jehly se vkládají do určitých bodů podél meridiánů pro stimulaci a ovlivnění toku energie. Toto ovlivnění odstraňuje jakoukoliv nerovnováhu či stagnaci energie. Jednou z výhod léčby je, že neexistuje žádná kontraindikace ani žádné negativní interakce s jinými způsoby léčby, jako je konvenční antidepresivní terapie (Weier and Beal, 2004, p. 101).

Mnoho lidí vstupuje do stavu hluboké relaxace v průběhu léčby a usne, což je jeden z hlavních vedlejších účinků. Z této naprosté relaxace by mohla těžit žena s poporodní depresí, která trpí nespavostí (Weier and Beal, 2004, p. 101).

Výzkumy objevily, že akupunktura je bezpečná a účinná při léčbě psychických problémů včetně deprese (Weier and Beal, 2004, p. 101). Tao (1993) zhodnotil účinky akupunktury při snižování úzkosti a deprese u pacientů s chronickým onemocněním. Výsledky ukázaly statisticky významné snížení úzkosti a deprese 1 měsíc po léčbě. Další dlouhodobé účinky nebyly studovány. Autor vysvětluje snížení úzkosti na základě současných teorií. Tvrdí, že je pro úzkost charakteristický hyperaktivní sympatoadrenální systém, který může být vystřídán endorfiny. Bylo prokázáno, že akupunktura snižuje aktivitu sympatoadrenálního systému a zvyšuje hladinu endorfinů. Ovšem nebyl nalezen žádný výzkum pro využití akupunktury pro léčbu PPD (Tao, 1993 in Weier and Beal, 2004, p. 101).

### **3.5.7 Aromaterapie**

Aromaterapie cíleně využívá esenciální oleje, které se získávají z rostlin. Tyto oleje se běžně používají pro zvýšení relaxace nebo jsou zaměřeny na konkrétní příznaky. Oleje jsou vysoce koncentrované látky destilované z rostlin a mají léčebný přínos (Cavanagh, 2002 in Weier and Beal, 2004, p. 101).

Tiran (2000) uvádí, že se oleje nejvíce používají k léčbě deprese a úzkosti. Především preferované jsou levandule, jasmín, ying-yang, santalové dřevo, bergamot a růže. Několik z těchto olejů má svalově - relaxační a sedativní vlastnosti (Tiran, 2000 in Weier and Beal, 2004, p. 101). Recenze biologické aktivity levandulového oleje teorizovala, že některé účinné látky v olejích levandulového esenciálního oleje se rychle vstřebávají přes kůži a mohou způsobit deprese centrálního nervového systému přes omamné a uklidňující účinky. Například levandulové polštářky se někdy používají k navození spánku. Jiné studie ukázaly, že vůně levandule může vyvolat stav bdělosti, snížení agresivity a úzkosti (Cavanagh, 2002 in Weier and Beal, 2004, p. 101). Autoři recenze poznamenali, že studie byly nedostačující z několika faktorů a mají omezenou hodnotu vzhledem k malé velikosti výběrového souboru. Ačkoli nejsou žádné hlášené zprávy o účinnosti aromaterapie pro poporodní deprese, výzkum podněcuje výhody v léčbě některých symptomů, které mohou doprovázet poporodní deprese. Esenciální oleje a aromaterapie jsou někdy používány k doplnění masážní terapie. Je velmi důležité si uvědomit, že nejsou žádné informace o bezpečnosti používání esenciálních olejů při masáži dětí (Weier and Beal, 2004, p. 101).

## DISKUZE

Někteří autoři se shodují, že se poporodní deprese může vyskytnout během několika měsíců až jednoho roku. Výzkumy z roku 1996 poukazují na vliv nechtěného a neplánovaného těhotenství, jako na rizikový faktor pro vznik PPD. Ovšem v popředí výzkumů byly rozhodující okolnosti, za kterých k těhotenství došlo a nebraly v úvahu ženiny city, které si vytvořila k nenarozenému dítěti během těhotenství. Proto by měla být interpretace tohoto rizikového faktoru opatrná. Mnoho autorů potvrdilo ze svých výzkumů korelaci mezi císařským řezem a vznikem PPD.

Několik studií poukazuje na ochranný faktor rituálů prováděných v non - západních kulturách a silnou rodinnou podporu mající vliv na rozvoj PPD. Jedna australské studie dotazovala imigrantky z Jordánska, které trpěly PPD. Deprese se u nich vyvinula, protože jim nebyla poskytnuta běžná čtyřicetidenní odpočinková doba a neměly podporu od svých rodin.

Dle Sterna a Kruckmana (1983) je poporodní deprese kulturně vázaný syndrom omezený na průmyslové země. Ovšem tento názor není podporován stejně. Mezinárodní literatury ukazují, že PPD se vyskytuje v různých zemích po celém světě. Kromě toho tento předpoklad, že tradiční poporodní praktiky jsou všeobecně prospěšné pro matky, byl založen na omezeném výzkumu, který nepodporoval zobecnění jiné populace (Posmontier and Horowitz, 2004, p. 40). Také na názoru, že sociální podpora snižuje PPD, se neshodují všichni autoři. Studie provedená v Austrálii, Finsku, Guyaně, Indii, Itálii, Jižní Koreji, Švédsku, Tchaj-wanu a Spojených státech amerických tuto tezi potvrdila. Nové matky zde i přes vysokou sociální podporu pociťovaly depresi. Hlavní příčina výskytu PPD je přikládána přítomnosti rodiny, která se nejvíce starala o dítě a názory ženy nikoho nezajímaly. To potvrdila také studie, která zjistila 14 % výskyt PPD v Nigerii, a to 6 - 8 týdnů po porodu. Příčinou byla také rodina, která se přistěhovala k mladému páru, aby pomohla s péčí o novorozence. Park a Dimigen (1995) porovnávali výsledky výskytu PPD mezi korejskými a skotskými matkami a zjistili, že korejské matky měly vyšší depresivní skóre i přes jejich vysokou úroveň rodinné sociální podpory (Park and Dimigen, 1995 in Posmontier and Horowitz, 2004, p. 39). Paradoxem je, že matky v technocentrických kulturách pociťovaly úzkost a depresi kvůli nedostatečné sociální podpoře. To je způsobeno právě tím, že matky

v západních zemích jsou odkázány samy na sebe. Rodinná podpora je často nedostupná. Manžel se musí co nejdříve vrátit do práce. Žena je tak izolovaná a bez pomoci od svých nejbližších. Ne všechny ženy mají sílu bojovat se vzniklou depresí. V popředí stojí především předsudky z odsouzení od okolí a pocit selhání v mateřské roli.

Studie prokázaly účinnost psychoterapie na PPD. Především interpersonální a kognitivně - behaviorální terapie. Lepší příznaky PPD byly pozorovány i u farmakologické léčby, která zahrnovala antidepresiva (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, sertralin, fluvoxamin a venlafaxin). Ovšem chybějící kontrolní skupina nebo delší časový úsek, ve kterém studie probíhala, patří mezi faktory, jenž mohly ovlivnit výsledky. Především kombinace léčby fluoxetinem a KBT působí efektivně na PPD. Kombinace psychoterapie a psychofarmak nebyla uspokojivá. Při zkoumání výskytu antidepresiv v mateřském mléce nebyl u kojenců zjištěn nortriptylin, paroxetin a sertralin. Nejvíce pak byly zjištěny hladiny fluoxetinu a citalopramu. Nicméně jiné studie uvedly, že při dávce 20 mg / den nebo méně je úroveň fluoxetinu v mateřském mléce zpravidla nízká. Dávka sertralinu (100 mg / den) byla zjištěna v mateřském mléce a nezpůsobila žádné závažné funkční změny u kojence. Sertralin a SSRI jsou pro svá minimální rizika doporučeny jako první volba pro léčbu PPD při kojení.

Ženy, které mají obavy z farmakologické léčby PPD a jejích účinků na dítě během kojení, nejčastěji vyhledají alternativní léčbu. Dále pak z důvodu holistického pohledu na osobu, individuálního zacházení a možnosti rozhodovat o své léčbě. Autoři se ve svých průzkumech shodují, že úzkost a deprese byly hlavním předpokladem této léčby. Během roků 1990 – 1997 používání bylinné medicíny vzrostlo ze 3 % na 12 % a užívání vysokých dávek vitamínů z 2,4 % na 5,5 %. Této léčby se nejvíce využívá v celém rozvojovém světě, v mnoha evropských zemích a méně pak ve Spojených státech. Dle jiných srovnávacích studií se předpokládá pozitivní vliv omega - 3 polynenasycených mastných kyselin a kyseliny dokosahexaenová na PPD. Výsledky ukázaly, že nízký výskyt PPD je spojen jak s vysokou koncentrací této kyseliny v mateřském mléce, tak se spotřebou mořských plodů. Ovšem jsou nutné další studie

na určení, zda omega 3 - mastné kyseliny mohou opravdu snížit PPD. Kladné výsledky několika studií poukazují na vliv mateřských a baby masáží. Depresivní matky, jenž navštěvovaly kurzy masáží, měly nižší EDPS skóre než ty, které je nenavštěvovaly. Baby masáže pak zlepšují interakci mezi matkou a dítětem. Masírování kojenci měli lepší spánek, byli klidnější a měli nižší hladiny kortizolu ve slinách. Taktéž matky byly hodnoceny po navštěvování kurzů jako méně depresivní a úzkostné v dotazování EDPS. K využití akupunktury pro léčbu PPD nebyl nalezen žádný výzkum, ačkoliv výsledky studie prokázaly snížení deprese a úzkosti u chronicky nemocných 1 měsíc po léčbě. Taktéž nebyly hlášeny žádné účinky aromaterapie na vliv PPD. Výzkum pouze nabízí výhody v léčbě některých symptomů, které mohou doprovázet poporodní deprese.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo shromáždit a nastudovat dostatek literárních zdrojů a vytvořit tak přehledovou studii. Problém jsem si stanovila ve formě otázky: *Jaké byly publikovány poznatky o poporodních depresích?* Poté jsem si stanovila 3 cíle, jimiž se má práce zabývá.

První cíl shrnuje *poznatky o psychických změnách po porodu včetně poporodní deprese*. Popisují zde psychické změny, které mohou nastat u každé ženy po porodu. Dále pak shrnuji historii PPD od spisů Hippokratových ve čtvrtém století př. n. l až po rok 1986. Rozdělením psychických stavů se zabývá další část prvního cíle. K jednotlivým stavům uvádím definici, procentuální zastoupení a léčbu. Rizikové faktory jsem rozdělila na biologické, psychosociální a porodnické. Zahrnuji zde studie, které se psychickými stavy zabývaly a uvádím, jak každý autor na problematiku nahlíží.

V druhém cíli předkládám *poznatky o poporodních depresích v různých kulturních prostředích*. Zkoumanou oblast jsem rozdělila na západní a non-západní kultury. V non- západních kulturách popisují důležitou ochrannou roli rituálů po porodu a sociální podporu v jednotlivých zemích. Je důležité pochopit, že v některých zemích neznají pojem PPD. Proto zde nejsou žádné nebo minimální záznamy o výskytu PPD. Nejčastěji japonské, korejské a jordánské ženy poukazují na fyzické bolesti, kterými vyjadřují stavy deprese a úzkosti. Myslím si, že by zdravotnický personál měl mít alespoň malý přehled o kulturních rozlišnostech, aby mohl ženě jiné národnosti poskytnou optimální péči. Právě nejvíce stresující pro tyto ženy je imigrace z původní země do jiné. Situace je pro ně stresující a jsou po porodu více náchylnější k PPD. Právě znalosti o společenských kulturních praktikách mohou pomoci zdravotnickému personálu poskytnout účinnou péči po porodu. Například tím, že zajistí dostatečnou teplotu v pokoji, teplý čaj, nabídnou pokrývku navíc k zajištění „tepla“, popřípadě zavřou okna. Dále by měli vědět, že v některých kulturách je koupání nebo sprchování v časném poporodním období zakázáno. Zdravotník pak může zajistit ženě alespoň alternativu ke koupání tím, že jí nabídne žínku s umyvadlem. Některé kultury zakazují brzké vstávání po porodu, aby nedošlo k onemocnění či bolestem hlavy. Proto je důležité respektovat přání pacientky. Žilní stázu můžeme ovlivnit rehabilitačními cviky na posteli apod. Praktiky v západních kulturách

jsou podobné jako u nás. Popisují zde Spojené státy a Severní Ameriku. Ženy jsou po nekomplikovaném porodu během 48 hodin propuštěny domů. Finanční tlak a sociální izolace jsou hlavními příčinami PPD. Uvedenými poznatky o PPD v různých kulturních prostředích byl splněn druhý cíl.

Třetí cíl dokládá *poznatky o terapii poporodních depresí*. Zde jsem se snažila vyhledat i jiné možnosti léčby, než jenom farmakologické a psychoterapeutické. Dále shrnuji poznatky výzkumů o použití bylin, akupunktury, aromaterapií, mateřských a baby masáží. Především masáže velkou měrou působí na PPD. Ne každá žena v dnešní době „medikalizace“ chce být léčena farmaky. Už z tohoto důvodu by měl mít zdravotnický personál přehled i o možnostech alternativních způsobů léčby.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

BABY SHOWER. In Wikipedia : the free encyclopedia [online]. St. Petersburg (Florida) : Wikipedia Foundation, 28. 7. 2004, last modified on 1. 12. 2010 [cit. 2011-05-01]. Dostupné z WWW: <[http://en.wikipedia.org/wiki/Baby\\_shower](http://en.wikipedia.org/wiki/Baby_shower)>.

BOWIE, F. Antropologie náboženství. Praha : Portál, 2008. 336 s. ISBN 978-80-7367-378-9.

BROCKINGTON, I. Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet* [online]. 2004, 363, 9405, [cit. 2011-03-25]. Dostupný z WWW: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)153901/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)153901/abstract)>. ISSN 0140-6736.

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.

DELLINGER-BAVOLEK, J. Infant Massage: Communicating Love Through Touch. *International Journal of Childbirth Education* [online]. 1996, 1, [cit. 2011-04-13]. Dostupný z WWW: <[http://nurturevalidation.com/PDF\\_files/Articles\\_for\\_Professionals/a8\\_infant\\_massage.pdf](http://nurturevalidation.com/PDF_files/Articles_for_Professionals/a8_infant_massage.pdf)>. ISSN 0887-8625.

CALLISTER, L.C., BECKSTRAND, R.L., CORBETT, Ch. Postpartum Depression and Culture: Pesado Corazon. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing* [online]. 2010, 35, 5, [cit. 2011-03-15]. Dostupný také z WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20551841>>. ISSN 0361-929X.

COX, J.L., HOLDEN, J.M., SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry* [online]. 1987, 150, 6, [cit. 2011-03-15]. Dostupný také z WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3651732>>. ISSN 1472-1465.



FAJA. In Wikipedia : the free encyclopedia [online]. St. Petersburg (Florida) : Wikipedia Foundation, 11. 6. 2005, last modified on 24. 4. 2011 [cit. 2011-05-01]. Dostupné z WWW: <<http://de.wikipedia.org/wiki/Faja>>.

GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha, One Woman Press 2004, ISBN 80-86356-32-9.

GLOVER, V., ONOZAWA, K., HODGKINSON, A. Benefits of infant massage for mothers with postnatal depression. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicině* [online]. 2002, 7, 6, [cit. 2011-03-22]. Dostupný také z WWW: <[http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/ysiny/article/S1084-2756\(02\)90154-5/pdf](http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/ysiny/article/S1084-2756(02)90154-5/pdf)>. ISSN 1744-165X.

HALBREICH, U., KARKUN, S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms.. *Journal of Affective Disorders* [online]. 2006, 91, 2, [cit. 2011-03-15]. Dostupný z WWW: <[http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(05\)00422-2/pdf](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(05)00422-2/pdf)>. ISSN 0165-0327.

HOROWITZ, J.A., GOODMAN, J.H. Identifying and Treating Postpartum Depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* [online]. 2005, 34, 2, [cit.2011-03-20]. Dostupný také z WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1177/0884217505274583/pdf>>. ISSN 1552-6909.

[Http://czech.cri.cn](http://czech.cri.cn) [online]. c2009 [cit. 2011-04-02]. Dostupné z WWW: <<http://czech.cri.cn/321/2011/04/07/1s120934.htm>>.

[Http://kidshealth.org](http://kidshealth.org) [online]. c1995-2011 [cit. 2011-04-02]. Dostupné z WWW: <[http://kidshealth.org/parent/pregnancy\\_newborn/communicating/bonding.html](http://kidshealth.org/parent/pregnancy_newborn/communicating/bonding.html)>.

[Http://www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) [online]. c2009 [cit. 2011-04-02]. Dostupné z WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11285079>>.

KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty: 4. ročník*. Praha: Grada Publishing, a.s, 2009. 134 s. ISBN 978-80-247-2831-5.

KHANDELWAL, S. et. al. Conquering Depression. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia [online]. 2001, [cit. 2011-04-13]. Dostupný z WWW: <[http://www.searo.who.int/LinkFiles/Conquering\\_Depression\\_ment-120.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Conquering_Depression_ment-120.pdf)>.

KHMER KROM. In Wikipedia : the free encyclopedia [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, 7. 4. 2009, last modified on 17. 1. 2011 [cit. 2011-05-01]. Dostupné z WWW: <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Khmer\\_Krom](http://cs.wikipedia.org/wiki/Khmer_Krom)>.

KIM-GODWIN, Y.S. Postpartum Beliefs and Practices Among Non-Western Cultures. *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing* [online]. 2003, 28, 2, [cit.2011-04-15]. Dostupný z WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12629311>>. ISSN 0361-929X.

LAOTIAN AMERICAN. In Wikipedia : the free encyclopedia [online]. St. Petersburg (Florida) : Wikipedia Foundation, 13. 11. 2003, last modified on 6. 4. 2011 [cit.2011-05-01]. Dostupné z WWW: <[http://en.wikipedia.org/wiki/Laotian\\_American](http://en.wikipedia.org/wiki/Laotian_American)>.

POSMONTIER, B., HOROWITZ, J.A. Postpartum Practices and Depression Prevalences: Technocentric and Ethnokinship Cultural Perspectives. *Journal of Transcultural Nursing* [online]. 2004, 15, 1, [cit. 2011-03-20]. Dostupný také z WWW: <[www.appalachianbioanth.org/PPD.pdf](http://www.appalachianbioanth.org/PPD.pdf)>. ISSN 1552-7832.

PRAŠKO, J. Psychoterapie poporodních depresí. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii* [online]. 2002, 6, suppl. č. 2, [cit. 2011-03-11]. Dostupný z WWW: <[http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2002/suppl\\_02/09\\_suppl\\_2002\\_02.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2002/suppl_02/09_suppl_2002_02.pdf)>. ISSN 1211-7579.

RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186.

RENA, B. The Impact of Cultural Factors Upon Postpartum Depression: A Literature Review. *Health Care for Women International* [online]. 2008, 29, 6, [cit. 2011-03-15]. Dostupný také z WWW: <<http://www.informaworld.com/smpp/section?content=a794167507&fulltext=713240928>> . ISSN 1096-4665.

ROBERTSON, E., CELASUN, N., STEWART, D. Risk factors for postpartum depression. In Stewart, D.E., at. al. *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Report for Toronto PublicHealth. Toronto: University Health Network and Toronto Public Health. [online]. 2003. 9-70 p. [cit. 2009-11-03]. Dostupné z WWW:<[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/lit\\_review\\_postpartum\\_depression.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf)>.

ROZTOČIL, A. et al. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

ŠAMANISMUS. In Wikipedia : the free encyclopedia [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, 6. 5. 2007, last modified on 2. 2. 2011 [cit. 2011-05-01]. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Šamanismus>>.

WEIER, K.M., BEAL, M.W. Complementary Therapies as Adjuncts in the Treatment of Postpartum Depression. *The Journal of Midwifery & Women's Health* [online]. 2004, 49, 2, [cit. 2011-03-20]. Dostupný také z WWW:<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jmwh.2003.12.013/pdf>>. ISSN 1542-2011.

WILE, J., ARECHIGA, M. Sociocultural aspects of postpartum depression. In: MILLER, LJ. *Postpartum Mood Disorders*. 1st edition. Washington, D.C: American Psychiatric Press, Inc, 1999. 262 p. ISBN 0880489294.

Www.cinska-medicina.eu [online]. c2011 [cit. 2011-04-02]. Dostupné z WWW: <<http://www.cinska-medicina.eu/index.php?nid=5104&lid=CZ&oid=1635404>>.

Www.culturalsurvival.org [online]. c2010 [cit. 2011-04-02]. Dostupné z WWW: <[www.culturalsurvival.org/publications/cultural-survival-quarterly/china/hmong-refugees-and-us-health-system](http://www.culturalsurvival.org/publications/cultural-survival-quarterly/china/hmong-refugees-and-us-health-system)>.

Www.wudang.cz [online]. c2010 [cit. 2011-04-02]. Dostupné z WWW: <<http://www.wudang.cz/cinska-cviceni/cchi.php>>.

## **Příloha 1: Dotazník EPDS**

*„Před krátkou dobou jste přivedla na svět děťátko. Rádi bychom věděli, jak se cítíte. Zaškrtněte, prosím, odpověď, která co nejlépe popisuje, jak jste se cítila v posledních sedmi dnech a nejen, jak se cítíte dnes:*

*Při celkovém součtu 12 a více bodů je důvod se domnívat, že trpíte depresí. V posledních sedmi dnech:*

*I. Dokázala jsem se smát a vnímat komickou stránku věcí:*

- tak jako doposud (0)*
- ne úplně tak jako dřív (1)*
- rozhodně ne tolik jako doposud (2)*
- vůbec ne (3)*

*II. Těšila jsem se na některé věci:*

- stejně jako dřív (0)*
- asi míň než obvykle (1)*
- rozhodně méně než doposud (2)*
- skoro ne (3)*

*III. Když se mi něco nedařilo, cítila jsem neopodstatněný pocit viny:*

- ano, většinou (3)*
- ano, občas (2)*
- ne příliš často (1)*
- ne, nikdy (0)*

*IV. Měla jsem strach nebo jsem se cítila bezdůvodně znepokojená:*

- ne, vůbec ne (0)*
- téměř ne (1)*
- ano, občas (2)*
- ano, velmi často (3)*

*V. Bála jsem se nebo propadala bezdůvodně panice:*

- ano, velmi často (3)
- ano, příležitostně (2)
- skoro ne (1)
- vůbec ne (0)

*VI. Bylo toho na mě moc:*

- ano, většinou jsem situaci neuměla zvládnout (3)
- ano, občas jsem situaci neuměla zvládnout tak jako jindy (2)
- ne, většinou jsem situaci zvládla (1)
- ne, zvládám situaci stejně dobře jako vždy (0)

*VII. Byla jsem tak nešťastná, že jsem nemohla spát:*

- ano, většinou (3)
- ano, občas (2)
- ne, nijak zvlášť často (1)
- vůbec ne (0)

*VIII. Cítila jsem se smutně nebo na dně:*

- ano, většinou (3)
- ano, občas (2)
- ne, nijak často (1)
- vůbec ne (0)

*IX. Byla jsem tak nešťastná, že jsem plakala:*

- ano, většinu času v tom období (3)
- ano, velmi často (2)
- jen občas (1)
- ne, nikdy (0)

*X. Myšlenka, že si něco udělám, mě napadla:*

- ano, opravdu často (3)
- občas (2)
- velmi zřídka (1)
- nikdy (0)“ (Geisel, 2004, s. 189 - 191).