

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra Křesťanská sociální práce

Charitativní a sociální práce

Karla Špičáková

Poporodní deprese a její psychosociální dopad
Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Petřeková

2009

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

.....

Obsah

ÚVOD.....	4
1. Psychické změny u ženy po porodu	6
1.1. Pocity smutku po porodu	7
1.2. Charakteristika deprese a terminologie pojmu „poporodní deprese“	8
2. Faktory mající vliv na vznik a průběh poporodní deprese	10
2.1. Psychické dispozice ženy	10
2.2. Věk	11
2.3. Průběh porodu	13
2.4. Péče o ženu těsně po porodu a na oddělení šestinedělí	17
2.5. Hormonální změny probíhající v těle ženy v souvislosti s graviditou a porodem	18
2.6. Narození dítěte jako náročná životní událost	19
2.7. Sociální a ekonomická situace ženy	20
2.8. Společenské klima	22
3. Průběh poporodní deprese	24
3.1. Vznik a trvání	24
3.2. Symptomy	25
4. Psychosociální aspekty poporodní deprese	27
4.1. Vliv na dítě a na vztah mezi matkou a dítětem	28
4.2. Vliv na partnera a na partnerský vztah	31
4.3. Vliv na sociální okolí ženy	32
5. Léčba poporodní deprese	33
5.1. Diagnostika	33
5.2. Psychoterapie	34
5.3. Farmakoterapie	36
5.4. Hospitalizace	38
6. Prevence vzniku poporodní deprese (psychohygiena)	38
6.1. Denní režim a spánek	38
6.2. Kojení	40
6.3. Relaxace po porodu a v šestinedělí	41
6.4. Podpora ženy partnerem	43
6.5. Kam se obrátit o pomoc a podporu a role sociálního pracovníka	46
ZÁVĚR	49
POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY	50
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Poporodní deprese výraznou měrou ovlivňuje nejen kvalitu života ženy, ale také dítěte, rodiny a ženina nejbližšího okolí, a proto ji nelze chápat pouze jako záležitost psychiatrickou, ale také jako záležitost sociální. Někteří lidé mohou být překvapeni, že žena po porodu cítí také jiné emoce než radost a štěstí. Porod a příchod dítěte je však velice zásadní životní změnou a ta jako taková s sebou přináší i možné těžkosti či rizika.

Ve své práci s názvem „Poporodní deprese a její psychosociální dopad“ jsem se snažila teoreticky popsat problematiku poporodní deprese a nastínit, jaké psychosociální dopady může toto onemocnění mít.

Cílem mé práce je podat souhrn nejzásadnějších informací o vzniku a průběhu poporodní deprese, jejímu vlivu na ženu samotnou i na lidi v jejím okolí, a možných preventivních opatřeních v průběhu těhotenství i šestinedělí - a přispět tak k lepšímu pochopení poporodní deprese i jejích psychosociálních dopadů popř. lepší a efektivnější sociální práci s ženami, které jsou buď poporodní depresí ohroženy nebo ji prodělávají či prodělaly, a jejich rodinami.

Metodou práce je analýza a studium literatury a pramenů. Základní literaturou byly knihy *Slzy po porodu*¹ od Elizabeth Gisel, *Bolestně smutná nálada*² od Jána Praška, Beáty Paškové a Hany Praškové, *Poporodní deprese*³ od Pauly Nicolson, a učební texty pro porodní asistentky *Aplikovaná psychologie porodnictví*⁴ od Kateřiny Rastislavové.

Práce je členěna do 6 kapitol. V první kapitole popisují, co se děje s psychikou ženy po porodu a blíže vymezují pojem „poporodní deprese“. Ve druhé kapitole uvádím několik faktorů, které mohou mít na vznik a průběh porodní deprese vliv. Třetí kapitola se zabývá dobou vzniku poporodní deprese a symptomy. Čtvrtá kapitola je věnována psychosociálním aspektům poporodní deprese, popisuje, jaký vliv může mít toto onemocnění na lidi v ženině okolí. Další kapitola pojednává o léčbě poporodní deprese a poslední kapitola se zaměřuje na psychohygienu ženy po porodu včetně toho, kam se žena může obrátit o pomoc a jakou roli zde může sehrát sociální pracovník. Součástí

¹ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004.

² PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: psychiatrické centrum, 2001.

³ NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2001.

⁴ RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008.

práce jsou přílohy, v nichž jsou uvedeny odkazy na vybrané organizace, které se zabývají psychologickou pomocí či poradenstvím ženám v tíživých životních situacích. Na dokreslení zveřejňuji také písemné odpovědi pěti maminek, které mají s prožíváním pocitů smutku po porodu vlastní zkušenost.

1. Psychické změny u ženy po porodu

K tomu, aby bylo možné problematiku poporodní deprese dobře popsat, považují za důležité důkladněji vysvětlit, co se po porodu s psychikou ženy děje a čím je období těsně po porodu charakteristické.

Dobu těsně po porodu označujeme jako období šestinedělí (puerperium) – to žena prožívá přibližně do 6 týdnů od narození svého dítěte. Změny, které se v těle staly během těhotenství odeznívají a organismus se pozvolna vrací do původního stavu.⁵ Po porodu se děloha výrazně zmenší, šahá nyní asi k pupku, v dalších dnech se dále zmenšuje (zavinuje), což může být zvláště u vícerodiček provázeno poporodními bolestmi. Hojí se poporodní poranění. Nastupuje tvorba mléka a prsy mohou být bolestivé.⁶ Během šestinedělí odcházejí z těla ženy očišky (lochia). Zpočátku se jedná o poměrně silné krvácení, které později připomíná menstruaci a postupně slábne.⁷ V těle ženy po porodu se dějí také velké hormonální změny.⁸

Psychika ženy je po porodu vystavena velké zátěži související nejen se zmiňovanými fyzickými a hormonálními změnami a také s adaptací na novou roli matky. Uplatňují se zde všechny citové pohnutky, které působily již v průběhu těhotenství a při porodu, a přistupují k nim zážitky spojené s nedávným porodem. Kromě biologických změn ovlivňují psychiku ženy po porodu také faktory psychosociální. Žena se vyrovnává s zážitkem porodu a porovnává tuto náročnou zkušenost se sebezpojetím. Žena se dále potýká s přijetím novorozence co by samostatné bytosti žijící mimo její vlastní tělo a během péče o něj k němu začíná navazovat citový vztah.⁹

První poporodní den se u žen někdy pozoruje vzestup radostné nálady, která vyplývá z jakési úlevy, že vše dobře dopadlo a dítě je v pořádku. Většinou jde však o přechodné období, které je vystřídáno obavami, úzkostí a emoční labilitou. K tomu přispívá i velký pocit odpovědnosti za zdraví dítěte a jeho výchovu a za realizaci role matky a pečovatelky. Péče o dítě se najednou stává skutečností, která vyžaduje také

⁵ Srov. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a porodu*. Praha: Galén, 2006, s. 335.

⁶ Srov. brožura *Péče o ženu v porodnici a v šestinedělí*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004, s. 10.

⁷ Srov. SIMKIN, P. *Partner u porodu*. Praha: Argo, 2000, s. 210.

⁸ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008, s. 82.

⁹ Srov. Tamtéž s. 82.

odříkání a stálou pohotovost – to sebou přináší trvalou zátěž, na kterou je potřeba si zvyknout. Nepříznivé stavy se dále mohou násobit celkovou fyzickou vyčerpaností a nedostatkem spánku.¹⁰

1.1. Pocity smutku po porodu

Pro vymezení pojmu poporodní deprese a snazší orientaci v problematice považují za nutné rozlišit oblasti pocitů smutku po porodu a stručně je popsat a tím upřesnit pojem „poporodní deprese“ tak, jak jej pojmám v této práci.

Obecně lze oblasti pocitů smutku po porodu rozdělit do tří kategorií¹¹ :

Poporodní blues:

Poporodní blues lze označit jako přechodnou subdepressivní epizodu, která se objevuje u 50-80% žen v období 3. – 6. dne po porodu. Někdy bývá nazývána také jako baby blues. Tato fáze je charakteristická velkými psychickými výkyvy a změnami nálad od radostné rozechvělosti až po zlost. Ženy bývají zranitelné a přecitlivělé. Objevují se epizody pláče, jejichž příčinu často nedokáže objasnit ani žena sama. Pláč však nemusí být nutně spojen se smutkem.¹² „*Pojem baby blues vyjadřuje mé pocity, je v něm něco erotického, jako v zamilovanosti*“ prohlásila jedna mladá matka.¹³ Dalšími projevy jsou podrážděnost, labilita nálady, úzkost, zmatenost, neklid, únava, snížená sebeúcta a pocity nejistoty a osamělosti. Mohou se objevit i somatické potíže (bolesti zad a hlavy, snížená chuť k jídlu, poruchy spánku). Přesná příčina vzniku tohoto stavu není známa. Někdy bývá poporodní blues považováno za přirozenou adaptační reakci organismu ženy po porodu. Jindy je dáváno do souvislosti i s manželskou disharmonií, psychosexuálními problémy, strachem z porodu aj. V zásadě se tyto poporodní změny nálad považují za neškodné a spontánně odeznívají asi do 10. dne po porodu. Pokud

¹⁰ Srov. PRAŠKO, J. *Psychoterapie poporodních depresí*. In RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008, s. 82.

¹¹ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 12.

¹² Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 12.

¹³ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 12.

však potíže neodezní do 14 dnů po porodu může to být signálem pro rozvoj závažnějšího dlouhodobějšího depresivního stavu.¹⁴

Poporodní deprese :

Jedná se o závažnější stav, než jakým je stav běžně označován jako „poporodní blues“, je však léčitelný, a právě o tomto onemocnění pojednává má práce.

Poporodní deprese se vyskytne přibližně u 10% žen.¹⁵

Poporodní psychóza:

Toto poporodní psychotické onemocnění bylo dříve označováno jako „laktální psychóza“ s laktací však nic společného nemá. Jedná se o nejzávažnější psychické onemocnění po porodu. Vzniká zpravidla v prvním týdnu po porodu (až 15 dnech) a vyskytuje se u 0,1-0,2 % žen.¹⁶ Rozeznávají se amentní, manické, endogenní depresivní a schizofrenní formy tohoto onemocnění. Někteří autoři neuznávají poporodní psychózu jako zvláštní jednotku, ale považují ji za vznik „normální“ psychiatrické nemoci nebo za relaps.¹⁷ Mezi příznaky patří vyčerpání, návaly vzteku, ztráta kontaktu s realitou, halucinace, myšlenky na sebevraždu a vraždu dítěte.¹⁸

1.2. Charakteristika deprese a terminologie pojmu „poporodní deprese“

Z obecného hlediska je deprese psychická porucha, která je spojena s dlouhým trváním epizody, vysokou chronicitou, častými relapsy i rekurencí, tělesným a psychosociálním narušením a vysokou suicidalitou.¹⁹ Jedná se o onemocněním

¹⁴ Srov. ČEPICKÝ, P. *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví*. IN RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 82.

¹⁵ Srov. PIDERMANN, V. *Žena a poruchy nálady*. Praha: Galén, 2006, s. 22.

¹⁶ Srov. SOBOTKOVÁ, D. ŠEMBERA, Z. *Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980-2000: III. Poporodní období*. IN RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 92.

¹⁷ Srov. ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. IN RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008, s. 92.

¹⁸ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One woman press, 2004, s. 13.

¹⁹ Srov. RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum, 2001, s. 259.

projevující se hlavně poruchou nálady. Působí jak na tělesné funkce, tak i na chování a myšlení a zasahuje tak do celého fungování.²⁰ Podle intenzity a počtu přítomných příznaků se depresivní epizoda rozlišuje jako lehká, středně těžká, těžká bez psychotických příznaků a těžká s psychotickými příznaky.²¹

Deprese žen má určitá specifika – doba kolem porodu patří mezi období, kdy se depresivní příznaky mohou vyskytovat ve větší míře nebo být nějakým způsobem modifikované.²² Nicolson ve své knize Poporodní deprese uvádí, že *“..v tradiční odborné literatuře, která je v současné době k dispozici se nevyskytuje téměř žádná práce, která by předkládala jasnou a funkční definici PPD.”*²³ Poporodní deprese bývá definována jaksí tautologicky jako deprese, která se vyskytuje během prvních dvanácti měsíců po porodu.²⁴ Bývá popisována jako *„dáletrvající zhoršení nálady různého stupně a trvání.“*²⁵ Terminologie pojmu „poporodní deprese“ (popř. postnatální deprese) nebývá vždy jednotná. V knize Slzy po porodu autorka upozorňuje, že z hlediska přesnosti by se zdál být vhodnější pojem „pospartální deprese“ – protože ten lze přeložit jako „po slehnutí“ a vtahuje se tudíž k matce, zatímco „post natal“ znamená „po narození“ a týká se spíše dítěte.²⁶ Pařízek uvádí, že termín „poporodní deprese“ by se z psychiatrického hlediska neměl používat a proto hovoří o „splínu“ nebo „sklíčenosti“.²⁷

*„Přes absenci funkční definice se objevil implicitní model PPD. PPD vědci charakterizují prostřednictvím jejího ‚časového umístění‘, které je prvních dvanáct měsíců po porodu, ‚rozmanitostí své formy‘, která kolísá podle doby výskytu v poporodním období a trvání epizod depresí; zda se vůbec jedná o ‚nemoc‘ se svou fyzickou příčinou nebo jen o reakci na ‚stres‘ a ‚životní událost‘, do jaké míry je ve skutečnosti vázána na samotný porod nebo prostě spojena s existencí nové matky a nakonec je zde i zájem o incidenci.“*²⁸

²⁰ Srov. PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: Psychiatrické centrum, 2001, s. 13

²¹ Srov. RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum, 2001, s. 260.

²² Srov. PIDERMANN, V. *Žena a poruchy nálady*. Praha: Galén, 2006, str. 20.

²³ NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2001, s. 32-33

²⁴ Srov. Tamtéž. s. 33

²⁵ PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: Psychiatrické centrum, 2001, s. 40.

²⁶ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 11.

²⁷ Srov. PAŘÍZEK, A. *Knihy o těhotenství a porodu*. Praha: Galén, 2006. s. 434.

²⁸ NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha: Grada Publishing s. r. o., 2001, s. 33

2. Faktory mající vliv na vznik a průběh poporodní deprese

Přesnou příčinu vzniku poporodní deprese je obtížné určit.²⁹ Ovlivňuje ji však celá řada faktorů. V této kapitole uvádím nejzásadnější faktory, které mohou mít na vznik a průběh poporodní deprese vliv jako: psychické dispozice ženy, věk, průběh porodu, péče o ženu na oddělení šestinedělí, hormonální změny v těle ženy, sociální a ekonomická situace ženy, narození dítěte coby náročná životní událost a společenské klima.

2.1. Psychické dispozice ženy

Svou roli při vzniku a průběhu poporodní deprese může hrát celková psychická výbava ženy, dřívější psychické potíže či onemocnění a dědičnost.

Platí, že deprese se obecně u žen vyskytuje 2x častěji než u mužů.³⁰

K depresi jsou často náchylnější ženy s nízkým sebevědomím a pesimistickým naladěním, které neumějí sami sebe odměnit a pochválit. V těchto případech bývají více závislé na pochvalě od druhých lidí, což vede k nadměrné snaživosti a závislosti na hodnocení okolí. Častěji bývají také ohroženy ženy, které jsou málo asertivní a které mají potíže se snášením kritiky od ostatních a často obrazejí vztek proti sobě i v situaci, kdy by se měly hněvat spíše na druhé.³¹

Dalším rizikovým faktorem mohou být dřívější psychické obtíže a onemocnění. U 30% žen, které někdy prodělaly depresi se po porodu rozvine znovu. Jestliže ženy prodělaly depresivní epizodu po předchozím porodu po dalším porodu se rozvine u 52-60%.³² K poporodní depresi jsou také náchylnější ženy, které před otěhotněním trpěly premenstruální tenzí.³³ Více než 75% žen má zkušenosti s psychickou nepohodou objevující se během menstruačního cyklu, přičemž u 3-8% žen se rozvíjí premenstruální dysforická porucha. Ta se vyznačuje celou škálou tělesných a psychických obtíží jako je např. emoční labilita, depresivní emotivita a beznaděj, vznětlivost, pocity zkroušenosti

²⁹ Srov. NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2001, s. 32

³⁰ Srov. PIDERMANN, V. *Žena a poruchy nálady*. Praha: Galén, 2006, s. 18.

³¹ Srov. PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2001, s. 48.

³² Srov. PRAŠKO, J. *Psychoterapie poporodních depresí*. In RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008, s. 91.

³³ Srov. PRAŠKO, J., PAŠKOVÁ, B., PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. 2001. s. 40.

aj., přičemž u dysforické premenstruální poruchy platí, že se potíže objevují po většinu menstruačních cyklů nejméně jeden rok.³⁴

Úlohu zde mohou hrát také dědičné faktory a s tím spojená určitá vrozená biologická zranitelnost. Zde však platí, že se dědí určitá náchylnost k nemoci- nikoli nemoc sama. Riziko vzniku deprese je 1,5-3x vyšší vyskytne-li se deprese u pokrevních příbuzných.³⁵ Deprese se ale může objevit i v případě, že v rodině nikdy podobné problémy nebyly.³⁶

Zdá se, že negativní pocity, obavy a deprese v průběhu těhotenství bezprostředně na zvýšené riziko onemocnění poporodní depresí nepoukazují.³⁷

2.2. Věk

Obecně se deprese u žen vyskytuje nejvíce mezi 20 – 40 lety.³⁸ Vzhledem k tomu, že je poporodní deprese vázána na porod, bylo by vhodné do problematiky věku zařadit spíše to, jaké jsou pravděpodobně schopnosti ženy v určitém věku a jak bude nejspíše v daném věku zvládat nároky těhotenství a mateřství. Zatímco z biologického hlediska je optimálním věkem pro první otěhotnění a porod období přibližně mezi 19.-23. rokem ženy³⁹, z psychologického hlediska tomu tak být nemusí. Vzhledem k tomu, že životní zkušenosti rostou s přibývajícím věkem, plánuje mnoho žen své první dítě až po třicítce. Průměrný věk prvorodiček se u nás pohybuje okolo 27. roku.⁴⁰ Přitom jak mladé matky, tak matky starší mohou pociťovat určité výhody i nevýhody, které jsou s otěhotněním a mateřstvím v daném věku spojené.

Starší ženy si většinou dovedou mateřství lépe užívat a nemají pocit, že jim stále něco uniká. Mívají více trpělivosti a více životních zkušeností a znalostí, jak o průběhu porodu, tak o péči o dítě.⁴¹ Tyto ženy jsou zralejší a mívají většinou vyřešený vztah k vlastní matce. Naproti tomu, první těhotenství po 35. roce ženy je většinou

³⁴ Srov. PIDERMANN, V. *Žena a poruchy nálady*. Praha: Galén, 2006, s. 20-21.

³⁵ Srov. Tamtéž, s. 18.

³⁶ Srov. PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B., PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: psychiatrické centrum, 2001, s. 44

³⁷ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One woman press, 2004, s. 120.

³⁸ Srov. PIDERMANN, V. *Žena a poruchy nálady*. Praha: Galén, 2006, s. 18.

³⁹ Srov. BEHINOVÁ, M., KAISEROVÁ, K. KRIGER, P. *Velká kniha o mateřství*. Praha: Mladá fronta, 2006, s. 29.

⁴⁰ Srov. Tamtéž, s. 89.

⁴¹ Srov. BEHINOVÁ, M. KASISEROVÁ, K. KRIGER, P. *Velká kniha mateřství*. Praha: Mladá fronta, 2006, s. 89.

doprovázeno větší úzkostí a obavami, zda bude těhotenství probíhat úspěšně. Starším ženám také hrozí více zdravotních komplikací během těhotenství (např. samovolný potrat, či metabolické poruchy) a určitá rizika spojená s poruchami nitroděložního vývoje plodu (např. Downův syndrom). Čekání na výsledky lékařských vyšetření (př. amniocentézy) tak může představovat pro starší ženy větší psychickou zátěž. Starší ženy také někdy kladou větší důraz na uspokojování svých potřeb, své požadavky jasněji sdělují zdravotnickému personálu – z toho důvodu se však také častěji mohou objevovat vůči zdravotnickému personálu nepřátelské pocity a častěji dochází ke konfliktům. Někdy se také objevují konflikty mezi potřebami ženy a dítěte. Některé starší ženy mohou mít větší potřebu dokázat si svou vlastní hodnotu – dokázat, že jsou plnohodnotnými ženami i ve vyšším věku.⁴²

Ve věkové skupině žen pod 20 let vyvstává mnohdy problém motivace těchto žen k mateřství, kdy může jít o těhotenství neplánované, které vzniklo z náhodného vztahu a které žena ze strachu tají před okolím. V pozadí gravidity v mladém věku také může stát touha urychlit proces dospívání a osamostatnění se od rodiny, kde se dívka cítí sociálně izolovaná a neuznávaná. Mateřstvím se pak snaží zvýšit svou prestiž i zájem okolí a získat tak větší sebeúctu. Avšak psychika mladé nezralé ženy často není schopna odolat nárokům situace a dostaví se hněv, izolace od vrstevníků a nedostatečná podpora ze strany rodiny a partnera. Pocity vlastní neschopnosti s nezvládnutím péče o dítě a rodičovské role ještě více nabudou na síle.⁴³

Specifickou zátěž může těhotenství a mateřství představovat pro dospívající dívky. *„Dospívání představuje celou škálu změn – fyzických, psychických i sociálních.Vlivem těchto změn se dospívající ocitají na emocionálním toboganu právě ve chvíli, kdy se potýkají s otázkami vlastní nezávislosti, vztahů s jedinci stejného i opačného pohlaví, tlaku ze strany vrstevníků, ekonomické a sociální stability, ideálu tělesné krásy a s otázkami hledání souladu mezi osobními a rodinnými hodnotami. Přidruží-li se k tomu psychický a fyzický vliv těhotenství, dospívání bývá dvojnásobně obtížné.“*⁴⁴ Mladá dívka často ještě není schopna uvažovat dostatečně dospěle, realitu nevnímá adekvátně, nemá ustálený žebříček hodnot a její jednání bývá často impulzivní. Matky v adolescentním věku často ještě bojují o svou vlastní identitu, potýkají se s otázkami

⁴² Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o. 2008, s. 29.

⁴³ Srov. Tamtéž, s. 29.

⁴⁴ EVANS, N. *Těhotenství a porod od A do Z*. Praha: Pragma, 1997, s. 280.

hodnot a smyslu života. Hledají odpověď na otázku „kdo jsem“ a snaží se porozumět vlastním touhám a citům.⁴⁵

Z toho vyplývá, že jak nižší tak vyšší věk sebou může nést určité riziko vzniku poporodní deprese.

2.3. Průběh porodu

„Porodem (partus) nazýváme každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500g, nebo přežije-li tento novorozenec i s menší hmotností alespoň 24 hodin.“⁴⁶ je to „ Okamžik, při kterém je plod vypuzen z mateřského organismu. Začátek porodu se počítá od chvíle, kdy se děloha začne pravidelně stahovat a začnou se otevírat porodní cesty. Konec porodu pak nastává vypuzením placenty.“⁴⁷ Je zřejmé, že průběh porodu co by samotného vyvrcholení celého těhotenství, má na psychiku ženy velký vliv. Úspěšný porod může být pro ženu zdrojem hrdosti, uspokojení a sebevědomí, pokud má však žena pocit, že situaci nezvládla dochází k rozporům v sebepojetí.⁴⁸ „ Dobrý porod není jen otázkou bezpečnosti nebo dosažení cíle, fyzicky zdravá matka a fyzicky zdravé dítě‘. Porod miminka je svázán se spoustou emocí, zrovna tak jako s vrtěním, točením a posouváním miminka porodními cestami a pak s jeho narozením...Všechno, co se během porodu děje bude mít vliv na to, jak bude žena vnímat po porodu sama sebe.“⁴⁹

Při psychickém prožívání porod hraje svou roli množství faktorů jako je samotný druh porodu; prostředí, v němž se porod odehrává; zda během porodu došlo k vážnějším komplikacím; dřívější zkušenosti, které žena s porodem má; vztahy mezi lékaři a rodící ženou; osoby, které ženu během porodu povzbuzují ale také to, co žena od porodu očekává ; jak moc se liší její představy o porodu od reality; celkový psychický stav ženy ; fyzické dispozice, i to, jak žena vnímá bolest a nakolik je schopna a připravena jí čelit.

Je známo několik zásad, které mohou pomoci učinit porod pro ženu co nejsnesitelnějším. Patří sem:

⁴⁵ RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o. 2008. s. 29

⁴⁶ ČECH, E. et al. *Porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, s. 121.

⁴⁷ BEHINOVÁ, M. KAISEROVÁ, K. KRIGER, P. *Velká kniha o mateřství*. Praha: Mladá fronta, 2006, s. 116.

⁴⁸ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o, 2008, s.58.

⁴⁹ ŠTROMEROVÁ, Z. *Možnost volby*. Praha: Argo, 2005, s. 13.

- navázání kontaktu personálu a ženy již během těhotenství, seznámení s prostředím
- klidné, intimní prostředí, soukromí, teplo, ticho, přítomnost
- minimum zásahů do porodního děje, žádná stimulace
- podpora instinktivního chování rodičky, svoboda ženy dělat hluk a rodit v jakékoli poloze, podpora ženiny důvěry ve spontánní děje, sklonění do sebe
- přítomnost empatické porodní asistentky, která má rozhodující vliv na spontánní průběh porodu, předávání hodnotných informací...
- porody do vody, relaxace v teplé lázni
- uvědomění si, že přítomnost otce u porodu nemusí být jednoznačně prospěšná⁵⁰

Z fyziologického hlediska se rozlišuje několik druhů porodů. O porodu v termínu hovoříme, pokud k němu dojde v 38. – 42. týdnu gravidity.. Jako předčasný porod bývá označován porod před ukončeným 37. týdnem gravidity. Spontánní porod je takový, který začal na základě přirozených procesů organismu a jehož průběh nevyžadoval zásah odborníka. Indukovaný porod je porod, který byl vyvolán podáním tzv. uterokinetických preparátů (přípravků vyvolávajících děložní činnost). Medikamentózní porod je takový porod, který začal samovolně, ale v průběhu bylo nutné do něj z nejrůznějších důvodů zasáhnout (př. zmírnění bolestí, posílení děložní činnosti). Dále se může objevit porod protahovaný (kdy 1. doba porodní od začátku pravidelné děložní činnosti trvá déle než deset hodin) či naopak porod překotný (od začátku pravidelné děložní činnosti došlo k porodu během 1 hodiny)⁵¹

Porod může být veden řadou různých metod. Většinou se odehrává klasicky v porodnici (mnohé porodnice mají k dispozici také speciální vybavení, které může prožívání porodu ženě ulehčit jako např. masážní vany, míče či žebřiny), dnes jsou porodní sály rozděleny na jednotlivé porodní pokoje – tím zajišťují větší intimitu a soukromí. Žena si může vybrat mezi standardním nebo nadstandardním typem, přičemž jednotlivé porodnice se mohou v postupu při porodu lišit, vždy by však měla být zajištěna určitá úroveň.⁵² Za určitých podmínek může porod probíhat také v domácím prostředí. Další formy porodu jsou například porod do vody, porod jako

⁵⁰ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 51.

⁵¹ Srov. ČERMÁKOVÁ, B. *K porodu bez obav*. Brno: Era group. s.r.o., 2008, s. 106-110.

⁵² Srov. BEHINOVÁ, M. KAISEROVÁ, K. KARGER, P. *Velká kniha o mateřství*. Praha: Mladá fronta, 2006, s. 122.

plánovaný císařský řez, porod s analgezií, či porod s dulou.⁵³ Všechny tyto formy mají své výhody i nevýhody a každá může specifickým odlišným způsobem ovlivňovat to, jak se žena bude v průběhu porodu cítit.

Důležitá je také skutečnost, zda porod probíhá bez komplikací a zda při něm není ohroženo dítě, přičemž mezi možné komplikace při porodu patří např: neplánovaný císařský řez, předčasný odtok plodové vody, příliš velké dítě, pupeční šňůra omotaná kolem krku dítěte, předčasné odlučování lůžka či porod koncem pánevním.⁵⁴

Na zdárný průběh porodu má vliv také to, jak je na něj žena psychicky vyladěna, neboť průběh porodu ovlivňuje nejen psychiku ženy, ale je tomu i naopak. „...*Studie prokázaly, že obavy a strach mohou způsobit řetězec bolestí a dysfunkční porod, jenž může celý proces zkomplikovat až do té míry, že je třeba císařského řezu.*“⁵⁵ Obavy, které se před porodem objevují způsobuje především strach z neznáma a představa, že dítě musí projít něčím tak úzkým, jako je pochva.⁵⁶ Je známo několik potencionálně rizikových faktorů v psychice ženy, které mohou průběh porodu zkomplikovat, může to být mimo jiné např. pasivita, závislost, spoléhání na druhé nebo naopak neschopnost přijímat pomoc, dětinskost, odmítnutí ženství, potlačená sexualita, nepřizpůsobivost, neupřímná manipulativní komunikace, konfliktní vztahy, pojetí sebe samé jako slabé ženy, rozpolcení ducha a těla, omezené představy o porodu, nesoulad v přípravě na porod, nezvládnuté obavy, rigidita v přijímání změn a nových přístupů, odmítnutí reality porodních bolestí.⁵⁷

Dalším ze zdrojů obav a psychické zátěže při porodu bývají právě zmiňované porodní bolesti. „*Bolest při porodu je specifickou bolestí, je součástí přirozeného tělesného procesu, žena se na ni může po dobu několika měsíců připravovat, je časově omezená, trvá hodiny (ne dny, týdny), přichází v pravidelném rytmu a v intervalech mezi nimi bolest ustává, končí porodem novorozence jako (většinou) emočně kladně nabitým zážitkem a odměnou.*“⁵⁸ Zároveň platí, že vnímání porodních bolestí zesiluje kromě strachu také únava, samota, pomyšlení na bolest, sebelítost a stres.⁵⁹ V dnešní době

⁵³ Srov. BEHINOVÁ, M. KAISEROVÁ, K. KARGER, P. *Velká kniha o mateřství*. Praha: Mladá fronta, 2006, s. 122-125

⁵⁴ Srov. Tamtéž, s. 126 -129

⁵⁵ EVANS, N. *Těhotenství a porod od A do Z*. Praha: Pragma, 1997, s. 202.

⁵⁶ Srov. BEHINOVÁ, M. KAISEROVÁ, K. KARGER, P. *Velká kniha o mateřství*. Praha: Mladá fronta, 2006, s. 104.

⁵⁷ Srov. NORTHRUPOVÁ, CH. *Žena-tělo a duše*. Praha: Columbus spol. s.r.o., 2004, s. 440.

⁵⁸ RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 67.

⁵⁹ Srov. BEHINOVÁ, M., KAISEROVÁ, K. KARGER, P. *Velká kniha o mateřství*. Praha: Mladá fronta, 2006, s. 107.

existuje spousta možností, jak bolest při porodu zmírnit - ta většinou zcela nezmizí, ale při spojení různých způsobů tlumení bolesti a zasvěcené láskyplné péče, dokáže většina žen bolest úspěšně zvládnout. Vhodná opatření proti bolesti mohou působit trojím způsobem: tlumí bolest přímo v místě odkud bolest vychází, přispějí k většímu vnímání příjemných nebo neutrálních pocitů, zahrnují činnost, která pomůže odtáhnout pozornost od bolesti samotné.⁶⁰ Opatření proti porodním bolestem můžeme dělit na farmakologická (př.analgetika - tlumí bolest; spasmolytika - uvolňují napětí ve svalech, anestetika znečitlivují) a nefarmakologická⁶¹ - mezi taková opatření se řadí například vlastní rituály, pohyb a změna pozice, tlaková masáž, koupel, sprcha, vířivá lázeň, teplo a chlad, dotek a masáž, akupresura, relaxace, zaměření pozornosti (na pohled, hlas, dotek), vizualizace (představa něčeho velmi příjemného) určitý způsob dýchání (dechové vzory pro porod)⁶² Zdárnému průběhu porodu napomáhá v obecné rovině, když žena navštěvuje předporodní kurz, vybere si formu a místo porodu, vyřeší doprovod k porodu, je v přiměřené fyzické kondici, často relaxuje, připraví se na bolest a snaží se příliš situaci nepodléhat.⁶³

Většina žen rodí s vypětím nebo krajním vypětím všech sil, při zapojení psychických i fyzických mechanismů, někdy dojde k velkému rozkolísání psychických i fyzických funkcí.

V posledních letech přibývá žen, které chtějí být při porodu aktivní a chtějí si z něj odnést hluboký psychický zážitek. O porodu si udělají určitou představu a snaží se ji naplnit. Porod se tak mnohdy může stát zdrojem zklamání nebo dokonce traumatu⁶⁴ a podílet se tak na vzniku poporodní deprese. „*Australská studie uvádí sedmkrát vyšší riziko vzniku poporodní deprese u ženy po urgentním císařském řezu.*“⁶⁵ Poporodní deprese také bývá dávkou do souvislosti s porodem v epidurální anestezii a odloučením matky a dítěte po narození.⁶⁶

⁶⁰ Srov. SIMKIN, P. *Partner u porodu*. Praha: Argo, 2000, s. 83

⁶¹ Srov. ČERMÁKOVÁ, B. *K porodu bez obav*. Brno: Era group s.r.o., 2008, s. 96

⁶² Srov. SIMKIN, P. *Partner u porodu*. Praha: Argo, 2000, s. 84-95

⁶³ Srov. BEHINOVÁ, M. KAISEROVÁ, K. KARGER, P. *Velká kniha o mateřství*. Praha: Mladá fronta, 2006, s. 104-107

⁶⁴ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 58.

⁶⁵ RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 91.

⁶⁶ Srov. Tamtéž, s. 91.

2.4. Péče o ženu těsně po porodu a na oddělení šestinedělí

První hodiny těsně po porodu jsou velmi důležité nejen pro ženu, ale také pro dítě.⁶⁷ Tato doba je pro organismus ženy velmi náročná. Tělo si zvyká na novou situaci – děloha je již prázdná a mění se průtok krve. Ženy bývají po porodu více či méně vyčerpané.⁶⁸

Jelikož v prvních dvou hodinách po porodu bývají časté některé komplikace časného šestinedělí (př. krvácení) zůstává žena po tuto dobu ještě na porodním sále, či porodním pokoji. Poté je převezena na oddělení šestinedělí. Na oddělení šestinedělí je dnes obvyklý způsob pobyt matky s dítětem na jednom pokoji (tzv. rooming-in)⁶⁹ To ženy většinou vítají, i když někdy si zase rády odpočinou a přenechají péči o dítě v prvních hodinách nebo dnech zdravotnickému personálu.⁷⁰ Bylo upozorňováno na nebezpečí nekritického propagování metody rooming in, neboť může vést k pocitům úzkosti, viny a napomáhat vzniku deprese u matek, které z nějakého důvodu tuto metodu nemohly podstoupit.⁷¹ V některých porodnicích je možné vybrat si pokoj. Někdy má žena ráda své soukromí a je na pokoji ráda sama. Jindy ocení možnost popovídat si s ostatními ženami. Společný pokoj má výhodu také v tom, že si ženy mohou v době kratší nepřítomnosti děti vzájemně pohlídat.⁷²

Povzbuzující prostředí porodnice může být jedním z faktorů, který snižuje riziko vzniku poporodní deprese. Kromě toho bývá prospěšné, pokud může žena ihned v porodnici o dítě sama aktivně pečovat – získá tak pocity naplnění a seznámí se s novými zodpovědnostmi a po odchodu z porodnice nemívá s péčí o dítě větší problémy.⁷³ Toto i jiná opatření (která byla již v 60. letech 20. století zavedena na klinice v Pithiviers ve Francii) měly v ženách posílit pocit kompetence, protože rady v nich mnohdy mohou vyvolat spíše pocity neschopnosti. Ženy byly povzbuzovány k tomu, aby individuálním způsobem uskutečnily svůj přerod v matku – přítom, ale zůstal zachován pocit, že se v případě potřeby mají na koho obrátit.⁷⁴ V knize Slzy po porodu je upozorňováno na to, že se dnes ženy setkávají na většině oddělení šestinedělí

⁶⁷ Srov. ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo, 1995, s. 85.

⁶⁸ Srov. PAŘÍZEK, A. *Knih o těhotenství a porodu*. Praha: Galén, 2006, s. 336.

⁶⁹ Srov. brožura *Péče o ženu v porodnici a v šestinedělí*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004, s. 8,10.

⁷⁰ Srov. PAŘÍZEK, A. *Knih o těhotenství a porodu*. Praha: Galén, 2006, s. 337

⁷¹ Srov. ČEPIČKÝ, P. *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví*. IN RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o. s. 87.

⁷² Srov. PAŘÍZEK, A. *Knih o těhotenství a porodu*. Praha: Galén, 2006, s. 336.

⁷³ Srov. ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo, 1995, s. 109.

⁷⁴ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 118.

spíše s ignorací vůči svým potřebám. „*Když potřebují poradit a podpořit, nemá na ně nikdo čas, a když si naopak přejí klid a soukromí, je najednou okolo spousta lidí.*“⁷⁵

Velký vliv může mít na ženu i přístup zdravotnického personálu. Ten se často do pocitů žen po porodu neumí vcítit. „*Několik žen bylo sklíčeno chováním personálu na poporodním pokoji. Toto zahrnuje rozporné rady, hrubost a nedostatek soucitu.*“⁷⁶

V této souvislosti je vhodné upozornit také na to, že vzdělávání odborných sil z oblasti poporodní péče bývá, co se problematiky poporodní deprese týče, často nedostatečné.⁷⁷

Po spontánním nekomplikovaném porodu se žena vrací domů obvykle asi čtvrtý den, po porodu císařským řezem asi šestý až sedmý den.⁷⁸, přičemž by se měly brát ohledy nejen na tělesný stav ženy a dítěte, ale také na ženin stav duševní.⁷⁹ „*Někteří odborníci již přišli s návrhy, že by v porodnicích měla vznikat specializovaná oddělení na psychoterapii doby poporodní!*“⁸⁰

2.5. Hormonální změny probíhající v těle ženy v souvislosti s graviditou a porodem

Poporodní hormonální změny probíhající v těle ženy jsou považovány za jednu z příčin vzniku poporodní deprese,⁸¹ aby bylo popsání těchto změn zřetelné a nepostrádalo logické souvislosti, zahrnula jsem do této podkapitoly kromě poporodních hormonálních změn i všechny zásadní hormonální změny, které probíhají již od počátku ženiny gravidity a poté během porodu.

V těhotenství tělo ženy produkuje hormony, které se za normálních okolností vůbec nevytváří nebo se vytváří pouze v minimálním množství.⁸² Hormonální systém je závislý na psychice a hormony samy mohou psychiku ovlivňovat svým vlivem na aktivitu a na metabolismus mozkových neurotransmiterů. V graviditě silně stoupá produkce estrogenů a progesteronu. Estrogeny mimo jiné způsobují změkčení některých tkání a tím připravují porodní cesty k porodu a udržují těhotenství ‚ve správném stavu‘. Jeho negativním důsledkem mohou být bolesti zad či křečové žíly. Progesteron mimo

⁷⁵ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 118

⁷⁶ NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha: Grada Publishing, 2001, s. 63.

⁷⁷ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 26.

⁷⁸ Srov. brožura *Péče o ženu v porodnici a v šestinedělí*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004, s. 16.

⁷⁹ Srov. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a porodu*. Praha: Galén, 2006, s. 338.

⁸⁰ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 13

⁸¹ Srov. RABOCH, J. ZVOLSKÝ P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum, 2001, s. 553.

⁸² Srov. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a porodu*. Praha: Galén, 2006, s. 343.

jiné zabraňuje předčasnému porodu, uvolňuje svaly, rozšiřuje krevní cévy, snižuje krevní tlak a může přispívat k žaludeční nevolnosti. Má vliv také na náladu a působí jako ‚uklidňující hormon‘. HCG je zaznamenáván hned v začátku těhotenství a HCS, který ovlivňuje vývoj mléčné žlázy zvyšuje kontinuálně svou koncentraci během celé gravidity. Při porodu se uvolňuje celý ‚koktejl hormonů‘, které ovlivňují kromě psychiky matky a plodu i fyziologický děj a chování.⁸³ Za porodu působí kladně endorfíny ‚hormony štěstí a rozkoše‘, které jsou jakýmsi přirozeným opiátem, snižují bolesti, přináší pocity úlevy a někdy mohou způsobit až exaktické stavy. Dále oxytocin, který vyvolává děložní stahy a adrenalin (vylučovaný v situacích ohrožení), který na jedné straně může působit rušivě, ale také může podpořit kontrakce.⁸⁴ Někdy bývá zdůrazňována potřeba vedení porodu bez použití ‚léků‘, kdy je respektována hormonální rovnováha během porodu a nedochází k abnormálním výkyvům hormonů.⁸⁵

Po porodu následuje náhlá změna hladiny hormonů. V souvislosti s odchodem placenty se v průběhu 72 hodin po porodu snižuje v těle hladina estrogenu a progesteronu a to někdy i na nižší úroveň než byla před těhotenstvím. Z hypofýzy přechází do krevního oběhu ženy na podnět dráždění bradavek při kojení, hormony, které mají vliv na zavínování dělohy a na stimulaci tvorby mateřského mléka v prsní žláze – oxytocin a prolaktin. Oxytocin, který bývá označován jako ‚hormon lásky‘ navíc posiluje mateřské cítění a může působit jako přirozený prostředek proti poporodní depresi. Ústup těhotenských změn je patrný také na dalších žlázách s vnitřní sekrecí (kůže nadledvin, štítné žláze) a produkce hormonů klesá.⁸⁶

2.6. Narození dítěte jako náročná životní událost

Životní událost (kterou bezpochyby narození dítěte je) se může označit jako určitý stresor, který nutí měnit obvyklý způsob života, neboť i velmi radostné události jsou prožívány jako stresor a mají na psychiku vliv spolu s událostmi negativními. Narození dítěte jako významná vývojová změna s sebou přináší nové úkoly a často vyžaduje změnit životní návyky a přijmout novou roli – to představuje jistou zátěžovou

⁸³ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 17.

⁸⁴ Srov. ČERMKOVÁ, B. *K porodu bez obav*. Brno: Era group, s.r.o., 2008, s. 96.

⁸⁵ Srov. ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo, 1995, s. 109

⁸⁶ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 82

situaci a deprese často přichází, nedaří-li se této nové situaci přizpůsobit. Depresivní člověk si většinou potřebu změny neuvědomuje a trvá na starých pravidlech chování – většinou se může jednat o změny, které prožívá také jako ztrátu (př. ztráta svobody, kterou žena měla jako bezdětná). Člověk je zvyklý žít rutinně, neboť to mu dovoluje předvídat, co ho může potkat a čím je starší či závislejší na okolí, tím hůře změnu snáší. Reakce často může přijít i za delší čas po významné události (někdy i v době, kdy se zdá, že byla úspěšně vyřešena). Pro zvládnutí přechodu do nové životní role je potřeba se vzdát role staré, uvědomit si a umět projevit případné pocity ztráty, hněvu a viny, naučit se dovednosti pro novou roli potřebné a navázat vztahy s lidmi, kteří s novou rolí souvisejí.⁸⁷

Poporodní deprese mohou ženy trpět dokonce i tehdy, pokud si dítě přály a na svou novou roli matky se těšily. ... *“Najednou se od nich očekává, že budou perfektní. Všechny mateřské ctnosti včetně trpělivosti a síly snášet kritiku by v nich měly z ničehož nic vyrůst jen proto, že se na dítě tolik těšily... tato ambivalence mezi mateřskou a ženskou rolí je schopna vyvolat vnitřní konflikty, které (jsou-li velmi silné) mohou vést až k poruchám ústícím v takzvanou poporodní depresi.....”*⁸⁸

2.7. Sociální a ekonomická situace ženy

Sociální a ekonomické zázemí, je pro ženu po porodu, nacházející v náročné životní situaci, zvláště důležité, přičemž nesporný význam má jak její vztah k partnerovi, tak i vztah k širší rodině a blízkým lidem.⁸⁹

Sociální izolace, samota a pocit nedostatečné podpory se mohou na vzniku poporodní deprese také podílet. Pokud již deprese propukla, bývá pocíťovaný nedostatek sociální a emocionální podpory jedním z jejich průvodních jevů.⁹⁰

Dnešní situace je v mnohém pro ženu po porodu velmi náročná - mnohdy už se nemůže spoléhat v takové míře na pomoc širší rodiny, jak tomu bývalo dříve. Rodinné společenství mělo sice určité nátlakové a kontrolní mechanismy, zároveň ale také poskytovalo protislužbu ve formě pomoci či rady, kdežto svoboda v dnešním sociálním

⁸⁷ Srov. PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: Psychiatrické centrum, 2001, s. 44, 48

⁸⁸ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One woman press, 2004, s. 25.

⁸⁹ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 30.

⁹⁰ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woma Press, 2004, s. 112.

kontextu může stát v určitých životních obdobích, jako je i období poporodní, mnoho sil a tento nadměrný výdej může vznik poporodní deprese podpořit.⁹¹ „*Izolace matek je v dějinách lidstva novinkou. Ve většině kultur byla matka v období okolo porodu obklopena a podporována příbuznými. Všichni respektovali zachovávané tradice a rituály, které přispívaly k chápání šestinedělí jako přechodné fáze.*“⁹²

Dále se v této souvislosti upozorňuje na to, že ačkoli má žena velkou potřebu mít v této životní fázi u sebe matku nebo někoho, kdo ji nahrazuje, mladé ženy, často kontakt s vlastní matkou odmítají, neboť názory na péči o dítě jsou dnes generačně natolik odlišné, že dochází k rozporům a konflikty se obcházejí udržováním odstupů.⁹³

Větší riziko hrozí pravděpodobně také ženám, které neměly šťastné dětství nebo jejichž matka zemřela dříve, než přišly do puberty – a které z tohoto důvodu neměly možnost vyrovnat se s vlastní ženskou identitou. Prostřednictvím dítěte se pak může otevřít část jejich vlastního dětství a snadněji se mohou dostavit pocity smutku a opuštěnosti.⁹⁴

Zvláště ohroženými skupinami jsou ženy svobodné, opuštěné a sociálně izolované. Tyto ženy mohou často trpět frustracemi základních potřeb – lásky, sdílení i odpočinku. Mohou upadat do depresivních stavů snáz a mívají větší sklon být hostilní a odmítavé vůči dítěti. Do skupiny žen v těžké sociální situaci můžeme řadit i ženy žijící v konfliktním rodinném prostředí, či ženy vystavené domácímu násilí.⁹⁵ Za rizikové faktory pro rozvoj deprese se v sociální oblasti života ženy považuje rovněž nepřítomnost blízké osoby (tzn. rovnocenného dospělého partnera), nestabilní manželství, výchova malých dětí ve společné domácnosti.⁹⁶

Kromě sociálního zázemí, může psychický stav ženy ovlivňovat také nepříznivá ekonomická situace (nižší sociální status, nižší vzdělání, finanční problémy.)⁹⁷

Žena v době těhotenství a zvláště pak po porodu často ztrácí status ekonomické soběstačnosti, je pozastaven její profesionální růst a může se stát více finančně závislá na partnerovi. V důsledku toho se mohou dostavit obavy spojené s pocitem oběti.⁹⁸

⁹¹ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 124.

⁹² GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 112.

⁹³ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 120, 121

⁹⁴ Srov. Tamtéž, s. 123.

⁹⁵ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 30.

⁹⁶ Srov. PIDERMANN, V. *Žena a poruchy nálady*. Praha: Galén, 2006, s. 19.

⁹⁷ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 91

⁹⁸ Srov. Tamtéž, s. 16-17

Po porodu má žena po splnění stanovených podmínek nárok na dávky státní sociální podpory, kterými jsou: porodné (dávka, kterou se matce jednorázově přispívá na náklady související s narozením dítěte), rodičovský příspěvek (nárok má osoba, která celodenně a řádně pečuje o dítě, které je nejmladší v rodině – lze jej čerpat po dobu dvou, tří nebo čtyř let), či přídavky na dítě (ty jsou vypláceny ve třech výměrách dle věku dítěte).⁹⁹ Tyto příjmy jsou však většinou nižší než příjem, na který byla žena zvyklá ze zaměstnání. Může tak být nucena měnit svůj životní standard a to může vést k pocitům rozčarování nebo k frustraci. Kvůli tomu, že se výdaje zvyšují v souvislosti s novými náklady na dítě může vznikat velký tlak. Sociální prestiž se navíc hodnotí většinou dle postavení v zaměstnání a výše příjmů.¹⁰⁰ Další skutečnost, která může psychický stav ženy zhoršit je novodobý diktát spotřebního průmyslu, vyvíjející na ženu určitý tlak. „*Seznamy nepostradatelných předmětů v různých časopisech a objednávkových katalozích, které jsou údajně ve „výbavičce pro novorozené dítě“ nezbytné, téměř neberou konce. Dětské pokoje jsou příliš malé, aby to všechno pojaly. Konstatování, že na to prostě příjmy rodiny nestačí, je často jedinou brzdou jak udržte spotřební šílensství v patřičných mezích. Rozdmýchané obavy a draze získatelná jistota jsou základní kameny, na nichž se obratně zakládají prodejní strategie... Podprahová informace zní „naše výrobky vám dají jistotu, zdraví, svobodu a štěstí“, jinými slovy: Bez našeho spotřebního zboží vám hrozí všechna možná nebezpečí.“¹⁰¹ Spotřební průmysl často těží z obav žen, že nebudou v péči o dítě perfektní a že jsou tedy ochotné utrácet peníze za četné vymoženosti, které jsou však mnohdy zbytečné. Ženy mají často spoustu rezerv a sil, ale pokud je objeví a začnou rozvíjet, stávají se z nich špatné spotřebitelky, proto jsou jim často jejich schopnosti vymlouvány.¹⁰²*

2.8. Společenské klima

Také to, jak se k problematice poporodní deprese ve společnosti obecně přistupuje může být pro ženu velmi důležité.

Ve společnosti mohou kvůli neochotně vzít toto onemocnění na vědomí panovat vůči němu velké předsudky. Diagnóza poporodní deprese a jejích symptomů jakoby

⁹⁹ Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2#dsp>, DAN, (5.8. 2009)

¹⁰⁰ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 93

¹⁰¹ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 108-109.

¹⁰² Srov. Tamtéž, s. 110.

done dávna neexistovala, ženy byly často bezradné. Nyní se však o problematiku poporodní deprese zajímají už i odborníci. Jsou zveřejňovány nejrůznější studie a jejich výsledky, vycházejí knihy pro ženy postižené poporodní depresí i jejich rodiny – v nichž se autoři snaží poporodní depresi a její symptomy rozpoznat, odtabuizovat a vysvětlit, jak ženám poskytnout pomoc.¹⁰³ „*Ženy trpící poporodní depresí potřebují pomoc, aby mohly vyslovit nevyslovitelné, aby se dozvěděly, že nejsou samy, že nejsou ‚vyšinuté‘. Místo aby něco předstíraly a dělaly, že je vše v pořádku, mohou se vypořádat se svým zoufalstvím a něco proti němu podniknout. Musí však mít jistotu, že za stav, který nezpůsobily, je okolí nebude odsuzovat.*“¹⁰⁴ Knihy pojednávající o poporodní depresi začaly vycházet nejdříve ve velké Británii, USA a Austrálii – je zajímavé, že tyto země i některé další země evropské jsou typické tím, že v nich zcela vymizela kultura doby poporodní. S tímto faktem může souviset i samotný požadavek žen – aby po porodu začaly žít co nejdříve jako před ním ‚jakoby se nic nestalo‘.¹⁰⁵ „*V systému, kde se mateřství nepřikládá valná hodnota se nelze takovému přístupu divit.*“¹⁰⁶ Role matky bývá ve společnosti často podceňována a proces v němž se žena v západní společnosti stává matkou postrádá jasnou logiku a pravidla – na jedné straně stojí bezbřehá očekávání a na druhé straně absence prostředků s nimiž by bylo možné tato očekávání naplnit.¹⁰⁷

V této souvislosti se upozorňuje také na vliv médií, která hnojně informují ženy o základech vývojové psychologie a o tom, jak obrovský význam má novorozenecký a kojenecký věk pro vývoj jedince – avšak společenský systém už nedělá téměř nic pro prosazování těchto poznatků v každodenním životě – ženy tak na sebe kladou vysoké nároky a při neúspěchu většinou hledají vinu sami v sobě – společenský systém je tak plný protikladů.¹⁰⁸ „*Nejen Freud dával matkám na srozuměnou, že je jedno, co a jak udělají, ale v každém případě to bude špatně. Miluje-li matka své dítě příliš, brání mu ve vývoji; je-li stále s ním, vyvolává u něj strach z kastrace; pokud je často nepřítomna vyvolává frustraci; jestliže je příliš smutná, vyvolává špatné klima.*“¹⁰⁹

To vše vede k tomu, že ženy často cítí pocity selhání ještě dříve, než se vůbec stanou matkami. Nároky jsou často nastaveny přehnaně vysoko. „*...některé ženy*

¹⁰³ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One woman Press, 2004, s. 12.

¹⁰⁴ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 14-15.

¹⁰⁵ Srov. Tamtéž, s. 12

¹⁰⁶ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 12.

¹⁰⁷ Srov. Tamtéž, s. 27.

¹⁰⁸ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 25.

¹⁰⁹ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 28.

nezvládnou být pedagožkou, psycholožkou, vychovatelkou, dětskou lékařkou a k tomu ještě milenkou, partnerkou, šetrnou hospodyní, kuchařkou a paní domu.“¹¹⁰ Strach ze selhání tak vyvolává v ženách často paniku . „Na půdě úzkosti často zapustí kořeny deprese.“¹¹¹

3. Průběh poporodní deprese

V této kapitole popisují, která období jsou pro vznik poporodní deprese nejvíce riziková. Nastíhují, jak může poporodní deprese probíhat a popisují také nejčastější symptomy, které poporodní depresi provázejí.

3.1. Vznik a trvání

Poporodní deprese se může objevit kdykoli během 6 – 12 měsíců po porodu.¹¹²

Za první rizikové období bývá považováno období po příchodu ženy z porodnice domů. Návrat z porodnice domů, může být často pro některé ženy šokem. Příčiny pocitů smutku krátce po příchodu z porodnice mohou být spojeny také s prožíváním odpovědnosti nebo pocitem neschopnosti.¹¹³ V této době je žena zatížena péčí o dítě a starostí o domácnost bez bezprostřední možnosti konzultovat péči o dítě s odborníkem. Druhým rizikovým obdobím je období 2-3 týdnů po návratu domů, kdy obvykle klesá případná pomoc a podpora rodiny.¹¹⁴ V knize *Slzy po porodu* se jako období, kdy je žena po porodu k depresi náchylnější uvádí první dva týdny po porodu, první dva týdny před první menstruací po porodu a první dva týdny po odstavení dítěte (obzvláště dojde –li k odstavení náhle nebo pokud je dítě odstaveno po jednom, dvou až třech letech kojení)¹¹⁵

Depresivní žena může prožít jen jednu depresivní fázi v životě (tzn. že po vyléčení už nikdy neonemocní) nebo se může deprese vyskytovat periodicky a depresivní fáze se mohou opakovat v určitých intervalech. Po prodělané první

¹¹⁰ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 29.

¹¹¹ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 27.

¹¹² Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 91.

¹¹³ Srov. NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha: Grada Publishing, 2001, s. 66.

¹¹⁴ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008, s. 91.

¹¹⁵ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 28.

depresivní fázi dochází až u jedné poloviny nemocných do 1 roku po vysazení léčby k rozvoji druhé fáze. Neléčená depresivní fáze trvá 6-9 měsíců, ale může také trvat déle než rok.¹¹⁶ Vzhledem k tomu, že poporodní deprese představuje riziko pro matku i dítě je léčba velmi žádoucí. Příznaky ustupují většinou až za 3-14 měsíců¹¹⁷

3.2. Symptomy

Deprese se projevuje poruchami nálady, depresivními myšlenkami, depresivním chováním i tělesnými příznaky.¹¹⁸

Nálada poskytuje rámec pro mysl i jednání. Trvale špatná nebo smutná nálada je indikátorem podezření na depresivní poruchu. Mezi depresivní emoce patří kromě smutné nálady také plačtivost, úzkost až panika, podrážděnost, rozmrzelost, zlostnost, neschopnost se těšit a radovat, vztek na sebe, pocity ztráty, nerozhodnost, strach, bezmoc až beznaděj.¹¹⁹

Smutek je v depresi hluboký, trvá delší dobu a výrazně brání aktivitě. Ovlivňuje celé prožívání. Může se měnit od lehkého pocitu sklíčenosti až po úplné zoufalství. Zabaruje vnímání tak, že vše je prožíváno negativně – žena vidí jen své neúspěchy, všimá si jen negativního chování lidí k sobě, neúspěchy si představuje také do budoucnosti. Navíc si může vytvářet představy, že si vše zavinila sama, je jen na obtíž a bude potrestána. Utrpení a tíseň jsou těmito fantaziemi podporovány.¹²⁰

Objevuje se anhedonie – neschopnost prožívat radost a potěšení. Ženu v depresi nic netěší a nic nedokáže prožívat příjemně. Tuto neschopnost si navíc bolestně uvědomuje. Může ztratit zájem i o aktivity, které ji dříve těšily. Tato ztráta z schopnosti prožívat radost může souviset s nedostatkem energie a se stálými obavami a negativními myšlenkami, které brání pohroužení se do prožitků.¹²¹

Pocity ztráty, které žena v depresi prožívá mohou být reálné (př. ztráta sociálního postavení či svobody po narození dítěte) nebo symbolické (př. nerealizované ambice, nenaplněná očekávání). Nerozhodnost znemožňuje rozhodování nejen

¹¹⁶ Srov. PIDERMANN, V. *Žena a poruchy nálady*. Praha: Galén, 2006, s. 13.

¹¹⁷ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 91.

¹¹⁸ Srov. PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: Psychiatrické centrum, 2001, s. 13

¹¹⁹ Srov. Tamtéž, s. 14.

¹²⁰ Srov. Tamtéž, s. 14.

¹²¹ Srov. Tamtéž, s. 14.

v důležitých věcech, ale také v malichernostech. Neschopnost činit rozhodnutí souvisí se strachem, že cokoli žena udělá, dopadne špatně a může být tak velká, že může ženě výrazně bránit i v jednoduchých činnostech, protože nezvolí jejich pořadí.¹²²

Strach bývá také pro depresi typický. Žena může mít strach o sebe, o dítě i své nejbližší. Objevuje se také strach z vlastní nedostačivosti, samoty, odmítnutí druhými. Žena se také může obávat, že se již z deprese nedostane popřípadě, že nedokáže vzdorovat myšlenkám na smrt. Stálá úzkost a napětí vedou k podrážděnosti, ke které stačí minimální podněty.¹²³

Vztek na vlastní osobu může žena pociťovat z mnoha důvodů: kvůli nevykonnosti, chybám, neschopnosti něco změnit. Žena automaticky hledá vinu v sobě a sama sobě se stává nepřítelem a může k sobě pociťovat až nenávisť.¹²⁴

K bezmoci a beznaději vede neschopnost překonat depresi vlastními silami. Žena má pocit, že už se z deprese nikdy nedostane, že už nikdy nebude šťastná a ničím depresivní prožívání nezmění.¹²⁵

V depresi se objevuje kromě depresivních emocí i depresivní myšlení. Myšlenky často odbíhají od činnosti a jsou zpomalené. Deprese je provázena pocity viny, výčitkami svědomí a znehodnocením sama sebe. Pro depresi jsou charakteristické depresivní automatické myšlenky, které se navíc řetězí. Typické depresivní myšlenky jsou zkreslené a neúčinné a zahrnují negativní hodnocení vlastní osoby, okolí a katastrofické vize do budoucnosti. Ženy v depresi mohou mít takové myšlenky nepřetržitě a ty je napomáhají v depresi udržovat.¹²⁶

Depresivní chování se vyznačuje nízkou úrovní aktivity, odkládáním činnosti, vyhýbavým chováním, izolací.¹²⁷

V zoufalství se mohou objevovat myšlenky na smrt a sebevražedné pokusy motivované chutí uniknout z trápení, které se může zdát nekonečné. Sebevražedné myšlenky patří k příznakům depresi a většinou zmizí s ústupem deprese při léčbě.¹²⁸

¹²² Srov. PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: Psychiatrické centrum, 2001, s. 15.

¹²³ Srov. Tamtéž, s. 15.

¹²⁴ Srov. Tamtéž, s. 15.

¹²⁵ Srov. Tamtéž, s. 15.

¹²⁶ Srov. Tamtéž, s. 16.

¹²⁷ Srov. Tamtéž, s. 19.

¹²⁸ Srov. Tamtéž, s. 19.

Riziko suicida je u žen po porodu vzácné, snad vlivem ochranného vlivu povinnosti starat se o dítě.¹²⁹

Významným příznakem poporodní deprese je pocit neschopnosti ženy milovat své dítě, potíže se dítěte dotýkat a pečovat o něj. Objevuje se ambivalence až hostilita k dítěti a pocity ztráty kontroly.¹³⁰ Schopnost postarat se o dítě značně klesá, postižená žena se odsuzuje za to, že k dítěti nic necítí a může být přesvědčená, že jako matka selhala.¹³¹ Při hlubší depresi je výrazně zvýšeno riziko agresivního chování vůči dítěti.¹³²

Deprese může ovlivňovat také biologické pochody. Při depresi dochází často k mnohým tělesným potížím, neboť centra v mozku, která jsou zodpovědná za prožívání nálady jsou spojena s centry pro regulaci vegetativního systému a hormonů. Mezi tělesné příznaky při depresi se řadí únava, vyčerpanost, pocity ztráty energie. Objevuje se napětí nebo slabost ve svalech, bolesti hlavy, páteře nebo břicha, bolestivý tlak na hrudi, nespavost nebo naopak nadměrná spavost, snížená či zvýšená chuť k jídlu, trávící potíže, třes končetin, závratě, bušení srdce, nechut' k sexu, zhoršení paměti, poruchy koncentrace, pocity „prázdná v hlavě“ aj.¹³³

4. Psychosociální aspekty poporodní deprese

V této kapitole se zaměřuji na to, jaký může mít ženina porodní deprese dopad na její dítě a na její vztah k němu, na ženina partnera (resp. otce dítěte) i ženino širší sociální okolí, neboť toto onemocnění ovlivňuje nejen ženu samotnou, ale má určitý psychosociální vliv na mnoho dalších lidí v ženině životě. *„Poporodní deprese ohrožuje zdraví otce i matky, manželství, přátelské vztahy, profesní život a také zdraví dítěte. Každodenní život se stává namáhavým.“*¹³⁴

¹²⁹ Srov. ČEPICKÝ, P. *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví*. In RATISLAVOVÁ, K. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 91.

¹³⁰ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008, s. 91.

¹³¹ PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: Psychiatrické centrum, 2001, s. 41.

¹³² RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum, 2001, s. 553.

¹³³ PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: psychiatrické centrum, 2001, s. 20

¹³⁴ GESISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha One Woman Press, 2004, s. 149.

4.1. Vliv na dítě a na vztah mezi matkou a dítětem

Ženina poporodní deprese může do značné míry ovlivňovat kvalitu její vztahu s dítětem i dítě samotné.

Pro zdravý vývoj dítěte je dobrá interakce s matkou (resp. rodiči) zřejmě velmi podstatná. Podle Eriksonovy teorie psychosociálního vývoje si dítě v době od porodu do prvního roku života buduje pocit základní důvěry či nedůvěry ke světu – což může ovlivňovat celý jeho budoucí život. Právě pocity důvěry mu může zprostředkovat především matka svou péčí, láskou a uspokojováním jeho potřeb. Pak se svět pro dítě stává bezpečným. V této souvislosti se hovoří o „intuitivním rodičovství“ tj. bezděčném chování, které má zřejmě plnit rodičovské adaptační funkce. Pro toto chování jsou typické určité projevy, které mají vliv na novorozence.¹³⁵

Chování sladěné s chováním novorozence umožňuje dítěti rychlé mnohostranné učení. Má se za to, že péče o dítě by měla být konzistentní, dlouhodobá, měla by zachovávat svůj stabilní styl – toto je možné za předpokladu, že o dítě bude pečovat trvale jen jedna osoba (respekt. několik málo osob). Důležité je také, aby reakce rodiče byly přiměřené, byly přizpůsobeny možnostem vnímání dítěte a dávaly dítěti dostatek možností pro jeho vlastní iniciativu a interakci.¹³⁶ Pokud matka trpí poporodní depresí, může jí v tomto toto onemocnění někdy výrazně bránit nebo pro ni péče o dítě může být obtížnější než za běžných podmínek.

Po porodu se u většiny žen rychle rozvíjí pozitivní citová vazba dítěti a následně také pocit, že dítě „patří jen jí“. Okolo 15-40% žen může prožívat tyto pocity o něco později (dny až týdny). To může mimo jiné souviset např. s bolestivým porodem¹³⁷ „Možnost naplánovat si narození dítěte nebo přijmout dítě, které přichází neočekávaně, je spojováno s představou, že žena musí být nutně šťastná. Matky však někdy ke svému zděšení cítí, že v nich vůči dítěti klíčí spíše pocity odmítavé až nepřátelské. Pokud vztah mezi dítětem a matkou nevznikne okamžitě po porodu a pokud matka cítí vůči malému tvorečkovi spíše averzi či nechuť, připadá si jako netvor ..“¹³⁸

¹³⁵ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 87.

¹³⁶ Srov. Tamtéž, s. 87.

¹³⁷ Srov. ČEPICKÝ, P. *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví*. In RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: reklamní atelier Area s.r.o., 2008, s. 89.

¹³⁸ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 25.

Velký význam pro vytváření pevné vazby mezi matkou a dítětem mají faktory jako: častý a dlouhý tělesný kontakt, schopnost matky dítě uklidnit, pozornost vůči signálům ze strany dítěte a rychlá reakce na pláč.¹³⁹ Při utváření citové vazby mezi matkou a dítětem hrají roli téměř všechny smysly. Určitým způsobem se zapojuje čich, sluch, zrak i hmat.¹⁴⁰ Čich se aktivuje už při porodu a pomáhá novorozenci matku rozeznat.¹⁴¹ „Pozorování kojenců prokázala, že pokud se matka nachází v dosahu jejich čichu, reagují klidem a polykacími pohyby. Jakmile se však matka vzdálí, začne dítě pohybovat rukama, otevře oči a zavře ústa a jeho srdeční tep se zvýší.“¹⁴² Dítě se snáze uklidní také pokud je v jeho blízkosti předmět nasáklý vůní matky.¹⁴³ Přirozená vůně kojence zase podněcuje pečovatelské chování matky.¹⁴⁴ „Zápach stolice kojeneho dítěte instinktivně nutí matku, aby dělala věci, které mají na její vztah ke kojenci pozitivní vliv. Mytí, přebalování a osušování jsou zvláštní příležitosti, kdy může k dítěti čichat, líbat je a vnímat jeho reakci jako pozitivní potvrzení její péče.“¹⁴⁵ Také při kojení se prostřednictvím čichu vazba mezi matkou a dítětem posiluje.¹⁴⁶

Také zrak plní důležitou funkci. „Výměna pohledů je univerzálním gestem, které má své důsledky“.¹⁴⁷ V optimálním případě patří první pohled novorozence po porodu matce. Je-li možnost, po porodu drží ženy své dítě 25 – 30 cm od sebe – to je přesně vzdálenost, na kterou je dítě schopno zaostřit.¹⁴⁸ „Bezprostředně po porodu, když můj syn opustil moje tělo, vzala jsem ho do náruče. Naše pohledy se setkaly. Intenzita tohoto okamžiku je srovnatelná jen s ‚láskou na první pohled‘.“¹⁴⁹

Sluch má také svou úlohu. Když žena slyší dítě plakat, vyvolává to v ní spontánní reakci tj. snahu jej utišit. Malé děti, které mají zkušenost, že jejich pláč nezůstane bez odezvy s ním neotálejí, protože vědí, že se jim dostane útěchy a péče. Pokud si dítě takovou jistotu vypěstuje, je to známka, že matce důvěřuje, protože ví, že ho neopustí.¹⁵⁰

¹³⁹ Srov. GESISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 71.

¹⁴⁰ Srov. Tamtéž, s. 75 - 85

¹⁴¹ Srov. Tamtéž, s. 75

¹⁴² GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 75.

¹⁴³ Srov. Tamtéž, s. 77.

¹⁴⁴ Srov. GESIEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One woman Press, 2004, s. 76.

¹⁴⁵ Srov. Tamtéž, s. 76.

¹⁴⁶ Srov. Tamtéž, s. 77.

¹⁴⁷ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 81.

¹⁴⁸ Srov. Tamtéž, s. 80.

¹⁴⁹ GESISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 80.

¹⁵⁰ Srov. Tamtéž, s. 79.

Poruchy mateřských citů se objevují u žen s psychiatrickou komplikací šestinedělí častěji.¹⁵¹ Patologie mateřských afektů se projevuje lhostejností, odcizením nepřítomností lásky (žena má pocit, že dítě není její) nebo rozmrzelostí, hněvem až hostilitou k dítěti (někdy si žena přeje, aby dítě zemřelo nebo má potřebu dítě bít, ta však není většinou realizována) nebo se může vyskytovat kombinace předchozího.¹⁵²

„V průběhu šestinedělí a ještě i později mluvíme o symbióze matky a dítěte. Nelze je považovat za izolované jednotky, co se stane jednomu, stane se i druhému. Zároveň je tato dyáda zasazena do širšího rámce sociálních vztahů. Z toho vyplývá řada možných faktorů, které se mohou podílet na poruchách, které se v šestinedělí u dítěte nebo matky vyskytnou.“¹⁵³

Při porodní depresi může být narušen kontakt matky s dítětem. To může vést k neklidu dítěte. Mohou se u něj objevit kožní projevy, atopický ekzém a později to může přispět k rozvoji astmatu. Nejistota matky v oblasti doteků může vést k problematickému přilnutí dítěte k matce a bazálnímu pocitu nedůvěry ke světu.¹⁵⁴ Vlivem deprese může být narušen vztah k dítěti a to může vést k narušení emočního a kognitivního vývoje dítěte.¹⁵⁵ Uvažovalo se i o možné souvislosti mezi poporodními depresemi (zvláště opakovanými) matky a zvýšeným výskytem agresivního a násilného chování u dítěte v pozdějším věku.¹⁵⁶ Při hlubších formách deprese existuje riziko ublížení dítěti či zabití dítěte.¹⁵⁷

¹⁵¹ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., s. 89.

¹⁵² Srov. ČEPICKÝ, P. *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví*. In RATISLAVOVÁ, K. Praha: reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 89.

¹⁵³ RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 87.

¹⁵⁴ Srov. CHVÁLA, V. *Psychosomatická gynekologie a sexuologie*. In RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 90.

¹⁵⁵ Srov. SOBOTKOVÁ, D. ŠEMBERA, Z. *Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech: 1980-2000. III. Poporodní období*. In RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: reklamní atelier Area s.r.o., 2008, s. 91.

¹⁵⁶ Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek3718.htm>, DAN, (10. 4. 2009)

¹⁵⁷ Srov. RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum, 2001, s. 553.

4.2. Vliv na partnera a na partnerský vztah

Na muže jako na partnera těhotné ženy a později čerstvé matky jsou kladeny vyšší nároky než dříve. Onemocní-li partnerka po porodu poporodní depresí, stává se i tak už dost náročná situace pro muže ještě složitější.

Na jedné straně se od muže očekává, že bude oporou a poskytovatelem bezpečí, existenční jistoty, pomoci a ochrany a že právě on bude v této situaci tou stabilní osobou. Na druhé straně chce žena partnera citlivého a chápavého, který se bude emočně podílet na porodu i na péči o dítě.¹⁵⁸

Již během těhotenství se přitom v partnerovi mohou odehrávat pocity, které často před okolím tají. Mohou se objevovat pochybnosti, nejistota a ambivalentní pocity vůči dítěti. Na začátku těhotenství se může dostavit šok nebo popření. K tomuto se může připojit také strach ze závazků, ztráty svobody, ze selhání nebo přemrštěné pocity odpovědnosti. S postupujícím těhotenstvím se může muž cítit být vyloučen z důležité oblasti partnerčina života a připadat si zbytečný. Později se může objevovat i závist vůči ženě či žárlivost vůči dítěti. V období těsně před porodem, kdy se partnerka ocitá ve fázi „stavění hnízda“ se mohou dostavit obavy o to, za bude muž schopen rodinu uživit.¹⁵⁹

O psychický stav otců odborníci příliš nejeví zájem a ti často zůstanou se svými problémy sami. Po porodu tak často vznikají první partnerské problémy.¹⁶⁰ Pokud žena trpí po porodu poporodní depresí, přidává se ke vši této zátěži také starost o ni a péče o dítě, která v některých případech může zůstat pouze na otci. V této složité situaci může u muže docházet také k četným vnitřním konfliktům. Muži se mohou cítit pod větším tlakem neboť je jim často připisována role muže silného (odvážného, co nepláče), role ochránce (muž může mít pocity selhání, že ženu nechránil), role muže soběstačného (nepřipouští si své emoce, ztrácí schopnost se svými pocity zabývat).¹⁶¹

Je známo, že po narození dítěte se mohou i u otce dostavit jisté depresivní příznaky.¹⁶² *„Ve Velké Británii se prováděl průzkum zaměřený na partnery žen, které byly hospitalizovány na stacionárním oddělení pro matku a dítě z důvodu těžké poporodní deprese. Čtyřicet dvě procenta těchto otců bylo označeno za depresivní nebo*

¹⁵⁸ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, s. 46.

¹⁵⁹ Srov. Tamtéž, s. 46.

¹⁶⁰ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008, s. 46.

¹⁶¹ Srov. Tamtéž, s. 77.

¹⁶² Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 134

patologicky úzkostné. Tyto problémy souvisely s neuspokojivým manželským vztahem nebo sociálními problémy.“¹⁶³

Je důležité si uvědomit, že ženina poporodní deprese může být pro jejího partnera velmi náročná. „*Ženy v naší společnosti jsou pod relativně silným tlakem a málokterá se odváží se považovat za šťastnou, jen jako matka. ‘ Musí být přinejmenším ‚superžena‘, manažerka v domácnosti, v práci i s dětmi a navíc stále atraktivní partnerka. Stejně tak by ani muži neměli pouze vydělávat na rohlíky, ale zároveň být i citlivými partnery a zkušenými otci. Zdá se, že nikdo dnes nemá právo něco nevědět. To však neznamená, že bychom se neměli ve věcech zběžně orientovat. Časově náročné hledání nové rovnováhy může být i pro nejstabilnější partnerství tvrdou výzvou, o to více, pokud je žena v depresi.*“¹⁶⁴ Vztah bývá většinou zatěžován i tím, že partneři obvykle nemají dost času ani na to, aby spolu nerušeně něco podnikli nebo si popovídali.¹⁶⁵ Partnerství může ohrožovat také sexuální dysfunkce, ke které může přispět mimo jiné také deprese.¹⁶⁶ „*Ztráta libida je jedním z projevů poporodní deprese, sama o sobě však není nemoc.*“¹⁶⁷

4.3. Vliv na sociální okolí ženy

Poporodní deprese ovlivňuje také ženino sociální okolí a nejbližší rodinu. Lidé v ženině okolí mohou být často příznaky onemocnění zmatení, mohou si ženino onemocnění dávat za vinu nebo cítit dokonce pocity studu nebo strach. Lidé, kteří depresi neprožili jí často nemohou plně porozumět.¹⁶⁸ Je důležité, aby si uvědomili, že deprese je nemoc, nikoli lenost nebo neschopnost a že člověk v depresi citovou podporu velmi potřebuje. Poporodní deprese může na ženino okolí klást vysoké nároky i v tom, že je často nutná také pomoc s péčí o dítě či domácností.

Depresivní člověk působí také často na lidi ve svém okolí tísnivě, neboť na ně může přenášet patologické ladění. Ženina depresivní nálada, která je většinou pro okolí dobře patrná, může vyvolat různé reakce - mezi nejčastější patří soucit – ten je většinou

¹⁶³ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 134.

¹⁶⁴ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 141.

¹⁶⁵ Srov. Tamtéž, s. 142.

¹⁶⁶ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008, s. 84.

¹⁶⁷ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 149.

¹⁶⁸ Srov. PRAŠKO, J., PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: Psychiatrické centrum, 2001, s. 76.

na místě, avšak přehnaný soucit nepomáhá, ale spíše prohlubuje jak depresi tak úzkost, utvrzuje je a vede depresivní ženu k negativním myšlenkám. Dalším typem reakce může být agrese. Objevuje se nadávání, trestání, nucení k tomu, aby se žena „vzchopila“. To vše příznaky deprese zhoršuje. Stejně tak falešné povzbuzování dlouhodoběji nepomáhá ale svědčí spíše o nepochopení a bezradnosti.¹⁶⁹ Chování, kterým okolí ženě může pomoci vyžaduje spíše ohledy, laskavost, trpělivost a vcítění se.

Vzhledem k tomu, že se žena cítí špatně, může se začít projevovat iracionálně a přehnaně kriticky, vzhledem k labilitě nervového systému je dobré emocionální výkyvy očekávat¹⁷⁰. Vlivem deprese se žena může také více izolovat a více se vyhýbat lidem a to nejen cizím, ale postupem času i nejbližším.¹⁷¹

Rodinným příslušníkům a nejbližším lidem ženy trpící depresí může pomoci, pokud si zjistí o onemocnění co nejvíce informací a informují se také o možnostech odborné pomoci. Je důležité si uvědomit, že jde o nemoc a že nejbližší lidé mají právo na vztek i frustraci, prospěje však všem zúčastněným pokud je budou směřovat k nemoci a nikoli k ženě samotné a budou-li se snažit ženu nekritizovat a v náročném období se co nejvíce vyhýbat hádkám. V této souvislosti je důležité upozornit na to, že i ten kdo pomáhá může sám potřebovat pomoc. Je také dobré si uvědomit, že někdy mohou nastat chvíle, kdy se nedá nic dělat ani při nelepší vůli.¹⁷²

5. Léčba poporodní deprese

V této kapitole se stručně zmiňuji o diagnostice poporodní deprese a možnostech léčby jako je psychoterapie, farmakoterapie a hospitalizace.

5.1. Diagnostika

Psychologická diagnostika spočívá v nalezení a zařazení empirických znaků psychologické povahy nebo významu do kategorií, které jsou součástí určitého teoretického systému, umožňujícího jejich zhodnocení a interpretaci.¹⁷³ Psychologická

¹⁶⁹ Srov. PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. s. 22.

¹⁷⁰ Srov. Tamtéž, s. 151.

¹⁷¹ Srov. tamtéž, s. 20.

¹⁷² Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 150-152.

¹⁷³ Srov. RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. et.al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum, 2001, s. 72

diagnostika představuje vědecké poznávání člověka. Jedná se o odborně náročný proces a vyžaduje proto odpovídající vzdělání a možnost průběžné supervize. Se speciálními psychologickými metodami mohou ve zdravotnické praxi pracovat výhradně kliničtí psychologové nebo osoby pod jejich přímým vedením. Pokud není tato zásada dodržena, vzniká nebezpečí, že získané údaje budou zkreslené a to spolu s neodborným vyhodnocením může pacienta poškodit. Psychologická diagnostika by měla být multidimenzionální (psycholog by měl při vyšetření sledovat událost z více úhlů) a multimodální (pracuje se s daty různé kvality a úrovně, protože pocházejí z odlišných zdrojů). Psychologické vyšetření a diagnostika se skládá ze studia dostupných materiálů a výběru vhodných psychologických metod.¹⁷⁴

V klinické psychologii a psychiatrii existuje řada metod na posouzení depresivity, i když základem diagnostiky deprese zůstává klinický rozhovor.¹⁷⁵ Pro diagnózu poporodní deprese se nedoporučují běžné testy na depresivitu, protože v nich ženy v šestinedělí často dosahují patologických hodnot. Doporučuje se metoda EPDS (Edinburghská škála poporodní deprese), která bývá používána i ve světě.¹⁷⁶ Tento dotazník byl vyvinut v roce 1980 a je používán jako jeden z prvních „nástrojů“ k zachycení stavu matky. Ke stanovení přesné diagnózy a naplánování léčby je třeba provést i další kroky – dotazník lze opakovaně vyplňovat s odstupem dvou týdnů.¹⁷⁷ Diagnóza poporodní deprese může být komplikována také tím, že některé projevy deprese jako je např. úbytek na váze nebo ztráta chuti k sexu, mohou být v šestinedělí považovány za normální.¹⁷⁸

Asi v polovině případů nebývá poporodní deprese diagnostikována vůbec – zvláště u žen bez kvalitního sociálního zázemí.¹⁷⁹

5.2. Psychoterapie

Jedním z prostředků pomoci ženě s poporodní depresí může být psychoterapie, zvláště pokud se jedná o lehčí formu poporodní deprese. I u těžších stavů však může

¹⁷⁴ Srov. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum, 2001, s. 74, 78

¹⁷⁵ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008, s. 96.

¹⁷⁶ Srov. Tamtéž, s. 91.

¹⁷⁷ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 189.

¹⁷⁸ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 91.

¹⁷⁹ Srov. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum, 2001, s. 553.

zkrátit dobu léčby.¹⁸⁰ Psychoterapií se rozumí „*léčení psychologickými prostředky, které provádí speciálně vyškolený terapeut*“¹⁸¹ Pomáhá porozumět tomu, co se s ženou děje, může ji naučit, jakým způsobem má s příznaky a problémy zacházet a trénuje dovednosti, které mohou do budoucna zabránit rozvoji nové fáze deprese. Psychoterapie také přispívá k obnově přirozeného pocitu kontroly nad vlastním vnímáním, myšlenkami, představami, emocemi a chováním. Existuje mnoho psychoterapeutických přístupů a využívá se řada psychoterapeutických metod.¹⁸²

Při léčbě poporodní deprese se uplatňuje např. KBT (kognitivně-behaviorální terapie)¹⁸³, existencionální, hlubinná psychoterapie, zpracování traumatu porodu.¹⁸⁴ Při depresivních stavech se využívá také podpurná psychoterapie, interpersonální nebo rodinná psychoterapie.¹⁸⁵

KBT je poměrně mladý směr, který se začal utvářet v 70. letech. Je určitou kombinací přístupů behaviorálního a kognitivního.¹⁸⁶ KBT vychází z teorie učení a patří k neúčinnějším psychoterapiím deprese. Podle KBT se depresivní člověk naučil depresivním způsobem myslet a jednat, a tento způsob je možné postupně přeučit na konstruktivní – poté dochází k normalizaci nálady. KBT zároveň učí postupně plánovat a měnit svou aktivitu. Mezi základní postupy v KBT deprese patří: porozumění depresi, jejím příznakům i souvislostem, účelné plánování činnosti a pozvolné postupné zvyšování aktivity, postupné odmítání depresivního způsobu myšlení, nácvik relaxace, komunikace, asertivity i metod řešení problémů.¹⁸⁷ K hlavním rysům tohoto přístupu se řadí krátkost a časová omezenost, otevřená aktivní spolupráce mezi terapeutem a pacientem, zaměření na přítomnost a na konkrétní problémy a na to, co je vědomé a pozorovatelné.¹⁸⁸

Hlubinná psychoterapie věnuje pozornost především období raného dětství, vnitřním konfliktům, struktuře „já“ a nevědomí. Snaží se ovlivnit osobnostní rysy,

¹⁸⁰ Srov. PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: psychiatrické centrum, 2001, s. 60.

¹⁸¹ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 174.

¹⁸² Srov. PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: Psychiatrické centrum, 2001, s. 60.

¹⁸³ Srov. RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum, 2001, s. 553.

¹⁸⁴ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 91.

¹⁸⁵ Srov. PIDERMANN, V. *Žena a poruchy nálady*. Praha: Galén, 2006, s. 26.

¹⁸⁶ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006, s. 72.

¹⁸⁷ Srov. PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: Psychiatrické centrum, 2001, s. 62-63.

¹⁸⁸ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006, s. 74.

hledat a odstraňovat příčiny obtíží. Je většinou dlouhodobější. V hlubinné terapii se uplatňují metody jako: analýzy snů, volné asociace, odreagování atd.¹⁸⁹

Existenciální psychoterapie je založena na existencionální filosofii. Zabývá se mimo jiné problematikou svobody a životního smyslu. Zdůrazňuje jedinečnost a neopakovatelnost existence každého jedince a vede k tomu, aby byla žena poznala a byla schopna plně využívat své možnosti.¹⁹⁰

Kromě psychoterapie individuální existuje možnost využít psychoterapii skupinovou - (popř. interpersonální nebo rodinnou)¹⁹¹ Skupinová terapie může být velmi užitečná a může pomoci mimo jiné v tom, že si žena uvědomí, že i jiné ženy mohou prožívat podobné věci jako ona a může se poučit, jak se s depresí vyrovnat a jak řešit každodenní problémy. V psychoterapeutické skupině často panuje atmosféra důvěry, sympatie, otevřenosti a spoluúčasti.¹⁹²

5.3. Farmakoterapie

Zejména při středně těžké a těžké formě poporodní deprese se přistupuje k léčbě pomocí léků. *„Při depresi je nemocný náš mozek, který musí být za určitých okolností také ošetřen, občas i za pomoci léků. Toto zjištění jako by bylo stále ještě tabuizováno, přestože je mozek sídlem našeho duševního a mentálního zdraví. Jelikož v mozku vznikají také pocity, myšlenky a představy, je pochopitelné, že nebudou zdravé, dokud se neuzdraví také náš mozek.“*¹⁹³

Při léčbě poporodní deprese se někdy uplatňují hormonální preparáty (estrogeny, progesteron) přičemž bývá doporučováno zvláště transdermální podávání estrogenů. Vždy je také vhodné prověřit funkci štítné žlázy, neboť byla prokázána souvislost mezi depresivními symptomy a tyreoidálními protilátkami u žen několik měsíců po porodu. Zvláště v těžších stavech bývá však nutná léčba prostřednictvím antidepresiv.¹⁹⁴

„Antidepresiva jsou léky, které umožňují lepší přenos vzruchu v některých neurotransmiterových systémech mozku tím, že zvyšují dostupnost chemických přenašečů na nervových zakončeních. Jde zejména o serotoninový a noradrenalinový

¹⁸⁹ Srov. Tamtéž, s. 20-39

¹⁹⁰ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: reklamní atelier Area, s. r. o., 2008, s. 104.

¹⁹¹ Srov. PIDERMANN, V. *Žena a poruchy nálady*. Praha: Galén, 2006, s. 26.

¹⁹² PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: psychiatrické centrum, 2001, s. 62.

¹⁹³ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 215.

¹⁹⁴ Srov. RABOCH, J., ZVOLSKÝ P. *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum, 2001, s. 553.

přenašečový systém, které v depresi fungují nedostatečně.“¹⁹⁵ Antidepressiva se u všech typů deprese jeví jako nejrozšířenější a neúčinnější, přičemž optimální je zkombinovat podávání antidepressiv s psychoterapií.¹⁹⁶

Farmakoterapie deprese zahrnuje tři etapy. První je etapa akutní, která trvá obvykle šest i více týdnů a zvládají se během ní základní symptomy deprese. Druhá etapa bývá označována jako pokračovací fáze léčby, do 9 měsíců a v tomto období dochází k úpravě příznaků. Poslední – udržovací – fáze léčby probíhá rok a více a jejím cílem je zabránit vzniku další fáze deprese. Moderní antidepressiva jsou považována za bezpečná a vznik závislosti na těchto preparátech se vylučuje.¹⁹⁷

V České republice se dostupná antidepressiva dělí podle převažujícího mechanismu jejich účinku.¹⁹⁸ V případě léčby poporodní deprese je však nutné myslet nejen na zdraví ženy, ale také dítěte, pokud ho žena kojí. Má se za to, že TCA (tricyklická antidepressiva) a SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) jsou relativně bezpečná i při kojení (v těchto případech je kontraindikováno lithium)¹⁹⁹

Léky spadající do skupiny TCA patří mezi první, které se při léčbě deprese uplatňovaly a jsou dobře vyzkoušené. Bývají vysoce účinné, oproti tomu mají ale také řadu vedlejších účinků (př. sucho v ústech, závratě, rozmazané vidění, zpočátku tendence kolabovat při změně polohy aj.), někdy se však na ně organismus časem adaptuje. Nevýhodou je také jejich velká toxicita v případě předávkování.²⁰⁰ Piderman uvádí, že kvůli řadě nežádoucích účinků by již neměla být tato antidepressiva při léčbě deprese využívána.²⁰¹

Látky skupiny SSRI mají jednu z nejvyšších snášenlivostí ze všech skupin antidepressiv. Jsou velmi účinné i bezpečné (i při předávkování jsou pro organismus málo toxické). Vedlejší účinky se projevují u menší skupiny pacientů (př. pocity na zvracení, žaludeční potíže, někdy snížení zájmu o sexualitu).²⁰² Tato antidepressiva patří

¹⁹⁵ PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: Psychiatrické centrum, 2001, s. 54.

¹⁹⁶ Srov. Tamtéž, s. 53.

¹⁹⁷ Srov. PIDERMANN, V. *Žena a poruchy nálady*. Praha: Galén, 2006, s. 26-27.

¹⁹⁸ Srov. PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: psychiatrické centrum, 2001, s. 54.

¹⁹⁹ Srov. RABOCH, J, ZVOLSKÝ P. et. al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum, 2001, s. 554.

²⁰⁰ Srov. PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: Psychiatrické centrum, 2001, s. 54.

²⁰¹ Srov. PIDERMANN, V. *Žena a poruchy nálady*. Praha Galén, 2006, s. 27.

²⁰² Srov. PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: Psychiatrické centrum, 2001, s. 55.

v poslední době mezi nejčastěji používané při léčbě deprese a v řadě případů jsou podávány při zjištění deprese jako první.²⁰³

5.4. Hospitalizace

V některých případech hlubší deprese či v případě psychotické deprese bývá nutná hospitalizace.²⁰⁴ Hospitalizace může za určitých podmínek být i nedobrovolná. Důvodem k nedobrovolné hospitalizaci je situace, kdy je osoba v důsledku duševní choroby nebezpečná sobě či svému okolí bezprostředně a konkrétním způsobem.²⁰⁵ U depresivních poruch se v zásadě rozlišuje mezi útlumovou a úzkostně-agitovanou formou – ta může vyústit až do tzv. melancholického raptu, kdy často hrozí suicidum. Zvláště na počátku a na konci depresivní fáze bývá riziko sebevraždy zvýšené.²⁰⁶

6. Prevence vzniku poporodní deprese (psychohygiena)

V této kapitole se zmiňuji o tom, jak může žena sama nebo s něčí pomocí pečovat v průběhu šestinedělí i v období raného mateřství o svou psychiku, a co může psychiku v šestinedělí dále ovlivňovat. Konkrétně pojednávám o denním a nočním režimu, kojení, možnostech relaxace a o podpoře od partnera. Dále zde uvádím, kam se žena v případě potřeby může obrátit o pomoc a jakou roli zde může mít sociální pracovník

6.1. Denní režim a spánek

Pro ženu mohou být denní a noční režim a s tím spojená schopnost organizace času v období po porodu zvlášť náročné. Nové situaci musí přizpůsobit nejen ona, ale i celkový chod domácnosti. V tomto období se především doporučuje, aby žena dostatečně spala a upřednostnila své potřeby a potřeby dítěte před domácími

²⁰³ Srov. PIDERMANN, V. *Žena a poruchy nálady*. Praha: Galén, 2006, s. 27.

²⁰⁴ Srov. PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: Psychiatrické centrum, 2001, s. 41.

²⁰⁵ Srov. RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum, 2001, s. 521.

²⁰⁶ Srov. Tamtéž, s. 495.

povinnostmi.²⁰⁷ „*Během prvních pár týdnů se ani nepokoušejte vnést do života mimika nějaký řád. ...zpočátku je mnohem jednodušší přizpůsobit se miminku, než je nutit, aby se přizpůsobilo vám. Považujte za svůj cíl to, že rozpoznáte základní potřeby dítěte podle jeho projevů a že se je pokusíte uspokojit.*“²⁰⁸ Situaci může ztěžovat také potřeba častého kojení dítěte nebo jeho noční pláč. Je důležité, aby žena měla na paměti, že dítě nemusí plakat pouze hlady, ale z celé řady dalších důvodů jako je například nedostatek kontaktu, horko nebo chlad, leknutí, předráždění, nepohodlí nebo pouze nuda.²⁰⁹ a podle toho zkoušet volit metody na jeho uklidnění. Podstatné je, aby si žena nevyčítala, když nebude naprosto perfektní a snažila se vše potřebné naučit postupně.²¹⁰

„*Cítím chronickou únavu*‘ říkají často matky, ať už trpí poporodní depresí nebo ne“²¹¹ Stav žen trpících poporodní depresí navíc trvalá únava ještě zhoršuje. Proto se doporučuje, aby se žena zaměřila na svůj režim spánku, zamyslela se nad tím, jaké jsou její priority, požadavky na domácnost a co vlastně sama od sebe očekává²¹² Některé ženy na sebe kladou příliš vysoké nároky a mívají pocit selhání, když jim na vše už nezůstávají síly. Je ovšem důležité si uvědomit, že starost o dítě je velmi náročná, pokud navíc žena kojí, spotřebuje její tělo na produkci mléka spoustu energie.²¹³

Také samotná mateřská dovolená může představovat velkou psychickou zátěž. Narození dítěte mění zcela ženin životní styl - ta se často přestává věnovat své profesi, ztrácí kontakt se spolupracovníky, je omezena ve svých zájmech a někdy i v kontaktu s přáteli. Její celodenní náplň se stává péče o dítě a o domácnost. Žena na mateřské dovolené může postrádat přítomnost dospělých (tzv. emocionální skleník), neboť tráví většinu svého času mezi dětmi. Na jedné straně může být žena frustrovaná v odborném rozvoji, ale zároveň jí přináší péče o dítě velkou námahu (v tomto smyslu se někdy hovoří o „syndromu přetíženosti a nevytíženosti“). Svou roli hraje také fakt, že žena slýchává ze svého okolí vznešená slova o významu mateřství, ale ve skutečnosti její sociální prestiž spíše klesá.²¹⁴

²⁰⁷ Srov. BEHINOVÁ, M. KAISEROVÁ, K. KARGER, P. *Velká kniha o mateřství*. Praha: Mladá fronta, 2006, s. 145.

²⁰⁸ BEHINOVÁ, M. KAISEROVÁ, K. KARGER, P. *Velká kniha o mateřství*. Praha: Mladá fronta, 2006, s. 216-217.

²⁰⁹ Srov. Tamtéž, s. 203

²¹⁰ Srov. Tamtéž, s. 212

²¹¹ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 203.

²¹² Srov. Tamtéž, s. 203.

²¹³ Srov. Tamtéž, s. 204

²¹⁴ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: reklamní atelier Area, s.r.o., 2008, s. 93.

6.2. Kojení

Kojení je jedním z nejdůležitějších úkolů, s kterým se žena po porodu setkává. Může být zdrojem uspokojení i obav a ovlivňovat tak psychický stav ženy. Z tohoto důvodu se také váže k problematice poporodní deprese.

Kojení má svůj význam jak pro matku, tak pro dítě. U kojící ženy po porodu urychluje regeneraci dělohy a porodních cest, snižuje poporodní ztráty krve (vlivem hormonu oxytocinu, který se při kojení uvolňuje a napomáhá stahům dělohy), snižuje riziko vzniku rakoviny prsu, vaječníků a osteoporózy, postava ženy se vlivem kojení rychleji vrací do stavu před otěhotněním a v neposlední řadě kojení posiluje citové pouto matky k dítěti. Vzhledem k tomu, že má mateřské mléko řadu pozitivních vlivů na zdraví dítěte (př. chrání před výskytem infekcí a různých typů alergií), může z kojení pociťovat žena velké uspokojení.²¹⁵ „Pro matku není nic příjemnějšího než pozorovat, jak je dítě spokojené, jak prospívá a roste z jejího vlastního mléka“²¹⁶ Kojení příznivě ovlivňuje psychickou pohodu ženy také z toho důvodu, že se při něm do ženina těla vyplavují kromě oxytocinu i další hormony, které navozují příjemné uvolnění a pocit spokojenosti. Vlivem toho vnímá řada žen kojení jako velmi uspokojující činnost.²¹⁷

Zejména začátky kojení však mohou být spojeny s nejrůznějšími obtížemi a kojení může ženě způsobovat úzkost a nejistotu. Na zmírnění ženiny tísně může pomoci upozornění, že děti nepotřebují velké množství mléka dokud jim nejsou dva až tři dny – prsy většinou do té doby obsahují ne mléko ale mlezivo (kolostrum) kapalinu bohatou na protilátky. Někdy se vyskytne problém s načasováním, buď se mléko objeví dříve, než má dítě chuť k jídlu nebo má naopak dítě hlad dříve, než se objeví mléko, žena může být v tomto období netrpělivá.²¹⁸ Mezi nejčastější příčiny problémů u kojení můžeme dále řadit například nesprávnou polohu dítěte při kojení, nesprávnou techniku kojení (jejímž následkem mohou být bolestivé a poškozené bradavky, nalité prsy, snížená tvorba mléka) či nedostatek mléka²¹⁹, přičemž je známo, že existují i faktory spojené s psychickým stavem matky, které mohou mít na tvorbu mléka jak negativní, tak pozitivní vliv. Mezi nejdůležitější předpoklady úspěšného kojení patří

²¹⁵ Srov. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a porodu*. Praha: Galén, 2006, s. 364-365.

²¹⁶ PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a porodu*. Praha: Galén, 2006, s. 365

²¹⁷ Srov. SIMKIN, P. *Partner u porodu*. Praha: Argo, 2000, s. 219.

²¹⁸ Srov. ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo, 1995, s. 108.

²¹⁹ Srov. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a porodu*. Praha: Galén, 2006, s. 357-365.

kromě zdraví matky i dítěte, správná hormonální výbava a časté přikládání dítěte k prsu.²²⁰ K tomu, aby žena kojení úspěšně zahájila mohou pomoci např. knihy o kojení, kurzy speciálně věnované kojení, poradny pro kojení, zkušenosti předané úspěšně kojící ženou nebo podpora partnera.²²¹

Zvlášť zatěžující může pro ženu být fakt, že ačkoli je pevně rozhodnuta dítě kojit, přesto se to nedaří. V takovém případě se mohou dostavovat pocity viny, nejistoty, selhání a frustrace a žena se může ocitát pod velkým psychickým tlakem od okolí.²²²

To platí i v případě, pokud z nejrůznějších důvodů žena kojit dítě nechce. V takové situaci je důležité, aby uměla sama sobě odpustit a nejbližší lidé by ji měli poskytnout podporu.²²³ Dnešní umělá dětská strava je považována za plnohodnotnou.²²⁴ Je potřeba upozornit, že mimo jiné také odstavení dítěte může mít vliv na vznik poporodní deprese a proto je lepší ho vědomě naplánovat.²²⁵

6.3. Relaxace po porodu a v šestinedělí

Po porodu - v šestinedělí i dále, je vhodné, aby si žena udělala občas čas na sebe a naučila se přiměřeně relaxovat a ventilovat nahromaděné vnitřní napětí. K tomu jí mohou dopomoci nejrůznější, metody, techniky či aktivity.

Vhodným způsobem relaxace může být například zpěv nebo poslech hudby. Hudba uklidňuje, zmírňuje úzkost a dokáže rozproudit energii.²²⁶ „*Nebojte se, vezměte dítě do náruče a zpívejte pro sebe i pro něj, vyzpívejte se ze své bolesti a touhy...*“²²⁷

Pomoci můžou také procházky, tanec nebo různé sportovní aktivity. To všechno jsou stimulující faktory, které potřebuje narušený vegetativní nervový systém, aby se mu dostalo impulsu k vytvoření nové biochemické rovnováhy.²²⁸

Na psychiku mohou působit také barvy a světlo. Oranžová barva je známá svými povzbuzivými, antidepresivními účinky, u kojících žen navíc může napomáhat tvorbě

²²⁰ Srov. Tamtéž, s. 355.

²²¹ Srov. SIMKIN, P. *Partner u porodu*. Praha: Argo, 2000, s. 220

²²² Srov. Tamtéž, s. 220.

²²³ Srov. Tamtéž, s. 221.

²²⁴ Srov. brožura *Péče o ženu v porodnici a v šestinedělí*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004, s. 12.

²²⁵ Srov. GESISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 196.

²²⁶ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 207.

²²⁷ GESISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 206.

²²⁸ Srov. Tamtéž, s. 209.

mléka. Žlutá barva zase stimuluje nervový systém. Je dobré si vybírat takové barvy, které budou mít blahodárný účinek právě v daném okamžiku a dívat se na ně co nejčastěji.²²⁹ Světlo prochází očima a posílá informace do části mozku, která kontroluje mimo jiné spánek, náladu a libido. Proto má například sluneční svit na psychiku dobrý účinek. Na dostatek světla je vhodné pamatovat především v zimních měsících, kdy se krátí dny.²³⁰

Dalším vhodným prostředkem na uvolnění psychického napětí je aromaterapie. Ta může být přínosná už při samotném porodu a v postnatálním období, kdy napomáhá přizpůsobovat se mateřství a zvládat stres plynoucí z nových rodičovských povinností.. Kromě pozitivních účinků na celkový fyzický stav ženy, aromaterapie ulevuje od stresu, povzbuzuje a revitalizuje, pomáhá zvládat náročné denní úkoly a napomáhá ženě cítit se celkově lépe.²³¹ Při aromaterapii se používají různé druhy éterických olejů, které nejrůznějšími způsoby účinkují na psychiku. „*Éterické oleje ovlivňují hypothalamus a neurohormonální sféru. Předpokládá se, že působí různými způsoby, a to na základě chemických reakcí mozku, jež způsobují jednotlivé složky éterických olejů.*“²³² Vždy je dobré seznámit se s vlastnostmi a účinky jednotlivých éterických olejů a tím, jaký mohou mít vliv na hormonální systém a rozmnožovací orgány.²³³ Některé éterické oleje nejsou vhodné pro malé děti (př. máta, rozmarýn, skořice) a neměly by být používány ani v aromalampách v místnostech, kde děti leží nebo si hrají.²³⁴ Éterické oleje lze aplikovat prostřednictvím masáže, koupele (v šestinedělí však koupele nejsou vhodné²³⁵) obkladů či inhalace (formou pokojových difuzérů či již zmiňovaných aromalamp).²³⁶ K samotnému porodu jsou pak vhodné zejména: majoránka, myrta, šalvěj muškátová a šalvěj lékařská. Při porodu do vody je možné přidat koupelový olej s levandulí, meduňkou či růží – napomáhají ženě se uvolnit, jasmín a růže zvyšují kontrakce a také vodu vydezinfikují, protože mají antibakteriální a antivirové účinky. Během šestinedělí mohou prospět bergamot, kadidlo, jasmín, tea tree, levandule nebo santal.²³⁷ Poporodní deprese pomohou zahnat éterické oleje jako: pomeranč, kakost,

²²⁹ Srov. Tamtéž, s. 202.

²³⁰ Srov. Tamtéž, s. 210.

²³¹ Srov. LUNNY, V. *Vůně života*. Praha: One Woman Press, 2005, s. 102.

²³² LUNNY, V. *Vůně života*. Praha: One Woman Press, 2005, s. 105.

²³³ Srov. BEHINOVÁ, M. KAISEROVÁ, K. KARGER, P. *Velká kniha o mateřství*. Mladá fronta, 2006, s. 71.

²³⁴ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 210.

²³⁵ Srov. PAŘÍZEK, A. *Knih o těhotenství a porodu*. Praha: Galén, 2006, s. 347.

²³⁶ Srov. LUNNY, V. *Vůně života*. Praha: One Woman Press, 2005, s. 113-114.

²³⁷ Srov. BEHINOVÁ, M. KAISEROVÁ, K. KARGER, P. *Velká kniha o mateřství*. Mladá fronta, 2006, s. 131.

růže meduňka, santal, jasmín, cypřiš, neroli, olibanum, grapefruit, bergamot, šalvěj, geranium.²³⁸

6.4. Podpora ženy partnerem

Partner může být ženě nenahraditelnou oporou během celého těhotenství, při porodu i v šestinedělí a může jí výrazně pomoci s přijetím nové mateřské role a s tím, aby po psychické stránce zvládala vše co nejlépe. „*Těhotenství, porod a příchod dítěte znamenají obrovskou změnu v životě ženy, hluboce zasahují do její osobnosti. Dokonce se u některých žen může změnit její vztah k partnerovi. Ve většině rodin však platí, že společně počaté dítě lásku rodičů prohloubí.*“²³⁹ Je známo, že výskyt poporodní deprese mohou podpořit také konfliktní vztahy s partnerem, nedostatečná pomoc z jeho strany nebo komunikační problémy.²⁴⁰

V průběhu těhotenství může partner přispět například tím, že navštíví ty, kteří o jeho těhotnou ženu pečují, absolvuje s ní lékařská vyšetření (včetně vyšetření ultrazvukem), pomůže ženě vybrat porodnici a jde se tam s ní podívat. Může se podílet na chystání vybavení do porodnice a také na přípravě místa a věcí pro dítě, které budou potřeba po návratu domů. Může ženu podpořit i při dodržování správné životosprávy, při udržování přiměřené fyzické kondice, či jí pomoci s masáží hráze. Partner může být také nápomocen, pokud má žena problémy se spánkem či usínáním. Budoucí rodiče mohou také společně připravit porodní plán a předem se dohodnout na tom, jak si po porodu rozdělí domácí povinnosti.²⁴¹

Partner hraje svoji nezastupitelnou roli také při samotném porodu, kdy může být ženě nenahraditelnou oporou (a porod se může pro oba rodiče stát zážitkem, na který budou vzpomínat celý život.) Vždy je ale potřeba respektovat přání a individualitu obou rodičů a přítomnost partnera u porodu náležitě zvážit. „*...Rodičí ženy často chtějí, aby poblíž nich byl někdo, koho znají, a zřejmě si potřebují vytvořit v průběhu porodu speciální vztah aspoň k jedné osobě. V naší společnosti bývá touto osobou nejčastěji otec dítěte. Ale mít svého partnera u porodu nemusí být vždy pro ženu to nejlepší. Zatímco přítomnost některých mužů má blahodárny vliv, jiní porod jen zpomalují. Příliš*

²³⁸ Srov. Tamtéž, s. 148.

²³⁹ BEHINOVÁ, M. KAISEROVÁ, K. KARGER, P. *Velká kniha o mateřství*. Mladá fronta, 2006, s. 163.

²⁴⁰ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha One woman press, 2004, s. 132.

²⁴¹ Srov. SIMKIN, P. *Partner u porodu*. Praha: Argo, 2000, s. 18.

úzkostlivý muž někdy u porodu znervózní, a pak se to snaží zakrýt přehnanou upovídaností ; jeho povídání pak může ženě ztížit soustředění na porod. Mužům bývá někdy zatěžko pozorovat, přijmout a pochopit ženino instinktivní chování v průběhu porodu. Místo toho se jí často snaží zadržet, aby nevypadávala z racionálního, sebekontrolujícího stavu....²⁴² Penny Simkin ve své knize Partner u porodu uvádí, co všechno muž potřebuje, aby mohl být ženě při porodu vhodným průvodcem a oporou: „abyste mohl být dobrým partnerem u porodu potřebujete:

- *Cítit k matce lásku a přátelství a mít vůči ní pocity zodpovědnosti.*
- *Být dobře obeznámen s tím, co matka potřebuje, obzvláště má-li nějaká zvláštní přání nebo zvyky, a co ji může uklidnit a uvolnit.*
- *Vědět, co můžete očekávat – vědět něco o fyziologii porodu, jaké zásahy se běžně během porodu používají, kdy jsou nezbytné a kdy optimální.*
- *Porozumět citové stránce porodu – jaké jsou citové potřeby žen během porodu a jakými citovými stavy obvykle s postupujícím porodem procházejí.*
- *Vědět, jak pomoci v různých situacích a co udělat, když...*
- *Být schopen přizpůsobit se měnícím potřebám ženy během porodu. To v praxi znamená: způsob, jakým pomáháte, a míra, jak moc pomáháte, jsou určovány potřebami a reakcemi rodící ženy v tom kterém momentu.²⁴³*

Je třeba počítat také s tím, že bude porod z nejrůznějších důvodů veden či zakončen císařským řezem. Císařský řez může být pro ženu zvláště zatěžující hlavně, pokud si přála родit normálním způsobem. V průběhu císařského řezu i po něm je potřeba, aby měl muž na paměti, že způsob, jakým on vnímal události je pro matku velice důležitý, nezbytná je také mužova trpělivost a pochopení.²⁴⁴ „Pokud má matka pocity zklamání, přijměte tento pocit jako plnohodnotný a normální. Někdy se stává, že se nejbližší milovaní snaží odpoutat pozornost matky výrokem: „No, co, hlavně, že máš zdravé miminko. ‘. Jenže pro ni to není jen to zdravé miminko, ale také její vlastní pocity a láska a trpělivost bližních. Pokud projevíte zájem i o její vlastní pocity, pomůžete jí, aby se s nimi co nejdříve vyrovnala.“²⁴⁵

²⁴² ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo, 1995, s. 67-68.

²⁴³ SIMKIN, P. *Partner u porodu*. Praha: Argo, 2000, s. 39.

²⁴⁴ Srov. SIMKIN, P. *Partner u porodu*. Praha: Argo, 2000, s. 194.

²⁴⁵ SIMKIN, P. *Partner u porodu*. Praha: Argo, 2000, s. 194-195.

Období šestinedělí je pro ženu zvlášť náročné, neboť si musí zvykat na zcela nový režim. V tomto období může muž ženu výrazně podpořit pomůže-li jí pečovat o dítě a bude-li se podílet na zvládnání celkového chodu domácnosti.²⁴⁶ „První týdny po porodu má maminka nejen fyzické, ale také psychické problémy. Podpora tatínka je v tuto chvíli nesmírně důležitá. Komunikujte s partnerkou, nechte ji hovořit o pocitech a problémech, které ji sužují. Pokud se partnerka potřebuje vyplakat, nabídněte jí svou náruč a vysvětlete jí, že všechny tyto problémy jsou pouze dočasné a během šestinedělí se všechno spraví....Řešte společně první problémy a neváhejte pozvat třeba někoho z vašich blízkých příbuzných....Do té doby, než se na to nedělka bude cítit, nevězte domů žádné návštěvy...“²⁴⁷

Partner může ženě pomoci také zvládat zvýšenou psychickou zátěž po porodu, doporučuje se, aby měl stále na paměti, že po porodu je duše ženy velmi křehká. Dobré je pokusí-li se partner ženě umožnit ponejvíce odpočívat a dohnat spánkový dluh. Popřípadě, aby požádal o pomoc další rodinné příslušníky či odborníky.²⁴⁸

Velký vliv na psychický stav ženy v partnerském soužití může mít také sexuální život. Je však potřeba mít na paměti, že každá žena je jiná a každá přistupuje otázce sexuality během těhotenství a po porodu odlišným způsobem. „ Je třeba se zmínit, že některé nedělky nemají o sex zájem jako před porodem- nebo k němu dokonce mohou získat odpor. Na druhou stranu jiné čerstvé maminky jsou nedočkavé a ztrátu libida nijak nepociťují. S odstupem času od porodu se libido vrací. Teprve pokud by nezájem či odpor přetrvávaly delší dobu, je vhodné obrátit se na gynekologa či sexuologa “²⁴⁹ Muž nejvíce ženě prospěje bude-li přání své ženy respektovat a pokusí-li se partneri najít společnou řeč. Zvláště po porodu bývá návrat k milostnému životu pro některé ženy citlivým tématem. „Představa o sexu po porodu bývá mnohem horší, než ve skutečnosti je. Příčinou odmítání pohlavního styku bývá většinou strach z bolesti po zhojení poporodních poranění.“²⁵⁰ „Mnohé ženy potřebují po porodu delší čas, aby se zase cítily ve své kůži a také aby přijaly své (možná pozměněné) tělo. Některé si připadají tlusté a neatraktivní, mají pocit, že se staly pouhou ‚zásobárnou‘. A kdo je nespokojený se sebou, často se obává otevřené, skryté i potlačované kritiky ze strany

²⁴⁶ Stov. SIMKIN, P. *Partner u porodu*. Praha: Argo, 2000, s. 209.

²⁴⁷ BEHINOVÁ, M. KAISEROVÁ, K. KARGER, P. *Velká kniha o mateřství*. Praha: Mladá fronta, 2006, s. 163.

²⁴⁸ Stov. SIMKIN, P. *Partner u porodu*. Praha: Argo, 2000, s. 215.

²⁴⁹ BEHINOVÁ, M. KAISEROVÁ, K. KARGER, P. *Velká kniha o mateřství*. Praha: Mladá fronta, 2006, s. 164.

²⁵⁰ BEHINOVÁ, M. KAISEROVÁ, K. KARGER, P. *Velká kniha o mateřství*. Praha: Mladá fronta, 2006, s. 164.

druhých. Nemálo žen má tedy strach z intimních, sexuálních situací, protože se bojí, že se již nebudou líbit svému partnerovi a že pro něj nebudou atraktivní. ²⁵¹

K tomu, aby mohl být partner ženě oporou je nezbytné, aby byl o těhotenství, porodu a šestinedělí a všem, co s tím souvisí (včetně problematiky poporodní deprese) dobře informován a byl si vědom toho, že zodpovědnost za dítě mají oba rodiče a tak by také měli k rodičovství přistupovat. ²⁵²

6.5. Kam se obrátit o pomoc a podporu a role sociálního pracovníka

Existuje několik možností, kam se žena může obrátit o pomoc a podporu, jestliže se v průběhu šestinedělí necítí dobře, ocitne-li se po porodu v krizové životní situaci nebo potřebuje-li získat informace a rady, aby nabyla potřebnou jistotu. V této kapitole uvádím některé z nich.

Psychologická/poradenská pomoc:

Kromě odborné individuální psychologické či psychiatrické pomoci (popř. hospitalizace), může žena využít např. rodinné poradenství, poradenství speciálně orientované na ženy a dívky nebo telefonické poradenství. V akutních případech jsou k dispozici krizová centra psychologické pomoci.

Zdravotnický personál:

V případě potřeby má žena možnost obrátit se na svého ošetřujícího lékaře, zdravotní či dětskou sestru, porodní asistentku nebo dudu. ²⁵³

Předporodní kurzy/ kurzy péče o kojence /informační setkání:

Během těhotenství má žena možnost navštěvovat kurzy předporodní přípravy. Tato příprava má za cíl připravit ženu na tělesné a duševní změny, které provázejí těhotenství a mateřství. Má za úkol zmírnit nebo odstranit negativní emoce spojené s porodem,

²⁵¹ RICHTER, R. SCHAFFER, E. *Kniha pro tatínky*. Praha: Grada publishing, a.s., 2007, s. 153.

²⁵² Srov. BEHNOVÁ, M. KAISEROVÁ, K. KARGER, P. *Velká kniha o mateřství*. Praha: Mladá fronta, 2006, s. 163.

²⁵³ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 179,180

minimalizovat strach z porodních bolestí i obavy o dítě. Má také vliv na posílení důvěry k zdravotnímu personálu a pomáhá k celkovému pozitivnímu naladění ženy. Předporodní příprava bývá rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretickou část vedou zkušené porodní asistentky (zde se žena dozví užitečné informace a rady), praktická část pak zahrnuje tělesné cvičení.²⁵⁴

Kurzy péče o kojence poskytují nastávajícím maminkám vhled do reality všedního dne s novorozencem, umožňují vyzkoušet si některé běžné úkony, které jsou součástí péče o dítě a zmírní případné obavy z neznáma.²⁵⁵

Informační setkání probíhají např. v rodinných centrech a je zde možnost získat informace a vést diskuzi nad aktuálními tématy jako je např. dětská výživa, očkování, alergie apod.²⁵⁶

Mateřská centra:

Pro čerstvé matky jsou dostupná také mateřská centra, která umožňují ženám s dětmi vyjít z izolace, kam se ženy celodenní péčí o dítě většinou dostávají. Tato centra fungují na principu rodinné svépomoci a protislužby, a mohou ženě nabídnout solidární společenství, vzájemné naslouchání, sdílení zkušeností i laické poradenství. Žena pomocí některých programů, která mateřská centra nabízejí, může smysluplně využívat volný čas, její dítě může být ve společnosti vrstevníků a má možnost vidět matku v jiné roli, než jen v domácnosti.²⁵⁷

Problémy spojenými s těhotenstvím a mateřstvím se zabývá velké množství organizací²⁵⁸, které nabízejí širokou škálu služeb pro gravidní ženy i ženu po porodu.

Jak už vyplývá z výše zmíněného, s otázkou psychiky ženy po porodu se může potýkat i sociální pracovník, zvláště pracuje-li v organizaci, pro niž jsou tyto ženy přímo cílovou skupinou. Tato problematika je významná také proto, že se týká nejen ženy samotné, ale i dítěte a celé rodinné a v konečném důsledku také společenské sítě.

²⁵⁴ Srov. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a porodu*. Praha: Galén, 2006. s. 213.

²⁵⁵ Srov. GESISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 177.

²⁵⁶ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004, s. 178.

²⁵⁷ Dostupné z: <http://www.materska-centra.cz/sit-mc-v-cr/co-jsou-mc/>, DAN (4. 8. 2009)

²⁵⁸ viz Příloha č. 1

Podíváme-li se na to, co je cílem sociální práce, zjistíme, že sociální pracovník by měl:

- podporovat schopnost klienta řešit problém
- zprostředkovat klientovi kontakt s agenturami, které mohou poskytovat zdroje služby a potřebné příležitosti
- napomáhat tomu, aby systémy podpory klientů pracovaly humánně a efektivně²⁵⁹

Aby sociální pracovník, mohl ženu dobře a efektivně podporovat při řešení problémů, měl by se stejně jako porodní asistentka, lékař či ostatní odborný personál při práci s ženou po porodu snažit redukovat nežádoucí psychickou zátěž, pomáhat stabilizovat narušenou psychiku či somatickou činnost. Vytvořit přátelské klima a atmosféru důvěry, které pomáhá k vytvoření pozitivně laděného vztahu.²⁶⁰ K tomu mu může dopomoci mimo jiné také bližší znalost problematiky psychiky ženy během šestinedělí.

Dalším hlediskem můžou být paradigma sociální práce. Mezi tato paradigma patří také paradigma terapeutické, v němž se za hlavní faktor sociálního fungování považuje duševní pohoda a duševní zdraví. Sociální práce je zde chápána jako terapeutická intervence, která má za cíl pomoci jednotlivcům, skupinám i komunitám zajistit duševní pohodu. Profesionální vybavení sociálního pracovníka se zde mimo jiné opírá také o psychologické znalosti.²⁶¹

²⁵⁹ Srov. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: posrál s.r.o., 2003, s. 13-14.

²⁶⁰ Srov. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: reklamní atelier Area s.r.o., s. 47.

²⁶¹ Srov. MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál s.r.o., 2001, s. 187.

ZÁVĚR

V předložené práci pojednávám o poporodní depresi a jejím psychosociálním dopadu – tématu, jehož aktuálnost spatřuji především v tom, že se stále častěji objevuje u žen po porodu psychické strádání, trauma z těžkého porodu či pocity nedostačivosti a nezvládání mateřské role, a přibývá také případů nevhodného zacházení s dětmi v důsledku matčiny psychiatrické komplikace spojené s porodem, šestinedělím či mateřstvím. Na poporodní depresi jsem se chtěla podívat nejen z hlediska medicínského, psychiatrického, ale také sociálního - neboť poporodní deprese ovlivňuje nejen ženu samotnou, ale bezprostředně také její dítě, rodinu a v konečném důsledku i celou společnost- a ta zase naopak může ovlivňovat ženu a její chápání mateřství.

Po zpracování tématu se domnívám, že problematika poporodní deprese by si zasloužila větší pozornost, než jí doposud byla věnována, i když situace se v posledních letech mění k lepšímu, a poporodní deprese již není ve společnosti tabuizovaná a žena nutně považována za „nevděčnou a hysterickou“, jestliže prožívá v souvislosti s mateřstvím také jiné než radostné pocity. Přesto se stále objevují nejasnosti již v samotné terminologii a diagnostice poporodní deprese, a ani v odborné psychiatrické literatuře není tomuto tématu věnováno příliš prostoru.

Při psaní této bakalářské práce jsem byla v kontaktu se ženami, které po porodu prožívaly „pocity smutku“ nebo jiné negativní emoce a měla jsem možnost si uvědomit, s čím se po porodu dítěte potýkaly a jak rané mateřství zvládaly. Vzhledem k tomu, že s ženami po porodu, ohroženými poporodní depresí či prodávajícími poporodní depresi, může být v kontaktu také sociální pracovník, myslím, že určitý základní vhled do této problematiky může být prospěšný – zvláště, když je poměrně velká pravděpodobnost, že tyto ženy bude sociální pracovník potkávat, budou-li se nacházet v nepříznivé životní situaci.

Doufám, že tato práce poskytne čtenáři nejnütnější informace a poslouží jako podnět k tomu, aby se téma dostalo do podvědomí široké veřejnosti. Tím se může usnadnit situace nejen samotným ženám, ale také partnerům těchto žen, jejich rodinám a v neposlední řadě také sociálním pracovníkům.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

Literatura:

BEHINOVÁ, M. KAISEROVÁ, K. KARGER, P. *Velká kniha o mateřství*. Praha: Mladá fronta, 2006. ISBN 978-80-204-1749-7.

ČECH, E. et al. *Porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1313-9.

ČERMÁKOVÁ, B. *K porodu bez obav*. Brno: Era group s.r.o., 2008. ISBN 978-80-7366-114-4.

EVANS, N. *Těhotenství a porod od A do Z*. Praha: Pragma, 1997. ISBN 80-7205-510-0.

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

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. přeprac. vydání. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.

LUNNY, V. *Vůně života*. Praha: One Woman Press, 2005. ISBN 80-86356-40-X.

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál s.r.o., 2003. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál s.r.o., 2003. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál s.r.o., 2001. ISBN 80-7178-473-7.

NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 2001. ISBN 80-7169-938-1.

NORTHRUPOVÁ, CH. *Žena - tělo a duše*. Columbus s.r.o., 2004. ISBN 80-7249-092-3.

ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo, 1995. ISBN 80-85794-05-2.

PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a porodu*. 2. vydání. Praha: Galén, 2006.
ISBN 80-7262-411-3.

Péče o ženu v porodnici a v šestinedělí. brožura. Praha: Státní zdravotnický ústav, 2004.
ISBN 80-7071-244-9.

PIDERMANN, V. *Žena a poruchy nálady*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-462-8.

PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. 2. vydání.
Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2001. ISBN 80-246-0390-X.

RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén; Karolinum, 2001.
ISBN 80-7262-140-8; ISBN 80-246-0390-X.

RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie- porodnictví*. Praha: Reklamní atelier
Area, s.r.o., 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.

RICHTER, R. SCHAFER, E. *Kniha pro tatínky*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007.
ISBN 978-80-247-2083-8.

SIMKIN, P. *Partner u porodu*. Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7203-308-5.

ŠTROMEROVÁ, Z. *Možnost volby*. Praha: Argo, 2005. ISBN 80-7203-653-x.

Internetové zdroje:

Zdroj URL: <http://www.mpsv.cz/cs/2#dsp> , DAN, (5.8. 2009)

Zdroj URL: <http://www.materska-centra.cz/sit-mc-v-cr/co-jsou-mc/> , DAN, (4.8.2009)

Zdroj URL: <http://www.rodina.cz/clanek3718.htm> , DAN , (10.4.2009)

Seznam příloh

Příloha č. 1: Kontakty na organizace

Příloha č. 2: Seznam otázek k písemným „rozhovorům“

Příloha č. 3: Maminka z Prahy

Příloha č. 4: Maminka z Brna

Příloha č. 5: Maminka z Prahy

Příloha č. 6: Maminka z Prahy

Příloha č. 7: Maminka z Ostravy

PŘÍLOHA Č. 1: Seznam organizací, které se zabývají poskytováním psychologické pomoci nebo poradenstvím ženám v tíživých životních situacích

Společnost pro zdravé rodičovství: www.aperio.cz

A-centrum: <http://www.materstvi.cz/>

Hnutí za aktivní mateřství: <http://iham.cz/old/literatura.php>

Síť mateřských center v ČR: <http://www.materska-centra.cz/>

Laktační liga: www.kojeni.cz

Hnutí pro život ČR, o.s. <http://www.prolife.cz/>

Občanské sdružení ONŽ: <http://www.poradnaprozeny.eu/index.php?akc=poradny-pro-zeny-a-divky>

Česká asociace pracovníků linek důvěry : www.capld.cz

Psychologická pomoc: <http://www.help24.cz/>

Příloha č. 2 Seznam otázek v písemném „rozhovoru“

Otázky:

Jak byste charakterizovala pocity smutku po porodu /příznaky, průběh, intenzita/ ?

Za jak dlouho po porodu se vyskytly/jak dlouho trvaly/ vracejí se?

Proč podle vašeho názoru došlo k tomu, že jste se necítila dobře?

Jaký byl váš zdravotní stav před porodem? /př. dřívější deprese/

Jak vypadala vaše sociální/ekonomická situace?

Jak jste byla spokojena s průběhem porodu?

Jaké máte zkušenosti z oddělení šestinedělí? Zajímal se někdo o Váš psychický stav?

Ovlivňoval Váš psychický stav kvalitu vztahu s Vaším dítětem?

Ovlivňoval Váš psychický stav kvalitu vztahu s Vaším partnerem/rodinou?

Podstoupila jste nějakou léčbu /psychoterapii/farmakoterapii/hospitalizaci?

Co vy a kojení? Myslíte si, že kojení/nekojení mělo nějaký vliv na Váš psychický stav /popř. na vazbu k dítěti/ ?

Jak jste v šestinedělí relaxovala?

Co Vám v tomto období nejvíce pomáhalo?

Věděla jste o tom, že podobný stav po porodu může nastat a kam byste se v případě potřeby mohla obrátit o pomoc?

Máte pocit, že se o problematice špatného psychického stavu po porodu ví dostatečně?

Styděla jste se někdy za tyto pocity?

PŘÍLOHA Č. 3 Maminka z Prahy

Maminka z Prahy. Věk: 34 let Počet dětí: 1 Věk : 6 měsíců

Jak byste charakterizovala pocity smutku po porodu /příznaky, průběh, intenzita/ ?
Postupné „propady“ nálady, pláč paradoxně v době štěstí – šestinedělí; po delší době podrážděnost, vztahovačnost maskující původní depresi; ztráta sebedůvěry a tím pádem opět další propady. Zhoršování při nedostatku spánku. Takže místo odeznění naopak zvyšující se intenzita. – možná způsobeno i dlouho trvající zimou, tedy i díky nedostatku spánku, nedostatek energie a dopad na psychiku.

Za jak dlouho po porodu se vyskytly/jak dlouho trvaly/ vracejí se?
Cca za týden, potom kolem měsíce. Vracejí se.

Proč podle vašeho názoru došlo k tomu, že jste se necítila dobře?
Únava z nedostatku spánku; nejistota prvorodičky (péče o dítě); protichůdnost informací získávaných o péči o dítě; protichůdnost názorů a přístupu lékařů; ztráta sebevědomí a tím pádem i odraz v partnerském soužití; snížená fyzická po těhotenství a porodu.

Jaký byl váš zdravotní stav před porodem? /př. dřívější deprese/
Dobry.

Jak vypadala vaše sociální/ekonomická situace?
Dobrá.

Jak jste byla spokojena s průběhem porodu?
Čekala jsem to horší, prostě se to dalo přežít.

Jaké máte zkušenosti z oddělení šestinedělí? Zajímal se někdo o Váš psychický stav?
Nezajímal, ale personál byl jinak ochotný a zajímal se o běžný zdravotní stav.

Ovlivňoval Váš psychický stav kvalitu vztahu s Vaším dítětem?
Spíše dítě reagovalo na můj psychický stav, člověk se musel uměle nutit do pohody.

Ovlivňoval Váš psychický stav kvalitu vztahu s Vaším partnerem/rodinou?
Ano.

Podstoupila jste nějakou léčbu /psychoterapii/farmakoterapii/hospitalizaci?

Ne.

Co vy a kojení? Myslíte si, že kojení/nekojení mělo nějaký vliv na Váš psychický stav popř. na vazbu k dítěti ?

Ano - nejdříve stres, že nemám dostatek mléka, posléze jeden z nejhezčích a dosud trvajících zážitků – velice intimní, velmi těsná vazba, kdy se matka i dítě vzájemně odevzdávají...těžko popsatelné...ale když si dítě při kojení „šmrdlá“ po matce ručkou, hladí ji, krása...voňavo.

Jak jste v šestinedělí relaxovala?

Pozorováním dítěte; sprcha; „čučením do blba“; net

Co Vám v tomto období nejvíce pomáhalo?

Informace a popisy kamarádek, jak to probíhalo u nich a zjišťování, že tyhle stavy jsou normální, člověk si přestal připadat neschopný, prostě to začal brát jako fakt a doufal, že to přejde.

Věděla jste o tom, že podobný stav po porodu může nastat a kam byste se v případě potřeby mohla obrátit o pomoc?

Věděla, ale netušila jsem, kam s tím jít.

Máte pocit, že se o problematice špatného psychického stavu po porodu ví dostatečně?

Ne, jedná se většinou o tak intimní zážitky, že o tom člověk nerad na veřejnosti mluví...Funguje jen taková ta „tichá pošta“ mezi kamarádkami.

Styděla jste se někdy za tyto pocity?

Ano.

PŘÍLOHA Č. 4 Maminka z Brna

Maminka z Brna, věk: 24 let Počet dětí: 1 Věk: 3 roky

Jak byste charakterizovala pocity smutku po porodu /příznaky, průběh, intenzita/ ?
Pláč, smutek, beznaděj, zoufalství, neschopnost adaptace na nemocniční prostředí, odmítání dítěte, nechtěná zodpovědnost, ztráta zájmu o cokoli (ale myslím, že za to z části mohlo nevyspání a totální vyčerpání).

Za jak dlouho po porodu se vyskytly/jak dlouho trvaly/ vracejí se?
Vyskytly se téměř hned, tzn. po probuzení na jipce po akutní sekci, kdy jsem se snažila x hodin porodit. Pokud nejsem léčená, tak se deprese vracejí.

Proč podle vašeho názoru došlo k tomu, že jste se necítila dobře?
Z x důvodů: neplánované těhotenství, dlouhý porod, akutní císař, naprosté vyčerpání, neschopnost adaptace na nemocniční prostředí (to mám normálně), nová zodpovědnost, asi i předchozí deprese.

Jaký byl váš zdravotní stav před porodem? /př. dřívější deprese/
Před porodem jsem se pro depresi neléčila, nechtěla jsem zatěžovat plod, takže nic moc: deprese, pláč, ambivalentní pocity – dítě chci a nechci apod. Léčená jsem pro depresi od cca 15 let.

Jak vypadala vaše sociální/ekonomická situace?
V průběhu těhotenství se výrazně zlepšila, stále jsme ale bydleli u rodičů.

Jak jste byla spokojena s průběhem porodu?
Nespokojená z toho důvodu, že jsem se x hodin pokoušela porodit dítě, které mělo velký odhad váhy a já hraniční pánev a nakonec to po dlouhém snažení skončilo císařem.

Jaké máte zkušenosti z oddělení šestinedělí? Zajímal se někdo o Váš psychický stav?
Šestinedělí bylo vcelku ok, až na to, že jsem se nedokázala adaptovat. Sestry tak napůl – nechtěla jsem syna na pokoji, ale stále mi ho některé sestry vnucovaly, když jsem řekla o svých problémech, dostala jsem defobin a přišel nějaký doktor, který se divil, že když mám deprese, tak kojím bez problémů, tím se to uzavřelo.

Ovlivňoval Váš psychický stav kvalitu vztahu s Vaším dítětem?

Rozhodně, nechtěla jsem ho, ne, že bych mu chtěla ublížit, to rozhodně ne, dělala jsem to, co jsem dělat měla čili kojení, koupání, přebalování, ale nic jsem necítila.

Ovlivňoval Váš psychický stav kvalitu vztahu s Vaším partnerem/rodinou?

S partnerem spíš v pozitivním slova smyslu, přítel mi dost pomáhal a i po návratu převzal úlohu „matky“. Rodina mi taky dost pomáhala, jen sestra nedokázala pochopit, jak nemůžu chtít svoje dítě a odsoudila mě za to.

Podstoupila jste nějakou léčbu /psychoterapii/farmakoterapii/hospitalizaci?

Začala jsem opět brát cipralex, seroquel na spaní, sama jsem si řekla o hospitalizaci na psychiatrii, odtud jsem ale odešla na reverz po x dnech.

Co vy a kojení? Myslíte si, že kojení/nekojení mělo nějaký vliv na Váš psychický stav popř. na vazbu k dítěti ?

Kojení pro mě bylo utrpení. Měla jsem pocit, že je na mě dítě 100% závislé, navíc to šíleně bolelo. Byla jsem ráda, když mi byla zastavena laktace a syn přešel na nutrilon a mohl tak k němu v noci vstávat přítel. Sice jsem měla trochu pocit selhání, ale zas ne tak hrozný, abych z toho měla deprese..

Jak jste v šestinedělí relaxovala?

Spánkem. Brala jsem Seroquel na spaní, takže jsem byla dost mimo. Nic mě nebavilo, než nastoupil účinek Cipralexu, tak jsem jen tak přežívala.

Co Vám v tomto období nejvíce pomáhalo?

No nic moc. Chodit mezi lidmi a myslet si, že se nic nezměnilo.

Věděla jste o tom, že podobný stav po porodu může nastat a kam byste se v případě potřeby mohla obrátit o pomoc?

Věděla jsem to a dokonce jsem tušila, že to přijde resp. jsem přítelovi řekla, že určitě budu mít poporodní depresi, že se na to prostě necítím a stalo se...Věděla jsem to, protože se léčím s depresí déle, takže už jsem měla něco načteno. Kam se obrátit o pomoc jsem nevěděla, protože jsem neměla momentálně žádného psychiatra, ale nakonec mě někdo vzal.

Máte pocit, že se o problematice špatného psychického stavu po porodu ví dostatečně?
Nevím, možná je to teď lepší, než před třemi lety, kdo ví. Každopádně by v porodnici měl být k dispozici psycholog či psychiatr pro okamžitou pomoc a podporu.

Styděla jste se někdy za tyto pocity?

Ne přímo styděla, spíš jsem cítila vinu, že nejsem správná matka, co se dokáže postarat o svoje dítě, co ho miluje apod.

PŘÍLOHA Č. 5 Maminka z Prahy

Maminka z Prahy, věk: 34 let **Počet dětí:** 2 **Věk:** 2, 4 roků / 6 měsíců

Jak byste charakterizovala pocity smutku po porodu /příznaky, průběh, intenzita/ ?
Nekontrolovatelné záchvaty pláče, smutku, pocity beznaděje, přílišný tlak ze všech stran.

Za jak dlouho po porodu se vyskytly/jak dlouho trvaly/ vracejí se?
Vyskytly se asi týden po návratu domů a trvaly skoro čtyři měsíce. Zatím se nevrátily.

Proč podle vašeho názoru došlo k tomu, že jste se necítila dobře?
Mnoho práce. Nestíhala jsem domácnost a zároveň péči o dvě malé děti. Jsem perfekcionistka a tak mi to hodně vadilo a navíc si i obtížně říkám o pomoc a nestěžuji si, takže mé okolí myslelo, že mám vše pod kontrolou. Také když se narodí první dítě, tak všichni kolem se snaží pomáhat, když se narodí druhé, tak je té pomoci ze začátku zapotřebí mnohem víc, ale okolí už to bere tak, že matka je zkušená a tudíž pomoc nepotřebuje..Navíc deset dní po porodu se mladší dítě nad ránem začalo dusit a skončily jsme na jipce, kde byla hospitalizovaná čtyři dny, což mi také k duševní rovnováze moc nepřidalo. Připadala jsem si neschopná, bála jsem se smrti..

Jaký byl váš zdravotní stav před porodem? /př. dřívější deprese/
Naprostě bezproblémový.

Jak vypadala vaše sociální/ekonomická situace?
Úplně normálně.

Jak jste byla spokojena s průběhem porodu?
Byla jsem velmi spokojená. Lékaři, sestry i ostatní personál – všichni byli velmi profesionální, příjemní a vstřícní.

Jaké máte zkušenosti z oddělení šestinedělí? Zajímal se někdo o Váš psychický stav?
Myslím,že nezajímal, ale v porodnici jsem problémy neměla žádné, protože jsem měla na starosti jen sebe a péči o miminko.

Ovlivňoval Váš psychický stav kvalitu vztahu s Vaším dítětem?
Byla jsem podrážděnější a tedy i míň trpělivá a empatická.

Ovlivňoval Váš psychický stav kvalitu vztahu s Vaším partnerem/rodinou?

To samé co předchozí odpověď.

Podstoupila jste nějakou léčbu /psychoterapii/farmakoterapii/hospitalizaci?

Ne.

Co vy a kojení? Myslíte si, že kojení/nekojení mělo nějaký vliv na Váš psychický stav /popř. na vazbu k dítěti/ ?

Kojení je pro mě osobně velmi důležité ze spousty důvodů, s tím jsem problémy nikdy neměla, takže jsem to z tohoto hlediska ani neřešila. Kdybych kojit nemohla, pocítovala bych to jako selhání.

Jak jste v šestinedělí relaxovala?

Nerelaxovala. Nebyl čas.

Co Vám v tomto období nejvíce pomáhalo?

Když někdo přišel a pomohl mi s dětmi nebo s péčí o domácnost.

Věděla jste o tom, že podobný stav po porodu může nastat a kam byste se v případě potřeby mohla obrátit o pomoc?

Asi bych se jako první obrátila na rodinu a potom podle situace. Přinejhorším jsou nějaké krizové linky, kde poradí, kam se obrátit.

Máte pocit, že se o problematice špatného psychického stavu po porodu ví dostatečně?

Určitě se o tom moc neví, každý řeší těhotenství a hlavně porod, ale šestinedělí je skok do neznáma. Mě nikdo nepřipravil na ty plačtivé nálady a výkyvy a to je podle mě velká chyba, i když člověk nemá žádné větší problémy, tak to, co po porodu dokážou hormony udělat z normální vyrovnané a samostatné ženské je neuvěřitelné a určitě by se o tom mělo víc mluvit..

Styděla jste se někdy za tyto pocity?

Nestyděla, spíš mě zarazilo, že někdy to nechápaly ani rodinné příslušnice, které už rodily, tudíž by mohly čekat, že šestinedělka by podobnými stavy mohla trpět.

PŘÍLOHA Č. 6 Maminka z Prahy

Maminka z Prahy, věk: 34 let. Počet dětí: 1 Věk: 2 měsíce

Jak byste charakterizovala „pocit smutku“ po porodu? /příznaky, průběh, intenzita/
Chuť lehnout si na zem k topení a jen tupě zírat před sebe...myšlenky, že u někoho jiného by malému bylo líp a že bych ho měla dát k adopci, protože nikdy nebudu dobrá matka a nikdy mu nedokážu dát to, co potřebuje...pocit, že všechno dělám špatně a nikdy se to nezlepší...přesvědčení, že jsem zklamala jako rodička i jako matka...

Za jak dlouho po porodu se vyskytly/ jak dlouho trvaly/ vracejí se?

Výskyt asi týden až 10 dnů po porodu, trvalo to asi 5 týdnů a vracejí se nárazově, nečekaně...

Proč podle vašeho názoru došlo k tomu, že jste se necítila dobře?

Přetrvávající špatný pocit z průběhu porodu, celková únava, stres, pochybnosti o sobě samé a svých schopnostech postarat se o dítě

Jaký byl váš zdravotní stav před porodem (př. dřívější deprese)

Diagnostikovaná maniodepresivní psychóza (bipolární porucha) cca před 10 lety, brát léky jsem přestala asi před 2 nebo 2,5 roky s tím, že se s tím poperu i bez nich...

Jak vypadala vaše sociální/ ekonomická situace?

Díky partnerovi obstojně, i když splácíme půjčku

Jak jste byla spokojena s průběhem porodu?

Nebyla.

Jaké máte zkušenosti z oddělení šestinedělí? Zajímal se někdo o váš psychický stav?

Všechny zajímal pouze stav fyzický, na psychiku se mě nikdo neptal a na odd. šestinedělí nějak nezaznamenali, že před lety proběhlo něco jako „revoluce“ a doba se změnila, tudíž by se měl změnit i přístup...

Ovlivňoval váš psychický stav kvalitu vztahu s vaším dítětem?

Asi ano, měla jsem (a stále mám) pocit, že jsem špatná matka, že mu nedávám dostatek lásky a pozornosti a měla jsem z toho strašné výčitky svědomí

Ovlivňoval váš psychický stav kvalitu vztahu s vaším partnerem/ rodinou?

Bohužel ano.

Podstoupila jste nějakou léčbu psychoterapii/farmakoterapii/hospitalizaci?

Léčila jsem se několik let ještě před porodem, v průběhu těhotenství a po porodu ne.

Co vy a kojení? Myslíte si, že kojení/nekojení mělo nějaký vliv na váš psychický stav popř. vazbu k dítěti?

Plně kojím a myslím, že to mou psychiku nijak neovlivňuje, nicméně pokud bych „přišla o mlíko“, tak bych asi měla dost velké výčitky svědomí, že nekojím

Jak jste v šestinedělí relaxovala?

Nerelaxovala, nebyl čas

Co vám v tomto období nejvíce pomáhalo?

Když se partnerovi podařilo přijít domů z práce dřív než obvykle, maminka a její zásoby jídla na celý týden, táta, který mě i s malým dovezl kam bylo potřeba (my auto nemáme)

Věděla jste o tom že podobný stav po porodu může nastat a kam byste se v případě potřeby mohla obrátit o pomoc?

Věděla (ani nevím odkud, tak nějak o tom mám povědomí „odjakživa“), ale kam se obrátit jsem neměla tušení.

Máte pocit, že se o problematice špatného psychického stavu po porodu ví dostatečně?

Ví se o tom, ale stále se to zlehčuje a shazuje ve stylu „je jen trochu hysterická“ apod.

Styděla jste se někdy za tyto pocity?

Ano.

PŘÍLOHA Č. 7 Maminka z Ostravy

Maminka z Ostravy, věk: 31 let **Počet dětí:** 1 **Věk:** 26 dnů

Jak byste charakterizovala „pocity smutku“ po porodu? /příznaky, průběh, intenzita/
Příznaky: je to taková neodbytná myšlenka, která se vtírá do té doby, než je pořešena .. není to žádná velká emoce, spíš mělká, ale vtírá se a je nepříjemná.

Za jak dlouho po porodu se vyskytly/ jak dlouho trvaly/ vracejí se?
Ihned po něm + asi 3 dny po něm – vracely se, ale s o něco málo nižší intenzitou .. čím vyřešenější byly „důvody“, tím méně intenzivní ty pocity byly.

Proč podle vašeho názoru došlo k tomu, že jste se necítila dobře?
Byla jsem moc smutná z toho, že namísto přirozeného porodu došlo k akutnímu císařskému řezu (a řešila tedy svůj vztah k synovi – měla jsem neodbytný pocit, že nám ho vyměnili: jak jsem ho hned po porodu neviděla – byla jsem v celkové narkóze) + podobně jsem byla smutná z toho, že jsme možná pro syna nevybrali dobré jméno. Jinak samozřejmě vím, že šlo o hormonální nestabilitu – jedny hormony houfně odcházely a jiné zase nastupovaly.

Jaký byl váš zdravotní stav před porodem (př. dřívější deprese apod.)
Psychicky zdravá.

Jak vypadala vaše sociální/ ekonomická situace?
Sociální síť akurátní a vyhovující, ekonomicky jsme byli průměrní.

Jak jste byla spokojena s průběhem porodu?
Do té doby, než mi řekli, že jdu na císaře, tak velmi. Pak jsem už jen plakala a třásla se.

Jaké máte zkušenosti z oddělení šestinedělí? Zajímá se někdo o váš psychický stav?
Výborné. Ne.

Ovlivňoval váš psychický stav kvalitu vztahu s vaším dítětem?
Pravděpodobně ano.

Ovlivňoval váš psychický stav kvalitu vztahu s vaším partnerem/ rodinou?

Ne .. manžel má pro mě velké pochopení, je vzděláním psycholog .. takže nás to spíš ještě sblížilo.

Podstoupila jste nějakou léčbu psychoterapii/farmakoterapii/hospitalizaci?

Ne.

Co vy a kojení? Myslíte si, že kojení/nekojení mělo nějaký vliv na váš psychický stav popř. vazbu k dítěti?

Ano.

Jak jste v šestinedělí relaxovala?

Internet – sociální sítě, knihy a procházky v háji a údolí. Schůzky s přáteli.

Co vám v tomto období nejvíce pomáhalo?

Manžel, zdravé dítě, slunce, les, přátelé.

Věděla jste o tom že podobný stav po porodu může nastat a kam byste se v případě potřeby mohla obrátit o pomoc?

Ano a ne.

Máte pocit, že se o problematice špatného psychického stavu po porodu ví dostatečně?

Ne.

Styděla jste se někdy za tyto pocity?

Ano .. pro to, co bylo jejich příčinou .. ne proto, že bych se styděla být smutná .. bylo mi líto to, co se stalo.