

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravovědy

Prožívání poporodní deprese
Experiencing postnatal depression

Diplomová práce

Kombinované navazující magisterské studium oboru
Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Autor: Bc. Jitka Sidorová

Vedoucí práce: PhDr. Marie Dlabačová, Dis.

OLOMOUC 2011

Prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní všechnu literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne 5. dubna 2011

.....

Děkuji vedoucí práce PhDr. Marii Dlabačové, Dis. za pomoc, odborné vedení, cenné rady, pochopení a trpělivost, které mi poskytla při psaní magisterské diplomové práce.

Dále chci poděkovat všem zúčastněným maminkám za ochotu a spolupráci při výzkumu a mým nejbližším za trpělivost, pomoc a lásku, kterou mě podporovali v průběhu celého studia. Avšak největší vděk patří Tomu, který je nad vším.

OBSAH

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 KRÁSA ŽENSKOSTI	8
2 MENSTRUACE	10
2.1 Menstruační cyklus jako zdroj ženské síly	10
2.2 Menstruační cyklus z odborného hlediska gynekologie	12
2.3 Poruchy menstruačního cyklu.....	16
2.3.1 Premenstruační syndrom a jeho vznik z pohledu psychologie	17
2.3.2 Premenstruační syndrom z hlediska gynekologie	18
2.3.3 Menstruační bolesti z pohledu psychologie	19
2.3.4 Menstruační bolesti z pohledu gynekologie.....	19
2.3.5 Silné menstruační krvácení z pohledu psychologie.....	20
2.3.6 Silné menstruační krvácení z gynekologického hlediska.....	21
3 TĚHOTENSTVÍ A JEHO PSYCHICKÉ PROŽÍVÁNÍ	22
3.1 Prenatální komunikace – když procítá duše	22
3.2 První trimestr	23
3.2.1 Partnerský vztah a prožívání těhotenství u mužů.....	25
3.3 Druhý trimestr	27
3.3.1 Psychika ženy ve druhém trimestru těhotenství	28
3.3.2 Partnerství a sexualita během těhotenství	29
3.4 Třetí trimestr	31
3.4.1 Psychika ženy ve třetím trimestru těhotenství:	31
4 POROD	33
4.1 Přirozený porod	33
4.2 Psychologie porodu	34
4.2.1 Psychologie porodu dle Stanislava Grofa.....	36
4.3 Mateřství – vytváření pouta s dítětem.....	38
4.3.1 Bonding	39
5 ŠESTINEDĚLÍ	41
5.1 Fyziologické šestinedělí.....	41
5.2 Kojení z pohledu psychologie	43
6 PSYCHICKÉ ZMĚNY PO PORODU	45

6.1 Baby blues.....	46
6.2 Poporodní deprese (PPD)	46
6.2.1 Možné příčiny vzniku PPD z pohledu psychologie	47
6.2.2 Rizikové faktory pro vznik PPD z odborného hlediska porodnictví.....	51
6.2.3 Léčba poporodní deprese	51
6.3 Poporodní psychóza.....	54
EMPIRICKÁ ČÁST	57
7 VÝZKUM	57
7.1 Cíle výzkumu	57
7.2 Výzkumné otázky	58
7.3 Metoda výzkumu	58
7.4 Použité metody.....	59
7.5 Výzkumný vzorek	64
7.6 Sběr dat.....	65
8 ANALYTICKÁ ČÁST	67
9 VÝSLEDKY PRÁCE	86
ZÁVĚR.....	90
SOUHRN.....	92
SEZNAM LITERATURY	94
SEZNAM PŘÍLOH	98

ÚVOD

*Člověk má v srdci místa, o nichž mnohdy nemá ani potuchy.
Teprve až se zaplní bolestí, dozví se o jejich existenci.*

(Leon Bloy)

V diplomové práci se pokusím odhalit a přiblížit dva rozdílné způsoby vnímání důležitých období v životě každé ženy. Práce nabízí mimo jiné i myšlenky pramenící ze dvou hledisek – z psychologického a medicínského.

Žena ve svém vývoji prochází řadou změn, které ovlivňují její vnitřní svět, emocionální, ale i fyzické zdraví. K těmto významným obdobím patří první menstruace, těhotenství, porod, období šestinedělí a klimakterium. V tradičních společnostech jsou mezníky ženského života provázeny řadou rituálů, které pomáhají ženě přijmout novou životní roli. V naší západní společnosti rituály chybí a častěji se vyskytují nemoci, poruchy a potíže vztahující se k těmto přelomovým obdobím v životě ženy.

Každá lidská bytost prožívá lásku, ať už partnerskou, sourozeneckou, rodičovskou, nebo mateřskou. Avšak v životě přijdou chvíle, kdy lásku nedokážeme projevit a nechat ji plynout k bytostem, které milujeme. Příčinou této blokace bývá často vnitřní bolest, strach, neodpuštění nebo velké zranění. Právě takovou blokaci prožívají ženy, které po porodu nedokážou navázat vztah s vlastním dítětem. Pociťují strach, obavy, bojí se dítěte dotýkat, mají dojem, že jim je cizí, na povrch vyplouvají pocity méněcennosti, zoufalství a neschopnosti postarat se o malého tvorečka, kterému darovali život. Toto jsou jen některé z příznaků poporodní deprese, která je hlavním tématem této diplomové práce.

Málo kdo z nás si dovede představit, co se odehrává v nitru žen, které prožívají poporodní depresi. Mnohé těhotné maminky ani netuší, že něco takového existuje, a jakmile se začnou objevovat první symptomy, ženy propadají panice a ztrácí pevnou půdu pod nohama.

Cílem mé práce je pokusit se nahlédnout do vnitřního světa postižených žen a nebát se otevřeně informovat o hrůzách, které zasahují do nejcitlivějších míst ženských srdcí. Maminky trpící poporodní depresí potřebují pomoc, aby dokázaly vyslovit nevyslovitelné myšlenky, které jim zabíjejí duši a zraňují mateřské srdce.

Problémy matek by neměly být brány na lehkou váhu a společnost by jim měla věnovat dostatečnou pozornost a úctu. Každou matku je potřeba chránit, protože je dárkyní života a ochránkyní lidstva. Když umře srdce ženy, umře něžná náruč a láska světa.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KRÁSA ŽENSKOSTI

Po celá staletí byla ženskost považována za něco tajemného a nepochopitelného a byla ztotožňována s hlubinami podvědomí. K vystižení ženskosti jen slova nestačí. Ženská duše je jako kouzelná nádoba, která je zevnitř větší a objemnější, než by se navenek zdálo. Má v sobě poklady a zázraky, hrůzy a strašidla, touhy a vášně. Mnoho z nás se nepodívá dovnitř, protože se bojíme, co bychom tam našly a co bychom na to asi řekly. Ty, které dovnitř nakoukly, si brzo uvědomí, že je očekává celoživotní zkoumání.¹

Naše vnitřní vedení nás dokáže nasměrovat k tomu, co nás v životě nejvíce naplňuje a obohacuje. Život podle vnitřní navigace spočívá v tom, že poznáme, jak správně žít prostřednictvím všech složek našeho já: myslí, těla, emocí a ducha. Mysl a tělo jsou těsně propojeny prostřednictvím imunitního, endokrinního a centrálního nervového systému. Výzkum týkající se našeho těla a myslí potvrzuje, co už dávno znají tradiční léčebné metody, a sice že tělo a mysl jsou jedno. Není žádná choroba, která by nepostihovala mentální, emocionální a zároveň i fyzickou složku.²

Ženská psychika je velmi intimně spojená s měsíčním hormonálním cyklem. Hormony řídí psychosociální dění a také mají vliv na emocionální a psychologický stav ženy. Hormonální nerovnováha může způsobit vedle nesčetných zdravotních problémů také podkopání sebedůvěry, kreativity, duševního a sexuálního zdraví.³

Pokud se zkombinuje lékařská věda s moudrostí ženských srdcí a myslí, je dostatečně silnou medicínou v oblasti léčby ženských onemocnění. Věda, která se zaměřuje na spojení mezi myslí a tělem, neboli psychoneuroimunologie, se snaží objasnit, jak náš život ovlivňuje naše tělo. Psychoneuroimunologie prokazuje, že hormonální a neurologické pochody, k nimž v těle dochází, tvoří základní spojnicí

¹ Srov. *Daimon - hledání ženiny vášnivé duše*. Dostupné na: <http://bohyne.cz.tripod.com/id46.html>, otevřeno 12. 12. 2010.

² Srov. NORTHRUPOVÁ, Ch. *Žena - tělo a duše*. New York: Bantam Books, 1998, s. 34.

³ Srov. HANZLOVSKÝ, M. *Psychika ženy po porodu*. Dostupné na: <http://www.celostnimediceina.cz/psychika-zeny-po-porodu.htm>, otevřeno 19. 11. 2010.

mezi psychologickým, citovým traumatem a gynekologickými problémy, jimiž ženy trpí a o kterých se domníváme, že jsou fyzického rázu.⁴

⁴ Srov. NORTHRUPOVÁ, Ch. *Žena - tělo a duše*. New York: Bantam Books, 1998, s. 56.

2 MENSTRUACE

Menstruační cyklus i ženské tělo byly až do doby před zhruba pěti tisíci lety, kdy skončila evropská éra matriarchálních kultur, považovány za posvátné. Původní význam slova tabu byl „svatý“ a ženy, které menstruovaly, byly považovány za posvátné, nyní je některá společenství považují za nečisté. Tabu (jak je chápeme v dnešním slova smyslu) vztahující se k menstruačnímu cyklu je uplatňováno dodnes. Generacím žen bylo vtoukáno do hlavy, že v období menstruace jsou fyzicky zranitelnější – nemůžeme prý plavat, koupat se, nebo si mýt vlasy. Tyto představy vycházely z viktoriánské teorie, že plavání, koupaní či mytí vlasů může způsobit obracení toku menstruační krve, a to by vedlo k mrtvici či k propuknutí tuberkulózy.⁵

Máme-li se tedy znovu dobrat vlastní tělesné moudrosti a začít oceňovat cyklický charakter našich tělesných pochodů, musíme si uvědomit, že většina z nás si zvykla vnímat menstruační cyklus jako negativní záležitost. Mnohé z nás zažívají každý měsíc nepohodlí a bolest. Pubertu a první menstruaci vnímá mnoho dívek jako zahanbující a pokořující záležitost.⁶ Namísto toho, abychom oslavovaly cykly jako pozitivní aspekty života nás žen, naše kultura nás učí, že je nemáme dávat najevo.⁷

2.1 Menstruační cyklus jako zdroj ženské síly

Přerod dívky-dítěte v dívku-ženu je vždy zásadním mezníkem v životě každé ženy. K takovému přerodu by se mělo vždy přistupovat s respektem a citem. Je to velká změna, se kterou by měla přicházet i zodpovědnost, sebepoznání a objevení ženského těla a duše jako celku, tak aby každá dívka našla sebe sama a porozuměla si. Tuto změnu si každá žena nese někde uvnitř po celý svůj život, a tak i přistupuje později nejen ke svému tělu, ale i ke své duši, svému ženství, své podstatě. Menstruace je posvátným okamžikem.

„Menstruační cyklus je nejzákladnějším pozemským cyklem, který máme. Krev je naším spojením s archetypem ženy. Makroskopické cykly přírody, jako je příliv a odliv a změny ročních období, se v menším měřítku odrážejí

⁵ Srov. NORTHRUPOVÁ, Ch. *Žena - tělo a duše*. New York: Bantam Books, 1998, s. 131.

⁶ Tamtéž, s. 132.

⁷ Tamtéž, s. 133.

v menstruačním cyklu jednotlivých žen. I v moderní společnosti, kde jsme odříznuty od přírodních rytmů, se menstruační cyklus řídí lunárním kalendářem. Načasování menstruačního cyklu, plodnosti i porodu rovněž probíhá v návaznosti na příliv a odliv, které rovněž řídí měsíc.⁸ Nejvíce ženy svou menstruaci sledují v době, kdy chtějí nebo naopak nechtějí mít dítě. V mezidobí ji pak každá prožívá jinak. Není bez zajímavosti, že v semknutých ženských společenstvích ženy menstruuji najednou, zkrátka ve stejných dnech. V přírodních kulturách se pro tu příležitost i scházejí ve speciálních příbytcích, věnují pozornost jen samy sobě. Menstruace tak může být časem vnitřního zklidnění i jakéhosi znovuzrození.

„Menstruační cyklus řídí tok nejen tělních tekutin, ale také tok informací a kreativity. V různých fázích cyklu přijímáme a vydáváme informace rozdílným způsobem. Mnoho žen zjišťuje, že nejlépe vystupuje vůči vnějšímu světu právě ve fázi zrání vajíčka. Jsme entuziastické a plné nových myšlenek. Uprostřed cyklu v nás vrcholí sexuální touha a naše těla vysílají do vzduchu hormony, které souvisí s naší sexuální přitažlivostí vůči okolí. Při ovulaci je duševní a emocionální kreativita na vrcholu.“⁹ Některé ženy si třeba všimly, že čas dozrávání vajíčka, tedy doba před ovulací, jim přináší příliv celkové kreativity. Poté, není-li vajíčko oplodněno, přichází zase čas reflexe a hodnocení - mnoho žen mívá chuť provést ve svém životě potřebnou změnu. „V týdnech následujících po ovulaci dochází, pokud není vajíčko oplodněno, k přípravě na krvácení, je to čas hodnocení a reflexe, kdy se ohlížíme na to, co jsme vytvořili. Ohlížíme se taky na negativní a obtížné aspekty našich životů, které bychom potřebovali změnit.“¹⁰ Ženy mají období, kdy procházejí temnotou, kdy se zdá, že životní síla na okamžik vyprchala – premenstruační a menstruační fáze. Pokud tedy naše energie a dobrá nálada po několik dní v každém měsíci opadne, nemusíme mít obavy, že jsme nemocné. Naši přirozenou biologickou očistu doprovází i očista psychologická.

Pokud biologicky při ovulaci neotěhotníme, následuje druhá fáze cyklu tzv. luteální neboli sekreční fáze - od ovulace do začátku menstruace. V tomto období se obracíme více do vlastního nitra a připravujeme se na zrození čehosi, co

⁸ NORTHRUPOVÁ, Ch. *Žena - tělo a duše*. New York: Bantam Books, 1998, s. 122.

⁹ Tamtéž, s. 122.

¹⁰ Tamtéž, s. 123.

vychází přímo z našeho nitra. Společnost si toho necení tolik jako předchozí folikulární fáze.¹¹

Vzhledem k tomu, že naše kultura kladně hodnotí pouze racionální jednání, mnoho žen se snaží při každé příležitosti zabránit toku podvědomých informací, které k nám přicházejí před menstruací nebo v jejím průběhu. Informace k nám přichází v podobě snů, emocí a tužeb. Přicházejí pod rouškou temnoty. Pokud se stále bráníme těmto informacím, které k nám přicházejí v druhé části menstruačního cyklu, po čase se začnou projevovat například prostřednictvím premenstruačního syndromu (PMS), a to podle stejného principu, jakým se naše pocity a symptomy mění v nemoci, jestliže je ignorujeme. V době před menstruací je „závoj“ mezi viditelným a neviditelným a mezi vědomým a podvědomým nejtenčí. Máme přístup k částem svého podvědomého já, které je nám v jiných částech našeho menstruačního cyklu jinak skryto.¹²

„Četné studie Dr. Kateriny Daltonové prokázaly, že v premenstruálním období jsou ženy více emocionální, snáze podlehnou hněvu, projevují se u nich bolesti hlavy a závratě.“¹³ Ženy potřebují věřit tomu, že záležitosti, které se projeví v období před menstruací, jsou důležité. Třebaže naše tělo a mysl je neumějí projevit tak jasně jako v první fázi menstruačního cyklu (tedy v tzv. „lepších“ dnech), přesto se naše vnitřní moudrost dožaduje pozornosti pro tyto záležitosti.¹⁴

Existuje blízký vztah mezi psychikou ženy a funkcí jejích vaječnicků během menstruačního cyklu. Před ovulací býváme společenské a aktivní, během ovulace jsme velmi vstřícné vůči svému okolí, po ovulaci (tedy v premenstruální fázi) jsme uzavřenější a zamyšlenější.

2.2 Menstruační cyklus z odborného hlediska gynekologie

Hormony mají hlavní roli v časové posloupnosti dějů, které během menstruačního cyklu nastávají. „Ženskou rozmnožovací soustavu ovládají a řídí 4 hormony. FSH (folitropin) a LH (lutropin, luteinizační hormon) produkované v podvěsku mozkovém (hypofýza) a estrogen a progesteron produkované vaječníky. FSH a LH vyvolávají dozrávání folikulů a ovulaci. Dozrávající folikuly

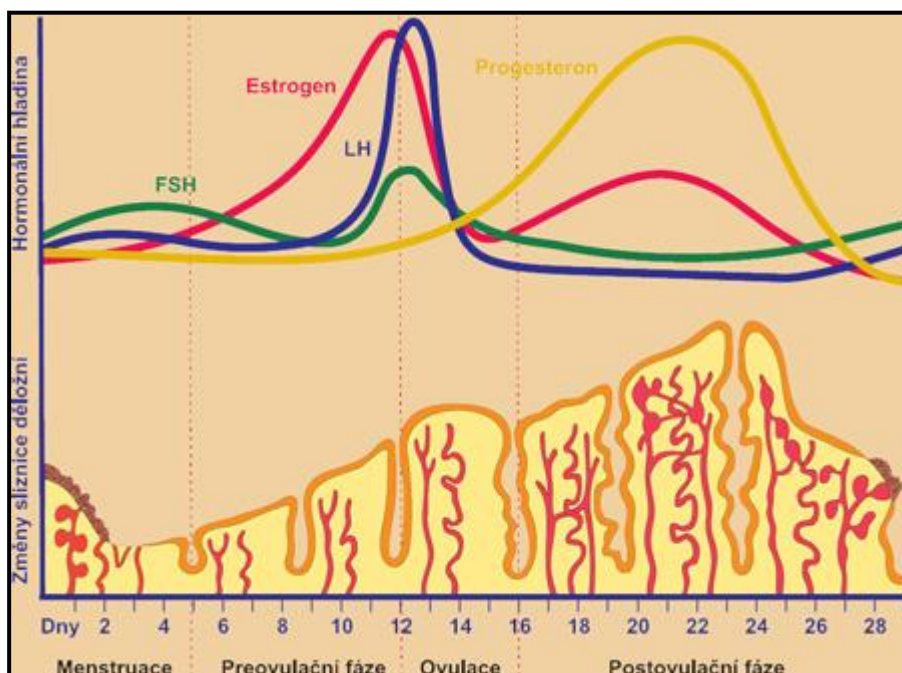
¹¹ Srov. NORTHRUPOVÁ, Ch. *Žena - tělo a duše*. New York: Bantam Books, 1998, s. 126.

¹² Tamtéž, s. 126-127.

¹³ NORTHRUPOVÁ, Ch. *Žena - tělo a duše*. New York: Bantam Books, 1998, s. 127.

¹⁴ Tamtéž, s. 127.

produkuje estrogen, který stimuluje zduření děložní sliznice a její výrazné prokrvení. Po prasknutí folikulu a uvolnění vajíčka je produkován progesteron.“¹⁵



Obr. 1. Hormonální hladina a změny na sliznici děložní

„K prvnímu děložnímu krvácení, menarche, dochází mezi 11. a 15. rokem života. Termín menarche je závislý na dědičných faktorech a může být posunut v důsledku endogenních a exogenních vlivů.“¹⁶ Pohlavní zralost u ženy trvá přibližně 35–40 let, ale její trvání podléhá značnému individuálnímu kolísání.

„U primátů se pohlavní cyklus nazývá menstruačním cyklem a jeho hlavním znakem je periodické krvácení způsobené odlučováním částí děložní mukózy (menstruace). Délka cyklu je nejčastěji 28 dnů.“¹⁷

Děložní cyklus

„Za začátek děložního cyklu považujeme první den menstruace. Na děložním těle podléhá bezprostřednímu vlivu ovariálních hormonů zejména endometrium, které

¹⁵ Srov. *Menstruační cyklus*. Dostupné na: <http://galenus.cz/rozmnozovani-menstruace.php>, otevřeno 5. 1. 2011.

¹⁶ MARTIUS, G., BRECKWOLDT, M. a PFLEIDERER, A. *Gynekologie a porodnictví*. Martin: Osveta, 1996, s. 343.

¹⁷ CITTERBART, K. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, s. 17.

se skládá ze dvou vrstev. Je to *pars functionalis* a *pars basalis*. Při menstruaci dochází k odlučování a vyplavování sliznice děložní.¹⁸

Pravidelnému 28dennímu cyklu odpovídá následující časové rozmezí jednotlivých fází děložního cyklu:

Proliferační fáze – začíná přibližně 5. den menstruačního cyklu. Projevuje se proliferací žlázek, stromatu, cév a povrchového epitelu. Ke konci proliferační fáze dosahuje endometrium výšky přibližně 3-5 mm.¹⁹

Sekreční fáze – začíná 15. den cyklu a končí 26. den cyklu. V tomto období se mění proliferační endometrium v sekreční a kolem 20. dne měří endometrium zhruba 7 mm.²⁰ „Ve stromatu se ukládají látky nutné pro výživu budoucího zárodku. Ve žlázkách se hromadí hlavně glykogen a žlásky se rozšiřují.“²¹

Ovulace – přibližně ve 12. dnu vrcholí produkce estrogenu a následně začíná významně klesat. „Ve stejném okamžiku se opětovně zvýší hladina FSH a zejména prudce narůstá produkce LH. Nárůst je tak rychlý (během jednoho dne se hladina LH zvýší téměř desetinásobně), že vyvolá prasknutí folikulu a uvolnění vajíčka. Hypofýza přestává produkovat LH i FSH, klesá významně produkce estrogenu a prasknutý folikul zahajuje produkci progesteronu. Protože hladina ostatních hormonů je na velmi nízké hodnotě, rychle narůstá vliv hormonu progesteronu, který ještě více stimuluje zduření děložní sliznice. V této době se ve stěně děložní sliznice aktivují buňky produkující živiny (sacharidy a tuky), aby mohlo být okamžitě vyživováno oplodněné vajíčko. Přibližně 22. den cyklu dosahuje tloušťka děložní sliznice maxima, asi 6 mm.“²²

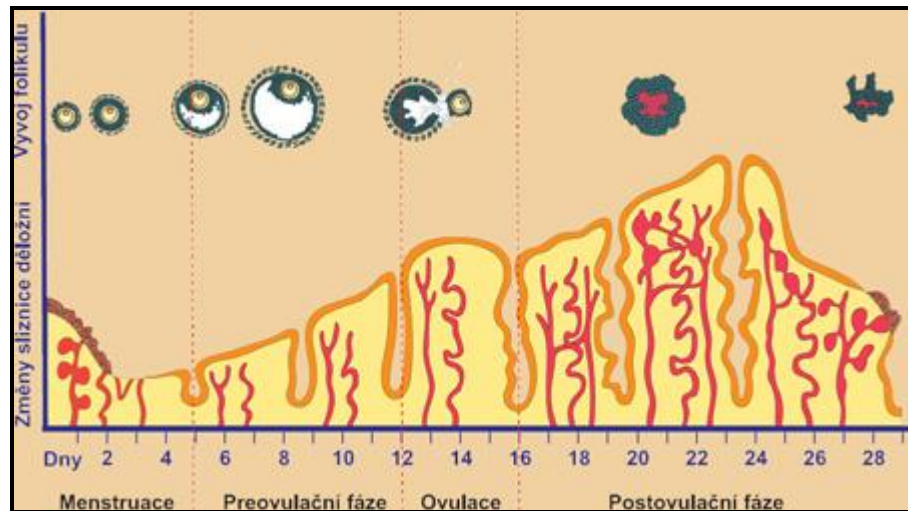
¹⁸ KUDELA, M. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, s. 25.

¹⁹ Srov. CITTERBART, K. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, s. 18.

²⁰ Tamtéž.

²¹ KUDELA, M. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, s. 25.

²² Srov. *Menstruační cyklus*. Dostupné na: <http://galenus.cz/rozmnozovani-menstruace.php>, otevřeno 5. 1. 2011.



Obr. 2. Vývoj folikulu a změny děložní sliznice

Pokud dojde k oplodnění vajíčka, dochází k významným změnám v jeho buněčné stěně. Tyto změny způsobí, že vnější stěna oplozeného vajíčka vypadá jinak, než neoplozeného. Navíc se vajíčko začíná ještě ve vejcovodu dělit a tak se ještě více zvyrazňují povrchové změny. V okamžiku doputování dělicího se vajíčka do dělohy (přibližně 5 až 6 dnů po ovulaci), dochází ke kontaktu s děložní sliznicí. Tato dokáže rozpoznat oplozené vajíčko, v dalším pohybu je zpomaluje a usnadňuje jeho zakotvení a zanoření se do zduřené sliznice (přibližně 6 dní po ovulaci). Naopak neoplozené vajíčko odpuzuje a tím jeho pohyb dělohou usnadňuje.²³

Kontakt vajíčka se sliznicí určuje další vývoj žlutého tělíska. „Pokud není vajíčko oplozené a nedojde k jeho zahnízdění, děložní sliznice nedává impuls žlutému tělísku a toto postupně snižuje svoji aktivitu (snižuje produkci progesteronu) až nakonec zaniká a začíná menstruační fáze cyklu. Tím se přestává uplatňovat vliv progesteronu na děložní sliznici, dochází k jejímu odlupování, a protože byla významně prokrvena, nastává i krvácení.“²⁴ Menstruační krev pak vyplavuje jak buňky děložní sliznice, tak i neoplozené vajíčko. Okamžikem začátku krvácení končí předchozí cyklus a začíná cyklus nový.

Menstruační fáze – se zánikem sekreční činnosti ovaria začínají degenerativní změny na endometriu. „Asi 26. den cyklu se začínají smršťovat

²³ Srov. *Menstruační cyklus*. Dostupné na: <http://galenus.cz/rozmnozovani-menstruace.php>, otevřeno 5. 1. 2011.

²⁴ Tamtéž.

*spirální arterioly endometria a vyvíjí se ischemická nekróza v pars functionalis. Spazmus arteriol se za několik hodin uvolní, ale stěna cév je natolik poškozena, že krev proniká do pars functionalis a do žlázek. Nekróza postihuje celou vrstvu endometria, která se odlučuje a odchází s krví z dělohy jako menstruační krvácení.*²⁵

2.3 Poruchy menstruačního cyklu

Závažné, ale i docela běžné a banální nemoci odrážejí s nesmírnou přesností a přesvědčivostí náš dominující životní způsob, chybné emoční naladění, neřešené konflikty, nevhodné způsoby jednání, nedostatky v kooperaci, komunikaci a integraci, neuspokojování či přehlížení nezbytných potřeb, chyby při plnění zásadních životních úkolů atd.

Většina nemoci zobrazuje psychicky chaos, nesoulad nebo neprostupnost. Některé nemoci svědčí o nepřesné, neúplné či zcela chybné sebereflexi. Vidíme-li sami sebe chybně a hodnotíme-li se neadekvátně, pak se také chybně zacilujeme, a proto býváme nemocní. Onemocníme také tehdy, když přerušíme, omezíme nebo ukončíme svůj psychický vývoj, vzdáme-li se prostředků vedoucích k sebevyladování nebo zásadních způsobů komunikace.²⁶ Chceme-li se z nemoci uzdravit, pak se musíme aktivně vpravit do nového, funkčnějšího a elastičtějšího řádu.

Čím ustrašenější, urputnější, zuřivější nebo nenávislnější je náš postoj vůči nemocem, čím zběsilejší je honba za zdravím, tím spolehlivěji se zjeví ta nemoc, která tento strach, urputnost, zběsilost či zuřivost zobrazuje. Nenávidíme-li svou nemoc, pak nemáme dost rádi sami sebe. Bojujeme-li s nenávisti proti své nemoci, pak útočíme na sobě. Šance na uzdravení bývá pak mizivá.

*„Tělo je mocným mudrcem, ale nemoc je neméně mocná a moudrá. Svou moudrost a racionalitu prosazuje v každodenním životě přesvědčivě, neomylně a tvrdošijně. Příznak nemoci utlumuje a odstraňuje psychickou nevytvarovanost ego už jen tím, že tuto nevytvarovanost v těle zobrazí a věrně paroduje. Čím je ego psychicky nezralejší, tím věrněji se v něm rodí a dozrávají nemoci.*²⁷

²⁵ CITTERBART, K. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, s. 18.

²⁶ Srov. NOVOTNÝ, P. *Filozofie nemocí*. Liberec: Dialog, 2009, s. 72.

²⁷ NOVOTNÝ, P. *Filozofie nemocí*. Liberec: Dialog, 2009, s. 47-48.

2.3.1 Premenstruální syndrom a jeho vznik z pohledu psychologie

Právě tato zdravotní porucha nás nutí přehodnotit dosavadní názory na menstruaci. Objevit příčiny, které premenstruální syndrom (PMS) způsobují, je velmi obtížné. Při přetrvávajících symptomech premenstruačního syndromu (navzdory klasické léčbě) je nutno hledat příčinu hlouběji. „V organizmu se může vyskytovat hluboká nevyváženost či špatná koordinace, kterou klasická léčba neodstraní. Jak prokázaly odborné studie, neřešené emocionální problémy mohou vyústit v narušení menstruačního cyklu i normálního hormonálního prostředí.“²⁸ Pokud se PMS nepřeruší, časem se jeho průběh zhoršuje. V raných stádiích se projevy PMS vyskytují pouze několik dní před menstruací, poté se příznaky objevují jeden až dva týdny před menstruací. Může se objevit taky nahromadění příznaků v době ovulace, po níž pak následuje týden bez symptomů, a opět týden před menstruací se příznaky vracejí. Nakonec už nelze rozlišit „dobré“ a „špatné“ dny a žena se může cítit jako by měla PMS neustále.

Příznaky premenstruálního syndromu:

Nadýmání, křeče v břiše, agresivita, úzkost, bolesti zad a hlavy, svědění a bolesti prsů, deprese, otoky, emocionální labilita, závratě, bušení srdce, sklon k přejídání.²⁹

Příčiny PMS

„Jsou multifaktoriální a je nutno k nim přistupovat holisticky. Při léčbě PMS je nutno vzít v úvahu účinky myšlení, emocí, výživy, světla, cvičení, vztahů, dědičnosti a traumat z dětství.“³⁰

Zde uvádíme jevy, které se podílejí na hormonálních změnách v organizmu.

Faktory vyvolávající PMS:

- počátek menstruace nebo období před menopauzou,
- vysazení antikoncepce,
- amenorea,
- porod nebo přerušování těhotenství,

²⁸ NORTHRUPOVÁ, Ch. *Žena - tělo a duše*. New York: Bantam Books, 1998, s. 145.

²⁹ Srov. tamtéž, s. 149.

³⁰ Tamtéž, s. 147.

- těhotenská gestóza,
- mimořádné trauma, např. v rodině,
- nedostatek denního světla.

Faktory přispívající k rozvoji PMS související s výživou:

- vysoká spotřeba mléčných výrobků,
- nadměrná spotřeba kofeinu,
- nadměrná konzumace cukru a nedostatek zbytkových potravin,
- nadměrná tělesná hmotnost,
- nízká hladina vitamínu C, E a selenu,
- nedostatek magnézia.

„Mnoho žen trpících PMS si všimlo, že jejich příznaky se zhoršují na podzim, kdy jsou dny kratší. Světlo je pro tělo nezbytné. Když zasáhne sítnici, přímo ovlivňuje nerovnováhu endokrinního systému prostřednictvím hypotalamu a šišinky mozkové. Podle odborné studie pacientky trpící PMS výrazně reagovaly na léčbu světlem. Když na ně večer dvě hodiny svítilo jasné světlo o plné spektrální šíři, podařilo se zamezit přírůstkům na váze, depresi, chuti na cukry, tendenci ke společenské izolaci, pocitu vyčerpání a podrážděnosti. Přirozené světlo a konzumace sacharidů zvyšují tvorbu serotoninu, který omezuje depresi.“³¹

2.3.2 Premenstruační syndrom z hlediska gynekologie

Obtíže označované jako premenstruační syndrom ustávají s nástupem prvního dne menstruace. *„Objevují se ve druhé polovině cyklu a postihují 40-80 % žen. Žena pociťuje příznaky vegetativně-psychické. Mezi nejčastější patří retence tekutin spojená s otoky, bolesti v zádech a v podbřišku, napětí a bolesti v prsou, bolesti hlavy až migrenoidního charakteru. Etiologie o premenstruačním syndromu částečně vysvětluje popsané příznaky, ale ani jedna teorie není všeobdobující. Terapie je proto symptomatická počínaje spazmoanalgetiky a diuretiky po agonisty dopaminu a aplikaci gestagenů.“³²* Psychickou nástavbu pomůže odstranit psychoterapie, úprava životního a pracovního prostředí.

³¹ NORTHRUPOVÁ, Ch. *Žena - tělo a duše*. New York: Bantam Books, 1998, s. 150.

³² CITTERBART, K. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, s. 73.

2.3.3 Menstruační bolesti z pohledu psychologie

Ukazuje se, že menstruační bolestivost je často spojena s vnitřním napětím, zejména u mladých dívek pod vlivem afektivní zátěže (např. strach ze sexuálního styku, obava z gravidity, nebo z pohlavního onemocnění). Vnitřní napětí často pramení z negativního postoje matky k menstruaci, což se přenáší na dceru. Problémová matka zápasící s přijetím ženské role prožívá menstruaci jako něco ponižujícího, nechtěného. Tyto negativní postoje se přenáší i na dceru, která následně prožívá rovněž bolestivou menstruací.³³

Až 60 % žen trpí bolestmi při menstruaci. Část z nich není schopna během menstruace jeden až dva dny pracovat kvůli úporným bolestem. Skutečnost, že v naší společnosti trpí tolik žen menstruačními bolestmi, je jasným důkazem, že ve vztahu k našemu tělu je něco v nepořádku. Můžeme to připsat jevu, že jsme ztratily kontakt s menstruační moudrostí.

Odborná psychologická a gynekologická literatura v padesátých letech 20. století se snažila dokázat, že menstruační křeče jsou hlavně psychického rázu, že žena není šťastná, protože je ženou, že je v nějakém konfliktu se svojí ženskou rolí, s očekáváními, která na ni společnost klade.

„Od konce sedmdesátých let 20. století se začaly objevovat vědecké studie, potvrzující, že ženy, které trpí bolestmi při menstruaci, mají v menstruační krvi vysokou hladinu prostaglandinu F2 alfa. Když se tento hormon v průběhu odlučování děložní sliznice dostane do krve, dělohu postihnou křeče, což vyvolává známé bolesti. Tak tedy přece jen nejsou menstruační bolesti v hlavě ale v děloze!“³⁴

2.3.4 Menstruační bolesti z pohledu gynekologie

Dysmenoreou označujeme syndrom charakteristický bolestmi v podbříšku a celkovými příznaky, které se objevují těsně před menstruací a mizí druhý až třetí den krvácení. Bolest může žena pociťovat jako tlak v podbříšku až po silné křeče vystřelující do dolních končetin. Bývá spojená s průjmem, s bolestmi hlavy, s nauzeou, se zvracením, s kolapsovými stavy. *„Mírnou formou dysmenorey trpí až 50% žen, častěji mladších a nerodivších. Dále můžeme dysmenoreu rozdělit na*

³³ Srov. KUČÍREK, J. *Psychosomatika a děti*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, s. 15.

³⁴ NORTHRUPOVÁ, Ch. *Žena - tělo a duše*. New York: Bantam Books, 1998, s. 139.

*primární, idiopatickou, funkční. Objevuje se po menarche s nástupem ovulačních cyklů a obvykle mizí po těhotenství ukončeném porodem.*³⁵

Etiologie:

- Mechanická – bere v úvahu obstrukci při ostré anteflexi nebo retroverzi dělohy;
- Nervová;
- Hormonální – blokáda ovulace.

Terapie:

K léčbě přistupujeme v případě, že dysmenorea ovlivňuje školní docházku či pracovní schopnost. *„Podáváme spazmoanalgetické směsi, zahájíme psychoterapii, doporučujeme fyzikální terapii. Často je úspěšná blokáda ovulace – hormonální antikoncepce. Léčbu je třeba zahájit 3 dny před začátkem potíží a pokračovat první 3 dny cyklu. Dysmenoreu považujeme za psychosomatickou poruchu, proto je nutné menstrujícím dívkám zvažovat úlevy ze školní docházky a postupovat zcela individuálně.*³⁶

Od primární dysmenorey je nutno odlišit sekundární – organickou, která se vyskytuje po 30. roce života ženy a má zpravidla organický charakter. *„Nejčastější příčinou je pánevní endometrióza s poruchami cyklu, s dyspareunií, tenezmy. Příčinu častokrát objasní laparoskopické vyšetření, které bývá i léčebným výkonem, zejména v počátečních stádiích nemoci.*³⁷

2.3.5 Silné menstruační krvácení z pohledu psychologie

Chronické silné menstruační krvácení může souviset také s trvalým stresem vyvolaným problémy ve vztazích, s penězi či ovládním ostatních lidí.

Na léčbu menorrhagie mají příznivý účinek nejrůznější metody, které mění elektromagnetické pole v těle a mohou odblokovat energii soustředěnou v malé pánvi. Řadíme sem akupunkturu, meditaci a masáže.³⁸

³⁵ CITTERBART, K. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, s. 73.

³⁶ Tamtéž.

³⁷ Tamtéž.

³⁸ Srov. NORTHRUPOVÁ, Ch. *Žena - tělo a duše*. New York: Bantam Books, 1998, s. 170.

2.3.6 Silné menstruační krvácení z gynekologického hlediska

Menorrhagia je silné krvácení trvající déle než 7 dní. Třeba vyloučit organickou příčinu. Menorrhagia vyskytující se při jinak pravidelném cyklu je krvácení mimo období menstruačního krvácení. Může být jako ovulační krvácení – příčinou je pokles hladiny estrogenů před ovulací. Trvá několik hodin až 2 dny a bývá doprovázeno bolestí. Předmenstruační nebo postmenstruační špinění se vyskytuje před nástupem menstruačního krvácení nebo po jeho skončení.

Příčinou mohou být organické změny nebo nedostatečnost žlutého tělíska.³⁹

³⁹ Srov. *Menstruační cyklus, poruchy menstruačního cyklu*. Dostupné na: <http://www.feminaplus.cz/mentsruacni-cyklus-poruchy-menstruacniho-cyklu> , otevřeno 15. 1. 2011.

3 TĚHOTENSTVÍ A JEHO PSYCHICKÉ PROŽÍVÁNÍ

Těhotenství je zázračný proces a měl by být časem, kdy se žena naladí na potřeby svého těla a dítěte s podporou všech svých blízkých. Je to malý zázrak. Během pouhých devíti měsíců vyroste z nepatrného množství buněk nový človíček. Těhotenství má ohromné důsledky pro matku i dítě. Lze ho využít i jako způsob, jak vyplnit prázdné místo v životě ženy, které nemůže vyplnit žádná jiná lidská bytost. Než však důvěrně poznáme jinou lidskou bytost, musíme nejdřív poznat samy sebe. Když přivedeme na svět dítě, abychom uspokojily nenaplněné potřeby dospělého, ponese dítě nespravedlivé a často škodlivé břímě nesplněných očekávání dospělých.



Obr. 3. Těhotná žena

3.1 *Prenatální komunikace – když procítá duše*

Každé dítě i to nejmenší je svébytná bytost. Musíme ho přijmout takové, jaké je, a nemůžeme si myslet, že ho můžeme v kterémkoliv období jeho vývoje přetvořit. Těhotenství je jen začátek – začátek nového života pro dítě, které vyrůstá v matčině těle, ale také nového života pro jeho rodiče. Přivést na svět dítě je jedním z posledních dobrodružství naší doby. Každé dítě dává dospělým příležitost se od něho mnoho naučit.⁴⁰

⁴⁰ TEUSEN, G., GOZE-HÄNEL, I. *Prenatální komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 7-8.

Za tělesný začátek prenatální komunikace můžeme považovat zhruba pátý měsíc těhotenství, kdy dítě začíná komunikovat s maminkou a okolím především pohyby, které těhotná maminka pociťuje. Avšak duševní a duchovní komunikace mezi matkou a dítětem nastává už mnohem dříve. Mnohé ženy uvádějí, že už záhy po oplodnění mají pocit, že „nejsou samy“. Na začátku těhotenství stojí v popředí komunikace založena na citech. Většina těhotných maminek na své děťátko láskyplně pomyslí a promlouvá k němu, ať už v duchu nebo nahlas.

Prenatální komunikace vytváří důvěru, podporuje vztah mezi budoucími rodiči, poskytuje posilu a zvyšuje citlivost. Rodiče navozují svému dítěti pocit, že je na tomto světě vítáno. Toto je základní kámen lásky a důvěry. Prenatální komunikace je rodinnou záležitostí. Nenarozené děťátko jejím prostřednictvím získává už od samého počátku v rodině své místo. Tato komunikace nabízí oběma rodičům možnost, aby se mezi nimi a děťátkem vytvořilo velmi pevné pouto, takže nezůstává prostor pro pocity závidosti či žárlivosti.⁴¹

3.2 První trimestr

Do prvního trimestru zařazujeme období od prvního do dvanáctého týdne těhotenství, můžeme je také označit jako nový začátek a čas hormonálních změn. První měsíce jsou často naplněny obavami a nejistotou. Mimořádně zatěžkávacím obdobím z nich může udělat únava a výkyvy nálad. Žena si není jistá budoucností svého těhotenství, které možná teprve jen tuší. Mnoho žen v dnešní době v této situaci pociťuje spíše obavy a bezradnost než velkou naději. Ženy se dostávají do konfliktu se svým svědomím a vědomím, když se dnes ve společnosti mluví o těhotenství spíše jako o „riziku“ než jako o „naději“ či „očekávání“.

„V době emancipovaných a úspěšných žen totiž nesmírně vzrostlo očekávání zdravého a společensky schopného dítěte. Pokud byla v minulosti řeč jednoduše jen o radostném očekávání děťátka, dnešním tématem je často nejprve smysl a ideální načasování rodičovství.“⁴²

Těhotenství může mít i své temné stránky, kdy můžeme mluvit o těhotenské krizi, která se nejvíc podepisuje na psychice ženy. Těhotenství klade na ženu

⁴¹ TEUSEN, G., GOZE-HÄNEL, I. *Prenatální komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 14.

⁴² STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství - přirozený porod*. 3. vyd. Praha: One Woman Press, 2009, s. 25.

zvýšené psychické nároky, které souvisí s novou společenskou rolí matky, ke které se váže směsice různých pocitů a obav z budoucnosti. Tato krize může kromě ženy zasáhnout i její rodinu. Krizí se rozumí stav vnitřní disharmonie, který je způsoben neobvyklými událostmi, které si vyžadují zásadní změny a řešení. Krize není žádné onemocnění či nedostatek psychické odolnosti, je to přirozená reakce na neběžnou situaci, kterou není člověk schopen zvládnout obvyklými způsoby.

Těhotenská krize se může projevit těmito symptomy:

- prožívání situace jako možné ztráty, ohrožení nebo šance - ztráta starého způsobu života, ohrožení zdraví matky či plodu, šance na nový život,
- zažívání negativních pocitů - pocity viny, strachu, bezmocnosti,
- pocity strachu z nemožnosti kontroly situace,
- pocity nejistoty plynoucí z obav z budoucnosti,
- narušení způsobu života,
- dlouhodobější emocionální vypětí v rozsahu týdnů až měsíců.

Každá těhotná žena prožívá těhotenskou krizi s jinou intenzitou a hloubkou a také k ní zaujímá jiný postoj. Všeobecně rozlišujeme pět reakcí na krizi dle Elisabeth Kübler-Rossové:

- šok,
- popření,
- hněv a agrese,
- deprese,
- akceptace.

Na těhotenskou krizi lze reagovat různými obrannými způsoby: únikem (ukončením těhotenství), popíráním (bráněním se těhotenství), regresí (uchýlení se zpět do vývojového stádia dětství a uchýlení se k matce, měly-li spolu dobrý vztah). *„Důležité je, aby žena nezaujímalá vůči svému těhotenství obranné postoje*

*a dovolila si prožívat těhotenskou krizi se všemi protichůdnými pocity a prošla touto krizí co možná neoptimálněji.*⁴³

K tomu může pomoci citlivý rozhovor s porodní asistentkou, dobrou kamarádkou či psychologem.

První týdny těhotenství žena může prožít radostným očekáváním. Žena, která touží dlouhé roky po dítěti, bude zprvu opravdu naplněná nesmírnou radostí, štěstím a nadějí. Ale bohužel toto počáteční období těhotenství je provázeno velkou starostí o jeho udržení, vzhledem k tomu, že žena je o možných rizicích raného stádia těhotenství dobře informovaná, neboť jejímu toužebnému přání mít dítě předcházely mnohé návštěvy u gynekologa.⁴⁴

Některé ženy se na začátku těhotenství rozhodnou ponechat si své sladké tajemství pro sebe – což mnohé zpětně označují jako nejhezčí týdny samoty ve dvou, se svým děťátkem. Tyto ženy mnohdy oplývají zářivým a rozjasněným úsměvem, jako děti, které mají své tajemství a záleží jen na nich komu se rozhodnout ho sdělit. O svém štěstí začínají mluvit až v době, kdy samy zpracují fakt, že se v nich uhnízdil nový človíček.

3.2.1 Partnerský vztah a prožívání těhotenství u mužů

*„Pro manžela nebo partnera těhotné ženy je období prvních třech měsíců těhotenství jistě obtížným obdobím. Dítě nelze vidět, cítit, nahmatat, ale přesto všechno je tady. Žena je často jako vyměněná. Cítí věci, které jiným zůstávají utajeny, vnímá mnohem citlivěji, pláče a směje se zároveň pro jednu a tutéž věc.*⁴⁵

Na zjištění o těhotenství své partnerky mohou muži reagovat různě – od pocitů naprostého štěstí po pocity šoku a popření. Záleží na více faktorech (ekonomická situace, rodinná situace) a na osobním postoji ke své rodičovské roli. Muži si dále velmi často kladou otázku, zda jsou oni skutečně otci dítěte. S vědomím nastávající role otce se pojí také vědomí toho, že nic již nebude jako dříve. Nastávajícímu otci se změní životní styl, očekává se od něj, že se postará

⁴³ Srov. *Těhotenství jako životní krize?* Dostupné na: http://www.psychikavtehotenstvi.estranky.cz/clanky/tehotenstvi-jako-zivotni-krize_.html, otevřeno 13. 11. 2010.

⁴⁴ Srov. STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství - přirozený porod*. 3. vyd. Praha: One Woman Press, 2009, s. 25.

⁴⁵ STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství - přirozený porod*. 3. vyd. Praha: One Woman Press, 2009, s. 42.

o svou partnerku i o dítě, pozmění se jeho dosavadní postavení v partnerském životě. Jistě dojde k přehodnocení mužových hodnot, priorit a postojů. Je tedy zřejmé, že otcovstvím muž nejen získává, ale i ztrácí. Stejně jako žena, i muž se potřebuje na těhotenství adaptovat, musí si na něj zvyknout a postupně si vytvořit své představy a koncepci o své budoucnosti a otcovské roli.

S postupným vývojem těhotenství se muži mohou cítit tak trochu odsunutí, protože většina známých a přátel se spíše zabývá nastávající matkou a dítětem, než psychikou muže. Proto může docházet k žárlivosti na dítě a ke strachu o své postavení v rodině. Je velmi vhodná komunikace s partnerem a jeho zapojení do průběhu těhotenství. Je možné společně chodit na ultrazvuková vyšetření, kde miminko sledují společně a můžou tak prvně zažívat pocit úplného rodinného souznění. Dále můžou budoucí rodiče společně praktikovat prenatální komunikaci či společně navštěvovat těhotenské kurzy pro páry a také společně uvažovat o způsobu prožití porodu. Je spousta dalších možností, jak zapojit partnera do prožívání těhotenství. Základem však zůstává otevřená komunikace, vzájemné naslouchání a vyjádření přání.

Jak těhotenství ovlivňuje psychiku partnera, budoucího otce dítěte? Ač se o tom příliš nemluví (a určité projevy psychické labilnosti muže v období těhotenství partnerky by mohly být považovány za projevy nevyrovnanosti, nezralosti až slabošství), i pro muže znamená těhotenství partnerky krizové životní období a období zlomu. Příčiny, proč se nemluví o psychickém vlivu těhotenství na muže, nalezneme ve stereotypních představách o rolích mužů ve společnosti. S rolí muže coby otce se váže očekávání role ochránce a vůdce. Od nastávajícího otce je očekáváno takové chování, které bude sebejisté, vyrovnané, což povede k naplnění představy o muži, který má být své těhotné manželce (partnerce) oporou a jakýmsi přístavem bezpečí a jistoty. Copak by mohl muž otevřeně mluvit o svém strachu z nového života, o svých obavách o sobě coby otci a o obavách ze změny svého postavení v partnerském životě?⁴⁶

Těhotné ženy bývají často rozčarované ze svého partnera, protože mají nerealistická očekávání. Většina těhotných žen od svého partnera očekává

⁴⁶ Srov. *Psychika muže v období těhotenství partnerky*. Dostupné na: <http://www.psychikavtehotenstvi.estranky.cz/clanky/psychika-muze-v-obdobi-tehotenstvi-partnerky.html> , otevřeno 13. 11. 2010.

porozumění, pochopení, jemnost, něžnosti a citlivost. Zde ovšem dochází často k paradoxu, kdy na jednu stranu je od muže očekáváno chování vyrovnané, jisté, sebevědomé a pevné a na druhou stranu je od něj vyžadováno chování velmi citlivé, něžné. Někteří muži nedokáží naplnit oba druhy očekávání, a tak mohou být buď více muži ochránci (ale s nižší mírou empatie a něžnosti) nebo na druhé straně mohou být tak něžní a citliví, až se vytratí jejich role nezdolné opory. Oba tyto případy jsou krajní a slouží jen k ilustraci, proč se někteří partneři mohou projevovat spíše odtažitě a nedostatečně empaticky. Ideální situace pro těhotnou ženu je jistě ta, kdy je její partner dostatečně citlivý, jemný a empatický a zároveň neztrácí svoje poslání jistoty, bezpečí a opory.

K tomu, aby nedocházelo ke zklamání ze vzájemného neplnění nově nabytých partnerských rolí, vhodně poslouží komunikace. Vyjádřením svých očekávání, pocitů a potřeb může těhotná žena napomoci k vytváření partnerského vztahu, který bude s obsahem porozumění a bude zbaven nároků na očekávané chování.

„Existuje i tzv. těhotenství mužů (couvade), které prvně označil antropolog E. B. Taylor. „Těhotenství mužů“ se dotýká okolo 11-35 % mužů, kdy se obvykle v období mezi 3. – 4. měsícem těhotenství partnerky u mužů mohou objevovat tyto tělesné příznaky: bolesti zubů, tloustnutí, zvracení, průjem či zácpa. Jde o jakési tělesné projevy těhotenství u mužů, které mají tendenci se pomalu vytrácet a v posledních dvou měsících těhotenství partnerky se mohou opět objevit.“⁴⁷

Příčiny „těhotenství mužů“ mohou být dány „kulturním přenosem nebo mohou mít psychodynamickou příčinu: žárlivost na těhotenství, tělesné vyjádření úzkosti, způsob ztotožnění se s těhotenstvím své partnerky a svojí otcovskou rolí anebo mohou mít biologickou příčinu (snížené hladiny testosteronu, zvýšené hladiny prolaktinu). „Těhotenství mužů“ se častěji objevuje u mužů s těsnou vazbou k matce a u partnerů úzkostných žen.“⁴⁸

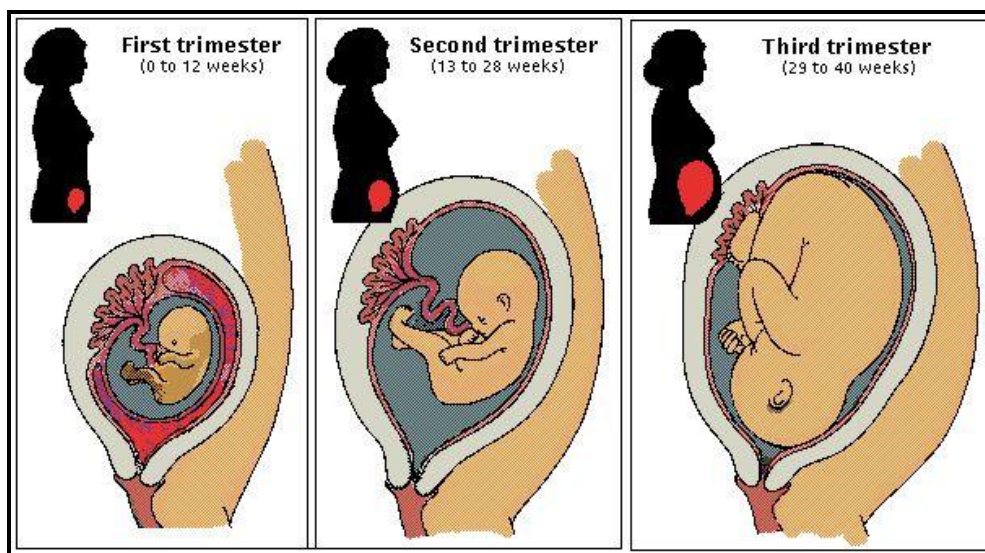
3.3 Druhý trimestr

Období mezi 13. a 28. týdnem těhotenství se označuje jako čas přizpůsobení, pohody a přeměny. Jsou to týdny největšího růstu dítěte, neboť

⁴⁷ RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie - porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008, s. 46-47.

⁴⁸ Tamtéž.

vývoj jeho orgánů je už dokončen a v tomto období dítě pouze roste. Děloha musí s prudkým růstem držet krok, aby rychle rostoucímu človíčkovi poskytla dostatek místa. Ženy cítí, že jejich očekávané děťátko se má k světu. Nyní už se těhotenství nedá skrýt, rostoucí břicho nelze přehlédnout. Také okolí reaguje na případné nevolnosti s větším pochopením, lidé totiž dokáží lépe pochopit problémy těhotné, až když vidí její rostoucí břicho.⁴⁹



Obr. 4. První, druhý a třetí trimestr těhotenství

3.3.1 Psychika ženy ve druhém trimestru těhotenství

Toto období je charakteristické hormonální stabilitou a také již proběhlým smířením ženy s růstem miminka v sobě, často se proto vyznačuje klidem a harmonií. Ženy jsou obvykle hrdé na své těhotenství, cítí, že jsou matkami. Těhotné ženy mívají tendenci hlásit se ke „komunitě matek“ – k ženám, které jsou buď také těhotné či již mají děti a společně probírají různá témata týkající se mateřství. V tomto období pociťuje těhotná žena první pohyby plodu a díky tomu si uvědomuje více své dítě jako samostatnou bytost. Dále je možné, že se těhotné ženy cítí jako „cizinky ve svém těle“ - jejich tělo se mění a ony si mohou připadat méně přitažlivé. Nicméně by to mělo být spíše naopak.

Pro tento trimestr je typické prožívání bujných fantazií a představ o svém dítěti – jak asi bude vypadat, jak se bude chovat, jaký bude jejich společný život. Často proto matky potřebují vědět, jak se dítě vyvíjí a jak roste. Typická pro toto

⁴⁹ Srov. STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství - přirozený porod*. 3. vyd. Praha: One Woman Press, 2009, s. 52.

období je také touha poznávat děti a dětský svět. Žena chce znát dětské potřeby, přání, chování. Nechává si proto často vyprávět o tom, jak se ona sama chovala v dětství nebo sleduje děti, jak si hrají či jak se chovají.⁵⁰

3.3.2 Partnerství a sexualita během těhotenství

Každá žena prožívá své těhotenství velmi individuálně a stejně individuální má i potřebu milování. Touha po sexuálním sblížení se liší u jednotlivých žen, ale i u jedné a té samé ženy v různých fázích těhotenství. Jsou ženy, které mají ze sexu potěšení celé své těhotenství - od prvního až do posledního dne. Stejně tak jsou ženy, které by byly nejrady, kdyby se jich během devíti měsíců nikdo ani nedotkl.

V období druhého trimestru se žena cítí nejlépe, hormony se trochu uklidnily, břicho roste, ale ještě není veliké. Je to pro ženu období nádherných intenzivních pocitů a radost z viditelných příznaků chtěného těhotenství se přenáší i do vztahu k partnerovi a do milostného života.

V období kolem půlky těhotenství je pohlavní styk pro většinu žen velmi příjemný. Díky rozšíření cév je pánev velmi dobře prokrvená a ženám přináší tělesná láska požitek. Láskyplné spojení s partnerem se upevňuje. Něha a náklonnost se stávají slastnou potřebou. Touha po intimitě a blízkém kontaktu s milovanou osobou roste. Něžný sex, plný hlazení a citů, začínající se mazlením se zaoblujícím se bříškem může být pro oba partnery nezapomenutelným zážitkem. Není důvod k obavám z orgasmu. Ten je spíše prospěšný. Stahy v děloze, jež doprovází orgasmus, jsou velmi podobné těm, které zažije žena při porodu, jen v menší míře. Při orgasmu tak v podstatě dochází k procvičení svalů a jejich zpevňování před porodem. Nezanedbatelný je i přínos orgasmu po psychické stránce. Blažené pocity během něho a šťastná, spokojená žena odpočívající v partnerově náruči. Stejně to vnímá i dítě, které se s matkou dělí o její pocity. V tomto období u většiny párů nastává období plné harmonie, porozumění, něžnosti a citů.⁵¹

⁵⁰ Srov. *Těhotenské pocity*. Dostupné na:

<http://www.psychikavtehotenstvi.estranky.cz/clanky/tehotenske-pocity.html> , otevřeno 15. 11. 2010.

⁵¹ Srov. *Milování v těhotenství*. Dostupné na: <http://www.rodina.cz/clanek5311.htm> , otevřeno 17. 12. 2010.

Strach a obavy žen

Občas se stane, že nechutí k pohlavnímu styku přetrvává po celé období těhotenství. Pak je potřeba se nad situací zamyslet a uvažovat, co je důvodem. Obavy o nenarozené dítě jsou jednou z nejčastějších příčin odmítání pohlavního styku ze strachu, že by mohl nenarozenému děťátku nějakým způsobem ublížit, že partnerovým penisem dojde k narušení nebo orgasmus ženy poškodí dítě. V případě, že nejde o rizikové těhotenství, o kterém by lékař ženu informoval, jsou tyto obavy úplně zbytečné.⁵²

Strach žen ze ztráty atraktivity pro partnera

Některé ženy pociťují v pokročilém těhotenství stud, domnívají se, že se jejich ženskost ztratila. To může vést ke zdrženlivosti a strachu z toho, aby je partner neviděl nahé. V tom případě by měl muž obavy ženy rozptýlit. Rada je jednoduchá: muži, říkejte svým ženám, jak jsou s bříškem krásné.

Ztráta libida je v těhotenství méně častou komplikací. V prvních měsících se na ní podílí únava a nevolnost. V dalším období to může být emocionální labilita. Není dobré manželovu iniciativu stroze odmítat, ale o problému si spolu promluvit, případně společně navštívit lékaře.⁵³

Strach a obavy mužů

Není to tak časté, ale jsou i muži, kteří v období těhotenství své partnerky odmítají pohlavní styk. A přitom ji mohou hluboce milovat. Nejčastějším důvodem je neznalost. Většina mužů se o těhotenství nezajímá tak jako partnerka. Důsledkem je potom odmítání styku ze strachu o partnerku a dítě. Jedinou možností je vzít do ruky odbornou literaturu, nejlépe i s obrázky, a nenásilné vysvětlování. Další příčinou nezájmu muže o milování v těhotenství je (možná trochu překvapivě) hluboká úcta k ženě-matce. U některých mužů, hlavně u těch, kteří jsou silně fixováni na vlastní matku, zůstane v podvědomí silná úcta k ženě-matce. Tu těhotné manželce projevují tím, že pro ni udělají vše, co jí na očích vidí, ale nedokáží se jí dotknout. Je to věc psychiky, a pokud odborná literatura nic

⁵² Srov. *Milování v těhotenství*. Dostupné na: <http://www.rodina.cz/clanek5311.htm> , otevřeno 17. 12. 2010.

⁵³ Tamtéž.

nezmůže, pak třeba zabere rozhovor s psychologem nebo sexuologem. Po těhotenství se problémy obvykle upraví.

Méně častý je estetický důvod. Žena s velkým bříškem se jednoduše partnerovi nelíbí. Tento důvod je však problémem, protože takový muž nemiluje ženu opravdu a není hodný jejích citů a lásky.⁵⁴

Pohlavní styk v těhotenství není vhodný v případě:

- pokud se dostaví příznaky hrozícího potratu nebo předčasného porodu;
- pokud má žena vcestné lůžko (placenta praevia);
- pokud má žena výtok odolávající léčbě;
- pokud hrozí nebezpečí přenosu infekce od partnera;
- pokud žena krvácí;
- pokud bylo při vyšetření zjištěno pootvřené hrdlo dělohy.

3.4 Třetí trimestr

Posledních dvanáct týdnů slouží dítěti k přípravě na život „venku“, mimo matčino tělo. Vývoj je ukončen. Brzy bude miminko schopné života, ještě dostane tukový polštář a je připraveno na cestu do „nového“ světa. Denně je znát dokonalý vývoj smyslových orgánů. Dítě se podílí na matčině životě. Pomocí určitých znaků chování dává matce najevo, jak se mu daří, sděluje co mu je pohodlné a co naopak nepohodlné. *„Nyní je schopné zřetelně vnímat zvuky, poslouchá a žije spolu s matkou a jejím okolím. Může se těšit, ale i vylekat z hudby, pokud je hudba velmi hlasitá.“*⁵⁵ Budoucí maminka žije již vědomě se svým děťátkem, povídá si s ním, reaguje na jeho požadavky. Matka již stěží vnímá hranice svého nového tvaru těla a naráží bříškem do věcí. V těchto posledních měsících si matka plně uvědomuje, že v ní roste malý človíček se všemi svými vlastnostmi a zvyky, které dává najevo svému okolí.

3.4.1 Psychika ženy ve třetím trimestru těhotenství:

Jestliže je první trimestr těhotenství považován za období citové rozladěnosti, musí se tento trimestr označit také tak. Tentokrát však hladiny

⁵⁴ Tamtéž.

⁵⁵ STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství - přirozený porod*. 3. vyd. Praha: One Woman Press, 2009, s. 75.

hormonů nekolísají kvůli začátku a udržení těhotenství, ale už se připravují k porodu. Ženy se v tomto období cítí velmi zranitelné a možná i na někom závislé. Potřeba vědomí, že za ní a jejím dítětem někdo stojí, je nesmírně velká.

V tomto období ženy nejvíce uvažují, zda zvládnou porod, a často z něj mají strach. Možným doprovodným projevem strachu z porodu je snění o porodu. Pokud ženy nemají informace o průběhu a možných způsobech prožití porodu, uchovávají si o něm iracionální představy. Fantazie o ještě nenarozeném miminku zde již nejsou tak bujné. Ve vyšším stádiu těhotenství může těhotným ženám těhotenství připadat nekonečné, s větším bříškem se mohou cítit trochu nemotorné. V tomto období je také typické připravování prostoru pro miminko.⁵⁶

⁵⁶ Srov. *Těhotenské pocity*. Dostupné na: <http://www.psychikavtehotenstvi.estranky.cz/clanky/tehotenske-pocity.html> , otevířeno 15. 11. 2010.

4 POROD

„Když si žena projde těhotenstvím a porodem je vždy jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem víc rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupat se v pramenu života,“ říká Frederick Leboyer.⁵⁷

Mezi optimální podmínky příchodu nového človíčka na svět patří šero a ticho. Ošetřující personál se musí naučit klidnému a tichému dorozumívání. Jak tvrdí Leboyer, *„Musíme s dítětem mluvit jazykem zamilovaných. A co je jazykem zamilovaných? Není to řeč, je to dotyk. Jsou to jejich ruce, které promlouvají. Právě to potřebují i novorozenci. To je právě způsob, jak s nimi mluvit – to je to, čemu jediné mohou rozumět: prostá něha a jemný dotyk.“⁵⁸*

Pro matku má bezprostřední dotyk nahého tělíčka také obrovský význam. Tato chvíle je pro oba, jak pro matku, tak pro dítě intimní záležitostí, která upevňuje pouto mezi nimi. Dítě spočívá svým bříškem na břichu matky, ta jej laská a hladí a ono cítí, že se narodilo do světa, kde má své místo.

Ženino tělo instinktivně ví, jak родit, jaké dělat pohyby, aby pomohly, a jaké zvuky vydávat, aby se jí ulevilo. Moderní porodnictví však ustupuje od přirozené podpory rodičky, která umožňuje jejímu tělu přirozeně reagovat a uchyluje se k dominantním a často invazivním praktikám. Naše kulturní výbava nám velí svěřit se do rukou odborníků, takže většina z nás už zapomněla, jaké to je, mít kontakt s přirozenou znalostí, moudrostí a mocí porodu.⁵⁹

4.1 Přirozený porod

Narození člověka je jako přírodní jev. Podobně jako přírodní jevy v nás zanechávají velmi hluboké a silné dojmy, tak i narození dítěte nás uchvátí a fascinuje. Přírodní jevy utkvívají v paměti stejně dlouho jako zrození dítěte a ti, kteří jsou přítomni u porodu, bývají ohromeni silou, mocí přírody a přirozeností. *„Je to jako zažít vichřici, bouři, rozbouřené moře nebo vznik nového ostrova – všechny tyto přírodní jevy jsou spojeny se silou a mocí. Zdá se naprosto*

⁵⁷ RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie - porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008, s. 58.

⁵⁸ Srov. HLAVÁČKOVÁ, J. *Porod dle Leboyera*. Dostupné na: <http://rodina-deti.doktorka.cz/porod-dle-leboyera/>, otevřeno 28. 11. 2010.

⁵⁹ NORTHRUPOVÁ, Ch. *Žena - tělo a duše*. New York: Bantam Books, 1998, s. 425.

*nepochopitelné, odkud a z čeho nabere žena sílu, která dá vzniknout porodním bolestem, jež otevřou děložní hrdlo a vysunou dítě porodním kanálem na tento svět. Je úžasné cítit tuto uchvacující moc a nechat se jí strhnout a poskytnout jí své tělo.*⁶⁰

Pokud žena pochopí, že je dobré zcela se uvolnit a nechat vše plynout, potom je možné, že porod zvládne a prožije pozitivně. Ženy jsou při porodních bolestech krásné, jsou vláčné a plně soustředěné na své úsilí.

Ženy, které rodí, musí cítit, že ti, kteří ji doprovázejí, o ni skutečně s láskou pečují a během jejích porodních bolestí ji duševně podporují. Musí jí zprostředkovat pocit bezpečí, aby se cítila jako v hníždě, uchránit ji před zbytečným hlukem a zvukem okolního světa, aby se mohla zcela oddat intimnímu okamžiku zrození nového života. Přivítání nového človíčka je taky velmi důležité. Měl by se narodit do příjemné atmosféry tepla, ticha a tlumeného světla. Toto nové stvoření nemůže být uchráněno před přechodem zevnitř ven, musí pocítit, že došlo ke změně, aby se zaktivovaly jeho životní funkce. K tomuto přechodu mu ale přispívají porodní bolesti, úzký porodní kanál a rozdíl tlaku.⁶¹

Není nic krásnějšího, než v bezpečí vítat právě narozené dítě a cítit, jak se rychle zotavuje z porodního stresu, začíná klidně dýchat a pomalu otevírá oči. Je důležité dát dítěti čas, aby přišlo do tohoto světa zvolna, obezřele vklouzlo do světa světla, tíhy a chladu. Vytvořit přechod, při kterém na nás působí ticho a nábožnost, dojetí z úžasného okamžiku zrození. Chvilky během narození dítěte a po něm se nedají popsat, musí se zažít.

4.2 Psychologie porodu

Provázanost porodního procesu s prožíváním je hluboká a spleťtá. V první řadě do procesu vstupuje osobnost rodičů matky, její tendence určitým způsobem reagovat a prožívat sociální interakce s okolím. Tyto tendence společně určují, do jaké míry žena vyhodnotí prostředí, v němž rodí, jako bezpečné.

„Když cítí žena při porodu bezpečí, mohou se optimálně vyplavovat hormony oxytocin a endorfiny, které porodní proces spouštějí a podporují a vedou tak k jeho plynulosti. Naopak při pocitu ohrožení (ať už reálného nebo jen

⁶⁰ STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství - přirozený porod*. 3. vyd. Praha: One Woman Press, 2009, s. 193-194.

⁶¹ Srov. tamtéž, s. 200.

představovaného) dochází k vyplavování katecholaminů (stresových hormonů), které porodní proces, zvláště v první době porodní, zpomalují či zastavují.⁶²

„Podobný vliv má i činnost neokortexu, který zprostředkovává racionální myšlení a seberegulaci. Je-li neokortex stimulován (světlem, otázkami, vyrušováním), porod začíná váznout. Díky vyplaveným hormonům je žena ve stavu tzv. porodního transu, a tedy velmi ovlivnitelná a senzitivní vůči reakcím personálu.⁶³

Mnohé ženy si ještě po letech pamatují jednotlivé poznámky zdravotníků a ty, které vnímaly svůj vztah se zdravotníky negativně, si s větší pravděpodobností uchovají špatný porodní zážitek. Pocit bezpečí je umocněn i pocitem kontroly – žena potřebuje být subjektem svého porodu, nikoli objektem. Potřebuje intenzivně cítit, že její chování a rozhodnutí mají vliv na to, co se s ní děje. Pocit kontroly nad procesem porodu je pro porodní zážitek důležitější než tlumení bolesti, které oproti očekáváním vede u většiny žen k negativnějšímu hodnocení porodního zážitku. Rodící žena se tedy potřebuje cítit respektovaná ve svých potřebách a projevech, prožívat kontrolu nad situací, aby se mohla porodnímu procesu poddat a tak jej podpořit.

Pocity úzkosti a ohrožení v průběhu porodu mohou způsobit komplikace a vést až k ohrožení plodu. Pokud je rodička v křeči (fyzické či psychické), kterou u ní vyvolá úzkost a strach, stoupá riziko hypoxie plodu či zpomalení porodu. Ten je pak častěji ukončen císařským řezem.

Komplikace pro novorozence po porodu císařským řezem jsou neonatologům důvěrně známy. Separace novorozence od matky, v českém porodnictví oddělené ošetřování matky a dítěte, z psychologického hlediska zásadně negativně ovlivňuje navázání vztahu mezi matkou a dítětem a z fyziologického hlediska ohrožuje zahájení laktace.

Matky rodící císařským řezem a jejich děti by měly mít nárok na podporu bondingu od prvních minut, kdy je to pro ně fyzicky možné. *„Medikace podávaná v průběhu porodu, včetně epidurální analgezie, situaci znesnadňuje a blokuje*

⁶² Srov. KODYŠOVÁ, E. *Psychologie porodu - chiméra, nebo realita?* Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/psychologie-porodu-chimera-nebo-realita-448449>, otevřeno 14. 1. 2011.

⁶³ Tamtéž.

sekreci betaendorfinů v průběhu porodu. Betaendorfiny posilují vnímání procesu porodu rodičkou a usnadňují vytvoření vazby mezi matkou a dítětem.⁶⁴

4.2.1 Psychologie porodu dle Stanislava Grofa

Podle Stanislava Grofa hraje období těhotenství ženy a dále pak způsob porodu jednu z nejdůležitějších rolí, která následně rozhoduje o osobnosti nově narozeného dítěte.

„Nové teorie vývoje osobnosti jsou považovány za nejvýznamnější objevy psychologie v posledních desetiletích a přinášejí radikální důsledky pro řadu současných vědeckých teorií. Prenatální období (9 měsíců v matčině děloze) není podle těchto teorií možné považovat za období, kdy dítě nevnímá, nebo vnímá nějakým omezeným způsobem.“⁶⁵ Právě naopak, dítě vnímá velice zostřeným způsobem úplně vše, co se za tuto dobu odehraje nejen v okolí matky, ale velice intenzivně vnímá i její pocity.

Na základě těchto nově zjištěných skutečností Stanislav Grof rozdělil období těhotenství na 4 tzv. **porodní matrice** (čtyři okamžiky „vpečetění“):

1. matrice – od okamžiku početí do prvního porodního stahu

Pokud se matka a její okolí na dítě těší a snaží se vytvořit ovzduší klidu, jistoty a bezpečí, narodí se dítě, které bude mít za všech životních okolností pocit, že si dokáže udržet pevnou půdu pod nohama. Je-li dítě nechtěné, zplozené neúmyslně např. pod vlivem alkoholu, drog apod., narodí se dítě, které bude mít i navzdory možným dobrým životním podmínkám pocit věčné vnitřní nejistoty.

2. matrice – první doba porodní

Tuto část porodu prožívá dítě jako bezvýhodnou situaci – děloha, která až dosud byla místem naprostého bezpečí, na něj ze všech stran fyzicky tlačí, ale průchod není otevřen, takže není kam uniknout. Tato doba by za normálních okolností porodu měla skončit nejdéle po 12 hodinách a v takovém případě tato

⁶⁴ Srov. KODYŠOVÁ, E. *Psychologie porodu - chiméra, nebo realita?* Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/psychologie-porodu-chimera-nebo-realita-448449>, otevřeno 14. 1. 2011.

⁶⁵ Srov. KOLÁŘOVÁ, M. *Těhotenství a porod očima moderní psychologie.* Dostupné na: <http://www.femina.cz/magazin/rodina-a-deti/tehotenstvi-a-porod-ocima-moderni-psychologie.html>, otevřeno 15. 1. 2011.

fáze porodu vybuduje u nově narozeného dítěte pocity životní odolnosti. Trvá-li ale tento stav déle, vede v dospělosti k tzv. endogenní (vnitřní) depresi – opakující se stavy deprese bez jakékoliv zjevné příčiny. Klasická psychiatrie nemá žádné prostředky, které by tento stav dokázaly léčit.

3. matrice – od chvíle kdy se porodní cesty otevřou

Třetí fáze přináší dítěti úlevu, protože mu umožní aktivně se posouvat a tím uniknout bolestivým děložním stahům. V případě, že tato fáze probíhá normálním způsobem, dítě, které se narodí, bude mít velkou životní sílu a pocit vlastní duševní pevnosti. Špatný (nefyziologický) průběh může mít za následek nejrůznější psychosomatické potíže v zažívání, koktavost a sexuální agresivitu v dospělosti.

4. matrice – od okamžiku narození do přestřižení pupečnickové šňůry

Poslední okamžik porodu a první okamžik života je dán smyslovými vjemy novorozence.

Největší vliv na smyslové vjemy novorozence má například:

- tlumené osvětlení x jasné světlo operačního sálu,
- tiché a klidné hlasy matky a otce x hluk a zmatek cizího, neznámého prostředí a spousty cizích osob,
- přiložení dítěte okamžitě po porodu na matčino tělo a co nejpozdější přestřižení pupeční šňůry x odebrání dítěte cizím člověkem, obrácení vzhůru nohama, nucení ke křiku, vážení tělesné hmotnosti na studené váze.

Fáze okamžitého přerušení spojení s matkou přestřižením pupečnicku v dospělosti odpovídá pocitům přijetí sebe sama. Proběhne-li v klidném a láskyplném prostředí, člověk bude umět nést odpovědnost za své činy, v opačném případě vede ke vzniku pasivního jednání, pocitům sklíčené odevzdanosti apod.

„Psychické poruchy, které pod vlivem nešťastných těhotenství, nebo čistě technicky vedených porodů bez jakýchkoliv citových rozměrů vznikají, je možné zcela vyléčit většinou pouze návratem vědomí do prenatálního období nebo

porodu. Člověk je v takové chvíli s milimetrovou přesností schopen zopakovat dialogy a popsat situace, které se kolem jeho matky před lety odehrály a měly klíčovou roli ve vývoji jeho psychiky.⁶⁶ Znovuprožitím, které je často velice bolestné, dojde k uvolnění těchto dávno zapomenutých traumat, která byla vytěsněna do nevědomí. Ve chvíli, kdy se traumata uvolní, odezní i příznaky psychické poruchy v dospělém životě člověka.

4.3 Mateřství – vytváření pouta s dítětem

Proces spojení s dítětem začíná dlouho předtím, než se narodí. Události spojené s porodem můžou mít velký vliv na matčiny city k dítěti.

Období bezprostředně po narození dítěte je i z hlediska psychologie obzvláště citlivé. Čtvrtá doba porodní, bonding a podpora rané vazby mezi matkou a dítětem velmi silně ovlivňují prožívání pocitu kontroly nad porodním procesem. Rodící žena nutně potřebuje mít kontrolu nejen nad tím, co se děje při porodu s jejím tělem, ale také nad tím, co se děje s jejím dítětem. V tuto chvíli zasahují do podpory rané vazby mezi matkou a dítětem další odborníci: pediatři, neonatologové a dětské sestry. U nás se při narození dítěte stále upřednostňuje hygienická rutina a klasické zdravotnické postupy vedoucí k separaci dítěte od matky před psychologickými potřebami matky a dítěte.

„Podle amerických výzkumníků v oblasti pediatrie Kennela a Klause má období několika málo hodin po narození dítěte výrazný vliv na pečovatelské chování matky. Zmínění vědci konstatovali, že ještě rok po porodu existovaly rozdíly mezi chováním matek neseparovaných od svého dítěte a chováním matek separovaných po porodu. Neseparované matky byly trpělivější a více vyhledávaly kontakt s dítětem.“⁶⁷ Rutinní postupy tak často berou matkám podporu hormonů a instinktivního chování, které by jim umožnily jednodušeji zvládat novou a náročnou situaci péče o dítě.

Psychologické potřeby matky a dítěte by neměly být zanedbávány, a to ani u komplikovaných a náročných porodních procesů. K vyplavování oxytocinu,

⁶⁶ Srov. KOLÁŘOVÁ, M. *Těhotenství a porod očima moderní psychologie*. Dostupné na: <http://www.femina.cz/magazin/rodina-a-deti/tehotenstvi-a-porod-ocima-moderni-psychologie.html> , otevřeno 15. 1. 2011.

⁶⁷ Srov. KODYŠOVÁ, E. *Psychologie porodu - chiméra, nebo realita?* Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/psychologie-porodu-chimera-nebo-realita-448449> , otevřeno 14. 1. 2011.

potřebného pro pečovatelské nastavení matky, je velmi nutný kontakt nahého těla matky s tělem dítěte.

Po fyziologickém porodu nestojí nepřerušovanému kontaktu matky s novorozencem v cestě nic kromě rutinních postupů zdravotníků. Strach o novorozené dítě vede personál k jeho ošetřování a zajišťování základních fyziologických potřeb (např. potřeby tepelné pohody) technickými postupy (vyhřívané podložky) namísto využití tepla matčina těla a podporování vzájemné vazby matky a dítěte. Mateřské chování stimuluje i oční kontakt matky s dítětem.⁶⁸

4.3.1 Bonding

„První pohled do očí a něžné dotyky. Bezpečné objetí v náručí. Klid, probouzející se důvěra, vzájemné poznávání a zamilovávání se. První naprosto neopakovatelná chvíle matky s právě narozeným dítětem. To je bonding!“⁶⁹

Správně probíhající bonding má velký význam nejen pro fyziologii matky a dítěte, ale má rovněž zásadní psychologické důsledky. Neproběhne-li bonding správně, může to s sebou nést problémy, se kterými se mohou matky a děti potýkat v dalších obdobích života. *„Nejznámější z nich je u dítěte projevující se separační úzkost, tedy panický strach ze vzdálení se matky v dětském věku, neurotické poruchy a také border-line poruchy osobnosti s narušeným vztahem k mateřskému objektu. U matek pak poporodní deprese, kterou prohlubuje ztráta kontroly nad porodním procesem, tedy i ztráta kontroly nad dítětem a jeho vzdáleností od matky po porodu, dále posttraumatická stresová porucha, porucha výchovné kompetence čili např. paradoxní pevná až patologická vazba k dítěti anebo rozvolněná vazba k dítěti.“⁷⁰*

Dítě má těsně po porodu neobyčejný potenciál, který mu umožňuje slyšet, vidět, a dokonce se pohybovat do rytmu slov vyřčených matkou, tzv. oslavný tanec zrodu - takže je biologicky připraveno navázat vztah s matkou. Také pro matku je

⁶⁸ Srov. KODYŠOVÁ, E. *Psychologie porodu - chiméra, nebo realita?* Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/psychologie-porodu-chimera-nebo-realita-448449> , otevřeno 14. 1. 2011.

⁶⁹ Srov. MROWETZ, M. *Porod - připoutejte se prosím! Aneb bonding pomáhá dětem i matkám.* Dostupné na: <http://www.azrodina.cz/3509-porod-pripoutejte-se-prosim-aneb-bonding-pomaha-detem-i-matkam> , otevřeno 7. 1. 2011.

⁷⁰ Srov. MROWETZ, M. *Bonding neboli děti chtějí být připoutány k matkám!* Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/bonding-neboli-deti-chteji-byt-pripoutany-k-matkam-448169> , otevřeno 7. 1. 2011.

těchto několik hodin po porodu velmi důležité období, a to vzhledem k procesu integrace „mentálního obrazu“ dítěte (vzniklého během těhotenství a čekání na porod) s obrazem skutečného novorozence. Matka si celých devět měsíců vytváří imaginární obraz svého dítěte a po porodu má možnost se nasýtit tohoto obrazu pohledem na své dítě. Je vyzpozorováno, že matka se k novorozenci chová velmi otevřeně a citlivě, pokud má možnost s ním zůstat po porodu o samotě. Tyto hodiny po narození jsou životně důležité pro oba, pro matku i dítě.⁷¹

⁷¹ Srov. MROWETZ, M. *Bonding neboli děti chtějí být připoutány k matkám!* Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/bonding-neboli-deti-chteji-byt-pripoutany-k-matkam-448169>, otevřeno 7. 1. 2011.

5 ŠESTINEDĚLÍ

Třebaže se většina žen nijak zvlášť nepřipravuje na šest až osm týdnů po porodu, je toto období velmi náročné a ženy procházejí mnohými enormními fyzickými, psychologickými a emocionálními změnami, které naše kultura častokrát dostatečně nedoceňuje. V tomto období žije matka v nejužším spojení se svým dítětem. Žijí v určité symbióze a nelze je rozdělit.

Šestinedělí můžeme přirovnat k počátkům vztahu mezi mužem a ženou, s tím rozdílem, že nyní je u toho krásného vztahu přítomné navíc dítě, které může do značné míry narušovat rovnováhu ve vztahu. První dny po porodu jsou časem zamilovanosti, s pocitem euforie a nekonečného štěstí, které spolu nová dvojice našla. Není rozdíl mezi dnem a nocí, jakoby se zastavil čas. Potom se však pomalu navrací všední dny, vkrádá se únava a značné přetížení. Je nutné rozdělit si čas, aby novopečená maminka všechno zvládla. Vzniknou hádky a konflikty, které trvají jen krátce, protože vztah chrání nezakalená radost a čistota lásky.

Začátkem druhého, nejpozději třetího týdne, nadchází čas manželství. Nastává rutina a žena začíná pomalu vnímat dění kolem sebe. Vráť se staré zvyky, touhy, které jsou však poznamenány nerozlučným spojením s dítětkem. V partnerském vztahu vyvstanou doposud neznámé konflikty, které od mužů vyžadují velkou schopnost vcítit se, aby pochopili ženiny nové nálady.

Děti jsou pro rodiče výzvou a nutí je orientovat se v životě a ve společném soužití. Vždy zde však vyskočí jiskřička lásky k dítěti, a tak se může krize rychle proměnit v harmonii. Je dobré dívat se na šestinedělí jako na první dobrodružství, které se prožívá společně s dítětem. Když maminky vstupují do šestinedělí se zvědavostí, důvěrou a nadějí, může se toto období stát úsekem života, na který budou rády vzpomínat.⁷²

5.1 Fyziologické šestinedělí

„Šestinedělí - puerperium je období po ukončeném těhotenství a porodu, kdy anatomické a fyziologické změny mizí a organismus se vrací do stavu jako před otěhotněním. Po porodu zahájí svou činnost mléčná žláza a období mateřství

⁷² STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství - přirozený porod*. 3. vyd. Praha: One Woman Press, 2009, s. 258.

je dovršeno tvorbou mléka – laktací. Těhotenství a porod zanechávají v tělesné a psychické složce ženy dalekosáhlé změny, takže úplný návrat do původního stavu nenastane téměř nikdy.

Šestinedělí rozdělujeme na:

- *časné – rané šestinedělí – zahrnuje prvních 7 dní po porodu;*
- *pozdní šestinedělí – je doba nutná k involuci těhotenských změn pohlavních orgánů, ale i celkových změn v organismu ženy. Těhotenské anatomické a funkční změny ženského těla se postupně navracejí do fyziologické podoby. Šestinedělí končí 42. den po porodu.*⁷³

Involuce pohlavního ústrojí

„Děloha se během šestinedělí zmenší z 1000 g na 60 g. Involuce je provázená kontrakcemi dělohy, které mohou být vnímány bolestivě hlavně v prvních dnech po porodu a při kojení, kdy se děloha začne automaticky stahovat působením hormonu oxytocinu, který se uvolňuje právě při kojení.

*V šestinedělí odcházejí z pohlavních ústrojí očistky. V prvních dnech jsou červené (lochia rubra), po 3–4 dnech krve ubývá a očistky hnědnou (lochia fusca), po týdnů jsou očistky žluté (lochia flava), za další týden se mění v bílé (lochia alba) a posléze se mění v pouhý hlen (lochia mucosa).*⁷⁴

Ostatní somatické změny

Zvětšené ledviny se navrací do původního tvaru několik týdnů, postupně se upravuje dilatace a hypotonie vývodných cest močových. V šestinedělí taky přetrvává zpomalená peristaltika střev. Hmotnost klesá bezprostředně po porodu cca o 5 kg, během puerperia o další 4 kg. Hemodynamické změny a dýchací systém se upravují v časném šestinedělí. Objem krve se navrací na původní hodnoty během třetího týdne puerperia.⁷⁵

⁷³ ČECH, E. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 137.

⁷⁴ ČEPICKÝ, P. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2003, s. 155.

⁷⁵ Tamtéž, s. 157.

5.2 *Kojení z pohledu psychologie*

Mezi další překrásné chvíle mateřství patří čas kojení. Pohled do očí dítěte už nikdy nebude tak hluboký a plný lásky. Když se novopečená maminka zadívá do očí svého děťátka, uvědomí si, že v čase kojení kolem sebe vytvořila svůj malý svět, do kterého patří jenom ona a její dítě.

Psychologické aspekty kojení bývají často přehlížené nebo skryté. Žena s nimi může začít pracovat, jen pokud je ochotna pátrat po nich ve svém vědomí a odpovědět si na některé niterné otázky související s jejím sebepřijetím a s přijetím nové role matky. Kojení totiž nepředstavuje jen způsob předávání potravy, nýbrž především také silně intimní emoční sdílení dvou lidských bytostí. Důležitým aspektem je, jestli je žena na takovou blízkost připravena. Jestli unese její dlouhodobou intenzitu. Nabízí dítěti své tělo jako bezvýhradný zdroj péče a ochrany, nebo se taky může podvědomě bát, že její prsy ztratí pružnost a tvar a že kojení ohrozí její sexuální přitažlivost. V období kojení je důležité po ženu i to, jak kojení vnímá otec dítěte, jestli nežárlí, jestli nedává ženě najevo, že mu její velká pozornost věnovaná dítěti vadí.

Jakékoliv vnitřní napětí, neklid nebo pochybnosti matky obvykle negativně ovlivňují uvolňování mléka z prsu, což ale obratem vnímá také dítě, které pak musí pít s větším úsilím. Zpravidla rovněž reaguje neklidem a nespokojeností, resp. křikem a nespáváním.

Bezprostředně po porodu pijí novorozenci tím lépe, čím přirozeněji porod proběhl a čím dříve došlo k zahájení kojení. Nešetrný nebo operativní porod může jemné mechanismy kojení narušit, takže dítě je bez zájmu a ospalé. Obvykle jde ale jen o krátkodobou záležitost a vše se normalizuje poté, co odezní vedlejší účinky u porodu použitých medikamentů.

Je třeba mít na paměti, že kojení je spontánní fyziologický proces, který nelze ovlivnit vůlí. Veškerá umělá zasahování stejně jako vnitřní stres přirozené kojení ruší. To hlavní, co kojící ženy potřebují, je vnitřní klid a v případě dočasných neúspěchů náležitě povzbuzování a laskavý individuální přístup. Jinak se kojení snadno mění v noční můru plnou nešťastných pocitů a pochybností nezřídka útočících i na sebevědomí a mateřskou identitu ženy.

Kojení by mělo být dobrovolnou volbou. Pokud je žena z nějakého důvodu odmítá, bude lépe, když dítěti nabídne náhražku. Existují i jiné způsoby, jak dítěti

věnovat péči a projevit cit. Kojení ovšem zůstává jedinečnou možností vzájemného spojení a doslovného přelévání lásky.⁷⁶

⁷⁶ Srov. LABUSOVÁ, E. *Záleží úspěšné kojení na pocitech ženy?* Dostupné na: http://www.evalabusova.cz/clanky/zalezi_kojeni.php , otevřeno 28. 2. 2011.

6 PSYCHICKÉ ZMĚNY PO PORODU

Onemocníme, pokud nežijeme v souladu s tím, proč jsme se narodili. Když se od svých životních úkolů vzdalujeme, neplníme je a chceme se jim vyhnout. Máme-li před nimi strach nebo zbytečný respekt. *„Onemocníme také, když se odkloníme od vlastních emočních kritérií nebo emočních kritérií svých nejbližších. Když přeceňujeme, nedoceňujeme nebo nevyužíváme svůj psychický potenciál. Onemocníme také tehdy, když přerušíme, omezíme nebo dokonce ukončíme svůj psychický vývoj.“*⁷⁷

Psychika žen po porodu je vystavena vysoké zátěži, která pramení jednak z hormonálních a fyzických změn probíhajících v organismu, a jednak z adaptace na novou roli matky. Citové pohnutky i všechny ostatní vlivy, které působí na průběh těhotenství a porodu, se znásobují v poporodním období, a ještě k nim přistupují nové zážitky spojené s nedávným narozením nového potomka.

*„Náhlá změna hladiny hormonů, která následuje po porodu, je pokládána za jednu ze základních příčin psychických změn na počátku šestinedělí. V průběhu prvních 72 hodin po porodu klesá hladina hormonů estrogenu a progesteronu v těle ženy v souvislosti s odloučením placenty.“*⁷⁸

Kromě biologických změn (hormonálních a tělesných jako únava, vyčerpání) patří mezi významné faktory ovlivňující psychiku ženy po porodu také faktory psychosociální povahy. Žena i několik hodin po porodu i přes všechno vyčerpání nemůže usnout. Znovu a znovu si v mysli přehrává celý porod a situace s ním spojené. Psychika se musí také vyrovnat s přijetím novorozence jako samostatné bytosti existující mimo matčino tělo, ale zcela závislé na matčině péči. Novopečená maminka začíná být v zajetí myšlenek na své dítě, soustředí se na péči o něj celou svou bytostí. Fantazie o porodu a narození dítěte se promění ve skutečnost, která vyžaduje odříkání a stálou pohotovost. Než si maminka na tuto novou roli zvykne a než si uvědomí, že je schopná se postarat o své dítě, může zažívat stavy nedostatečnosti a neschopnosti. Tyto stavy se násobí fyzickou

⁷⁷ NOVOTNÝ, P. *Filozofie nemoci*. Liberec: Dialog, 2009, s. 73.

⁷⁸ RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie - porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008, s. 82.

vyčerpaností, nedostatkem spánku a hormonálními změnami.⁷⁹ Deprese je voláním o pomoc v rozličných tóninách.

6.1 *Baby blues*

Téměř 80 % žen prožívá třetí nebo čtvrtý den po porodu fázi, kdy pociťuje velké psychické výkyvy a změny nálad od radostné rozechvělosti až po zlost. Bývají přecitlivělé a zranitelné, jako by ztrácely půdu pod nohama, a jejich pláč je spojen s určitým pohnutím, jež nemusí bezpodmínečně souviset se smutkem.⁸⁰

Poporodní blues je stav, který se může projevovat plačtivostí, pocity úzkosti, nespavostí a značnými výkyvy nálad, podrážděností, sníženou sebeúctou, někdy se stavy euforie střídají s úzkostí či smutkem. „*Mezi somatické projevy baby blues můžeme zařadit: bolesti v zádech, bolesti hlavy, palpitace, dysfagie, snížená chuť k jídlu, poruchy spánku. Spouštěcím momentem mohou být problémy s kojením nebo obavy o novorozence.*“⁸¹ Tyto příznaky ale obvykle samy odezní do 10 dnů po porodu. Příznaky trávající déle než 14 dní mohou znamenat rozvoj vážnější poporodní deprese.

Příčiny poporodního blues nejsou známé. Podle některých studií se blues vyskytuje častěji u prvorodiček, u žen s manželskou disharmonií, s psychosexuálními problémy, s úzkostí a depresí v těhotenství, u žen, které mají velký strach a obavy z porodu.⁸²

V zásadě je poporodní blues normální reakcí na to, že se žena stala matkou a není potřeba se jím nějak znepokojovat nebo dokonce mít pocity viny. Velmi pomůže podpora partnera a rodiny.

6.2 *Poporodní deprese (PPD)*

Jedná se o stav, kdy psychická nepohoda různého stupně a délky trvání přetrvává nebo se dokonce zhoršuje. „*Deset procent matek po porodu zažívá poporodní depresi, která vyžaduje léčbu a patří do rukou lékaře. Od poporodního blues se liší tím, že sama od sebe nezmizí, její příznaky jsou výraznější,*

⁷⁹ RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie - porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008, s. 82.

⁸⁰ GEISEL, E. *Slyzy po porodu*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004, s. 12.

⁸¹ RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie - porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008, s. 82.

⁸² Srov. tamtéž.

a v krajním případě, když se neléčí, může ohrozit matku i dítě a přerůst do poporodní psychózy.⁸³

Ženy, které jí trpí, jsou vystaveny negativním emocím. Literatura uvádí, že příznaky poporodní deprese trpí v prvních měsících po porodu 10–20 % matek.⁸⁴

Poporodní deprese se může objevit kdykoliv během prvních šesti měsíců, někdy až jednoho roku po porodu. První rizikové období je po příchodu ženy s dítětem z porodnice domů. Žena je zatížena péčí o dítě a domácnost. Dalším rizikovým obdobím je čas 2-3 týdnů po příchodu z porodnice, kdy klesá pomoc a podpora rodiny a život se vrací do normálního stereotypu.

Příznaky poporodní deprese:

- těžký smutek,
- pocity beznaděje,
- sebeobviňování z toho, že je špatná matka,
- neschopnost navázat kladný vztah k dítěti,
- ztráta životní energie,
- silná frustrace,
- extrémní únava a vyčerpání,
- ztráta chuti k jídlu nebo naopak nadměrná konzumace potravy,
- nespavost nebo naopak nadměrná spavost,
- nechut k sexu,
- nezájem o okolí.

6.2.1 Možné příčiny vzniku PPD z pohledu psychologie

Vytoužené dítě

Ženy „plánovaných“ dětí se na svou roli matky těší. Ale jakmile porodí, očekává se od nich, že budou perfektní. Všechny mateřské ctnosti jako trpělivost, síla snášet kritiku, zapomenout na sebe a žít jen pro druhé, by v nich měly vyrůst jen proto, že se na dítě tolik těšily. Tato ambivalence mezi mateřskou a ženskou rolí je schopna vyvolat velmi silný vnitřní konflikt, který může vést k poruchám vystupňujícím se až do poporodní deprese. Možnost naplánovat si narození dítěte je spojována s představou, že žena musí být šťastná. Matky někdy ke svému

⁸³ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004, s. 13.

⁸⁴ Srov. tamtéž.

zděšení zjistí, že jejich pocity jsou zcela odlišné od toho, co se od nich očekává, zjistí, že jejich pocity k dítěti jsou spíše odmítavé. Pokud nevznikne silný vztah mezi matkou a dítětem hned po porodu a žena cítí averzi či nechuť k malému děťátku, může si připadat jako netvor. Mnohá média informují budoucí maminky, jak obrovský význam má novorozenecký a kojenecký věk pro rozvoj vyrovnaného lidského jedince. Absence lásky k dítěti vyvolává pocity viny. Tyto tíživé stavy patří k příznakům poporodní deprese. Ženy hledají vinu samy v sobě.⁸⁵

Vysoké nároky na sebe

Přání, fantazie a sny dnešních žen o mateřství jsou zcela jiné než před padesáti lety. Stát se matkou neznamena přestat být tím, kým žena byla před otěhotněním. Ideál matky už nespočívá v naprosté odevzdanosti se, není potřeba vzdávat se všeho, co je pro ženu důležité, vzdát se společnosti, přátel, koníčků a věcí, které utváří identitu matky. Přesto má matka potřebu všechno zvládnout, ale jedna žena nezvládne být zároveň pedagožkou, psycholožkou, dětskou lékařkou, kuchařkou, hospodyní, milenkou, partnerkou a paní domu. Je třeba stanovit nové priority. Není důvod být ve všem perfektní, domácnost přežije neuklizené nádoby, nevyžehlené prádlo, neuvařený oběd a mnohé jiné maličkosti, ale nepřežije, když se žena – matka zhroučí vyčerpaností a únavou v péči o všechny ostatní jenom ne o sebe sama. Proto je velmi důležité, aby aspoň několik minut denně patřilo pouze ženě, aby mateřské povinnosti šly na chvíli stranou. Pro dítě je taky prospěšné naučit se být chvíli samo. Zůstane-li maminka s dítětem doma, může to pro ní být v prvních měsících náročné, může pociťovat nesvobodu a omezení, protože celý její svět se točí jenom kolem dítěte. Sleduje, jak manžel přichází a odchází do práce bez toho, že by musel přemýšlet o dítěti. Prospěšné pro všechny strany je dovolit taky manželovi, aby přijal odpovědnost za své dítě, dovolit mu přijmout roli otce se všemi jejími radostmi i starostmi. Toto je ideální čas, kdy může maminka mít chvíli pro svoje zájmy.

Epidurální analgesie a syntetický oxytocin

Možnost odepření bolesti u porodu se těší stále vyšší popularitě. Je ale žádoucí vyřadit bolest z porodního děje? Je mateřská láska pocit, který lze

⁸⁵ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004, s. 25.

vyvolat? Matky se necítí normálně, když hned po porodu nepřichází ona velká láska a něžnost k dítěti, na kterou se tolik těšily. Zažívají pocity viny, silné pochybnosti z vlastní mateřské nekompetence a strach z nedostatku lásky k miminku. Náklonnost a pohnutí nad malinkým tvorečkem jsou sice tady, ale láska musí teprve vyrůst. „Nikdo totiž těmto ženám neřekne, že psychologickou základnu (směs hormonů), která je pro tento vrcholový pocit potřeba, se v důsledku epidurální analgesie často nepodaří správně nastavit. Porodní děj je mimo jiné řízen oxytocinem, který vyvolává silné a efektivní kontrakce vedoucí k porodu. Řadí se k hormonům lásky, protože se vylučuje při jakémkoliv dění týkajícího se sexuálního života. Syntetický oxytocin, který se podává matkám na vyvolání kontrakcí infuzí, však nevyvolá žádnou z řetězových reakcí, které se spouštějí při vyplavování přirozeného oxytocinu. *„Při podávání umělého hormonu se do krevního oběhu dostávají pouze stanovené dávky, které působí jenom lokálně (děloha, prsy) a nemají žádný vliv na chování ženy. Maminky, které nejsou pod vlivem medikace, tak mohou navázat se svým dítětkem harmonickou vazbu. Oxytocin jako posel euforizujících látek je skvělým přirozeným prostředkem proti poporodní depresi.“*⁸⁶ Nicméně také endorfiny mají svůj velký význam na spuštění pocitu radosti, lásky a nekonečného štěstí. Pokud není průběh porodu rušen, hladina endorfinu se stupňuje a způsobuje přechod do jiného stavu vědomí. Ženy vnímají prostor, čas a bolest jako by byly v jiném světě. Když se do tohoto děje vstoupí radikálně a medikamentózně, jemné substance hormonálního řízení se naruší, a to může mít za následek narušení instinktivního chování ženy coby matky.

Izolace

Izolace matek je v dějinách lidstva novinkou. Ve většině kultur byla matka po porodu obklopena a podporována příbuznými, zachovávaly se tradice a rituály spojené s obdobím šestinedělí. Je všeobecně známo, že nedostatek sociální a emocionální podpory je jedním z průvodních příčin vzniku deprese. Není to tak dávno, kdy žena po porodu nikdy nebyla odkázána pouze sama na sebe. Bylo to právě naopak, maminka, příbuzné, tetičky a sousedky podporovaly mladou maminku psychicky i fyzicky, vedly domácnost, vařily, něžně a vlídně ji

⁸⁶ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004, s. 52-55.

zasvěcovaly do tajů mateřství, učily ji starostlivosti o děťátko, dopřály jí čas na odpočinek, který si v období šestinedělí zaslouží. Ve srovnání s naší dnešní společností se drtivá většina mladých párů musí prokousat životem po narození dítěte sama, jak nejlépe umí.⁸⁷

Tyto způsoby chování navozují matce v přelomovém období pocity nejistoty, úzkosti, obav a strachu z toho, co všechno musí sama zvládnout. Mladé rodiče je potřeba upozornit na poporodní období, protože všechna jejich pozornost je zaměřena na porod a dobu po něm si představují jako velké slavení a radostné chlubení se svým pokladem. Není na škodu zdůraznit, aby si maminka odpočinula, dostatečně se zotavila po porodu, uspořádala si život v novém rytmu s narozeným miminkem, aby zmatek a chaos nepřerostl v poporodní depresi. Ženy jsou v období šestinedělí často zranitelné a všechno se jich dotýká. Tak jako se otevřelo jejich tělo, aby vypustilo na svět nového človíčka, jsou otevřená i jejich srdce a duše, proto je potřeba maminky chránit a s láskou o ně pečovat.

Partnerství

Partner a zároveň milenec těžce nese, když vidí svou ženu při porodu vyjadřovat bolest. Má o ni strach, cítí se bezmocný, má pocit, že selhal a nedokázal jí pomoci. Po celá staletí byly muži u porodu jen výjimečně. Porod byl ženskou záležitostí a jako takový byl i chráněn. *„Prožitek vlastní slabosti a bolesti tváří v tvář nespoutanosti porodního děje neměli muži absolvovat, protože v jejich životě bylo důležité prokazovat fyzickou sílu, odvahu, statečnost, agresi a nebojácnost. Nebylo vhodné odhalovat svoji zranitelnost.“*⁸⁸

S přítomností muže u porodu a jeho účastí na kurzech se spojuje očekávání matek vůči otcům ohledně péče a výchovy dítěte. Samozřejmě většinou tato očekávání otcové nesplní. Vyrovňávání se se zklamáním může někdy vyprovokovat pochybnosti, které v případě, že nejsou vysloveny, znamenají trvalou emocionální zátěž. Souvislost mezi partnerským vztahem a vznikem PPD je velká. Konfliktní vztah s manželem – otcem dítěte, nedostatečná výpomoc v domácnosti a péče o dítě z jeho strany, komunikační problémy, nezájem, neochota, výčitky, nepochopení, necitlivost, všechny tyto faktory můžou podpořit vznik PPD. Vztah bývá často zatěžován i tím, že manželé nemají dostatek času,

⁸⁷ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004, s. 112-116.

⁸⁸ Tamtéž, s. 136.

aby spolu nerušeně něco podnikli nebo si popovídali. Nevyslovené věci se hromadí. Malé dítě zabírá v rodině hodně prostoru, je to zkouška zralosti obou rodičů. To, co je spojuje, je zároveň rozděluje – jejich společné dítě. Spojení matky a dítěte je vnímáno na celém světě jako neměnný biologický základ, ale spojení otce a dítěte se liší v závislosti na kultuře. Svobodné rozhodnutí přijmout otcovství vyžaduje rozvahu a odstup od konzumního způsobu myšlení.⁸⁹

6.2.2 Rizikové faktory pro vznik PPD z odborného hlediska porodnictví

Zatížená psychiatrická anamnéza – depresivní porucha u pokrevních příbuzných, anamnéza poporodní psychózy. U 30 % žen, které někdy v životě prodělaly předchozí epizodu deprese, se může rozvinout PPD. U 52–60 % žen, které prodělaly po jednom porodu PPD, se může onemocnění rozvinout opakovaně.⁹⁰

Psychosociální faktory – zde můžeme zařadit velké množství faktorů. Psychologická nepřipravenost na mateřství, nechtěné těhotenství, partnerské problémy, nedostatečná sociální podpora, negativní životní události, nepříznivá ekonomická situace. Avšak matky v šestinedělí pociťují, že jim nejvíce záleží na podpoře partnera. Manžel/partner je považován za nejdůležitějšího pomocníka novopečené maminky v rodině. To na muže klade vysoké nároky, jeho psychika reaguje jinak než psychika ženy po porodu.

Porod – „*Australská studie D. Hay uvádí sedmkrát vyšší riziko vzniku PPD u žen, které podstoupily akutní císařský řez.*“⁹¹

Somatické onemocnění

6.2.3 Léčba poporodní deprese

Léčba poporodní psychózy může být prováděna různými způsoby, záleží na stupni závažnosti onemocnění a na tom, do jaké míry psychický stav ohrožuje kvalitu života matky a jejího dítěte. Zde zdůrazňuji (tak jako i v celé práci) psychologický pohled a přístup na danou problematiku.

⁸⁹ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004, s. 132, 142.

⁹⁰ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie - porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008, s. 91.

⁹¹ Tamtéž.

Velkou překážkou při zahájení léčby poporodní deprese jsou překvapivě samy nemocné ženy a hlavně jejich okolí. Stále totiž platí, že návštěva psychiatra a psychologa je vnímána jako společenské stigma.

„Při depresi, nebo při pouhém podezření na ni, by měli všichni táhnout za jeden provaz a přesvědčit pacientku o nutnosti řádného vyšetření a odpovídající léčby,“ říká psychiatr Radkin Honzák.⁹²

Největší chybou je, že okolí pacientky její potíže zlehčuje a bagatelizuje. Na matku, která po porodu prožívá depresi, se tak dívají jako na línou a neschopnou.

Rady pro okolí pacientky:

- V žádném případě její stav nezlehčujte.
- Zapomeňte na rady, že se má vzchopit a nebyť líná. Tím jí ještě více ublížíte.
- Už při pouhém podezření na poporodní depresi zajistěte lékařskou pomoc.
- Pomáhejte s péčí o dítě, jak je to jen možné.
- Buďte s ní.

Poporodní deprese je léčitelná a dá se dobře zvládnout. Jakmile je včas zahájena léčba, pacientčin stav se zlepší a ona je schopná se normálně starat o své dítě. Lehčí případy deprese jsou v současnosti schopni léčit už i praktičtí lékaři, pouze těžší případy patří do rukou psychiatra. Obvykle ale stačí ambulantní léčba, kdy pacientka dochází na kontroly k lékaři a užívá farmakologickou léčbu.⁹³

Psychoanalýza v léčbě deprese

Psychoanalýza se zaměřuje na zjištění vnitřních sil podílejících se na vzniku deprese. Přesněji se zaměřuje na zjištění konfliktů, které osoba trpící depresí zažila v raném dětství či mládí a které se neustále hlásí o slovo formou depresivní nálady.

S. Freud se domnívá, že deprese je zlost, která nebyla ventilovaná. Neprojevila se navenek, protože byla vnitřní silou dotyčné osoby, obranným

⁹² Srov. HAMPLOVÁ, L. *Jak zvládnout poporodní depresi?* Dostupné na: <http://www.vitalia.cz/clanky/jak-zvladnout-poporodni-depresi/> , otevřeno 22. 2. 2011.

⁹³ Tamtéž.

psychickým mechanismem, zadržena. Tato síla, toto vnitřní napětí z nevyřešeného konfliktu, se obrátilo dovnitř, do nitra, do duše nemocného člověka. Tak se mohlo stát, že tato osoba byla zároveň milována i nenáviděna. Zmíněné napětí nebylo v dětství či mládí uspokojivě vyřešeno, a tak se objevuje i v dospělosti.⁹⁴

Psychoanalytická léčba trvá poměrně dlouhou dobu. Pacientka dochází k terapeutovi denně i po několik týdnů. Terapeut se snaží objevit neodreagovaná vnitřní napětí, konflikty a frustrace – neuspokojené tužby a přání z mládí. Snaží se o jejich odeznění, uvědomění si a ventilaci.

„Autoři Earnie Larsen a Cara A. Macken (1996) při psychoanalytické léčbě kladou důraz na základní potřeby člověka, kterými jsou potřeba lásky a potřeba společensko-sociálního přijetí. Cítí-li pacientka, že tato potřeba není uspokojována, chápe to jako nespravedlnost. Na tuto ztrátu reaguje zlostí. Následuje pocit osamění, sníženého sebevědomí, sebehodnocení a nerozhodnost. Celý tento řetězec vrcholí plně rozvinutou depresí.“⁹⁵

Kognitivní psychoterapie

Jedná se o poměrně krátkodobé léčení, které poskytují specializovaní psychologové. Tento druh léčby mohou využívat lidé s mírnou formou deprese, ale i lidé blízcí těm, kteří depresi prožívají. Využívá se přátelského kontaktu dvojice či malé skupiny lidí. Nejedná se o zcela volný kontakt, ale o kontakt, který moudře využívá poznatků kognitivní psychologie se záměrem pomoci tomu, kdo se propadá do deprese.

Kognitivní psychoterapie se nezabývá minulostí, tím, co se odehrálo v dětství. Je zaměřena na současný způsob myšlení a jednání. Cílem kognitivní psychoterapie je u pacientky nastolit změněný způsob myšlení. V depresi se pacientka propadá do negativního způsobu myšlení a stav deprese se ještě více prohlubuje. Změna nastává tehdy, když je pacientka schopná přijmout nové představy, názory, přesvědčení, postoje a očekávání, zkrátka „zdravý“ způsob myšlení.⁹⁶

⁹⁴ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, s. 142.

⁹⁵ Tamtéž.

⁹⁶ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, s. 143-144.

Psychoterapie uznává obtížnost depresivních nálad a emocí, avšak svou pozornost zaměřuje na způsob myšlení, na to jak pacientka vnímá sebe sama, jaký má postoj k tomu, co slyší, vidí a sama dělá, jaké je její přesvědčení. Cílem kognitivní psychoterapie je „naučit“ ženy s depresí „zdravěji žít a zdravěji myslet.“ Termín „naučit“ je na místě, protože psychoterapie se domnívá, že mnohé, s čím se setkáváme při zrodu a léčení deprese, je v podstatě naučením a odnaučením.⁹⁷

Skupinová psychoterapie

Tuto podpůrnou formu psychoterapie dnes poskytují mnozí psychologové, psychoterapeuti, porodní asistentky, zdravotní sestry, atd.

Skupinová psychoterapie není zaměřena na kauzální – příčinnou léčbu deprese, nicméně kladně ovlivňuje celkový psychický stav pacientky. Velkým kladem pro účastníky skupinové psychoterapie je, že mají možnost ventilovat své pocity, těžkosti a problémy ve skupině. Setkají se s jiným viděním světa, slyší jiné názory, postoje, představy a očekávání nežli vlastní, což může pomoci k celkovému zlepšení psychického stavu.⁹⁸

6.3 Poporodní psychóza

„Poporodní psychotické onemocnění, dříve nesprávně označováno jako laktační psychóza (s laktací nemá nic společného), je nejzávažnějším psychickým onemocněním, které může vzniknout po porodu. Vzniká zpravidla v prvních týdnech po porodu.“⁹⁹ Touto závažnou chorobou onemocní v průměru jedna matka z tisíce.

Poporodní psychóza u matky může vést k nekontrolovatelnému chování, včetně nevědomého ublížení novorozenci, myšlenkám na sebevraždu a vraždu dítěte. V těchto případech je nutná léčba na psychiatrické klinice a farmakoterapie.¹⁰⁰

⁹⁷ Srov. tamtéž.

⁹⁸ Srov. tamtéž, s. 146.

⁹⁹ RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie - porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008, s. 92.

¹⁰⁰ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004, s. 13.

Při poporodní psychóze žena ztrácí kontakt s realitou, například neví, jak se jmenuje, jaký je den a podobně, dále může trpět halucinacemi, bludy a ztrácí schopnost pečovat o dítě.

Poporodní psychózou jsou ohroženy hlavně ženy, které trpěly už před porodem nějakým psychickým onemocněním, depresí nebo například schizofrenií. Ty by měly být důsledně kontrolovány. Také ženy, které již po jednom porodu trpěly poporodní psychózou, mají zvýšené riziko vzniku tohoto onemocnění a měly by být rovněž pod kontrolou.¹⁰¹

Psychické problémy mohou být způsobeny výrazným poklesem hladiny hormonů po porodu. Účinek kolísání hladiny hormonů znají ženy ze života také například jako premenstruační syndrom nebo depresivní stavy v průběhu těhotenství, v poporodním období však hladina hormonů v krvi klesá drasticky.

Rozdělení poporodní psychózy podle symptomů:

1. Amentní psychózy: „*mají náhlý začátek a značně bouřlivý průběh; silný neklid a rozrušení, konfuzní mluvení a jednání, výrazné paranoidní a halucinační rysy, pacientky jsou ohroženy nebezpečím sebepoškození s kompletní následnou amnézií.*“¹⁰²

2. Manické psychózy: „*pacientky netrpí velkou zmateností. Psychicky jsou nadnesené až entuziastické, odblokované, megalomanské. Zpočátku netrpí zastřeným vědomím, ale je možný pozdější přechod v amentní formu psychózy.*“¹⁰³

Obě formy mají relativně dobrou prognózu při dlouhodobé léčbě, která může trvat 2 a více měsíců. Tyto formy postihují především prvorodičky, mizí obvykle náhle a nezanechávají trvalé následky, neopakují se s další graviditou, je pouze zvýšené nebezpečí vzniku deprese v klimakteriu.¹⁰⁴

¹⁰¹ Srov. *Laktační psychóza*. Dostupné na: <http://www.vitalia.cz/katalog/nemoci/laktacni-psychoza/>, otevřeno 29. 1. 2011.

¹⁰² ČECH, E. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 278.

¹⁰³ Tamtéž.

¹⁰⁴ Tamtéž.

3. Endogenní depresivní a schizofrenní formy: „mají značně horší prognózu. Častá je recidiva v dalším šestinedělí, 24% u schizofrenní formy a 50% u maniodepresivity.“¹⁰⁵ Tyto formy vznikají po 4. dni šestinedělí. Příznaky se začínají objevovat až při propuštění z porodnice. Při endogenních depresích ženy mívají pocit bezmoci, neschopnosti starat se o dítě, mají problém s běžnými životními problémy. Začátek je mírný, ženy působí spíše jako přehnaně starostlivé, opakovaně se dotazují na běžné zdravotní problémy. Onemocnění bývá provázeno poruchou laktace. Žena je plačtivá, zejména po ránu apatická, trpí nespavostí, může se objevit i nebezpečný paranoidní stav, kdy žena může poškodit sebe i své dítě.

Rizikové faktory:

- psychiatrické onemocnění v anamnéze,
- obtížný nebo operační porod,
- patologický průběh těhotenství,
- partnerské a rodinné problémy,
- somatická patologie šestinedělí – infekce a jiné.

Léčba

Terapie se uskutečňuje podobně jako u jiných psychotických onemocnění. Může být indikována farmakoterapie neuroleptiky – např. Eglonyl, Orap, při této léčbě se mohou objevit nežádoucí účinky jako je hypotenze nebo extrapyramidové reakce. Při nižším stupni zmatenosti a neklidu se indikují benzodiazepinové trankvilizéry, jako např. Diazepam, Oxazepam, Nitrozepam. Laktace se zastavuje pouze v případě, kdy psychofarmaka prostupují do mléka a hrozí intoxikace novorozence farmaky.

„U rizikových typů žen se doporučuje profylaktické podávání psychofarmak po porodu, zástava laktace však není nutná, ženy ji vnímají spíše negativně. Rozhodně je potřebná psychosociální podpora celé rodiny.“¹⁰⁶

¹⁰⁵ RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie - porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008, s. 92.

¹⁰⁶ Tamtéž.

EMPIRICKÁ ČÁST

Narození dítěte a nová mateřská role bývají pro ženu, která rodí poprvé, novým druhem prožitku. Každé dítě, které žena porodí, je jinou zkušeností, jinou situací, protože každé dítě se narodí do jiného životního období ženy. Přechod do mateřství je hluboce usazen v životní zkušenosti ženy, je průsečíkem z psychologického, biologického, ale i sociálního hlediska. Přijetí mateřství je základní částí ženské identity. Prožívání těhotenství a období po porodu mohou ovlivnit nejen vztah k narozenému dítěti, ale navodit změny ve vzájemném vztahu s partnerem a celou rodinou. Proto jsem se rozhodla zmapovat psychické a pocitové změny u žen, které prožily poporodní depresi. Empirická část navazuje na část teoretickou, se kterou velmi úzce souvisí.

7 VÝZKUM

7.1 Cíle výzkumu

V dnešní době existuje velké množství literatury a jiných zdrojů týkajících se informací pro maminky, které čekají dítě. Většina autorů zaměřuje pozornost na průběh těhotenství, přípravu k porodu a na samotný porod. Nicméně velká část lidí považuje období po porodu za krásné, bezproblémové, naplněné štěstím, radostí a vychutnáváním si pocitů mateřství. Bohužel je jen málo dostupné literatury, která by informovala o psychických komplikacích, které mohou nastat právě v období šestinedělí a po něm.

Cílem výzkumu mé diplomové práce je poukázat na problematiku poporodní deprese. Zaměřuji pozornost na její prožívání a na faktory, které měly největší vliv na spuštění celé řady tíživých pocitů a rozvinutí příznaků PPD. Diplomová práce společně s výzkumem má přispět k větší informovanosti odborné, ale i laické veřejnosti o existenci a závažnosti prožívání poporodní deprese. Má informovat o možnostech její léčby a zvládnutí tohoto náročného období, které je poznamenáno velkou psychickou zátěží jak pro matku, tak i pro celou její rodinu. Cílem výzkumu bude také pokusit se vidět svět očima ženy – matky, která se nachází ve velmi těžkém a rozporuplném emočním stavu.

V empirické části zaměřuji pozornost na životní příběhy maminek, které na vlastní duši a tělo pocítili bolest, úzkost, strach, obavy, pocity méněcennosti a neschopnosti postarat se o vlastní dítě v tomto psychicky náročném období po porodu. Chci poukázat na faktory, které byly největším spouštěčem poporodní deprese. Neméně důležitým faktorem, který má vliv na prožívání PPD, je vztah ženy s manželem či partnerem.

Výzkum přinese podrobné informace o průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí jednotlivých maminek. Největší pozornost ve výzkumu je zaměřena na pocity, jež prožívaly maminky, u kterých se plně rozvinula PPD a musely podstoupit farmakologickou léčbu s případnou hospitalizací na psychiatrické klinice.

7.2 Výzkumné otázky

Zde uvádím výzkumné otázky, které jsou zformulovány tak, aby pomohly zmapovat, zda se stanovené cíle výzkumu podařilo naplnit.

1. Jaký vliv má na vznik poporodní deprese průběh těhotenství, porodu, šestinedělí a rodinná či osobní anamnéza?
2. Jaký vliv má přítomnost partnera u porodu na emoční pohodu rodičky?
3. Jaký vliv má chování zdravotnického personálu na psychické prožívání šestinedělí?
4. Jak je zajištěna psychologická pomoc maminkám s poporodní depresí?
5. Jaký vliv má kvalita vztahu mezi ženou a manželem/partnerem na prožívání těhotenství, porodu a poporodního období?

7.3 Metoda výzkumu

Pro řešení zkoumané problematiky jsem použila **kvalitativní výzkum**. „Jedná se o proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumáním daného lidského problému.“¹⁰⁷ Tuto formu výzkumu jsem zvolila proto, že problematiku poporodní deprese nechci pouze popsat, ale chci proniknout hlouběji do psychického a emočního stavu, ve kterém se jednotlivé respondenty v období prožívání PPD nacházely. Prostřednictvím kvalitativního

¹⁰⁷ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, s. 50.

výzkumu dochází k nenumerickému šetření, k interpretaci emočního rozpoložení žen a k odkrytí významu sdělovaných informací. Kvalitativní výzkumná metoda byla použita z několika důvodů. Je nutné vyhovět požadavkům otevřenosti, navodit pocit důvěry a dodat bohatost a hloubku. Kvalitativní metody kladou důraz na subjektivní prožitek a interpretaci psychického stavu.

Prožitek jako bezprostřední vnitřní, intimní a intuitivní zkušenost je z vědeckého hlediska možný pouze za pomoci introspekce. Introspekce je zkoumání vlastní mysli, je to vždy pohled na sebe sama zvenku. „*Výpověď o prožitku pramení z přirozené zkušenosti, a pokud se používá běžný jazyk, mluvčí i posluchač se můžou o tuto vnitřní zkušenost opřít a nevdí jim, že výroky nelze dokazovat ani ověřovat, lze s nimi nanejvýš souhlasit a pokusit se do nich vcítit a pochopit je.*“¹⁰⁸

7.4 Použité metody

Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturované interview (rozhovor) je vůbec nejrozšířenější metodou interview, dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview. Při této metodě je vytvořeno určité schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma má zajistit, že se skutečně dostane na všechna témata, která jsou pro tazatele zajímavá. Je na tazateli, jakým způsobem a v jakém pořadí získá informace, které osvětlí daný problém. Tazateli zůstává volnost přizpůsobit formulaci otázek podle času, situace a atmosféry rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor pomáhá udržet zaměření na dané téma, ale dovoluje také dotazovanému uplatnit vlastní zkušenosti a perspektivy.¹⁰⁹

Na začátku výzkumu jsem si připravila schéma rozhovoru, sestavila jsem si seznam, který obsahoval otázky týkající se zkoumaných jevů. Polostrukturovaný rozhovor se skládal z pěti otázek zjišťujících demografické údaje, jako jsou věk, vzdělání, počet dětí, rodinný stav a prostředí, ve kterém respondentky žijí. Čtyři otázky jsou zaměřeny na zjištění rodinné a gynekologické anamnézy jednotlivých respondentek. Tři otázky se zabývají prožíváním období těhotenství, devět otázek

¹⁰⁸ MIOVSKÝ, M., ČERMÁK, I., ŘEHAN, V., *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku III*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, s. 167.

¹⁰⁹ Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, s. 174.

se týká samotného porodu, jeho průběhu a prožívání. Dalších šest otázek se týká poporodního období a šest otázek zjišťuje prožívání poporodní deprese. Poslední dvě otázky jsou zaměřeny na změny ve vzájemném vztahu obou partnerů. Otázky byly stanoveny tak, aby dávaly možnost rozvinout odpovědi žen. Celkem tedy respondentky odpovídaly na třicet tři otázek.

Schéma k polostrukturovanému rozhovoru

Demografické údaje:

1. Věk.
2. Nejvyšší ukončené vzdělání.
3. Počet dětí.
4. Rodinný stav.
5. S kým žije ve společné domácnosti.

Výzkumné otázky týkající se rodinné a gynekologické anamnézy:

1. Výskyt psychického nebo psychiatrického onemocnění v rodině – vyskytlo se ve vaší rodině nějaké psychické či psychiatrické onemocnění? Léčila jste se někdy vy sama s depresí? Máte sklon k psychické labilitě, plačtivosti?
2. Jakým způsobem zvládáte zátěžové situace?
3. Jaký je váš vztah s matkou? Jaký máte vztah se sourozenci?
4. Gynekologická anamnéza: kolikrát jste byla těhotná? Počet porodů, samovolných potratů, interrupcí?

Výzkumné otázky týkající se období těhotenství:

1. Bylo vaše těhotenství chtěné? Otěhotněla jste spontánně? Plánovala jste těhotenství?
2. Jaké bylo vaše těhotenství ze zdravotního hlediska? Bylo fyziologické, bez potíží, nebo se objevily nějaké zdravotní komplikace a nutnost hospitalizace?
3. Kde jste získala informace týkající se těhotenství a porodu? Navštěvovala jste v těhotenství předporodní kurzy? Jakým přínosem pro vás příprava byla?

Výzkumné otázky týkající se porodu:

1. Kde a kdy jste rodila?
2. Příkladala jste význam výběru porodnice nebo místa, kde budete rodit?
3. Jakým způsobem jste rodila? Jaký byl celkový průběh vašeho porodu?
4. Byla jste spokojená s přístupem zdravotnického personálu v porodnici?
5. Co vám u porodu nejvíce pomáhalo a povzbuzovalo vás?
6. Byl s vámi u porodu partner? Jak jste prožívala jeho přítomnost? Bylo to pro vás pozitivní či naopak negativní? V čem to pro vás bylo pozitivní a v čem negativní?
7. Kdy jste poprvé uviděla svoje dítě? Jaké jste u toho měla pocity?

Výzkumné otázky týkající se období po porodu:

1. Kdy jste začala kojit, jak dlouho, jak působilo kojení na váš vztah s miminkem?
2. Měla jste nějaké problémy s kojením? Jestli ano, jaké?
3. Jak jste prožívala období strávené na oddělení šestinedělí? Vnímala jste nějak zásadně nepřítomnost partnera v tomto období?
4. Kdo vám pomáhal s péčí o dítě a domácnost po příchodu z porodnice domů?
5. Co vás nejvíce po návratu z porodnice těšilo?
6. Co pro vás po návratu z porodnice bylo největším problémem?

Výzkumné otázky týkající se rozvoje poporodní deprese:

1. Kdy se u vás po porodu objevily první příznaky psychické změny? (zvýšená plačtivost, podrážděnost, zloba na dítě, partnera, pocit neschopnosti postarat se o dítě a domácnost, pocity méněcennosti, myšlenky na sebevraždu atd.)
2. Jak jste se rozhodla řešit psychickou nepohodu? Řekla jste někomu, co prožíváte, rozhodla jste se navštívit psychologa nebo psychiatra? Kdy?
3. Musela jste po porodu užívat nějaké léky na psychiku, antidepresiva apod.?
4. Jak dlouho trvaly příznaky poporodní deprese? Co jste s tím dělala?
5. Kdo pro vás byl největší oporou a co vám nejvíc pomohlo v tomto náročném období?

6. Co byste doporučila ostatním maminkám, které mají podobné potíže?

Výzkumné otázky týkající se vzájemného vztahu s partnerem po porodu:

1. Změnil se od porodu do současné doby váš vztah s partnerem? Pokud ano, ve které oblasti a jak?
2. Jakou roli sehrál váš partner v období, kdy jste prožívala poporodní depresi nebo psychózu?

Při přípravě na rozhovor jsem věnovala pozornost nejen obsahu rozhovoru, ale taky jeho průběhu. Snažila jsem se vytvořit pro rozhovor příjemnou atmosféru, získat si důvěru žen, které mi líčily svoje osobní bolestné zkušenosti s poporodní depresí. Na začátku rozhovoru byli všechny respondentky seznámené s cílem a účelem, pro který budou jejich odpovědi použité, byly také seznámeny s obsahem otázek, na které budou odpovídat. Nicméně jsem nemohla předpokládat, že respondentky budou hned na začátku rozhovoru ochotné mluvit o psychicky i fyzicky těžkém období bez ostychu, a snažila jsem se na úvod rozhovor směřovat na obecnější témata o jejich životě, o bydlení, o městě nebo obci, ve kterém žijí atd. Poté co se respondentky rozpovídaly, začala jsem klást otázky z předem připraveného schématu.

Metoda sněhové koule – snowball sampling

Metoda sněhové koule je založena na kombinaci účelového výběru a prostého náhodného výběru. „*Základním východiskem pro aplikaci metody je získání kontaktu s první vlnou či „generací“ účastníků výzkumu.*“¹¹⁰

Tato metoda je určena k získávání nových respondentů na základě procesu postupného nominování dalších osob, které splňují stejná kritéria. Vlastní proces výběru začíná u jednoho nebo více jedinců, s nimiž je provedeno interview, přičemž jsou požádáni, aby doporučili další osoby splňující příslušná kritéria, a zprostředkovali s těmito osobami kontakt, budou-li souhlasit. Výběrový proces se tak rozrůstá prostřednictvím napojení na další jedince. Hlavním důvodem pro

¹¹⁰ MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 131.

uplatnění této metody je navázat kontakt s výběrovým souborem, který je za těchto podmínek rozsáhlejší a heterogennější.¹¹¹

Obsahová analýza

Obsahovou analýzu lze chápat jako velmi široké spektrum dílčích metod a postupů sloužících k analýze jakéhokoli textového dokumentu s cílem objasnit jeho význam, identifikovat jeho stylistické a syntaktické zvláštnosti, případně určit jeho strukturu. Samotnou obsahovou analýzu lze kombinovat s jakoukoli jinou metodou získávání a analýzy dat. Velmi často se tak děje například s metodou pozorování, rozhovorem či ohniskovou skupinou atd.¹¹²

Při využívání metody obsahové analýzy ve výzkumu je důležité ujasnit si, zda budeme pracovat pouze se základním rámcem tzv. **manifestní obsahové analýzy** nebo s tzv. **interpretativní obsahovou analýzou**, tj. analýzou zkoumající také implicitní významy skryté v textu či jeho formě. V následujícím výzkumu bude použita manifestní obsahová analýza.

Základní postup při aplikaci obsahové analýzy je rozdělen do několika základních fází:

- Definice a identifikace vhodných dokumentů pro zamyšlenou obsahovou analýzu.
- Fáze shromažďování základních jednotek.
- Tvorba systému kategorií a těmto kategoriím odpovídajících kódů.

„V rámci analýzy dat se můžeme pohybovat v mezích daných několika analytickými metodami (například metoda vytváření trsů, metoda kontrastů a srovnávání, metoda prostého výčtu), nebo se můžeme pustit do kvalitativní analýzy dle zakotvené teorie, případně jiného typu kvalitativní analýzy.“¹¹³

Metoda vytváření trsů

Metoda slouží k seskupování a konceptualizaci určitých výroků, ze kterých se následně vytvářejí skupiny (trsy) např. podle rozlišení určitých jevů, místa, případů atd. Tyto skupiny by měly vznikat na základě vzájemné podobnosti mezi

¹¹¹ Srov. HARTNOLL, R. et al. *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule (Snowball Sampling)*. 1. vyd. Příbram: Rada Evropy, 2003, s. 31.

¹¹² Srov. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 238.

¹¹³ Tamtéž, s. 241.

identifikovanými jednotkami. Společným znakem takového trsu může být tematický překryv, tj. když se ve výrocích respondentek vyhledají všechny pasáže, týkající se jednoho úzce ohraničeného tématu.

Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny je asociováno s určitými opakujícími se znaky, určitým charakteristickým uspořádáním. Základní princip této metody je postaven na srovnávání a seskupení dat.¹¹⁴

7.5 Výzkumný vzorek

Výzkum je zaměřen na ženy, které prožily nebo prožívají poporodní depresi či psychózu v různém stupni intenzity. V průběhu celého výzkumu bylo osloveno dvacet pět žen, z nich se deset aktivně účastnilo výzkumu a souhlasilo s uskutečněním rozhovoru. Výzkumu se účastnily ženy s jedním až čtyřmi dětmi. Věk respondentek je od 28 do 38 let. Sedm žen je vdaných a žijí společně se svým manželem a dítětem nebo dětmi. Jedna respondentka je rozvedená a žije s přítelem a třemi dětmi, dvě respondentky jsou svobodné. Jedna žije se svými rodiči a jedna žije s partnerem. Jména respondentek jsou smyšlená, aby byla zachována anonymita skutečných osob.

Z deseti žen, které se účastnily výzkumu, šest rodilo spontánně (vaginálně), tři císařským řezem a jedna maminka rodila poprvé spontánně a druhý porod byl ukončen akutním císařským řezem pro hypoxii plodu.

¹¹⁴ Srov. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 221.

Tabulka 1. Základní charakteristika výzkumného vzorku

Jméno	Věk	Vzdělání	Stav	Komplikace v těhotenství	Porod	Počet dětí	S kým žije
Magda	37	SŠ s maturitou	vdaná	ANO	Spont.	1	S manžel.
Jitka	34	SŠ s maturitou	vdaná	ANO	Spont.	1	S manžel.
Daniela	33	VŠ	vdaná	Ne	SC.	1	S přítelem
Jana	35	SŠ s maturitou	vdaná	Ne	Spont.	4	S rodinou
Kamila	30	SŠ s maturitou	vdaná	Ne	SC.	1	S rodiči
Petra	34	SŠ bez maturity	rozvedená	Ne	Spont.	3	S rodinou
Markéta	28	SŠ s maturitou	svobodná	ANO	SC.	1	S rodiči
Hana	32	VŠ	vdaná	ANO	Spont.	1	S manžel.
Zuzana	38	SŠ s maturitou	vdaná	Ne	Spont., SC.	2	S rodinou
Eva	29	SŠ bez maturity	svobodná	Ne	Spont.	1	S přítelem

7.6 Sběr dat

Výzkum je založen na analýze rozhovorů vedených s 10 ženami v období od září 2010 do ledna 2011. Svou pozornost jsem zaměřila na ženy, které prožily nebo ještě stále prožívají poporodní depresi či psychózu. Pro sběr dat jsem se rozhodla použít metodu **sněhové koule (snow-ball sampling)**. Zpočátku jsem oslovila potenciální účastnice rozhovoru především z okruhu mých známých, kontaktovala jsem své kamarádky, o kterých vím, že už mají jedno či více dětí, ty dále oslovily své kamarádky a známé. Poskytly mi kontakty na potenciální účastnice výzkumu. S těmi jsem se snažila navázat kontakt (zvláště přes e-mail) a požádat je o realizaci rozhovoru. Maminky byly informované o celém průběhu rozhovoru a o mé osobě. Po vyčerpání možností získávání respondentek z okruhu mých známých jsem se rozhodla oslovit neznámé ženy prostřednictvím komunikace na internetu. Vyhledala jsem si diskuzní fóra na téma poporodní deprese a oslovila maminky, které mají vlastní zkušenost s prožíváním poporodní deprese. Navštívila jsem servery www.rodina.cz, www.emimino.cz, www.mimibazar.cz.

Po získání všech kontaktních údajů jsem respondentky požádala o rozhovor. Domluvily jsme si místo a čas schůzky. Většina setkání proběhla na

klidném místě, které jsme zvolily po společné dohodě. Rozhovory ve většině případů proběhly v prostředí příjemné a útulné kavárny či čajovny nebo v parku za příznivého počasí. Schůzky proběhly většinou v odpoledních nebo večerních hodinách, kdy bylo zajištěné hlídání dětí manželem či jinou blízkou osobou. Celý rozhovor trval 1–2 hodiny. Odpovědi respondentek byly nahrávány na diktafon a následně přepisovány do písemné elektronické podoby. Všem maminkám jsem před uskutečněním schůzky poslala schéma polostrukturovaného rozhovoru v elektronické podobě, aby věděly, jakým směrem se bude rozhovor ubírat. Všechny účastnice výzkumu byly z Olomouckého kraje. Jelikož mám flexibilní pracovní dobu, mohla jsem za maminkami přijet do místa jejich bydliště.

Setkání s maminkami na mě působilo velmi příjemně. Ačkoliv jsem pociťovala, že dané téma je velmi citlivé a bolestné, maminky se nestyděly o něm mluvit. U některých respondentek jsem zaregistrovala (a dostalo se mi i stejné zpětné vazby), že rozhovor měl jistý terapeutický účinek. Byly rády, že se mohly i po dlouhé době od porodu opět vyprávět. Při loučení mi více maminek poděkovalo a potvrdilo, že pociťují jistý druh úlevy „na duši“.

V průběhu rozhovoru byla výhodou má profese porodní asistentky. Maminky mi s důvěrou sdělovaly i velmi podrobné informace týkající se jejich zdravotního stavu (gynekologických problémů), které nebyly předmětem interview. Myslím, že i tím jsem si získala jejich nadšení pro spolupráci.

8 ANALYTICKÁ ČÁST

Následující část práce tvoří analýza deseti rozhovorů s maminkami, které prožily nebo stále prožívají poporodní depresi či psychózu. Při analýze kvalitativních dat byl proveden rozbor osmnácti odpovědí respondentek. Byly porovnávány všechny rozhovory a byly vyčleňovány podobné nebo protikladné jevy.

V empirické části následující kapitoly se nachází šest hlavních zájmu výzkumu, ve kterých zaměřuji pozornost na položené výzkumné otázky. Jednotlivé kapitoly na ně přinášejí odpovědi.

Vliv rodinné a osobní anamnézy

Otázka číslo 1: Výskyt psychického nebo psychiatrického onemocnění v rodině - vyskytlo se ve vaší rodině nějaké psychické či psychiatrické onemocnění? Léčila jste se někdy vy sama s depresí? Máte sklon k psychické labilitě, plačtivosti? Jakým způsobem zvládáte zátěžové situace?

Zatížená rodinná či osobní anamnéza může také ovlivnit vznik poporodní deprese. Zde uvádím odpovědi maminek, u kterých se v rodině vyskytuje nějaká forma psychického onemocnění či sami sebe posuzují jako citlivější povahy. **Hana** uvádí: „*Můj otec – maniodepresivní stavy, moje babička – maniodepresivní stavy, já také dost labilní, medikamentózně se neléčím. Zátěžové situace zvládám špatně, snažím se jim vyhýbat – klidné zaměstnání. Když něco přijde, trpím nespavostí, mám sklony k depresi. Pak to nějak vyřeším či překonám a čas vše vyléčí.*“ Respondentka **Jana** uvádí odpověď na první otázku: „*V rodině se nikdo s psychickými problémy neléčil, ale já sama jsem citlivější a labilnější a mívám stavy, kdy se mi chce moc plakat. Pokud jsem odpočatá a v dobré náladě, cítím se tak silná a schopná zvládnout cokoli. Ale v situaci, kdy jsem unavená a mám všeho už celkem dost, tak potom křičím hlavně na děti. Byly stavy, když jsem čekala naše poslední dítě, že jsem i plakala, až jsem se zalykala, jak jsem už nemohla.*“ Podobnou odpověď o své citlivější povaze udávají další tři maminky. **Magda** odpovídá: „*...já sama jsem zažila pocit deprese po rozchodu s prvním přítelem, dlouhou dobu jsem se z toho nemohla vyhrabat, nijak jsem se tehdy*

neléčila, ale zpětně si uvědomuji, že to byl stav, kdy by mi antidepresiva pomohly. Hodně jsem sportoval, a to mi pomohlo, neměla jsem zodpovědnost za nikoho jiného než za sebe. V naší rodině jsou problémy, moje matka se léčila rok a půl s depresí, brala léky a chodila na skupinovou terapii. Sesypala se po revoluci, taťka jí nebyl oporou. Moje teta bere taky antidepresiva, což jsem nevěděla, bere je proto, že je učitelka :-)) v rodině to určitě je.“ Respondentka **Jitka** odpovídá: „Moje mamina přišla do jiného stavu hned, jak se narodil starší brácha a rodina ji tlačila, ať jde na potrat, taťka to chtěl taky, tak šla a pak měla strašné psychické problémy, neunesla to, pořád si to vyčítala, o tom miminu se jí zdálo, měla hysterické záchvaty pláče a vzteku, pokusila se v létě utopit. Dali jí na psychiatrii a pak jezdila k nějakému psychiatrovi do Zlína, potom jí diagnostikovali neurózu. Bylo jí fyzicky špatně, namlouvala si, že nikam nedojde, že spadne, že nic nezvládne. Měla úzkostné stavy. Teď už je to lepší. A já zátěžové situace zvládám špatně. Jsem labilnější, všechno mě rozhodí...“

Ostatní maminky (dvě) neuvádí žádné psychické či psychiatrické onemocnění v rodině. Ony samy zvládají zátěžové situace dobře.

Otázka číslo 2: Jaký je Váš vztah s matkou?

Vztah mezi matkou a dcerou může mít také velmi zásadní význam v navazování vztahu mezi novopečenou maminkou a jejím novorozeným dítětem, proto považuji za důležité zmínit odpovědi respondentek. **Eva** popisuje svůj vztah s matkou následovně: „Moje matka je dost direktivní člověk, v dětství mě tak trochu terorizovala, musela jsem být ve všem perfektní. Vychovávala mě tvrdě, teď mám všechno v pořádku, manžel jako z cukru, dítě krásné, čisté, upravené, domácnost je vždy v pořádku, navařeno, uklizeno, ale pořád mám pocit, že jí nikdy nebudu stačit. Nikdy mě nedokázala pochválit a ani podržet. **Daniela** uvádí, „S mamkou jsme měly velké problémy v pubertě – dva roky nekomunikace, pak už normální vztah. Povahově jsme ale odlišné a o intimních věcech se nebavíme. Po porodu mi několikrát úžasně pomohla – hlavně s péčí o malou, když jsem měla zdravotní potíže.“ **Magda** popisuje: „...my s mamkou jsme takový dva kohouti, hodně na sebe narážíme. Moje mamka je mistr v překrucování věcí, vždy to otočí tak, jak jí to vyhovuje, myslím si, že náš vztah nikdy nebude úplně v pořádku.“

Kamila uvádí: „Můj vztah s matkou je dobrý. Někdy si rozumíme víc, někdy méně.“ Podobné odpovědi uvedlo dalších šest maminek.

Průběh těhotenství, porodu a šestinedělí

Otázka číslo 3: Bylo vaše těhotenství chtěné? Otěhotněla jste spontánně? Plánovala jste těhotenství?

Všech deset respondentek uvádí, že jejich těhotenství bylo chtěné a otěhotněly spontánně. Osm párů těhotenství plánovalo a tři maminky uvádí, že těhotenství nebylo plánované, ale příjemně je překvapilo. **Jana**, matka čtyř dětí, uvádí: *„První dítě bylo chtěné a plánované, druhé „přišlo“ tak nějak trochu dřív. Třetí také „přišlo“ trochu dřív, ale věděla jsem, že jej budu mít. Také čtvrté přišlo mimo plán, ale také jsem věděla, že přijde. Otěhotněla jsem vždy spontánně...“*

Otázka číslo 4: Jaké bylo vaše těhotenství ze zdravotního hlediska? Bylo fyziologické, bez potíží, nebo se objevily nějaké zdravotní komplikace a nutnost hospitalizace?

Šest respondentek uvádí, že průběh těhotenství byl bez komplikací, žádné potíže se u nich nevyskytly. Respondentka **Markéta** uvádí: *„Ano, byla jsem hospitalizovaná 2 měsíce v porodnici s podezřením na předčasný porod, žádná podpora partnera, jen stres po telefonu, zjistila jsem, že je lhář.“* **Hana** popisuje vliv hospitalizace a rizikového těhotenství takto: *„Na počátku těhotenství hospitalizace – podezření na mimoděložní těhotenství, nakonec se ukázalo jako uterální, bolesti byly způsobeny prasknutím cysty vně dělohy. Během těhotenství značné bolesti v kříži (i normálně mám potíže s páteří), ke konci těhotenství otoky nohou. Ve 4. měsíci zánět močových cest, od té doby doma na rizikovém, minimum vycházek, což jsem psychicky i fyzicky nesla špatně – nedostatek pohybu zhoršoval bolesti zad, sociální izolace a odloučení od mé rodiny a asociální soused zase působily na psychiku.“* **Jitka** popisuje průběh svého těhotenství následovně: *„...doma v noci mi začaly pravidelné stahy, byla jsem v pátém měsíci, tak jsme s manželem sedli do auta a jeli do porodnice. Tam mi píchli magnézko a řekli, že se to za pár dní spraví a můžu domů, ale týden si mě nikdo nevšímal a potom mě vyšetřil nějaký doktor a řekl mi, vy potrácíte! To byl pro mě strašný šok. Jak mi to řekl, tak jsem se zhroutila, sekla jsem tam sebou. Nasadili mi Gynipral a u toho jsem měla všechny nežádoucí účinky, byla to absolutní katastrofa. Já jsem se třásla, nemohla jsem spát, přes den ani v noci, strašně jsem se potila, klepala jsem se jak kripl, myslela jsem, že umřu. Měla jsem*

úzkosti, ale to jsem ještě nevěděla, co to je. Tlačilo mě na hrudi, nemohla jsem dýchat. Chtěla jsem, aby mi zavolali psychologa, řekli mi, že tam žádný teď není a že nemá ani čas. No a po třech dnech toho stavu jsem začala mít pocity, že to dítě nechci, že ho nenávidím v tom břichu, že ho nechci, ať umře, že chci potratit, pak zase, že ho chci. Bylo to strašné! Potřebovala jsem zachránit z této situace. Potom si mě manžel odvezl domů, ale až do porodu jsem měla rizikové těhotenství, nemohla jsem jíst, bylo mi pořád špatně. Tento strašný stav jsem dávala za vinu dítěti, které jsem čekala, takže jsem to děcko v sobě nenáviděla, ale nikomu jsem to neřekla, začala jsem přemýšlet o tom, že až se narodí, tak se o něho nebudu chtít starat. No ale nějak jsem to přežila až do porodu...“

Prožívání každého těhotenství je jiné, to potvrzuje i odpověď maminky **Petry**: „První proběhlo bez problémů. Druhé bylo díky mé psychické zátěži trochu komplikovanější, musela jsem více odpočívat. Třetí také bez problémů, jen tělo bylo unavenější, tak jsem musela více odpočívat.“

Otázka číslo 5: Kde jste získala informace týkající se těhotenství a porodu? Navštěvovala jste v těhotenství předporodní kurzy? Jakým přínosem pro vás příprava byla?

V dnešní době existuje velké množství literatury a jiných zdrojů, které poskytují vyčerpávající informace o celém průběhu těhotenství a porodu. **Zuzana** uvádí: „Hodně jsem přečetla v knihách, od pátého měsíce jsem navštěvovala těhotenský kurz. Kurz byl určitě přínosný, věděla jsem, jaké věci si na miminko pořídít, nacvičovaly jsme úchop dítěte a probíraly polohy při kojení, alternativní polohy při porodu.“ Podobné odpovědi uvedlo dalších osm maminek. **Jana**, maminka, která je zastánkyní přirozeného porodu, popisuje přípravu na své těhotenství takto: „Při prvním těhotenství jsem navštěvovala předporodní kurz, četla jsem knihy o přirozeném porodu, které mi poskytly praktické rady. Při třetím a čtvrtém těhotenství jsem navštěvovala svou dudu, a to mi bylo větším přínosem vzhledem k osobnímu a citlivému přístupu.“

Osm maminek navštěvovalo předporodní kurzy. Dvě maminky nenavštěvovaly kurzy, ale informace získávaly pomocí internetu a knih.

Otázka číslo 6: Příkladala jste význam výběru porodnice nebo místa, kde budete rodit?

Místo, kde se přivádí na svět nový život, je podle mého názoru důležité. Všechny maminky odpovídaly na otázku, jestli přikládaly význam výběru porodnice či místa porodu, kladně. Zjišťovaly si informace. Čtyři maminky porodnici, kde později rodily, navštívily v rámci předporodní přípravy. Jedna maminka rodila doma.

Otázka číslo 7: Jakým způsobem jste rodila? Jaký byl celkový průběh vašeho porodu?

Porod je jistě jeden z nezapomenutelných okamžiků v životě ženy, jeho průběh a atmosféra, která u porodního děje panuje, se zapisuje hluboko do vzpomínek. Některé ženy na porod vzpomínají rády, jiné by nejraději na všechno, co se dělo kolem porodu, zapoměly. **Hana** popisuje průběh svého porodu těmito slovy: *„Rodila jsem přirozeně, průběh byl asi standardní, od počátku kontrakcí porod trval 11 hodin, v porodnici jsem strávila poslední tři hodiny. Líbilo se mi, když jsem mohla být v gravitační poloze – stát zavěšená za manžela, kontrakce pak téměř nebolely. Vleže bolely hrozně, zejména v poloze na boku. Závěr porodu se nepovedl, poloha vleže s nadzvednutými zády násobila tlak na kostrč, bolest zad horší než porodní bolesti, zastavily se mi kontrakce, dítě nemohlo lehce ven, po porodu jsem ho neslyšela, neměla jsem ho na břichu, odsávali ho. Nesměla jsem se vzpínat na rukou a ulevit si tak od bolesti kostrče, protože jsem měla napíchný oxytocin.“* Maminka čtyř dětí, které se všechny narodily spontánně, **Jana**, popisuje své porody následovně: *„První porod byl vyvolávaný, zdlouhavý, únavný. Vše proběhlo naštěstí v pořádku a bez komplikací. Při druhém šlo o spontánní porod bez umělého oxytocinu, jen s jeho průběhem pomáhal doktor a to pro mě dost necitelným způsobem. Děťátko mělo pupečník kolem krku, ale vše v pořádku. Třetí porod proběhl velmi rychle, porodila jsem doma v kleče a do vany. Čtvrté dítě přišlo také tak rychle jako třetí za svitu svíček v klidu domova, byla jsem v kleče, opřená o židli....“* Respondentka **Zuzana**, matka dvou dětí popisuje své porody takto: *„První porod byl normální, ale hodně náročný, trval téměř 24 hodin. I když jsem byla hrozně vyčerpaná, tak jsem si hned to malý stvoření zamilovala. Samozřejmě jako prvorodička jsem byla hodně vyčerpaná*

a ze všeho vystrašená. Druhý chlapeček se mi narodil císařským řezem, což musím říct, že je horší než normální porod....“

Maminka **Magda** porodila v porodnici, ve které jí umožnili nerušený a alternativní průběh porodu, její syn se narodil při světle svíček a za zvuku tibetské mísy, sama tento zážitek popisuje: *„...bylo to všechno v souladu s porodním plánem, i syn přišel na svět ve tmě, rodila jsem na zemi na žíněnce a zezadu mně podpíral manžel.... bylo to krásné, po porodu mi nechali malýho na bříšku, zabalily nám ho do červených ručníků, placentu nechali odcházet hodinu a půl, takže super...“*

Jitka vzpomíná na svůj porod slovy: *„...já jsem měla porod jako procházku růžovým sadem. Byli jsme domluveni s doktorem, který mně bude rodit, dal mi tabletku na vyvolání, potom mi píchli epidural a všechno bylo super, nic mně nebolelo, porodila jsem asi za čtyři hodiny...“*

Odovědi na otázku o způsobu porodu uvádím i jako kvantitativní průzkum:

- 7 rodiček rodilo vaginálně,
- 3 rodičky rodily císařským řezem.

Otázka číslo 8: Co vám u porodu nejvíce pomáhalo a povzbuzovalo vás?

Respondentka **Petra** uvádí : *„...pro mě bylo největším povzbuzením vědomí, že přivádím na svět nový život, a má kamarádka...“* Podobnou odpověď uvádí také respondentka **Daniela**. Maminka **Magda** říká: *„...mně nejvíc pomáhala přítomnost dudy a manžela, stačila mi jejich přítomnost, věděla jsem, že moje dula to všechno prožívá se mnou, a to mi dávalo sílu....“* **Jana** popisuje: *„...při prvním porodu mi byla velkou oporou mladá sestřička, velmi laskavá a citlivá...“* Dalších šest maminek uvádí, že jim byl velkou oporou manžel, pomáhala jim jeho přítomnost.

Otázka číslo 9: Kdy jste poprvé uviděla svoje děťátko? Jaké jste měla u toho pocity?

Magda popisuje své pocity následovně: *„...viděla jsem ho hned, jak se narodil, on se na nás díval, byl to neskutečný pocit, manžel se rozplakal...byl to úžasný pocit, toto setkání s naším synem....“* **Eva** rodila spontánně a při porodu využila na zmírnění bolesti epidurální analgesii, když poprvé uviděla svojí dcerku,

říká: „...malou jsem viděla hned, přítel tam byl se mnou, bylo to skvělé a strašně dojemný, brečela jsem jak želva dojetím a zamilovala si ji, měla jsem malou u sebe a byla jsem ráda a spokojená...“ **Kamila**, maminka, která porodila císařským řezem předčasně svého syna, popisuje tyto pocity: „Když jsem ho poprvé viděla, byl tak maličký a křehký. Hrozně jsem se bála, jestli všechno zvládne a to i přesto, že mě doktoři přesvědčovali, že je naprosto zdravý...“ **Markéta**, maminka, která také porodila císařským řezem, uvádí: „...malou jsem poprvé uviděla po 3 hodinách, můj pocit byl krásný, vítala jsem se s ní, byla nádherná a hlavně moje...“ **Hana** porodila svoji dcerku spontánně a při vzpomínce na porod říká: „...uviděla jsem ji asi minutu či dvě po porodu, sestry mi dcerku ukázaly, když jsem ležela na porodním lůžku, byla už v něčem zabalená, moc krásná – nečekala jsem, že bude tak čistá a hladká. Sestry malou držely chvíli nade mnou, prosila jsem, ať vydrží ještě chvíli. Ač jsem byla velmi unavená, bylo mi líto, že jsem ji nedostala hned po porodu nahou na břicho a nemohla s ní být v kontaktu. Ten první kontakt bude navždy chybět...“ **Jana**, maminka čtyř dětí, popisuje své pocity: „Při prvním porodu hned, jak vyklouzlo. Leželo mi na bříšku, dívalo se na mě a bylo to tak nádherné a naplňující. Druhé se rodilo komplikovaněji a vůbec jsem ho neviděla. Jen jsem slyšela, jak pláče a já křičela na všechny okolo, ať mi dají mé dítě. Ten zážitek je ve mně tak zapsán, že mě to bolí i dnes. Třetí, doma narozené, ihned... a bylo to takové normální. Čtvrté jsem porodila na polštář a brala jsem je do rukou...bylo tak křehké, malé...byla jsem taková nemotorná, ale jinak to bylo moc krásné....“

Vliv přítomnosti či nepřítomnosti partnera u porodu

Otázka číslo 10: Byl s vámi u porodu partner? Jak jste prožívala jeho přítomnost?

Ve většině porodnic je již běžné, že je partner přítomný při porodu své ženy, pokud jsou oba dva rozhodnutí, že tuto chvíli stráví společně. Je nutné respektovat přání každého z páru. Maminky hovoří převážně o pozitivěch, z velké části jim stačila pouhá partnerova přítomnost. Také pocítují, že díky partnerovi se k nim zdravotnický personál choval lépe. **Hana** hovoří: „...já jsem moc ocenila přítomnost manžela, fungoval jako žebřiny či provaz (místní nemocnice je značně nevybavená) a zároveň jako velká psychická podpora – stačila jeho blízká

přítomnost a bylo mi lépe. Cítila jsem z něj příjemné teplo a přísun energie, i mezi kontrakcemi jsem chtěla, aby byl těsně blízko mě, jeho přítomnost byla velmi důležitá! Po porodu jsem tvrdila, že bych bez něj neporodila. Jeho přítomnost jsem vnímala pouze jako pozitivní, v ničem negativní. Snad jen, že měl být razantnější a prosadit, aby mi nezvedali lehátko při závěru porodu. Jinak byl úžasný. I kdyby tam jenom byl a nepomáhal mi fyzicky s polohami ve druhé době porodní, byla by jeho prostá přítomnost neocenitelná. A to jsme předtím váhali, jestli má u porodu být!“ Dalšíh pět maminek vyjadřuje podobný názor na přítomnost partnera u porodu. Ale ne vždy je přítomnost partnera u porodu vítaná a žádaná, i když se rozhodl být u porodu dobrovolně. Takovou zkušenost má maminka **Markéta** a říká: „...ano, byl, ale jeho přítomnost mi nedělala dobře...vůbec mi nepomohl, příště bych ho tam už nechtěla...“ **Jana** vzpomíná na přítomnost svého partnera u dvou porodů a říká: „...u prvních dvou porodů byl se mnou manžel, ale zbytečně. Nemohl mi nijak pomoci, byl spíše pozorovatelem. U dalších dvou (jiný tatínek) už jsem žádného nechtěla, protože porod vnímám jako ženskou záležitost...“

Chování zdravotnického personálu a jeho dopad na psychickou pohodu nevědky

Otázka číslo 11: Byla jste spokojená s přístupem zdravotnického personálu v porodnici?

Maminka **Jana** říká: „...při prvním porodu mi byla velkou oporou mladá sestřička, velmi laskavá a citlivá. Jinak nemocniční personál v porodnicích vnímám spíše negativně, vzhledem k tomu, co bych od něj očekávala a potřebovala...“

Hana se o chování zdravotnického personálu vyjadřuje následovně: „...přijímací sestra velmi nepříjemná, cítila jsem se na obtíž, porodní asistentky milé a vstřícné, doktor tam byl jen na chvílku – přístup normální. Po porodu jsem ale vůbec nebyla spokojena s tzv. děčkaři – většina otrávená, nevstřícná, jeden doktor vysloveně arogantní, člověk se musel doprošovat pomoci. Ženské sestry a příslušná část personálu byla velmi milá, ale ta zase neměla v kompetenci péči o dítě. Bála jsem se si na cokoliv zdravotního týkající se mé osoby stěžovat, abych nemusela zůstat v porodnici déle.“ Respondentka **Eva** vyslovuje svůj názor: „...v porodnici bylo vše

ok, nemůžu si na nic stěžovat, všichni byli moc milí a ochotní, hlavně porodní asistentky a sestřičky, s doktorama jsem se moc nesešla...“

Magda: *„...porodní asistentka mi vyšla vstříc ve všem, co bylo v její kompetenci, při porodu nerozsvěcovala, i když jsem na ní viděla, že sama je z mého přání překvapená a nejistá, ale velmi si vážím toho, že nám do porodu nijak nezasahovala, u porodu byla i moje dula, a to bylo skvělé...“*

Prožívání poporodní deprese

Otázka číslo 12: **Kdy se u vás po porodu objevily první příznaky psychické změny? (např. zvýšená plačtivost, podrážděnost, zloba na dítě, partnera, pocit neschopnosti postarat se o dítě a domácnost, pocity méněcennosti, myšlenky na sebevraždu atd.) Jak jste se rozhodla řešit psychickou nepohodu?**

Poporodní období představuje velmi náročnou situaci po fyzické, ale hlavně po psychické stránce, která je způsobena především hormonálními změnami a mnohými jinými faktory, které jsou uvedeny v teoretické části této práce.

Kamila popisuje svůj stav, který prožívala hned, jak se vrátila z porodnice domů, čili 7 dnů po porodu: *„Neustále jsem kontrolovala, jestli synovi něco nechybí. Děsilo mě, že se o něj špatně starám, a tak jsem propadala beznaději, že jsem špatná matka. Pravidelně jsem zažívala zdánlivě bezdůvodné záchvaty pláče, nemohla spát a ztratila chuť k jídlu. Pokaždé, když malý jen trošku zabřečel, lekla jsem se a přemýšlela, co jsem udělala špatně. Nejhorší bylo, když ho začalo bolet břicho a plakal v kuse celou hodinu. To jsem propadala zoufalství. Obávala jsem se totiž, že při péči o něj udělám nějakou chybu. Můj život se smrškl jen na pocity strachu a neustálé obavy. Cítila jsem vinu za to, že malý pláče. Všude jsem viděla šťastné maminky s usměvavými dětmi, a já v tomhle totálně selhávala. Vůbec jsem nebyla šťastná...“* **Zuzana** popisuje své pocity po druhém porodu, který proběhl císařským řezem: *„Už od prvního dne, kdy mě převezli na šestinedělí, a měla jsem malého u sebe, jsem měla zvláštní pocit. To dítě mi bylo naprosto cizí. Říkala jsem si, že se to časem srovná, přejde šestinedělí a bude dobře, ale ono se to po návratu z porodnice zhoršovalo. Ten cit tam nebyl. S přítelem jsme se začali pořád hádat, na staršího syna jsem měla vysoký nároky a o malého jsem se starala jen z povinnosti. Začala jsem rychle ubývat na váze,*

stále trpím nechutenstvím, jsem unavená, bez nálady, bez úsměvu, připadám si, že už mě v životě nic hezkýho nečeká, myšlenky se mi stále upínají k hezké minulosti. Dokážu probrečet třeba i celý den. Přítel byl už ze mě zoufalý a já měla strach, že odejde...“

Hana pocítila první nepříjemné psychické stavy už na oddělení šestinedělí a říká: *„...asi třetí den v porodnici jsem celou noc probrečela. Byl to pocit nesvobody a nemožnosti starat se v nemocnici o své dítě podle svých představ, měla jsem pocit, že to nezvládnou. Po příchodu domů se to všechno ještě zhoršilo, bála jsem se malou vzít do náruče, nevěděla jsem, co s ní mám dělat, vyčítala jsem si, že ji nemám ráda tak, jak bych měla mít...po týdnu ale přijela za mnou mamka a hodně mi pomohla...“*

Petra popisuje začátek poporodní deprese následovně: *„...od porodu jsem se o syna až úzkostlivě obávala, nikdo z rodiny se nad tím zatím nepozastavoval. Po šestinedělí se mi začalo zdát, že mně někdo sleduje. Vlastně, že mně všichni sledují. A že mi vidí do hlavy. Vyvrcholilo to tím, že v jednu hodinu ráno jsem chodila po domě a zvonila na sousedy. Druhý den ráno manžel odvezl děti k babičce a mě na psychiatrii. Byla jsem hospitalizována s poporodní psychózou. Nevěděla jsem, co dělám. Ty pocity byly velmi opravdové...“* U **Evy** se začaly první příznaky objevovat čtvrtý den po porodu: *„...měla jsem pocity na zbláznění, ještě k tomu jsem se v noci několikrát budila úplně mokrá, musela jsem se několikrát za noc sprchovat a měnit košilky. Měla jsem stav strašné úzkosti, svíralo se mi na hrudi, páliło mě celé tělo, lezlo to po těle směrem nahoru až do hlavy – myslela jsem, že umírám!! Prosila jsem mamku, ať mi pomůže, ta spala se mnou a držela mě, když to přišlo, připadala jsem si jak malý dítě, ale opravdu to bylo šílený...“*

Magda strávila na oddělení šestinedělí devět dní, protože její syn měl žloutenku. Po celou dobu nespala. Ve stavu totální vyčerpanosti přijeli s manželem a dítětem domů. Na toto období vzpomíná: *„...měla jsem pocit, že jsem v kleci, cítila jsem strašlivou odpovědnost za dítě, byla jsem strašně unavená. Pamatuji si okamžik, kdy se to prolomilo, ležela jsem v posteli, malý spal v kolíbce a já nemohla usnout, byla jsem tak strašně unavená a nemohla jsem usnout, a v té chvíli jsem si uvědomila tu strašnou zodpovědnost za syna, začala jsem brečet a bylo mi hrozně špatně, jak po fyzické tak po psychické stránce. Měla*

jsem pocit, že musím utéct, někam, kamkoliv, daleko od dítěte, zažívala jsem pocity úzkosti, strachu, totální neschopnosti zvládnout tuto situaci, chtěla jsem umřít. Od té doby se to už nezlepšilo, byla to katastrofa...měla jsem pocit, že jsem malé dítě, že nic nezvládnou, že potřebuji někoho, kdo se o mě postará...“

Jana prožila poporodní depresi po narození svého prvního dítěte, vzpomíná si na své pocity a říká: *„...přecitlivělost a lítost a vztek a tak nějak všechno se u mě projevilo druhý den po porodu. Veškeré mé „nepříjemné“ pocity byly nasměrovány vůči mému partnerovi, který je workoholik, protože místo aby si užíval miminko a mě, musel pracovat. A pak jsem plakala a plakala...Byla jsem spíše lítostivá než cokoliv jiného. Tak trochu jsem se utěšovala miminkem, což není dobré, ale bylo to tak. A jednou jsem měla pocit, že své miminko zahodím...“*

Daniela vzpomíná na první okamžiky po příjezdu z porodnice domů: *„...po příjezdu domů to bylo první den v pořádku, strašně jsme byli s manželem nadšení a šťastní, ale pak manžel začal chodit do práce a já to nezvládala, malá hodně brečela, protože jsem plně nekojila a nevěděla, kolik jí mám pořádně dávat z lahvičky, přes noc spánek ušel, ale přes den se mi zdálo, že jakmile jsem si lehla, tak začala brečet...měla jsem panickou hrůzu a návaly úzkosti, který se upnuly na věci ohledně miminka, třeba jestli dostatečně papá, jestli jí něco nechybí, když pláče, že to jako matka nezvládám a podobně...chtěla jsem, aby mi dali konečně návod na miminko...já jsem potřebovala, aby doma se mnou pořád někdo byl, abych nebyla sama...“*

Jitka měla velké psychické problémy už od pátého měsíce gravidity, po porodu se to všechno ještě zhoršilo, sama o tom hovoří: *„...byla jsem unavená, zblblá, zmatená, neorientovala jsem se v čase. Do pátého týdne synova života jsem se pořádně nevyspala. Měla jsem potíže s kojením, nechtěla jsem syna ani vidět, říkala jsem manželovi, že ho dáme pryč, že dáme syna do kojeňáku. Měla jsem takové škaredé představy, že syna dám neoblečeného v kočárku na mráz, představovala jsem si, jak mu dávám igelitový sáček na hlavu...úplně jsem se zhroutila, už jsem nebyla schopná ani vstát a umýt se, učesat se, pořád jsem jenom brečela...potom mě manžel oblekl a zavezl mě na psychiatrii. Diagnostikovali mi poporodní psychózu...“*

Otázka číslo 13: Řekla jste někomu, co prožíváte?

Pět maminek vyhledalo odbornou pomoc psychologa či psychiatra. Tři maminky řekly svým manželům a partnerům, co prožívají. Dvě ženy měly oporu ve svých matkách, které bydlely s nimi ve společné domácnosti a pomáhaly jim.

Otázka číslo 14: Musela jste po porodu užívat nějaké léky na psychiku, např. antidepressiva?

Daniela popisuje své stavy při hospitalizaci na psychiatrickém oddělení s diagnózou poporodní deprese takto: *„Byla jsem na samostatném pokoji, ta úleva první den, že nic nemusím, byla neskutečná. Po domluvě s psychiatrem mi byly předepsány antidepressiva, přesněji řečeno Citalec. První noc jsem stejně neprospala, ale druhý den se zdálo, že to půjde k lepšímu. Já v domnění, že antidepressiva zaberou ihned, jsem žila s představou, že si tam pobudu dva dny a půjdu domů. To jsem ještě netušila, že další noc a den budou pro mě noční můrou. Můj stav se rapidně zhoršil, nemohla jsem popadnout dech a při zavření očí mě stále pronásledovaly nějaké myšlenky, jejichž tok nešel zastavit. Nebyla jsem sto si číst a vůbec na nic se soustředit, v pokoji nebyla televize, vlastně nic, čím by se člověk rozptýlil. Byla jsem pouze se svými myšlenkami.“* Respondentka **Eva** popisuje stav, který prožívala, následovně: *„...byla jsem hospitalizována v krajské nemocnici na psychiatrickém oddělení. Tam mi dávali Citalec a na spaní Hypnogen. Vůbec mi to nepomohlo a cítila jsem se tam hrozně. Bez dítěte, manžela a rodiny – mezi bláznů, ovšem zkušenost k nezaplacení, najednou vidíte, že může být hůř, nebyl tam vůbec klid. Blázinec jak se patří. Myslím, že žena v tomhle stavu potřebuje klid, hlavně neustálý dozor někoho zodpovědného, s kým si může promluvit, a pomoc s dítětem...“*

Magda popisuje nasazení terapie na stav poporodní deprese těmito slovy: *„...hned v tu chvíli, kdy jsem zažila ten zlomový okamžik, jsem se rozhodla to řešit, zavolala jsem svojí homeopatce, a ta mi řekla, že sama prožila poporodní depresi dvakrát, ale že mi nedokáže pomoci...po dvou měsících absolutního psychického a fyzického vyčerpání jsem se rozhodla navštívit psychiatra, ten mi předepsal přírodní antidepressiva – třezalku. To vůbec nepomáhalo. Asi po třech týdnech jsem změnila psychiatra, ten mi předepsal antidepressiva, a pomaličku mi začalo být líp, zlepšovat se to. Chodila jsem pravidelně na psychoterapii, jenom jsme*

seděly a povídaly si, to mi taky moc pomohlo. Musela jsem být ale stále mezi lidmi...“

Jitka popisuje svou hospitalizaci na psychiatrii: *„...půlku doby na psychiatrii jsem prospala, vůbec si to nepamatuji, ale vím, že se mi ulevilo, že jsem pryč od syna, že za něho nemám žádnou zodpovědnost, že se o něho nemusím starat...půl roku jsem brala Ziprexu, potom mi to psychiatr pomalu vysadil a začala jsem chodit na psychoterapii a chodím až do teď...“*

Otázka číslo 15: Jak dlouho trvaly příznaky poporodní deprese či psychózy?

Poporodní deprese je onemocnění, které se nevyléčí krátkodobou terapií, průměrná léčba, při které pacientky užívají antidepresiva, trvá 8–12 týdnů.

Průběh léčby v rámci hospitalizace na psychiatrické klinice popisuje **Daniela** takto: *„...asi po týdnu hospitalizace na psychiatrii jsem byla propuštěna domů. Vše vypadalo daleko lépe, ještě jsem byla sice roztřesená a jakoby v jiném světě. Po návratu domů se mě všichni snažili nějak zabavit a rozptýlit. Má obětavá maminka zůstala a starala se v podstatě o celou domácnost včetně mě.*

Další zlom nastal, když onemocněl můj manžel (horečky, průjem) a já se složila znovu. Po návštěvě psychiatra, kde jsem dostala přidánu další tabletku, jsem se z toho zase nějakou dobu dostávala, ale neustále při nějakých špatných zprávách jsem upadala do svého stavu znovu (zoufalý pláč, potíže s dýcháním a spaním).

Asi po čtyřech měsících jsem se rozhodla, že už toho mám dost a zašla jsem k homeopatce. Po první dávce homeopatik jsem začala znovu brečet, ale někde v literatuře jsem se dočetla, že to může být normální, asi po dvou měsících užívání jsem vysadila antidepresiva a spoléhala plně na léčbu homeopatiky. Opět se zdálo, že jde vše k lepšímu, proběhlo to naprosto úžasně, byla jsem veselá a konečně jsem se cítila sama sebou...“ Maminka **Petra** uvádí: *„...na psychiatrii jsem nakonec strávila téměř dva měsíce. Dostávala jsem léky. Teprve pak jsem se mohla vrátit domů k dětem. Léky jsem musela brát dál. Doma mě rodina nejdříve hlídala. Stále se mnou byl někdo doma. Později už u mne sice nestáli čtyřadvacet hodin denně, ale přes den mi neustále volali a ptali se, jak se cítím. Báli se, že se mi představy vrátí. Já jsem z toho měla strach. Naštěstí už se to neopakovalo.“*

Kamila popisuje: „...až po několika měsících léčby se už cítím dobře a na vše vzpomínám jen jako na zlý sen, který už nikdy nechci zažít...“

Otázka číslo 16: Kdo pro vás byl největší oporou a co vám nejvíc pomohlo v tomto náročném období?

Magda nosila své miminko v šátku a popisuje své pocity: „...strašně moc mi pomáhalo, že jsem mohla syna nosit v šátku. To byla pro mně obrovská pomoc, když jsem ho nosila a viděla jsem, jak je u mně spokojený a spinká, byly to pro mně nejkrásnější chvíle v období, kdy jsem prožívala všechny hrůzy, které mně přepadávaly...“ **Hana** říká, že jejím opěrným bodem bylo: „...samo miminko. Dcerka mě odměňovala už tím, že byla. Už týden po porodu se dovedla smát a nejvíc se mi líbilo, když jsme byly jen spolu a nikdo nám nic nenařizoval. Manžel mi oporou nebyl, tchýně už vůbec ne, moji rodiče byli daleko...“ **Jitka** naopak popisuje: „...když jsem byla hospitalizovaná na psychiatrii, nejvíc mi pomáhalo, když za mnou manžel přijel se synem a mohli jsme se spolu procházet po venku, ale nechtěla jsem mít dítě pořád u sebe, stačilo mi půjčit si ho a potom zase vrátit...ale nejvíc mi pomohli doktoři na psychiatrii, a léky, potom se mi ulevilo...“

Otázka číslo 17: Co byste doporučila ostatním maminkám, které mají podobné potíže?

Všechny maminky, které zažily poporodní depresi či psychózu, na tuto otázku reagovaly velmi podobně. Zde uvádím odpověď maminky **Markéty**: „...určitě vyhledat odbornou pomoc, zapřemýšlet, čím to mohlo vzniknout, sama si to v hlavě odůvodnit a uklidňovat se, také číst knížky a hlavně zaměstnávat ruce. Maminka, které se tohle stane, tak vážně prochází peklem a je to vážně hodně těžké, starat se o mimi a zároveň se dostávat z poporodní deprese. Jo, a také mluvit a mluvit a mluvit a nestydět se...“ Maminka **Jana** doporučuje ostatním maminkám: „...aby si našly někoho, s kým si o tom mohou popovídat, někoho velmi blízkého a hlavně, aby pochopily, že je to normální a nestyděly se za to. A nedržely to v sobě. A důležitá je i podpora partnera...“

Změny v partnerském vztahu po porodu

Otázka číslo 18: Změnil se od porodu do současné doby váš vztah s partnerem?

Kvalita partnerského vztahu v rodině je důležitým faktorem ovlivňujícím psychický stav ženy. Maminkám po porodu nejvíce záleží na podpoře partnera. Partnerský vztah prochází v období po porodu často náročnou zatěžkávací zkouškou.

Hana říká o změnách, které nastaly mezi ní a manželem po narození dcery: *„První půlrok jsme měli spíš partnerskou krizi, manžel je velmi náročný, dogmatický v péči o dítě, cítila jsem velký tlak z jeho strany. Samotnému mu holčička křičela, babičce – tchýni také, takže mi s ní nikdo nepomáhal, což mě hodně vyčerpávalo a moje zdravotní potíže se zády neměly možnost se zlepšit... s manželem jsme se odcizili, až po půl roce jsme k sobě opět našli cestu a začali jsme mnohé věci prožívat společně...“* Maminka **Daniela** vnímá změny v partnerském vztahu podobně: *„...první rok po narození dítěte bych se nejraději rozvedla, kdyby na to byl ovšem čas. Manžel to tak vůbec nepocítoval, naopak byl spokojený, jelikož jsem se v té době nezmohla na odpor a nestíhali jsme se hádat. Svoje dominantní chování chápal jako normální. Ted' už je zase vše v pořádku, jenom druhé dítě už neplánujeme. Kdyby bylo podobného temperamentu jako to první, manžel tvrdí, že by nás rozvedlo. Já mám zase zdravotní potíže a péči o dvě děti bez pomoci bych asi nezvládla. Jinak s manželem už máme zase čas na sebe, stíháme si popovídat a občas i nějaké společné koníčky, máme kdy si nesrovnalosti vysvětlit a v klidu to vyřešit, takže jsme celkem spokojení.“* **Jitka** uvádí: *„...náš vztah se prohloubil, ale jsem na manželovi závislá, hlavně ze začátku když se syn narodil, ptala jsem se ho na všechno, co si mám obléct, co mám dělat...mám ho jako pevný pilíř v životě...“* **Magda** je velmi ambiciózní a cílevědomá žena, po prožití poporodní deprese začala svého manžela vnímat v jiném světle: *„...konečně jsem začala manžela vnímat jako silného muže, o kterého se můžu opřít. Byl mi vždy na blízku, když mi nebylo dobře, staral se o mně i o našeho syna, náš vztah je ted' mnohem hlubší a ještě více prostoupený láskou...“*

Metoda vytváření trsů

Podle odpovědí respondentek účastnících se výzkumu, byl proveden rozbor a byly vytvořeny obecnější kategorie – **kategorizace vyšší úrovně**. Byly zde slučovány odpovědi žen do společných trsů (skupin). Kritériem pro vznik kategorií

vyšší úrovně byly minimálně dvě shodné odpovědi na danou otázku, vázající se k respondentkám. Sdílené kategorie vznikají po důkladné analýze odpovědí všech respondentek účastnících se výzkumu. Pokud určitý počet maminek (nejméně však jedna) odpoví shodně na kladenou otázku, vznikne sdílená kategorie.

Sdílené kategorie

Zde jsou umístěné odpovědi respondentek, které se vzájemně překrývaly. Dotazované maminky se v těchto skupinách shodují a jejich odpovědi jsou zařazeny do trsů. Z důvodu výše uvedených konkrétních odpovědí v obsahové analýze, tyto v následujících kategoriích nebudou doslovně uvedeny.

První otázka – Výskyt psychického nebo psychiatrického onemocnění v rodině nebo v osobní anamnéze

Zatížená rodinná či osobní anamnéza: Hana, Magda, Jitka, Jana.

Bez komplikací: Markéta, Daniela, Kamila, Eva, Zuzana, Petra.

Druhá otázka – Vztah respondentky s matkou

Konfliktní: Eva, Magda, Daniela.

Dobrý: Jana, Zuzana, Jitka, Kamila, Petra, Hana, Markéta.

Třetí otázka – Jaké bylo těhotenství

Chtěné a plánované: Eva, Magda, Kamila, Hana, Markéta, Jitka, Daniela.

Neplánované, ale chtěné: Jana, Petra, Zuzana.

Čtvrtá otázka – Průběh těhotenství ze zdravotního hlediska

Fyziologické, bez komplikací: Jana, Zuzana, Daniela, Kamila, Eva, Magda.

Komplikace: Markéta, Jitka, Petra, Hana.

Nutnost hospitalizace: Jitka, Markéta, Hana.

Pátá otázka – Získávání informací týkajících se těhotenství a porodu

Předporodní kurzy: Hana, Jana, Zuzana, Magda, Eva, Daniela, Jitka, Petra.

Knihy, internet, časopisy: Markéta, Kamila.

Šestá otázka – Příkladání významu výběru porodnice nebo místa, kde родit

Ano: všech deset respondentek odpovídalo shodně, žádná jiná odpověď nebyla zaznamenána.

Sedmá otázka – Způsob porodu

Vaginální: Hana, Zuzana, Jana, Petra.

Císařský řez: Zuzana, Markéta, Kamila.

Alternativní: Jana – porod proběhl doma 2x bez jakýchkoliv komplikací, Magda – rodila v porodnici, kde jí umožnili nerušený porod bez lékařských zásahů.

Osmá otázka – Co u porodu nejvíce pomáhalo a povzbuzovalo

Blízká osoba (manžel, kamarádka, dula): Eva, Magda, Jitka, Jana, Markéta, Zuzana, Kamila, Hana.

Přivádění nového života na svět: Petra, Daniela.

Devátá otázka – První spatření dítěte po porodu

Hned, jak se narodilo: Jana, Hana, Eva, Daniela, Petra, Magda, Jitka.

Za tři a více hodin po porodu: Zuzana, Kamila, Markéta.

Desátá otázka - Přítomnost partnera u porodu

Ano: Hana, Magda, Jitka, Eva, Daniela, Petra (při třech porodech), Zuzana (u prvního porodu), Jana (u prvních dvou porodů).

Ne: Kamila, Zuzana (u druhého porodu), Jana (u třetího a čtvrtého porodu).

Pozitivní pocity: Hana, Petra, Jitka, Magda.

Negativní pocity: Markéta, Jana.

Jedenáctá otázka – Spokojenost s chováním zdravotnického personálu

Ano: Jitka, Eva, Zuzana, Daniela.

Jenom částečně: pouze s porodními asistentkami – Jana, Hana, Petra.

Nespokojenost s přístupem dětských sester: Hana, Magda.

Dvanáctá otázka – Kdy se objevily výraznější psychické změny po porodu

Do tří dnů od porodu: Hana, Jitka, Jana, Markéta.

Do sedmi dnů od porodu: Kamila, Eva, Daniela, Zuzana.

Do dvou týdnů od porodu: Magda, Petra.

Psychické změny se projevovaly jako zvýšená plačtivost, podrážděnost, zloba na dítě a na partnera, pocit neschopnosti postarat se o dítě a domácnost, pocity méněcennosti, atd. (Podrobně jsou odpovědi respondentek rozpracovány v kapitole 13.5.)

Třináctá otázka – Sdělení psychických problému jiné osobě

Ano – manžel/partner: Daniela, Eva, Zuzana.

Ano – jiná blízká bytost (matka, kamarádka): Jana, Hana.

Ano – odborník psycholog/psychiatr: Jitka, Petra, Magda, Markéta, Kamila.

Čtrnáctá otázka – Farmakoterapie antidepresivy a hospitalizace na psychiatrické klinice

Ne: Jana, Hana.

Ano – farmakoterapie: Magda, Zuzana, Markéta, Kamila.

Ano – hospitalizace: Jitka, Petra, Daniela, Eva.

Patnáctá otázka – Trvání poporodní deprese či psychózy

2–3 měsíce bez jakékoliv medikace: Jana, Hana.

6–8 měsíců do úplného vyléčení bez medikace: Eva, Magda, Daniela, Zuzana, Kamila, Petra.

Více než 8 měsíců: Jitka, Markéta.

Šestnáctá otázka – Největší opora nebo pomoc v období prožívání poporodní deprese

Kontakt s dítětem: Magda, Hana, Jana.

Zbavení se pocitů zodpovědnosti: Jitka, Petra, Kamila.

Blízká bytost (manžel, matka, kamarádka): Eva, Markéta, Zuzana, Daniela.

Sedmnáctá otázka – Doporučení pro ostatní maminky prožívající PPD

Mluvit a nestydět se: všech deset respondentek se shodlo v odpovědi na položenou otázku.

Osmnáctá otázka – Změny v partnerském vztahu po narození dítěte

Ano – negativní: Hana, Daniela, Eva, Markéta.

Ano – pozitivní: Jitka, Magda.

Ne: Jana, Petra, Zuzana.

9 VÝSLEDKY PRÁCE

Zpracováním získaných odpovědí na zformované výzkumné otázky jsem získala odpovědi na výzkumné otázky. Na uvedené otázky nebylo snadné odpovědět, rozhovorem jsem získala velké množství dat. Znění výzkumných otázek:

1. Jaký vliv má na vznik poporodní deprese rodinná či osobní anamnéza, průběh těhotenství a porodu?
2. Jaký vliv má přítomnost partnera u porodu na emoční pohodu rodičky?
3. Jaký vliv má chování zdravotnického personálu na psychické prožívání šestinedělí?
4. Jakým způsobem je zajištěna psychologická pomoc maminkám s poporodní depresí?
5. Jaký vliv má narození dítěte na kvalitu vztahu mezi ženou a manželem/partnerem?

Zodpovězení výzkumných otázek

1. Většina žen zkoumaného vzorku udává psychické problémy v rodinné anamnéze. Často se v rodině vyskytuje deprese u matky respondentky. Samy respondentky uvádí, že jsou citlivé povahy a zátěžové situace zvládají těžko. Prožívání těhotenství je různé. U maminek, které během těhotenství byly hospitalizovány, se první příznaky poporodní deprese objevily do tří dnů od porodu. Maminky, které v průběhu těhotenství neměly žádné zdravotní komplikace, pociťují výraznější psychické změny v rozmezí od sedmi dnů do dvou týdnů po porodu. Průběh porodu dle odpovědí respondentek účastnících se na výzkumu nemá výraznější vliv na vznik poporodní deprese.

2. Většina maminek uvádí pozitivní vliv partnerovy přítomnosti u porodu. Jednotlivé respondentky se shodují v odpovědi a potvrzují, že partner jim byl oporou, pomáhal jim a že mnohdy stačila jeho přítomnost na porodním sále. Ale vyskytují se i jiné názory maminek, které vnímají přítomnost partnera u porodu

jako nežádoucí. Uvádí, že jim nijak nepomohl, a kdyby rodily příště, partnera by při porodu už nechtěly. Těchto maminek je méně.

3. Zde se názory respondentek poněkud liší. Menší polovina žen byla zcela spokojená s přístupem zdravotnického personálu a neuvádí žádný negativní dopad na psychickou a fyzickou pohodu prožívání období šestinedělí stráveného v porodnici. Větší polovina respondentek uvádí nespokojenost s chováním zdravotnického personálu. Maminky byly spokojené s přístupem porodních asistentek na porodních sálech, ale své výhrady směřují na dětské a ženské sestry na oddělení šestinedělí. Negativně reagují na dezinformovanost a přílišnou zahlcenost zbytečnými informacemi o chodu a řádu oddělení, která na ženy působí tíživě a stresově.

4. Psychologická odborná pomoc je postiženým ženám poskytovaná formou dobrovolné návštěvy psychologa při lehčí intenzitě poporodní deprese nebo návštěvou psychiatra, který se zabývá těžšími formami poporodní deprese či psychózy. Dostupnost odborníků maminky hodnotí jako dostatečnou. Více si stěžují na reakce gynekologů a porodníků, kteří nevědí, jak na dané potíže reagovat a nedokáží nabídnout potřebnou pomoc.

5. Narozením dítěte dochází k nové životní zkušenosti. Ve vztahu ženy a muže přibývá nová role. Žena se stává matkou, muž otcem. Partneři si uvědomují, že už nejsou dva, ale tři. Samozřejmě tato situace se vztahuje pouze k párům, které se staly novopečenými rodiči. Dochází ke změně zaužívaných stereotypů v domácnosti, členové rodiny se musí přizpůsobit potřebám nově přichozícího bezmocného děťátka. Partneři často nemívají čas jeden na druhého, nemají čas si v klidu popovídat a to bývá negativně pocíťováno. Po narození dalšího dítěte k tak výrazné změně nedochází, nejnáročnější bývá skloubit péči o více dětí. Některé z žen si po narození dítěte uvědomují, že mají pozorného a starostlivého partnera. Negativně je hodnocena únava způsobená nedostatkem spánku a přizpůsobením se režimu dítěte.

Splnění výzkumných cílů

Jedním z cílů provedeného výzkumu bylo **zmapování faktorů, které mají největší vliv na spuštění příznaků poporodní deprese u výzkumního vzorku žen**. U velké části maminek je extrémní únava, nedostatek spánku a vyčerpanost vnímána jako faktor, který ve velké míře ovlivnil rozvoj poporodní deprese. Neméně důležitý faktor, který se podílel na emoční nepohodě maminek, je nabytí pocitů přílišné zodpovědnosti za novorozené dítě. Ženy vnímají tento pocit jako omezující, bránící jim v dosavadním způsobu života, pociťují vlastní neschopnost postarat se o dítě, velmi negativně vnímají osamocenost a izolaci po příchodu z porodnice do domácího prostředí. Mohu konstatovat, že cíl byl splněn.

Dalším cílem výzkumu bylo pokusit se **nahlédnout do vnitřního světa ženy prožívající poporodní depresi**. Duše žen trpících tímto onemocněním je velmi zraněná a trýzněná. Maminky zažívají mučivé pocity zmatenosti a rozporuplnosti. Vědí, že chtějí být se svým miminkem, ale jeho pláč je přivádí k zoufalství a bezradnosti. Milují své dítě a zároveň je nenávidí. Obviňují dítě, partnera, manžela ze ztráty vlastní svobody, neomezenosti, nezávislosti, obviňují samy sebe za negativní a nenávistné myšlenky a pocity. Uvědomují si, že to, co se děje, není v pořádku, že nejsou samy sebou, ale neví, jak z toho ven. Léčba je dlouhodobá záležitost, úleva přichází jen maličkými krůčky. Ženy, které onemocněly poporodní psychózou, říkají „bylo to peklo“. Ano, je to peklo vnitřního světa, my, kteří jsme duševně zdraví, si nedokážeme představit, co se odehrává v nitru těchto žen, proto se snažím nastínit aspoň malý zlomek z toho, čím ony kráčely po celé dny svého života.

Narození dítěte také ovlivní vzájemný **vztah mezi ženou a mužem**. Po porodu partneři přijímají nové životní role, žena se stává matkou, muž otcem. Respondentky vzpomínají na toto období různě. Velkou roli sehrává hloubka vztahu partnerů. Ženy, které mají harmonický vztah, často hovoří o upevnění vztahu s partnerem, který se stává otcem. Někteří muži vyjadřují svou hrdost, s láskou pečují o dítě i partnerku, i když veškerá pozornost ženy již není věnována pouze jim, ale musí se o svou ženu dělit s dítětem. Jiné respondentky si stěžují na nedostatek společně tráveného času z důvodu péče o dítě. Negativně vnímají nedostatek klidu na společný rozhovor a řešení problémů, které se v nové rodině

vyskytují. Domnívám se, že všechny zkoumané cíle v uvedeném výzkumu byly splněny.

ZÁVĚR

V této diplomové práci jsem chtěla dokázat, že role matky po porodu není tak radostnou a naplňující událostí, jakou by se mohla zdát. Maminky po porodu velmi často prožívají pocity smutku, beznaděje, zoufalství, méněcennosti, neschopnosti postarat se o své dítě atd. Připojují se k nim také somatické potíže, jako jsou bolest hlavy, nespavost, zvýšená potivost, nechutenství, úbytek na váze apod. Toto může být příznakem rozvíjející se poporodní deprese různé intenzity.

V teoretické části práce zaměřuji pozornost na propojenost duše s tělem, na souznění emočního a fyzického vnitřního světa v rozhodujících životních obdobích žen. Jedná se o okamžiky, které z psychologického hlediska sehrávají velmi důležitou úlohu pro vývoj budoucí role ženy. K těmto okamžikům zařazují období první menstruace, těhotenství, porodu a šestinedělí. Existuje velké množství skutečností, které v životě ženy mohou pozměnit její vztah k mateřství a ovlivnit pozdější přijetí nebo nepřijetí dítěte. Důležitými faktory jsou vztah s vlastní matkou, prožívání těhotenství a porodu. Je nezbytné věnovat velkou pozornost poporodnímu období, snažit se o maximální fyzickou, ale hlavně emoční podporu ženy po porodu, zvláště ze strany partnera a rodiny. Partner je v naší kultuře často vnímán jako nejdůležitější pomocník ženy po příchodu z porodnice domů. Mladí rodiče jsou často separováni od původních rodin nebo je pomoc rodičů okolím znevažována. Závěrečnou kapitolu teoretické části diplomové práce tvoří popis psychických změn, které ženy prožívají v období po porodu.

Empirická část diplomové práce je věnovaná výzkumu týkajícího se prožívání poporodní deprese. Výzkumu se účastnily ženy, které prožily různou formu poporodní deprese či psychózy. Výzkum byl založen na obsahové analýze rozhovorů vedených s 10 ženami. Mezi další užití metody pro zpracování získaných dat patřila metoda vytváření trsů. Pro získávání dat byl použit polostrukturovaný rozhovor.

Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že zdravotní komplikace v těhotenství zatěžují fyzickou a emoční stránku žen i po skončení těhotenství porodem. Ženy s touto zkušeností jsou mnohem citlivější a dříve se u nich vyskytují příznaky poporodní deprese. Mezi nejčastější spouštěče poporodní deprese patří u výzkumného vzorku žen extrémní únava z nedostatku spánku, pocit velké zodpovědnosti za novorozené dítě, pocit izolace od světa a pocit nesvobody

a spoutanosti vyplývající z nutnosti podřídit svůj život potřebám dítěte. Jako pozitivní ženy vnímají přítomnost blízké osoby a neustálou společnost během celého dne po návratu z porodnice do domácího prostředí. Úzkostně na maminky působí osamocenenost a dětský pláč, který je přivádí k nesnesitelným pocitům bezradnosti, zoufalství, vlastní neschopnosti pečovat o dítě. V případě vzniku poporodní psychózy s následnou hospitalizací na psychiatrické klinice ženy pociťují úlevu od tíživých pocitů, které souvisí s péčí o dítě. Léčba těžké formy poporodní deprese či psychózy trvá až šest měsíců. Po uplynutí této doby maminky uvádí opětovnou radost ze života a schopnost vidět svět opět v lepším světle.

Domnívám se, že předsudky, které přetrvávají v naší společnosti vůči psychickým nemocem a problémům, se nám může podařit odstranit jen za předpokladu, že se přestaneme bát mluvit o potížích, které mají charakter tabu. Pro ženy prožívající mučivé období poporodní deprese je velmi důležité vědět, že se nemusí bát mluvit o všem, co je trápí a sužuje. Myslím si, že je potřeba každou těhotnou maminku informovat o pocitech, které se mohou dostavit po porodu, že nemusí pociťovat jen krásné a šťastné okamžiky jak nám to předkládá společnost a internet. Je na místě cítit strach, obavy, smutek, není to nic zlého, z čeho by měly mít mladé maminky výčitky, je dobré nechat dozrát čas k rozvinutí lásky k vlastnímu dítěti. Nenutit se být matkou podle toho, co je moderní a co se doporučuje, ale dovolit si být sama sebou se vším dobrým i špatným, co v nás je.

SOUHRN

Magisterská diplomová práce „**Prožívání poporodní deprese**“ je rozdělena na dvě základní části, teoretickou a empirickou. Je zaměřena na rozdílné pohledy v oblasti psychologie a medicíny. Dále se zabývá psychickým prožíváním období těhotenství a hlavně obdobím po porodu, popisuje nejdůležitější mezníky v životě ženy, ale i problémy, se kterými se setkávají v těchto obdobích.

V první kapitole – **Krása ženskosti** – popisují pohled na ženu jako na dárkyni života, zaměřují se na ženskou duši a její nitro, na propojení těla a duše. Jedno bez druhého nemůže existovat a bez problému žít.

V celé druhé kapitole s názvem **Menstruace** popisují pozitivní vnímání menstruačního cyklu. Uvádím zde dva různé pohledy na menstruační cyklus a jeho poruchy. Jeden pohled z hlediska psychologie a druhý pohled z hlediska odborného, čili lékařského.

Ve třetí kapitole se věnují zvláště psychickému prožívání **těhotenství**. Vyjmenovávám vybrané skutečnosti, které se velkou částí podílejí na prožívání těhotenství a mateřství ženy. Celé těhotenství je rozděleno na tři trimestry, které jsou zde popsány se zřetelem na psychické rozpoložení a vnímání maminky. Dozvíme se, jak tělesné, endokrinní, psychofyzické změny a změny partnerských vztahů ovlivňují psychické prožívání nastávající maminky.

Ve čtvrté kapitole se věnují samotnému **porodu**, zaměřují pozornost na emoční vnímání rodící ženy. Popisují průběh přirozeného porodu, do kterého nezasahuje lékařská věda. Uvádím zde psychologii porodu dle Stanislava Grofa, který průběhu porodu připisuje velký význam pro harmonický rozvoj budoucího života jedince. Dále popisují sílu a moc přirozeného porodu. Významnou pomocí rodiče při porodu může být přítomnost partnera nebo jiné blízké osoby.

Další, pátá kapitola pokračuje poporodním obdobím – **šestinedělím**. Popisují opět dva pohledy na poporodní období, jednak fyziologické šestinedělí, jednak navázání emočního vztahu mezi matkou a dítětem. Zabývám se také vlivem kojení na psychiku ženy i dítěte.

Šestá kapitola – **Psychické změny po porodu** – popisuje nepříjemné emoční naladění maminek po porodu. Mezi významné mentální poporodní změny patří „baby blues“, poporodní deprese a poporodní psychóza.

U jednotlivých onemocnění popisují rizikové faktory, symptomy, prevenci a terapii. Mezi hlavní příznaky „baby blues“ patří zhoršení nálady, projevující se typickou podrážděností, kolísáním nálady, plačtivost z banálních nebo absolutně nejasných důvodů. Mezi somatické problémy patří bolesti v zádech, bolesti hlavy, nechutenství a nespavost. Poporodní deprese je stav, který je na rozmezí mezi „baby blues“ a poporodní psychózou. Když se nevěnuje pozornost její léčbě, může se poporodní deprese rozvinout v poporodní psychózu. Toto onemocnění se vyznačuje obtížemi psychotického charakteru. V klinickém obraze převládá ve stejném poměru manický nebo úzkostně depresivní syndrom. Postižené ženy ztrácejí kontakt s realitou, neorientují se v prostoru a čase. Je to nejzávažnější stav psychických změn po porodu, vyžadující hospitalizaci a farmakoterapii.

Součástí diplomové práce je i empirická výzkumná část, ve které jsem realizovala kvalitativní výzkum týkající se prožívání poporodní deprese. Respondentky jsem vybírala z okruhu mých známých a dále metodou sněhové koule. Kritériem bylo, aby ženy v době výzkumu měly zkušenost s prožitím či prožíváním poporodní deprese nebo psychózy. Rozhovoru se zúčastnilo 10 respondentek. Hlavní výzkumnou metodou byla obsahová analýza odpovědí získaných polostrukturovaným rozhovorem. Odpovědi byly seskupeny do trsů a následně vytvořeny kategorie podobných odpovědí. Cílem výzkumu bylo mimo jiné pokusit se vidět svět očima žen, které prožily poporodní depresi.

SEZNAM LITERATURY

1. BARTONOVÁ, R. *Madony ve tři ráno*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství s.r.o., 2009, 167 s. ISBN 978-80-7195-268-8.
2. CITTERBART, K. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, 277 s. ISBN 80-7262-094-0.
3. ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, 432 s. ISBN 80-7169-355-5.
4. ČEPICKÝ, P. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2003, 239 s. ISBN 80-246-0677-1.
5. GASKIN, I., M. *Spiritual Midwifery*. 1. vyd. Book Publishing Company, 2002, 475 s. ISBN 978-80-86356-48-8.
6. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004. 256 s. ISBN 80-86356-32-9.
7. GOER, H. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. Praha: One Woman Press, 2002, 549 s. ISBN 80-86356-13-2.
8. HARTNOLL, R. et al. *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule (Snowball Sampling)*. 1. vyd. Příbram: Rada Evropy, 2003, 108 s. ISBN 80-86734-08-0.
9. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
10. CHROMÝ, K. HONZÁK, R., *Somatizace a funkční poruchy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 143 s. ISBN 80-235-0987-0.
11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 176 s. ISBN 80-247-0575-3.
12. KUČÍREK, J. *Psychosomatika a děti*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 102 s. ISBN 80-86991-80-6.
13. KUDELA, M. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, 273 s. ISBN 80-244-0837-6.
14. LANGER, I., *Průvodce muže těhotenstvím*. Praha: Ivo Železný s.r.o., 2003, 77 s. ISBN 80-237-3856-9.
15. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

16. MIOVSKÝ, M., ČERMÁK, I., ŘEHAN, V. *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku III.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 251 s. ISBN 80-244-0909-7.
17. NICOLSON, P. *Poporodní deprese.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 148 s. ISBN 80-7169-938-1.
18. NORTHRUP, CH. *Women's bodies, women's wisdom.* 1 vyd. New York: Bantam Books, 1998. 716 s. ISBN 80-7249-092-3.
19. NOVOTNÝ, P. *Filozofie nemocí.* 1. vyd. Liberec: Dialog, 2009, 336 s. ISBN 978-80-86761-99-2.
20. ODENT, M. *Láska jako věda.* 1. vyd. London: Free Association Books Limited, 1999, 112 s. ISBN 80-86489-02-7.
21. PRAŠKO, J. *Psychoterapie poporodních depresí.* In *Psychiatrie*, 2002, roč. 6, Suppl. 2, s. 41-46.
22. PRAŠKO, J., BULIKOVÁ, B., SIGMUNDOVÁ, Z. *Depresivní porucha a jak ji překonat.* 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 93 s. ISBN 978-80-7262-656-4.
23. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie - porodnictví.* 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
24. STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství - přirozený porod.* 3. vyd. Praha: One Woman Press, 2009, 513 s. ISBN 978-80-86356-50-1.
25. SUE, A. *Postpartum depression.* In *Clinical Pediatrics*, 2007, vol. 46, s. 290–293.
26. TEUSEN, G., GOZE-HÄNEL, I. *Prenatální komunikace.* 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 79 s. ISBN 80-7178-753-1

Internetové zdroje:

1. BARNES, V. *Postpartum depression, Anxiety and Psychosis.* Dostupné na: www.thelaboroflove.com, otevřeno 23. 1. 2011.
2. BENETT, S. *Pregnancy and postpartum psychiatric illness.* Dostupné na: www.postpartum.net, otevřeno 5. 2. 2011.
3. HAMPLOVÁ, L. *Jak zvládnout poporodní depresi?* Dostupné na: <http://www.vitalia.cz/clanky/jak-zvladnout-poporodni-depresi/>, otevřeno 22. 2. 2011.
4. HANZLOVSKÝ, M. *Psychika ženy po porodu.* Dostupné na: <http://www.celostnimediceina.cz/psychika-zeny-po-porodu.htm>, otevřeno 19. 11. 2010.

5. HLAVÁČKOVÁ, J. *Porod dle Leboyera*. Dostupné na: <http://rodina-deti.doktorka.cz/porod-dle-leboyera/>, otevřeno 28. 11. 2010.
6. KODYŠOVÁ, E. *Psychologie porodu - chiméra, nebo realita?* Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/psychologie-porodu-chimera-nebo-realita-448449>, otevřeno 14. 1. 2011.
7. KOLÁŘOVÁ, M. *Těhotenství a porod očima moderní psychologie*. Dostupné na: <http://www.femina.cz/magazin/rodina-a-deti/tehotenstvi-a-porod-ocima-moderni-psychologie.html>, otevřeno 15. 1. 2011.
8. LABUSOVÁ, E. *Záleží úspěšné kojení na pocitech ženy?* Dostupné na: http://www.evalabusova.cz/clanky/zalezi_kojeni.php, otevřeno 28. 2. 2011.
9. MROWETZ, M. *Bonding neboli děti chtějí být připoutány k matkám!* Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/bonding-neboli-deti-chteji-byt-pripoutany-k-matkam-448169>, otevřeno 7. 1. 2011.
10. MROWETZ, M. *Porod - připoutejte se prosím! Aneb bonding pomáhá dětem i matkám*. Dostupné na: <http://www.azrodina.cz/3509-porod-pripoutejte-se-prosim-aneb-bonding-pomaha-detem-i-matkam>, otevřeno 7. 1. 2011.
11. *Daimon - hledání ženiny vášnivé duše*. Dostupné na: <http://bohynecz.tripod.com/id46.html>, otevřeno 12. 12. 2010.
12. *Laktační psychóza*. Dostupné na: <http://www.vitalia.cz/katalog/nemoci/laktacni-psychoza/>, otevřeno 29. 1. 2011.
13. *Menstruační cyklus, poruchy menstruačního cyklu*. Dostupné na: <http://www.feminaplus.cz/mentsruacni-cyklus-poruchy-menstruacniho-cyklu>, otevřeno 15. 1. 2011.
14. *Milování v těhotenství*. Dostupné na: <http://www.rodina.cz/clanek5311.htm>, otevřeno 17. 12. 2010.
15. *Těhotenské pocity*. Dostupné na: <http://www.psychikavtehotenstvi.estranky.cz/clanky/tehotenske-pocity.html>, otevřeno 15. 11. 2010.
16. *Těhotenství jako životní krize?* Dostupné na: <http://www.psychikavtehotenstvi.estranky.cz/clanky/tehotenstvi-jako-zivotni-krize.html>, otevřeno 13. 11. 2010.
17. *Psychika muže v období těhotenství partnerky*. Dostupné na: <http://www.psychikavtehotenstvi.estranky.cz/clanky/psychika-muze-v-obdobi-tehotenstvi-partnerky.html>, otevřeno 13. 11. 2010.

Seznam a zdroje obrázků:

1. Obrázek číslo 1:

<http://galenus.cz/rozmnozovani-menstruace.php>

2. Obrázek číslo 2:

<http://galenus.cz/rozmnozovani-menstruace.php>

3. Obrázek číslo 3:

<http://ourlittlebundleofjoy.webs.com/>

4. Obrázek číslo 4:

<http://www.diseasencure.com/pregnancy.html>

PŘÍLOHY

Příloha 1: Schéma k rozhovoru s respondentkami účastnicemi se výzkumu

Vážená paní, milá maminko,

před nějakou dobou jste přivedla na svět své děťátko. Pomocí tohoto dotazníku, bych ráda zjistila, jak jste se cítila v období těhotenství, při porodu a hlavně v poporodním období. Dotazník je součástí diplomové práce, která se zabývá otázkou prožívání poporodní deprese. Vyplnění dotazníku je anonymní a dobrovolné. Předem Vám děkuji za spolupráci, čas a ochotu.

Demografické údaje:

1. Věk.
2. Nejvyšší ukončené vzdělání.
3. Počet dětí.
4. Rodinný stav.
5. S kým žije ve společné domácnosti.

Výzkumné otázky týkající se rodinné a gynekologické anamnézy:

1. Výskyt psychického nebo psychiatrického onemocnění v rodině - vyskytlo se ve vaší rodině nějaké psychické či psychiatrické onemocnění? Léčila jste se někdy vy sama s depresí? Máte sklon k psychické labilitě, plačtivosti?
2. Jakým způsobem zvládáte zátěžové situace?
3. Jaký je váš vztah s matkou? Jaký máte vztah se sourozenci?
4. Gynekologická anamnéza - Kolikrát jste byla těhotná? Počet porodů, samovolných potratů, interrupcí?

Výzkumné otázky týkající se období těhotenství:

1. Bylo vaše těhotenství chtěné? Otěhotněla jste spontánně? Plánovala jste těhotenství?
2. Jaké bylo vaše těhotenství ze zdravotního hlediska? Bylo fyziologické, bez potíží, nebo se objevily nějaké zdravotní komplikace a nutnost hospitalizace?
3. Kde jste získala informace týkající se těhotenství a porodu? Navštěvovala jste v těhotenství předporodní kurzy? Jakým přínosem pro vás příprava byla?

Otázky týkající se porodu:

1. Kde a kdy jste rodila?
2. Příkladala jste význam výběru porodnice nebo místa kde budete rodit?
3. Jakým způsobem jste rodila? Jaký byl celkový průběh vašeho porodu?
4. Byla jste spokojená s přístupem zdravotnického personálu v porodnici?

5. Co vám u porodu nejvíce pomáhalo a povzbuzovalo vás?
6. Byl s vámi u porodu partner? Jak jste prožívala jeho přítomnost? Bylo to pro vás pozitivní či naopak negativní? V čem to pro Vás bylo pozitivní v čem negativní?
7. Kdy jste poprvé uviděla svoje děťátko? Jaké jste měla u toho pocity?

Otázky týkající se období po porodu:

1. Kdy jste začala kojit, jak dlouho, jak působilo kojení na váš vztah s miminkem?
2. Měla jste nějaké problémy s kojením? Jestli ano, jaké?
3. Jak jste prožívala období strávené na oddělení šestinedělí? Vnímala jste nějak zásadně nepřítomnost partnera v tomto období?
4. Kdo Vám pomáhal s péčí o dítě a domácnost po příchodu z porodnice domů?
5. Co Vás nejvíce po návratu z porodnice těšilo?
6. Co pro Vás po návratu z porodnice bylo největším problémem?

Otázky týkající se výskytu poporodní deprese:

1. Kdy se u vás po porodu objevily první příznaky psychické změny? (zvýšená plačtivost, podrážděnost, zloba na dítě, partnera, pocit neschopnosti postarat se o dítě a domácnost, pocity méněcennosti, myšlenky na sebevraždu atd.)
2. Jak jste se rozhodla řešit psychickou nepohodu? Řekla jste někomu, co prožíváte, rozhodla jste se navštívit psychologa nebo psychiatra? Kdy?
3. Musela jste po porodu užívat nějaké léky na psychiku, antidepresiva atd.,?
4. Jak dlouho trvaly příznaky poporodní deprese? Co jste s tím dělala?
5. Kdo pro vás byl největší oporou a co vám nejvíc pomohlo v tomto náročném období?
6. Co byste doporučila ostatním maminkám, které mají podobné potíže?

Otázky týkající se vzájemného vztahu s partnerem po porodu:

1. Změnil se od porodu do současné doby váš vztah s partnerem? Pokud ano, ve které oblasti a jak?
2. Jakou roli sehrál váš partner v období, kdy jste prožívala poporodní depresi nebo psychózu?

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Jitka Sidorová
Katedra:	Antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PhDr. Marie Dlabačová, Dis.
Rok obhajoby:	2011
Název práce:	PROŽÍVÁNÍ POPORODNÍ DEPRESE
Název v angličtině:	EXPERIENCING POSTNATAL DEPRESSION
Anotace práce:	Diplomová práce je věnována prožívání poporodní deprese. V teoretické části jsou popsána důležitá období v životě každé ženy. Mezi něž patří: první menstruace, těhotenství, porod a období šestinedělí. Nejdůležitější částí práce je kapitola Psychické prožívání poporodního období. Empirická část je zaměřena na kvalitativní výzkum, který proběhl pomocí rozhovoru se ženami, které prožily bolestné a sužující období v zasetí poporodní deprese či psychózy.
Klíčová slova:	psychologie nemoci, přirozený porod, bonding, baby blues, poporodní deprese, poporodní psychóza, psychotherapie, léčba deprese.
Anotace v angličtině:	This diploma thesis pays attention to experiencing postnatal depression. In the theoretical part, major phases in the life of every woman are described, including: the first menstruation, pregnancy, childbirth and the puerperium. The most important part of the thesis is the chapter dealing with the psychic experience of postnatal period. The empirical part focuses on qualitative research, which was realized as an interview with women who went through the painful and afflicting period of postnatal depression or psychosis.
Klíčová slova v angličtině:	psychology of the disease, natural childbirth, bonding, baby blues, postnatal depression, postnatal psychosis, psychotherapy, depression treatment.
Přílohy vázané v práci:	1. Schéma k rozhovoru s respondentkami účastnicemi se výzkumu
Rozsah práce:	98 stran
Jazyk práce:	Český