

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Diplomová práce

Bc. Landsmannová Michaela, DiS.

Psychické změny v poporodním období

Olomouc 2017

PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.

Čestné prohlášení

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Datum:

Podpis:

Poděkování

Děkuji vedoucí práce PhDr. Kamile Holáskové, Ph.D. za pomoc a cenné rady při vedení této diplomové práce.

Zároveň děkuji všem, kteří se podíleli na vzniku této diplomové práce, zejména svým respondentkám a své rodině za podporu a důvěru.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Landsmannová Michaela, DiS.
Katedra nebo ústav:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Psychické změny v poporodním období
Název v angličtině:	Psychological changes during the postpartum period
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá psychickými změnami, které prožívají ženy v poporodním období. Teoretická část podrobně popisuje problematiku emocí, psychologické aspekty šestinedělí včetně nejčastěji se vyskytujících psychických změn a poruch u žen po porodu. Další kapitoly se věnují rizikovým faktorům, léčbě psychických poruch a možnostem prevence. Empirická část zkoumá prostřednictvím kazuistik emocionální prožitky žen po porodu, jak ženy zvládají roli matky a případný výskyt psychických potíží u respondentek.
Klíčová slova:	šestinedělí, psychika ženy, emoční změny, psychické poruchy, poporodní deprese, kazuistika

Anotace v angličtině:	<p>The thesis deals with psychological changes experienced by women in the postpartum period. The theoretical part describes in detail the issue of emotional, psychological aspects of confinement including the most commonly occurring psychological changes and disorders in women after childbirth. Other chapters deal with the risk factors, and treatment of mental disorders and possible prevention. The empirical part examines case studies through an emotional experience postpartum women, how women cope with the role of mother and the possible presence of psychological problems among respondents.</p>
Klíčová slova v angličtině:	<p>puerperium, woman's psyche, emotional changes, mental disorders, depression of postpartum, casuistry</p>
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č.1 – Tabulka stresujících životních událostí a body Příloha č.2 – Edinburská škála postnatální deprese Příloha č.3 – Metody relaxace Příloha č. 4 – Otázky pro polostrukturovaný rozhovor</p>
Rozsah práce:	<p>111 stran</p>
Jazyk práce:	<p>český</p>

OBSAH

ÚVOD	8
1 EMOCE	10
1.1 Složky emocí	10
1.2 Aktivace emocí	11
1.3 Klasifikace emocí	11
1.4 Funkce emocí	13
1.5 Poruchy emocí	14
1.5.1 Poruchy afektů	14
1.5.2 Poruchy nálad	15
1.5.3 Poruchy vyšších citů	16
1.5.4 Obsahové poruchy emotivity	16
1.6 Zátěžové situace a stres	17
2 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ŠESTINEDĚLÍ	25
2.1 Bonding	25
2.2 Kojení	28
2.3 Psychika ženy v šestinedělí	30
2.4 Sexualita po porodu	31
3 PSYCHICKÉ ZMĚNY A PORUCHY V POPORODNÍM OBDOBÍ	33
3.1 Poporodní blues (smutek)	34
3.2 Poporodní (nepychotická) deprese	34
3.3 Poporodní psychóza	36
3.4 Posttraumatická stresová porucha po porodu	37
4 RIZIKOVÉ FAKTORY	39
4.1 Negativní životní události	39
4.2 Stres	40
4.3 Změny statusu	42
5 MOŽNOSTI LÉČBY	44
5.1 Psychoterapie	44
5.2 Elektrokonvulzivní léčba	46
5.3 Farmakoterapie	46
5.4 Alternativní metody	47
6 PREVENCE	51
7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	54
7.1 Cíl výzkumu	54
7.1.1 Výzkumné otázky	54
7.2 Metoda výzkumu	54
7.3 Výzkumný vzorek	56
7.4 Kazuistiky	57
7.5 Výsledky výzkumu	82
DISKUZE	91
ZÁVĚR	99

SEZNAM GRAFŮ	101
SEZNAM TABULEK	102
SEZNAM ODBORNÝCH ZDROJŮ	103
SEZNAM PŘÍLOH	111

ÚVOD

Období šestinedělí je významnou etapou v životě ženy, které je provázeno nejen fyzickými změnami, ale také psychickými. Narození dítěte ovlivňuje život ženy, jejího partnera i širšího okolí. Rodinným členům se mění sociální role. Z ženy se stává matka a rodina si musí na nového člena zvyknout. Poporodní období je pro rodičku velice náročné. Tato životní etapa se bohužel pojí s vyšším rizikem vzniku psychických onemocnění. Po porodu dochází u ženy k výrazným endokrinním změnám, zejména poklesu hladiny estrogenu a progesteronu a naopak vzestupu oxytocinu a prolaktinu. V kombinaci s velkými nároky na výkonnost, extrémní únavou a změnou vzhledu mohou u ženy mnohdy zapříčinit pocity smutku, úzkosti, změny nálad a zvýšenou plačtivost. Významnou roli při rozvoji psychických poruch hraje osobnost dané ženy, míra její odolnosti vůči zátěži, zdravotní stav a v neposlední řadě ekonomická a sociální situace. Osobně se domnívám, že nejlepší prevencí psychických poruch a onemocnění je stabilní a fungující vztah s partnerem, který své ženě dokáže být v náročných situacích skutečnou oporou. Neméně důležitá je také podpora ze strany rodiny.

Téma mé diplomové práce se soustřeďuje na psychické prožívání žen po porodu. Vybrala jsem si ho, protože mi je tato problematika velice blízká. Považuji toto téma za aktuální a těšící se čím dál větší pozornosti z řad odborné i široké veřejnosti. V dnešní době není nic neobvyklého, že se ženy intenzivně připravují na své těhotenství, porod i poporodní období. Jako prvorodička jsem také zažívala výrazné emocionální změny. Zajímalo mne proto, jak toto nelehké období prožívají ostatní ženy a které faktory mohou ovlivňovat výskyt psychických potíží.

Diplomovou práci tvoří teoretická a praktická část. Teoretická část si klade za cíl seznámit s problematikou emocí, kterým je vzhledem k zaměření práce věnována širší pozornost. Emoce provází celý náš život, avšak v období po porodu mnohdy nabývají na intenzitě. Další kapitoly a podkapitoly se zabývají psychologickou charakteristikou šestinedělí, především psychikou ženy během šestinedělí, ale také vlivu bondingu a kojení. Třetí oddíl se věnuje nejčastěji se vyskytujícím psychickým změnám a poruchám u žen po porodu. Doplnujícími, ale neméně důležitými, jsou kapitoly věnované rizikovým faktorům, léčbě psychických poruch a možnostem prevence.

Navazující sedmá kapitola tvoří praktickou část mé práce a má za cíl podrobněji popsat psychické změny u žen v poporodním období v souvislostech prostřednictvím

analýzy konkrétních případů. Vzorek tvoří deset případových studií žen po porodu. Každá případová studie je doplněna zhodnoceným standartizovaným dotazníkem Edinburské škály postnatální deprese EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), který byl přeložen do češtiny a poskytnut autory k použití.

Uvedenou problematikou se zabývá řada českých i zahraničních odborníků, mezi které se řadí například Milan Nakonečný, Ján Praško, Kateřina Ratislavová, Kamila Holásková, Vladislav Chvála, Radkin Honzák, Paula Nicolson, Rita Atkinson, Elisabeth Geisel a mnoho dalších.

1 EMOCE

Emoce tvoří zvláštní kategorii psychologických jevů, které lze jen obtížně slovně vyjádřit a nelze je ani zcela jednoznačně definovat. Pojem emoce nebo cit označují zvláštní míru prožívání, jež lze charakterizovat například takovými slovy, jako je radost, hněv, smutek, lítost a mnoho dalších. Vztah mezi pojmy emoce a city je v podstatě synonymní (podobného významu), přesto je možno tyto pojmy blíže specifikovat. Emocionální prožitky jsou označovány jako city nebo pocity, například pocit křivdy či viny. V tomto smyslu je možno chápat emoce jako pojem širší než city a pojem city jen jako zážitkovou, čistě psychickou dimenzi emoce. V emoci jsou kromě citu zahrnuty také další dvě složky, a to bezděčný výraz, především mimický a fyziologické dění v organismu (Nakonečný, 1998; Plháková, 2008).

Emoce tedy vyjadřují náš citový postoj ke skutečnosti, působí na motivaci a chování, ovlivňují fyziologické funkce v organismu a mají blízký vztah k instinktům (Raboch, Pavlovský, 2003).

1.1 Složky emocí

Plháková (2008) uvádí, že podle mínění většiny psychologů se emoce skládají z těchto následujících tří až čtyř vzájemně propojených složek:

1. Subjektivní emocionální prožitky (fenomenologická komponenta) – znamenají, že základním znakem emocí, kterým se nejvíce liší od ostatních mentálních stavů je jejich pozitivně či negativně zabarvená pocitová složka. Emocionální prožitky jsou označovány jako city nebo spíše pocity, např. pocit křivdy, pocit viny apod.
2. Vnější výrazové chování (expresivní komponenta) – jedná se o bezděčný výraz, zvláště mimický. Toto chování je mimovolním projevem emocí. Řadí se sem především mimické pohyby obličejových svalů. Specifickým emocionálním projevem je pláč, který je obvykle výrazem smutku či lítosti.
3. Příslušné fyziologické dění a změny (tělesná komponenta) – k nimž patří fyziologické změny vyvolané stimulací autonomního nervového systému (řídící systém činností vnitřních orgánů) a hormonální produkcí.
4. Podněťová situace – jedná se o situace, které vyvolávají citové prožitky, subjektivní hodnocení a subjektivní interpretace. Kupříkladu to, co je pro jednoho jedince

významným podnětem, tak jiného nemusí zcela vůbec zajímat (Plháková, 2008).

1.2 Aktivace emocí

Aktivace emocí je řízena aktivací sympatického oddílu autonomního nervového systému, jenž připravuje tělo k výdeji energie, nejčastěji na boj nebo na útěk. V této situaci je možno sledovat jisté fyziologické změny, které se však nemusí vyskytovat najednou. Jedná se především o zvýšení krevního tlaku a tepové frekvence srdce, zrychlené dýchání a zvýšení hladiny glukózy v krvi k zajištění většího množství energie pro organismus. Pro případ fyzického poranění se zvyšuje srážlivost krve. Dochází k zúžení zornic a po těle se objevuje vztyčení chlupů na kůži, tzv. husí kůže. Krev ze žaludku a střev je odváděna k mozku a kosterním svalům, což způsobuje sníženou motilitu gastrointestinálního (zažívacího) traktu. Snižuje se produkce slin a hlenu a oproti tomu se výrazně zvyšuje pocení. V okamžiku, kdy emoce odezní, přebírá nad organismem řízení parasympatický systém (systém, který je aktivován v klidu). Ten zajišťuje uchování energie a návrat organismu do normálního stavu. Oba autonomní systémy jsou spouštěny díky činnosti limbického systému (seskupení částí koncového mozku, mezimozku a středního mozku) a hypotalamu (spodní část mezimozku). Impulzy z těchto systémů jsou následně přenášeny do jader mozkového kmene, která mají kontrolní funkci nad autonomním nervovým systémem. Autonomní nervový systém působí přímo na svaly a vnitřní orgány a je spouštěčem většiny výše uvedených fyziologických změn. Během aktivace emočních stavů, jako jsou smutek, žal nebo strach, se musí organismus připravit na akci, většinou na boj nebo útěk. Avšak některé z těchto reakcí se mohou vyskytovat také během intenzivního prožitku radosti nebo sexuálního vzrušení. Oproti tomu stavy jako je zármutek a žal většinou provází zpomalení tělesných procesů (Atkinsonová a kol., 1995).

1.3 Klasifikace emocí

Emoce je možno třídit podle nejrůznějších kritérií a existuje nepřehledné množství klasifikací od různých autorů. Některé z nich jsou dosti uměle vytvořené nebo obsahují zastaralé termíny. Pokusím se proto uvést z mého pohledu ty nezákladnější a nejpřehlednější klasifikace.

Klasifikace emocí podle vyvolávajícího pocitu:

- Pocity pozitivní a příjemné – například radost, štěstí, apod.
- Pocity negativní a nepříjemné – například smutek, hněv, vztek, zlost, pocity strachu, úzkosti, smutku, apod. (Juříčková, 2009).

Klasifikace emocí podle délky a kvality:

- Afekty – představující krátké, ale silné emoce. Nejzákladnější emoce bývají též nazývány fundamentální a mají různě dlouhé trvání a intenzitu. Patří sem především hněv, který je charakteristický nejvyšší intenzitou a zároveň vyžaduje největší sebekontrolu. Trvá od několika minut až po několik hodin. Dále strach mívající nejkratší trvání od několika sekund po zhruba jednu hodinu, který vyvolává u jedince nutně adaptační (přizpůsobovací) mechanismy. Mezi fundamentální emoce patří také radost trvajících podle okolností většinou hodinu až jeden den. Oproti tomu smutek může trvat i několik dní a mnohdy si žádá určité období, během kterého dojde k přizpůsobení na novou vztahovou situaci, například konec vztahu nebo smrt blízkého jedince (Arrivé, 2004).
- Protrahované emoční stavy – nazývající se nálady. Člověk může mít různé nálady od veselé, optimistické až po smutnou, pesimistickou. Změny těchto nálad jsou často vyvolány podněty, jejichž vliv si člověk nemusí ani uvědomovat. Mohou mít příčinu v zevním prostředí, ale také ve změnách v organismu, například když se jedinec necítí dobře. Nálada ovlivňuje veškeré lidské konání, působí i na ostatní a může trvat několik minut, hodin, ale i dnů (Raboch, Pavlovský, 2003; Rozsypalová, Čechová, Mellanová, 2003).
- Vyšší city – jsou vývojově mladší a vznikly díky životu člověka ve společnosti, především pod vlivem rozvoje umění, vědy, kultury a morálky. Mezi vyšší city se řadí city morální, hodnotící jednání druhých i sebe sama z hlediska morálky a lidského soužití. Dále estetické city, uplatňující se při hodnocení krásy nebo ošklivosti v okolním prostředí, umění či přírodě. Intelektuální city, vznikající při nalézání nových poznatků a úspěšném řešení problémů. A v neposlední řadě city sociální, projevující se v pomoci a vztahu k ostatním lidem, zejména k lidem nemocným, postiženým, seniorům a dětem (Rozsypalová, Čechová, Mellanová, 2003).

Klasifikace emocí podle vlivu na chování jedince:

- Stenizující emoce – které podněcují k činnosti. Patří mezi ně především radost, ale také hněv v mírné podobě.
- Astenizující emoce – utlumují aktivitu a řadí se mezi ně například smutek a strach (Juříčková, 2009).

1.4 Funkce emocí

Emoce v životě lidí plní významné a velice různorodé funkce. Stuchlíková (2002) uvádí následující přehled:

1. Intrapersonální funkce emocí – pomáhá zvládat požadavky prostředí a obnovovat narušenou rovnováhu. V případě potřeby čelit nějaké výzvě, například ohrožení, mají emoce schopnost narušovat naši homeostázu (stálost vnitřního prostředí). To znamená, že se fyziologický stav dokáže dynamicky přizpůsobovat novým potřebám a připravit odpovídající množství energie i adaptivních reakcí. Po zvládnutí výzvy se objevují pocity uvolnění a potěšení. Tyto pozitivní emoce obnoví původní vyrovnaný stav. Další interpersonální funkcí emocí je změna kognitivních (mající poznávací význam) a behaviorálních (týkajících se chování) hierarchií. Emoce ovlivňují dílčí části reakce na změny ve vnějším i vnitřním prostředí. Výsledkem je jednotná reakce, během které dílčí systémy vzájemně spolupracují. Jednou z nejzajímavějších charakteristik emocí je jejich subjektivní pocitový stav. Provází nejen emoci smutku, hněvu, ale i jakoukoliv další emoci. To jedinci napomáhá zapojit určité záměrné chování, například se vyvarovat nebezpečným situacím či naopak rychle zahájit reakci. Subjektivní emoční prožívání významně ovlivňuje učení. Příjemné emoční prožitky pozitivně zpevňují a je možné očekávat, že se při opakování pozitivní emoce objeví provázená reakce. Naopak negativní prožívání negativně zpevňuje, což znamená, že se jedinec bude snažit obdobné reakci vyhnout. Další z intrapersonálních funkcí je schopnost emocí poskytovat asociativní (slučovací) struktury paměti. To znamená, že při prožitku silné emoce se spontánně vybaví vzpomínky na podobné situace, kdy docházelo k prožívání obdobných emocí. V těchto situacích mohou vzpomínky napomoci při plánování smysluplných, adekvátních a zdůvodněných reakcí.
2. Sociální funkce emocí – charakterizuje individuální (jednotlivá), dyadická (párová),

skupinová a kulturní úroveň „vzájemné výměny“. V tomto smyslu je možno nahlížet na emoce, jako na kulturní výtvoř, které jsou vytvářeny jedinci i skupinami v rámci vzájemných interakcí (působení) a vztahů. Na individuální úrovni analýzy (rozboru) plní emoční reakce jedince v sociálním prostředí dvě sociální funkce. Pociťování emocí utváří hodnocení, které jedince informuje o sociálních podmínkách a událostech. Druhou funkcí je příprava jedince na příležitosti a problémy, které se mohou během sociálních interakcí objevit. V rámci dyadické úrovně analýzy se emoce podílí na uspořádávání interakcí do smyslupných vztahů. Zároveň emoční reakce dokáží usměřňovat pozornost a chování druhých lidí, což napomáhá učit se sociálnímu chování. Z pohledu skupinové dynamiky emoce pomáhají určovat skupinové hranice a rozpoznávat členy skupiny. Na kulturní úrovni analýzy mají emoce významnou funkci při získávání a hodnocení kulturní identity. Emoce jsou důležitou složkou socializace (zespolečenštění) a napomáhají jedinci pochopit a přijmout hodnoty a normy jejich kultury.

3. Vývojové funkce emocí – emoční systém hraje hlavní roli při dosahování vývojových mezníků během všech životních etap. Na jednu stranu kognitivní vývoj napomáhá emočnímu vývoji, ale zároveň emoce hrají významnou roli při kognitivním vývoji. Sociálněkognitivní vývoj podporují emoce tím, že vytvářejí sociální interakce a ulehčuje je. Emoce také nutí jedince přehodnocovat jeho chování i očekávání (Stuchlíková, 2002).

1.5 Poruchy emocí

Emoce vyjadřují subjektivní vztah jedince k jeho vlastním projevům, okolním jevům a situacím. Všechny emoční poruchy zahrnují v jistém stupni jak kvantitativní, tak kvalitativní stránku. Podle toho je možno rozlišovat poruchy afektů, nálad, vyšších citů a další strukturálně obsahové poruchy emotivity (Praško a kol., 2003).

1.5.1 Poruchy afektů

Poruchy afektů jsou typické nepřiměřenou intenzitou projevu, která přihlízející často šokuje. Mezi poruchy afektů řadíme:

- Nezvládnutý afekt, který se vyznačuje takovou reakcí, kdy se jedinec nechá

strhnout k nelogickým a násilným činům. Přestože si jedinec uvědomuje co dělá, nedovede své chování regulovat. Oproti patickému afektu se však nevyskytuje porucha vědomí (Praško a kol., 2003).

- Patickým afektem se rozumí velmi silný afekt, při jehož vyvrcholení se rozvíjí porucha vědomí, nejčastěji v podobě mráкотného stavu s následnou amnézií (ztrátou paměti). Charakteristické je také bezcílné jednání a výrazný motorický neklid. Tento stav je poměrně vzácný a je možno jej sledovat u epilepsie či těžkých poruch osobnosti. U normálních jedinců připadá v úvahu pouze při extrémně zátěžové situaci, například hladovění nebo abúzu alkoholu (Raboch, Pavlovský, 2003).
- Afektivní stupor se vyskytuje po zvlášt' silných a hrůzných podnětech, které mohou způsobit tělesné i psychické projevy afektu. Typická je ztuhlost, kdy jedinec není schopen řeči, mimiky, pohybu ani gestikulace. Naštěstí trvá relativně krátce a prognóza je příznivá (Praško a kol., 2003).
- Zvýšenou afektivitu vykazují hypersenzitivní (přecitlivělé) a histrionské (s hysterickou poruchou) osobnosti. Oproti tomu snížená afektivita se vyskytuje u apatické formy deprese, oligofreniků (mentální retardace) a u demencí. Afektivní oploštělost je typická citovou chladností, emoční indiferencí (lhostejností) a setkat se s ní je možno například u chronických schizofreniků (Raboch, Pavlovský, 2003).

1.5.2 Poruchy nálad

Typické pro poruchy nálad je nepřiměřenost v délce trvání a intenzitě projevu. Mezi poruchy nálad se řadí:

- Expanzivní nálada, jejíž projevem je zvýšená emoční reaktivita, zvýšená činnost, zvýšené sebevědomí a zvýšená vitalita. Euforie je lehčí forma, projevující se zvýšenou spokojeností. Při manické náladě je již nápadně zvýšena veselost, rozjařenost a podnikavost. Mírnější stupeň se nazývá hypomanická nálada. Tyto stavy jsou charakteristické při maniodepresivní poruše, dále při intoxikacích (otravách), ale je možné se s nimi setkat také u schizofrenie či organických poruch mozku, například při demenci (Praško a kol., 2003).
- Depresivní nálada se vyznačuje sníženou emoční reaktivitou a sníženým sebevědomím. Jedná se o patologicky smutnou náladu s pocity stísněnosti

a sníženou aktivitou. Jedinec mluví zpomaleně, tiše a někdy se dokonce vyskytuje nemluvnost. Zvláštní formou depresivní nálady je úzkostná – anxiozní nálada. Jedná se o stav, kdy se jedinec cítí neklidný, plný obav a strachu, naříká a mohou se u něj vyskytnout sebevražedné sklony. Jedinec neví, co u něj strach způsobuje. Enormně vystupňovaná úzkost, která přichází záchvatovitě a je často spojena se strachem ze smrti, se nazývá panická epizoda. Dalšími spouštěči panické epizody může být strach z vážné somatické choroby, ze ztráty sebekontroly, ze zbláznění se apod. Může se objevit ve specifické situaci, jako je například jízda ve veřejném dopravním prostředku nebo čekání ve frontě, mnohdy ale vniká i bez zjevné příčiny, zcela spontánně (Raboch, Pavlovský, 2003; Praško a kol., 2003).

1.5.3 Poruchy vyšších citů

Polách (2015) rozděluje poruchy vyšších citů na:

- Sociální tupost - projevující se sníženou schopností až úplnou neschopností citového kontaktu. Jedinec není schopen navazovat citové vztahy.
- Morální tupost – anetičnost – pro kterou je typické vystupňované postižení citové oblasti až do krajní bezcitnosti, bezohlednosti a egocentrismu (sebestřednosti).
- Emoční deprivace – jedná se o poruchu, kdy mizí morální zábrany a dochází k převaze pudového jednání při celkovém úpadku osobnosti. S touto poruchou je možno se setkat například u demence, při schizofrenní poruše či toxikománií.
- Emoční degradace – se projevuje úpadkem celé osobnosti, kdy se city zaměřují jen na oblast fyzických potřeb. Emoční degradace se vyskytuje především u těžkých forem organických psychických poruch, například demence či Alzheimerova choroba (www.upsychiatra.cz).

1.5.4 Obsahové poruchy emotivity

Do této kategorie se řadí nejrůznější poruchy emocí, které však tvoří kompaktní skupinu. Praško a kol. (2003) zmiňuje tyto nejzásadnější poruchy:

- Emoční ambivalence – je typická přítomností a propojeností kladných i záporných pocitů a nálad. Příkladem je láska a nenávisť zároveň pociťovaná k jednomu jedinci. S ambivalencí se můžeme setkat nejen u emocí, ale také v motivaci a při intelektuálních operacích. Vyskytuje se u deprese, schizofrenie, obsedantních

(nutkavých) poruch i fobií.

- Fobie – představují nepřiměřené a neopodstatněné obavy z lidí, objektů nebo situací, které jedinec není schopen potlačit. Mezi nejčastější fobie patří například klaustrofobie - strach z uzavřených prostor, agorafobie – strach z velkých prostranství, sociální fobie – strach ze sociálních kontaktů a situací.
- Katatymie – představuje emoční zkreslování postojů vůči osobám nebo událostem. Kladný nebo záporný vztah způsobuje potlačování některých rysů a naopak k zvýrazňování jiných.
- Alexitymie – se vyskytuje u jedinců, kteří nejsou schopni správně hodnotit a rozumět svým vlastním emocím (Praško a kol., 2003).

1.6 Zátěžové situace a stres

V našem každodenním životě se občas vyskytují situace, které na nás kladou zvýšené nároky. Tyto zátěžové situace nemusí být vždy nutně něčím nežádoucím, naopak dokáží mobilizovat, učí jedince hledat řešení a napomáhají k podávání vyšších výkonů. Pokud se však stane náročnost situace pro jedince neúnosná, může vést k rozvoji nežádoucích reakcí a narušení psychické rovnováhy. Někdy jen dočasně nebo částečně, jindy trvale. Toto narušení se projevuje změnou prožívání, uvažování i chování. Zátěžové situace mohou mít význam pro vznik a rozvoj nejen syndromu vyhoření, ale také jiných psychických poruch a potíží (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

Zátěžové situace je možno dělit podle více hledisek, především podle jejich závažnosti, okolností vzniku a případných následků. Mezi zátěžové situace patří:

1. Stres

Melgosa (1997) uvádí, že stres je povětšinou chápán jako negativní jev, jako určitá „úzkost“ či „tíseň“, která nám způsobuje tělesné vyčerpání a utrpení. Pod slovem stres je možno si představit fyziologickou i psychologickou reakci organismu vystavenému nadměrné zátěži.

Stres má dvě základní složky. První složkou jsou stresové faktory neboli činitele, což jsou všechny okolnosti, které způsobují stres, včetně tzv. stresorů, tedy zatěžujících věcí působících na jedince zvenčí. Druhou složkou je reakce na stres, která představuje odpověď jedince na stresové faktory. Průběh stresové reakce nezávisí pouze na charakteru

události, ale především na tom, jak celé situaci jedinec porozumí. V reakci na stres proto existují velké individuální rozdíly. Například zkouška nebo hádka s partnerem může pro jednoho jedince představovat vyčerpávající zážitek, který negativně působí na jeho nervový systém, zatímco pro druhého ta samá situace nepředstavuje žádný problém ani zátěž (Praško, Prašková, 1996; Melgosa, 1997).

Stres nemusí být vždy jen škodlivý. Určitá míra stresu je potřebná k překonávání překážek. Tento stres, zajišťující jedinci přiměřenou míru podnětů, se nazývá eustres. Eustres představuje veškeré situace, které má jedinec ještě pod svou kontrolou. Oproti tomu škodlivý stres se nazývá distres a objevuje se ve chvílích, kdy již nemá jedinec situaci zcela pod kontrolou, přestává ji zvládat a cítí se přetížen. Eustres i distres mají podobné tělesné projevy. Ze zdravotního hlediska jde především o to, jak často se stres objevuje a v jaké míře. Stres se stává škodlivým pro jedince ve chvíli, kdy přesáhne své individuální možnosti (Praško, Prašková, 1996).

Podle Atkinsonové a kol. (1995) patří mezi základní znaky stresových situací.

- Pocit neovlivnitelnosti – čím více se jeví situace jako neovlivnitelná, tím více ji jedinec vnímá jako stresovou.
- Pocit nepředvídatelnosti výskytu stresové události – v případě, že má jedinec možnost předvídat vznik stresové situace, obvykle to snižuje intenzitu prožívaného stresu a naopak.
- Pocit nezvládnutelnosti – zažívá jedinec v situaci, kdy dojde k překročení hranice jeho možností.
- Vnitřní konflikty – vznikají ve chvílích, kdy se jedinec musí rozhodovat mezi neslučitelnými nebo vzájemně si odporujícími cíli nebo postupy jednání. Ke konfliktu dochází i v případě, je-li jedinec nucen vybrat si ze dvou stejně atraktivních cílů.

Příčiny stresu

Melgosa (1997) rozlišuje dva základní zdroje stresu – vnější a vnitřní. Mezi situace, které mohou vést ke stresu a přicházejí z vnějšku patří:

- Traumatické zážitky – kterými mohou být například přírodní neštěstí (zemětřesení, povodně, apod.) nebo neštěstí způsobená lidmi, nejčastěji dopravní nehody, války, přepadení, pokusy o sebevraždu a mnoho dalších.

- Stresující události – narušující naši duševní rovnováhu. Mohou být nejen negativního charakteru, ale také pozitivního, například svatba nebo kariérní postup.
- Každodenní „drobné“ problémy – například zdržení v práci, konflikt se spolupracovníkem, porucha na kuchyňském robotu apod. Někdy i nepatrné karamboly způsobí, že se jeví život těžký. Významnou roli hrají osobní dispozice každého jedince.
- Vliv okolností života a sociální podmínky – základními předpoklady pro život s minimální mírou stresu je čisté životní prostředí, dostatečný životní prostor, dále přiměřená teplota a hladina hluku.

Mezi vnitřní zdroje stresu Melgosa (1997) řadí:

- Protichůdnou volbu – stres vzniká je-li jedinec nucen volit mezi dvěma či více podobnými možnostmi.
- Spěch – pod vlivem stresu může jedinec dosahovat výborných výsledků, ale nesmí dojít k překročení individuálních hranic.
- Nejistotu z budoucnosti – jedinec dokáže mnohem lépe zvládat stres, pokud má možnost rozpoznat nejen samotný stresový faktor, ale i dobu, kdy se vyskytne. Například jedinec s onemocněním AIDS, může žít celé roky ve strachu z propuknutí onemocnění, přestože první příznaky se mohou objevit až po osmi či více letech.
- Nekontrolovatelnost událostí – člověk není vždy schopen ovlivnit to, co se stane příště. Na druhou stranu velké množství lidí, kteří trpí nadměrným stresem, nedělají nic pro zlepšení svého stavu. Ideálně by se měl každý seznámit s metodami důležitými pro předcházení stresovým situacím.
- Člověka – který může být sám sobě zdrojem stresu. Ne vždy je nejlepším řešením měnit vnější okolnosti, ale naopak snažit se změnit svůj vnitřní náhled na stresové situace. V padesátých letech definovali kardiologové Meyer Friedman a Ray Rosenman dva typy osobnosti. Typ A s vysokým rizikem infarktu myokardu a typ B s nízkým rizikem srdečního infarktu. Jedinci, kteří jsou svým založením blíže typu A, mají vyšší riziko výskytu stresu a nemocí kardiovaskulárního systému. Osobnosti, které jsou blíže typu B, tato rizika ohrožují v mnohem menší míře, ale oproti typu A jim může častěji chybět energie potřebná k plnění každodenních povinností.

- Soutěž a spotřebu – snaha dosáhnout zlepšení a pokroku je naprosto přirozená a kladná lidská vlastnost. Problém představuje přehnaná soutěživost a touha po moci a majetku. Jedinci, kteří nikdy nejsou spokojeni se svou životní úrovní, se často ženou do práce, i když dávno přesahuje jejich možnosti.
- Pocity viny – představují pro řadu lidí zdroj nadměrného stresu. Je však třeba rozlišovat neopodstatněné pocity viny od opodstatněných. Neopodstatněné pocity viny například zažívají děti, které cítí vinu za rozvod svých rodičů.

Příznaky stresu

Stres se může projevovat ve třech rovinách. Tyto roviny se mohou navzájem prolínat nebo je naopak jedna z rovin více či méně dominantní oproti ostatním. Mezi tři základní oblasti, ve kterých se může stres projevovat patří:

- Tělesné potíže – projevující se buď v motorické rovině na svalech nebo ve vegetativním nervovém systému, který řídí nezávisle na našem vědomí činnost cév a útrobu. Mezi hlavní fyziologické potíže patří bušení srdce, zrychlená či nepravidelná srdeční akce, bolesti nebo tlak na hrudi, přechodně zvýšený krevní tlak, zažívací obtíže, suchost sliznic, zvýšené pocení, bolesti zad, poruchy prokrvení rukou a nohou, pláč, svalová ztuhlost, častější močení, pocity sucha v ústech, sexuální obtíže aj.
- Psychické (emocionální) potíže – jedince nutí se k problému neustále vracet a není v jeho silách negativní myšlenky zaplašit. Mezi časté psychické obtíže doprovázející stres patří například pocity vyčerpání, které se nelepší ani po odpočinku, nespavost nebo naopak zvýšená potřeba spánku, děsivé sny, ranní únava, pocity napětí a úzkosti, vztek, pocity ohrožení, agresivita a nepřátelskost k druhým, poruchy paměti a soustředění, netrpělivost, zvýšená podrážděnost, přecitlivělost, bolesti hlavy, únava a pocity vyčerpání, ztráta radosti z práce aj.
- Změny v chování – sem patří především potíže typu přejídání či naopak nechutenství, výrazné mimoslovní chování, např. přehnaná gestikulace či ztrnulost, zrychlená chůze, zvyšování hlasu, okusování nehtů, trhání vlasů, nadměrná konzumace alkoholu nebo nadměrné kouření (Irmiš, 1996).

Stresová reakce

Praško a Prašková (2001) popisují stresovou reakci jako poplachovou reakci organismu, ke které dochází při kontaktu se stresorem. Stresová reakce připravuje organismus k „boji“ nebo „úniku“. Stres v životě lidí plní několik významných funkcí. Stres přímo varuje před nebezpečím, uvádí tělo i mysl do stavu pohotovosti a udržuje jedince v pohotovosti až do pominutí nebezpečí. Mechanismus stresové reakce je zděděný po našich předcích. Pokud se jedinec cítí v ohrožení dojde ke spuštění stresové reakce. Nezáleží na tom, zda je ohrožení pravdivé či falešné. V organismu dojde k rychlému sledu změn, které ho připraví na boj nebo útěk. V případě fyzického ohrožení je tento mechanismus žádoucí a velice efektivní. Pokud se ale jedná spíše o psychologické ohrožení, je tento mechanismus neefektivní. Příznaky náhlého stresu fungují jako varovný signál, který informuje o nutnosti řešit určitý problém a pro lidské tělo není nebezpečný. To ovšem neplatí u dlouhodobého stresu, který může být příčinou psychických či psychosomatických obtíží. Rozlišují se dvě fáze stresové reakce. První fází je tzv. poplachová reakce, kdy stresový podnět vyvolává neklid doprovázený aktivací sympatiku. Vyplavuje se adrenalin a noradrenalin a dochází k uvolňování energie ze zásob do krve, především cukrů, tuků a škrobů. Energie společně s kyslíkem zásobuje nejdůležitější orgány, tedy mozek, srdce, plíce a kosterní svaly. Oproti tomu ostatní systémy nejsou v danou chvíli natolik významné a dodávka kyslíku a energie je snížena. Druhou fází stresové reakce je všeobecný adaptační syndrom. Tato reakce je dlouhodobější a jejím cílem je zklidnit organismus. Fáze adaptace nastupuje ve chvíli, kdy byla poplachová reakce vyčerpána a to i v případě, že nedošlo k vyřešení problému. Dochází k aktivaci parasimpatiku a z podvěšku mozkového je uvolňován adrenokortikotropní hormon neboli stresový hormon. Tento hormon stimuluje kůru nadledvin, aby produkovala kortizol a kortizon k mobilizaci energie. Zároveň dostatečná hladina těchto hormonů dává informaci podvěšku mozkovému, že již není třeba dávat další impulzy k udržování stresové reakce. Při dlouhodobém stresu tomu tak není, sympatikus se nadbytečně aktivuje a dochází k stupňování stresové reakce. To může vést například k depresi, úzkostné poruše nebo psychosomatickým onemocněním.

2. Frustrace

Jako frustrující jsou označovány situace, kdy jedinec není schopen dosáhnout

uspokojení pro něj významné potřeby. Pro rozvoj frustrace hraje podstatnou roli pozitivní očekávání, naopak pokud jedinec nic pozitivního nečeká, nebývá většinou zklamán. Frustrace nemusí být vždy vnímána pouze jako nežádoucí, naopak motivuje jedince k hledání nových řešení. Existuje však také teorie frustrace - agrese, která pracuje s tvrzením, že frustrace je důsledkem agresivity a naopak agrese důsledkem frustrace. Podle této teorie přítomnost frustrace vždy spouští nějakou podobu agrese. Agrese je v tomto pojetí chápána jako vrozená pudová reakce na frustrující podněty z vnějšího prostředí (Hill, 2004).

3. Konflikt

Konfliktní situace patří mezi každodenní a poměrně běžné obtíže. Může se jednat například o konflikt mezi tím, co je jedinci nabízeno a co může přijmout, nebo o konflikty mezi lidmi navzájem. Problém nastává pokud jsou tyto konflikty dlouhodobé, nepřiměřeně intenzivní a nebo dochází ke kumulaci více konfliktů najednou. Velikým problémem je pak především podobnost mezi nabízenými možnostmi. Je možno rozlišovat následující čtyři typy konfliktů souvisejících s procesem volby:

- Konflikt typu odmítnutí – odmítnutí – je nucen řešit jedinec, který musí vybrat jednu ze dvou negativních situací, přestože by se raději vyhnul oběma.
- Konflikt typu zájem – zájem – řeší jedinec, který stojí před výběrem volby ze dvou stejně atraktivních možností.
- Konflikt typu zájem – odmítnutí – se objevuje v případech, kdy se podmínky i okolnosti jeví jako dobré i špatné zároveň. Příkladem může být humanitární mise, kdy jedinec sice cítí hrdost, že bude vykonávat prospěšnou činnost, ale zároveň cítí strach a má velké obavy o svou bezpečnost.
- Konflikty typu dvojí zájem – odmítnutí – nastává, má-li jedinec zvolit mezi dvěma situacemi, které v sobě zahrnují jak pozitivní, tak i negativní prvky. V takovéto situaci se může ocitnout například žena, která si musí vybrat mezi svatbou a odstěhováním se na venkov a nebo studiem na vysoké škole, kterou si moc přeje dokončit. Sloučit obě možnosti bohužel není v její situaci možné a v obou případech se mísí nejen krásné a pozitivní aspekty, ale i určitá omezení (Melgosa, 1997).

4. Trauma

Traumatem se rozumí náhle vzniklá situace, která jedinci způsobuje určité poškození nebo ztrátu. Tato situace vede u jedince k pocitům nejistoty, úzkosti, strachu z budoucnosti a zármutku. Jedná se například o situaci, kdy dojde k úmrtí blízké osoby, poškození způsobené živelnou pohromou aj. Trauma se promítne v nepřiměřeném chování poškozeného jedince, který je ovlivněný svými emocionálními prožitky. Jedinec často trpí panikou a může propadat depresím. Nezřídka v průběhu několika měsíců dojde k rozvoji posttraumatické stresové poruchy (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

5. Posttraumatická stresová porucha

Akutní reakce na stres je přechodnou poruchou, objevující se u jedinců bez duševní poruchy jako odpověď na vyjímečný stres a mizí během několika hodin či dnů. Oproti tomu posttraumatická stresová porucha představuje úzkostnou poruchu, která se projevuje po těžké stresující události. Tato stresující událost svou závažností přesahuje běžnou zkušenost a je považována za traumatickou pro většinu jedinců. Jedná se například o válečné události, přírodní katastrofy či traumata zaviněná lidmi (přepadení, znásilnění, autohavárie aj.). Porucha může vzniknout v jakémkoliv věku. Nejčastěji se vyskytujícími obtížemi jsou poruchy spánku, paměti a soustředění. Mnohdy může dojít k rozvoji deprese, různým formám závislosti či jiným psychickým obtížím. Přibližně u 30% případů porucha spontánně vymizí do jednoho roku. V jiném případě mohou problémy přetrvávat roky nebo celý život (Praško a kol., 2003).

6. Krize

Psychická krize se může vyskytnout jako následek dlouhodobé kumulace určitých problémů nebo naopak jako následek náhlého vyhocení problémů v manželství, v práci apod. Znakem krize je selhání adaptačních mechanismů, to znamená, že všechny do té doby užívané způsoby přestaly být efektivní a jedinec je nucen hledat nové a jiné způsoby. Krizi by měl člověk vnímat jako impuls k potřebné změně (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

7. Deprivace

Psychickou deprivací se rozumí stav, kdy nejsou uspokojovány fyziologické nebo

psychické, citové a sociální potřeby v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu (Vágnerová, 2012).

Deprivací mohou trpět dospělí, ale mnohem častěji je možno se s ní setkat u dětí. Tyto děti, které jsou vychovávány v rodinách či institucích s velkou mírou psychické deprivace, se opožďují v psychomotorickém vývoji, dochází k snižování IQ, trpí pocity úzkosti a straní se kolektivu. Pokud se dítě odejme z původního nevhodného prostředí a umístí se do podpůrného prostředí, které dostatečně uspokojuje jeho psychické potřeby, je šance, že dojde k postupné nápravě. V mnoha případech ale dojde k trvalému ovlivnění psychického vývoje i do budoucna a je nezbytná sociální a psychoterapeutická intervence (Praško a kol., 2003).

2 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ŠESTINEDĚLÍ

Období následující po porodu je nazýváno šestinedělí. Rozděluje se na časně šestinedělí trvající 7 dnů po porodu a pozdní šestinedělí, které je ukončeno 42. dnem po porodu. Během tohoto období dochází k involuci pohlavních orgánů, vymizení těhotenských změn a organismus ženy se navrácí do původního stavu před otěhotněním. Dochází k stahování dělohy a hojí se porodní poranění (Hájek a kol., 2014).

Období šestinedělí může představovat pro ženu velikou zátěž. Tato zátěž souvisí nejen s fyzickými změnami po porodu, hormonálními změnami, ale také s adaptací na novou roli matky. Poporodní období z velké části ovlivňují také zážitky spojené s nedávným porodem. Za jednu z hlavních příčin psychických změn jsou považovány především hormonální změny probíhající v organismu ženy. Během prvních hodin po porodu klesá hladina progesteronu a estrogeneru v těle matky v souvislosti s odloučením placenty. Z hypofýzy je vylučován do krve prolaktin a oxytocin na podkladě dráždění bradavek během kojení. Změny jsou patrné i na dalších žlázách s vnitřní sekrecí, zejména štítné žláze a kůře nadledvin, jejichž produkce hormonů klesá (Ratislavová, 2008).

Vedle biologických změn jsou významnými faktory ovlivňujícími psychiku matky i faktory psychosociální povahy. Psychika šestinedělky se postupně vyrovnává s přijetím novorozence jako samostatné bytosti existující nezávisle na těle matky. Během kojení a péče o novorozence dochází k navazování silného citového vztahu. V prvotní fázi bývá častá radostná až euforická nálada, kterou mnohdy střídá emocionální labilita, obavy a pocity úzkosti. Pocity odpovědnosti za zdraví a výchovu dítěte ve spojení s intenzivní péčí o dítě, vyčerpaností a nedostatkem spánku mohou vést k prožívání stavů neschopnosti. Tyto stavy většinou přetrvávají do doby, než si žena na tuto zátěž zvykne a než si sama ověří, že je schopna se o dítě postarat (Ratislavová, 2008).

2.1 Bonding

Termín bonding je možno chápat jako připoutání matky k dítěti. Toto pouto vzniká okamžikem narození dítěte a je přirozeným pokračováním vztahu, který mezi matkou a dítětem vzniká již během těhotenství a upevňuje se po zbytek života. Proces bondingu výrazně podporuje mimo jiné také vznik citové vazby, tzv. attachment. Tyto dva pojmy je

třeba rozlišovat. Bonding je možno chápat jako citové vzplanutí, zatímco attachment jako trvalý citový vztah (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011).

U nás na citovou vazbu poukazovali především profesori Zdeněk Matějček a Josef Langmeier. Oba byli dětské psychologové, kteří se zabývali dětským vývojem a lidským duševním životem. Podle nich se základy duševního života u lidí vytváří ještě před narozením. Velký význam připisovali co nejpřirozenějšímu průběhu porodu i poporodního období. Dítě by mělo být v kontaktu s matkou, protože to podporuje vytvoření intimity, která je stěžejní pro další vývoj citové vazby. Pro dítě je přirozené přilnout k těm, kteří o něj nejčastěji pečují, ve většině případů se jedná o rodiče. Tento proces přilnutí se přetváří v trvalé citové pouto mezi rodiči a dítětem (Matějček, Langmeier, 1986).

Časný a dostatečně dlouhý raný kontakt matky s dítětem je nepostradatelným faktorem k spuštění produkce hormonů u matky, které podporují mateřské chování, zavínování dělohy a také usnadňují kojení. Přestože se vztah matky k dítěti utváří již v těhotenství, nejdůležitějším okamžikem je narození dítěte a časné poporodní období. Za klíčovou bývá označována první hodina po porodu, nazývána jako „senzitivní perioda“ nebo „zlatá hodinka“. V tomto období dochází k aktivaci biologicky podmíněného pečovatelského chování. Není zcela jasné, jak dlouho tato senzitivní perioda trvá, ale je známo, že nejhorší následky má separace matky a dítěte v období krátce po porodu (Šulcová, 2010).

Kontakt s matkou je přínosný také pro předčasně narozené děti. To byl jeden z hlavních důvodů, proč v sedmdesátých letech dvacátého století vznikl v nemocnici v Bogotě koncept klokánkování, jehož podstatou je umožnit rodičům a jejich předčasně narozeným dětem kontakt kůži na kůži. Během klokánkování pomáhá udržet teplotu dítěte teplo těla rodiče. Tento kontakt podporuje u matky tvorbu mléka a bonding. Klokánkování pomáhá také samotným nedonošeným dětem. Novorozenci, kteří jsou v kontaktu s matkou, mají mnohem lepší hodnoty fyziologických funkcí a jsou mnohem méně ve stresu než děti, které jsou umístěné v inkubátoru (Bergman, Linley, Fawcus, 2004).

Přínos kontaktu matky s dítětem je dobře znám. Neexistuje však žádná studie, která by prokázala přímou souvislost se separací dítěte od matky a pozdějším vývojem dítěte. Matky, kterým bylo dítě po porodu odneseno, velice často popisují, že pociťují smutek. Většina žen si přeje nepřetržitý kontakt se svým dítětem po porodu a separaci vnímají jako traumatizující zážitek. Pokud má rodička kontrolu nad způsobem porodu, tím pádem i nad novorozencem, snižuje se riziko rozvoje poporodních depresí. V opačném případě se

zvyšuje pravděpodobnost rozvinutí negativních prožitků, včetně rizika rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Tyto ženy jsou také častěji ohroženy poruchou ve vztahu k dítěti či partnerovi, sníženou sebedůvěrou ve své rodičovské schopnosti a také komplikacemi v dalších těhotenstvích (Mrowetz, Peremská, 2013).

O dítě a matku by se mělo pečovat jako o jednu jednotku a nemělo by docházet k zbytečnému oddělování. Raný kontakt s dítětem lze zařídit i ženám po porodu císařským řezem. Pokud to nedovoluje zdravotní stav matky, je prospěšné, aby měl dítě u sebe otec. Základní doporučení k podpoře bondingu byla zpracována jako deset kroků k podpoře raného kontaktu a zní takto:

1. Položit nahého novorozence na nahé břicho matky bezprostředně po porodu. V případě porodu císařským řezem je novorozenec pokládán na hrudník matky pod prsa – horizontálně. Pokud to nedovoluje zdravotní stav matky, přidržuje novorozence otec nebo jiná osoba, aby mohl novorozenec efektivně hledat bradavku a přisát se. Osušení i zabalení miminka by mělo probíhat na těle matky. Oba je pak vhodné zabalit jako jeden celek do teplých osušek a přikrývek. Pupečník nechat dotepat k zajištění dostatečné placentární transfúze.
2. Všechna vyšetření a základní ošetření novorozence provádět na těle matky. Pro hodnocení Apgar skóre není nutné dítě odnášet pryč. Podvázání a přerušování pupečníku či označení novorozence identifikačním náramkem lze provádět v těsné blízkosti matky.
3. Umožnit a podpořit vizuální kontakt – pohled z očí do očí matky a novorozence. Pokud matka leží na zádech, tak jí podložit hlavu. Doporučit matce rozepínací košile. V případě, že musí být novorozenec v inkubátoru, tak jej umístit do stejné místnosti s matkou. Přímý kontakt mohou částečně nahradit fotografie, videozáznam a nejlépe přímý přenos web kamerou.
4. Brest crawl – dopřát matce a novorozenci dostatečný čas na seznámení kůže na kůži a tím podpořit dítě v samopřisátí. Doba potřebná k prvnímu samopřisátí se může různit, trvá od několika minut až po několik hodin, zvláště v případech medikovaných porodů a vedených císařským řezem. Novorozenci by neměly být otírány ručky od plodové vody (plodová voda voní stejně jako bradavka). Novorozenci není třeba výrazněji pomáhat, vhodnější je vyčkávací přístup, dítě bradavku dokáže najít samo svými smysly – hmatem, zrakem, sluchem, čichem

a chutí. Připravenost dítěte sát se projevuje například sliněním, otevíráním úst, strkáním si pěstíček do úst, ohmatáváním dvorce a bradavky.

5. Dopřát matce a novorozenci kontakt kůže na kůži – „skin to skin“. Nepřerušovaný kontakt by měl trvat nejméně 2 hodiny po porodu, ideálně však 12 hodin nebo stále. Také z porodního sálu na oddělení šestinedělí je možné převážet matku s dítětem společně v kontaktu kůže na kůži. Při špatném zdravotním stavu může matku zastoupit otec, bakterie otce jsou pro dítě přínosné a přirozené, na rozdíl od bakterií personálu.
6. Zajistit příjemné, klidné, vlídné a intimní prostředí a pohodlí pro matku. Umožnit nové rodině být pohromadě a co nejméně ji vyrušovat v seznamování.
7. Eliminovat techniku – fotoaparáty, videokamery a mobilní telefony, které tyto jedinečné okamžiky narušují. Novou rodinu může zaznamenat personál.
8. Veškerá vyšetření novorozence, např. odběry biologického materiálu, vizity apod. provádět za přítomnosti matky, v její náručí nebo při kojení, což mírní bolest a eliminuje vyplavování kortizolu.
9. Při nutnosti transportu do jiného zdravotnického zařízení transportovat matku i dítě společně, dle jejich stavu ideálně v tělesném kontaktu jedním sanitním vozem a zajistit jim příjem na novém oddělení.
10. Při porodu mrtvého dítěte či úmrtí po porodu podpořit matku v kontaktu s jejím novorozencem. Matce i rodině umožnit rozloučení se s dítětem a poskytnout tolik času, kolik potřebují. Informovat o možnosti křtu po smrti a podpořit v organizaci pietního rozloučení. Podpořit rodinu k zajištění památky na dítě, např. vyfocení rodiny s dítětem nebo otištění ruky či nohy (Mrowetz, Peremská, 2013).

2.2 Kojení

Kojení je nejpřirozenější způsob výživy novorozence. Na proces kojení se mléčná žláza chystá již v průběhu těhotenství. První dny po porodu se v prsou vytváří hustá tekutina zvaná mlezivo neboli kolostrum. Vlastní mléko se začíná vylučovat kolem třetího až čtvrtého poporodního dne. Kojení je spouštěno poklesem hladiny estrogenů při vysoké hladině prolaktinu. Prolaktin je hlavním hormonem, který je důležitý pro tvorbu mléka. Sekreci mléka z mlékovodů způsobuje hormon zvaný oxytocin (Dylevský, 2000).

Kojení je silně ovlivňováno módou, rodinnou tradicí, podporou nejbližšího okolí

a také nastavením poporodního režimu. Kojení pozitivně ovlivňuje především časné přiložení a přirozený režim kojení, vyšší vzdělání, socioekonomický status a podpora partnera a nejbližšího okolí. Pro dítě je kojení nejtěsnější spojení, jaké může s matkou prožívat. Naopak negativní vliv na kojení může mít podání umělé výživy v prvních dnech po porodu, stres, alkohol a přísná redukční dieta (Ratislavová, 2008).

Kojení by se v ideálním případě mělo chápat, jako přirozený akt, který patří k narození dítěte a touze postarat se o něj. Téma kojení by mělo ženu zajímat již během těhotenství, aby se na tuto mateřskou úlohu mohla správně připravit. Rodička by měla být přesvědčena o smyslu a přínosu kojení. Každá žena se však musí sama rozhodnout, zda chce a bude své dítě kojít či nikoliv. Není možné budoucí matky přemlouvat, nýbrž je přesvědčit o smyslu kojení. Přemlouvání by matce i dítěti přineslo jen problémy, protože tělo rodičky by nesneslo jakýkoliv dlouhodobý duševní nátlak, aniž by na něj nereagovalo somatickými obtížemi. Nejčastější příčinou, proč ženy odmítají kojít jsou partnerské problémy a obtíže s přijetím svého ženství. Kojení bývá často odmítáno kvůli sexuálním motivům. Žena by měla vědět, že jakmile skončí šestinedělí a hladina hormonů se ustálí, bude mít i přes kojení chuť a potěšení ze sexu (Stadelmann, 2001).

Důležitou roli pro úspěšné kojení hraje přesná a důsledná instruktáž ze strany porodní asistentky. Matky se kojení učí mimo jiné pozorováním a pomocí zkušených žen. V rozvojových zemích mají mladé rodičky více příležitostí k učení nápodobou, protože je kojení v těchto kulturách přirozenou a významnou sociální událostí. V západních zemích je kojení vlastního dítěte mnohdy první a jedinou zkušeností mladé matky. Z těchto důvodů vzniká mnohem větší potřeba podávání přesných informací a pomoci matkám s přikládáním dítěte k prsu. Pro pohodové kojení je třeba, aby byla matka v klidu. Novorozenec velice citlivě vnímá naladění maminky a je důležité, aby byla žena psychicky v pohodě (Ratislavová, 2008).

Kojení má pro novorozence mnoho výhod, Leifer (2004) uvádí nejpodstatnější z nich:

- Pouze mateřské mléko obsahuje ideální poměr všech živin, které novorozenec potřebuje. Žádná umělá výživa nemá stejné složení jako mateřské mléko.
- Mateřské mléko je pro novorozence lépe stravitelné.
- Složení mateřského mléka se mění podle proměnlivých potřeb novorozence.
- Mateřské mléko nepůsobí alergické reakce.
- Mlékem se přenášejí mateřské protilátky a tím posilují přirozenou imunitu dítěte.

První mléko, tzv. kolostrum je obzvláště bohaté na protilátky.

- Kojené děti mnohem méně trpí zácpou.
- Sání z prsu podporuje správný vývin úst.
- Kojení zmírňuje riziko znečištěné vody nebo špatné koncentrace.
- Kojení je úsporné a pohodlné.
- Kojení upevňuje vzájemný vztah mezi matkou a dítětem (Leifer, 2004).

Kojení je bezesporu výhodné také pro matku. Přispívá k rychlejšímu a bezproblémovému navrácení do původního stavu. Při kojení jsou hormonálně vyvolávány kontrakce, které podporují rychlé zavinutí dělohy a zabraňují zbytečným ztrátám krve a městnání očístků, což je dobrá ochrana proti infekci. Díky vyšší spotřebě energie pro tvorbu mléka se spotřebovává tuk v těle matky a dochází k rychlejšímu hubnutí. V prvním roce po porodu se ženy snadněji vrací k původní váze před těhotenstvím a v budoucnu jsou méně ohroženy nadváhou a z ní vyplývajícími obtížemi. Existují statistiky, které prokazují u kojících žen menší riziko rakoviny prsu a vaječníků a také nižší výskyt roztroušené sklerózy (Weigert, 2006).

2.3 Psychika ženy v šestinedělí

Většina žen se nijak vyjímečně nepřipravuje na týdny po porodu, přestože je to období, kdy dochází k enormním fyzickým, emocionálním i psychologickým změnám. Žena pociťuje úlevu nad narozením dítěte, zároveň je však tělesně i duševně vyčerpaná. Hodně žen po porodu prožívá změny nálad, někdy až v rozsahu od velkých depresí po úzkostné stavy, projevující se kupříkladu záchvaty paniky. Více náchylné mohou být ženy, které již dříve v minulosti prodělaly depresi a hrozí u nich značné riziko propuknutí tohoto stavu i po porodu. Pokud se porod nevyvíjel podle představ ženy, může se stát pro tělo i mysl velmi traumatickou záležitostí. Bez ohledu na okolnosti si musí každá žena uvědomit, že miminko zcela zásadně změní její život a že na tuto stresující změnu nemusí být plně připravena, především pokud nemá dostatečnou oporu ve svých nejbližších. Většina žen trpí nedostatkem spánku a cítí se vyčerpaný (Northrupová, 2003).

Jakékoliv změny jsou mnohdy příčinou stresu, i ty, které souvisejí s tak příjemnou záležitostí, jakou je péče o novorozence. Matka může zažívat rozporuplné pocity. Na jednu stranu své dítě miluje a je šťastná, že jej má a na druhé straně má pocit, že vše v jejím životě se nyní točí jen kolem miminka. Toto období by mělo být chápáno, jako „čas

přizpůsobování“. Je důležité najít rovnováhu mezi odpočinkem, které tělo nutně potřebuje, a aktivitou, která by naplnila mysl. Žena musí být schopna si rozmyslet, co je ve chvílích volna pro ni důležitější (Gurrentz, 2003).

Rubinová uvádí několik fází postpartálních psychologických změn, které můžeme sledovat u žen v šestinedělí:

1. Fáze – Přijímání – je charakteristické pasivitou matky a přenecháváním iniciativy na ostatních. Žena má o dítě zájem, ale péči přenechává okolí, aby se mohla zotavit z porodu a načerpat dostatek sil.
2. Fáze – Ujímaní se – žena v této fázi nejlépe přijímá rady a poučení. Matka je iniciativní a má zájem o péči o dítě. Své mateřské výkony hodnotí značně kriticky.
3. Fáze – Smíření – snahou ženy je přeměna dřívějšího životního stylu a uspořádání rodinných záležitostí pro co nejlepší začlenění nového člena rodiny. Matky se musí vzdát ideálu porodní zkušenosti a smiřují se s reálným průběhem porodu. Neidealizuje si své dítě, ale přijímá jej takové, jaké ve skutečnosti je (Leifer, 2004).

2.4 Sexualita po porodu

Sex je významným spojovacím prvkem každého partnerského vztahu. Mateřství ovlivňuje tento vzájemný vztah, což se zákonitě odráží i v sexuálním životě. Pohlavní život může být obnoven podle doporučení lékaře, obvykle za čtyři až šest týdnů po porodu, pokud není zdravotní stav komplikován infekcí nebo špatným hojením poranění. Neméně důležitá je také psychická a emocionální připravenost ženy (Ratislavová, 2008).

Během šestinedělí je častý výskyt sníženého zájmu o sex. Žena je unavená, pozornost musí věnovat péči o dítě a jediné po čem večer touží je spát. Jsou to zcela běžné pocity většiny maminek, ale ne každý muž je schopen to pochopit. Pokud žena nemá na sex náladu, je třeba partnera ujistit, že to nemá nic společného se vztahem k němu. Pokud má žena pocit, že by jí sex již mohl být příjemný, ale večer se cítí příliš unavená, není nic špatného věnovat se sexu kupříkladu dopoledne, zatímco dítě spí (Gurrentz, 2003).

Některé kojící ženy mohou svůj intimní život obnovit později než ženy, které nekojí. Příčinou může být nižší hladina estrogenů a androgenů a také únava z přerušovaného spánku. Kojící ženy také mohou častěji trpět bolestmi při pohlavním styku, které jsou způsobeny hormonálními změnami sliznice pochvy a jejím menším zvlhčením. Během sexuálního vzrušení může také u kojících žen docházet k samovolnému

odtoku mléka z bradavek (Ratislavová, 2008).

Subjektivní prožitky sexuálního vzrušení a orgasmu se většinou do několika měsíců po porodu vrací k normálu, jako před těhotenstvím. Přesto může být narození dítěte spouštěčem sexuálních poruch. Do kontroly ženy po šestinedělí by měl být zahrnut i dotaz na sexuální život ženy, zda již byl obnoven a v jaké kvalitě. Ženu je třeba upozornit na skutečnost, že po porodu se objevují častěji problémy v sexuální oblasti. Pokud se potřeba sexu neobjeví a její nepřítomnost činí mezi partnery napětí, je nejlepší doporučit vyhledání odborné pomoci. Mezi nejčastější příčiny sexuálních obtíží v poporodním období patří především tyto příčiny:

- Psychologické – především deprese, únava, negativní vnímání vlastního těla, přistupování k ženě jako k mateřskému objektu a nikoliv sexuálnímu. Tělesné změny jsou zdrojem nejistoty a žena si může připadat málo atraktivní.
- Vztahové – partnerský nesoulad, vztahová krize, nesplněná očekávání od partnera.
- Situační – nevhodné bytové podmínky nebo strach z nečekaného probuzení dítěte.
- Mutilace rodidel – obtížné hojení poporodních zranění, zjizvení hráze, za které se žena může stydět před partnerem a odmítat sex z estetických důvodů (Ratislavová, 2008).

3 PSYCHICKÉ ZMĚNY A PORUCHY V POPORODNÍM OBDOBÍ

Zrození dítěte představuje velice významnou etapu v životě ženy. Mateřství je nelehkým posláním, které nelze vždy zvládnout zcela dokonale. Proměna ženy v ženu matku od základu mění nejen její tělo, ale také její vztahy, identitu, chování i představy o budoucnosti. Jedná se o velice individuální a intimní prožitek každé ženy. Na druhou stranu je mateřství z velké míry veřejnou záležitostí, kdy společnost určuje matce její společenskou roli a chápe roli matky jako biologicky zakořeněnou a tedy neměnnou. Přirozenou funkcí ženského těla je otěhotnět a porodit. S tím souvisí schopnost o děti pečovat a vychovávat je. Obecně se má za to, že ženy se chtějí stát matkami a musí být schopné plnit svou roli správně a bezchybně. Od ženy se očekává, že se nové roli přizpůsobí bez připomínek, s pozitivními emočními reakcemi a bez výraznějšího narušení svého života či života nejbližších. Tak proč tomu tak pokaždé není? Odhadem až jedna třetina žen prožívá po porodu nějakou formu emoční poruchy, úzkosti či deprese. Pro pochopení tohoto jevu, je třeba brát v potaz nejen objektivní poznatky, ale také ryze subjektivní výpovědi samotných matek. Bohužel, mezi zkušenostmi žen a vědeckými poznatky stále existuje nejednotnost a rozpory (Nicolson, 2001).

Ratislavová (2008) popisuje význam a hlavní snahu psychosomatické medicíny v období šestinedělí. Cílem psychosomatické medicíny není zaměřovat se na nemoc, ale na ženu v její celé bio-psycho-sociální jednotě. Hlavním zájmem psychosomatické medicíny je vztah matky a dítěte a zároveň širšího sociálního okolí. Problémy v šestinedělí jsou nejčastěji způsobovány následujícími třemi poruchami synchronizace vztahu matky a dítěte:

- Dyskoordinace matky a dítěte – se projevuje neúspěchy v harmonizaci potřeb. Matka i dítě jsou v pořádku, ale nedaří se jim nastavit správný režim, který by vyhovoval oběma. Projevy mohou být poruchy spánku, chování nebo například problémy s kojením. Postupem času se většinou situace uklidní, ale v některých případech může i zdánlivě malý nesoulad přerůst ve velký problém. Pokud se dlouhodobě matka cítí frustrována, hrozí rozvoj negativních pocitů vůči dítěti.
- Porucha kontaktu matky a dítěte – kdy matka se cítí nervózní, nejistá až úzkostná. Problematická bývá především oblast doteků, která může vést až k poruchám přilnutí dítěte k matce a nedůvěře v okolní svět. Dítě se stává neklidným a velice

často se u něj objevují kožní problémy či astma.

- Porucha koordinace matky a dítěte s nejbližším okolím – zejména s otcem a babičkami. Zdraví a vývoj dítěte velkou měrou ovlivňuje soulad mezi matkou a otcem. Pokud se však v této oblasti vyskytnou problémy, může se u matky začít projevovat deprese, problémy s pohybovým aparátem nebo psychotické reakce (Chvála, 2006).

3.1 Poporodní blues (smutek)

Poporodní blues je fyziologickou reakcí na poporodní období, vyskytující se až u 80% rodiček. Jedná se o svéráznou depresivní epizodu, trvající několik dnů. Svého vrcholu dosahuje obvykle třetí až šestý den po porodu a do desátého dne by mělo dojít k vymizení. Typickým projevem jsou ataky pláče z nepřiměřených a mnohdy i nejasných příčin. V tomto období je typické kolísání nálad, podrážděnost, smutek, úzkost, zmatenost, pocity bezradnosti, izolace od okolí, pocity vyčerpání, vnitřní tenze a neklid. Žena se necítí schopná postarat se o dítě a cítí se za to provinile. Velice častou příčinou způsobující pocity poporodního smutku jsou problémy s kojením. Někdy dochází k somatizaci například v podobě bolestí hlavy, zad, bušení srdce či zažívacích obtíží. Příčina ani mechanismus vzniku těchto obtíží není zcela přesně známa. Bývá udávána souvislost s výskytem premenstruačního syndromu a většími obavami z porodu v těhotenství (Líbalová, Čepický, 2009).

Ratislavová (2008) uvádí, že poporodním blues jsou mnohem více ohroženy prvorodičky a ženy, které mají narušený partnerský vztah či bylo jejich těhotenství neplánované. Jistá souvislost je nacházena také u žen, které trpěly depresemi, úzkostí či neuroticismem již v době těhotenství. Svou roli mohou hrát i sexuální problémy a bolestivost bradavek. Důležitá je informovanost ženy i partnera již během předporodní přípravy. Ve většině případů tyto obtíže samy vymizí a nevyžadují žádnou léčbu. Pokud však potíže přetrvávají déle než 14 dní po porodu, je zde velké riziko rozvinutí poporodní deprese. V tomto případě je vhodné vyhledat odbornou pomoc psychiatra.

3.2 Poporodní (nepychotická) deprese

Každý jedinec se může někdy cítit smutný. Od pocitu rozladěnosti se však deprese liší třemi základními rysy. Deprese je déle trvající, intenzivnější a negativně ovlivňuje

výkonnost člověka. Mnohdy je těžké určit okolnosti, které mohly depresi vyvolat. Ale někdy je začátek deprese jasný a vztahuje se k určité události, jako je například smrt blízké osoby, propuštění ze zaměstnání nebo jiné nepříznivě působící události (Praško, 1998).

Za poporodní depresi je možno označit déletrvajícím zhoršení nálady. Toto zhoršení nálady může být různého stupně a různé délky trvání. Průměrně postihuje 10-15% žen po porodu. Poporodní deprese se objevuje v průběhu prvních šesti měsíců až jednoho roku po porodu. Obvykle trvá poporodní deprese šest až osm týdnů, někdy může přetrvávat po celý první rok. Nejvíce rizikové je období návratu matky s dítětem z porodnice do domácího prostředí. Žena je nucena zvládat péči o dítě, o domácnost a problematiku situace nemá možnost řešit s odborníkem. Dalším zátěžovým obdobím je období dvou až tří týdnů po porodu, kdy se většinou přerušuje pomoc a podpora rodiny a od ženy se očekává plná adaptace na nové podmínky. Některé studie poukazují na skutečnost, že poporodní deprese ovlivňuje život matky minimálně tři roky po jejím prodělání (Nicolson, 2001; Praško, 2002).

Mezi možné projevy poporodní deprese se řadí například pocity nedostačivosti, úzkosti, strachu, beznaděje, bezmocnosti, snížené sebedůvěry, především ve své schopnosti pečovat o dítě, poruchy spánku, doprovázené extrémní únavou a vyčerpaností. Žena ztrácí pocit radosti, a naopak jí svazuje strach z budoucnosti. Častým projevem je problematické zažívání s úbytkem váhy nebo naopak přejídání se (Nicolson, 2001).

Ratislavová (2008) dále zmiňuje jako významný příznak poporodní deprese neschopnost matky dostatečně milovat své dítě. Tento ambivalentní vztah se projevuje nepřátelskými až nenáviselnými pocity vůči dítěti. Matka má problém o dítě pečovat a dotýkat se jej. Žena cítí, že ztrácí kontrolu nad svým stavem. Poporodní deprese se naštěstí ve většině případů vyskytuje v mírnějších formách, ale pokud se stav neřeší a dojde k prohloubení problémů, může situace vyústit až k usmrcení dítěte či sebevražedným pokusům matky.

Praško (2002) uvádí, že poporodní depresí jsou mnohem více ohroženy ženy, které již někdy dříve prodělaly depresivní epizodu nebo se přinejmenším vyskytla u pokrevních příbuzných. Dalším rizikovým faktorem je nepřipravenost ženy na novou roli matky, nechtěné těhotenství, nedostatečná opora nejbližší rodiny a partnera, socioekonomické problémy a zasažení nepříznivou životní událostí. Nežádoucí je také dlouhodobější odloučení matky a dítěte, zapříčiněné například náročným porodem, porodem císařským řezem či nízkou porodní váhou a extrémní nezralostí novorozence.

K diagnostice poporodní deprese je využívána tzv. metoda EPDS – Edinburská škála postnatální deprese. V dnešní době se jedná o nejběžnější screeningový nástroj používaný po celém světě. EPDS byl vyvinut v roce 1987 autory Holden, Cox a Sagovsky. Hlavní motivací pro tvorbu Edinburské škály postnatální deprese byl fakt, že běžně využívané nástroje k detekci deprese zcela nevyhovovaly k zjišťování deprese u žen po porodu. EPDS byl speciálně navržen tak, aby mohl být využíván zdravotníky v běžné praxi k vyhledávání těchto ohrožených žen. Výhodou tohoto dotazníku je, že jeho vyplnění netrvá déle než pět minut. Tvoří jej deset otázek, ke každé otázce jsou přiřazeny čtyři možné odpovědi. Ženy pomocí zvolených odpovědí charakterizují své pocity v průběhu minulého týdne. Dotazník se snaží zjistit především náladu matky, problémy se spánkem a co je nejdůležitější, případné riziko sebepoškození. Přestože je EPDS široce využíván, bývá také kritizován za nedostatečné mapování psychosociálních faktorů, jako je například nedostatek podpory, výskyt významných životních událostí apod., které mohou ovlivňovat rozvoj deprese. V dotazníku také chybí dotaz týkající se případného úmyslu poškodit své dítě (Westall, Liamputtong, 2011, str. 11).

V případě mírnější až středně těžké formy poporodní deprese se k léčbě využívá psychoterapie, například existencionální psychoterapie, behaviorální techniky, hlubinná psychoterapie aj. V případě závažnějších forem je nutné zastavit laktaci a podávat antidepresiva současně s adekvátní formou psychoterapie. Poporodní deprese začne být na ústupu obvykle po třech až čtrnácti měsících (Ratislavová, 2008).

3.3 Poporodní psychóza

Psychóza je duševní porucha akutního nebo chronického charakteru, která se projevuje změnou osobnosti, halucinacemi, bludy, patickou náladou a jinými velice závažnými příznaky (Malá, Pavlovský, 2002, str. 129).

Leifer (2004) popisuje poporodní psychózu jako velice závažné duševní onemocnění, při kterém žena po porodu zkresleně vnímá skutečnost a dění okolo sebe. V anamnéze bývá často zjištěna některá forma psychiatrického onemocnění již v období před těhotenstvím a porodem. Poporodní psychóza může být pro matku, dítě, ale i nejbližší okolí fatální a ohrozit je na životě. Péče o matku si proto žádá profesionální psychiatrickou léčbu a obvykle je nutná hospitalizace.

Praško a kol. (2003) uvádí jako nejrizikovější období pro vznik poporodní

psychózy prvních 48-72 hodin. Riziko pro rozvoj tohoto onemocnění však přetrvává ještě několik týdnů po porodu. Výskyt je naštěstí jen ojedinělý, zhruba jeden až dva případy na tisíc porodů.

Rizikovými faktory pro vznik poporodní psychózy mohou být kromě psychiatrického onemocnění v anamnéze, také náročný nebo operačně vedený porod, rizikové těhotenství, zdravotní komplikace v šestinedělí, jako například chudokrevnost nebo infekce. Svou roli mohou hrát též rodinné či partnerské problémy (Ratislavová, 2008).

Poporodní psychózu je možno dělit na více forem. Nejčastěji se vyskytují tyto poruchy:

- Bipolární porucha – je typická střídáním stavů mánie a deprese. Mánie se projevuje u matky především hyperaktivitou, zvýšenou emoční dráždivostí, pocity nezranitelnosti, štěstí a euforie.
- Depresivní porucha – se projevuje neschopností péče o dítě a s tím souvisejícími pocity viny, bezmoci, nechutenstvím, nespavostí a někdy paranoi, například, že dítě je mrtvé (Leifer, 2004).

3.4 Posttraumatická stresová porucha po porodu

Posttraumatickou stresovou poruchou trpí jedinci, kteří byli vystaveni tragické nebo jinak hroživé a extrémně psychicky náročné události. Posttraumatickou stresovou poruchou trpí podle odhadů odborníků zhruba 10% populace. Průběh může být různorodý a příznaky mohou odeznít časem samovolně, jindy přetrvávat mnoho let nebo dokonce celý život. Průběh a projevy posttraumatické stresové poruchy ovlivňuje mnoho faktorů. Jedná se především o osobnost každého člověka, jeho vnitřní dispozice, odolnost, pomoc nejbližších příbuzných a známých, způsobu života aj. Posttraumatická stresová porucha může být komplikována depresí a zneužíváním návykových látek. O posttraumatické stresové poruše můžeme hovořit, pokud příznaky přetrvávají déle jak jeden měsíc. Nemusí se vždy objevit bezprostředně po události, ale i s odstupem několika let. Mezi hlavní příznaky patří stále se opakující vzpomínky a sny, ztráta pozitivních emocí a zvýšená psychická i tělesná vzrušivost (Praško a kol., 2003, str. 31-32).

Korábová a Masopustová (2016) však zdůrazňují, že pro posttraumatickou stresovou poruchu je charakteristické subjektivní vnímání traumatické události. To

znamená, že tato porucha může vzniknout i po situacích, které nemusí přesahovat běžnou lidskou zkušenost, například po porodu. Posttraumatickou stresovou poruchou trpí během prvních šesti měsíců zhruba 1,5% žen. Výskyt a případný průběh posttraumatické stresové poruchy ovlivňuje zejména osobnostní charakteristika ženy, například sklon k pocitům úzkosti a přecitlivělosti. Svou roli může sehrát také dřívější nepříjemná zkušenost s chováním personálu. To, jak žena vnímá porod, závisí na mnoha faktorech, především na přítomnosti pocitu ohrožení (sebe sama nebo dítěte), strachu, pocitů bezmocnosti či hrůzy. Riziko rozvoje posttraumatické stresové poruchy zvyšují invazivní procedury během porodu, jako je císařský řez, vaginální porod vedený instrumentálně nebo běžně prováděné nastřížení hráze (epiziotomie). Svou roli sehrávají očekávání a představy o porodu, které si žena utvářela již před porodem. K dalším rizikovým faktorům se řadí sexuální trauma ženy z dřívější doby, psychiatrické onemocnění či jiná psychopatologie vyskytující se během těhotenství nebo ještě dříve, zdravotní komplikace v těhotenství, přehnaný strach z těhotenství a porodu, nižší věk matky a s ním související duševní nezralost a špatná socioekonomická situace rodičky. Velký význam je poslední dobou připisován nejen kvalitě sociální opory nejbližšího okolí rodičky, ale také přístupu zdravotnického personálu. Po porodu patří k rizikovým faktorům přítomnost zdravotních komplikací matky nebo dítěte, pocit nedostatečné vlastní kontroly nad průběhem porodu a již zmiňovaná nedostatečná sociální opora.

Hlavním projevem posttraumatické stresové poruchy je narušený vztah mezi matkou a dítětem. Některé ženy chápou své dítě jako živou připomínku prožitého utrpení během porodu. Matka se dítěti vyhýbá, nebo se jej rozhodne nekojit. Opakem může být přehnaná péče o dítě, zapříčiněná pocity viny ze selhání v roli matky. Partnerské soužití narušuje vyhýbání se intimitě a sexu. V případě dalšího těhotenství se mohou znovu vracet silně negativní pocity, především strach, panika a v extrémních případech sebevražedné sklony matky. Pro prevenci je stěžejní profesionální identifikace žen s těmito potížemi. Zdravotníci by neměli přistupovat k ženě rutinně, ale snažit se o kvalitní emocionální péči a empatický přístup. Svým chováním mohou sehrát významnou preventivní úlohu, stejně jako nejbližší příbuzní a partner ženy. Samotná léčba této poruchy je však v pravomoci psychologů a psychiatrů (Korábová, Masopustová, 2016).

4 RIZIKOVÉ FAKTORY

Rizikových faktorů, které mohou vést k rozvoji psychické poruchy po porodu, je široké spektrum. Jedním z nich je přítomnost psychické poruchy u pokrevních příbuzných, nebo dřívější výskyt psychické poruchy v osobní anamnéze rodičky, například při předešlém porodu. Svou roli hraje i přístup partnera a nejbližšího okolí. Problematický vztah s partnerem a nedostatečná sociální podpora mohou zvýšit riziko psychických potíží během těhotenství nebo po porodu. Negativně působí také silné stresogenní události prožité během těhotenství. Neméně důležitý je postoj ženy k mateřství, zda bylo těhotenství plánované a chtěné či nikoliv. Přitěžující mohou být zdravotní komplikace matky nebo dítěte. Psychický stav rodičky do značné míry ovlivňuje typ, průběh i délka porodu. Zvýšené riziko vzniku psychické poruchy mají ženy pečující o dítě s vrozenou vývojovou vadou nebo s poruchou příjmu potravy (Tomis, 2013; Roztočil, 2008).

Praško a Prašková (2003) vidí možnou souvislost mezi změnami nálad a hormonálními změnami. Psychiku ženy ovlivňuje především hladina estrogenu a progesteronu, která po porodu náhle klesá a mění se i hladina hormonů štítné žlázy. Mnohem více jsou vnímavé k hormonálním změnám ženy, které již před těhotenstvím trpěly premenstruální tenzí.

Roztočil (2008) popisuje v souvislosti s psychickými problémy a poruchami po porodu jako rizikové rodičky ženy, které jsou emocionálně labilnější a neurotické. Problematické také bývají matky se špatným sociálním zázemím, sociálně izolované, starší nebo naopak extrémně mladé a nezralé prvoroďičky. Poporodní depresí jsou více ohroženy ženy po předchozím opakovaném potratu nebo perinatálním úmrtí dítěte. Situaci může zhoršit spánková deprivace a nejistota matky v sebehodnocení při péči o dítě.

4.1 Negativní životní události

Negativní události představují psychologickou zátěž, se kterou se jedinec vyrovnává technikami odvozenými od agrese nebo úniku, a mohou mít na jeho zdraví různý dopad. Přesto jsou zátěžové události přirozenou součástí života a bez nich by byl plnohodnotný osobnostní vývoj člověka narušen. Pokud se však tyto situace stanou neúměrně silnými nebo se nakumulují v krátkém časovém období, není v silách jedince se na ně přirozeně adaptovat (Bartošíková a kol., 2000, str. 36).

Tyto události jsou tzv. stresory, které motivují jedince ke změně způsobu života. Jedná se například o ztrátu blízké osoby, úmrtí či odchod partnera, odstěhování dětí, apod. Dále jsou to životní situace přinášející změnu role, například při změně či ztrátě zaměstnání, přechodu ze školy do zaměstnání, ale také v poporodním období, kdy se vše mění příchodem dítěte do rodiny. Zátěžovou situaci představuje také separace od rodiny následkem onemocnění nebo nehody (Kukumberg, Ulč a kol., 2001).

Ať už se jedná o jakékoli náročné či negativní životní události, vyvolávají u lidí především silné emoce. Rozumové zhodnocení nenastává většinou hned, ale s různě dlouhým časovým odstupem. Kognitivní zpracování těchto událostí nebývá pro jedince jednoduché a často bývá doprovázeno chybami a nevědomým zkreslováním skutečností. V některých případech může dojít k zhroucení s odstupem i několika měsíců. Zátěžová nebo negativní životní událost je poměrně relativní pojem. Není možné se opírat pouze o hodnocení a definování profesionály. Vždy záleží na každém jedinci, jeho subjektivním vnímání, hodnocení a jeho specifických životních podmínkách (Mareš, 2012).

V případě posttraumatické stresové poruchy po porodu může sehrát svou roli dřívější nepříjemná událost, např. sexuální trauma ženy z dřívější doby (Korábová, Masopustová, 2016). Pro vznik poporodní psychózy nebyl zjištěn přímý vliv dřívější negativní životní události, avšak jistými rizikovými faktory mohou být kromě psychiatrického onemocnění v anamnéze také náročný nebo operačně vedený porod (Ratislavová, 2008). Praško (2002) uvádí, že poporodní depresí jsou mimo jiné mnohem více ohroženy ženy, které byly v dřívější době zasaženy nepříznivou životní událostí. Obdobně je tomu i v případě poporodního smutku. Vznik a průběh poporodního blues mohou do jisté míry ovlivňovat předchozí negativní události.

4.2 Stres

Světově uznávaný lékař Hans Selye definoval stres jako nescifickou reakci na tělesné, duševní a chemické reakce těla. Z toho je zřejmé, že stres nemusí být vždy nežádoucí, ale že může být dokonce i užitečný. Selye je autorem výroku: „*Stres je kořením života a bezstresový stav je smrt. Jediný způsob, jak se vyhnout stresu, je nežít.*“ Kdy ale začne stres více škodit než pomáhat? Distres vychází především z pocitů úzkosti, nejistoty, zoufalství, přetížení, bezmocnosti, ztrát a rychlých změn. Pokud se jedinec ocitne v nebezpečné oblasti škodlivého stresu, jeho tělo začne vysílat varovné signály, které volají

po nápravě. Mezi varovné příznaky distresu patří:

- podrážděnost a hádavost,
- nervozita, třes rukou, tiky a zvýšené pocení,
- pocity úzkosti, plačtivost, deprese a pocity odosobnění,
- únava, slabost a problémy se spánkem,
- bolesti hlavy a zad,
- nechutenství nebo přejídání,
- konflikty s lidmi, hlavně v rodině a v práci,
- sexuální problémy a mnoho dalších (Rheinwaldová, 1995, str. 1-6).

Existují lidé, kteří odolávají i těm nejnáročnějším stresorům, ale také jedinci, které rozhodí i naprostá maličkost. To, co pro jednoho člověka představuje již nadhraniční stres, pro druhého může být naopak posilující. Před stresem a jeho důsledky chrání jedince především trénovanost, která je typická například pro policisty, zdravotníky, hasiče aj. Dále osobnost každého jedince a jeho konstruktivní postoj k situaci. Neméně důležitá je kvalitní sociální podpora nejbližšího okolí, především rodiny a přátel (Praško, Prašková, 2001).

Američtí výzkumníci Holmes a Rahe vypracovali klasifikační systém přiřazující jednotlivým událostem index závažnosti – různé bodové ohodnocení. Jedná se o tzv. Tabulku stresujících životních událostí a bodů (viz. příloha č. 1). Počet bodů se sčítá za posledních 12 měsíců. V případě, že událost nastala během roku vícekrát, se počet bodů násobí příslušným počtem. V tabulce jsou uváděny i radostné události, například svatba. Hranicí pro zdravý život je považováno 250 bodů. Překročení hranice 300 bodů značí vysoké riziko somatického onemocnění nebo psychického selhání. Vysoké hodnoty by měly být chápány jako varovný signál. Jedinec by se měl zamyslet nad svým stylem života a zvážit, co je třeba změnit (Irmiš, 1996).

Příčin stresu po porodu může být mnoho. Pro čerstvou rodičku může být stresující přijetí nové role matky a s ní spojená nepřetržitá péče o dítě. V tomto období plném změn se ve zvýšené míře vyskytují hádky s partnerem a žena se mnohdy cítí osamělá. Psychický stav také negativně ovlivňuje zhoršená finanční situace. Pocity smutku a neštěstí po porodu nemusí být pouze emocionálním důsledkem, který vzniká u čerstvých rodiček vlivem hormonů, sociálních a vztahových problémů, ani jako následek zážitků v raném dětství. Naopak tyto negativní pocity ženy jsou bohužel velice často přímým důsledkem nešetrné organizace porodu, která je charakteristická pro většinu porodnic. Zde se stále setkáváme

s přístupem medicínsky vedeného porodu, který dominantně převažuje nad vyčkávacím přístupem k rodičce a oddělováním matky a dítěte i v případech, kdy to není zcela nutné. Šetrné postupy během porodu, vyčkávání a zajištění raného kontaktu matky a dítěte i po operativním porodu, jsou významnými protektivními (ochrannými) prvky, které mohou přispět k předcházení poporodních traumat (Mrowetz, 2010).

4.3 Změny statusu

Status je pozice jedince v konkrétní oblasti sociálního života. Oblastí sociálního života existuje velké množství. Žena může být například manželkou, matkou a zároveň vedoucí pracovnící. Každému jedinci ze statusů vyplývají specifické povinnosti a práva. Jednotlivé statusy se sice mezi sebou liší, ale nejsou na sobě nezávislé. Ve většině případů se spíše vzájemně posilují. V některých případech je ale není možné sloučit. Ke každému statusu jsou připisovány konkrétní role. Obvykle hrají jedinci spontánně role odpovídající jejich statusu, ale není tomu tak pokaždé. V případě, že se jedinec od své role odchýlí, riskuje vyloučení ze skupiny či dokonce určitou formu sankcí (Montoussé, Renouard, 2005, str.100-101).

Role je chápána jako předpokládaný způsob chování jedince v určité sociální situaci. Znamená také dodržování společenských norem. Role je tedy očekávaný způsob chování a prezentace jedince v určité sociální pozici. Pokud jedinec neplní očekávání, ztrácí u ostatních lidí na věrohodnosti (Kohoutek a kol., 1998, str.20).

Život člověka zahrnuje celý komplex rolí, například manželky, rodiče, studenta aj. Plnohodnotně fungovat ve všech rolích není snadné. Někdy může docházet ke konfliktům rolí, například role matky a role vedoucí pracovníce. Role tedy mohou být funkční nebo dysfunkční. Každý člověk více či méně mění své chování podle konkrétní role. Pro některé jedince může být vžití se do určitých rolí nepřírozené a problematické (Kohoutek a kol., 1998).

Rozhodnutí stát se matkou zásadně ovlivňuje život současné ženy. Mateřství je poslání radostné, ale mnohdy i velice náročné. Období po porodu je pro ženu zátěžové, provázené bolestí, vedoucí k zodpovědnosti, ale také občasným pocitům úzkosti. Každá žena přijímá novou mateřskou roli jinak. Důležitou roli hrají osobnostní dispozice, především temperament, flexibilita, citová stabilita a postoj k životu obecně. Na základě toho je možno dělit ženy do následujících skupin:

- Ženy nedostatečně identifikované se svým ženstvím. Jedná se o ženy zaměřené na kariéru, soutěživé vůči mužům, pracující na vysokých postech a úspěšné v osobním i pracovním životě. Mateřství u těchto žen může vyvolávat pocity frustrace ve vlastní realizaci.
- Ženy nedostatečně zralé a nesamostatné, s častými úzkostnými projevy. Charakteristická je závislost na rodičích nebo partnerovi. Mateřská role u nich může vyvolávat strach z odpovědnosti, úzkost a celkový útlum.
- Ženy promiskuitní s touhou po novém a vzrušujícím. Typická bývá nespokojenost s tradičním stylem života a stálým partnerským vztahem.
- Existují i další skupiny žen. Přesto se většina žen na mateřství těší a prožívá jej jako radostnou etapu života (Roztočil, 2008, str.359-360).

Rodičovská role si žádá změnu v postojích i v chování, ale mnohdy bývá ženami značně idealizovaná. Od ženy se očekává, že bude v nové roli matky úspěšná a bude pociťovat kladné emoce. Pro ženy po náročném porodu je však tato představa značně nereálná. Přesto většina žen touží po kontaktu se svým dítětem. V tomto období se může vyskytnout vnitřní konflikt, kdy žena touží současně po odpočinku i po kontaktu se svým dítětem. Tělesná indispozice brání postarat se o dítě v kombinaci s dlouhodobějším odloučením může zapříčinit pocit, že rodička v roli matky selhala. Rodičky si nevěří a pochybují o své roli matky. Ztížená adaptace na poporodní období a roli matky se nejčastěji projevuje jako tzv. poporodní blues a vyskytuje se zhruba u 70% rodiček (Roztočil, 2008; Holásková, 2004).

Z výše uvedeného vyplývá, že mateřství je úkolem nelehkým. Těhotenství, porod a šestinedělí jsou obdobím výrazných tělesných, duševních, ale také partnerských změn, nesoucích s sebou nové životní role, které je třeba přijmout. To, jakým způsobem se ženy adaptují na nové změny, závisí mimo jiné na jejich zážitcích, předchozím způsobu života a okolnostech, které se udály během porodu a šestinedělí (Nicolson, 2001).

5 MOŽNOSTI LÉČBY

Narození dítěte je obecně považováno za velice radostné období. Bohužel se v tomto období část žen stává náchylnější k rozvoji poporodní deprese a jiných psychických poruch. Léčba se musí vždy odvíjet od typu a závažnosti příznaků. U méně závažných stavů většinou pomůže psychoterapie. Jestliže se jedná o závažnější poruchu s vážnými projevy, je možno doplnit psychoterapii o farmakologickou léčbu. Jen vyjíměčně se kombinuje psychoterapie s elektrokonvulzemi, které musí být vždy indikovány lékařem specialistou (Praško, 2002).

5.1 Psychoterapie

Honzák (1999) charakterizuje psychoterapii jako léčebné působení psychologickými prostředky, které usilují o určitou změnu, jenž by měla strádajícímu jedinci přinést úlevu. Psychoterapie je v dnešní době plně samostatným interdisciplinárním oborem, který v sobě zahrnuje nepřehledné množství škol a technik. Přesto je možno definovat dva základní směry charakteristické určitými názory a přístupy. Jedná se o přístupy orientované na osobnost klienta a druhý proud představují přístupy orientované na jednání člověka. Každá psychoterapie v sobě zahrnuje obecné, nespecifické vlivy, jako je například empatie, přijetí klienta, nekritizující postoje, definování problému, apod. Dále vlivy specifické, které se odvíjí od jednotlivých přístupů, například kognitivní psychoterapeuti se více opírají o racionální postupy, dynamičtí terapeuti pracují se specifickým vztahem, který se vytváří mezi klientem a terapeutem, apod. (Honzák, 1999, str. 88).

Obecně lze psychoterapii dělit na následující druhy:

- **Direktivní** – kdy terapeut přímo usměrňuje myšlení, postoje a chování klienta formou zadávání cvičení a úkolů. Terapeut je v pozici, kdy klientovi udílí rady a příkazy.
- **Nedirektivní** – terapeut se snaží vytvořit příjemnou atmosféru pro sebeprojekci klienta. Podporuje jej ve slovním, emočním nebo činnostním vyjádření.
- **Symptomatickou** – orientující se hlavně na chorobné příznaky.
- **Kauzální** – zaměřující se na zjišťování příčin problémů a jejich efektivní odstranění.

- Rekonstrukční – snažící se o přestavbu osobnosti pomocí hlubší analýzy, ovlivňováním postojů, motivací a hodnotového systému klienta.
- Podpůrnou – respektující jedince takového, jaký je. Poskytuje klientovi podporu, porozumění a pomoc, bez snahy o jeho změnu.
- Individuální – orientující se na jedince.
- Skupinovou – plánovitě vytvářející terapeutické skupiny klientů. Psychoterapeuti pracují především s dynamikou vztahů, které mezi členy skupiny vznikají (Ratislavová, 2008).

Vzhledem k velkému množství existujících proudů a přístupů, je poměrně obtížné uspořádat psychoterapeutické směry. Ráda bych zmínila alespoň následující čtyři základní směry.

Hlubinná psychoterapie (psychoanalytické školy)

Hlubinná psychoterapie vychází z psychoanalýzy S. Freuda. Svou pozornost věnuje především ranému dětství a všem konfliktním situacím a zážitkům vzniklým v tomto období, včetně porodních traumat. V tomto směru se mimo jiné pracuje s oblastí nevědomí a tzv. nevědomými konflikty, které má každý jedinec v sobě. Může se jednat například o konflikt mezi přáním a možností nebo o konflikt ve vztahu k některému z rodičů. Tyto nevědomé konflikty ovlivňují naše myšlení a chování i v dospělosti. Hlubinná psychoterapie má za úkol objasnit a odstranit příčiny poruchy, nejlépe tak, aby si klient uvědomoval veškeré souvislosti (Irmiš, 1996).

Humanistická psychoterapie (např. Rogersovský přístup)

Tento směr klade důraz na potřebu vlastního rozvoje a seberealizace. Humanistická psychoterapie se zaměřuje na přítomnost, současné prožívání člověka a jeho jedinečnost. Neusiluje o změnu chování klienta. Terapeut je spíše v roli průvodce a snaží se být nápomocen při hledání řešení (Vágnerová, 2012).

Kognitivně - behaviorální psychoterapie

Představuje formu léčby zaměřující se na změnu chování, zlepšení komunikace a relaxaci. Svou pozornost věnuje symptomům a učí jedince dovednostem potřebným pro zvládání stresujících situací. Zlepšuje sociální adaptaci a seběvědomí klienta. Terapeut je

spíše autoritativní a vyžaduje od klienta spolupráci a dodržování pokynů. Hojně využívanými metodami jsou nácvik relaxace, komunikace a asertivity, plánování činnosti krok za krokem, nácvik metody řešení problémů a další (Praško, Prašková, 2003).

Transpersonální psychoterapie

Zaměřuje svou pozornost na zážitky překračující hranice lidského vědomí. Vychází z humanistické psychoterapie. Za pomoci nejrůznějších technik a cvičení usiluje o navození změněného stavu vědomí, kdy se odhalují nevědomé běžně nedostupné vzpomínky. Terapeut je v roli průvodce, který proces řídí. Jeho snahou je zpracování psychických obsahů, které jsou nejčastěji z perinatálního období nebo transpersonální povahy (Ratislavová, 2008).

5.2 Elektrokonvulzivní léčba

Elektrokonvulzivní terapie je indikována zejména při těžkých formách deprese, kdy ostatní možnosti léčby jsou neefektivní. Tato léčebná metoda je založena na principu vyvolání stavu podobného epileptickému záchvatu, který se objevuje po průchodu elektrického proudu tkání mozku (Radimský, 2001).

Elektrokonvulze je velice efektivní a bezpečná forma terapie. Má široké spektrum využití. Kromě deprese bývá často využívána při některých psychotických stavech. Nutností je souhlas pacienta se zákrokem a komplexní interní vyšetření. Elektrokonvulze probíhá při celkové anestezii. Po dobu 0,1 až 1,3 sekund je aplikován modulovaný stejnosměrný nebo střídavý proud z elektrod o napětí 80 – 130 voltů. Elektrody se nejčastěji přikládají na oba spánky. Elektrokonvulze vyvolává tonicko-klonické křeče svalstva celého těla. Může se opakovat dvakrát až třikrát týdně v sérii 6 – 10 impulzů. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří přechodné poruchy paměti, arytmie a bolesti hlavy. Absolutní kontraindikace pro elektrokonvulzi neexistuje, mezi relativní kontraindikace patří hypertenze, ischemická choroba srdeční, arytmie, horečka, epilepsie a těžká forma osteoporózy (Praško a kol., 2003).

5.3 Farmakoterapie

Nejčastěji předepisovanými léky jsou antidepresiva, která pomáhají zlepšit pokleslou náladu. Antidepresiva upravují aktivitu neuromodulátorů serotoninu,

noradrenalinu a dopaminu, které jsou nezbytné pro správné fungování mozku a ovlivňují kvalitu spánku a náladu. Cílem antidepresivní terapie je navrátit neurohormonální rovnováhu mozku. V současnosti existuje celá řada antidepresiv, jejich terapeutický efekt je však velice podobný. Účinek nebývá patrný okamžitě, ale většinou nastupuje po třech až šesti týdnech užívání (Praško, Prašková, 2003).

Mezi další poměrně často předepisovaná psychofarmaka patří anxiolytika, která odstraňují pocit úzkosti a tlumí negativní emoční projevy. Dále neuroleptika, které mohou příznivě ovlivňovat především poruchy spánku a extrémní pocity tísně a napětí (Honzák, 1999).

U kojících žen musí o léčbě vždy rozhodovat lékař po poradě s klientkou a bedlivě zvážit poměr zisku z této léčby a možných komplikací, která plynou nejen pro ni, ale především pro novorozence (Praško, Prašková, 2003).

5.4 Alternativní metody

Důvodů, proč se uchýlit k doplňkové a alternativní léčbě, je mnoho. Tyto metody léčby se vyznačují nejen medicínským přístupem, ale také holistickým (celostním) pohledem na člověka. Jedním z faktorů, které mohou vést k preferenci této léčby, mohou být negativní zkušenosti s klasickými medicínskými postupy. Ženy mnohdy vyhledávají alternativní metody léčby, protože se obávají nežádoucích účinků psychofarmak, které mohou být vylučovány do mléka (Weier, Beal, 2004).

V dnešní době si ženy mohou vybírat z mnoha metod a forem alternativní léčby. Pokusím se uvést alespoň ty nejznámější a nejčastěji využívané možnosti alternativní léčby, které jsou v našich podmínkách akceptovatelné a přijatelné.

Fyzické cvičení a masáže

Vinay (2007) uvádí jako běžný způsob, kterým je možno zmírňovat stres a zlepšovat psychickou pohodu, nejen fyzickou aktivitu, ale také masáže. Cvičením lze ovlivňovat fyziologickou stresovou reakci, tedy přímo působit na hormonální a imunitní systém. Četné studie prokázaly, že cvičení pomáhá snižovat hladinu noradrenalinu uvolňovaného při stresové reakci, zvyšovat obranyschopnost organismu a snižovat negativní účinky stresu. Masáže dokáží snižovat hladinu glukokortikoidů a adrenalinu u depresivních kojících žen. Díky tomu dochází k zmírnění projevů deprese a zlepšení

kvality spánku. Masáže dokáží také dočasně zmírňovat bolesti, pomáhají relaxovat a zvyšují soustředěnost na následné činnosti.

Aromaterapie

Aromaterapie existuje již od antiky. Při aromaterapii se pracuje s tzv. éterickými oleji, což jsou vonné látky, které se nacházejí v rostlinách ve formě malých kapiček například v květech, listech, kořenech, semenech, dřevu, kůře apod. Většina těchto 100% čistých olejů by neměla být používána bez zředění, protože by mohla vyvolat podráždění sliznice a kůže. Vyjimku tvoří pouze růže, meduňka, levandule, čajovníkový olej a máta. Žádné éterické oleje není možno mísit s vodou, ale s rostlinnými oleji, smetanou, medem, žloutkem či alkoholem ano. Většina éterických olejů působí antisepticky a ničí choroboplodné zárodky, dezinfikují a některé působí částečně proti virům. Vliv éterických olejů na lidské tělo je široký. Působí na cévy a svaly, vyrovnávají a zklidňují, podporují pozornost a osvěžují, působí afrodiziakálně nebo mohou jedince posilovat při vstupu do nové životní etapy. Dokáží stimulovat lymfu, optimalizovat tělesný rytmus, regulovat nervový systém a podporovat zažívání. Výroba éterických olejů probíhá formou několika dobře propracovaných metod, jakými jsou například destilace vodní parou, tlaková metoda přes oxid uhličitý nebo lisování v případě ovocných slupek. Éterické oleje na jedince působí čichovým smyslem přes nos, který je nejcitlivějším smyslovým orgánem u lidí. Existuje mnoho forem, jak oleje využívat. Jedná se například o aromalampy, koupele, masáže a tělové oleje, masti s přírodními a éterickými oleji apod. Éterické oleje dokáží ulevit ženě při těhotenských obtížích, zpříjemnit porod, ale také pomoci během šestinedělí a kojení (Stadelmann, 2001).

Muzikoterapie

Rozlišují se dva druhy muzikoterapie. Pasivní muzikoterapie využívá jako léčebnou metodu poslech hudby. Posluchač při naslouchání hudby svobodně zažívá své emoce nebo jej terapeut vede k cílenému rozjímání na určité téma. Poté dochází k vzájemnému sdělování zážitků. Oproti tomu aktivní muzikoterapie využívá jako léčebné metody vytváření hudby. Klient své pocity vyjadřuje popěvkem, broukáním melodie či například bubnováním (Praško a kol., 2003).

Homeopatie

Homeopatie patří mezi osvědčené metody. Již v roce 1796 se rozšířila v Africe, Austrálii, Číně, Indii, Skandinávii, Americe i v Evropě. Homeopatie patří mezi léčebné metody, při kterých se musí homeopati stále něčemu novému učit, dalo by se říci, že je metodou nikdy nekončícího pozorování. Homeopatie usiluje o celostní léčbu a sleduje proto jedince od hlavy až k patě se všemi jeho somatickými, ale i duševními potížemi. Homeopatie chápe nemoc jako oslabení životních sil a léčbu naopak jako posílení životních sil. Homeopatii je možno označit jako aktivní pomoc k samouzdravení. Homeopatické prostředky se připravují z rostlin, zvířat, nerostů, kovů i původců nemocí. Pevné složky se rozmělní a v různém poměru míchají s ředící látkou, nejčastěji s mléčným cukrem nebo alkoholem. Léky jsou vyráběny v různých formách, například roztocích, třeném prášku či slisované jako tablety. Dávkování je vždy přísně individuální a u jednotlivých terapeutů se liší. Způsob účinku není zcela znám, ale je možno si homeopatickou léčbu představit jako vaření, při kterém také není možné prokázat jednotlivá koření a přesto se ví, že působí na náš organismus. Obdobně působí i homeopatie. Homeopatie se snaží umožňovat ženám přirozený porod a mírní nejrůznější obtíže v poporodním období. Dětem umožňuje příchod na svět bez zatížení léky s vedlejšími účinky. Není možné však tuto léčebnou metodu považovat za jedinou či všemocnou. Příliš úzkou pánev samozřejmě homeopatická léčba nerozšíří. Proto by měla být tato metoda chápána jako doprovodná metoda a být využívána společně s jinými metodami (Stadelmann, 2001).

Akupunktura

Akupunktura představuje starou léčebnou techniku, která se praktikuje nejméně sedm tisíc let. Z této doby se zachovaly první akupunkturální jehly vyrobené z kostí. Akupunktura spadá do širší oblasti tzv. tradiční čínské medicíny. Principem léčby je zapichování jehliček do různých míst na těle. Podle čínského výkladu vedou pod povrchem těla meridiány, tedy dráhy, kterými proudí životodárná energie, nazývaná „čchi“. Tyto energetické dráhy vyživují jednotlivé orgány, jako například srdce, plíce, žaludek, ledviny. Západní věda sice pozitivní účinky akupunktury nezpochybňuje, ale v energii čchi nevěří. Příznivý efekt akupunktury vidí spíše ve fyziologickém podráždění, které může mít příznivý účinek na zdraví jedince. Úleva přetrvává zhruba týden, poté většinou dochází

k obnovení problémů a je nutné akupunkturu zopakovat. V dnešní době již téměř nikdo nepochybuje o účinnosti akupunktury při mnoha obtížích, například depresi, neuróze, psychóze, onemocnění trávicího systému, obtížích pohybového aparátu a mnoha dalších. Tato léčebná metoda bohužel zatím není v České republice hrazena ze zdravotního pojištění (Černý, 2017).

Pokud se u ženy po porodu objeví psychické obtíže, například úzkosti či deprese, měla by být akupunktura vždy doplněna citlivou psychoterapeutickou léčbou. Tradiční čínská medicína neodděluje psychiku od somatických funkcí, ale naopak zdůrazňuje zapojení všech orgánů. Psychické obtíže by se měly ideálně řešit ještě před porodem. Akupunkturní terapie úzkostí a depresí mívá často mnoho společného s terapií nespavosti. Během těhotenství i v poporodním období si terapeut většinou vystačí s běžně známými body, jemnou stimulací a respektováním vynechání některých kontraindikovaných bodů. V případě léčby nespavosti musí terapie začínat podporou sleziny, popřípadě ledvin. Ženy trpící nespavostí by se měly vyvarovat konzumace kávy, stresujícím situacím a naopak usilovat o pravidelný režim, přiměřený pohyb a alespoň 20 minut trvající relaxaci (Bílek, 2014).

6 PREVENCE

Tato kapitola je věnována činnostem, které mohou pomoci ženě v péči o její psychiku v poporodním období. Soubor vědecky propracovaných pravidel a rad, které usilují o udržení, prohloubení či znovuoobnovení psychické rovnováhy je možno označovat jako tzv. psychohygienu. Duševní hygiena se zaměřuje na vytváření ideálních podmínek k duševní činnosti, udržení duševní zdatnosti a posílení odolnosti proti negativně působícím vlivům. V jistém ohledu je možno psychohygienu chápat jako obranu před výskytem duševních chorob a poruch. Nelze však zaměňovat duševní hygiena a psychoterapii. Psychohygiena usiluje především o upevňování relativně dobrého duševního zdraví, nikoliv o odstraňování poruch (Křivohlavý, 2001).

Odpočinek a přiměřená pohybová aktivita

Stres, který působí zvenčí, není vždy možné odstranit. Pokud si však jedinec dopřeje dostatek spánku a pravidelně se věnuje přiměřené fyzické aktivitě, dokáže snížit pocit vnitřního napětí. Respektování potřeb vlastního těla přispívá k větší odolnosti organismu vůči psychické zátěži. Kvalitní spánek podporuje imunitu a pomáhá jedinci lépe zvládat i náročné situace a úkoly. Pokud již žena trpí např. poporodní depresí, tak trvalá únava tento stav ještě výrazně zhoršuje. Žena je po porodu vystavena velké zátěži spojené s péčí o dítě, nočním vstáváním a kojením. Žena by na sebe neměla klást vysoké nároky a zvolit si priority, týkající se chodu domácnosti i sebe samé (Geisselhart, Hofmann, 2006; Geisel, 2004).

Pohybová aktivita je neméně významná v prevenci duševních poruch. Existuje velké množství pohybových aktivit, z kterých je možno si vybrat podle svého zdravotního stavu, vkusu nebo časových či finančních možností. V době cvičení má lidská psychika prostor k regeneraci a odpočinku. Není nutné docházet do fitnesscenter či posiloven, naopak mnohdy stačí pravidelné procházky na čerstvém vzduchu (Geisselhart, Hofmann, 2006).

Relaxace

Termín relaxace je odvozen z latinského relaxare (re = znovu a laxis = volný). Relaxací se rozumí záměrné psychické i fyzické uvolňování. V případě relaxace by nemělo

jít o jednorázovou záležitost, ale dlouhodobé cvičení, neboli trénink. Mezi nejznámější relaxační tréninky patří Schultzův autogenní relaxační trénink a Jakobsonova progresivní (postupná) relaxace. Podstatou těchto metod je soustředění cvičence pod vedením cvičitele na uvolňování jednotlivých skupin svalů. Cvičenec by měl uvolňování těchto svalů cítit a uvědomovat si ho (Křivohlavý, 2001, str.89). Některé základní typy a možnosti relaxace jsou uvedeny v příloze č.3 – Metody relaxace.

Během života je mysl člověka neustále něčím rozptylována. Pocity napětí jedince vyčerpávají a vedou k únavě a špatné výkonnosti. Relaxace představuje jednoduchou a přirozenou formu zvládnání zátěže a stresu. Praško, Prašková (2003) uvádí hlavní výhody relaxace:

- relaxace vede k psychickému i tělesnému uvolnění a pomáhá odstranit stresovou reakci,
- zlepšuje pocit sebedůvěry a životní optimismus,
- nabízí uvolnění ihned po námaze,
- pomáhá uvolnit se během zátěžové sociální situace,
- přispívá k rychlejšímu učení,
- zvyšuje odolnost proti stresu,
- harmonizuje psychiku i somatické funkce,
- podporuje přirozenost projevu,
- přispívá ke spokojenému a kvalitnímu spánku,
- odstraňuje napětí v těle a uvolňuje i před očekávanou stresující situací,
- zlepšuje schopnost soustředit se na činnost a připravit dostatek potřebné energie,
- zlepšuje schopnost zaměřit se na něco nového.

K tomu, aby byla relaxace úspěšná a nedocházelo k problémům s jejím nácvikem, je třeba vytvořit vhodné podmínky. Dobré podmínky pro relaxaci jsou důležité především v počátcích nácviku relaxace. Skutilová (2016) rozlišuje tyto základní podmínky relaxace:

- cvičit jednou nebo dvakrát denně po dobu 15 minut,
- obléci si pohodlný a volný oděv, sundat si boty, hodinky, pásek, brýle a vše, co by mohlo působit rušivě,
- zvolit vhodnou dobu, protože relaxaci není možné uspěchat,
- vyloučit smyslové podněty, prostor by měl být klidný, příjemný, vyvětraný, světlo ztlumené a mobilní telefon vypnutý,

- do relaxace se nenutit, zaujmout vnitřní pasivní postoj,
- zvolit si pohodlnou polohu, hlava by měla být v jedné přímce s páteří, dlaně mohou být vzhůru nebo dolů, relaxovat je možné vsedě i leže.

Sociální opora

Člověk dokáže mnohem snáze zvládat náročné životní situace, pokud má oporu ve svých nejbližších. Jedinec nacházející se v těžké situaci potřebuje především citové zázemí, které mu dodává péči, jistotu a podporu. Kvalitní sociální opora je nejlepší prevencí stresu a jejich následků. Ženy, u kterých se objeví deprese či jiné psychické problémy, se mnohem déle léčí, pokud nemají kvalitní partnerský život a trpí nedostatkem komunikace a podpory (Irmiš, 1996).

Křivohlavý (2001) uvádí definici sociální opory: „*Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci.*“ Mikroúroveň sociální opory je chápána jako pomoc a opora nejbližšími osobami, např. pomoc jednoho manžela druhému, pomoc rodiny a nejbližších přátel (Křivohlavý, 2001, str. 94-95).

Existuje několik druhů sociální opory. V poporodním období se jeví jako nejvýznamnější emocionální opora. Především partner by měl ženě citlivě sdělovat emocionální blízkost, lásku, soucítění a náklonnost, čímž může ženě výrazně pomoci s přijetím nové mateřské role. Další významnou oporou je informační opora, například od lidí, kteří mají stejné osobní zkušenosti nebo na profesionální úrovni. Potřebné informace týkající se poporodního období může poskytnout zdravotnický personál, porodní asistentka, dula či ošetřující lékař (Křivohlavý, 2001; Geisel, 2004).

V průběhu těhotenství mají možnost ženy a jejich partneři absolvovat předporodní přípravné kurzy k porodu. Porodní asistentky poskytují podporu a do jisté míry také pomoc. Budoucí matky zde mají možnost výměny dojmů, názorů a zkušeností s ostatními ženami. Snahou těchto příprav je zmírňovat obavy spojené s porodem. Muž své partnerce nejvíce pomůže svou přítomností, klidem, výdrží, event. masáží. Během těchto kurzů se budoucí rodička seznamuje s dechovými cvičeními během otevírání a porodu, porodními polohami, porodními fázemi, porodem a průběhem šestinedělí, přípravou prsů na kojení, péčí o dítě a mnohým dalším (Stadelmann, 2001).

7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Praktická část mé diplomové práce se zabývá psychickým prožíváním žen v období po porodu. Praktická část plynule navazuje na část teoretickou. Jsou zde stanoveny cíle a metodologie výzkumu a výsledná zjištění jsou podrobněji rozebrána v kapitole Výsledky výzkumu a navazující diskuzi.

7.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem kvalitativního výzkumu mé diplomové práce je zmapovat emocionální prožitky žen po porodu. Nejen během hospitalizace, ale také v domácím prostředí, především v období šestinedělí. Zjistit, jak ženy zvládají roli matky a odhalit případný výskyt psychických potíží u jednotlivých respondentek.

7.1.1 Výzkumné otázky

Hlavní cíl práce je rozpracován v následujících výzkumných otázkách:

1. Existují rozdíly v psychickém prožívání po porodu u primipary a multipary?
2. Souvisí psychický stav ženy po porodu se vztahem biologického otce k těhotenství?
3. Souvisí psychický stav ženy po porodu se vztahem širší rodiny k jejímu těhotenství?
4. Budou ženy s rizikovým těhotenstvím více ohroženy psychickými potížemi po porodu?
5. Projevovaly se větší psychické potíže u žen, které měly komplikace během porodu (například protrahovaný porod, porod kleštěmi, porod císařským řezem apod.)?
6. Jsou multipary během šestinedělí emocionálně vyrovnanější než primipary?
7. Souvisely psychické potíže s nevhodným chováním zdravotnického personálu v průběhu hospitalizace?
8. Mají multipary kratší dobu babyblues než primipary?

7.2 Metoda výzkumu

Pro výzkumnou část této diplomové práce jsem zvolila kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum se vyznačuje tím, že uvádí zjištěné informace ve slovní, tedy

nečíselné podobě. Jedná se o výstižný, ale zároveň podrobný popis. Snahou výzkumníka je co nejvíce se přiblížit k respondentům a porozumět situacím, ve kterých se nacházejí. Ke každému jedinci se přistupuje individuálně a je chápán jako jedinečná bytost. Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je porozumění lidem a událostem v jejich životě. Hlavní roli hraje výzkumník, jeho pohled na věc a zkušenosti. Kvalitativní výzkum je možno dělit na tři hlavní výzkumné metody. Jedná se o pozorování, interviu neboli rozhovor a analýzu produktů jedince. Rozhovor je možno dělit na nestrukturovaný a polostrukturovaný. Při nestrukturovaném rozhovoru nemá výzkumník připravené otázky a pořadí otázek dopředu, ale má připravený cíl a schéma výzkumu. Polostrukturovaný rozhovor je částečně připravený v podobě klíčových otázek, které se flexibilně upravují průběhu a obsahu rozhovoru (Gavora, 2010).

Neexistuje jeden obecně přijímaný způsob, jak realizovat kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum je procesem hledání porozumění. Výzkumník vyhledává a analyzuje informace, které mohou napomoci vysvětlit stanovené výzkumné otázky a využívá k tomu jak deduktivní, tak induktivní závěry. Výhodou kvalitativního výzkumu je získávání podrobného popisu jedince v jeho přirozeném prostředí (Hendl, 2005).

Nevýhodou kvalitativního výzkumu je bezesporu jeho nižší možná objektivita. Subjektivní vnímání a postoje každého výzkumníka mohou ovlivňovat či dokonce zkreslovat výslednou interpretaci výsledků. Chráska (2016) uvádí několik zásadních subjektivních faktorů, které působí při pozorování a rozhovoru na osobnost výzkumníka. Mezi negativně působící faktory, které mohou ovlivňovat či dokonce zkreslovat výslednou interpretaci výsledků, patří například tzv. „Haló efekt“, při kterém má výzkumník tendenci vnímat daného jedince pod vlivem celkového dojmu, který si obvykle utváří již při prvním seznámení. Tento prvotní dojem může být buď ryze kladný nebo naopak nepříznivý. Na základě tohoto dojmu pak může zkresleně hodnotit daného jedince. Dalším možným subjektivním faktorem ovlivňujícím pozorovatele může být jeho aktuální psychický stav, shovívavost pozorovatele a mnoho dalších. Má-li být sběr informací spolehlivý a přesný, je nutné zachovat co největší možnou míru objektivitu (Chráska, 2016).

V rámci kvalitativního výzkumu této diplomové práce byl hlavní použitou metodou získávání dat polostrukturovaný rozhovor (viz. Příloha č. 4 – Otázky pro polostrukturovaný rozhovor). Nechtěla jsem své respondentky nikam zatlačit, naopak jsem se snažila dát dostatek prostoru k vyjádření pocitů vlastními slovy. Rozhovor je poměrně náročnou metodou, která si žádá od výzkumníka citlivost, empatii, disciplínu, koncentraci

a v neposlední řadě dostatek času. Polostrukturovaným rozhovorem je možné získat velice cenné informace (Hendl, 2005). Na základě zjištěných informací během rozhovoru jsem vypracovala jednotlivé kazuistiky. Gulová a Šíp (2013) charakterizují kazuistiku jako kvalitativní přístup, ve kterém výzkumník zkoumá ohraničený případ nebo více případů pomocí podrobného a detailního sběru dat, na jehož základě vytváří výzkumník konkrétní popis případu. Na závěr každého rozhovoru jsem dala respondentkám vyplnit dotazník zjišťující výskyt a případnou míru poporodní deprese. Jedná se o tzv. Edinburskou škálu postnatální deprese (viz. Příloha č. 2 – Edinburská škála postnatální deprese).

7.3 Výzkumný vzorek

Výzkum probíhal v období od prosince 2016 do února 2017. Pro svůj kvalitativní výzkum jsem si zvolila matky, které jsou na mateřské nebo rodičovské dovolené a rodily nejdéle před půl rokem. Výzkumný vzorek tedy tvoří ženy, které pečují o děti ve věkové kategorii od 2 do 6 měsíců. Zpracováno bylo celkem 10 kazuistik. Respondentky jsem vybírala náhodně na podkladě osobní známosti, např. z pracovišť, kde jsem dříve pracovala nebo absolvovala odbornou praxi v rámci studia. Všechny respondentky byly dopředu informovány a seznámeny s obsahem a cílem mého výzkumu. Veškeré písemné záznamy, vzniklé během rozhovoru byly provedeny se souhlasem respondentek. Identifikační údaje byly v zájmu zachování anonymity pozměněny, jak v případě matek, tak i v případě dětí.

7.4 Kazuistiky

Kazuistika A

Paní Jana je 27 letá žena, šest let spokojeně vdaná. Před rokem dálkově dokončila vysokoškolské vzdělání. Pracuje jako zdravotní sestra na jednotce intenzivní péče, momentálně je na mateřské dovolené se svým 4 měsíčním synem Tobiášem. Tobík je jejich první dítě. S manželem si dítě oba moc přáli a na syna se velice těšili, stejně jako prarodiče. Před narozením Tobiáška prožili s manželem nelehké období, protože Jana v minulosti dvakrát potratila.

První těhotenství zaniklo již v jeho počátku asi ve čtvrtém týdnu. Druhé těhotenství probíhalo bezproblémově, ale bohužel bylo ukončeno ve třináctém týdnu jako zamlklý potrat. Janě byla tato skutečnost sdělena náhodně při 3D ultrazvukovém vyšetření. Toto sdělení bylo pro manžele velkým šokem. Jana musela být ihned hospitalizována k revizi děložní dutiny. Vzhledem k povaze zákroku byl manželům doporučen půl roku chráněný styk. V této době byla Jana hodně plačtivá, obtížně usínala a často se jí o nenarozeném miminku zdály sny. Také návrat do práce nebyl vůbec jednoduchý. Manžel byl ze ztráty také nešťastný, ale snažil se být Janě oporou. Nejhorší byl první měsíc, kdy nevycházela z domu, neustále se v myšlenkách vracela k miminku a prohlížela si fotky z ultrazvuku. Zhruba po měsíci se rozhodla, že musí přestat truchlit. Začala se znovu intenzivně věnovat svým koníčkům, především sportu a s manželem začali společensky žít. Podle slov paní Jany: „*Chtěla jsem se dát dohromady fyzicky i psychicky.*“

Po půl roce se Janě podařilo otěhotnět na první pokus. Těhotenství bylo rizikové, ale tentokrát odmítla hormonální léčbu i klidový režim. Své rozhodnutí odůvodňuje takto: „*Dvakrát jsem potratila, přestože jsem dělala vše podle doporučení lékařů, tentokrát jsem byla rozhodnutá poslouchat hlavně své tělo a maximálně si těhotenství užívat.*“ Přesto se neubránila pocitům strachu z dalšího potratu. „*Když jsem zjistila, že jsem těhotná, každou chvíli jsem se chodila kontrolovat na toaletu, jestli nekrvácím, připadala jsem si trochu jako blázen.*“ Po celou dobu těhotenství aktivně cvičila a nijak se neomezovala. Přestože se cítila šťastná, neubránila se v druhé polovině těhotenství občasným snům, ve kterých se jí zdálo, že syn se narodil s vážnou vadou nebo dokonce mrtvý. Naštěstí se během pravidelných kontrol žádná patologie nevyškytla a Janě to dodalo klidu.

Jana rodila o tři týdny dříve akutním císařským řezem. Příčinou byla poloha plodu

koncem pánevním a omotání pupečníku kolem krku. Porodnici měli manželé vybranou již od začátku těhotenství podle místa bydliště. Žádné speciální požadavky ani porodní plán neměli. Pouze si paní Jana přála epidurální anestezii namísto celkové. *„Když už jsem nemohla родit přirozeně, přála jsem si alespoň naše dítě vidět jako první.“* Porodní bolesti začala mít o půl osmé ráno a porodila pár minut po půlnoci. Do porodnice přijeli až v deset hodin večer, Jana si dlouho nechtěla přiznat, že už opravdu rodí a myslela si, že se jedná o poslíčky. Císařský řez byl proveden v epidurální anestezii a trval zhruba 40 minut. Přítomnost manžela na sále nebyla umožněna, přestože si to oba přáli. Osprchovat a oholit se stihla doma, během příjmu byl zaveden permanentní močový katetr a zajištěn žilní vstup. Úkony to byly sice nepříjemné, ale Jana plně chápala jejich nezbytnost. Během příjmu i během operace byl personál velice milý a s Janou komunikovali o všem možném, což jí uklidňovalo.

Syna po porodu odnesla porodní aistentka k ošetření. Janu odloučení výrazně stresovalo. *„Bylo to nekonečné, pořád jsem prosila manžela, aby mi ho už konečně přinesli ukázat.“* Největší úlevu pocítila, když měla syna po dvou hodinách konečně u sebe a mohli si poprvé vyzkoušet kojení. Následující dny byly hodně bolestivé. Oproti ostatním maminkám na pokoji se Janě hůře vstávalo k synovi a vše jí déle trvalo. Hospitalizace trvala 4 dny a žádné výraznější fyzické ani psychické potíže se neobjevily. S kojením problémy nebyly. Ale Janě bylo „vyčítáno“, že syn pije dvakrát větší množství mléka, než by měl. Chování personálu hodnotí jako profesionální, vstřícné a citlivé.

Návrat do domácího prostředí byl hektický. Zpočátku bylo obtížné skloubit péči o domácnost s potřebami syna. Tobiášek začal krátce po návratu do domácího prostředí trpět nadýmáním a bolestmi břicha. Velikou oporou jí byl manžel, který si ve chvílích volna bral syna do kočárku, aby si mohla odpočinout. V noci se ve vstávání k synovi střídali. Horší byly dny, kdy byl partner celý den v práci a Jana byla na vše sama. Syn pravidelně vstával kolem 4 hodiny ráno a v podstatě proplakal celý den. Jediné, co pomáhalo, byly masáže břicha a projížďky v kočárku. Po celodenním pláči spal naštěstí krásně celou noc. Jana byla v tomto období často výbušná směrem k manželovi. Hádky nebyly dramatické, ani dlouhotrvající, ale často se opakující a vznikající z banálních důvodů. *„Manžel měl se mnou svatou trpělivost, nechápu, že to všechno snášel s takovým klidem.“*

Jana přiznává, že jí hodně chyběla pomoc širšího okolí, uvítala by občasné pozvání na oběd, pohlídnání syna v kočárku, apod. Prarodiče sice vnoučka vždy rádi viděli, ale sami

na návštěvu nepřišli a ani nenabídli pomoc. Nechtěla o pomoc prosit a spoléhala se hlavně na manžela. Pocity psychického i fyzického vyčerpání pramenily především z neschopnosti vyřešit zažívací neduhy miminka. Přetrvávající bolesti břicha a s tím související častý pláč a špatný spánkový režim narušovaly běžný chod domácnosti a partnerské soužití. Jana ale nikdy nepocitovala vůči dítěti vztek či dokonce nenávist. Své negativní pocity „ventilovala“ na partnerovi. Po třech měsících potíže Tobiáška vymizely a Jana začala být zase více optimisticky naladěná. Kojí syna i nadále a jediné potíže, které musela řešit, byly ragády bradavek během hospitalizace, které se brzy zahojily. Kojení je pro ni radost a i ve chvílích největšího psychického napětí ji kojení vždy dokázalo uklidnit a navodit pocit pohody. Momentálně se cítí po psychické i fyzické stránce výborně. Miminko je také spokojené, žádné zdravotní problémy ho již netrápí a díky tomu i kvalitně spí. Celé rodině se po prvotních třech měsících neklidu velice ulevilo a rodičovství si opravdu užívají. Zpětně hodnotí prožité náročné období kladně: *„Náš vztah s manželem to posílilo, bez jeho lásky, trpělivosti a pomoci bych to nezvládla.“*

Naměřená hodnota Edinburské škály postnatální deprese – 10 bodů.

Kazuistika B

Paní Evě je 34 let, je pět let vdaná a s manželem vychovávají dva syny. Momentálně je na mateřské dovolené s druhým synem Honzíkem, kterému jsou 3 měsíce, prvorozený syn Adam brzy oslaví čtvrté narozeniny. Předtím pracovala jako dělnice a ve svém volnu se věnuje modeláži nehtů. Je vyučenou švadlenou. Honzika si oba manželé moc přáli a těšili se na něj. Rodina přijala zprávu o druhém potomkovi také radostně, pouze tchán byl zpočátku v šoku, nečekal druhé vnouče tak brzy. Manžel Evy je sám jedináček a z počátku preferoval pouze jednoho potomka, postupem času změnil názor a momentálně by si dokonce přál ještě třetí dítě. Paní Eva tuto možnost nevyklučuje.

Eva měla veliké zdravotní komplikace během prvního těhotenství i v poporodním období. Zdravotní potíže pramenily především z chronického onemocnění ledvin (narodila se s vrozenou vadou ledvinných pánviček a celý život ji provází záněty ledvin). Když čekala prvního syna, musela opakovaně užívat antibiotika a dokonce být hospitalizovaná v nemocnici k infúzní terapii. Krátce po porodu se její zdravotní stav zkomplikoval zánětem žlučníku, který musel být řešen operačně. V té době nesla odloučení od syna velice špatně. Velikou oporou jí v té době byl nejen manžel, ale i širší rodina. *„Naštěstí jsem věděla, že je můj syn v těch nejlepších rukou, starala se o něj má maminka a manžel“*. Vzhledem k předchozím zkušenostem se obávala, jak zvládne druhé těhotenství.

K milému překvapení obou manželů probíhalo druhé těhotenství bez komplikací a nebylo rizikové. Asi v pátém měsíci ale došlo k otočení plodu hlavičkou nahoru a hrozil porod císařským řezem. Byly doporučeny speciální cviky, které měly napomoci správnému otočení plodu. Zhruba po měsíci pocítila při cvičení prudkou bolest. Během následující kontroly bylo zjištěno, že se plod naštěstí otočil do správné polohy. Eva se k tomu vyjadřuje následovně: *„ První porod probíhal přirozeně, takže jsem si neuměla představit, že bych měla jít na císaře. Strašně jsem to obřečela a ještě víc štěstím, když jsem zjistila, že je zase vše v pořádku.“* Jinak ale žádné zdravotní ani psychické komplikace nenastaly.

Eva rodila v termínu vaginální cestou. Porod byl natolik rychlý, že jej nestihl ani partner, přestože si to moc přál. Kontrakce začala mít ve 4 hodiny ráno a poté jí odtekla plodová voda. V nemocnici bylo manželovi řečeno, že porod bude ještě trvat dlouho a tak odjel domů za prvorozeným synem. Eva ale po 15 minutách dostala silné a pravidelné kontrakce a za 20 minut byl syn na světě. Oba své porody popisuje jako krásné a pohodové. Porodnici si manželé vybírali podle recenzí a doporučení ostatních maminek.

„Co se týče vybavení, připadala jsem si, jako kdybychom se vrátili o padesát let dozadu, ale chování personálu bylo úžasné! To pro mě bylo nejdůležitější.“ Porodní plán neměla, pouze si přála, aby manžel mohl přestříhnout pupeční šňůru. Manžel však porod nestihl. Před porodem si na vlastní přání nechala udělat klystýr, oholit a osprchovat se stihla doma. Vzhledem k tomu, že miminko bylo veliké, byl proveden malý nástřih hráze. Se všemi úkony souhlasila a neměla k nim žádné výhrady. Chování personálu hodnotí jako velice vstřícné a přátelské. Druhý den po porodu však měla drobný konflikt s jednou zdravotní sestrou. Eva se domnívala, že má málo mléka a dožadovala se příkrmu pro svého syna. *„Honzík sice neplakal, ale bylo vidět, že je stále neklidný a pomlaskává.“* Zdravotní sestra jí to rozmlouvala a chtěla, aby ještě vyčkala. Eva si však příkrm nakonec přece jen vyžádala a cítila úlevu, že její dítě již nemá hlad.

Po porodu byl Honzík krátce ošetřen porodní asistentkou a protože byl v pořádku a Eva se cítila dobře, nechala si jej ihned u sebe. Eva udává, že žádné bolesti neměla a ani se necítila unavená. Problémy ji nečinilo posazování, chůze ani vyprazdňování. Hospitalizace trvala 3 dny a fyzické ani psychické problémy se během této doby neobjevily. O kojení se sice pokoušela, ale od začátku prosazovala příkrmy a tušila, že v kojení dlouho pokračovat nebude. Obdobně to s kojením probíhalo již u prvního syna. *„Kojení mi nebylo nepříjemné, ale ani příjemné. Pocity byly neutrální a myslím si, že nevýhody kojení převažovaly nad výhodami.“* Plně kojit nezačala nikdy. Přestože své děti miluje, tak v kojení nespatořovala nikdy tak hluboký význam. Svou roli zřejmě hrála i potřeba určité míry svobody. Eva jezdí dva dny v týdnu modelovat nehty a ráda si se svými klientkami dá kávu a cigaretu. Syny jí během této doby hlídá manžel nebo prarodiče. Honzík kojila spolu s příkrmy necelý jeden měsíc. U prvního dítěte ji trochu mrzelo, že nekojila déle, ale nyní u Honzíka žádné výčitky nemá.

Šestinedělí probíhalo poklidně a bez výraznějších emocionálních změn. Jediné, co Evu mírně trápilo a trápí do teď, je střídavé vstávání k oběma dětem během noci. Cítí se proto často unavená. Manžel jí bohužel v noci nepomáhá, protože má náročné zaměstnání a potřebuje se vyspat. Nabraná kila v těhotenství se jí zatím nedaří zhubnout, naopak spíše na váze ještě přibírá. Eva to připisuje špatné kvalitě spánku a nepravidelné stravě. Starší syn zatím do školky nechodí, protože má obavy z nemoci, které by syn mohl ze školky přenášet domů. Přiznává, že s dvěma dětmi již na sebe nemá tolik času jako dříve, navíc každý den vaří.

Eva je hodně společenská a cítila by se izolovaná od okolí, pokud by měla být

pouze doma s dětmi. Proto si ráda od dětí odpočine při modeláži nehtů, kdy se dostane mezi lidi a může si s nimi popovídat o čemkoliv. Občas si zajde s kamarádkami na večeři nebo kávu. Díky tomu se cítí psychicky v pohodě. Setkání s rodinou a přáteli je pro ni nejlepší formou odpočinku od každodenních povinností. Největší problém vidí v nekvalitním spánku. Manžel se jí snaží pomoci s dětmi, alespoň po příchodu ze zaměstnání, aby mohla načerpat síly. Honzík byl a je klidné miminko, takže nikdy nemusela řešit problémy s ukonejšením. Vztah s manželem popisuje jako harmonický, pouze ji momentálně mrzí, že na sebe nemají více času. Uvědomuje si však, že se jedná o přechodné období, dokud jsou děti malé. Starší syn má k mladšímu bráškovi také kladný vztah a snaží se mamince pomáhat. Manželé si své rodičovství užívají a dokonce nevylučují možnost dalšího potomka.

Naměřená hodnota Edinburské škály postnatální deprese – 5 bodů.

Kazuistika C

Paní Renatě je 28 let, je tři roky vdaná a pracuje jako učitelka v mateřské školce. V současnosti se stará o druhorozeného syna Olivera, kterému je 6 měsíců. První syn Sebastian má tři a půl roku. Druhé dítě si oba manželé i širší rodina velice přáli a těhotenství bylo plánované.

První těhotenství probíhalo bezproblémově a cítila se po celou dobu dobře. Porod byl ale náročný a trval téměř 16 hodin. Během porodu došlo k rozsáhlejším poranění především zevních pohlavních orgánů. Renata se k tomu vyjádřila takto: „*Poporodní období pro mne bylo velice bolestivé. Po této zkušenosti jsem byla přesvědčená, že další dítě mít už radši nechci.*“ Po zhojení všech poranění brzy změnila názor a s manželem plánovali dalšího potomka. Starší syn momentálně dochází do mateřské školy.

Druhé těhotenství bylo již od prvopočátku velice rizikové. Zpočátku se tvořily v děloze hematomy a slabě krvácela. Z důvodu hrozícího potratu musela dodržovat přísný klidový režim a užívat hormony k podpoře udržení těhotenství. Zhruba v 25. týdnu těhotenství došlo k náhlému otevření děložního hrdla a prolapsu plodového vejce do pochvy. Renata byla hospitalizována na jednotce intenzivní péče a ihned byla provedena cerkláž děložního hrdla. Hospitalizace trvala 3 týdny a musela pouze ležet, dokonce i u jídla. Pro Renatu to bylo psychicky velice náročné období, byla plačtivá, nervózní a obtížně usínala. Trápila ji nejen přísná omezení, nemožnost pohybu, zhoršená úroveň hygienické péče apod., ale především odloučení od manžela a syna. Po třech týdnech byla propuštěna do domácí péče, ale přísný klidový režim musela dodržovat i nadále. S péčí o staršího syna jí pomáhal především manžel a blízká kamarádka. Renata kladně hodnotí na tomto období jednu zásadní změnu a to v chování manžela a jeho lepší vztah s prvorozeným synem. „*Manžel je úspěšný podnikatel a byl zvyklý často jednat s ostatními lidmi suverénně a nekompromisně. Ale nepřetržitá péče o syna i o mě ho naučila větší trpělivosti a pokoře.*“

Oproti všem očekáváním nakonec Renata přenášela a porod musel být hormonálně vyvolán. Porod byl přirozený a trval 4 hodiny. Na sále byl přítomen manžel. Porodnici si manželé vybírali na základě důvěry a dobrých zkušeností. Renata zde byla hospitalizována a zachránili ji zde těhotenství. „*Měla jsem k personálu obrovskou důvěru, jinde bych rodit nechtěla.*“ Porodní plán ani žádné speciální požadavky neměli. Renata se osprchovala a oholila sama. Před porodem byl proveden klystýr a během porodu nástřih hráze. Se vším

souhlasila a k ničemu neměla výhrady. Oba manželé byli velice spokojeni s chováním personálu. Především během porodu oceňovala ochotu a citlivý přístup ze strany sester i lékaře. Hospitalizace trvala 3 dny a k žádným komplikacím nedošlo. Renata mohla po porodu bez větších obtíží chodit i se posazovat. Problémy s kojením žádné nebyly.

Po návratu domů Oliver často „bezdušně“ plakal a bylo obtížné ho ukonejšit. Renata se domnívá, že příčinou byl komplikovaný průběh těhotenství a podávané medikamenty, především hormony a analgetika. Jediné, co alespoň trochu pomáhalo, byla jízda kočárkem. Oliver takto proplakal prvních 6 týdnů svého života, poté se vše zázračně srovnalo. Nyní je to spokojené a klidné miminko. Během tohoto náročného období na sebe neměla moc času a hůře zvládala chod domácnosti. Naštěstí ji byl oporou její manžel a také maminka. Renata je přesvědčená, že bez jejich pomoci, by to psychicky nezvládla. V té době byla hodně plačtivá a přecitlivělá. Také návštěvy během šestinedělí vnímala jako rušivé a nepříjemné. *„Přátelé mysleli návštěvy dobře, ale my jsme potřebovali klid, abychom se s Oliverkem sžili. Už jen to, že stále plakal, bylo vyčerpávající.“*

Plně kojila do 4 měsíců, s příkrmy pak do 5. měsíce. Problém nebyl na straně matky ani dítěte. Kojení Renatě zpočátku nevadilo, ale s postupem času jí čím dál víc obtěžovalo. Pocity, které během kojení prožívala, popisuje jako zvláštní. Kojení pro ni nebylo nepříjemné, ale ani příjemné. Renata před otěhotněním kouřila a chtěla opět začít, ale během kojení nechtěla, aby neublížila miminku. Dalším impulsem k ukončení laktace byl i fakt, že se Oliver v noci často budil na kojení a Renata se pak cítila unavená. Poté, co začala dávat synovi na večeri kaši a umělé mléko, spal většinou až do rána. Své rozhodnutí odůvodňuje takto: *„Když jsem byla těhotná, nemohla jsem dělat vůbec nic. Bylo to jako bych byla ve vězení. Déle kojit už prostě psychicky nevydržela. Cítila, že nutně potřebuje alespoň částečnou svobodu. Konečně si mohu zakouřit a dát kávu nebo si někde zajet a není problém, aby ho někdo pohlídal i přes noc.“* Syn tento přechod na umělé mléko přijal bez potíží a Renata se cítí psychicky lépe. Přestože byla zpočátku plačtivá a psychicky unavená, nikdy nepocítovala nenávist vůči dětem ani manželovi. Momentálně se cítí spokojená, jen ji občas mrzí, že již nemají s manželem tolik času pro sebe.

Naměřená hodnota Edinburské škály postnatální deprese – 8 bodů.

Kazuistika D

Paní Jolana je třicetiletá žena, rok a půl vdaná. Momentálně je na mateřské dovolené s prvorozenou dcerou Maruškou, která má 4 měsíce. Jolana má dokončené vysokoškolské vzdělání a před porodem pracovala jako terénní sociální pracovnice. Maruška byla plánované a chtěné dítě. Oba manželé i širší rodina se miminka nemohli dočkat.

Těhotenství s Maruškou bylo Jolanino první těhotenství. Probíhalo pohodově, bez výraznějších komplikací. V první polovině těhotenství mívala nízký tlak a cítila se občas unavená. Brzy však tyto potíže ustoupily a těhotenství si užívala a pravidelně chodila cvičit. Manžel se na první dítě také velice těšil, ale z důvodu velkého pracovního vytížení nemohl své ženě se vším pomáhat tak, jak by si ona sama přála. Na předporodní kurz docházela sama. Během těhotenství se žádné zdravotní ani psychické potíže nevyskytly.

Jolana 6 dní přenášela. Rodila vaginálně týden po plánovaném termínu porodu. Porodnici měla vybranou podle místa bydliště, také zde absolvovala předporodní kurz a měla k personálu důvěru. Porodní plán ani žádné speciální požadavky s manželem neměli. Jolana nejhůře prožívala první dobu porodní, která trvala 12 hodin a cítila se během ní extrémně fyzicky vyčerpaná. Ke konci už dokonce omdlévala a některé okamžiky si vůbec nepamatuje. *„Vím jen, že kolem mě bylo hodně lékařů a sester. Vůbec nevím, co tam dělali, každou chvíli jsem omdlela.“* Po celou dobu byl na sále přítomen také manžel, který se snažil Jolanu povzbuzovat a podporovat. Osprchovat a oholit se stihla ještě doma, v nemocnici podstoupila klystýr a během porodu nástřih hráze. Se vším souhlasila a nemá k ničemu žádné výhrady. Porod celkem trval 13 hodin a Jolana i miminko byly v pořádku. Jolana je nesmírně vděčná personálu za úžasný přístup během porodu, především panu primáři. *„Nebýt jeho lidského, ale zároveň direktivního přístupu, tak bych to asi nezvládla. Určitě by museli Marušku tahat kleštěmi nebo bych rodila sekci a to jsem nechtěla.“*

Po porodu se potřebovala Jolana prospat a Maruška jí byla donešena na kojení asi za dvě hodiny. Mezitím byl s dcerou manžel. Maruška byla z porodu také unavená, protože celou dobu v klidu spala. S nácvikem kojení žádné potíže nebyly, Maruška se ihned přisála. První dva dny měla Jolana bolestivé bradavky, poté již bez potíží. Jolana po porodu bolesti necítila a neměla ani jiné zdravotní komplikace. Personál si chválí, ale během příjmu se jí zdály zdravotní sestry protivné. Domnívá se, že důvodem bylo, že

rodila v noci a sestry byly unavené. Brzy ale začaly být milé a Jolaně se snažily se vším pomoci a vyjít vstříc. Hospitalizace trvala celkem tři dny.

Návrat do domácího prostředí byl poměrně náročný. Zhruba týden se cítila hodně unavená a vždy, když Maruška spala, tak také odpočívala. Péči o domácnost včetně vaření v té době neřešila. Oběd jí uvařila a přinesla tchýně, úklid domácnosti zajistil manžel. Během šestinedělí byla Jolana hodně plačtivá, lítostivá a často mívala pocity vnitřního napětí. Doma začala Jolana mít velké potíže s vyprazdňováním stolice. Na zácpu trpěla již před těhotenstvím. V této době začaly Jolanu trápit zevní i vnitřní hemoroidy. Až nebude kojit, čeká ji chirurgické odstranění. S Maruškou začali chodit ven na procházky ihned po propuštění z nemocnice. Také návštěvy k nim domů chodily již během šestinedělí, ale Jolaně vadily, ocenila by spíše klid. Doma ji se vším pomáhal manžel a tchýně, která bydlí nedaleko. S manželem mají harmonický vztah, přesto se neubráníla negativním pocitům vůči němu. Důvody negativních pocitů vysvětluje následovně: *„Jemu se život až tolik nezměnil, stále chodí do práce a vídá se s kamarády, to já musím být neustále doma a ve všem se podřizovat potřebám Marušky.“* Negativní pocity mívala také vůči miminku. Nejčastěji ve chvílích, kdy bylo těžké dceru utěšit. *„Dávala jsem jí to za vinu, měla jsem na ni vztek.“* Maruška byla klidné miminko, přesto se stávalo, že některé dny plakala více a Jolana si pak nevěděla rady a nedokázala dceru ukonejšit. Jolana však dceři nikdy neublížila. Hádky s manželem častější nebyly, přestože byla popudlivá a snažila se hádky vyvolávat. Její partner však zachovával klid a napjaté situace se snažil odlehčit a uklidnit. *„Jsem manželovi za jeho podporu vděčná a obdivuji ho, že to se mnou vydržel.“*

Přiznává, že jí trvalo, než přijala novou životní roli. Před porodem si mateřství hodně idealizovala a po porodu byla překvapená ze všech změn a ztráty svobody. Udává, že její negativní pocity vůči manželovi i miminku trvaly celé první dva měsíce. Po dvou měsících si na nový režim zvykla. Mnohem častěji teď navštěvuje své kamarádky a začala se opět věnovat sportu. Díky tomu se již necítí tolik izolovaná od okolí a psychicky je na tom mnohem lépe. Zatím dceru plně kojí a chtěla by i nadále. Když měla Maruška tři měsíce, dostala Jolana menstruaci a dcera v té době odmítala pít mléko a hodně plakala. Naštěstí menstruace trvala pouze tři dny. Přesto se jí v této krátké době, kdy Maruška nechtěla pít, vytvořil zánět v prsu, na který musela užívat antibiotika. Po pár dnech se Jolaně ulevilo a vše se srovnalo. Uvědomuje si význam mateřského mléka a proto chce svou dceru kojit co nejdéle. Pocity, které ale během kojení zažívá, jí nejsou vůbec příjemné. *„Vím, že je to moje dítě, ale přesto je to strašně zvláštní pocit, když se mi někdo*

jiný přísává na moje prsa.“ Paní Jolana si mateřství začíná teprve užívat a nebojí se přiznat, že první měsíce byly náročné a dokonce v určitých ohledech nepříjemné. Velice si váží podpory manžela i širší rodiny.

Naměřená hodnota Edinburské škály postnatální deprese – 5 bodů.

Kazuistika E

Slečna Petra je 26 letá svobodná žena, žijící pět let ve spokojeném vztahu. Momentálně je na mateřské dovolené se svým tříměsíčním synem Lukáškem. Do budoucna se chtějí s přítelem vzít, nyní dokončují stavbu rodinného domu. Petra má středoškolské vzdělání a před porodem pracovala jako prodavačka. Lukášek je jejich prvním potomkem. Těhotenství bylo plánované a chtěné. Rodiče partnera byli zpočátku z této informace v šoku a domnívali se, že by bylo lepší si pořídit dítě, až se osamostatní. Slečna Petra se svým partnerem zatím bydlí u jeho rodičů. Postupem času ale zprávu o těhotenství přijali a na Lukáška se začali těšit, stejně jako zbytek rodiny.

Těhotenství probíhalo klidně a bez komplikací. Po celou dobu pracovala a cítila se skvěle. Partner se na miminko moc těšil a se vším se snažil pomáhat. *„Přítel si od začátku našeho vztahu přál dítě. Když zjistil, že jsem těhotná, tak brečel radostí.“* Pár dní před termínem porodu byl Petře během prohlídky u gynekologa proveden Hamiltonův hmat, ale bez jejího vědomí. O jeho provedení se dozvěděla náhodně až po porodu. *„Pamatuji si, že mi doktor pouze řekl, že to trochu zatlačí a nic víc. Doma mě vyděsilo, že mírně krvácím.“* Dlouho Petru mrzelo, že lékař, ke kterému měla celé těhotenství důvěru, jí neřekl o tomto zásahu. Přestože byl proveden Hamiltonův hmat, tak rodila šest dní po očekávaném termínu porodu.

Zpočátku probíhal porod spontánně. O půl šesté ráno začaly kontrakce a v šest hodin jeli do porodnice. Přírozený porod pokračoval až do 13 hodin, pak bohužel nastaly komplikace. Miminku se omotal pupečník kolem krku a přestaly být slyšet srdeční ozvy. Petra byla ihned převezena na sál k akutnímu císařskému řezu. Zákrok absolvovala v celkové narkóze a trval zhruba 30 minut. Dokud probíhal porod přirozeně, byl u porodu přítomen partner. Porodnici měli vybranou od začátku těhotenství na základě dobrých recenzí a také byla blízko jejich bydliště. Petra měla připravený porodní plán. Jejím hlavním přáním bylo, aby pupeční šňůru přestříhl partner a ihned po porodu jí bylo miminko položeno na prsa. Vzhledem k celkové narkóze bylo miminko nakonec položeno na prsa alespoň partnerovi. Osprchovat a oholit se stihla sama. Vzhledem k tomu, že byl zpočátku porod veden vaginálně, byl proveden klystýr. Se vším, co se v průběhu porodu odehrálo, souhlasila. Petru velice mrzí, že nakonec nemohla родit vaginálně. Ale chování personálu si chválí a je vděčná za jejich úžasný přístup. O to více ji mrzí chování jejího gynekologa, který ji neinformoval o provedení Hamiltonova hmatu v těhotenství.

Lukášek se narodil zhruba o půl druhé odpoledne, ale Petra se probudila po narkóze až kolem 18. hodiny. Na první kojení jí byl syn donesen v 19 hodin. „*Měla jsem výčitky, že kojím, až po tak dlouhé době, ale naštěstí se syn přisál bez problémů.*“ Následujících pět dnů bylo hodně náročných a bolestivých. Obtížně se posazovala a hůře se jí vstávalo. Oproti jiným maminkám si připadala neschopná a pomalá. Po pěti dnech se situace začala lepší a mohla fungovat bez výraznějších omezení. Hospitalizace trvala pět dnů a k žádným komplikacím na straně matky ani dítěte nedošlo. Cítila se po psychické stránce dobře a ani s kojením žádné problémy nebyly.

Návrat domů byl zpočátku vyčerpávající. Celé šestinedělí se cítila hodně unavená a snažila se spát i přes den. Lukášek byl naštěstí klidné miminko, takže často odpočívali spolu. Během šestinedělí nevycházela ven a ani nepřijímala návštěvy. Své stanovisko vysvětluje následovně: „*Šestinedělí by mělo být chápáno jako čas určený pro matku a dítě, aby si na sebe mohli v klidu zvyknout a nikdo by je neměl přitom rušit.*“ Přiznává, že během této doby nevařila. Petře to takto vyhovovalo a cítila se s miminkem spokojená. O něco hůře to snášel její partner, který byl předtím zvyklý na teplé obědy i večere. „*Přítel byl často našťvaný, protože jsem si ho nevěšovala a nevařila. Nedokázal pochopit, že teď musím být plně k dispozici pouze pro Lukáška.*“ V té době měla časté konflikty s rodiči svého přítele. Příčinou hádek byly jejich neohlášené návštěvy a také poskytované rady, jak se má starat o Lukáška. Partner stál na straně rodičů a Petry se nezastal. Proto oznámila, že se chce dočasně přestěhovat ke své sestře, než bude jejich dům dokončen. K tomu nakonec nedošlo, Vše si s rodiči vyříkala a domluvili se na dodržování určitých pravidel společného soužití. Od té doby je naštěstí klid, ale i tak se nemůže dočkat, až budou bydlet ve svém vlastním domě.

Během šestinedělí by uvítala uvítala maximální klid a návštěvy rodičů vnímala hodně rušivě. Nyní již chodí se synem na procházky a občasné návštěvy ji nevadí. Přesto je nejradši, když může být se synem sama. Úklid domácnosti i sebepéči zvládá od začátku bez obtíží, protože je Lukášek hodné miminko. K nelibosti partnera zatím nevaří, protože se snaží maximálně věnovat synovi. „*Celé ty roky jsem vařila já, takže nevidím nic špatného na tom, že teď vaří přítel.*“ Domnívá se, že vše zvládá skvěle a pomoc okolí nepotřebuje. Rodiče i širší rodina se opakovaně nabízeli, že by Lukáška rádi povozili v kočárku, ale to Petra zatím odmítá. Svého syna plně kojí a žádné obtíže s kojením nejsou. Ráda by Lukáška kojila co nejdéle. Kojení je Petře velice příjemné a cítí, že díky němu má se synem intenzivní vztah. Partner syna miluje a ve svém volnu se mu plně věnuje. Petru

ale mrzí, že oni dva se vzájemně odcizili a doufá, že si k sobě zase najdou cestu. „*Přítel pracuje ve vedoucí pozici a je hodně pracovní vyčerpán. Přesto se nám snaží maximálně věnovat. Začínám si uvědomovat, že chyba byla hlavně na mé straně. Mateřské povinnosti mě zcela zahltily, ale věřím, že se časem vše srovná.*“

Naměřená hodnota Edinburské škály postnatální deprese – 1 bod.

Kazuistika F

Slečně Lucii je 31 let a téměř sedm let žije ve spokojeném vztahu s přítelem. Momentálně je na mateřské dovolené se svou 4 měsíce starou dcerou Emou. Lucie má středoškolské vzdělání v oboru zdravotní sestra. Před těhotenstvím pracovala na stomatochirurgii. Ema je jejich první dítě a oba se na ni velice těšili. Také širší rodina měla z miminka obrovskou radost.

Těhotenství probíhalo klidně a opravdu si ho užívala. Ke konci těhotenství však začaly Lucii trápit křížové bolesti a musela nastoupit na neschopenku. Nedokázala již několik hodin stát a asistovat při chirurgických výkonech. I přes svou štíhlou a drobnou postavu přibrala 17 kilo. Poslední devátý měsíc již pociťovala pravidelné a intenzivní stahy a nedokázala rozlišit, zda se jedná o poslíčky nebo již porodní kontrakce. „*Celé těhotenství jsem si užívala, ale ten poslední měsíc mi moc do smíchu nebylo.*“ Koncem měsíce měli tři plané výjezdy do porodnice. Při tom posledním výjezdu si již Lucii nechali na rizikovém oddělení. Důvodem byla zjištěná močová retence, kdy během příjmu byl Lucii zaveden permanentní močový katetr, který okamžitě odvedl 1,7 litru zadržované moči. Dcera již byla položená hodně nízko a naléhala na pánevní dno a stlačovala močový měchýř i ledviny. To vedlo k retenci moče a silným křížovým bolestem.

Lucie rodila v 38. týdnu těhotenství přirozeně. Porod trval celkem 11 hodin a k žádným komplikacím nedošlo. Osprchovat a oholit se stihla sama. Před porodem absolvovala klystýr. Se všemi procedurami souhlasila a byla velice ráda, že má zavedený močový katetr, protože jí ulevoval od silných křížových bolestí. Porod vnímá jako pohodový. Horší byly zhruba tři dny před porodem, kdy měla často poslíčky a musela být hospitalizována na rizikovém oddělení. „*Obrovskou podporu mi během porodu zajišťoval partner. Vzpomínky na porod mám jen pozitivní. Hodně to náš vztah posílilo.*“ Porodnici měli vybranou od začátku podle dobrých referencí a doporučení známých. Navíc se jednalo o vyhlášenou porodnici s nejlepším vybavením v Praze. Lucie žádný porodní plán ani speciální požadavky k porodu neměla. Po celou dobu hospitalizace bylo chování personálu skvělé, empatické a citlivé. Velice si chválí citlivý a profesionální přístup porodní asistentky, která se o ni během porodu starala.

Krátce po porodu začala Emičku bez potíží kojit. Již během pobytu v porodnici měla dostatek mléka. Zpočátku byly bradavky bolestivější, ale díky pravidelné hygieně a ošetřování brzy potíže vymizely. Poporodní zranění byla minimální a rychle se hojila.

Lucie nepociťovala žádné omezení v pohybu ani sebeobsluze. Hospitalizace po porodu trvala 3 dny a žádné zdravotní ani psychické potíže se neobjevily.

Návrat do domácího prostředí byl hektický. S partnerem v té době dodělávali drobné úpravy v jejich nově postaveném domku. Ale partner jí byl velkou oporou, často si brával dceru do kočárku, aby si mohla odpočinout. Na procházky chodili od prvního dne, ale návštěvy začaly chodit až po šestinedělí. Dříve to ani nebylo možné, protože Emička krátce po návratu domů začala trpět novorozeneckými kolikami a neustále plakala. *„Museli jsme se v péči o malou střídat, aby si vždy jeden z nás mohl odpočinout. Často jsme byli oba na pokraji sil.“* Miminko mělo navíc obrácenný denní rytmus, takže celou noc proplakalo a spalo více přes den. Nepomáhaly masáže ani nahřívání břicha, ani šátkování, houpání v kočárku, kapičky dokonce ani rektální rourka. Dvakrát museli s Emičkou navštívit pohotovost. Na návštěvy k přátelům a známým začali jezdit až po třech měsících, kdy problémy zcela samovolně odezněly. Během prvních tří měsíců bývala Lucie úzkostnější, ale žádné negativní projevy vůči dítěti ani partnerovi nepociťovala. Občas, když byl partner v práci, se cítila osamocená a bezradná. Po celou dobu tohoto náročného období neměla žádné větší neshody ani hádky s partnerem. Rodiče se snažili podporovat alespoň na dálku, protože je dělí téměř dvousetkilometrová vzdálenost. Svého partnera miluje ještě více než před narozením dítěte. *„I když to bylo náročné období, střídavě mě zaplavovaly pocity štěstí a pocity hlubšího svazku s partnerem spojené s narozením naší holčičky.“*

Lucie se i přes pomoc partnera občas cítila osamocená. Její rodiče i rodiče partnera bydlí příliš daleko a dojíždí pouze na občasné návštěvy. Oporou jí proto byl a je hlavně její partner. První tři měsíce byly hodně fyzicky i psychicky náročné z důvodu častých novorozeneckých kolik, kdy dcera proplakala celé noci. Nyní je Emička spokojená a klidné dítě. Svou dceru plně kojí a ráda by i nadále pokračovala. Pocity, které během kojení prožívá, jsou pro ni velice příjemné a uklidňující. Nová rodina si začíná užívat návštěv rodiny a přátel, které dříve nebyly možné, protože Emička stále plakala. Lucie i její partner se teď cítí psychicky v pohodě a rodičovství si mnohem více užívají.

Naměřená hodnota Edinburské škály postnatální deprese – 13 bodů.

Kazuistika G

Paní Katce je 29 let. Před porodem pracovala jako terénní sociální pracovníce, má dokončené vysokoškolské vzdělání. Momentálně je na mateřské dovolené se svým 2 měsíčním synem Tomášem. Tomášek je jejich první dítě, které si oba manželé moc přáli a těhotenství bylo plánované. Také širší rodina se na miminko velice těšila a zprávu o těhotenství přijali s nadšením.

Katce se podařilo v krátkém čase otěhotnět a celý průběh těhotenství byl pohodový. Až do porodu docházela do zaměstnání a ve volném čase se věnovala cvičení, tanci a v ničem se neomezovala. Na své těhotenství vzpomíná velice pozitivně: „*Bylo to zatím to nejkrásnější období mého života, neskutečně jsem si to užívala a cítila se skvěle.*“

O to horší má pocity z porodu. Katka syna přenášela a porod musel být ve 42. týdnu uměle vyvolán. Velice negativně vnímala veškeré procedury s tím spojené, především podávání hormonu oxytocinu a prasknutí plodové vody. Bohužel, nic nepomáhalo a porodní cesty se vůbec neotevíraly a porod nepostupoval podle představ lékařů. První infúzi dostala v 7 hodin ráno a ve 3 hodiny v noci se muselo přistoupit k císařskému řezu. Zde poprvé došlo k výraznějšímu konfliktu se zdravotnickým personálem. Kateřina jej popisuje takto: „*Z ničeho nic donesli několik papírů a strašně rychle po mne chtěli, abych podepsala snad milion souhlasů, aniž bych vůbec tušila, co podepisuji. Křičela jsem na ně, že rozhodně nic podepisovat nebudu!*“ Naštěstí se vše vysvětlilo. Poté, co lékař Katce popsal všechny okolnosti plánovaného zákroku, souhlasy podepsala. Sekci absolvovala v epidurální anestezii a celý zákrok trval asi 45 minut. Dokud probíhal porod spontánně, byl přítomen manžel. Porodnici měli vybranou od začátku na základě informací z internetových stránek. „*Pročítala jsem webové stránky více porodnic, ale tyto mi přišly mnohem lákavěji a profesionálněji napsané.*“ Žádný porodní plán, ani speciální požadavky k porodu neměla. Osprchovat a oholit se zvládla před porodem sama. Bez výhrad souhlasila s podáním klystýru. Katku doteď velice mrzí, že nemohla родit přirozeně. „*Tím, že jsem si nemohla porod prožít, mám stále pocit, jako bych Tomáška od někoho jen dostala...jako by ani nebyl můj.*“

Tomáška donesli na kojení asi za dvě hodiny po porodu. Přestože Tomášek aktivně sál, tak se kojení nedařilo. Katce se netvořilo mléko a Tomášek již druhý den po porodu neustále plakal a cucal si ručičky. Také třetí den neustále plakal a ztrácel výrazně na váze, takže bylo nutné přistoupit k příkrmům. Během kojení zažívala nepříjemné pocity. „*Bolelo*

to a ty pocity byly strašně zvláštní, až nepříjemné.“ Katku navíc první dny po porodu trápily bolesti operační rány a horší pohyblivost. Druhý den po porodu měla Katka další konflikt, tentokrát se sanitářkou. Příčinou byly zásahy do osobního prostoru. *„Každé ráno přilítla a začala omývat stolky, takže mi sahala na mé věci a když mi začala bez dovolení natřepávat moji peřinu, myslela jsem, že vybuchnu vzteky.*“ Na chování sanitářky si stěžovala u vrchní sestry. S ostatním personálem problémy nebyly a celkově hodnotí jejich chování jako profesionální. Hospitalizace trvala 5 dnů a kromě problematického kojení k žádným komplikacím nedošlo.

Návrat do domácího prostředí byl náročný. Zhruba prvních 15 dnů se cítila hodně unavená a občas ji bolela jizva po sekci. I v domácím prostředí přetrvávaly pocity odcizení od dítěte. *„Neporodila jsem, jako by nebyl můj.*“ Na vycházky ven začali chodit ihned po propuštění z porodnice. Širší rodina chodila na návštěvy také již během šestinedělí. Návštěvy vnímala pozitivně, jako příjemné zpestření jinak stereotypních dnů. Přiznává, že byla první týdny po porodu hodně hysterická a často bezdůvodně vybuchovala. Situace se zklidnila teprve zhruba před týdnem. Partner neměl pro tyto výkyvy nálad příliš pochopení a raději vždy odešel, aby se vyhnul konfrontaci.

Šestinedělí bylo náročné také z toho důvodu, že Tomášek hodně plakal. *„Neměla jsem žádné mléko, ale všichni mě pořád přesvědčovali, ať to nevzdávám.*“ Plně Katka nekojila nikdy, od začátku byly nutné příkrmy. Po měsíci to ale psychicky nevydržela a přešla zcela na umělou výživu. Přestože jsou Tomíkovi teprve dva měsíce, tak se cítí hodně sociálně izolovaná. Katka byla již před těhotenstvím velice aktivní, a proto ji dny trávené s miminkem doma nenaplňují. Před týdnem začala docházet na jeden den v týdnu do práce a dvakrát v týdnu chodí večer předcvičovat aerobic. Syna hlídají podle možností občas prarodiče, ale většinou manžel. Katka je však z přístupu partnera zklamaná. *„Když jsem na cvičení, klidně mi volá, že se mám okamžitě vrátit, protože Tomášek pláče a on si s ním neví rady.*“ Přála by si mít více svobody a podpory ze strany partnera. Doufá, že se jim podaří najít kompromis. Velice se těší, až bude Tomášek větší a budou moci podnikat výlety a společně cestovat.

Naměřená hodnota Edinburské škály postnatální deprese – 11 bodů.

Kazuistika H

Paní Zuzana je 32 letá matka dvou dětí. S manželem spolu žijí 17 let, z toho jsou 5 let manželé. Zuzana má středoškolské vzdělání. Pracuje jako zdravotní sestra na operačních sálech, momentálně je na mateřské dovolené s druhorozeným synem Radkem, který má tři měsíce. Prvnímu synovi Milošovi je deset let. Těhotenství bylo plánované a chtěné. Téměř dva roky však trvalo, než se Zuzaně podařilo otěhotnět. Celá rodina byla ze zprávy nadšená, pouze sestra manžela přijala zprávu negativně. Jaký k tomu měla důvod, nikdo neví.

Těhotenství bylo pro všechny velkým překvapením. Dva roky se manželům nedařilo počít druhé dítě. Zuzana podstoupila chrompertubaci (test průchodnosti vejcovodů) a hysteroskopii (vyšetření dutiny děložní pomoci hysteroskopu), při které byla zjištěna rozsáhlá endometrióza (výskyt děložní sliznice mimo dutinu děložní). Také manžel byl vyšetřen a vzhledem k extrémně malému počtu spermií bylo manželům doporučeno umělé oplodnění. Nikdo z lékařů jim nedával žádnou šanci na oplodnění přirozenou cestou. Asistovaná reprodukce však stojí nemalé peníze a to si z důvodu splácení hypotéky nemohli dovolit. *„Přestali jsme počítat plodné dny a smířili jsme se s tím, že budeme mít jen jedno dítě.“* Během dvou měsíců však zcela nečekaně otěhotněla i bez pomoci lékařů.

Těhotenství bylo od počátku rizikové, slabě krvácela a byl jí nařízen klidový režim v kombinaci s užíváním hormonů. Stejně potíže měla již při prvním těhotenství. V druhém trimestru bylo vše v pořádku. Ke konci těhotenství Zuzanu trápily otoky nohou i rukou a bolesti zad. Tyto komplikace přisuzovala svému velkému váhovému přírůstku během těhotenství. *„Asi jsem si za to mohla sama, příliš jsem se v jídle nehlídala a přibrála jsem během devíti měsíců více jak třicet kilo.“*

Zuzana rodila plánovaně císařským řezem dva týdny před termínem porodu. Důvodem byla poloha plodu koncem pánevním. Také první porod probíhal císařským řezem ze stejného důvodu. Na přání Zuzany byla zvolena epidurální anestezie, během výkonu byla při vědomí. Porodníci měli manželé vybranou od začátku podle místa bydliště, aby mohl manžel i se starším synem jezdit každý den na návštěvy. Žádný porodní plán ani speciální požadavky k porodu neměla. Výkon trval necelých 30 minut a proběhl bez komplikací. Manžel čekal celou dobu v předsálí. Osprchovat a oholit se zvládla sama. V rámci předoperační přípravy byl zaveden permanentní močový katetr a byl zajištěn žilní

vstup. K ničemu neměla výhrady. Chování personálu si chválí, především si váží citlivého přístupu zdravotních sester na novorozeneckém oddělení. Pouze chování lékaře anesteziologa hodnotí jako neprofesionální až nemístné. „*V průběhu celé operace měl lékař nevhodné poznámky týkající se mé postavy. Místo, abych si užila narození vytouženého syna, jsem musela poslouchat trapné rady, jak po porodu co nejdříve zhubnout.*“ Zuzaně se také nelíbilo, že jí syna pouze ukázali a ihned odnesli pryč. „*I když to byl porod císařským řezem, určitě by to šlo s trochou dobré vůle praktikovat jinak. Nemyslím si, že je nutné ihned miminko odnášet od matky na vážení a měření...*“

První dny po porodu byly náročné, ale vše se dalo zvládnout. Radeček se narodil v devět hodin ráno a večer se již šla na vlastní žádost osprchovat a nechala si vytáhnout močovou cévku. Sestřičky neměly z její brzké aktivity radost, ale Zuzana chtěla být co nejdříve soběstačná a mít Radečka u sebe. Sestřičky jí syna nosily po třech hodinách na kojení, což připadalo Zuzaně málo. Druhý den ráno jí Radečka již dovolily mít u sebe na pokoji. První tři dny po porodu syn ubýval na váze, protože neměla dostatečné množství mléka. „*Byla jsem zoufalá a myslela si, že nebudu moci syna kojit. Pila jsem proto litry kojícího čaje a používala i elektrickou odsavačku mléka.*“ Od třetího dne měla naštěstí mléka dost a žádný problém s kojením už nebyl. Hospitalizace trvala šest dnů a žádné komplikace se neobjevily.

Po návratu do domácího prostředí se cítila více fyzicky vyčerpaná a chodila si proto se synem dopoledne vždy lehnout. Psychické obtíže nepociťovala. „*U prvního syna jsem všechno strašně prožívala, teď si to opravdu užívám a spoustu věcí nechávám přirozeně plynout.*“ Více plačtivá byla pouze během hospitalizace, protože si přála být už doma s rodinou. Radeček byl a je klidné miminko, takže s ukonejšněním nikdy problém nebyl, navíc se Zuzana přiznává, že od počátku spí Radeček s nimi v posteli. Na vycházky začali chodit hned druhý den po propuštění z nemocnice. Rodinní příslušníci a blízcí přátelé chodili na návštěvy již během šestinedělí. Zuzaně to nevadilo, naopak byla za každou návštěvu ráda. Velikou oporou jí je manžel, který se ve chvílích volna věnuje především staršímu synovi, chodí společně plavat a hrát fotbal. Zuzana je ráda, že si během této doby může v klidu udělat domácí práce.

Zuzana se cítí šťastná, ale chybí jí pomoc širšího okolí. „*Byla bych hrozně vděčná, kdyby nám někdo kluky občas pohlídal, abychom si mohli s manželem třeba někam zajít.*“ Paní Zuzana bohužel o rodiče před lety tragicky přišla a rodiče manžela bydlí příliš daleko. Jedinou oporou je proto její manžel. „*Jediné, co mě trošičku mrzí, že si ještě několik let*

nebudeme moci s manželem zajít do kina ani nikam jinam.“ Na druhou stranu dodává, že si toho byli s manželem vědomi a radost z druhého dítěte je mnohem silnější a rozhodně ničeho nelitují. Syna nadále kojí a ráda by kojila co nejdéle. Kojení je pro Zuzanu příjemný relax a domnívá se, že díky kojení se prohlubuje jejich vzájemné pouto se synem. Svou současnou životní etapu hodnotí velice kladně a váží si především podpory svého muže. *„S narozením našeho druhého syna ho miluji ještě více než dříve.“*

Naměřená hodnota Edinburské škály postnatální deprese – 9 bodů.

Kazuistika CH

Paní Silvě je 27 let a vdaná je 7 let. Má středoškolské vzdělání a pracuje jako lakýrnice v jedné automobilové firmě. V současnosti je na mateřské dovolené se svým 5 měsíčním synem Pavlíkem. Pavlík je jejich první a plánované dítě. Manžel i celá rodina se na miminko velice těšili.

Těhotenství probíhalo bezproblémově, přesto byla Silva od počátku v pracovní neschopnosti z důvodu náročnosti práce. Zhruba v devatenáctém týdnu těhotenství se objevily potíže se zánětem slepého střeva. Dva dny byla hospitalizována a naštěstí se podařilo obtíže vyřešit konzervativně, především dietním opatřením. Zbytek těhotenství probíhalo poklidně, bez výraznějších komplikací. Nijak se neomezovala a až do porodu pravidelně cvičila. Manžel byl Silvě velkou oporou a na miminko se oba moc těšili.

Rodila týden po očekávaném termínu porodu císařským řezem v celkové anestezii. Porod zpočátku probíhal přirozeně, ale měla silné bolesti a z tohoto důvodu se přistoupilo k epidurální anestezii. Po dvaceti hodinách porod stále nepostupoval a porodní cesty se nedostatečně otevíraly. Byla již zcela vyčerpaná a lékaři se rozhodli přistoupit k sekci. Porodnici měli manželé vybranou podle místa bydliště. Svou roli sehrálo také moderní vybavení a celkový vzhled porodnice. Chování personálu ani další aspekty Silvu nezajímaly. Porodní plán neměli, ale přála si, aby u porodu nebyli žádní studenti ani medicí. Porodní bolesti měla téměř dva dny, samotný operační výkon trval standartně půl hodiny bez komplikací. Dokud probíhal porod přirozeně, byl u Silvy přítomen manžel. Před porodem se sama osprchovala, ale oholit se vzhledem k silným bolestem nezvládla. Zdravotní sestra proto Silvu před porodem oholila, podala klystýr a před císařským řezem byl zaveden permanentní močový katetr a žilní vstup. K ničemu výhrady neměla a chápala nutnost všech ošetrovatelských procedur. Stejně tak souhlasila s postupem lékařů. „*Byla jsem mnohem radši za porod císařem, než aby Pavlíka museli tahat například kleštěmi.*“ Chování personálu hodnotí jako profesionální a milé, až na jednoho lékaře, který ji podle jejích slov necitlivě a bolestivě vyšetřoval.

Po porodu se cítila hodně unavená, ale jinak ji nic netrápilo. Poprvé se posadila i chodila už po osmi hodinách po výkonu. „*Byla jsem překvapená, že mě sestřičky vedly do sprchy po tak krátké době, ale bolesti jsem neměla, takže jsem souhlasila.*“ Pavlík byl také v pořádku a dobře prospíval. S kojením žádné potíže nebyly, poprvé se přisál po šesti hodinách. Po čtyřech dnech byli propuštěni domů.

V domácím prostředí však Silvu začaly druhý den trápit silné bolesti hlavy doprovázené nechutenstvím a zvracením. Byla nutná hospitalizace na gynekologickém oddělení, kde byla infúzně hydratována a musela dodržovat přísný klidový režim. Pavlík byl hospitalizován na dětském oddělení a byl vždy přivezen pouze na kojení. Silva byla všemi okolnostmi stresována a přestalo se jí tvořit mléko. *„Když malého donesli, tak se snažil pít, ale protože nic neteklo, tak strašně plakal. Byla jsem z toho opravdu nešťastná.“* Silva během hospitalizace hodně často plakala a trápily ji úzkostné pocity a nespavost. Hospitalizována byla 10 dnů, poté byla propuštěna do domácího ošetřování, ale potíže s bolestmi hlavy přetrvávaly v mírnější formě ještě následující dva měsíce. *„Bylo to vyčerpávající, neměla jsem sílu řešit nic jiného, než úporné bolesti hlavy, na které stejně nic nezabíralo.“* Naštěstí jí s Pavlíkem hodně pomáhal manžel a také maminka. Bez jejich pomoci by nebyla schopná se o Pavlíka postarat. Manžel bral Pavlíka do kočárku ven v podstatě ihned po propuštění z nemocnice, aby si mohla v klidu odpočinout. Návštěvy začaly chodit až po dvou měsících, kdy Silvu přestaly trápit silné bolesti hlavy. Kojení se už plně obnovit nepodařilo, Pavlík již během hospitalizace Silvy výrazně ubýval na váze a bylo nutné podávat příkrmy. Doma se snažila laktaci neúspěšně obnovit. Celkem kojila s příkrmy tři měsíce, pak svou snahu vzdala a přešla zcela na umělou výživu. Všem členům rodiny se tím hodně ulevilo. Zpočátku to Silvu hodně trápilo, nyní to bere s nadhledem a má především radost ze spokojeného a dobře prospívajícího syna. *„Dokud jsem se snažila kojit, tak Pavlík hodně často plakal, asi hlady. Nyní je to konečně spokojené miminko.“*

Silvě průběh šestinedělí zkomplikovaly silné bolesti hlavy, které přetrvávaly dlouhé dva měsíce. Následkem stresu přišla o laktaci a bylo nutné přejít na umělou výživu. Přiznává, že první dva měsíce neměla sílu řešit nic jiného, než své zdravotní obtíže. Péči o syna zajišťoval především manžel a maminka. *„Měla jsem z Pavlíka obrovskou radost, ale bolesti hlavy a časté zvracení mi neumožňovaly se o něj postarat. Jsem neskutečně vděčná svému manželovi i mamince za jejich pomoc, bez nich bych to v žádném případě nezvládla.“* V současné době se Silva cítí dobře a rodičovství si užívá.

Naměřená hodnota Edinburské škály postnatální deprese – 7 bodů.

Kazuistika I

Paní Zdena je matkou tří dětí. Před nedávnem oslavila čtyřicáté narozeniny a s manželem jsou spolu již dvacet let. Pracuje jako zdravotní sestra na oddělení intenzivní péče. V současné době je na mateřské dovolené se svým čtyřměsíčním synem Ivoškem. Ivoš je jejich třetí dítě. Nejstarší dceři Sáře je 12 let a mladší dceři Natálce jsou 2 roky. Všechny děti byly plánované a chtěné. Přiznává se, že by si s manželem velice přáli ještě jedno dítě, ale neví, zda je to vzhledem k jejímu věku reálné. Na Ivoška se velice těšil také širší okruh rodiny, ve kterém má Zdena velikou oporu.

Těhotenství probíhalo bez komplikací. Zdena byla v té době na rodičovské dovolené se svou mladší dcerou Natálkou. *„Do práce jsem sice nechodila, ale i tak to bylo občas náročné, protože mě dcera nenechala odpočinout a hlavně jsem jí v té době ještě kojila.“* I přes občasnou únavu si těhotenství užívala a vzpomíná na něj v dobrém. Velikou oporou jí byl a je manžel. Přestože má náročné zaměstnání a pracuje ve vedoucí pozici, snaží se své ženě doma se vším pomáhat. *„Manžel je úžasný v tom, kolik toho stíhá. Vaří výhradně on, doma mi pomáhá s úklidem a ještě udržuje naši zahradu v perfektním stavu.“* Manžela si nemůže vynachválit i v oblasti péče o děti.

Porod probíhal bez komplikací a přirozenou cestou. Od prvních kontrakcí až do porodu uběhly 4 hodiny, z toho nejsilnější bolesti měla zhruba hodinu. Rodila spontánně týden po očekávaném termínu porodu. Během porodu byl přítomen manžel. Porodnici měli manželé vybranou podle místa bydliště. K porodu žádné speciální požadavky ani porodní plán neměli. Jediným přáním byla přítomnost manžela při porodu. Osprchovat i oholit se stihla sama. V rámci předporodní přípravy byl podán klystýr. Při porodu byl proveden nástřih hráze. Se všemi úkony plně souhlasila a k ničemu neměla výhrady. Chování personálu hodnotí velice pozitivně. *„Všichni se k nám chovali velmi mile a vstřícně, rozhodně si nemohu na nic a nikoho stěžovat.“*

Ivošek byl Zdeně přiložen k prsu bezprostředně po porodu, ale byl hodně spavý. Poprvé se přisál až za 3 hodiny po porodu. Laktace se i tak zahájila bez výraznějších potíží. První dny po porodu se Zdena cítila psychicky i fyzicky dobře, neměla žádné problémy s mobilitou, vyprazdňováním a ani nepocítovala žádné bolesti. Poporodní zranění se dobře hojila. Hospitalizace trvala celkem 3 dny a k žádným komplikacím u matky ani dítěte nedošlo.

Návrat do domácího prostředí byl náročnější. Ivošek byl hodně spavý a odmítal sát.

Proto začala synovi dávat příkrmy. Po návštěvě laktiční poradkyně u nich doma se Zdena uklidnila. „*Sestřička mě ujistila, že je vše v pořádku, a tak jsem přestala dávat synovi příkrmy. Během týdne se vše srovnalo a od té doby problémy s kojením nemám.*“ Přiznává, že bez manžela by to nezvládla. Naštěstí si manžel vzal dva týdny dovolené a se vším své ženě pomáhal. Krátce po propuštění z porodnice začala Zdena trpět zácpou. Po týdnu se vše samo zklidnilo a cítí se opět dobře. Dokonce otevřeně hovoří o přání pořídit si ještě jedno dítě, pokud jí to zdravotní stav dovolí.

Zdena se cítila více unavená první týden po propuštění z porodnice, ale s pomocí manžela péči o domácnost a děti zvládala výborně. Cítí se dobře a své děti si užívá. Snaží se udržovat styky s rodinou i širším okolím, aby se necítila sociálně izolovaná. Často vyrazí s manželem nebo se sousedkou na výlety a pravidelně jezdí na dovolenou. Velice pozitivně vnímá návštěvy u nich doma. Již v šestinedělí chodila rodina i přátelé na pravidelné návštěvy. Tyto návštěvy vždy vnímala jako příjemné zpestření. Před měsícem začala chodit na jeden den v týdnu do práce, jako zdravotní sestra v terénní péči. Během její nepřítomnosti hlídá děti její maminka a Zdena odstříkává mléko pro nejmladšího syna. „*Děti se mají u babičky dobře a pro mne je to příjemná změna v týdnu. V práci si perfektně odpočinu od dětí a o to víc se pak na ně zase těším.*“ Svého syna popisuje jako klidné dítě, ale hodně kontaktní, dožadující se fyzické blízkosti. Od počátku proto Zdena i ostatní členové rodiny využívají šátkování a nemohou si ho vynachválit. Žijí v moderně vybavené novostavbě s velkou zahradou. Bohužel musí manželé splácet vysokou hypotéku a proto bude Zdena na rodičovské dovolené pouze do dvou let Ivoška. Přiznává, že ji často trápí představa, jak dlouho ještě budou muset jejich dům splácet. „*Manžel má skvěle placenou práci, takže vše bez větších potíží zvládneme. Děsí mě však představa, že by o ni přišel. To nevím, co by pak s námi bylo.*“ Jeden den v týdnu chodí do práce nejen pro zpestření stereotypního rodinného režimu, ale přináší jí i větší finanční svobodu. Zdena věří, že s manželem vše zvládnou a pokud to bude možné, nebudou se v budoucnu bránit ještě dalšímu potomkovi.

Naměřená hodnota Edinburské škály postnatální deprese – 4 body.

7.5 Výsledky výzkumu

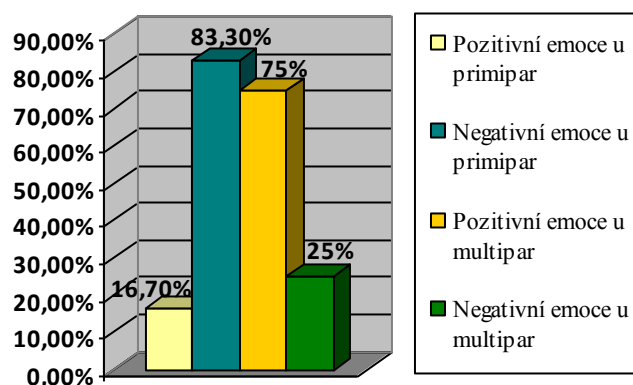
V praktické části mé diplomové práce jsem se pokusila nastínit psychické změny, které mohou prožívat ženy po porodu. Z kazuistik je patrná variabilita emocionálních prožitků u jednotlivých žen. U některých respondentek bylo možné sledovat různé projevy psychického vyčerpání a jiných potíží, výraznější patologii jsem však u žádné z těchto žen nezaznamenala. V této kapitole budou vyhodnoceny výpovědi jednotlivých respondentek a to nejen slovně, ale také formou tabulky a grafu, kde bude znázorněn procentuální výskyt zkoumaných jevů. Získané informace jsem srovnávala v několika základních rovinách a došla k následujícím zjištěním.

Hodnocení výzkumné otázky č. 1: Existují rozdíly v psychickém prožívání po porodu u primipary a multipary?

Tabulka č.1: k výzkumné otázce č.1

Kazuistiky		A	B	C	D	E	F	G	H	CH	I	Celkem
Primipara	Pozitivní emoce					X						1
	Negativní emoce	X			X		X	X		X		5
Multipara	Pozitivní emoce		X						X		X	3
	Negativní emoce			X								1

Graf č.1: k výzkumné otázce č.1



Během zpracování jednotlivých kazuistik jsem se nejčastěji setkávala s negativními emocemi, jako je plačtivost, vznětlivost, přecitlivělost, lítostivost, pocity vnitřní tenze a negativně vnímaná sociální izolace. V jednom případě prvorodička uváděla pocity odcizení vůči dítěti z důvodu porodu císařským řezem. Celkově se vyskytovaly negativní emoce častěji u primipar, než multipar. Určitá forma negativních emocí se vyskytovala u 5 ze 6 prvorodiček. Naopak u víceroďiček byly negativní emoce zaznamenány pouze u 1 ze 4 žen.

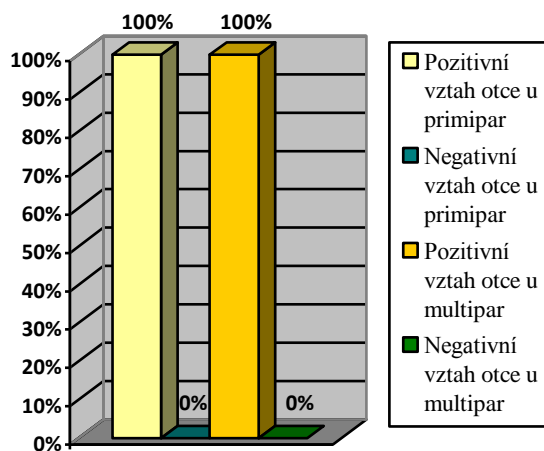
Na závěr každého rozhovoru byly matkám rozdány dotazníky zjišťující výskyt a případnou míru poporodní deprese (viz. Příloha č. 2 – Edinburská škála postnatální deprese). U žádné z rodiček nebyla zjištěna kritická hranice 20 bodů. Nejnižší naměřená hodnota u primipar byla 1 bod a nejvyšší 13 bodů. V případě multipar byla nejnižší naměřená hodnota 4 body a nejvyšší 9 bodů.

Hodnocení výzkumné otázky č. 2: Souvisí psychický stav ženy po porodu se vztahem biologického otce k těhotenství?

Tabulka č. 2: k výzkumné otázce č. 2

Kazuistiky		A	B	C	D	E	F	G	H	CH	I	Celkem
Primipara	Pozitivní vztah otce k těhotenství	X			X	X	X	X		X		6
	Negativní vztah otce k těhotenství											0
Multipara	Pozitivní vztah otce k těhotenství		X	X					X		X	4
	Negativní vztah otce k těhotenství											0

Graf č. 2: k výzkumné otázce č. 2



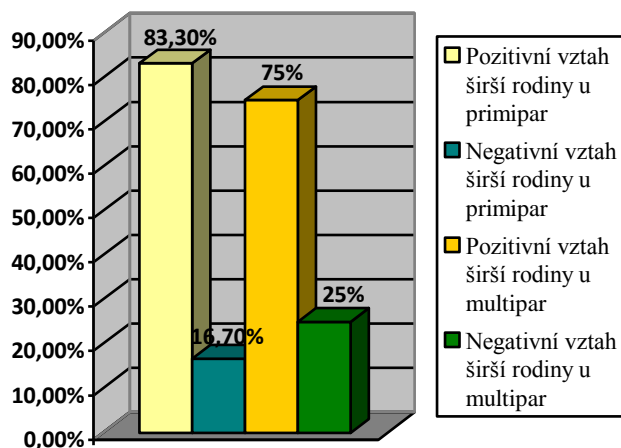
Nezaznamenala jsem přímou souvislost mezi vztahem otce k těhotenství a případným výskytem psychických obtíží. U všech respondentek byl vztah otce k těhotenství ryze kladný a žádná z rodiček neměla výhrady k chování svého partnera během těhotenství. Většina žen naopak uváděla a také kladně hodnotila pomoc a podporu ze strany svého partnera.

Hodnocení výzkumné otázky č. 3: Souvisí psychický stav ženy po porodu se vztahem širší rodiny k jejímu těhotenství?

Tabulka č. 3: k výzkumné otázce č. 3

Kazuistiky		A	B	C	D	E	F	G	H	CH	I	Celkem
Primipara	Pozitivní vztah širší rodiny k těhotenství	X			X		X	X		X		5
	Negativní vztah širší rodiny k těhotenství					X						1
Multipara	Pozitivní vztah širší rodiny k těhotenství		X	X							X	3
	Negativní vztah širší rodiny k těhotenství								X			1

Graf č. 3: k výzkumné otázce č. 3



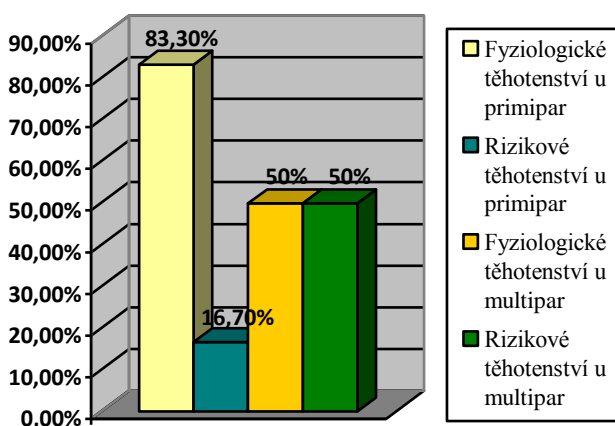
U primipar byl kladný vztah širší rodiny k těhotenství u 5 z 6 rodiček. V případě kazuistiky E (slečny Petry) zastávali rodiče jejího partnera názor, že měli s pořízením potomka počkat. Petra v poporodním období neudávala negativní psychické prožitky. Z celkového počtu 4 multipar se s negativní reakcí širší rodiny setkala pouze jedna rodička.

Hodnocení výzkumné otázky č. 4: Budou ženy s rizikovým těhotenstvím více ohroženy psychickými potížemi po porodu?

Tabulka č. 4: k výzkumné otázce č. 4

Kazuistiky		A	B	C	D	E	F	G	H	CH	I	Celkem
Primipara	Fyziologické těhotenství				X	X	X	X		X		5
	Rizikové těhotenství	X										1
Multipara	Fyziologické těhotenství		X								X	2
	Rizikové těhotenství			X					X			2

Graf č. 4: k výzkumné otázce č. 4



Primipary prožívaly klidné těhotenství bez výraznějších komplikací u 5 ze 6 případů. Rizikové těhotenství měla kazuistika A (paní Jana), která v poporodním období zažívala pocity psychického vyčerpání a byla více hádavá. Jana se ale domnívá, že tyto potíže souvisely spíše s větší plačtivostí miminka.

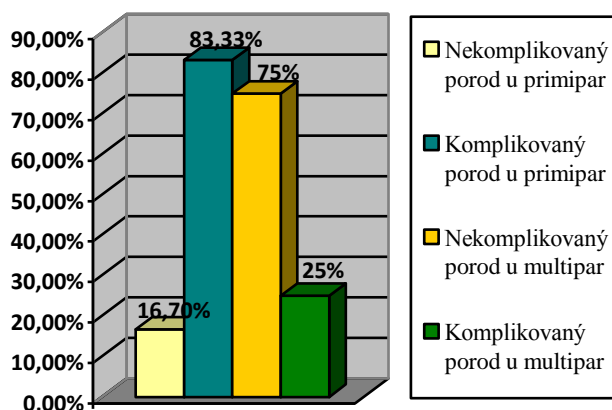
Z celkového počtu 4 multipar měly rizikové těhotenství 2 ženy. Kazuistika C (paní Renata) byla v poporodním období hodně přecitlivělá a plačtivá. Psychická nepohoda pramenila z komplikací během těhotenství a také z plačtivosti miminka. Kazuistika H (paní Zuzana) měla rizikové těhotenství, ale žádné psychické potíže po porodu neudávala.

Hodnocení výzkumné otázky č. 5: Projevovaly se větší psychické potíže u žen, které měly komplikace během porodu (například protrahovaný porod, porod kleštěmi, porod císařským řezem apod.) ?

Tabulka č. 5: k výzkumné otázce č. 5

Kazuistiky		A	B	C	D	E	F	G	H	CH	I	Celkem
Primipara	Nekomplikovaný porod						X					1
	Komplikovaný porod	X			X	X		X		X		5
Multipara	Nekomplikovaný porod		X	X							X	3
	Komplikovaný porod								X			1

Graf č. 5: k výzkumné otázce č. 5



Z 6 primipar prožila nekomplikovaný, přirozený porod pouze 1 rodička. 4 z 6 žen rodily akutně císařským řezem. Z těchto případů 3 rodičky zažívaly negativní emoce po porodu. Kazuistika G (paní Katka) dokonce udávala pocity odcizení od dítěte.

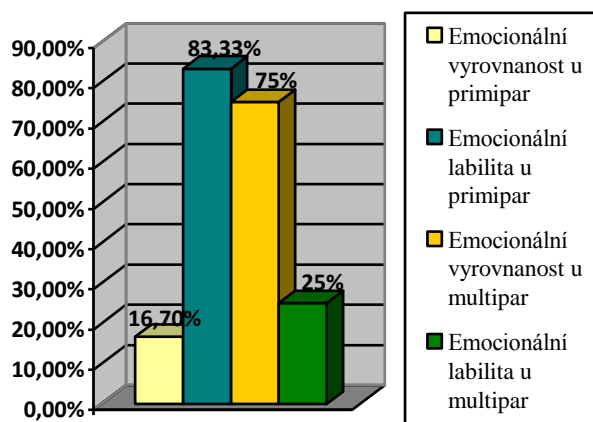
3 ze 4 multipar prožily porod přirozeně a bez komplikací. Z těchto přirozeně rodících multipar psychické obtíže udávala pouze 1 rodička, kazuistika C (paní Renata). Kazuistika H (paní Zuzana) rodila plánovaně císařským řezem. S průběhem porodu byla ale spokojená a v poporodním období se cítila velice dobře.

Hodnocení výzkumné otázky č. 6: Jsou multipary během šestinedělí emocionálně vyrovnanější než primipary?

Tabulka č. 6: k výzkumné otázce č. 6

Kazuistiky		A	B	C	D	E	F	G	H	CH	I	Celkem
Primipara	Emocionální vyrovnanost					X						1
	Emocionální labilita	X			X		X	X		X		5
Multipara	Emocionální vyrovnanost		X						X		X	3
	Emocionální labilita			X								1

Graf č. 6: k výzkumné otázce č. 6



Známky emocionální lability bylo možné sledovat u 5 ze 6 primipar. Pouze 1 prvorodička uváděla psychickou vyrovnanost.

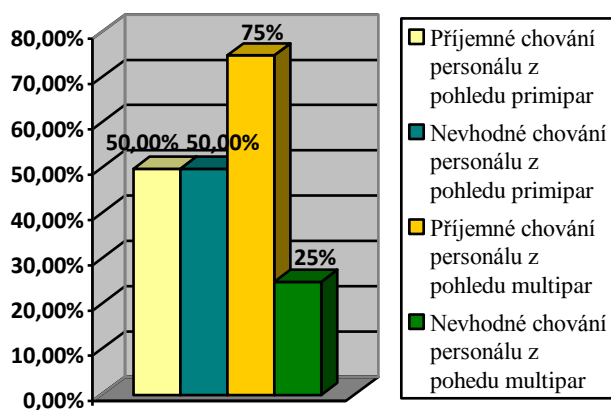
V případě multipar tomu bylo naopak, pouze 1 ze 4 vícerodiček byla emocionálně nevyrovnaná. Na základě těchto zjištěných informací je možné konstatovat, že v rámci mého výzkumného vzorku jsou multipary emocionálně vyrovnanější než primipary.

Hodnocení výzkumné otázky č. 7: Souvisely psychické potíže s nevhodným chováním zdravotnického personálu v průběhu hospitalizace?

Tabulka č. 7: k výzkumné otázce č. 7

Kazuistiky		A	B	C	D	E	F	G	H	CH	I	Celkem
Primipara	Příjemné chování personálu	X				X	X					3
	Nevhodné chování personálu				X			X		X		3
Multipara	Příjemné chování personálu		X	X							X	3
	Nevhodné chování personálu								X			1

Graf č. 7: k výzkumné otázce č. 7



Téměř všechny rodičky charakterizovaly zdravotnický personál jako milý, ochotný a profesionální. Přesto došlo v několika případech ke střetu zájmu, konfliktu nebo bylo popisováno nevhodné či hrubé chování ze strany zdravotníka. V případě primipar se s nevhodným chováním zdravotnického personálu setkala polovina rodiček.

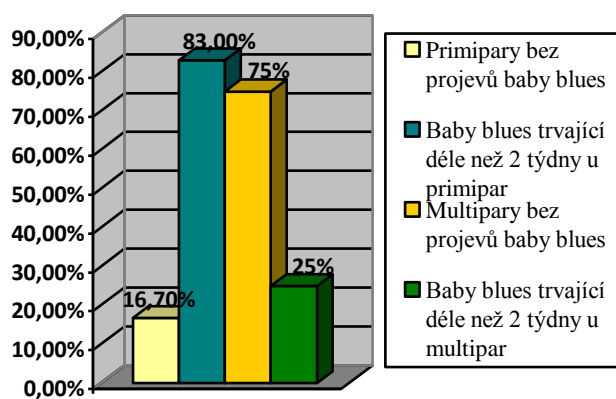
V případě multipar nevhodné chování personálu řešila 1 ze 4 rodiček. V jednom případě sehrálo svou roli při výskytu psychických potíží rodičky v poporodním období.

Hodnocení výzkumné otázky č. 8: Mají multipary kratší dobu baby blues než primipary?

Tabulka č. 8: k výzkumné otázce č. 8

Kazuistiky		A	B	C	D	E	F	G	H	CH	I	Celkem
Primipara	Bez projevů baby blues					X						1
	Trvající do 2 týdnů											0
	Déle jak 2 týdny	X			X		X	X		X		5
Multipara	Bez projevů baby blues		X						X		X	3
	Trvající do 2 týdnů											0
	Déle jak 2 týdny			X								1

Graf č. 8: k výzkumné otázce č. 8



V rámci mého výzkumného vzorku je možno konstatovat, že multipary mají nižší výskyt a také kratší dobu baby blues než primipary. U primipar trvaly psychické potíže ve 3 případech 3 měsíce, 1 respondentka uváděla potíže prvních 7 týdnů a pouze 1 respondentka byla zcela bez projevů baby blues.

Zcela bez projevů baby blues byly 3 ze 4 multipar. Psychické potíže bylo možno sledovat u jedné ženy a trvaly prvních 6 týdnů po porodu.

DISKUZE

V této části mé diplomové práce se pokusím o objasnění výsledků výzkumných otázek. Cílem kvalitativního výzkumu mé diplomové práce bylo zmapovat emocionální prožitky žen po porodu a zjistit jak ženy zvládají roli matky. Hlavní snahou bylo odhalit případný výskyt psychických potíží u jednotlivých respondentek. S ženami po porodu jsem vedla polostrukturovaný rozhovor, který byl částečně připravený v podobě klíčových otázek, které jsem ale individuálně upravovala v průběhu každého rozhovoru. Na základě zjištěných informací během rozhovoru jsem vypracovala celkem 10 kazuistik. Těchto deset kazuistik tvořilo 6 primipar a 4 multipary.

Nevýhodou kvalitativního výzkumu je bezesporu jeho nižší možná objektivita. Subjektivní vnímání a postoje každého výzkumníka mohou ovlivňovat či dokonce zkreslovat výslednou interpretaci výsledků. Při zpracovávání kazuistik jsem se snažila o zachování co nejvyšší možné míry objektivity. Získané informace a především jejich správnost pochopení jsem si u každé ženy ověřovala. Využívala jsem k tomu především metodu parafrázování a každou zpracovanou kazuistiku jsem nechala dané respondentce přečíst ke „schválení“. Všechny respondentky se s prezentací získaných informací ztotožňovaly a neměly k ní výhrady. Další nevýhodou kvalitativního výzkumu je jeho časová náročnost a také malý počet respondentek a tím i malý počet sledovaných proměnných. Výhodou kvalitativního výzkumu spatřuji v možnosti získat velice podrobný popis jedince v jeho přirozeném prostředí. Výzkumník má díky tomu mnohem lepší podmínky k porozumění životní situace jednotlivých respondentek, jejich aktuálnímu prožívání a jednání. Získané výsledky vzhledem k charakteru výzkumu nelze v žádném případě zobecňovat.

Diskuze k výzkumné otázce č. 1 - Existují rozdíly v psychickém prožívání po porodu u primipary a multipary?

Všechny respondentky své těhotenství plánovaly a chtěly a stejný postoj zaujímali také jejich partneři. U většiny mnou dotazovaných rodiček docházelo během prvních týdnů po porodu k střídání pocitů jako je štěstí, radost, ale i změny nálad, úzkostnost, hádavost, plačtivost, vznětlivost, přecitlivělost, lítostivost apod. Psychické prožívání v poporodním období se však u primipar a multipar v některých aspektech lišilo. Prvorodičky častěji

uváděly pocity vnitřní tenze a bezradnost. Příčinu tohoto jevu spatřuji ve skutečnosti, že prvorodičky ještě nemají zkušenosti s péčí o dítě a vše týkající se péče o miminko je pro ně novou zkušeností. Co ale bylo stejné pro primipary i multipary byla negativně vnímaná sociální izolace nebo přinejmenším strach z ní a aktivní snaha jí předcházet. Pouze v jednom případě primipary byla sociální izolace chtěná, a naopak veškeré styky s okolím byly vnímány rušivě a negativně. **Negativní emoce se častěji vyskytovaly u primipar než u multipar.** Určitá forma negativních emocí se vyskytovala u 5 ze 6 prvorodiček. Naopak u vícerodiček byly negativní emoce zaznamenány pouze u 1 ze 4 žen. Na závěr každého rozhovoru byly matkám rozdány dotazníky zjišťující výskyt a případnou míru poporodní deprese (viz. Příloha č. 2 – Edinburská škála postnatální deprese). U žádné z rodiček však nebyla naměřena kritická hranice 20 bodů.

Diskuze k výzkumné otázce č. 2 - Souvisí psychický stav ženy po porodu se vztahem biologického otce k těhotenství?

Protože jsem u svých respondentek nezaznamenala přímou souvislost mezi vztahem otce k těhotenství a případným výskytem psychických obtíží, nemohu na tuto otázku odpovědět. U všech respondentek byl vztah otce k těhotenství ryze kladný a žádná z rodiček neměla výhrady k chování svého partnera během těhotenství. Většina žen naopak uváděla a také kladně hodnotila pomoc a podporu ze strany svého partnera. Také v poporodním období rodičky velice oceňovaly pomoc a podporu svých mužů. Domnívám se, že u matek s projevy baby blues sehrála podpora partnera o to významnější roli a jsem přesvědčena, že přispěla k lepšímu zvládnutí těchto psychických stavů. Příkladem mohou být samotné výpovědi respondentek, jako například v případě kazuistiky A (paní Jany), která pomoc manžela popisuje takto: *„Manžel měl se mnou svatou trpělivost, nechápu, že to všechno snášel s takovým klidem. Náš vztah to posílilo, bez jeho lásky, trpělivosti a pomoci bych to nezvládla.“*

Diskuze k výzkumné otázce č. 3 - Souvisí psychický stav ženy po porodu se vztahem širší rodiny k jejímu těhotenství?

U primipar byl kladný vztah širší rodiny k těhotenství u 5 z 6 rodiček. V případě kazuistiky E, byli rodiče partnera slečny Petry zpočátku v šoku a zastávali názor, že měli s pořízením potomka počkat. V poporodním období však neudávala žádné negativní psychické prožitky. Postupem času si rodiče na tuto informaci zvykli a začali se na miminko těšit. Petra měla ale s rodiči partnera v období šestinedělí velké konflikty, které souvisely s jejich neohlášenými návštěvami, které vnímala velice rušivě. Situaci se naštěstí podařilo vyřešit ke spokojenosti všech zúčastněných. Z celkového počtu čtyř multipar se s negativní reakcí širší rodiny setkala pouze jedna rodička. **V rámci mého výzkumného vzorku se mi nepodařilo prokázat, že by psychický stav žen po porodu přímo souvisel se vztahem širší rodiny k jejich těhotenství.**

Diskuze k výzkumné otázce č. 4 - Budou ženy s rizikovým těhotenstvím více ohroženy psychickými potížemi po porodu?

Primipary prožívaly klidné těhotenství bez výraznějších komplikací a omezení u 5 ze 6 případů. Rizikové těhotenství měla pouze kazuistika A (paní Jana) z důvodu dvou předešlých potratů. V poporodním období zažívala pocity psychického vyčerpání a byla více hádavá. Domnívá se, že tyto potíže souvisely spíše se zdravotními problémy miminka a jeho větší plačtivostí.

Z celkového počtu 4 multipar měly rizikové těhotenství 2 kazuistiky. Kazuistika C (paní Renata) musela od počátku dodržovat přísný klidový režim a musela být i hospitalizovaná. V poporodním období byla hodně přecitlivělá a plačtivá. Psychická nepohoda pramenila nejen z komplikací během těhotenství, přísných omezení a ztráty svobody, ale také z větší plačtivosti miminka v poporodním období. Další rizikové těhotenství prožívala kazuistika H (paní Zuzana). V poporodním období se však žádné psychické potíže u Zuzany nevyskytly. **Na základě zjištěných informací je možné konstatovat, že psychické potíže po porodu souvisely s rizikovým těhotenstvím pouze v jednom případě.**

Diskuze k výzkumné otázce č. 5 - Projevovaly se větší psychické potíže u žen, které měly komplikace během porodu (například protrahovaný porod, porod kleštěmi, porod císařským řezem apod.)?

Z 6 primipar prožila nekomplikovaný přirozený porod pouze 1 respondentka. 4 z 6 žen rodily akutně císařským řezem. Z těchto případů 3 rodičky zažívaly negativní emoce po porodu, pouze v jednom případě nebyly zaznamenány. Kazuistika G (paní Katka) uváděla pocity odcizení vůči dítěti z důvodu porodu císařským řezem. Své pocity vysvětluje následovně: „ *Neporodila jsem, jako by nebyl můj.*“ Kazuistika D (paní Jolana) špatně snášela porodní bolesti a první doba porodní trvala dlouho. V poporodním období pociťovala vnitřní napětí, únavu, větší plačtivost, lítostivost a negativní pocity vůči manželovi i dceři. Domnívá se, že důvodem těchto stavů byla obtížnější adaptace na novou životní roli matky.

3 ze 4 multipar prožily porod přirozeně a bez výraznějších komplikací. Z těchto přirozeně rodících multipar psychické obtíže udávala pouze kazuistika C (paní Renata). Psychická nepohoda pramenila ze zdravotních komplikací během těhotenství, ale také z větší plačtivosti miminka v prvních týdnech života. Kazuistika H (paní Zuzana) byla ráda, že rodila plánovaně císařským řezem a v poporodním období se cítila dobře. **V jednom případě (primipary) se mi podařilo prokázat, že komplikace během porodu měly významný vliv na vznik psychických potíží v období po porodu.**

Diskuze k výzkumné otázce č. 6 - Jsou multipary během šestinedělí emocionálně vyrovnanější než primipary?

Známky emocionální lability bylo možné sledovat u 5 ze 6 primipar. Pouze 1 prvorodička uváděla psychickou vyrovnanost.

V případě multipar tomu bylo naopak, pouze 1 ze 4 vícerodiček byla emocionálně nevyrovnaná (viz. kazuistika C). **Na základě těchto zjištěných informací je možné konstatovat, že v rámci mého výzkumného vzorku jsou multipary emocionálně vyrovnanější než primipary.**

Diskuze k výzkumné otázce č. 7 - Souvisely psychické potíže s nevhodným chováním zdravotnického personálu v průběhu hospitalizace?

Téměř všechny rodičky charakterizovaly zdravotnický personál jako milý, ochotný a profesionální. Přesto došlo v několika případech ke střetu zájmu, konfliktu nebo bylo popisováno nevhodné či hrubé chování ze strany zdravotníka. S nějakou formou nevhodného chování zdravotnického personálu se setkala polovina prvorodiček.

V případě multipar se s nevhodným chováním personálu setkala 1 ze 4 rodiček. U kazuistiky G (paní Katky) sehrálo nevhodné chování zdravotnického personálu svou roli při výskytu psychických potíží v poporodním období. Proto se domnívám, že nelze nevhodné chování zdravotnického personálu bagatelizovat. **Nevhodné chování personálu, jako například spěch, nezáměr, arogance, strašení či povely mohou mít stresující vliv na průběh samotného porodu i poporodního období.**

Diskuze k výzkumné otázce č. 8 - Mají multipary kratší dobu babyblues než primipary?

V rámci tohoto výzkumného vzorku je možno konstatovat, že multipary mají nižší výskyt a také kratší dobu baby blues než primipary. Z 6 primipar byla bez projevů baby blues 1 rodička. Kazuistika A (paní Jana) udávala potíže první 3 měsíce. Během této doby cítila psychické napětí, byla více hádavá a výbušná směrem k manželovi. Kazuistika D (paní Jolana) pociťovala vnitřní napětí, lítostivost, větší plačtivost, popudlivost, hádavost a negativní pocity vůči miminku i manželovi první 2 měsíce po porodu. Kazuistika F (slečna Lucie) u sebe pozorovala první 3 měsíce velkou úzkostnost, psychické i fyzické vyčerpání, pocity osamocení a bezradnosti. Kazuistika G, paní Katka trpěla prvních 7 týdnů po porodu pocity odcizení od dítěte, směrem k manželovi byla extrémně výbušná. Kazuistika CH (paní Silva) byla první 3 měsíce po porodu úzkostná, plačtivá a měla problémy se spánkem. U primipar tedy trvaly psychické potíže ve 3 případech 3 měsíce, v 1 případě 7 týdnů a 1 prvorodička projevy baby blues negovala.

Ze 4 multipar měla psychické potíže po porodu 1 rodička a trvaly 6 týdnů. Domnívám se, že hlavním důvodem tohoto jevu je již jednou prožitá zkušenost ženy s porodem a výchovou dítěte a tudíž získaný jistý nadhled. Mou domněnku potvrzuje i výrok kazuistiky H (paní Zuzany): „ *U prvního syna jsem všechno strašně prožívala, teď si to opravdu užívám a spoustu věcí nechávám přirozeně plynout.* “

Závěr diskuze

Cílem mé diplomové práce bylo zmapovat emocionální prožitky žen po porodu. Zjistit, jak ženy zvládají roli matky a odhalit případný výskyt psychických potíží u jednotlivých respondentů, nikoliv cíleně detekovat rodičky s poporodní depresí. Z výsledků jiných výzkumů a odborné literatury vyplývá, že průměrně každá desátá žena po porodu trpí některou z forem poporodní deprese. Tuto skutečnost potvrzuje také Praško (2002), který uvádí, že průměrně se poporodní deprese objevuje u 10-15% žen po porodu. V rámci tohoto výzkumného vzorku jsem ale nezaznamenala mezi svými respondentkami žádnou rodičku s projevy poporodní deprese, či jinou formou psychického onemocnění. Hlavním důvodem tohoto jevu je skutečnost, že se jednalo o náhodný výběr.

Zásadním limitem mého výzkumu je malý počet respondentek, není proto možné výsledky výzkumu v žádném ohledu zobecňovat. Pokud by byla zvolena jiná metoda výzkumu, je pravděpodobné, že by bylo dosaženo odlišných výsledků.

Hlavní snahou této studie bylo pochopit jednotlivé příběhy žen po porodu a proniknout do hloubky jejich současné životní situace. Domnívám se, že i přes zmíněné nevýhody kvalitativní metody výzkumu, se mi podařilo zmapovat emocionální prožitky žen na mateřské nebo rodičovské dovolené. Identifikovala jsem nejčastější negativní emoce a psychické potíže u mých respondentek.

Byla bych velice ráda, kdyby má práce přinesla užitek nejen odborné veřejnosti, ale především samotným matkám. Domnívám se, že tato práce by mohla být inspirací pro další výzkumy v této oblasti.

Doporučení pro budoucí matky

Ze zpracovaných kazuistik je patrné, že jsou určité rezervy v možnostech prevence vzniku psychických potíží u žen po porodu. Některé respondentky se sice snaží ve svém volném čase věnovat zájmovým činnostem, ale žádná z mnou oslovených žen neuvedla, že by se věnovala například některé relaxační technice. Na základě zjištěných informací navrhuji následující doporučení pro budoucí matky:

- uvědomovat si v zátěžových situacích, že tyto rané fáze miminka netrvají dlouho, ale řádově se jedná jen o měsíce,
- snažit si společné chvíle užívat, miminko rychle vyrostě a žena bude jednou na tyto okamžiky vzpomínat,
- ve chvílích, kdy dítě spí, také si dopřávat dostatek spánku a odpočinku,
- zdravě jíst a dodržovat pitný režim,
- nesnažit se mít domácnost v perfektním stavu za každou cenu,
- s partnerem si adekvátně rozdělit úkoly a povinnosti v domácnosti,
- kojit, ale pokud je kojení nepříjemné, nenutit se do něj a své rozhodnutí si nevyčítat,
- snažit se udržovat dobré mezilidské a přátelské vztahy,
- nezůstávat sama doma, ale chodit často na procházky ven s kočárkem,
- věnovat se minimálně 1x týdně jen sama sobě, např. oblíbeným zájmovým činnostem (sportu, četbě, poslechu hudby, tanci, apod.),
- najít si zajímavou a obohacující činnost také mimo rodinu, např. účastnit se kurzů, studovat nebo pracovat na částečný úvazek, aj.,
- osvojit si některou z relaxačních technik a pravidelně se jí věnovat,
- v případě zájmu, se nebát vyzkoušet alternativní metody, jako např. aromaterapii, akupunkturu, masáže, reflexologii, apod.,
- požádat o pomoc nejen partnera, ale v případě potřeby, také další rodinné příslušníky či blízké přátele,
- využívat služeb mateřských center a center pro rodinu, jako prevenci sociální izolace,
- v případě výskytu psychických potíží, se svěřit někomu blízkému, např. partnerovi,

mamince nebo blízké přítelkyni, hovořit o svých problémech,

- pokud psychické obtíže trvají delší dobu nebo nabývají na intenzitě, nebát se vyhledat odbornou pomoc.

ZÁVĚR

Období po porodu je velice významná, ale zároveň náročná etapa v životě ženy. Narození potomka nemění život jen samotné ženě, ale také jejímu partnerovi a nejbližšímu okolí. Každá žena je jedinečná a má odlišnou úroveň psychické odolnosti vůči zátěži. Hlavní i dílčí cíle mé diplomové práce byly naplněny. Podařilo se mi zmapovat emocionální prožitky žen po porodu. Prostřednictvím deseti kazuistik jsem zjistila, jak ženy zvládají roli matky a také jsem odhalila nejčastější příčiny psychických potíží.

Vzhledem k zaměření práce jsem se v teoretické části podrobněji věnovala problematice emocí. Emoce hrají v období po porodu významnou roli. Dále jsem charakterizovala psychologické aspekty šestinedělí, psychiku ženy po porodu a také vliv bondingu na kojení. V neposlední řadě jsem popsala nejčastěji se vyskytující psychické změny a poruchy u žen po porodu. Ucelený přehled jsem doplnila kapitolami, které zkoumaly rizikové faktory, možnosti prevence a léčby psychických poruch.

V praktické části jsem se zabývala analýzou konkrétních případů. Výzkumný vzorek tvořilo deset žen, které jsou na mateřské nebo rodičovské dovolené a rodily nejdéle před půl rokem. Těchto deset kazuistik tvořilo 6 primipar a 4 multipary. Prostřednictvím deseti kazuistik jsem zmapovala náročnost poporodního období a různorodost psychického prožívání jednotlivých žen. S respondentkami jsem vedla polostrukturovaný rozhovor, jehož součástí byl také dotazník Edinburské škály postnatální deprese EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale).

Analyzováním a porovnáváním získaných informací jsem došla k několika zjištěním. Zdá se, že hlavním rizikovým faktorem pro případný výskyt psychických potíží, jsou zdravotní potíže miminka a s tím související větší plačtivost dítěte. Psychické potíže po porodu byly u tří respondentek vyvolány vysokou mírou rizikovosti těhotenství a zdravotními komplikacemi v poporodním období. V jednom případě bylo hlavním spouštěčem vedení porodu císařským řezem. Nelze podceňovat ani necitlivé a neprofesionální chování ze strany zdravotnického personálu. S některou formou nevhodného chování se setkala téměř polovina respondentek. Podstatnou roli samozřejmě hrají také osobnostní faktory a míra psychické odolnosti každé matky. Mnohem častěji se negativní emoce vyskytovaly u primipar. S emocionální labilitou a negativními projevy u multipar jsem se setkala pouze v jednom případě. Tento jev, dle mého názoru, souvisí především se zkušenostmi s výchovou prvního dítěte a získáním určitého nadhledu

při řešení náročných situací. Téměř všechny respondentky, které jsem oslovila, nejvíce trápila sociální izolace během mateřské nebo rodičovské dovolené. Pouze jedna respondentka samotu vyhledávala a dobrovolně se od svého okolí separovala. V rámci mého výzkumu všechny ženy v poporodním období nejvíce oceňovaly pomoc a podporu ze strany svého partnera. Zjistila jsem, že nejčastější formou ochrany před psychickým strádáním jsou pravidelné kontakty s rodinou a přáteli, sportovní aktivity, ale také časný návrat do práce na částečný úvazek, například na jeden den v týdnu. V rámci dotazníku EPDS nebyla u žádné z rodiček zjištěna kritická hranice 20 bodů. Nejvyšší naměřená hodnota byla 13 bodů a nejnižší 1 bod.

Dle mého názoru hraje významnou roli v prevenci psychických potíží v poporodním období podpora partnera. Zásadní problém ale spatřuji v neznalosti rodiček o dalších možnostech prevence. Důležité je, aby si každá matka dokázala vážit sama sebe, naslouchat nejen potřebám miminka, ale také svým vlastním potřebám, znala své možnosti a limity. Žena by se neměla bát říci si o pomoc, třeba i širší rodině nebo blízkým přátelům. Přínos výsledných zjištění pro praxi spatřuji v jejich využití z pohledu odborníků, například zdravotníků, ale také laické veřejnosti, které mohou zvýšit informovanost o této problematice.

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: k výzkumné otázce č. 1	83
Graf č. 2: k výzkumné otázce č. 2	84
Graf č. 3: k výzkumné otázce č. 3	85
Graf č. 4: k výzkumné otázce č. 4	86
Graf č. 5: k výzkumné otázce č. 5	87
Graf č. 6: k výzkumné otázce č. 6	88
Graf č. 7: k výzkumné otázce č. 7	89
Graf č. 8: k výzkumné otázce č. 8	90

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: k výzkumné otázce č. 1	82
Tabulka č. 2: k výzkumné otázce č. 2	84
Tabulka č. 3: k výzkumné otázce č. 3	85
Tabulka č. 4: k výzkumné otázce č. 4	86
Tabulka č. 5: k výzkumné otázce č. 5	87
Tabulka č. 6: k výzkumné otázce č. 6	88
Tabulka č. 7: k výzkumné otázce č. 7	89
Tabulka č. 8: k výzkumné otázce č. 8	90

SEZNAM ODBORNÝCH ZDROJŮ

- ARRIVÉ, Jean-Yves. *Umění prožívat emoce*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178828-7.
- ATKINSONOVÁ, Rita et al. *Psychologie*. Praha: Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-85605-35-X.
- ATKINSONOVÁ, Sue. *Jak zdotat skálu jménem deprese*. Praha: Albatros, 2005. ISBN 80-00-01544-7.
- BARTOŠÍKOVÁ, Ivanka et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. ISBN 80-7013-288-4.
- BECK, Aaron. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-032-1.
- COMBY, Bruno. *Stres pod kontrolou*. Praha: X-Egem, Nova, s.r.o., 1997. ISBN 80-7199-024-8.
- DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. Olomouc: Epava, 2000. ISBN 80-86297-05-5.
- ELLIS, Albert. *Trénink emocí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-646-2.
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
- GULOVÁ, Lenka a Radim ŠÍP. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4368-4.
- GEISEL, Elisabeth. *Slzy po porodu. Jak překonat depresivní nálady*. Praha: One Woman Press, 2004. ISBN 80-86356-32-9.
- GEISSELHART, Roland a Christiane HOFMANN-BURKART. *Zvítězte nad stresem*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1518-X.
- GURRENTZ, Sheryl. *Maminkou spokojeně a beze stresu*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-679-9.

- HÁJEK, Zdeněk et al. *Porodnictví*. 3. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7040-2.
- HERMAN, Erik a Pavel DOUBEK. *Deprese a stres*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-157-8.
- HILL, Grahame. *Moderní psychologie*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-641-1.
- HONZÁK, Radkin. *Deprese. Depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-85824-95-7.
- HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad, 2015. ISBN 978-80-7429-552-2.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
- IRMIŠ, Felix. *Nauč se zvládat stres*. Praha: Alternativa, 1996. ISBN 80-85993-02-3.
- JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s., 2006. ISBN 80-86991-74-1.
- JUŘÍČKOVÁ, Věra. *Úvod do psychologické teorie*. Opava: Optys, 2009. ISBN 978-80-85819-75-5.
- KERN, Hans et al. *Přehled psychologie*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-426-5.
- KOHOUTEK, Rudolf. *Základy psychologie osobnosti*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, s.r.o., 2000. ISBN 80-7204-156-8.
- KOHOUTEK, Rudolf et al. *Základy sociální psychologie*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, s.r.o., 1998. ISBN 80-7204-064-2.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- KUKUMBERG, Peter a Igor ULČ et al. *Panická porucha*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2001. ISBN 80-85912-14-7.

- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
- LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-06687.
- MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
- MAREŠ, Jiří. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3007-3.
- MARKSOVÁ-TOMINOVÁ, Michaela. *Rodina a práce – jak je sladit a nezbláznit se*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-615-5.
- MATĚJČEK, Zdeněk a Josef LANGMEIER. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama, 1986. ISBN 11-060-86.
- MELGOSA, Julián. *Zvládni svůj stres!* Praha: Advent-Orion s.r.o., 1997. ISBN 80-7172-240-5.
- MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství a porod*. Brno: Computer Press, 2004. ISBN 978-80-251-1676-0.
- MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství, porod a šestinedělí*. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1470-4.
- MONTOUSSÉ, Marc a Gilles RENOARD. *Přehled sociologie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-976-3.
- MROWETZ, M., CHRASTILOVÁ, G., ANTALOVÁ, I. *Bonding – porodní radost*. Praha: DharmaGaia, 2011. ISBN 978-80-7436-014-5.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Emoce*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-614-2.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0625-7.

- NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1996. ISBN 80-200-0592-7.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0628-1.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie téměř pro každého*. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1198-6.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie osobnosti*. Praha: MANAGEMENT PRESS, 1993. ISBN 80-85603-34-9.
- NICOLSON, Paula. *Poporodní deprese*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-938-1.
- NORTHRUPOVÁ, Christiane. *Zdravá žena od prvního početí po stáří*. Praha: Columbus, 2003. ISBN 978-80-7249-250-3.
- O'REILLY, Andrea. *Twenty-first century motherhood: experience, identity, policy, agency*. New York: Columbia University Press, 2010. ISBN 978 023 152 0478.
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ et al. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.
- PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2008. ISBN 978-80-200-1499-3.
- PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-334-0.
- PRAŠKO J., PRAŠKOVÁ H., PRAŠKOVÁ J. *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0.
- PRAŠKO, Ján. *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-446-0.
- PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0068-9.

- PRAŠKO, Ján et al. *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-002-4.
- PRAŠKO, Ján et al. *Stop traumatickým vzpomínkám*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-811-2.
- RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. 3.vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-423-3.
- RADIMSKÝ, Marek. *Psychiatrie II*. 2.přepřac.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 8070133503.
- RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
- RHEINWALDOVÁ, Eva. *Dejte sbohem distresu*. Praha: Scarabeus, 1995. ISBN 80-85901-07-2.
- ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
- ROZSYPALOVÁ M., ČECHOVÁ V., MELLANOVÁ A. *Psychologie a pedagogika I*. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-014-8.
- SCHREIBER, Vratislav. *Lidský stres*. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0240-5.
- SCHULZE, Ralf a Richard ROBERTS. *Emoční inteligence*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-229-4.
- SKUTILOVÁ, Vladana. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5469-7.
- STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství přirozený porod*. Praha: One Woman Press, 2001. ISBN 80-86356-04-3.
- STUHLÍKOVÁ, Iva. *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-553-9.

SUCHÝ, Jiří a Pavel NÁHLOVSKÝ. *Pozitivní emoce*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4375-2.

ŠMOLKA, Petr. *Jak přežít mateřskou*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3083-7.

ŠULCOVÁ, Lenka. *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1820-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

VINAY, Joshi. *Stres a zdraví*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-211-9.

WAGNER, Ramona. *EFT – svoboda emocí*. Olomouc: ANAG, spol. s.r.o., 2008. ISBN 978-80-7263-456-9.

WEIGERT, Vivian. *Všechno o kojení*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-071-2.

WESTALL, Carolyn and Pranee LIAMPUTTONG. *Motherhood and Postnatal depression. Narratives of Women and Their Partners*. Springer Dordrecht Heidelberg London New York, 2011. ISBN 978-94-007-1693-3.

PŘÍSPĚVKY V ČASOPISECH

BERGMAN, N.J., FINLEY, L.L., FAWCUS, S.R. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200 to 2199 gram newborns. Stockholm: *ACTA PEDIATRICA*, issue 6, sv.93, 2004, str. 725-863. ISSN 0803-5253.

CHVÁLA, Vladislav. Psychosomatická gynekologie a sexuologie. *Časopis PSYCHOSOM*, č.2, ročník IV/2006. ISSN 1214-6102.

IZÁKOVÁ, Lubomíra et al. Výskyt depresivních příznaků v poporodním období. *PSYCHIATRIE PRO PRAXI*, roč. 14/2013, str. - 26-29. ISSN 1213-0508.

LÍBALOVÁ, Zuzana a Pavel ČEPICKÝ. Poporodní blues. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*. Roč. 19/2009, č. 3, str. - 14-15. ISSN 1212-6152.

MROWETZ, Michaela a Marcela PEREMSKÁ. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma-chiméra, či realita budoucnosti? *PEDIATRIE PRO PRAXI*. 2013/3. ISSN 1213-0494.

PRAŠKO, Ján. Psychoterapie poporodních depresí. *PSYCHIATRIE*, 2002, roč. 6, č. 2, str. - 41-46. ISSN 1212-6845.

SEIFERTO VÁ, Dagmar. Psychické poruchy v těhotenství. *MODERNÍ GYNEKOLOGIE A PORODNICTVÍ*. Časopis pro celoživotní vzdělávání lékařů, 09/2012, vol.21, č.3. ISSN 1211-1058, ISBN 978-80-87070-67-3.

INTERNETOVÉ ZDROJE

BÍLEK, Jiří. 2014. Tři články na téma "Těhotenství a akupunkturní praxe". In: *časopis Ženšen – Časopis Komory Tradiční čínské medicíny* [online].[cit. 2017-02-10]. Dostupné z: <http://www.aromaterapie.cz/tri-clanky-na-tema-tehotenstvi-a-akupunktur-ni-praxe/>

ČERNÝ, Michal. 2017. Čínská akupunktura: Zajímavosti z praxe. In: *VTM E15, CN Invest a.s.* [online].[cit. 2017-02-10]. Dostupné z: <http://vtm.e15.cz/cinska-akupunktura-zajimavosti-z-praxe>

HOLÁSKOVÁ, Kamila. 2004. Sociální status ženy – rodičky v české porodnici. In: *Sborník referátů z 12. celostátního kongresu k sexuální výchově, Pardubice 2004* [online]. [cit. 2017-02-05]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006010628>

KORÁBOVÁ, Iva a Zuzana MASOPUSTOVÁ. 2016. Posttraumatická stresová porucha po porodu. In: *časopisy ČLS JEP* [online].[cit. 2017-01-28]. Dostupné z: www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/psttraumaticka-stresova-porucha-po-porodu-57624

MROWETZ, Michaela. 2010. Stresová porucha jako následek porodu. In: *Moje Betynka* [online].[cit. 2017-02-10]. Dostupné z: <http://mojebetynka.maminka.cz/clanek/stresova-porucha-jako-nasledek-porodu>

POLÁCH, Ladislav. 2015. Poruchy emocí. In: *U psychiatra.cz* [online].[cit. 2017-01-20]. Dostupné z: www.upsychiatra.cz/poruchy-emoci/

PRAŠKO, Ján. 2002. Psychoterapie poporodních depresí. In: *Psychiatrie* [online]. [cit. 2017-02-05]. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2002/suppl_02/09_suppl_2002_02.pdf

TOMIS, Zdenka. 2013. Mám dítě, můj život končí: Jak poznat poporodní depresi. In: *Magazín Žena.cz* [online].[cit. 2017-02-05]. Dostupné z: <https://www.zena.cz/vztahy/mam-dite-muj-zivot-konci-jak-poznat-poporodni-depresi/r~i:article:772564/?redirected=1486494766>

WEIER, Kira a Margaret BEAL. 2004, roč. 49, č.2. Complementary Therapies as Adjuncts in the Treatment of Postpartum Depression. *Journal of Midwifery & Women's Health* [online].[cit. 2017-02-15]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jmwh.2003.12.013/pdf>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 – Tabulka stresujících životních událostí a body

Příloha č.2 – Edinburská škála postnatální deprese

Příloha č.3 – Metody relaxace

Příloha č. 4 – Otázky pro polostrukturovaný rozhovor

PŘÍLOHY

Příloha č.1 – Tabulka stresujících životních událostí a body

1. Úmrtí životního partnera	100
2. Rozvod	73
3. Rozchod s manželským partnerem	65
4. Uvěznění	63
5. Úmrtí člena rodiny	63
6. Vážný úraz nebo onemocnění	53
7. Sňatek	50
8. Propuštění ze zaměstnání	47
9. Usmíření s manželským partnerem	45
10. Odchod do důchodu	45
11. Závažná změna zdravotního stavu člena rodiny	44
12. Těhotenství	40
13. Sexuální obtíže	39
14. Nový člen v rodině-dítě, přistěhování starého příbuzného	39
15. Závažné změny v zaměstnání	39
16. Větší změny finančního stavu (zlepšení i zhoršení)	38
17. Úmrtí blízkého přítele	37
18. Přejít na jinou práci	38
19. Závažné neshody s partnerem	35
20. Větší půjčka (na dům, byt aj.)	31
21. Vypovězení půjčky	30
22. Změna odpovědnosti v zaměstnání	29
23. Odchod dcery nebo syna z domu	29
24. Problémy s tchýní nebo tchánem	28
25. Významný osobní úspěch	26
26. Manžel nebo manželka začala nebo přestala chodit do zaměstnání	26
27. Začátek nebo ukončení školy	26
28. Větší změna životních podmínek	

(adaptace nebo zhoršení bydlení, výstavba domu)	25
29. Změna osobních návyků, nová přátelství aj.	24
30. Konflikty s nadřízenými	23
31. Podstatné změny pracovních podmínek nebo pracovní doby	20
32. Změna bydliště	20
33. Kvalifikační zkouška ve škole nebo zaměstnání	20
34. Změna obvyklého způsobu rekreace	19
35. Podstatná změna v náboženských aktivitách	19
36. Zásadní změna ve společenském uplatnění	18
37. Změna spánkových návyků (více či méně spánku)	16
38. Změna návyků v jídle	15
39. Dovolena	13
40. Dopravní přešůpek a pokuta	11

(Irmiš, 1996, str. 13-14).

Příloha č. 2 – Edinburská škála postnatální deprese

Vaše pocity v minulém týdnu:

1. Byla jsem schopná se smát a vidět věci i z veselé stránky

- stejně jako dříve (0 bodů)
- ne tak často jako dříve (1 bod)
- rozhodně ne tak často jako dříve (2 body)
- vůbec ne (3 body)

2. S radostí jsem se těšila na příští věci

- stejně jako dříve (0)
- poněkud méně než dříve (1)
- rozhodně méně než dříve (2)
- vůbec ne (3)

3. Zbytečně jsem si vyčítala, když se něco nedařilo

- ano, většinou (3)
- ano, někdy (2)
- ne moc často (1)
- ne, nikdy (0)

4. Cítila jsem úzkost nebo jsem měla strach bez přiměřeného důvodu

- ano, hodně (3)
- ano, někdy (2)
- ne, moc ne (1)
- ne, vůbec ne (0)

5. Měla jsem strach nebo pocit paniky bez přiměřeného důvodu

- ano, hodně (3)

- ano, někdy (2)
- ne, moc ne (1)
- ne, nikdy (0)

6. Věci mi přerůstaly přes hlavu a nestačila jsem na ně

- ano, většinou (3)
- ano, někdy (2)
- zcela vyjímečně (1)
- ne, vůbec ne (0)

7. Byla jsem tak nešťastná, že jsem měla potíže se spánkem

- ano, většinou (3)
- někdy (2)
- ne moc často (1)
- ne, vůbec ne (0)

8. Bylo mi smutno nebo mizerně

- ano, většinou (3)
- ano, dost často (2)
- ne moc často (1)
- ne, vůbec ne (0)

9. Byla jsem tak nešťastná, že jsem plakala

- ano, většinou (3)
- ano, dost často (2)
- jen zřídka (1)
- ne, nikdy (0)

10. Napadaly mě myšlenky, že si něco udělám

- ano, dost často (3)
- někdy (2)

- sotvakdy (1)
- nikdy (0)

Hodnocení: nejzávažnější intenzita položky je hodnocena třemi body, chybění příznaků 0 body, mezipolohy 1 a 2 body. Kritická hranice je 20 dosažených bodů (Honzák, 1999, str. 52-53).

Příloha č.3 – Metody relaxace

Meditace

Meditace právem patří mezi relaxační metody. Dnešní techniky jako například opakování některých slov jsou odvozeny z původních náboženských meditativních forem, především budhistických a křesťanských. Slova jako například „a – m – o“ se nepřetržitě opakují 15 až 20 minut, tak že se na každý dech pomalu řekne jednou. Jedinec se musí soustředit na pomalé vyslovování slova a nemá prostor přemýšlet nad věcmi, které ho trápí a může si od nich odpočinout (Křivohlavý, 2001, str. 89).

Imaginace

Imaginace je technika, kterou jedinec dobře zná z dob svého dětství. Téměř každé dítě si samo sebe představovalo v zajímavých situacích, pohádkách, výletech apod. Představivost a obrazotvornost je pro dětský věk typická, v dospělosti již bývá méně spontánní a také méně často využívaná. Řízené imaginaci se však může naučit každý. Stres negativně ovlivňuje schopnost imaginace, představy bývají nepříjemné a vyjadřují skryté obavy a nevyřešené úkoly. Nácvik imaginace by měl začínat zrakovými představami jednoduchých předmětů, postupně se jedinec musí soustředit na čím dál větší detaily. Další fází jsou představy osob, scénérií, až se postupně dají představy do pohybu a vnitřním zrakem je jedinec schopen prožívat „vnitřní film“. Později je možno zapojovat další smysly, jako je chuť, čich nebo hmat (Praško, Prašková, 2003, str. 156).

Progresivní relaxace

Nácvik tohoto typu relaxace pomůže jedinci rozlišovat mezi napjatými a uvolněnými svaly. Úkolem je postupně procházet jednotlivé svalové skupiny, které jedinec střídavě napíná a uvolňuje. Doporučuje se cvičit spíše vsedě. Napětí a uvolňování se musí nacvičovat ve správném pořadí a správném rytmu. Napětí by mělo následovat na konci nádechu a uvolnění společně s výdechem. Svaly je potřeba udržet v napětí alespoň pět vteřin a uvolnit je na deset vteřin. Relaxující by se měl soustředit především na pocit, který doprovází uvolnění. Těhotné ženy by měly vynechávat oblast

břicha, stehen a hýždí, kde by opakované zatínání svalů mohlo vyvolat zvýšení nitrobršního tlaku (Skutilová, 2016, str. 131).

Zkrácená progresivní relaxace

Cvičení je možné zkrátit tím, že se vynechá fáze napětí jednotlivých svalů a jsou systematicky postupně uvolňovány jednotlivé svalové skupiny. Jedinec by postupem času měl být schopen provádět cvičení kdykoliv během dne a v jakémkoliv prostředí. Díky tomu je možné se uvolnit i v běžných životních situacích. Během cvičení je třeba pravidelně a klidně dýchat. S každým výdechem jedinec cítí, jak se jeho tělo uvolňuje, postupně od čela, obočí, víček, tváří, jazyku až po celý obličej. Dále se přechází na krk, ramena, paže, až do konečků prstů. Uvolnění přechází také do oblasti břicha, hrudníku, zad, hýždí, stehen, kolen, lýtek, chodidel až opět ke konečkům prstů. S každým výdechem se jedinec více a více uvolňuje (Praško, Prašková, 2003, str.153-154).

Podmíněná relaxace

Po osvojení nácviku progresivní relaxace se postupně zkracuje doba potřebná k dosažení relaxace. Principem této relaxace je vytvoření podmíněného reflexu, při kterém je slovo „uvolnit“ spojeno s uvolněním celého těla. Jedinec se musí oprostit od všech myšlenek a soustředit se pouze na uvolnění a své dýchání. Dalším formou relaxace je rychlá relaxace, kdy se uvolnění dostaví v běžném nestresujícím prostředí již zhruba do půl minuty. Pokud se jedinec naučí relaxovat v příjemném prostředí, bez stresu, tak je možné začít s nácvikem relaxace i ve chvílích, kdy se necítí dobře. Podstata je stejná jako u rychlé relaxace, kdy se jedinec musí soustředit především na své dýchání a uvolňování svalů, především v oblasti ramen (Skutilová, 2016, str.133-134).

Nácvik kontrolovaného dýchání

Dech je jeden ze základů života. Pokud nedýcháme, tak nežijeme. Ve chvílích, kdy jedinec cítí silný stres, přebírá nad jeho tělem vládu sympatikus, dýchání je většinou zrychlené a povrchové a člověk vnímá subjektivní nedostatek kyslíku. Je dobré naučit se mít dech pod kontrolou. Nácvik kontrolovaného dýchání je dovednost, která

pomáhá jedincům snižovat pocit napětí v situacích, které jsou doprovázeny silnou úzkostí. Návčik začíná břišním dýcháním vleže s nataženými dolními končetinami a rukama podél těla. Jedinec dýchá normálně a klidně. Ruka by měla být položena na místě, které se během nádechu zvedá. Pokud dochází ke zvedání v oblasti hrudníku, nejsou plíce dostatečně využívány, pokud v oblasti břicha, jedinec dýchá správně. Pomoci si může jedinec úmyslným vystrčením břicha při vdechu a krátkým zatlačením do ruky. Této technice se říká přirozené dýchání. Hluboké dýchání je rozvinutím tohoto procesu, kdy jedna ruka by měla být na hrudníku a druhá na žaludku. Při nádechu se naplňuje nejdříve spodní část plic a potom teprve horní část. Při výdechu se vydechuje nejdříve horní část plic a až poté dolní část plic. Dýchání zpočátku působí nepřirozené, ale s postupným a pravidelným návčikem se stává více a více automatické. Pro dosažení optimálních výsledků je třeba cvičit několikrát denně (Petr, Marková a kol., 2014; Skutilová, 2016).

Příloha č. 4 – Otázky pro polostrukturovaný rozhovor

1. Jste primipara nebo multipara? (Jedná se o první dítě nebo druhé, třetí, apod.?)
2. Bylo těhotenství plánované nebo neplánované?
3. Těhotenství bylo chtěné nebo nechtěné? (Myšleno i ze strany širšího okolí.)
4. Jaký byl vztah otce k těhotenství?
5. Jaký byl vztah širší rodiny k těhotenství?
6. Bylo těhotenství rizikové nebo nerizikové?
7. Jaký byl průběh porodu?

- délka a typ porodu
- podle čeho výběr porodnice
- otec u porodu, dula, nebo někdo jiný,...
- porodní plán
- nástřih hráze, klystýr, holení, apod...

Měla jste k něčemu výhrady?

8. Jaký byl průběh šestinedělí?
 - fyzické vyčerpání
 - psychické vyčerpání
 - problémy s posazením, s vyprazdňováním, apod.
 - kojení (vaše pocity během kojení, výskyt potíží, apod....)
9. Jaké bylo chování personálu?
10. Jaká byla délka hospitalizace a vyskytly se v průběhu nějaké komplikace?
11. Jaké emoce jste zažívala po příchodu z porodnice?
 - zvládání hygieny, sebezpečí,...
 - vycházky ven během šestinedělí
 - častější hádky s partnerem nebo rodinou
 - sebevražedné sklony

Jak dlouho případné negativní pocity přetrvávaly?

12. Byly problémy s ukonejšěním novorozence? Pomáhalo něco?
13. Zaznamenala jste jiné problémy, které byste byli nuceni řešit po narození miminka? Například problémy ve vztahu? Sexuální potíže? Finanční a existenční problémy? Apod.