

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra Psychologie

PSYCHICKÉ ASPEKTY SOUVISEJÍCÍ
S VYHLEDÁNÍM ODBORNÉ POMOCI PŘI
PSYCHICKÝCH OBTÍŽÍ
V POSTNATÁLNÍM OBDOBÍ

PSYCHOLOGICAL ASPECTS RELATED TO SEEKING PROFESSIONAL
HELP FOR MENTAL PROBLEMS IN THE POSTNATAL PERIOD



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Ludmila Nováková**

Vedoucí práce: **PhDr. Šmahajová Veronika Ph.D.**

Olomouc

2023

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Veronice Šmahajové Ph.D. za její odborné a vlídné vedení a za cenné rady, které mi pomohly při zpracování této bakalářské diplomové práce. Děkuji všem ženám zapojeným do výzkumu za jejich ochotu sdílet se mnou svůj příběh. V neposlední řadě děkuji své rodině, obzvláště manželovi a dětem, za trpělivost a pochopení a podporu.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „*Psychické aspekty související s vyhledáním odborné pomoci při psychických obtížích v postnatálním období*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Huti dne 23. 03. 2023

Podpis

OBSAH

OBSAH.....	4
ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Změny v životě matky	9
1.1 Oblast fyzická.....	9
1.1.1 Spánek a únava.....	9
1.1.2 Výdej živin	9
1.1.3 Změna proporcí a hmotnosti	10
1.1.4 Návrat ke stavu před těhotenstvím	10
1.2 Oblast psychická	11
1.2.1 Vliv fyzických změn na psychiku ženy	11
1.2.2 Období zrání osobnosti	11
1.2.3 Přetváření identity ženy.....	12
1.3 Oblast sociální	13
1.3.1 Od samozřejmosti k uvědomovanému mateřství	13
1.3.2 Vývoj věku prvorodiček v České republice	13
1.3.3 Ideální věk pro těhotenství	14
1.3.4 Mezikulturní srovnání	14
2 Psychické obtíže v postnatálním období.....	16
2.1 Baby blues	16
2.2 Poporodní deprese	17
2.2.1 Diagnostika	19
2.2.2 Terapie.....	20
2.3 Poporodní úzkosti.....	21
2.3.1 Druhy poporodních úzkostí.....	22
2.3.2 Diagnostika	23

2.3.3	Terapie.....	24
2.4	Poporodní psychóza	25
2.4.1	Terapie.....	26
3	Možnosti odborné pomoci.....	27
3.1	Psycholog	27
3.2	Lékař.....	27
3.2.1	Psychiatr.....	27
3.2.2	Lékaři různých oborů	27
3.3	Organizace zabývající se daným tématem	28
4	Současné výzkumy mapující problematiku vyhledání odborné pomoci u žen v postnatálním období	29
	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	32
5	Výzkumný problém a cíle práce.....	33
5.1	Výzkumný problém.....	33
5.2	Výzkumné cíle.....	33
5.3	Výzkumné otázky.....	33
6	Metodologie výzkumu	35
6.1	Zvolený typ výzkumu.....	35
6.2	Metody získávání dat	35
6.3	Metody výběru výzkumného souboru.....	36
6.4	Výzkumný soubor	36
6.4.1	Kritéria výběru výzkumného souboru.....	36
6.4.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	37
6.5	Realizace výzkumného šetření	38
6.6	Etická stránka výzkumu	38
6.7	Metody zpracování a analýzy dat.....	39
7	Proces analýzy dat	41

7.1	Sebereflexe výzkumníka	41
7.2	Čtení a opakované čtení	41
7.3	Počáteční poznámky a komentáře	42
7.4	Rozvíjení vznikajících témat	42
7.5	Hledání souvislostí napříč tématy	43
7.6	Analýza dalšího případu	43
7.7	Hledání vzorců napříč případy	44
8	Výsledky výzkumu	45
8.1	Jednotlivé případy	45
8.2	Společná analýza významných témat.....	48
8.2.1	Očekávání vs. realita o průběhu těhotenství, porodu a mateřství	48
8.2.2	Protektivní a rizikové aspekty související s rozvojem psychických obtíží	49
8.2.3	Informovanost o psychických obtížích a možnostech jejich řešení	54
8.2.4	Okolnosti vedoucí k rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc	56
9	Odpovědi na výzkumné otázky	61
10	Diskuse.....	63
10.1	Diskuse dosažených výsledků	63
10.2	Metodologické limity, možná zkreslení a přínosy výzkumu	65
10.3	Budoucí možné využití poznatků a perspektiva výzkumu	66
11	Závěr.....	69
SOUHRN	70	
LITERATURA	72	
SEZNAM TABULEK	79	
SEZNAM OBRÁZKŮ	80	
PŘÍLOHY	81	

ÚVOD

Pro svou diplomovou práci jsem si vybrala téma o poporodních psychických obtížích, jako je celkem běžné baby blues, nebo méně časté poporodní deprese, úzkosti, posttraumatická stresová porucha a poporodní psychóza. Tyto obtíže jsou specifické svou dobou vzniku, protože se objevují v souvislosti s těhotenstvím, porodem či mateřstvím. Z vlastní zkušenosti vím, že mateřství může být nejen krásným obdobím, ale také velmi náročnou výzvou, se kterou je dobré nechat si pomoci – od rodiny, přátel a někdy i psychologa nebo i psychiatra. Díky dobrovolnické práci v organizaci Úsměv mámy mám ve svém okolí ženy, které si prošly nebo stále procházejí mateřstvím s těmito obtížemi. Tyto matky se rozhodly vyhledat odbornou pomoc, ale znám i jiné, které se svými těžkostmi bojují samy.

Zjistit, jaký je rozdíl mezi ženami, které pomoc vyhledaly a které ne, by bylo pro bakalářskou práci příliš rozsáhlé. Proto se zaměřím pouze na ty matky, které se se svými obtížemi obrátily na někoho mimo svůj okruh známých. Zajímá mě, které aspekty to jsou, jež se objevují u matek, které pomoc vyhledaly, a proto je empirická část práce zaměřena na hledání těchto konkrétních příčin.

Teoretická část práce popisuje změny, které s sebou mateřství přináší, a soustředí se na četnost jejich výskytu. Zároveň obsahuje popis toho, jak se projevují psychické stavy v mateřství, které už nepovažujeme za běžné, ale za poruchové až patologické, a také jakým způsobem a s kým je možné je řešit. Empirická část je popisem analýzy rozhovorů s ženami, které odbornou pomoc vyhledaly a své poporodní psychické těžkosti vyřešily, nebo jsou stále v procesu řešení. V této části se také dočtete, co z těchto rozhovorů vyplynulo a co mají tyto ženy společné.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Změny v životě matky

Mateřství je pro spoustu žen velkou výzvou. Ať se na něj podíváme z jakéhokoliv úhlu, pokaždé se jedná o situaci, která je svým způsobem náročná a v některých oblastech riziková. Oblasti, kterých se změny nejvíce týkají jsou fyzická, sociální a oblast psychiky. Přestože si je v následujících podkapitolách popíšeme zvlášť, mějme na paměti, že je v životě nelze od sebe striktně oddělit, protože se navzájem ovlivňují. V souvislosti s plánováním rodičovství hraje velkou roli také věk ženy, ve kterém se pokouší otěhotnět, tento aspekt se dotýká všech oblastí.

1.1 Oblast fyzická

1.1.1 Spánek a únava

Po fyzické stránce dochází v těle ženy během těhotenství ke spoustě změn. Velkou roli zde hrají hormony, které budoucí matce mohou způsobit rozladění nálady, únavu nebo smutek. Jako první hormonální změnu uvedme hCG (lidský choriový gonadotropin), který stimuluje produkci progesteronu, ten může působit sedativním nebo až anestetickým účinkem a navozuje NREM spánek a žena se tedy cítí více unavená. Přestože se v prvním trimestru délka spánku v průměru prodlouží o 0,7 hodin, pocit dobrého spánku ovlivňují aspekty, které ženě spánek znepříjemňují. Jsou jimi fyzické a emocionální potíže, které mohou vést k poruchám spánku a ke spánkové deprivaci. V těhotenství se mohou objevovat obtíže, které žena dříve nezažívala a které mají na kvalitu i délku spánku vliv. Mluvíme o syndromu neklidných nohou, chrápání, potížemi s usnutím i častým probouzením (Iordăchescu et al., 2021). Zhoršení kvality spánku udává více než 50 % těhotných žen ve výzkumu z roku 2019 zaměřeném na vliv úrovně fyzické aktivity a kvality spánku na kvalitu života těhotných žen. Výzkumu se zúčastnilo 104 žen v různých fázích těhotenství, vyplňovaly dotazníky týkající se hodnocení spokojenost, fyzické aktivity a Pittsburghský index kvality spánku. Bylo potvrzeno, že kvalita spánku se v průběhu těhotenství zhoršovala a negativně ovlivňovala kvalitu života těhotných žen (Kostanoğlu et al., 2019).

1.1.2 Výdej živin

Těhotenství také ženu zatěžuje v důsledku vyživování plodu. Matka musí vytvářet více krve, potřebuje více kyslíku, přichází o některé látky, které dítě potřebuje pro svůj zdravý vývoj, jako je železo, vápník a další, které pak matce mohou chybět. Velmi častá je anémie (nedostatek železa), která je řešena podáváním doplňků stravy. Je tak trochu paradoxem, že i přes dostatek jídla trpí sousta těhotných nutriční podvýživou. Strava složená z polotovarů

je nedostačující pro zdravý vývoj plodu, a proto i tady ženy přistupují k výživovým doplňkům, které jim dodávají dostatek vitamínů (A, D, B), zinek, dlouhé řetězce mastných kyselin a jód (Ramakrishnan, 2022).

1.1.3 Změna proporcí a hmotnosti

Jak dítě v děloze roste, zvětšuje se břicho, mohou také otékat nohy i ruce, žena se proto, obzvláště na konci těhotenství, může cítit nepříjemně a tento stav ji může dočasně omezovat v běžném fungování. Přestože je obecně znám přínos pravidelné pohybové aktivity, míra fyzické aktivity u žen v těhotenství klesá, a to v závislosti na únavě, nevolnostech a zvyšující se hmotnosti (Kostanoğlu et al., 2019). Právě tělesná hmotnost, která v těhotenství stoupá může mít za následek pocit nespokojenosti, protože není možné dostat sociokulturnímu tlaku na ženský tvar jejich postavy (Dryer et al., 2022). Přestože je tento nárůst fyziologický, ženy propadají nepříjemným pocitům, někdy vedoucím k úzkostem či depresím, více v kapitole 1.2 o psychické oblasti změn.

1.1.4 Návrat ke stavu před těhotenstvím

Po narození dítěte se tělo pomalu vrací do stavu před otěhotněním, i když k úplnému návratu nikdy nedojde. Tento proces, ke kterému patří především zavinování dělohy a hojení porodních cest, může být bolestivý, vyčerpávající, a navíc je doprovázen dalším “koktejlem” hormonů, jako je oxytocin, a prolaktin, naopak prudce klesá hladina estrogenu. Tyto hormony jednak napomáhají laktaci a navazování vztahu mezi matkou a dítětem, ale mohou matce zatěžovat psychický stav. Pokud je hladina oxytocinu příliš nízká, nebo naopak příliš vysoká, může to vést ke zvýšení rizika psychických obtíží, jako je poporodní blues, nebo v těžších případech poporodní deprese nebo úzkosti či v extrémních případech poporodní psychóza (Massey et al., 2016; Stuebe et al., 2013; Pařízek, 2009).

Velká únava, časová náročnost péče o dítě i domácnost, to jsou důvody, proč ani po porodu není jednoduché pravidelně se věnovat sportovní aktivitě. Tělo se tak po porodu dostává do původní kondice o to pomaleji. Vyplývalo to tak z hloubkových rozhovorů s 20 ženami v kvalitativní studii zaměřené na fyzickou aktivitu v mateřství. Někdy jde o rodinnou socioekonomickou situaci, kdy není snadné dojet na cvičení, které se koná několik kilometrů od domova, nebo si platit vstupy na pravidelné lekce. Přestože měly všechny participantky partnery, uváděly, že hlídání dětí je taky problém, který je od cvičení odrazoval. Hlavním důvodem však byla chybějící motivace po veškeré práci okolo miminka a domácnosti (Wittels et al., 2022).

1.2 Oblast psychická

1.2.1 Vliv fyzických změn na psychiku ženy

K fyzickým změnám doprovázejících těhotenství neodmyslitelně patří vyrovnávání se se svým tělem, s jeho možnostmi fungování i při pohledu do zrcadla. Výzkum provedený na 253 těhotných ženách z roku 2022 využívající dotazník měřící sociokulturní tlak, tělesnou spokojenost, úzkost související s těhotenstvím a sebesoucit poukázal na vztah mezi úzkostí z těhotenství a sociokulturním tlakem (Dryer et al., 2022). K podobným závěrům došel i výzkum zkoumající pohodu, sebeúctu a spokojenost s tělem u čerstvých matek. Data od 234 žen z dotazníků Birth Memories and Recall Questionnaire, škály rodičovského smyslu pro kompetence, Edinburská škála duševní pohody, Rosenbergova škála sebeúcty a dotazník na tvar těla potvrzují, že ženy s vyšší tělesnou nespokojeností vykazují nižší pohodu a sebeúctu i rodičovské kompetence. Matky s vyšší úrovní duševní pohody vnímaly i vyšší sebeúctu a rodičovské kompetence (Hutchinson & Cassidy, 2022).

1.2.2 Období zrání osobnosti

Během období pohlavní zralosti dochází u žen ke zrání psychiky, k získávání samostatnosti a zodpovědnosti. Stále se formuje osobnost, spousta žen ještě na začátku toho období studuje a následně zakládá a buduje kariéru. Některé ženy tedy záměrně těhotenství odkládají. Jak žena zraje, vyzařuje více energie, kterou často zaměřuje na druhé, pečuje o druhé obětavě a láskyplně. S postupujícím věkem je u žen formován archetyp Matky, ta je vyobrazena jako tvořící žena, která dává nový život. Pokud žena otěhotní ve chvíli, kdy cítí “volání” po mateřství, může to velmi usnadnit její sžívání se s touto novou rolí a následně zvýšit spokojenost v mateřství. Je znatelný rozdíl z pohledu vývoje stát se matkou ve 20 letech, nebo ve 35 letech (Wilhelmová et al., 2020).

Pokud se ženy stanou matkou v brzkém věku, okolo 18 let, často zažívají společenské stigma a jejich rodiny a blízcí přátelé si o nich myslí, že si zničily život, jak to potvrzuje kvalitativní studie zkoumající zkušenosti 14 mladých matek. Pokud tyto mladé ženy studují, mají k tomu velmi ztížené podmínky. Stejně je tomu tak i při hledání práce. Zároveň vnímají, jak na ně společnost nahlíží jako na méněcenné, protože cítí, že být matkou není společensky hodnotné, natož ve věku, kdy mají dle očekávání rodiny studovat a budovat si kariéru (Calver, 2020).

Naopak při těhotenství ve 35 letech nebo později se setkáváme s jinými tématy, které matky trápí. Během těhotenství je to větší strach o dítě. Ať už z důvodu pokročilejšího věku,

nebo ze zkušeností s potraty v minulosti. Častěji se také přistupuje k porodu císařským řezem. I v této věkové kategorii se ženy často setkávaly s nepochopením od rodiny, ale ony samy se cítily být více připravené být matkami, než když jim bylo 20 let. (Aldrighi et al., 2018).

1.2.3 Přetváření identity ženy

S novou rolí matky přichází velké změny v sebepojetí ženy. Psychoanalytička Kristeva (2008) tvrdí, že dítě je úplně nová zkušenost a že to obvykle není takové, jak si matka představovala a očekávala. Mluví dokonce o ztrátě vlastní identity ženy během těhotenství v důsledku velkých biologických změn a štěpením mezi stávajícími rolemi a novou rolí. Vývoj nové identity mohou doprovázet silné pocity deprese nebo naopak manické nadšení, které se zpravidla střídají (Kristeva, 2008). Nová identita se však může objevit i náhle hned po narození dítěte (Brown, 2007). Pokud je tento proces postupný a cesta k mateřské identitě je delší, může žena pociťovat rozporuplné pocity a obavy, jestli je schopná být matkou.

S rostoucím dítětem se mění nároky na matku v péči o něj. Je to role, která rychle mění své nároky a zároveň role velmi odpovědná a nedoceněná. Některé ženy pociťovaly společenský tlak na to, aby svou předchozí identitu zcela nahradily novou identitou mateřskou. Ta je ve společnosti kolektivní, protože podléhá společensky zaběhlým předpokladům a žena se tak stává “neviditelnou”, protože tuto identitu sdílí se spoustou ostatních žen. Proto taky nazvala Brownová (2007) tuto identitu jako *neviditelnou mateřskou identitu*. Dále bývá žena s dítětem považována za ženu v domácnosti, která by svůj čas s dítětem měla rozdělovat mezi něj a domácnost. Pro druh domácích prací, které se musí vykonávat stále dokola, aniž by byl dlouhodobě vidět výsledek, existuje pojmenování *neviditelná práce*. Ve výzkumu zveřejněném v roce 2020 je uvedeno, že jsou to ženy, kdo má hlavní odpovědnost za domácí práce a péči o děti. Kvalitativní výzkum, jehož data byla sbírána díky 9 ohniskovým skupinám, ve kterých bylo vždy 5–10 žen, poukázal na fakt, že společnost je pro rovné dělení práce, které do rodiny přináší finance, ale zatím nedospěla k rovnému dělení neviditelné práce. Ženy ale uváděly, že přestože je to těžké, dělají tuto práci dál (Kaplan et al., 2020). I tato skutečnost ovlivňuje identitu ženy, která má vliv na její prožívání a psychický stav.

1.3 Oblast sociální

1.3.1 Od samozřejmosti k uvědomovanému mateřství

Že se žena v určitém věku stane matkou bylo jednou z velmi samozřejmých sociálních norem. Přestože mateřství neobsazuje vysokou příčku na žebříčku prestiže, ženy se stále stávají matkami (Brown, 2007). Mateřství bylo považováno za jakousi nutnost a samozřejmost, které se nevěnovala pozornost. Bylo po dlouhou dobu považováno za běžnou tranzici v konceptu životní dráhy ženy, za moment, kdy se žena dostává do nových situací, které jsou spojené s novou rolí (Elder Jr., 1992).

Současná společnost nevnímá mateřství jako samozřejmé, stále ale předpokládá, že je to běžná role v životě ženy. Ženy si volbu svého mateřství více uvědomují, některé přijímají svou roli matky jako zodpovědnou, nikoli nevyhnutelnou (Badinter, 2006). Vnímají taky možnost možného propadu svého sociálního statusu, proto některé přemýšlí nad mateřstvím až po dokončeném studiu, vybudované kariéře a naplnění svých potřeb v rámci koníčků (cestování, adrenalinové sporty aj.), které by s dítětem nebyly realizovatelné, nebo by se hodně zkomplikovaly. Toto období bývá vnímáno jako chápaná bezdětnost, kdy společnost ještě na ženu nevytváří tlak.

Změna k uvědomovanému mateřství je pozitivní, protože umožňuje ženám se připravit. Přesto však není možné připravit se dostatečně, protože velká část publikací, ze které budoucí matky čerpají se věnuje mateřství jako instituci, a ne opravdovému prožívání mateřství, jak tomu potom ve skutečnosti je (Brown, 2007). Negativa této změny vedou k odkládání těhotenství a tím ke zvýšenému riziku potíží při početí, donošení plodu, nebo úplné bezdětnosti. Příčinou těchto potíží totiž bývá vyšší věk, fertilita žen po 30 letech klesá a po 35 letech klesá rapidně (Belini, 2016). Tento aspekt je však pro některé ženy méně podstatný než to, aby svého potomka počaly s někým, koho milují a zdá se jim také jako vhodný otec.

1.3.2 Vývoj věku prvorodiček v České republice

Není překvapením, že průměrný věk prvorodiček v naší republice stoupá. Od roku 1989, kdy bylo matkám mající své první dítě v průměru 22,5 let, stoupl jejich průměrný věk o více než 6 let. Tento údaj potvrzuje výše uvedený trend o oddalování rodičovství. Kromě věku prvorodiček se za posledních 34 let zvedl i průměrný věk celé naší populace z věku 36,1 na 42,8 let, což svědčí o kvalitnější zdravotní péči, díky které stoupla naděje na dožití přibližně o 6 let (Český statistický úřad, 2023). Bohužel se ale současně neposouvá fertilita,

aby vyhovovala měnící se společnosti. Ta stále zůstává mezi 20-30 rokem života ženy a poté klesá (Bellieni, 2016).

Na základě výsledků průzkumu konaném v roce 2016 lze usuzovat, že hlavním důvodem posouvání věku prvorodiček je snaha o dosažení finančního zajištění a touha žen po emancipaci a seberealizaci ještě před příchodem dítěte. Respondentky (N=220) v dotaznících uváděly, že tyto důvody jsou pro ně přednější, a to i přes subjektivní dostatečnou informovanost o rizicích těhotenství v pozdějším věku (Svobodová, 2016).

1.3.3 Ideální věk pro těhotenství

Tento odstavec z velké části shrnuje to, co už bylo výše zmíněno. Otázka vhodného věku pro těhotenství je pro spoustu žen kompromisem a podléhá doporučenému věku pro porod, což je 20–30 let, silnému sociálnímu a ekonomickému tlaku a rizikovému věku pro těhotenství a porod, který s věkem stoupá (Belini, 2016). Průměrný věk prvorodiček v ČR stoupl na 29,2 let, v Praze už přesáhl hranici 30 let (Český statistický úřad, 2023). Je to hraniční věk pro porod s nízkou pravděpodobností komplikací a pro méně rizikový vývoj plodu v děloze, ale ženy v tomto věku jsou ušetřeny stigmatu způsobeném brzkým těhotenstvím, jak bylo zmíněno výše (Calver, 2020). Zároveň to není příliš pozdní věk, u kterého je vysoká pravděpodobnost komplikací v těhotenství i u porodu a vrozených vad dítěte.

1.3.4 Mezikulturní srovnání

V naší zemi se oproti jiným státům o sebe žena po porodu musí postarat z velké části sama. V Asii je běžné, že žena není sama, ale 40 dní odpočívá o dítě i chod domácnosti se stará její matka nebo tchyně. Kromě praktické pomoci je jí od rodiny nabízena i psychická podpora. Některé kultury věří, že pokud se nepostarají o ženu po porodu, bude to mít negativní dopad na jejich životy. Žena leží teple zabalená, vyhýbá se chladu, jí teplá jídla, která jí připravuje rodina. V Africe je období odpočinku po porodu podobné. Žena je 40 dní v klidu a izolaci, relaxuje a péči o dítě zajišťují příbuzní. Vyhýbá se studeným jídlům a nápojům, je o ní dobře postaráno. Slaví se ale pouze narození chlapce, kvůli porodu dívky bývá žena kritizována a někdy tato situace vede až k rozpadu páru. V Evropě žena opouští nemocnici pár dní po porodu a brzy se vrací ke každodenním povinnostem. Pokud se psychicky necítí v pořádku, pečuje o ní psycholog, když jeho služby vyhledá. Je běžné, že během 6 týdnů po porodu se více izoluje, ale musí chodit na kontroly k pediatrovi a případně se postarat o starší děti, pokud už je má. Matky v ČR mají možnost pečovat o dítě až 4 roky,

což jinde v Evropě není běžné a matky zůstávají doma s dítětem kratší dobu. Austrálie je podobně jako Evropa technocentrická kultura. Péče o ženu probíhá podobně jako u nás. V péči o matku po porodu je na tom podobně i USA. Zde ani není možné čerpat placenou mateřskou dovolenou, pouze neplacenou. Výzkum zjistil, že prevalence poporodních psychických obtíží je v Evropě, USA a Austrálii průměrná, zatímco v Asii se liší podle jednotlivých kultur. Zatímco v Asii je kladen důraz je pospolitost rodiny, u nás je důležitá lékařská péče. Velmi vysoká kvalita technologií a medicíny může ženu i dítě v perinatálním období ochránit, zatímco sociální izolace, finanční tlaky a nedostatek podpory činí ženu v období po porodu nejzranitelnější z celého mateřství (Evagorou et al., 2016).

2 Psychické obtíže v postnatálním období

Vlivem změn, kterými žena v těhotenství během porodu a mateřství prochází, může dojít k narušení nálady. Pokud se jedná o dlouho trvající psychický problém, může dojít k narušení psychického a potažmo i fyzického zdraví matky, v důsledku může být ohroženo i dítě a může dojít k narušení fungování celé rodiny. Proto je důležité včasné rozpoznání a následné řešení těchto potíží. I přesto, že už víme, jaké faktory jsou pro vznik duševní poruchy rizikové a že žena během období těhotenství, porodu a po něm vystavena velkému riziku pro vznik takových poruch, zůstávají často nedagnostikované (Izáková, 2013). Dříve k tomuto faktu přispívaly studie, které byly často zaměřené na psychický stav matky krátce po porodu, nebo kolem konce šestinedělí. Ve studiích tedy chyběly matky, u kterých mohly potíže vzniknout později, které jimi trpí dlouhodobě, nebo chronicky (Mackonochie & Lewis, 2009).

Dnes je situace díky pozornosti vědy věnované tomuto období příznivější, ale stále není ideální. Některé počínající potíže narušující duševní zdraví zůstávají nerozpoznány a jsou diagnostikovány až po plném rozvinutí. Žena v období časně po porodu navštěvuje lékaře, ale kontroly bývají zaměřené na hojení ran po porodu, zavinování dělohy nebo prospívání dítěte. Psychické těžkosti bývají přehlíženy, přestože snižují kvalitu života rodičky a negativně působí i na dítě (Izáková, 2013).

Na následujících stránkách jsou popsány nejčastěji se objevující poporodní psychické obtíže. Psychický stav ženy po porodu lze rozdělit do pěti kategorií, a to na ženy, které si novou roli matky osvojily bez komplikací, na ženy s poporodním blues, ženy s úzkostnou poruchou, poporodní depresí a poporodní psychózou. Dělení podle jednotlivých autorů se liší, někteří mají kategorií méně, protože nezařazují kategorii matek bez psychických obtíží, jiní nezařadili úzkostné poruchy (Izáková et al., 2013; Kašpárek, 2011; Seifertová et al., 2009).

Nejvíce u nás matky trpí úzkostnými poruchami a poporodními depresemi, proto je jim věnováno více prostoru než ostatním poruchám. Prostor není věnován tokofobii (strachu z porodu), jelikož se nejedná o poporodní potíže.

2.1 Baby blues

Poporodní blues, někdy označovaný jako poporodní splín, je poměrně častý jev. Přibližně 50 až 80 % novopečených matek zažije stav emoční lability, který se objevuje třetí až pátý den po porodu. Jedná se o výkyvy nálad z dobré až do pocitů úzkosti, které se týkají novorozence a rodičovství, častá je plačtivost, přecitlivělost a zahlcenost emocemi. Může se

také stát, že se u matky nerozvine pocit lásky k dítěti a ta se potom sebeobviňuje. Baby blues má podobný klinický obraz jako poporodní deprese, ale jeho projevy nejsou tolik závažné (matka nemá sebevražedné myšlenky) a liší se i dobou trvání. Poporodní blues po týdnu až dvou sám odezní nebo na něj vystačí pomoc rodiny a přátel (Šebela et al., 2019).

Jedná se o fyziologický proces, který je ovlivněn mnoha aspekty. V těhotenství je v těle matky zvýšená hladina estrogenů a progesteronu, tyto hormony mají protektivní efekt před depresivními symptomy. Jejich pokles po porodu způsobuje pokles nálady. Příčinou může být i nedostatečné vyplavení oxytocinu, nebo výrazné navýšení prolaktinu v kombinaci s komplikacemi u počátku kojení. V neposlední řadě na ženu působí stresové hormony osy hypotalamu-hypofýza-nadledviny (CRH, ACTH, kortizol) nebo dysfunkce štítné žlázy (Šebela et al., 2018). Psychosociálními aspekty jsou zvýšený stres při péči o dítě a zodpovědnosti za dítě a také snížené sebevědomí, nedostatečné sociální zázemí, nebo náročný začátek kojení způsobený problémy s laktací. Pokud baby blues přetrvává i po uplynutí dvou týdnů od vypuknutí, může se jednat o signalizaci závažnější duševní poruchy, nejčastěji se rozvine do poporodní deprese (Delrosario et al., 2013; Seifertová et al., 2009).

Pro překonání baby blues je vhodné zůstat aktivní, chodit na procházky, ideálně do lesa, dopřát si dostatek odpočinku a nepřeceňovat své síly, vydatně a pestře jíst a v neposlední řadě říct si o pomoc. I malá pomoc může matce velmi ulevit. Pomáhá uvědomění si faktu, že tato situace je dočasná a s tím mohou pomoci jiné matky, které prožívaly podobnou situaci. Dobré je o svých pocitech mluvit s partnerem, případně s rodinou, doulou nebo laktační poradkyní (Izáková, 2013). Není nutné kontaktovat psychologa, ale je možné udělat si třeba test pomocí dotazníku na webu perinatal.cz, kde se můžou matky dozvědět, že se v tomto případě nejedná o poruchu. Web je vhodný nejen pro matky, ale i pro jejich blízké, kteří se mohou dozvědět, jak je možné pomoci (*Perinatal*, 2021). Pro zjištění baby blues je také vhodný Maternity Blues Questionnaire, více níže v odstavci věnovaném diagnostice poporodní deprese (Takács et al., 2016).

2.2 Poporodní deprese

Poporodní deprese (PPD) je psychická nemoc, která je často spojována s porodem a mateřstvím (ale může nastat i po potratu) (Jedličková, 2008). Projevy jsou velmi podobné nebo shodné s depresí, která se vyskytuje mimo období časného mateřství, a má totožné dělení na lehkou, středně těžkou a těžkou depresi. U PPD se nedostavuje pocit lásky k dítěti a v souvislosti s tím se objevuje pocit selhání, nenaplnění, nerozhodnosti, časté bývá zoufalství a změna příjmu potravy (nechutenství, nebo naopak přejídání). Velmi častá je

únava a vyčerpanost, ta souvisí nejen s depresí, ale se zvládnutím nové role matky, kdy není možné spát celou noc. Může se stát, že se u matky rozvine pocit, že dítě nechce a může klesat schopnost se o něj postarat (Izáková, 2013; Seifertová et al., 2009). Deprese se ale může dostavit i u matek, které mají se svým dítětem dobrý vztah, ale mají příliš velký pocit samoty, nemožnosti žít svůj život spontánně, a tak zažívají ambivalentní pocity, kdy sice mají dítě rády, ale nevyhovuje jim současný stav. Většinou dojde k velké změně ve vztazích s přáteli, kvůli časové omezenosti se setkávat. Mateřství má dopad i na kariéru, i tento aspekt může vzbuzovat pocity nejistoty a úzkosti z neisté budoucnosti, nebo z nemožnosti pokračovat ve své práci beze změn (Šebela et al., 2018).

Prevalence PPD ve světě je na základě metaanalýzy (N=296 284) 17 %, zatímco v českých podmínkách je výskyt nižší. Šest týdnů po porodu je to 11,8 % a šest měsíců po porodu 10 %. Výzkumu v naší republice se zúčastnilo 3 233 žen z Brna a Znojma (Šebela et al., 2018).

Etiologie PPD bývá smíšená, z části působí endogenní faktory způsobené změnou hladiny hormonů v těhotenství, během porodu a po porodu. Jsou to zejména estrogeny, progesteron, oxytocin, prolaktin a stresové hormony (viz výše). Zvýšenou citlivost na hormonální změny, a tedy i téměř 2x vyšší riziko PPD, můžeme pozorovat u žen trpících premenstruačním syndromem. Dále je to dysfunkce štítné žlázy, která může mít významný vliv na rozvoj PPD, ženy se zvýšeným titrem protilátek proti tkáňové peroxidáze mají 4x vyšší pravděpodobnost rozvoje PPD než ženy s normální koncentrací. Vliv mají i psychosociální faktory způsobující zátěž a stres (špatné ekonomické postavení, napjaté vztahy v rodině), které mohou být navíc v kombinaci negativním stylem myšlením matky. V neposlední řadě je to deprese nebo PPD v osobní anamnéze, kdy je riziko 6x vyšší. Zvýšené riziko je i u žen s jakýmkoliv psychickými problémy v anamnéze (Yang et al., 2022; Šebela et al., 2018).

V MKN-10 je PPD zařazena pod označením F53.0 mezi „Lehké duševní poruchy a poruchy chování v souvislosti s šestinedělním nezařazené jinde“. Tato diagnózu je pouze pro duševní poruchy vzniklé po porodu a rozvinuly se v období šestinedělí (World Health Organization, 2016). V MKN-11, která vešla v platnost 1. ledna 2022 je PPD ponechána, ale je pozměněno označení a název kategorie diagnózy. Nově je to 6E20 „Duševní poruchy nebo poruchy chování spojené s těhotenstvím, porodem nebo šestinedělním, bez psychotických příznaků“ (World Health Organization, 2019). Jelikož se PPD u více než 1/3 matek rozvine až po šestinedělí, není možné je tedy oficiálně zařadit pod označení F53.0 nebo 6E20.

2.2.1 Diagnostika

Stanovení PPD jako diagnózy je možné až po čtyřech týdnech po porodu. Do té doby jsou tyto projevy chápány jako důsledek porodu nebo poporodní blues, a proto se vyčerpání, úzkost a další projevy v této době nepovažují za patologické a jsou vyhodnoceny jako poporodní blues. Pokud se u ženy vyskytnou rizikové faktory vedoucí k vyšší pravděpodobnosti, měla by být matce věnována větší pozornost. Včasné podchycení rozvoje PPD umožňuje rychlejší a jednodušší léčbu, což je v důsledku i levnější řešení pro klienty i pro pojišťovny, nemluvě o výhodách psychického komfortu matky pro ni, její rodinu i okolí (Izáková, 2013).

Jelikož se poporodní deprese může rozvinout z baby blues, může být komplikované ji podchytit včas. Pro včasné zjištění počínající deprese se ukázal velmi vhodný Maternity Blues Questionnaire (MBQ), jehož autoři Helen Kennerley a Dennis Gath dokázali pojmenovat a měřit symptomy baby blues. Dotazník má 28 položek, které jsou rozděleny do 7 škál (primární blues, útlum, hypersenzitivita, snížená sebedůvěra, deprese, sklíčenost, odstup – ztráta zájmu). Ženy odpovídají pouze ano (1 bod), nebo ne (0 bodů) a je možné získat 0-28 bodů, přičemž skóre 10 a více poukazuje na poporodní dysforii. Výše získaných bodů je přímo úměrná intenzitě baby blues. Jednotlivá tvrzení jsou formulována v přítomném čase a dotazují se na pocity a chování v den, kdy matka dotazník vyplňuje. Původní záměr autorů byl, aby si ho žena vyplnila každý den v období 7 až 10 dnů po porodu, což se ale v praxi ukázalo jako těžko proveditelné, proto pracuje řada studií s administrací tohoto dotazníku pouze v jeden jediný den z tohoto období. Během validizace dotazníku bylo zjištěno, že vysoké skóre u poporodního blues je prediktorem rozvinutí poporodní deprese (Takács et al., 2016).

Nejpoužívanějším dotazníkem pro zjištění PPD je Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Je sestaven z deseti položek, které se týkají pocitů strachu, smutku a radosti, pláče, spánku, výčitek a myšlenek na to, že by si žena záměrně ublížila. Tvrzení jsou formulována v minulém čase a dotazují se na uplynulých 7 dní před administrací dotazníku. Otázky jsou hodnoceny 0-3 body (často, někdy, skoro nikdy, nikdy) a některé z nich jsou hodnoceny reverzně. Maximální skóre je 30 a už při získání 13 bodů, nebo při jakékoli pozitivní odpovědi na otázku, zda matku napadlo, že by si ublížila, je matce doporučeno vyhledat odbornou pomoc, jelikož už se jedná o různě závažnou duševní poruchu. Opět platí, že vyšší skóre poukazuje na intenzivnější stav. V USA a GB byl EPDS zkrácen na 5položkový dotazník (EPDS-Dep-5), který s původní verzí velmi vysoce signifikantně

koreluje ($r=0,91$), ale v ČR je stále používán původní dotazník (Daphna et al., 2021). Bohužel zatím není běžné jeho automatické využití v praxi při kontrole ženy u lékaře, ale je matkám doporučován při sdělení svých problémů lékaři.

MBQ pozitivně koreluje s EPDS ($r=0,39$) a při vysokých hodnotách (MBQ=11 a více bodů) je korelace vysoce signifikantní a predikuje vysoké hodnoty i u EPDS (13 a bodů a více) (Takács et al., 2016). Přestože tyto dotazníky detekují PPD, pro diagnostiku PPD je vždy nutné komplexní vyšetření.

V období po porodu je nejčastější úmrtí matky sebevražda spojená s těžkou poporodní depresí (Oates et al., 2004). Přesto nejsou postnatální duševní poruchy zahrnuty v probíhající Reformě psychiatrické péče. Na území ČR (4 vybrané porodnice a 20 vybraných gynekologických ordinací) probíhá testování aplikace, která provádí screening (EPDS) v online aplikaci, která usnadňuje a urychluje vyhodnocení. Perspektivou Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ) a spolupracující Porodnicí Neratovice je rozšíření screeningu do dalších porodnic a adaptaci pro gynekologické ambulance (Šebela et al., 2019).

2.2.2 Terapie

Neléčená poporodní deprese může ovlivňovat i otce a dítě. Existuje pozitivní korelace mezi depresí u matek a u otců. Je potvrzený i vliv na dítě, kdy po péči matky trpící depresí dochází k problémové socializaci, poruchám spánku, příjmu potravy i k záchvatům zlosti a hyperaktivitě. U 25-50 % žen, u nichž došlo k rozvoji PPD, přetrvává porucha déle než 7 měsíců, což vede k finanční zátěži rodiny i pojišťoven, k náročnému navázání attachmentu a následně neprospívání dítěte. Je v zájmu naší kultury, aby léčba PPD byla efektivní, jelikož snižuje ekonomický dopad na rodinu a potažmo i společnost (Izáková, 2013).

V první řadě jde o pomoc trpící ženě. Na základě závažnosti PPD se volí farmakologické i nefarmakologické postupy nebo kombinace obojího. Základními psychofarmaky pro léčbu PPD jsou antidepresiva. Za léky první volby jsou považovány blokátory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), jako je sertralin, který je možný v maximální dávce 200 mg/den užívat i během kojení, či paroxetin, který je ale možné využívat v menších dávkách, max. 50 mg/den. Přednostně se volí léky, u kterých není nutné přestat kojit. K zastavení laktace se přistupuje tehdy, pokud žena potřebuje silnější dávku účinné látky, či na ní daný lék nemá pozitivní účinek. Dále je možné podpořit léčbu podáváním oxytocinu (Šebela et al., 2019). Je možné i užití tricyklických antidepresiv (TCA), která jsou také dobře prostudovaná, ale kvůli obavám z rizika předávkování se užívají až jako léky druhé volby (Delrosario et al., 2013).

Nefarmakologická intervence při lehkých formách PPD je nejvíce zastoupena kognitivně behaviorální terapií (KBT). Na základě metaanalýzy efektu KBT (N=295) bylo zjištěno zlepšení na škále EPDS. Terapie je ale limitovaná finanční náročností, proto se rozšiřují online léčebné moduly, vycházející z KBT, ty jsou vhodné pro lehké i střední intenzity PPD. Pro závažné stavy je využívanou metodou elektrokonvulzivní terapie (Šebela et al., 2019).

V druhé řadě je to práce se společností, která by mohla vést ke kvalitnějšímu životu žen po porodu. Díky řádné prevenci by mohlo v budoucnu dojít ke snížení prevalence duševních poruch v období po porodu. Primární prevence zaměřená na informovanost veřejnosti je rozdělena na dva směry. Informovanost rodin zahrnuje osvětu mezi těhotnými a jejich partnery, psychoedukace zaměřenou na zdravý životní styl, rodičovství a rozpoznání příznaků narušení duševního zdraví. Informovanost odborníků se zaměřuje na šíření informací o problematice a péči o ženy přicházející k lékařům v těhotenství a po porodu. Sekundární prevence je zavádění screeningových programů a v rámci terciární prevence je snaha umožnit matkám ve velmi závažném stavu mít dítě u sebe i během hospitalizace v rámci specializovaných lůžkových center Psychiatric Mother Baby Units, které zatím existují ve Velké Británii, Austrálii, podobná centra jsou i v Německu a Rakousku, u nás jsou matky hospitalizované na psychiatrických odděleních nemocnic, nebo v psychiatrických léčebnách (Šebela et al., 2019).

2.3 Poporodní úzkosti

Jedná se o nejčastější psychické poporodní poruchy. Tato porucha se vyskytuje u 15-30 % matek (Dryer et al., 2022; Li et al., 2022). Jiné studie hovoří až o 40 %, což už je opravdu vysoké číslo (Mayhew & Thomas, 2022). Bývá tedy častější než poporodní deprese. Opět zde hrají roli hormony, především oxytocin a prolaktin, jejichž hladina po porodu rychle stoupá, a naopak rychle klesá hladina hormonů progesteron a estrogen. S tímto výkyvem se musí žena vyrovnat po psychické i fyzické stránce (Delrosario et al., 2013).

Bývá obvyklé, že rodiče zažívají po narození potomka obavy o něj, o jeho zdraví a bezpečí. Nechtěné myšlenky či obavy, že dítěti ublíží, zažívá 70–100 % matek a až 60 % otců. Běžný je také strach z nedostatku kompetence péče o dítě. Tyto pocity ale s časem mizí, nebo se zmírňují, protože je možné je racionálně zahnat nebo vyhodnotit jako nepravděpodobné. Pokud se ale tento stav zhoršuje a tyto pocity nelze zvrátit, může jít o poruchu. Ve studii 260 párů byl prokázán pokles závažných projevů anxiety mezi prvním měřením v raném poporodním období a druhém 3 měsíce po porodu (Šebela et al., 2019).

Prohlubující se strach, který je nevyvratitelný a nepříjemné myšlenky, které nejdou ovládat, jsou symptomem úzkostí. Žena se může cítit v nebezpečí, mít strach o sebe či miminko, nadměrně se těmito obavami zabývat a není schopná tyto myšlenky kontrolovat a zastavit. V důsledku toho je nervózní a ztrácí schopnost uvolnit se a odpočinout si, nedokáže se soustředit a může se začít vyhýbat určitým místům a situacím. Například přestane chodit ven ze strachu z možné srážky s autem, z vystavení se bacilům či kvůli nebezpečnému potulnému psovi, nebo při vaření přestane používat ostré předměty, protože se obává, že by mohla zranit dítě nebo sebe. Na rozdíl od obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD) však nedochází ke kompulzím, tedy jednání, ke kterému nutkavé myšlenky nabádají. Úzkost má i fyzické projevy jako je obtížné dýchání, pocení, napětí v těle a třes, pocit nucení na močení, průjem nebo sevření žaludku. Projevy jsou tedy stejné, jako u úzkostí, které nevznikly v souvislosti s těhotenstvím, porodem či mateřstvím. Rozdílná je opět doba vzniku, která je svázána s časným mateřstvím (Šebela et al., 2019).

2.3.1 Druhy poporodních úzkostí

Úzkostných poruch rozlišujeme několik druhů. Z nejčastěji vyskytujících se po porodu to jsou generalizovaná úzkostná porucha, obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha a panická ataka.

Pro generalizovanou úzkostnou poruchu bývají typické nepříjemné pocity a vtíravé myšlenky, které jsou přetrvávající a nebývají vztaženy ke konkrétním vnějším okolnostem a událostem. Doprovodem bývá silný pocit nervozity, svalové napětí, třes a pocení (Šebela et al., 2019). Dříve byly tyto stavy řazeny pod „Neurotické, stresové a somatoformní poruchy“, konkrétně jako F41.1 „Generalizovaná úzkostná porucha“ (World Health Organization, 2016). Dnes je možné generalizovanou úzkost rozvinutou v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím zařadit pod 6E20, které uznávají tyto úzkostné symptomy jako samostatnou diagnostickou jednotku. Je to stejná kategorie jako u PPD, tedy „Duševní poruchy nebo poruchy chování spojené s těhotenstvím, porodem nebo šestinedělím, bez psychotických příznaků“ (World Health Organization, 2019).

Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD – obsessive-compulsive disorder) vede strach a úzkost z nechtěných myšlenek ohledně nastalé situace ke kompulzivnímu jednání. To krátkodobě napomáhá snížit úzkost, ale ne k řešení úzkosti. Po porodu se obsese typicky zaměřují na novorozence, nejčastěji na jeho zranění nebo ztrátu, kompulze potom vedou ke kontrolujícím rituálům a opakovaném ujišťování o jeho bezpečí, nebo naopak mohou vést k vyhýbání se kontaktu s dítětem ze strachu z ublížení při špatném držení apod. (Šebela et

al., 2019). Dříve se souvislosti OCD s těhotenstvím a porodem nebraly v potaz, a tak ženy s touto poruchou byly diagnostikovány s poruchou F42 „Obsedantně-kompulzivní porucha“ (World Health Organization, 2016). Dnes je tato porucha zahrnuta pod diagnózou 6E20, které je zaměřená na matky a jejich poruchy rozvíjející se typicky v období těhotenství, porodu a šestinedělí (World Health Organization, 2019).

Po subjektivně náročném nebo nezdařeném porodu se může rozvinout posttraumatická stresová porucha (PTSD). V roce 1994 byla ve čtvrtém vydání DSM upravena definice stresoru způsobujícího PTSD a bylo tedy možné vnímat porod jako traumatizující událost. Dle MKN-10 došlo opět k úpravě definice a zatím není možné definovat porod jako událost, která je výjimečně ohrožující nebo katastrofická a která je schopná vyvolat silné rozrušení téměř u každého. Je tedy na hraně, jestli poporodní PTSD zařadit mezi poporodní neurotické poruchy. Přitom jako traumatizující událost popisuje porod asi 45 % žen. K rozvoji PTSD dojde ale asi jen u 1-30 %. Jedná se o poruchu s častými flashbaky, které znovuoživují trauma, psychiku zhoršují i noční můry a pocity otupělosti a oploštělosti. Typické je také stranění se od lidí, zesílené úlekové reakce a nespavost. V důsledku PTSD může dojít i k rozvinutí deprese (Peeler et al., 2018).

Nejintenzivnější z úzkostných poruch je prožitek panické ataky. Jedná se o velmi silný pocit blízké smrti, protože jedinec prožívá opravdu nepříjemné projevy na tělesné úrovni. Nemůže se pořádně nadechnout, proto se snaží rozdýchat se a kvůli následné hyperventilaci se stav ještě zhorší, má křeče v břiše, třese se a je mu na zvracení, třese se a hodně se potí, může mít zimnici, nebo cítit horkost, silně mu buší srdce a má závratě. Jelikož jsou tyto pocity velmi intenzivní, člověk má strach, že už to dlouho nevydrží a zemře, nebo se zblázní. Těžký bývá pocit ztráty kontroly nad vlastním tělem. Někteří se mohou bát, že se jedná o infarkt. Doba trvání jedné ataky se pohybuje od 5 do 30 minut a sama odezní. Přestože ve skutečnosti život není v ohrožení, lidé během i po panické atace bývají vyděšení. I tento stav je možné nově zařadit pod kategorii 6E20 (World Health Organization, 2023; Mayhew & Thomas, 2022).

2.3.2 Diagnostika

I zde platí důležitost komplexního vyšetření odborníkem. Nejpoužívanějším dotazníkem pro zjištění úzkosti je opět Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), tentokrát jeho subškály detekující úzkost nazývané EPDS-3A. Konkrétně se jedná o tvrzení č. 3: „Zbytečně jsem se obviňovala, když se něco nepovedlo.“, č. 4: „Měla jsem úzkost nebo jsem se obávala bez zjevného důvodu.“ a č. 5: „Pocítila jsem strach nebo paniku bez

zjevného důvodu.“, které pro screening úzkosti postačují. Za odpověď lze opět získat 0-3 body. Skóre 6 a více bodů ukazuje na pravděpodobnou přítomnost postnatální úzkostné poruchy. Dle výzkumů je dobré administrovat EPDS-3A zvláště, protože při vyhodnocování EPDS by se mohlo stát, že žena nedosáhne potřebné hranice bodů k tomu, aby byla vyhodnocena jako riziková a byla jí poskytnuta péče. Žena totiž může mít pouze úzkostné příznaky bez projevů deprese. Byla zjištěna vysoká korelace s dotazníky State-Trait Anxiety Inventory, The Symptom Checklist-90 subškálou úzkosti a Beck Anxiety Inventory. Z uvedených dotazníků je EPDS-3A nejkratší, a přitom postačuje k odhalení anxiety (Mayhew & Thomas, 2022).

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) byl vyvinut už v roce 1970 a stal se nejvyužívanějším dotazníkem konce 20. století a stále je využíván. Je to dvaceti položkový inventář a obdobně jako u EPDS je možné na jednotlivá tvrzení odpovídat vůbec ne (1 bod) až velmi mnoho (4 body) (Range, 2023). Beck Anxiety Inventory (BAI) se skládá z 21 položek, každá za 1-4 body, které odrážejí úroveň závažnosti. Kromě dotazů na prožívání a chování se ptá i na somatické projevy úzkosti, jako je horko, třes rukou a nohou, neschopnost uvolnit se, závratě a bušení srdce (Silva da Paz et al., 2022).

Nástroj sloužící k posouzení rizika rozvoje úzkosti (případně i deprese) dobře slouží Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ), který je možné vyplnit už před porodem, protože se dotazuje na sociodemografické údaje a při 23 bodech a více dokáže predikovat rozvoj poporodní úzkosti. Respektive pravděpodobnost rozvoje poporodní úzkosti je více než 6x vyšší při 23 a více bodech. Obsahuje celkem dvanáct položek, na které žena odpovídá pomocí Likerlovy škály. Posuzuje emocionální podporu od vlastní matky v dětství, depresivní náladu v minulosti, vnímanou úroveň podpory dostupné po narození dítěte, emocionální podporu partnera, životní stresy v uplynulých 12ti měsících, osobnostní styl a anamnézu zneužívání (Austin et al., 2013).

2.3.3 Terapie

Stejně jako u baby blues i PPD je vhodné o sebe dobře pečovat a říct si o pomoc rodině i přátelům. Sociální opora může hrát významnou roli při snižování intenzity projevů úzkosti. Významně přispívá i informační podpora a vědomí, že to, co žena po porodu prožívá, je běžnou součástí adaptace na novou roli (Sufredini et al., 2022). Doporučená je i změna životního stylu, především spánkových návyků a zařazení relaxačních technik do denního programu. Vhodné jsou i bylinné čaje, především z meduňky, mateřídoušky či heřmánku. Zklidňující efekt mají relaxační levandulové koupele či masáže. Úzkost ale sama neodezní

a je tedy vhodné vyhledat odbornou péči. U lehčí formy úzkostí je možné zvolit pouze psychoterapii, pro rychlý efekt snížení úzkosti je často vyhledávaná KBT. Tato terapie byla shledána v metaanalýze studií zaměřených a efektivitu terapie jako nejefektivnější a s vysokým krátkodobým i dlouhodobým účinkem při mírné a střední úzkosti. Spolu s technikami rozvíjejícími všímavost, nácvikem relaxace a podpůrnou psychoterapií tvoří KBT metodu první volby při léčbě úzkosti (Li et al., 2022; Šebela et al., 2019).

Při těžších formách poruchy se často psychoterapie kombinuje s farmakoterapií. Nástup účinku medikace antidepresivy (opět nejčastěji SSRI), které se využívají i k léčbě úzkosti pro svůj anxiolytický účinek, je relativně dlouhý (2-4 týdny). Proto se na přechodnou dobu nasazují anxiolytika, benzodiazepinová i nebenzodiazepinová, která mají velmi rychlý nástup účinku, ale jsou návyková. Za nejvíce doporučované anxiolytikum při zachování kojení je považován oxazepam následovaný alprazolamem a klonazepamem. Za nejbezpečnější vůbec platí lorazepam, který ale není dostupný na českém trhu. Naopak se důrazně nedoporučuje užívání diazepamu, guafenezinu a pregabalínu, jelikož ve velkém množství přecházejí do mateřského mléka. Vždy ale platí, že anxiolytika nejsou k pravidelnému užívání a je vhodné čekat na nástup účinku antidepresiv a vzít si tento lék pouze v případě potřeby, ideálně před předpokládanou dobou spánku (Šebela et al., 2019).

2.4 Poporodní psychóza

Poporodní psychóza, dříve označovaná také jako laktační psychóza, je z uvedených psychických poruch nejvzácnější a nejzávažnější. Vyskytuje se přibližně u 0,2 % rodiček. Jedná se o poruchu se zrakovými nebo i sluchovými halucinacemi a paranoidní bludnou produkcí. Typická je také zmatenost, bezradnost a impulzivita a rychlý nástup příznaků, který je téměř nemožný předem odhadnout (Izáková, 2013). Počátek psychotické epizody bývá doprovázen sníženou potřebou spánku nadnesenou náladou a chybějící regulací emocí. Tento stav přechází v řádu hodin, maximálně dní, do desorganizovaného psychotického syndromu. Velmi rizikové jsou neléčení stavu, nebo pozdní zachycení psychózy, které mohou vést k suicidum (sebevraždy) matky, nebo vzácněji k infanticidu (zabití dítěte) (Šebela et al., 2019).

Zatímco poporodní úzkosti či deprese mohou postihnout i muže, kteří se stali čerstvými otci, poporodní psychóza postihuje pouze ženy. Nejkritičtější bývají první tři týdny po porodu, kdy je vhodné ženu pečlivě sledovat a případně neprodleně zasáhnout, pokud se u ní projeví první příznaky psychózy. Obzvláště ženy, které dříve poporodní psychózou trpěly a znovu se staly čerstvou matkou, by měly být bedlivě sledovány, protože

u těchto žen je pravděpodobnost recidivy 50 %. V případě časného podchycení začínající psychózy je možné zabránit plnému rozvinutí této poruchy. Pro pomoc ženě v takovém stavu je vždy nutná hospitalizace společně s farmakoterapií (Šebela et al., 2019).

Poporodní psychóza nebývá dělena dle závažnosti, ale dle doby vzniku na brzkou (do 15 dní po porodu), nebo pozdní (Brockington, 2017). Dle MKN-10 patří pod diagnózu F53.1 „Těžké poruchy duševní a poruchy chování v souvislosti s šestinedělním nezařazené jinde“ (World Health Organization, 2016). Nové vydání MKN-11 zařazuje poporodní psychózu pod označení 6E21 „Duševní poruchy nebo poruchy chování spojené s těhotenstvím, porodem nebo šestinedělím, s psychotickými příznaky“ (World Health Organization, 2019).

Etiologie je zatím nejasná. Dříve se předpokládalo vliv prudkého navýšení hladiny prolaktinu, proto označení „laktační psychóza“, ale vědecky tato teorie nebyla potvrzena. Známé jsou pouze rizikové faktory, kterými je anamnéza bipolární afektivní poruchy a dříve prožitá poporodní psychóza. U 50 % postižených žen nejsou rizikové faktory jasně vypátratelné (Šebela et al., 2019).

2.4.1 Terapie

Dříve se v rámci prevence u žen s touto poruchou v anamnéze farmakologicky zastavovala laktace. Tato metoda už dnes není doporučována. Pokud to situace zdravotnického zařízení dovolí, je vhodné, aby dítě zůstalo u matky a ta za supervize personálu pokračovala v laktaci i kojení. Situace je ale v ČR taková, že to většinou není možné, jelikož Psychiatric Mother Baby Unit zatím existuje pouze v zahraničí (Šebela et al., 2019). I dnes se tedy setkáváme s ukončením laktace, matka je hospitalizovaná a bývají nasazována antipsychotika (Izáková, 2013).

Přestože je studií o vlivu antipsychotik na kojení méně než o vlivu antidepresiv, i u nás už je snaha o léčbu psychofarmaky při zachování laktace. Na základě zjišťování bezpečnostního profilu v laktaci byla vybrána antipsychotika olanzapin a kvetiapin jako vhodná psychofarmaka při pokračování v kojení. Léky druhé volby při poporodní psychóze jsou risperidon a haloperidol (Šebela et al., 2019).

3 Možnosti odborné pomoci

3.1 Psycholog

Psycholog je absolvent jednooborové psychologie na filozofické fakultě. Má před jménem zkratku Mgr., nebo PhDr., pokud pokračoval v postgraduálním studiu. Profesionálně se věnuje psychologii a matky s duševní poruchou se s ním nejčastěji setkávají na psychoterapii. V takovém případě musí mít psycholog navíc absolvovaný psychoterapeutický výcvik. Není doktor a nemůže tedy předepisovat léky, proto se jeho péče u vážnějších případů doplňuje s péčí psychiatra (viz dále). Sám může posoudit matčin stav a přijmout ji do péče, ale přesnou diagnózu nestanovuje, to je v kompetenci lékařů (Orel et al., 2020).

3.2 Lékař

3.2.1 Psychiatr

Psychiatr je lékař, tedy absolvent lékařské fakulty (má před jménem zkratku MUDr.), který se specializuje a má atestaci v oboru psychiatrie. Využívá postupů medicíny a je kompetentní k předepisování psychofarmak (léků působících na mozkové neurony, receptory a mediátory, synapsi a synaptickou transmissi) i k použití terapeutických nefarmakologických metod, jak je např. ECT (elektrokonvulzivní terapie) (Orel et al., 2020).

Většinou neposkytuje psychoterapii, ale léčí akutní fázi duševní poruchy. Na výše popsané poruchy se nejčastěji předepisují antidepresiva (z nich nejčastěji pro svou bezpečnost při laktaci sertralin, paroxetin a nortriptylin) a anxiolytika (z nich vhodná při laktaci alprazolam a oxazepam), jak vyplývá ze studie o bezpečnosti psychofarmak během laktace. Data jsou získána z observačních studií či jejich meta-analýz (Šebela et al., 2019).

3.2.2 Lékaři různých oborů

Každý lékař, který absolvoval lékařskou fakultu, v pátém ročníku studia skládal zkoušku z psychiatrie. V rámci tohoto předmětu se nejen naučil porozumět pojmu duševní porucha, ale i její rozeznání od nepatologických odchylek, základy psychiatrické terapie, psychofarmakologie i psychoterapie (Univerzita Karlova, 2021). Po porodu se žena setkává s lékaři v oboru gynekologie, pediatrie a praktického lékařství. Pokud se lékaři svěří se svými potížemi, měl by být schopný jí pomoci, nebo jí předat kontakt na psychiatrickou ambulanci.

3.3 Organizace zabývající se daným tématem

Pokud si žena, její partner nebo blízké okolí všimne, že je s ní něco v nepořádku a rozhodnou se situaci řešit, mají několik možností, kam si jít nebo zavolat pro pomoc. V dnešní době se nejdříve obrátí na internetové zdroje. Tam nachází informace v podobě popisu projevů jednotlivých poruch, kontaktů na odborníky, především psychoterapeuty, různé telefonní linky, jako jsou například Linka bezpečí, Linka důvěry, Poradenská linka nebo Krizová služba. Dále mohou najít odkaz na weby prinatal.cz, nebo usmevmamy.cz. Na těchto stránkách je možné zjistit podrobnější popis psychických poruch objevujících se v mateřství (v těhotenství i po porodu).

Na stránkách **Perinatal** jsou kromě popisu poruch a kontaktů na odborníky také dva testy, které formou jednoduchého dotazníku, zjišťují úzkost nebo depresi. Navíc mají informace pro blízké osoby těch, které trpí poporodními duševními poruchami, i informace pro odborníky. Vizí autorů těchto stránek je zajistit systematickou péči o ženy v těhotenství a po porodu. Až 75 % žen, které trpí psychickými potížemi, nevyhledají pomoc. Tomu má v budoucnu zabránit včasný screening, který zjišťuje riziko objevení se psychických potíží a který už nyní vyplňují ženy po porodu ve vybraných porodnicích v republice (*Perinatal*, 2021).

Na stránkách **Úsměvu mámy** jsou kontakty na skupinky peer-konzultantek, které ale zatím fungují jen v některých regionech. Je možné se domluvit na individuální návštěvě, kdy peer-konzultantka dojde za matkou, vyslechne si ji a případně vysvětlí, jak dál, nebo docházet na pravidelná setkání, kdy matky sdílejí své zkušenosti a navzájem se podporují. Informace na webových stránkách jsou ke stažení ve formě letáčků, nebo je možné vytisknout si pracovní listy, které usnadňují plnit doporučené úkoly ke stabilizování nálady (*Úsměv mámy*, 2020).

Formou každodenních připomínek a plnění úkolů založených na KBT (kognitivně-behaviorální terapii) pomáhá aplikace **Kogito**. Po vyplnění dotazníku je matce vybrán program, který jí každý den nabízí jednoduchá relaxační cvičení, provází jí práci s automatickými negativními myšlenkami a vypráví příběhy dalších matek, které sdílí svoji zkušenost, aby pomohly jiným. V rámci aplikace je i psychoedukace a nácvik meditace (*Kogito*, 2021).

4 Současné výzkumy mapující problematiku vyhledání odborné pomoci u žen v postnatálním období

Po prohledání 3 elektronických databází (EBSCO, ProQuest a Google Scholar) byly nalezeny následující studie odpovídající tématu této bakalářské práce. Data v první studii byla získána na základě metody interpretativní tematické syntézy ze 17 článků. Jedná se o studie publikované mezi lety 2004 a 2015, většina je z anglicky mluvících států (Austrálie, Kanada, Velká Británie), jedna z Japonska, všechny prováděné formou hloubkových rozhovorů. Autorky Hadfield a Wittkowski (2017) provedly metaanalýzu těchto článků, které kvalitativní metodou zkoumaly zkušenosti žen s profesionální psychosociální podporou (od hledání pomoci až po efekt terapie), a došly k následujícím poznatkům. Proces hledání pomoci ženy považují za obtížný, protože nejtěžší je rozeznat, kdy už „něco není v pořádku“. Samotné hledání odborníka bylo často provedeno ve spolupráci s partnerem či jiným členem rodiny. Druhým tématem byly překážky při hledání a přijímání podpory. Některé ženy věřily, že jejich potíže před odborníky budou brány vážně pouze pokud půjde o riziko poškození sebe nebo dítěte, další, že péče, kterou dostávají po porodu se týká jen miminka a není určena pro ně, jiným se nelíbila představa, že poporodní deprese je „nemoc“, za což by se styděly a trpěly by pocitem stigmatu, protože by daly najevo, že „jsou špatné matky“. U dalších žen to byla neochota užívat antidepresiva a také to byl nedostatek informací o poporodních psychických obtížích. Ony a jejich rodiny neznaly projevy, možnost léčby, případně se domnívaly, že tyto pocity nikdy nezmizí kvůli sociálním okolnostem, nebo naopak že zmizí samy bez zásahu. Třetím tématem byly hodnotné aspekty podpory, jako je vztah se zdravotníkem, citlivý přístup a porozumění. Čtvrtým tématem byly výsledky, které se týkaly jejich důvěry v sebe, jako dobré rodiče, celkové pozitivní zkušenosti s terapií a edukace o mateřství, myšlenkových procesech a strategiích zvládnání problému (Hadfield & Wittkowski, 2017). Tato studie pojímá aspekty pro i proti léčbě a na rozdíl od této bakalářské práce se věnuje terapii od vyhledání až po výsledky treatmentu.

Přestože může být žena očima druhého vhodným kandidátem pro vstup do psychoterapie, ona sama si to nemusí uvědomovat, nebo může mít důvody, proč možnost takového řešení odmítá. Důvody k tomu můžou být různé. Může svou situaci bagatelizovat nebo mít pocit, že v jeho případě psychoterapie nepomůže. Často jde o absenci zkušenosti, a tudíž může hrát roli nepříjemný pocit při představě, že má probírat své problémy s někým, koho nezná a kdo ji nezná. Chybí reálná představa toho, jak taková sezení s psychoterapeutem probíhají. Nezřídka jde i o pocit stigmatu, pokud se okolí dozví

o návštěvách psychoterapeuta. V neposlední řadě jde o vysokou cenu, a tedy o finanční nedostupnost. Ve studii o vnímaných překážkách vstupu do terapie byl tento argument na prvním místě. Vzorek (N=392) dospělých respondentů ze všech krajů ČR vyplňoval dotazník s 15 položkami. Jednalo se o jedince, kteří do psychoterapie nevstoupily, ale delší dobu o ní uvažovaly. Analýza se nevěnovala pouze prostému výčtu argumentů, ale i jejich závažnosti. Mezi aspekty s nejvyšší vahou patřily cena psychoterapie, nepříjemnost projevení emocí před druhým, bagatelizace a neochota otevírat své soukromí před druhým (Čevelíček et al., 2021).

Kvalitativní studie zjišťující důvody předčasného ukončení psychoterapie se dotazovala 7 pacientů a 8 psychoterapeutů. Pomocí polostrukturovaných rozhovorů získala data týkající se nespokojenosti s kvalitou psychoterapie (pacienti očekávali rychlejší výsledky) a finanční problémy. Dalším důvodem bylo, že se pacienti necítili komfortně, měli potíže s udržením závazku k plánu terapie kvůli finančním, rodinným a pracovním povinnostem (Khazaie et al., 2016).

Kvantitativní studie na stejné téma se online dotazovala 116 psychoterapeutů. Ti uváděli nejčastější důvody nespokojenosti klientů s typem nabízené intervence, nebo prospěch z léčby nebyl takový, jaký očekávali. Důvody méně frekventované byly potíže s navázáním vztahu mezi klientem a terapeutem, nebo příliš komplikované psychické problémy, na které psychoterapeut nestačil. Na posledních dvou příčkách se umístilo užívání drog a zahájení jiné psychoterapie, což vedlo k ukončení té současné (Kullgard et al., 2022). Psychoterapeuti nezmínili finance, jako důvod pro ukončení léčby ze strany klienta.

Další výzkum byl smíšené metodologie, kdy ze 104 respondentů vyplňujících dotazník bylo vybráno 60, se kterými byl proveden polostrukturovaný rozhovor. Bylo zjištěno, že nejvíce zastoupené důvody, proč nevyhledat léčbu byl argument, že problém chtěli vyřešit sami, nebo se zlepší sám, nevěděli, za kým jít, nebo potížím nepřikládali velkou váhu. Dalšími důvody jsou časová náročnost, obava ze stigmatu, vzdálenost, finance a u některých předchozí zkušenost s léčbou, která nefungovala. Naopak k vyhledání psychoterapie byly uvedeny argumenty pomoci s prací s vlastními emocemi, práce se stresem, vyrovnání se s minulostí a stresujícími událostmi, řešení tělesných potíží, jako je bolest hlavy nebo pomoc s životním rozhodnutím. Tato studie se i mimo jiné zaměřila na zdroje podpory, kterými jsou v nejhojnějším zastoupení přátelé a následně rodina (Mehra et al., 2021). Přestože byl výzkum prováděn na adolescentech, tematicky je možné ho sem zařadit.

Přestože Česká republika obecně nepatří ke státům s vysokým počtem věřících, je vlivu víry na hledání psychoterapie věnován následující výzkum. Celkem 298 účastníků

studie vyplňovalo dotazník ptající se sociodemografické údaje, aktivitu v církvi a pohled na vyhledání psychoterapie. Studií se prolínalo téma teorie plánovaného chování, které předpokládá, že chování je důsledkem komplexní souhry přesvědčení, postojů, záměrů a kontroly nad chováním jedince. Jedná se o vliv jedince a jeho hodnot i hodnot a přesvědčení skupiny. Zjištění bylo pozitivní, a to, že se nepotvrdil předpoklad, že víra má negativní vliv na postoj k psychoterapii, že souvisí se strachem ze stigmatu i přímo s vyhledáním terapeuta. Výsledky ale mohly být zkresleny věkem probandů, průměrným věkem bylo 50,32 let (Lefevor et al., 2020).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Výzkumný problém a cíle práce

5.1 Výzkumný problém

Ústředním tématem práce jsou ženy trpící poporodními psychickými obtížemi a jejich rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc. Procento žen, u kterých se obtíže po porodu objevily není malé – v ČR je to 10 % pro poporodní depresi a u poporodních úzkostí 20 % i více (Šebela et al., 2019). Pokud se psychický stav zhoršuje, je šance na zlepšení výrazně vyšší při vyhledání odborníka. Pokud k vyhledání nedojde, může to pro ženu končit sebevraždou, které se vyskytují u 2 % žen v perinatálním období a 4 % u žen mezi 20-35 lety v perinatálním období. Přesto některé ženy pomoc nevyhledají a jiné ano (tamtéž). Zajímá nás, co tyto ženy vedlo k tomu, že pomoc vyhledaly, co prožívaly, jak se cítily a jaké další okolnosti měly vliv na jejich psychický stav. Dále nás zajímá, s jakými potížemi se matky potýkaly, jak je rozpoznaly a jak s nimi dále zacházely. Důvodem je lépe pochopit matky v tomto období a na základě jejich zkušeností lépe pomáhat těm, které si tím teprve prochází nebo procházet budou. Z uvedeného vyplývá, že pro výzkum je vhodné zvolit kvalitativní výzkum, který by daný výzkumný problém objasnil a zmapoval.

5.2 Výzkumné cíle

Výzkumným cílem práce je **zjistit, které psychologické aspekty vedou k vyhledání odborné pomoci u žen, které trpí poporodními psychickými poruchami**. Tento cíl je hlavním cílem této práce, proto je mu také věnována větší pozornost a prostor v této práci. Pokrývají ji všechny, tedy čtyři výzkumné otázky. Druhým cílem je **zmapovat povědomí žen o psychických obtížích v postnatálním období**. Tomuto tématu se věnuje jedna výzkumná otázka, která je zahrnuta v otázkách předchozích.

5.3 Výzkumné otázky

Podle výzkumných cílů jsou stanoveny výzkumné otázky, které z těchto cílů vycházejí. Tyto otázky byly stanoveny před započítím výzkumu a podle nich je zkonstruována osnova pro polostrukturovaný rozhovor.

VO1: Jaká byla očekávání ohledně průběhu těhotenství, porodu a mateřství a jaká byla realita?

První výzkumná otázka je zaměřená na rozdíl či shodu mezi očekáváním a realitou v období těhotenství, porodu a mateřství. Případně jestli existuje souvislost mezi rozdílem nebo shodou s rozvojem psychických obtíží u matky. Zároveň zda hraje roli, když je

těhotenství plánované či neočekávané a v neposlední řadě, jak se ve skutečnosti matka subjektivně cítila po fyzické i psychické stránce.

VO2: Jaké jsou protektivní a rizikové aspekty související s rozvojem psychických obtíží?

Ve druhé výzkumné otázce je klíčovým zjištěním, které aspekty pomáhaly ke zlepšení psychického stavu a které naopak situaci zhoršovaly. Zároveň je to otázka nejen přímo na chování matky, ale také na její nejbližší okolí. Jestli byl někdo, od koho matka cítila podporu a od koho se jí dostalo pomoci a jaké byly reakce rodiny a přátel, když si uvědomili, že matce není psychicky dobře.

VO3: Jaká byla informovanost o psychických obtížích v tomto období a o možnostech jejich řešení?

Třetí otázka už je úzce spojena s konkrétním aspektem, který může významně souviset s vyhledáním odborné pomoci a současně jako jediná koresponduje s druhým výzkumným cílem této práce. Kromě zjevného zájmu zmapovat informovanost o obtížích i možnostech řešení nás zajímá i způsob, jakým se matka i informacím dostala a také kde hledala, případně kdo jí vedl či radil při tomto hledání.

VO4: Jaké okolnosti vedly k rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc?

Čtvrtá výzkumná otázka je pro tuto bakalářskou práci klíčová. Na posledním místě je uvedena proto, že shrnuje předešlé otázky, navazuje na ně a prohlubuje naše povědomí o tom, co vedlo matku k tomu, že se rozhodla vyhledat odbornou pomoc ve svém psychickém stavu. Zahrnuje nejen aspekty, které k tomuto rozhodnutí přispěly, ale i které zvažovala, jelikož jí od vyhledání péče odrazovaly. Vedle toho nás zajímá, po jak dlouhé době po objevení se těchto obtíží rozhodnutí učinila a jestli nejprve zkoušela jiné cesty k vyřešení situace, popřípadě jaké cesty to byly.

6 Metodologie výzkumu

6.1 Zvolený typ výzkumu

V rámci této práce je nevhodnější použít **kvalitativní přístup**, jelikož povaha cílů výzkumu tento typ vyžaduje. Jeho výhodou je, že umožňuje porozumění prožívání čerstvých matek, vidění velké části kontextu a slovní prezentaci dat, která je názorná a usnadňuje pochopení výstupů práce (Hendl, 2016; Smith et al., 2009; Uriga, 2006).

U kvalitativního přístupu je možné současně sbírat a zároveň analyzovat data, což umožňuje větší flexibilitu během průběhu výzkumu. Je tedy možné se během sběru dat doptávat na další podrobnosti a ověřovat domněnky, které během analýzy dat vznikají (Hendl, 2016).

Vzhledem ke zvoleným cílům výzkumu je vhodným typem výzkumu **mnohopřípadová studie**. Ta je ideální v přístupu k datům od více subjektů, která jsou dostatečně hluboká a vysvětlují situaci i s okolnostmi a souvislostmi. Díky zaměření na malý počet případů je reálné věnovat každému participantu více času (Hendl, 2016; Smith et al., 2009).

6.2 Metody získávání dat

Jako hlavní nástroj sběru dat je zvolena metoda **polostrukturovaného rozhovoru** viz Příloha č. 3. Osnova pro polostrukturovaný rozhovor koresponduje s výzkumnými otázkami a je tedy rozdělena do čtyř okruhů.

1. Očekávání o průběhu těhotenství, porodu a mateřství a realita těchto období.
2. Protektivní a rizikové faktory související s rozvojem psychických obtíží.
3. Informovanost o psychických obtížích v tomto období a možnostech jejich řešení.
4. Okolnosti vedoucí k rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc.

Každý okruh obsahuje další podotázky, jejichž cílem je získat dostatek informací pro saturaci dat v každém okruhu. Celkem má rozhovor 23 otázek. Poslední dvě otázky jsou zvoleny tak, aby rozhovor uzavřely a jsou nad rámec výzkumných otázek. Týkají se otázek, jestli by chtěla matka k celému rozhovoru něco dodat a co by doporučila matkám v podobné situaci.

Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je, že výzkumník má předem připravené otázky, které jsou sestaveny tak, aby pokryly co největší množství dat, která jsou potřebná k naplnění cíle výzkumu a zároveň může participant odpovídat otevřeně vlastními slovy.

Výzkumník má díky tomu jistotu, že budou probrána potřebná témata. Zároveň je možné se během rozhovoru doptávat a ověřovat tak domněnky výzkumníka. Kromě toho může výzkumník reagovat na participanta a vhodným způsobem ho vracet k otázce, pokud se participant svou odpovědí od otázky odklání (Hendl, 2016; Smith et al., 2009).

Druhou metodou je dotazník vlastní konstrukce, který se dotazuje na **sociodemografické údaje** viz Příloha č. 4. Je určen pro vyplnění výzkumníkem, který se participanta na jednotlivé položky dotazuje, což usnadňuje vyplnění. Vedle běžných údajů, jako jsou věk, zaměstnání, nejvyšší dosažené vzdělání, kraj, ve kterém participant žije a povolání se dotazuje i na věk, ve kterém došlo k obtížím, počet dětí a u kterého dítěte došlo k obtížím, délka vztahu s partnerem a délka soužití v jedné domácnosti. Poslední položkou dotazníku je otázka na příslušnost k náboženské organizaci.

6.3 Metody výběru výzkumného souboru

Vzhledem k výzkumnému problému byl vybrán soubor žen – matek, které trpěly nebo trpí poporodními psychickými obtížemi. Výběr probíhal dvěma způsoby.

První metodou výběru výzkumného souboru byla **metoda prostého záměrného výběru**. Ve svém okolí znám několik žen, které psychickými obtížemi po porodu trpí. Byly tedy kontaktovány telefonicky nebo byly dotázány na účast ve výzkumu při osobním setkání. Tímto způsobem byly kontaktovány pět žen a všechny s účastí ve výzkumu souhlasily.

Druhým způsobem byla **metoda sněhové koule**, kdy participantky, které byly osloveny na přímo, doporučily a předaly kontakty na další potenciální účastnice ve výzkumu. Tímto způsobem bylo telefonicky kontaktováno další čtyři participantky a z toho tři s účastí ve výzkumu souhlasily.

6.4 Výzkumný soubor

6.4.1 Kritéria výběru výzkumného souboru

Při výběru participantek do popisovaného výzkumu hrálo roli několik kritérií

1. Subjektivní nebo diagnostikované **psychické obtíže**, které se objevily v postnatálním období. Může jít o poporodní blues, úzkosti, deprese.
2. **Vyhledání odborné pomoci** na základě těchto obtíží.
3. Zkušenost není starší než čtyři roky z důvodu dobrého **uchování zkušenosti v paměti**.

Na základě nesplnění kritérií výběru byly vyřazeny dvě participantky. Obě sice prožívaly poporodní psychické obtíže, ale v jejich případě porod zhoršil již stávající

psychické problémy. Nebyly tak vhodné pro účast ve výzkumu. U jedné z nich se psychické potíže projevily přibližně půl roku před početím a druhá se s nimi potýkala dlouhodobě už několik let před početím.

6.4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo šest žen, které splňovaly všechna kritéria pro výběr do výzkumného souboru. Byly to ženy, které tedy mají alespoň jedno dítě a jejich psychické obtíže vznikly v období mateřství. Všechny ženy pochází z Libereckého kraje, kde také žijí. Věkové rozpětí participantek je od 25 do 39 let, ale pouze jedné je méně než 30 let.

Pro přehlednost jsou sociodemografické údaje zaneseny do tabulek (Tabulka 1, Tabulka 2). V nich jsou zanesené údaje o počtu dětí, délce soužití s partnerem a rodinném stavu, o vzdělání a také o příslušnosti k náboženské organizaci. Pro anonymizaci dat a snazší orientaci v analýze výzkumu bylo participantkám přiděleno jiné křestní jméno namísto číselného označení.

Tabulka 1: Základní údaje I

Jméno	Věk	Vzdělání	Velikost místa bydliště	Zaměstnání	Náboženské vyznání
Alena	37	Vysokoškolské	Město	Gynekoložka	Ne
Beata	38	Vysokoškolské	Vesnice	Dula	Katolička
Dominika	36	Vysokoškolské	Město	Administrativní činnost	Katolička
Gábina	39	Střední s maturitou	Město	Novinářka	Ne
Hanka	39	Vysokoškolské	Město	Sportovní trenér	Ne
Ivana	25	Střední s maturitou	Krajské město	Operátor výroby	Ne

Tabulka 2: Základní údaje II

Jméno	Celkový počet dětí	U kterého dítěte došlo k obtížím	Rodinný stav	Délka vztahu s partnerem (v letech)	Délka soužití v jedné domácnosti (v letech)
Alena	2	1	Vdaná	5	5
Beata	3	3	Vdaná	20	13
Dominika	3	1	Rozvedená	12	10
Gábina	1	1	Vdaná	3	2
Hanka	1	1	Vdaná	22	15
Ivana	1	1	Svobodná	10	2

6.5 Realizace výzkumného šetření

Dříve než byly kontaktovány první ženy, proběhl v červnu 2022 pilotní rozhovor, který měl podchytit nedostatky připravovaného výzkumu. Jelikož na jeho základě nedošlo k radikálním změnám, byl zařazen do výzkumných dat spolu s dalšími rozhovory.

Před započítáním rozhovoru byly všechny ženy informovány o tom, jakého tématu se rozhovor bude týkat a byla jim nabídnuta možnost si otázky dopředu přečíst a zároveň si ještě promyslet účast ve výzkumu.

Sběr dat probíhal v létě (červenec–září) roku 2022, průběžně byly rozhovory přepisovány a částečně už byly analyzovány, což vedlo k přidání malých podotázek v rozhovoru. Konkrétně to byly otázky, jestli v rozhodování o vyhledání pomoci hrály nějakou roli finance a také jestli na vyhledání pomoci měl vliv pocit studu. Samotné rozhovory trvaly různě dlouho od půl hodiny až do hodiny a dvaceti minut.

Podmínky pro rozhovor bohužel nebyly u všech matek stejné. Jelikož mají všechny účastnice malé děti, byl výběr prostoru a času ponechán na jejich výběru. Měly na výběr ze setkání v domácnosti, na hřišti či procházce nebo online. Jen jedna matka si vybrala možnost online rozhovoru a neměla u sebe dítě. U dalších matek byly přítomny děti, dvě preferovaly setkání doma a tři rozhovory proběhly na dětském hřišti. Na faktický obsah rozhovoru ale různé prostředí nemělo vliv.

6.6 Etická stránka výzkumu

Všechny participantky byly obeznámeny s tím, pro jaké účely je rozhovor veden, že bude nahráván a na základě nahrávky bude pořízen přepis, který bude následně analyzován. Zároveň byly dopředu seznámeny s tím, že za rozhovor není žádná finanční ani jiná odměna. Po tomto úvodu podepsaly ženy **informovaný souhlas** (viz Příloha č. 5). Až po podepsání informovaného souhlasu byly vyplněny sociodemografické údaje, poté bylo spuštěno nahrávání a začal rozhovor.

Jelikož je nutné se v rámci výzkumu rozpomínat na období, které bylo náročné, zraňující a jinak nepříjemné, měla každá matka možnost pročíst si otázky dopředu a případně od účasti ve výzkumu odstoupit. Také byla pro matky připravená terapeutka, na kterou by účastnice výzkumu dostaly kontakt v případě, že by se po rozhovoru jejich psychický stav zhoršil. Zároveň byl po každém rozhovoru čas na opětovné uzavření tématu, aby participantky neodcházely psychicky dekompenzovány. Tento čas byl bez nahrávání věnován spontánnímu rozhovoru o tom, jak se matka cítí. Ve všech případech nedošlo

k narušení psychické rovnováhy, všechny matky uváděly, že je rozhovor „nerozhodil“, protože byly na toto téma připravené.

Pro **anonymizaci rozhovorů** byla změněna jména všech zmíněných (žen, partnerů, dětí), která byla měněna už během tvorby transkriptu. Další data nebylo nutné upravovat, protože ženy nebyly dotazovány na údaje, na jejichž základě by bylo možné je identifikovat.

Po zhotovení transkriptu byly **nahrávky smazány** z diktafonu i z počítače, na který byly uloženy. Text ani nahrávky rozhovoru se nikdy nevyskytovaly online. Celé texty rozhovorů budou smazány po obhájení bakalářské práce.

6.7 Metody zpracování a analýzy dat

V našem výzkumu pracujeme s daty, ve kterých chceme popsat a analyzovat prožitou zkušenost a zároveň jí porozumět. Je tedy vhodné zvolit **interpretativní fenomenologickou analýzu**, která nám toto nejlépe umožňuje. Zaměřuje se totiž na konkrétní zkušenost (Hendl, 2016; Smith et al., 2009).

Interpretativní fenomenologická analýza (IPA) je jedna z metod kvalitativního výzkumu založená A. Smithem a vychází ze tří přístupů k práci s daty. Těmi jsou fenomenologie, idiografický přístup a hermeneutika. Význam fenomenologie v metodě IPA je především v introspektivní metodě, která umožňuje pohlédnout do zkušenosti prožívání participanta, a v popisu fenoménů, což je popis věcí tak, jak opravdu jsou. Podle Husserla usiluje fenomenologická redukce o odhalení základní esence myšlení (Hendl, 2016; Smith et al., 2009; Uriga, 2006).

Hermeneutika velmi úzce souvisí s fenomenologií, vzájemně se doplňují a není možné je od sebe zcela oddělit. Hlavním principem hermeneutiky je hermeneutický kruh. To je metoda, která využívá kruhového pohybu výkladu. Začíná v první základní znalosti textu v tzv. předporozumění, na jehož základě se postupně tvoří analýza jednotlivých částí. Tento proces v kruhu opakuje, a tak vzniká úplnější analýza, která pomáhá pochopit původní text. Idiografický přístup je založen na pohledu na člověka jako na jedinečnou bytost, kterou detailně zkoumá (Hendl, 2016; Smith et al., 2009; Uriga, 2006).

Provedení metody IPA je možné popsat v těchto krocích:

1. Sebereflexe výzkumníka.
2. Provedení hloubkových rozhovorů s jedinci, kteří mají se zkoumaným problémem osobní zkušenost.
3. Zkoumání těchto zkušeností u každého jednotlivce zvlášť.
4. Hledání společných rysů u několika jedinců.

5. Sepsání zprávy, která obsahuje popis prožívaných zkušeností a která umožní čtenáři vcítit se do popisovaných situací.

Pro realizaci kroků 3 a 4 dále zmíníme postup analýzy z práce Čermáka, Řiháčka, Hytycha a kolektivu (2013), kde je uvedeno 6 kroků, na jejichž základě postupně vzniká analýza nejprve jednotlivých případů a následně i celého výzkumu, kde se jednotlivé případy srovnávají navzájem. Stejný postup najdeme i v knize z roku 2009 od Smitha, Flowerse a Larkina. Jsou to kroky:

1. Čtení a opakované čtení.
2. Počáteční poznámky a komentáře.
3. Rozvíjení vznikajících témat.
4. Hledání souvislostí napříč tématy.
5. Analýza dalšího případu (opakování fází 1 až 4).
6. Hledání vzorců napříč případy.

Jak probíhala práce s daty si popíšeme v další kapitole věnované procesu analýzy dat, kde jsou jednotlivé kroky více popsány a zároveň aplikovány na data z našeho výzkumu. Nebude zde zmíněn průběh rozhovorů, který je popsán výše.

7 Proces analýzy dat

V této kapitole se budeme věnovat analýze transkriptu rozhovorů. Bude zde popsáno, jak byly jednotlivé výroky okódovány, tedy jaká témata byla v rozhovorech zmíněna, která témata se objevovala nejčastěji a s jakými jinými tématy souvisela.

7.1 Sebereflexe výzkumníka

Důležitou součástí je reflexe výzkumníka, která je brána nejen jako nultá fáze analýzy, ale je vhodné se k ní v průběhu výzkumu opakovaně vracet. Díky dobré sebereflexi se snižuje pravděpodobnost zkreslení výzkumu během sběru i samotné analýzy dat. Jedná se o uvědomění si motivace, vlastních zkušeností a prekonceptů, které souvisí s tématem. Řiháček et al. (2013) zmiňuje dvě metody, které je vhodné použít, a to dialog sama se sebou, což je obdoba techniky prázdné židle z Gestalt terapie, nebo požádat jinou osobu o rozhovor na dané téma, obvykle se jedná o kolegu, který je k takovému rozhovoru kompetentní.

V této bakalářské práci byly zvoleny následující kroky, aby byla data maximálně validní. Od prosince 2021 do března 2022 probíhala individuální **psychoterapie**, kde ústředním tématem bylo vlastní mateřství. Sezení byla každý týden po dobu 16 týdnů. Během tohoto časového intervalu docházelo k uzavírání tohoto tématu. Od psychoterapie uplynuly 3 měsíce, než byl proveden první rozhovor. Tato pauza mezi terapií a začátkem výzkumu se ukázala jako vhodná pro proces zpracování změn z proběhlé psychoterapie.

Zároveň bylo možné naučit se práci s **technikou prázdné židle** pod vedením psychoterapeutky. Tuto techniku bylo možné následně využívat i při výzkumu, kdy už ale sezením neprovázela psychoterapeutka, ale byl veden formou vnitřního dialogu. V období sběru i analýzy dat byla použita sedmkrát.

Kromě zátěže hrála vlastní zkušenost velkou roli nejen při zvolení tématu bakalářské práce, ale i v motivaci k vytrvání při tvorbě této práce. Vidina toho, že by se situace žen po porodu mohla v budoucnu měnit, byla velmi významným aspektem pro ponoření se do výzkumu.

7.2 Čtení a opakované čtení

Během přepisů rozhovorů docházelo k opakovanému poslouchání nahrávek. Během čtení těchto přepisů docházelo stále častěji k uvědomění si jedinečnosti každého příběhu. Přestože jsou si jednotlivé zkušenosti v některých aspektech podobné, samotné vnímání situace je odlišné. Například u vyprávění o tom, jak novopečenou matku mrzí, když se manžel nezapojil do péče o dítě, nebo se nezajímal o psychický stav matky, bylo u některých

znát zklamání v hlase a lítost, u jiných to vyvolávalo hněv a vztek. U každé matky tak bylo různě těžké vcítit se do její kůže a pochopit její zkušenost.

7.3 Počáteční poznámky a komentáře

Pro snazší práci s daty byly přepisy zkopírovány a dále zpracovávány v programu Atlas.ti. Zároveň s předchozí fází se během opakovaného čtení začala v textu vynořovat témata, která bylo nutné zachytit. Vznikaly tak první kódy, které byly především popisné. Např. se jedná o kódy popisující projevy lítosti, vzteku, strachu, rychlost rozhodnutí vyhledat pomoc, vztahy mezi novopečenými rodiči mezi sebou i mezi širší rodinou, kódy popisující náročnost péče o dítě, únavu a i naopak „berličky“, které matkám pomáhaly, aby situaci zvládaly. Výpis kódů i s dalším dělením je uveden níže v podkapitole Rozvíjení vznikajících témat. Pro snazší představu je zde (Obrázek 1) ukázka kódování.

Obrázek 1: Ukázka kódování

Hanka
On hodně plakal a třeba 4 hodiny v kuse prostě brečel, a tak jsme se střídali jako s houpáním a nosítkem a tak. A ještě jsem zapoměla, vyhledala jsem teda psychoterapii hnedka po porodu a začala jsem, jak to šlo, že jo úplně ne v šestinedělí, ale prostě třeba po 1 měsíci jsem začala chodit na psychoterapii, no a tam chodím dodnes. Co se týká informovanosti o psychických obtížích. No to jsem byla hodně už, protože už jsem úzkosti měla předtím před těhotenstvím, ale bylo to dobrý a dlouho jsem to neřešila před těhotenstvím, no rozjelo se to až v tom těhotenství, ale měla jsem už spoustu informací, protože jsem chodila na terapie dřív. Řešila jsem i skupinový terapie a tak dál a tak dál. A věděla jsem, že je jediná funkční léčba je prostě kombinace medikace a terapií. A takže jsem se toho jako nebála to vyhledat a byla jsem napojená na skupinu Úsměv mámy tedy v Jablonci a ty mě i pomohly nasměrovat na ústav duševního zdraví v Praze. No a, věděla jsem, že samozřejmě po porodu se to může všechno zhoršit, takže jsem z toho jako samozřejmě bála. Předtím jsem byla strašně vyklidněná díky těm kurzům a díky takovému vědomému cvičení a dechání a různý meditační techniky. No pak už jsem řešila, jenom tu bolest no. Takže bolest a únava to zhoršili. Takže já jsem jako věděla, co kam se obrátit, respektive jsem úplně nevěděla, že existuje v Liberci ambulance psychiatrická. To jsem se dověděla vlastně díky tomu Úsměvu mámy. Tam jsme to pak vyřešili s paní psychiatřkou, no s terapií a kontakty na terapeutku tu jsem dostala přes terapeut od svojí v Praze, kam jsem chodila dřív dlouho předtím, takže jsem měla už kontakty, takže jsem obepisovala, obepisovala, kdo měl volno, samozřejmě placený všechno.

62...
Náročná péče o dítě
Aspekty zhoršující psychický stav

629 vyhl...
Psychoterapie

628 vyhl...
Kdy nastal první aktivní krok?

630...
Informovanost
Aspekty vedoucí k vyhledání o...

632...
Informace před porodem
Aspekty zlepšující psychický stav

633 a...
Úsměv mámy
Aspekty vedoucí k vyhledání o...

64...
dřívější zkušenost
Aspekty vedoucí k vyhledání o...

U jednoho rozhovoru byly použity i kódy lingvistické, které byly přiřazeny k projevům emocí za pomoci vulgárních slov. Jelikož ale byly použity pouze u jednoho rozhovoru, v celkové analýze, která se zabývá šesti rozhovory, nehrály velký význam.

7.4 Rozvíjení vznikajících témat

Už během prvního kódování se jednotlivé deskriptivní kódy seskupovaly do nadřazených kódů. Nebylo náhodou, že pokud matka odpovídala podle položených otázek tak, jak šly za sebou, nadřazené kódy se objevovaly přehledně u sebe, a to podle výzkumných otázek. Například pro přehlednost byl použity kódy, které korespondovaly s výzkumnými okruhy, jako je *očekávání*, které bylo dále děleno na *očekávání ohledně*

těhotenství, očekávání ohledně porodu a očekávání ohledně mateřství, stejně tomu bylo i u toho, jaká potom byla realita. Dále to byly aspekty zhoršující psychický stav, aspekty zlepšující psychický stav, ve kterých se hromadily kódy jako projevy deprese, projevy úzkosti, které byly více konkretizované kódy chybějící mateřská láska, myšlenky na vrácení miminka, myšlenky na sebevraždu, strach, únava, nebo naopak pochopení od partnera, pochopení od rodiny, pomoc od kamarádky s podobnou zkušeností.

Důvodem pro kódování podle výzkumných okruhů bylo i to, že ne vždy byla témata přehledně v textu seřazena dle osnovy a vyskytovala se na několika místech rozhovoru. Bylo tomu tak proto, že když se matka do vyprávění „zabrala“, byl jí dán prostor a až následně došlo ke zpětnému doptávání se na otázky, které matka svým plynulým vyprávěním neobsáhla.

7.5 Hledání souvislostí napříč tématy

I v této fázi opět pomohly již na začátku výzkumu zformulované výzkumné otázky. Bylo možné sledovat, jak aspekty zhoršující psychický stav a informovanost urychlují vyhledání odborné péče. Zároveň už u jednotlivých příběhů bylo znát, jak očekávání, obzvláště takové, které dost často není reálné, negativně ovlivňuje přípravu na porod a mateřství a následně i samotnou realitu.

Při pohledu na každý rozhovor zvláště docházelo k pochopení jednotlivých příčin a důsledků, které se ve vyprávění vyskytovaly. Například pokud matka měla představu o mateřství takovou, že si společně s celou rodinou budou užívat radosti a místo toho přišla samota a smutek a nedošlo k rozvoji mateřské lásky od počátku mateřství a zároveň docházelo k nepochopení od rodiny i od partnera a současně chyběla podpora pro vyhledání odborné pomoci a zároveň chyběly finance a objevoval se strach ze stigmatizace, k vyhledání odborné pomoci došlo po dlouhé době. Poté matka zmiňovala lítost, že odborníka nevyhledala včas, protože došlo k úlevě, ke které ale mohlo dojít dříve.

7.6 Analýza dalšího případu

V této fázi docházelo k opakování přechodných kroků, aby byly stejným způsobem zpracovány všechny rozhovory. Na základě práce s dalšími texty docházelo k vracení se ke zpracovaným částem a usuzování o správnosti přiřazených kódů a případně jejich úprava. Buďto stačilo kód přeformulovat, aby bylo možné jej použít i na jiném místě textu, nebo bylo potřeba ho více konkretizovat, aby bylo zřejmé, že dva kódy, které se sobě trochu podobají, se od sebe liší. Například u původního kódu *strach* došlo k rozdělení na *strach*

o miminko, strach ze zvládnutí nové role matky a na strach bez zjevných příčin, který je typický pro úzkosti. A opačný příklad je u kódů bolavé komentáře od sestry, bolavé komentáře od tety a bolavé komentáře od matky, které byly sjednoceny v bolavé komentáře od rodiny. Podobně tomu bylo i u pochopení, respektive nepochopení toho, jak se matka cítí, kde taky došlo ke sjednocení v nepochopení od rodiny.

7.7 Hledání vzorců napříč případy

V tomto kroku je na místě dopřát analýze dostatek času. Je pro ni totiž nezbytný náhled, kterého je možné dosáhnout dobrými zobrazovacími metodami, které Atlas.ti poskytuje, a zároveň je nutná trpělivost při uvažování o souvislostech a podobnostech v jednotlivých případech. Může totiž dojít k unáhlenému závěru, který je ale nedostatečně podložený daty, nebo si s danými daty odporuje.

8 Výsledky výzkumu

V této kapitole se nejprve zaměříme na jednotlivé participantky a jejich individuální témata. Zaměříme se na jejich příběh a jejich vlastní perspektivu při pohledu na mateřství. Ve druhé části této kapitoly se podíváme na společná témata, která se během hledání vzorců napříč případy vynořovala. U obou zmiňovaných perspektiv budou příběhy interpretovány narativním způsobem (Smith et al., 2009).

8.1 Jednotlivé případy

V této kapitole si představíme příběh každé ženy. Participantky jsou seřazeny abecedně podle jejich přiřazeného anonymizovaného jména.

Alena

Alena je 37letá žena, které psychické potíže začaly ve 34 letech. Spolu se svým manželem vychovává 2 děti a postupně se vrací ke své práci gynekoložky. Její poporodní deprese se rozvinula po prvním porodu, dítě jí zastavilo v jejím jinak aktivním způsobu života, nesrovnala se se změnou svého těla a uvádí, že měla trauma z toho, že se od porodu vůbec nevešla do svého oblečení. K tomu se přidaly pocity selhání z nepodařených pokusů o kojení, o utišení pláče svého miminka a z výčitek, že si mateřství neužívá.

Kombinací velké únavy a pocitu bezmoci, že z tohoto stavu se nedá uniknout, navíc zhoršovalo, že rodina nechápala, proč si dítě neužívá. To vedlo ke snížení intenzity kontaktů s rodinou a snaze vyhnout se těmto bolavým komentářům. Svou depresi si ale neuvědomovala a vše špatné připisovala své neschopnosti a velké únavě, neuměla pojmenovat, jak se cítí.

Kontakt na psycholožku dostala od své kamarádky, která tou dobou byla v procesu léčby poporodních depresí. Právě kamarádka si všimla toho, jak se změnilo Alenino chování, že je víc plačtivá, a doporučila jí chodit na psychoterapii. Rozhodnutí potom urychlilo druhé těhotenství a děsivá představa toho, že to se dvěma dětmi bude ještě horší. Navíc při dlouhotrvající únavě už udávala stavy na zhroucení a projevy psychosomatické reakce v podobě velkého zhoršení ekzému. Manžel Alenu v tomto rozhodnutí podpořil ochotou pohlídat dítě v čase terapie a uvolněním financí pro účel psychoterapie.

Nakonec Alena vyhledala psychoterapeutku i psychiatra, díky kterému psychoterapii podpořila antidepresivy. Dnes lituje, že toto řešení nevyhledala dřív, zároveň si ale uvědomuje, že neví, jak by k rozhodnutí dřív dospěla, protože sama nevěděla, jak se deprese projevuje ani jak se takový stav řeší.

Beata

Beata je 38letá matka 3 dětí a její poporodní deprese se naplno rozvinula až u třetího dítěte v jejích 35 letech. Přestože je vdaná, zmiňuje velikou samotu, protože manžel často cestoval za prací, a i v době, kdy byl doma si připadala sama v důsledku nepochopení a vyčítání. Dle jejích slov jí manžel dával najevo, že toho zvládá méně než on, a ještě si ztěžuje, že je toho na ni moc.

U Beaty se do situace zapojila i dysfunkce štítné žlázy, která se údajně „rozjela“ v důsledku dlouhotrvajícího nevyspání a tím pádem fyzického i psychického vyčerpání. Připadala si „vytěkáná“ a labilní, začaly jí padat vlasy a celkově si začala připadat méněcenná. Nejmladší dcera byla „neodložitelná“ a k tomu měla pečovat ještě o další dvě děti, taky s plínkami a s potřebou matčiny blízkosti. Nebyl tedy vůbec prostor na odpočinek. Začala se hroutit a byly dny, kdy ani nemohla vstát z postele. O to horší to bylo, když si představovala, jak její mateřství bude nádherný, jak společně s manželem budou nadšení ze svých dětí a realita byla naprosto odlišná.

Měla špatný pocit z toho, že si mateřství neužívá, že ji nikdo nechápe. Doma byl nepořádek, se svými dětmi jen plakala nebo na ně křičela. Jelikož má ve svém okolí známou psychologku, která ji doporučila začít s psychoterapií, nějaký čas o ní uvažovala, ale trvalo to dlouhou dobu, protože si nedovolila použít rodinné finance na platbu za „něco pro sebe“ (myšleno psychoterapii) a neměla nikoho, kdo by jí pravidelně hlídal tři děti. K léčbě se tedy rozhodla až když začala velmi vážně uvažovat o sebevraždě, což ji vyděsilo.

Kromě psychoterapie přispíval k lepšímu psychickému stavu i postupný jednodenní návrat do práce, který vedl k větší finanční samostatnosti i k odpočinku od dětí. O poporodní depresi údajně něco slyšela, ale nedokázala mít náhled na své prožívání a vážnost svého stavu si uvědomila až když seděla na parapetu okna a chtěla skočit.

Dominika

Dominice je 36 let a k jejím psychickým obtížím došlo v období kolem porodu ve 32 letech. S bývalým manželem mají 3 děti a k obtížím došlo u prvního dítěte. Pár týdnů před porodem se v noci budila a dlouho plakala, aniž by věděla proč. Zpětně si myslí, že měla nevědomý pocit, že svůj život nemá ve svých rukou. Pár dní před termínem porodu začala mít velké obavy sama ze sebe, jestli to všechno zvládne, z péče o miminko a ze zodpovědnosti za něj.

Během porodu došlo k velké ztrátě krve a k velkému poranění. Velká jizva potom vedla k pocitu ztráty ženství. Po porodu se začaly objevovat pocity, že péči o malou nezvládá, neví, jak se rozkojit, jak pečovat o sebe, když je vysílená a poraněná a zároveň, že

veškeré starosti přenechá Hospodinu. Na denním pořádku byl velmi vysilující a časově náročný program s péčí o často nemocnou holčičku a Dominika často zapomínala na své jídlo i jiné potřeby. Když se potom v noci budila k malé a měla hlad, připadalo jí nepatřičné jíst třeba ve tři hodiny ráno, tak čekala až bude alespoň sedm hodin. Ve velké míře jí zhoršoval stav manžel, který jí nepochválil a viděl na ní spoustu chyb, což ještě posilovalo její špatný pocit ze sebe. Tenzi, kterou zažívala, ventilovala řezáním zápěstí, a nakonec se i pokusila o sebevraždu.

Jediný, kdo jí rozuměl, byla její matka. Ta jí také řekla, že musí k lékaři a situace se začala řešit. O poporodní depresi věděla už dřív, ale nikdy si nepřipustila, že by se to mohlo týkat jí. Když ji zažívala, nepoznala, o co se jedná, nechala svůj stav zajít velmi daleko.

Gábina

Gábině je 39 let a svého muže si vzala až po narození syna v jejích 37 letech. Už v dospívání zažívala silné úzkosti a tehdy docházela na psychoterapii a brala antidepresiva. Na začátku těhotenství měla trochu obavy, jak to všechno zvládne, ale většinu času byla psychicky v pořádku. Před porodem častěji přicházel strach z porodu, který řešila mentální přípravou nejen na porod, ale i na nevyspání, o kterém ví, že jí zhoršuje úzkost.

Po porodu, ale přišla poporodní deprese, kterou neznala. S dítětem nenavázala vztah, čekala pocit štěstí a ten se nedostavil. Doma po porodu byla nešťastná z toho, jak je vše náročné, jaký je doma nepořádek, že nemůže pokračovat ve svém denním rytmu jako před porodem. Měla myšlenky, že své dítě nechce, přepadala jí beznaděj a hodně plakala. Předpokládala, že po porodu se její psychický stav zhorší, ale takový propad nečekala. Nejprve zavolala do Úsměvu mámy, první dva telefonáty ani nemohla mluvit, jak moc se zalykala pláčem, při třetím už se domluvily na návštěvě doma, kde byla vzata do péče a společně s peer konzultantkou zavolaly jejímu psychiatrovi a psychoterapeutovi.

Hanka

Hance je 39 let a její jediné dítě se jí narodilo v 38 letech. Před 15 lety měla zkušenost s úzkostmi a věděla, na koho se obrátit, kdyby se její stav zhoršoval. S těhotenstvím a vědomím toho, že dojde k prudkým hormonálním změnám, počítala. Mentálně se na porod připravovala, protože z něj měla obavy. Věnovala se relaxacím, meditacím a afirmacím.

V druhé půli těhotenství zažívala bolesti zad, které sílily a před porodem už kvůli nesnesitelné bolesti nemohla spát. Fyzioterapie nepomáhala a cítila, že se její psychický stav zhoršuje, ale kvůli miminku nechtěla brát silná anxiolytika. Krátce po porodu jí pohltila panická ataka, po které ihned kontaktovala svého psychiatra a následně i psychoterapeutku.

Ivana

Ivana je 25letá čerstvá matka. S manželem se na miminko společně těšili, ale Ivana měla očekávání, že vše budou prožívat více spolu. Nakonec na přípravu výbavičky a veškerého zařizování byla spíše sama. Ke konci těhotenství jí bolely nohy tak, že už nemohla chodit a od 38. týdne těhotenství ležela. Její stav se velmi zhoršil v důsledku náročného porodu a necitlivé péče ze strany personálu. Po porodu své dítě celý den neviděla, protože byla po akutním císaři na JIP a sestřičky z oddělení šestinedělí odmítaly spolupráci v podobě pravidelného nošení dítěte k matce na pokoj.

Rozhodla se odejít z nemocnice na reverz, ale následně jí velmi kleslo sebevědomí v péči o dítě a měla o něj tak veliký strach, že často jezdila do nemocnice, aby se ujistila, že něco nezanedbává. Zároveň měla komplikace s kojením, malý málo prospíval a Ivana měla velký strach, že je to i tím, že odešla z nemocnice dřív. Zároveň věděla, že jí to v nemocnici ničilo a stále psychicky ničí, když tam jede na kontrolu.

V jejím stavu jí velmi pomáhala matka, která u ní byla velkou část dne a umožnila jí odpočinout si a mít i nějaký čas pro sebe. Na noc odcházela domů a Ivana zůstávala na dítě sama, z čehož měla hrůzu už pár hodin před odchodem matky a následně i celou noc až do jejího opětovného příchodu. Její úzkosti se intenzivně projevovaly fyzicky a díky popisu projevů si Ivana na internetu našla informace o tom, co by to mohlo být. Kontaktovala psychiatra a od té doby je stále v jeho péči.

8.2 Společná analýza významných témat

Pro přehlednost jsou vzorce, které bylo možné najít napříč jednotlivými případy, rozdělené do čtyř částí, ty odpovídají výzkumným okruhům.

8.2.1 Očekávání vs. realita o průběhu těhotenství, porodu a mateřství

Tato otázka byla zvolena na základě snahy prozkoumat vztah mezi očekáváním a jeho vlivem na prožívání skutečnosti. Ve dvou případech měly matky nereálná očekávání a představovaly si, že si s miminkem budou užívat a život se jim nezmění, nebo alespoň ne nijak rapidně. V takovém případě potom zažívaly nepříjemný kontakt s realitou, která se od jejich očekávání lišila.

Beata: „Myslela jsem, že to bude tak jako na pohodu, jako na lusknutí prstu... Tam to začalo být hodně divoký. Nebyla jsem schopná s dětma vůbec fungovat. Bylo to takový jenom uvařit, nakrmit, a to úplně bez emocí. Byla jsem jenom takový stroj na přebalování a nebyla jsem schopná si užít vůbec nic.“

Gábina: „*Hodně jsem chodila na procházky se psem do lesa, tak jsem měla takové očekávání, že jenom přibalím dítě a budem chodit furt dál do lesa, pohodička. Trošku jsem si to malovala... Čekala jsem tu mateřskou lásku a ona vůbec nepřišla. Místo toho přišla ta deprese. Když malý usnul, tak já jsem začala vždycky brečet, že to takhle nechci, že jsem si to takhle nepředstavovala.*“

Nedá se ale říct, že by očekávání téměř pohádkového mateřství souviselo s horšími psychickými stavy po zjištění, že skutečnost je diametrálně odlišná od představy. V odpovědích participantek lze nalézt i nulové očekávání, nebo celkem reálná očekávání, že dítě bude plakat a že se žena málo vyspí. Přesto u nich psychika nebyla o nic lepší.

Hanka: „*1. dítě, takže absolutně žádné očekávání... Přeci zvládnou nějaký miminko. No jo, ale ono to bylo jinak. Rozjely se mi úzkosti a někdy až paniky.*“

Ivana: „*O mateřství jsem měla představu, jakože děti hodně brečej a že to bude náročný... Musela tu se mnou být máma, protože já bych to sama nezvládla. Každý večer jsem se rozklepala, že máma odchází a já to nezvládnou.*“

Na základě toho, že všechny ženy z výzkumu dospěly do stavu, kdy se rozhodly vyhledat odbornou pomoc, a přitom měly různá očekávání, není možné považovat tento aspekt za jeden z významných. Očekávání vs. realita nehraje v tomto rozhodnutí takovou roli, aby mohlo být považováno za částečné vyřešení cíle této práce.

8.2.2 Protektivní a rizikové aspekty související s rozvojem psychických obtíží

Tato výzkumná otázka by si zasloužila rozdělení na dva okruhy aspektů, a to takové, které mají co do činění s počátkem psychických obtíží a na ty, které působí dále a stav buď zlepšují či zhoršují. Pro první skupinu není možné najít žádné vodítko, které by propojovalo všechny participantky. Každá z matek pochází z jiného prostředí a žije v jiném prostředí. Jedna lékařka, jiná novinářka a další sportovní trenérka (více viz Tabulka č. 1). Některé jsou vdané a žijí ve spokojeném vztahu, některé vdané, ale vztah nemají v pořádku, další je svobodná a jedna rozvedená. Opět nenacházíme žádné pojítka.

Na počátku výzkumu to vypadalo, že rizikovým faktorem by mohl být věk. Většina participantek je totiž ve věku od 36 do 39 let (n=5). Poslední rozhovor ale absolvovala matka ve věku 25 let. Vyšší věk tedy nemusí být rizikovým faktorem, ale může jen odrážet novodobý trend, díky kterému stále více párů odkládá těhotenství na pozdější dobu.

Ani víra v Boha se neukázala jako protektivní či rizikový faktor. Dvě z šesti žen uvedly náboženské vyznání. Jen jedna z nich uvedla, že víra ji v jejím těžkém stavu pomáhala. Druhá se o víře vůbec nezmínila.

Dominika: „*Po celou dobu mě neustále drželo nad vodou to jedno jediný slovo, to „ano“ od Hospodina. Já prostě vím, že Bůh je se mnou.*“

Další aspekty popsané v Tabulce číslo 1 také nenabízí pravidlo, které by objasňovalo rozvoj úzkostí nebo depresí. Vzdělání, život na vesnici, nebo ve městě, délka vztahu nebo soužití s parterem nejsou ani rizikové ani protektivní. Jediný údaj, který jeví známky nějaké významnosti je pořadí, u kterého z dětí došlo k rozvoji psychických obtíží. Zde jedna matka uvedla v pořadí 3. dítě, všechny ostatní měly tuto zkušenost pouze u prvního dítěte. Pro tři z nich je to ale zároveň jediné dítě, další dvě měly jedna po dvou a druhá po třech dětech. Je otázkou, zda je aspektem, že je dítě první, nebo jediné.

U druhé části rizikových a protektivních aspektů, tedy těch, které nastalý stav buď ještě zhoršují, nebo jej zmírňují, je na základě získaných dat možné nastínit alespoň některé vzorce, které by v této oblasti mohly hrát roli. Pro názornost je zde vložena tabulka (Tabulka 3).

Tabulka 3: Rizikové a protektivní aspekty

Téma	Celkem	Alena	Beata	Dominika	Gábina	Hanka	Ivana
Nepochopení od rodiny	18	5	5	4	2	1	1
Náročná péče o dítě	10	1	2	1	2	2	2
Velká únava	9	1	3	2	2		1
Bolavé komentáře od rodiny	9	5	2	2			
Strach ze zvládnutí nové role matky	5			1		1	3
Psychosomatické problémy	5	1	2	1			1
Fyzicky na sesypání	4		1	3			
Strach před porodem	4		1	2		1	
Manžel nedokáže pomoc	4		1	3			
Potíže v manželství	4		3	1			
Samota	3		1				2
Ambivalentní pocity	3		2	1			
Pocit selhání	2	1	1				
Odloučení od dítěte po porodu	2						2
Celkem	87	14	24	20	7	8	14

Z tabulky vyplývá několik témat, která mají participantky společná. Všechny se dotýkala situace, která jim ztěžovala jejich už tak těžký stav. **Nedostávalo se jim pochopení od jejich blízkých.** Často to byly matky, tedy čerstvé babičky, sourozenci ať už se zkušeností s vlastními dětmi, nebo bez nich a někdy i partneři.

Alena: „Na konci šestinedělí mi ségra říkala: „Ty si to vůbec neužíváš.“ Já jsem moc nevěděla, co si mám užívat. Jako to, že nespím? Nebo že je všechno jinak, než jsem si představovala?“ ... „S rodičema jsem to nesdílela, protože to nemělo cenu.“

Beata: „Mamča říkala, že to přeci všechno musím zvládat levou zadní, když jsem doma.“ ... „Ani ségra, ta měla práci a výlety a vůbec si nevšimla, že se chovám jinak, když jsme se viděly.“ ... „Kdyby aspoň manžel hrál to pochopení. Ale já, když jsem mu řekla, jak se cítím, tak mi akorát vysvětlil, proč se tak cítit nemám a potom to bylo vlastně ještě horší.“

Dominika: „Hodně to zhoršoval takový ten tlak od manžela, že jsem cítila, jak on nechce mít za manželku blázna, potřebuje, abych se chovala normálně, abych nebyla jako vadná. Takový trošku potlačení té reality.“

Gábina: „Mám hodně blízký vztah s mámou a od ní jsem čekala takový to pochopení a podporu, ale ona to prostě nechápala. Asi mi i chtěla pomoci, ale spíš to jen zhoršovala. Mě by stačilo jen říct, že to je těžký, ale že to bude dobrý. a třeba taky chvíli pohlídat nebo uvařit.“

Hanka: „Mámě jsem se s tím nemohla svěřit, protože dělala, že to není, takže máma tam úplně nefungovala.“

Ivana: „Tátovi to nehraje do karet, jak mi je... Nechce to přijmout takový, jaký to je. Dělá, že to není.“

Z jakého důvodu se našim matkám nedostávalo pochopení se na základě těchto dat nedozvíme. Jestli to bylo tím, že ostatní měli s mateřstvím jen dobré zkušenosti a nedokázali si představit, že by to mohlo být i jinak? Nebo jestli si jen představovali, jak to bude v pořádku a nechtěli se své představy vzdát, nebo jen netušili, že něco takového vůbec existuje? Každopádně nechápat mohli kvůli více aspektům. Mateřství někdy zahrnuje **náročnou péči o dítě, velkou únavu, strach z toho, jak zvládnout „být mámou“**. Z toho plyne další aspekt, který matkám psychiku dále podlamoval, a to byly **bolavé komentáře**, které k nim jejich blízcí měli.

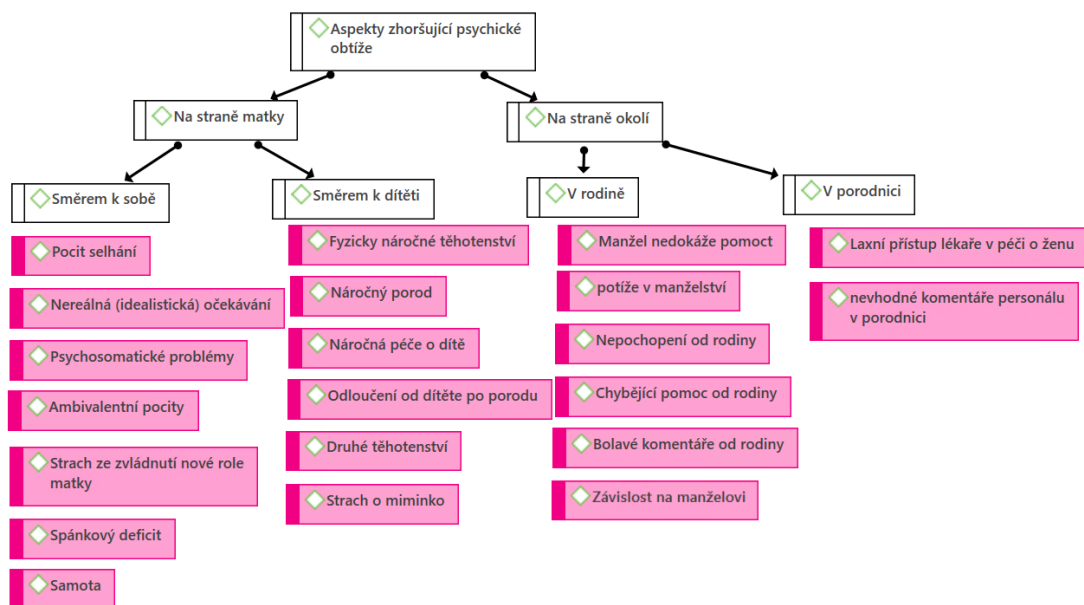
Alena: „Byla jsem fakt hrozně unavená...Honzík je hodně náročný dítě... a manžel mi řekl, že čekal, že si to budu víc užívat tu mateřskou. Tak jsem měla pocit, že už to s ním nemůžu sdílet, že jsem v něm ztratila tu podporu.“

Dominika: „Náročný byly dětský nemoci, to vůbec nepřispívá k nějaký pohodě, tak to mají asi všechny mámy... Takový ty řeči typu: „Ale prosím tě, seš asi moc precitlivělá.“ Nebo nejlepší hláška: „Vzmuž se!“ To mi řekl v šestinedělí. To je jako klackem do hlavy.“

Pocit opuštěnosti kvůli nepochopení a jeho důsledcích se v průběžích našich matek prolíná různými obdobími. Někdy začíná už v těhotenství během příprav na miminko, někdy

během porodu a těsně po něm a nejčastěji během časného mateřství, kdy už se psychické potíže rozvinuly natolik, že v některých případech partneři své partnerky nepoznávají a nevědí, jak na ně reagovat. Podobně je tomu i u jiných členů rodiny. Tento aspekt by tedy bylo možné považovat za jeden z těch, které souvisí se zhoršováním psychického stavu matky a následně jako vedoucí k vyhledání odborné pomoci. Přehled jednotlivých aspektů je znázorněn na následujícím obrázku (Obrázek 2).

Obrázek 2: Aspekty zhoršující psychické obtíže



Kromě negativních vlivů ale ženy jmenovaly i ty **kladné**. Pomáhala jim **práce na zahradě, návrat k vlastní práci** alespoň na jeden den v týdnu, nebo minimálně si dopít ještě teplou kávu. Byly to pro ně malé úniky od toho, co se doma dělo. Zároveň si některé z nich začaly zjišťovat **informace** o tom, jaké by to mateřství také mohlo být, krom toho, že to má být krásné. Některé díky tomu narazily na **informace, díky kterým začaly uvažovat o vyhledání odborné pomoci**.

Beata: „*To mi strašně pomáhalo, že jsem byla jednou za měsíc jeden a půl dne pryč (na kurzu pro doly). A půjčovala jsem si dost knížek. Ty mi pomáhaly v pochopení sama sebe a toho, co se děje. i o výchově jsem si četla, měla jsem ten sen, že jednou bude ta naše rodina spokojená.*“

Dominika: „*Když jsem něco zvládla sama, třeba aspoň jít na nákup a klidně i tahat ty těžký tašky. Hlavně, že jsem něco dotáhla (do konce) a dotáhla jsem to sama.*“

Tři participantky uvedly, že jim pomohlo, když jim **pomohl manžel**. Jedna od něj cítila podporu, když se rozhodla, že se objedná k psycholožce, druzí dva manželé tu byli pro svou ženu, aby se jim mohla svěřit se svými obavami. Nebyli to pouze manželé, kdo matkám

pomohl. Byly to z velké části kamarádky s podobnou zkušeností. Ty neježe poznaly, že se s matkou něco děje, ale dokonce odtušily, co by to mohlo být, tedy něco, co už v mateřství není běžným stavem, a následně i poradily nebo pomohly s jídlem a péčí o děti. Sílu této pomoci dokládají i počty výskytu kódu, kterých se sešlo 15.

Alena: „Pak jsem to řešila ještě s kamarádkou, která to vlastně měla dost podobný, akorát to měla před pěti lety. Na její radu jsem se domluvila s psychologkou, na kterou mi dala kontakt.“

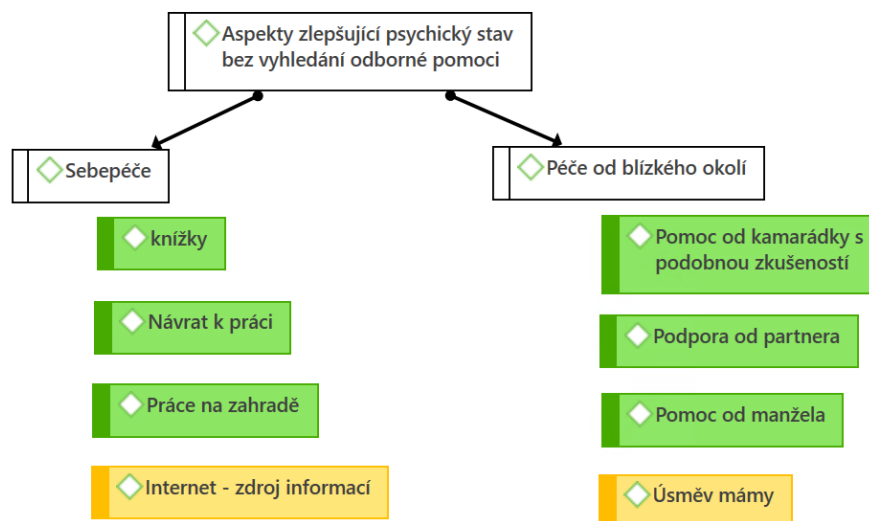
Beata: „Bylo pro mě fakt vysvobození, když za mnou přijela i s polívkou a nějakým jídlem, abych nebyla na děti sama... Pak mě ještě i s dalšíma holkama vytáhla na výlet do Jizerek, to mi hodně pomohlo. a ty mi pak řekly, že vypadám strašně a řekly to i manželovi, který to ode mě nebral, že mi není dobře, ale od nich to vzal.“

Dominika: „Ona znala ty stavy toho naprostého vyčerpání, samoty a tý vlastně deprese, kdy nepomůže jen se dobře vyspat, najíst se a s někým si pokecat. Neposuzovala a neodsuzovala, to mi hodně pomohlo.“

Gábina: „Tak ten partner a pak ještě nejlepší kamarádka. Od ní se mi dostalo pochopení, že mi to nevymlouvala, ale dováděla mě do takových racionálních myšlenek.“

Grafické znázornění aspektů zlepšujících stav je na obrázku níže (Obrázek 3).

Obrázek 3: Aspekty zlepšující psychický stav



Vliv kamarádky byl důležitý nejen pro momentální zlepšení nálady, ale i pro trvalejší řešení, jakým je psychoterapie a v mnohých případech i psychofarmaka. Jako další protektivní aspekt se ukázala informovanost, čímž se dostáváme k další výzkumné otázce.

8.2.3 Informovanost o psychických obtížích a možnostech jejich řešení

Zde se jako hlavním aspektem ukázala **předchozí zkušenost**. Promítla se nejen do informovanosti o psychických problémech a o možnostech řešení, ale také výrazně urychlila vyhledání odborné pomoci. Chybějící předchozí zkušenost je u našich matek jasným prediktorem neinformovanosti o dané oblasti. Nevíme, jak by tato hypotéza obstála v kvantitativním výzkumu, ale v našich datech je to krásně čitelné, jak je vidět v tabulce (Tabulka 4).

Tabulka 4: Tabulka kódů, které souvisí s informovaností – Atlas.ti

Téma	Celkem	Alena	Beata	Dominika	Gábina	Hanka	Ivana
Úsměv mámy	7	2	1		3	1	
Lítost, že k řešení nedospěla dřív	6	2	2	1			1
Neinformovanost o psychických obtížích po porodu	5	1	1	1			2
Dřívější zkušenost	3				2	1	
Internet – zdroj informací	2	1					1
Celkem	23	6	4	2	5	2	4

Informovanost matek s předchozí zkušeností se týká jak psychických obtíží a toho, jak je rozeznat od běžných stavů, tak i možností, kterými lze tyto stavy řešit. Gábina i Hanka prožívaly úzkosti, když jim bylo kolem 20 let. V té době měly své psychoterapeuty a užívaly anxiolytika. Po nějaké době úzkosti ustaly a až do těhotenství je netrápily. Když přišlo těhotenství, příprava na porod a mateřství, svou předchozí zkušenost braly v úvahu a byly připravené na to, že během těhotenství a mateřství se jejich psychický stav může opět zhoršit. Po rozeznání zhoršení stavu věděly, o co se jedná, věděly, kam zavolat a kam zajít.

Gábina: „Už za mladá jsem chodila na psychoterapii i k psychiatrovi a brala jsem prášky. Takže to už jsem věděla, že to tady je, že kdyžtak tam můžu zavolat.“

Hanka: „Už jsem úzkosti měla předtím, než jsem otěhotněla, ale bylo to dobrý a dlouho jsem to neřešila. Takže když se to rozjelo, měla jsem už spoustu informací, protože jsem dřív chodila na psychoterapie. Věděla jsem, že jediná funkční léčba je kombinace medikace a terapií.“

Na rozdíl od nich matky, které se s tím setkaly poprvé nevěděly ani, že se jedná o něco, co už není běžnou součástí mateřských starostí, nevěděly, kam volat, a tak si nechaly poradit buď od kamarádek, nebo hledaly na internetu, kde našly kontakt na Úsměv mámy, nebo přímo na odborníky, kterými jsou psychoterapeuti a psychiatři. Téměř překvapující je, že

informovaná nebyla ani gynekoložka před porodem pracující na gynekologicko-porodnickém oddělení.

Alena: *„Informovanost nulová. Je to vlastně smutný, že jsem gynekoložka, na tom oddělení jsem prostě byla přes 8 let a vůbec mě nenapadlo, že jsem neměla žádný náhled. Po 4 dnech jsem ty maminy vypustila, kdy ony byly ještě totálně plné těch zážitků z porodu, měly poranění, bolavá prsa z kojení a vlastně vůbec jsme (my, lékaři) neřešili je samotné, chudinky... Pak jsem googlila nějaký poporodní deprese a dostala jsem se na Úsměv mámy. Tam jsem zjistila, že na ten popis docela sedím. Na to konto jsem to začala řešit i s tou kamarádkou.“*

Beata: *„Jako dopředu jsem nebyla informovaná vůbec.“*

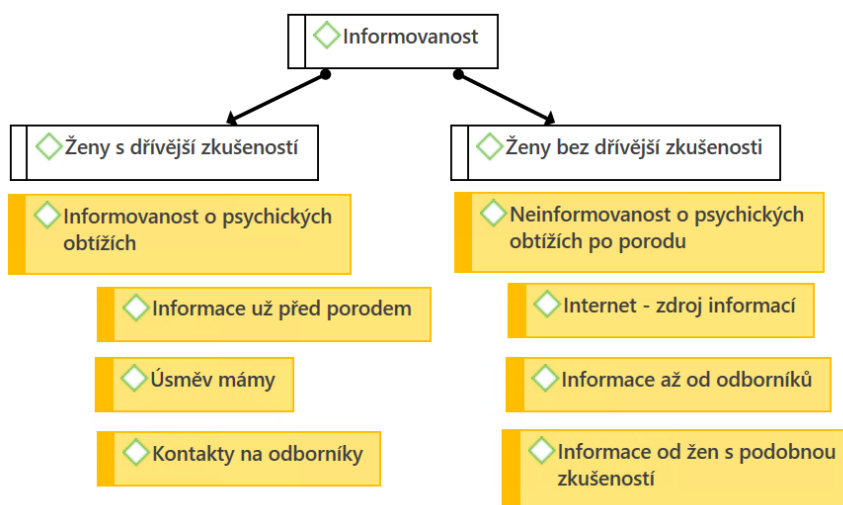
Ivana: *„Informace mám všechny vyložené z internetu. Nejčastěji z e-mimina. To jsem našla v těch diskusích, že ty pocity, co mám, tak že nejsem jediná. Tam jsem se dozvěděla to, že to existuje, i to, jak to řešit.“*

Z pohledu cílů výzkumu je otázka informovanosti významným aspektem, který ovlivňuje rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc. Pokud naše matky nevěděly, co se jim děje a jakým způsobem by to mohly řešit, bylo nutné, aby tuto informaci nejprve získaly. Až poté mohly odborníka kontaktovat. Bohužel byly 4/6 žen neinformovány, což mohlo zdržet jejich rozhodnutí vyhledat pomoc. Všechny 4 uvedly, že litují, že pomoc nevyhledaly dříve.

Alena: *„Takže jsem si našla psychiatricku a ta mi nasadila antidepressiva. Tehdy jsem byla fakt hodně vysátá a byla jsem za ty léky hrozně ráda a zpětně bych to udělala mnohem dřív.“*

Rozdíl v informovanosti je viditelný ve schématu (Obrázek 4) zachycující témata týkající se (ne)informovanosti participantek.

Obrázek 4: Informovanost o psychických obtížích



Současně s usnadněním hledání psychiatra a psychologa byla předchozí zkušenost významným aspektem v rychlosti tohoto rozhodnutí. Gábina si zavolala o pomoc 6. den po porodu a Hanka dokonce 3. den po porodu. U ostatních žen se doba od počátku obtíží k vyhledání pomoci pohybuje od 2 měsíců do 2 let. Je ale dobré zmínit, že v jejich případě si telefonát i různě dlouho rozmýšlely. V dotvoření obrázku toho, jaký vliv má dřívější zkušenost, nám pomůže následující tabulka (Tabulka 5).

Tabulka 5: Vliv dřívější zkušenosti

Jméno	Dřívější zkušenost	Doba od počátku obtíží po vyhledání pomoci	Doba váhání při rozhodování
Dominika	Ne	2 roky	Několik měsíců
Alena	Ne	Půl roku	Několik týdnů
Beata	Ne	Půl roku	Několik týdnů
Ivana	Ne	2 měsíce	3 týdny
Gábina	Ano	6 dní	Pár hodin
Hanka	Ano	3 dny	Pár hodin

Pozn.: Řazeno dle doby od počátku obtíží po vyhledání pomoci.

V rychlosti i v délce doby váhání hrály roli i jiné aspekty, které si přiblížíme v další analýze výzkumného okruhu.

8.2.4 Okolnosti vedoucí k rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc

V této části se shlukují nejen témata, která jsou v rozhovorech zmíněna až na tomto místě, ale i ta, která byla zmíněna už dříve. Navzájem se ovlivňují, navazují na sebe

a společně tvoří aspekty, které nakonec vedly k tomu, že si naše participantky nechaly pomoci od psychiatrů a psychoterapeutů. Patří sem již dříve zmiňované kamarádky, které měly podobnou zkušenost a matku nasměrovaly k profesionálovi, nebo na něj přímo daly kontakt. Patří sem i nepochopení od blízkých, které mohlo vést k tomu, že matky hledaly pochopení u někoho jiného. Je to i prudké nebo dlouho trvající zhoršení psychického stavu, které participantky vyděsilo natolik, že to pro ně byl impulz k tomu, aby vyhledaly pomoc. V neposlední řadě jsou to právě děti, které motivují k vyhledání péče.

Alena: *„Sama vůbec netušíš, co se děje a že fakt potřebuješ odbornou pomoc. To mi na tom přijde to nejtěžší, když se v tom hrabeš sama. Připadala jsem si jako největší looser, všechno bylo špatně, cítila jsem, že jsem selhala, že to nedávám, nebaví mě to a nenaplňuje. A jak poznat, co to vlastně je?... Když byl Honzíkovi rok, tak jsem znovu otěhotněla, ale věděla jsem, že takhle nemůžu být těhotná. Znova bych to takhle nedala, to nejde, chudáci děti. Tak jsem si řekla, že to zkusím.“*

Beata: *„Bylo mi špatně fyzicky i psychicky, prostě úplně na sesypání. Potom vyloženě i ta kamarádka řekla, že by stálo za to popovídat si s psychologkou... Neříkám, že jsem úplně přemýšlela o sebevraždě, ale představovala jsem si, že kdybych byla vážně nemocná, nebo prostě fakt jako zkusila neúspěšnou sebevraždu, tak by se o mě někdo začal zajímat a ulevilo by se mi. Fakt jsem se cítila tak strašně sama. A vlastně až takovýhle černý věci daly signál k tomu, že je potřeba opravu a intenzivně začít něco dělat.“*

Dominika: *„U mě to zašlo tak daleko, že jsem si zkoušela ublížit. Řezala jsem se žiletkou, nebo jsem se zkoušela praštit. Snažila jsem se tu psychickou bolest přetlouct tou fyzickou. Ono to chvíli fungovalo, prostě jsem musela aspoň něco pustit. Ale měla jsem hned modřiny a dlouho se to hojilo... Právě ty děti mi pomohly k rozhodnutí. To uvědomění, že kdybych nebyla, tak se o ně nikdo nepostará. Tak mě asi Hospodin nakopl, abych se probrala, že takhle to nejde, že se sebou musím začít něco dělat.“*

Gábina: *„Já jsem to měla rychle. Nejvíc jsem vnímala beznaděj. Dříve na skupinových terapiích tam byla paní, která pořád brečela a brečela a brečela a já ji vůbec nechápala. Tak jsem si to potom spojila, že to možná budou ty deprese a bála jsem se toho, že to bude ještě horší.“*

Hanka: *„Techniky, který jsem používala do té doby, jako relaxace, meditace a afirmace, to vůbec nezabíralo. A já jsem měla takový strach, že to nezvládnou sama to miminko, že jsem se rozhodla vyhledat opět terapii a medikaci.“*

Ivana: *„Když jsem se vracela domů, tak jsem se úplně složila z té představy, že se o něj zase budu muset starat, že bude brečet. i když jsem věděla, že je to jen v mé hlavě, že on brečí*

opravdu málo... Já se teď nedivím těm ženám, že dají dítě do babyboxu a za týden ho chtějí zpátky. Sama jsem měla myšlenky, že nemá smysl dýchat, nebo že si něco udělám, nebo že bych malýho měla dát někomu jinému, že si ho nezasloužím. Pak to bylo asi týden lepší a potom se to vrátilo a bylo to ještě horší. Tak to jsem si řekla, že to už nedám a na netu jsem našla kontakt na psychiatra.“

Z úryvků je vidět, že ženy si po porodu mohou procházet velmi těžkým obdobím. Někdy tak těžkým, že dokonce myslí na to, že ho chtějí ukončit. I v ukázce je znatelný rozdíl mezi těmi, kterým chyběla dřívější zkušenost, a tedy i informovanost. Ty nechaly svou situaci zajít dál, aby je přesvědčila o tom, že už nastal čas nechat si pomoci od odborníků. Sebepoškozování, myšlenky na sebevraždu nebo na vrácení dítěte byly tak silné impulzy, že spolu s dalšími aspekty prolomily hráz pochybností a donutily naše participantky doslova volat o pomoc.

Jak je výše zmíněno, tyto matky potřebovaly delší čas na rozmyšlenou a pomoc vyhledaly až s odstupem několika týdnů či měsíců. K tomu je vedly důvody, které korespondují s výzkumy v teoretické části této práce. Proces rozhodování u nich zdržovaly aspekty, jako je bagatelizování situace, obava ze stigmatizace ve společnosti nebo finanční důvody. V některých případech souviselo zdržení s nepochopením stavu matky rodinou a následným odrazováním od vyhledání odborníka, to opět mnohdy souviselo s financemi nebo stigmatizací.

Alena: „Manžel mě od toho odrazoval. Jednoho dne mi řekl, že si myslí, že chodit na psychoterapii je jako selhání manželství.“

Beata: „Peníze. V té době jsem byla finančně závislá na manželovi a jedno sezení stálo skoro totéž, co týdenní nákup... i manželův důvod byly peníze. Nechápal, k čemu tam musím chodit, že to nepotřebuju, zbytečně vyhozené peníze.“

Dominika: „Člověk nechce být jiný, mít tu nálepkou. i takový to bagatelizování, že si vlastně říkáš pořád dokola ještě to jde, ještě to jde...“

Ivana: „Odrážovalo mě, že budu mít záznam, že se léčím na psychiatrii.“

U těch, které už podobné stavy znaly se tyto důvody nevyskytovaly. Ty uváděly, že finance byly nutné k tomu, aby se stav začal řešit a braly to jako investici do sebe. Stigmatizace se nebály, protože něčím podobným si prošly už dříve. a k bagatelizování svého stavu nedošlo, naopak si uvědomovaly, co je v jejich životě jinak a než se situace rozjela ještě více, už jí řešily.

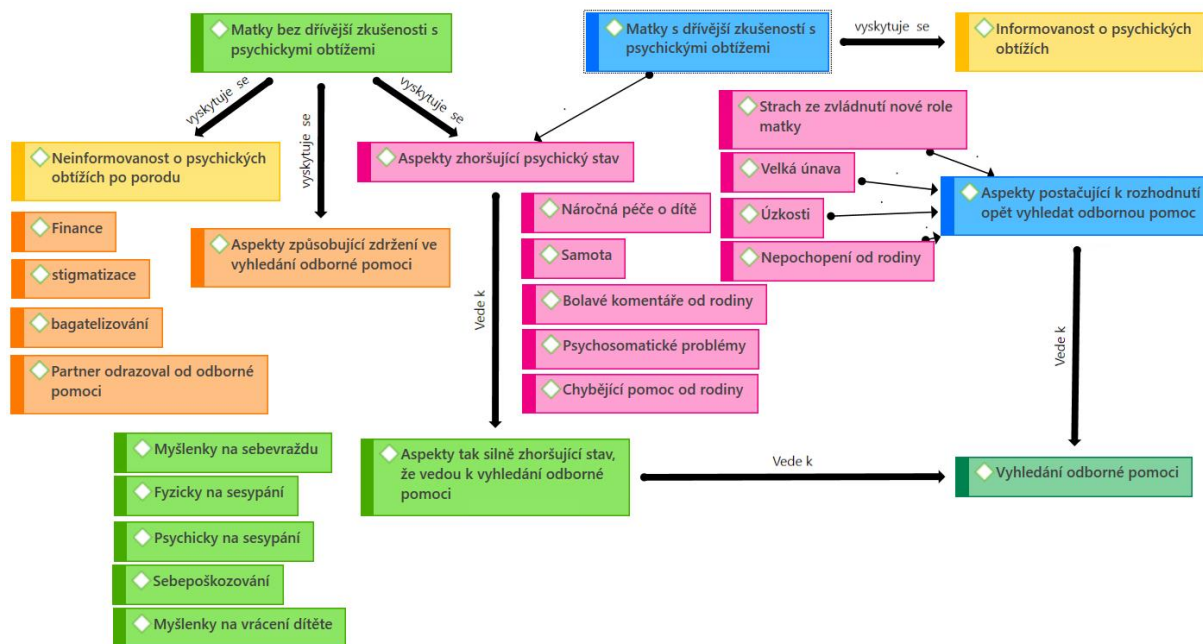
Gábina: „Já jsem tohle měla jasný. Ani finance ani nějaké shánění hlídání mi nebránilo. Naopak přítel říkal, že jestli si myslím, že to pomůže, tak mě v tom podpoří. Okolí

o mě ví, že jsem se léčila, takže jsem se ani nebála toho, co na to řeknou, takže ani nějaké stigmatizace jsem se nebála.“

Hanka: „Věděla jsem, že sama to nezvládnou, takže žádný časový, finanční nebo hlídací problémy mě neodrazovaly, prostě jsem je musela vyřešit. Naštěstí vždycky hlídal manžel, když jsem byla na terapii. Ani tý stigmatizace jsem se nebála, tím jsem si prošla v těch 20 letech.“

Jak jsme se dozvěděli, důvodů pro vyhledání psychoterapeuta nebo psychiatra je více. V některých případech není lehké je od sebe oddělit, protože spolu úzce souvisí. Na základě předchozích zjištění byl vytvořen diagram (Obrázek 5), který zobrazuje nejčastěji se objevující aspekty, které ovlivňují vyhledání odborné pomoci při psychických obtížích v postnatálním období.

Obrázek 5: Aspekty vedoucí k vyhledání odborné pomoci



Z diagramu vyplývá, že u žen, které byly o potížích informované, stačilo méně aspektů, které zhoršovaly psychický stav, aby se rozhodly vyhledat odbornou pomoc. Naopak u matek bez informací o psychických obtížích se vyskytuje více aspektů zhoršující psychické obtíže, ale kvůli financím, bagatelizování a stigmatizaci dochází ke zdržení ve vyhledání pomoci. Proto stav zachází dále až k silným impulzům, které ženu nutí svůj stav řešit.

Poslední otázkou, která nebyla řazena mezi výzkumné okruhy bylo, **co by naše participantky doporučily matkám v podobné situaci**. Tuto část nebudeme analyzovat, pouze provedeme výčet sdělených doporučení.

Alena: „Vyhledat Úsměv mámy, kde Ti řeknou, jestli jsi ještě v pohodě, nebo už je to na nějakou psychologickou pomoc případně Ti dají i kontakt na psychiatra, abys měla i tu medikaci.“

Beata: „Vyhnout se samotě jako prevence. Najít si okruh mamin a donutit se s nimi pravidelně scházet. Ne ty, co Tě vyčerpají, ale ty, se kterými Tě to baví. Prostě obklopit se ženama, který jsou na podobný vlně.“

Dominika: „Vynechat veškerý sociální sítě, kde na Tebe skáče, jak jsou všichni šťastní.“

Gábina: „Pokud na sobě cítí, že je něco špatně, tak aby to rychle řešily. Aspoň s kamarádkou. a pak případně vyhledat odbornou pomoc. Ať je to psychiatr, psycholog, nebo Úsměv mámy. Určitě, aby si nechaly pomoci. Třeba aspoň s jídlem, nebo úklidem.“

Hanka: „Ocenila bych větší osvětu, aby ty maminky se nebály vyhledat pomoc. A určitě se obrátit aspoň na obvodáka, ten nasměruje dál. Nebo se zeptat kámošek a nebát se říct si o pomoc.“

Ivana: „Nečekat. Vyhledat pomoc co nejdřív. Když se ženská trápí, tak je zbytečný to protahovat. Dá se to spravit léky a není nutné se trápit zbytečně dlouhou dobu.“

Alena, která je povoláním gynekoložka dodala ještě vzkaz pro lékaře: „Samotnou mě mrzí, že jsem z oboru a nikdy jsem o tom nepřemýšlela. Prostě porodím a jedeme dál, nikdo neřeší tu matku, která je odsunuta až na několikátou kolej. Je to pro mě velké zklamání. Mým snem je informovat lidi o tom, že mateřství může být krásný, ale že to taky může být hodně těžký. A že je tu někdo, kdo je může podržet a kdo jim může pomoci.“

9 Odpovědi na výzkumné otázky

V této kapitole odpovíme na výzkumné otázky stanovené v kapitole 5.3.

VO1: Jaká byla očekávání ohledně průběhu těhotenství, porodu a mateřství a jaká byla realita?

Očekávání ve všech třech obdobích byla různá. Od reálných představ o náročnosti průběhu těhotenství, porodu i mateřství až po nereálná, např. že život s dítětem bude stejný jako bez dítěte. U participantek došlo k rozvinutí psychických obtíží, které v některých případech souvisely i se zhoršením fyzického stavu. Těhotenství všech participantek bylo plánované.

VO2: Jaké jsou protektivní a rizikové aspekty související s rozvojem psychických obtíží?

Aspekty zlepšující psychický stav jsou ty, které umožňují ženě pečovat o sebe. Ať už v podobě četby, která se zabývá tématem psychické pohody v mateřství, návrat k práci, byť jen částečný, nebo jakákoli činnost, která ženě umožní vytvářet něco, u čeho vidí výsledek, např. práce na zahradě. Dalším významným aspektem jsou lidé v blízkém okolí ženy, kteří o ni pečují. Často to jsou známé, které vědí, jak náročné období může mateřství být a nabídnou pomoc. Dále je to podpora či pomoc od partnera nebo jiné blízké osoby.

Aspekty, které naopak psychický stav zhoršují, jsou pocity selhání často v důsledku vysokých nároků na sebe v nové roli matky, samota, dlouhotrvající únava způsobená spánkovým deficitem, která vede k fyzickému i psychickému vyčerpání. Dále je to skutečné vypětí sil, které těhotenství, porod a péči a zodpovědnost za dítě přináší. Ze strany okolí to může být špatné zacházení se ženou již v porodnici nebo situace odehrávající se až doma, kdy se ženě nedostává pochopení, její špatný stav není přijímán nebo se bagatelizuje. Ženě chybí pomoc a podpora při péči o miminko a v některých případech se jedná i o nepříjemný pocit závislosti na manželovi.

VO3: Jaká byla informovanost o psychických obtížích v tomto období a o možnostech jejich řešení?

Informovanost žen, které se nikdy předtím s žádnými psychickými obtížemi osobně nesetkaly, je nedostačující k tomu, aby byly schopné svůj stav rozeznat a pojmenovat v takové fázi rozvoje, aby ji mohly řešit včas. Dochází k pozdní reakci a k odborníkovi dochází až když je nutné k psychoterapii přidat i psychofarmaka.

Ženy, které dřívější zkušenost měly, jsou citlivější ke změnám svého psychického stavu a dokáží rychleji reagovat na počínající psychické obtíže.

VO4: Jaké okolnosti vedly k rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc?

Okolnosti u žen, které byly informované díky své vlastní předchozí zkušenosti, byly méně vyhocené a trvaly kratší dobu. Stačilo, aby se u participantek objevily projevy úzkosti, aby tyto ženy kontaktovaly odbornou pomoc. Díky své minulosti i věděly, kam mají volat a neměly obavy ze stigmatizace a ani svůj stav nebagatelizovaly. Zároveň věděly, že finanční i časová náročnost psychoterapie je něco, co hodlají podstoupit, protože věděly, „že to za to stojí“.

Participantky, které se s psychickými obtížemi setkaly poprvé až v mateřství, vyhledávaly odborníka s větší časovou prodlevou. Toto zdržení způsobily aspekty, kterými jsou strach ze stigmatizace z důvodu docházení na terapii, bagatelizování svých pocitů a finanční náročnost psychoterapie. Tyto aspekty umocňovalo, pokud měl stejný pohled na věc i manžel, který tím ženu od vyhledání pomoci odrazoval. Kromě toho, že tyto ženy vyhledaly pomoc později, dostaly se také do psychicky náročnějšího stavu. Jejich potíže se začaly projevovat somaticky, napadaly je myšlenky na automutilaci či suicidium, nebo se o ně dokonce pokusily. Dle jejich slov by zpětně chtěly svou situaci řešit dřív, ale s chybějícími informacemi o projevech i řešení takových problémů to dříve nedokázaly.

10 Diskuse

V diskusi propojujeme výsledky analýzy s poznatky získanými v teoretické části práce. Tyto výsledky budou prezentovány postupně podle výzkumných otázek. Zodpovíme, zda byly splněny cíle práce. Zhodnotíme, jestli byla vhodně zvolená metoda a zda má tato práce nějaká omezení a současně navrhneme, jak by mohly být tyto limity řešeny v případě opětovného zpracování našeho tématu.

10.1 Diskuse dosažených výsledků

V této bakalářské práci byly stanoveny dva cíle a čtyři výzkumné otázky, které tyto cíle svým obsahem pokrývají. Menším cílem je zmapovat povědomí žen o psychických obtížích v postnatálním období, tomuto cíli odpovídá výzkumná otázka o tom, jaká byla informovanost o psychických obtížích v tomto období a o možnostech jejich řešení. Hlavním cílem je zjistit, které psychologické aspekty vedou k vyhledání odborné pomoci u žen, které trpí poporodními psychickými poruchami. Pro tento cíl byly zvoleny čtyři výzkumné otázky, které zahrnují i otázku předchozí. Postupně si je zopakujeme a odpovíme na ně na základě našich dat a v porovnáním s literaturou k tomuto tématu.

Jaká byla očekávání o průběhu těhotenství, porodu a mateřství a jaká byla realita?

V našem výzkumném souboru byly ženy, které by na základě jejich vyprávění o očekávání mohly být rozdělené do tří kategorií, na ženy bez očekávání, na ženy s očekáváním, které je blízké realitě a na ženy s nereálným očekáváním. Ať bylo očekávání jakékoliv, všechny ženy z našeho výzkumu nakonec zažívaly těžké časy, které vedly k vyhledání odborníka. Na základě dat nelze říct, jestli má očekávání vliv na psychiku při setkání s realitou. Když se z ženy stává matka, čeká ji spousta úkolů, se kterými se musí vypořádat, jako je náročnost nové situace, změna identity a omezení některých aktivit, či propad na společenském žebříčku (Calver, 2020; Šebela et al., 2019; Kristeva, 2008). Čím lépe se na tyto změny připraví, tím méně jí mohou zaskočit, ale nikdy se nezle připravit na vše (Brown, 2007). Tato výzkumná otázka tedy nijak výrazně nepřispěla k hlavnímu cíli této práce.

Jaké jsou protektivní a rizikové faktory související s rozvojem psychických obtíží?

V této bakalářské práci se nepodařilo zjistit, které aspekty ovlivňují vznik poporodních depresí či úzkostí. Díky datům je ale možné pojmenovat ty aspekty, který vzniklou poruchu zhoršují, nebo jí zmírňují. Nejprve se podívejme na aspekty, které mají negativní vliv na další prohlubování problému. Jsou jimi náročná péče o dítě a s ní související únava, strach až úzkost nebo někdy velmi špatná nálada přecházející až do deprese a na to vše nasedající

nepochopení. Ať už je to nepochopení od matky, sestry, tety, nebo partnera, může roztáčet lidově řečeno začarovaný kruh, který způsobuje v ženě pocit, že to ona je ta, která dělá něco špatně, nebo se uzavírá do sebe a trpí samotou, což opět prohlubuje závažnost jejího stavu a u rodiny vede k ještě většímu nepochopení a někdy až ke komentářům, které tuto ženu zraňují a utvrzují ji v tom, že se nechce svěřovat se svými obtížemi.

Příčinou může být kultura, která tady v Evropě nevěnuje ženě po porodu tak velkou pozornost, jako třeba ve východní a jižní Asii, kde se ženě věnuje zvýšená pozornost 30–40 dní po porodu právě proto, aby se na novou roli mohla lépe adaptovat. Na našem území je častější, že po porodu zůstane žena bez odpovídající sociální, rodinné a emoční podpory (Evagorou et al., 2016).

Není tomu tak ale ve všech případech. Některé ženy v rozhovoru uvedly, že měly podporu i pochopení od partnera a téměř všechny uvedly, že pochopení a pomoc našly v kamarádce, která už dříve prožila podobnou situaci. Tento i výše zmíněné negativní aspekty v důsledku vedly k vyhledání odborné péče a jsou tedy cenné při hledání odpovědi na hlavní cíl této práce.

Jaká byla informovanost o psychických obtížích a možnostech jejich řešení?

Tato oblast výzkumu se stala významným aspektem, který ovlivňuje rychlost vyhledání odborné pomoci. Dvě z participantek uvedly, že ve dvaceti letech trpěly úzkostmi a ukázalo se, že to v období těsně po porodu mělo velký vliv na umění pojmenovat své obtíže a na základě toho se obrátit na psychologa a psychiatra. U matek, které úzkosti nebo deprese prožívaly poprvé docházelo ke zdržení, protože nevyhodnotily svůj stav jako závažný a zároveň neměly dostatek informací o tom, na koho se obrátit.

Toto zjištění odpovídá dřívějšímu výzkumu, které tvrdí, že za vysokým procentem neléčených psychických poruch jsou nedostatečné informace a následné bagatelizování, nebo předpoklad, že stav časem sám pomine (Čeveliček et al., 2021). Tato informace by měla být pro naši společnost alarmující, protože poporodní deprese a s ní spojená sebevražda je hlavní příčinou mateřské úmrtnosti (Oates et al., 2004).

Odpověď na tuto výzkumnou otázku významně přispívá k zodpovězení obou cílů bakalářské práce. Informovanost je jedním z aspektů při rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc. Informovanost o psychických obtížích po porodu u našich participantek (n=4) chybí. Dvě z nich jsou informované díky předchozí zkušenosti.

Jaké okolnosti vedly k rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc?

Tady si znovu participantky rozdělíme na dvě skupiny. U dvou stačilo, aby se u nich objevily projevy úzkosti nebo deprese a během pár hodin už volali svému

psychoterapeutovy, aby situaci řešily. Byly to ženy, které podobné stavy znaly a měly ve svých kontaktech odborníka, na kterého se mohly obrátit.

Čtyři ženy čekaly delší dobu a nestačilo, aby se projevily příznaky toho, že jejich psychické zdraví není v pořádku. Většinou nechávaly svůj stav zajít mnohem dál a mnohdy měly blízko k tomu, aby své trápení ukončily tím, že ukončí svůj život. Až takhle silný impulz je donutil situaci řešit s odborníkem. K tomu, že došlo ke zdržení v řešení psychického stavu vedly aspekty, které ženu odrazovaly od toho, aby jí vyhledala. Byly to pocity, že ještě není tak zle, tedy bagatelizace, strach z předsudků veřejnosti, že se žena léčí s psychickými obtížemi, tedy stigmatizace a finance, které jsou bohužel ve většině případů potřeba, pokud žena není ochotná nebo schopná čekat několik měsíců, aby se dostala k pojišťovnou placené službě. Od záměru vyhledat odborníka může odrazovat i okolí, které má často stejné důvody jako samotná matka. Zde opět narážíme na nedostatečnou informovanost veřejnosti o výskytu, projevech a možnostech léčby těchto poruch.

Část těchto výsledků a aspekty, které odrazují od vyhledání odborné pomoci se shodují s výsledky výzkumné studie Čevelíčka, Řiháčka a Tarinové (2021), kde na prvním místě vnímaných překážek vstupu do psychoterapie je vysoká cena, bagatelizace svých potíží, nedostatečná informovanost, stigmatizace a odrazování od psychoterapie blízkými. Podobné výsledky najdeme i v dalších výzkumech (Mehra et al., 2021; Khazaie et al., 2016).

Aspekty, které naopak vedou ke včasnému vyhledání odborné pomoci, jsou citlivý přístup a ochota podpořit matku ve vyhledání nebo jí s hledáním pomoci, ale ženu nijak neponižovat za její chování a nenutit jí zajít k lékaři. Tento výsledek koresponduje i se studií Hadfieldové a Wittkovské (2017), jejichž první téma zaměřené na proces hledání pomoci, přineslo stejné informace.

10.2 Metodologické limity, možná zkreslení a přínosy výzkumu

Tato práce se zaměřuje pouze na ty matky, které odbornou pomoc vyhledaly. Pro potvrzení výsledků tohoto výzkumu by bylo nutné prozkoumat i druhou část matek a to tu, která pomoc nevyhledala, a přitom trpěla obdobnými problémy. Vhodná by byla srovnávací studie těchto dvou skupin matek. Následně by bylo nutné hypotézy ověřit v kvantitativním výzkumu.

Pouze jedna matka je mladší 30 let. Při opakování výzkumu by bylo vhodné zvolit takovou skupinu matek, která by pokrývala větší věkovou škálu. I vzdělání by mohlo případně hrát roli. Podle metaanalýzy by mohlo hrát roli ekonomické postavení rodin, které s dosaženým vzděláním může souviset. i kouření, pití a multiparita (mnohočetné

těhotenství) mohou mít vliv na rozvoj poporodní deprese (Yang et al., 2022). Je tedy možné při replikaci výzkumu vybrat i ženy z těchto skupin.

Bylo by možné také realizovat výzkum zaměřený pouze na jednu skupinu žen, aby mohly být výsledky relevantnější. V našem výzkumu jsou matky trpící poporodními úzkostmi a matky trpící poporodní depresí. Více dat pouze od jedné skupiny matek by mohlo přinést jiné výsledky analýzy.

V našem výzkumu byly všechny děti participantek plánované. Stres je jedním z možných rizikových aspektů v původu poporodní deprese. Neplánované těhotenství může způsobit velký stres, a tak by bylo dobré prozkoumat i tuto skupinu matek (Delrosario et al., 2013).

Při případné replikaci by bylo možné vynechat otázku o očekávání a přidat otázky týkající se vzniku psychických poruch po porodu, které v této práci nejsou dostatečně podchycené. Je také vhodné zařadit hned na začátku otázku o dřívější zkušenosti s podobnými stavy, s léčbou jako jsou psychofarmaka a psychoterapie.

Možným zkreslením byl sám výzkumník. V jedné osobě, navíc se ztíženým náhledem, možná nedošlo k dostatečné objektivitě při analýze dat. Je možné, že při vědomí rizika zkreslení byla snaha o objektivitu o to větší, ale to bohužel při jednom provedení výzkumu nelze posoudit. Při replikaci výzkumu by tedy bylo na místě, aby bylo výzkumníků více, nebo aby výzkumník nebyl zatížen vlastní zkušeností.

Pozitivem vzhledem k metodologii byl dostatek času na všechny části výzkumu, díky kterému mohla být analýza důkladná. Byla věnována pozornost všem krokům postupu interpretativní fenomenologické analýzy. Také to byly hloubkové rozhovory, jejichž obsah byl bohatý na informace k naplnění cílů této práce.

10.3 Budoucí možné využití poznatků a perspektiva výzkumu

Během výzkumu bylo zjištěno, že neinformovanost blízkých má vliv na jejich chování k matce. Nejde tedy jen o neinformovanost matek, ale celé společnosti, především blízké rodiny. Toto téma je mimo jiné i tématem spolku Úsměv mámy. Kromě přímé pomoci matkám s psychickými obtížemi, nejčastěji poporodní úzkostí a poporodní depresí, se snaží o osvětu těchto témat, aby matky věděly, na koho se můžou obrátit a zároveň aby se zamezilo nevhodnému chování k matkám, u kterých se tyto poruchy rozvinou. Se screeningem a povědomím o poporodních obtížích i pro blízké matek pomáhá i web Perinatal. Tato bakalářská práce potvrzuje, že vědomí o poporodních psychických obtížích je v naší zemi

velmi omezená a že osvěta na toto téma má smysl. Sama tato práce by měla přinést větší povědomí o poporodních psychických obtížích v akademickém prostoru.

Dalším významným výstupem je, že často jsou to blízké známé matek, které si změny v chování a prožívání všimnou a upozorní na něj a případně i pomohou k řešení. Možné cílení kampaně na tyto ženy, by bylo efektivnější než přímo na postižené matky. Při prožívání takové tíživé situace matka není schopná svůj stav objektivně posoudit, zatímco žena, která matku znala před porodem i těhotenstvím a má lepší náhled díky jiné perspektivě, si snáze všimne těchto změn.

Přínos je i v poselství našich matek dalším ženám prožívající podobnou situaci. Kromě touhy po větší osvětě mají doporučení pro prevenci, konkrétně na omezení sociálních sítí a samoty. Dále na odvalu nechat si pomoci s náročnou péčí o dítě i o domácnost, a hlavně si nechat pomoci, když žena pocítí, že je s ní něco špatně, že se něco děje. Nebát se v takovém případě vyhledat psychiatra nebo psychoterapeuta a nebát se medikace. A pokud si matky neví rady s tím, jak vyhodnotit jejich stav, aby kontaktovaly Úsměv mámy, kde jim poradí.

Na základě těchto doporučení by bylo možné sestavit „Návod pro udržení dobré psychické kondice po porodu“. Mohl by znít takto:

1. Vaše mateřství je jedinečné, každá máme nějaká nadání i nějaké limity. Není dobré se srovnávat, obzvláště na sociálních sítích, kde nikdy není vidět celá pravda.
2. Nebuďte sama. Buďte v kontaktu s lidmi, kteří Vám pomohou, dají Vám prostor se vyprávět a nebudou bagatelizovat Vaši situaci. Pokud nikoho takového ve svém okolí nemáte, kontaktujte peer-konzultantky na www.usmevmamy.cz.
3. Pečujte o sebe tím, že si dovolíte nechat o sebe pečovat. Mateřství může být velmi náročné a nechat si uvařit, nebo si nechat pomoci s péčí o dítě či domácnost není ostuda, ale zapomenutá běžná součást života v komunitě.
4. Udržujte si alespoň jednu aktivitu, kterou jste dělala ještě před narozením potomka – četba knih, sport, zahradničení, hudba či práce na částečný úvazek.
5. Mateřství bývá vyčerpávající i z důvodu nedostatku spánku. Je v pořádku říct si o pohlídnání dítěte a jít spát i ve dne. Dlouhodobá únava má negativní vliv na naše prožívání i chování.
6. Pokud se cítíte smutná, často pláčete, neumíte se radovat, máte nedostatek energie i pro aktivity, které Vám dříve dělaly radost, nebo máte myšlenky na sebevraždu, navštivte www.perinatal.cz, kde si můžete vyplnit test, jestli se u Vás jedná o poporodní depresi.

7. Pokud máte velké obavy, které Vám neumožňují myslet na nic jiného, plnit běžné povinnosti, odpočívat a uklidnit se, nebo se třesete, potíte či máte jakékoli projevy stresu, navštivte www.perinatal.cz a vyplňte si test, týkající se poporodních úzkostí.
8. Za jakýkoli projev z bodů 6 a 7 se není třeba stydět. Podobnými projevy trpí každá pátá matka a žádný z nich neznamena, že v mateřství selháváte.
9. Jestli Vám bude na základě výsledků testů doporučeno navštívit psychologa nebo psychiatra, je běžné, že budete cítit obavy. Matky, které si podobným stavem už prošly, mnohdy litovaly, že se styděly, nebo se bály a pomoc nevyhledaly už dřív. Proto pomoc vyhledejte co nejdříve.
10. Medikace může výrazně urychlit zlepšení Vašeho psychického stavu. Dnes už existují léky, které neškodí dítěti a je možné kojit a zároveň se cítit lépe i v nesnadném období.

Tato doporučení jsou sepsána na základě dat z této bakalářské práce a zároveň jsou v souladu s informacemi na webech zabývajících se psychikou v mateřství (*Perinatal*, 2021; *Úsměv mámy*, 2020). Toto shrnutí v 10 bodech (Příloha č. 6) bude předáno participantkám jako poděkování za jejich zapojení se do výzkumu a zároveň bude diskutováno s vedením projektu *Úsměv mámy*, zda by bylo vhodné na základě těchto dat upravit stávající letáčky.

Téma bakalářské práce není zdaleka vyčerpáno a pro pokračování ve výzkumu by bylo vhodné zaměřit se na vliv léčené a neléčené mateřské psychiky na manželství (partnerství), děti, rodinu jako celek i společnost. Je možné předpokládat, že k důležitosti vyzdvižení tématu postnatálních psychických obtíží by vedl výzkum zaměřený na ekonomickou stránku tohoto problému, který by ve společnosti mohl započít větší změnu k lepšímu. Také by bylo vhodné zmapovat informovanost v blízkém okolí matky (partnery, širší rodinu), nebo odborníků nejčastěji přicházejících do kontaktu s těhotnou ženou a čerstvou matkou (gynekolog, pediatr). Dalším tématem navazující práce by mohlo být zavádění screeningů v porodnicích či gynekologických ordinacích v rámci prevence postnatálních duševních poruch. Asi nejvíc logickým pokračováním by byl kvantitativní výzkum na stejné téma této práce.

11 Závěr

Rozhovory s ženami, které po porodu vyhledaly odbornou pomoc přinesly zajímavá zjištění. Přestože jsou jejich životy odlišné a každá vyhledala odborníka v trochu jiné situaci, při pohledu svrchu jsme zjistili, že jejich rozhodnutí něco spojuje.

V našem výzkumu byly ženy trpící poporodními depresemi či poporodními úzkostmi, jejichž stav se postupně zhoršoval do chvíle, kdy už nebyl snesitelný, což vedlo k vyhledání psychoterapeuta či psychiatra. Toto rozhodnutí bylo učiněno až po intenzivních zkušenostech se sebepoškozováním, myšlenkách na sebevraždu, nebo na vrácení dítěte. V jedné situaci tím impulzem bylo druhé těhotenství a představa, že stav bude stejně špatný, nebo dokonce horší i u druhého dítěte.

Dvě ženy z výzkumu ale vyhledaly odbornou pomoc dříve, kdy si všimly symptomů spojenými s depresí či úzkostí a nedošlo u nich k prodlevě mezi vypuknutím poruchy a vyhledáním léčby.

Významným aspektem byla informovanost o psychických obtížích vyskytujících se po porodu, díky které dvě ženy věděly, s čím a na koho se obrátit, zatímco chybějící informovanost u ostatních žen vedla ke zpoždění ve vyhledání péče a postupně zhoršovala jejich stav. Informované ale byly ženy pouze na základě předchozí zkušenosti s úzkostmi v jejich rané dospělosti, a ne díky kvalitní osvětě, která v našem státě prozatím chybí.

V závěru rozhovoru sdělila každá matka rady matkám v podobné situaci. Těmi jsou doporučení k preventivnímu omezení samoty a sociálních sítí, nechat si pomoci při péči o dítě i domácnost, nečekat při propuknutí potíží a nechat si pomoci od odborníka. Tyto informace by bylo možné využít pro další osvětu.

Cíle bakalářské diplomové práce byly naplněny.

SOUHRN

Tato bakalářská práce se zaměřuje na aspekty související s vyhledáním pomoci při psychických obtížích v postnatálním období. Je rozdělena na dvě hlavní části – teoretickou a výzkumnou. Obě části jsou rozděleny do kapitol, které si nyní stručně popíšeme.

Na začátku popisujeme, jaké změny mateřství přináší v životě ženy a na co je tedy nutné se v tomto období adaptovat. Tyto změny jsou rozděleny do tří kategorií na změny fyzické, psychické a sociální. Nejvíce jsou ženy připraveny na změny fyzické, ale u změn v psychice někdy dochází ke špatné adaptaci. U sociálních změn jmenujme alespoň propad v žebříku sociálního postavení, které mnohdy působí jako stresový faktor. V další kapitole jsou popsány nejčastěji se vyskytující postnatální psychické poruchy. Z nich jsou nejčastější poporodní úzkosti a poporodní deprese, které mají stejné symptomy jako klasické úzkosti a deprese, ale objevují se typicky až po porodu. Pokračujeme kapitolou o tom, koho považujeme za odborníka v oblasti psychiky, tím je psychiatr a psychoterapeut, kteří mají k řešení těchto problémů kompetence.

V závěru teoretické části se dostáváme k výzkumům na dané téma a dozvíme se tak o tom, že v minulosti byly zjištěny vnímané překážky vstupu do psychoterapie, kterými jsou především finance, bagatelizace, stigmatizace a důraz na zachování soukromí jak ve sdělování svých problémů, tak i emocí (Čeveliček et al., 2021).

Ve výzkumné části začínáme popisem výzkumného problému, kterým je fakt, že psychickými problémy trpí 30 % žen (Šebela et al., 2019). Zajímá nás, co způsobuje, že některé z nich vyhledají odbornou pomoc. Tím se dostáváme k cíli práce, kterým je zjistit, které psychologické aspekty vedou k vyhledání odborné pomoci u žen, které trpí poporodními psychickými obtížemi. Menším cílem je zmapovat povědomí žen o psychických obtížích v postnatálním období. Nad cíli této práce je vyšší záměr, kterým je lépe pomáhat ženám v poporodním období, v tomto případě konkrétně v primární prevenci v této oblasti.

K naplnění cílů této práce byla zvolena kvalitativní metoda IPA. Ta svým přístupem k práci s daty nejlépe vyhovovala cílům této bakalářské práce, jelikož pomáhá detailně prozkoumat zkušenost jedince, což umožňuje porozumět jednotlivým událostem. Zároveň poskytuje prostor pro práci s více případy současně (Smith et al., 2009).

Byly navrženy čtyři výzkumné otázky týkající se očekávání, rizikových a protektivních aspektů při rozvoji psychických obtíží, informovanosti o problému a aspektů vedoucích k rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc. Na jejich základě byly připraveny otázky

pro polostrukturovaný rozhovor a byly vyhledány ženy, které byly pro účast ve výzkumu vhodné a se kterými byly provedeny rozhovory.

Rozhovory byly analyzovány dle standartních kroků metody IPA v programu Atlas.ti. Nejprve byly rozhovory několikrát čteny a postupně jim byly přiřazovány kódy, ty se potom začaly shlukovat do témat, která byla následně analyzována napříč všemi případy. Díky této analýze byly nalezeny vzorce, které se vyskytují u jednotlivých participantek i ve všech případech současně. V neposlední řadě bylo nutné opakovaně provádět reflexi výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu.

Analýza přinesla zajímavé výsledky. Podle získaných dat nemá očekávání vliv na prožívání mateřství. Bylo možné pojmenovat některé aspekty, které zlepšovaly psychický stav, jako je podpora od partnera nebo od kamarádky s podobnou zkušeností. Byly pojmenovány i aspekty, které psychický stav zhoršovaly, byly jimi nepochopení od blízkých a s tím spojená samota a smutek, také to byla absence pomoci s náročnou péčí o dítě a někdy i nepříjemné komentáře.

Při hledání vzorců u oblasti povědomí o dané tematice došlo k odhalení, že informovanost o psychických obtížích (v našem výzkumu to bylo díky předchozí zkušenosti s úzkostmi) výrazně urychluje vyhledání odborné péče při propuknutí těchto obtíží po porodu. Naopak při chybějící informovanosti docházelo k prodloužení času mezi výskytem symptomů a vyhledáním odborné pomoci. Docházelo k tomu kvůli aspektům, které odpovídají výsledkům studie Čevelíčka, Řiháčka a Tarinové (2021), tedy nedostatku financí, bagatelizace, strachu se stigmatizace a odrazování od psychoterapie od blízkých osob. K vyhledání odborníka došlo později, kdy už byl psychický stav matky mnohem závažnější než v případě matek se zkušeností. Byly to stavy, které matku ohrožovaly na životě, jako myšlenky na sebevraždu a provedené sebepoškození. Dále myšlenky na vrácení dítěte, nebo obavy ze zhoršení psychického stavu při očekávání dalšího dítěte.

V diskusi se limity práce týkaly převážně výběru výzkumného vzorku. Byla zde také znovu připomenuta nedostatečná informovanost o psychických obtížích po porodu a důležitost větší osvěty na toto téma. Byly zde také připomenuty organizace Úsměv mámy a web Perinatal.

Tato bakalářská práce byla vytvořena za účelem zlepšení péče o ženy, které se mohou vyskytnout v situaci, kdy dojde ke zhoršení jejich psychického stavu, nebo o matky, které si tímto stavem právě prochází. Její přínos je v poukázání na důležitost informovanosti o psychických obtížích po porodu v rámci primární prevence. Tato prevence by měla být zaměřena především na samotné matky a jejich blízké a v budoucnu na širší veřejnost.

LITERATURA

Aldrighi, J., Wall, M., & Srrk, S. (2018). Experience of pregnant women at an advanced age. *Revista gaucha de enfermagem*, 39(2), e20170112. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0112>

Austin, M., Colton, J., Priest, S., Reilly, N., & Hadzi-pavlovic, D. (2013). The Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ): Acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. *Women and Birth*, 26(1), 17-25. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.06.002>

Badinter, E. (2006). *Materská láska od 17. storočia po súčasnosť* (2.). Aspekt.

Belini, C. (2016). The Best Age for Pregnancy and Undue Pressures. *Journal of Family and Reproductive Health*, 10(3).

Bellieni, C. (2016). The Best Age for Pregnancy and Undue Pressures. *Journal of Family*, 10(3), 104-107.

Brockington, I. (2017). Late onset postpartum psychoses. *Archives of Women's Mental Health*, 20(1), 87-92. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0680-y>

Brown, I. (2007). Ambivalence of the Motherhood Experience: Maternal Narratives in Popular Culture. *Conference Papers -- American Sociological Association*, 1-18.

Calver, K. (2020). Transitions to motherhood: young women's desire for respectability, responsibility and moral worth. *Journal of Youth Studies*, 23(8), 1071-1085. <https://doi.org/10.1080/13676261.2019.1655140>

Český statistický úřad. (2023). *Česká republika od roku 1989 v číslech - aktualizováno 9. 12. 2022*. Tab. 01.01 Vybrané demografické údaje v České republice. Retrieved 2023-02-25, from https://www.czso.cz/documents/10180/171348125/32018122_0101.pdf/64a22186-f4a1-4b64-a5f7-28a5a0315046?version=1.1

Čevelíček, M., Tarinová, A., & Řiháček, T. (2021). Vnímané překážky vstupu do psychoterapie. *Ceskoslovenska Psychologie*, 65(1), 1-13. <https://doi.org/10.51561/cspsych.65.1.1>

- Daphna, H., Brooke, L., Miyabi, I., Alexander, L., Simone, V., Louise, H., Brett, T., Andrea, B., Ying, S., Chen, H., Ankur, K., Yin, W., Parash, B., Dipika, N., Zelalem, N., Mahrukh, I., Danielle, R., Marleine, A., Matthew, C. et al. (2021). Shortening the Edinburgh postnatal depression scale using optimal test assembly methods: Development of the EPDS-Dep-5. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(4), 348-362. <https://doi.org/10.1111/acps.13272>
- Delrosario, G., Chang, A., & Lee, E. (2013). Postpartum depression: Symptoms, diagnosis, and treatment approaches. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 26(2), 50 - 54. <https://doi.org/10.1097/01720610-201302000-00009>
- Dryer, R., Chee, P., & Brunton, R. (2022). The role of body dissatisfaction and self-compassion in pregnancy-related anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 313(15), 84-91. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.06.068>
- Elder Jr., G. (1992). Models of the Life Course. *Contemporary Sociology*, 21(5), 632-635. <https://doi.org/10.2307/2075543>
- Evagorou, O., Arvaniti, A., & Samakouri, M. (2016). Cross-Cultural Approach of Postpartum Depression: Manifestation, Practices Applied, Risk Factors and Therapeutic Interventions. *Psychiatric Quarterly*, 87(1), 129-154. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9367-1>
- Hadfield, H., & Wittkowski, A. (2017). Women's Experiences of Seeking and Receiving Psychological and Psychosocial Interventions for Postpartum Depression: A Systematic Review and Thematic Synthesis of the Qualitative Literature. *Journal of Midwifery*, 62(6), 723-736. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12669>
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání). Portál.
- Hutchinson, J., & Cassidy, T. (2022). Well-being, self-esteem and body satisfaction in new mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 40(5), 532-546. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1916452>
- Iordăchescu, D., Paica, C., Vladislav, E., Ilie, A., Gică, C., Peltecu, G., Panaitescu, A., & Gică, N. (2021). Prenatal maternal sleep. *Romanian Medical Journal*, 68(2), 169-173. <https://doi.org/10.37897/RMJ.2021.2.7>

Izáková, E. (2013). Duševné zdravie počas tehotenstva a po pôrode. *Psychiatrie pro praxi*, 14(4), 161-163.

Izáková, E., Borovská, M., & Baloghová, B. (2013). Výskyt depresívnych príznakov v popôrobnom období. *Psychiatrie pro praxi*, 14(1), 26-29.

Jedličková, M. (2008). Obecný náhled na problematiku deprese po porodu z hlediska gynekologicko-porodnického. *Prakt Gyn*, 12(2), 86-90.
<https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2008-2/obecny-nahled-na-problematiku-deprese-po-porodu-z-hlediska-gynekologicko-porodnickeho-48253>

Kaplan, A., Sabbah-karkabi, M., & Herzog, H. (2020). "When I Iron My Son's Shirt, I Feel My Maternal Role": Making Women's Invisible Work Visible. *Journal of Family Issues*, 41(9), 1525 - 1545. <https://doi.org/10.1177/0192513X19894351>

Kašpárek, T. (2011). Duševní poruchy v poporodním období. *Psychiatrie pro praxi*, (12), 23-24.

Khazaie, H., Rezaie, L., Shahdipour, N., & Weaver, P. (2016). Exploration of the reasons for dropping out of psychotherapy: A qualitative study. *Evaluation and Program Planning*, 56, 23-30. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.03.002>

Kogito. (2021). Retrieved 2023-02-28, from <https://www.kogito.cz/>

Kostanoğlu, A., Manzak, A., & Şahin, A. (2019). Gebelerde Fiziksel Aktivite Seviyesi ve Uyku Kalitesinin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 6(3), 80-87. <https://doi.org/10.4274/jtasm.galenos.2019.64936>

Kristeva, J. (2008). Mateřství mění identitu ženy. *Psychologie dnes*, 14(11), 6-9. <https://nakladatelstvi.portal.cz/casopisy/psychologie-dnes/84688/materstvi-meni-identitu-zeny>

Kullgard, N., Holmqvist, R., & Andersson, G. (2022). Premature Dropout From Psychotherapy: Prevalence, Perceived Reasons and Consequences as Rated by Clinicians. *Clinical Psychology in Europe*, 4(2). <https://doi.org/10.32872/cpe.6695>

Lefevor, G., Paiz, J., Virk, H., & Smack, A. (2020). The influence of individual and congregational religiousness on seeking psychotherapy: A multilevel analysis. *Practice Innovations*, 5(4), 257-274. <https://doi.org/10.1037/pri0000113>

Li, X., Laplante, D. P., Paquin, V., Lafortune, S., Elgbeili, G., & King, S. (2022). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for perinatal maternal depression, anxiety and stress: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 92, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102129>

Mackonochie, A., & Lewis, S. (2009). *Těhotenství, výživa a péče o miminko* (1. čes. vyd). Svojtka.

Massey, S., Schuette, S., Pournajafi-nazarloo, H., Wisner, K., & Carter, C. (2016). Interaction of oxytocin level and past depression may predict postpartum depressive symptom severity. *Archives of Women's Mental Health: Official Journal of the Section on Women's Health of the World Psychiatric Association*, 19(5), 799-808. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0616-6>

Mayhew, J., & Thomas, M. (2022). Towards Developing a Predictive Model Explaining Postnatal Anxiety. *Journal of Prenatal*, 36(2), 4-27. <https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=256b2755-6ef0-4e81-a1aa-e220f905886a%40redis>

Mehra, K., Hawke, L., Watson, P., Sheikhan, N., Leroux, E., & Henderson, J. (2021). Youth Perspectives on Seeking Psychotherapy: A Concurrent Mixed Methods Study. *Journal of the Canadian Academy of Child*, 30(3), 165-176. <https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=5bcdccc6-8675-4e2b-82b2-d1d1ba588f4e%40redis>

Oates, M., Cox, J., Neema, S., Asten, P., Seneviratne, G., Glangeaud-freudenthal, N., Figueiredo, B., Gorman, L., Hacking, S., Hirst, E., Kammerer, M., Klier, C., Smith, M., Sutter-dallay, A., Valoriani, V., Wickberg, B., & Yoshida, K. (2004). Postnatal depression across countries and cultures: A qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 184(46), s10 - s16. <file:///C:/Users/LadaN/Downloads/postnatal-depression-across-countries-and-cultures-a-qualitative-study.pdf>

Orel, M., Facová, V., Heřman, M., Koranda, P., Šimonek, J., & Volková Palátová, L. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše / Miroslav Orel a kolektiv (3.)*. Grada.

Pařízek, A. (2009). *Kniha o těhotenství a dítěti*. Galén.

Peeler, S., Stedmon, J., Chung, M., & Skirton, H. (2018). Women's experiences of living with postnatal PTSD. *Midwifery, 56*, 70-78. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.019>

Perinatal. (2021). Retrieved 2023-02-27, from <https://www.perinatal.cz/>

Ramakrishnan, U. (2022). Focusing on Maternal Nutrition to Improve the Health and Well-Being of Pregnant Women in the United States. *American Journal of Public Health, 112*(2), S763-S765. <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=c4550a46-a0f1-40fe-b997-2e6012ee4700%40redis>

Range, L. (2023). State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Salem Press Encyclopedia of Health*. [https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=4&sid=7bacd587-3698-4785-a95f-](https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=4&sid=7bacd587-3698-4785-a95f-7b6e93a1b25b%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHN0aWImYXV0aHR5cGU9c2hpYiZzaXRIPWVkey1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=93872286&db=ers)

[7b6e93a1b25b%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHN0aWImYXV0aHR5cGU9c2hpYiZzaXRIPWVkey1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=93872286&db=ers](https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=4&sid=7bacd587-3698-4785-a95f-7b6e93a1b25b%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHN0aWImYXV0aHR5cGU9c2hpYiZzaXRIPWVkey1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=93872286&db=ers)

Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.

Seifertová, D., Mohr, P., Praško, J., & Čermák, J. (2009). Deprese a úzkost těhotných žen. *Praktický lékař, 89*(9). <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2009-9/deprese-a-uzkost-tehotnych-zen-15549>

Silva da Paz, M., Campos Diniz, R., de Oliveira Almeida, M., Oliveira Cabral, N., Castro Freire de Assis, T., Fernandes de Sena, M., Alves de Pontes, V., da Silva Borges, N., & Torres Teixeira Mendes, C. (2022). Analysis of the anxiety level in high risk pregnancy based on the Beck Anxiety Inventory. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil, 22*(4), 1015-1032. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200040016>

Smith, J., Larkin, M., & Flowers, P. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research (1.)*. Sage.

Stuebe, A., Grewen, K., & Meltzer-brody, S. (2013). Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. *Journal of Women's Health*, 22(4), 352-361. <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3768>

Sufredini, F., Catling, C., Zugai, J., & Chang, S. (2022). The effects of social support on depression and anxiety in the perinatal period: A mixed-methods systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 319(15), 119-141. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.005>

Svobodová, A. (2016). *Zvyšování věku prvorodiček v České republice* [Bakalářská práce, Univerzita Karlova]. <http://hdl.handle.net/20.500.11956/76342>

Šebela, A., Hanka, J., & Mohr, P. (2018). Etiologie, rizikové faktory a metody prevence poporodní deprese. *Czech Gynaecology / Ceska Gynekologie*, 83(6), 468-473. <https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=48867ec1-1ac9-4d05-abc4-c584fe4f0dd2%40redis>

Šebela, A., Hanka, J., & Mohr, P. (2019). Duševní onemocnění v poporodním období: specifika a farmakoterapie: Část I: deprese, úzkostné poruchy, poruchy spánku a ADHD. *Psychiatrie pro praxi*, 20(1), 21-25. <https://doi.org/10.36290/psy.2019.005>

Šebela, A., Hanka, J., & Mohr, P. (2019). Diagnostika a moderní trendy v terapii poporodní deprese. *Česká gynekologie*, 84(1), 68-72. <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-1-24/diagnostika-a-moderni-trendy-v-terapii-poporodni-deprese-112780>

Šebela, A., Hanka, J., & Mohr, P. (2019). Duševní onemocnění v poporodním období: specifika a farmakoterapie Část II: psychotické poruchy a bipolární afektivní porucha. *Psychiatrie pro praxi*, 20(2), 58-61. <https://doi.org/10.36290/psy.2019.018>

Šebela, A., Martan, s., Kubrichtová, V., & Mohr, P. (2019). Prevence perinatálních duševních poruch: současná situace ve světě a v České republice. *Gynekologie pro praxi*, 3(3), 1-4. https://www.researchgate.net/profile/Antonin-Sebela/publication/335224141_Prevention_of_perinatal_mental_disorders_the_current_situation_in_the_world_and_in_the_Czech_Republic/links/5d583ade45851545af4c0054/Prevention-of-perinatal-mental-disorders-the-current-situation-in-the-world-and-in-the-Czech-Republic.pdf

- Takács, L., Smolík, F., Mlíková Seidlerová, J., Čepický, P., & Hoskovcová, S. (2016). Poporodní blues – česká adaptace dotazníku „Maternity Blues Questionnaire“. *Czech Gynaecology / Ceska Gynecologie*, 81(5), 355-368. <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=155378c3-6a9f-4596-9744-bd38a8a24272%40redis>
- Univerzita Karlova. (2021). 2. lékařská fakulta. Povinné předměty: Všeobecné lékařství. Retrieved 2023-02-27, from <https://www.lf2.cuni.cz/studium/povinne-predmety>
- Uriga, J. (2006). Michal Miovský: Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 41(1), 89-90.
- Úsměv mámy. (2020). Retrieved 2023-02-23, from <https://www.usmevmamy.cz/>
- Wilhelmová, R., Doubek, R., Greiffeneggová, L., Kašová, L., & Sedlická, N. (2020). *Vývojové fáze života ženy*. Vybrané kapitoly porodní asistence. Retrieved February 24, 2023, from https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/porodni_asistence/web/pages/1.html
- Wittels, P., Kay, T., & Mansfield, L. (2022). The Family Is My Priority: How Motherhood Frames Participation in Physical Activity in a Group of Mothers Living in a Low Socioeconomic Status Area. *International journal of environmental research and public health*, 19(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph19031071>
- World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10. vydání). <https://icd.who.int/>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11. vydání). <https://icd.who.int/>
- Yang, K., Wu, J., & Chen, X. (2022). Risk factors of perinatal depression in women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03684-3>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Základní údaje I.....	37
Tabulka 2: Základní údaje II.....	37
Tabulka 3: Rizikové a protektivní aspekty	50
Tabulka 4: Tabulka kódů, které souvisí s informovaností – Atlas.ti	54
Tabulka 5: Vliv dřívější zkušenosti	56

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Ukázka kódování.....	42
Obrázek 2: Aspekty zhoršující psychické obtíže	52
Obrázek 3: Aspekty zlepšující psychický stav	53
Obrázek 4: Informovanost o psychických obtížích	56
Obrázek 5: Aspekty vedoucí k vyhledání odborné pomoci	59

PŘÍLOHY

Příloha 1: Abstrakt bakalářské diplomové práce v češtině	82
Příloha 2: Abstrakt bakalářské diplomové práce v angličtině	83
Příloha 3: Polostrukturovaný rozhovor	84
Příloha 4: Sociodemografické údaje	85
Příloha 5: Informovaný souhlas	86
Příloha 6: Letáček pro participantky	88

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Psychické aspekty související s vyhledáním odborné pomoci při psychických obtížích v postnatálním období.

Autor práce: Ludmila Nováková

Vedoucí práce: PhDr. Šmahajová Veronika Ph.D.

Počet stran a znaků: 81 stran, 138 864 znaků

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 63

Abstrakt (800-1200 zn.):

Cílem této práce je zjistit, které psychologické aspekty vedou k vyhledání odborné pomoci u žen, které trpí poporodními psychickými poruchami a zároveň zmapovat povědomí žen o psychických obtížích v postnatálním období. Data byla získána prostřednictvím rozhovorů se 6 ženami, jejichž psychický stav po porodu vedl k vyhledání odborníka. Výzkum byl prováděn za dodržení kroků doporučených u kvalitativní metody IPA (interpretativní fenomenologická analýza). Výsledky je možné rozdělit podle toho, zda ženy měly, či neměly dřívější zkušenost s psychickou poruchou. U matek, které se již dříve léčily, došlo rychleji k vyhledání pomoci bez pocitů stigmatizace nebo bagatelizování svých pocitů. U matek, které se s psychickou poruchou setkaly poprvé až po porodu, došlo k prodlevě ve vyhledání odborné pomoci. Tyto matky svůj stav řešily se zdržením, které způsobil strach ze stigmatizace, bagatelizování svého stavu, nedostatečná sociální podpora či finanční důvody. Jejich důvody pro vyhledání odborníka byly vážnější než u žen s dřívější zkušeností.

Klíčová slova: poporodní deprese, poporodní úzkosti, hledání odborné pomoci.

ABSTRACT OF THESIS

Title: Psychological aspects related to seeking professional help for mental problems in the postnatal period.

Author: Ludmila Nováková

Supervisor: PhDr. Šmahajová Veronika Ph.D.

Number of pages and characters: 81 pages, 138 864 characters

Number of appendices: 6

Number of references: 63

Abstract (800-1200 characters):

The aim of this study is to investigate which psychological aspects lead to seeking professional help for women suffering from postpartum psychological disorders as well as to map women's awareness of psychological difficulties in the postnatal period. Data were collected through interviews with 6 women whose psychological condition after childbirth led them to seek professional help. The research was conducted following the steps recommended for the qualitative method of IPA (Interpretative Phenomenological Analysis). The results can be categorized according to whether the women had previous experience with a psychological disorder. Mothers who had previously received treatment were quicker to seek help without feeling stigmatised or downplaying their feelings. For mothers who experienced a psychological disorder for the first time after giving birth, there was a delay in seeking professional help. These mothers dealt with their condition with delays caused by fear of stigma, downplaying their condition, lack of social support or financial reasons. Their reasons for seeking a professional were more serious than those of women with previous experience.

Key words: postnatal depression, postpartum anxiety, seeking professional help.

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

1. Jaká byla očekávání o průběhu těhotenství, porodu a mateřství a jaká byla realita?

- 1.1. Bylo Vaše těhotenství plánované?
- 1.2. Jaké bylo Vaše očekávání nebo představu ohledně těhotenství? A jaká byla realita?
- 1.3. Jaká byla Vaše představa o porodu? Jaký byl ve skutečnosti?
- 1.4. Jaká byla Vaše představa ohledně mateřství? Jaké toto období bylo doopravdy?
- 1.5. Jak jste se v mateřství cítila po fyzické stránce?
- 1.6. Jak jste se cítila po psychické stránce?

2. Jaké jsou protektivní a rizikové faktory související s rozvojem psychických obtíží?

- 2.1. Jaké byly reakce Vašeho blízkého okolí na Váš těžký psychický stav?
- 2.2. Pomáhal Vám někdo?
- 2.3. Co Vám pomáhalo ve Vašem psychickém stavu?
- 2.4. Co zhoršovalo Váš psychický stav?

3. Jaká byla informovanost o psychických obtížích v tomto období a možnostech jejich řešení?

- 3.1. Věděla jste, že se v tomto období psychické obtíže mohou vyskytovat?
- 3.2. Jak jste se o tom dozvěděla?
- 3.3. Jak jste se dozvěděla o možnosti nebo možnostech řešení takového stavu? (Za kým nebo kam jít?)

4. Jaké okolnosti vedly k rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc?

- 4.1. Pokud jste svůj stav nejdříve řešila sama, jakým způsobem jej řešila?
- 4.2. Po jaké době jste udělala první aktivní krok směrem k řešení Vašeho stavu?
- 4.3. Co Vám dopomohlo k rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc?
- 4.4. Pokud to bylo více faktorů, jaké byly?
- 4.5. Co Vás odrazovalo/bránilo Vám ve vyhledání odborné pomoci?
- 4.6. Pokud to bylo více faktorů, jaké byly?

Otázky nad rámec výzkumných otázek

1. Co byste k tomu ještě chtěla dodat?
2. Co byste doporučila maminkám v podobné situaci?

Příloha 4: Sociodemografické údaje

SOCIODEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Věk: _____

V jaké věku došlo k obtížím: _____

Kolikáté těhotenství/ se kterým dítětem došlo k obtížím: _____

Celkový počet dětí: _____

Rodinný stav:

- Svobodná
- Vdaná
- Rozvedená
- Jiné: _____

Délka vztahu s partnerem v letech: _____

Délka soužití v jedné domácnosti v letech: _____

Kraj:

- Hlavní město Praha
- Středočeský kraj
- Jihočeský kraj
- Plzeňský kraj
- Karlovarský kraj
- Ústecký kraj
- Liberecký kraj
- Královéhradecký kraj
- Pardubický kraj
- Kraj Vysočina
- Jihomoravský kraj
- Olomoucký kraj
- Moravskoslezský kraj
- Zlínský kraj

Velikost místa bydliště:

- Krajské město
- Město
- Vesnice

Vzdělání:

- Základní
- Střední bez maturity
- Střední s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

Zaměstnání: _____

Príslušnost k náboženské organizaci:

- Ano
- Ne

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážená paní,

jmenuji se Ludmila Nováková a studuji na Univerzitě Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s žádostí o spolupráci ve výzkumu na mé bakalářské práci na téma Psychické aspekty související s vyhledáním odborné pomoci při psychických obtížích v postnatálním období.

Cílem výzkumu je zmapovat aspekty přispívající k rozhodnutí o vyhledání odborné pomoci při psychických obtížích v postnatálním období. Výzkum bude probíhat formou rozhovoru, který bude zaměřen na období těhotenství, porodu a raného mateřství. Rozhovor bude nahráván a na základě nahrávky bude pořízen přepis. Přepis rozhovoru bude přílohou bakalářské práce a budete v něm uvedena pod jiným jménem. Přepis nebude obsahovat žádné údaje, podle kterých by bylo možné Vás identifikovat.

Děkuji Vám za spolupráci na výzkumu k mé bakalářské práci.

Ludmila Nováková

ludmila.novakova02@upol.cz

Pokud s účastí ve výzkumu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení účastníka výzkumu

Prohlašuji, že souhlasím s účastí se výše uvedeném výzkumu. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu budou anonymně publikovány.

Měla jsem možnost vše v klidu zvážit a doptat se na vše, co jsem považovala za podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou odpověď.

Jsem informována, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracována v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady

EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu a druhý výzkumník.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu:

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis výzkumníka:

NÁVOD PRO UDRŽENÍ DOBRÉ PSYCHICKÉ KONDICE PO PORODU

VAŠE MATEŘSTVÍ JE JEDINEČNÉ!

Každá máme nějaká nadání i nějaké limity. Není dobré se srovnávat, obzvláště na sociálních sítích, kde nikdy není vidět celá pravda.

NEBUĎTE SAMA!

Buďte v kontaktu s lidmi, kteří Vám pomohou, dají Vám prostor se vyprávět a nebudou bagatelizovat Vaši situaci. Pokud nikoho takového ve svém okolí nemáte, kontaktujte peer-konzultantky na www.usmevmamy.cz.

PEČUJTE O SEBE TÍM, ŽE SI DOVOLÍTE NECHAT O SEBE PEČOVAT!

Mateřství může být velmi náročné a nechat si uvařit, nebo si nechat pomoci s péčí o dítě či domácnost není ostuda, ale zapomenutá běžná součást života v komunitě.

UDRŽUJTE SI ALESPŇ JEDNU AKTIVITU!

...kterou jste dělala ještě před narozením potomka – četba knih, sport, zahradničení, hudba či práce na částečný úvazek.

NECHTE SI POHLÍDAT A VYSPĚTE SE!

Mateřství bývá vyčerpávající i z důvodu nedostatku spánku. Je v pořádku říct si o pohlídnutí dítěte a jít spát i ve dne. Dlouhodobá únava má negativní vliv na naše prožívání i chování.

UDĚLEJTE SI TEST POPORODNÍ DEPRESE.

*Pokud se cítíte smutná, často pláčete, neumíte se radovat, máte nedostatek energie i pro aktivity, které Vám dříve dělaly radost, nebo máte myšlenky na sebevraždu, navštivte www.perinatal.cz, kde si můžete vyplnit test, jestli se u Vás jedná o poporodní depresi.**

UDĚLEJTE SI TEST NA POPORODNÍ ÚZKOSTI.

*Pokud máte velké obavy, které Vám neumožňují myslet na nic jiného, plnit běžné povinnosti, odpočívat a uklidnit se, nebo se třesete, potíte či máte jakékoli projevy stresu, navštivte www.perinatal.cz a vyplňte si test, týkající se poporodních úzkostí.**

**Jestli Vám bude na základě výsledků testů doporučeno navštívit psychologa nebo psychiatra, je běžné, že budete cítit obavy. Matky, které si podobným stavem už prošly, mnohdy litovaly, že se styděly, nebo se bály a pomoc nevyhledaly už dřív. Proto pomoc vyhledejte co nejdříve.*

Medikace může výrazně urychlit zlepšení Vašeho psychického stavu. Dnes už existují léky, které neškodí dítěti a je možné kojit a zároveň se cítit lépe i v nesnadném období. Za jakýkoli projev deprese či úzkosti z předchozích bodů se není třeba stydět. Podobnými projevy trpí každá pátá matka a žádný z nich neznamená, že v mateřství selháváte.